

Tên bệnh viện: **BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN**

PHẦN A. HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)

A1. Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn, cấp cứu người bệnh (6)

Kết quả tiêu chí: A1.1 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

A1.1 - Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Thiếu biển hiệu bệnh viện hoặc biển hiệu bị mất chữ, mất nét, méo, xệ.	☐	☐
1	2. Chưa có bàn/quầy và nhân viên đón tiếp, hướng dẫn người bệnh.	☐	☐
1	3. Giá tiền trông xe ghi không rõ ràng hoặc có dấu hiệu tẩy xóa, thay đổi liên tục.	☐	☐
1	4. Giá tiền trông xe thu cao hơn giá theo các quy định hiện hành.	☐	☐
2	5. Biển hiệu bệnh viện tại cổng chính và cổng đón người bệnh đầy đủ, rõ ràng, không bị mất chữ hoặc mất nét, méo, xệ.	☒	☐
2	6. Trong phạm vi từ 50 - 500m có biển báo bệnh viện tại trục đường chính hướng đến cổng chính (cổng số 1) của bệnh viện.	☒	☐
2	7. Trước các lối rẽ từ đường chính vào đường nhỏ có biển báo bệnh viện (trong trường hợp bệnh viện không nằm ở trục đường chính).	☒	☐
2	8. Cổng bệnh viện được đánh số: nếu bệnh viện có một cổng không đánh số; nếu có từ 2 cổng trở lên thì cổng chính tiếp đón người bệnh ghi rõ “Cổng số 1”. Các cổng phụ ghi rõ từng số theo một chiều thống nhất từ trái sang phải hoặc từ phải sang trái. Đ	☒	☐
2	9. Có biển báo chỉ dẫn đến bãi trông giữ xe trong khuôn viên	☒	☐

	bệnh viện hoặc ngoài khuôn viên (nếu có); đồng thời có biển thông báo “đã đầy xe” hoặc “không nhận trông xe” rõ ràng ngay từ cổng bệnh viện, phù hợp với sức chứa của bãi		
2	10. Có bàn hoặc quầy đón tiếp, hướng dẫn người bệnh.	☒	☐
2	11. Bàn tiếp đón ở vị trí thuận tiện cho người bệnh tiếp cận, có biển hiệu rõ ràng.	☒	☐
2	12. Bàn tiếp đón có nhân viên y tế (mặc đồng phục và mang biển tên hoặc đeo băng vải để người bệnh dễ nhận biết) trực thường xuyên (trong giờ hành chính) tiếp đón, hướng dẫn và giải đáp cho người bệnh.	☒	☐
3	13. Trong phạm vi từ 50 – 500m có biển báo bệnh viện tại đầy đủ các hướng đến bệnh viện hoặc tại các lối rẽ đến bệnh viện (đối với bệnh viện nằm trong thành phố có biển báo tại trục đường chính hướng đến bệnh viện).	☒	☐
3	14. Các điểm trông giữ xe nằm trong khuôn viên bệnh viện có biển báo rõ ràng.	☒	☐
3	15. Địa điểm trông giữ xe máy và xe đạp có ranh giới phân khu vực riêng bằng hàng rào, dây chằng...	☒	☐
3	16. Địa điểm trông giữ ô tô có hướng dẫn trông giữ ô tô (nếu có cần hướng dẫn các chiều vào – ra hoặc lên – xuống bằng vạch sơn hoặc biển hướng dẫn).	☒	☐
3	17. Thời gian trông giữ xe được ghi cụ thể.	☒	☐
3	18. Giá tiền trông giữ xe được chia theo thời gian trong ngày (ngày-đêm hoặc giờ), được công bố rõ ràng, cụ thể (không gạch xóa) và không cao hơn giá theo các quy định hiện hành (của Chính phủ và chính quyền địa phương), hoặc miễn phí.	☒	☐
3	19. Biển báo giá tiền trông giữ xe (hoặc miễn phí) được treo, đặt ở vị trí cố định ở nơi dễ nhìn thấy.	☒	☐
3	20. Bảo đảm thu tiền trông giữ xe không cao hơn giá đã niêm yết của bệnh viện.	☒	☐
3	21. Có sơ đồ bệnh viện cụ thể, chú thích, chỉ dẫn rõ ràng tại chỗ dễ quan sát ở khu vực cổng chính và khoa khám bệnh; có dấu hiệu hoặc chỉ dẫn vị trí người xem sơ đồ đang đứng ở vị trí nào trong sơ đồ; chữ viết đủ kích thước cho người có thị lực	☒	☐
3	22. Các tòa nhà được đánh dấu theo chữ viết hoa (A, B, C...), hoặc số 1, 2, 3... hoặc tên khoa (khoa Nội, khoa Ngoại...) rõ ràng, tối thiểu đầy đủ các mặt trước của tòa nhà và các mặt sau (nếu nhìn thấy được trong khuôn viên bệnh viện).	☒	☐
3	23. Có đầy đủ bàn hoặc quầy đón tiếp, hướng dẫn người bệnh tại tất cả các cổng có tiếp nhận người bệnh.	☒	☐

3	24. Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa.	☒	☐
3	25. Số buồng bệnh được đánh số theo quy tắc thống nhất do bệnh viện tự quy định, thuận tiện cho việc tìm kiếm.	☒	☐
3	26. Biển số buồng bệnh và biển chỉ dẫn số buồng bệnh ở vị trí dễ nhìn.	☒	☐
4	27. Ô tô, xe máy, xe đạp được đỗ đúng nơi quy định của bệnh viện.	☒	☐
4	28. Cầu thang bộ và thang máy (nếu có) được đánh số rõ ràng, theo trình tự do bệnh viện tự quy định.	☒	☐
4	29. Trong thang máy có biển ghi thông tin các khoa, phòng của từng tầng và số thang máy để người bệnh thuận tiện, an toàn khi di chuyển (nếu bệnh viện không có thang máy được tính là đạt).	☒	☐
4	30. Trước mỗi cửa buồng khám, chữa bệnh có bảng tên các bác sỹ, điều dưỡng phụ trách.	☒	☐
4	31. Khoa khám bệnh có vạch màu hoặc dấu hiệu, chữ viết... được dán hoặc gắn, sơn kẻ dưới sàn nhà hướng dẫn người bệnh đến các địa điểm thực hiện các công việc khác nhau như đến phòng xét nghiệm, chụp X-Quang, siêu âm, điện tim, nộp viện phí, khu vệ sinh...(nếu	☒	☐
5	32. Có đầy đủ sơ đồ bệnh viện tại các điểm giao cắt chính trong bệnh viện; có dấu hiệu hoặc chỉ dẫn vị trí người xem sơ đồ đang đứng ở vị trí nào trong sơ đồ.	☒	☐
5	33. Cầu thang của tòa nhà ghi rõ phạm vi của khoa và phạm vi số phòng.	☒	☐
5	34. Biển tên khoa/phòng được viết bằng tối thiểu hai thứ tiếng Việt, Anh trên phạm vi toàn bệnh viện (có thể thêm tiếng thứ ba tùy nhu cầu bệnh viện).	☒	☐
5	35. Áp dụng thẻ điện tử và máy tính giá tiền trông giữ xe máy, ô tô hoặc bệnh viện trông xe miễn phí.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: A1.2 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

A1.2 - Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có phòng hoặc sảnh chờ cho người bệnh và người nhà người bệnh tại khu khám bệnh.	☐	☐
1	2. Ghế hồng hoặc không có ghế tại phòng hoặc sảnh chờ khu khám bệnh.	☐	☐
2	3. Có phòng hoặc sảnh chờ cho người bệnh và người nhà người bệnh.	☒	☐
2	4. Mái nhà khu chờ khám bệnh bảo đảm cách nhiệt tốt giữa trong nhà và ngoài trời, nếu mái tôn hoặc tấm lợp xi-măng bảo đảm có từ 2 lớp trở lên.	☒	☐
2	5. Sẵn có ít nhất một cang hoặc giường di động có bánh xe tại khu vực khám bệnh để vận chuyển người bệnh.	☒	☐
3	6. Phòng chờ hoặc sảnh chờ khám bệnh bảo đảm thoáng mát mùa hè; kín gió và ấm vào mùa đông.	☒	☐
3	7. Phòng chờ hoặc sảnh chờ đủ chỗ ngồi cho tối thiểu 10% số lượt người bệnh đến khám trung bình trong một ngày (dựa trên số liệu tổng lượt khám trung bình/ngày).	☒	☐
3	8. Có ti-vi cho người bệnh xem tại phòng chờ hoặc sảnh chờ.	☒	☐
3	9. Người bệnh nặng được vận chuyển bằng các phương tiện vận chuyển và có nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại khoa khám bệnh.	☒	☐
3	10. Phòng chờ hoặc sảnh chờ có đủ số lượng quạt (hoặc điều hòa) hoạt động thường xuyên, hoặc bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh từ 22 đến 28 độ C. (đối với bệnh viện chuyên khoa lao phổi hoặc truyền nhiễm đường hô hấp không sử dụng điều	☒	☐
3	11. Xây dựng và áp dụng quy trình sàng lọc, cách ly người bệnh truyền nhiễm trong các vụ dịch.	☒	☐
3	12. Trong thời điểm các vụ dịch, bệnh viện bố trí khu sàng lọc, phân loại và vận chuyển người bệnh truyền nhiễm ngay tại khu vực đón tiếp.	☒	☐

3	Các tiêu mục sau áp dụng cho bệnh viện có thực hiện khám, chữa bệnh truyền nhiễm (trừ bệnh viện lao):	☒	☐
3	13. Người bệnh truyền nhiễm đường hô hấp sau khi sàng lọc được vào khu vực chờ riêng.	☒	☐
3	14. Có buồng khám riêng cho người bệnh truyền nhiễm đường hô hấp sau khi đã được sàng lọc.	☒	☐
4	15. Có khảo sát lại và mua bổ sung, sửa chữa ghế chờ cho người bệnh tại khu vực chờ mỗi năm một lần (nếu cần thiết).	☒	☐
4	16. Phòng chờ đủ chỗ cho tối thiểu 20% số lượt người bệnh đến khám trung bình trong một ngày (dựa trên số liệu tổng lượt khám trung bình trong ngày).	☒	☐
4	17. Tiến hành khảo sát theo định kỳ trên phạm vi toàn bệnh viện và lập danh sách các vị trí, tính toán nhu cầu (ước tính số lượt người bệnh chờ và số lượng cần đặt ghế chờ dự kiến) tại những nơi có người bệnh và người nhà người bệnh phải chờ đợi (nơi trả	☒	☐
4	18. Toàn bộ lối đi giữa các khối nhà trong bệnh viện có mái hiên che nắng, mưa.	☒	☐
4	19. Người bệnh nặng được nhân viên y tế đưa đi làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng trên phạm vi toàn bệnh viện.	☒	☐
5	20. Phòng chờ khu khám bệnh có điều hòa hoạt động thường xuyên, bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh (từ 22 đến 28 độ C). (đối với bệnh viện chuyên khoa lao phổi hoặc truyền nhiễm đường hô hấp khu khám bệnh thông thoáng, không sử dụng điều hòa).	☒	☐
5	21. Hàng năm khảo sát, lập kế hoạch và đầu tư bổ sung kịp thời: ghế chờ, quạt, điều hòa và các phương tiện truyền thông cho người bệnh (nếu cần thiết) tại các khu vực chờ trong bệnh viện.	☒	☐
5	22. Toàn bộ lối đi giữa các khối nhà trong bệnh viện được thiết kế, sửa chữa kịp thời, các địa điểm tiếp nối có giải pháp vật lý để xe lăn, xe vận chuyển người bệnh được dễ dàng (bảo đảm không gò ghề khi đẩy xe, chống vấp ngã).	☒	☐

Kết quả tiêu chí: A1.3 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

A1.3 - Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không tiến hành đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh.	☐	☐
1	2. Chưa tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh.	☐	☐
2	3. Có đánh giá thực trạng, phân tích những điểm còn hạn chế trong công tác khám bệnh.	☒	☐
2	4. Có bản kế hoạch nâng cao chất lượng phục vụ tại khoa khám bệnh dựa trên đánh giá thực trạng.	☒	☐
2	5. Có sơ đồ chỉ dẫn các quy trình khám, chữa bệnh cho người bệnh tại khu khám bệnh, được trình bày rõ ràng, dễ hiểu, được đặt hoặc treo ở vị trí dễ nhìn, dễ đọc tại khu khám bệnh (có chú thích rõ ràng hoặc vẽ hai quy trình riêng nếu có sự khác nhau g	☒	☐
2	6. Có bảng phân công cụ thể nhân sự cho từng phòng khám.	☒	☐
3	7. Có niêm yết giờ khám, lịch làm việc của các buồng khám, cận lâm sàng rõ ràng.	☒	☐
3	8. Có máy chụp tài liệu (photocopy hoặc scan) phục vụ người bệnh đặt tại khu vực đăng ký khám hoặc tại vị trí thuận lợi cho người bệnh, có người phục vụ thường xuyên trong giờ hành chính.	☒	☐
3	9. Có phương án và phân công cụ thể để tăng cường nhân lực trong giờ cao điểm của khoa khám bệnh.	☒	☐
3	10. Có bố trí bàn, buồng khám bệnh dự phòng tăng cường trong những thời gian cao điểm.	☒	☐
3	11. Người bệnh có thể bảo hiểm y tế thuộc diện được chi trả 100% không phải tạm ứng tiền khi đăng ký khám bệnh.	☒	☐
4	12. Có tiến hành đánh giá định kỳ (ít nhất 6 tháng 1 lần) thời gian chờ đợi của người bệnh và phát hiện được các vấn đề cần cải tiến.	☒	☐
4	13. Công khai cam kết về thời gian chờ theo từng phân đoạn trong quy trình khám bệnh: thời gian chờ khám, chờ kết quả cận lâm sàng và chờ lấy thuốc và các thời gian chờ khác.	☒	☐
4	14. Có số liệu về thời gian chờ đợi và thời gian hoàn thành toàn bộ	☐	☐

	các thủ tục khám bệnh cho các đối tượng sau:		
4	a. Khám lâm sàng	☐	☐
4	b. Khám lâm sàng + xét nghiệm (sinh hóa, huyết học...)	☐	☐
4	c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + chẩn đoán hình ảnh	☐	☐
4	d. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CDHA + thăm dò chức năng + khác	☐	☐
4	Bệnh viện có phương án giải quyết tình trạng quá tải trong giờ cao điểm bằng các hình thức (áp dụng đối với bệnh viện có bác sỹ khám cho người bệnh trung bình cao hơn 50 lượt/1 ngày trong năm trước):	☐	☐
4	15. Có phương án bố trí thêm các ô, quầy thu viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế và nhân viên trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.	☒	☐
4	16. Có phương án điều phối lại người bệnh để giảm tải trong trường hợp có những bàn, buồng khám đông người bệnh.	☒	☐
4	17. Có phương án bố trí thêm quầy và nhân viên phát thuốc trong giờ cao điểm và triển khai trên thực tế.	☒	☐
5	18. Có áp dụng các giải pháp can thiệp làm giảm thời gian chờ đợi của người bệnh.	☒	☐
5	19. Bệnh viện áp dụng hệ thống công nghệ thông tin, tự động tính toán thời gian trung bình của một lượt khám bệnh theo ngày cho toàn bộ các người bệnh sau:	☐	☐
5	a. Khám lâm sàng	☐	☐
5	b. Khám lâm sàng + xét nghiệm (sinh hóa, huyết học...)	☐	☐
5	c. Khám lâm sàng + xét nghiệm + chẩn đoán hình ảnh	☐	☐
5	d. Khám lâm sàng + xét nghiệm + CDHA + thăm dò chức năng	☐	☐
5	e. Khám lâm sàng + khác	☐	☐
5	g. Tổng thời gian khám trung bình cho một lượt khám.	☐	☐
5	20. Có biểu đồ theo dõi thời gian chờ đợi và khám bệnh cho các đối tượng người bệnh, được in và công khai tại khu khám bệnh (cập nhật theo tuần, tháng).	☐	☐
5	21. Kết quả đo lường về thời gian chờ của tất cả các phân đoạn trong quy trình khám bệnh không vượt quá các cam kết của bệnh viện.	☐	☐
5	22. Tổng thời gian của quy trình khám bệnh không vượt quá quy định của Bộ Y tế.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: A1.4 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

A1.4 - Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy người bệnh cấp cứu nhưng không được cấp cứu kịp thời gây hậu quả nghiêm trọng như tử vong, các tổn thương không hồi phục (loại trừ các trường hợp do người bệnh đến muộn vượt quá khả năng xử lý).	☐	☐
1	2. Bệnh viện không có giường cấp cứu.	☐	☐
1	3. Giường cấp cứu không sẵn sàng phục vụ ngay nếu có người bệnh đến cấp cứu.	☐	☐
2	4. Có hướng dẫn/quy định về thứ tự ưu tiên khám và xử trí cho đối tượng người bệnh cấp cứu (nếu có đông người bệnh cấp cứu).	☒	☐
2	5. Có quy định cứu chữa ngay cho người bệnh cấp cứu trong trường hợp chưa kịp đóng viện phí hoặc không có người nhà người bệnh đi kèm.	☒	☐
2	6. Có danh mục thuốc cấp cứu (theo quy định của Bộ Y tế).	☒	☐
2	7. Có danh mục trang thiết bị, phương tiện cấp cứu thiết yếu (theo quy định của Bộ Y tế).	☒	☐
2	8. Có bảng phân công nhân viên y tế trực cấp cứu (bao gồm hành chính, tài chính, lái xe).	☒	☐
2	9. Không có trường hợp người bệnh cấp cứu bị trì hoãn khám và xử trí, gây hậu quả nghiêm trọng (loại trừ các trường hợp do người bệnh đến muộn).	☒	☐
3	10. Bảo đảm đầy đủ các cơ sở thuốc cấp cứu (theo quy định của Bộ Y tế).	☒	☐
3	11. Có đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện cấp cứu (bình ô-xy, khí nén, bóng...) và được kiểm tra thường xuyên.	☒	☐
3	12. Giường cấp cứu* của bệnh viện bảo đảm trong tình trạng sẵn sàng hoạt động được ngay khi cần thiết.	☒	☐
3	13. Bảo đảm nhân viên y tế trực cấp cứu 24/24 giờ.	☒	☐
3	14. Bệnh viện có quy định về hội chẩn người bệnh, trong đó có hội chẩn người bệnh nặng.	☒	☐
3	15. Người bệnh nặng được hội chẩn theo quy định và xử lý kịp	☒	☐

	thời.		
4	16. Có máy theo dõi liên tục cho người bệnh tối thiểu tại khoa cấp cứu, khoa hồi sức tích cực.	☒	☐
4	17. Bảo đảm có đủ máy thở cho người bệnh tại các giường bệnh điều trị tích cực khi có chỉ định sử dụng máy thở (không tính trường hợp thiên tai, thảm họa).	☒	☐
4	18. Có số liệu thống kê về số lượt sử dụng máy thở.	☒	☐
4	19. Có hệ thống cung cấp ô-xy trung tâm và khí nén cho giường bệnh cấp cứu.	☒	☐
4	20. Có tiến hành đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) như xác định các vấn đề tồn tại, ưu, nhược điểm trong cấp cứu người bệnh.	☒	☐
4	21. Có tiến hành đánh giá, phân loại kết quả cấp cứu theo định kỳ (do bệnh viện tự quy định theo quý, năm) và có số liệu như số ca cấp cứu thành công, số ca chuyển tuyến, tử vong...	☒	☐
4	22. Có tiến hành học tập, rút kinh nghiệm từ các kết quả đánh giá cấp cứu.	☒	☐
4	23. Có xây dựng quy trình và triển khai “báo động đỏ”* nội viện, huy động ngay lập tức các nhân viên y tế cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp.	☒	☐
5	24. Có xây dựng quy trình và triển khai “báo động đỏ” ngoại viện, huy động ngay lập tức các chuyên gia y tế từ bệnh viện khác (trong tỉnh, ngoài tỉnh) cùng cấp cứu xử trí các tình huống cấp cứu khẩn cấp.	☒	☐
5	25. Có sử dụng kết quả đánh giá để cải tiến công tác cấp cứu người bệnh.	☒	☐
5	26. Đánh giá, theo dõi kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian như thành công, tử vong, biến chứng, chuyển tuyến...	☒	☐
5	27. Vẽ biểu đồ xu hướng kết quả cấp cứu người bệnh theo thời gian và công bố cho nhân viên bệnh viện, người bệnh thông qua báo cáo chung bệnh viện, bảng truyền thông...	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A1.5 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

A1.5 - Người bệnh được làm các thủ tục, khám bệnh, thanh toán... theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có tình trạng người bệnh chen lấn vào đăng ký khám hoặc vào khám tại khu khám bệnh.	☐	☐
2	2. Có hướng dẫn, quy trình tiếp đón người bệnh theo trật tự trước - sau.	☒	☐
2	3. Có hình thức yêu cầu người bệnh xếp hàng theo trật tự trước – sau như dải phân cách (cứng, mềm), lấy số (bằng máy hoặc thủ công) hoặc bằng các hình thức khác (kể cả với những bệnh viện có ít người bệnh đến).	☒	☐
3	4. Có bộ phận phát số (bằng máy hoặc thủ công đặt tại bộ phận tiếp đón khu khám bệnh) và hướng dẫn người bệnh xếp hàng, bảo đảm tính công bằng, trật tự trong việc khám bệnh.	☒	☐
3	5. Có biện pháp giám sát việc lấy số xếp hàng theo đúng thứ tự, do nhân viên trực tiếp thực hiện hoặc qua hệ thống camera tự động.	☒	☐
4	6. Bệnh viện có máy lấy số khám tự động chia theo đối tượng (có và không ưu tiên); theo mục đích đến khám (khám nội, ngoại, sản, nhi...).	☒	☐
4	7. Có quy định rõ ràng về đối tượng người bệnh được ưu tiên (do bệnh viện tự quy định) và niêm yết công khai tại khu khám bệnh.	☒	☐
4	8. Có các ô làm thủ tục, bàn khám phân loại riêng cho từng đối tượng người bệnh: ưu tiên, khám thường (hoặc các đối tượng khác do bệnh viện tự quy định, phù hợp với đặc thù chuyên môn).	☒	☐
4	9. Có hình thức đăng ký chờ theo trình tự trước - sau tại các khu vực cận lâm sàng, thu viện phí, làm thủ tục bảo hiểm y tế...	☒	☐
5	10. Máy lấy số xếp hàng tự động có ghi thời điểm lấy số và ước tính thời gian đến lượt.	☒	☐
5	11. Có hệ thống đăng ký khám trước qua trang thông tin điện tử (website) hoặc điện thoại và có hệ thống giám sát thứ tự đặt lịch hẹn.	☒	☐

5	12. Có ô đăng ký và buồng khám dành cho đối tượng đã đăng ký khám trước.	☐	☐
5	13. Có thể tính được thời gian chờ đợi và tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh bất kỳ bằng phần mềm máy tính.	☐	☐
5	14. Thống kê thời gian chờ đợi và khám bệnh trung bình của các đối tượng người bệnh bằng phần mềm máy tính.	☐	☐
5	15. Kết quả thời gian chờ khám chung và thời gian khám bệnh trung bình chung của người bệnh được cập nhật cách 30 phút trong ngày (hoặc nhanh hơn) và công bố trên màn hình điện tử đặt tại khu khám bệnh.	☐	☐

A1.6 - Người bệnh được hướng dẫn và bố trí làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo trình tự thuận tiện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Người bệnh không nhận được các hướng dẫn về quy trình xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.	☐	☐
1	2. Phát hiện có người bệnh thắc mắc về số loại và trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng phải làm nhưng không được trả lời.	☐	☐
2	3. Người bệnh được liệt kê và hướng dẫn cụ thể trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cần làm bằng các hình thức như hướng dẫn miệng, phiếu hướng dẫn, nhân viên y tế trực tiếp đưa người bệnh đi...	☒	☐
3	4. Có tờ giấy hướng dẫn trình tự làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng và phát cho người bệnh (tờ giấy được in và phát riêng hoặc lồng ghép các thông tin hướng dẫn vào phiếu đăng ký khám, phiếu chỉ định các xét nghiệm, chẩn đoán h	☒	☐
3	5. Trong tờ giấy hướng dẫn có ghi rõ địa điểm hoặc số phòng cần đến và những lưu ý cho người bệnh tuân thủ khi lấy bệnh phẩm hoặc làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.	☒	☐
3	6. Có cung cấp thông tin địa điểm, thời gian trả kết quả hoặc ước tính thời gian trả kết quả cho người bệnh (kể cả những bệnh viện đã trả kết quả xét nghiệm qua mạng máy tính).	☒	☐
3	7. Người bệnh được hướng dẫn, giải thích rõ ràng việc thực hiện các quy trình chuyên môn, số loại và trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng phải làm (nếu có thắc mắc).	☒	☐
3	8. Các xét nghiệm huyết học, hóa sinh máu được lấy một lần trong một ngày khám bệnh (trừ trường đặc biệt phải lấy máu nhiều hơn một lần trong ngày cần phải có giải thích rõ cho người bệnh về lý do chuyên môn).	☒	☐
3	9. Người bệnh được được bố trí làm các xét nghiệm theo các trình tự tiện lợi nhất để được lấy mẫu bệnh phẩm và làm xét	☒	☐

	nghiệm trong một ngày (trừ những xét nghiệm có quy trình trả lời kết quả trên một ngày như kháng sinh đồ; nếu có cần phải giải thích		
4	10. Có phần mềm máy tính tự động chọn trình tự các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo phương án tối ưu, khoa học nhất cho người bệnh, giảm thời gian chờ đợi, tránh quá tải cục bộ tại các phòng cận lâm sàng.	☒	☐
4	11. Phần mềm tự điều tiết và phân bổ số lượng người bệnh cho các phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng theo thuật toán hợp lý để giảm tối đa thời gian chờ đợi của người bệnh.	☐	☐
4	12. Có hướng dẫn người bệnh bằng các hình thức truyền thông như màn hình điện tử, bảng thông báo, tờ rơi hoặc hình thức khác về những lưu ý cho người bệnh tuân thủ khi lấy bệnh phẩm và trình tự, quy trình làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò ch	☒	☐
4	13. Sau khi có kết quả các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, người bệnh quay trở lại phòng khám gặp bác sỹ đã khám và được ưu tiên giải thích, trả lời kết quả, khám lại, chẩn đoán ngay (có xếp hàng trong số những người có kết quả).	☒	☐
4	14. Tiến hành đánh giá thời gian trả kết quả đúng hẹn hoặc sớm hơn và có số liệu tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn cụ thể.	☒	☐
4	15. Xây dựng danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cần làm cho một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và thông tin công khai cho người bệnh bằng màn hình điện tử, bảng thông báo, tờ rơi hoặc hình th	☒	☐
5	16. Số lượng các bệnh thường gặp đã xây dựng được danh mục các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng tối thiểu cần làm tăng dần theo thời gian.	☒	☐
5	17. Tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn được theo dõi và tăng dần theo thời gian.	☒	☐
5	18. Công bố công khai tỷ lệ trả kết quả đúng hẹn bằng các kênh truyền thông tại khu khám bệnh hoặc khu làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.	☐	☐
5	19. Tiến hành đánh giá, khảo sát việc hướng dẫn và quy trình làm xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng.	☒	☐
5	20. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng.	☒	☐

A2. Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)

Kết quả tiêu chí: A2.1 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

A2.1 - Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện trong năm có năm ghép từ 3 người bệnh trở lên trên 1 giường bệnh (trừ trường hợp thiên tai, thảm họa và các vụ dịch truyền nhiễm).	☐	☐
2	2. Buồng bệnh bảo đảm không dột, nát; tường không bong tróc, ẩm mốc.	☒	☐
2	3. Người bệnh bị bệnh nặng ở khoa hồi sức tích cực, người bệnh sau phẫu thuật, người bệnh cần kết nối với trang thiết bị y tế, người bệnh bị bệnh truyền nhiễm, người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện và các người bệnh có nguy cơ bị lây nhiễm cao được bố	☒	☐
2	4. Người cao tuổi và các đối tượng ưu tiên khác được quan tâm, ưu tiên bố trí giường bệnh nằm riêng.	☒	☐
2	5. Có sổ hoặc phần mềm theo dõi người bệnh nhập, xuất viện tại các khoa.	☒	☐
2	6. Có sổ liệu thống kê số lượt người bệnh nội trú, số giường và “giường tạm” tại các khoa lâm sàng.	☒	☐
3	7. Không có tình trạng nằm ghép 2 người bệnh trên 1 giường sau 24 giờ kể từ khi nhập viện (trừ các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và bệnh viện tuyến cuối của TP. Hồ Chí Minh ký cam kết không nằm ghép sau 48 giờ).	☐	☐
3	8. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường kê trong buồng bệnh hoặc hành lang.	☐	☐
3	9. Toàn bộ các giường bệnh kê trong buồng bệnh hoặc hành lang bảo đảm không bị dột, hắt nước khi trời mưa.	☒	☐
3	10. Người cao tuổi được quan tâm, ưu tiên bố trí giường bệnh ở các vị trí thuận tiện ra - vào, lên - xuống các tầng gác (nếu khối nhà có từ 2 tầng trở lên) hoặc đi vệ sinh (áp dụng cho các bệnh viện có điều trị cho người bệnh cao tuổi).	☒	☐
3	11. Người bệnh được quan tâm bố trí giường tại các khu vực nam	☒	☐

	và nữ riêng nếu trong cùng buồng bệnh hoặc trong các buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.		
3	12. Giường bệnh bảo đảm chắc chắn và được sửa chữa, thay thế kịp thời nếu bị hỏng, bong tróc sơn...	☒	☐
4	13. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường theo quy chuẩn giường y tế, kê trong phạm vi bên trong các buồng bệnh hoặc hành lang.	☐	☐
4	14. Người bệnh được điều trị trong buồng bệnh nam và nữ riêng biệt.	☐	☐
5	15. Tất cả người bệnh được nằm mỗi người một giường bệnh, kê trong buồng bệnh vào tất cả các thời điểm trong năm.	☐	☐
5	16. Các giường bệnh trong cùng một buồng bệnh thống nhất về kiểu dáng, kích thước, chất liệu.	☐	☐
5	17. Giường bệnh được thiết kế bảo đảm an toàn, tiện lợi cho người bệnh: có đầy đủ các tính năng tiện lợi phục vụ người bệnh như có tư thế nằm đầu cao, có bánh xe di chuyển, có bàn ăn, có tính năng điều khiển nâng lên, hạ xuống.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A2.2 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

A2.2 - Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Trong nhà vệ sinh có nước đọng sàn nhà, rác bẩn, mùi khó chịu, hôi thối.	☐	☐
1	2. Có tình trạng một tầng nhà không có nhà vệ sinh cho người bệnh và người nhà người bệnh.	☐	☐
1	3. Có tình trạng một khoa lâm sàng thiếu nhà vệ sinh cho người bệnh và người nhà người bệnh.	☐	☐
2	4. Mỗi khoa lâm sàng và cận lâm sàng có ít nhất 1 khu vệ sinh.	☒	☐
2	5. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 30 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).	☒	☐
3	6. Mỗi khu vệ sinh có ít nhất 2 buồng vệ sinh cho nam và nữ riêng.	☐	☐
3	7. Tại các khoa cận lâm sàng bố trí buồng vệ sinh để người bệnh lấy nước tiểu xét nghiệm. Trong buồng vệ sinh có giá để bệnh phẩm và sẵn có nước, xà-phòng rửa tay.	☐	☐
3	8. Có quy định về thời gian làm vệ sinh trong ngày cho nhân viên vệ sinh, được lưu bằng văn bản, sổ sách.	☒	☐
3	9. Có nhân viên làm vệ sinh thường xuyên theo quy định đã đặt ra.	☒	☐
3	10. Buồng vệ sinh có đủ nước rửa tay thường xuyên.	☒	☐
3	11. Buồng vệ sinh sạch sẽ, không có nước đọng, không có côn trùng.	☒	☐
3	12. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 12 đến 29 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).	☒	☐
4	13. Buồng vệ sinh sẵn có giấy vệ sinh và móc treo quần áo sử dụng được.	☐	☐
4	14. Khu vệ sinh có bồn rửa tay và cung cấp đủ nước rửa tay thường xuyên.	☒	☐
4	15. Khu vệ sinh có gương, xà-phòng hoặc dung dịch sát khuẩn rửa tay.	☐	☐

4	16. Khu vệ sinh khô ráo, có quạt hút mùi bảo đảm thông gió hoặc có thiết kế thông gió tự nhiên, bảo đảm sạch sẽ không có mùi hôi.	☐	☐
4	17. Nhân viên làm vệ sinh có ghi nhật ký các giờ làm vệ sinh theo quy định.	☒	☐
4	18. Tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất 1 buồng vệ sinh cho 7 đến 11 giường bệnh (tính riêng theo từng khoa lâm sàng).	☐	☐
5	19. Mỗi buồng bệnh có buồng vệ sinh riêng khép kín; bảo đảm tỷ số giường bệnh/buồng vệ sinh: có ít nhất một buồng vệ sinh cho 6 giường bệnh.	☐	☐
5	20. Buồng vệ sinh có đầy đủ giấy vệ sinh, xà phòng, móc treo quần áo, gương.	☐	☐
5	21. Bồn rửa tay trong các nhà vệ sinh được trang bị vòi cảm ứng tự động mở nước, đóng nước, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.	☐	☐
5	22. Toàn bộ các cánh cửa của buồng vệ sinh có chiều mở quay ra bên ngoài.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A2.3 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

A2.3 - Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy hiện tượng người bệnh không được bệnh viện cung cấp quần áo đồng phục người bệnh khi nằm viện.	☐	☐
2	2. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp một bộ quần áo đã được giặt sạch, không rách.	☒	☐
2	3. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp đầy đủ các vật dụng cá nhân như vỏ chăn, vỏ gối, vải trải giường (hoặc chiếu nếu người bệnh có yêu cầu tại các khu vực nông thôn).	☒	☐
3	4. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ từ 70% trở lên (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).	☐	☐
3	5. Vải trải giường, đệm, gối bảo đảm sạch sẽ và được thay khi bẩn (có chăn đối với các vùng có mùa đông hoặc miền núi khí hậu lạnh, có màn cho người bệnh nếu có yêu cầu ở vùng có nhiều côn trùng).	☐	☐
3	6. Có ghế cho người nhà ngồi chăm sóc người bệnh ở một số buồng bệnh cần người nhà chăm sóc.	☐	☐
3	7. Bệnh viện cung cấp áo choàng cho người nhà người bệnh, màu sắc khác với áo người bệnh (tối thiểu tại các khu vực cách ly, cấp cứu, hồi sức tích cực, hồi sức sau phẫu thuật, buồng bệnh cần chăm sóc đặc biệt).	☒	☐
4	8. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ từ 90% trở lên (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).	☐	☐
4	9. Quần áo, chăn màn người bệnh không bị hoen ố.	☒	☐
4	10. Quần áo người bệnh được thay cách nhật (hoặc hàng ngày) và thay khi cần.	☒	☐
4	11. Chăn, ga, gối, đệm được thay hàng tuần và thay khi bẩn.	☒	☐
4	12. Quần áo cho người bệnh có ký hiệu về kích cỡ khác nhau để người bệnh có thể được lựa chọn kích cỡ phù hợp như các số 1, 2,	☐	☐

	3 hoặc S, M, L hoặc ký hiệu khác để hiệu cho người bệnh lựa chọn phù hợp.		
5	13. Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ 99% (trừ trường hợp người bệnh yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm).	☐	☐
5	14. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với kích cỡ người bệnh (ví dụ trẻ em có quần áo riêng, không phải mặc chung quần áo với người lớn).	☒	☐
5	15. Người bệnh được cung cấp quần áo phù hợp với tính chất bệnh tật (ví dụ váy cho người bệnh nam phẫu thuật tiền liệt tuyến...).	☐	☐
5	16. Người bệnh được cung cấp các loại quần áo, áo choàng, váy choàng.. có thiết kế riêng, bảo đảm thuận tiện, kín đáo cho người bệnh mặc và cởi khi làm các công việc như nội soi, chiếu chụp, phẫu thuật, thủ thuật...	☒	☐
5	17. Chất liệu của quần áo người bệnh thoáng mát, thấm mồ hôi, chống nhăn (đối với các quần áo được thay mới từ 2016 trở đi).	☒	☐

Kết quả tiêu chí: A2.4 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

A2.4 - Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy tình trạng tắt đèn (do tiết kiệm điện hoặc không bật, đèn hỏng...) hoặc không đủ ánh sáng tại các hành lang, lối đi chung vào ban ngày và ban đêm.	☐	☐
2	2. Hệ thống chiếu sáng chung bảo đảm hoạt động liên tục trong năm, được thay thế và sửa chữa kịp thời nếu có cháy/hỏng.	☒	☐
2	3. Các bệnh phòng, hành lang, lối đi chung bảo đảm cung cấp đủ ánh sáng (tự nhiên hoặc ánh sáng đèn nếu khu vực không có ánh sáng tự nhiên).	☒	☐
3	4. Có máy sưởi ấm (hoặc điều hòa nóng) cho người bệnh vào mùa đông ở các buồng thủ thuật, kỹ thuật cần bộc lộ cơ thể người bệnh (áp dụng cho các tỉnh từ Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên).	☒	☐
3	5. Khoa lâm sàng cung cấp nước uống cho người bệnh tại hành lang các khoa hoặc trong buồng bệnh.	☒	☐
3	6. Có phòng tắm dành cho người bệnh, vòi nước sử dụng tốt và được cung cấp nước thường xuyên.	☒	☐
3	7. Bảo đảm thông khí và thoáng mát cho buồng bệnh vào thời tiết nóng, có đủ số lượng quạt tại các buồng bệnh, nếu hỏng được sửa chữa, thay thế kịp thời.	☒	☐
4	8. Có khoa hoặc phòng phục hồi chức năng.	☒	☐
4	9. Phòng tập phục hồi chức năng đầy đủ các dụng cụ tập luyện thông thường cho người bệnh.	☒	☐
4	10. Phòng tắm cho người bệnh có nước nóng và lạnh.	☒	☐
4	11. Khoa lâm sàng cung cấp nước uống, bao gồm nước nóng cho người bệnh tại hành lang (hoặc ngay tại buồng bệnh).	☒	☐
4	12. Có đầy đủ các phương tiện (quạt, máy sưởi hoặc máy điều hòa...) bảo đảm nhiệt độ thích hợp cho người bệnh tại các buồng bệnh, thoáng mát vào hè và ấm áp vào mùa đông.	☐	☐
4	13. Có mạng internet không dây phục vụ người bệnh và người nhà người bệnh tại các khu vực sảnh, hành lang (nơi thường tập trung	☒	☐

	đồng người).		
5	14. Có điều hòa trong toàn bộ các buồng bệnh (điều hòa hai chiều nóng và lạnh đối với các tỉnh từ Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên).	☐	☐
5	15. Người bệnh và người nhà người bệnh có thể truy cập được mạng internet không dây ngay tại buồng bệnh.	☒	☐
5	16. Có cửa hàng tiện lợi hoặc siêu thị trong bệnh viện, cung cấp đủ các mặt hàng thiết yếu cho người bệnh và người nhà người bệnh, giá được niêm yết rõ ràng (giá của 20 mặt hàng bán chạy nhất không cao hơn giá siêu thị bên ngoài bệnh viện	☒	☐
5	17. Có các khu nhà khách (hoặc nhà trọ) phục vụ cho các đối tượng người bệnh, người nhà người bệnh nếu có nhu cầu được lưu trú trong hoặc gần khuôn viên bệnh viện (hoặc bảo đảm cung cấp giường tạm cho người nhà người bệnh nếu có nhu cầu lưu trú qua đêm).	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A2.5 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

A2.5 - Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có xe lăn sẵn sàng phục vụ người khuyết tật (hoặc người vận động khó khăn) tại khu khám bệnh.	☐	☐
2	2. Có ít nhất một xe lăn đặt thường trực tại khu khám bệnh phục vụ người tàn tật hoặc người khó vận động khi có nhu cầu.	☒	☐
3	3. Người đi xe lăn có thể tiếp cận với quầy đăng ký khám, phòng khám, phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, phục hồi chức năng và nộp viện phí.	☐	☐
3	4. Các vỉa hè, lối đi trong khuôn viên bệnh viện được thiết kế bảo đảm xe lăn có thể đi được, an toàn khi vận chuyển và độ dốc phù hợp.	☒	☐
4	5. Các khoa, phòng ở tầng trên cao có thang máy luôn hoạt động thường xuyên, người đi xe lăn có thể tiếp cận và sử dụng được (tự sử dụng hoặc được hỗ trợ).	☒	☐
4	6. Nhà vệ sinh khu khám bệnh có buồng vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).	☐	☐
5	7. Người đi xe lăn có thể tự đến được tất cả các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.	☒	☐
5	8. Nhà vệ sinh của toàn bộ các khoa lâm sàng có buồng vệ sinh dành riêng cho người tàn tật (được thiết kế đủ rộng và có lối đi để xe lăn tiếp cận được đến các bệ xí ngồi, có tay vịn tại vị trí bệ xí ngồi...).	☐	☐
5	9. Toàn bộ người khiếm thị (hoặc người mất thị lực tạm thời do phẫu thuật và các nguyên nhân khác) đến khám và chữa bệnh tại bệnh viện được nhân viên y tế dẫn đi khi có nhu cầu di chuyển.	☒	☐
5	10. Có nhân viên phiên dịch cho người bệnh khiếm thính hoặc có phương án hợp tác, ký hợp đồng với người phiên dịch trong trường hợp có người bệnh khiếm thính đến khám, chữa bệnh.	☐	☐
5	11. Bảo đảm đáp ứng được người phiên dịch cho người bệnh khiếm	☐	☐

	thính trong vòng 90 phút khi được yêu cầu.		
--	--	--	--

A3. Môi trường chăm sóc người bệnh (2)

Kết quả tiêu chí: A3.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

A3.1 - Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có vũng nước, hồ nước tù đọng trong khuôn viên bệnh viện.	☐	☐
1	2. Không có khu vực trồng cây hoặc không có cây xanh trong bệnh viện.	☐	☐
2	3. Sử dụng các khoảng không gian ngoài trời để trồng cây xanh hoặc trong nhà, hành lang để đặt chậu cây cảnh, tạo không gian xanh.	☒	☐
3	4. Có ít nhất 01 cây xanh thân gỗ lâu năm hoặc có bãi cỏ, vườn hoa khuôn viên bệnh viện (hoặc có giải pháp trồng các vườn treo, “mảng xanh” trên cơ sở tận dụng tối đa các khoảng trống, sân thượng, mái hiên, ban công, mảng tường... tạo cảnh quan xanh ch	☒	☐
3	5. Có bố trí ghế ngồi cố định trong công viên và ngoài sân, vỉa hè... dưới tán các cây xanh hoặc bên rìa bãi cỏ (hoặc trên sân thượng, ban công).	☒	☐
3	6. Các lối đi, ngoài sân, hành lang, sảnh chờ và các vị trí công cộng được bố trí thùng đựng rác sinh hoạt có nắp đậy.	☒	☐
3	7. Có nhân viên quét dọn và làm sạch môi trường bệnh viện thường xuyên.	☒	☐
4	8. Có công viên hoặc bãi cỏ, vườn hoa chiếm diện tích từ 5% trở lên trên tổng diện tích bệnh viện.	☒	☐
4	9. Bãi cỏ, cây trồng làm hàng rào được cắt tỉa gọn gàng.	☒	☐
4	10. Không có bãi cỏ dại mọc hoang trong khuôn viên bệnh viện.	☒	☐
4	11. Rác luôn được thu gom, quét dọn kịp thời.	☒	☐
5	12. Có công viên hoặc bãi cỏ, vườn hoa chiếm diện tích từ 10% trở lên trên tổng diện tích bệnh viện.	☐	☐
5	13. Trong khuôn viên bệnh viện có trồng ít nhất 5 cây thân gỗ, mỗi cây có tán lá đường kính từ 5m trở lên.	☐	☐
		☒	☐

5	14. Có đài phun nước (hoặc tiểu cảnh hòn non bộ, bể cá); hoặc hồ nước trong khuôn viên bệnh viện (hoặc bệnh viện tiếp giáp với rừng, hồ, sông, biển có cảnh quan đẹp).		
5	15. Đài phun nước (và các địa điểm có nước) được vệ sinh thường xuyên, chống muỗi và côn trùng, ký sinh trùng, sinh vật nguy hại bằng giải pháp vật lý, hóa học, sinh học (lọc, phun thuốc, nuôi cá...)	☒	☐

A3.2 - Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có hiện tượng tài liệu, trang thiết bị, tài sản... của bệnh viện đang dùng hoặc cũ, hỏng để bừa bãi, gây cản trở lối đi chung.	☐	☐
2	2. Không có hiện tượng tài liệu, trang thiết bị, tài sản... của bệnh viện để lộn xộn, làm xấu cảnh quan chung.	☒	☐
2	3. Các tài sản chung của bệnh viện được xếp đặt vào kho, phòng lưu trữ gọn gàng nếu không sử dụng thường xuyên (tùy bệnh viện sắp xếp phù hợp).	☒	☐
2	4. Không có hiện tượng đồ đạc của nhân viên y tế để trên nóc tủ, hành lang, sảnh, lối đi hoặc để trong tủ giữ đồ, tủ đầu giường dành cho người bệnh.	☒	☐
2	5. Người bệnh được thông báo bảo quản và xếp đặt đồ đạc cá nhân gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan chung.	☒	☐
3	6. Đồ đạc của người bệnh và người nhà người bệnh để gọn gàng, không gây cản trở lối đi và làm xấu cảnh quan chung.	☒	☐
3	7. Có tủ giữ đồ hoặc dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh nếu có nhu cầu tại khu khám bệnh (bộ phận đón tiếp hướng dẫn việc trông giữ đồ hoặc giữ chìa khóa tủ giữ đồ).	☐	☐
3	8. Mỗi giường bệnh có một tủ đầu giường sử dụng tốt, không bị hoen gỉ.	☐	☐
4	9. Bảo đảm mỗi người bệnh khi nằm viện có một tủ hoặc một ngăn tủ đựng đồ đạc cá nhân (kể cả người bệnh nằm giường tạm hoặc nằm ghép).	☐	☐
4	10. Ít nhất 50% các khoa lâm sàng được trang bị tủ giữ đồ có khóa (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh).	☐	☐
4	11. Trong năm có tổ chức giới thiệu và tập huấn phương pháp 5S cho nhân viên.	☒	☐
4	12. Áp dụng phương pháp 5S cho tất cả các khu vực tại khoa khám	☐	☐

	bệnh và ít nhất 1 khoa cận lâm sàng, 2 khoa lâm sàng.		
5	13. Tủ giữ đồ có khóa được trang bị tại tất cả các khoa lâm sàng (hoặc có dịch vụ trông giữ đồ cho người bệnh và người nhà người bệnh tại tất cả các khoa lâm sàng.	☐	☐
5	14. Chìa khóa tủ có dây đeo cổ tay cho người bệnh hoặc các tủ được khóa bằng mã số, hoặc có kết an toàn dành cho người bệnh.	☐	☐
5	15. Áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện.	☐	☐
5	16. Có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.	☐	☐
5	17. Sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.	☐	☐

A4. Quyền và lợi ích của người bệnh (6)

Kết quả tiêu chí: A4.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

A4.1 - Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có tình trạng người bệnh không được cung cấp thông tin về tình hình bệnh, kết quả chẩn đoán và dự kiến phương pháp điều trị khi nhập viện.	☐	☐
2	2. Có nội quy hoặc bản hướng dẫn các quy định cho người bệnh và người nhà người bệnh, được treo/dán tại các vị trí dễ nhìn ở sảnh, phòng chờ và các khoa.	☒	☐
2	3. Người bệnh được cung cấp thông tin về chẩn đoán, nguy cơ, tiên lượng, dự kiến phương pháp và thời gian điều trị khi nhập viện.	☒	☐
2	4. Người bệnh được cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị.	☒	☐
2	5. Người bệnh được giải thích rõ ràng về các thủ thuật, phẫu thuật trước khi thực hiện.	☒	☐
2	6. Người bệnh được thông báo, giải thích rõ ràng về tính chất, giá cả và lựa chọn về thuốc, vật tư tiêu hao cần thiết cho việc điều trị của người bệnh trước khi sử dụng dịch vụ.	☒	☐
2	7. Người bệnh được giải thích rõ ràng nếu có thắc mắc trước khi ký các loại giấy tờ như giấy cam đoan, cam kết...	☒	☐
2	8. Người bệnh được thông báo lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu và có quyền chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học (nếu có).	☒	☐
3	9. Người bệnh được cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, các kỹ thuật cao, chi phí lớn.	☒	☐
3	10. Người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế được nhân viên y tế giải thích trực tiếp về thuốc điều trị, vật tư tiêu hao được bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ, một phần hoặc tự túc khi có thắc mắc.	☒	☐

3	11. Người bệnh được nhân viên y tế giải thích rõ ràng nếu có thắc mắc về các khoản chi trong hóa đơn.	☒	☐
3	12. Người bệnh được thông báo công khai số lượng thuốc và vật tư tiêu hao sử dụng hàng ngày.	☒	☐
3	13. Người bệnh được cung cấp thông tin về chi phí điều trị hàng ngày hoặc khi có yêu cầu.	☒	☐
3	14. Người bệnh được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu	☒	☐
4	15. Có ít nhất 50% tổng số các khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”* cho một bệnh thường gặp tại khoa, sử dụng từ dễ hiểu cho người bệnh.	☐	☐
4	16. Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” cho người bệnh theo dõi và cùng tham gia vào quá trình điều trị.	☐	☐
5	17. Mỗi khoa lâm sàng xây dựng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”* cho ít nhất năm bệnh thường gặp tại khoa.	☐	☐
5	18. Tiến hành rà soát, cập nhật, chỉnh sửa lại các “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị” theo định kỳ thời gian 1, 2 năm một lần hoặc khi hướng dẫn chẩn đoán và điều trị có sự thay đổi.	☐	☐
5	19. Có nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng “Phiếu tóm tắt thông tin điều trị”.	☐	☐
5	20. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng điều trị.	☐	☐

A4.2 - Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy hiện tượng vi phạm về quyền riêng tư của người bệnh như cung cấp thông tin về bệnh cho không đúng đối tượng, gây khiếu kiện và sau khi xác minh có sai phạm của bệnh viện.	☐	☐
2	2. Có quy định về quản lý và lưu trữ bệnh án chặt chẽ tại khoa lâm sàng và các phòng chức năng.	☒	☐
2	3. Bệnh án tại các khoa lâm sàng được sắp xếp gọn gàng, không cho người không có thẩm quyền tiếp cận tự do.	☒	☐
2	4. Khoa lâm sàng có trách nhiệm phân công nhân viên trực lưu giữ, bảo quản bệnh án chặt chẽ trong thời gian trực.	☒	☐
2	5. Người bệnh có quyền lưu giữ thông tin về kết quả cận lâm sàng mang tính “nhạy cảm”, có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh (như nhiễm bệnh lây qua đường máu, da và niêm mạc...). Bệnh viện chỉ được cung cấp thông tin cho	☒	☐
2	6. Người bệnh có quyền từ chối chụp ảnh trong quá trình khám và điều trị (trừ các yêu cầu về chuyên môn).	☒	☐
2	7. Nhân viên y tế, sinh viên y trước khi thực tập, trình diễn (thí phạm) trên cơ thể người bệnh cần xin phép và được sự đồng ý của người bệnh.	☒	☐
2	8. Nhân viên y tế có trách nhiệm bảo vệ quyền riêng tư người bệnh ngăn không cho người ngoài vào chụp ảnh tự do người bệnh và bảo mật hình ảnh người bệnh.	☒	☐
3	9. Không có trường hợp người bệnh bị lộ thông tin cá nhân (tên, tuổi, ảnh, nơi công tác...) trên các phương tiện thông tin đại chúng về quá trình điều trị (trừ các trường hợp được sự đồng ý của người bệnh).	☒	☐
3	10. Các phòng khám bệnh, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, tiểu phẫu, thủ thuật... có vách ngăn hoặc rèm che kín đáo ngăn cách với người không có phận sự ra vào trong khi bác sỹ, điều	☒	☐

	duỡng thực hiện thăm khám, thủ thuật, chăm sóc và các công việc khác		
3	11. Sẵn có vách ngăn hoặc rèm che di động tại các khoa lâm sàng để phục vụ người bệnh trong các trường hợp thăm khám tại chỗ, làm thủ thuật hoặc thay đổi quần áo, vệ sinh tại giường.	☒	☐
3	12. Phiếu thông tin treo đầu giường không ghi chi tiết đặc điểm bệnh đối với một số bệnh có thể gây bất lợi về mặt tâm lý, uy tín, công việc của người bệnh.	☒	☐
4	13. Buồng bệnh chia hai khu vực riêng biệt cho người bệnh nam và nữ trên 13 tuổi, có vách ngăn, rèm che di động hoặc cố định ở giữa hai khu nam và nữ.	☐	☐
4	14. Có khu vực thay đồ được che chắn kín đáo khi thực hiện thủ thuật, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng có yêu cầu phải thay quần áo.	☒	☐
5	15. Người bệnh khi tiến hành siêu âm sản phụ khoa, thăm khám bộ phận sinh dục... được cung cấp khăn để che chắn cơ thể (hoặc áo choàng, váy choàng được thiết kế riêng), bảo đảm kín đáo cho người bệnh.	☒	☐
5	16. Mỗi giường bệnh được trang bị rèm che, có thể đóng mở khi cần.	☐	☐
5	17. Người bệnh trên 13 tuổi được nằm trong các buồng nam và nữ riêng biệt.	☐	☐
5	18. Khoảng cách giữa 2 giường bệnh tối thiểu 1 mét nếu trong một buồng bệnh có từ 2 giường trở lên.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A4.3 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

A4.3 - Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy có người bệnh nộp viện phí trực tiếp cho nhân viên tài vụ hoặc nhân viên y tế mà không có hóa đơn của hệ thống tài chính bệnh viện.	☐	☐
2	2. Bệnh viện có công bố giá viện phí và các dịch vụ tại các khu vực khám, điều trị và nơi thu viện phí.	☒	☐
2	3. Bảng giá viện phí trình bày rõ ràng, dễ nhìn, bố trí tại vị trí dễ quan sát, thuận tiện cho người bệnh tra cứu.	☒	☐
2	4. Bảng giá được cập nhật theo quy định và gỡ bỏ bảng giá đã hết hiệu lực.	☒	☐
2	5. Bảng giá được chia rõ ràng theo từng đối tượng người bệnh và khám chữa bệnh theo yêu cầu.	☒	☐
2	6. Chữ in trong bảng giá với người có thị lực bình thường có thể đọc được rõ ràng ở khoảng cách 3 mét đối với bảng treo, hoặc in chữ có kích cỡ phông từ 14 trở lên đối với bảng giá in dạng quyển (khổ giấy A4) để tra cứu.	☒	☐
2	7. Người bệnh nộp viện phí tại các địa điểm thu nộp do bệnh viện quy định, có hóa đơn theo đúng quy định của tài chính hoặc quy định của bệnh viện.	☒	☐
3	8. Bệnh viện có bảng kê cụ thể danh mục các thuốc, vật tư tiêu hao... và giá tiền từng khoản thu cho các nhóm đối tượng người bệnh: có thẻ BHYT, không có thẻ BHYT và các trường hợp khám, chữa bệnh theo yêu cầu (nếu có).	☒	☐
3	9. Bảng kê được in đầy đủ, rõ ràng, chính xác các thông tin về chi phí điều trị; phần kinh phí phải đóng và phần được miễn, giảm hoặc BHYT thanh toán*.	☒	☐
3	10. Bảng kê được in và đưa cho người bệnh kiểm tra, xác nhận toàn bộ các mục chi thuốc, vật tư tiêu hao... trước khi ra viện.	☒	☐
3	11. Người bệnh không phải nộp bất kỳ khoản nào khác ngoài các chi phí phải nộp đã in trong phiếu thanh toán.	☒	☐

4	12. Bệnh viện đăng tải thông tin về giá dịch vụ y tế, giá thuốc, vật tư... trên trang thông tin điện tử của bệnh viện để người bệnh so sánh thuận tiện (không phân biệt bệnh viện Nhà nước và tư nhân).	☐	☐
4	13. Người bệnh được thông báo và tư vấn trước khi bác sỹ chỉ định các kỹ thuật cao, thuốc đặc trị, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng đắt tiền hoặc có chi phí lớn.	☒	☐
4	14. Bảng kê được in và cấp cho người bệnh khi nộp viện phí ra viện hoặc khám bệnh ngoại trú.	☒	☐
4	15. Người bệnh không phải nộp bất kỳ khoản viện phí nào trực tiếp tại các khoa/phòng ngoài các địa điểm thu nộp viện phí theo quy định của bệnh viện (kể cả cho các dịch vụ xã hội hóa hoặc khám chữa bệnh theo yêu cầu).	☒	☐
5	16. Người bệnh khi nhập viện được cung cấp thẻ thông minh hoặc thẻ thanh toán điện tử (gọi chung là thẻ từ) dùng để lưu trữ các thông tin cá nhân, mã người bệnh, tình hình sử dụng dịch vụ cận lâm sàng, thuốc, vật tư... và chi phí điều trị.	☐	☐
5	17. Người bệnh được cung cấp một tài khoản ảo trong thẻ từ, được nộp tiền tạm ứng 1 lần khi nhập viện hoặc được “tín chấp” bằng số thẻ tín dụng của người bệnh hoặc người nhà người bệnh.	☐	☐
5	18. Bệnh viện đặt các đầu đọc thẻ tại toàn bộ các phòng xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, khoa lâm sàng và các vị trí khác (có cung cấp dịch vụ) để ghi nhận việc sử dụng dịch vụ của người bệnh.	☐	☐
5	19. Người bệnh sử dụng thẻ từ để thanh toán các chi phí điều trị và không phải trả tiền mặt cho bất kỳ khoản viện phí nào khác.	☐	☐
5	20. Người bệnh được nộp tiền 2 lần cho bệnh viện, lần đầu tạm ứng khi nhập viện (trừ người bệnh được BHYT chi trả 100%) và lần cuối khi thanh toán ra viện. Trong trường hợp chi phí lớn, người bệnh có thể nộp thêm vào giữa đợt điều trị nhưng bệnh viện cần	☐	☐
5	21. Các thông tin chi phí điều trị được lưu và in cho người bệnh trước khi hoàn thành việc thanh toán ra viện.	☒	☐

A4.4 - Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy bệnh viện có trang thiết bị từ nguồn đầu tư của Nhà nước bị hỏng hoặc trục trặc từ 1 tháng trở lên trong bối cảnh bệnh viện có máy cùng chức năng tương tự từ nguồn đầu tư xã hội hóa.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy ban lãnh đạo bệnh viện hoặc lãnh đạo khoa phòng) có chỉ đạo (bằng lời nói, chủ trương, văn bản...) tạo áp lực cho nhân viên đưa ra chỉ định xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng mà không dựa trên nhu cầu về mặt chuyên môn	☐	☐
1	3. Phát hiện thấy hiện tượng đề án liên doanh, liên kết chưa được tổ chức công đoàn thông qua.	☐	☐
2	4. Có bản thống kê danh mục toàn bộ các dịch vụ bệnh viện ký hợp đồng với đơn vị bên ngoài như an ninh, bảo vệ, trông xe, vệ sinh, ăn uống, bán hàng...	☒	☐
2	5. Niêm yết công khai giá toàn bộ các dịch vụ do đơn vị bên ngoài cung cấp cho người bệnh tại vị trí cung cấp dịch vụ (hoặc tại vị trí dễ thấy bên cạnh bảng công khai giá dịch vụ y tế tại khu khám bệnh).	☒	☐
2	6. Người bệnh và người nhà người bệnh được quyền lựa chọn có hoặc không sử dụng các dịch vụ (do bệnh viện hoặc đơn vị liên kết với bên ngoài cung cấp tại bệnh viện) mà không bị ngăn cản hoặc gây khó khăn (ví dụ dịch vụ vận chuyển người bệnh).	☒	☐
2	7. Có bản thống kê danh mục toàn bộ các trang thiết bị xã hội hóa và phân công cho một phòng chức năng có trách nhiệm cập nhật đầy đủ, kịp thời.	☒	☐
2	8. Niêm yết công khai bảng giá các dịch vụ kỹ thuật sử dụng trang thiết bị xã hội hóa tại cùng vị trí công khai bảng giá dịch vụ y tế chung của bệnh viện hoặc niêm yết công khai tại trước buồng thực hiện các dịch vụ kỹ thuật có sử dụng các trang thi	☒	☐
3	9. Bệnh viện huy động được các nguồn vốn đầu tư xã hội hóa cho trang thiết bị kỹ thuật phục vụ công tác khám, chẩn đoán và	☒	☐

	điều trị.		
3	10. Bệnh viện không đặt chỉ tiêu số lượt chiếu, chụp, xét nghiệm, kỹ thuật cho các trang thiết bị y tế (có nguồn gốc xã hội hóa).	☒	☐
3	11. Giá viện phí của các dịch vụ y tế sử dụng trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả tối đa 30%.	☒	☐
4	12. Có ít nhất 1 trang thiết bị xã hội hóa (hiện đại, kỹ thuật phức tạp...) thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị mà các trang thiết bị từ nguồn đầu tư Nhà nước khó có khả năng đáp ứng cho bệnh viện như máy chụp MRI, PET-CT, máy xạ trị ung thư, Gamm	☒	☐
4	13. Giá viện phí của các dịch vụ y tế có trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả tối đa 15%.	☒	☐
5	14. Có ít nhất 1 trang thiết bị xã hội hóa (hiện đại, kỹ thuật phức tạp...) thực hiện các kỹ thuật điều trị, can thiệp mà các trang thiết bị từ nguồn đầu tư Nhà nước khó có khả năng đáp ứng cho bệnh viện như máy xạ trị ung thư, Gamma-Knife, các trang thiết	☐	☐
5	15. Giá viện phí của toàn bộ các dịch vụ sử dụng trang thiết bị từ nguồn xã hội hóa không cao hơn giá do cơ quan BHYT chi trả.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: A4.5 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

A4.5 - Người bệnh có ý kiến phản nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi được bệnh viện tiếp nhận, phản hồi, giải quyết kịp thời

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện không công khai số điện thoại đường dây nóng hoặc để tại các vị trí khó nhìn, khó tìm.	☐	☐
2	2. Có số đường dây nóng rõ ràng, dễ thấy, công bố công khai tại các vị trí tập trung đông người (như phòng khám, cấp cứu, địa điểm trông xe, thu viện phí...)	☒	☐
2	3. Những số điện thoại đường dây nóng không còn sử dụng được gỡ bỏ kịp thời ra khỏi các bảng hoặc biển thông báo.	☒	☐
2	4. Có kế hoạch và bản danh sách phân công người trực đường dây nóng trong và ngoài giờ hành chính (24/24 giờ).	☒	☐
3	5. Luôn có người trực đường dây nóng tiếp nhận các ý kiến phản ánh của người bệnh trong và ngoài giờ hành chính.	☒	☐
3	6. Không phát hiện thấy hiện tượng không liên lạc được với số đường dây nóng của bệnh viện trong vòng 30 phút.	☒	☐
3	7. Công khai số điện thoại đường dây nóng theo quy định của Bộ Y tế tại các vị trí dễ thấy.	☒	☐
3	8. Số điện thoại đường dây nóng được in, sơn rõ ràng và được treo, dán cố định.	☒	☐
3	9. Biển số điện thoại đường dây nóng không rách, nát, mất số.	☒	☐
3	10. Có hình thức ghi lại các ý kiến phản hồi của người bệnh và phương hướng, kết quả xử lý (ghi lại bằng sổ, máy tính, hoặc phần mềm quản lý theo dõi...).	☒	☐
3	11. Có sổ (hoặc bản danh sách) thống kê theo thời gian trong năm đầy đủ, trung thực các ý kiến về bệnh viện đã được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng xã hội và các đơn kiện có liên quan đến bệnh viện, bao gồm ý kiến tích cực và tiêu	☒	☐
4	12. Sổ (hoặc bản danh sách) ghi chép các ý kiến về bệnh viện đầy đủ, trung thực.	☒	☐
4	13. Các ý kiến của người bệnh được chuyển đến các cá nhân, bộ phận có liên quan và được phản hồi hoặc giải quyết kịp thời.	☒	☐

4	14. Có báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề người bệnh thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và nhân viên y tế có nhiều người bệnh phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý và xác định vấn đề ưu tiên cải tiến.	☒	☐
4	15. Có báo cáo phân tích “nguyên nhân gốc rễ” các vấn đề người bệnh thường phàn nàn, thắc mắc xảy ra do lỗi của cá nhân (bác sỹ, điều dưỡng...) hoặc do lỗi chung của toàn bệnh viện, lỗi chung của ngành (lỗi hệ thống).	☒	☐
5	16. Áp dụng kết quả phân tích nguyên nhân gốc vào việc cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	17. Có sáng kiến xây dựng, áp dụng các hình thức khác để lấy ý kiến phản hồi người bệnh chủ động, phong phú và sát thực tế hơn.	☐	☐
5	18. Có các hình thức và thực hiện khen thưởng, kỷ luật cho nhân viên y tế nếu làm tốt hoặc chưa tốt việc phản hồi ý kiến người bệnh.	☐	☐
5	19. Có báo cáo đánh giá ưu, nhược điểm và kết quả triển khai các kênh thông tin khác (hộp thư góp ý, phần mềm phản hồi trực tuyến...) tiếp nhận ý kiến phản hồi người bệnh.	☐	☐
5	20. Có sử dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: A4.6 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

A4.6 - Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú.	☐	☐
2	2. Trong năm có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú ít nhất một lần, số lượng người bệnh nội trú được khảo sát từ 100 người trở lên.	☒	☐
2	3. Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng người bệnh thực hiện trên bộ câu hỏi do Bộ Y tế ban hành (Sở Y tế, bệnh viện có thể xây dựng thêm các bộ câu hỏi khác).	☒	☐
3	4. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú ít nhất 03 tháng một lần, mỗi lần khảo sát từ 100 người bệnh nội trú trở lên (đối với bệnh viện có lượng người bệnh nội trú dưới 100 lượt/tháng hoặc dưới 50 giường bệnh: khảo sát toàn bộ ng	☒	☐
3	5. Có tài liệu hướng dẫn phương pháp khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú, trong đó có quy định về thời gian tiến hành, người thực hiện, cách lựa chọn đối tượng được khảo sát, địa điểm được khảo sát...	☒	☐
3	6. Có phân tích số liệu và có báo cáo khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú.	☒	☐
3	7. Trong năm có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú và có bản báo cáo kết quả khảo sát.	☒	☐
3	8. Công bố kết quả khảo sát cho các nhân viên y tế bằng cách hình thức khác nhau như báo cáo chung bệnh viện, thông báo tóm tắt tới các khoa/phòng.	☒	☐
4	9. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú ít nhất 02 lần trong năm và có bản báo cáo kết quả khảo sát.	☐	☐
4	10. Kết quả khảo sát sự hài lòng phản ánh đúng thực tế, giúp bệnh viện xác định được những vấn đề người bệnh chưa hài lòng để cải tiến.	☐	☐
4	11. Lập danh sách và có bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết sau mỗi đợt khảo sát hài lòng người bệnh.	☐	☐

4	12. Xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng dựa trên bản danh sách xác định các vấn đề ưu tiên cần giải quyết.	☐	☐
4	13. Tiến hành phân tích sự hài lòng người bệnh nội trú chia theo các khoa lâm sàng, người bệnh có sử dụng và không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế hoặc các nhóm khác.	☐	☐
5	14. Có bảng tổng hợp hoặc biểu đồ so sánh sự hài lòng người bệnh nội trú giữa các khoa lâm sàng.	☐	☐
5	15. Tổ khảo sát sự hài lòng người bệnh tiến hành họp nội bộ với những khoa lâm sàng có tỷ lệ hài lòng thấp nhất để bàn giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	16. Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện, trong đó có xác định ưu tiên đầu tư, cải tiến chất lượng tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.	☐	☐
5	17. Tiến hành cải tiến chất lượng theo kế hoạch và có bằng chứng cho sự thay đổi.	☐	☐

PHẦN B. PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)

B1. Số lượng và cơ cấu nhân lực bệnh viện (3)

Kết quả tiêu chí: B1.1 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

B1.1 - Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế tổng thể và hàng năm.	☐	☐
2	2. Có bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế tổng thể và hàng năm.	☒	☐
2	3. Bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế phù hợp với quy hoạch phát triển tổng thể của bệnh viện (đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt).	☒	☐
2	4. Bản kế hoạch có mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể, các hoạt động triển khai, người chịu trách nhiệm, thời gian, lộ trình triển khai và nguồn kinh phí thực hiện.	☒	☐
2	5. Bản kế hoạch có đề cập đầy đủ các nội dung liên quan đến tuyển dụng, sử dụng, đào tạo liên tục và duy trì, phát triển nguồn nhân lực.	☒	☐
3	6. Mỗi mục tiêu cụ thể trong bản kế hoạch có ít nhất một chỉ số để đánh giá việc thực hiện và kết quả đạt được.	☒	☐
3	7. Triển khai các nội dung trong bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế theo lộ trình đã đề ra.	☒	☐
3	8. Có ít nhất 50% chỉ số đạt được theo kế hoạch.	☒	☐
3	9. Có quy định cụ thể tuyển dụng, ưu đãi nguồn nhân lực y tế có chất lượng.	☒	☐
4	10. Tiến hành đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm.	☒	☐
4	11. Xây dựng và triển khai các giải pháp để khắc phục những mục tiêu chưa hoàn thành (nếu có).	☒	☐
4	12. Có ít nhất 75% chỉ số đạt được theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.	☒	☐

5	13. Đạt được ít nhất 90% chỉ số theo kế hoạch phát triển nhân lực y tế.	☒	☐
5	14. Cập nhật, bổ sung, cải tiến bản kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm dựa trên kết quả đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: B1.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

B1.2 - Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có chuyên khoa của bệnh viện ngừng hoạt động hoặc không thực hiện được đầy đủ hoạt động chuyên môn do thiếu bác sỹ.	☐	☐
2	2. Theo dõi các chỉ số liên quan đến số lượng nhân lực và có số liệu thống kê của năm trước:	☒	☐
2	a. Tỷ số “bác sỹ/giường bệnh” của toàn bệnh viện (kế hoạch và thực kê)	☒	☐
2	b. Tỷ số “bác sỹ/giường bệnh” của từng khoa lâm sàng	☒	☐
2	c. Tỷ số “điều dưỡng/giường bệnh” của toàn bệnh viện (kế hoạch và thực kê)	☒	☐
2	d. Tỷ số “điều dưỡng/giường bệnh” của từng khoa lâm sàng	☒	☐
2	e. Tỷ số “bác sỹ/điều dưỡng” của toàn bệnh viện	☒	☐
2	f. Tỷ số “bác sỹ/điều dưỡng” của từng khoa	☒	☐
2	g. Tỷ số “dược sỹ/giường bệnh” của toàn bệnh viện	☒	☐
2	h. Tỷ số “nhân viên dinh dưỡng/giường bệnh” của toàn bệnh viện	☒	☐
2	3. Theo dõi, cập nhật tình hình nhân lực các khoa lâm sàng và cận lâm sàng bằng cách lập bảng so sánh các tỷ số trên của các khoa.	☒	☐
3	4. Có đặt ra các chỉ tiêu cần đạt cho các tỷ số trong mức 2 theo từng năm và được quy định trong văn bản do bệnh viện đã ban hành (nghị quyết, kế hoạch, đề án phát triển nhân lực...).	☒	☐
3	5. Các chỉ tiêu do bệnh viện đặt ra bảo đảm đủ nhân lực thực hiện hoạt động khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh.	☒	☐
3	6. Tính toán, dự báo được nhu cầu nhân lực cần bổ sung, thay thế số người sẽ về hưu và có kế hoạch bổ sung, tuyển dụng cụ thể cho các vị trí đó.	☒	☐
3	7. Điều chuyển, tuyển dụng, bổ sung bác sỹ, điều dưỡng cho các khoa có bác sỹ, điều dưỡng thấp trong bảng theo dõi, cập nhật tình hình nhân lực các khoa lâm sàng và cận lâm sàng.	☒	☐
3	8. Không phát hiện thấy có phân công cho nhân viên y tế trực	☒	☐

	đêm tại bệnh viện với tần suất trong vòng 3 ngày trực một lần (không tính ngày trực bù hoặc trực trong vụ dịch, thiên tai, thảm họa).		
3	9. Không phát hiện thấy có nhân viên y tế phải trực 24/24 giờ tại khoa hồi sức cấp cứu, phẫu thuật gây mê hồi sức, hồi sức cấp cứu, điều trị tích cực, sơ sinh (không tính thời gian trực bù).	☒	☐
4	10. Bảo đảm số lượng nhân lực cho điều trị và chăm sóc người bệnh 24 giờ trong ngày và 7 ngày trong tuần (hoặc 5, 6 ngày trong tuần với các bệnh viện không làm việc vào chủ nhật và/hoặc thứ 7).	☒	☐
4	11. Đã tuyển dụng và duy trì đầy đủ số bác sỹ để đạt chỉ tiêu “tỷ số bác sỹ/giường bệnh” (do bệnh viện đã đặt ra) tại thời điểm 1 năm trước và tại thời điểm đánh giá chất lượng bệnh viện.	☒	☐
4	12. Có phương án động viên, khuyến khích các bác sỹ có trình độ chuyên môn cao (so với đặc thù bệnh viện) sau khi nghỉ hưu tiếp tục tham gia, cống hiến cho các hoạt động chuyên môn đang thiếu hụt bác sỹ (hoặc thiếu hụt nguồn nhân lực có chất lượng cao).	☒	☐
4	13. Làm việc theo chế độ ca kíp ở tối thiểu các khoa/đơn nguyên: hồi sức cấp cứu, chống độc, điều trị tích cực, sơ sinh, phẫu thuật - gây mê hồi sức (không áp dụng mục này nếu bệnh viện không có các khoa/đơn nguyên trên).	☒	☐
5	14. Bảo đảm duy trì số lượng bác sỹ và điều dưỡng đạt được toàn bộ các chỉ tiêu cho các tỷ số từ “a đến g” (trong mức 2) tại thời điểm 1 năm trước và tại thời điểm đánh giá chất lượng bệnh viện*.	☐	☐
5	15. Có xây dựng thêm các chỉ số khác (phù hợp với đặc thù và khả năng của bệnh viện) để đo lường và theo dõi tình hình biến động nhân lực y tế.	☐	☐
5	16. Có báo cáo đánh giá tình hình nhân lực bệnh viện và đề xuất, triển khai các giải pháp khắc phục những mặt hạn chế hàng năm.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: B1.3 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

B1.3 - Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bản mô tả công việc cho các chức danh nghề nghiệp của ban giám đốc, các khoa, phòng và tương đương.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện tuyển dụng nhân viên y tế vào làm việc nhưng không có tiêu chí cụ thể cho các vị trí việc làm.	☐	☐
2	3. Có quy định tiêu chí cụ thể khi tuyển dụng nhân viên cho các vị trí việc làm.	☒	☐
2	4. Đã xây dựng xong dự thảo bản mô tả công việc cho đầy đủ các chức danh nghề nghiệp.	☒	☐
2	5. Bản mô tả công việc của các chức danh nghề nghiệp được cập nhật định kỳ ít nhất 2 năm 1 lần và khi cần.	☒	☐
3	6. Có đầy đủ bản mô tả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp, đã được Giám đốc phê duyệt.	☒	☐
3	7. Có “Đề án vị trí việc làm” dựa vào danh mục vị trí việc làm và cơ cấu chức danh nghề nghiệp, được Giám đốc phê duyệt.	☒	☐
3	8. Đã xây dựng được cơ cấu chức danh nghề nghiệp dựa vào vị trí việc làm trong đề án vị trí việc làm.	☒	☐
3	9. Cơ cấu chức danh nghề nghiệp phù hợp với danh mục vị trí việc làm.	☒	☐
3	10. Danh mục vị trí việc làm được xây dựng bảo đảm đầy đủ các lĩnh vực theo chức năng hoạt động của bệnh viện.	☒	☐
3	11. Số lượng nhân lực dự kiến phù hợp với danh mục vị trí việc làm.	☒	☐
3	12. Trong đề án vị trí việc làm không phát hiện thấy bất cập hoặc không khả thi trong việc xác định cơ cấu chức danh nghề nghiệp.	☒	☐
4	13. Đã tuyển dụng đầy đủ số bác sỹ theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng.	☒	☐
4	14. Đã tuyển dụng đầy đủ số điều dưỡng theo đúng đề án vị trí việc làm đã xây dựng.	☒	☐
4	15. Có đánh giá tính khả thi các bản mô tả công việc cho các chức	☒	☐

	danh nghề nghiệp và cập nhật, điều chỉnh bổ sung hàng năm.		
5	16. Đã tuyển đầy đủ số lượng người làm việc và bảo đảm đầy đủ các cơ cấu chức danh nghề nghiệp theo vị trí việc làm.	☐	☐
5	17. Mỗi năm có tiến hành đánh giá kết quả thực hiện công việc hàng năm của các vị trí việc làm và có bản báo cáo đánh giá.	☐	☐
5	18. Tiến hành chỉnh sửa, bổ sung các vị trí việc làm dựa trên kết quả đánh giá.	☐	☐

B2. Chất lượng nguồn nhân lực (3)

Kết quả tiêu chí: B2.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

B2.1 - Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế của bệnh viện (hoặc không có nội dung đào tạo trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện).	☐	☐
1	2. Trong năm không có nhân viên y tế tham gia đào tạo liên tục.	☐	☐
2	3. Có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện có nội dung đào tạo).	☒	☐
2	4. Kế hoạch đào tạo bao gồm đào tạo liên tục về cập nhật kiến thức, phát triển kỹ năng nghề nghiệp cho các đối tượng và lĩnh vực trong bệnh viện.	☒	☐
2	5. Kế hoạch đào tạo có đề cập nội dung đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp) cho nhân viên.	☒	☐
3	6. Kế hoạch đào tạo phù hợp với kế hoạch phát triển chuyên môn của bệnh viện.	☒	☐
3	7. Có tổ chức kiểm tra tay nghề, chuyên môn cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ dưới 5 năm công tác bằng các hình thức (như thi sát hạch, tổ chức hội thi...)	☒	☐
3	8. Hàng năm, bệnh viện cử được ít nhất 5% số lượng bác sỹ và 5% số lượng điều dưỡng đi bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc.	☒	☐
3	9. Có theo dõi số liệu tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.	☒	☐
3	10. Hàng năm, bệnh viện cử các chức danh nghề nghiệp khác như dược sỹ, kỹ thuật y, kỹ sư, kế toán... đi bồi dưỡng chuyên môn, nâng cao kỹ năng làm việc.	☒	☐
3	11. Cử các chức danh nghề nghiệp như bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật y, kỹ sư... đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên	☒	☐

	môn nghiệp vụ.		
4	12. Có từ 20% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.	☒	☐
4	13. Có các hình thức tập huấn, đào tạo, chia sẻ kinh nghiệm từ các nhân viên y tế có trình độ, chuyên gia (trong và ngoài bệnh viện) cho nhân viên bệnh viện nhằm nâng cao năng lực chuyên môn và kỹ năng nghề nghiệp như sinh hoạt khoa học, hội thảo xây dựng	☒	☐
4	14. Trong năm có tổ chức các hội thi tay nghề giỏi cho ít nhất hai chức danh trở lên: bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược sỹ, quản lý...	☒	☐
4	15. Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế tham gia các hình thức kiểm tra tay nghề, hội thi tay nghề trong và ngoài bệnh viện.	☒	☐
5	16. Có phần mềm cập nhật và theo dõi tình hình nhân viên tham gia đào tạo liên tục, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (ví dụ tính giờ, tính điểm tham gia đào tạo liên tục, tình trạng đang đi học).	☐	☐
5	17. Có từ 30% nhân viên y tế trở lên được đào tạo liên tục ít nhất 12 tiết học trở lên trong năm.	☐	☐
5	18. Có quy định và hình thức khuyến khích, khen thưởng, nhắc nhở, phê bình, kỷ luật nhằm thúc đẩy nhân viên tham gia đào tạo liên tục đầy đủ trong năm dựa trên số liệu phần mềm theo dõi.	☐	☐
5	19. Có đánh giá, nghiên cứu tình hình đào tạo liên tục và chỉ ra được những mặt hạn chế cần khắc phục.	☐	☐
5	20. Áp dụng các kết quả đánh giá, nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: B2.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

B2.2 - Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có vụ việc tập thể hoặc cá nhân vi phạm y đức, được đăng tải trên các phương tiện truyền thông, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến hình ảnh của bệnh viện và ngành y tế.	☐	☐
2	2. Bệnh viện đã xây dựng kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế.	☒	☐
2	3. Bản kế hoạch có đặt ra các chỉ tiêu cụ thể liên quan đến ứng xử, giao tiếp, y đức để tập thể bệnh viện phấn đấu.	☒	☐
2	4. Đã triển khai kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức.	☒	☐
2	5. Trong năm đã tổ chức được ít nhất hai lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức tại bệnh viện cho nhân viên y tế.	☒	☐
3	6. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 50% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).	☒	☐
3	7. Có cam kết giữa nhân viên y tế với lãnh đạo bệnh viện và giữa tập thể bệnh viện với các cơ quan lý về nâng cao tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế với người bệnh.	☒	☐
3	8. Có tiến hành khảo sát hoặc đánh giá sơ bộ thái độ ứng xử của nhân viên y tế và sử dụng kết quả khảo sát, đánh giá để bố trí người phù hợp ở các vị trí việc làm thường tiếp xúc với người bệnh và người nhà người bệnh.	☒	☐
4	9. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 70% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).	☒	☐
4	10. Có nhiều hình thức triển khai đa dạng, phong phú kế hoạch nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức cho nhân viên y tế như tổ chức các cuộc thi, phong trào, cam kết thi đua, kịch, hội diễn văn nghệ...	☒	☐
4	11. Có tiến hành đánh giá việc triển khai nâng cao thái độ ứng xử,	☒	☐

	giao tiếp, y đức theo định kỳ và có báo cáo về hình thức/phương pháp và kết quả đánh giá.		
4	12. Có thư cảm ơn/thư khen của người bệnh/người nhà người bệnh đánh giá cao về tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế.	☒	☐
5	13. Tỷ lệ số nhân viên y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức chiếm trên 80% tổng số nhân viên y tế (căn cứ vào số lượng lớp mở và số học viên tham gia).	☒	☐
5	14. Đánh giá thực hiện kế hoạch nâng cao thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế có các chỉ số đạt kết quả tốt, xu hướng tăng dần theo thời gian.	☐	☐
5	15. Khảo sát sự hài lòng người bệnh đạt kết quả tốt về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của nhân viên y tế.	☒	☐
5	16. Không có đơn thư khiếu nại, tố cáo về thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức.	☐	☐
5	17. Có cá nhân hoặc vụ việc tiêu biểu về y đức, giao tiếp, ứng xử, được các phương tiện truyền thông đăng tải ca ngợi, biểu dương; là tấm gương sáng cho các cá nhân, bệnh viện khác học tập.	☒	☐

B2.3 - Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Trong năm không có nhân viên y tế tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp).	☐	☐
1	2. Bệnh viện không có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc không có nội dung đào tạo trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện).	☐	☐
2	3. Có bản kế hoạch đào tạo cho nhân viên y tế (hoặc trong bản kế hoạch, đề án chung khác của bệnh viện có nội dung đào tạo).	☒	☐
2	4. Kế hoạch đào tạo có đề cập nội dung đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn (bằng cấp) cho nhân viên.	☒	☐
2	5. Trong bản kế hoạch đào tạo hoặc quy chế chi tiêu nội bộ có quy định hỗ trợ (bằng các hình thức vật chất và phi vật chất như học phí, phương tiện, động viên, khen thưởng... cho nhân viên của bệnh viện được cử đi đào tạo.	☒	☐
3	6. Có quy định hỗ trợ (một phần hoặc toàn bộ) khoản học phí và sinh hoạt phí cho nhân viên được cử đi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn trong nước (hoặc nước ngoài) bằng nguồn của bệnh viện, trung ương, địa phương hoặc dự án và các nguồn kinh phí	☒	☐
3	7. Nhân viên sau khi hoàn thành chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn do bệnh viện cử đi được bố trí vị trí việc làm phù hợp với đào tạo.	☒	☐
3	8. Có văn bản quy định cụ thể về thu hút, tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực y tế có chất lượng làm việc ổn định, lâu dài tại bệnh viện.	☒	☐
3	9. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học được học trong thời gian đang làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 30% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn bệnh viện (áp dụng không phân biệt bệnh viện Nhà nước và	☒	☐
4	10. Tỷ lệ bác sỹ xin chuyển sang bệnh viện khác trong năm chiếm dưới 5%.	☒	☐

4	11. Trong năm có tuyển dụng mới bác sỹ được đào tạo chính quy vào làm việc.	☒	☐
4	12. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học (tính cả số bác sỹ đang đi học nhưng chưa có bằng) được học trong khoảng thời gian làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 40% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn	☒	☐
4	13. Toàn bộ số bác sỹ được tuyển dụng mới trong năm được đào tạo chính quy.	☒	☐
5	14. Tổng số bác sỹ hiện đang làm việc có trình độ sau đại học (tính cả số bác sỹ đang đi học nhưng chưa có bằng) được học trong khoảng thời gian làm việc tại bệnh viện chiếm ít nhất 50% tổng số bác sỹ có trình độ sau đại học của toàn	☒	☐
5	15. Tỷ lệ nhân viên y tế sau khi hoàn thành chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn do bệnh viện cử đi và có sử dụng nguồn kinh phí hỗ trợ của bệnh viện (hoặc các nguồn kinh phí hợp pháp khác do bệnh viện đề xuất, điều phối) quay trở lại bệnh vi	☒	☐
5	16. Có báo cáo đánh giá, nghiên cứu tình hình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của bệnh viện, trong đó có đánh giá tình hình sử dụng nhân lực và kết quả chuyên môn sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.	☒	☐
5	17. Có số liệu thống kê về số lượng, tỷ lệ nhân viên y tế sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn về làm việc đúng chuyên ngành; số lượng, tỷ lệ nhân viên y tế chuyển sang khoa/phòng khác và số lượng, tỷ lệ nhân viên y tế chuyển cơ quan khác.	☒	☐
5	18. Đề xuất giải pháp và áp dụng các kết quả đánh giá, nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.	☒	☐

B3. Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)

Kết quả tiêu chí: B3.1 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

B3.1 - Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có nhân viên đang làm việc tại bệnh viện đã hết giai đoạn thử việc từ 3 tháng trở lên nhưng không được ký hợp đồng lao động.	☐	☐
1	2. Có nhân viên đang làm việc tại bệnh viện được trả dưới mức lương tối thiểu.	☐	☐
2	3. Toàn bộ nhân viên y tế làm việc từ 3 tháng trở lên đều được hưởng lương và các thu nhập hợp pháp khác do bệnh viện chi trả.	☒	☐
2	4. Toàn bộ nhân viên y tế được đóng bảo hiểm xã hội.	☒	☐
2	5. Toàn bộ nhân viên y tế được bảo đảm trả lương.	☒	☐
3	6. Nhân viên y tế được thông báo về tính chất công việc, loại hình hợp đồng (ngắn hạn dài hạn hoặc viên chức), thời gian làm việc và mức lương, phụ cấp được hưởng.	☒	☐
3	a. Đối với bệnh viện Nhà nước: có xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ và được lấy ý kiến rộng rãi tại hội nghị cán bộ viên chức.	☒	☐
3	b. Đối với bệnh viện tư nhân: người lao động được đàm phán và thỏa thuận về mức lương, phụ cấp.	☒	☐
3	7. Toàn bộ nhân viên y tế được bảo đảm trả lương theo đúng hạn và đầy đủ số tiền theo như quy định (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân).	☒	☐
3	8. Toàn bộ nhân viên y tế trong chỉ tiêu được bảo đảm tăng lương theo đúng quy định.	☒	☐
3	9. Có tiêu chí cụ thể xét nâng lương trước thời hạn (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) hoặc tăng thời gian, giá trị hợp đồng lao động (áp dụng với bệnh viện tư nhân) cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến.	☒	☐
3	10. Nhân viên y tế được hưởng các khoản phụ cấp và nguồn thu nhập tăng thêm hợp pháp theo đúng quy chế chi tiêu nội bộ (áp	☒	☐

	dụng với bệnh viện Nhà nước) và như hợp đồng đã ký (áp dụng với bệnh viện tư nhân).		
4	11. Thực hiện nâng lương trước thời hạn (áp dụng với bệnh viện Nhà nước) hoặc tăng thời gian, giá trị hợp đồng lao động (áp dụng với bệnh viện tư nhân) cho những cá nhân tiêu biểu, có nhiều thành tích và cống hiến.	☒	☐
4	12. Áp dụng thí điểm hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”*::	☒	☐
4	a. Đối với bệnh viện Nhà nước: thí điểm chi trả nguồn thu nhập tăng thêm dựa trên kết quả công việc đối với ít nhất một chức danh nghề nghiệp (bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y, quản lý) hoặc thí điểm tại ít nhất một khoa lâm sàng và một k	☒	☐
4	b. Đối với bệnh viện tư nhân: thí điểm chi trả lương dựa trên kết quả công việc đối với ít nhất một chức danh nghề nghiệp (bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y, quản lý).	☒	☐
5	13. Áp dụng hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”:	☒	☐
5	a. Đối với bệnh viện Nhà nước: chi trả nguồn thu nhập tăng thêm dựa trên kết quả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp.	☒	☐
5	b. Đối với bệnh viện tư nhân: chi trả lương dựa trên kết quả công việc cho toàn bộ các chức danh nghề nghiệp.	☒	☐
5	14. Có đánh giá hiệu quả việc triển khai áp dụng hình thức “chi trả dựa trên kết quả công việc”.	☒	☐
5	15. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến hình thức trả lương, thu nhập tăng thêm cho nhân viên y tế, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.	☒	☐

B3.2 - Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động và nâng cao trình độ chuyên môn cho nhân viên y tế

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có nhân viên y tế không được trang bị trang phục và phương tiện làm việc (hoặc hỏng không sử dụng được).	☐	☐
1	2. Phòng làm việc không bảo đảm điều kiện về cơ sở vật chất như nhà dột nát, bàn ghế hỏng...	☐	☐
2	3. Bảo đảm điều kiện làm việc cơ sở vật chất, phòng ốc không dột, nát; tường không bong tróc; thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.	☒	☐
2	4. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị văn phòng, bàn ghế làm việc đầy đủ.	☒	☐
2	5. Có đầy đủ các trang thiết bị y tế cơ bản cần thiết phục vụ công tác chuyên môn, trang thiết bị không bảo đảm các yêu cầu chuyên môn được thay thế kịp thời.	☒	☐
2	6. Nhân viên y tế được cung cấp đầy đủ các phương tiện bảo hộ mang tính liên quan trực tiếp đến an toàn như khẩu trang, găng tay, trang phục bảo hộ dùng 1 lần dùng trong phòng mổ hoặc các dịch bệnh truyền nhiễm.	☒	☐
3	7. Cung cấp đầy đủ trang phục cho các đối tượng lãnh đạo, bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên hành chính, thực tập, y công thuộc nhân viên hợp đồng tại bệnh viện.	☒	☐
3	8. Nhân viên y tế không bị hạn chế sử dụng các phương tiện bảo hộ mang tính liên quan trực tiếp đến an toàn như khẩu trang, găng tay, trang phục bảo hộ dùng 1 lần...	☒	☐
3	9. Nhân viên y tế được cập nhật thông tin mới hoặc tập huấn về vệ sinh an toàn lao động, lưu ý phòng tránh các tình huống, vấn đề mới phát sinh như các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm...	☒	☐
3	10. Sẵn có các phương tiện, thuốc, hóa chất... để sơ cấp cứu kịp thời nhân viên y tế trong trường hợp bị phơi nhiễm nghề nghiệp (ví dụ có vòi nước rửa hóa chất bắn vào mắt; sẵn có thuốc, dịch truyền sơ cứu phơi nhiễm HIV...)	☒	☐

4	11. Trang phục cho các chức danh nghề nghiệp khác nhau về kiểu dáng, ký hiệu hoặc màu sắc để có thể phân biệt rõ ràng giữa các đối tượng.	☒	☐
4	12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ (theo quy định của bệnh viện).	☒	☐
4	13. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế với điều kiện làm việc, vệ sinh lao động... Bộ câu hỏi khảo sát sự hài lòng nhân viên y tế dựa trên bộ câu hỏi do Bộ Y tế, Sở Y tế ban hành hoặc bệnh viện tự xây dựng.	☒	☐
5	14. Có bản báo cáo khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế.	☒	☐
5	15. Kết quả khảo sát xác định được những vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng.	☒	☐
5	16. Tiến hành can thiệp cải thiện điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế dựa trên các kết quả khảo sát.	☒	☐
5	17. Bệnh viện tổ chức và hỗ trợ một phần cho nhân viên y tế mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp.	☒	☐

B3.3 - Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện không tiến hành khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên y tế trong năm cho các đối tượng nhân viên y tế có nguy cơ cao như các chuyên khoa có phơi nhiễm bệnh lây truyền, hóa chất, phóng xạ....	☐	☐
2	2. Có tiến hành khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho các đối tượng nhân viên y tế có nguy cơ cao như các chuyên khoa có phơi nhiễm bệnh lây truyền, hóa chất, phóng xạ....	☒	☐
2	3. Nhân viên y tế làm việc tại môi trường có yếu tố nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp như lao, HIV/AIDS, viêm gan B... được xét nghiệm cận lâm sàng trước khi bố trí công việc để theo dõi tình trạng sức khỏe và phơi nhiễm nghề nghiệp.	☒	☐
3	4. Có tổ chức khám sức khỏe định kỳ hàng năm cho toàn bộ nhân viên bệnh viện và khám bệnh nghề nghiệp cho các nhân viên y tế.	☒	☐
3	5. Có lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho nhân viên y tế.	☒	☐
3	6. Bảo đảm chế độ nghỉ dưỡng/nghỉ phép cho nhân viên theo đúng quy định.	☒	☐
3	7. Có các hình thức động viên tinh thần nhân viên y tế như tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng, vui chơi tập thể cho nhân viên thường xuyên hàng năm và huy động được đa số nhân viên tham gia.	☒	☐
4	8. Quản lý và theo dõi hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện theo thời gian.	☒	☐
4	9. Hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên bệnh viện được nhập và quản lý bằng phần mềm máy tính.	☒	☐
4	10. Có các hình thức, phương tiện nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần cho nhân viên y tế như sân tập và dụng cụ thể thao hoặc khu thể thao.	☒	☐
4	11. Xây dựng các hoạt động hoặc phong trào thể thao và văn hóa văn nghệ, giải trí, động viên, khích lệ tinh thần cho nhân viên y tế,	☒	☐

	hoạt động thường xuyên.		
5	12. Có báo cáo về tình trạng sức khỏe nhân viên y tế của bệnh viện hàng năm.	☒	☐
5	13. Phần mềm quản lý hồ sơ sức khỏe của nhân viên có chiết xuất ra được các biểu đồ, diễn biến tình trạng sức khỏe, cơ cấu bệnh tật của nhân viên.	☒	☐
5	14. Kết quả phân tích có đưa ra được các cảnh báo nguy cơ bệnh tật cho các nhóm đối tượng nhân viên y tế.	☒	☐
5	15. Áp dụng kết quả phân tích vào can thiệp nâng cao tình trạng sức khỏe cho nhân viên y tế của bệnh viện.	☒	☐

B3.4 - Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có đơn thư khiếu nại, tố cáo của nhân viên y tế gửi các cơ quan quản lý về các hiện tượng mất dân chủ, mất đoàn kết, tiêu cực... và sau khi thanh tra, xác minh là đúng sự thật.	☐	☐
2	2. Bệnh viện đã xây dựng quy chế dân chủ cơ sở (hoặc quy định tương đương bảo đảm quyền lợi người lao động và quy trình giải quyết khiếu nại, tố cáo nội bộ đối với bệnh viện tư nhân).	☒	☐
2	3. Quy chế dân chủ cơ sở được lấy ý kiến rộng rãi tại hội nghị cán bộ viên chức/người lao động/nhân viên y tế.	☒	☐
2	4. Các nhân viên y tế làm công tác chuyên môn được tham gia sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 3 tháng/1 lần.	☒	☐
2	5. Có mời chuyên gia và nhân viên trẻ (trong và ngoài bệnh viện) báo cáo, trình bày chia sẻ kinh nghiệm trong các sinh hoạt khoa học định kỳ.	☒	☐
3	6. Xây dựng môi trường học tập tạo điều kiện cho nhân viên cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ như truy cập mạng internet, tiếp cận tra cứu thông tin y học, thư viện, phòng đọc...	☒	☐
3	7. Có các quy định và triển khai các hình thức thi đua, khen thưởng, động viên, khuyến khích các nhân viên y tế thực hiện tốt công việc/đạt chất lượng cao; không phân biệt vị trí công tác.	☒	☐
3	8. Hình thức động viên, khuyến khích nhân viên y tế đa dạng (bằng tiền, hiện vật, danh hiệu, cơ hội đi học, bổ nhiệm...).	☒	☐
3	9. Có xây dựng các tiêu chí cụ thể về tăng lương, khen thưởng, bổ nhiệm, kỷ luật... nhân viên và công bố công khai cho toàn thể nhân viên được biết.	☒	☐
4	10. Bệnh viện thực hiện bổ nhiệm cho nhân viên y tế theo đúng quy trình và dựa trên các tiêu chí của bệnh viện đã ban hành.	☒	☐
4	11. Có phòng thư viện lưu trữ các sách/tạp chí y học, văn bản, thư viện điện tử... và tạo điều kiện cho nhân viên y tế tiếp cận thường xuyên.	☒	☐
4	12. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết	☒	☐

	nhân viên y tế được làm việc trong môi trường thân thiện.		
4	13. Khảo sát ngẫu nhiên trên 7 người có ít nhất 5 người cho biết nhân viên được lãnh đạo trực tiếp quan tâm, tôn trọng và đối xử bình đẳng.	☒	☐
4	14. Có tiến hành khảo sát sự hài lòng của nhân viên y tế về môi trường làm việc.	☒	☐
5	15. Thực hiện khen thưởng, bổ nhiệm công bằng cho đúng các đối tượng hoạt động thực sự tích cực, hiệu quả (không dựa trên phân bổ chỉ tiêu khen thưởng, bổ nhiệm theo cơ cấu).	☒	☐
5	16. Kết quả khảo sát sự hài lòng nhân viên y tế chỉ ra được những vấn đề nhân viên y tế chưa hài lòng về môi trường làm việc.	☒	☐
5	17. Xây dựng các giải pháp cải tiến môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn.	☒	☐
5	18. Áp dụng các kết quả khảo sát và triển khai các giải pháp can thiệp vào việc cải tiến, tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế.	☒	☐

B4. Lãnh đạo bệnh viện (4)

Kết quả tiêu chí: B4.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

B4.1 - Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bản kế hoạch phát triển bệnh viện trong giai đoạn 5 năm.	☐	☐
2	2. Đã xây dựng kế hoạch phát triển bệnh viện (trong đó có kế hoạch phát triển khoa, phòng) và được cấp có thẩm quyền phê duyệt.	☒	☐
2	3. Công bố công khai bản kế hoạch đã xây dựng cho nhân viên y tế.	☒	☐
3	4. Trong kế hoạch phát triển tổng thể có kế hoạch cụ thể theo từng giai đoạn (giai đoạn ngắn hạn 1, 2 năm, giai đoạn dài hạn 5 năm hoặc trên 5 năm).	☒	☐
3	5. Trong bản kế hoạch phát triển tổng thể có các chỉ số đích, mốc thời gian đạt được cụ thể và lộ trình thực hiện.	☒	☐
3	6. Trong bản kế hoạch phát triển tổng thể có các giải pháp cụ thể và nguồn lực để đạt được mục tiêu đề ra.	☒	☐
3	7. Đã xây dựng kế hoạch hoạt động chi tiết hằng năm căn cứ vào kế hoạch.	☒	☐
3	8. Đã triển khai thực hiện theo các kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.	☒	☐
4	9. Tiến hành đo lường các chỉ số trong bản kế hoạch phát triển.	☐	☐
4	10. Có bản danh mục kết quả thực hiện các chỉ số trong bản kế hoạch theo năm.	☐	☐
4	11. Đã triển khai đầy đủ các nội dung trong kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.	☐	☐
4	12. Có sơ kết, đánh giá việc triển khai, thực hiện kế hoạch phát triển.	☐	☐
4	13. Có xác định những nội dung chưa thực hiện được theo đúng kế hoạch và xây dựng giải pháp khắc phục.	☐	☐

4	14. Có xác định những nội dung không khả thi và đề xuất điều chỉnh kế hoạch.	☐	☐
5	15. Triển khai các giải pháp khắc phục và huy động các nguồn lực để thực hiện những nội dung chưa hoàn thành theo đúng kế hoạch.	☐	☐
5	16. Điều chỉnh kế hoạch dựa trên kết quả đánh giá việc triển khai thực hiện, đặc biệt điều chỉnh những nội dung không hoặc ít tính khả thi.	☐	☐
5	17. Đã xây dựng chiến lược phát triển bệnh viện, trong đó xác định những vấn đề ưu tiên, xác định các lĩnh vực, chuyên khoa mũi nhọn, mở rộng quy mô, nâng cấp bệnh viện; thực hiện được các kỹ thuật cao, chuyên sâu; phát triển thành cơ sở đào tạo, trung tâm	☐	☐
5	18. Công bố công khai chiến lược phát triển đã xây dựng.	☐	☐
5	19. Huy động các nguồn lực và thực hiện đầu tư cho các lĩnh vực theo chiến lược phát triển bệnh viện.	☐	☐

B4.2 - Triển khai văn bản của các cấp quản lý

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không phân công cho một nhân viên đầu mỗi tiếp nhận và cập nhật các văn bản có liên quan đến hoạt động bệnh viện.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện không cập nhật một hoặc nhiều văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế mang tính bắt buộc thực hiện.	☐	☐
2	3. Có nhân viên đầu mỗi chịu trách nhiệm tiếp nhận và cập nhật các văn bản chỉ đạo có liên quan đến hoạt động bệnh viện.	☒	☐
2	4. Có quy trình tiếp nhận, phân loại và phân công người xử lý văn bản, trong đó có quy định rõ thời gian, hình thức xử lý văn bản.	☒	☐
2	5. Quy trình tiếp nhận, phân loại và phân công người xử lý văn bản đã được ban giám đốc phê duyệt.	☒	☐
2	6. Đã triển khai thực hiện các văn bản chỉ đạo dành cho bệnh viện do các cấp quản lý có thẩm quyền ban hành đến lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các phòng chức năng và lãnh đạo các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.	☒	☐
3	7. Có bảng danh sách thống kê các văn bản chỉ đạo của Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Sở Y tế và cơ quan chính quyền khác trong năm.	☒	☐
3	8. Không có tình trạng có văn bản đến nhưng không được lãnh đạo xử lý.	☒	☐
3	9. Đã phổ biến các văn bản chỉ đạo tới cán bộ, công chức, viên chức và người lao động có liên quan đến văn bản.	☒	☐
3	10. Có xây dựng quy trình cụ thể triển khai thực hiện các văn bản chỉ đạo (quy trình triển khai gồm các bước: phổ biến văn bản, xây dựng kế hoạch thực hiện văn bản, kiểm tra nội bộ việc thực hiện văn bản).	☒	☐
4	11. Đã triển khai thực hiện các hoạt động cụ thể đáp ứng yêu cầu của văn bản chỉ đạo (bệnh viện cung cấp bằng chứng cho một số văn bản ví dụ đã triển khai).	☒	☐
4	12. Có tiến hành rà soát định kỳ tiến độ triển khai văn bản chỉ đạo.	☒	☐
4	13. Áp dụng phần mềm tin học văn phòng (excel) hoặc phần mềm	☒	☐

	chuyên dụng để quản lý và triển khai văn bản.		
5	14. Áp dụng phần mềm chuyên dụng quản lý văn bản điện tử, văn bản được gửi tới ngay tất cả các đối tượng nhận văn bản để thực hiện thông qua hệ thống phần mềm sau khi văn bản được lãnh đạo bệnh viện tiếp nhận và xử lý.	☒	☐
5	15. Có tiến hành rà soát việc phổ biến và triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo.	☒	☐
5	16. Áp dụng kết quả đánh giá để cải tiến chất lượng việc triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo hoặc đề xuất sửa đổi bất cập của văn bản với cơ quan quản lý.	☒	☐

B4.3 - Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có đơn thư khiếu nại, tố cáo gửi tới các cơ quan quản lý về việc tuyển dụng, bổ nhiệm người quản lý bệnh viện, khoa/phòng vi phạm các quy định hiện hành (đã xác minh và phát hiện sai phạm).	☐	☐
1	2. Không có tiêu chuẩn, quy trình tuyển dụng, bổ nhiệm đội ngũ quản lý bệnh viện.	☐	☐
2	3. Xây dựng các tiêu chuẩn, tiêu chí (hoặc yêu cầu tối thiểu) cho các vị trí quản lý bệnh viện, khoa, phòng và công bố công khai cho nhân viên.	☒	☐
2	4. Xây dựng các quy trình tuyển dụng, bổ nhiệm cho các vị trí quản lý bệnh viện, khoa, phòng và công bố công khai cho nhân viên.	☒	☐
2	5. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 20% trở lên** (chứng chỉ bảo đảm quy định về đào tạo liên tục tại Thông tư 22/2013/TT-BYT).	☒	☐
3	6. Thực hiện tuyển dụng, bổ nhiệm các vị trí quản lý trong bệnh viện theo đúng tiêu chuẩn và quy trình đã đề ra.	☒	☐
3	7. Tỷ lệ “người quản lý” sử dụng thành thạo máy tính, các phần mềm tin học văn phòng, văn bản điện tử và thư điện tử đạt 100%.	☒	☐
3	8. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 50% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ)	☒	☐
3	9. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 40% trở lên*.	☒	☐
4	10. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 70% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ)	☒	☐

4	11. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 60% trở lên*.	☐	☐
4	12. Thí điểm hình thức thi tuyển (như trình bày kế hoạch phát triển) các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện “người quản lý”, ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...	☐	☐
5	13. Tỷ lệ “người quản lý” có thể giao tiếp thông thường bằng tiếng Anh (hoặc có chứng chỉ Anh văn B trở lên) chiếm ít nhất 90% tổng số “người quản lý” của bệnh viện (nếu giao tiếp được bằng tiếng dân tộc với đồng bào địa phương được tính như ngoại ngữ tiể	☒	☐
5	14. Tỷ lệ “người quản lý” đã tham gia khóa đào tạo liên tục và có chứng chỉ về quản lý bệnh viện chiếm từ 80% trở lên*.	☐	☐
5	15. Lãnh đạo bệnh viện và khoa, phòng kiêm nhiệm thêm tối đa hai chức vụ quản lý khác (tổng không quá 3 chức vụ quản lý).	☐	☐
5	16. Có đánh giá hiệu quả việc áp dụng thí điểm hình thức thi tuyển các vị trí lãnh đạo, quản lý và xác định những nhược điểm cần khắc phục, chỉnh sửa.	☐	☐
5	17. Xây dựng quy trình “thi tuyển” các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, tổ chức xin ý kiến rộng rãi các nhân viên và được ban giám đốc phê duyệt.	☐	☐
5	18. Áp dụng hình thức thi tuyển cho các vị trí lãnh đạo, quản lý của bệnh viện, có sự giám sát công khai của cơ quan quản lý, đại diện “người quản lý”, ban thanh tra nhân dân, đại diện nhân viên ...	☐	☐
5	19. Tỷ lệ “người quản lý” có chứng chỉ quản lý (trong nước hoặc nước ngoài) thuộc các lĩnh vực chuyên sâu đang phụ trách hoặc liên quan như quản lý tài chính, quản lý nhân lực, quản lý chất lượng... chiếm từ 30% trở lên.	☐	☐
5		☐	☐

Kết quả tiêu chí: B4.4 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

B4.4 - Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có quy hoạch cho vị trí lãnh đạo và quản lý.	☐	☐
2	2. Có quy hoạch vị trí lãnh đạo và quản lý.	☒	☐
2	3. Xây dựng kế hoạch đào tạo dựa trên quy hoạch cán bộ lãnh đạo, quản lý đã được phê duyệt.	☒	☐
3	4. Tiến hành bổ nhiệm vị trí lãnh đạo và quản lý theo đúng quy hoạch.	☒	☐
3	5. Có tổ chức bàn giao công việc giữa các vị trí lãnh đạo và những công việc chưa hoàn thành.	☒	☐
3	6. Giám đốc mới được bổ nhiệm trong vòng 1 năm sau khi giám đốc cũ nghỉ quản lý hoặc chuyển nhiệm vụ mới.	☒	☐
4	7. Xây dựng kế hoạch tuyển chọn, bồi dưỡng đội ngũ lãnh đạo kế cận.	☒	☐
4	8. Đã bổ nhiệm các vị trí lãnh đạo theo quy định và theo quy hoạch của bệnh viện.	☒	☐
4	9. Có kế hoạch và cử viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch đi đào tạo nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng, kinh tế y tế...	☒	☐
5	10. Các viên chức, nhân viên trong diện quy hoạch có trình độ quản lý, ngoại ngữ đáp ứng yêu cầu vị trí quản lý và có thể thay thế lãnh đạo, quản lý đương nhiệm ngay lập tức khi cần thiết hoặc trong tình huống khẩn cấp.	☒	☐
5	11. Vị trí giám đốc được phát triển từ nguồn nhân lực của bệnh viện, trong diện quy hoạch của bệnh viện.	☒	☐

PHẦN C. HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)

C1. An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)

Kết quả tiêu chí: C1.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C1.1 - Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có đủ bảo vệ trực 24/24 giờ theo phương án bảo vệ của bệnh viện (phát hiện thấy bảo vệ bỏ trực trong ca làm việc...).	☐	☐
1	2. Có vụ việc bảo vệ bệnh viện xô xát người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến uy tín của bệnh viện.	☐	☐
2	3. Có đủ bảo vệ trực 24/24 giờ theo phương án bảo vệ của bệnh viện.	☒	☐
2	4. Bệnh viện có xây dựng phương án, kế hoạch bảo vệ, trong đó có nêu số lượng người, vị trí cần bảo vệ, tần suất đi tuần...	☒	☐
2	5. Khuôn viên bệnh viện có tường rào kín bao quanh; các cổng vào đều có người bảo vệ; không có lỗ hổng cho đi lại tự do.	☒	☐
2	6. Có quy định hạn chế người nhà người bệnh vào khu vực chuyên môn hoặc khoa/phòng điều trị trong các giờ quy định.	☒	☐
3	7. Lực lượng bảo vệ đã được đào tạo chuyên nghiệp hoặc tập huấn nghiệp vụ bảo vệ tại các đơn vị có trình độ và chức năng đào tạo nghiệp vụ bảo vệ (có chứng chỉ, giấy tham gia khóa tập huấn...).	☒	☐
3	8. Có hình thức kiểm soát được người ra vào khoa/phòng điều trị.	☒	☐
3	9. Có văn bản phối hợp (hoặc ký biên bản cam kết) với cơ quan an ninh địa phương về việc hỗ trợ, bảo đảm giữ gìn an ninh, trật tự tại bệnh viện và khu vực quanh bệnh viện.	☒	☐
3	10. Có cảnh báo (hoặc hướng dẫn) chống mất trộm cho người bệnh, người nhà người bệnh tại các khu vực có nguy cơ xảy ra mất cắp cao.	☒	☐
3	11. Có biện pháp chủ động phát hiện, ngăn chặn trộm cắp như đi	☒	☐

	tuần tra theo định kỳ, lập danh sách các đối tượng đã trộm cắp, theo dõi đối tượng nghi vấn hoặc các biện pháp chủ động khác.		
3	12. Lực lượng bảo vệ luôn thường trực và can thiệp kịp thời các vụ việc hành hung, gây rối hoặc đập phá tài sản, đồ đạc của người bệnh hoặc người nhà người bệnh/nhân viên y tế.	☒	☐
4	13. Có hệ thống camera an ninh tự động theo dõi toàn bệnh viện (CCTV);	☒	☐
4	14. Có bộ phận thường trực theo dõi camera an ninh.	☒	☐
4	15. Có đội an ninh phản ứng nhanh do bệnh viện thành lập hoặc thuê công ty bảo vệ túc trực 24/24 giờ để đối phó với các sự cố bất thường xảy ra, có diễn tập ít nhất 1 lần trong năm.	☒	☐
4	16. Lực lượng bảo vệ được trang bị các phương tiện liên lạc nội bộ như máy bộ đàm.	☒	☐
4	17. Các khoa/phòng có nguy cơ mất an ninh trật tự cao như khoa cấp cứu (phòng, buồng cấp cứu) được trang bị hệ thống cửa chắc chắn và có hình thức kiểm soát, hạn chế người bệnh và người nhà người bệnh ra – vào tự do.	☒	☐
5	18. Các khoa, phòng, hành lang... được trang bị khóa từ (hoặc khóa số) luôn trong trạng thái đóng; chỉ được mở bằng thẻ từ hoặc mã số.	☐	☐
5	19. Nhân viên y tế được trang bị thẻ từ để mở khóa các khoa, phòng, hành lang. Thẻ có tên, ảnh, mã số nhân viên hoặc bằng vân tay.	☐	☐
5	20. Có nhân viên y tế (hoặc có hình thức khác như camera) kiểm soát người bệnh hoặc đóng, mở cửa cho người bệnh và người nhà người bệnh vào – ra các khoa/phòng, hạn chế người đi lại tự do.	☐	☐
5	21. Không có vụ việc mất trộm tài sản của người bệnh, người nhà người bệnh thông qua ghi chép hoặc phản ánh của người bệnh.	☐	☐

C1.2 - Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có xảy ra sự cố cháy, nổ nghiêm trọng, gây thiệt hại tài sản, trang thiết bị hoặc con người.	☐	☐
1	2. Có sự cố mất điện, gây ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn và hậu quả nghiêm trọng đối với người bệnh (có trường hợp người bệnh tử vong hoặc biến chứng do mất điện làm trang thiết bị y tế không hoạt động, hoặc mất điện không bảo đảm ánh sáng, gây n	☐	☐
1	3. Có hiện tượng cầu, mắc và sử dụng điện tùy tiện, tự ý sửa chữa thay thế các thiết bị về điện, để chất dễ cháy gần cầu dao, át-tô-mát, bảng điện và đường dây dẫn điện.	☐	☐
1	4. Có hiện tượng các bình ô-xy đang chứa ô-xy chưa sử dụng để ngoài sân, hành lang... có thể tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời.	☐	☐
1	5. Không có các hòng nước cứu hỏa, bể nước dự phòng cho chữa cháy trong khuôn viên bệnh viện.	☐	☐
2	6. Có quy định, nội quy về an toàn phòng cháy chữa cháy và sẵn có tại các khoa/phòng.	☒	☐
2	7. Có phân công một phòng đầu mối chịu trách nhiệm về công tác phòng cháy, chữa cháy.	☒	☐
2	8. Phòng đầu mối tiến hành thường xuyên hoặc định kỳ kiểm tra phát hiện các nhược điểm, thiếu sót về phòng cháy và có biện pháp khắc phục kịp thời.	☒	☐
2	9. Đã khắc phục hoàn toàn hoặc (và) không phát hiện thấy các nguy cơ cao mất an toàn về điện như có dây điện rách vỏ (hoặc dây không có vỏ) trong phòng, hành lang hoặc ổ điện đặt cạnh vòi nước...	☒	☐
2	10. Các bình ô-xy và hóa chất có nguy cơ dễ cháy, nổ được bảo quản trong nhà kho thoáng, mát và có mái che tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời.	☒	☐
2	11. Sẵn có bình chữa cháy tại các khoa, phòng, hành lang theo hướng dẫn, quy định của bệnh viện và cơ quan công an.	☒	☐

2	12. Các hòng nước cứu hỏa và bể nước dự phòng cho chữa cháy trong khuôn viên bệnh viện bảo đảm luôn sẵn có nước.	☒	☐
2	13. Tách biệt giữa các đầu cắm ô-xy với các ổ cắm điện phòng tránh nguy cơ cháy nổ (khoảng cách tối thiểu từ 5 cm trở lên).	☒	☐
3	14. Có nhân viên chuyên trách phụ trách điện và an toàn điện, được đào tạo từ trình độ trung cấp trở lên.	☒	☐
3	15. Có phân công ít nhất một nhân viên chịu trách nhiệm về công tác phòng cháy, chữa cháy và đã tham dự tập huấn phòng cháy, chữa cháy.	☒	☐
3	16. Bảo đảm có bình chữa cháy đặt đầy đủ tại các vị trí của khoa theo quy định và hướng dẫn của cơ quan công an (hoặc quy định của bệnh viện).	☒	☐
3	17. Có mời cơ quan công an, chuyên gia đến hướng dẫn, tư vấn, kiểm tra, diễn tập... về công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm và có biên bản kiểm tra.	☒	☐
3	18. Có tổ chức huấn luyện phòng cháy, chữa cháy cho ít nhất 50% nhân viên bệnh viện 1 lần trong năm hoặc mời chuyên gia, cơ quan công an đến hướng dẫn, huấn luyện, kiểm tra công tác phòng chống cháy nổ ít nhất 1 lần trong năm.	☐	☐
3	19. Có phương án phòng chống cháy nổ, sơ tán thoát nạn, cứu người (đặc biệt đối với người bệnh không có khả năng tự thoát nạn), cứu trang thiết bị y tế, tài sản và chống cháy lan.	☐	☐
3	20. Có cảnh báo cháy nổ và cấm lửa tại các vị trí/khu vực có nguy cơ cao như bình/kho chứa ô-xy, nơi chứa nhiên liệu gas, xăng/dầu và các máy móc có nguy cơ cháy nổ cao khác.	☒	☐
3	21. Có chuông báo cháy, đèn khẩn cấp luôn trong tình trạng hoạt động. Các hệ thống được kiểm tra vận hành thử ít nhất 2 lần trong năm và hoạt động tốt.	☒	☐
4	22. Có chứng nhận về phòng cháy, chữa cháy do cơ quan có thẩm quyền cấp (đối với công trình mới xây, cải tạo cần có biên bản nghiệm thu hệ thống phòng cháy chữa cháy do cơ quan có thẩm quyền cấp).	☒	☐
4	23. Đã khắc phục toàn bộ các nhược điểm (nếu có) được nêu trong biên bản.	☒	☐
4	24. Có bản sơ đồ cửa và cầu thang thoát hiểm tại đầy đủ các hành lang.	☒	☐
4	25. Có bản danh sách số lượng bình chữa cháy chung của bệnh viện và số lượng bình tại các khoa.	☒	☐
4	26. Các bình chữa cháy được đặt ở vị trí gần với nhân viên y tế, thuận tiện trong sử dụng (ví dụ đặt trong các hộp kính ở gần cửa	☒	☐

	phòng hành chính khoa).		
4	27. Trang bị hệ thống cầu dao tự ngắt cho các máy móc thiết bị y tế.	☒	☐
4	28. Có hệ thống báo cháy, chuông báo cháy tự động tại tất cả các khoa/phòng.	☒	☐
4	29. Có hệ thống máy phát điện dự phòng.	☒	☐
4	30. Có diễn tập phòng cháy chữa cháy ít nhất 1 lần trong năm trên quy mô toàn bệnh viện. Nhân viên sử dụng được các phương tiện chữa cháy sẵn có và biết được phương án sơ tán thoát nạn, cứu người.	☐	☐
4	31. Không có sự cố cháy, nổ trong năm cần dùng bình cứu hỏa.	☒	☐
5	32. Trang bị hệ thống cầu dao tự ngắt cho toàn bộ hệ thống điện và riêng cho từng khối nhà, từng tầng.	☒	☐
5	33. Không có sự cố chập điện trong năm.	☐	☐
5	34. Trang bị hệ thống phun nước chữa cháy tự động cùng hệ thống cảm biến khói cháy tại tất cả các khoa/phòng.	☒	☐
5	35. Có hệ thống máy phát điện dự phòng và tự động kích hoạt trong vòng 1 phút nếu như điện lưới bị cắt hoặc gặp sự cố.	☒	☐
5	36. Thiết kế các khối nhà cao tầng có cửa thoát hiểm và cầu thang bộ thoát hiểm trong trường hợp khẩn cấp, cháy nổ (cầu thang thông thường chỉ được coi là tương đương với có cầu thang thoát hiểm nếu nằm ở vị trí đầu hồi và thông thoáng hoàn toàn với ngoài	☒	☐
5	37. Có tham gia bảo hiểm cháy, nổ.	☐	☐

C2. Quản lý hồ sơ bệnh án (2)

Kết quả tiêu chí: C2.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C2.1 - Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có tình trạng hồ sơ bệnh án chưa được lập kịp thời sau khi người bệnh nhập viện (24 giờ với người bệnh cấp cứu và 36 giờ với bệnh thông thường).	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh án có thông tin mâu thuẫn, không hợp lý.	☐	☐
1	3. Bệnh án có nội dung không đọc được chữ viết.	☐	☐
2	4. Hồ sơ bệnh án được lập sau khi vào viện trong vòng 36 giờ (hoặc 24 giờ với người bệnh cấp cứu), bảo đảm đầy đủ các thông tin cơ bản cần thiết và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định.	☒	☐
2	5. Hồ sơ bệnh án bảo đảm được bác sỹ điều trị duyệt và chịu trách nhiệm về mặt nội dung thông tin.	☒	☐
3	6. Bảo đảm ghi đầy đủ, rõ ràng các thông tin trong bệnh án theo quy định, đọc được chữ và nội dung. Bệnh án ngoại khoa có vẽ lược đồ phẫu thuật.	☒	☐
3	7. Các thông tin về chăm sóc và điều trị được ghi vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện và theo các quy định về thời gian.	☒	☐
3	8. Bệnh án đầy đủ các thông tin theo quy định như hành chính, chỉ định điều trị, chăm sóc sau khi kết thúc điều trị.	☒	☐
3	9. Những thông tin cần điều chỉnh được gạch bỏ, ký tên người sửa và thời gian sửa (không tẩy xóa hoặc bôi đen để không đọc được nội dung cũ).	☒	☐
3	10. Sẵn có “Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và vấn đề sức khỏe có liên quan” phiên bản lần thứ 10 (ICD 10) phòng kế hoạch (hoặc nghiệp vụ).	☒	☐
3	11. Sẵn có bảng mã ICD10 cho các bệnh thường gặp của các khoa lâm sàng tại phòng hành chính của khoa.	☒	☐
3	12. Bảng mã được in rõ ràng, lành lặn, dễ đọc, đặt ở vị trí dễ quan sát hoặc dễ lấy.	☒	☐
3	13. Có tập huấn cho bác sỹ, điều dưỡng về mã hóa bệnh tật theo	☒	☐

	ICD 10, cách ghi mã bệnh chính và bệnh kèm theo.		
3	14. Các thông tin bệnh được mã hóa chính xác theo bảng ICD 10 khi chẩn đoán và sau khi có kết luận ra viện.	☒	☐
4	15. Có phân công nhân viên chịu trách nhiệm kiểm tra hồ sơ bệnh án thường quy, đánh giá việc ghi chép, chất lượng thông tin...	☒	☐
4	16. Có quy định và tiến hành kiểm tra ngẫu nhiên chất lượng hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.	☒	☐
4	17. Có tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) về chất lượng hồ sơ bệnh án và xác định tỷ lệ nhập sai mã ICD 10 (ví dụ có bảng kiểm đánh giá chất lượng bệnh án từ hình thức đến nội dung).	☒	☐
4	18. Có bản kết quả đánh giá, trong đó chỉ ra được những lỗi thường gặp của hồ sơ bệnh án, tỷ lệ nhập sai mã ICD 10, nguyên nhân chính và các giải pháp.	☐	☐
5	19. Áp dụng kết quả đánh giá, các giải pháp đã đề xuất vào việc cải tiến chất lượng lập hồ sơ bệnh án và nhập mã ICD 10.	☐	☐
5	20. Thí điểm lập bệnh án theo hình thức bệnh án điện tử (tại một số khoa).	☐	☐
5	21. Các thông tin về kết quả xét nghiệm, chẩn đoán, chăm sóc và điều trị được cập nhật vào hồ sơ ngay sau khi thực hiện hoặc sau khi có kết quả bằng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ.	☐	☐
5	22. Có đánh giá sơ bộ kết quả triển khai thí điểm bệnh án điện tử, xác định những khó khăn, bất cập cần khắc phục.	☐	☐
5	23. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc triển khai bệnh án điện tử rộng rãi.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C2.2 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C2.2 - Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có tình trạng bệnh án để bừa bãi, lộn xộn, ẩm ướt...	☐	☐
1	2. Không tìm được một bệnh án theo yêu cầu trong vòng 30 phút tại nơi lưu trữ trong khuôn viên bệnh viện.	☐	☐
2	3. Bệnh án được lưu trữ cẩn thận theo quy định trong một hoặc nhiều kho khác nhau.	☒	☐
2	4. Bệnh án được lưu trữ đủ thời gian quy định.	☒	☐
2	5. Kho lưu trữ bệnh án thông thoáng, ngăn nắp, bảo đảm chống ẩm, chống cháy, chống mưa, lụt.	☒	☐
2	6. Kho lưu trữ bệnh án bảo đảm chống chuột, mối xông và côn trùng khác.	☒	☐
2	7. Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm) để quản lý số lượng bệnh án nhập - xuất kho lưu trữ theo từng khoa.	☒	☐
3	8. Kho lưu trữ bệnh án có giá, ngăn hoặc tủ sắp xếp bệnh án theo trình tự thống nhất (do bệnh viện tự quy định) có phân biệt theo khoa/phòng, theo thời gian hoặc theo các hình thức khác.	☒	☐
3	9. Có sổ lưu trữ (hoặc phần mềm như excel) để tra cứu và xác định một bệnh án bất kỳ đang nằm ở vị trí nào (ngăn, giá, tủ) trong kho (hoặc đang tạm thời được đem ra ngoài kho cho mục đích khác và tra được tên người đang sử dụng).	☒	☐
4	10. Mỗi người bệnh điều trị tại bệnh viện được cung cấp một mã xác định (do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý quy định và thống nhất cách đặt mã).	☒	☐
4	11. Các thông tin hành chính và tóm tắt nội dung chuyên môn chính của bệnh án được nhập vào phần mềm máy tính để lưu trữ, quản lý.	☐	☐
4	12. Các thông tin về bệnh tật trong các lần điều trị trước có thể truy cập nhanh chóng trong các lần điều trị tiếp sau.	☐	☐
4	13. Có thể lấy một thông tin của một bệnh án bất kỳ theo: mã bệnh án, tên người bệnh, mã bệnh, ngày nhập/xuất viện (trong phạm vi 2 năm).	☐	☐

5	14. Toàn bộ nội dung thông tin bệnh án được lưu trữ trên phần mềm máy tính.	☐	☐
5	15. Trên hệ thống máy tính, bệnh viện có thể xuất thông tin chi tiết về bệnh án, chẩn đoán và điều trị của người bệnh theo: mã bệnh án, tên người bệnh, ngày nhập/xuất viện trong phạm vi 2 năm.	☒	☐
5	16. Tiến hành đánh giá thực trạng việc quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.	☐	☐
5	17. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý hồ sơ bệnh án.	☐	☐

C3. Ứng dụng công nghệ thông tin (2) (điểm x2)

Kết quả tiêu chí: C3.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C3.1 - Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không cung cấp được các thông tin cơ bản của hoạt động bệnh viện.	☐	☐
1	2. Không có một nhân viên phụ trách quản lý thông tin.	☐	☐
2	3. Có phân công nhân viên phụ trách quản lý thông tin bệnh viện.	☒	☐
2	4. Có hệ thống biểu mẫu chuẩn hóa và thống nhất toàn bộ bệnh viện dựa trên hệ thống biểu mẫu ghi chép, hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế.	☒	☐
2	5. Báo cáo cho các cơ quan quản lý (Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Sở Y tế) đầy đủ các số liệu theo quy định.	☒	☐
2	6. Có các hệ thống quản lý bệnh viện trên sổ sách (hoặc phần mềm): quản lý người bệnh, quản lý cận lâm sàng, quản lý dược, quản lý vật tư tiêu hao, quản lý viện phí và thanh toán bảo hiểm y tế; quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị y tế.	☒	☐
2	7. Triển khai áp dụng phần mềm báo cáo thống kê bệnh viện (theo quy định của Bộ Y tế và cơ quan quản lý).	☒	☐
3	8. Hoàn thành đầy đủ việc nhập thông tin, số liệu hoạt động bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế định kỳ cuối năm trên hệ thống phần mềm trực tuyến.	☒	☐
3	9. Có hệ thống danh mục thống nhất toàn bệnh viện về giá dịch vụ kỹ thuật y tế theo phân loại của Bộ Y tế cho tất cả các đối tượng người bệnh.	☒	☐
3	10. Có phần mềm thống kê hoặc phần mềm quản lý bệnh viện có khả năng kết xuất số liệu sang excel hoặc định dạng khác để phân tích số liệu.	☒	☐
3	11. Sử dụng số liệu và thông tin từ phần mềm chuyên môn nghiệp vụ, giúp cho lãnh đạo quản lý và điều hành.	☒	☐
3	12. Áp dụng hệ thống mã hóa lâm sàng theo quy định của Bộ Y tế	☒	☐

	bao gồm mã hóa bệnh tật, tử vong theo “Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và vấn đề sức khỏe có liên quan” phiên bản lần thứ 10 (ICD 10), “Bảng phân loại quốc tế phẫu thuật, thủ thuật		
4	13. Xây dựng bảng danh sách các chỉ số thông tin bệnh viện, bao gồm các chỉ số về tổ chức, hoạt động, chuyên môn và các chỉ số khác (ví dụ số giường bệnh, nhân lực bao gồm bác sỹ, điều dưỡng, số lượt khám bệnh, nội trú...)	☐	☐
4	14. Có theo dõi, đánh giá các chỉ số theo thời gian năm, quý và so sánh giữa các khoa/phòng, bộ phận.	☐	☐
4	15. Có hệ thống phân tích dữ liệu phục vụ công tác quản trị bệnh viện và công tác hoạt động chuyên môn.	☐	☐
4	16. Có sử dụng các thông tin từ hệ thống công nghệ thông tin vào việc giám sát, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.	☐	☐
4	17. Xây dựng các công cụ (như bảng kiểm, phần mềm tự động...) và phương pháp để tiến hành giám sát chất lượng số liệu theo định kỳ (hoặc đột xuất), bảo đảm độ tin cậy, trung thực của dữ liệu và giám sát chất lượng số liệu thường xuyên.	☐	☐
5	18. Dữ liệu thông tin của bệnh viện được phân tích theo thời gian (một giai đoạn hoặc tại một thời điểm bất kỳ) và đưa ra kết quả dưới dạng bảng, hình vẽ, biểu đồ hoặc các dạng hình ảnh khác nhằm phục vụ cho công tác thống kê, dự báo và quản lý hoạt động	☐	☐
5	19. Triển khai hệ thống thông tin cải thiện chất lượng bệnh viện: có đầy đủ các thông tin, dữ liệu về thời gian chờ đợi của người bệnh, thời gian cấp phát thuốc cho người bệnh, thời gian trả kết quả xét nghiệm...	☐	☐
5	20. Có thể kết xuất các thông tin phục vụ báo cáo, nghiên cứu... trực tiếp từ phần mềm như mô hình bệnh tật khi nhập, xuất viện, cơ cấu tài chính, thuốc, vật tư... theo năm, quý, tháng, tuần, ngày.	☐	☐
5	21. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý thông tin bệnh viện, và chỉ ra được những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.	☐	☐
5	22. Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý thông tin.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C3.2 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C3.2 - Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Máy tính trong bệnh viện không kết nối được với mạng internet.	☐	☐
2	2. Có cán bộ CNTT trình độ từ trung cấp trở lên.	☒	☐
2	3. Bệnh viện có máy tính kết nối mạng internet, cho phép nhân viên có khả năng truy cập mạng internet.	☒	☐
2	4. Triển khai ít nhất hai phân hệ phần mềm quản lý nghiệp vụ và chuyên môn.	☒	☐
3	5. Có phòng/tổ CNTT hoặc có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ từ cao đẳng hoặc đại học về CNTT trở lên.	☒	☐
3	6. Xây dựng hệ thống máy tính nối mạng nội bộ và ứng dụng phần mềm quản lý chuyên môn trên mạng nội bộ.	☒	☐
3	7. Áp dụng các phần mềm quản lý chuyên môn, hoạt động tại các khoa/phòng.	☒	☐
3	8. Có các phân hệ phần mềm sau:	☒	☐
3	a. Quản lý số liệu thống kê bệnh viện;	☒	☐
3	b. Quản lý người bệnh nội, ngoại trú;	☒	☐
3	c. Kê đơn điện tử cho người bệnh ngoại trú;	☒	☐
3	d. Quản lý viện phí, thanh toán bảo hiểm y tế;	☒	☐
3	e. Quản lý xuất, nhập thuốc.	☒	☐
4	9. Có cán bộ chuyên trách phụ trách CNTT có trình độ đại học đúng chuyên ngành trở lên.	☒	☐
4	10. Bệnh viện có các phân hệ phần mềm sau:	☐	☐
4	a. Quản lý người bệnh nội, ngoại trú;	☒	☐
4	b. Kê đơn điện tử cho người bệnh nội trú;	☒	☐
4	c. Quản lý kê đơn thuốc;	☒	☐
4	d. Quản lý xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh;	☒	☐
4	e. Quản lý tài chính - kế toán;	☒	☐
4	f. Quản lý nhân sự;	☐	☐

4	g. Quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị bệnh viện;	☐	☐
4	h. Quản lý Đào tạo, Chỉ đạo tuyến, Nghiên cứu khoa học;	☐	☐
4	i. Quản lý hạ tầng kỹ thuật và trang thiết bị bệnh viện.	☐	☐
4	11. Có phần mềm kết nối các máy y tế (số hóa nối mạng từ máy y tế đến bác sỹ, điều dưỡng) như máy chẩn đoán hình ảnh (MRI, CT-scanner, CT-conbeam, Pet-CT); siêu âm, máy xét nghiệm hóa sinh, huyết học, miễn dịch, dị ứng, máy đọc kháng sinh đồ; máy thăm dò	☒	☐
4	12. Toàn bộ các khoa/phòng đều được nối mạng nội bộ và sử dụng thống nhất một phần mềm duy nhất (hoặc nếu sử dụng nhiều phần mềm cần có phương thức trao đổi dữ liệu tự động kết nối giữa các phần mềm server inter-change và giao thức HL-7).	☒	☐
4	13. Đồng bộ hóa toàn bộ dữ liệu của các khoa/phòng và máy móc, trang thiết bị y tế.	☐	☐
4	14. Phần mềm CNTT có thể kết xuất các chỉ số một cách trực tiếp.	☒	☐
4	15. Tiến hành rà soát theo định kỳ (hoặc nghiên cứu, đánh giá) về phần mềm và việc ứng dụng CNTT, có phát hiện các lỗi, vướng mắc cần khắc phục.	☐	☐
5	16. Có thiết kế phần mềm phân tích thông tin theo thời gian (một giai đoạn hoặc tại một thời điểm bất kỳ) và tự động đưa ra kết quả dưới dạng bảng, hình vẽ, biểu đồ hoặc các dạng hình ảnh khác.	☐	☐
5	17. Quản lý toàn bộ các hoạt động chuyên môn hồ sơ, bệnh án bằng công nghệ thông tin.	☐	☐
5	18. Áp dụng y bạ điện tử cho người đến khám bệnh.	☐	☐
5	19. Có áp dụng bệnh án nội trú điện tử tại một số khoa lâm sàng.	☐	☐
5	20. Quản lý toàn bộ hoạt động bệnh viện bằng CNTT.	☐	☐
5	21. Có sử dụng chứng thực điện tử trong các hồ sơ, bệnh án, chỉ định, xét nghiệm, đơn thuốc biên lai... (chữ ký điện tử/vân tay/mã số... có thể được truy cứu và chịu trách nhiệm về mặt pháp lý).	☐	☐
5	22. Áp dụng kết quả rà soát (hoặc nghiên cứu, đánh giá) vào việc cập nhật, chỉnh sửa phần mềm và cải tiến chất lượng hoạt động của hệ thống CNTT.	☐	☐

C4. Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)

Kết quả tiêu chí: C4.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C4.1 - Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có khoa hoặc tổ kiểm soát nhiễm khuẩn.	☐	☐
1	2. Không có người làm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (kể cả kiêm nhiệm).	☐	☐
2	3. Đã thành lập hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.	☒	☐
2	4. Đã thành lập khoa hoặc tổ kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
2	5. Đã thành lập mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	6. Có nhân viên chuyên trách cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	7. Đã xác định cơ cấu, số lượng, vị trí việc làm của nhân viên phòng/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên quy mô hoạt động và hạng bệnh viện.	☒	☐
3	8. Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	9. Hội đồng KSNK phân công nhiệm vụ rõ ràng cho các thành viên.	☒	☐
3	10. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động thường xuyên theo kế hoạch, họp ít nhất 3 tháng 1 lần hoặc khi cần thiết.	☒	☐
3	11. Đã bổ nhiệm điều dưỡng trưởng khoa (hoặc tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	12. Lãnh đạo khoa/tổ KSNK có trình độ cử nhân đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng (hoặc có liên quan).	☒	☐
4	13. Đã thành lập khoa kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
4	14. Khoa KSNK đã tuyển dụng đầy đủ nhân lực chuyên trách theo đề án vị trí việc làm và phù hợp với quy mô, tính chất chuyên môn của bệnh viện.	☐	☐
4	15. Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn đã xây dựng và ban hành các	☒	☐

	văn bản, hướng dẫn, quy định KSNK cho các khoa/phòng của bệnh viện.		
4	16. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn có trình độ đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, dược, sinh học, vi sinh, điều dưỡng.	☒	☐
4	17. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn (có chứng chỉ khóa học với thời gian đào tạo tối thiểu 3 tháng) hoặc bằng sau đại học có chuyên ngành liên quan tới KSNK.	☒	☐
4	18. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn và điều dưỡng trưởng là nhân viên chuyên trách về kiểm soát nhiễm khuẩn (làm việc 100% thời gian tại khoa).	☒	☐
5	19. Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành liên quan tới kiểm soát nhiễm khuẩn (hoặc có luận văn/đề tài về KSNK hoặc liên quan).	☐	☐
5	20. Có quy hoạch trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn và có kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực kiểm soát nhiễm khuẩn.	☐	☐
5	21. Các thành viên hội đồng, mạng lưới được tập huấn về KSNK và có chứng chỉ chiếm từ 50% trở lên.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C4.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C4.2 - Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa xây dựng các hướng dẫn cụ thể về kiểm soát nhiễm khuẩn sử dụng trong bệnh viện.	☐	☐
2	2. Bệnh viện đã xây dựng và ban hành một số quy trình cơ bản liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn, tối thiểu bao gồm:	☒	☐
2	a. Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ	☒	☐
2	b. Xử lý đồ vải	☒	☐
2	c. Xử lý chất thải	☒	☐
3	3. Các nhân viên của khoa/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn được tham gia các lớp đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	4. Các thành viên của mạng lưới được tham gia huấn luyện cập nhật chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
3	5. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt và ban hành các hướng dẫn về phòng ngừa chuẩn (sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho, sắp xếp người bệnh, tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn, vệ sinh môi trường, xử	☒	☐
3	6. Bệnh viện có quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các bệnh nguy hiểm hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao (tổn thương do vật sắc nhọn, niêm mạc/da tổn thương tiếp xúc với dịch cơ thể...).	☒	☐
4	7. Có hệ thống khử khuẩn/tiệt khuẩn tập trung.	☒	☐
4	8. Toàn bộ nhân viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn được tập huấn/đào tạo về các quy trình kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng đúng và thành thạo các phương tiện phòng hộ cá nhân.	☒	☐
4	9. Có tiến hành theo dõi, giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	☒	☐
5	10. Bệnh viện huấn luyện, đào tạo, tham gia đào tạo, tập huấn cho nhân viên trong bệnh viện/bệnh viện khác về kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐

5	11. Có tiến hành nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn.	☐	☐
5	12. Có bản báo cáo kết quả (nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát) việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện, trong đó có phân tích và nêu rõ quy trình nào được tuân thủ tốt và quy trình không được tuân thủ tốt	☐	☐
5	13. Áp dụng kết quả nghiên cứu, đánh giá hoặc giám sát vào việc cải tiến chất lượng thực hiện các quy trình và hướng dẫn phòng ngừa kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C4.3 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C4.3 - Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa xây dựng chương trình vệ sinh tay.	☐	☐
1	2. Không có hệ thống nước máy.	☐	☐
2	3. Đã xây dựng chương trình rửa tay (dựa trên văn bản của lãnh đạo bệnh viện hoặc kế hoạch hoạt động...).	☒	☐
2	4. Đã tổ chức lớp hướng dẫn/tập huấn về vệ sinh tay cho nhân viên y tế.	☒	☐
2	5. Có hệ thống cung cấp nước sạch cho toàn bệnh viện.	☒	☐
3	6. Bệnh viện đã triển khai thực hiện chương trình vệ sinh tay.	☒	☐
3	7. Thiết lập hệ thống bồn vệ sinh tay đầy đủ cho nhân viên y tế tại các khoa/phòng/buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật.	☒	☐
3	8. Nước rửa tay tại buồng có thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật bảo đảm vô khuẩn được xử lý qua hệ thống máy lọc nước hoặc bầu lọc nước (thay định kỳ).	☒	☐
3	9. Có các hướng dẫn vệ sinh tay tại các bồn rửa tay.	☒	☐
3	10. Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các bàn/buồng tiêm và buồng thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật.	☒	☐
3	11. Đã xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế.	☒	☐
4	12. Có hệ thống bồn rửa tay cho nhân viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách đến thăm tại tất cả các khoa/phòng trong bệnh viện.	☒	☐
4	13. Các vòi nước rửa tay dành cho nhân viên y tế tại các buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật được thiết kế điều khiển bằng chân hoặc tự động (tay rửa xong không tiếp xúc với vòi nước để khóa).	☒	☐
4	14. Sẵn có dung dịch sát khuẩn tay nhanh tại các vị trí (hành lang, trước cửa phòng/buồng...) có nhiều người tiếp xúc chung với vật dụng (tay nắm cửa...).	☐	☐
4	15. Phát động phong trào vệ sinh tay và duy trì phong trào thường xuyên.	☒	☐
4	16. Có triển khai đánh giá giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân	☒	☐

	viên y tế dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.		
4	17. Có nghiên cứu (hoặc khảo sát, đánh giá) việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện.	☒	☐
5	18. Công bố kết quả khảo sát, đánh giá về việc thực hiện vệ sinh tay của nhân viên các khoa/phòng trong bệnh viện và đề xuất giải pháp can thiệp.	☒	☐
5	19. Tiến hành biện pháp can thiệp tăng cường tuân thủ vệ sinh tay.	☒	☐
5	20. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế trong bệnh viện có xu hướng tăng dần theo thời gian (hoặc giữ ổn định ở mức cao trên 95%).	☒	☐
5	21. Tiến hành nuôi cấy vi khuẩn trong nước tại một số vị trí trọng điểm như vòi nước ở buồng thực hiện phẫu thuật, thủ thuật, cận lâm sàng; vòi nước uống trực tiếp từ các máy lọc nước (và các vị trí khác nếu có điều kiện	☒	☐

Kết quả tiêu chí: C4.4 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

C4.4 - Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có nhân viên đầu mối chịu trách nhiệm giám sát việc triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK).	☐	☐
2	2. Bệnh viện có phân công nhân viên giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn.	☒	☐
2	3. Đã xây dựng chương trình giám sát KSNK trên phạm vi bệnh viện; trong đó có đề cập nội dung cụ thể giám sát khoa trọng điểm, người trọng điểm...	☒	☐
3	4. Đã xây dựng các công cụ (câu hỏi, bảng kiểm...) đánh giá việc tuân thủ của nhân viên y tế về KSNK huyết, tuân thủ phòng ngừa viêm phổi bệnh viện...	☒	☐
3	5. Có thực hiện giám sát khoa trọng điểm, nhóm người bệnh trọng điểm/các đối tượng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như người bệnh thở máy; người bệnh phẫu thuật; người bệnh suy giảm miễn dịch; người bệnh làm các thủ thuật/can thiệp như thông tiểu, đặt catheter	☒	☐
3	6. Có thực hiện các biện pháp phòng ngừa chủ động theo đường lây (không khí, giọt bắn, tiếp xúc, đường tiêu hóa...).	☒	☐
3	7. Có thực hiện các biện pháp phòng ngừa làm giảm lây nhiễm cho người bệnh và nhân viên y tế (như rửa tay, mang găng, mang phương tiện phòng hộ, xử lý dụng cụ, tiêm an toàn...).	☒	☐
3	8. Có thực hiện phòng ngừa chủ động cho nhân viên y tế (như tiêm phòng cho nhân viên có nguy cơ cao, phòng chống một số bệnh dịch theo mùa hoặc theo mô hình bệnh tật của bệnh viện...).	☐	☐
4	9. Tiến hành theo dõi tình hình vi khuẩn kháng thuốc và báo cáo theo quy định.	☒	☐
4	10. Có triển khai đánh giá, giám sát tỷ lệ tuân thủ của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn dựa trên các công cụ đã được xây dựng của bệnh viện.	☒	☐
4	11. Có tiến hành nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện	☒	☐

	(NKBV).		
4	12. Có báo cáo kết quả nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, có đề xuất các giải pháp can thiệp và phổ biến cho các khoa/phòng.	☒	☐
4	13. Có danh sách người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện và thống kê tỷ lệ NKBV.	☒	☐
5	14. Có kết quả giám sát việc tuân thủ KSNK các khoa/phòng tại khoa KSNK.	☐	☐
5	15. Công bố tỷ lệ tuân thủ KSNK của các khoa/phòng cho các khoa/phòng.	☐	☐
5	16. Công bố tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại các báo cáo (như tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong tổng số phẫu thuật, tỷ lệ viêm phổi bệnh viện trên 1000 ngày thở máy, tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trên 1000 ngày mang xông tiểu (sonde), nhiễm khuẩn huyết trên 100	☐	☐
5	17. Có cơ sở dữ liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện, có thể truy xuất các thông tin có liên quan như số người bị nhiễm khuẩn bệnh viện, địa điểm, thời gian...	☐	☐
5	18. Ứng dụng các kết quả nghiên cứu vào hoạt động thực tiễn, tiến hành biện pháp can thiệp tăng cường KSNK, làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.	☐	☐
5	19. Tỷ lệ tuân thủ KSNK của nhân viên y tế đối với một số chương trình có xu hướng tăng dần hàng năm.	☒	☐
5	20. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện được theo dõi và giảm hàng năm.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: C4.5 Điểm BV: 5 - Đoàn KT: 0

C4.5 - Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không phân loại, không thu gom chất thải y tế.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức xử lý rác gây ô nhiễm nghiêm trọng như chôn chất thải y tế ngay trong hoặc ngoài khuôn viên bệnh viện, hoặc đốt chất thải y tế trực tiếp không sử dụng lò đốt.	☐	☐
1	3. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức thu gom chất thải rắn gây ô nhiễm môi trường, không bảo đảm vệ sinh hoặc có nguy cơ phát tán vi khuẩn, chất thải nguy hại ra môi trường.	☐	☐
1	4. Bị cảnh sát môi trường phạt về hành vi vi phạm xử lý chất thải rắn.	☐	☐
1	5. Phát hiện thấy tình trạng ô nhiễm môi trường đất, nước, không khí do chất thải rắn của bệnh viện gây ra (có mùi hôi thối, ruồi nhặng, chuột, kim loại nặng... xuất phát từ nơi chứa chất thải rắn).	☐	☐
2	6. Bệnh viện có thực hiện phân loại chất thải y tế.	☒	☐
2	7. Chất thải rắn y tế được phân thành tối thiểu 2 loại: chất thải rắn y tế nguy hại và chất thải rắn thông thường.	☒	☐
2	8. Có bố trí thùng rác có nắp đậy đựng chất thải sinh hoạt ngoài sân và ở đầu và cuối hành lang của các tầng (và bố trí thêm ở giữa nếu hành lang dài, do bệnh viện tự quyết định). Thùng rác được đặt ở vị trí thuận tiện.	☒	☐
2	9. Bệnh viện có trang bị các túi, thùng để thu gom chất thải y tế.	☒	☐
2	10. Có trang bị đủ hộp đựng chất thải vật sắc nhọn và quản lý chất thải vật sắc nhọn bảo đảm an toàn.	☒	☐
2	11. Có quy định của bệnh viện về việc phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải rắn y tế.	☒	☐
3	12. Có trang bị đủ về số lượng và đúng về chất lượng, màu sắc các túi, thùng để thu gom chất thải y tế (tối thiểu 2 loại túi hoặc thùng	☒	☐

	đựng chất thải rắn y tế được phân biệt bằng hai màu là màu vàng và màu xanh).		
3	13. Có quy định phân loại rác, được dán hoặc treo ở những vị trí dễ đọc và ngay tại nơi đặt thùng rác.	☒	☐
3	14. Nhân viên y tế được phân công tiếp nhận đồ bẩn có các trang bị bảo hộ lao động phù hợp.	☒	☐
3	15. Bệnh viện có nhà lưu trữ tạm thời chất thải y tế theo quy định.	☒	☐
3	16. Có nhà kho (hoặc khu riêng biệt) để chứa các dụng cụ làm vệ sinh.	☒	☐
3	17. Bệnh viện thực hiện xử lý chất thải rắn y tế theo quy định (có hệ thống xử lý chất thải rắn vận hành theo quy định hoặc ký hợp đồng với đơn vị chức năng khác xử lý chất thải rắn y tế theo đúng quy trình an toàn, vệ sinh).	☒	☐
4	18. Có thực hiện phân loại chất thải rắn y tế tại nguồn.	☒	☐
4	19. Thùng rác có các màu khác nhau, có in biểu tượng cho từng loại chất thải rắn: chất thải lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải tái chế...	☒	☐
4	20. Có nhà lưu trữ chất thải rắn đạt chuẩn quy định: có phòng lưu trữ chất thải lây nhiễm, chất thải nguy hại riêng...	☒	☐
4	21. Có hướng dẫn rõ ràng (bằng chữ viết hoặc hình ảnh, tranh vẽ...) về phân loại chất thải cho người bệnh, người nhà và nhân viên y tế.	☒	☐
5	22. Có thực hiện các biện pháp can thiệp để giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại.	☒	☐
5	23. Có thực hiện giảm thiểu chất thải rắn y tế nguy hại ngay từ khi mua sắm các trang thiết bị, vật tư y tế mới.	☒	☐
5	24. Áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất thải rắn y tế tại nguồn.	☒	☐
5	25. Có thu gom chất thải tái chế riêng để giao cho đơn vị có tư cách pháp nhân thực hiện việc tái chế.	☒	☐
5	26. Có sáng kiến hoặc cải tiến về kỹ thuật nhằm giảm chi phí trong xử lý chất thải rắn y tế.	☒	☐
5	27. Các chỉ tiêu về xử lý chất thải bảo đảm các quy chuẩn quốc gia về môi trường.	☒	☐
5	28. Có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý chất thải rắn y tế của bệnh viện, trong đó có chỉ ra các nhược điểm, khiếm khuyết cần khắc phục.	☒	☐
5	29. Áp dụng kết quả nghiên cứu hoặc đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý chất thải rắn y tế.	☒	☐

C4.6 - Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy bệnh viện thiếu hệ thống xử lý chất thải lỏng, xả thẳng ra môi trường gây ô nhiễm.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy đường dẫn chất thải lỏng hoặc hệ thống chất thải lỏng bị vỡ hoặc rò rỉ, gây ô nhiễm môi trường đất, nước, không khí (có mùi hôi thối hoặc phát sinh ruồi nhặng, muỗi, côn trùng do chất thải lỏng của bệnh viện gây ra).	☐	☐
1	3. Phát hiện thấy bệnh viện có hình thức thu gom chất thải lỏng gây ô nhiễm môi trường, không bảo đảm vệ sinh hoặc có nguy cơ phát tán vi khuẩn, chất thải nguy hại ra môi trường.	☐	☐
1	4. Bị cảnh sát môi trường phạt về hành vi vi phạm xử lý chất thải lỏng.	☐	☐
2	5. Có hệ thống xử lý chất thải lỏng.	☒	☐
2	6. Có xây dựng hướng dẫn hoặc quy trình quản lý, vận hành hệ thống xử lý chất thải lỏng.	☒	☐
2	7. Thực hiện một số biện pháp lưu giữ các loại dung môi thải, dung dịch hóa chất thải nguy hại theo quy định.	☒	☐
3	8. Có hệ thống xử lý chất thải lỏng và hoạt động thường xuyên.	☒	☐
3	9. Có đo đạc và so sánh khối lượng nước đầu vào và chất thải lỏng đầu ra sau khi xử lý xong (nếu phát hiện chênh lệch quá mức cho phép có biện pháp giải quyết kịp thời).	☒	☐
3	10. Có văn bản đánh giá của cơ quan môi trường có thẩm quyền đánh giá các chỉ tiêu đầu ra (về lý, hóa, vi sinh vật) sau khi xử lý chất thải lỏng ít nhất 1 lần trong 6 tháng.	☒	☐
3	11. Các chỉ tiêu đầu ra của nước thải đạt quy chuẩn về môi trường.	☒	☐
3	12. Có tổ chức tập huấn, đào tạo (hoặc cử nhân viên tham dự tập huấn, đào tạo) về công tác quản lý chất thải lỏng y tế.	☒	☐
4	13. Có thực hiện việc phân định và thu gom chất thải lỏng riêng biệt bao gồm nước thải, dung dịch và dung môi thải phát sinh từ	☒	☐

	các hoạt động chuyên môn, chất thải lỏng phóng xạ, nước mưa chảy tràn trong bệnh viện theo quy định.		
4	14. Định kỳ đánh giá chỉ tiêu về môi trường đối với nước thải bệnh viện (căn cứ theo báo cáo đánh giá tác động môi trường, đề án bảo vệ môi trường).	☒	☐
4	15. Có kế hoạch duy trì hệ thống xử lý chất thải lỏng hoạt động ổn định, bảo đảm các chỉ tiêu đầu ra và sẵn sàng các giải pháp khắc phục sự cố hệ thống xử lý chất thải lỏng (nếu có).	☒	☐
4	16. Thực hiện bảo trì, bảo dưỡng hệ thống xử lý nước thải định kì hàng năm.	☒	☐
5	17. Chất thải lỏng sau khi xử lý đạt loại A QCVN 28:2010/BTNMT và được bệnh viện tái sử dụng cho một số hoạt động như tưới cây, vệ sinh sân, vườn, rửa xe...	☐	☐
5	18. Áp dụng các giải pháp để giảm thiểu phát sinh chất thải lỏng tại nguồn (hạn chế sử dụng nước sinh hoạt tại bệnh viện để tắm giặt, khắc phục rò rỉ đường nước, đầu tư máy móc, công nghệ hiện đại tiết kiệm nước và giảm thiểu chất thải lỏng).	☐	☐
5	19. Trong năm có nghiên cứu hoặc đánh giá về thực trạng quản lý chất thải lỏng y tế của bệnh viện, trong đó có chỉ ra các nhược điểm, khiếm khuyết cần khắc phục.	☐	☐
5	20. Áp dụng ít nhất một khuyến nghị từ kết quả nghiên cứu hoặc đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý chất thải lỏng y tế.	☐	☐

C5. Năng lực thực hiện kỹ thuật chuyên môn (5) (điểm x2)

Kết quả tiêu chí: C5.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C5.1 - Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện không có bản danh mục kỹ thuật theo các thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	☐	☐
2	2. Đã xây dựng danh mục kỹ thuật theo các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	☒	☐
2	3. Trong danh mục kỹ thuật của bệnh viện có chia theo các nhóm: (1) các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật của bệnh viện; (2) các kỹ thuật được phân cho tuyến trên và (3) các kỹ thuật được phân cho tuyến dưới.	☒	☐
2	4. Bảng tổng hợp danh mục kỹ thuật có tính tỷ lệ các nhóm nêu trên.	☒	☐
2	5. Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho nhân viên y tế thông qua các văn bản nội bộ.	☒	☐
2	6. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 40% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định* (theo đúng chuyên ngành).	☒	☐
3	7. Danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt và công bố công khai cho người bệnh và người dân bằng các hình thức khác nhau (trên bảng tin, màn hình điện tử, trang thông tin điện tử của bệnh viện...).	☒	☐
3	8. Bệnh viện có chủ trương thực hiện, phát triển các kỹ thuật theo đúng phân tuyến kỹ thuật và cụ thể hóa chủ trương này trong các văn bản nội bộ.	☒	☐
3	9. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 60% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	☒	☐
4	10. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 70% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của	☐	☐

	các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.		
4	11. Thống kê số lượng tỷ lệ các kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong bảng danh mục kỹ thuật và tỷ lệ này có xu hướng tăng dần theo thời gian.	☐	☐
4	12. Có thống kê số lượng người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong danh mục kỹ thuật của bệnh viện.	☐	☐
4	13. Có thống kê tỷ lệ người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong tổng số người bệnh chuyển tuyến.	☐	☐
5	14. Bệnh viện triển khai thực hiện các kỹ thuật theo đúng phân tuyến chiếm từ 80% trở lên tổng số kỹ thuật theo phân tuyến của các Thông tư, văn bản do Bộ Y tế quy định*.	☐	☐
5	15. Tỷ lệ người bệnh chuyển tuyến những kỹ thuật thuộc nhóm 1 trong tổng số người bệnh chuyển tuyến giảm dần theo thời gian.	☐	☐
5	16. Tiến hành rà soát, đánh giá tần suất việc thực hiện các kỹ thuật và xác định các nhóm kỹ thuật thường xuyên thực hiện, ít và rất ít hoặc không thực hiện.	☐	☐
5	17. Cập nhật, điều chỉnh danh mục kỹ thuật dựa trên kết quả đánh giá.	☐	☐

C5.2 - Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không triển khai thêm được ít nhất 01 kỹ thuật, phương pháp mới trong năm.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện thử nghiệm kỹ thuật mới, phương pháp mới nhưng chưa thực hiện đầy đủ các thủ tục, yêu cầu để tiến hành thử nghiệm theo quy định hoặc chưa được cấp có thẩm quyền cho phép.	☐	☐
1	3. Phát hiện thấy bệnh viện mời các tổ chức, cá nhân (trong hoặc ngoài nước) thử nghiệm, trình diễn các kỹ thuật, phương pháp trên người bệnh nhưng không có chứng chỉ hành nghề hoặc chưa được cấp có thẩm quyền cho phép.	☐	☐
2	4. Đã xây dựng kế hoạch hoặc đề án triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới trong năm hoặc năm kế tiếp.	☒	☐
2	5. Cử nhân viên đi đào tạo về kỹ thuật mới, phương pháp mới tại các bệnh viện khác trong nước, nước ngoài hoặc mời chuyên gia trong nước, nước ngoài đến bệnh viện trình bày, tập huấn về kỹ thuật mới, phương pháp mới.	☒	☐
2	6. Đã triển khai thử nghiệm ít nhất 01 kỹ thuật tuyến trên hoặc ít nhất 01 kỹ thuật mới, phương pháp mới lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện.	☒	☐
3	7. Đã triển khai thử nghiệm từ 03 kỹ thuật tuyến trên trở lên (hoặc từ 03 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.	☒	☐
3	8. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được ít nhất 1 kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.	☒	☐
4	9. Đã triển khai thử nghiệm từ 05 kỹ thuật tuyến trên trở lên (hoặc từ 05 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.	☒	☐
4	10. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển	☒	☐

	khai.		
4	11. Có trên 50% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	☒	☐
5	12. Đã triển khai thử nghiệm từ 07 kỹ thuật tuyển trên trở lên (hoặc từ 07 kỹ thuật mới, hiện đại lần đầu tiên thực hiện tại bệnh viện trở lên)*.	☒	☐
5	13. Sau khi thử nghiệm, bệnh viện triển khai kỹ thuật và tự thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật mới, phương pháp mới đã triển khai.	☒	☐
5	14. Có trên 70% các kỹ thuật mới, phương pháp mới áp dụng mang tính thường quy với tần suất thực hiện ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	☒	☐
5	15. Tiến hành nghiên cứu, đánh giá hiệu quả việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới trong thời gian qua.	☒	☐
5	16. Báo cáo kết quả có nêu rõ những mặt thành công, thất bại và khiếm khuyết cần khắc phục trong việc triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.	☒	☐
5	17. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng triển khai kỹ thuật mới, phương pháp mới.	☐	☐
5	18. Đã triển khai thực hiện ít nhất 01 kỹ thuật mới lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam hoặc trên thế giới.	☐	☐

C5.3 - Áp dụng các hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và triển khai các biện pháp giám sát chất lượng

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có sách, tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch của bệnh viện.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy có sai phạm trong việc áp dụng quy trình kỹ thuật, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được tự nguyện báo cáo kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý trước khi phương tiện truyền thông đưa tin).	☐	☐
2	3. *Có các sách/tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch của bệnh viện.	☒	☐
2	4. *Có các sách/tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các kỹ thuật của khoa tại 100% phòng hành chính của các khoa lâm sàng của bệnh v	☒	☐
2	5. Phổ biến các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.	☒	☐
2	6. *Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do Bộ Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.	☒	☐
3	7. Lập danh sách các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện mang tính thường quy tại bệnh viện.	☐	☐
3	8. Xây dựng bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” của Bộ Y tế đã ban hành.	☐	☐

4	9. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	☐	☐
4	10. Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua. (Hội đồng khoa học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia	☐	☐
4	11. Bộ tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	☐	☐
4	12. Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho một số quy trình quan trọng (theo đánh giá của bệnh viện, căn cứ trên phạm vi tác động, ảnh hưởng tới hoạt động chuyên môn...) tại một số khoa lâm sàng.	☐	☐
4	13. Tiến hành giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm đã xây dựng của bệnh viện.	☐	☐
4	14. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật dựa trên các bảng kiểm, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.	☐	☐
4	15. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....	☐	☐
5	16. Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu việc triển khai áp dụng các quy trình kỹ thuật tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra khi thực hiện kỹ thuật.	☐	☐
5	17. Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến quy trình kỹ thuật nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.	☐	☐
5	18. Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến quy trình kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao, kỹ thuật mới cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết sách, bài báo khoa học...	☐	☐

C5.4 - Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) ban hành (thuộc các chuyên khoa của bệnh viện) tại phòng kế hoạch của bệnh viện.	☐	☐
1	2. Có sai phạm trong việc áp dụng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị”, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được báo cáo tự nguyện kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý trước khi phương tiện truyền thông đưa tin)	☐	☐
2	3. Có các sách hoặc tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế, Sở Y tế, trường đại học y khoa xuất bản (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng kế hoạch.	☒	☐
2	4. Phổ biến các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) thuộc các chuyên khoa của bệnh viện tới các nhân viên y tế có liên quan để thực hiện.	☒	☐
2	5. Có đầy đủ các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) liên quan đến các chuyên khoa của bệnh viện tại phòng hành chính các khoa lâm sàng của bệnh viện	☒	☐
2	6. Các sách, tài liệu in các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế phê duyệt ban hành (hoặc của bệnh viện đã xây dựng) được đặt ở vị trí dễ thấy, dễ lấy, thuận tiện cho việc tra cứu thông tin.	☒	☐
3	7. Tiến hành xây dựng các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho các bệnh thường gặp phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” của Bộ Y tế hoặc Sở Y tế đã ban hành.	☒	☐
3	8. Có trên 50% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	☒	☐

4	9. Có trên 70% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	☒	☐
4	10. Các khoa lâm sàng nghiên cứu xây dựng, cập nhật, bổ sung các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thuộc phạm vi chuyên môn và mô hình bệnh tật của bệnh viện, nhưng chưa được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế ban hành (hoặc chỉnh sửa) dựa trên các tài liệu trong nước, q	☒	☐
4	11. Hoàn thành bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” phù hợp với điều kiện bệnh viện và đặc thù hoạt động chuyên môn, dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.	☒	☐
4	12. Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được Hội đồng khoa học kỹ thuật thẩm định và thông qua. (Hội đồng khoa học do bệnh viện hoặc cơ quan quản lý trực tiếp thành lập, có mời thành viên là các chuyên gia, giảng viên, bác	☒	☐
4	13. Bộ tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” do bệnh viện xây dựng được hướng dẫn và áp dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	☒	☐
5	14. Có 100% các khoa lâm sàng đã xây dựng được các “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị” cho ít nhất 10 bệnh thường gặp của khoa**.	☒	☐
5	15. Tổ chức nghiên cứu, tập huấn và tiến hành xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dựa trên y học chứng cứ với sự tham gia của các bác sỹ, điều dưỡng, dược sỹ bệnh viện, theo hướng dẫn và căn cứ trên khung mẫu của các Viện nghiên cứu về lâm sàng h	☐	☐
5	16. Tiến hành xây dựng mới ít nhất 01 hướng dẫn chẩn đoán và điều trị phù hợp với đặc thù bệnh viện và dựa trên y học chứng cứ.	☐	☐
5	17. Tiến hành đánh giá hoặc nghiên cứu hiệu quả việc triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện, trong đó có đánh giá, phân tích các sự cố y khoa (nếu có) xảy ra.	☐	☐
5	18. Áp dụng kết quả đánh giá (hoặc nghiên cứu) để chỉnh sửa, cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhằm hạn chế các sự cố y khoa xảy ra và cải tiến chất lượng lâm sàng.	☐	☐
5	19. Chia sẻ kinh nghiệm cải tiến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho cơ quan quản lý và các bệnh viện khác bằng các hình thức như báo cáo, viết bài báo khoa học...	☒	☐

Kết quả tiêu chí: C5.5 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C5.5 - Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không triển khai thực hiện các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành.	☐	☐
1	2. Không có biện pháp và không triển khai theo dõi, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	☐	☐
2	3. Có quy định về việc áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị và theo dõi việc tuân thủ.	☒	☐
2	4. Nhân viên y tế được phổ biến thực hiện hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	☒	☐
3	5. Nhân viên y tế thực hiện đúng theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	☒	☐
3	6. Có ban hành quy định các khoa lâm sàng (hoặc toàn bệnh viện, do bệnh viện tự quy định) thực hiện bình (hoặc kiểm tra) bệnh án, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.	☒	☐
3	7. Có ban hành quy định khoa khám bệnh thực hiện bình đơn thuốc, tối thiểu 1 lần trong 1 tháng.	☒	☐
3	8. Có các hình thức phản hồi kết quả bình bệnh án với bác sỹ, điều dưỡng và các bên liên quan.	☒	☐
3	9. Lập danh sách một số bệnh thường gặp (theo mô hình bệnh tật các khoa lâm sàng và chung bệnh viện), bệnh điều trị bằng kỹ thuật cao, bệnh có chi phí lớn cần ưu tiên giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	☒	☐
3	10. Tiến hành kiểm tra, giám sát (ngẫu nhiên và định kỳ) việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của các bệnh án có bệnh nằm trong danh sách đã lập.	☒	☐
4	11. Thực hiện giám sát việc tuân thủ chỉ định cận lâm sàng, kê đơn của các bệnh án cho ít nhất 05 bệnh bằng phần mềm tin học.	☐	☐
4	12. Phần mềm tin học có khả năng sàng lọc các bệnh án bất thường.	☐	☐
4	13. Có bản báo cáo giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán	☐	☐

	và điều trị, trong đó có tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng.		
4	14. Công bố báo cáo về việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho nhân viên (trong đó có tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật của từng khoa lâm sàng) bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....	☐	☐
5	15. Thực hiện giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của toàn bộ các bệnh án bằng phần mềm tin học.	☐	☐
5	16. Phần mềm tin học có khả năng chiết xuất các kết quả, bảng biểu, đồ thị về kết quả giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.	☐	☐
5	17. Sử dụng kết quả đánh giá, giám sát việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cho việc cập nhật, sửa đổi, bổ sung các hướng dẫn và cải tiến chất lượng lâm sàng.	☐	☐

C6. Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)

Kết quả tiêu chí: C6.1 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

C6.1 - Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa thành lập hội đồng điều dưỡng.	☐	☐
1	2. Chưa thành lập phòng điều dưỡng (hoặc tổ điều dưỡng với bệnh viện hạng IV và chưa phân hạng).	☐	☐
1	3. Chưa bổ nhiệm đầy đủ các vị trí điều dưỡng trưởng trong bệnh viện (không áp dụng với khoa có điều dưỡng trưởng vừa nghỉ trong vòng 6 tháng).	☐	☐
2	4. Đã thành lập hội đồng điều dưỡng, có trên 50% là điều dưỡng trưởng.	☒	☐
2	5. Đã thành lập phòng điều dưỡng (hoặc tổ điều dưỡng với bệnh viện hạng IV và chưa phân hạng).	☒	☐
2	6. Bổ nhiệm đầy đủ điều dưỡng trưởng khoa (điều dưỡng trưởng được bổ nhiệm trong vòng 6 tháng nếu có người nghỉ hoặc chuyển công tác).	☒	☐
2	7. Có quy định cụ thể về nhiệm vụ, quyền hạn và mối quan hệ công tác của phòng/tổ điều dưỡng với các khoa/phòng liên quan.	☒	☐
3	8. Phòng (hoặc tổ) có bản mô tả công việc cho các vị trí điều dưỡng.	☒	☐
3	9. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng xây dựng kế hoạch hoạt động hàng năm (trong quý I hoặc quý IV của năm trước) và được ban giám đốc phê duyệt.	☒	☐
3	10. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng là đầu mối triển khai các nội dung công việc theo như kế hoạch đã phê duyệt.	☒	☐
3	11. Phòng điều dưỡng xây dựng các bộ công cụ về kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác chăm sóc người bệnh và phổ biến cho các khoa áp dụng.	☒	☐
3	12. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên	☐	☐

	và người bệnh để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và phục vụ công tá		
3	13. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 30% trở lên (trên tổng số các điều dưỡng trưởng).	☐	☐
3	14. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 30% trở lên (trên tổng số các điều dưỡng trưởng).	☒	☐
3	15. Hội đồng điều dưỡng rà soát, cập nhật, bổ sung các quy định, quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh và duy trì sinh hoạt định kỳ ít nhất 1 năm 1 lần.	☒	☐
4	16. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng theo dõi tình hình và cập nhật thông tin hằng ngày về nhân lực điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và người bệnh dựa trên phần mềm để điều phối nhân lực trong phạm vi phòng quản lý cho phù hợp giữa các khoa và	☐	☐
4	17. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 50% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).	☐	☐
4	18. Tỷ lệ các điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 50% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).	☒	☐
4	19. Hội đồng điều dưỡng xây dựng và cập nhật các quy trình chăm sóc người bệnh.	☒	☐
4	20. Phòng điều dưỡng xây dựng ít nhất 10 chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng, trong đó có 5 chỉ số cụ thể như tỷ lệ loét do tỳ đè, tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật, tỷ lệ sự cố y khoa do dùng thuốc cho người bệnh, tỷ lệ	☒	☐
4	21. Tiến hành đo lường, đánh giá định kỳ (do bệnh viện tự quy định) kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm.	☐	☐
4	22. Tiến hành theo dõi sự thay đổi các chỉ số theo thời gian, có biểu đồ theo dõi, phân tích xu hướng biến động các chỉ số.	☐	☐
4	23. Phòng điều dưỡng đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động điều dưỡng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục.	☒	☐
5	24. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có trình độ đại học chiếm từ 70% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).	☐	☐
5	25. Tỷ lệ điều dưỡng trưởng có chứng chỉ quản lý điều dưỡng* (hoặc tương đương, hoặc có bằng thạc sĩ quản lý bệnh viện) chiếm từ 70% trở lên (trên tổng số điều dưỡng trưởng).	☒	☐
5	26. Áp dụng kết quả báo cáo đánh giá việc thực hiện kế hoạch vào	☐	☐

	việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng.		
5	27. Tiến hành nghiên cứu, đánh giá chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng dựa trên các chỉ số đã xây dựng.	☐	☐
5	28. Áp dụng kết quả nghiên cứu vào việc cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh và công tác điều dưỡng.	☐	☐
5	29. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng có ít nhất một sáng kiến mới về cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh, được giám đốc phê duyệt và áp dụng rộng rãi trên phạm vi bệnh viện.	☒	☐
5	30. Đánh giá kết quả áp dụng các sáng kiến mới đã áp dụng và chỉnh sửa, bổ sung các sáng kiến cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh khác.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C6.2 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

C6.2 - Người bệnh được điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn điều trị và chăm sóc, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh đang được điều trị

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có quy định cụ thể về việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.	☐	☐
1	2. Không có các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.	☐	☐
2	3. Sẵn có các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh do các cơ quan có thẩm quyền ban hành (Bộ Y tế, Sở Y tế, trung tâm truyền thông..) theo định kỳ hoặc theo chiến dịch, chương trình truyền thông như tờ rơi, tranh, ảnh, băng hình...	☒	☐
3	4. Các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe người bệnh được phổ biến cho nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh bằng các hình thức (như được treo, dán ở vị trí dễ thấy đối với tranh ảnh, dễ lấy đối với tờ rơi...).	☐	☐
3	5. Có ban hành các quy định hoặc hướng dẫn cụ thể về việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh (và người nhà người bệnh).	☒	☐
3	6. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 50% trở lên.	☒	☐
3	7. Nhân viên y tế tại các khoa/phòng thực hiện đầy đủ các quy định của bệnh viện về hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh trong quá trình khám và điều trị.	☒	☐
3	8. Tỷ lệ người bệnh nội trú được điều dưỡng, hộ sinh tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe chiếm từ 50% trở lên.	☐	☐
3	9. Lập danh mục các bệnh hoặc vấn đề sức khỏe (theo mô hình bệnh tật của bệnh viện) và lộ trình cần ưu tiên xây dựng, cập nhật tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe.	☐	☐
4	10. Phòng (hoặc tổ) điều dưỡng làm đầu mối hoặc tham gia xây dựng các nội dung, tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh theo lộ trình đã lập, có tham khảo các tài liệu khác (trong nước và nước ngoài).	☐	☐

4	11. Các tài liệu truyền thông, giáo dục sức khỏe do bệnh viện xây dựng được hợp góp ý và được cấp có thẩm quyền (hội đồng điều dưỡng, hội đồng khoa học kỹ thuật hoặc ban giám đốc bệnh viện) phê duyệt, thông qua.	☐	☐
4	12. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 70% trở lên.	☐	☐
4	13. Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp với bệnh khi vào viện, trong quá trình điều trị và lúc ra viện.	☐	☐
4	14. Người bệnh có được các kiến thức, thực hành thiết yếu để tự theo dõi, chăm sóc, điều trị và phòng các biến chứng cho bản thân.	☒	☐
4	15. Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh nhận định nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe và ghi vào “Phiếu chăm sóc điều dưỡng”.	☒	☐
5	16. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh được đào tạo, tập huấn kỹ năng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm từ 90% trở lên.	☐	☐
5	17. Tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) hiệu quả hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh; có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	18. Có hình thức công bố, thông báo hoặc phản hồi kết quả đánh giá tới các khoa liên quan bằng các hình thức như bản tin nội bộ, gửi báo cáo, thư điện tử....	☐	☐
5	19. Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng công tác tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người bệnh dựa trên kết quả đánh giá.	☐	☐

C6.3 - Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có xảy ra vụ việc theo dõi, chăm sóc người bệnh không đúng so với các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên môn, gây hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục nhưng không được tự nguyện báo cáo kịp thời (báo cáo về cơ quan quản lý tr	☐	☐
1	2. Bệnh viện chưa có quy định theo dõi, chăm sóc, vệ sinh, phục hồi chức năng cho người bệnh.	☐	☐
2	3. Có quy định cụ thể về theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.	☒	☐
2	4. Điều dưỡng, hộ sinh, các nhân viên y tế có liên quan được phổ biến, tập huấn, đào tạo về các quy định theo dõi, chăm sóc, vệ sinh cá nhân và phục hồi chức năng cho người bệnh.	☒	☐
2	5. Điều dưỡng và các nhân viên y tế có liên quan hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh cách theo dõi, chăm sóc người bệnh.	☒	☐
3	6. Có đầy đủ các phương tiện, dụng cụ cơ bản phục vụ cho việc chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh.	☒	☐
3	7. Người nhà người bệnh được điều dưỡng tập huấn và làm mẫu thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng kỹ thuật chăm sóc.	☒	☐
3	8. Người nhà người bệnh tham gia chăm sóc nhưng không làm các việc liên quan đến chuyên môn (như rửa vết thương, thay băng, thay dịch truyền...).	☒	☐
3	9. Điều dưỡng, hộ sinh phối hợp với bác sĩ điều trị trong việc đánh giá phân cấp chăm sóc người bệnh.	☒	☐
3	10. Điều dưỡng trưởng khoa thực hiện việc đi buồng kiểm tra, giám sát việc tuân thủ thực hiện quy trình kỹ thuật và chăm sóc người bệnh hằng ngày và khi cần thiết.	☒	☐
3	11. Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý, có chỉ định ăn qua ống thông được điều dưỡng, hộ sinh kiểm soát thực hiện và ghi kết quả vào phiếu chăm sóc.	☒	☐

3	12. Người bệnh có yêu cầu chăm sóc như cho ăn uống, vận động, phục hồi chức năng...được điều dưỡng (hoặc nhân viên y tế khác) thực hiện.	☒	☐
3	13. Các can thiệp chăm sóc điều dưỡng được ghi lại trong hồ sơ bệnh án.	☒	☐
3	14. Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn hỗ trợ và tập phục hồi chức năng (nếu có nhu cầu).	☒	☐
3	15. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp I* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.	☒	☐
3	16. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp I* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.	☒	☐
3	17. Người bệnh có phẫu thuật* được điều dưỡng, hộ sinh hướng dẫn, hỗ trợ và thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật theo quy định của bệnh viện.	☒	☐
3	18. Người bệnh “giai đoạn cuối”* được điều dưỡng chăm sóc hỗ trợ giảm đau, hỗ trợ thể chất và tinh thần.	☒	☐
4	19. Toàn bộ người bệnh chăm sóc cấp II* được điều dưỡng, hộ sinh đánh giá, xác định nhu cầu và lập kế hoạch chăm sóc để thực hiện.	☒	☐
4	20. Toàn bộ người bệnh cần chăm sóc cấp II* được các nhân viên y tế theo dõi, chăm sóc toàn diện, bao gồm chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân.	☐	☐
4	21. Có các phương tiện để phòng chống loét do tỳ đè.	☒	☐
4	22. Có nhân viên y tế hoặc dịch vụ hỗ trợ chăm sóc thể chất và vệ sinh cá nhân cho người bệnh (tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, xoay trở, vỗ rung).	☒	☐
5	23. Xây dựng các chỉ số đánh giá chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh (như tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè, tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng...) và tiến hành đo lường, theo dõi các chỉ số đó.	☒	☐
5	24. Phòng điều dưỡng so sánh, theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh giữa các khoa lâm sàng dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số của các khoa.	☐	☐
5	25. Các khoa lâm sàng tự tiến hành theo dõi chất lượng công tác chăm sóc người bệnh dựa trên vẽ biểu đồ so sánh các chỉ số theo thời gian.	☐	☐
5	26. Tiến hành đánh giá (hoặc nghiên cứu) công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh; có báo cáo đánh giá trên phạm vi bệnh viện, trong đó có chỉ ra những nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐

5	27. Tỷ lệ người bệnh loét do tỳ đè giảm dần hàng năm (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).	☐	☐
5	28. Tỷ lệ người bệnh bị viêm phổi do ứ đọng giảm dần hàng năm, tiến đến không có (hoặc tỷ lệ này bằng 0%).	☐	☐
5	29. Thực hiện các giải pháp cải tiến chất lượng công tác theo dõi, chăm sóc người bệnh dựa trên kết quả đánh giá và đo lường các chỉ số đã xây dựng.	☐	☐

C7. Năng lực thực hiện chăm sóc dinh dưỡng và tiết chế (5)

Kết quả tiêu chí: C7.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C7.1 - Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế.	☐	☐
1	2. Không có nhân viên được đào tạo về dinh dưỡng làm công tác dinh dưỡng - tiết chế.	☐	☐
2	3. Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định và đang hoạt động.	☒	☐
2	4. Lãnh đạo khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có bằng chuyên khoa về chuyên ngành dinh dưỡng hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng.	☒	☐
2	5. Các văn bằng, chứng chỉ (bản sao) của nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế được tập hợp thành một bộ và lưu tại khoa/tổ dinh dưỡng.	☒	☐
3	6. Có khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo quy định, bệnh viện từ hạng III trở lên đã thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế.	☒	☐
3	7. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có ít nhất một nhân viên chuyên trách dinh dưỡng, đã được đào tạo về dinh dưỡng - tiết chế.	☒	☐
3	8. Có đề án vị trí việc làm và xác định số lượng nhân lực của khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế theo lộ trình thời gian.	☒	☐
3	9. Có bản mô tả vị trí việc làm của từng nhân viên trong khoa/tổ.	☒	☐
3	10. Lãnh đạo khoa/tổ có trình độ đại học chuyên ngành y, dinh dưỡng, thực phẩm (hoặc có liên quan) trở lên và có bằng chuyên khoa chuyên ngành dinh dưỡng - tiết chế hoặc có chứng chỉ dinh dưỡng lâm sàng (từ 3 tháng trở lên).	☒	☐
3	11. Nhân viên bộ phận chế biến và cung cấp suất ăn được đào tạo, tập huấn về vệ sinh an toàn thực phẩm.	☒	☐
4	12. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có đầy đủ nhân viên theo đề án vị trí việc làm.	☒	☐

4	13. Có nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng, được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng lâm sàng.	☒	☐
4	14. Lãnh đạo khoa có trình độ sau đại học trở lên, có luận văn hoặc chủ trì đề tài nghiên cứu đã nghiệm thu về dinh dưỡng hoặc liên quan đến dinh dưỡng.	☐	☐
5	15. Nhân viên phụ trách dinh dưỡng lâm sàng được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng từ 3 tháng trở lên và có chứng chỉ.	☐	☐
5	16. Toàn bộ nhân viên làm ở khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế được đào tạo, tập huấn về dinh dưỡng và có chứng nhận.	☐	☐
5	17. Lãnh đạo khoa có bằng chuyên khoa II hoặc tiến sỹ, có luận án hoặc chủ nhiệm đề tài cấp Bộ/TP trở lên về dinh dưỡng hoặc liên quan đến dinh dưỡng.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C7.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C7.2 - Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế chưa có phòng làm việc độc lập.	☐	☐
2	2. Khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế có phòng riêng, có biển tên khoa/tổ.	☒	☐
2	3. Có đầy đủ các trang thiết bị tối thiểu cho văn phòng làm việc như bàn ghế, tủ, máy tính...	☒	☐
2	4. Có các dụng cụ phục vụ công tác khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng: cân, thước đo chiều cao tại 100% các khoa lâm sàng.	☒	☐
2	5. Có tài liệu về dinh dưỡng tại khoa/tổ dinh dưỡng - tiết chế.	☒	☐
2	6. Có hướng dẫn chế độ ăn theo quy định.	☒	☐
2	7. Có bảng thành phần thực phẩm Việt Nam (protein, glucid, lipid và các thành phần khác).	☒	☐
3	8. Có căng-tin phục vụ ăn uống cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên bệnh viện.	☒	☐
3	9. Có khu vực chế biến thức ăn bảo đảm vệ sinh sạch sẽ.	☒	☐
3	10. Bộ phận chế biến thức ăn được thiết kế một chiều.	☒	☐
3	11. Bảo đảm hệ thống cấp, thoát nước hoạt động đầy đủ tại nơi chế biến thức ăn.	☒	☐
3	12. Có tủ riêng biệt dùng để lưu mẫu thức ăn.	☒	☐
3	13. Thức ăn được lưu mẫu theo đúng quy định.	☒	☐
3	14. Có phòng ăn dành cho người bệnh và có quạt (hoặc điều hòa).	☒	☐
3	15. Có bồn rửa tay ở khu vực phòng ăn (trong hoặc ngay bên ngoài phòng ăn).	☒	☐
4	16. Sử dụng bếp nấu bằng điện hoặc ga để nấu thức ăn.	☒	☐
4	17. Có phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm.	☒	☐
4	18. Có tủ lạnh lưu trữ, bảo quản thực phẩm tươi sống.	☒	☐
4	19. Khu nhà ăn bố trí riêng biệt với khu khám và điều trị.	☒	☐

4	20. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn cho trên 70% người bệnh (tính theo số giường bệnh).	☒	☐
5	21. Có phòng tư vấn, truyền thông về dinh dưỡng riêng biệt.	☐	☐
5	22. Bàn ăn được thiết kế bằng vật liệu chống bám dính, dễ cọ rửa, bảo đảm vệ sinh.	☒	☐
5	23. Phương tiện vận chuyển suất ăn tới người bệnh có khả năng giữ nhiệt độ thức ăn.	☐	☐
5	24. Bếp ăn có đủ nhân viên phục vụ có khả năng cung cấp các suất ăn trên 90% người bệnh (tính theo số giường bệnh), nhân viên y tế và người nhà người bệnh khi có nhu cầu.	☐	☐
5	25. Có đủ trang thiết bị, hóa chất hoặc phương tiện khác phòng chống ruồi, gián, côn trùng, chuột và động vật có nguy cơ gây bệnh tại khu vực kho thực phẩm, bếp và nhà ăn.	☐	☐
5	26. Bảo đảm không có ruồi, gián, côn trùng, chuột và động vật có nguy cơ gây bệnh tại khu vực nhà ăn.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C7.3 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C7.3 - Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Người bệnh không được cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính chỉ số khối cơ thể khi nhập viện và không được ghi nhận vào hồ sơ bệnh án.	☐	☐
2	2. Tỷ lệ người bệnh được cân trọng lượng cơ thể, đo chiều cao, tính chỉ số khối cơ thể khi nhập viện chiếm từ 50% trở lên và được ghi vào hồ sơ bệnh án.	☒	☐
3	3. Có mẫu phiếu đánh giá, sàng lọc tình trạng dinh dưỡng người bệnh (bệnh viện tự xây dựng hoặc tham khảo từ tổ chức khác).	☒	☐
3	4. Người bệnh được phân loại và xác định chính xác nguy cơ suy dinh dưỡng khi nhập viện không quá 36 giờ kể từ khi nhập viện (hoặc được phân loại trong hồ sơ theo dõi người bệnh trong vòng 1 tháng trước kể từ ngày nhập viện).	☒	☐
3	5. Bác sỹ điều trị khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và chỉ định chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh theo mã của Bộ Y tế cho những người bệnh bắt buộc ăn theo chế độ ăn bệnh lý (đái đường, tăng huyết áp, suy thận...) hoặc người bệnh có nhu cầu.	☒	☐
3	6. Hồ sơ bệnh án có ghi các thông tin liên quan đến dinh dưỡng như kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn (nếu cần thiết) và các thông tin cần lưu ý về dinh dưỡng.	☒	☐
4	7. Người bệnh có nguy cơ hoặc bị suy dinh dưỡng, mắc các bệnh lý có liên quan đến dinh dưỡng khi nhập viện được lập kế hoạch theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.	☐	☐
4	8. Người bệnh được can thiệp dinh dưỡng dựa trên kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng.	☐	☐
4	9. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hội chẩn với khoa dinh dưỡng-tiết chế, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, lập kế hoạch và can thiệp dinh dưỡng.	☐	☐
5	10. Người bệnh có chỉ định can thiệp dinh dưỡng được theo dõi, đánh giá lại tình trạng dinh dưỡng, tư vấn và điều chỉnh chế độ	☐	☐

	dinh dưỡng phù hợp.		
5	11. Có tiến hành khảo sát (hoặc nghiên cứu) về việc đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.	☐	☐
5	12. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những khó khăn, hạn chế, nhược điểm cần khắc phục và đề xuất giải pháp can thiệp.	☐	☐
5	13. Áp dụng kết quả khảo sát (hoặc nghiên cứu) vào cải tiến chất lượng đánh giá và theo dõi tình trạng dinh dưỡng người bệnh.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C7.4 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C7.4 - Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không thực hiện hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn cho người bệnh.	☐	☐
2	2. Nhân viên y tế có tư vấn chế độ ăn phù hợp cho người bệnh mắc các bệnh cần có lưu ý đặc biệt về chế độ ăn như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận...	☒	☐
3	3. Có góc truyền thông, tranh ảnh về dinh dưỡng ở các khoa lâm sàng và những nơi tập trung nhiều người bệnh và người nhà người bệnh, ví dụ thông tin về dinh dưỡng hợp lý, chế độ ăn cho các bệnh lý, trẻ em, người cao tuổi, phụ nữ mang thai, phụ nữ cho	☒	☐
3	4. Có hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn cho người bệnh bằng tranh ảnh, tờ rơi hoặc băng hình... cho ít nhất 3 bệnh (hoặc 3 vấn đề sức khỏe) thường gặp tại bệnh viện.	☒	☐
4	5. Có ít nhất 50% tổng số các khoa lâm sàng có tài liệu tư vấn, truyền thông về dinh dưỡng cho ít nhất một bệnh hoặc một vấn đề sức khỏe cần tư vấn về dinh dưỡng thường gặp của mỗi khoa. Thông tin về dinh dưỡng có thể trình bày dưới dạng tài liệu riê	☒	☐
4	6. Nhân viên y tế in, phát và tư vấn các tài liệu truyền thông về dinh dưỡng cho người bệnh (hoặc có hình thức cung cấp thông tin khác như phát trên màn hình).	☒	☐
4	7. Tổ chức truyền thông, giáo dục về dinh dưỡng cho người bệnh tại khoa điều trị hoặc hội trường.	☒	☐
5	8. Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế hướng dẫn, hỗ trợ, kiểm tra, giám sát chế độ dinh dưỡng tại các khoa/phòng điều trị (bao gồm việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, thực hành nuôi con hợp lý...).	☒	☐
5	9. Có phòng tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh, trong đó có cung cấp dịch vụ khám và tư vấn cho người bệnh về dinh dưỡng và chế độ ăn bệnh lý.	☐	☐
5	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc hướng	☒	☐

	dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.		
5	11. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	12. Tiến hành cải tiến chất lượng tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C7.5 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C7.5 - Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có tài liệu xây dựng suất ăn bệnh lý hoặc khẩu phần dinh dưỡng cho người bệnh.	☐	☐
2	2. Có văn bản quy định về việc hội chẩn giữa nhân viên khoa dinh dưỡng tiết chế với bác sỹ điều trị về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh trong trường hợp người bệnh mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng.	☒	☐
2	3. Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được hội chẩn giữa nhân viên khoa/tổ dinh dưỡng tiết chế với bác sỹ lâm sàng về chế độ dinh dưỡng.	☒	☐
3	4. Khoa/tổ dinh dưỡng-tiết chế xây dựng các khẩu phần ăn bệnh lý khác nhau cho từng đối tượng người bệnh (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...).	☒	☐
3	5. Khoa/tổ dinh dưỡng tổ chức cung cấp suất ăn bệnh lý cho từng đối tượng người bệnh được bác sỹ điều trị chỉ định khẩu phần ăn bệnh lý (tối thiểu cho các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, suy thận...).	☒	☐
3	6. Người mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng được cung cấp bữa ăn bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, phù hợp với tình trạng bệnh theo chỉ định của bác sỹ.	☒	☐
3	7. Khoa dinh dưỡng -tiết chế quản lý được chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm của cơ sở cung cấp suất ăn cho bệnh viện (bao gồm cả nhà ăn/căng-tin trong bệnh viện): có mẫu thực phẩm lưu, kiểm tra thường xuyên, giám sát vệ sinh nhà bếp (kể cả các bếp	☒	☐
3	8. Trẻ em bị suy dinh dưỡng nặng cấp tính được điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh suy dinh dưỡng cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng tuổi theo quy định của Bộ Y tế (nếu bệnh viện không điều trị cho đối tượng trẻ em suy dinh dưỡng nặng cấp	☒	☐
4	9. Khoa dinh dưỡng-tiết chế (hoặc cơ sở cung cấp suất ăn) phục vụ suất ăn cho trên 70% đối tượng người bệnh (không bao gồm trẻ	☒	☐

	dưới 6 tháng tuổi).		
4	10. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh.	☐	☐
4	11. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	12. Các suất ăn được tính toán tổng giá trị năng lượng calori và có cung cấp thông tin và calori trực tiếp đến người bệnh bằng các hình thức như dán nhãn bên ngoài suất ăn, có tranh, ảnh về suất ăn và tổng lượng calori...	☐	☐
5	13. Người bệnh suy dinh dưỡng nặng được hỗ trợ dinh dưỡng (bổ sung dinh dưỡng/dinh dưỡng đường tĩnh mạch) để cải thiện tình trạng dinh dưỡng.	☐	☐
5	14. Khoa dinh dưỡng-tiết chế (hoặc cơ sở cung cấp suất ăn) phục vụ suất ăn cho trên 90% đối tượng người bệnh (không bao gồm trẻ dưới 6 tháng tuổi).	☐	☐
5	15. Tiến hành cải tiến chất lượng cung cấp chế độ ăn phù hợp với bệnh lý cho người bệnh dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).	☐	☐

C8. Chất lượng xét nghiệm (2)

Kết quả tiêu chí: C8.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C8.1 - Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Khoa/phòng xét nghiệm được bố trí chung (phòng hoặc không gian) với các khoa lâm sàng hoặc các phòng khác.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện không cung cấp được một (hoặc nhiều) kỹ thuật xét nghiệm từ 3 ngày trở lên do các máy đều hỏng cùng thời điểm mà không có cơ chế chuyển gửi.	☐	☐
2	3. Khoa/phòng xét nghiệm được bố trí riêng biệt với các khoa lâm sàng và các phòng khác.	☒	☐
2	4. Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự trình độ trung cấp/cao đẳng trở lên đúng chuyên ngành.	☒	☐
2	5. Có đầy đủ trang thiết bị, vật tư phục vụ cho các xét nghiệm huyết học, hóa sinh.	☒	☐
2	6. Bảo đảm năng lực thực hiện được đầy đủ các xét nghiệm huyết học, hóa sinh cơ bản (theo danh mục kỹ thuật).	☒	☐
2	7. Có hướng dẫn sử dụng, bảo dưỡng, vệ sinh máy xét nghiệm; được treo tại máy hoặc đặt tại vị trí tập trung dễ lấy trong phòng xét nghiệm.	☒	☐
2	8. Các trang thiết bị khoa xét nghiệm có sổ nhật ký hoạt động và được theo dõi thường xuyên, có ghi rõ số lượt sử dụng, thời gian hỏng hóc, sửa chữa.	☒	☐
2	9. Tổng thời gian của một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa... không quá 14 ngày trong năm (chấp nhận hình thức gửi mẫu sang cơ sở y tế khác nếu không có máy thay thế)	☒	☐
2	10. Có các hình thức như trao đổi, phản hồi thông tin liên quan đến xét nghiệm cho các khoa lâm sàng (khách hàng của khoa xét nghiệm) khi cần thiết.	☒	☐
3	11. Khoa/phòng xét nghiệm có nhân sự có trình độ đại học đúng	☒	☐

	chuyên ngành.		
3	12. Có các trang thiết bị và đủ khả năng thực hiện các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch (theo danh mục kỹ thuật).	☒	☐
3	13. Khoa/phòng xét nghiệm có điều hòa nhiệt độ và hoạt động thường xuyên.	☒	☐
3	14. Có khu vực lấy bệnh phẩm xét nghiệm (kể cả phân và nước tiểu) thuận tiện cho người bệnh: có móc treo quần áo, đồ dùng; có giá để bệnh phẩm và xà phòng, nước rửa tay cho người bệnh.	☒	☐
3	15. Tổng thời gian của một loại kỹ thuật xét nghiệm bị tạm dừng do trang thiết bị không hoạt động được do hỏng hóc, sửa chữa... không quá 7 ngày trong năm (chấp nhận hình thức gửi mẫu sang cơ sở y tế khác nếu không có máy thay thế).	☒	☐
4	16. Phụ trách khối xét nghiệm có trình độ sau đại học đúng chuyên ngành.	☒	☐
4	17. Khoa xét nghiệm có các trang thiết bị và thực hiện được đầy đủ các hoạt động xét nghiệm huyết học, hóa sinh, miễn dịch, vi sinh hoặc giải phẫu bệnh (theo danh mục kỹ thuật).	☒	☐
4	18. Có khả năng thực hiện và đọc được các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, miễn dịch, vi sinh.	☒	☐
4	19. Có tham gia tư vấn, hỗ trợ, đào tạo về quản lý chất lượng phòng xét nghiệm cho các đơn vị khác (nếu bệnh viện có được giao chức năng chỉ đạo tuyến, hỗ trợ, đào tạo).	☒	☐
5	20. Khối xét nghiệm có nhân sự có trình độ tiến sỹ y học hoặc các chuyên ngành liên quan đến xét nghiệm.	☐	☐
5	21. Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng chung cho tất cả các phòng xét nghiệm tại bệnh viện.	☐	☐
5	22. Có phần mềm quản lý thông tin phòng xét nghiệm, bao gồm quản lý người bệnh, chỉ định, mẫu, thời gian, nhân viên, phương tiện thực hiện và trả kết quả.	☒	☐
5	23. Thực hiện trả kết quả xét nghiệm cho các khoa lâm sàng và cho người bệnh bằng phần mềm công nghệ thông tin.	☒	☐
5	24. Trong năm có thực hiện ít nhất một nghiên cứu liên quan đến xét nghiệm và công bố kết quả nghiên cứu.	☒	☐

Kết quả tiêu chí: C8.2 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C8.2 - Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện chưa thực hiện nội kiểm.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy máy báo lỗi nhưng vẫn tiến hành trả kết quả xét nghiệm.	☐	☐
1	3. Phát hiện có trường hợp trả kết quả không đúng người bệnh.	☐	☐
2	4. Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện nội kiểm.	☒	☐
2	5. Các hoạt động kiểm tra có ghi lại trong sổ nhật ký nội kiểm.	☒	☐
3	6. Bảo đảm chạy mẫu nội kiểm trước khi thực hiện xét nghiệm cho người bệnh.	☒	☐
3	7. Kết quả chạy mẫu nội kiểm được ghi lại trong sổ nhật ký.	☒	☐
3	8. Bệnh viện có quy định bằng văn bản và thực hiện ngoại kiểm.	☒	☐
3	9. Có hoạt động thống kê, phân tích và tính độ lệch chuẩn.	☒	☐
3	10. Đã thiết lập hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm (tổ chức, phân công nhiệm vụ, xây dựng quy trình, tài liệu hướng dẫn, đào tạo...).	☒	☐
3	11. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.	☒	☐
3	12. Có thực hiện hiệu chuẩn thiết bị xét nghiệm theo định kỳ và đột xuất nếu có phát hiện sai lệch.	☒	☐
3	13. Nếu phát hiện máy có sai lệch, bệnh viện có hiệu chỉnh hoặc có hình thức/biện pháp xử lý khắc phục ngay để bảo đảm chất lượng xét nghiệm và ghi hồ sơ đầy đủ.	☒	☐
3	14. Có nhân viên chuyên trách/kiêm nhiệm về chất lượng xét nghiệm được đào tạo về quản lý chất lượng xét nghiệm (có chứng chỉ).	☒	☐
3	15. Nhân viên khoa xét nghiệm tham gia đào tạo liên tục đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế.	☒	☐
3	16. Tiến hành đào tạo và đào tạo liên tục cho nhân viên xét nghiệm về các kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện (nếu có).	☒	☐
4	17. Đã tham gia ngoại kiểm cho các loại xét nghiệm theo định kỳ,	☒	☐

	đầy đủ (dựa trên các quy định của cơ quan quản lý).		
4	18. Có đăng ký tham gia và thực hiện chương trình ngoại kiểm với trung tâm kiểm chuẩn đã được cấp phép hoạt động.	☒	☐
4	19. Có ít nhất một phòng hoặc đơn vị xét nghiệm trong các lĩnh vực hóa sinh, huyết học, vi sinh đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn).	☐	☐
4	20. Tiến hành đánh giá/nghiên cứu chất lượng xét nghiệm của bệnh viện ít nhất 1 lần trong năm, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế và đề xuất giải pháp khắc phục.	☒	☐
5	21. Tiến hành cải tiến chất lượng xét nghiệm chung dựa trên kết quả đánh giá.	☒	☐
5	22. Toàn bộ các phòng xét nghiệm bao gồm huyết học, sinh hóa, vi sinh của bệnh viện đạt tiêu chuẩn ISO 15189 (tương đương hoặc cao hơn).	☐	☐

C9. Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)

Kết quả tiêu chí: C9.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C9.1 - Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện chưa có khoa dược.	☐	☐
2	2. Bệnh viện đã thành lập khoa dược.	☒	☐
2	3. Phụ trách khoa dược có trình độ cao đẳng về dược trở lên.	☒	☐
2	4. Khoa dược có các bộ phận: nghiệp vụ dược, kho và cấp phát, thống kê dược.	☒	☐
2	5. Các văn bằng, chứng chỉ (bản sao) của nhân viên khoa dược được tập hợp thành một bộ và lưu tại khoa dược.	☒	☐
3	6. Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí trong khoa dược và xác định nhu cầu nhân lực khoa dược.	☒	☐
3	7. Khoa dược bảo đảm đầy đủ nhân lực cho các chức danh nghề nghiệp trong các bộ phận khoa dược.	☒	☐
3	8. Khoa dược có nhân viên làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc (kiêm nhiệm hoặc chuyên trách).	☒	☐
3	9. Khoa dược có phân công nhân viên phụ trách theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR).	☒	☐
3	10. Lãnh đạo khoa dược có chuyên môn dược trình độ đại học trở lên.	☒	☐
3	11. Các nhân viên khoa dược được đào tạo, tập huấn về chuyên môn dược.	☒	☐
4	12. Khoa dược có đầy đủ số lượng nhân lực cho các vị trí việc làm trong các bộ phận của khoa dược (theo đề án vị trí việc làm hoặc kế hoạch nhân lực).	☒	☐
4	13. Khoa dược có cán bộ chuyên trách làm công tác dược lâm sàng và thông tin thuốc.	☒	☐
4	14. Toàn bộ nhân viên khoa dược bảo đảm được đào tạo liên tục đầy đủ.	☒	☐
4	15. Lãnh đạo khoa dược có trình độ sau đại học chuyên ngành dược	☒	☐

	(hoặc là dược sỹ chính).		
5	16. Theo dõi, rà soát tình hình nhân lực khoa dược và điều chuyển, tuyển dụng bổ sung nhân lực phù hợp với quy mô và sự phát triển khoa dược, bệnh viện.	☒	☐
5	17. Lãnh đạo khoa dược có trình độ tiến sỹ, chuyên khoa II trở lên chuyên ngành dược (hoặc là dược sỹ cao cấp).	☐	☐
5	18. Có kế hoạch và cử nhân viên đào tạo đội ngũ lãnh đạo khoa dược kế cận.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C9.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C9.2 - Bảo đảm cơ sở vật chất khoa Dược

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Khoa dược chưa có phòng làm việc riêng.	☐	☐
1	2. Không có nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện (trừ trường hợp bệnh viện bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc 100% cho người bệnh nội trú và ngoại trú).	☐	☐
1	3. Phát hiện thấy trong kho thuốc có tổ mối.	☐	☐
2	4. Khoa dược có phòng làm việc riêng.	☒	☐
2	5. Khoa dược được nối mạng internet để tra cứu thông tin về thuốc.	☒	☐
2	6. Có quy định về bảo quản thuốc.	☒	☐
2	7. Kho thuốc được bố trí thoáng, mát, thuận tiện cho việc xuất, nhập thuốc.	☒	☐
2	8. Kho thuốc có trang thiết bị việc theo dõi, bảo quản thuốc: giá kê, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.	☒	☐
2	9. Kho thuốc bảo đảm ánh sáng mặt trời không chiếu trực tiếp vào thuốc.	☒	☐
2	10. Theo dõi, quản lý xuất, nhập, tồn thuốc đầy đủ bằng sổ sách, ghi chép rõ ràng (hoặc bằng máy tính và phần mềm quản lý thuốc).	☒	☐
2	11. Có nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện (trừ trường hợp bệnh viện bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc 100% cho người bệnh nội trú và ngoại trú).	☒	☐
3	12. Khoa dược bố trí kho hóa chất, cồn tách biệt với kho thuốc.	☒	☐
3	13. Bảo đảm đầy đủ các trang thiết bị, phương tiện chống ẩm, mốc tại kho thuốc, cơ sở bán lẻ thuốc cho các thuốc có nguồn gốc thực vật, động vật (thuốc đông y) và các thuốc, hóa chất có nguy cơ ẩm mốc cao.	☒	☐
3	14. Bảo đảm phòng tránh côn trùng, mối mọt và động vật nguy hại (như chuột) tại kho thuốc, cơ sở bán lẻ thuốc.	☒	☐
3	15. *Hệ thống kho dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền được bảo quản ở nơi tách biệt, sạch sẽ, đạt các tiêu chuẩn về ánh sáng, nhiệt	☒	☐

	độ, độ ẩm, độ thông thoáng; phòng tránh côn trùng, mối mọt; phòng chống cháy, nổ; đầy đủ trang thiết bị bảo đảm an t		
3	16. *Khu vực sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền, nơi sắc thuốc, cấp phát thuốc được bố trí ở vị trí phù hợp cho việc vận chuyển và cấp phát thuốc; có đầy đủ trang thiết bị phục vụ công tác sơ chế dược liệu, bào chế vị thuốc y học cổ truyền	☒	☐
3	17. Khoa được bố trí các bộ phận liên quan đến cấp phát thuốc (kho, quầy, phòng) cho người bệnh ngoại trú thuận tiện.	☒	☐
3	18. Kho thuốc và toàn bộ địa điểm cấp phát thuốc có trang thiết bị việc theo dõi, bảo quản thuốc: giá kê, nhiệt kế, ẩm kế, quạt thông gió, điều hòa nhiệt độ, tủ lạnh.	☒	☐
3	19. Đơn vị thông tin thuốc được trang thiết bị đầy đủ: máy tính, mạng internet, tài liệu có liên quan.	☒	☐
3	20. Có sổ và theo dõi thường xuyên nhiệt độ, độ ẩm của các kho thuốc.	☒	☐
3	21. Có phần mềm quản lý được xuất, nhập, tồn thuốc trong khoa được.	☒	☐
3	22. Khoa được có xây dựng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn về xuất – nhập, bảo quản thuốc.	☒	☐
4	23. Hệ thống kho thuốc xây dựng theo nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”.	☒	☐
4	24. Tiến hành đánh giá về thực hành và bảo quản thuốc tại kho được hằng năm.	☒	☐
4	25. Tiến hành đánh giá chất lượng nhà thuốc hoặc cơ sở bán lẻ thuốc trong khuôn viên bệnh viện hằng năm.	☒	☐
4	26. Khoa Dược kiểm soát được số lượng thuốc thông qua hệ thống phần mềm quản lý của bệnh viện.	☒	☐
4	27. Thực hiện đúng quy trình chuẩn cho các hoạt động chuyên môn được.	☒	☐
5	28. Tiến hành cải tiến chất lượng và khắc phục các nhược điểm để nhà thuốc bệnh viện đạt các tiêu chuẩn chất lượng (như đạt tiêu chuẩn GPP hoặc các tiêu chuẩn chất lượng khác mang tính đặc thù nếu có, ví dụ cho bệnh viện chuyên khoa y dược học cổ truyền,	☒	☐
5	29. Khoa dược có trang bị phần mềm tra cứu thông tin thuốc.	☒	☐
5	30. Khoa dược có trang bị phần mềm lưu trữ thông tin thuốc.	☒	☐
5	31. Có quy trình và hệ thống vận chuyển thuốc khép kín trong bệnh viện (bán tự động hoặc tự động hoàn toàn), bảo đảm an toàn, chất lượng và tiện lợi.	☐	☐
5	32. **Khoa dược có trang bị hệ thống và phòng pha chế sạch, bảo đảm cho pha chế các dung dịch vô khuẩn dùng trong tiêm, truyền	☐	☐

--	--	--

Kết quả tiêu chí: C9.3 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

C9.3 - Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy trong bệnh viện có thuốc, vật tư y tế tiêu hao quá hạn hoặc thuốc không đạt chất lượng về mặt cảm quan nhưng không được để ở khu vực riêng chờ xử lý.	☐	☐
1	2. Không cung cấp được số liệu về xuất, nhập thuốc ngay khi được yêu cầu.	☐	☐
1	3. Có vụ việc thiếu thuốc trong danh mục dẫn đến hậu quả người bệnh tử vong hoặc tổn thương không hồi phục.	☐	☐
2	4. Có tiến hành lựa chọn và xây dựng danh mục thuốc bệnh viện.	☒	☐
2	5. Bảo đảm mua thuốc theo đúng quy định, không phát hiện có sai phạm.	☒	☐
3	6. Có quy trình cấp phát thuốc trong bệnh viện từ khoa dược đến người bệnh.	☒	☐
3	7. Có quy trình kiểm soát chất lượng thuốc tại khoa Dược.	☒	☐
3	8. Có quy trình xử lý các thuốc chất lượng không đảm bảo tại bệnh viện	☒	☐
3	9. Có xây dựng và quản lý danh mục thuốc cấp cứu (danh mục thuốc tử trực) tại các khoa lâm sàng.	☒	☐
3	10. Thực hiện báo cáo thường xuyên, đầy đủ các số liệu về sử dụng thuốc: báo cáo sử dụng thuốc, báo cáo sử dụng thuốc kháng sinh, báo cáo công tác khoa dược bệnh viện.	☒	☐
3	11. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, hóa chất và vật tư y tế tiêu hao trong danh mục của bệnh viện cho người bệnh nội trú.	☒	☐
4	12. Bảo đảm cung cấp đầy đủ thuốc, vật tư y tế tiêu hao trong và ngoài danh mục cho người bệnh nội trú.	☒	☐
4	13. Bảo đảm cung ứng thuốc, vật tư y tế tiêu hao liên tục, không gián đoạn (không có tình trạng thiếu thuốc vào cuối tháng, cuối năm hoặc đầu năm).	☐	☐
4	14. Có quy trình và phương án tổ chức cung ứng các thuốc hiếm	☐	☐

	theo yêu cầu điều trị và thuốc điều trị các bệnh hiếm gặp (trong trường hợp cần điều trị người bệnh tại bệnh viện, không chuyển tuyến).		
5	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tại bệnh viện.	☐	☐
5	16. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, khó khăn cần khắc phục trong cung ứng thuốc, vật tư và đề xuất giải pháp cải tiến.	☐	☐
5	17. Tiến hành cải tiến chất lượng cung ứng thuốc và vật tư y tế dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu).	☐	☐
5	18. Áp dụng thành tựu khoa học, kỹ thuật mới trong việc cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao kịp thời, chất lượng (ví dụ triển khai hệ thống chia thuốc tự động, máy tự động dán nhãn thuốc, liều dùng, tên người bệnh... vào các túi thuốc đư	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C9.4 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C9.4 - Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện thấy sử dụng thuốc sai đường dùng, sai tên thuốc.	☐	☐
1	2. Phát hiện đơn thuốc kê hai thuốc cùng hoạt chất.	☐	☐
2	3. Triển khai, thực hiện 5 đúng khi sử dụng thuốc tại các khoa/phòng.	☒	☐
2	4. Bảo đảm thực hiện các quy định về kê đơn thuốc ngoại trú tại bệnh viện.	☒	☐
2	5. Có hướng dẫn về sử dụng thuốc cho điều dưỡng, nhân viên y tế ít nhất 1 buổi/năm.	☒	☐
3	6. Có xây dựng các quy trình chuyên môn liên quan đến sử dụng thuốc: cấp phát thuốc, pha chế thuốc, giám sát sự cố trong sử dụng thuốc...	☒	☐
3	7. Bảo đảm thực hiện kê đơn thuốc phù hợp với diễn biến của bệnh.	☒	☐
3	8. Bảo đảm thực hiện kê đơn thuốc theo đúng các quy chế kê đơn.	☒	☐
3	9. Bảo đảm thực hiện không kê thực phẩm chức năng trong đơn thuốc.	☒	☐
3	10. Bảo đảm 5 đúng khi sử dụng thuốc.	☒	☐
3	11. Có xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (LASA).	☒	☐
4	12. Có hướng dẫn bằng hình ảnh danh mục LASA và phổ biến cho các nhân viên y tế, khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng áp dụng thực hiện.	☒	☐
4	13. Thực hiện được việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh.	☒	☐
4	14. Xây dựng quy trình hướng dẫn và giám sát sử dụng các thuốc có nguy cơ cao xuất hiện ADR và các sự cố trong sử dụng thuốc.	☒	☐
4	15. Chỉ định thuốc theo đúng phác đồ điều trị của bệnh viện, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế/bệnh viện hoặc khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới.	☒	☐
4	16. Theo dõi và quản lý các thuốc cần chia liều khi sử dụng.	☒	☐

4	17. Khoa dược tổ chức tập huấn, thông tin cho nhân viên y tế về hiệu quả và độ an toàn khi sử dụng thuốc (có tài liệu và chương trình đào tạo) ít nhất 1 lần/năm.	☒	☐
4	18. Tiến hành khảo sát, đánh giá (nghiên cứu) việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.	☒	☐
4	19. Có báo cáo đánh giá việc sử dụng thuốc, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☒	☐
5	20. Thực hiện được việc ra lẻ thuốc cho từng người bệnh và cung cấp đủ các thông tin như tên, tuổi người bệnh; tên thuốc, đường dùng, liều dùng, thời gian dùng thuốc (ví dụ có nhãn in các thông tin trên dán vào túi thuốc lẻ của người bệnh).	☐	☐
5	21. Sử dụng thông tin về hiệu quả và độ an toàn của thuốc để khuyến cáo thay đổi, bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, chỉ định dùng thuốc của thầy thuốc, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong bệnh viện.	☐	☐
5	22. Có áp dụng phần mềm cảnh báo tương tác thuốc tích hợp khi kê đơn trên phạm vi toàn bệnh viện.	☐	☐
5	23. Xây dựng và thực hiện quy trình giám sát điều trị thông qua việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu.	☐	☐
5	24. Có phần mềm theo dõi và quản lý lịch sử dùng thuốc của người bệnh.	☐	☐
5	25. Tiến hành cải tiến chất lượng dựa trên kết quả khảo sát, đánh giá (nghiên cứu).	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C9.5 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C9.5 - Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa triển khai hoạt động thông tin thuốc tại bệnh viện.	☐	☐
1	2. Chưa sẵn có mẫu báo cáo ADR tại các khoa/phòng.	☐	☐
2	3. Đã thành lập đơn vị thông tin thuốc.	☒	☐
2	4. Có xây dựng kế hoạch hoạt động và phân công nhiệm vụ đơn vị thông tin thuốc.	☒	☐
2	5. Có xây dựng quy trình thông tin thuốc tại bệnh viện.	☒	☐
2	6. Có xây dựng quy trình giám sát ADR tại bệnh viện.	☒	☐
3	7. Có thực hiện việc thông tin thuốc tại bệnh viện theo quy trình đã xây dựng.	☒	☐
3	8. Có thực hiện việc giám sát ADR tại bệnh viện theo quy trình đã xây dựng.	☒	☐
3	9. Có tổ chức hoạt động thông tin thuốc cho bác sĩ, điều dưỡng về thuốc, thuốc mới, chất lượng thuốc, phản ứng có hại của thuốc, sự cố trong sử dụng thuốc, các khuyến cáo về thuốc của cơ quan quản lý... bằng các hình thức khác nhau (như thông báo tại b	☒	☐
3	10. Các bản báo cáo ADR có các thông tin tối thiểu cần thiết bao gồm: thông tin về người bệnh, thông tin về ADR, thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR và thông tin về người báo cáo.	☒	☐
3	11. Có gửi báo cáo ADR tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc.	☒	☐
3	12. Tỷ lệ báo cáo có đầy đủ các thông tin tối thiểu cần thiết chiếm từ 50% trở lên.	☒	☐
4	13. Tỷ lệ các báo cáo ADR có đầy đủ các thông tin tối thiểu chiếm từ 80% trở lên.	☒	☐
4	14. Có hệ thống lưu trữ thông tin thuốc.	☒	☐
4	15. Xây dựng và phát hành bản thông tin thuốc, lưu hành nội bộ trong bệnh viện.	☒	☐
4	16. Đơn vị thông tin thuốc đáp ứng trả lời đầy đủ các câu hỏi thông	☒	☐

	tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế và người bệnh.		
4	17. Tiến hành khảo sát, đánh giá (hoặc nghiên cứu) về tình hình thực hiện thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại bệnh viện.	☒	☐
4	18. Có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những nhược điểm, hạn chế cần khắc phục và đề xuất các khuyến cáo, giải pháp cải tiến chất lượng.	☒	☐
5	19. Toàn bộ các báo cáo ADR được gửi tới trung tâm quốc gia/khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc có đầy đủ các thông tin cần thiết và đúng thời gian quy định.	☒	☐
5	20. Phát hành bản tin thông tin thuốc ít nhất 2 số/năm.	☒	☐
5	21. Tiến hành cải tiến chất lượng thông tin thuốc và ADR dựa trên kết quả đánh giá.	☐	☐
5	22. Sử dụng thông tin về hiệu quả và độ an toàn của thuốc để khuyến cáo thay đổi, bổ sung danh mục thuốc dùng trong bệnh viện, chỉ định dùng thuốc của bác sỹ, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong bệnh viện.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C9.6 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C9.6 - Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa thành lập hội đồng thuốc và điều trị.	☐	☐
2	2. Đã thành lập hội đồng thuốc và điều trị.	☒	☐
2	3. Hội đồng thuốc và điều trị có văn bản quy định chức năng nhiệm vụ cụ thể của các thành viên trong hội đồng.	☒	☐
2	4. Hội đồng thuốc và điều trị họp đều đặn ít nhất 1 lần trong 2 tháng.	☒	☐
3	5. Hội đồng thuốc đã xây dựng danh mục thuốc sử dụng trong bệnh viện.	☒	☐
3	6. Hội đồng thuốc và điều trị xây dựng hoặc tiếp nhận hướng dẫn điều trị dùng tại bệnh viện.	☒	☐
3	7. Hội đồng thuốc và điều trị có tiến hành phân tích các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trong các buổi bình bệnh án hoặc trong việc kiểm tra, giám sát bệnh án bằng phần mềm.	☒	☐
3	8. Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 năm/lần.	☒	☐
4	9. Hội đồng thuốc và điều trị có xây dựng các văn bản quy định về quản lý và sử dụng thuốc trong bệnh viện:	☒	☐
4	a. Các tiêu chí lựa chọn thuốc để xây dựng danh mục thuốc bệnh viện	☒	☐
4	b. Hướng dẫn điều trị	☒	☐
4	c. Quy trình và tiêu chí bổ sung hoặc loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục	☒	☐
4	d. Các tiêu chí để lựa chọn thuốc trong đấu thầu mua thuốc	☒	☐
4	e. Quy trình cấp phát thuốc	☒	☐
4	f. Sử dụng một số thuốc không nằm trong danh mục	☒	☐
4	g. Hạn chế sử dụng một số thuốc	☒	☐
4	h. Sử dụng thuốc biệt dược và thuốc thay thế trong điều trị	☒	☐
4	i. Quy trình giám sát sử dụng thuốc	☒	☐

4	j. Quản lý, giám sát hoạt động thông tin thuốc của trình dược viên, công ty dược và các tài liệu quảng cáo thuốc.	☒	☐
4	10. Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 2 lần/năm.	☒	☐
4	11. Nhân viên y tế được phổ biến và tuân thủ hướng dẫn điều trị.	☒	☐
4	12. Hội đồng có tiến hành phân tích, đánh giá sử dụng thuốc: ABC/VEN và có báo cáo kết quả phân tích theo định kỳ hàng năm.	☒	☐
5	13. Sử dụng kết quả phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN cho việc cải tiến chất lượng xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, quản lý và cung ứng thuốc.	☒	☐
5	14. Hội đồng có tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của người bệnh, có báo cáo kết quả đánh giá.	☐	☐
5	15. Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá cho việc nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, giảm chi phí dùng thuốc của bệnh viện.	☐	☐

Kết quả tiêu chí:C10 Điểm BV: undefined - Đoàn KT: undefined

Kết quả tiêu chí:C10.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C10.1 - Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không tham gia hoặc không tiến hành hoạt động nghiên cứu khoa học.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy không hợp tác cung cấp các số liệu, tài liệu cho hoạt động nghiên cứu khoa học phục vụ công tác quản lý và xây dựng chính sách y tế.	☐	☐
2	3. Có đầy đủ và bảo đảm hoạt động tốt các phương tiện, trang thiết bị phục vụ trình chiếu, báo cáo khoa học như hội trường/giảng đường; máy chiếu; máy tính, màn chiếu, loa, tăng âm, micro, kết nối mạng không dây (wifi)...	☒	☐
2	4. Có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 2 tháng.	☒	☐
2	5. Chủ trì hoặc phối hợp tham gia thực hiện ít nhất một nghiên cứu khoa học.	☒	☐
3	6. Có tiến hành sinh hoạt khoa học định kỳ ít nhất 1 lần trong 1 tháng.	☒	☐
3	7. Có buổi sinh hoạt hướng dẫn phương pháp nghiên cứu cho nhân viên y tế.	☒	☐
3	8. Có danh sách tổng hợp và chia nhóm các hoạt động nghiên cứu đã và đang thực hiện tại bệnh viện trong năm (chia theo cấp đề tài) bao gồm tối thiểu 4 nhóm: (1) nghiên cứu do bệnh viện chủ trì; (2) nghiên cứu phối hợp thực hiện; (3) tham gia cung cấp	☒	☐
3	9. Hợp tác và cung cấp thông tin, số liệu, tài liệu đầy đủ cho các cơ quan quản lý và các đơn vị được giao tiến hành nghiên cứu khoa học phục vụ cho việc xây dựng chiến lược, chính sách y tế (khi được yêu cầu).	☒	☐
3	10. Bác sỹ, điều dưỡng và các nhân viên y tế có tham gia các hoạt động nghiên cứu khoa học như xây dựng câu hỏi, thu thập số liệu,	☒	☐

	viết báo cáo, viết luận văn, luận án tốt nghiệp, viết bài báo khoa học...		
3	11. Trong năm bệnh viện chủ trì xây dựng và tự tiến hành ít nhất một nghiên cứu khoa học (như các đánh giá, nghiên cứu cải tiến chất lượng dịch vụ và chuyên môn bệnh viện), có báo cáo kết quả nghiên cứu và đã được hội đồng cấp bệnh viện hoặc cấp cao hơn n	☒	☐
4	12. Tập thể, cá nhân bệnh viện chủ trì/chủ nhiệm thực hiện ít nhất 03 công trình nghiên cứu khoa học được nghiệm thu.	☒	☐
4	13. Có ít nhất 01 công trình được nghiệm thu ở cấp Bộ, tỉnh/thành phố trở lên.	☒	☐
4	14. Bệnh viện có ít nhất 03 bài báo khoa học về các đề tài thực hiện tại bệnh viện, do nhân viên bệnh viện thực hiện đăng trên các tạp chí khoa học trong nước.	☒	☐
5	15. Có ít nhất 02 bài báo khoa học được đăng trên các tạp chí quốc tế có nhân viên của bệnh viện tham gia đồng tác giả.	☒	☐
5	16. Trong năm có ít nhất 01 bài báo khoa học đăng trên các tạp chí khoa học quốc tế, do nhân viên cơ hữu của bệnh viện đứng đầu trong số danh sách tên các tác giả.	☒	☐
5	17. Có công trình nghiên cứu do cá nhân/tập thể bệnh viện làm chủ nhiệm/chủ trì đạt các giải thưởng khoa học trong nước cấp quốc gia hoặc giải thưởng khoa học quốc tế.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: C10.2 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

C10.2 - Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động bệnh viện và các giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học (do bệnh viện thực hiện hoặc nghiên cứu trong nước, quốc tế) đã được công bố vào việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☐	☐
2	2. Có tiến hành thu thập, tìm kiếm và tổng hợp kết quả các nghiên cứu hoặc sáng kiến, thành công của đơn vị khác (trong và ngoài nước) phục vụ cho việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
2	3. Lập danh mục các kết quả nghiên cứu tiềm năng, khuyến nghị mang tính khả thi, có thể áp dụng tại bệnh viện để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
2	4. Có xây dựng kế hoạch và lộ trình triển khai áp dụng các kết quả nghiên cứu/sáng kiến để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
3	5. Có triển khai áp dụng ít nhất 03 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
4	6. Có triển khai áp dụng ít nhất 04 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
4	7. Có khảo sát, đánh giá hiệu quả việc áp dụng kết quả nghiên cứu vào thực tiễn, có so sánh trước – sau khi áp dụng.	☒	☐
5	8. Có triển khai áp dụng ít nhất 05 kết quả nghiên cứu vào thực tiễn để cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện.	☒	☐
5	9. Có ít nhất 01 sáng kiến hoặc giải pháp mới về cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh dựa trên nghiên cứu; được đăng ký bản quyền sở hữu trí tuệ.	☐	☐
5	10. Có báo cáo đánh giá hiệu quả việc áp dụng các sáng kiến hoặc	☐	☐

	giải pháp mới và khắc phục các nhược điểm (nếu có), liên tục cải tiến chất lượng dựa trên các bằng chứng khoa học.		
--	--	--	--

PHẦN D. HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)

D1. Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)

Kết quả tiêu chí:D1.1 Điểm BV: 1 - Đoàn KT: 0

D1.1 - Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa thành lập hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.	☐	☐
1	2. Chưa thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng.	☐	☐
2	3. Đã thành lập hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.	☒	☐
2	4. Đã thành lập đầy đủ mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện.	☒	☐
2	5. Đã xây dựng đề án thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng.	☒	☐
2	6. Đề án thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng có quy định rõ các vị trí việc làm quản lý chất lượng (hoặc xây dựng đề án vị trí việc làm riêng của phòng, hoặc lồng ghép trong đề án vị trí việc làm chung của bệnh viện).	☒	☐
2	7. Bệnh viện đa khoa hạng I và đặc biệt đã thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác đã thành lập tổ (hoặc phòng) quản lý chất lượng.	☐	☐
3	8. Đã xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.	☒	☐
3	9. Phòng (hoặc tổ quản lý chất lượng) có ít nhất 3 nhân viên làm việc.	☒	☐
3	10. Phòng (hoặc tổ quản lý chất lượng) có ít nhất một nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng (làm 100% thời gian, không kiêm nhiệm).	☒	☐
3	11. Đã tuyển được ít nhất 60% số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo kế hoạch và vị trí việc làm, trong đó vị trí trưởng phòng/tổ trưởng tuyển dụng được đúng đối tượng như trong kế hoạch.	☒	☐
3	12. Hội đồng quản lý chất lượng tổ chức các cuộc họp định kỳ theo đúng kế hoạch.	☐	☐
		☒	☐

3	13. Đã xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện.		
4	14. Có ít nhất 01 lãnh đạo phòng (trưởng, phó phòng hoặc tổ trưởng, tổ phó) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm chức danh lãnh đạo bệnh viện hoặc lãnh đạo các khoa/phòng khác.	☐	☐
4	15. Đã tuyển được ít nhất 80% số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án vị trí việc làm, trong đó vị trí trưởng phòng/tổ trưởng tuyển dụng được đúng đối tượng có các bằng cấp và chứng chỉ như trong đề án.	☐	☐
4	16. Có ít nhất 50% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).	☐	☐
4	17. Có ít nhất 20% nhân viên của mạng lưới quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).	☐	☐
5	18. Đã tuyển dụng đủ số lượng nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng theo đề án và đúng cơ cấu theo vị trí việc làm.	☐	☐
5	19. Có ít nhất 80% nhân viên của phòng/tổ quản lý chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).	☐	☐
5	20. Có ít nhất 50% nhân viên y tế của mạng lưới chất lượng tham gia các lớp đào tạo về quản lý chất lượng* và có chứng chỉ (hoặc chứng nhận).	☐	☐
5	21. Trưởng phòng (hoặc tổ trưởng) quản lý chất lượng là nhân viên chuyên trách, không kiêm nhiệm các chức danh lãnh đạo khác.	☐	☐

D1.2 - Xây dựng và triển khai kế hoạch, đề án cải tiến chất lượng bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Chưa xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện.	☐	☐
2	2. Đã xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện cho năm hiện tại (hoặc giai đoạn từ 1 đến 3 năm tiếp theo).	☒	☐
2	3. Trong kế hoạch cải tiến chất lượng có đưa ra các mục tiêu chất lượng và kết quả đầu ra cụ thể, có thể lượng giá được.	☒	☐
3	4. Hội đồng quản lý chất lượng xây dựng bảng kiểm hướng dẫn cụ thể việc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và đánh giá các việc đã hoàn thành.	☐	☐
3	5. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung có ghi rõ tên kế hoạch, nội dung hoạt động, kết quả đầu ra, thời gian, địa điểm, người chịu trách nhiệm chính, kinh phí và các nguồn lực khác để thực hiện.	☒	☐
3	6. Trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện có xác định số lượng các đề án cải tiến chất lượng theo từng mục tiêu, nguồn kinh phí dự kiến và địa chỉ khoa/phòng đầu mối thực hiện.	☒	☐
3	7. Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các khoa/phòng triển khai cải tiến chất lượng theo như kế hoạch.	☒	☐
3	8. Hội đồng quản lý chất lượng hướng dẫn các thành viên của mạng lưới xây dựng các đề án cải tiến chất lượng chi tiết cho từng khoa/phòng.	☐	☐
3	9. Xây dựng và triển khai được ít nhất 03 đề án cải tiến chất lượng (trên quy mô khoa/phòng hoặc toàn bệnh viện).	☐	☐
4	10. Bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện được triển khai đầy đủ các mục theo như bảng kiểm đánh giá.	☐	☐
4	11. Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 50% tổng số khoa/phòng trở lên.	☐	☐

4	12. Mỗi đề án cải tiến chất lượng có đưa ra ít nhất 1 mục tiêu và 1 kết quả đầu ra cụ thể, phù hợp với kế hoạch cải tiến chất lượng chung của bệnh viện.	☐	☐
4	13. Các khoa/phòng triển khai các đề án cải tiến chất lượng của từng khoa/phòng theo lộ trình trong đề án.	☐	☐
5	14. Tỷ lệ các khoa/phòng xây dựng đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng chiếm từ 90% tổng số khoa/phòng trở lên.	☐	☐
5	15. Tiến hành khảo sát, đánh giá các mục tiêu của kế hoạch cải tiến chất lượng chung bệnh viện và đo lường các kết quả đầu ra cụ thể.	☐	☐
5	16. Hoàn thành và đạt được trên 90% các mục tiêu đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.	☐	☐
5	17. Tiến hành đánh giá và công bố kết quả thực hiện các đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng.	☐	☐
5	18. Đánh giá, phân loại thi đua, khen thưởng các khoa/phòng dựa trên việc hoàn thành các đề án cải tiến chất lượng riêng của từng khoa/phòng.	☐	☐
5	19. Xác định nguyên nhân và giải pháp khắc phục các đề án cải tiến chất lượng chưa hoàn thành và xây dựng phương án, triển khai thực hiện đầy đủ các đề án cải tiến chất lượng đã xây dựng.	☐	☐
5	20. Đề xuất và áp dụng các sáng kiến, giải pháp cải tiến chất lượng; có đánh giá tác động, so sánh trước-sau và có bằng chứng cải tiến chất lượng cụ thể sau khi áp dụng các sáng kiến, giải pháp.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: D1.3 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

D1.3 - Xây dựng văn hóa chất lượng

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Báo chí và cơ quan truyền thông khác phản ánh về tai biến/sự cố y khoa hoặc vi phạm y đức nghiêm trọng, gây ảnh hưởng đến hình ảnh của bệnh viện và ngành y (sau khi xác minh là đúng).	☐	☐
1	2. Báo chí và các cơ quan truyền thông có phản ánh về các biểu hiện mất đoàn kết, dân chủ của bệnh viện (sau khi xác minh là đúng).	☐	☐
1	3. Trong năm có xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của bệnh viện, gây ảnh hưởng lớn trên phạm vi toàn quốc đến hình ảnh và uy tín của ngành y tế.	☐	☐
1	4. Bệnh viện tự quảng cáo/gắn sao không đúng với năng lực chuyên môn thực tế; hoặc quảng cáo/gắn sao cho các phạm trù/lĩnh vực khác ngoài chuyên môn có thể gây hiểu nhầm với chất lượng chuyên môn.	☐	☐
2	5. Không xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng hoặc các vụ việc ngoài chuyên môn trong cung ứng dịch vụ của bệnh viện (có thể có sự cố y khoa hoặc sự cố ngoài chuyên môn nhưng chưa gây ảnh hưởng đến uy tín và hình ảnh của n	☒	☐
2	6. Có biểu trưng (lô-gô) mang ý nghĩa và đặc trưng của bệnh viện.	☒	☐
3	7. Xây dựng khẩu hiệu (slogan) mang ý nghĩa và đặc trưng của bệnh viện.	☐	☐
3	8. Có trang thông tin điện tử của bệnh viện; thông tin cập nhật thường xuyên ít nhất 1 tuần 1 lần.	☒	☐
3	9. Trang thông tin điện tử của bệnh viện cung cấp các thông tin chung về bệnh viện: lịch sử hình thành và phát triển; thành tích; sơ đồ tổ chức; bộ máy nhân sự, lãnh đạo; biểu trưng, khẩu hiệu, lịch làm việc, giá dịch vụ y	☒	☐
4	10. Xây dựng bộ nhận diện thương hiệu và quy định sử dụng bộ nhận diện thương hiệu.	☐	☐

4	11. Áp dụng bộ nhận diện thương hiệu trên toàn bộ các hoạt động chính thức của bệnh viện.	☐	☐
4	12. Công bố bộ nhận diện thương hiệu và sử dụng thống nhất trên phạm vi toàn bệnh viện.	☐	☐
4	13. Có hình thức khuyến khích các khoa/phòng xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng cụ thể của riêng từng khoa/phòng để nhân viên cùng phấn đấu và hướng tới các mục tiêu chất lượng.	☐	☐
4	14. Có ít nhất 30% khoa/phòng đã xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng.	☐	☐
4	15. Có ít nhất 10% các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng của khoa/phòng mang ý nghĩa đặc trưng cho tính chất công việc của khoa/phòng đó.	☐	☐
4	16. Có hình thức khuyến khích, thúc đẩy nhân viên y tế cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	17. Có đoạn phim ngắn trong vòng 5-10 phút giới thiệu về bệnh viện, có lời bình bằng tiếng Việt, phụ đề tiếng Anh (hoặc ngược lại).	☐	☐
5	18. Có ít nhất 70% khoa/phòng đã xây dựng các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng.	☐	☐
5	19. Có ít nhất 50% các khẩu hiệu, mục tiêu chất lượng của khoa/phòng mang ý nghĩa đặc trưng cho tính chất công việc của khoa/phòng đó.	☐	☐
5	20. Từng bước xây dựng “văn hóa chất lượng” thông qua các hình thức khuyến khích, thúc đẩy toàn bộ nhân viên y tế hướng tới các mục tiêu chất lượng của bệnh viện và của từng khoa/phòng.	☐	☐
5	21. Người bệnh có ý kiến tích cực về phong cách và chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh (dựa trên các kênh phản hồi thông tin của người bệnh).	☐	☐
5	22. Là mô hình kiểu mẫu hoặc tấm gương, “điểm sáng” về cải tiến chất lượng cho các bệnh viện khác học tập.	☐	☐

D2. Phòng ngừa các sự cố khắc phục (5)

Kết quả tiêu chí: D2.1 Điểm BV: 2 - Đoàn KT: 0

D2.1 - Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có trường hợp người bệnh gặp diễn biến xấu nhưng không gọi được nhân viên y tế, gây hậu quả nghiêm trọng (tử vong hoặc tổn thương không hồi phục).	☐	☐
2	2. Có biển báo, hướng dẫn người bệnh cách gọi nhân viên y tế trong trường hợp khẩn cấp tại các vị trí dễ quan sát.	☒	☐
2	3. Có chuông (hoặc hình thức khác) để liên hệ hoặc báo gọi nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng trong trường hợp cần thiết.	☒	☐
3	4. Giường chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi.	☐	☐
3	5. Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh cấp cứu và các giường có người bệnh chăm sóc cấp I.	☐	☐
4	6. Có hệ thống ô-xy trung tâm cho phòng cấp cứu của khoa.	☒	☐
4	7. Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy truyền dịch... tại giường cấp cứu có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.	☒	☐
4	8. Có cán bộ y tế trực theo dõi camera hoặc theo dõi trực tiếp buồng bệnh 24/24 giờ đối với các buồng bệnh cấp cứu, điều trị tích cực.	☐	☐
4	9. Định kỳ ít nhất 6 tháng 1 lần tiến hành rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố, trong đó có phát	☐	☐
5	10. Các máy thở, máy theo dõi liên tục cho người bệnh, máy truyền dịch... tại các giường bệnh đều có cảnh báo tự động nếu gặp tình huống nguy hiểm.	☐	☐
5	11. Có hệ thống ô-xy trung tâm cho toàn bộ giường bệnh của bệnh viện.	☐	☐

5	12. Có hệ thống chuông hoặc đèn báo đầu giường tại toàn bộ các giường bệnh.	☐	☐
5	13. Bên trong toàn bộ các buồng vệ sinh có chuông báo gọi trợ giúp trong trường hợp cần thiết (tỷ lệ 100% các buồng vệ sinh có chuông báo gọi).	☐	☐
5	14. Có camera theo dõi người bệnh theo yêu cầu của người nhà người bệnh.	☐	☐
5	15. Tiến hành cải tiến chất lượng, phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với người bệnh dựa trên kết quả đánh giá theo bảng kiểm.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: D2.2 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

D2.2 - Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa (bằng sổ sách hoặc phần mềm máy tính).	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy bệnh viện có sự cố y khoa đã xảy ra trong năm nhưng không được hệ thống báo cáo sự cố y khoa ghi nhận.	☐	☐
2	3. Có hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của toàn bệnh viện.	☒	☐
2	4. Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi nhận các sự cố xảy ra.	☒	☐
2	5. Toàn bộ các sự cố y khoa xảy ra trong năm được hệ thống báo cáo sự cố y khoa chung của bệnh viện ghi nhận đầy đủ, không bỏ sót các sự cố.	☒	☐
3	6. Bệnh viện có quy định về việc quản lý sự cố y khoa.	☒	☐
3	7. 100% các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và các khoa/phòng triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa theo quy định của bệnh viện.	☒	☐
3	8. Hệ thống báo cáo sự cố y khoa có ghi đầy đủ, trung thực các thông tin, thời gian, diễn biến sự cố xảy ra; cung cấp được đủ thông tin cho việc phân tích sự cố để rút kinh nghiệm.	☒	☐
3	9. Triển khai thực hiện phiếu báo cáo sự cố y khoa tự nguyện (hoặc hình thức báo cáo tự nguyện khác) cho nhân viên y tế.	☒	☐
3	10. Nhân viên có báo cáo sự cố y khoa đầy đủ theo phiếu báo cáo khi xảy ra sự cố y khoa (hoặc theo các hình thức báo cáo tự nguyện khác của bệnh viện).	☒	☐
3	11. Có điều tra, phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ và đề xuất giải pháp cải tiến tránh lặp lại các sự cố y khoa đã xảy ra.	☒	☐
4	12. Có phân tích sự cố y khoa theo định kỳ ít nhất 1 lần trong 6 tháng và phản hồi cho cá nhân và tập thể liên quan.	☐	☐
4	13. Có hình thức động viên, khuyến khích cho người tự giác, tự nguyện báo cáo sự cố y khoa.	☐	☐
4	14. Có tổng hợp, phân tích số liệu về sự cố y khoa xảy ra tại bệnh viện định kỳ hằng năm và gửi báo cáo tới các khoa/phòng.	☐	☐

4	15. Có xây dựng các giải pháp khắc phục sự cố y khoa đã được báo cáo.	☐	☐
4	16. Có tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về sự cố y khoa tại bệnh viện, trong đó xác định những việc đã làm, chưa làm được, hoặc chưa đạt yêu cầu và các mặt hạn chế cần khắc phục.	☐	☐
5	17. Áp dụng công nghệ thông tin để xây dựng hệ thống ghi nhận và quản lý các sự cố y khoa bằng phần mềm điện tử.	☐	☐
5	18. Phần mềm công nghệ thông tin tự động phân tích và chiết xuất kết quả dưới dạng hình vẽ, biểu đồ... các sự cố y khoa đã xảy ra theo địa điểm, thời gian, tần suất... xảy ra.	☐	☐
5	19. Các sự cố y khoa xảy ra được xem xét và tìm ra nguyên nhân gốc dựa vào các phương pháp, mô hình phân tích nguyên nhân gốc rễ.	☐	☐
5	20. Tiến hành cải tiến chất lượng hệ thống báo cáo sự cố y khoa, đặc biệt hệ thống báo cáo sự cố tự nguyện và các phiếu báo cáo sự cố.	☐	☐
5	21. Xây dựng “văn hóa tự giác” báo cáo sự cố y khoa: không có nhân viên y tế che giấu các sự cố y khoa đã xảy ra và sự cố “gần như sắp xảy ra” (near miss).	☐	☐

D2.3 - Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện chưa triển khai các biện pháp phòng ngừa các sự cố y khoa.	☐	☐
2	2. *Có các bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật trong phòng mổ và phòng làm thủ thuật hướng dẫn kiểm tra, rà soát quá trình làm thủ thuật, chống thực hiện phẫu thuật/thủ thuật sai vị trí, sai người bệnh, sai thuốc, sai đường/kỹ thuật thực hiện	☒	☐
2	3. Có quy tắc, quy chế kiểm tra lại thuốc và dịch truyền trước khi đưa thuốc hoặc tiêm, truyền cho người bệnh.	☒	☐
2	4. Có bản danh sách thống kê các sự cố y khoa thường xảy ra và các quy trình kỹ thuật có liên quan thường xảy ra các sự cố y khoa.	☒	☐
3	5. *Triển khai áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng mổ cho ít nhất 50% số ca phẫu thuật trở lên.	☒	☐
3	6. Có xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 5 quy trình kỹ thuật (ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện).	☐	☐
3	7. Có kiểm tra (định kỳ thường xuyên hoặc đột xuất) việc tuân thủ quy trình kỹ thuật theo các bảng kiểm đã xây dựng, có biên bản kiểm tra lưu trữ.	☐	☐
3	8. Có ghi lại và có báo cáo các hành vi đã xảy ra trên thực tế, có thể gây ra hậu quả nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời (là các sự cố “gần như sắp xảy ra”).	☐	☐
4	9. Có xây dựng bảng kiểm đánh giá tình hình thực tế áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật tại phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật.	☐	☐
4	10. Có tiến hành giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật theo hình thức kiểm tra ngẫu nhiên, không báo trước tại các phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật (phòng quản lý chất lượng làm đầu mỗi giám s	☐	☐
4	11. *Có báo cáo giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu	☐	☐

	thuật, thủ thuật, trong đó có phân tích số liệu, biểu đồ, tính toán tỷ lệ tuân thủ áp dụng bảng kiểm chia theo kíp mổ (hoặc kíp làm thủ thuật); chia theo kh		
4	12. Xây dựng bảng kiểm đánh giá việc tuân thủ cho ít nhất 10 quy trình kỹ thuật (ưu tiên các quy trình được thực hiện thường xuyên tại bệnh viện).	☐	☐
4	13. Các sự cố “gần như sắp xảy ra” được thu thập, tổng hợp và rút kinh nghiệm trên toàn bệnh viện.	☐	☐
4	14. Có báo cáo đánh giá hoặc nghiên cứu về sự cố và phân tích xu hướng, nguyên nhân và đề xuất giải pháp hạn chế sự cố y khoa.	☐	☐
5	15. Báo cáo đánh giá, nghiên cứu về sự cố y khoa có tỷ lệ sự cố y khoa cụ thể tại một số lĩnh vực, khoa/phòng và đề xuất giải pháp cải tiến chất lượng.	☐	☐
5	16. Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá vào việc triển khai các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa.	☐	☐
5	17. Có bản tin an toàn y tế định kỳ, ít nhất 2 lần trong 1 năm; trong bản tin có thông tin sự cố y khoa, các hướng dẫn, giải pháp phòng ngừa...	☐	☐
5	18. Khắc phục đầy đủ, không để lặp lại các sự cố y khoa do “lỗi hệ thống” đã được phát hiện.	☐	☐
5	19. Triển khai các giải pháp cải tiến chất lượng, hạn chế không lặp lại các sự cố y khoa tương tự.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: D2.4 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

D2.4 - Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Phát hiện bệnh viện có nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ, gây hậu quả nghiêm trọng đối với người bệnh về mặt thể chất hoặc tinh thần, ví dụ đưa nhầm con sau khi sinh, có di chứng, tổn thương không khắc phục được do phẫu thuật như ph	☐	☐
2	2. Có xây dựng quy định/quy trình về xác nhận và khẳng định đúng người bệnh, đúng loại dịch vụ sẽ cung cấp cho người bệnh trước khi tiến hành các dịch vụ chẩn đoán, điều trị, phẫu thuật, thủ thuật...	☒	☐
2	3. Có bảng tóm tắt các bước cần khẳng định chính xác người bệnh và đặt tại các vị trí dễ thấy để nhắc nhở người cung cấp dịch vụ.	☒	☐
2	4. Có xây dựng quy định về việc xác nhận bàn giao đúng người bệnh giữa các nhân viên y tế.	☒	☐
2	5. Phổ biến cho nhân viên y tế các quy định/quy trình về xác nhận đúng người bệnh và dịch vụ cung cấp.	☒	☐
2	6. Có danh sách những người bệnh bị cung cấp nhầm dịch vụ đã xảy ra trong năm.	☒	☐
3	7. Người cung cấp dịch vụ bảo đảm thực hiện đầy đủ các bước để khẳng định chính xác người bệnh.	☒	☐
3	8. Có xây dựng các bảng kiểm để thực hiện kiểm tra, đối chiếu người bệnh và dịch vụ cung cấp.	☒	☐
3	9. Áp dụng bảng kiểm thực hiện tra, chiếu để xác nhận và khẳng định lại tên, năm sinh, đặc điểm bệnh tật... của người bệnh trước khi cung cấp dịch vụ (trong trường hợp người bệnh không thể trả lời cần xác nhận thông qua người nhà người bệnh).	☒	☐
3	10. Áp dụng các hình thức thủ công (hoặc công nghệ thông tin) như ghi tên, ghi số, phát số... cho người bệnh và các mẫu bệnh phẩm, dụng cụ, thuốc, vật tư... có liên quan đến người bệnh để tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ.	☒	☐
3	11. Thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm bảo đảm có ít nhất các thông	☒	☐

	tin cơ bản như họ và tên, năm sinh, giới của người bệnh.		
4	12. Tất cả người bệnh được cung cấp mã số/mã vạch duy nhất trong quá trình khám và điều trị tại bệnh viện để bảo đảm không nhầm lẫn người bệnh khi cung cấp dịch vụ.	☒	☐
4	13. Áp dụng giải pháp công nghệ thông tin, các trang thiết bị điện tử và mã số/mã vạch để xác nhận tên và dịch vụ cung cấp cho người bệnh.	☒	☐
4	14. Không có trường hợp nhầm lẫn người bệnh trong xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, phát thuốc cho người bệnh.	☒	☐
5	15. Trong năm không có nhầm lẫn khi cung cấp tất cả các dịch vụ cho người bệnh.	☐	☐
5	16. Tiến hành rà soát, đánh giá theo định kỳ (ít nhất 1 lần trong năm) việc triển khai thực hiện các biện pháp phòng chống nhầm lẫn người bệnh đang triển khai.	☐	☐
5	17. Có báo cáo, đánh giá trong đó có xác định các yếu tố, hành vi, kỹ thuật... có nguy cơ gây nhầm lẫn và đề xuất giải pháp khắc phục.	☐	☐
5	18. Tiến hành cải tiến chất lượng, chống nhầm lẫn người bệnh dựa trên kết quả rà soát, đánh giá.	☐	☐

D2.5 - Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Có vụ việc người bệnh, nhân viên y tế bị trượt ngã, tai nạn trong khuôn viên bệnh viện, gây hậu quả cần điều trị và chăm sóc y khoa nhưng không được hệ thống báo cáo sự cố y khoa ghi nhận.	☐	☐
1	2. Có vụ việc người bệnh, nhân viên y tế, người đến thăm bị trượt ngã, tai nạn dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như chấn thương sọ não, gãy chân tay... trong khuôn viên bệnh viện.	☐	☐
1	3. Có vụ việc người bệnh, trẻ em bị rơi khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển người bệnh trong khuôn viên bệnh viện.	☐	☐
2	4. Có bản danh sách thống kê những người bị trượt ngã (kể cả tử tử) tại bệnh viện trong năm, phân theo các mức độ hậu quả như tử vong; gãy chân, tay; chấn thương sọ não; chấn thương phủ tạng; chảy máu...	☒	☐
2	5. Không có vụ việc người bệnh bị rơi ra khỏi xe hoặc cáng trong quá trình vận chuyển trong khuôn viên bệnh viện.	☒	☐
2	6. Có tiến hành rà soát tổng thể ít nhất 1 lần trong 1 năm và lập danh sách các vị trí có nguy cơ trượt ngã do thiết kế, do cơ sở hạ tầng không đồng bộ hoặc xuống cấp hoặc do lý do bất kỳ khác dẫn tới nguy cơ trượt ngã.	☒	☐
2	7. Có cảnh báo nguy hiểm tại tất cả các vị trí có nguy cơ trượt ngã như sàn trơn, nhà vệ sinh, cầu thang, vị trí không bằng phẳng...	☒	☐
2	8. Các vị trí có nguy cơ trượt, vấp, ngã do cơ sở hạ tầng không đồng bộ, do thiết kế xây dựng hoặc xuống cấp được ưu tiên xử lý.	☒	☐
3	9. Chiều cao của lan can và chấn song cửa sổ được thiết kế đủ cao, bảo đảm từ 1m40 trở lên để không có người bị ngã xuống do vô ý (chấp nhận các khối nhà cũ xây trước 2016 có lan cao cao từ 1m35 trở lên).	☒	☐
3	10. Lan can và chấn song cửa sổ được thiết kế đủ hẹp không có lỗ hổng đủ lọt quả cầu đường kính từ 10 cm trở lên để phòng chống trẻ em chui lọt qua.	☒	☐
3	11. Giường bệnh cho người bệnh có nguy cơ trượt ngã cao (trẻ em,	☒	☐

	người cao tuổi, người bị tổn thương thần kinh...) có thanh chắn phòng người bệnh trượt ngã.		
4	12. Không có người bệnh bị rơi từ các bàn phẫu thuật, thủ thuật.	☒	☐
4	13. Không có vụ việc người bệnh bị trượt ngã, gặp hậu quả nghiêm trọng.	☒	☐
4	14. Rà soát và đánh giá toàn bộ các trường hợp bị trượt ngã theo danh sách đã thống kê, trong đó có phân tích các nguyên nhân bị trượt ngã và đề xuất các giải pháp hạn chế trượt ngã.	☒	☐
4	15. Các giường bệnh được bệnh viện mua mới từ 2016 có thiết kế an toàn, có thanh giường hoặc thanh chắn hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã.	☒	☐
5	16. Có dán các vật liệu tăng ma sát tại các vị trí có nguy cơ trượt ngã như cầu thang, lối đi dốc...	☒	☐
5	17. Tại các vị trí chuyển tiếp không bằng phẳng của sàn nhà có dán các vật liệu thay đổi màu sắc để dễ nhận biết, tránh vấp, ngã (hoặc sử dụng vật liệu xây dựng cố định có màu sắc khác nhau) hoặc bổ sung tay vịn.	☐	☐
5	18. Có giải pháp phòng chống tự tử tại các vị trí đã có người tự tử hoặc vị trí có nguy cơ cao (lắp lưới an toàn bảo vệ khi rơi, camera quan sát...).	☐	☐
5	19. Toàn bộ các giường bệnh được thiết kế an toàn, có thanh giường hoặc thanh chắn hạn chế nguy cơ bị rơi, ngã và được nhân viên y tế hướng dẫn cho các đối tượng có nguy cơ sử dụng thường xuyên.	☐	☐
5	20. Triển khai thực hiện các giải pháp khắc phục toàn bộ những nguyên nhân dẫn đến các trường hợp trượt ngã đã xảy ra trong danh sách thống kê.	☐	☐
5	21. Không có người bệnh bị trượt ngã vì lý do cơ sở hạ tầng.	☐	☐

D3. Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)

Kết quả tiêu chí: D3.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

D3.1 - Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Bệnh viện không tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện theo hướng dẫn của Bộ Y tế, hoặc không có “Báo cáo kiểm tra, đánh giá bệnh viện hàng năm”.	☐	☐
2	2. Tổ chức tự tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện theo các tiêu chí và gửi/nộp “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” cho cơ quan quản lý đầy đủ theo quy định.	☒	☐
2	3. *Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 10%.	☒	☐
3	4. Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm vào thời điểm giữa năm; có quyết định, biên bản kiểm tra, trong đó có chỉ ra những vấn đề cần ưu tiên khắc phục, cải tiến.	☒	☐
3	5. Có bảng thống kê các tiêu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu. và lý do chưa đạt.	☒	☐
3	6. Công bố và phổ biến kết quả “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” cho các khoa/phòng, nhân viên y tế.	☒	☐
3	7. Công bố công khai tóm tắt kết quả đánh giá chất lượng bệnh viện cho người bệnh và người nhà người bệnh được biết tại các bảng tin/góc truyền thông... của bệnh viện.	☒	☐
3	8. Trong báo cáo có phân tích rõ mặt mạnh, mặt yếu, khó khăn về chất lượng bệnh viện, những tồn tại và biện pháp khắc phục.	☒	☐
3	9. *Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 7%.	☒	☐
4	10. Có bảng thống kê các tiêu mục theo từng tiêu chí trong “Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện” chưa đạt yêu cầu, lý do chưa đạt, trách nhiệm của khoa/phòng và nội dung cần cải tiến.	☐	☐

4	11. Có tổ chức đánh giá chất lượng bệnh viện thường xuyên hàng tháng (hoặc hàng quý) và rà soát những nội dung cần cải tiến chất lượng nhưng chưa thực hiện được hoặc chưa đúng tiến độ.	☐	☐
4	12. Tự tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện và công bố công khai “Báo cáo đánh giá chất lượng bệnh viện” trên trang thông tin điện tử.	☐	☐
4	13. Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 5%.	☐	☐
5	14. Có bản danh sách theo dõi thường xuyên hàng tháng kết quả đánh giá chất lượng với việc cải tiến chất lượng đã thực hiện.	☐	☐
5	15. Báo cáo tự đánh giá chất lượng bệnh viện cuối năm có đầy đủ thông tin các khía cạnh chất lượng bệnh viện và bảo đảm chất lượng số liệu.	☐	☐
5	16. Tỷ lệ các tiêu chí có điểm do bệnh viện tự đánh giá cao hơn điểm của đoàn bên ngoài đánh giá (cơ quan quản lý hoặc tổ chức độc lập) dưới 2,5%.	☐	☐

D3.2 - Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không tiến hành tự đánh giá chất lượng nội bộ bệnh viện.	☐	☐
1	2. Không xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng theo Bộ tiêu chí của Bộ Y tế.	☐	☐
2	3. Có bản kế hoạch cải tiến chất lượng, trong đó có đề cập đến nội dung đo lường và giám sát chất lượng.	☒	☐
3	4. Trong kế hoạch cải tiến chất lượng có xây dựng ít nhất 5 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng chuyên môn, chất lượng dịch vụ.	☒	☐
3	5. Có trên 50% khoa/phòng xây dựng được ít nhất 1 chỉ số chất lượng cụ thể nhằm đánh giá và theo dõi chất lượng hoạt động của khoa/phòng đó.	☐	☐
3	6. Có bản tổng hợp danh sách các chỉ số chất lượng (chung của bệnh viện và các khoa/phòng) được theo dõi, giám sát.	☐	☐
3	7. Xây dựng các phương pháp và thu thập số liệu cần thiết để phục vụ cho việc đo lường, giám sát các chỉ số chất lượng trong danh sách.	☐	☐
4	8. Tiến hành đo lường và có số liệu kết quả thực hiện các chỉ số chất lượng đã nêu trong danh sách.	☐	☐
4	9. Hoàn thành đạt được ít nhất 60% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.	☐	☐
4	10. Công bố, phổ biến kết quả đo lường các chỉ số trong danh sách cho nhân viên y tế bằng các hình thức khác nhau (báo cáo, thông báo, gửi thư điện tử...)	☐	☐
5	11. Theo dõi kết quả đo lường các chỉ số chất lượng bằng vẽ biểu đồ (theo các mốc thời gian).	☐	☐
5	12. Tự đặt các mục tiêu cần đạt được cho các chỉ số chất lượng trong danh sách.	☐	☐
5	13. Bản danh sách các chỉ số chất lượng có các cột số liệu như kết quả thực hiện, chỉ tiêu phấn đấu, có đạt hoặc không đạt chỉ tiêu...	☐	☐
5	14. Tiến hành cải tiến chất lượng, ưu tiên các chỉ số chất lượng	☐	☐

	chưa đạt và tiếp tục duy trì, cải tiến chất lượng các chỉ số đã đạt chỉ tiêu đề ra.		
5	15. Hoàn thành đạt được trên 90% các chỉ số chất lượng đã nêu trong bản kế hoạch cải tiến chất lượng chung toàn bệnh viện.	☐	☐

D3.3 - Hợp tác với cơ quan quản lý trong việc xây dựng công cụ, triển khai, báo cáo hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không phản hồi thông tin hoặc không gửi báo cáo* liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện cho Bộ Y tế hoặc các cơ quan quản lý trực tiếp theo như yêu cầu trong các văn bản chính thức.	☐	☐
2	2. Có gửi công văn, báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng.	☒	☐
3	3. Phòng/tổ quản lý chất lượng có lưu trữ các công văn đến, đi, báo cáo phản hồi liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng cho Bộ Y tế, Sở Y tế trong năm.	☒	☐
3	4. Gửi đầy đủ số lượng các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng theo yêu cầu của cơ quan quản lý trong năm.	☒	☐
3	5. Các báo cáo liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng đầy đủ thông tin và làm theo đúng hướng dẫn.	☒	☐
3	6. Báo cáo bảo đảm chất lượng số liệu và các thông tin trung thực, chính xác.	☒	☐
4	7. Đáp ứng gửi các thông tin, đánh giá, báo cáo, góp ý, hình ảnh... liên quan đến quản lý chất lượng theo đúng thời hạn quy định trong công văn.	☒	☐
4	8. Báo cáo có những thông tin giá trị, có độ tin cậy cao.	☒	☐
4	9. Có nhân viên y tế tích cực tham gia và có đóng góp cụ thể vào việc xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn, tiêu chí quản lý chất lượng của Bộ Y tế (cung cấp các bằng chứng cụ thể minh họa các đóng góp).	☒	☐
5	10. Bệnh viện được mời và có bài trình bày chia sẻ kinh nghiệm cải tiến chất lượng tại diễn đàn hoặc hội nghị về quản lý chất lượng khám, chữa bệnh trong năm (cấp quốc gia như Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh hoă	☐	☐
5	11. Chủ động xây dựng các công cụ, tài liệu, hướng dẫn, phần mềm... về quản lý chất lượng và báo cáo, chia sẻ với Bộ Y tế để	☐	☐

	tiếp tục chia sẻ rộng rãi cho các bệnh viện khác trên phạm vi toàn quốc.		
--	--	--	--

PHẦN E. TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA

E1. Tiêu chí sản khoa, nhi khoa (áp dụng cho bệnh viện đa khoa có khoa Sản, Nhi và bệnh viện chuyên khoa Sản, Nhi) (4)

Kết quả tiêu chí:E1.1 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

E1.1 - Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bác sỹ chuyên khoa sản, kể cả chuyên khoa sơ bộ/định hướng.	☐	☐
1	2. Không có hộ sinh trung cấp trở lên.	☐	☐
2	3. Có bác sỹ chuyên khoa sản (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn).	☒	☐
2	4. Có hộ sinh trung cấp trở lên.	☒	☐
2	5. Có phòng khám phụ khoa riêng với đầy đủ các trang thiết bị cơ bản (theo quy định của Bộ Y tế), có bục lên xuống bàn khám.	☒	☐
2	6. Có phòng thủ thuật riêng biệt.	☒	☐
3	7. Có bác sỹ chuyên khoa sản cấp I (hoặc thạc sỹ về chuyên khoa sản) trở lên.	☒	☐
3	8. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☒	☐
3	9. Có triển khai thực hiện kỹ thuật mổ đẻ (mổ lấy thai) mang tính thường quy.	☒	☐
3	10. Có góc sơ sinh trong phòng đẻ (hoặc có đơn nguyên sơ sinh riêng biệt và cao hơn).	☒	☐
4	11. Có đơn nguyên/khoa sơ sinh riêng biệt trong bệnh viện, đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế.	☒	☐
4	12. Có bác sỹ chuyên khoa sản cấp II (hoặc tiến sỹ về chuyên khoa sản) trở lên.	☒	☐
4	13. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40%	☒	☐

	tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.		
5	14. Tỷ lệ hộ sinh có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số hộ sinh của khoa sản (hoặc của tổng các khoa sản trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☐	☐
5	15. Tỷ lệ bác sỹ sản khoa tham gia đầy đủ đào tạo liên tục trong năm chiếm từ 70% trở lên (trong số các bác sỹ sản khoa).	☐	☐
5	16. Trưởng hoặc phó khoa sản (hoặc có ít nhất 1 người trong ban giám đốc đối với bệnh viện chuyên khoa sản) có trình độ chuyên khoa II hoặc tiến sỹ về sản khoa.	☐	☐
5	17. Có khoa/trung tâm chuyên sâu về phụ sản (trung tâm sản bệnh, trung tâm hỗ trợ sinh sản...).	☐	☐

Kết quả tiêu chí: E1.2 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

E1.2 - Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có tranh ảnh, tờ rơi, băng hình... tuyên truyền liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em.	☐	☐
2	2. Có tranh ảnh, tờ rơi tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại phòng khám và các khoa sản; đặt ở vị trí dễ quan sát cho người bệnh và người nhà người bệnh.	☒	☐
3	3. Có thực hiện tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ cho phụ nữ mang thai.	☒	☐
3	4. Có bảng thông tin* và truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh đặt tại phòng khám, chỗ dễ quan sát cho người bệnh và người thăm/nuôi người bệnh.	☒	☐
4	5. Có hộp phát tờ rơi miễn phí truyền thông về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh...	☒	☐
4	6. Có nhân viên tư vấn kiêm nhiệm/chuyên trách về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh, trình độ từ cao đẳng/cử nhân điều dưỡng trở lên hoặc bác sỹ.	☒	☐
4	7. Có phòng tư vấn về sức khỏe sinh sản và chăm sóc trước sinh, sau sinh.	☐	☐
4	8. Có tài liệu cho các lớp học tiền và hậu sản cung cấp cho các đối tượng phụ nữ, người nhà người bệnh (trong đó có nội dung hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ).	☒	☐
4	9. Có tổ chức lớp học tiền sản định kỳ cho phụ nữ mang thai, bà mẹ cho con bú và các đối tượng khác mỗi tháng ít nhất 1 lần; nội dung về theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, thai nhi và sơ sinh; chế độ dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung hợp l	☐	☐
5	10. Khu vực khoa/phòng khám bệnh, phòng chờ có ti-vi màn hình từ 40 inch trở lên, thường xuyên phát các băng hình về sức khỏe sinh sản, chăm sóc trước sinh; trong và ngay sau sinh; sau sinh.	☐	☐
5	11. Có cập nhật, bổ sung tài liệu cho các lớp học tiền sản định kỳ	☐	☐

	cho các đối tượng phụ nữ, người nhà người bệnh và phát cho học viên.		
5	12. Các lớp học tiền sản được tổ chức theo lịch cố định ít nhất 1 lần trong tuần và công bố công khai cho người dân được biết.	☐	☐
5	13. Có tiến hành đánh giá kiến thức của các đối tượng học viên sau khi tập huấn.	☐	☐
5	14. Tiến hành cải tiến chất lượng các lớp dựa trên kết quả đánh giá.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: E1.3 Điểm BV: 4 - Đoàn KT: 0

E1.3 - Bệnh viện tuyên truyền, tập huấn và thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của Bộ Y tế và UNICEF

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không triển khai các hướng dẫn NCBSM theo quy định của Bộ Y tế.	☐	☐
1	2. Phát hiện thấy có tranh, ảnh, tờ rơi, nhân viên tiếp thị, tài trợ hội nghị, hội thảo hoặc hình thức khác quảng cáo sữa công thức cho trẻ dưới 24 tháng tuổi trong khuôn viên hoặc hàng rào bệnh viện.	☐	☐
1	3. Trong năm bị phát hiện vi phạm các quy định của Nghị định 100/2014/NĐ-CP ngày 06/11/2014 hoặc Thông tư số 38/2016/TT-BYT ngày 31/10/2016 (bị xử phạt hoặc nêu trên các phương tiện thông tin đại chúng).	☐	☐
2	4. Có bản quy định về việc thực hiện 10 điều kiện nuôi con bằng sữa mẹ, được viết bằng ngôn ngữ thông dụng, dễ hiểu, sẵn có cho nhân viên y tế tham gia chăm sóc bà mẹ và trẻ em; được treo ở những nơi dễ quan sát.	☒	☐
2	5. Khoa sản, nhi tuyên truyền, hướng dẫn các bà mẹ không sử dụng bình bú, sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ dưới 24 tháng nếu không có chỉ định của bác sỹ.	☒	☐
2	6. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50%.	☒	☐
2	7. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn"* từ 50% trở lên.	☒	☐
3	8. Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 80% trở lên.	☒	☐
3	9. Có các hình ảnh tuyên truyền về nuôi con bằng sữa mẹ, được treo ở nơi dễ quan sát.	☒	☐
3	10. Có thực hiện tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ.	☒	☐
3	11. Có ghi thông tin về tình hình trẻ bú mẹ vào hồ sơ bệnh án hoặc phiếu chăm sóc.	☒	☐
3	12. Khoa sản có sổ liệu thống kê theo dõi tình hình thực hành	☒	☐

	NCBSM, bao gồm trẻ đẻ thường và mổ đẻ.		
3	13. Các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt 80% (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng).	☒	☐
3	14. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%.	☒	☐
3	15. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được "bú mẹ hoàn toàn*" từ 70% trở lên.	☒	☐
3	16. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 30% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.	☒	☐
4	17. Nhân viên khoa sản được tập huấn về tư vấn và hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ chiếm từ 95% trở lên.	☒	☐
4	18. Có nhân viên chuyên trách tư vấn NCBSM đã tham dự lớp tập huấn/đào tạo về nuôi con bằng sữa mẹ và có chứng chỉ/chứng nhận.	☒	☐
4	19. Có nhóm hỗ trợ bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoạt động thường xuyên (thành viên là các điều dưỡng, hộ sinh...) có kiến thức và kỹ năng tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, thông tắc tia sữa, cách cho trẻ bú đúng	☒	☐
4	20. Tỷ lệ bà mẹ sau sinh được cán bộ y tế tư vấn và giúp đỡ nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách đạt 80% trở lên trong số bà mẹ sinh tại bệnh viện.	☒	☐
4	21. Tỷ lệ các bà mẹ đẻ thường được nằm cùng con suốt 24 giờ trong ngày đạt từ 95% trở lên (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng).	☒	☐
4	22. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%.	☒	☐
4	23. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 50% số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.	☒	☐
4	24. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được bú mẹ hoàn toàn đạt từ 90% trở lên.	☒	☐
5	25. Tỷ lệ trẻ sơ sinh tại khoa sản được bú mẹ hoàn toàn đạt từ 95% trở lên.	☐	☐
5	26. Tỷ lệ các trường hợp đẻ thường được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 95% (ngoại trừ các trường hợp có chỉ định của bác sỹ không được nằm cùng).	☐	☐
5	27. Tỷ lệ các trường hợp mổ đẻ được thực hiện đầy đủ cắt rốn chậm, da kề da, bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh đạt tối thiểu 80%	☐	☐

	số trường hợp đủ điều kiện áp dụng.		
5	28. Có ngân hàng sữa mẹ tại bệnh viện và có hình thức tư vấn, khuyến khích các bà mẹ chia sẻ sữa cho các cháu không hoặc chưa có sữa mẹ khi sinh tại bệnh viện.	☐	☐
5	29. Các bà mẹ cho sữa tại bệnh viện được xét nghiệm các bệnh truyền nhiễm và các bệnh có nguy cơ lây truyền qua sữa mẹ, bảo đảm âm tính với các yếu tố nguy cơ đạt 100%.	☐	☐

Kết quả tiêu chí: E2.1 Điểm BV: 3 - Đoàn KT: 0

E2.1 - Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa

Mức	Bậc thang chất lượng	Bệnh viện tự đánh giá	Đoàn đánh giá
1	1. Không có bác sỹ chuyên khoa nhi, kể cả chuyên khoa sơ bộ/định hướng.	☐	☐
1	2. Không có điều dưỡng nhi*.	☐	☐
2	3. Có bác sỹ chuyên khoa nhi (chuyên khoa sơ bộ/định hướng hoặc cao hơn).	☒	☐
2	4. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 30% tổng số điều dưỡng của khoa.	☒	☐
3	5. Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí công việc trong khoa điều trị nhi.	☒	☐
3	6. Có bác sỹ chuyên khoa nhi cấp I (hoặc thạc sỹ về chuyên khoa nhi) trở lên.	☒	☐
3	7. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 30% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☒	☐
3	8. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☒	☐
3	9. Có đơn nguyên sơ sinh (hoặc cao hơn) đầy đủ nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế với từng tuyến.	☒	☐
4	10. Có bác sỹ chuyên khoa nhi cấp II (hoặc tiến sỹ về chuyên khoa nhi) trở lên.	☐	☐
4	11. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 40% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☐	☐
4	12. Tỷ lệ điều dưỡng được đào tạo về nhi chiếm từ 70% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên toàn bệnh viện chuyên khoa)*.	☐	☐
5	13. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cử nhân trở lên chiếm ít nhất 50% tổng số điều dưỡng của khoa nhi (hoặc của tổng các khoa nhi trên	☐	☐

	toàn bệnh viện chuyên khoa)*.		
5	14. Tỷ lệ bác sỹ nhi khoa tham gia đầy đủ đào tạo liên tục trong năm đạt từ 70% trở lên.	☐	☐
5	15. Trưởng hoặc phó khoa nhi (hoặc có ít nhất 1 người trong ban giám đốc đối với bệnh viện chuyên khoa) có trình độ chuyên khoa II hoặc tiến sỹ về nhi khoa.	☐	☐
5	16. Có trung tâm bệnh lý nhi khoa chuyên sâu (tim mạch, hồi sức, ngoại nhi, truyền nhiễm...).	☐	☐