

Số: /KH-BVHH

Hoàng Hoá, ngày tháng năm 2026

KẾ HOẠCH

Triển khai thực hiện Thông tư số 25/2026/TT-BYT và nâng cao chất lượng phòng xét nghiệm y học năm 2026 – 2027

I. CĂN CỨ XÂY DỰNG KẾ HOẠCH

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15;

Căn cứ Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Thông tư số 25/2026/TT-BYT ngày 30/6/2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 01/2013/TT-BYT, Thông tư số 32/2023/TT-BYT, Thông tư số 23/2024/TT-BYT và Thông tư số 42/2025/TT-BYT; trong đó quy định sửa đổi nội dung Phụ lục XII về danh mục kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh của người hành nghề chức danh điều dưỡng;

Căn cứ Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học”;

Căn cứ Thông tư số 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ kết quả đánh giá mức chất lượng Phòng Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Hoàng Hóa ngày 13/5/2026, theo đó Phòng Xét nghiệm được đánh giá đạt 100% điểm theo bảng kiểm và kết luận mức chất lượng 2;

Căn cứ chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tình hình thực tế của Bệnh viện Đa khoa Hoàng Hóa;

Bệnh viện Đa khoa Hoàng Hóa xây dựng Kế hoạch triển khai thực hiện Thông tư số 25/2026/TT-BYT và nâng cao chất lượng Phòng Xét nghiệm y học năm 2026–2027 như sau:

II. MỤC ĐÍCH

1. Mục đích chung

Triển khai kịp thời, thống nhất và có hiệu quả các quy định mới của Bộ Y tế; đặc biệt là các quy định liên quan đến danh mục kỹ thuật chuyên môn của chức danh điều dưỡng tại Phụ lục XII, bảo đảm việc thực hiện kỹ thuật tại bệnh viện đúng phạm vi chuyên môn, trình độ đào tạo, năng lực, kinh nghiệm và trách nhiệm của từng người hành nghề.

Đồng thời rà soát toàn diện thực trạng quản lý chất lượng Phòng Xét nghiệm theo Quyết định số 2429/QĐ-BYT, xác định chính xác các tiêu chí đã đạt, chưa đạt, đạt nhưng chưa đủ bằng chứng và các tiêu chí bắt buộc để đạt mức 3; xây dựng lộ trình khắc phục, hoàn thiện hồ sơ, đào tạo nhân lực, đầu tư trang thiết bị và cải tiến quy trình nhằm đưa Phòng Xét nghiệm từ mức 2 lên mức 3.

2. Mục tiêu cụ thể

2.1. Đối với triển khai Thông tư số 25/2026/TT-BYT

- 100% các khoa, phòng có điều dưỡng thực hiện rà soát danh mục kỹ thuật thuộc Phụ lục XII.
- Xác định cụ thể các kỹ thuật:
 - + Đang thực hiện thường xuyên;
 - + Đang thực hiện nhưng chưa được phân công bằng văn bản;
 - + Chưa thực hiện nhưng có khả năng triển khai trong thời gian gần;
 - + Kỹ thuật định hướng phát triển trong thời gian tới;
 - + Kỹ thuật có dấu “*” cần đánh giá riêng về trình độ, năng lực, kinh nghiệm và điều kiện đào tạo.
- Xây dựng danh sách điều dưỡng theo từng khoa và từng kỹ thuật có đủ điều kiện thực hiện.
- Đánh giá nhu cầu đào tạo, đào tạo bổ sung và đào tạo chuyên sâu đối với từng kỹ thuật.
- Trình Giám đốc thành lập Hội đồng/nhóm thẩm định chuyên môn để xem xét năng lực thực hiện kỹ thuật của từng điều dưỡng.
- Tham mưu Giám đốc ban hành quyết định hoặc văn bản phân công/cho phép từng điều dưỡng thực hiện các kỹ thuật thuộc phạm vi được phép.
- Không để xảy ra tình trạng điều dưỡng thực hiện kỹ thuật khi chưa xác định rõ phạm vi, năng lực hoặc chưa được phân công theo quy định.

2.2. Đối với Phòng Xét nghiệm

- Duy trì các kết quả đã đạt được.
- Rà soát lại 12 chương của Bộ tiêu chí 2429/QĐ-BYT.
- Xác định đầy đủ các tiêu chí bắt buộc để đạt mức 3.

- Hoàn thiện hồ sơ, tài liệu, quy trình, bằng chứng còn thiếu.
- Duy trì và nâng cao chất lượng nội kiểm, ngoại kiểm, quản lý trang thiết bị, hóa chất, sinh phẩm, nhân sự, an toàn sinh học và quản lý thông tin.
- Xây dựng bộ chỉ số chất lượng xét nghiệm và theo dõi định kỳ.
- Thực hiện cải tiến liên tục trên cơ sở các điểm chưa phù hợp.
- Phân đầu tổ chức đánh giá lại và đủ điều kiện công nhận Phòng Xét nghiệm đạt mức 3.

III. YÊU CẦU

1. Việc triển khai phải thực hiện thống nhất trong toàn bệnh viện, lấy người bệnh làm trung tâm và bảo đảm an toàn người bệnh.
2. Việc phân công kỹ thuật cho điều dưỡng phải dựa trên:
 - Văn bằng chuyên môn;
 - Giấy phép hành nghề/phạm vi hành nghề theo quy định;
 - Chứng chỉ, chứng nhận đào tạo;
 - Kết quả đào tạo thực hành;
 - Năng lực thực tế;
 - Kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật;
 - Điều kiện nhân lực, trang thiết bị và quy trình chuyên môn của bệnh viện.
3. Đối với kỹ thuật có dấu “*”, trong thời gian từ ngày 01/7/2026 đến hết ngày 31/12/2029, người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh căn cứ trình độ chuyên môn, năng lực và kinh nghiệm của người hành nghề để quyết định bằng văn bản việc cho phép thực hiện; thời gian cho phép tối đa đến hết ngày 31/12/2029.
4. Từ ngày 01/01/2030, việc thực hiện kỹ thuật có dấu “*” phải đáp ứng yêu cầu về văn bằng chuyên khoa hoặc điều dưỡng trình độ đại học trở lên được đào tạo bổ sung kỹ thuật chuyên môn đó. Do đó, bệnh viện phải có kế hoạch đào tạo sớm, tránh tình trạng đến thời điểm 2030 mới thực hiện đào tạo.
5. Đối với Phòng Xét nghiệm, việc cải tiến chất lượng phải dựa trên bằng chứng cụ thể, hồ sơ thực tế và kết quả đánh giá; không đánh giá đạt chỉ dựa trên việc đã ban hành văn bản.

IV. NỘI DUNG VÀ TIẾN ĐỘ THỰC HIỆN

A. TRIỂN KHAI THÔNG TƯ SỐ 25/2026/TT-BYT

1. Phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư

Tổ chức phổ biến Thông tư số 25/2026/TT-BYT đến lãnh đạo các khoa, phòng, điều dưỡng trưởng và người hành nghề có chức danh điều dưỡng.

Tập trung quán triệt các nội dung:

- Quy định mới đối với kỹ thuật điều dưỡng;
- Ý nghĩa của dấu “+”;
- Kỹ thuật không đánh dấu;
- Kỹ thuật có dấu “*”;;
- Trách nhiệm của người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật;
- Trách nhiệm của khoa/phòng và từng cá nhân;
- Yêu cầu đào tạo, đánh giá năng lực trước khi giao kỹ thuật.

Thông tư quy định kỹ thuật đánh dấu “+” là kỹ thuật sơ cứu, cấp cứu, điều dưỡng các trình độ đào tạo đều được thực hiện và chỉ định thực hiện; kỹ thuật không đánh dấu là kỹ thuật điều dưỡng các trình độ đào tạo đều có thể thực hiện và/hoặc ra chỉ định; kỹ thuật đánh dấu “*” có yêu cầu đặc biệt về trình độ, đào tạo và việc cho phép thực hiện bằng văn bản trong giai đoạn chuyển tiếp 2026–2029.

Thời gian: Tháng 8/2026.

Đơn vị chủ trì: Phòng Tổ chức – Hành chính.

Đơn vị phối hợp: Phòng KHNH, Điều dưỡng trưởng các khoa/phòng.

2. Rà soát toàn bộ Phụ lục XII – Danh mục kỹ thuật điều dưỡng

Phòng KHNH phối hợp Điều dưỡng trưởng các khoa phòng trong bệnh viện cung cấp danh mục Phụ lục XII cho toàn bộ các khoa có điều dưỡng.

Các khoa tiến hành rà soát **toàn bộ kỹ thuật liên quan đến hoạt động chuyên môn của khoa**, không chỉ rà soát các kỹ thuật đang thực hiện.

Phụ lục XII hiện quy định danh mục kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh của người hành nghề chức danh điều dưỡng và thể hiện rõ các cột về bác sĩ chỉ định/điều dưỡng thực hiện độc lập và điều dưỡng ra chỉ định, thực hiện độc lập.

3. Mẫu rà soát bắt buộc tại các khoa

Mỗi khoa phải hoàn thành bảng sau:

STT	Mã kỹ thuật	Tên kỹ thuật	Dấu +/*	Đang thực hiện	Điều dưỡng thực hiện	Chưa thực hiện – làm gần	Hướng phát triển	Cần đào tạo	Ghi chú
1				✓					
2						✓			
3							✓	✓	
4									

Quy ước:

- Cột “Đang thực hiện”: đánh dấu **X** nếu khoa đang thực hiện thường xuyên.
- Cột “Chưa thực hiện – làm gần”: đánh dấu **X** nếu khoa dự kiến triển khai trong 6–12 tháng.
- Cột “Hướng phát triển”: đánh dấu **X** nếu kỹ thuật nằm trong định hướng phát triển chuyên môn của khoa.
- Cột “Cần đào tạo”: ghi rõ hình thức đào tạo dự kiến.
- Đối với kỹ thuật có dấu “*”, phải ghi rõ **điều dưỡng nào dự kiến thực hiện và căn cứ năng lực/đào tạo**.

Thời gian hoàn thành: trước ngày 28/8/2026.

Trách nhiệm: Trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa chịu trách nhiệm về tính chính xác của danh mục rà soát.

4. Lập danh sách kỹ thuật theo từng điều dưỡng

Sau khi rà soát danh mục kỹ thuật của khoa, Điều dưỡng trưởng khoa lập danh sách cụ thể:

STT	Họ tên điều dưỡng	Trình độ	Chứng chỉ/đào tạo	Kỹ thuật được đề nghị giao	Đang thực hiện	Đề nghị đào tạo	Đánh giá năng lực	Đề nghị
1								
2								

Đặc biệt phải tách riêng:

Nhóm 1: Kỹ thuật điều dưỡng được thực hiện theo quy định chung.

Nhóm 2: Kỹ thuật cấp cứu/sơ cứu đánh dấu “+”.

Nhóm 3: Kỹ thuật có dấu “*” phải được đánh giá trình độ, năng lực, kinh nghiệm và đào tạo trước khi quyết định bằng văn bản.

5. Thành lập Hội đồng thẩm định năng lực thực hiện kỹ thuật điều dưỡng

Sau khi các khoa hoàn thành rà soát, Phòng KHNV tổng hợp, tham mưu Giám đốc ban hành quyết định thành lập **Hội đồng thẩm định danh mục kỹ thuật và năng lực thực hiện kỹ thuật của điều dưỡng**.

Thành phần dự kiến

- Chủ tịch Hội đồng: Giám đốc hoặc Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn;
- Phó Chủ tịch: PP KHNV phụ trách điều dưỡng;
- Thành viên: PP KHNV;
- Thành viên: Trưởng phòng Tổ chức – Hành chính;

- Thành viên: Trưởng khoa có liên quan;
- Thành viên: Điều dưỡng trưởng khoa;
- Thành viên khác theo yêu cầu chuyên môn.

Nội dung thẩm định

Hội đồng xem xét:

1. Kỹ thuật có nằm trong Phụ lục XII hay không.
2. Kỹ thuật có dấu “+”, “*” hay không.
3. Trình độ đào tạo của điều dưỡng.
4. Văn bằng, chứng chỉ/chứng nhận đào tạo.
5. Kinh nghiệm thực tế.
6. Số lần thực hiện kỹ thuật.
7. Kết quả đánh giá năng lực.
8. Khả năng thực hiện độc lập.
9. Điều kiện trang thiết bị, cơ sở vật chất.
10. Quy trình chuyên môn/SOP.
11. Yêu cầu đào tạo bổ sung.

6. Đánh giá năng lực điều dưỡng trước khi giao kỹ thuật

Đối với kỹ thuật cần đánh giá năng lực, áp dụng 03 hình thức:

- Đánh giá kiến thức lý thuyết;
- Đánh giá thực hành trực tiếp;
- Đánh giá khả năng xử trí tình huống/sự cố.

Kết quả đánh giá được lập thành hồ sơ cá nhân.

Chỉ đề nghị giao kỹ thuật độc lập đối với điều dưỡng đạt yêu cầu.

7. Ban hành quyết định giao/cho phép thực hiện kỹ thuật

Trên cơ sở kết quả thẩm định, Giám đốc ban hành quyết định:

“Về việc phân công/cho phép người hành nghề có chức danh điều dưỡng thực hiện kỹ thuật chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh”.

Đối với kỹ thuật có dấu “*”, quyết định phải ghi rõ:

- Họ tên người hành nghề;
- Trình độ chuyên môn;
- Kỹ thuật được phép thực hiện;
- Khoa/phòng thực hiện;

- Căn cứ năng lực, kinh nghiệm, đào tạo;
- Thời hạn cho phép;
- Trách nhiệm của người thực hiện;
- Trách nhiệm của trưởng khoa;
- Thời hạn tối đa theo quy định chuyển tiếp đến ngày 31/12/2029.

8. Xây dựng kế hoạch đào tạo

Căn cứ kết quả rà soát, Phòng Tổ chức – Hành chính phối hợp Phòng KHNH và Điều dưỡng trưởng các khoa xây dựng **Kế hoạch đào tạo kỹ thuật điều dưỡng năm 2026–2029**.

Ưu tiên:

1. Kỹ thuật có dấu “*” đang thực hiện.
2. Kỹ thuật có dấu “*” dự kiến triển khai.
3. Kỹ thuật mới bệnh viện định hướng phát triển.
4. Kỹ thuật có nguy cơ không đáp ứng yêu cầu từ năm 2030.
5. Kỹ thuật chuyên sâu phục vụ phát triển chuyên môn của bệnh viện.

Hồ sơ đào tạo phải được lưu vào hồ sơ nhân sự và hồ sơ năng lực chuyên môn của người hành nghề.

B. NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG PHÒNG XÉT NGHIỆM TỪ MỨC 2 LÊN MỨC 3

1. Đánh giá thực trạng

Theo biên bản đánh giá ngày 13/5/2026, Phòng Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Hoàng Hóa có tổng điểm đánh giá 268/268, tỷ lệ 100%; tổng số danh mục kỹ thuật có nội kiểm là 71, ngoại kiểm 56, danh mục liên thông 18/21 chỉ số; kết luận mức chất lượng là mức 2.

Biên bản cũng xác định khuyến nghị hiện tại là chỉnh sửa chi tiết theo góp ý của đoàn đánh giá.

Do đó, trong năm 2026–2027 cần thực hiện **đánh giá lại theo hướng tập trung vào các tiêu chí bắt buộc mức 3**, không chỉ tập trung vào tổng điểm.

Theo Quyết định 2429/QĐ-BYT, mức 3 tương ứng với **65% đến dưới 85% điểm tối đa và phải đạt toàn bộ các tiêu chí bắt buộc cho mức chất lượng 3 (*)**; mức 4 từ 85% đến dưới 95%; mức 5 từ 95% trở lên và phải đạt các tiêu chí bắt buộc mức 3.**

2. Rà soát 12 chương của Bộ tiêu chí

Phòng Xét nghiệm tổ chức rà soát theo 12 chương:

1. Chương I – Tổ chức và quản lý phòng xét nghiệm.

2. Chương II – Quản lý tài liệu và hồ sơ.
3. Chương III – Quản lý nhân sự.
4. Chương IV – Cung cấp dịch vụ và quản lý khách hàng.
5. Chương V – Quản lý trang thiết bị.
6. Chương VI – Đánh giá nội bộ.
7. Chương VII – Quản lý mua sắm, trang thiết bị, vật tư, hóa chất và sinh phẩm.
8. Chương VIII – Quản lý quá trình xét nghiệm.
9. Chương IX – Quản lý thông tin.
10. Chương X – Xác định sự không phù hợp, hành động khắc phục và hành động phòng ngừa.
11. Chương XI – Cải tiến liên tục.
12. Chương XII – Cơ sở vật chất và an toàn.

Đây là cấu trúc chính thức của Bộ tiêu chí 2429/QĐ-BYT.

V. CÁC NHIỆM VỤ TRỌNG TÂM ĐỂ ĐẠT MỨC 3

1. Chương I – Tổ chức và quản lý

Nội dung thực hiện

- Rà soát sơ đồ tổ chức Phòng Xét nghiệm.
- Hoàn thiện mô tả chức năng, nhiệm vụ.
- Phân công trách nhiệm từng vị trí.
- Hoàn thiện mục tiêu chất lượng năm 2026–2027.
- Xây dựng kế hoạch chất lượng.
- Tổ chức họp xem xét của lãnh đạo.
- Lập biên bản, theo dõi và đánh giá việc thực hiện các kết luận sau họp.

Quyết định 2429 yêu cầu xem xét các nội dung như đánh giá nội bộ, đánh giá nguy cơ, chỉ số chất lượng, ngoại kiểm, nội kiểm, khiếu nại, sự không phù hợp và kết quả cải tiến liên tục trong quá trình xem xét của lãnh đạo.

Đơn vị phụ trách: Phòng Xét nghiệm.

Phối hợp: Phòng KHNV, Phòng Tổ chức – Hành chính.

2. Chương II – Quản lý tài liệu và hồ sơ

Rà soát 100%:

- Sổ tay chất lượng;
- Quy trình quản lý;

- SOP xét nghiệm;
- Biểu mẫu;
- Hồ sơ nội kiểm;
- Hồ sơ ngoại kiểm;
- Hồ sơ thiết bị;
- Hồ sơ hóa chất;
- Hồ sơ sự cố;
- Hồ sơ khắc phục/phòng ngừa.

Thông tư 01/2013/TT-BYT yêu cầu Phòng Xét nghiệm có sổ tay chất lượng và SOP cho các quy trình chuyên môn, đồng thời rà soát, điều chỉnh và cải tiến sổ tay ít nhất mỗi năm một lần.

Mục tiêu: Không còn SOP hết hạn, SOP chưa được phê duyệt hoặc thiếu bằng chứng thực hiện.

3. Chương III – Quản lý nhân sự

- Rà soát hồ sơ toàn bộ nhân viên.
- Cập nhật bằng cấp, chứng chỉ.
- Mô tả công việc từng vị trí.
- Ma trận năng lực.
- Hồ sơ đào tạo.
- Hồ sơ đánh giá năng lực.
- Đánh giá lại năng lực định kỳ.
- Đào tạo về nội kiểm, ngoại kiểm, an toàn sinh học, quản lý chất lượng.

4. Chương IV – Dịch vụ và quản lý khách hàng

- Chuẩn hóa quy trình tiếp nhận mẫu.
- Quy định thời gian trả kết quả.
- Theo dõi thời gian trả kết quả.
- Theo dõi mẫu không đạt.
- Theo dõi phản hồi/khiếu nại.
- Đánh giá sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ.
- Cải tiến các điểm không phù hợp.

5. Chương V – Quản lý trang thiết bị

- Lập danh mục toàn bộ trang thiết bị.

- Hồ sơ từng thiết bị.
- Lý lịch thiết bị.
- Bảo trì.
- Bảo dưỡng.
- Hiệu chuẩn/kiểm định.
- Theo dõi hỏng hóc.
- Theo dõi sửa chữa.
- Đánh giá sau sửa chữa.
- Kế hoạch thay thế thiết bị xuống cấp.

6. Chương VI – Đánh giá nội bộ

Xây dựng kế hoạch đánh giá nội bộ ít nhất 01 lần/năm và đánh giá chuyên đề đối với các vấn đề có nguy cơ cao.

Mỗi cuộc đánh giá phải có:

- Kế hoạch;
- Quyết định/ phân công đánh giá;
- Bảng kiểm;
- Bảng chứng;
- Phát hiện;
- Điểm không phù hợp;
- Nguyên nhân;
- Hành động khắc phục;
- Người chịu trách nhiệm;
- Thời hạn hoàn thành;
- Đánh giá hiệu lực sau khắc phục.

7. Chương VII – Mua sắm, hóa chất, sinh phẩm

- Dự trù hóa chất theo nhu cầu thực tế.
- Kiểm soát hạn dùng.
- Kiểm soát điều kiện bảo quản.
- Theo dõi nhập – xuất – tồn.
- Theo dõi lô hóa chất/sinh phẩm.
- Đánh giá nhà cung cấp.
- Theo dõi chất lượng hóa chất.

- Có kế hoạch dự phòng khi thiếu hóa chất.

8. Chương VIII – Quản lý quá trình xét nghiệm

Đây là chương cần ưu tiên vì có số điểm lớn nhất trong bộ tiêu chí: **57 điểm tối đa**.

Tập trung:

Trước xét nghiệm

- Tiếp nhận chỉ định;
- Chuẩn bị người bệnh;
- Lấy mẫu;
- Ghi nhãn;
- Bảo quản;
- Vận chuyển;
- Tiêu chí từ chối mẫu.

Trong xét nghiệm

- SOP;
- Kiểm soát điều kiện xét nghiệm;
- Nội kiểm;
- Theo dõi kết quả nội kiểm;
- Xử lý khi nội kiểm không đạt;
- Kiểm soát chất lượng kết quả.

Sau xét nghiệm

- Kiểm tra kết quả;
- Phê duyệt;
- Trả kết quả;
- Lưu kết quả;
- Lưu mẫu;
- Xử lý kết quả bất thường/khẩn cấp.

9. Chương IX – Quản lý thông tin

- Phân quyền người sử dụng hệ thống.
- Bảo mật thông tin.
- Sao lưu dữ liệu.
- Kiểm soát thay đổi dữ liệu.

- Theo dõi sự cố hệ thống.
- Bảo đảm khả năng truy xuất kết quả.
- Kiểm soát kết nối LIS/HIS nếu có.

10. Chương X – Sự không phù hợp và hành động khắc phục/phòng ngừa

Thiết lập **Sổ theo dõi sự không phù hợp**.

Mỗi sự cố phải được quản lý theo chu trình:

Phát hiện → ghi nhận → phân tích nguyên nhân → hành động khắc phục → hành động phòng ngừa → thực hiện → đánh giá hiệu lực → đóng sự việc.

11. Chương XI – Cải tiến liên tục

Mỗi năm Phòng Xét nghiệm phải có các hoạt động cải tiến cụ thể.

Ưu tiên các đề tài:

- Giảm tỷ lệ mẫu không đạt;
- Giảm thời gian trả kết quả;
- Giảm lỗi trước xét nghiệm;
- Nâng tỷ lệ nội kiểm đạt;
- Nâng tỷ lệ ngoại kiểm đạt;
- Nâng tỷ lệ xét nghiệm đủ điều kiện liên thông;
- Nâng tỷ lệ SOP được rà soát đúng hạn.

Tiêu chí 2429 xác định cải tiến liên tục là một chương riêng trong hệ thống đánh giá chất lượng.

12. Chương XII – Cơ sở vật chất và an toàn

- Rà soát an toàn sinh học.
- Phân khu sạch/bẩn.
- Biển cảnh báo.
- Trang thiết bị bảo hộ.
- Xử lý chất thải.
- Xử lý sự cố tràn đổ mẫu bệnh phẩm.
- Phòng cháy chữa cháy.
- Điện dự phòng.
- Điều kiện nhiệt độ, độ ẩm.
- Kho hóa chất.
- Kho sinh phẩm.

- Tủ lạnh/tủ âm sâu.
- Phương án ứng phó sự cố.

VI. BỘ CHỈ SỐ THEO DÕI MỤC TIÊU ĐẠT MỨC 3

STT	Chỉ số	Mục tiêu 2026	Mục tiêu 2027	Đơn vị theo dõi
1	Tiêu chí bắt buộc mức 3 được rà soát	100%	100%	QLCL
2	Tiêu chí mức 3 có đầy đủ bằng chứng	≥90%	100%	PXN
3	SOP được rà soát đúng hạn	100%	100%	PXN
4	Nhân viên có hồ sơ năng lực đầy đủ	100%	100%	PXN
5	Nhân viên được đánh giá năng lực	≥90%	100%	PXN
6	Xét nghiệm có nội kiểm	100%	100%	PXN
7	Danh mục tham gia ngoại kiểm	Duy trì	Mở rộng	PXN
8	Tiêu chí không phù hợp được lập kế hoạch khắc phục	100%	100%	QLCL
9	Hành động khắc phục đúng hạn	≥90%	≥95%	PXN
10	Đánh giá nội bộ	≥1 lần/năm	≥1 lần/năm	QLCL
11	Họp xem xét của lãnh đạo	≥1 lần/năm	≥1 lần/năm	BGD/PXN
12	Chỉ số chất lượng được theo dõi	100%	100%	PXN
13	Tiêu chí bắt buộc mức 3 đạt	≥90%	100%	Hội đồng
14	Đánh giá lại mức chất lượng	Thực hiện	Phấn đấu mức 3	BGD

VII. TIẾN ĐỘ THỰC HIỆN

Giai đoạn 1: Tháng 8/2026

Đối với Thông tư 25/2026/TT-BYT

- Phổ biến Thông tư.
- Cấp Phụ lục XII cho các khoa.
- Các khoa rà soát danh mục kỹ thuật.
- Lập danh sách điều dưỡng và kỹ thuật.
- Xác định kỹ thuật có dấu “*”.
- Xác định nhu cầu đào tạo.

Đối với Phòng Xét nghiệm

- Rà soát lại toàn bộ 12 chương.
- Lập danh sách tiêu chí bắt buộc mức 3.
- Phân loại:
 - + Đạt;
 - + Đạt nhưng thiếu bằng chứng;

- + Chưa đạt;
- + Cần đầu tư;
- + Cần đào tạo;
- + Cần xây dựng SOP.

Giai đoạn 2: Tháng 9–10/2026

- Thành lập Hội đồng thẩm định kỹ thuật điều dưỡng.
- Đánh giá năng lực điều dưỡng.
- Hoàn thiện hồ sơ phân công.
- Xây dựng kế hoạch đào tạo.

Đối với Phòng Xét nghiệm:

- Khắc phục các tiêu chí còn thiếu.
- Hoàn thiện SOP.
- Hoàn thiện hồ sơ thiết bị.
- Hoàn thiện hồ sơ nhân sự.
- Tăng cường nội kiểm/ngoại kiểm.
- Hoàn thiện hệ thống chỉ số chất lượng.

Giai đoạn 3: Tháng 11–12/2026

- Hội đồng thẩm định lần 1.
- Trình Giám đốc ban hành quyết định giao kỹ thuật.
- Tổ chức đào tạo các kỹ thuật còn thiếu năng lực.

Phòng Xét nghiệm:

- Đánh giá nội bộ lần 2.
- Kiểm tra bằng chứng mức 3.
- Đánh giá hiệu lực các hành động khắc phục.
- Báo cáo Ban Giám đốc.

Giai đoạn 4: Năm 2027

- Duy trì các kỹ thuật điều dưỡng đã được giao.
- Đánh giá lại năng lực điều dưỡng định kỳ.
- Tiếp tục đào tạo các kỹ thuật chuyên sâu.
- Bổ sung các kỹ thuật mới theo định hướng phát triển bệnh viện.

Phòng Xét nghiệm:

- Duy trì hệ thống quản lý chất lượng.
- Đánh giá nội bộ.
- Hợp xem xét lãnh đạo.
- Đánh giá nguy cơ.
- Cải tiến liên tục.
- Hoàn thiện toàn bộ bằng chứng mức 3.
- Tổ chức đánh giá lại và đề nghị công nhận mức 3 khi đủ điều kiện.

VIII. PHÂN CÔNG TRÁCH NHIỆM

1. Giám đốc bệnh viện

- Chỉ đạo chung việc triển khai kế hoạch.
- Phê duyệt danh mục kỹ thuật.
- Quyết định thành lập Hội đồng thẩm định.
- Quyết định phân công/cho phép điều dưỡng thực hiện kỹ thuật.
- Phê duyệt kế hoạch đào tạo.
- Chỉ đạo đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị cho Phòng Xét nghiệm.
- Chủ trì xem xét kết quả thực hiện.

2. Phòng Kế hoạch tổng hợp

- Là đầu mối triển khai Thông tư 25/2026/TT-BYT.
- Tổng hợp danh mục kỹ thuật điều dưỡng.
- Theo dõi việc thực hiện danh mục kỹ thuật.
- Tham mưu thành lập Hội đồng thẩm định.
- Tổng hợp kết quả đánh giá năng lực.
- Phối hợp xây dựng kế hoạch đào tạo.
- Theo dõi tiến độ thực hiện.

3. Phòng Tổ chức – Hành chính

- Rà soát hồ sơ nhân sự, văn bằng, chứng chỉ.
- Phối hợp xây dựng hồ sơ năng lực điều dưỡng.
- Theo dõi đào tạo.
- Cập nhật kết quả đào tạo vào hồ sơ nhân sự.
- Phối hợp tham mưu quyết định phân công kỹ thuật.

4. Phòng KHNH

- Chủ trì hướng dẫn các khoa rà soát Phụ lục XII.
- Tổng hợp nhu cầu kỹ thuật của điều dưỡng.
- Phối hợp đánh giá năng lực.
- Đề xuất đào tạo.
- Theo dõi việc thực hiện kỹ thuật sau khi được giao.

5. Trưởng các khoa/phòng

- Chịu trách nhiệm rà soát danh mục kỹ thuật.
- Đề xuất danh sách điều dưỡng được thực hiện từng kỹ thuật.
- Bảo đảm nhân viên thực hiện đúng kỹ thuật được phân công.
- Không phân công điều dưỡng thực hiện kỹ thuật ngoài phạm vi được giao.

6. Phòng Xét nghiệm

- Là đầu mối thực hiện kế hoạch nâng mức chất lượng.
- Rà soát 12 chương của Bộ tiêu chí 2429.
- Hoàn thiện hồ sơ bằng chứng.
- Xây dựng và thực hiện kế hoạch cải tiến.
- Theo dõi chỉ số chất lượng.
- Báo cáo định kỳ cho Ban Giám đốc.

7. Tổ Quản lý chất lượng

- Theo dõi, giám sát việc thực hiện.
- Phối hợp đánh giá nội bộ.
- Theo dõi các hành động khắc phục.
- Tổng hợp kết quả cải tiến.
- Tham mưu Ban Giám đốc tổ chức đánh giá lại.

IX. CHẾ ĐỘ BÁO CÁO

1. Các khoa gửi bảng rà soát Phụ lục XII và danh sách điều dưỡng về Phòng KHNV trước ngày 10/9/2026.
2. Phòng KHNV tổng hợp và báo cáo Ban Giám đốc trước ngày 15/9/2026.
3. Phòng Xét nghiệm báo cáo tiến độ thực hiện kế hoạch nâng mức chất lượng **hàng tháng trong 6 tháng cuối năm 2026**, sau đó báo cáo định kỳ hàng quý.
4. Báo cáo phải thể hiện rõ:
 - Nội dung đã hoàn thành;
 - Nội dung chưa hoàn thành;

- Nguyên nhân;
- Người chịu trách nhiệm;
- Thời hạn hoàn thành;
- Kiến nghị hỗ trợ;
- Kết quả cải tiến.

X. KINH PHÍ THỰC HIỆN

Kinh phí thực hiện được bố trí từ nguồn kinh phí hoạt động của bệnh viện và các nguồn kinh phí hợp pháp khác theo quy định.

Ưu tiên kinh phí cho:

- Đào tạo điều dưỡng;
- Đánh giá năng lực;
- Đào tạo kỹ thuật có dấu “*”;;
- Đào tạo chuyên sâu;
- Nội kiểm, ngoại kiểm xét nghiệm;
- Hiệu chuẩn, kiểm định, bảo trì thiết bị;
- Mua sắm hóa chất, sinh phẩm;
- Trang thiết bị phục vụ an toàn sinh học;
- Hoàn thiện cơ sở vật chất Phòng Xét nghiệm;
- Các hoạt động cải tiến chất lượng.

XI. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

Trưởng các khoa, phòng, trưởng khoa Xét nghiệm và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm nghiêm túc triển khai thực hiện kế hoạch.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn, vướng mắc, các khoa/phòng báo cáo về Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ để tổng hợp, tham mưu Ban Giám đốc xem xét, giải quyết.

Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ có trách nhiệm theo dõi, đôn đốc, tổng hợp kết quả thực hiện và báo cáo Giám đốc bệnh viện.

Nơi nhận:

- Như BGĐ(b/c);
- Các khoa phòng(t/h);
- Lưu VT, KHNV.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Xuân Lập