

Số: 73 /BC-BV

Đắk Glong, ngày 26 tháng 6 năm 2018

BÁO CÁO
KẾT QUẢ KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CẢI TIẾN
CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN 06 THÁNG ĐẦU NĂM 2018

Căn cứ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Thực hiện Kế hoạch số 18/KH-BV, ngày 23 tháng 01 năm 2018 của Bệnh viện đa khoa Đắk Glong về việc triển khai cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2018;

Thực hiện Kế hoạch số 66/KH-BV, ngày 17 tháng 05 năm 2018 của Bệnh viện đa khoa Đắk Glong về việc kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện 06 tháng đầu năm 2018.

Căn cứ kết quả tự chấm điểm cải tiến chất lượng của các khoa phòng, Bệnh viện đa khoa Đắk Glong đã thành lập Đoàn phúc tra, kiểm tra, đánh giá kết quả chấm điểm tại các khoa phòng, với kết quả cụ thể như sau:

I. KẾT QUẢ PHÚC TRA ĐIỂM TẠI CÁC KHOA PHÒNG

Để theo dõi giám sát tiến độ thực hiện công tác CTCL BV năm 2018 của các khoa phòng, Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện đã có văn bản, xây dựng kế hoạch, thành lập đoàn đánh giá công tác thực hiện cải tiến chất lượng bệnh viện 03 tháng, 06 tháng đầu năm 2018. Sau mỗi đợt kiểm tra đánh giá, đoàn kiểm tra họp phân tích những thiếu sót tồn tại, từ đó đề ra giải pháp thực hiện cải tiến cho thời gian tiếp theo.

Qua kiểm tra, đánh giá 06 tháng đầu năm 2018 cho thấy cơ bản các khoa, phòng đạt được mức điểm theo lộ trình kế hoạch đề ra, tuy nhiên các khoa, phòng vẫn còn nhiều hạn chế và triển khai chưa hiệu quả, một số tiêu chí bị rớt điểm và chậm so với tiến độ kế hoạch, điểm phúc tra 2.77 điểm (năm 2016 đạt 2.65 điểm).

(Có bảng phụ lục kết quả phúc tra chấm điểm kèm theo)

II. NHỮNG TỒN TẠI, VƯỚNG MẮC CỦA CÁC KHOA PHÒNG

1. Nhận xét chung:

Nhìn chung các khoa phòng đã có chú trọng đến cải tiến chất lượng bệnh viện 100% khoa, phòng đã xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng năm 2018 của khoa, phòng mình. Có sự phân công cụ thể cán bộ phụ trách đối với từng tiêu chí, tiểu mục và đang tiếp tục thực hiện theo lộ trình. Tuy nhiên công tác cải tiến chất lượng tại các khoa, phòng chưa mang tính chất thường xuyên, chưa có sự đầu tư

nghiên cứu sâu để cải tiến thực sự, thực hiện cải tiến chất lượng còn mang tính chất hình thức, đối phó. Việc chuẩn bị phục vụ phúc kiểm tra của các khoa chưa thực sự được quan tâm đúng mức.

Tổng điểm bệnh viện tự chấm trong 06 tháng đầu năm đạt 2,77 tăng 0,05 điểm so với kết quả chấm trong 03 tháng đầu năm 2018. Kế hoạch năm 2018 là 3.08 trong đó đề ra 46 tiêu chí duy trì mức điểm năm 2017 và 36 tiêu chí tăng mức điểm trong năm 2018.

Trong số 36 tiêu chí cần tăng mức điểm trong năm 2018 có 15 tiêu chí phải hoàn thiện trong Quý II và 21 tiêu chí hoàn thiện trong Quý III.

Qua kết quả tự kiểm tra đánh giá 06 tháng đầu năm 2018 so sánh với tiến độ kế hoạch đề ra trong năm 2018 có 08 tiêu chí không đạt theo kế hoạch đề ra: 04 tiêu chí tiếp tục duy trì kết quả năm 2017 không duy trì được, 04 tiêu chí phải hoàn thiện trong quý II.

***04 tiêu chí không duy trì được theo kết quả 2017:**

- A1.2: Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật => Khoa Khám – Cấp cứu phụ trách (phối hợp Phòng TCHC).

- C1.2: Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ => Phòng TCHC phụ trách.

- C9.6: Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả => Khoa Dược phụ trách.

- C10.1: Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học => Phòng KHTH phụ trách (phối hợp tất cả các khoa, phòng).

***04 tiêu chí không đảm bảo tiến độ theo kế hoạch 2017:**

- A1.4: Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời => Khoa Khám – CC phụ trách.

- A3.2: Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp => Khoa Nội, Khoa ngoại, Khoa YHCT phụ trách (Phối hợp Tổ đánh giá 5S, Phòng TCHC, Phòng DD, các khoa khác)

- A4.6: Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng NB và tiến hành các biện pháp can thiệp => Phòng Điều dưỡng phụ trách.

- C9.4: Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý => Khoa Dược phụ trách.

2. Nhận xét cụ thể:

2.1. Khoa Khám – Cấp cứu:

+ Khoa khám – cấp cứu được giao 09 tiêu chí, có 05 tiêu chí nâng mức điểm trong năm 2018 và chủ yếu vẫn duy trì mức điểm cũ của năm 2017, sau phúc tra 06 tháng đầu năm 2018 tổng thể khoa đạt được 07/09 tiêu chí và những tiêu chí nâng mức điểm đạt 04/05 tiêu chí. Khoa Có 01 tiêu chí duy trì kết quả năm 2018 không duy trì được bị hạ mức điểm (A1.2: Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật => Khoa Khám – Cấp cứu phụ trách (phối hợp Phòng TCHC). 01 tiêu chí không đảm bảo cải tiến đúng tiến độ (A1.4: Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời => Khoa Khám – CC phụ trách).

+ Công tác 5S của khoa duy trì chưa tốt. Chưa chủ động trong việc thực hiện cải tiến thay đổi lại quy trình khám bệnh phù hợp với tình hình thực tế của khoa.

+ Công tác lưu trữ văn bản nói chung và các văn bản liên quan đến cải tiến trong năm 2018 đã được nhận xét, hướng dẫn trong 03 tháng đầu năm tuy nhiên hiện tại vẫn chưa có sự cải tiến, chưa lưu trữ đầy đủ, sắp xếp chưa hợp lý, chưa khoa học.

+ Chưa có sự quan tâm đầu tư đến việc chấm điểm: không cập nhật bảng phân công BS, DD tại các phòng khám, không sắp xếp hồ sơ gọn gàng để phục vụ thuận tiện đoàn chấm điểm phúc tra.

+ Chưa nghiên cứu kỹ các tiêu mục nhỏ trong từng tiêu chí phụ trách do đó khoa có triển khai thực hiện tuy nhiên chưa đạt chất lượng, chưa đủ bằng chứng để chứng minh theo yêu cầu.

+ Khoa đã bám sát kế hoạch cải tiến của đơn vị tuy nhiên chưa nghiên cứu kỹ, không có Báo cáo chỉ số chất lượng do khoa phụ trách để phòng KHTH tổng hợp.

=> Khoa chưa quan tâm, chưa nắm đến chỉ số chất lượng phụ trách.

+ Góc truyền thông xuống cấp, không được chăm sóc duy trì, bổ sung thường xuyên, thiếu tài liệu truyền thông.

2.2. Khoa Ngoại – Sản – Liên chuyên khoa:

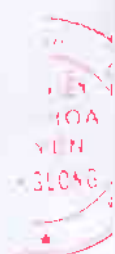
+ Khoa NSLCK được giao 13 tiêu chí trong đó có 07 tiêu chí nâng mức điểm và 06 tiêu chí phải duy trì mức điểm năm 2017. Sau phúc tra 06 tháng đầu năm 2018 tổng thể khoa đạt 12/13 tiêu chí, Còn tiêu chí - A3.2: Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp theo kế hoạch phải hoàn thiện trong Quý II => chưa đúng tiến độ.

+ Khoa đã có sự phân công cán bộ phụ trách cụ thể từng tiêu chí, tuy nhiên chưa thực hiện thường xuyên. Công tác lưu trữ văn bản liên quan chưa đầy đủ, chưa khoa học và hợp lý. Công tác 5S không duy trì sẵn sàng thường xuyên.

+ Góc truyền thông xuống cấp, không được chăm sóc duy trì, bổ sung thường xuyên, thiếu tài liệu truyền thông.

2.3. Khoa Nội – Nhi – Nhiễm:

+ Khoa Nội- Nhi - Nhiễm được giao 10 tiêu chí trong đó có 06 tiêu chí nâng mức điểm trong năm 2018, sau phúc tra 06 tháng đầu năm 2018 khoa đạt được 06/10 tiêu chí và những tiêu chí nâng mức điểm đạt 03/06 tiêu chí. Như vậy khoa có 01 tiêu chí duy trì 2017 (A2.1) bị rớt điểm và 03 tiêu chí nâng mức điểm trong 2018 chưa nâng được (A2.2, A2.3, A3.2) trong đó có 02 tiêu chí không đảm bảo đúng tiến độ (A2.3, A3.2). (Mặc dù đánh giá chung những tiêu chí này chưa đạt có phần khách quan (liên quan đến dự trữ, đề xuất khoa đã có sự chủ động rà soát) và chủ quan.)



+ Công tác 5S có triển khai nhưng không duy trì được. Thiếu sự kiểm tra giám sát và sẵn sàng thường xuyên. Công tác vệ sinh cảnh quan, nhắc nhở tư vấn người bệnh chưa có hiệu quả.

+ Thiếu chủ động trong công tác khắc phục một số hư hỏng nhỏ, lắp đặt nhỏ phục vụ công tác chuyên môn tại khoa mà khoa có khả năng tự khắc phục được nhằm phục vụ công tác của khoa.

2.4. Khoa Y dược cổ truyền:

+ Khoa YHCT được giao 10 tiêu chí trong đó khoa có 04 tiêu chí duy trì mức điểm, 06 tiêu chí nâng mức điểm trong năm 2018. Sau phúc tra 06 tháng đầu năm tổng thể khoa đạt 9/10 tiêu chí trong đó tiêu chí nâng mức điểm năm 2018 đạt 05/06 tiêu chí. (Còn tiêu chí - A3.2: Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp theo kế hoạch phải hoàn thiện trong Quý II => chưa đúng tiến độ).

+ Nhìn chung trong khoa tinh thần và ý thức chủ động của Lãnh đạo khoa và của nhân viên trong vấn đề cải tiến chất lượng bệnh viện tốt tuy nhiên công tác 5S có ý thức nhưng duy trì chưa đảm bảo, chưa thường xuyên.

2.5. Khoa chẩn đoán hình ảnh – Xét nghiệm:

+ Khoa CDHA-XN được giao 02 tiêu chí trong đó không có tiêu chí nâng mức điểm so với năm 2017. Khoa đảm bảo được mức điểm duy trì trong năm 2018 đạt 02/02 tiêu chí.

+ Lưu trữ văn bản khoa học, gọn gàng.

+ Nhìn chung khoa có tinh thần duy trì công tác 5S tuy nhiên thời gian này vừa chuyển cơ sở mới nên chưa đánh giá.

2.6. Khoa Dược:

+ Khoa Dược được giao 06 tiêu chí trong đó có 02 tiêu chí nâng mức điểm, 04 tiêu chí duy trì. Sau phúc tra 06 tháng đầu năm 2018 khoa đạt được 04/06 tiêu chí. Trong đó 01 tiêu chí không duy trì được kết quả 2017 C9.6; 01 tiêu chí cần nâng điểm trong Quý II tuy nhiên không duy trì được mức điểm 2017 rớt xuống mức I.

+ Công tác báo cáo không đảm bảo cả về thời gian và chất lượng báo cáo theo quy định, chưa đầu tư thời gian.

+ Công tác lưu trữ văn bản chưa khoa học.

+ Công tác 5S chưa triển khai lại sau khi được chuyển về khu nhà mới.

2.7. Phòng TCHC – Tài vụ

- Phòng TCHC phụ trách 16 tiêu chí trong đó có 09 tiêu chí duy trì, 07 tiêu chí nâng mức điểm tiến độ phải hoàn thành trong quý III. Kết quả phúc tra 06 tháng đầu năm Phòng đạt 09/16 tiêu chí, còn 07 tiêu chí chưa đạt có 01 tiêu chí không duy trì được C1.2, còn 06 tiêu chí nâng mức điểm theo kế hoạch hoàn thành trong Quý III.

- Công tác phối hợp đáp ứng một số dự trù, đề xuất của các khoa, phòng đôi lúc chưa kịp thời.

2.8. Phòng KHTH – VTTTBYT

- Phòng KHTH là phòng thường trực tham mưu công tác CTCL bệnh viện. Phòng đã chủ động xây dựng kế hoạch CTCL năm 2018 ngay từ đầu năm dựa trên kết quả chấm điểm năm 2017 đưa ra những giải pháp cụ thể đối với từng tiêu chí, tiêu mục. Chịu trách nhiệm giám sát, đôn đốc, nhắc nhở các khoa phòng thực hiện đảm bảo đúng tiến độ, tuy nhiên nhân lực mỏng chưa có cán bộ chuyên trách về công tác CTCL do đó việc đôn đốc, giám sát việc thực hiện cải tiến của các khoa phòng theo tiến độ kế hoạch đôi lúc chưa được thường xuyên. Tham mưu công tác kiểm tra, đánh giá công tác CTCL BV 03 tháng, 06 tháng từ kết quả kiểm tra đánh giá, phân tích những tồn tại của Hội đồng QLCL, phòng KHTH xây dựng đề ra những giải pháp, những việc cần làm cụ thể đối với từng tiêu chí của từng khoa, phòng.

- Phòng KHTH phụ trách 23 tiêu chí, trong đó duy trì 17 tiêu chí, 06 tiêu chí nâng điểm. Kết quả phúc tra 06 tháng đầu năm đạt 16/23 tiêu chí, còn 06 tiêu chí chưa đạt trong đó có 05 tiêu chí theo kế hoạch hoàn thiện trong Quý III (C5.1, C5.3, C5.5, D2.1, D2.2); 01 tiêu chí duy trì C10.1 không duy trì được do đến thời điểm hiện tại chưa có cá nhân, khoa phòng nào đăng ký đề tài, Sáng kiến KH.

2.9. Phòng Điều dưỡng:

- Phòng Điều dưỡng phụ trách 15 tiêu chí, trong đó có 04 tiêu chí còn 11 tiêu chí phải nâng điểm. Kết quả phúc tra 06 tháng đầu năm 2018 đạt 10/15 tiêu chí. Còn 05 tiêu chí chưa đạt, trong đó có 01 tiêu chí không đúng tiến độ kế hoạch (A4.6) theo kế hoạch phải hoàn thiện trong Quý II và 04 tiêu chí kế hoạch hoàn thiện trong Quý III.

- Kết quả giám sát việc duy trì các khoa, phòng thực hiện 5S, góc truyền thông chưa hiệu quả.

3. Hình thức đánh giá đối với các khoa phòng, cá nhân phụ trách các tiêu chí không đạt theo kế hoạch

- Phòng TCHC: Căn cứ kết quả các tiêu chí không đạt theo tiến độ Kế hoạch số 18/KH-BV, đánh giá hạ bậc thi đua đối với cá nhân phụ trách tiêu chí và gắn với trách nhiệm người đứng đầu trong quý II, cụ thể các tiêu chí:

- + A1.2, A1.4: Khoa Khám – Cấp cứu phụ trách.
- + A3.2: Khoa Ngoại – Sản – LCK, Nội – Nhi – Nhiễm, YDCT phụ trách.
- + C9.4, C9.6: Khoa Dược phụ trách.
- + A4.6: Phòng Điều dưỡng.

- Các khoa, phòng: Căn cứ kế hoạch của khoa, phòng đã phân công nhiệm vụ cụ thể từng cá nhân, nghiêm túc đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ các cá nhân phụ trách các tiêu chí được giao không đạt theo lộ trình, đánh giá bình xét thi đua quý II gửi phòng TCHC để tổng hợp.

III. PHƯƠNG HƯỚNG, NHIỆM VỤ TRONG 06 THÁNG CUỐI NĂM

- Các khoa, phòng tiếp tục duy trì và nêu cao tinh thần cải tiến trong mỗi cá nhân nhằm nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả, đem lại sự hài lòng cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế.

- Duy trì các tiêu chí đã đạt được mục tiêu theo kế hoạch đồng thời tiến hành khắc phục ngay những tiêu chí chưa đạt chỉ tiêu đúng với tiến độ thời hạn đề ra theo lộ trình của kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2018.

- Phòng TCHC - TV nhanh chóng giải quyết các đề xuất của khoa, phòng để đảm bảo công tác cải tiến theo đúng lộ trình.

- Phòng KHTH-VTTTBYT tăng cường công tác hỗ trợ các khoa, phòng trong toàn viện về công tác cải tiến để công tác cải tiến được đồng bộ trong bệnh viện. Trên cơ sở kết quả đánh giá công tác cải tiến chất lượng bệnh viện 06 tháng đầu năm, căn cứ vào những tồn tại, vướng mắc, những tiêu chí cần cải tiến tiếp tục xây dựng kế hoạch đề ra những giải pháp thực hiện cụ thể chi tiết trong 06 tháng cuối năm 2018.

- Các khoa phòng căn cứ vào những tồn tại và giải pháp cụ thể đối với từng tiêu chí, từng khoa phòng để tiếp tục thực hiện.

Trên đây là báo cáo về công tác kiểm tra, đánh giá phúc tra lại điểm tự chấm về cải tiến chất lượng trong 06 tháng đầu năm 2018 tại các khoa, phòng của bệnh viện. Yêu cầu lãnh đạo các khoa, phòng căn cứ vào kế hoạch CTCL năm 2018 và kết quả đánh giá 6 tháng đầu năm để xây dựng và tổ chức thực hiện có hiệu quả công tác CTCL 6 tháng cuối năm 2018./.

Nơi nhận:

- Sở Y tế (thay báo cáo);
- Văn phòng Đảng ủy (báo cáo);
- Ban GD (thay BC);
- Các khoa, phòng BV (để thực hiện);
- Lưu: VT, KHTH, Khoa.



Huỳnh Thanh Huỳnh

KẾT QUẢ PHỤC TRẢ ĐIỂM CTCL CÁC KHOA PHÒNG 06 THÁNG ĐẦU NĂM 2018

Mục	Nội dung	Điểm kế hoạch đề ra trong 2018	Điểm các khoa, phòng tự chấm	Điểm phúc tra 06 tháng	Nguyên nhân	Giải pháp thực hiện trong 06 tháng cuối năm để đạt Mức điểm theo KH số 18/KH-BV.	Ghi Chú (Các khoa/phòng /bộ phận phụ trách)
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn cụ thể	4	4	4	Số tiền bảng giá không giống giá trên vé. - Đánh số cầu thang bộ tại khu cấp cứu bảng giấy A4. - Sơ đồ khoa phòng thang máy chưa thẩm mỹ, gắn bảng giấy A4.	- Thay lại bảng giá giữ xe: Số tiền trên bảng giá không giống giá trên vé. - Đánh số lại cầu thang bộ tại khu cấp cứu bảng meka - Sơ đồ khoa phòng trong thang máy bảng giấy in màu ép latic.	
A1.2	Người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	4	4	2	Chưa có khu chờ riêng bệnh truyền nhiễm sau khi sàng lọc, phân loại và truyền nhiễm ngay tại khu vực đón tiếp.	Khoa sắp xếp bố trí có khu chờ riêng cho người bệnh truyền nhiễm sau khi sàng lọc, phân loại và người bệnh truyền nhiễm ngay tại khu vực đón tiếp.	
A1.3	Bệnh viện tiến hành cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	4	4	4	- Quy trình khám chữa bệnh cũ không còn phù hợp. - Bảng phân công BS, Điều dưỡng tại các phòng khám chưa cập nhật hàng ngày. - Có tiến hành khảo sát sự hài lòng thời gian chờ của người bệnh, nhưng chưa có tổng hợp báo cáo. - Đã có cam kết và công khai về thời gian trả kết quả, nhưng chưa có cam kết thời gian khám bệnh.	- Xây dựng lại quy trình khám chữa bệnh do đã thay đổi khu tiếp nhận và khu CLS. - Hiện tại chưa thực hiện thương xuyên máy photo tại khu khám, khi kiểm tra thì chống chế. - Bảng phân công BS, Điều dưỡng tại các phòng khám cập nhật hàng ngày. - Có tiến hành khảo sát sự hài lòng thời gian chờ của người bệnh, nhưng chưa có tổng hợp báo cáo. - Xây dựng lại cam kết và công	Khoa Khám - CC phụ trách phối hợp với phòng TCHC

A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	3	3	<p>- Có số theo dõi tình trạng cấp cứu nhưng ghi chép không đầy đủ, cụ thể, khoa bổ sung theo hướng dẫn.</p> <p>- Có báo cáo tổng hợp đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ nhưng số liệu chưa cụ thể, chưa có phê duyệt của lãnh đạo.</p> <p>- Chưa có biên bản chứng minh việc học tập, rút kinh nghiệm từ các kết quả đánh giá cấp cứu.</p>	<p>- Số theo dõi tình trạng cấp cứu ghi chép đầy đủ, cụ thể, khoa bổ sung theo hướng dẫn.</p> <p>- Báo cáo tổng hợp đánh giá hoạt động cấp cứu người bệnh theo định kỳ: số liệu chưa cụ thể có phê duyệt của lãnh đạo.</p> <p>- Tổ chức sinh hoạt chuyên môn và có biên bản chứng minh việc học tập, rút kinh nghiệm từ các kết quả đánh giá cấp cứu.</p>
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	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
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	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	4	4	4	<p>Chung các khoa: TMI1 Bệnh viện không có hướng dẫn, quy định bố trí NB tại các khu vực nam, nữ riêng</p> <p>* KHOA NỘI: kiểm tra giường hỏng khoa cỡ để xuất 20/3 cỡ số giường hỏng cụ thể 11 giường.</p>	<p>* Phòng KHITH tham mưu VB hướng dẫn, quy định bố trí NB tại các khu vực nam, nữ riêng.</p> <p>- Phòng TCHC sửa giường cho khoa trong tháng 6.</p>

A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	4	4	<p>*Khoa YDCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần Cập nhật lại văn bản có thời gian làm vệ sinh của bệnh viện. - Nhật ký làm vệ sinh tháng 3 đầy đủ (lý do thiếu nhân lực hộ lý nên hộ lý ít lên khoa) *KHOA NỘI: Gương, móc treo quần áo BN mới nhận chưa gắn các buồng vệ sinh, nhà tắm. Khoa chưa có nhật ký theo dõi các giờ làm vệ sinh có chữ ký 	<p>*Khoa YDCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cần Cập nhật lại văn bản có quy định thời gian làm vệ sinh của bệnh viện. - Nhật ký làm vệ sinh tháng 3 không đầy đủ (lý do thiếu nhân lực hộ lý nên hộ lý ít lên khoa) *KHOA NỘI: Gắn Gương, móc treo quần áo BN các buồng vệ sinh, nhà tắm.
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	4	4	4	<p>*KHOA YDCT: Quần áo bệnh nhân có 01 bộ định vết sơn màu đỏ.</p> <p>*KHOA NỘI: Quần áo chỉ có 1 cỡ (kiểm tra khoa đã có dự trữ ngày 09/3 có số lượng quần áo theo cân nặng BN).</p>	<p>*KHOA YDCT: Đảm bảo Quần áo bệnh nhân không vết ố bẩn.</p> <p>*Phòng TCHC, phòng Điều dưỡng: Cung ứng cho khoa Nội vào tháng 7.</p>
A2.4	Người bệnh được hướng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	3	3	3	<p>*KHOA YDCT: Tuy nhiên mức 3 còn vướng: buồng thủ thuật bộc lộ cơ thể không có máy sưởi ấm hoặc máy điều hòa.</p> <p>- Thiểu 01 quạt tại phòng điều trị nam bị hỏng (đã đề xuất thay mới - phòng TCHC chưa thay)</p> <p>*KHOA NỘI: Có bình nước nóng lạnh cho bệnh nhân nhưng kg có khay cốc</p>	<p>Phòng TCHC: lắp máy điều hòa tại buồng thủ thuật chăm cứu.</p>
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận với các khoa/phòng, phương tiện và dịch vụ khám chữa bệnh trong bệnh viện	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	3	3	3	<p>*KHOA NGOẠI: Có cây xanh nhưng thiếu sự chăm sóc, đã chết.</p> <p>*KHOA NỘI, KHOA ĐỖ: cây xanh có nhưng không được xanh tươi.</p>	<p>*KHOA NGOẠI, KHOA NỘI, KHOA YDCT: Đề xuất để lấy cây xanh để tại các hành lang.</p>

<p>A3.2</p>	<p>Người bệnh được khám và điều trị trong khoa/phòng gọn gàng, ngăn nắp</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>4</p>	<p>*KHOA YDCT, KHOA NỘI: - TM14. Chia khoa từ không có dây đeo cổ tay cho người bệnh. *KHOA YDCT, NGOẠI: - TM16 Khoa không thể hiện rõ tiến hành đánh giá việc áp dụng 5S, khoa có báo cáo đánh giá việc áp dụng 5S tuy nhiên báo cáo còn mang tính chất lý thuyết, không nêu cụ thể phòng nào, vị trí nào khâu nào thực hiện tốt, phòng nào, vị trí nào, khâu nào chưa tốt và đề ra việc triển khai cải tiến tiếp từ đánh giá đó. *CHUNG 3 KHOA: - TM17 Không có bảng chứng về việc</p>	<p>*KHOA YDCT, KHOA NỘI: - TM14: Nghiên cứu, làm Chít khóa từ có dây đeo cổ tay cho người bệnh. *KHOA YDCT, NGOẠI: - TM16 Khoa tiến hành đánh giá việc áp dụng 5S theo định kỳ. - Báo cáo đánh giá áp dụng 5S: Phải cụ thể phòng nào, vị trí nào khâu nào thực hiện tốt, phòng nào, vị trí nào, khâu nào chưa tốt và đề ra phương hướng cải tiến tiếp từ đánh giá đó. *CHUNG 3 KHOA:</p>
<p>A4.1</p>	<p>Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị.</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>*CHUNG 3 KHOA: - TM3 - Chưa có hướng dẫn, quy định cho các bác sỹ, DD,... Cung cấp thông tin cho NB, tối thiểu bao gồm thông tin chẩn đoán, nguy cơ, tiên lượng - Chưa có bảng chứng chứng minh việc thực hiện các hình thức đã phổ biến lòng ghép tập huấn cho BS,DD về việc cần cung cấp những thông tin gì cho NB và thời điểm cần cung cấp. - TM12. Bệnh viện chưa có bản quy định, HD về câu công khai số lượng thuốc và</p>	<p>*Phòng KHTH tham mưu VB hướng dẫn, quy định về BS, DD cung cấp thông tin cho người bệnh; hướng dẫn, quy định yêu cầu công khai số lượng thuốc và VTTH sử dụng hàng ngày cho NB. *CHUNG 3 KHOA: - Có sổ sách/biên bản chứng minh việc thực hiện các hình thức đã phổ biến lòng ghép tập</p>

A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư cá nhân	3	3	3	<p>*CHUNG 3 KHOA:</p> <p>- TM 5. Chưa có văn bản, QĐ, quy định của bệnh viện hướng dẫn không công khai các thông tin của người bệnh liên quan đến một số bệnh tật VD HIV, Lậu, Giang mai, ung thư,..</p> <p>- TM8: Chưa có biển hiệu " VUI LÒNG KHÔNG CHỤP HÌNH QUAY PHIM, TÊN TRONG QUYỀN RIÊNG TƯ NGƯỜI BỆNH" tại các sảnh của các khoa.</p> <p>- TM11. KHOA YDCT: Rèm che đi động có 01 cái bị hỏng chân không thuận tiện khi đóng mở (kiểm tra khoa đã có dự trù 04 cái gửi phòng TCHC ngày 09/3/2018);</p>	<p>* Phòng KHTH: Tham mưu văn bản, QĐ, quy định của bệnh viện hướng dẫn không công khai các thông tin của người bệnh liên quan đến một số bệnh tật VD HIV, Lậu, Giang mai, ung thư,..</p> <p>*CHUNG 3 KHOA:</p> <p>- TM8: Đề xuất bảng slogan " VUI LÒNG KHÔNG CHỤP HÌNH QUAY PHIM, TÊN TRONG QUYỀN RIÊNG TƯ NGƯỜI BỆNH" tại các sảnh của các khoa.</p> <p>* Phòng TCHC cung ứng rèm che đi động mới cho khoa YDCT.</p>	Bộ phận VP và IT BV
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch	4	4	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	Đã hoàn thiện, duy trì TC	Bộ phận VP và IT BV
A4.4	Người bệnh được hưởng lợi từ chủ trương xã hội hóa y tế			Không chấm			
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	4	4	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	Đã hoàn thiện, duy trì TC	Phòng KHTH

A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng NB và tiến hành các biện pháp can thiệp	4	3	3	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>9, 10. Tiến hành KS ít nhất 06 tháng/lần và báo cáo kết quả KS và đưa ra biện pháp cải tiến trong báo cáo.</p> <p>11. Lập danh sách các vấn đề còn tồn tại và ưu tiên giải quyết.</p> <p>12. Xây dựng KH cải tiến các vấn đề tồn tại sau các đợt báo cáo khảo sát.</p> <p>13. Có BC Khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú hàng quý</p>	Phòng Điều dưỡng
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực BV	4	3	3	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>10. Có báo cáo tiến độ KH phát triển nguồn nhân lực hàng năm. Báo cáo phải lượng giá được kết quả thực hiện, kết quả ít nhất đạt 75% chỉ số.</p>	
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực BV	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp của nhân lực bệnh viện	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	3	3	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>14. Xây dựng kế hoạch và tổ chức nhân viên YT thi tay nghề ít nhất 2 chức danh. Và khuyến khích thi tay nghề ngoại viện.</p>	
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng, ứng xử, giao tiếp y đức	4	3	3	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>Tổ chức tập huấn và 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).</p>	
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững nguồn nhân lực.	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế.	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	

B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc, vệ sinh lao động cho nhân viên y tế.	5	5	5	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	4	4	3	Đã lập HSKSK cho cán bộ, NV nhưng chưa có phần mềm quản lý KSK.	Làm phần mềm quản lý SKNVYT.
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực cho nhân viên y tế	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
B4.1	Xây dựng kế hoạch, quy hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	4	3	3	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>9. Xây dựng phương pháp đo lường KH phát triển bệnh viện; lập danh sách kết quả thực hiện các chỉ số.</p> <p>11. Triển khai đầy đủ các nội dung trong bản kế hoạch.</p> <p>12. BC sơ kết đánh giá kết quả thực hiện KH, nêu rõ các nội dung chưa thực hiện được và có giải pháp khắc phục, nếu có nội dung không khả thi thì đề xuất điều chỉnh KH.</p>
B4.2	Triển khai văn bản của các cấp quản lý	5	4	4	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	<p>14. XD kế hoạch đi kiểm tra các khoa phòng triển khai VB; Bộ phận văn thư đi kiểm tra thường xuyên việc các khoa phòng xử lý VB, bắt buộc các khoa phòng phải xử lý không để tồn đọng.</p> <p>16. Sau các đợt kiểm tra phải có báo cáo và áp dụng kết quả đánh giá để CTCL.</p>
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	4	4	4	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
CL1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC

Phòng
TCHC

C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng chống cháy nổ	3	3	3	2	chưa có tập huấn về hướng dẫn, tư vấn kiểm tra, diễn tập về huấn luyện phòng chống cháy nổ, huấn luyện phòng cháy chữa cháy	Xây dựng kế hoạch và tổ chức tập huấn phòng cháy chữa cháy.	
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	Phòng KHTH
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chất chẽ, đầy đủ, khoa học	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn.	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống KSNK	3	3	3	3	Đạt	- Kiện toàn lại hệ thống KSNK. - Khi nhân viên phụ trách KSNK đi đào tạo về Có QĐ giao nhiệm vụ cho nhân viên chuyên trách.	
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	3	3	3	2	Có kế hoạch nhưng chưa tổ chức tập huấn, đầu tháng 7 tổ chức tập huấn.	3. Cử các các thành viên Tổ KSNK, mạng lưới KSNK được tham gia đào tạo tập huấn về KSNK. 5. Xây dựng, ban hành các hướng dẫn phòng ngừa chuẩn. 6. Xây dựng quy trình xử lý các trường hợp rủi ro, phơi nhiễm với các bệnh nguy hiểm hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn cao.	
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ rửa tay	3	3	3	2	Đã xây dựng kế hoạch tổ chức tập huấn, Bổ sung tập huấn vào đầu tháng 7 Tại các buồng thủ thuật chưa có hệ thống máy lọc nước vô khuẩn để NVYT rửa tay.	Tổ chức tập huấn rửa tay cho NVYT. Các buồng thủ thuật có bồn rửa tay cho NVYT. Nước rửa tay đảm bảo vô khuẩn được xử lý qua hệ thống máy lọc.	Phòng Điều dưỡng

C4.4	Đánh giá, giám sát và triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C4.5	Chất thải rắn bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C4.6	Chất thải lỏng bệnh viện được quản lý chặt chẽ, xử lý an toàn và tuân thủ theo đúng quy định	3	2	2	2	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	9. Tiến hành 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). 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.
C5.1	Thực hiện danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật	3	2	2	2	Thống nhất với mức điểm phòng tự chấm	Đề nghị phê duyệt bổ sung thêm DMKT để đạt 60% DMKT theo phân tuyến.
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	3	3	3	3	Tiếp tục duy trì triển khai các DVKT	Triển khai 03 DVKT mới.
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	4	3	3	3	Thống nhất với mức tự chấm	9. Tái bản lại quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh phù hợp theo điều kiện BV. 12. Xây dựng bảng kiểm giám sát việc tuân thủ 1 số các QTKT quan trọng tại các khoa LS. Có biên bản giám sát sau các đợt kiểm tra. 14, 15. Có báo cáo, công bố việc giám sát tuân thủ các QTKT của các khoa LS.
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC

Phòng
KHTH

C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	3	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm	5. Tái hàn lại phaco độ điều trị phù hợp với điều kiện BV, và các NVYT thực hiện đúng theo PD điều trị. 9. Các khoa Lập danh sách 1 số bệnh thường gặp tại khoa điều trị kỹ thuật cao, chi phí lớn ưu tiên giám sát việc tuân thủ theo PD điều trị. 10. Xây dựng kế hoạch và tiến hành	Phòng Điều dưỡng
C6.1	Hệ thống điều dưỡng trưởng được thiết lập và hoạt động hiệu quả	2	1	1	1	Thông nhất với mức tự chăm	Tham mưu bổ nhiệm đầy đủ điều dưỡng trưởng khoa YDCT (điều dưỡng trưởng được bổ nhiệm trong vòng 6 tháng)	
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	3	3	3	3	Thông nhất với mức tự chăm	Bổ sung: Báo cáo tỷ lệ BN do tư vấn chăm sóc, điều trị, truyền thông, ... theo QĐ 56/QĐ-BV.	
C6.3	Người bệnh được chăm sóc vệ sinh cá nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện	2	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
C7.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	2	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm	Bổ sung: Tham mưu QĐ cán bộ chuyên trách dinh dưỡng do Giám đốc BV ký duyệt.	
C7.2	Bệnh viện bảo đảm cơ sở vật chất để thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế trong bệnh viện	2	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm	Phòng nghiên cứu tại phòng khám DD cho phù hợp.	
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	2	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm	Đã hoàn thiện, duy trì TC	
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	3	3	3	3	Thông nhất với mức tự chăm	Đã hoàn thiện, duy trì TC	

C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	2	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm.	Phòng ĐD tham mưu bổ sung quy định hội chẩn Bs điều trị với nhân viên DD khi NVDD hoàn thành khóa đào tạo về.
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh và giải phẫu bệnh	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C8.2	Bảo đảm chất lượng các xét nghiệm	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động dược	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất khoa dược	3	3	3	3	Khoa YDCT kho dược liệu chưa được trang bị đầy đủ điều hòa, tủ sấy ; có nhật ký theo dõi nhiệt độ, độ ẩm hàng ngày tuy nhiên cán bộ theo dõi chưa nắm quy định về nhiệt độ, độ ẩm trong kho như thế nào là đảm bảo và thế nào không đảm bảo	Khoa Dược cần hướng dẫn cho cán bộ quản lý kho thuốc YHCT về quy định quản lý kho đảm bảo tiêu chuẩn về nhiệt độ, độ ẩm.
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế theo hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	3	1	1	1	Thông nhất với mức tự chăm.	Tổ chức tập huấn sử dụng thuốc an toàn hợp lý cho điều dưỡng, nhân viên y tế ít nhất 1 buổi/năm.
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	3	3	3	3	Thông nhất với mức tự chăm.	Đã hoàn thiện, duy trì TC
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	3	2	2	2	Thông nhất với mức tự chăm.	8. Hội đồng thuốc tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong bệnh viện ít nhất 1 năm/lần.
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	2	1	1	1	Hiện tại chưa có đề tài nghiên cứu nào	Thực hiện ít nhất một nghiên cứu khoa học

Khoa
CDHA-XN

Khoa Dược

C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học trong hoạt động BV và các giải pháp nâng cao CL KCB	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D1.2	Xây dựng và triển khai kế hoạch chất lượng bệnh viện	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D2.1	Phòng ngừa nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	3	2	2	2	Thông nhất với mức tự chấm	4. Lắp đặt hệ thống báo gọi cho giường HSCC. 5. Lắp hệ thống chuông cho toàn bộ giường cấp cứu và giường bệnh CSCI
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	4	3	3	3	Thông nhất với mức tự chấm	14. Có tổng hợp và phân tích số liệu về sự cố y khoa xảy ra tại bệnh viện định kỳ hàng năm và gửi báo cáo tới các khoa, phòng 15. Xây dựng các giải pháp khắc phục sự cố y khoa đã được báo cáo. 16. Báo cáo việc 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.
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	2	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
D3.1	Đảm bảo công khai chất lượng bệnh viện	3	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC

Phòng
KHTH

D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
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	3	3	3	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
E1.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	2	2	2	Đạt	Đã hoàn thiện, duy trì TC
E1.2	Bệnh viện thực hiện tốt hoạt động truyền thông sức khỏe sinh sản trước sinh, trong khi sinh và sau sinh	4	4	4	Thống nhất với mức tự chấm.	Bổ sung Kế hoạch tập huấn nuôi con bằng sữa mẹ có phê duyệt của lãnh đạo đơn vị
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	4	3	4	Hồ sơ có đạt mức 4 tuy nhiên khoa chưa có sự chuẩn bị tốt đây đủ hồ sơ để phục vụ cho tiêu chí này	Đã hoàn thiện, duy trì TC
Tổng điểm		3.08	2.83	2,77		

Khoa
NSLCK