

Số:../111../KH-TTYT

Giồng Riềng, ngày.11...tháng 02 năm 2025

KẾ HOẠCH
Cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2025

Căn cứ Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện;

Căn cứ Thông tư 35/2024/TT- BYT ngày 16 tháng 11 năm 2024 Quy định tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0);

Căn cứ Quyết định số 7482/QĐ- BYT ngày 18 tháng 12 năm 2018 của Bộ Y tế về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật.

Nhằm tiến hành các hoạt động cải tiến và nâng cao hơn nữa chất lượng cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả và đem lại sự hài lòng cho người bệnh, người dân và nhân viên y tế, đồng thời phù hợp với tình hình hiện tại của đơn vị.

Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng xây dựng Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2025 với các nội dung cụ thể như sau:

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung

- Lấy người bệnh làm trung tâm, tạo sự chuyển biến có tính bền vững nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng sự hài lòng người bệnh.
- Đảm bảo công tác cải tiến chất lượng là nhiệm vụ xuyên suốt, thường xuyên và liên tục, khắc phục những tồn tại trong quản lý chất lượng sau đợt kiểm tra cuối năm.
- Tiếp tục các hoạt động cải tiến chất lượng nhằm đáp ứng các nhu cầu dịch vụ y tế chất lượng cao đem lại sự hài lòng của người bệnh, nhân viên y tế phù hợp với điều kiện của Trung tâm.

2. Mục tiêu cụ thể

- Mục tiêu 1: nâng cao chất lượng bệnh viện dựa theo Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0), tăng số điểm trung bình chung > 3,45.

- Mục tiêu 2: duy trì và nâng cao tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

- Mục tiêu 3: phân tích các vấn đề chất lượng, triển khai các hoạt động cải thiện chất lượng hướng tới sự an toàn người bệnh, phòng ngừa sự cố y khoa, nâng cao sự hài lòng của người dân và nhân viên y tế.

3. Phạm vi áp dụng

- Tất cả viên chức, người lao động trong Trung tâm tham gia nâng cao chất lượng bệnh viện.

- Đảm bảo cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định.

II. TỔ CHỨC THỰC HIỆN VÀ ĐÁNH GIÁ CÁC CHỈ TIÊU CẦN ĐẠT CỦA TỪNG MỤC TIÊU

STT	Nội dung	Giải pháp	Đơn vị thực hiện		Thời gian thực hiện	Kết quả
			Chủ trì	Phối hợp		
Mục tiêu 1: nâng cao chất lượng bệnh viện dựa theo Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0), tăng số điểm trung bình chung > 3,45						
01	Nâng cao điểm trung bình chung bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam	- Khắc phục những hạn chế trong kỳ báo cáo gần nhất - Thực hiện các hoạt động theo kế hoạch đề ra - Duy trì điểm mức 4, mức 5 đối với các tiêu chí đã đạt được (kèm theo phụ lục I) - Tăng mức các tiêu chí mức 1, mức 2	Hội đồng QLCL	Phòng, Khoa	Tháng 11	Tăng điểm trung bình chung chất lượng bệnh viện từ 3,45 lên 3,50

		(kèm phụ lục II)				
02	Phân công nhiệm vụ cụ thể việc thực hiện các tiêu chí trong bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.	Căn cứ vào chức năng nhiệm vụ của từng Phòng, Khoa: xác định tiêu chí phù hợp, phân công phụ trách, đảm bảo chất lượng theo kế hoạch (kèm phụ lục III).	Hội đồng QLCL	Phòng, Khoa	Tháng 02	Có bảng phân công nhiệm vụ cụ thể cho các Phòng/Khoa thực hiện tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.
03	Kiểm tra đánh giá thực hiện	Các khoa, phòng được phân công theo các tiêu chí đánh giá chất lượng Bệnh viện của Bộ Y tế rà soát, xem xét lại những mặt cần khắc phục và tiếp tục phát huy những thế mạnh	Hội đồng QLCL	Phòng, Khoa	06 tháng	Có báo cáo kết quả đánh giá hoặc lồng ghép vào báo cáo quý để báo cáo tình hình hoạt động, những ưu, nhược điểm, tiến độ thực hiện, đề xuất phương án cải tiến
		Định kỳ 6 tháng/lần tiến hành kiểm tra, đánh giá việc thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng và có báo cáo kết quả đánh giá hoặc lồng	Hội đồng QLCL	Phòng, Khoa	Mỗi 06 tháng	Có báo cáo kết quả đánh giá hoặc lồng ghép vào báo cáo quý để báo cáo tình hình hoạt động, những ưu, nhược điểm,

		ghép vào báo cáo quý để báo cáo tình hình hoạt động, những cải tiến, đề xuất của khoa phòng mình trình lãnh đạo xem xét, chỉ đạo				tiến độ thực hiện, đề xuất phương án cải tiến
--	--	--	--	--	--	---

Mục tiêu 2: duy trì và nâng cao tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

01	Duy trì thực hiện 5S	Xây dựng kế hoạch thực hiện 5S cho toàn Trung tâm	Hội đồng QLCL	Phòng Điều dưỡng	Tháng 03	Kế hoạch thực hiện
		Thực hiện kế hoạch đã xây dựng	Phòng, Khoa	Phòng, Khoa	Tháng 03	Các khoa phòng cùng thực hiện 5S
		Giám sát thực hiện đánh giá hàng năm	Hội đồng QLCL	Phòng Điều dưỡng	Hàng năm	Báo cáo đánh giá năm
02	Đánh giá bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật	- Rà soát, chỉnh sửa và bổ sung quy trình, quy định đảm bảo an toàn phẫu thuật - Duy trì thực hiện bảng kiểm chuẩn bị trước mổ, an toàn phẫu thuật - Giám sát	Hội đồng QLCL	Khoa PTGMHS	Mỗi 6 tháng	Kết quả đánh giá bộ chỉ số đạt mức 3

		đánh giá bộ tiêu chí theo quý				
<i>Mục tiêu 3: phân tích các vấn đề chất lượng, triển khai các hoạt động cải thiện chất lượng hướng tới sự an toàn người bệnh, phòng ngừa sự cố y khoa, nâng cao sự hài lòng của người dân và nhân viên y tế</i>						
01	Phân tích các vấn đề chất lượng	Hội đồng, các thành viên theo chức năng nhiệm vụ thực hiện hoạt động kiểm tra, giám sát việc tuân thủ thực hành và có báo cáo mỗi 6 tháng những tồn tại, hạn chế, vấn đề ưu tiên trong hoạt động KCB về HĐ QLCL	Hội đồng QLCL	Phòng, Khoa	Mỗi 6 tháng	Báo cáo
		Thư ký HĐ QLCL tổng hợp, xác định vấn đề ưu tiên, trình Chủ tịch HĐ xem xét, xác định vấn đề ưu tiên	Hội đồng QLCL	Tổ QLCL	Mỗi 6 tháng	Báo cáo
		HĐ QLCL cùng phân tích vấn đề, đề xuất giải pháp, phòng ngừa và cải tiến những vấn đề chất	Phòng, Khoa	Tổ QLCL	Mỗi 6 tháng	Báo cáo

		lượng ưu tiên. Giao nhiệm vụ cho các khoa, phòng liên quan triển khai thực hiện và báo cáo kết quả tại những kỳ họp sau				
02	An toàn người bệnh	Rà soát xây dựng bổ sung những quy định liên quan đến an toàn người bệnh	HĐ QLCL	Phòng, Khoa	Hàng năm	Văn bản xây dựng
		Đánh giá tỷ lệ tuân thủ các quy trình kỹ thuật	HĐ QLCL	Thành viên được phân công	6 tháng	Báo cáo đánh giá
		Đánh giá tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật	Khoa GMHS	Thành viên được phân công	6 tháng	Báo cáo đánh giá
		Đánh giá tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT	Phòng Điều dưỡng, Khoa KSNK	Phòng, Khoa	6 tháng	Báo cáo đánh giá
03	Phòng ngừa sự cố y khoa	Tập huấn phòng ngừa, phát hiện sự cố	HĐ QLCL	Thành viên được phân công	6 tháng	Kế hoạch, danh sách tập huấn
		Duy trì báo cáo SCYK	Phòng, Khoa	Thành viên QLCL	6 tháng	
		Tiến hành phân tích tìm	HĐ QLCL	Phòng, Khoa	Hàng năm	Biên bản phân tích

		nguyên nhân gốc rễ những vấn đề ưu tiên và có ít nhất 1 vấn đề ưu tiên sau khi phân tích nguyên nhân được bệnh viện/ HĐ QLCL triển khai khắc phục/cải tiến				sự cố, đưa ra khuyến nghị, bản tin an toàn người bệnh
04	Nâng cao sự hài lòng của người bệnh, người nhà và NVYT	Xây dựng kế hoạch khảo sát Người bệnh nội trú, ngoại trú và NVYT	Phòng Điều dưỡng, Phòng Tổ chức	Các khoa	Hàng quý đối với người bệnh, 6 tháng đối với NVYT	Kế hoạch thực hiện
		Xác định vấn đề ưu tiên, đề xuất giải pháp khắc phục hạn chế	Tổ QLCL	Phòng, Khoa	Hàng năm	Báo cáo, kế hoạch cải tiến

III. THỰC HIỆN CHỈ SỐ ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN THỰC HIỆN NĂM 2025

STT	Tên chỉ số đo lường	Mục tiêu	Phân công thực hiện	Kết quả đầu ra
01	Số sự cố y khoa nghiêm trọng	< 5%	P. KHNV	Báo cáo chung
02	Thời gian nằm viện trung	≤ 7 ngày	P. KHNV	Báo cáo chung

	bình			
03	Công suất sử dụng giường bệnh thực tế	> 85%	P. KHNH	Báo cáo chung
04	Tỷ lệ chuyển lên tuyến trên khám chữa bệnh	≤ 2,5%	P. KHNH	Báo cáo chung
05	Tỷ lệ tai nạn thương tích do vật sắc nhọn	< 5%	- K. Cấp cứu - K. KSNK	Báo cáo chung
06	Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế	> 90%	Phòng Tổ chức	Báo cáo chung
07	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú với dịch vụ khám chữa bệnh	> 95%	Phòng Điều dưỡng	Báo cáo chung
08	Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú với dịch vụ khám chữa bệnh	> 95%	Phòng Điều dưỡng	Báo cáo chung

IV. XÂY DỰNG ĐỀ ÁN THỰC HIỆN CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN NĂM 2025

Nhằm đạt được mục tiêu 3 phân tích các vấn đề chất lượng, triển khai các hoạt động cải thiện chất lượng hướng tới sự an toàn người bệnh, phòng ngừa sự cố y khoa, nâng cao sự hài lòng của người dân và nhân viên y tế cần thực hiện 03 đề án cụ thể như sau:

1. Thực theo nội dung mục tiêu 3 hướng tới sự hài lòng của người dân cần thực hiện “*đề án cải tiến quy trình khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú*”.

- Kinh phí thực hiện: từ kinh phí hoạt động của Trung tâm.

- Phòng/Khoa thực hiện: Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ, Phòng Điều dưỡng, Khoa Khám bệnh.

2. Thực theo nội dung mục tiêu 3 phòng ngừa sự cố y khoa cần thực hiện “*đề án đảm bảo an toàn người bệnh*”.

- Kinh phí thực hiện: từ kinh phí hoạt động của Trung tâm.

- Phòng/Khoa thực hiện: Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ, Phòng Điều dưỡng, Phòng Hành chính, các khoa lâm sàng.

3. Thực theo nội dung mục tiêu 3 phòng ngừa sự cố y khoa cần thực hiện “*đề án phòng ngừa sự cố y khoa*”.

- Kinh phí thực hiện: từ kinh phí hoạt động của Trung tâm.

- Phòng/Khoa thực hiện: Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ, Phòng Điều dưỡng, các khoa lâm sàng cận lâm sàng.

V. KINH PHÍ THỰC HIỆN

Từ kinh phí hoạt động của Trung tâm và các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

1. Dự kiến kinh phí để thực hiện các tiêu chí chất lượng khám bệnh, chữa bệnh: 200.000.000 đồng *(riêng một số tiêu chí chưa dự trù được kinh phí sẽ báo cáo kinh phí vào cuối năm khi thực hiện xong).*

2. Dự trù kinh phí tập huấn về chất lượng bệnh viện: *(do Ban Giám đốc quyết định và thanh toán theo Quy chế chi tiêu nội bộ của đơn vị).*

3. Dự trù kinh phí mua vật dụng phục vụ Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện: 2.000.000 đồng.

4. Dự trù kinh phí khen thưởng:

4.1. Khen thưởng cho thành viên được giao thực hiện các tiêu chí:

- Tiêu chí giữ mức so với năm 2024, thưởng 200.000 đồng/tiêu chí.
- Tiêu chí tăng mức so với năm 2024:
 - + Tăng một mức, thưởng: 400.000 đồng/tiêu chí.
 - + Tăng hai mức, thưởng: 600.000 đồng/tiêu chí.
 - + Tăng ba mức, thưởng: 800.000 đồng/tiêu chí.

4.2. Khen thưởng cho Tổ quản lý chất lượng bệnh viện

Kinh phí khen thưởng cho Tổ quản lý chất lượng bệnh viện bằng 80% tổng kinh phí khen thưởng cho tất cả cá nhân thực hiện tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam (phiên bản 2.0) và được chia đều cho thành viên trong Tổ.

VI. THỜI GIAN THỰC HIỆN

- Xây dựng và triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện trong tháng 02 năm 2025.

- Tổ chức tự đánh giá cải tiến chất lượng bệnh viện 6 tháng đầu năm: dự kiến cuối tháng 6.

- Tổ chức tự đánh giá kết quả thực hiện cải tiến chất lượng bệnh viện cuối năm: dự kiến tháng 11.

- Sở Y tế phúc tra kết quả đánh giá cải tiến chất lượng bệnh viện: theo thông báo của Sở Y tế.

VII. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện

- Tổ chức triển khai chủ trương chất lượng bệnh viện tại đơn vị, mục tiêu chất lượng và các hoạt động liên quan đến quản lý và cải tiến chất lượng bệnh viện tới các Phòng, Khoa và cá nhân có liên quan.

- Giám sát, kiểm soát, đánh giá kết quả thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng, quản lý chất lượng của các Phòng, Khoa và cá nhân được phân công.

- Chỉ đạo hoạt động quản lý và cải tiến chất lượng của bệnh viện tại các cuộc họp Hội đồng.

2. Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện

- Tham mưu cho Hội đồng Quản lý chất lượng bệnh viện xây dựng chính sách chất lượng, mục tiêu chất lượng và kế hoạch đảm bảo cho các hoạt động cải tiến chất lượng.

- Làm đầu mối triển khai thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện, xây dựng các hoạt động cụ thể trình Ban Giám đốc phê duyệt.

- Phối hợp, hướng dẫn, các đơn vị triển khai các hoạt động cải tiến; theo dõi, giám sát và báo cáo lãnh đạo bệnh viện tiến độ và kết quả thực hiện kế hoạch cải tiến chất lượng. Thực hiện đánh giá chất lượng định kỳ và đột xuất.

3. Phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Phòng Điều dưỡng

- Chủ trì và phối hợp với các Phòng, Khoa có liên quan trong triển khai kiểm tra, giám sát các lĩnh vực chuyên môn, cải tiến chất lượng, các quy trình, các hoạt động có liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh.

- Tham mưu Ban Giám đốc kiện toàn Hội đồng: Chuyên môn, Khoa học kỹ thuật, Điều dưỡng,... làm đầu mối thống nhất, xây dựng và ban hành những quy trình, quy định, hướng dẫn, bảng kiểm về chuyên môn.

4. Phòng Hành chính

- Tổng hợp và tham mưu cho Ban Giám đốc kịp thời tổ chức các hoạt động mua sắm các trang thiết bị, dụng cụ phục vụ hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Xây dựng và triển khai các quy trình liên quan đến lĩnh vực hành chính.

5. Phòng Tài chính - Kế toán

- Thực hiện kiểm soát các hợp đồng, các nguồn chi cho hoạt động liên quan đến cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Hướng dẫn thủ tục thanh quyết toán đảm bảo đúng nguyên tắc tài chính và các quy định hiện hành.

6. Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn

- Tham mưu Ban Giám đốc kiện toàn và duy trì hoạt động của Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Triển khai thực hiện các quy định tại Thông tư số 16/2018/TT-BYT ngày 20 tháng 7 năm 2018 và Thông tư 20/2021/TT- BYT ngày 26 tháng 11 năm 2021 của Bộ Y tế.

7. Khoa Dược - TTB - VTYT

Tham mưu với Lãnh đạo Trung tâm Y tế kiện toàn và nâng cao năng lực hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị.

8. Các Phòng, Khoa

Triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện theo chức năng nhiệm vụ được giao.

Lưu ý: đối với Phòng, Khoa và cá nhân có tiêu chí không hoàn thành so với mức đăng ký đầu năm, tùy theo mức độ và tính chất (khách quan, chủ quan) có thể đưa vào tiêu chí xét thi đua cuối năm cho cá nhân phụ trách tiêu chí, lãnh đạo và tập thể Phòng, Khoa có liên quan.

Trên đây là Kế hoạch cải tiến chất lượng bệnh viện năm 2025 của Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng. Đề nghị các Phòng, Khoa và cá nhân có liên quan thực hiện tốt kế hoạch này. Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc liên hệ về Tổ quản lý chất lượng bệnh viện (CNDD. Huỳnh Tấn Phong - Tổ phó Tổ quản lý chất lượng bệnh viện, SĐT: 0374.641.034) để tổng hợp và xin ý kiến Ban Giám đốc chỉ đạo. /

Nơi nhận:

- Sở Y tế (B/C);
- Ban Giám đốc TTYT;
- Thành viên HĐQTCLBV;
- Thành viên Tổ QLCLBV;
- Mạng lưới CLB;
- Phòng, Khoa;
- Lưu: VT, Tổ QLCLBV.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



PCT. HỘI ĐỒNG QLCLBV
HUỖNH MINH GIÀU

SỞ Y TẾ KIÊN GIANG
TTYT HUYỆN GIỒNG RIỀNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHỤ LỤC I

Danh sách tiêu chí đạt mức 4, mức 5 năm 2024
*(kèm theo kế hoạch số 1111/KH-TTYT ngày 11 tháng 02 năm 2025
 của Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng)*

STT	Mã số tiêu chí	Mức đạt	
		Mức 4	Mức 5
01	A1.1		x
02	A3.2		x
03	A4.4		x
04	A3.2		x
05	A2.1	x	
06	A2.4	x	
07	A2.5	x	
08	C1.1	x	
09	D2.5	x	
10	A4.3	x	
11	A3.1	x	
12	C3.2	x	
13	C1.2	x	
14	A4.5	x	
15	C2.2	x	
16	A2.2	x	
17	A3.2	x	
18	C7.4	x	

19	A1.2	x	
20	A1.3	x	
21	A1.5	x	
22	A1.6	x	
23	C4.1	x	
24	C4.2	x	
25	C6.2	x	
26	B34.	x	
27	A4.6	x	
28	B4.4	x	
29	A4.1	x	
30	B3.2	x	
31	D2.4	x	
32	C5.4	x	
33	E2.1	x	
34	A4.2	x	
35	C2.1	x	
36	A1.4	x	
37	E1.2	x	
Tổng số: 37 tiêu chí		33	04

PHỤ LỤC II

Danh sách tiêu chí mức 1, mức 2 đăng ký tăng mức chất lượng năm 2025
(kèm theo kế hoạch số 1111../KH-TTYT ngày 11 tháng 02 năm 2025
của Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng)

STT	Mã số tiêu chí	Mức đạt năm 2024	Mức đăng ký năm 2025
01	C4.3	2	3
02	C7.1	2	3
03	C8.2	1	3
04	D1.2	2	3
Tổng số: 04 tiêu chí			

PHỤ LỤC III

**Bảng phân công Phòng, Khoa phụ trách thực hiện
tiêu chí chất lượng bệnh viện năm 2025**
(kèm theo kế hoạch số 444../KH-TTYT ngày 11 tháng 02 năm 2025
của Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng)

STT	Đơn vị phụ trách	Mã số tiêu chí	Tổng số tiêu chí
01	P. Kế hoạch - Nghiệp vụ	B4.1; C10.1; C10.2; A4.2; C2.1; C5.5; C5.3; D3.1; D3.3; C5.2; D1.3; D2.2; D3.2; C3.1; C2.2; C3.2; B3.3	17
02	Phòng Tổ chức	A4.5; B1.2; B2.3; B4.3; B1.1; B1.3; B2.2; B3.4; B2.1; B4.4	10
03	Phòng Hành chính	A1.1; A2.1; A2.4; A2.5; A3.1; C1.1; D2.1; D2.5; C1.2; B4.2	10
04	P. Tài chính - Kế toán	A4.3; A4.4	02
05	Phòng Điều dưỡng	A3.2; C6.1; A4.1; D2.4; B3.2; D1.2; D1.1; C6.2; C6.3; A4.6	10
06	Khoa Khám bệnh	A1.2; A1.3; A1.5; A1.6	04
07	Khoa KSNK	A2.2; A2.3; C4.1; C4.2; C4.3; C4.4; C4.5	07
08	K. Dược - TTB - VTYT	C9.1; C9.2; C9.5, C9.6; C9.3; C9.4	06
09	Khoa PTGMHS	D2.3	01
10	Khoa CSSKSS	E1.1; E1.2; E1.3	03
11	Khoa Nhi	E2.1	01
12	Khoa Cấp cứu	A1.4	01

13	K. YTCC và Dinh dưỡng	C7.1; C7.2; C7.3; C7.4; C7.5	05
14	Khoa Xét nghiệm	C8.1; C8.2	02
Tổng số: 14 đơn vị với 79 tiêu chí			