

BÁO CÁO

Kết quả tự kiểm tra đánh giá hoạt động chất lượng quý 2/2025 và phương hướng nhiệm vụ quý 3/2025

Căn cứ Kế hoạch số 499/KH-BVĐKCL ngày 27/6/2025 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy về việc tự kiểm tra đánh giá chất lượng Bệnh viện 6 tháng đầu năm 2025;

Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy báo cáo kết quả tự kiểm tra đánh giá hoạt động chất lượng quý 2/2025 và phương hướng nhiệm vụ quý 3/2025 cụ thể như sau:

I. Kết quả tự kiểm tra đánh giá hoạt động chất lượng quý 2/2025

1.1. Kết quả thực hiện 79 tiêu chí chất lượng phiên bản 2.0

- Tổng số các tiêu chí được áp dụng đánh giá: 79/83 tiêu chí, không đánh giá 04 tiêu chí bao gồm C5.1, C4.5, C4.6, A4.4 (theo khoản c, nội dung 2, Quyết định số 3652/QĐ-BYT ngày 03/12/2024 của Bộ Y tế về việc điều chỉnh thông tin của Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam cụ thể “Không đánh giá tiêu chí C5.1 (quy định phân tuyến đã được thay thế bằng quy định xếp cấp chuyên môn kỹ thuật), tiêu chí C4.5, C4.6 thực hiện theo Thông tư 35/2024 và tiêu chí A4.4 Bệnh viện không có xã hội hoá).

- Điểm trung bình chung quý 2/2025 đạt là: **3.36/4.07** điểm (tăng 0,1 điểm so với phương hướng thực hiện nhiệm vụ quý 2/2025 là **3.26/4.07** điểm)

Kết quả	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí	Điểm trung bình
Kế hoạch năm 2025	0	1	9	37	32	79	4.07
Kết quả quý 1/2025	7	22	25	18	7	79	2.83
Kết quả quý 2/2025	2	10	23	34	10	79	3.36

1.2. Kết quả thực hiện 43 tiêu chuẩn chất lượng cơ bản

- Đã hoàn thành: 35/43 tiêu chuẩn (81,4%).
- Chưa hoàn thành: 8/43 tiêu chuẩn (18,6%).

II. Kết quả chi tiết

2.1. Kết quả thực hiện 79 tiêu chí chất lượng

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
A	HƯỚNG ĐẾN NGƯỜI BỆNH (19)		
A1	Chỉ dẫn, đón tiếp, hướng dẫn NB (6)		
A1.1	Người bệnh được chỉ dẫn rõ ràng, đón tiếp và hướng dẫn khoa học, cụ thể	5	5
A1.2	Người bệnh, người nhà người bệnh được chờ đợi trong phòng đầy đủ tiện nghi và được vận chuyển phù hợp với tình trạng bệnh tật	5	5
A1.3	Cải tiến quy trình khám bệnh, đáp ứng sự hài lòng người bệnh	5	5
A1.4	Bệnh viện bảo đảm các điều kiện cấp cứu người bệnh kịp thời	4	4
A1.5	Người bệnh được làm các thủ tục đăng ký, khám bệnh theo đúng thứ tự bảo đảm tính công bằng và mức ưu tiên	4	4
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
A2	Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ người bệnh (5)		
A2.1	Người bệnh điều trị nội trú được nằm một người một giường	4	4
A2.2	Người bệnh được sử dụng buồng vệ sinh sạch sẽ và đầy đủ các phương tiện	4	4
A2.3	Người bệnh được cung cấp vật dụng cá nhân đầy đủ, sạch sẽ, chất lượng tốt	5	2
A2.4	Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng và tâm lý	4	2
A2.5	Người khuyết tật được tiếp cận đầy đủ với các khoa, phòng và dịch vụ khám, chữa bệnh trong bệnh viện	4	4
A3	Điều kiện chăm sóc người bệnh (2)		
A3.1	Người bệnh được điều trị trong môi trường, cảnh quan xanh, sạch, đẹp	5	5
A3.2	Người bệnh được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp	5	3

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
A4	Quyền và lợi ích của người bệnh (6)		
A4.1	Người bệnh được cung cấp thông tin và tham gia vào quá trình điều trị	5	5
A4.2	Người bệnh được tôn trọng quyền riêng tư	4	4
A4.3	Người bệnh được nộp viện phí thuận tiện, công khai, minh bạch, chính xác	4	4
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	5	3
A4.6	Bệnh viện thực hiện khảo sát, đánh giá sự hài lòng người bệnh và tiến hành các biện pháp can thiệp	5	3
B	PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN (14)		
B1	Số lượng và cơ cấu nhân lực BV (3)		
B1.1	Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực bệnh viện	5	2
B1.2	Bảo đảm và duy trì ổn định số lượng nhân lực bệnh viện	2	2
B1.3	Bảo đảm cơ cấu chức danh nghề nghiệp và xác định vị trí việc làm của nhân lực bệnh viện	4	3
B2	Chất lượng nguồn nhân lực (3)		
B2.1	Nhân viên y tế được đào tạo liên tục và phát triển kỹ năng nghề nghiệp	4	2
B2.2	Nhân viên y tế được nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức	5	1
B2.3	Bệnh viện duy trì và phát triển bền vững chất lượng nguồn nhân lực	5	3
B3	Chế độ đãi ngộ và điều kiện, môi trường làm việc (4)		
B3.1	Bảo đảm chính sách tiền lương, chế độ đãi ngộ của nhân viên y tế	3	3
B3.2	Bảo đảm điều kiện làm việc và vệ sinh lao động cho nhân viên y tế	5	2
B3.3	Sức khỏe, đời sống tinh thần của nhân viên y tế được quan tâm và cải thiện	5	3

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
B3.4	Tạo dựng môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn	5	1
B4	Lãnh đạo bệnh viện (4)		
B4.1	Xây dựng kế hoạch, chiến lược phát triển bệnh viện và công bố công khai	5	5
B4.2	Triển khai thực hiện văn bản chỉ đạo dành cho bệnh viện	5	4
B4.3	Bảo đảm chất lượng nguồn nhân lực quản lý bệnh viện	3	3
B4.4	Bồi dưỡng, phát triển đội ngũ lãnh đạo và quản lý kế cận	4	4
C	HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN (35)		
C1	An ninh, trật tự và an toàn cháy nổ (2)		
C1.1	Bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện	3	3
C1.2	Bảo đảm an toàn điện và phòng cháy, chữa cháy	4	2
C2	Quản lý hồ sơ bệnh án (2)		
C2.1	Hồ sơ bệnh án được lập đầy đủ, chính xác, khoa học	4	4
C2.2	Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	5	5
C3	Công nghệ thông tin y tế (2)		
C3.1	Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	5	4
C3.2	Thực hiện các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và hoạt động chuyên môn	4	4
C4	Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn (6)		
C4.1	Thiết lập và hoàn thiện hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn	5	4
C4.2	Xây dựng và hướng dẫn nhân viên y tế thực hiện các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4	4
C4.3	Triển khai chương trình và giám sát tuân thủ vệ sinh tay	5	5
C4.4	Giám sát, đánh giá việc triển khai kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện	4	4
C5	Chất lượng lâm sàng (5)		

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
C5.2	Nghiên cứu và triển khai áp dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới	4	3
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	4
C5.4	Xây dựng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	4	4
C5.5	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đã ban hành và giám sát việc thực hiện	4	3
C6	Hoạt động điều dưỡng và chăm sóc người bệnh (3)		
C6.1	Hệ thống quản lý điều dưỡng được thiết lập đầy đủ và hoạt động hiệu quả	4	3
C6.2	Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe khi điều trị và trước khi ra viện	5	4
C6.3	Người bệnh được theo dõi, chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh và phân cấp chăm sóc	4	4
C7	Dinh dưỡng và tiết chế (5)		
C7.1	Hệ thống tổ chức thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế được thiết lập đầy đủ	3	3
C7.2	Bảo đảm cơ sở vật chất thực hiện công tác dinh dưỡng và tiết chế	4	4
C7.3	Người bệnh được đánh giá, theo dõi tình trạng dinh dưỡng trong thời gian nằm viện	4	4
C7.4	Người bệnh được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	4	4
C7.5	Người bệnh được cung cấp chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh lý trong thời gian nằm viện	3	3
C8	Chất lượng xét nghiệm (2)		
C8.1	Bảo đảm năng lực thực hiện các xét nghiệm theo phân tuyến kỹ thuật	4	4
C8.2	Thực hiện quản lý chất lượng các xét nghiệm	3	3
C9	Quản lý cung ứng và sử dụng thuốc (6)		
C9.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức hoạt động được	4	4
C9.2	Bảo đảm cơ sở vật chất và các quy trình kỹ thuật cho hoạt động được	4	2

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
C9.3	Cung ứng thuốc và vật tư y tế tiêu hao đầy đủ, kịp thời, bảo đảm chất lượng	4	4
C9.4	Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý	4	4
C9.5	Thông tin thuốc, theo dõi và báo cáo phản ứng có hại của thuốc kịp thời, đầy đủ và có chất lượng	5	4
C9.6	Hội đồng thuốc và điều trị được thiết lập và hoạt động hiệu quả	5	4
C10	Nghiên cứu khoa học (2)		
C10.1	Tích cực triển khai hoạt động nghiên cứu khoa học	3	2
C10.2	Áp dụng kết quả nghiên cứu khoa học vào việc cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh và nâng cao hoạt động bệnh viện	4	2
D	HOẠT ĐỘNG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG (11)		
D1	Thiết lập hệ thống và cải tiến chất lượng (3)		
D1.1	Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện	5	4
D1.2	Xây dựng, triển khai kế hoạch và đề án cải tiến chất lượng	5	4
D1.3	Xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện	5	5
D2	Phòng ngừa các sự cố và khắc phục (5)		
D2.1	Phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến bất thường xảy ra với người bệnh	4	3
D2.2	Xây dựng hệ thống báo cáo, phân tích sự cố y khoa và tiến hành các giải pháp khắc phục	5	3
D2.3	Thực hiện các biện pháp phòng ngừa để giảm thiểu các sự cố y khoa	5	3
D2.4	Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	5	4
D2.5	Phòng ngừa nguy cơ người bệnh bị trượt ngã	4	4
D3	Đánh giá, đo lường, hợp tác và cải tiến chất lượng (3)		
D3.1	Đánh giá chính xác thực trạng và công bố công khai chất lượng bệnh viện	5	3
D3.2	Đo lường và giám sát cải tiến chất lượng bệnh viện	3	3

Mã số	Chỉ tiêu	Kế hoạch 2025	Kết quả Q2/2025
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	4	3
E	TIÊU CHÍ ĐẶC THÙ CHUYÊN KHOA (4)		
E1	Tiêu chí sản khoa		
E1.1	Thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc sản khoa và sơ sinh	4	4
E1.2	Hoạt động truyền thông về sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ, trẻ em	5	5
E1.3	Thực hành tốt nuôi con bằng sữa mẹ	4	4
E	Tiêu chí nhi khoa		
E2.1	Bệnh viện thiết lập hệ thống tổ chức chăm sóc nhi khoa	3	3

2.1. Kết quả thực hiện 43 tiêu chuẩn chất lượng cơ bản

TT	TIÊU CHUẨN	Bộ phận đầu mối	Phối hợp	Tài liệu chứng minh theo yêu cầu phần mềm	Tiến độ
	I. Tiêu chuẩn về cơ sở vật chất				
1.	Bệnh viện phải có địa điểm cố định *	HCQT	TCCB	Giấy phép hoạt động	Đã đạt
2.	Bệnh viện phải có lối đi cho xe cứu thương ra vào khu vực cấp cứu.*	HCQT	HSCC	1. Sơ đồ mặt bằng (trong đó thể hiện có lối đi cho xe cứu thương ra vào khu vực cấp cứu) 2. Tài liệu minh chứng có biển chỉ dẫn vào khu vực cấp cứu	Chưa đạt
3.	Các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn:				
3.1	Được bố trí phù hợp với chức năng của từng bộ phận	HCQT	Tất cả 23 khoa/phòng	Sơ đồ mặt bằng	Chưa đạt
3.2	Bảo đảm kết nối về hạ tầng giao thông giữa các bộ phận chuyên môn thuận	HCQT	Tất cả 23 khoa/phòng	1. Hình ảnh sơ đồ mặt bằng (Trong đó thể hiện vị trí các khoa, phòng, bộ	Đã đạt

	tiện cho việc khám bệnh, chữa bệnh, an toàn cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế			phận chuyên môn và chứng minh đáp ứng theo yêu cầu của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP) 2. Quyết định 967/QĐ-SYT ngày 14/06/2017 của SYT về chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy	
4.	Có biển hiệu, sơ đồ và biển chỉ dẫn đến các khoa, phòng, bộ phận chuyên môn, hành chính.*	HCQT	22 khoa, phòng	Ảnh chụp biển hiệu, sơ đồ và bảng chỉ dẫn	Đã đạt
5.	Có phương tiện vận chuyển cấp cứu trong và ngoài bệnh viện.*	HCQT	Các khoa lâm sàng & VTTBYT	Danh sách phương tiện vận chuyển cấp cứu như: xe cứu thương, xe nằm, xe ngòai (các khoa lâm sàng)	Đã đạt
6.	Tiêu chuẩn về môi trường:				
6.1	Có biện pháp xử lý chất thải sinh hoạt.	HCQT	-	Hợp đồng với cơ sở có chức năng xử lý chất thải sinh hoạt	Đã đạt
6.2	Có biện pháp xử lý chất thải y tế.			Hợp đồng với cơ sở có chức năng xử lý chất thải y tế	Đã đạt
7.	Tiêu chuẩn về an toàn bức xạ:				
7.1	Có Giấy phép tiến hành công việc bức xạ	CDHA	Phòng VTTBYT	Giấy phép tiến hành công việc bức xạ	Đã đạt
7.2	Có văn bản phân công người chịu trách nhiệm về công tác an toàn bức xạ.		Phòng TCCB	Quyết định phân công người chịu trách nhiệm về công tác an toàn bức xạ	Đã đạt

7.3	Nhân viên thực hiện công việc bức xạ có Chứng chỉ nhân viên bức xạ.		Phòng ĐD	Chứng chỉ nhân viên bức xạ.	Đã đạt
7.4	Có trang bị liều kế cho nhân viên bức xạ.		Phòng VTTBYT	Tài liệu chứng minh có trang bị liều kế cho nhân viên bức xạ: Hợp đồng thuê liều kế	Đã đạt
8.	Có điện, nước phục vụ hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.	HCQT	TCKT	1. Hợp đồng cung cấp điện với đơn vị có chức năng cung cấp dịch vụ điện + hóa đơn 2. Hợp đồng cung cấp nước với đơn vị có chức năng cung cấp dịch vụ nước hoặc có tài liệu chứng minh	Đã đạt
II. Tiêu chuẩn về quy mô và cơ cấu tổ chức					
1.	Bệnh viện phải có cơ cấu tổ chức gồm các khoa: khám bệnh, lâm sàng, cận lâm sàng, khoa được và các bộ phận phụ trợ.	TCCB	-	Quyết định 94/QĐ – UBND ngày 08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp	Đã đạt
2.	Khoa khám bệnh phải có nơi tiếp đón, phòng cấp cứu, phòng lưu, phòng khám, phòng thực hiện kỹ thuật, thủ thuật (nếu thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật).	KKB	HCQT	1. Sơ đồ mặt bằng khoa Khám bệnh 2. Danh mục các phòng khám thuộc khoa KB 2.1. Nơi tiếp đón 2.2. Phòng cấp cứu (Quy trình công việc phòng cấp cứu)	Chưa đạt

				2.3. Phòng lưu (Quy trình công việc phòng lưu bệnh) 2.4. Phòng thực hiện thủ thuật, phẫu thuật (TMH, Mắt, RHM)	
3	3. Khoa lâm sàng: Đối với bệnh viện đa khoa: có tối thiểu hai trong bốn khoa nội, ngoại, sản, nhi.	TCCB		1. Sơ đồ mặt bằng của các khoa lâm sàng 2. Quyết định 94/QĐ – UBND ngày 08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp	Chưa đạt
4.	Khoa cận lâm sàng: có tối thiểu một phòng xét nghiệm và một phòng chẩn đoán hình ảnh.	CDHA	Khoa XN	1. Sơ đồ mặt bằng của các khoa cận lâm sàng. 2. Quyết định 94/QĐ – UBND ngày 08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp	Chưa đạt
5.	Khoa dược có các bộ phận: nghiệp vụ dược, kho và cấp phát, thống kê dược, thông tin thuốc và dược lâm sàng.	Dược	HCQT	Sơ đồ mặt bằng khoa dược hoặc văn bản phân công khoa dược được hiểu như sau: 1. Sơ đồ mặt bằng khoa dược 2. Quyết định 94/QĐ	Chưa đạt

				– UBND ngày 08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp 3. Quyết định thành lập các tổ: 3.1. Tổ nghiệp vụ được 3.2. Kho 3.3. Cấp phát thuốc 3.4. Thống kê 3.5. Thông tin thuốc 3.6. Dược lâm sàng	
6.	Khoa dinh dưỡng; bộ phận dinh dưỡng lâm sàng; người phụ trách công tác dinh dưỡng, người làm công tác dinh dưỡng.	Dinh dưỡng	TCCB & HCQT	1. Sơ đồ mặt bằng khoa Dinh dưỡng 2. Quyết định 94/QĐ – UBND ngày 08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp 3. QĐ bổ nhiệm Trưởng khoa dinh dưỡng 4. Bảng phân công nhiệm vụ của khoa Dinh dưỡng	Chưa đạt
7.	Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn; bộ phận kiểm soát nhiễm khuẩn;	KSNK	TCCB & HCQT	1. Sơ đồ mặt bằng khoa KSNK 2. Quyết định 94/QĐ – UBND ngày	Chưa đạt

	người làm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.			08/7/2025 của UBND tỉnh Đồng Tháp về việc Thành lập các tổ chức hành chính và các đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế tỉnh Đồng Tháp 3. QĐ bổ nhiệm Trưởng khoa KSNK 4. Danh sách nhân viên giám sát KSNK.	
8.	Các bộ phận chuyên môn khác trong bệnh viện phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn.	TCCB	-	Quyết định 977/QĐ-BVĐKCL ngày 25/9/2024 của Bệnh viện ĐKKV Cai Lậy về việc ban hành Quy chế làm việc của Bệnh viện ĐKKV Cai Lậy	Đã đạt
9.	Các phòng, bộ phận để thực hiện các chức năng về kế hoạch tổng hợp, tổ chức nhân sự, quản lý chất lượng, điều dưỡng, tài chính kế toán, công nghệ thông tin, thiết bị y tế và các chức năng cần thiết khác.				
III Tiêu chuẩn về nhân sự					
1.	Người hành nghề được phân công công việc phù hợp với phạm vi hành nghề được cấp có thẩm quyền phê duyệt.	KHTH	PĐD	Danh sách đăng ký hành nghề	Đã đạt
2.	Người hành nghề được cập nhật kiến thức y khoa liên tục.			Bản kê danh sách người hành nghề và thông tin cập nhật kiến thức y khoa liên	

				tục bảo đảm các thông tin sau: họ và tên, số giấy phép hành nghề, phạm vi hành nghề, vị trí công tác, văn bằng/chứng chỉ/chứng nhận đào tạo, tập huấn	
IV	Tiêu chuẩn về thiết bị y tế				
1.	Thiết bị y tế để thực hiện kỹ thuật thuộc phạm vi hoạt động chuyên môn đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt và có hồ sơ quản lý đối với các thiết bị đó.	VTTBYT	KHTH	Danh mục thiết bị y tế tương ứng với danh mục kỹ thuật (chỉ kê khai các thiết bị y tế đủ điều kiện là tài sản cố định). Danh mục được kê khai theo hướng mỗi kỹ thuật hoặc nhóm kỹ thuật phải có thiết bị y tế tương ứng.	Đã đạt
2.	Quy chế quản lý, sử dụng, kiểm tra, bảo dưỡng, bảo trì, sửa chữa, thay thế vật tư linh kiện, bảo quản thiết bị y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.		TCCB	Quy chế do bệnh viện phê duyệt.	Đã đạt
3.	Quy trình về sử dụng, vận hành, sửa chữa, bảo dưỡng đảm bảo chất lượng thiết bị y tế.		Khoa LS, CLS, QLCL	Quy trình do bệnh viện phê duyệt.	Đã đạt
4.	Thiết bị y tế thuộc danh mục phải kiểm định, hiệu chuẩn được kiểm định, hiệu chuẩn theo quy định.		LS	Tài liệu chứng minh kết quả kiểm định, hiệu chuẩn.	Đã đạt
5.	Bộ phận và nhân sự thực hiện nhiệm vụ			Văn bản phân công bộ phận và nhân sự	Đã đạt

	quản lý việc sử dụng, kiểm tra, bảo dưỡng, bảo trì, sửa chữa, kiểm định, hiệu chuẩn thiết bị y tế.	VTTBYT		thực hiện nhiệm vụ phòng	
V. Tiêu chuẩn về chuyên môn					
1.	Điều trị nội trú, tổ chức trực chuyên môn 24/24 giờ của tất cả các ngày.	KHTH	PĐD, TCCB	1. Giấy phép hoạt động của Bệnh viện 2. Thông tin về số lượt người bệnh điều trị nội trú trong năm (Báo cáo hoạt động của Bệnh viện) 3. Lịch trực.	Đã đạt
2.	Quy trình khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú.	KKB	KHTH & QLCL & ĐD	Quy trình khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú do bệnh viện phê duyệt	Đã đạt
3.	Phổ biến, áp dụng và xây dựng quy trình chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh:				
3.1	Phổ biến các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.	KHTH	Lâm sàng	Tài liệu minh chứng việc phổ biến quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế hoặc Bệnh viện ban hành trong chu kỳ đánh giá cho các đối tượng phù hợp	Đã đạt
3.2	Phổ biến các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.		Lâm sàng	Tài liệu minh chứng việc phổ biến các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị do Bộ Y tế hoặc Bệnh viện ban hành trong chu kỳ đánh giá cho các đối tượng phù hợp	Đã đạt
3.3	Áp dụng các quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.	KHTH	Lâm sàng	Văn bản của Bệnh viện về việc chỉ đạo tuân thủ thực hiện các quy trình kỹ thuật	Đã đạt

3.4	Áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị do Bộ Y tế hoặc bệnh viện ban hành.		Lâm sàng	Văn bản của Bệnh viện về việc chỉ đạo tuân thủ thực hiện hướng dẫn chẩn đoán và điều trị	Đã đạt
3.5	Tập huấn hoặc phổ biến hoặc có chỉ đạo về việc tuân thủ các quy định trong kê đơn thuốc.	Khoa Dược	Lâm sàng	Giấy mời tập huấn hoặc nội dung tập huấn được ghi nhận trong biên bản họp, văn bản tài liệu phổ biến, văn bản chỉ đạo	Đã đạt
4.	Quản lý chất lượng				
4.1	Thành lập hệ thống quản lý chất lượng.	QLCL	22 khoa, phòng	1. Văn bản quyết định thành lập Hội đồng quản lý chất lượng, mạng lưới quản lý chất lượng, 2. Quyết định phân công cán bộ làm công tác quản lý chất lượng do bệnh viện phê duyệt	Đã đạt
4.2	Quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.			Văn bản ban hành quy chế do bệnh viện phê duyệt.	Đã đạt
4.3	Kế hoạch/ đề án cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện cho năm hiện tại hoặc cho giai đoạn từ một đến ba năm tiếp theo.			Kế hoạch cải tiến chất lượng chung của toàn bệnh viện	Đã đạt
4.4	Chỉ số chất lượng bệnh viện và kết quả đo lường.	QLCL	22 khoa, phòng	1. Kế hoạch thực hiện chỉ số chất lượng 2. Báo cáo kết quả chỉ số chất lượng	Đã đạt

4.5	Quản lý chất lượng xét nghiệm gồm: kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm, xây dựng quy trình hướng dẫn, tập huấn cho nhân viên liên quan, đánh giá thực hiện kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm.	XN	QLCL	1. Kế hoạch quản lý chất lượng xét nghiệm do BV ban hành 2. Văn bản ban hành các quy trình các quy trình, tài liệu, hướng dẫn liên quan được Lãnh đạo phê duyệt và triển khai thực hiện	Đã đạt
4.6	Báo cáo sự cố y khoa.	QLCL	22 khoa, phòng	Các hình thức ghi nhận và báo cáo sự cố y khoa theo quy định tại Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm cả các giải pháp phòng ngừa tái diễn: 1. Kế hoạch triển khai Thông tư số 43/2018/Tt-BYT ngày 26/12/2018 của BYT 2. Báo cáo kết quả sự cố theo Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26/12/2018 của BYT	Đã đạt
5.	Kiểm soát nhiễm khuẩn bao gồm: tổ chức, phân công nhiệm vụ; xây dựng quy trình.	KSNK	TCCB & QLCL	Văn bản ban hành các quy trình do lãnh đạo bệnh viện phê duyệt: 1. Kiểm soát nhiễm khuẩn đối với đồ vải, dụng cụ, thiết bị sử dụng lại,	Đã đạt

				2. Kiểm soát nhiễm khuẩn đối với phòng mổ; 3. Quy trình vệ sinh bề mặt môi trường; 4. Quy trình vệ sinh tay thường quy và ngoại khoa.	
--	--	--	--	---	--

III. Nhận xét

3.1. Ưu điểm

Tất cả các bộ phận đầu mối phụ trách thực hiện tiêu chí/tiêu chuẩn chủ động thực hiện nhiệm vụ.

3.2. Hạn chế

Một số nội dung đã đăng ký thực hiện trong quý 2/2025 chưa hoàn thành cụ thể như sau:

* Tiêu chí chất lượng

- Tập huấn giao tiếp ứng xử, cam kết thực hiện quy tắc ứng xử giữa khoa lâm sàng với Giám đốc bệnh viện, tập huấn 5S, triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa (Mục tiêu hoàn thành trước tháng 6/2025, trách nhiệm phòng QLCL-CTXH).

- Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa/phòng rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa một số khoa phòng chưa hoàn chỉnh (Mục tiêu hoàn thành trước tháng 7/2025, trách nhiệm khoa lâm sàng phối hợp với phòng HCQT).

- Chưa có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí trong khoa dược và xác định nhu cầu nhân lực khoa dược (Mục tiêu hoàn thành trước tháng 7/2025, trách nhiệm khoa Dược).

* Tiêu chuẩn chất lượng

- Tiêu chuẩn II.2 của KKB chưa có phòng cấp cứu và phòng lưu (Mục tiêu hoàn thành tháng 7/2025 trách nhiệm phòng KHTH & KKB).

- Chưa có sơ đồ mặt bằng theo yêu cầu của “Tài liệu chứng minh theo yêu cầu của phần mềm” của một số tiêu chuẩn chất lượng cơ bản (Mục tiêu hoàn thành trước tháng 7/2025, trách nhiệm khoa lâm sàng phối hợp với phòng HCQT).

IV. Phương hướng nhiệm vụ quý 3/2025

4.1. Mục tiêu

- Thống nhất tiêu chí A2.4 hạ từ mức 4 còn mức 3 do Bệnh viện chưa trang bị máy nước nóng và lạnh cho phòng tắm của NB nên điểm trung bình của 79 tiêu chí chất lượng giảm 0.01 điểm so với kế hoạch số 184/KH-BVĐKCL ngày 10/3/2025 là 4.07/5 điểm, điểm cụ thể là 4.06/5 điểm).

- Điểm trung bình chung quý 3/2025 đạt: 4.06/4.06 điểm.

Kết quả	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5	Tổng số tiêu chí	Điểm trung bình
Kế hoạch năm 2025	0	1	9	37	32	79	4.07
Kết quả quý 1/2025	7	22	25	18	7	79	2.83
Kết quả quý 2/2025	2	10	23	34	10	79	3.36
Dự kiến quý 3/2025	0	1	10	36	32	79	4.06

- Tiêu chuẩn cơ bản: 43/43 tiêu chuẩn.

4.2. Nội dung thực hiện trong quý 3/2025

4.2.1. Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản

Stt	Tiêu chuẩn	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)
1.	II.2	KHTH & KKB	2.2. Phòng cấp cứu (Quy trình công việc phòng cấp cứu) 2.3. Phòng lưu (Quy trình công việc phòng lưu bệnh)	Tuần 4 (T8/2025)
2.	I.3.3.1	Khoa lâm sàng & HCQT	Hoàn thành sơ đồ mặt bằng	Tuần 4 T9/2025
3.	I.5	VTTBYT & Khoa lâm sàng	Tổng hợp danh sách xe nằm, xe ngồi của tất cả khoa lâm sàng → HCQT	Tuần 4 T9/2025
4.	I.1	TCCB & KHTH	Đề xuất cấp giấy phép hoạt động của Bệnh viện theo địa chỉ mới	Tuần 4 T9/2025

4.2.2. Tiêu chí chất lượng phiên bản 2.0

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
1.	A1.1	Khoa lâm sàng & HCQT	Trước lối vào mỗi khoa/phòng có biển tên khoa/phòng rõ ràng và dễ nhìn, có sơ đồ khoa, thể hiện rõ số phòng, vị trí phòng trong khoa			Tuần 4
2.	C1.2	HCQT	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.			Tuần 4
3.			Có chứng nhận về PCCC do cơ quan có thẩm quyền cấp (đối với công trình mới xây, cải tạo có biên bản nghiệm thu hệ thống PCCC do cơ quan có thẩm quyền cấp).			Tuần 4
4.			Có bản sơ đồ cửa và cầu thang thoát hiểm tại đầy đủ các hành lang.			Tuần 4
5.	B4.2	HCQT	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.			Tuần 4
6.	A2.4	HCQT	Khoa lâm sàng cung cấp nước uống, bao gồm nước nóng cho NB tại hành lang (hoặc ngay tại buồng bệnh).			Tuần 4
7.	B2.2	QLCL	Cam kết thực hiện quy tắc ứng xử giữa NVYT với lãnh đạo Bệnh viện về nâng cao tinh thần trách nhiệm, thái độ ứng xử, giao tiếp, y đức của NVYT với NB.	Tuần 3		
8.	A3.2	QLCL	Tổ chức giới thiệu và tập huấn phương pháp 5S cho nhân viên y tế			
9.	B2.2	QLCL	Tổ chức tập huấn nâng cao kỹ năng ứng xử, giao tiếp, y đức tại Bệnh viện cho NVYT.			

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
10.	A4.5	QLCL	Có báo cáo thống kê, phân tích các vấn đề NB thường xuyên phàn nàn, thắc mắc; tần số các khoa, phòng và NVYT có nhiều NB phàn nàn, thắc mắc hoặc khen ngợi để có giải pháp xử lý và xác định vấn đề ưu tiên cải tiến.	Tuần 4		
11.	D1.3	QLCL	Báo cáo tổng hợp người bệnh có ý kiến tích cực về phong cách và chất lượng dịch vụ KCB (dựa trên các kênh phản hồi thông tin của NB).			
12.	A3.2	QLCL	Báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S.		Tuần 4	
13.	D2.3	QLCL	Báo cáo giám sát việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật		Tuần 2	
14.	A4.6	QLCL	Có bản kế hoạch CTCL chung của BV, trong đó có xác định ưu tiên đầu tư, CTCL tại những khoa có tỷ lệ hài lòng thấp.	Tuần 4		
15.	B3.2	TCCB & QLCL	12. Bệnh viện lập hồ sơ vệ sinh lao động, đo kiểm tra môi trường lao động định kỳ		Tuần 4	
16.	D1.2	QLCL	Tiến hành đánh giá và công bố kết quả thực hiện các đề án CTCL riêng của từng khoa/phòng.			Tuần 4
17.	D2.1	QLCL	Rà soát và đánh giá dựa trên bảng kiểm việc thực hiện phòng ngừa các nguy cơ, diễn biến xấu xảy ra với NB tại các khu vực có nguy cơ cao hoặc đã xảy ra các sự cố, trong đó có phát hiện những nhược điểm cần khắc phục, phân tích các sự cố y khoa đã xảy ra	Tuần 4		
18.	D2.2	QLCL	Có tiến hành rà soát, đánh giá lại ít nhất 1 lần trong năm việc ghi chép, báo cáo về SCYK tại BV, trong đó xác định những việc đã làm, chưa làm		Tuần 4	

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
			được, hoặc chưa đạt yêu cầu và các mặt hạn chế cần khắc phục.			
19.	D2.3	QLCL	Có tiến hành giám sát việc áp dụng bảng kiểm ATPT, thủ thuật theo hình thức kiểm tra ngẫu nhiên, không báo trước tại các phòng phẫu thuật, phòng thủ thuật		Tuần 4	
20.	D2.3	QLCL	Xây dựng bản tin an toàn y tế định kỳ, ít nhất 2 lần trong 1 năm; trong bản tin có thông tin SCYK, các hướng dẫn, giải pháp phòng ngừa...			Tuần 4
21.	D2.4	QLCL	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 NB đang triển khai.			Tuần 4
22.			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.			Tuần 4
23.	B3.4	QLCL	Xây dựng các giải pháp cải tiến môi trường làm việc tích cực và nâng cao trình độ chuyên môn.			Tuần 4
24.			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 NVYT.			Tuần 4
25.	B1.1	TCCB	Đánh giá việc thực hiện kế hoạch phát triển nhân lực y tế hàng năm.			Tuần 4
26.	B1.3	TCCB	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			Tuần 4
27.	B2.3	TCCB	Có báo cáo đánh giá, nghiên cứu tình hình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn của BV, trong đó có đánh giá tình hình sử dụng nhân lực và kết quả			Tuần 4

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
			chuyên môn sau khi đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.			
28.	B3.3	TCCB	Hồ sơ sức khỏe của toàn bộ nhân viên BV được nhập và quản lý bằng phần mềm máy tính.		Tuần 4	
29.			Có các hình thức, phương tiện nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần cho NVYT như sân tập và dụng cụ thể thao hoặc khu thể thao.		Tuần 4	
30.			Có báo cáo về tình trạng sức khỏe NVYT của BV hàng năm.			Tuần 4
31.			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.			Tuần 4
32.			Kết quả phân tích có đưa ra được các cảnh báo nguy cơ bệnh tật cho các nhóm đối tượng NVYT.			Tuần 4
33.			Áp dụng kết quả phân tích vào can thiệp nâng cao tình trạng sức khỏe cho NVYT của BV.			Tuần 4
34.	B3.4	TCCB	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.		Tuần 4	
35.	C4.1	TCCB	Có quy hoạch trưởng khoa KSNK và có kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực KSNK.			Tuần 4
36.	B2.1	PĐD	Tổ chức hội thi tay nghề giỏi cho ĐD, hộ sinh, KTV		Tuần 4	
37.	C6.1	ĐD	Phòng ĐD xây dựng ít nhất 10 chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc NB và công tác ĐD, 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 NB, tỷ lệ ĐD			Tuần 4

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
			tham gia đào tạo liên tục, tỷ số ĐD/giường bệnh...			
38.			Tiến hành đo lường, đánh giá định kỳ (do BV tự quy định) kết quả thực hiện các chỉ số hàng tháng, hàng quý hoặc hàng năm.			Tuần 4
39.			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.			Tuần 4
40.			Phòng ĐD đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch hàng năm về hoạt động ĐD và nâng cao chất lượng chăm sóc NB, có báo cáo đánh giá, trong đó có chỉ ra những mặt hạn chế cần khắc phục.			Tuần 4
41.	C6.2	PĐD	Đánh giá (hoặc nghiên cứu) hiệu quả hoạt động TT-GDSK cho NB; 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.			Tuần 4
42.	A2.3	PĐD	Giường bệnh có đệm chiếm tỷ lệ 99% (trừ trường hợp NB yêu cầu được nằm chiếu hoặc chỉ định của bác sỹ không nằm đệm)			Tuần 4
43.			Triển khai hệ thống thông tin cải thiện chất lượng BV: có đầy đủ các thông tin, dữ liệu về thời gian chờ đợi của NB, thời gian cấp phát thuốc cho NB, thời gian trả kết quả XN			Tuần 4
44.	C3.1	CNTT	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.			Tuần 4
45.			Có NC hoặc đánh giá về thực trạng quản lý thông tin BV, và chỉ ra được			Tuần 4

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
			những khó khăn, nhược điểm cần giải quyết.			
46.			Áp dụng kết quả đánh giá vào việc cải tiến chất lượng quản lý thông tin.			Tuần 4
47.	B3.4	KHTH	Có mời chuyên gia và nhân viên trẻ (trong và ngoài BV) báo cáo, trình bày chia sẻ kinh nghiệm trong các sinh hoạt khoa học định kỳ.		Tuần 4	
48.	C5.5	KHTH	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			Tuần 4
49.	B2.1	KHTH	Tổ chức hội thi tay nghề giỏi cho BS		Tuần 4	
50.	C9.1	Dược	Có bản mô tả vị trí việc làm cho các vị trí trong khoa dược và xác định nhu cầu nhân lực khoa dược		Tuần 4	
51.	C9.5	Dược	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 BV.	Tuần 4		
52.			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.		Tuần 4	
53.			Phát hành bản tin thông tin thuốc ít nhất 2 số/năm.			
54.			Tiến hành cải tiến chất lượng thông tin thuốc và ADR dựa trên kết quả đánh giá.		Tuần 4	
55.			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 BV, chỉ định dùng thuốc của BS, hướng dẫn điều trị và các quy trình chuyên môn khác trong BV.			Tuần 4

Stt	Tiêu chí	Bộ phận đầu mối	Nội dung thực hiện	Thời gian hoàn thành (dự kiến)		
				T7	T8	T9
56.	C9.6	Dược	Hội đồng thuốc có tổ chức tập huấn, đào tạo về sử dụng thuốc cho nhân viên trong BV ít nhất 2 lần/năm.	Tuần 4		
57.			NVYT được phổ biến và tuân thủ hướng dẫn điều trị.		Tuần 4	
58.			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.			Tuần 4
59.			Sử dụng kết quả phân tích, đánh giá sử dụng thuốc ABC/VEN cho việc cải tiến chất lượng xây dựng danh mục thuốc BV, quản lý và cung ứng thuốc.		Tuần 4	
60.			Hội đồng có tiến hành nghiên cứu đánh giá chi phí - hiệu quả điều trị của NB, có báo cáo kết quả đánh giá.		Tuần 4	
61.			Áp dụng các kết quả phân tích, đánh giá cho việc nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, giảm chi phí dùng thuốc của BV.			Tuần 4

Trên đây là báo cáo tự kiểm tra đánh giá chất lượng bệnh viện quý 2/2025 và phương hướng nhiệm vụ quý 3/2025, đề nghị khoa/phòng nghiêm túc phối hợp thực hiện. Trong quá trình thực hiện có khó khăn, vướng mắc báo trực tiếp về Phòng QLCL-CTXH để trình Ban Giám đốc kịp thời giải quyết./.

Nơi nhận:

- Các Phó Giám đốc (để biết và theo dõi);
- Khoa, phòng (thực hiện);
- Lưu: VT, QLCL.

Q.GIÁM ĐỐC



Nguyễn Văn Luận