

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

BỘ Y TẾ

-----*

NGUYỄN QUỲNH TRÚC

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH
MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN QUẬN,
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022-2024**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN LÝ Y TẾ

HÀ NỘI – NĂM 2026

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

NGUYỄN QUỲNH TRÚC

**THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH
MỘT SỐ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN QUẬN,
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2022-2024**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN LÝ Y TẾ

Ngành: Quản lý y tế

Mã số: 9 72 08 01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

1. GS.TS. ĐẶNG ĐỨC ANH

2. GS.TS. NGUYỄN VĂN TẬP

HÀ NỘI – NĂM 2026

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

Tác giả luận án

Nguyễn Quỳnh Trúc

LỜI CẢM ƠN

Trước hết, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tập thể Trung tâm Đào tạo và Quản lý khoa học, Bộ môn Quản lý Y tế, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, cùng toàn thể các Thầy, Cô giáo của Viện đã tận tình giảng dạy, truyền đạt những kiến thức khoa học quý báu, đồng thời luôn quan tâm, hướng dẫn và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc và kính trọng đặc biệt tới GS.TS.BS. Đặng Đức Anh và GS.TS.BS. Nguyễn Văn Tập, những người Thầy đã dành nhiều thời gian, tâm huyết và trí tuệ để trực tiếp hướng dẫn khoa học, luôn tận tình chỉ bảo, định hướng và động viên tôi vượt qua những khó khăn trong suốt quá trình thực hiện luận án này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, khoa Khám bệnh, phòng Quản lý chất lượng, phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Công tác xã hội của 19 bệnh viện đa khoa tại Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện thuận lợi và phối hợp chặt chẽ để tôi có thể triển khai nghiên cứu và thu thập số liệu phục vụ cho luận án. Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn các anh, chị công tác tại Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh đã quan tâm, hỗ trợ và tạo điều kiện giúp tôi hoàn thành luận án.

Xin trân trọng cảm ơn các Thầy, Cô là chuyên gia trong lĩnh vực Quản lý chất lượng đã đóng góp nhiều ý kiến khoa học quý báu trong quá trình xây dựng chương trình, tài liệu can thiệp, cũng như trực tiếp tham gia giảng dạy, đào tạo và tập huấn chuyên môn trong khuôn khổ nghiên cứu.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, những người thân yêu đã luôn yêu thương, cảm thông, động viên và là điểm tựa tinh thần vững chắc, giúp tôi yên tâm học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

LỜI CẢM ƠN

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Một số khái niệm, phương pháp quản lý chất lượng	4
1.1.1. Một số khái niệm.....	4
1.1.2. Phương pháp đánh giá mức độ triển khai quản lý chất lượng.....	6
1.2. Giải pháp về quản lý chất lượng tại Khoa Khám bệnh trên thế giới và Việt Nam.....	7
1.2.1. Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Manament)	7
1.2.2. Plan-Do-Check-Action (PDCA)	13
1.2.3. Quản lý tinh gọn - Lean.....	15
1.2.4. Six Sigma	16
1.2.5. Phương pháp 5S	17
1.3. Thực trạng về quản lý chất lượng khoa khám bệnh trên thế giới và tại Việt Nam.....	18
1.3.1. Một số kết quả quản lý chất lượng trên thế giới.....	18
1.3.2. Một số kết quả quản lý chất lượng bệnh viện tại Việt Nam.....	22
1.3.3. Phân tích khoảng trống nghiên cứu về quản lý chất lượng tại bệnh viện.....	24
1.4. Đặc điểm về các khoa khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện tại thành phố Hồ Chí Minh	26
KHUNG LÝ THUYẾT.....	29
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	30
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	30

2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	30
2.3. Thời gian nghiên cứu	31
2.4. Thiết kế nghiên cứu	31
2.5. Nghiên cứu cắt ngang.....	31
2.5.1. Nghiên cứu mô tả về nguồn lực của khoa khám bệnh và phòng chức năng ..	31
2.5.2. Nghiên cứu thu thập dữ liệu người bệnh và nhân viên y tế.....	32
2.5.3. Định nghĩa biến số/chỉ số	33
2.5.4. Công cụ nghiên cứu.....	37
2.6. Nghiên cứu can thiệp.....	42
2.6.1. Thiết kế can thiệp	42
2.6.2. Cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá can thiệp	44
2.6.3 Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp.....	45
2.6.4 Nội dung can thiệp theo 5 yếu tố cốt lõi của nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện	46
2.6.5. Tổ chức thực hiện can thiệp	49
2.6.6. Nội dung đánh giá hiệu quả can thiệp	51
2.7. Hạn chế, sai số và biện pháp khắc phục.....	52
2.8. Xử lý dữ liệu.....	54
2.8.1. Thống kê mô tả.....	54
2.8.2. Thống kê phân tích.....	54
2.9. Đạo đức nghiên cứu.....	56
<i>Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</i>	<i>57</i>
3.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN CỦA CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN/HUYỆN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.....	57
3.1.1. Tình hình tổ chức quản lý bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh ...	57
3.1.2. Tình hình quản lý chất lượng các khoa Khám bệnh một số bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh.....	66
3.1.3. Ý kiến nhân viên y tế về thực hiện nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện	68
3.1.4. Đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại Khoa khám bệnh	72

3.1.5. Phân tích điểm mạnh, hạn chế, cơ hội và thách thức về quản lý chất lượng ở khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận	76
3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.....	78
3.2.1. Kết quả tổ chức quản lý can thiệp tại khoa Khám bệnh theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện trước và sau can thiệp	78
3.2.2. Kết quả quản lý chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh qua đánh giá của nhân viên y tế	83
3.2.3. Kết quả can thiệp trải nghiệm người bệnh trước và sau can thiệp	88
3.2.4. Kết quả can thiệp về thời gian chờ đợi của người bệnh	93
3.2.5. Tình hình phân bố xu hướng người bệnh ngoại trú tại bệnh viện can thiệp ..	95
Chương 4. BÀN LUẬN.....	97
4.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN CỦA CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN/HUYỆN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH	97
4.1.1. Tình hình tổ chức quản lý bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh ...	97
4.1.2. Tình hình quản lý chất lượng các khoa Khám bệnh một số bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh	105
4.1.3. Tình hình quản lý theo quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận.....	107
4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.....	114
4.2.1. Kết quả tổ chức quản lý can thiệp tại khoa Khám bệnh theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện trước và sau can thiệp	114
4.2.2. Kết quả quản lý chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh theo đánh giá của nhân viên y tế	117
4.2.3. Kết quả can thiệp trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh...	120
4.2.4. Kết quả can thiệp về thời gian chờ đợi của người bệnh	124
4.2.5. Mô hình dự báo xu hướng người bệnh ngoại trú tại bệnh viện can thiệp	127
4.3. Một số đóng góp và hạn chế của nghiên cứu	131

4.3.1. Tính khoa học và thực tiễn	131
4.3.2. Điểm mới của đề tài	132
4.3.3. Hạn chế của đề tài	132
KẾT LUẬN	135
KHUYẾN NGHỊ	137
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
BHXXH	Bảo hiểm xã hội	
BHYT	Bảo hiểm y tế	
BN	Người bệnh	
BS	Bác sĩ	
BV	Bệnh viện	
BYT	Bộ Y tế	
BiC	Hệ số BiC	Bayesian Information Criterion
ĐD	Điều dưỡng	
DiD	Hệ số DiD	Difference-in-Differences
GTLN	Giá trị nhỏ nhất	
GTNN	Giá trị lớn nhất	
HLM	Hồi quy Hierarchical Linear Modeling	Hierarchical Linear Modeling
KBCB	Khám bệnh, chữa bệnh	
KMO	Hệ số KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
SYT	Sở Y tế	
PDCA	Lập kế hoạch – Thực hiện – Kiểm tra – Điều chỉnh	Plan-Do-Check-Action
QLCL	Quản lý chất lượng	
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh	
TQM	Quản lý chất lượng toàn diện	Total Quality Management
UBND	Ủy ban Nhân dân	
WHO	Tổ chức Y tế Thế Giới	World Health Organization

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Kế hoạch tổng hợp (n=19)	57
Bảng 3.2. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Quản lý chất lượng (n=19).....	58
Bảng 3.3. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Công tác xã hội (n=19)	59
Bảng 3.4. Phân bổ bác sĩ và lượt bệnh ngoại trú theo chuyên khoa tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện	60
Bảng 3.5. Số lượng các loại phòng tại khoa Khám bệnh của 19 khoa Khám bệnh Thông tư số 14/2013/TT-BYT(n=19)	61
Bảng 3.6. Tỷ lệ các loại phòng khám chuyên khoa và số lượng phòng của 19 khoa Khám bệnh (n=19)	61
Bảng 3.7. Diện tích các phòng trong Khoa Khám bệnh (n=19).....	62
Bảng 3.8. Tỷ lệ thiết bị y tế đạt theo quy định trên 19 bệnh viện	63
Bảng 3.9. Tiêu chuẩn, định mức sử dụng trang thiết bị y tế chuyên dùng.....	63
Bảng 3.10. Công tác quản lý dược và cấp phát thuốc ngoại trú (n=19).....	64
Bảng 3.11. Số lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện	65
Bảng 3.12. Tỷ lệ và số lượng hoạt động về đào tạo, tập huấn (n=19).....	66
Bảng 3.13. Mục tiêu cải tiến chất lượng của các khoa Khám bệnh (n=19)	67
Bảng 3.14. Hoạt động cải tiến tại khoa Khám bệnh triển khai thực hiện (n=19).....	67
Bảng 3.15. Đặc điểm của nhân viên y tế tại 19 khoa Khám bệnh (n=537).....	68
Bảng 3.16. Đặc điểm về tuổi, thâm niên công tác và thời gian làm việc (n=537) ...	68
Bảng 3.17. Tỷ lệ và điểm trung bình TQM theo đánh giá của nhân viên y tế tại 19 khoa Khám bệnh (n=537).....	69
Bảng 3.18. Yếu tố liên quan điểm số chất lượng bằng mô hình hồi quy phân cấp..	70
Bảng 3.19. Đặc điểm chung của người bệnh tại 19 khoa Khám bệnh (n=760)	72
Bảng 3.20. Lý do chọn bệnh viện (n=760).....	73
Bảng 3.21. Khả năng quay trở lại khi có vấn đề sức khỏe (n=760)	73
Bảng 3.22. Mức độ trải nghiệm theo 7 nhóm yếu tố (n=760).....	74
Bảng 3.23. Yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm người bệnh ngoại trú theo mô hình hồi quy đa cấp Bayesian	74

Bảng 3.24. Tình hình nhân lực tại phòng chức năng của bệnh viện can thiệp.....	78
Bảng 3.25. Phân bố bác sỹ theo chuyên khoa tại khoa Khám bệnh can thiệp	79
Bảng 3.26. Tỷ lệ nhân viên y tế về thực hiện đạt tốt đáp ứng 5 yếu tố cốt lõi theo nguyên lý TQM trước và sau can thiệp (mức 4-5).....	83
Bảng 3.27. Hồi quy đánh giá hiệu quả can thiệp Quản lý chất lượng toàn diện	87
Bảng 3.28. Tỷ lệ trải nghiệm người bệnh trước và sau can thiệp (mức 4-5)	88
Bảng 3.29. Hồi quy DiD đánh giá hiệu quả can thiệp trải nghiệm người bệnh	91
Bảng 3.30. Phân tích hồi quy DiD theo phân nhóm phụ.....	92
Bảng 3.31. Trung bình thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú năm 2024	93
Bảng 3.32. Mức thay đổi thời gian chờ đợi của người bệnh theo giai đoạn	93
Bảng 3.33. Phân bố lượng bệnh ngoại trú theo Tháng từ năm 2022-2024	95
Bảng 3.34. Tình hình về xu hướng số lượng người bệnh theo chương bệnh thay đổi, năm 2023 và năm 2024	96

DANH MỤC HÌNH, BIỂU ĐỒ

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Mô hình cải tiến ứng dụng PDSA và PDCA [65]	15
---	----

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Lưu đồ kiểm tra trong vòng tròn PDCA	13
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ can thiệp.....	42
Sơ đồ 2.2. Hoạt động can thiệp theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)	43

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Diện tích dưới đường cong (AUC - Area Under the Curve)	69
Biểu đồ 3.2. Phân phối điểm số trải nghiệm người bệnh (n=760)	73
Biểu đồ 3.3. Xu hướng hệ số DiD của từng câu hỏi TQM.....	86
Biểu đồ 3.4. Xu hướng thời gian chờ đợi năm 2022-2024.....	94

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống y tế Việt Nam đang đứng trước những thách thức lớn trong việc đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân về chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng dân số và áp lực đô thị hóa tại các thành phố lớn như Thành phố Hồ Chí Minh. Khoa Khám bệnh tại các bệnh viện tuyến quận, với vai trò là điểm tiếp xúc đầu tiên của người bệnh ngoại trú, không chỉ phản ánh chất lượng dịch vụ của bệnh viện mà còn định hình trải nghiệm tổng thể của người bệnh.

Hiện nay, trên thế giới, có nhiều phương pháp quản lý chất lượng được áp dụng tại các bệnh viện. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management - TQM), hiện được áp dụng rộng rãi và mang tính chất khái quát hoá cao [57],[78],[93]. Quản lý chất lượng toàn diện với các nguyên lý tập trung vào sự hài lòng người bệnh, xác định vấn đề của tổ chức, xây dựng và thúc đẩy tinh thần làm việc của nhân viên y tế [93],[76], gắn kết chất lượng vào tất cả các quy trình và thủ tục trong việc cung cấp dịch vụ y tế [57]. Tương tự, theo nghiên cứu của tác giả Donabedian đề xuất khung đánh giá chất lượng y tế dựa trên ba khía cạnh: cấu trúc, quy trình và kết quả [38], trong đó Quản lý chất lượng toàn diện đóng vai trò tích hợp để cải thiện đồng bộ cả ba khía cạnh này [57]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc áp dụng nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện trong các bệnh viện tuyến quận vẫn còn ở giai đoạn sơ khai, với rất ít nghiên cứu đánh giá thực trạng triển khai và hiệu quả của mô hình này, đặc biệt tại khoa Khám bệnh – nơi tiếp nhận lượng lớn người bệnh ngoại trú hàng ngày.

Thực trạng quản lý tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận ở Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy còn nhiều bất cập, từ việc thiếu các quy trình chuẩn hóa, công cụ đo lường chất lượng chưa được áp dụng đồng bộ, nhân viên chưa được đào tạo đầy đủ về tư duy Quản lý chất lượng toàn diện. Về phía người bệnh, theo số liệu phân tích tình hình không hài lòng của người bệnh 2 tháng đầu năm 2019 của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có tổng cộng 5.385 lượt ý kiến không hài lòng, giảm 41% so với tháng cùng kỳ (tháng 01 và 02 năm 2018: 9.071 lượt). Hầu hết các nội dung khảo sát đều có số lượt ý kiến phản ánh không hài lòng giảm mạnh so với cùng kỳ năm 2018. Trong đó, có 02 nội dung có số lượt phản ánh giảm nhiều nhất

nằm ở khoa khám bệnh là “Khâu làm thủ tục đăng ký khám” (363 lượt, giảm 36%) và “Thái độ ứng xử, giao tiếp của nhân viên bệnh viện” (306 lượt, giảm 38%) [1]. Về phía nhân viên y tế, một số nghiên cứu khác cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế là điều kiện công việc [52],[44], tiền lương [52],[44],[43], quan hệ đồng nghiệp và thành tích [52], đào tạo [44], quy trình quản lý [43]. Những hạn chế này không chỉ ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh ngoại trú, mà còn làm gia tăng nguy cơ quá tải và sai sót trong quy trình khám bệnh, chữa bệnh.

Trong bối cảnh đổi mới quản lý bệnh viện theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm và nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, việc áp dụng các mô hình quản lý chất lượng tiên tiến như quản lý chất lượng toàn diện trở nên ngày càng cần thiết. Tuy nhiên, thực tiễn cho thấy mức độ nhận thức, triển khai và duy trì các hoạt động quản lý chất lượng toàn diện tại các khoa Khám bệnh tuyến quận còn chưa đồng đều, thiếu hệ thống theo dõi và đánh giá hiệu quả cụ thể. Trước thực trạng đó, nghiên cứu này được đặt ra nhằm trả lời các câu hỏi sau: hiện nay công tác quản lý chất lượng nói chung và quản lý chất lượng toàn diện tại các khoa Khám bệnh của các bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh đang được thực hiện như thế nào? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến việc triển khai Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh? Và khi áp dụng mô hình quản lý theo quản lý chất lượng toàn diện tại một khoa Khám bệnh, hiệu quả cải thiện chất lượng hoạt động được thể hiện ra sao? Việc làm rõ các câu hỏi trên không chỉ giúp nhận diện khoảng trống trong công tác quản lý chất lượng tại tuyến quận mà còn góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn về tính khả thi và hiệu quả của mô hình Quản lý chất lượng toàn diện trong điều kiện thực tế của các bệnh viện công lập.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng quản lý chất lượng nói chung và quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa khám bệnh 19 bệnh viện năm 2022-2023.
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp quản lý theo quản lý chất lượng toàn diện tại một khoa Khám bệnh Bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh năm 2024.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm, phương pháp quản lý chất lượng

1.1.1. Một số khái niệm

1.1.1.1. Quản lý

Quản lý là sự tác động liên tục có tổ chức, có định hướng, có mục đích, có kế hoạch của người quản lý để chỉ huy, điều khiển, liên kết các yếu tố tham gia vào hoạt động thành một chỉnh thể thống nhất, điều hoà hoạt động một cách hợp quy luật nhằm đạt đến mục tiêu xác định trong điều kiện biến động của môi trường [15].

1.1.1.2. Chất lượng

Chất lượng là một khái niệm đã thay đổi trong nhiều năm, bao gồm các đặc điểm chất lượng của hàng hóa và dịch vụ đáp ứng nhu cầu tiềm ẩn và rõ ràng của khách hàng. Chất lượng chủ quan biểu thị khả năng sản xuất hàng hóa và dịch vụ theo cách tốt nhất và có hiệu quả.

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, đảm bảo chất lượng là điều kiện tiên quyết để tồn tại [74], vấn đề đạo đức, luật pháp. Đảm bảo chất lượng liên quan đến hài lòng người bệnh và giảm thiểu sự cố y khoa [74]. Hiện nay, y tế phát triển thông qua tiếp cận và xây dựng quy trình quản lý chất lượng một cách khoa học, xây dựng quy trình và chú trọng kết quả chăm sóc người bệnh.

Như vậy, quan niệm về chất lượng của người sử dụng dịch vụ thay đổi theo thời gian và không dừng lại; nên để đáp ứng chất lượng sản phẩm hay dịch vụ thì người cung cấp dịch vụ sẽ phải cải tiến chất lượng liên tục và không ngừng phục vụ [12].

1.1.1.3. Quản lý chất lượng

Trong xu thế phát triển chung, nhu cầu các bệnh viện là nâng cao hiệu quả hoạt động và nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị [74], [53],[60]. Tuy nhiên, hệ thống chăm sóc sức khỏe đang đối mặt với vô số thách thức trong đó bao gồm chi phí dịch vụ chăm sóc sức khỏe [53],[60],[63], tốc độ ứng dụng công nghệ trong y tế, áp lực kinh tế trong xu thế tự chủ, giảm chất lượng điều trị [53], chưa đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh [63], tình trạng gia tăng lượng người bệnh mắc cùng lúc nhiều loại bệnh phức tạp [60], nhu cầu cạnh tranh chất lượng cao giữa các bệnh viện, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe (Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế [OECD])

2007). Theo Tổ chức y tế thế giới cách chủ động để đối mặt với các thách thức về chăm sóc sức khỏe là áp dụng một chương trình can thiệp về quản lý chất lượng (ví dụ, quản lý chất lượng toàn diện [TQM]).

Hiện nay, mô hình TQM tạo ra sự khác biệt tích cực hơn, khách quan hơn so với các mô hình quản lý theo lối cũ. Đề cao nguyên tắc Quản lý dựa vào thực tế, nghĩa là các quyết định đều dựa trên cơ sở số liệu thực hiện khách quan, không dựa vào ý kiến chủ quan của người quản lý, nói một cách khác là “Nói bằng con số” [12].

1.1.1.4. Quản lý chất lượng toàn diện

Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) là một hệ thống quản lý nhằm đạt được sự hài lòng người bệnh [15],[70]. Tầm quan trọng của TQM như một chiến lược để nâng cao hiệu quả hoạt động của bệnh viện, hiện TQM đã phát triển quy mô toàn cầu [62]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò của TQM trong việc nâng cao chất lượng hệ thống và nâng cao hiệu suất của cả nhân viên và tổ chức. TQM được biết đến với cải tiến chất lượng liên tục, quản lý chất lượng và kiểm soát chất lượng toàn diện [63]. TQM được coi là một cách tiếp cận sáng tạo để quản lý tổ chức. Trong lĩnh vực y tế, TQM tích hợp định hướng chất lượng trong tất cả các quy trình và thủ tục trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe [57]. Hiện nay TQM đang được áp dụng rộng rãi trong lĩnh vực y tế của nhiều quốc gia. Nghiên cứu của Vituri và Évora chỉ ra TQM đã được áp dụng đầy đủ ở một số cơ sở y tế tại Brazil [74]. Việc triển khai TQM để đạt được hiệu quả là một quy trình phức tạp, phụ thuộc vào sự kết hợp tốt của các yếu tố cấu thành. Các yếu tố cấu thành được coi là yếu tố quyết định thành công trong hoạt động của mô hình quản lý chất lượng thông qua việc triển khai hiệu quả TQM.

Tại Việt Nam, phòng Quản lý chất lượng thường là đơn vị kiểm soát về chất lượng. Tuy nhiên theo TQM, người lãnh đạo, người quản lý tự kiểm soát được chất lượng công việc bằng phân tích thống kê. Công cụ thống kê áp dụng trong TQM (TQM) được gọi là [4]: kiểm soát chất lượng bằng thống kê - SQC (Statistical Quality Control) và kiểm soát quá trình bằng thống kê - SPC (Statistical Process Control). Mặc khác, nhờ các công cụ như SQC hay SPC, kết hợp với phương pháp chuyên gia thì nhà quản lý có thể trực quan hoá được dữ liệu, tính toán được chi phí cũng như tổn thất, hiệu quả của quá trình.

1.1.2. Phương pháp đánh giá mức độ triển khai quản lý chất lượng

1.1.2.1. Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

Để đánh giá mức độ thực hiện Quản lý chất lượng toàn diện tại các bệnh viện, tác giả Emad A. Al-Shdaifat đã thực hiện xây dựng và chuẩn bộ câu hỏi [71]. Công trình nghiên cứu chuẩn hoá bộ công cụ đánh giá TQM của Emad A. Al-Shdaifat được đăng tải trên tạp chí Journal of Taibah University Medical Sciences năm 2015. Theo kết quả phân tích cho thấy, để đánh giá mức độ áp dụng TQM vào bệnh viện cần được đánh giá ở 5 nhóm yếu tố bao gồm: (1) Cải tiến liên tục; (2) Làm việc theo nhóm; (3) Đào tạo; (4) Cam kết của lãnh đạo cao nhất; (5) Tập trung vào đối tượng phục vụ [71]. Đây là bộ câu hỏi được xây dựng và chuẩn hoá một cách có hệ thống, áp dụng các kỹ thuật phân tích thống kê chuẩn để xây dựng nên bộ câu hỏi mang tính chất khách quan và bao quát.

Qua đây cho thấy, để triển khai TQM một cách hiệu quả, các tổ chức y tế cần các công cụ đo lường khoa học, đáng tin cậy và hợp lệ để đánh giá một cách toàn diện các khía cạnh của TQM, từ quá trình cải tiến đến mức độ cam kết của nhân viên và sự hài lòng của người bệnh. Sự thiếu hụt các công cụ này có thể dẫn đến việc triển khai TQM không đồng bộ, gây ra sự khác biệt trong hiệu quả giữa các cơ sở y tế, đặc biệt trong bối cảnh đa dạng về quy mô, nguồn lực, và văn hóa tổ chức.

1.1.2.2. Trải nghiệm người bệnh

Trên thực tế, nhiều cơ sở y tế đã và đang xem “trải nghiệm người bệnh” là một trong những vấn đề trọng tâm. Năm 2009, tạp chí Health Leaders Media công bố kết quả khảo sát về trải nghiệm người bệnh được thực hiện trên hơn 200 nhà lãnh đạo, quản lý cấp cao tại các cơ sở y tế (bao gồm: tổng giám đốc, giám đốc tài chính, giám đốc điều hành, giám đốc điều dưỡng, trưởng phó các bộ phận). Theo đó, có 33,5% nhà lãnh đạo cho rằng trải nghiệm người bệnh là ưu tiên hàng đầu, 54,5% xếp trải nghiệm người bệnh vào nhóm năm ưu tiên chất lượng [107]. Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam” do Bộ Y tế ban hành lần đầu theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT (2013) và cập nhật tại Quyết định số 6858/QĐ-BYT (2016), gồm 83 tiêu chí chia thành 5 lĩnh vực chính, trong đó lĩnh vực đầu tiên là *Hướng đến người bệnh*, nhấn mạnh vai trò trung tâm của người bệnh trong đánh giá chất lượng khám chữa bệnh

[14],[13]. Do đó việc đánh giá cung ứng dịch vụ y tế từ góc độ người bệnh đã trở thành một yếu tố cốt lõi của hệ thống y tế [69].

Tại Việt Nam, hiện nay cải tiến chất lượng bệnh viện ngày càng được chú trọng, đặc biệt sau đại dịch COVID-19. Về phía người bệnh, theo số liệu phân tích tình hình không hài lòng của người bệnh 2 tháng đầu năm 2019 của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh có 02 nội dung có số lượt phản ánh giảm nhiều nhất nằm ở khoa Khám bệnh là “Khâu làm thủ tục đăng ký khám” (363 lượt, giảm 36%) và “Thái độ ứng xử, giao tiếp của nhân viên bệnh viện” (306 lượt, giảm 38%) [1]. Quản lý chất lượng nhận được sự quan tâm lớn từ các cơ sở y tế, tuy nhiên các bệnh viện còn hạn chế trong việc triển khai hệ thống một cách khoa học và còn chưa đạt được hiệu quả thực tế. Để triển khai được mô hình quản lý chất lượng hiệu quả, yếu tố quan trọng nhất là “Lấy người bệnh làm trung tâm” thông qua các chỉ số như hài lòng người bệnh, hay gần đây nhất là các khảo sát về trải nghiệm người bệnh.

1.2. Giải pháp về quản lý chất lượng tại Khoa Khám bệnh trên thế giới và Việt Nam

1.2.1. Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Managment)

Cơ sở của TQM là phát triển văn hóa và thái độ của tổ chức, cam kết đáp ứng nhu cầu của khách hàng bằng cách cung cấp các dịch vụ phù hợp với nhu cầu của khách hàng [96]. Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả Majdi M Alzoubi thực hiện đánh giá kết quả hoạt động TQM trên 25 bài báo nghiên cứu có liên quan được tìm thấy trong cơ sở dữ liệu Science Direct, EBSCO, MEDLINE, CINAHL và PubMed, kết quả cho mô hình Quản lý chất lượng toàn diện bao gồm 5 yếu tố chính[93].

1.2.1.1. Cam kết của lãnh đạo

Việc triển khai TQM và tác động của TQM phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của các nhà quản lý. Phương pháp này có sự hợp tác giữa ban quản lý và nhân viên, đảm bảo sự phát triển không ngừng của chất lượng trong việc cung cấp dịch vụ [97],[96]. Yếu tố tác động đến hiệu quả triển khai TQM có thể do cơ cấu cấp phòng, quan liêu và cấp bậc, quyền tự chủ về chuyên môn, căng thẳng giữa các bên liên quan và hạn chế trong việc đánh giá quy trình, kết quả chăm sóc sức khỏe [58]. Những trở ngại

khác bao gồm thiếu cam kết nhất quán của người quản lý và nhân viên và sự tham gia vào việc thực hiện TQM, lãnh đạo và quản lý kém, thiếu văn hóa định hướng chất lượng, đào tạo không đủ và nguồn lực không đủ [58]. Theo nghiên cứu của Andrea Chiarini đã phân loại các nguyên nhân của việc thiếu sự lãnh đạo trong việc triển khai chương trình TQM [86]. Kết quả cho thấy có ba nhóm nguyên nhân của việc thiếu vai trò lãnh đạo trong việc thực hiện chương trình TQM. Nguyên nhân đầu tiên được nhiều người biết đến: thiếu sự tham gia và cam kết của các nhà quản lý cấp cao. Loại thứ hai là "lãnh đạo kết hợp" xảy ra trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe lớn nơi có sự phân cấp đa dạng về quản lý, lãnh đạo; và loại thứ ba là ảnh hưởng của một "lãnh đạo chính trị" bên ngoài về chăm sóc sức khỏe cộng đồng như sự tác động từ các cơ quan quản lý, tổ chức y tế.

Thiếu năng lực quản lý là rào cản chính để đạt được mục tiêu sức khỏe cho tất cả mọi người. Các nhà quản lý chăm sóc sức khỏe có trách nhiệm thực hiện các tầm nhìn và mục tiêu của các nhà hoạch định chính sách vì sức khỏe và hạnh phúc của quốc gia. Các nhà quản lý chăm sóc sức khỏe cần kết hợp các kỹ năng lãnh đạo và hành chính để đáp ứng kỳ vọng của người bệnh, chuyên gia y tế, chính trị gia và cộng đồng [129]. Theo đó, các nhà quản lý có vai trò quan trọng và rõ ràng đối với chất lượng chăm sóc và an toàn cho người bệnh [68].

Ba lĩnh vực kỹ năng cần thiết để thực hiện các chức năng quản lý khác nhau, đó là kỹ năng kỹ thuật/hành chính, kỹ năng con người/giao tiếp và kỹ năng khái niệm của lãnh đạo [129]. Kỹ năng hành chính là sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật và thiết bị cần thiết để thực hiện một số nhiệm vụ cụ thể có được từ kinh nghiệm, giáo dục và đào tạo. Kỹ năng con người/giao tiếp là khả năng tương tác và làm việc hiệu quả với mọi người và xây dựng tinh thần đồng đội. Kỹ năng này bao gồm hiểu biết về động lực và ứng dụng kỹ năng lãnh đạo hiệu quả rất quan trọng đối với các nhà quản lý cấp trung, trong khi các kỹ năng khái niệm ngày càng trở nên quan trọng trong các công việc quản lý cấp cao hơn [129]. Ngoài các kỹ năng y tế và hành chính, các nhà quản lý chăm sóc sức khỏe cũng cần có kỹ năng đàm phán, kỹ năng giao tiếp, tầm nhìn chung và truyền đạt ý tưởng và khái niệm. Có rất ít bằng chứng liên quan

đến vai trò của các nhà quản lý chăm sóc sức khỏe cấp trung đóng vai trò quan trọng đối với trách nhiệm giải trình của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe [113].

Theo nghiên cứu của tác giả Anne Christine Stender Heerdegen và cộng sự tại Ghana[98], cho thấy năng lực quản lý chung giữa các nhà quản lý y tế quận cao hơn đáng kể ở các quận có hiệu suất cao so với các quận có hiệu suất thấp hơn ($p = 0,02$). Hơn nữa, các nhà quản lý y tế quận ở các quận có hiệu suất cao hơn đã báo cáo mức độ làm việc nhóm cao hơn ($p = 0,02$), giao tiếp trong nhóm của họ ($p < 0,01$) và cam kết tổ chức ($p < 0,01$) so với các quận có hiệu suất thấp hơn [98].

Ngoài chăm sóc sức khỏe, còn có bằng chứng rõ ràng về tác động của quản lý đối với sự an toàn tại nơi làm việc [68]. Một loạt các hoạt động liên quan đến chất lượng đã được xác định là do các nhà quản lý thực hiện. Theo tác giả Parand A [68] đã chia các hoạt động theo ba nhóm sau: *lấy chiến lược làm trung tâm; lấy dữ liệu làm trung tâm và lấy văn hóa làm trung tâm*. Các yếu tố khác liên quan đến kết quả chất lượng bao gồm mối quan hệ giữa ban quản lý và nhân viên/sự tương tác cao giữa Hội đồng quản trị và nhân viên y tế khi thiết lập chiến lược chất lượng, và chuyên môn quản lý. Tuy nhiên, có nhiều cải thiện tích cực thông qua đào tạo phù hợp và tuyển dụng những người có chuyên môn phù hợp [68].

1.2.1.2. Làm việc nhóm

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy quy trình quản lý làm việc theo nhóm trong bệnh viện liên quan đến hiệu quả điều trị của người bệnh và sức khỏe nghề nghiệp của bác sĩ lâm sàng [80]. Làm việc nhóm là một quá trình mô tả sự tương tác giữa các thành viên trong nhóm, những người kết hợp các nguồn lực tập thể để giải quyết các yêu cầu nhiệm vụ. Làm việc theo nhóm cũng là một yếu tố dự báo quan trọng về hiệu quả hoạt động tổ chức của bệnh viện. Do đó, hiệu suất của nhóm thể hiện sự tích lũy tinh thần đồng đội và làm việc theo nhiệm vụ [91].

Làm việc nhóm có thể tạo thành một yếu tố gây căng thẳng. Tuy nhiên, làm việc theo nhóm hiệu quả có thể bảo vệ các thành viên trong nhóm khỏi tác động của căng thẳng trong công việc, vì nhận thức tích cực về làm việc nhóm có liên quan đến các chỉ số hạnh phúc nghề nghiệp của nhân viên y tế [80]. Theo nghiên cứu của Jan B. Schmutz sự chuyển đổi này cho thấy quy trình làm việc nhóm có khả năng đạt được

hiệu suất cao hơn 2,8 lần so với cá nhân [91]. Do đó, quy trình quản lý tập trung theo nhóm là một quá trình liên quan đến hiệu suất cần được thúc đẩy thông qua đào tạo và triển khai thành các hướng dẫn và chính sách quản lý chất lượng.

1.2.1.3. Đào tạo và huấn luyện

Tập huấn cho nhân viên y tế đã được chứng minh là một trong những chiến lược hiệu quả nhất để cải thiện các hoạt động thực hành và hành vi sức khỏe, đặc biệt là khi kết hợp với các phương pháp cải tiến chất lượng khác.

Như vậy, đào tạo được xem là một hoạt động quan trọng trong quản lý chất lượng tại các cơ sở y tế [82], đặc biệt trong mô hình Quản lý chất lượng toàn diện thì đào tạo là yếu tố ưu tiên hàng đầu và chiếm tỷ trọng cao nhất trong cấu phần hệ thống TQM [93].

1.2.1.4. Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm

Sự hài lòng của người bệnh là một chỉ số được sử dụng phổ biến để đo lường chất lượng chăm sóc sức khỏe tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Hài lòng người bệnh ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng kịp thời, hiệu quả và lấy người bệnh làm trung tâm.

Những năm gần đây, sự hài lòng của người bệnh thường được xác định sai lệch và một chỉ số khác được sử dụng thay thế là trải nghiệm của người bệnh. Tuy nhiên, các tài liệu hiện còn thiếu cơ sở khái niệm và công cụ đo lường được chấp nhận rộng rãi [92]. Mặt khác, việc đo lường hài lòng người bệnh bị ảnh hưởng bởi sự mong đợi của người bệnh, điều này dễ gây sai lệch về thông tin trong hoạt động theo dõi, giám sát và cải tiến dịch vụ một cách liên tục. Do đó, trải nghiệm của người bệnh ngày càng được chú trọng như bởi các nhà nghiên cứu và cơ quan quản lý ở Bắc Mỹ [84],[50] và Châu Âu [61],[77]. Dịch vụ Y tế Quốc gia (National Health Service - NHS) ở Anh đã dẫn đầu quốc tế trong việc khảo sát trải nghiệm người bệnh quốc gia hàng năm, bắt đầu từ năm 2001 [61]. Khảo sát Đánh giá Người tiêu dùng Bệnh viện của Hệ thống và Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems - HCAHPS) ở Mỹ được thực hiện trên toàn quốc vào năm 2006 [50], và các thước đo về trải nghiệm của người bệnh

được liên kết với thực tế cho kết quả hoạt động như một khía cạnh quan trọng của chất lượng bệnh viện kể từ năm 2012 [81].

Như vậy, hiện nay trải nghiệm người bệnh ngày càng được chú trọng, dần thay thế cho khảo sát về hài lòng người bệnh, nhằm mục tiêu lấy đối tượng phục vụ (nhân viên y tế và người bệnh) làm trung tâm. Từ đó, cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

1.2.1.5. Cải tiến chất lượng liên tục

Các tổ chức chăm sóc sức khỏe ngày nay đang nhanh chóng mở rộng các can thiệp Cải tiến chất lượng liên tục (Quality Improvement Collaboratives- QICs) trên toàn thế giới để nâng cao chất lượng, tính bền vững của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thành quả của một bệnh viện thể hiện qua sự tăng trưởng doanh thu và lợi nhuận, sự tăng trưởng về tri thức tổ chức, sự tăng trưởng về giá trị thương hiệu và sự gia tăng niềm tin từ cộng đồng. Lý giải cơ chế về mối quan hệ giữa gia tăng giá trị cho người bệnh và gia tăng thành quả cho bệnh viện, phần lớn đến từ hoạt động Cải tiến liên tục. Đó là một quá trình giải quyết các vấn đề làm suy giảm giá trị cho người bệnh và tối ưu hóa liên tục.

Quá trình cải tiến sẽ giúp bệnh viện tối ưu chi phí, giảm những chi phí sinh ra do việc làm sai, giảm lãng phí, tiết kiệm nguồn lực dành vào những việc không tạo ra giá trị, tăng độ tin cậy, tăng tốc độ xử lý, tăng được trải nghiệm. Quá trình giải quyết vấn đề của người bệnh sản sinh rất nhiều tri thức mới cho tổ chức. Sở hữu những tri thức này chính là sở hữu năng lực cạnh tranh. Năng lực cạnh tranh của một bệnh viện có thể tóm gọn là năng lực nội sinh tri thức.

1.2.1.6. Nguyên tắc khác

Các hệ thống chăm sóc sức khỏe trên khắp thế giới phải đối mặt với những thách thức chung về chi phí chăm sóc sức khỏe gia tăng liên quan đến già hoá dân số, tỷ lệ mắc bệnh mãn tính cao và sự phát triển các phương pháp điều trị mới. Chiến lược chung để giải quyết những thách thức này là phát triển hệ thống y tế điện tử, hoặc sử dụng công nghệ thông tin và truyền thông trong chăm sóc sức khỏe, được coi là có khả năng cải thiện tiếp cận chăm sóc sức khỏe chất lượng cao theo cách hiệu quả về chi phí [35].

Có nhiều lý do có thể khiến việc triển khai các hệ thống y tế điện tử tiếp tục gặp

nhiều thách thức, bao gồm: sự thiếu nhận thức về mối liên quan của áp dụng nghiên cứu với nhu cầu của nhân viên y tế; nhân viên y tế khó chấp nhận những phương thức mới bằng công nghệ thông tin thay cho các phương pháp truyền thống; bất cập trong chẩn đoán, điều trị và tính thẩm mỹ, ứng dụng của hệ thống phần mềm.

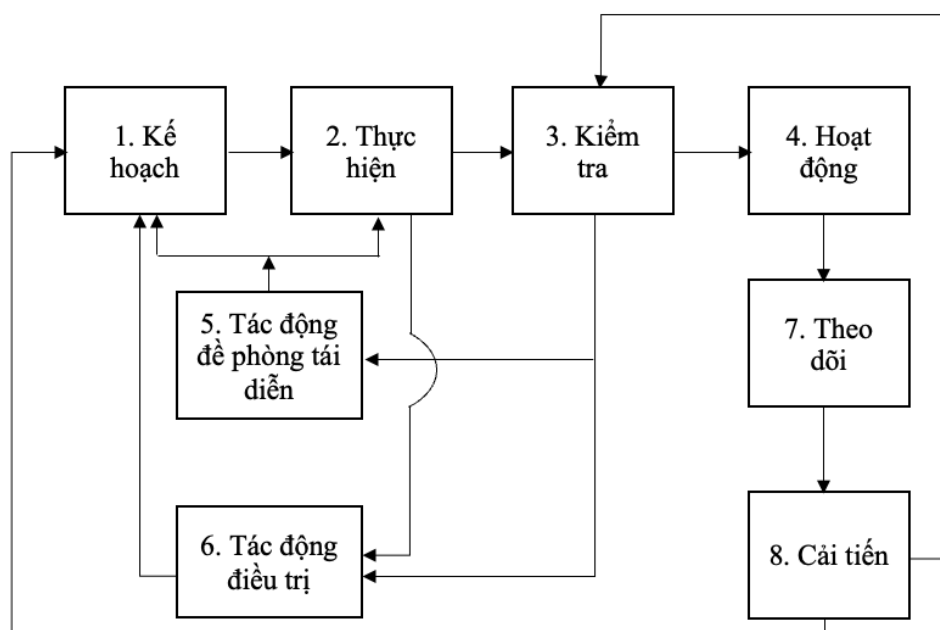
Hiện ngân sách dành cho y tế vào khoảng gần 7% và Bộ Y tế đang đề xuất tăng hơn trong những năm tới. Trong giai đoạn hiện tại, một trong những lĩnh vực được coi trọng nhất và là một trong những ưu tiên đặc biệt của ngành y tế để đầu tư, phát triển chính là y tế điện tử. Y tế điện tử (YTĐT) hay còn gọi là e-health được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực khác nhau như: Lưu trữ, xử lý và truyền tải thông tin nói chung và thông tin về quản lý bệnh viện nói riêng như: quản lý người bệnh, dược, viện phí, Quản lý thông tin về lâm sàng, hành chính và tài chính của bệnh viện; Cung cấp cơ chế để các chuyên gia y tế ở khoảng cách xa thực hiện được các công việc chẩn đoán và điều trị; Nâng cao năng lực bằng cách đưa ra các khóa huấn luyện và đào tạo y học liên tục, trực tuyến cho các sinh viên và nhân viên y tế; Tạo nguồn thu từ phát triển các thiết bị di động, đem lại những cách tiếp cận sáng tạo cho chăm sóc sức khỏe; Tạo khả năng thực hiện các nghiên cứu y sinh có mức độ phức tạp cao thông qua mạng lưới tin học. Một trong những thành công thiết thực nhất của ứng dụng công nghệ trong y tế chính là việc thiết lập hồ sơ điện tử y tế vào đầu những năm 1990. Hồ sơ điện tử y tế (Electric Medical Record - EMR) đề cập đến hồ sơ bệnh án được sở hữu riêng bởi một cơ sở y tế cụ thể, có thể là bệnh viện, phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa. EMR bao gồm thông tin được thu thập bởi các bác sĩ để chẩn đoán và điều trị cho người bệnh, được ghi lại để sử dụng nội bộ và thông tin này không thể sử dụng bên ngoài cơ sở y tế đó [3].

Như vậy, các yếu tố giáo dục và đào tạo, cải tiến chất lượng liên tục, hài lòng người bệnh, cam kết của lãnh đạo và làm việc theo nhóm là những yếu tố cấu thành chiếm tỷ trọng cao nhất trong hệ thống TQM [93],[62]. Liên quan đến ảnh hưởng của các yếu tố cấu thành đối với hiệu suất trong các nghiên cứu về mô hình TQM cho thấy tác động tích cực của TQM trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe [82],[46],[66],[78]. Trong lĩnh vực y tế, TQM hướng tới định hướng gắn kết chất lượng vào tất cả các quy trình và thủ tục trong việc cung cấp dịch vụ y tế [57].

1.2.2. Plan-Do-Check-Action (PDCA)

Khái niệm PDCA dựa trên phương pháp khoa học được phát triển từ tác phẩm của Francis Bacon năm 1620, mô tả tiến trình 3 bước là “giả thuyết” – “thực nghiệm” – “lượng giá”. Người đầu tiên áp dụng khái niệm trên vào cải tiến chất lượng là Walter Andrew Shewhart (1891-1967). Vào năm 1924 khi thực hiện một yêu cầu cải tiến chất lượng của công ty, ông đã phác thảo 4 thành tố quan trọng được xem là nguyên lý của chu trình chất lượng ngày nay. Trong những năm cuối thập niên 30 của thế kỷ trước, những ý tưởng của Shewhart được mở rộng từ quản lý chất lượng công nghiệp sang những lĩnh vực khoa học khác. Đến thập niên 50, khái niệm trên được phát triển và giới thiệu rộng rãi nhờ công của William Edward Deming. Ông mô tả dưới tên gọi “Shewhart cycle” nhưng người ta thường nhớ đến nó với tên gọi “Deming cycle”, hay chu trình cải tiến chất lượng PCDA hay PDSA. Chu trình PDCA là nguyên lý cốt lõi của nhiều mô hình quản lý chất lượng như TQM (Total Quality Management), Cải tiến chất lượng liên tục (Continuous Quality Improvement).

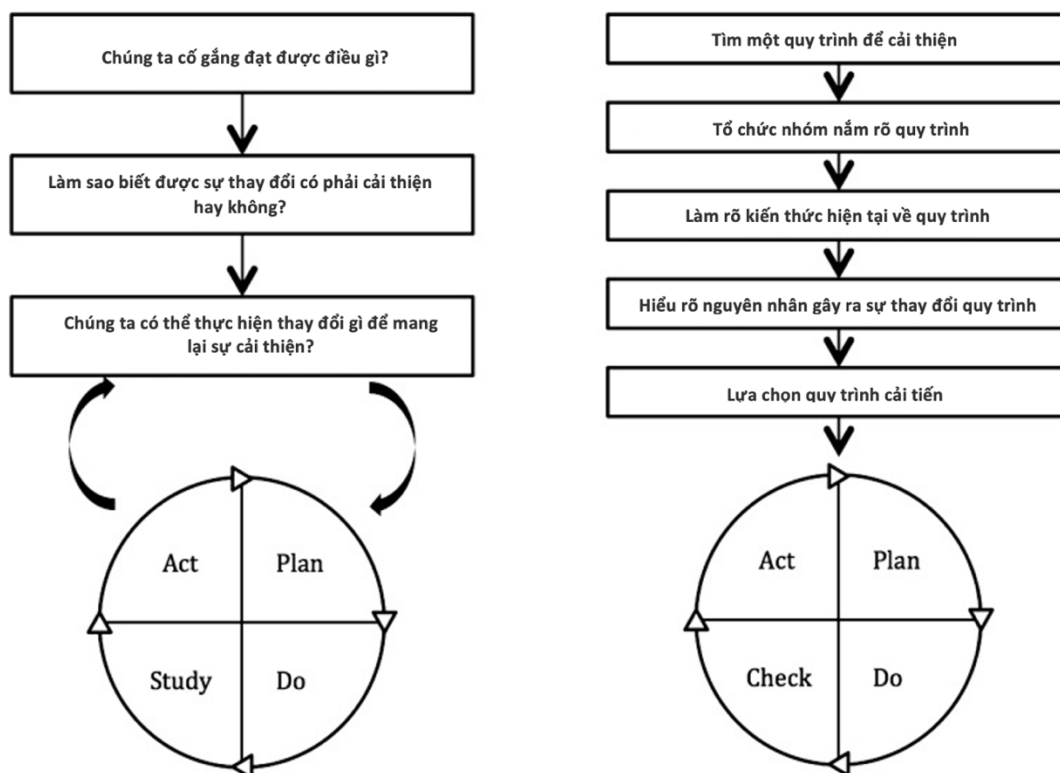
Dưới góc độ quản trị, vòng tròn PDCA là thứ tự phải làm khi muốn thực hiện một việc nào đó có hiệu quả [4].



Sơ đồ 1.1. Lưu đồ kiểm tra trong vòng tròn PDCA

Phương pháp PDSA bắt nguồn từ ngành công nghiệp và lý thuyết cải tiến của Walter Shewhart và Edward Deming về các quy trình lặp mà cuối cùng được gọi là bốn giai đoạn của PDSA [65]. Các thuật ngữ PDSA và PDCA thường được sử dụng thay thế cho nhau khi đề cập đến phương pháp này.

PDSA tuân theo phương pháp học tập theo chu kỳ bốn giai đoạn được quy định để thích ứng với những thay đổi. Trong giai đoạn “Kế hoạch”, nhằm xác định vấn đề cần cải tiến, giai đoạn “Thực hiện” được xem như quá trình thử nghiệm can thiệp, giai đoạn “Nghiên cứu” kiểm tra sự thành công của cải tiến và giai đoạn “Hành động” xác định các điều chỉnh và các bước tiếp theo để tiếp tục cải tiến [65]. Chu kỳ PDSA là phương pháp để cấu trúc cải tiến lặp đi lặp lại, dưới dạng một phương pháp độc lập hoặc là một phần của các phương pháp cải tiến như Quản lý chất lượng toàn diện, Cải tiến liên tục, Lean, Six Sigma. Chu kỳ PDSA thường là một thành phần trung tâm của các sáng kiến cải tiến, tuy nhiên rất ít đánh giá khách quan chính thức về hiệu quả hoặc ứng dụng của chúng được thực hiện [65].



Hình 1.1. Mô hình cải tiến ứng dụng PDSA và PDCA [65]

So với các phương pháp nghiên cứu chăm sóc sức khỏe truyền thống thì chu trình PDSA đưa ra một phương pháp khoa học thực dụng để thử nghiệm những thay đổi trong các hệ thống phức tạp. Các nguyên tắc của chu kỳ PDSA thúc đẩy việc sử dụng phương pháp tiếp cận lặp đi lặp lại quy mô nhỏ để thử nghiệm các can thiệp, mục đích đánh giá nhanh chóng và linh hoạt để điều chỉnh thay đổi. Bắt đầu với các thử nghiệm quy mô nhỏ, giảm thiểu rủi ro và cung cấp cơ hội để xây dựng bằng chứng cho sự thay đổi, thu hút các bên liên quan tăng quy mô can thiệp. Chu trình PDCA đề cập đến vòng tròn kiểm soát chất lượng để xử lý các lỗi trong hệ thống [39], thay vì quy trình PDSA, vốn nhằm mục đích học tập và cải tiến lặp đi lặp lại của một sản phẩm hoặc một quá trình [40], [65].

1.2.3. Quản lý tinh gọn - Lean

Nhiều khái niệm về Quản lý tinh gọn bắt nguồn từ Hệ thống sản xuất Toyota (TPS) và đã được dần triển khai xuyên suốt các hoạt động của Toyota từ những năm 1950. Từ trước những năm 1980, các ngành công nghiệp, thương mại ngày càng được biết đến nhiều hơn về tính hiệu quả trong việc triển khai hệ thống sản xuất Just-In-Time (JIT). Lean được định nghĩa là một hệ thống quản lý/vận hành tổng thể sử dụng văn hóa cải tiến liên tục và tập trung vào việc đáp ứng nhu cầu của khách hàng (tức là nhu cầu của người bệnh, nhân viên nội bộ và tổ chức), cải thiện chất lượng bằng cách giảm lãng phí (tức là những hoạt động không tạo ra giá trị), tối ưu hóa quy trình tổ chức và luồng người bệnh, và tạo ra giá trị, với sự tham gia trực tiếp của nhân viên trong tổ chức [109]. Lean bao gồm một tập hợp các phương pháp và công cụ để đánh giá, cải thiện và giám sát quy trình làm việc. Trong y tế, quản lý tinh gọn cũng ngày càng được áp dụng rộng rãi với góc nhìn bệnh viện là một hệ thống phức tạp với hàng loạt các quy trình và mối liên hệ [118]. Chi phí y tế đang ngày càng gia tăng nhanh chóng, nhiều sai sót có thể phòng ngừa được đã xảy ra. Quản lý tinh gọn có thể áp dụng tại bệnh viện và các cơ sở y tế nhằm làm giảm lãng phí và các chi phí không cần thiết [19],[118],[111].

Như vậy, Lean - Quản lý tinh gọn là tổ hợp các phương pháp, hiện đang được áp dụng ngày càng rộng rãi trên khắp thế giới, nhằm loại bỏ lãng phí và những bất

hợp lý trong quá trình sản xuất, để có chi phí thấp hơn và tính cạnh tranh cao hơn. Tăng khả năng đáp ứng một cách linh hoạt những yêu cầu luôn biến động. Theo nguyên lý trên, mô hình Lean tập trung vào nhận diện và loại bỏ những hoạt động không tạo thêm giá trị (Non Value-Added) cho khách hàng nhưng lại làm tăng chi phí trong chuỗi những hoạt động sản xuất, cung cấp dịch vụ.344345

1.2.4. Six Sigma

Six Sigma (6 Sigma, hay 6 σ) là một hệ phương pháp cải tiến quy trình kinh doanh và quản lý chất lượng bằng cách dựa trên thống kê để tìm ra lỗi (khuyết tật), xác định nguyên nhân của lỗi và xử lý lỗi nhằm làm tăng độ chính xác của quy trình. 6 Sigma là một phương pháp được tiến hành một cách chặt chẽ, khoa học, tập trung vào việc thực hiện có hiệu quả các kỹ thuật và các nguyên tắc quản lý chất lượng đã được thừa nhận. Bằng việc kết hợp các yếu tố trong nhiều lĩnh vực công việc khác nhau, 6 Sigma tập trung vào việc làm thế nào để thực hiện công việc mà không có lỗi hay khuyết tật. Chữ Sigma (σ) theo ký tự Hy Lạp đã được dùng trong kỹ thuật xác suất - thống kê để đánh giá sự sai lệch của các quá trình. Về thực chất, 6 Sigma đã loại bỏ khá nhiều các yếu tố phức tạp, 6 Sigma chỉ lựa chọn các công cụ hữu dụng nhất và đã được kiểm chứng và đào tạo cho một số nhỏ cán bộ kỹ thuật chủ chốt. Các công cụ được sử dụng phổ biến nhằm cải tiến hiệu quả hoạt động được gọi tắt là DMAIC (viết tắt của các từ tiếng Anh: Define - xác định; Measure - đo lường; Analyze- phân tích; Improve-cải tiến; Control- kiểm soát)[11].

Lean Six Sigma (LSS) là mô hình quản lý kết hợp các nguyên tắc quản lý của Lean với các phương pháp Six Sigma. Lean giúp giảm thiểu chất thải và rút ngắn chu kỳ sản xuất ngay từ đầu, trong khi Six Sigma tập trung vào tinh chỉnh độ chính xác cho quy trình.

Năm 2015, nghiên cứu của tác giả SE Mason sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống để đánh giá áp dụng Six Sigma vào quá trình phẫu thuật [73]. Tác giả tổng hợp 124 nghiên cứu từ cơ sở dữ liệu, chọn lọc ra 23 nghiên cứu phù hợp để đưa vào phân tích với 11 nghiên cứu đánh giá Lean, 6 Six Sigma và 6 Lean Six Sigma. Một loạt các kết quả có thể được tổng hợp thành 6 nhóm hiệu quả khi áp dụng Lean hoặc Six Sigma: tối ưu hóa hiệu quả điều trị ngoại trú, cải thiện hiệu quả phòng mổ, giảm

biến chứng phẫu thuật, giảm tác hại tại phòng khám, giảm tử vong và hạn chế chi phí và thời gian lưu trú không cần thiết. Phần lớn các nghiên cứu (88%) chứng minh sự cải thiện.

Năm 2019, nghiên cứu của tác giả Thais Orrico de Brito Cançado tiến hành đánh giá lý thuyết tác động của Lean Six Sigma trong y tế, đặc biệt là trong lĩnh vực gây mê [90]. Kết quả đánh giá cho thấy mức độ thường xuyên về việc lãng phí thuốc, vật tư y tế và thời gian (làm lại), cũng như các sai sót xảy ra thường xuyên đối với bác sĩ gây mê. Do đó áp dụng Lean Six Sigma có hiệu quả giúp giảm thiệt hại cho môi trường, tự kết quả cải tiến chất lượng chất lượng bệnh viện góp phần gián tiếp cải thiện sức khỏe tổng thể của người bệnh và giảm chi phí chăm sóc sức khỏe. Việc sử dụng phương pháp Lean Six Sigma được đề xuất để làm cho lĩnh vực gây mê mang tính bền vững hơn, cải thiện các quy trình mà không ảnh hưởng đến người bệnh.

Như vậy, Phương pháp Lean Six Sigma là một chiến lược quản lý mới trong lĩnh vực y tế. Six sigma được chứng minh có hiệu quả trong bối cảnh hiện tại về chất lượng và an toàn cho người bệnh.

1.2.5. Phương pháp 5S

Phương pháp quản lý 5S (trong đó 5S là viết tắt của Sàng lọc, Sắp xếp, Sạch sẽ, Sẵn sàng và Sẵn sàng) ban đầu được thực hiện bởi các doanh nghiệp sản xuất tại Nhật Bản. Sau đó, nó đã được giới thiệu cho khu vực sản xuất ở phương Tây vào những năm 1980 và cuối cùng được áp dụng cho ngành y tế để tổ chức và tiêu chuẩn hóa nơi làm việc. 5S gần đây đã nhận được sự chú ý như một giải pháp tiềm năng để cải thiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của chính phủ ở các nước thu nhập thấp và trung bình, được công nhận là phương pháp tiếp cận công nghệ chi phí thấp, đóng vai trò là điểm khởi đầu để cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe [45],[47],[42],[54]. Chính phủ Tanzania và Sri Lanka đã chính thức áp dụng 5S như chiến lược y tế quốc gia để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe [49],[48].

1.3. Thực trạng về quản lý chất lượng khoa khám bệnh trên thế giới và tại Việt Nam

1.3.1. Một số kết quả quản lý chất lượng trên thế giới

1.3.1.1. Quản lý tinh gọn - Lean

Thuật ngữ Lean Manufacturing được mô tả theo như tác giả Lonnie Wilson trong quyển sách “How to implement lean manufacturing” là một tập hợp toàn diện các kỹ thuật, khi các kỹ thuật này được kết hợp và hoàn thiện thì sẽ giúp công ty làm giảm và loại bỏ được 7 loại lãng phí trong sản xuất [134]. Áp dụng sản xuất tinh gọn không những giúp cho công ty được tinh gọn hơn mà còn trở nên linh hoạt và phản ứng nhanh hơn bằng cách loại bỏ lãng phí. Nghiên cứu của tác giả Michelle Grace Tetteh và cộng sự (2024) phân tích cho thấy việc tích hợp thành công các phương pháp Lean và công nghệ Công nghiệp 4.0 trong lĩnh vực sản xuất dược phẩm tại Ghana [133]. Đồng thời, việc triển khai riêng lẻ các nguyên tắc tinh gọn và công nghệ Công nghiệp 4.0 có tác động tích cực đến hiệu suất kinh doanh. Tuy nhiên, nghiên cứu không quan sát thấy ảnh hưởng tích cực đáng kể của Lean 4.0 đến hiệu suất ngay lập tức, điều này cho thấy việc áp dụng các can thiệp có thể không mang lại những cải thiện ngay lập tức về hiệu quả hoặc lợi nhuận nhưng về lâu dài hiệu quả sẽ rõ rệt hơn [133].

Năm 2020, nghiên cứu của tác giả Rachel Flynn về áp dụng hệ thống quản lý chất lượng quy mô lớn bằng Lean trong cơ sở chăm sóc sức khỏe trẻ em [94]. Lý thuyết Mô hình tinh gọn (Lean) mô tả bản chất phức tạp để duy trì các nỗ lực tinh gọn và tính bền vững của hệ thống quản lý chất lượng. Để áp dụng thành công thì cách tiếp cận và bản chất của việc thực hiện là rất quan trọng để định hình bối cảnh cho tính bền vững của Lean. Ngoài ra, các yếu tố như ý thức, tính đồng bộ triển khai, sự tham gia của nhân viên là những khía cạnh quan trọng của Lean.

Năm 2022, nghiên cứu của Marta Marsilio và cộng sự tiến hành đánh giá kết quả triển khai Lean trên hệ thống y tế ở Ý và Hoa Kỳ [118]. Nhóm tác giả đã đề ra các chỉ số đánh giá kết quả Lean bao gồm [118],[111]: cam kết của lãnh đạo, hệ thống quản lý hàng ngày (DMS), nguồn nhân lực (human resources-HR), công nghệ thông

tin và Tài chính, giáo dục và đào tạo, sự tham gia của nhân viên và hiệu suất tự báo cáo.

1.3.1.2. Phương pháp 5S

Phương pháp quản lý 5S là phương pháp tiếp cận công nghệ chi phí thấp, đóng vai trò là điểm khởi đầu để cải thiện dịch vụ chăm sóc sức khỏe [45],[47],[42], [54]. Chính phủ Tanzania và Sri Lanka đã chính thức áp dụng 5S như chiến lược y tế quốc gia để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe [49],[48]. Bắt đầu từ năm 2007, 5S đã được áp dụng cho các bệnh viện chính phủ ở các nước Châu Phi trong khuôn khổ Chương trình Đồng sáng tạo Tri thức Châu Á Châu Phi (AAKCP) của JICA [59]. Với mục đích áp dụng kinh nghiệm thành công của Sri Lanka cho châu Phi [49], chương trình đã hỗ trợ đưa 5S-KAIZEN-TQM vào thí điểm các bệnh viện chính phủ, trước tiên ở 8 quốc gia (Eritrea, Kenya, Madagascar, Malawi, Nigeria, Senegal, Tanzania và Uganda); giai đoạn I: 2009–2013) và sau đó ở bảy quốc gia khác (Benin, Burkina Faso, Burundi, Cộng hòa Dân chủ Congo, Mali, Maroc và Niger; giai đoạn II: 2009–2013) [55],[33]. Việc áp dụng thí điểm 5S-KAIZEN-TQM tại các bệnh viện chính phủ ở 15 quốc gia châu Phi đã dẫn đến sự cải thiện trong quản lý trực quan tại nơi làm việc cũng như quy trình cung cấp dịch vụ [51]. Các sáng kiến thí điểm này đã dẫn đến việc hình thành các dự án hợp tác kỹ thuật mới bao gồm 5S như một phần của các thành phần hoạt động ở một số quốc gia tham gia. Những dự án đó đã dẫn đến việc áp dụng 5S như một chiến lược chủ đạo để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở Senegal và Tanzania [34],[48],[36].

Theo nghiên cứu của tác giả Kanamori cho thấy phương pháp quản lý 5S đã cải thiện chất lượng dịch vụ và những cải tiến bắt nguồn từ ba khía cạnh: hiệu quả, lấy người bệnh làm trung tâm và an toàn [83]. Kết quả cho thấy bản chất của chương trình 5S là một cách tiếp cận chi phí thấp và không đòi hỏi công nghệ [54], ngụ ý rằng phương pháp quản lý 5S đặc biệt phù hợp để cải thiện chất lượng dịch vụ ở những cơ sở hạn chế về nguồn lực [83].

1.3.1.3. Quản lý chất lượng toàn diện -TQM

Năm 2013, nghiên cứu của Katherine J. Jones trên 24 bệnh viện Hoa Kỳ cho kết quả 3 yếu tố quan trọng dẫn đến thành công của TQM bao gồm: Làm việc theo nhóm,

đào tạo và giáo dục, và cải tiến liên tục. Điểm số về an toàn người bệnh của nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với điểm nhóm tinh trong ba khía cạnh của TQM [56].

Năm 2015, nghiên cứu của tác giả El-Tohamy và Al Raoush được thực hiện về tầm quan trọng của việc áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) và ảnh hưởng đối với hiệu quả hoạt động của bệnh viện. Mục tiêu chính của nghiên cứu này là để điều tra tác động của việc áp dụng TQM đến hiệu quả tổng thể của bệnh viện tại các bệnh viện công ở Jordan, được công nhận từ Hội đồng Kiểm định Chăm sóc Sức khỏe (Health Care Accreditation Council-HCAC). Đối tượng nghiên cứu đại diện cho tất cả nhân viên y tế làm việc tại năm bệnh viện chính phủ hơn ba năm. Mẫu nghiên cứu bao gồm 1290 nhân viên. Tỷ lệ trả lời là 83,6% tổng số bảng câu hỏi được phát. Các nguyên tắc TQM là: Cam kết của lãnh đạo đối với chất lượng, Tập trung vào khách hàng, Cải tiến liên tục, Làm việc theo nhóm, Sự tham gia của nhân viên, giáo dục và đào tạo. Kết quả nghiên cứu cho thấy tác động đáng kể của tất cả các nguyên tắc TQM đến hiệu quả tổng thể của bệnh viện ($p < 0,05$). Sử dụng nhiều phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy TQM là một yếu tố dự báo mạnh mẽ về hiệu quả hoạt động của bệnh viện ($Beta = 0,818$, $t = 46,613$, $R^2 = 0,669$, và giá trị $p = 0,000$). Kết hợp lại, việc áp dụng các nguyên tắc của TQM làm tăng hiệu quả tổng thể của bệnh viện trong các bệnh viện chính phủ được Hội đồng Kiểm định Chăm sóc Sức khỏe (Health Care Accreditation Council-HCAC) công nhận ở Jordan [78].

Năm 2015, nghiên cứu bán thực nghiệm của tác giả Lashgari và cộng sự về mô hình can thiệp TQM tập trung vào việc cải thiện sự hài lòng của người bệnh thông qua hiệu quả hoạt động của điều dưỡng, cam kết và chất lượng dịch vụ tại khoa cấp cứu. Đối tượng nghiên cứu là 200 người bệnh (bệnh viện quân đội Iran). Kết quả cho thấy TQM giúp cải thiện đáng kể 20% điểm số hài lòng của người bệnh đối với chất lượng hoạt động của điều dưỡng ($p < 0,001$) [76].

Năm 2015, nghiên cứu của tác giả Mosadeghrad và cộng sự trên 90 nhà quản lý và giám đốc chất lượng (các bệnh viện và trung tâm chăm sóc sức khỏe của Iran), tập trung vào Quản lý khách hàng, quản lý quy trình, lãnh đạo, quản lý nhân viên và quản lý thông tin. Kết quả cho thấy thực hành TQM (quản lý nhân viên, quản lý khách

hàng, quản lý quy trình, quản lý thông tin, lãnh đạo) có tác dụng “hiệp đồng” đối với thành công của TQM [72].

Năm 2016, nghiên cứu của tác giả Ramesh Kumar về Chương trình can thiệp TQM: đào tạo trên 138 công nhân (nhóm thực nghiệm), 137 công nhân (nhóm đối chứng) (bệnh viện Pakistan). Kết quả cho thấy sự khác biệt đáng kể về điểm số của nhóm chứng (62%) và nhóm can thiệp (87%) ($p < 0,001$) về can thiệp TQM (đào tạo) [82].

Năm 2020, nghiên cứu của tác giả Ahmad Aburayya và cộng sự nhằm xem xét tác động của các yếu tố TQM đối với chất lượng dịch vụ bệnh viện tại Các Tiểu vương quốc Ả Rập Thống nhất (UAE). Dữ liệu thực nghiệm được thu thập thông qua bảng câu hỏi tự quản lý. Tổng số 480 bộ câu hỏi được phát hành, thu về 292 phản hồi từ nhân viên y tế, tỷ lệ 60,8%. Kết quả trong nghiên cứu này củng cố những tác động tích cực của văn hóa tổ chức, cải tiến liên tục, tập trung vào khách hàng, làm việc nhóm và tham gia, quản lý quy trình và cam kết của ban quản lý cấp cao trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ do bệnh viện. Trong số tám yếu tố triển khai TQM, văn hóa tổ chức thể hiện tác động mạnh nhất đến chất lượng dịch vụ bệnh viện với giá trị hệ số cao nhất là 0,373 [97].

Nghiên cứu hệ thống của Manaf Al-Okaily (2024) cũng cho thấy việc áp dụng các hoạt động quản lý, đặc biệt là quản lý chất lượng toàn diện và đúng lúc, góp phần đáng kể vào việc giảm chất thải, nâng cao hiệu quả và giảm thiểu dấu chân môi trường trên toàn bộ chuỗi cung ứng. Đồng thời, việc tích hợp các công nghệ công nghiệp 4.0 như chuỗi khối, Internet vạn vật và dữ liệu lớn giúp tăng cường khả năng ra quyết định dựa trên dữ liệu, tính minh bạch và khả năng truy xuất nguồn gốc, qua đó khuếch đại các nỗ lực phát triển bền vững [131].

Như vậy, các yếu tố giáo dục và đào tạo, cải tiến chất lượng liên tục, hài lòng người bệnh, cam kết của lãnh đạo và làm việc theo nhóm là những yếu tố cấu thành chiếm tỷ trọng cao nhất trong hệ thống TQM [93],[62]. Các nghiên cứu cho thấy tác động tích cực của TQM trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe [82],[46],[66],[78], TQM hướng tới định hướng gắn kết chất lượng vào tất cả các quy trình và thủ tục trong việc cung cấp dịch vụ y tế [57].

1.3.2. Một số kết quả quản lý chất lượng bệnh viện tại Việt Nam

1.3.2.1. Tiêu chuẩn, tiêu chí về quản lý chất lượng

Một số nghiên cứu đánh giá kết quả áp dụng tiêu chuẩn ISO trong quản lý chất lượng bệnh viện ở Việt Nam cho thấy rằng: Tăng hiệu quả điều trị, tăng cao sự hài lòng của người bệnh và nhân viên, cải thiện môi trường làm việc [7]. Hiệu quả của áp dụng ISO 9001:2000 vào trong quản lý bệnh viện có sự cải thiện số lượng dịch vụ được cung ứng và sự hài lòng người bệnh đã được chứng minh trong các nghiên cứu của tác giả Lê Việt Hoa (2010) [5]; tác giả Trần Quý Tường (2013) [9]. JCI (Joint Commission International) là bộ tiêu chuẩn cao nhất trong lĩnh vực thẩm định chất lượng y tế đang được thế giới áp dụng với 285 điều và 1.166 yếu tố đo lường, cho đến nay nhiều bệnh viện Việt Nam đã được chứng nhận đạt chuẩn JCI như bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện FV, bệnh viện Mắt Cao Thắng và còn nhiều bệnh viện Việt Nam vẫn đăng ký đánh giá chất lượng bệnh viện theo tiêu chuẩn JCI. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu chứng minh mối liên quan giữa việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và việc đạt chuẩn JCI của bệnh viện.

Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam được Bộ Y tế ban hành lần đầu năm 2013 (Quyết định 4858/QĐ-BYT) và cập nhật, hoàn thiện năm 2016 (Quyết định 6858/QĐ-BYT). Đây là bộ công cụ chuẩn để đánh giá và cải tiến chất lượng bệnh viện trên phạm vi toàn quốc. Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam 2016 gồm 83 tiêu chí, chia thành 5 lĩnh vực chính: (1) Hướng đến người bệnh, tập trung vào trải nghiệm, sự hài lòng và an toàn của người bệnh; (2) Phát triển nguồn nhân lực, chú trọng năng lực chuyên môn, đào tạo và môi trường làm việc; (3) Hoạt động chuyên môn, bao gồm chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, kiểm soát nhiễm khuẩn, dược và cận lâm sàng; (4) Cải tiến chất lượng, với các nội dung như quản lý sự cố, đánh giá nội bộ và quản lý chỉ số chất lượng; (5) Tiêu chí đặc thù chuyên khoa, áp dụng riêng cho một số lĩnh vực chuyên sâu. Theo báo cáo của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy điểm chất lượng trung bình của các bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 cao nhất (4,25/5), tăng 2,1% so với năm 2022. Tiếp theo là nhóm tiêu chí thuộc lĩnh vực Phát triển nguồn nhân lực bệnh viện có điểm trung bình đạt 3,94/5 tăng 3,1% so với năm 2022 (3,82). Nhóm tiêu chí thuộc lĩnh vực Hoạt động

cải tiến chất lượng đạt điểm trung bình 3,71/5 tăng 6,3% so với năm 2022 (3,49). Nhóm tiêu chí thuộc lĩnh vực Đặc thù chuyên khoa (Sân, Nhi) đạt 3,69/5 tăng 3,1% so với 2022 (3,58). Nhóm tiêu chí thuộc lĩnh vực Hoạt động chuyên môn đạt điểm trung bình thấp nhất (3,65/5) tăng 3,7% so với năm 2022 (3,52)[31]

1.3.2.2. Phương pháp 5S

Phương pháp quản lý 5S được công nhận là nền tảng của phương pháp chăm sóc sức khỏe tinh gọn, bằng cách loại bỏ tất cả các yếu tố không tạo ra giá trị giúp tối đa hóa mức giá trị gia tăng. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Nguyên thực hiện can thiệp cải tiến chất lượng bằng ứng dụng 5S tại BV ĐHYD Cần Thơ, sau một năm can thiệp, tỷ lệ NVYT có kiến thức tốt về 5S ở 5 lĩnh vực đều gia tăng so với khảo sát ban đầu. Trong đó, nghiên cứu tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở lĩnh vực “Sàng lọc”, tăng từ 49,8% lên 56,08% với $p=0,038$; lĩnh vực “Săn sóc” tăng từ 64,3% lên 67,84% với $p=0,042$; và lĩnh vực “Sẵn sàng” tăng từ 66,3% lên 69,41% với $p=0,036$ [23]. Tỷ lệ NVYT có thực hành tốt về 5S ở tất cả lĩnh vực đều gia tăng so với khảo sát ban đầu. Trong đó, nghiên cứu tìm thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ở lĩnh vực Dịch vụ chăm sóc và điều trị, tăng từ 70,98% lên 72,55%; lĩnh vực Chất lượng chăm sóc và điều trị tăng từ 64,71% lên 76,47%; lĩnh vực Chi phí tăng từ 55,69% lên 56,86%; lĩnh vực Vận chuyển từ 71,76% lên 78,04%; lĩnh vực Đạo đức tăng từ 71,76% lên 76,08% và lĩnh vực Tổ chức 5S, nhóm cải tiến chất lượng tăng từ 63,53% lên 69,41% [30]. Nghiên cứu can thiệp cải tiến trên 5 loại trang thiết bị gồm: xe tiêm, tủ thuốc, hồ sơ, nhà vệ sinh và giường bệnh, cho thấy sự thay đổi điểm trung bình 5S trong 3 lần đánh giá. Theo đó, điểm trung bình 5S tăng ở cả 5 loại trang thiết bị và trong từng lĩnh vực của 5S. Sau can thiệp, điểm trung bình 5S ở các loại trang thiết bị tăng từ 2,42-3,21 lên 3,13 đến 3,86 điểm [27]. Kết quả cho thấy quá trình can thiệp đã đạt được những kết quả tích cực ở cả 5 loại trang thiết bị. Chỉ số hiệu quả dao động từ 19,46% đến 41,39% [27].

1.3.2.3. Mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tinh gọn tại Bệnh viện quận Thủ Đức

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân và cộng sự, đánh giá thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí

Mình trước và sau khi can thiệp bằng mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tinh gọn [16]. Kết quả sau can thiệp bằng mô hình có tên là: “mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tinh gọn”, cho thấy có sự cải thiện các yếu tố chính: An toàn người bệnh; người bệnh làm trung tâm; hiệu quả lâm sàng; hiệu suất; hướng về nhân viên; quản trị đáp ứng kịp thời. Mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tinh gọn thực hiện tại bệnh viện quận Thủ Đức, đã cải thiện chất lượng bệnh viện ở nhiều khía cạnh khác nhau có thể nhân rộng trong khu vực và cả nước [16].

1.3.3. Phân tích khoảng trống nghiên cứu về quản lý chất lượng tại bệnh viện

1.3.3.1. Rào cản và động lực trong quản lý chất lượng tại bệnh viện

Việc triển khai các cải tiến trong quản lý chất lượng bệnh viện gặp một số rào cản và yếu tố thúc đẩy khác nhau, có thể được chia thành bốn chiều. Các chiều này là chiều văn hóa, chiều kỹ thuật, chiều cấu trúc và chiều chiến lược [117],[120].

Rào cản về chiều hướng văn hóa bao gồm sự phản kháng với sự thay đổi (ví dụ: không chấp nhận công nghệ trực tuyến), thiếu văn hóa tập trung vào chất lượng, nhân viên báo cáo sự lo lắng và sợ bị đổ lỗi hoặc trừng phạt.

Rào cản về chiều hướng kỹ thuật bao gồm nhiều yếu tố cản trở việc triển khai và thực hiện hiệu quả các quy trình cải tiến chất lượng như thiếu kiến thức về quản lý chất lượng [117].

Rào cản về chiều hướng cấu trúc phát sinh từ cấu trúc tổ chức, quy trình và hệ thống có thể cản trở việc triển khai hiệu quả và tính bền vững của cải tiến chất lượng [117].

Rào cản về chiều hướng chiến lược là không có khả năng lựa chọn các mục tiêu cải tiến chất lượng phù hợp và không tích hợp cải tiến chất lượng vào kế hoạch và mục tiêu lâu dài của tổ chức [117],[120].

Các nhà quản lý y tế cũng được nhóm lại theo các chiều hướng văn hóa, cấu trúc, kỹ thuật và chiến lược để đưa ra các giải pháp cho các rào cản cải tiến chất lượng. Các thách thức về văn hóa được giải quyết bằng cách phát triển một nền văn hóa làm việc nhóm (teamwork) để đạt được hiệu quả cải tiến và đề ra các hình thức thưởng-phạt phù hợp [117],[124],[120]. Các nhà điều phối kỹ thuật đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện các rào cản kỹ thuật [87],[123],[120]. Các nhà điều phối liên quan

đến cấu trúc có liên quan đến việc cải thiện giao tiếp, cơ sở hạ tầng và hệ thống. Các nhà điều phối theo chiều hướng chiến lược bao gồm tăng cường khả năng lãnh đạo và cải thiện các kỹ năng ra quyết định [87],[117] (Bảng 3.2).

1.3.3.2. Khoảng trống nghiên cứu về quản lý chất lượng tại bệnh viện Việt Nam

Dựa trên phân tích các tài liệu hiện có về quản lý chất lượng y tế tại Việt Nam, đặc biệt ở TP. Hồ Chí Minh, nghiên cứu nhận thấy một số khoảng trống chính liên quan đến hoạt động Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại các bệnh viện tuyến quận/huyện, tập trung vào khoa Khám bệnh ngoại trú. Hầu hết các nghiên cứu hiện tại tập trung vào chất lượng dịch vụ tại bệnh viện tư nhân hoặc bệnh viện lớn. Ít tài liệu đề cập đến TQM tại bệnh viện tuyến quận công lập, nơi chịu áp lực lớn từ lượng bệnh ngoại trú và hạn chế nguồn lực. Các nghiên cứu về hài lòng người bệnh tại bệnh viện quận chủ yếu mô tả thực trạng mà chưa khám phá sâu về mô hình TQM phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Các nghiên cứu thường dừng ở khảo sát hài lòng người bệnh hoặc vấn đề chung như quá tải bệnh viện và mệt mỏi của nhân viên y tế. Hiện chưa có nghiên cứu nào kết hợp đánh giá can thiệp TQM tại khoa Khám bệnh với dự báo xu hướng lượng người bệnh dựa trên dữ liệu chuỗi thời gian. Điều này tạo khoảng trống trong việc cung cấp bằng chứng thực tiễn để cải thiện liên tục, đặc biệt khi Việt Nam đang đối mặt với tăng lượt khám do mở rộng BHYT và đô thị hóa. Các nghiên cứu thường nhấn mạnh thách thức như chênh lệch chất lượng giữa vùng miền, quá tải ở thành phố lớn, hoặc tác động của biến đổi khí hậu đến sức khỏe, nhưng chưa tích hợp TQM như một giải pháp hệ thống. Ở TP.HCM, nhiều bệnh viện ứng dụng về công cụ kỹ thuật số như Bệnh viện Thành phố Thủ Đức với ứng dụng bệnh án điện tử, nhằm tăng hiệu suất bệnh viện nhưng chưa liên kết với TQM tại tuyến quận, nơi thiếu nhân sự chuyên trách QLCL và thiết bị chuyên sâu.

Đề tài về thực trạng và hiệu quả can thiệp TQM tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện tuyến quận/huyện TP. Hồ Chí Minh được nghiên cứu thực hiện trong bối cảnh hệ thống y tế Việt Nam đang chuyển đổi. Thành phố Hồ Chí Minh là trung tâm đô thị lớn với dân số tăng nhanh, dẫn đến áp lực ngoại trú, quá tải chuyên khoa, và hạn chế tiêu chí chất lượng. Nghiên cứu cung cấp giải pháp can thiệp TQM để giảm thời gian chờ, nâng trải nghiệm người bệnh, và cải thiện tuân thủ phác đồ. Điều này

đặc biệt cấp bách khi Việt Nam đối mặt với quá tải bệnh viện công và chênh lệch chất lượng giữa tuyến cơ sở và tuyến trên. Nghiên cứu lấp đầy khoảng trống bằng cách sử dụng phương pháp như HLM, hồi quy đa cấp Bayesian, và mô hình ARIMA để phân tích yếu tố liên quan đến TQM và dự báo xu hướng lượng người bệnh. Điều này bổ sung bằng chứng cho các mô hình như Donabedian [38] (cấu trúc-quá trình-kết quả) và SERVQUAL, đồng thời so sánh với nghiên cứu quốc tế [128],[102]. Giá trị nằm ở việc cung cấp mô hình can thiệp có thể nhân rộng, để nâng cao cải tiến liên tục. Kết quả hỗ trợ lập kế hoạch y tế, như tái phân bổ nhân lực, đầu tư cơ sở vật chất và phòng ngừa mùa cao điểm. Nghiên cứu góp phần vào mục tiêu quốc gia về chất lượng y tế (theo Thông tư 19/2013/TT-BYT và Nghị định 96/2023/NĐ-CP), giảm chuyển tuyến không cần thiết, tăng hài lòng người bệnh và tối ưu hóa nguồn lực BHYT. Cuối cùng, kết quả nghiên cứu thúc đẩy văn hóa chất lượng bền vững, giảm rủi ro y khoa và nâng cao hiệu quả hệ thống y tế đô thị.

1.4. Đặc điểm về các khoa khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện tại thành phố Hồ Chí Minh

Nghiên cứu được thực hiện trong giai đoạn 2022–2024, khi mô hình chính quyền địa phương tại Thành phố Hồ Chí Minh vẫn được tổ chức theo ba cấp hành chính: thành phố – quận/huyện – phường/xã. Do đó, thuật ngữ ‘bệnh viện đa khoa tuyến quận’ trong nghiên cứu được sử dụng phù hợp với bối cảnh quản lý hành chính và tổ chức y tế tại thời điểm thu thập số liệu. Từ ngày 01/7/2025, theo quy định mới về tổ chức chính quyền địa phương hai cấp, cấp quận không còn là đơn vị hành chính có Hội đồng nhân dân. Tuy nhiên, các bệnh viện công lập trực thuộc Thành phố Hồ Chí Minh trước đây được phân loại là bệnh viện tuyến quận vẫn tiếp tục hoạt động ổn định với chức năng khám, chữa bệnh ban đầu và quản lý ngoại trú cho người dân trên địa bàn. Vì vậy, các kết quả nghiên cứu vẫn giữ nguyên giá trị khoa học và thực tiễn trong bối cảnh tổ chức hệ thống y tế hiện nay.

Các khoa khám bệnh tại 19 bệnh viện tuyến quận/huyện ở TP. Hồ Chí Minh được cấu thành bởi đội ngũ nhân sự bao gồm bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên hỗ trợ (như chuyên viên y tế công cộng, dược sĩ, thư ký y khoa). Đội ngũ này đóng vai trò cốt lõi trong việc đáp ứng nhu cầu KCB, thực hiện các quy trình chuyên môn, và hỗ

trợ quản lý chất lượng, chịu ảnh hưởng từ áp lực công việc và yêu cầu đào tạo chuyên sâu để duy trì hiệu quả trong bối cảnh đô thị hóa cao.

Cơ sở vật chất tại các khoa khám bệnh bao gồm các phòng khám chuyên khoa (Nội, Ngoại, Nhi, v.v.), khu vực tiếp đón, xét nghiệm, và X-quang, được quy định theo TCVN 9213:2012 và Thông tư 14/2013/TT-BYT. Các phòng này cần đáp ứng tiêu chuẩn diện tích và bố trí hợp lý để đảm bảo phân luồng người bệnh hiệu quả, giảm thời gian chờ, và tạo điều kiện thuận lợi cho KCB. Cơ sở vật chất là yếu tố then chốt, ảnh hưởng trực tiếp đến trải nghiệm người bệnh và khả năng xử lý áp lực từ lượng người bệnh lớn tại các bệnh viện công.

Thiết bị y tế tại các khoa khám bệnh bao gồm thiết bị cơ bản (như X-quang kỹ thuật số, siêu âm, điện tim, xét nghiệm sinh hóa) và thiết bị chuyên sâu (như CT-Scanner, nội soi), được quy định trong Thông tư 08/2019/TT-BYT. Các thiết bị này hỗ trợ chẩn đoán nhanh, chính xác, và đáp ứng nhu cầu KCB đa dạng, từ bệnh mãn tính đến cấp cứu. Tuy nhiên, mức độ trang bị phụ thuộc vào nguồn lực tài chính và yêu cầu kỹ thuật, đòi hỏi đầu tư liên tục để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế.

Quản lý dược tại các khoa khám bệnh tập trung vào việc cấp phát thuốc đúng phác đồ, tối ưu hóa quy trình kê đơn và giảm sai sót, theo Thông tư 23/2011/TT-BYT. Hoạt động này yêu cầu phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, dược sĩ và hệ thống quản lý, chịu ảnh hưởng từ trình độ nhân sự, công nghệ thông tin, và áp lực từ lượng toa thuốc lớn, đặc biệt trong bối cảnh nhu cầu KCB ngoại trú tăng cao.

Như vậy, khoa Khám bệnh tại các bệnh viện tuyến quận/huyện TP. Hồ Chí Minh đóng vai trò then chốt trong hệ thống y tế công, với đặc điểm nổi bật là đội ngũ nhân sự trình độ cao, cơ sở vật chất cơ bản đạt, thiết bị y tế thiết yếu đầy đủ, quản lý dược tập trung vào kê đơn đúng phác đồ, và các hoạt động đào tạo về quản lý chất lượng triển khai rộng rãi. Tuy nhiên, các khoa này thường đối mặt với áp lực lớn từ nhu cầu khám chữa bệnh ngoại trú tăng cao, tỷ lệ BHYT chiếm ưu thế, dẫn đến quá tải nhân sự ở một số chuyên khoa, hạn chế cơ sở vật chất và thiết bị chuyên sâu, đào tạo chưa đồng đều, và trải nghiệm người bệnh chưa tối ưu, đặc biệt ở thời gian chờ đợi. Chính những đặc điểm và thách thức này đã thúc đẩy việc triển khai nghiên cứu, nhằm áp dụng TQM để cải tiến quy trình, nâng cao năng lực nhân viên, giảm quá tải, và tăng

trải nghiệm người bệnh, góp phần xây dựng hệ thống y tế bền vững tại khu vực đô thị đông dân như TP. Hồ Chí Minh.

❖ *Đặc điểm của 3 bệnh viện đưa vào can thiệp và đối chứng*

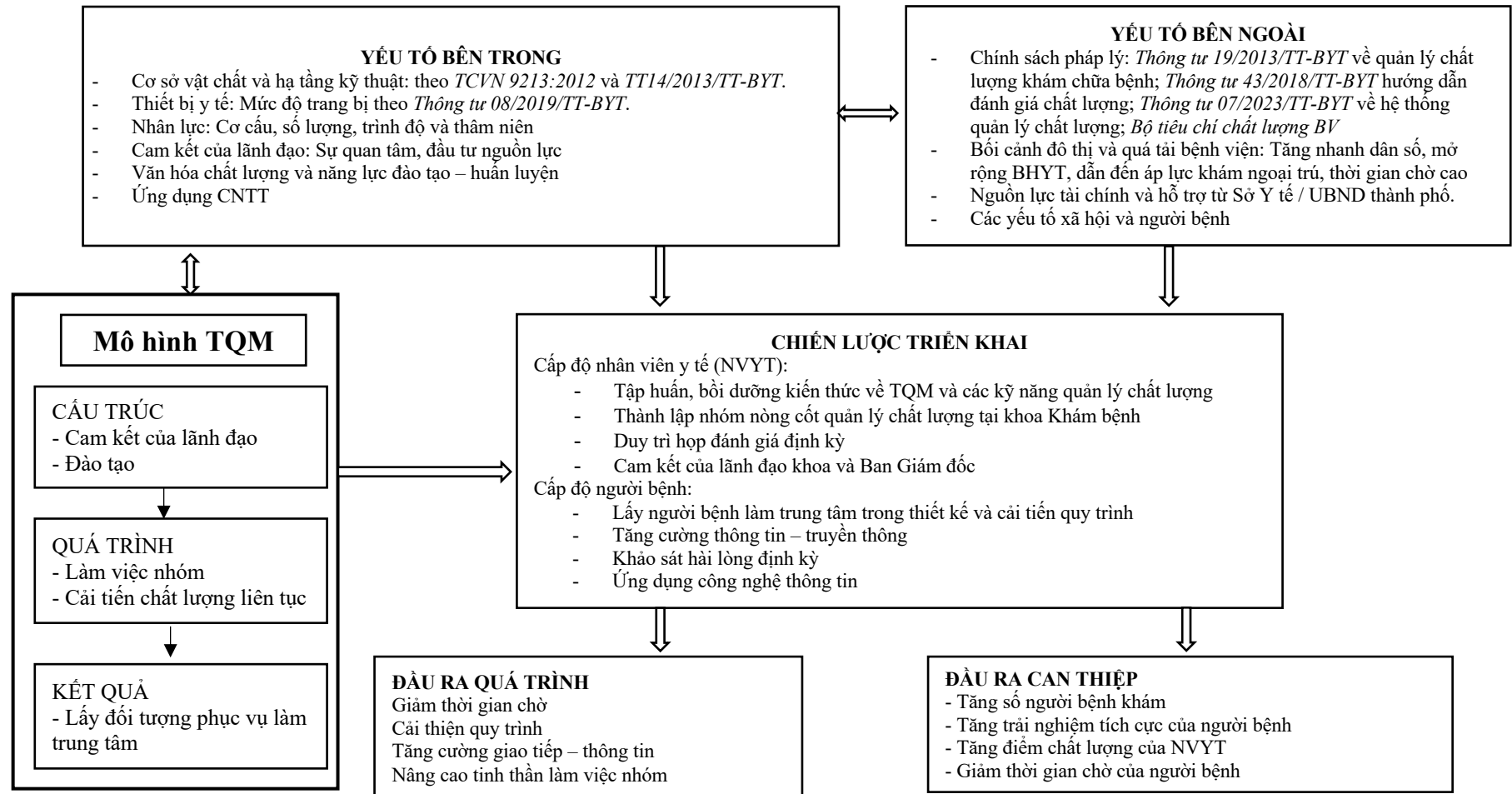
Bệnh viện Quận 7 là bệnh viện đa khoa hạng II, trực thuộc Sở Y tế TP.HCM, phục vụ khu vực phía Nam của thành phố với dân số hơn 360.000 người. Theo hồ sơ công bố của Sở Y tế TP.HCM (2023), bệnh viện hiện có quy mô trên 200 giường bệnh, tiếp nhận trung bình 1.000–1.200 lượt khám ngoại trú mỗi ngày. Khoa Khám bệnh được tổ chức theo quy trình một chiều, gồm các phòng khám đa khoa, chuyên khoa và khu cận lâm sàng liên hoàn. Trong những năm gần đây, bệnh viện đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin, triển khai hệ thống đặt lịch khám trực tuyến, thanh toán không tiền mặt và theo dõi chất lượng phục vụ người bệnh.

Bệnh viện Quận Tân Phú là bệnh viện đa khoa hạng II, được thành lập năm 2008. Theo Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2022 của Bệnh viện Quận Tân Phú, bệnh viện ghi nhận tổng cộng 1.968.637 lượt khám và điều trị trong năm, trong đó phần lớn là khám ngoại trú. Khoa Khám bệnh được tổ chức theo mô hình một chiều, với 15 phòng khám chuyên khoa và đa khoa, khu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, cấp phát thuốc và tư vấn sức khỏe. Bệnh viện đã triển khai hệ thống quản lý chất lượng theo bộ 83 tiêu chí của Bộ Y tế, đồng thời chú trọng cải thiện cơ sở vật chất, mở rộng khu vực chờ, tiếp đón và ứng dụng các công cụ khảo sát mức độ hài lòng người bệnh.

Bệnh viện Quận 11 là bệnh viện đa khoa hạng II, được thành lập từ năm 2007, với quy mô khoảng 250 giường bệnh. Theo các báo cáo của Sở Y tế TP.HCM giai đoạn 2016–2019, bệnh viện có lưu lượng khám ngoại trú dao động từ 1.200 đến 1.500 lượt mỗi ngày, phục vụ người dân khu vực nội thành và lân cận. Khoa Khám bệnh của bệnh viện được bố trí với nhiều phòng khám chuyên khoa, khu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, cấp phát thuốc và tiếp đón người bệnh, bảo đảm quy trình khám chữa bệnh một chiều. Trong những năm gần đây, bệnh viện chú trọng cải thiện cơ sở hạ tầng, tăng cường đào tạo nhân viên y tế về giao tiếp – ứng xử và ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý người bệnh, từng bước nâng cao chất lượng dịch vụ và trải nghiệm người bệnh

KHUNG LÝ THUYẾT

Khung lý thuyết được xây dựng dựa trên **mô hình Donabedian (Cấu trúc – Quá trình – Kết quả)** kết hợp với **5 nguyên lý của Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)**, làm cơ sở phân tích toàn diện các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng khám bệnh. Ngoài ra, khung còn tích hợp các **quy định và hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam** như *Thông tư 19/2013/TT-BYT*, *Thông tư 43/2018/TT-BYT*, *Thông tư 07/2023/TT-BYT* và *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện (83 tiêu chí)*, nhằm đảm bảo tính phù hợp với bối cảnh quản lý chất lượng y tế Việt Nam. Khung lý thuyết thể hiện mối quan hệ giữa **yếu tố bên trong – bên ngoài, quá trình triển khai TQM, và kết quả đầu ra**, hướng tới mục tiêu **nâng cao chất lượng và sự hài lòng người bệnh tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận TP.HCM**



Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhân viên y tế hiện tham gia công tác tại 19 Khoa Khám bệnh bệnh viện đa khoa, tuyến quận/huyện, hạng 2 tại TPHCM (nay là bệnh viện đa khoa thuộc Cấp cơ bản theo quy định mới về phân cấp chuyên môn kỹ thuật cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01/01/2025 [24],[32]).

Ban giám đốc, nhân viên thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Quản lý chất lượng, phòng Công tác xã hội tại 19 bệnh viện.

Người bệnh ngoại trú khám bệnh chữa bệnh tại 19 Khoa Khám bệnh bệnh viện.

Nghiên cứu thu thập các dữ liệu văn bản như biên bản, kế hoạch, báo cáo thống kê về hoạt động quản lý chất lượng tại 19 Khoa Khám bệnh bệnh viện.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Nhân viên y tế là viên chức y tế theo Luật Viên chức, Nghị định 115/2020/NĐ-CP, bao gồm bác sỹ, điều dưỡng viên, kỹ thuật viên hiện tham gia công tác tại Khoa Khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện tại TPHCM, có mặt trong thời gian nghiên cứu tiến hành khảo sát tại bệnh viện.

Người bệnh ngoại trú từ 18 tuổi trở lên thực hiện khám bệnh chữa bệnh, hoặc nếu người bệnh dưới 18 tuổi thì sẽ tiến hành khảo sát thân nhân trực tiếp chăm sóc, tại khoa khám bệnh của bệnh viện, có mặt trong thời gian nghiên cứu.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có vấn đề giao tiếp: mắc bệnh lý về tâm thần, bệnh nặng không thể giao tiếp,...

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 19 bệnh viện tuyến quận/huyện tại TPHCM (nay là bệnh viện đa khoa thuộc Cấp cơ bản theo quy định mới về phân cấp chuyên môn kỹ thuật cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01/01/2025 [24],[32]).

Can thiệp ở một khoa Khám bệnh của một bệnh viện và đối chứng ở hai khoa Khám bệnh của hai bệnh viện.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01 năm 2022 đến hết tháng 12 năm 2024, bao gồm hai giai đoạn chính: nghiên cứu thực trạng và nghiên cứu can thiệp.

Giai đoạn 1: Nghiên cứu thực trạng được tiến hành từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023, nhằm mô tả thực trạng công tác quản lý chất lượng nói chung và quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện đa khoa tuyến quận trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Trong giai đoạn này, nghiên cứu tiến hành thu thập số liệu về nguồn lực, tổ chức quản lý, hoạt động quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh; đồng thời khảo sát ý kiến của nhân viên y tế và đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp được thực hiện từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024 tại một khoa Khám bệnh của bệnh viện tuyến quận được lựa chọn. Giai đoạn này bao gồm việc xây dựng nội dung can thiệp quản lý theo nguyên lý quản lý chất lượng toàn diện, tổ chức triển khai can thiệp, giám sát quá trình thực hiện và thu thập số liệu đánh giá trước và sau can thiệp nhằm xác định hiệu quả của các biện pháp can thiệp

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn và thiết kế theo 2 phương pháp.

- Giai đoạn 1. Nghiên cứu cắt ngang mô tả
- Giai đoạn 2. Nghiên cứu thử nghiệm can thiệp có đối chứng

2.5. Nghiên cứu cắt ngang

2.5.1. Nghiên cứu mô tả về nguồn lực của khoa khám bệnh và phòng chức năng

Nghiên cứu thu thập các dữ liệu văn bản như biên bản, kế hoạch, báo cáo của các bệnh viện gồm:

Biên bản kiểm tra chất lượng bệnh viện của Sở Y tế TPHCM năm 2022, 2023

Kế hoạch gồm kế hoạch phát triển 5 năm của Bệnh viện 2021-2025; kế hoạch hoạt động bệnh viện năm 2022, 2023; kế hoạch Quản lý chất lượng và Báo cáo kết quả quản lý chất lượng hàng năm của BV năm 2022, 2023

Báo cáo: tổng số lượng BN khám và điều trị ngoại trú năm 2022, 2023; chỉ số thời gian chờ đợi người bệnh ngoại trú năm 2022, 2023 theo Quyết định 1313/QĐ-

BYT gồm tổng thời gian chờ đợi trung bình của người bệnh, thời gian khám đơn thuần, Thời gian KCB trung bình có 1 cận lâm sàng, Thời gian KCB trung bình có 2 cận lâm sàng và Thời gian KCB trung bình có 3 cận lâm sàng.

Nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu về tình hình nhân lực tại các phòng chức năng gồm phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Quản lý chất lượng, phòng Công tác xã hội, dữ liệu về công tác đào tạo, trang thiết bị, cơ sở vật chất của khoa Khám bệnh các bệnh viện, bao gồm tình hình nhân lực tại các phòng chức năng gồm số lượng, trình độ, chuyên môn, các tổ/bộ phận tại từng phòng. Hoạt động đào tạo, tập huấn trong năm. Khó khăn, hạn chế khi triển khai các hoạt động chất lượng tại khoa Khám bệnh. Số lượng các loại phòng khám tại khoa Khám theo thông tư số 14/2013/TT-BYT quy định cơ sở vật chất. Số lượng bác sỹ theo từng chuyên khoa, diện tích các phòng trong khoa Khám bệnh theo tiểu mục 6.2 Mục 6 Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 9213:2012 về Bệnh viện quận huyện – Tiêu chuẩn thiết kế ban hành bởi Quyết định 3621/QĐ-BKHCN năm 2012 quy định về số phòng khám tối thiểu đối với khoa khám bệnh đa khoa và điều trị ngoại trú. Số lượng trang thiết bị y tế căn cứ theo thông tư số 14/2013/TT-BYT quy định thiết bị y tế mà cơ sở khám sức khỏe bắt buộc phải đáp ứng đầy đủ.

2.5.2. Nghiên cứu thu thập dữ liệu người bệnh và nhân viên y tế

- **Cỡ mẫu cho người bệnh ngoại trú**, tính theo công thức ước tính cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \times (1 - p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: n là số người bệnh tối thiểu đưa vào nghiên cứu.

Chọn $p=0,97$ theo kết quả thử nghiệm bộ công cụ (Phụ lục 5).

Chọn $d = 0,02$; DE: hệ số thiết kế, chọn mẫu cụm, với 40 người bệnh được chọn từ mỗi cụm ($k = 40$), giả định các cá nhân trong mỗi cụm tương quan mức độ mạnh $(0,03-0,05)$, chúng tôi chọn ICC bằng $0,035$, $DE = 1+0,035*(40-1) = 2,37$.

Cỡ mẫu tối thiểu là 706 người bệnh ngoại trú, ước tính 5% mất mẫu. Thực tế nghiên cứu thu thập tổng số 760 người bệnh tại 19 bệnh viện, tương ứng mỗi bệnh viện chọn 40 người.

Cỡ mẫu cho nhân viên y tế: Nghiên cứu chọn toàn bộ NVYT hiện công tác tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện được chọn. Thực tế nghiên cứu chọn được 537 nhân viên y tế hiện công tác tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện tuyến quận/huyện.

Kỹ thuật chọn mẫu

Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu cụm, nhiều giai đoạn:

Bước 1: Liệt kê danh sách các quận/huyện của thành phố Hồ Chí Minh theo 2 vùng trọng điểm là vùng trung tâm và vùng tiếp giáp.

Bước 2: Liệt kê bệnh viện theo vùng

Bước 3: Bốc thăm ngẫu nhiên loại bỏ 2 bệnh viện tại mỗi vùng, kết quả đưa vào nghiên cứu chính thức: vùng trung tâm gồm 9 bệnh viện và vùng tiếp giáp gồm 10 bệnh viện.

Bước 4: Chọn mẫu thuận tiện 40 người bệnh khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại 19 bệnh viện được chọn vào mẫu.

2.5.3. Định nghĩa biến số/chỉ số (Phụ lục 9)

2.5.3.1. Tổ chức quản lý và quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh

(1) Nhân lực: Số lượng và cơ cấu nhân sự các phòng chức năng (Kế hoạch tổng hợp, Quản lý chất lượng, Công tác xã hội) theo chuyên môn (bác sĩ, điều dưỡng, khác) và trình độ (Cao đẳng, Đại học, Sau đại học); tỷ lệ bệnh viện có/không có phòng chức năng; các khó khăn tổ chức (thiếu nhân sự, kinh phí, công nghệ, phối hợp); đặc điểm nhân sự khoa Khám bệnh (giới tính, chuyên môn, trình độ, tuổi, thâm niên, thời gian làm việc, thu nhập).

Chuyên khoa: Phân loại chuyên môn của bác sĩ tại khoa Khám bệnh (Nội, Ngoại, Sản phụ khoa, Nhi, Răng hàm mặt, Tai mũi họng, Mắt, Truyền nhiễm, Y học cổ truyền, Khác). Đạt khi có BS chuyên khoa bắt buộc (Nội, Ngoại, Nhi, Sản) theo Thông tư 19/2013/TT-BYT. Không đạt khi thiếu chuyên khoa bắt buộc.

Tỷ lệ (%): Tỷ lệ BS chuyên khoa so với tổng BS ($\text{Số BS chuyên khoa} / \text{Tổng BS} * 100$).

Số BS trung bình/BV: Số BS trung bình mỗi bệnh viện theo chuyên khoa ($\text{Tổng BS chuyên khoa} / 19 \text{ BV}$). Đạt khi ≥ 1 BS/chuyên khoa bắt buộc (Thông tư 19/2013/TT-BYT). Không đạt khi < 1 BS.

Số lượt trung bình/ngày/BV: Số người bệnh ngoại trú trung bình/ngày mỗi BV theo chuyên khoa. Đạt khi ≤ 70 lượt/BS (quy định từ Thông tư 19/2013/TT-BYT định mức tối đa 70 lượt/BS/ngày [20] và Thông tư 15/2018/TT-BYT tối đa 65 lượt/BS/ngày [17]). Không đạt khi > 70 lượt/BS.

Tỷ lệ BS/lượt: Tỷ lệ BS so với lượt bệnh (Số BS / Số lượt). Đạt khi 0,014-0,02 BS/ lượt [20]. Không đạt khi $< 0,014$ (dư BS) hoặc $> 0,02$ (thiếu BS).

Tỷ lệ bệnh/BS: Tỷ lệ bệnh so với BS (Số lượt / Số BS). Đạt khi 50-70 bệnh/BS [20]. Không đạt khi < 50 (dư BS) hoặc > 70 (quá tải BS).

(2) Cơ sở vật chất

a) Số lượng các loại phòng cơ bản tại khoa Khám bệnh

Phòng tiếp đón là chỉ số đánh giá khả năng tiếp nhận người bệnh, hỗ trợ phân luồng và giảm thời gian chờ, liên quan đến tiêu chí A1.2. Đạt khi có ≥ 1 phòng với diện tích $\geq 12 \text{ m}^2$ theo TCVN 9213:2012 [10], không đạt khi không có phòng.

Phòng khám chuyên khoa là chỉ số đo lường khả năng đáp ứng KCB chuyên khoa, liên quan đến tiêu chí A5.2. Đạt khi có ≥ 8 phòng theo TCVN 9213:2012 [10], không đạt khi < 8 phòng.

Phòng chụp X-quang là chỉ số đánh giá khả năng chẩn đoán hình ảnh, liên quan đến tiêu chí C3.1. Đạt khi có ≥ 1 phòng với diện tích $\geq 18 \text{ m}^2$ [10], không đạt khi không có phòng.

Phòng xét nghiệm là chỉ số đánh giá khả năng xét nghiệm, liên quan đến tiêu chí C1.2. Đạt khi có ≥ 1 phòng với diện tích $\geq 15 \text{ m}^2$ [10], không đạt khi không có phòng.

b) Số lượng các loại Phòng khám chuyên khoa (Nội, Ngoại, Sản, Phụ, Nhi, Răng hàm mặt, Tai mũi họng, Mắt, Nhiễm, Y học cổ truyền, Khác): Đánh giá khả năng khám chữa bệnh chuyên khoa, đáp ứng nhu cầu bệnh mãn tính và chuyên khoa sâu. Đạt khi có ≥ 1 phòng cho mỗi chuyên khoa, riêng Nội ≥ 12 phòng [10]. Không đạt khi không có phòng hoặc số phòng Nội < 12 phòng.

c) Diện tích cơ sở vật chất [10].

Khối tiếp đón (A) là chỉ số đánh giá tỷ lệ phòng tiếp đón đạt diện tích. Đạt khi diện tích $\geq 12 \text{ m}^2$ theo TCVN 9213:2012, không đạt khi $< 12 \text{ m}^2$.

Khối Khám - điều trị ngoại trú (B) là chỉ số đánh giá tỷ lệ phòng khám (Nội, Thần kinh, Da liễu, Đông y, Ngoại, Nhi, Truyền nhiễm, Sản, Tai mũi họng, Mắt) đạt diện tích. Đạt khi $\geq 12 \text{ m}^2/\text{phòng}$ theo TCVN 9213:2012, không đạt khi $< 12 \text{ m}^2$.

Bộ phận nghiệp vụ (C) là chỉ số đánh giá tỷ lệ phòng (phát thuốc, xét nghiệm nhanh, lưu hồ sơ, quản lý trang thiết bị, kho sạch, kho hóa chất, kho bản) đạt diện tích. Đạt khi $\geq 10 \text{ m}^2$ theo TCVN 9213:2012, không đạt khi $< 10 \text{ m}^2$.

Bộ phận tiếp nhận (D) là chỉ số đánh giá tỷ lệ phòng (thay quần áo, tiếp nhận, kho quần áo) đạt diện tích. Đạt khi $\geq 10 \text{ m}^2$ theo TCVN 9213:2012, không đạt $< 10 \text{ m}^2$.

Bộ phận hành chính (E) là chỉ số đánh giá tỷ lệ phòng hành chính đạt diện tích. Đạt khi $\geq 10 \text{ m}^2$ theo TCVN 9213:2012, không đạt khi $< 10 \text{ m}^2$.

(3) Thiết bị y tế

Bộ Y tế quy định 24 thiết bị y tế bắt buộc cho cơ sở khám sức khỏe tại Thông tư 14/2013/TT-BYT [10], nhằm đảm bảo an toàn, hiệu quả chẩn đoán và điều trị. Các thiết bị này được chia thành 4 nhóm chức năng để dễ đánh giá và phân tích trong nghiên cứu, dựa trên mục đích sử dụng và loại hình:

- Nhóm thiết bị lưu trữ và nội thất y tế (Tủ hồ sơ bệnh án, Tủ thuốc cấp cứu, Bộ bàn ghế khám bệnh, Giường khám bệnh, Ghế chờ khám, Tủ sấy dụng cụ): Đánh giá khả năng lưu trữ hồ sơ, hỗ trợ cấp cứu và khám bệnh. Đạt khi bệnh viện có ≥ 1 thiết bị mỗi loại, đáp ứng yêu cầu kỹ thuật. Không đạt khi thiếu thiết bị hoặc không hoạt động.

- Nhóm thiết bị đo lường và khám cơ bản (Cân có thước đo chiều cao/Thước dây, Ống nghe tim phổi, Huyết áp kế, Búa thử phản xạ): Đánh giá khả năng đo lường và khám lâm sàng cơ bản. Đạt khi có ≥ 1 thiết bị mỗi loại, hoạt động tốt. Không đạt khi thiếu hoặc hỏng thiết bị.

- Nhóm thiết bị chẩn đoán chuyên khoa và thị lực (Đèn đọc phim X-quang, Bộ khám da, Đèn soi đáy mắt, Hộp kính thử thị lực, Bảng kiểm tra thị lực, Bảng thị lực màu, Bộ khám tai mũi họng, Bộ khám răng hàm mặt, Bàn khám phụ khoa, Thiết bị chụp X-quang): Đánh giá khả năng chẩn đoán chuyên khoa. Đạt khi có ≥ 1 thiết bị mỗi loại, đáp ứng tiêu chuẩn kỹ thuật. Không đạt khi thiếu hoặc không đạt chuẩn.

- Nhóm thiết bị xét nghiệm và khử trùng (Nồi luộc/khử trùng, Thiết bị phân tích huyết học, Thiết bị phân tích sinh hóa, Thiết bị phân tích nước tiểu): Đánh giá khả năng xét nghiệm và kiểm soát nhiễm khuẩn. Đạt khi có ≥ 1 thiết bị mỗi loại, hoạt động ổn định. Không đạt khi thiếu hoặc thiết bị không vận hành.

b) Thiết bị y tế chuyên dùng tối thiểu theo Thông tư 08/2019/TT-BYT [18]

Số bệnh viện đạt: Số bệnh viện có số lượng thiết bị y tế $\geq$ định mức tối thiểu theo Thông tư 08/2019/TT-BYT, phản ánh khả năng đáp ứng nhu cầu KBCB. Đạt khi số lượng thiết bị $\geq$ định mức. Không đạt khi số lượng $<$ định mức hoặc $= 0$.

Tỷ lệ đạt (%): Tỷ lệ bệnh viện có thiết bị y tế đạt định mức tối thiểu. Đạt khi 100%. Không đạt khi $< 100\%$

Nhóm chẩn đoán hình ảnh (Máy X-quang kỹ thuật số, X-quang di động, C Arm, CT-Scanner < 64 lát, $64-128$ lát, ≥ 256 lát, MRI, DSA): Đánh giá khả năng chẩn đoán hình ảnh. Đạt khi số lượng $\geq$ định mức. Không đạt khi $<$ định mức hoặc $= 0$ (trừ thiết bị không bắt buộc: CT ≥ 256 lát, MRI, DSA).

Nhóm chẩn đoán chuyên khoa (Máy siêu âm tim mạch, tổng quát, Nội soi tiêu hóa, khí quản/phế quản, tai mũi họng, tiết niệu, Máy soi cổ tử cung, Máy theo dõi sản khoa): Đánh giá khả năng chẩn đoán chuyên khoa. Đạt khi số lượng $\geq$ định mức. Không đạt khi $<$ định mức hoặc $= 0$.

Nhóm xét nghiệm và hỗ trợ (Máy xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch, điện tim, điện não): Đánh giá khả năng xét nghiệm và thăm dò chức năng. Đạt khi số lượng $\geq$ định mức. Không đạt khi $<$ định mức hoặc $= 0$.

Nhóm điều trị và phẫu thuật (Máy thận nhân tạo, Máy thở, Gây mê, Theo dõi người bệnh, Bơm tiêm điện, Truyền dịch, Dao mổ điện cao tần, siêu âm/hàn mạch, Phá rung tim, Tim phổi nhân tạo, Phẫu thuật nội soi, Đèn mổ treo trần, di động, Bàn mổ, Thiết bị xạ trị): Đánh giá khả năng điều trị và phẫu thuật. Đạt khi số lượng $\geq$ định mức. Không đạt khi $<$ định mức hoặc $= 0$ (trừ xạ trị: không bắt buộc).

(4) Quản lý dược và cấp phát thuốc tại khoa Khám bệnh

Số toa thuốc/ngày (trung bình): Đánh giá khối lượng toa thuốc ngoại trú được kê tại khoa Khám bệnh, phản ánh nhu cầu KBCB. Đạt khi $\geq 90\%$ lượt KBCB có toa theo Thông tư 19/2013/TT-BYT [8]. Không đạt khi $< 90\%$ lượt KBCB có toa.

Tỷ lệ đúng phác đồ (%): Đo lường tỷ lệ toa thuốc tuân thủ phác đồ điều trị chuẩn của Bộ Y tế hoặc bệnh viện. Đạt khi $\geq 95\%$ toa đúng phác đồ (Thông tư 23/2011/TT-BYT [6]). Không đạt khi $< 95\%$.

Số lượng thuốc cấp phát/ngày (trung bình): Đánh giá tổng số đơn vị thuốc (viên, ống, gói) cấp phát từ nhà thuốc bệnh viện. Đạt khi trung bình 2-3 loại thuốc/toa [6]. Không đạt khi < 2 loại thuốc/toa.

5) Số lượng KBCB ngoại trú: Tổng số lượt khám chữa bệnh (KBCB) ngoại trú; số lượt và tỷ lệ KBCB có BHYT; phạm vi lượt KBCB (GTNN-GTLN).

2.5.3.2. Quản lý chất lượng

Số lượng quy trình chất lượng ban hành, cuộc họp với Ban giám đốc, tập huấn (TQM, 5S, PDCA, Lean, làm việc nhóm); mục tiêu cải tiến (giảm thời gian chờ, tăng trải nghiệm người bệnh, quản lý bệnh mãn tính); hoạt động cải tiến. Đạt khi có ≥ 1 lần tập huấn/hội thảo/năm, ≥ 4 quy trình ban hành, ≥ 4 cuộc họp (Bộ 83 tiêu chí BHYT [14]). Không đạt khi không tổ chức hoặc dưới ngưỡng, phản ánh thiếu hoạt động đào tạo.

2.5.3.3. Đánh giá TQM từ nhân viên y tế

Điểm TQM trung bình và tỷ lệ đánh giá tốt (mức từ 4 điểm trở lên) theo 5 yếu tố (Cam kết lãnh đạo, Lấy người bệnh làm trung tâm, Đào tạo, Cải tiến liên tục, Làm việc nhóm); yếu tố ảnh hưởng (tuổi, giới tính, hôn nhân, chuyên môn, trình độ, thâm niên, thu nhập).

2.5.3.4. Trải nghiệm người bệnh

Điểm trải nghiệm trung bình và tỷ lệ tốt theo 7 nhóm (Khả năng tiếp cận, Hoạt động bác sĩ, Điều dưỡng, Tổ chức môi trường, Thời gian, Thông tin sức khỏe, Chi trả); yếu tố ảnh hưởng (giới tính, tuổi, học vấn, nghề nghiệp, mức sống, BHYT, lý do chọn bệnh viện); tỷ lệ người bệnh sẵn sàng quay lại/giới thiệu.

2.5.4. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành chọn lọc, điều chỉnh, xây dựng bộ công cụ phù hợp (Phụ lục 1,2,4,5,6,7,8). Sau đó, triển khai đánh giá hoạt động quản lý chất lượng toàn diện tại 19 khoa khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện tại TPHCM.

2.5.4.1. Bảng kiểm về tình hình nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị và các hoạt động cải tiến (Phụ lục 7)

a) Báo cáo về tình hình nhân lực

Phòng Kế hoạch tổng hợp năm 2023: tổng số chuyên viên, số lượng BS, số lượng điều dưỡng, số lượng các chuyên ngành khác, số nhân sự có trình độ dưới Đại học, số nhân sự có trình độ Đại học, số nhân sự có trình độ Sau đại học; phân chia theo các tổ/bộ phận; các khó khăn khi thực hiện nhiệm vụ.

Phòng Quản lý chất lượng năm 2023: tổng số chuyên viên, số lượng BS, số lượng điều dưỡng, số lượng các chuyên ngành khác, số nhân sự có trình độ dưới Đại học, số nhân sự có trình độ Đại học; số nhân sự có trình độ Sau đại học; phân chia theo các tổ/bộ phận; các khó khăn khi thực hiện nhiệm vụ.

Phòng Công tác xã hội năm 2023: tổng số chuyên viên, số lượng BS, số lượng điều dưỡng, số lượng các chuyên ngành khác, số nhân sự có trình độ dưới Đại học, số nhân sự có trình độ Đại học; số nhân sự có trình độ Sau đại học; phân chia theo các tổ/bộ phận; các khó khăn khi thực hiện nhiệm vụ.

Số BS theo chuyên khoa: Tổng BS và phân loại (Nội, Ngoại, Sản, Phụ, Nhi, Răng hàm mặt, Tai mũi họng, Mắt, Truyền nhiễm, Y học cổ truyền, Khác) tại khoa Khám bệnh.

Số lượt bệnh ngoại trú/ngày theo chuyên khoa: Tổng lượt KCB/ngày và phân loại theo chuyên khoa.

b) Báo cáo về tình hình quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh

Về đào tạo, tập huấn cải tiến chất lượng tại khoa Khám bệnh: Số lượng quy trình chất lượng được ban hành trong năm, Số lần họp về quản lý chất lượng có sự tham gia của thành viên Ban giám đốc, Số hội thảo về chất lượng được tổ chức, Số lần tập huấn về PDCA (Plan-Do-Check-Action), Số lần tập huấn về làm việc nhóm, Số lần tập huấn về Quản lý chất lượng toàn diện, Số lần tập huấn về 5S, Số lần tập huấn về Lean. Thống kê các hoạt động cải tiến chất lượng và mục tiêu cải tiến ưu tiên tại 19 khoa Khám bệnh.

c) Báo cáo về cơ sở vật chất và trang thiết bị của bệnh viện

Thống kê số lượng các loại phòng khám tại khoa Khám bệnh theo căn cứ theo thông tư số 14/2013/TT-BYT [10] quy định cơ sở vật chất mà cơ sở khám sức khỏe bắt buộc phải đáp ứng đầy đủ bao gồm trung vị số lượng phòng tiếp đón, phòng khám chuyên khoa, phòng chụp X.Quang, phòng xét nghiệm tại 19 khoa Khám bệnh.

Thống kê số lượng chỗ khám bệnh theo tiêu mục 6.2 Mục 6 Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 9213:2012 về Bệnh viện quận huyện – Tiêu chuẩn thiết kế ban hành bởi Quyết định 3621/QĐ-BKHCN năm 2012 quy định về số phòng khám tối thiểu đối với khoa khám bệnh đa khoa và điều trị ngoại trú gồm trung vị số lượng chỗ khám bệnh theo chuyên khoa tại 19 khoa Khám bệnh bệnh viện, tỷ lệ khoa Khám bệnh đáp ứng về diện tích theo quy định, trung vị số lượng trang thiết bị y tế (tủ hồ sơ, tủ thuốc, giường khám, ghế chờ khám, ...) tại 19 khoa Khám bệnh bệnh viện.

d) Báo cáo về công tác quản lý dược và cấp phát thuốc tại khoa Khám bệnh

Dữ liệu được thu thập dựa trên quy định của Bộ Y tế (Thông tư 19/2013/TT-BYT[8], Thông tư 23/2011/TT-BYT [6]) và Sở Y tế TP. HCM.

2.5.4.2. Bộ công cụ đánh giá ý kiến của nhân viên y tế về quản lý chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện

Căn cứ xây dựng bộ công cụ đánh giá hoạt động Quản lý chất lượng toàn diện của tác giả Emad A.Al-Shdaifat (Bộ 5 nhóm yếu tố và 40 câu hỏi) [71]. Nghiên cứu áp dụng thang đo Likert 5 mức độ. Đánh giá kết quả hoạt động TQM thông qua 5 yếu tố: Sự cam kết của lãnh đạo, Làm việc nhóm, Đào tạo huấn luyện, Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm, Cải tiến chất lượng (*Phụ lục 1*). Bộ công cụ đã được chuẩn hoá được tính bằng Cronbach'Alpha, EFA/CFA, ICC với dữ liệu thực tế của nghiên cứu (*Phụ lục 4*). Kết quả cho thấy độ tin cậy cao (Cronbach's Alpha 0,925–0,982), cấu trúc năm nhân tố giải thích 69,4% phương sai và độ phù hợp mô hình CFA tốt (CFI = 0,901, RMSEA = 0,074). Giá trị hội tụ mạnh, đặc biệt ở "Cam kết" (0,7727) (*Phụ lục 1;4*). Như vậy, nghiên cứu đã cung cấp một công cụ khoa học đáng tin cậy, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của đào tạo trong nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và hỗ trợ quản lý hiệu quả tại các bệnh viện.

2.5.4.3. Bộ công cụ đánh giá Trải nghiệm người bệnh ngoại trú

Nghiên cứu đã tiến hành xây dựng và chuẩn hoá bộ câu hỏi giúp đo lường trải nghiệm ngoại trú cho bệnh viện công với độ tin cậy và hiệu lực cao, giúp xác định các vấn đề của dịch vụ ngoại trú từ quan điểm của người bệnh. Dựa trên tham khảo các bộ công cụ trải nghiệm ngoại trú tại Canada [75], tại Singapore [37], tại Na Uy [41] và bộ công cụ trải nghiệm nội trú của SYT TPHCM [2]. Từ đó, nghiên cứu xây dựng bộ câu hỏi gồm các phần gồm 46 câu hỏi được thiết kế dạng thang đo Likert với 5 mức trả lời, chia thành 8 nhóm yếu tố với 3 phần. Kết quả xây dựng và thử nghiệm bộ câu hỏi trên 250 người bệnh ngoại trú của 05 bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy sự phù hợp rất tốt (KMO: 0,94, ý nghĩa Bartlett: 0,000), sử dụng thang đo Likert gồm 5 mức độ. Giá trị hệ số tải các biến đều lớn hơn 0,5 và chênh lệch giữa các nhân tố đều lớn hơn 0,3 (*Phụ lục 2,5*).

Bộ công cụ cuối cùng gồm 46 câu hỏi phân thành 7 yếu tố với 3 phần. Thời gian người bệnh hoàn thành bộ câu hỏi khoảng 30 phút. Vì vậy việc sử dụng bộ câu hỏi trong thực tế là thuận tiện và khả thi cho người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh các bệnh viện.

2.5.4.5. Tổ chức thực hiện điều tra cắt ngang

Chuẩn bị: Thành lập nhóm nghiên cứu, tổ chức tập huấn cho các cộng tác viên tham gia nghiên cứu, Xây dựng và chuẩn hoá bộ công cụ điều tra, Liên hệ các bệnh viện xin phép triển khai nghiên cứu tại bệnh viện, ưu tiên thời gian họp giao ban toàn bệnh viện. Tiến hành đi thực tế từng bệnh viện lấy mẫu theo kế hoạch đã liên hệ trước.

Thực hiện điều tra. Phòng vấn đề thu thập các số liệu trong thực hiện TQM tại 19 Khoa khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện.

2.5.4.6. Phân tích SWOT

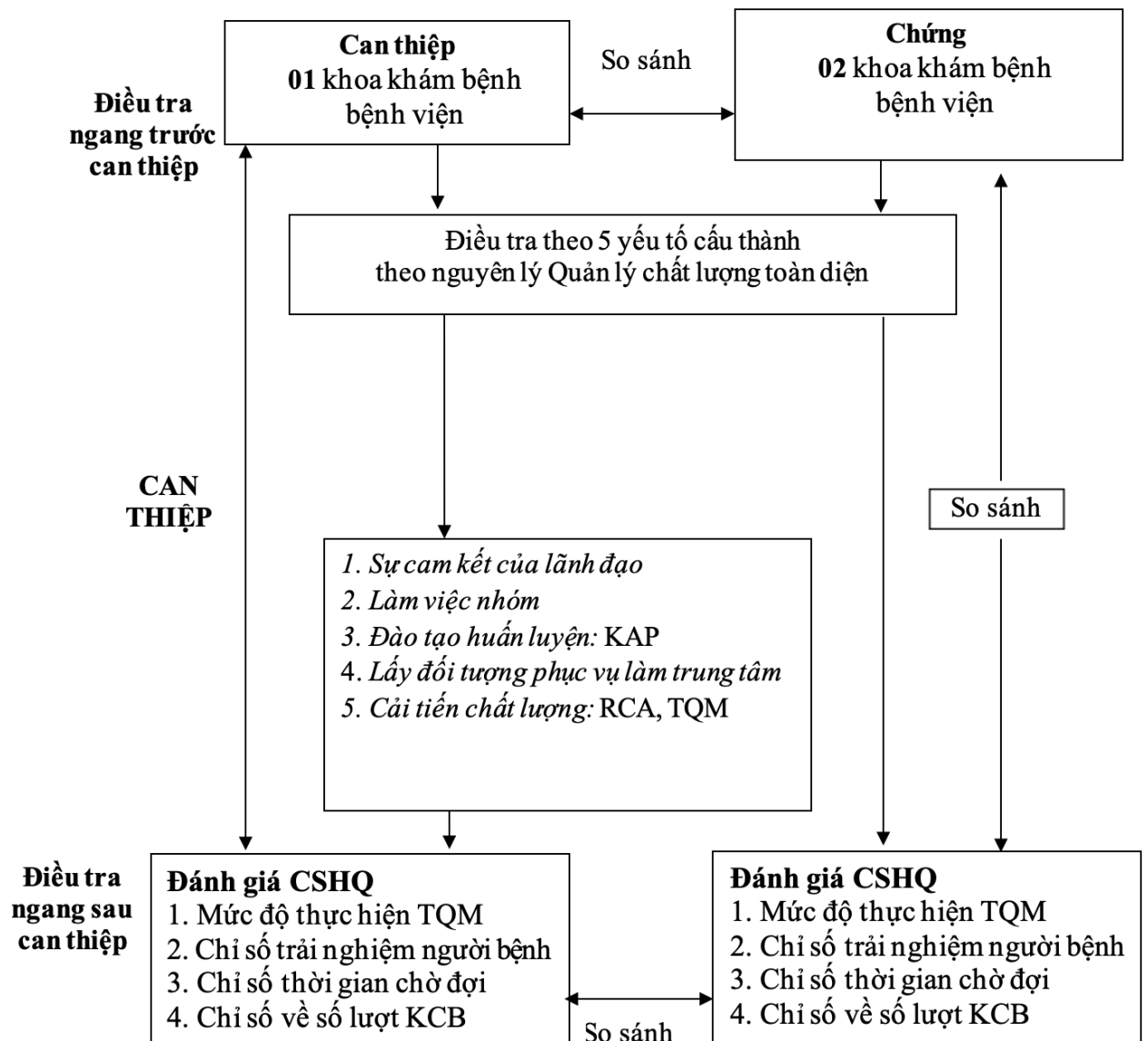
Trong nghiên cứu này, phân tích SWOT được sử dụng như một phương pháp phân tích định tính nhằm tổng hợp và đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện nghiên cứu, phục vụ cho Mục tiêu 1. Phân tích SWOT tập trung vào việc xác định các điểm mạnh (Strengths), điểm yếu (Weaknesses) bên trong tổ chức, cũng như các cơ hội (Opportunities) và thách thức (Threats) từ môi trường bên ngoài.

Dữ liệu phục vụ phân tích SWOT được tổng hợp từ kết quả nghiên cứu định lượng về thực trạng quản lý chất lượng, ý kiến đánh giá của nhân viên y tế, phản hồi từ người bệnh ngoại trú và thông tin thu thập từ các phòng chức năng liên quan. Việc phân tích SWOT nhằm cung cấp cái nhìn tổng thể về hiện trạng quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh, làm cơ sở đề xuất các giải pháp và thảo luận trong các phần tiếp theo của luận án.

2.6. Nghiên cứu can thiệp

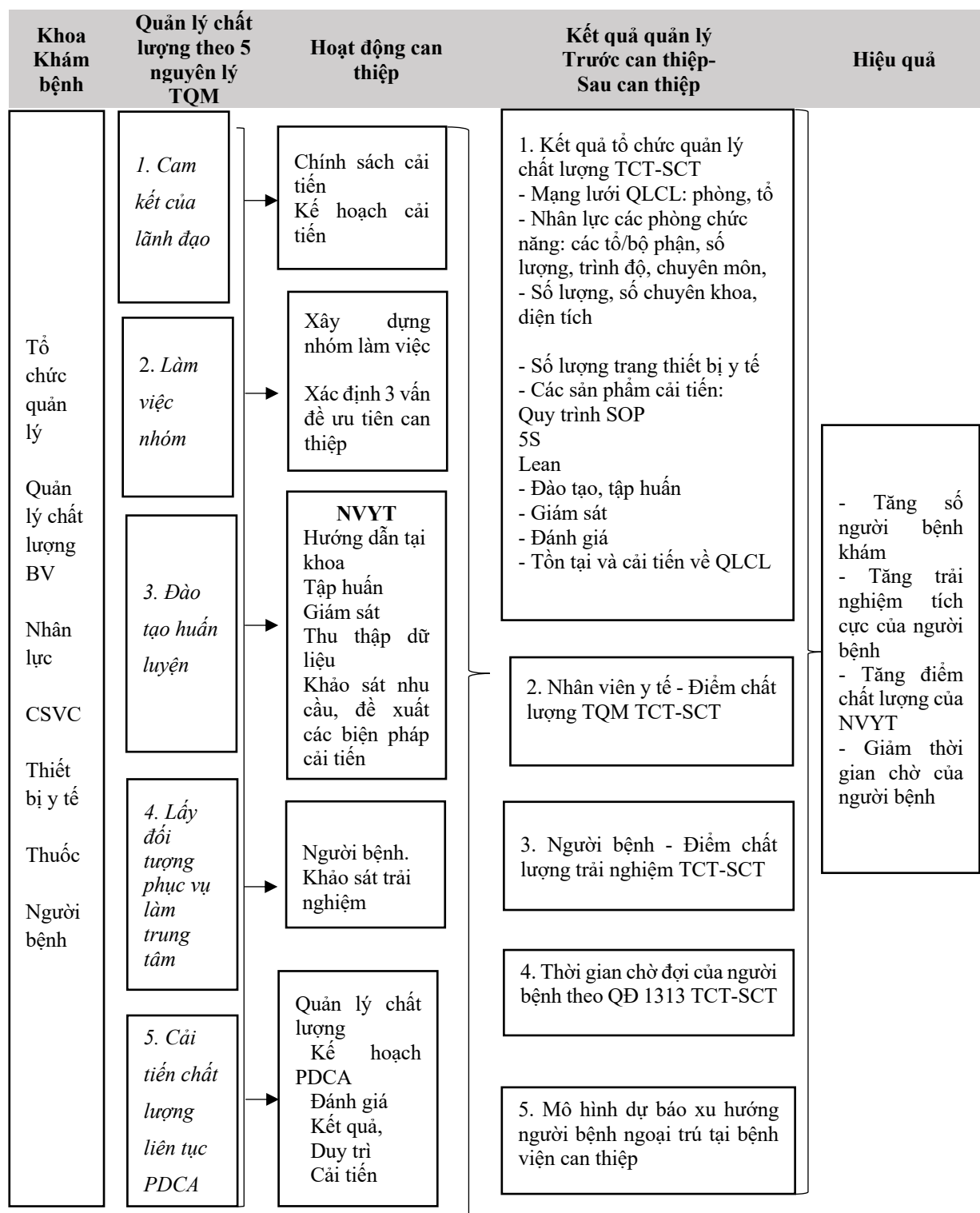
2.6.1. Thiết kế can thiệp

Chương trình can thiệp quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh được triển khai thông qua một nhóm các biện pháp quản lý, tập trung vào việc cải thiện tổ chức, quy trình và năng lực thực hiện của nhân viên y tế. Các biện pháp can thiệp được xây dựng dựa trên kết quả nghiên cứu thực trạng, phân tích SWOT và 5 yếu tố cốt lõi của nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện (TQM), nhằm bảo đảm tính phù hợp với điều kiện thực tiễn của khoa Khám bệnh.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ can thiệp

Khung thiết kế nghiên cứu can thiệp theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện



Sơ đồ 2.2. Hoạt động can thiệp theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

2.6.2. Cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá can thiệp

Chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng

Dùng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Chọn ngẫu nhiên nhóm can thiệp là một khoa Khám bệnh của một bệnh viện và chọn nhóm đối chứng là hai khoa Khám bệnh thuộc hai bệnh viện khác.

Tiêu chuẩn chọn bệnh viện đối chứng có đặc điểm quản lý chất lượng tương đồng với bệnh viện can thiệp.

2.6.2.1. Cỡ mẫu cho người bệnh

Áp dụng cỡ mẫu cho nghiên cứu gồm 2 mẫu độc lập, kiểm định 2 số trung bình [21]:

$$n = 2 \times \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times \sigma^2}{\Delta^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm

$\Delta = 1$: mức thay đổi trung bình điểm số trải nghiệm người bệnh mong muốn giữa nhóm can thiệp và chứng .

$\sigma = 0,25$: độ lệch chuẩn của thay đổi điểm số.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = giá trị phân phối chuẩn tương ứng với mức ý nghĩa (1,96 nếu $\alpha=0,05$).

$Z_{(1-\beta)}$ = giá trị phân phối chuẩn tương ứng với power (0,84 nếu power=80%).

Từ đó, với giả định $\sigma = 0,25$, mong muốn điểm số cải thiện từ 4 lên 5, nghiên cứu cần tối thiểu khoảng 251 người bệnh mỗi nhóm tại mỗi thời điểm $\rightarrow$ 1004 người.

Thực tế, nghiên cứu chọn ngẫu nhiên 300 người bệnh trước và sau can thiệp tại mỗi nhóm $\rightarrow$ tổng 1800 người bệnh.

2.6.2.2. Cỡ mẫu cho nhân viên y tế:

Áp dụng cỡ mẫu cho nghiên cứu gồm 2 mẫu độc lập, kiểm định 2 số trung bình [21]:

$$n = 2 \times \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times \sigma^2}{\Delta^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm

$\Delta = 0,75$: mức thay đổi trung bình điểm số TQM mong muốn giữa nhóm can thiệp và chứng.

$\sigma = 1$: độ lệch chuẩn của thay đổi điểm số.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = giá trị phân phối chuẩn tương ứng với mức ý nghĩa (1,96 nếu $\alpha=0,05$).

$Z_{(1-\beta)}$ = giá trị phân phối chuẩn tương ứng (0,84 nếu power=80%).

Thay số, cỡ mẫu tối thiểu ước tính $n = 28$ nhân viên y tế/nhóm (dự phòng 10%: khoảng 31 nhân viên y tế/nhóm). Thực tế, nghiên cứu chọn toàn bộ NVYT trước–sau can thiệp ở mỗi nhóm, gồm 54 NVYT tại nhóm can thiệp và 90 NVYT tại nhóm đối chứng.

2.6.2.3. Nghiên cứu định tính

Mục đích làm rõ nhận thức, trải nghiệm, và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp TQM tại khoa Khám bệnh từ góc nhìn của nhân viên y tế và người bệnh, tập trung vào 5 yếu tố cấu thành TQM (Cam kết lãnh đạo, Lấy người bệnh làm trung tâm, Đào tạo, Cải tiến liên tục, Làm việc nhóm).

Đối tượng:

Nhân viên y tế gồm 01 bác sĩ (BS) tại khoa Khám bệnh, 01 điều dưỡng (ĐD) tại khoa Khám bệnh, 01 nhân viên phòng chức năng (NV, từ phòng Kế hoạch tổng hợp hoặc Quản lý chất lượng).

Người bệnh: 05 người bệnh ngoại trú, đại diện đa dạng về giới tính, tuổi, và trình độ học vấn.

Phương pháp: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn bán cấu trúc với các câu hỏi mở để thu thập thông tin chi tiết về nhận thức, trải nghiệm, và rào cản trong triển khai TQM.

Công cụ: phỏng vấn sâu với câu hỏi riêng cho từng đối tượng (BS, ĐD, NV, NB). (*Phụ lục 7*)

Thời gian: Phỏng vấn thực hiện trong 30-45 phút/người.

Phân tích dữ liệu: Phân tích nội dung để mã hóa và xác định các chủ đề chính (nhận thức TQM, hiệu quả can thiệp, rào cản, trải nghiệm người bệnh).

2.6.3 Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp

Một số văn bản pháp luật liên quan

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009.

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh ngày 09 tháng 01 năm 2023.

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 về Ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0

Căn cứ Công văn số 4223/SYT-NVY ngày 12 tháng 5 năm 2016 về Ban hành “Khuyến cáo xây dựng văn hoá an toàn người bệnh tại các bệnh viện” của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh

Căn cứ Quyết định 3869/QĐ-BYT Ban hành mẫu phiếu khảo sát hài lòng người bệnh năm 2019.

Căn cứ Công văn 1729/SYT-NVY ngày 04/4/2019 về việc triển khai khảo sát trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, các bệnh viện trên địa bàn thành phố đã tiến hành khảo sát mỗi 6 tháng.

Đánh giá hoạt động Quản lý chất lượng toàn diện-của tác giả Emad A.Al-Shdaifat (Bộ 5 nhóm yếu tố và 40 câu hỏi) [71].

Đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú, dựa trên tham khảo các bộ công cụ trải nghiệm ngoại trú tại Canada [75], tại Singapore [37], tại Na Uy [41] và bộ công cụ trải nghiệm nội trú của SYT TPHCM [2].

2.6.4 Nội dung can thiệp theo 5 yếu tố cốt lõi của nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện

2.6.4.1. Nguyên tắc thực hiện can thiệp

Hoạt động can thiệp với vai trò trách nhiệm của bệnh viện.

Ứng dụng theo nguyên lý thực hiện TQM, sử dụng nguồn lực hiện có để cải tiến chất lượng nhằm mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm, đảm bảo an toàn người bệnh và nâng cao dịch vụ chăm sóc sức khoẻ người bệnh.

Các hoạt động can thiệp có tính khả thi và duy trì, nhân rộng cho các bệnh viện khác có cùng điều kiện.

Thực hiện can thiệp theo 5 yếu tố cốt lõi của nguyên lý TQM gồm: cam kết của lãnh đạo; làm việc nhóm; lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm; đào tạo huấn luyện; cải tiến chất lượng liên tục.

2.6.4.2. Tổ chức thực hiện

Nghiên cứu tiến hành tổ chức, xây dựng mô hình Quản lý chất lượng toàn diện theo nguyên lý “lấy người bệnh làm trung tâm” tại khoa khám bệnh theo 5 yếu tố cốt lõi của nguyên lý TQM [71], gồm 5 hoạt động sau:

Hoạt động 1. Cam kết của lãnh đạo và nhân viên bệnh viện

Ban giám đốc giới thiệu tầm quan trọng của QLCL tại KKB, tham gia và thông báo chính sách chất lượng tại KKB.

Kết quả: chủ trương cải tiến chất lượng, kế hoạch cải tiến có sự tham gia của BGĐ, biên bản họp có sự tham gia của BGĐ, số thành viên BS-DD- NVYT của KKB thực hiện TQM.

Hoạt động 2. Làm việc nhóm

Xây dựng nhóm phụ trách cải tiến mô hình “người bệnh làm trung tâm” theo ứng dụng nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện. Tổ chức thảo luận, phân tích nguyên nhân gốc rễ để xác định vấn đề ưu tiên can thiệp. Tổ chức thực hiện cải tiến theo nhóm phụ trách

Kết quả: xây dựng nhóm làm việc, xác định 3 vấn đề ưu tiên can thiệp

Hoạt động 3. Đào tạo huấn luyện về TQM

Hoạt động đào tạo và tập huấn được triển khai dựa trên 5 yếu tố cốt lõi của Quản lý chất lượng toàn diện (TQM): (1) Cam kết lãnh đạo, (2) Làm việc nhóm, (3) Đào tạo – huấn luyện, (4) Lấy người bệnh làm trung tâm, và (5) Cải tiến chất lượng.

Nội dung đào tạo được xây dựng phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của khoa Khám bệnh và định hướng nâng cao năng lực thực hành quản lý chất lượng của nhân viên y tế. Ba hình thức đào tạo – tập huấn chính gồm:

❖ Đào tạo lý thuyết tại hội trường:

Giới thiệu tổng quan mô hình TQM và mô hình Donabedian (Cấu trúc – Quá trình – Kết quả).

Trình bày quy trình PDCA, 5S, các công cụ cải tiến chất lượng và vai trò của NVYT trong quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh.

Tổ chức lớp tập trung vào tháng 7/2024 với sự tham dự của toàn bộ NVYT thuộc khoa Khám bệnh can thiệp và các đơn vị khác có nhu cầu tham gia.

❖ Thực hành nhóm

Hướng dẫn thực hành xác định vấn đề ưu tiên, phân tích nguyên nhân – giải pháp, lập kế hoạch cải tiến quy trình.

Tổ chức các nhóm nhỏ (5–7 người) thảo luận tình huống thực tế trong quy trình khám bệnh, hướng dẫn sử dụng biểu mẫu PDCA và đánh giá kết quả.

❖ ***Tập huấn và thảo luận nhóm trực tiếp tại khoa Khám bệnh***

Tiến hành tại chỗ, gắn với công việc hằng ngày của NVYT.

Hỗ trợ kỹ thuật, giải đáp khó khăn trong quá trình áp dụng các giải pháp cải tiến, điều chỉnh quy trình theo phản hồi thực tế.

Duy trì 1–2 buổi/tháng trong giai đoạn can thiệp

Đánh giá kết quả: Lập kế hoạch huấn luyện (đào tạo liên tục - CME) theo các chuyên đề TQM tại BV. Lập kế hoạch đào tạo về 5S. Lập kế hoạch hội thảo trao đổi về TQM tại bệnh viện và các bệnh viện khác trong TPHCM. Triển khai thực hiện các kế hoạch đào tạo, huấn luyện, hội thảo. Hướng dẫn, thảo luận trực tiếp về quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh tháng 1/2024. NCS đã triển khai tập huấn về "Cập nhật kiến thức quản trị bệnh viện" theo kế hoạch 2382/KH-BV ngày 3/7/2024. Khảo sát, đánh giá kiến thức, thực hành quản lý chất lượng của nhân viên khoa Khám bệnh vào tháng 1 và tháng 12/2024

Chỉ số đánh giá: Số khoá đào tạo, huấn luyện, hội thảo được thực hiện theo kế hoạch, số NVYT tham gia đào tạo, huấn luyện, hội thảo theo kế hoạch

Hoạt động 4. Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm

Lấy người bệnh/thân nhân làm trung tâm (đối tượng bên ngoài) bao gồm xây dựng quy trình phục vụ lấy người bệnh làm trung tâm, đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh. Báo cáo kết quả đánh giá - cải tiến hoạt động dựa trên kết quả đánh giá. Tần suất giải quyết, ghi nhận phản ánh, góp ý, khen ngợi thông qua đa dạng các hình thức. Cải thiện chất lượng kê đơn thuốc, giảm sai sót

Lấy nhân viên y tế làm trung tâm (đối tượng bên trong) bao gồm có kế hoạch khảo sát hài lòng của NVYT với công việc. Đánh giá mức độ NVYT đáp ứng chất lượng theo nguyên lý TQM. Báo cáo kết quả đánh giá - cải tiến hoạt động dựa trên kết quả đánh giá

Chỉ số đánh giá kết quả: Kết quả trải nghiệm người bệnh, kết quả mức độ NVYT đáp ứng chất lượng theo nguyên lý TQM, tần suất giải quyết, ghi nhận phản ánh, góp ý, khen ngợi thông qua đa dạng các hình thức, số toa thuốc xuất toán BHYT

Hoạt động 5. Cải tiến chất lượng liên tục

Phân tích, xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm người bệnh từ đó đưa ra kiến nghị phù hợp cải tiến chất lượng. Phân tích, xác định các yếu tố liên quan đến điểm số Quản lý chất lượng toàn diện theo đánh giá của nhân viên y tế, từ đó đưa ra kiến nghị phù hợp cải tiến chất lượng. Theo kết quả thu được từ hoạt động "Làm việc nhóm", nghiên cứu tiến hành đề xuất và phối hợp xây dựng biện pháp can thiệp, áp dụng vào thực tế năm 2024.

2.6.5. Tổ chức thực hiện can thiệp

Sau giai đoạn 1, nghiên cứu tiến hành phân tích đánh giá thực trạng TQM tại các bệnh viện tuyến quận/huyện. Từ đó điều chỉnh hoặc đưa ra phương hướng can thiệp sát hợp hơn.

Liên hệ bệnh viện can thiệp và chứng xin phép triển khai nghiên cứu tại bệnh viện, ưu tiên thời gian họp giao ban toàn bệnh viện. Hoạt động can thiệp được triển khai trong khuôn khổ mô hình Quản lý chất lượng toàn diện (TQM), áp dụng tại khoa Khám bệnh của bệnh viện tuyến quận TP. Hồ Chí Minh năm 2024.

1. Cơ quan, cá nhân triển khai:

Chủ trì: Nghiên cứu sinh (NCS) phối hợp với Ban Giám đốc bệnh viện và Phòng Quản lý chất lượng, phòng Kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm thiết kế, điều phối và giám sát toàn bộ can thiệp.

Đơn vị thực hiện trực tiếp: Khoa Khám bệnh – nơi triển khai các hoạt động đào tạo, cải tiến quy trình, và thu thập số liệu.

Nhóm hỗ trợ kỹ thuật: Gồm 03 cán bộ từ Phòng Quản lý chất lượng, Phòng Kế hoạch tổng hợp và Điều dưỡng trưởng khoa, phụ trách hướng dẫn, theo dõi tiến độ và tổng hợp báo cáo định kỳ.

2. Giám sát và theo dõi:

Giám sát định kỳ 2 tuần/lần trong giai đoạn triển khai (tháng 3–9/2024) thông qua bảng kiểm PDCA, biên bản họp, và báo cáo tiến độ.

Ban Giám đốc và NCS cùng rà soát, phản hồi trực tiếp, đảm bảo tuân thủ quy trình, tiến độ và mục tiêu can thiệp.

3. Kế hoạch thực hiện:

Giai đoạn chuẩn bị (01–02/2024): Xây dựng kế hoạch can thiệp, xin ý kiến chấp thuận của Ban Giám đốc, tập huấn nhóm nòng cốt.

Giai đoạn triển khai (03–09/2024): Thực hiện 3 hình thức đào tạo (lý thuyết, thực hành nhóm, tập huấn tại khoa); cải tiến quy trình khám – tiếp nhận – trả kết quả; thu thập dữ liệu định kỳ.

Giai đoạn đánh giá và duy trì (10–12/2024): Đánh giá hiệu quả trước – sau can thiệp, tổng hợp kết quả, duy trì hoạt động cải tiến liên tục trong khoa Khám bệnh

2.6.6. Nội dung đánh giá hiệu quả can thiệp

Hiệu quả can thiệp là điểm chênh lệch giữa kết quả thực hiện sau 1 năm can thiệp so với kỳ vọng của bệnh viện và nhà nghiên cứu đối với hệ thống TQM tại bệnh viện. Nghiên cứu sử dụng phương pháp Difference-in-Differences (DiD) nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp. Hiệu quả can thiệp (DiD) được tính như sau:

$$DiD = (\text{Can thiệp}_{\text{sau can thiệp}} - \text{Can thiệp}_{\text{trước can thiệp}}) - (\text{Đối chứng}_{\text{sau can thiệp}} - \text{Đối chứng}_{\text{trước can thiệp}})$$

- Tóm tắt nội dung đánh giá về mô hình can thiệp theo nguyên lý TQM

Trong nghiên cứu này, các chỉ số đánh giá được xây dựng và lựa chọn nhằm phản ánh đầy đủ hiệu quả của chương trình can thiệp quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh. Trên cơ sở mục tiêu nghiên cứu và nội dung can thiệp, các chỉ số được phân thành chỉ số can thiệp chính và chỉ số can thiệp liên quan:

+ Chỉ số can thiệp chính là các chỉ số phản ánh trực tiếp kết quả của các biện pháp can thiệp và được sử dụng để đánh giá hiệu quả cốt lõi của chương trình. Các chỉ số này bao gồm: (1) mức độ thực hiện quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh; (2) đánh giá của nhân viên y tế về các yếu tố quản lý chất lượng; (3) trải nghiệm của người bệnh ngoại trú; và (4) thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú. Đây là các chỉ số gắn trực tiếp với mục tiêu nghiên cứu và được sử dụng trong các phân tích so sánh và phân tích Difference-in-Differences.

+ Chỉ số can thiệp liên quan là các chỉ số có vai trò hỗ trợ, giúp diễn giải và làm rõ bối cảnh của các chỉ số can thiệp chính. Các chỉ số này bao gồm đặc điểm tổ chức và hoạt động của khoa Khám bệnh, đặc điểm nhân viên y tế, đặc điểm người bệnh, cũng như một số yếu tố quy trình và điều kiện triển khai can thiệp. Các chỉ số can thiệp liên quan không phải là mục tiêu trực tiếp của can thiệp nhưng có thể ảnh hưởng đến mức độ thay đổi của các chỉ số can thiệp chính và được sử dụng như các biến mô tả hoặc biến kiểm soát trong phân tích.

Nội dung này tập trung đánh giá hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh của một bệnh viện đa khoa tuyến quận tại TP. Hồ Chí Minh, sử dụng thiết kế can thiệp trước-sau với nhóm đối chứng. Tóm tắt các biến số/chỉ số bao gồm (Phụ lục 10):

- Tổ chức và thực hiện can thiệp TQM: Số lượng và cơ cấu nhân sự phòng chức năng (Kế hoạch tổng hợp, Quản lý chất lượng, Công tác xã hội) theo chuyên môn (bác sĩ, điều dưỡng, khác) và trình độ (Cao đẳng, Đại học, Sau đại học); đặc điểm nhân sự khoa Khám bệnh (giới tính, chuyên môn, trình độ, tuổi); số cuộc họp quản lý chất lượng với Ban giám đốc, lần tiếp công dân, khóa tập huấn (TQM, 5S, PDCA, giao tiếp, an toàn tiêm chủng); loại hoạt động cải tiến (đào tạo, thanh toán QR-code, trạm sạc điện thoại); tỷ lệ toa thuốc đúng phác đồ; số lượt khám tại phòng khám Tâm thần kinh; số lượng và loại kênh phản ánh (hòm thư, QR-code, đường dây nóng); tỷ lệ xử lý phản ánh.

- Đánh giá TQM từ nhân viên y tế [71]: Điểm TQM trung bình và tỷ lệ đánh giá tốt (mức 4-5) trước/sau can thiệp theo 5 yếu tố (Cam kết lãnh đạo, Lấy người bệnh làm trung tâm, Đào tạo, Cải tiến liên tục, Làm việc nhóm); hệ số Difference-in-Differences (DiD) và p-value; tỷ lệ hài lòng nhân viên y tế.

- Trải nghiệm người bệnh: Điểm trải nghiệm trung bình và tỷ lệ tốt trước/sau can thiệp theo 3 nhóm trải nghiệm trước khi khám bệnh, chữa bệnh (Khả năng tiếp cận), trải nghiệm trong khi khám bệnh, chữa bệnh (Hoạt động bác sĩ, Điều dưỡng, Tổ chức môi trường, Thời gian) và trải nghiệm sau khi khám bệnh, chữa bệnh (Thông tin sức khỏe, Chi trả); hệ số DiD và p-value; yếu tố ảnh hưởng (giới tính, tuổi, học vấn, nghề nghiệp, mức sống, BHYT) .

- Thời gian chờ đợi: Tổng thời gian khám trung bình, thời gian khám đơn thuần, thời gian KBCB với 1-3 cận lâm sàng; hệ số DiD và p-value trước/sau can thiệp.

- Xu hướng người bệnh ngoại trú: Tổng số lượt KBCB (theo năm, tháng); tỷ lệ tăng trưởng; tỷ lệ ca bệnh theo chương ICD-10; thành phần chuỗi thời gian (xu hướng, mùa, nhiễu); dự báo số ca đến 2030 (mô hình ARIMA) và khoảng tin cậy.

2.7. Hạn chế, sai số và biện pháp khắc phục

Nghiên cứu được thực hiện tại 19 khoa Khám bệnh thuộc các bệnh viện tuyến quận/huyện của TP. Hồ Chí Minh, do đó kết quả không đại diện cho toàn bộ hệ thống bệnh viện của thành phố hoặc các vùng miền khác. Việc chọn địa điểm mang tính mục đích (purposive sampling), dựa trên sự sẵn sàng hợp tác và điều kiện triển khai can thiệp, nên có thể phát sinh sai số chọn mẫu và sai lệch lựa chọn.

Phương pháp nghiên cứu sử dụng thiết kế can thiệp dạng trước – sau có nhóm đối chứng, tuy giúp kiểm soát yếu tố thời gian nhưng vẫn không loại trừ hoàn toàn các yếu tố nhiễu ngoài can thiệp như thay đổi nhân sự, chính sách bệnh viện hoặc biến động số lượt khám. Ngoài ra, việc đánh giá tự báo cáo từ nhân viên y tế và người bệnh có thể dẫn đến thiên lệch chủ quan (bias) trong trả lời.

Kích thước mẫu được tính toán phù hợp cho phân tích thống kê nhưng chưa đủ lớn để khái quát hóa toàn hệ thống y tế tuyến cơ sở. Việc thu thập dữ liệu tại nhiều thời điểm nhằm giảm sai số ngẫu nhiên, song sự khác biệt về điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực giữa các bệnh viện có thể ảnh hưởng đến tính đồng nhất của kết quả.

Để khắc phục, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên trong từng nhóm, tổ chức tập huấn điều tra viên, kiểm tra phiếu khảo sát hằng ngày, và chuẩn hóa dữ liệu theo tuổi, giới, trình độ và chức danh để hạn chế sai số. Kết quả được diễn giải trong phạm vi đặc thù của tuyến quận, đồng thời làm cơ sở tham chiếu cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn sau này.

Kiểm soát yếu tố nhiễu và can thiệp đồng thời: Nghiên cứu can thiệp tại bệnh viện trong điều kiện thực tế có thể chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố nhiễu và các hoạt động cải tiến chất lượng được triển khai đồng thời ngoài chương trình can thiệp của nghiên cứu. Các yếu tố này có thể bao gồm: thay đổi quy định/hướng dẫn của khoa Khám bệnh; các đợt đánh giá chất lượng bệnh viện định kỳ; cải tiến quy trình hành chính – khám bệnh do bệnh viện chủ động triển khai; biến động nhân sự, phân công – luân chuyển; thay đổi về cơ sở vật chất, trang thiết bị; triển khai công nghệ thông tin/chuyển đổi số; thay đổi nhu cầu khám bệnh theo mùa hoặc theo bối cảnh dịch tễ như Covid-19. Để giảm ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu, nghiên cứu sử dụng thiết kế có nhóm đối chứng và phân tích Difference-in-Differences (DiD) nhằm kiểm soát các yếu tố không quan sát được nhưng tương đối ổn định theo thời gian giữa hai nhóm, đồng thời đưa các biến kiểm soát phù hợp (đặc điểm đối tượng, thời điểm thu thập số liệu...) vào mô hình phân tích. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn có khả năng chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố thay đổi theo thời gian khác nhau giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

2.8. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.5.0 (phát hành 11/04/2025) là phần mềm miễn phí, mã nguồn mở và được cấp phép người dùng được tự do sử dụng, chia sẻ, nghiên cứu theo giấy phép GNU General Public License (GPL).

2.8.1. Thống kê mô tả

Các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu có phân bố không chuẩn và được trình bày giá trị trung bình, độ lệch chuẩn nếu có phân bố chuẩn. Các biến số phân loại sẽ được phân tích và trình bày dưới dạng Số lượng và tỷ lệ phần trăm.

2.8.2. Thống kê phân tích

Các phương pháp phân tích thống kê được áp dụng bao gồm thống kê mô tả, mô hình hồi quy Hierarchical Linear Modeling (HLM), hồi quy đa cấp Bayesian, Difference-in-Differences (DiD), và mô hình ARIMA.

Phần mềm chính: R (phiên bản 4.5.0) với các package: `dplyr`, `summarytools`, `ggplot2`, `lmtest`, `sandwich`, `plm`, `brms`, `lme4`, `tidyverse`, `bayesplot`, `forecast`, `tseries`, `xts`.

2.8.2.1. Thực trạng quản lý theo Quản lý chất lượng toàn diện

Nhân viên y tế. Mô hình hồi quy phân cấp Hierarchical Linear Modeling (HLM) được sử dụng để đánh giá điểm TQM (cam kết, làm việc nhóm, đào tạo, lấy người bệnh làm trung tâm, cải tiến liên tục, tổng chung) và yếu tố liên quan (tuổi, hôn nhân, chuyên môn, vị trí công việc, thâm niên), kiểm soát hiệu ứng ngẫu nhiên cấp bệnh viện. Mô hình:

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} \times (\text{tuổi}) + \dots + r_{ij}, \text{ Cấp 2: } \beta_{0j} = \gamma_{00} + u_{0j}.$$

Lý do sử dụng HLM: Dữ liệu có cấu trúc phân cấp (nhân viên trong bệnh viện), kiểm soát phương sai không đồng nhất.

Package R: `lme4` cho mô hình HLM, `nlme` cho phân tích tuyến tính hỗn hợp, `dplyr` và `ggplot2` để xử lý và trực quan hóa dữ liệu. Độ phù hợp của mô hình: REML criterion 754,2, BIC 867,1, Conditional R^2 0,376.

Người bệnh. Mô hình hồi quy đa cấp Bayesian (*Bayesian multilevel regression*) được áp dụng để đánh giá điểm trải nghiệm (trước, trong, sau KCB) và yếu tố ảnh hưởng (giới tính, tuổi, nghề nghiệp, lý do chọn bệnh viện), kiểm soát hiệu ứng ngẫu nhiên cấp bệnh viện. Mô hình:

$$Y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j} \times (\text{giới tính}) + \beta_{2j} \times (\text{tuổi}) + \dots + r_{ij}$$

Lý do sử dụng Bayesian: Phân phối không chuẩn của điểm trải nghiệm, tích hợp tiên nghiệm. Package R: *brms* cho hồi quy Bayesian, *tidyverse* để lọc dữ liệu, *bayesplot* để trực quan hóa phân phối hậu nghiệm. So sánh mô hình bằng BMA (stacking), Mô hình được chọn chiếm 71,7% trọng số.

Phân tích ROC (Receiver Operating Characteristic) xác định điểm cắt tối ưu (cut-off) cho điểm trải nghiệm người bệnh và điểm TQM. Điểm cắt này được xác định bằng chỉ số về độ nhạy và độ đặc hiệu: Youden's Index ($J = \text{Sensitivity} + \text{Specificity} - 1$).

Package R: *pROC* và *ROCR* tính diện tích dưới đường cong (AUC), hỗ trợ bởi *ggplot2* và *dplyr* để trực quan hóa và xử lý dữ liệu.

Kết quả ROC cho thấy diện tích dưới đường cong ($AUC = 0,975$, cao chỉ ra khả năng dự đoán chính xác, với điểm cắt tối ưu là 4,0375, độ nhạy (Sensitivity) và độ đặc hiệu (Specificity) cân bằng tốt (0,91 và 0,89).

2.8.2.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng

Sử dụng DiD để đánh giá hiệu quả can thiệp TQM năm 2024 trên điểm TQM nhân viên y tế, trải nghiệm người bệnh, và thời gian chờ. Mô hình:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \times \text{treatment} + \beta_2 \times \text{post} + \beta_3 \times (\text{treatment} \times \text{post}) + \beta_4 \times \text{tuổi} + \varepsilon$$

Phân nhóm phụ theo giới tính, tuổi, học vấn, nghề nghiệp, mức sống với tương tác ba chiều. Sai số chuẩn mạnh (HC1). Package R: *lmtest* và *sandwich* cho kiểm định hệ số, *plm* cho mô hình DiD, *dplyr* để thêm biến.

❖ Mô hình dự báo xu hướng người bệnh ngoại trú - ARIMA

Mô hình ARIMA (ARIMA(1,1,1)(0,1,1)[12]) phân tích và dự báo xu hướng người bệnh ngoại trú từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024, với thành phần mùa chu kỳ 12 tháng (cao điểm tháng 6-10, thấp điểm tháng 2). Dữ liệu bao gồm 8.353.930 ca

bệnh, phân loại theo chương bệnh, nhóm tuổi, và giới tính. Package R: `forecast` (R) để ước lượng ARIMA, `tseries` để kiểm tra tính dừng (ADF test), `xts` để xử lý chuỗi thời gian, `ggplot2` để trực quan hóa.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức – Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương thông qua số IRB-VN01057-01/2022 ngày 05 tháng 01 năm 2022. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo đảm theo đúng quy định hiện hành.

Đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Có quyền từ chối tham gia hoặc có thể chấm dứt nghiên cứu bất cứ lúc nào.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN CỦA CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN/HUYỆN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Qua nghiên cứu về thực trạng quản lý theo Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh, và hiệu quả can thiệp TQM năm 2024 tại một Khoa Khám bệnh bệnh viện, kết quả sau:

3.1.1. Tình hình tổ chức quản lý bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh

3.1.1.1. Cơ cấu tổ chức của phòng chức năng và Khoa Khám bệnh

Phòng Kế hoạch tổng hợp: Tại 19 bệnh viện, phòng Kế hoạch tổng hợp có trung vị 12 nhân viên (dao động từ 6 đến 28 người), cao nhất so với hai phòng chức năng khác. Mỗi phòng thường gồm bác sĩ (trung vị 4 người), điều dưỡng (2 người), và nhân viên khác (7 người, như chuyên viên y tế công cộng, dược sĩ hoặc thư ký y khoa). Về trình độ, nhân viên Đại học là 8 người, Sau đại học là 2 người. Hơn 50% số phòng Kế hoạch tổng hợp có 5 nhân viên trình độ Trung cấp hoặc Cao đẳng.

Bảng 3.1. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Kế hoạch tổng hợp (n=19)

Kết quả hoạt động quản lý, chuyên môn và nguồn lực phòng Kế hoạch tổng hợp		Số lượng	Tỷ lệ %
Điểm tốt	Có chuyên viên thống kê ra vào viện của KKB	19	100
	Có chuyên viên về CNTT	19	100
	Có chuyên viên báo cáo về chuyên môn, tình hình bệnh tật của KKBN	19	100
Tồn tại	Thiếu nhân sự	8	42,1
	Kiểm nhiệm nhiều công việc	4	21,0
	Thiếu kinh phí	2	10,5
	Hạn chế về công nghệ thông tin	2	10,5
	Nghiên cứu khoa học	3	15,8

Bảng 3.1 trình bày một số điểm tốt và hạn chế trong hoạt động của phòng Kế hoạch tổng hợp tại 19 bệnh viện đa khoa tuyến quận ở Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022–2023. Kết quả cho thấy, các hoạt động liên quan đến công tác lập kế hoạch và tổng hợp báo cáo được đánh giá tốt hơn so với các nội dung về theo dõi, giám sát và

phối hợp liên khoa. Các bệnh viện có sự đa dạng trong cách tổ chức phòng Kế hoạch tổng hợp, từ không có tổ/bộ phận cụ thể (4/19 BV) đến các tổ như Nghiên cứu khoa học, Công nghệ thông tin, Quản lý chất lượng, Báo cáo thống kê, Hồ sơ bệnh án, Bảo hiểm y tế (BHYT), Thiết bị y tế, v.v.

Một số tồn tại nổi bật bao gồm: (1) Thiếu nhân sự chuyên trách, đặc biệt bác sĩ và nhân viên chuyên môn cao, phổ biến ở hầu hết bệnh viện. (2) Kiêm nhiệm nhiều công việc dẫn đến chồng chéo và giảm hiệu quả. (3) Thiếu kinh phí hoạt động hoặc thu hút nhân tài. (4) Hạn chế công nghệ thông tin do chưa áp dụng rộng rãi. (5) Nghiên cứu khoa học chưa phát triển, thiếu cơ chế khuyến khích.

Phòng Quản lý chất lượng: Trung vị 5 nhân viên (dao động 0-8 người), với 7/19 bệnh viện chưa có phòng riêng (36,8%), thường tích hợp vào Kế hoạch tổng hợp. Về chuyên môn, trung vị bác sĩ là 1 người/phòng/bệnh viện (0-2), điều dưỡng 1 người (0-4), nhân viên khác 2 người (0-5). Trình độ: trung vị Đại học 3 người/phòng (0-6), Sau đại học 1 người/phòng (0-2).

Bảng 3.2. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Quản lý chất lượng (n=19)

Kết quả hoạt động quản lý, chuyên môn và nguồn lực phòng		Số	Tỷ lệ
Quản lý chất lượng		lượng	%
Điểm tốt	Có kế hoạch cải tiến chất lượng hàng năm	19	100
	Có phân công nhân sự chuyên trách từng nội dung của 83 tiêu chí	19	100
Tồn tại	Thiếu nhân sự	9	47,4
	Hạn chế công nghệ	3	15,8
	Thiếu phối hợp	2	10,5
	Triển khai tiêu chí chất lượng	4	21,0

Bảng 3.2 trình bày một số điểm tốt và hạn chế của phòng Quản lý chất lượng. Về cách phân chia tổ/bộ phận, có 7/19 bệnh viện chưa thành lập phòng Quản lý chất lượng riêng, thường tích hợp vào phòng Kế hoạch tổng hợp hoặc phân công kiêm nhiệm. Các tổ phổ biến bao gồm: Cải tiến chất lượng, An toàn người bệnh, Khảo sát hài lòng, 5S, Quản lý sự cố y khoa, Công nghệ thông tin.

Một số tồn tại ghi nhận tại phòng Quản lý chất lượng của 19 BV như: (1) Thiếu nhân sự chuyên môn/ kiêm nhiệm dẫn đến khối lượng công việc lớn. (2). Thiếu phần mềm quản lý chất lượng, dữ liệu phân tán, báo cáo thủ công. (3) Thiếu phối hợp do một số khoa/phòng chưa hiểu rõ vai trò của quản lý chất lượng. (4) Triển khai tiêu chí chất lượng không hiệu quả do thiếu nguồn lực (nhân sự, tài chính, thời gian).

Phòng Công tác xã hội: Trung vị 3 nhân viên (dao động từ 0 đến 18 người), thấp nhất trong ba phòng chức năng, với 11/19 bệnh viện chưa có phòng riêng (57,9%). Hơn 50% bệnh viện thiếu bác sĩ tại phòng này. Đa số bệnh viện có 13 nhân viên thuộc chuyên khoa khác như y tế công cộng, dược sĩ hoặc thư ký y khoa. Về trình độ, trung vị Đại học là 5 người/phòng (0-13), Sau đại học 1 người/phòng, và Trung cấp/Cao đẳng vẫn tồn tại với trung vị 1 người/phòng (0-12).

Bảng 3.3. Một số điểm tốt và hạn chế của phòng Công tác xã hội (n=19)

Kết quả hoạt động quản lý, chuyên môn và nguồn lực phòng Công tác xã hội		Số lượng	Tỷ lệ %
Những điểm tốt	Có nhân sự hỗ trợ tiếp đón người bệnh	19	100
	Có khảo sát HLNB	19	100
Những tồn tại	Thiếu nhân sự và chuyên môn	6	31,6
	Áp lực công việc	2	10,5
	Thiếu tài chính và kết nối	4	21,0
	Hành vi người bệnh	1	5,3
	Quy mô hoạt động hạn chế	2	10,5

Về cách phân chia tổ/bộ phận. Có 11/19 bệnh viện chưa thành lập phòng Công tác xã hội, có 2/19 bệnh viện có tổ Công tác xã hội trực thuộc các phòng khác. Các tổ/bộ phận phổ biến: truyền thông, chăm sóc khách hàng, hỗ trợ người bệnh, hướng dẫn, tiếp nhận tài trợ.

Một số hạn chế ghi nhận được tại phòng Công tác xã hội của 19 BV như sau: (1) Thiếu nhân sự và chuyên môn do nhân viên thường kiêm nhiệm, chưa được đào tạo chuyên sâu về công tác xã hội. (2) Bộ phận tiếp nhận và chăm sóc khách hàng chịu áp lực lớn do lượng người bệnh đông. (3) Hạn chế trong vận động tài trợ, kết nối

với các tổ chức xã hội.(4) Hành vi người bệnh đòi hỏi quá mức hoặc phản ánh không đúng thực tế, gây khó khăn cho nhân viên. (5) Thiếu kinh phí và nguồn lực.

Tại Khoa khám bệnh. Căn cứ theo báo cáo về số lượng bác sỹ tại từng chuyên khoa và lượng bệnh theo từng chuyên khoa mỗi ngày ở các bệnh viện, kết quả:

Bảng 3.4. Phân bố bác sỹ và lượt bệnh ngoại trú theo chuyên khoa tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện

Chuyên khoa	Số lượng BS	Tỷ lệ (%)	Số BS trung bình/BV	Số lượt trung bình/ngày/BV	Tỷ lệ BS/lượt bệnh	Tỷ lệ bệnh/BS
Nội	290	38,7	15,3	1057	0,014	69,3
Ngoại	79	10,5	4,2	153	0,027	36,8
Sản phụ khoa	56	7,5	2,9	97	0,030	32,9
Nhi	53	7,1	2,8	103	0,027	36,9
Răng hàm mặt	53	7,1	2,8	99	0,028	35,5
Tai mũi họng	47	6,3	2,5	157	0,016	63,6
Mắt	38	5,1	2,0	101	0,020	50,5
Truyền nhiễm	23	3,1	1,2	63	0,019	52,1
Y học cổ truyền	51	6,8	2,7	47	0,057	17,5
Khác	60	8,0	3,2	43	0,073	13,6
<i>Tổng</i>	<i>750</i>	<i>100</i>	<i>39,5</i>	<i>1920</i>	<i>0,021</i>	<i>48,6</i>

Tỷ lệ trung bình 48,6 bệnh/BS. Tỷ lệ BS/lượt trung bình 0,021 (Nội: 0,014).
 Tổng lượt 1,920/BV/ngày (36,445/19 BV).

3.1.1.2. Cơ sở vật chất

Bảng 3.5. Số lượng các loại phòng tại khoa Khám bệnh của 19 khoa Khám bệnh Thông tư số 14/2013/TT-BYT(n=19)

TT	Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
1	Phòng tiếp đón	Không có phòng	0	0,0
		1 phòng	7	36,8
		>1 phòng	12	63,2
2	Phòng khám chuyên khoa	Không có phòng	0	0,0
		1-8 phòng	1	5,3
		>8 phòng	18	94,7
3	Phòng chụp X. quang	Không có phòng	0	0,0
		1 phòng	13	68,4
		>1 phòng	6	31,6
4	Phòng xét nghiệm	Không có phòng	0	0,0
		1 phòng	12	63,2
		>1 phòng	7	36,8

Kết quả cho thấy 100% bệnh viện có cả 4 loại phòng. Tỷ lệ 94,7% bệnh viện có >8 phòng khám chuyên khoa. Hạn chế là 36,8% bệnh viện chỉ có 1 phòng tiếp đón.

Bảng 3.6. Tỷ lệ các loại phòng khám chuyên khoa và số lượng phòng của 19 khoa Khám bệnh (n=19)

TT	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ	
1	Không có phòng	0	0,0	
	Phòng khám Nội khoa	1-11 phòng	9	47,4
		≥12 phòng	10	52,6
2	Không có phòng	1	5,3	
	Phòng khám Ngoại khoa	1-8 phòng	17	89,4
		≥9 phòng	1	5,3
3	Không có phòng	3	15,8	
	Phòng khám Sản phụ khoa	1-5 phòng	14	73,7
		≥6 phòng	2	10,5
4	Không có phòng	2	10,5	
	Phòng khám Nhi khoa	1-8 phòng	15	79,0
		≥9 phòng	2	10,5
5	Không có phòng	1	5,3	
	Phòng khám Răng hàm mặt	1-3 phòng	11	57,9
		≥4 phòng	7	36,8

TT	Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
6	Phòng khám Tai mũi họng	Không có phòng	2	10,5
		1-3 phòng	12	63,2
		≥4 phòng	5	26,3
7	Phòng khám Mắt	Không có phòng	2	10,5
		1-3 phòng	15	79,0
		≥4 phòng	2	10,5
8	Phòng khám Nhiễm	Không có phòng	8	42,1
		1-4 phòng	10	52,6
		≥5 phòng	1	5,3
9	Phòng khám Y học cổ truyền	Không có phòng	1	5,3
		1-3 phòng	13	68,4
		≥4 phòng	5	26,3
10	Phòng khám thuộc chuyên khoa khác	Không có phòng	6	31,6
		1-4 phòng	9	47,4
		≥5 phòng	4	21,0

Kết quả cho thấy 100% bệnh viện có phòng khám Nội, 94,7% có Ngoại, 84,2% có Sản, 89,5% có Nhi, đáp ứng quy định.

Bảng 3.7. Diện tích các phòng trong Khoa Khám bệnh (n=19)

Tên khoa, phòng	Số KKB có đủ diện tích theo quy định	Tỷ lệ %
A. Khối tiếp đón	14	73,7
B. Khối Khám - điều trị ngoại trú		
1. Khám nội	16	84,2
2. Thần kinh	15	79,0
3. Da liễu	12	63,1
4. Đông y	14	73,7
5. Khám ngoại	15	79,0
6. Khám nhi	13	68,4
7. Bệnh truyền nhiễm	16	84,2
8. Phụ, Sản	16	84,2
9. Răng Hàm Mặt	5	26,3
10. Tai mũi họng	16	84,2
11. Mắt	14	73,7
C. Bộ phận nghiệp vụ		
1. Phòng phát thuốc, kho thuốc	19	100,0
2. Chỗ bán thuốc	17	89,5

Tên khoa, phòng	Số KKB có đủ diện tích theo quy định	Tỷ lệ %
3. Phòng chẩn đoán, xét nghiệm nhanh	15	79,0
4. Phòng lưu hồ sơ của phòng khám	16	84,2
5. Kho sạch	13	68,4
6. Phòng quản lý trang thiết bị	15	79,0
7. Kho chứa hoá chất	18	94,7
8. Kho bản	12	63,1
D. Bộ phận tiếp nhận		
1. Phòng thay gửi quần áo	13	68,4
2. Phòng tiếp nhận	15	79,0
3. Kho quần áo, đồ dùng	10	52,6
E. Bộ phận hành chính	10	52,6

Kết quả cho thấy 100% bệnh viện có phòng phát thuốc/kho thuốc đạt diện tích, thấp ở Răng hàm mặt (26,3%), bộ phận tiếp nhận (52,6%), và hành chính (52,6%).

3.1.1.3. Thiết bị y tế

Căn cứ theo thông tư số 14/2013/TT-BYT quy định thiết bị y tế mà cơ sở khám sức khỏe bắt buộc phải đáp ứng đầy đủ. Kết quả như sau:

Bảng 3.8. Tỷ lệ thiết bị y tế đạt theo quy định trên 19 bệnh viện

TT	Nhóm thiết bị y tế theo TT14/2013/TT-BYT	Số lượng đạt	Tỷ lệ đạt (%)
1	Nhóm thiết bị lưu trữ và nội thất y tế	16	84,2
2	Nhóm thiết bị đo lường và khám cơ bản	18	94,7
3	Nhóm thiết bị chẩn đoán chuyên khoa và thị lực	17	89,5
4	Nhóm thiết bị xét nghiệm và khử trùng	17	89,5

Tỷ lệ 100% bệnh viện đạt yêu cầu với hầu hết thiết bị y tế.

Bảng 3.9. Tiêu chuẩn, định mức sử dụng trang thiết bị y tế chuyên dùng

Nhóm thiết bị	Chủng loại theo Thông tư 08/2019/TT-BYT	Đơn vị tính	Số BV đạt	Tỷ lệ đạt (%)
Chẩn đoán hình ảnh	Máy X-quang kỹ thuật số chụp tổng quát	Máy	19	100,0
	Máy X-quang di động	Máy	18	94,7
	Máy X-quang C Arm	Máy	13	68,4
	Hệ thống CT-Scanner < 64 lát cắt	Hệ thống	13	68,4
	Hệ thống CT-Scanner 64-128 lát cắt	Hệ thống	2	10,5
	Hệ thống CT-Scanner ≥ 256 lát cắt	Hệ thống	0	0,0
	Hệ thống chụp cộng hưởng từ ≥ 1.5 Tesla	Hệ thống	6	31,58

	Hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền (DSA)	Hệ thống	1	5,26
	Máy siêu âm chuyên tim mạch	Máy	17	89,5
Chẩn đoán chuyên khoa	Máy siêu âm tổng quát	Máy	19	100,0
	Hệ thống nội soi tiêu hóa	Hệ thống	18	94,7
	Hệ thống nội soi khí quản, phế quản	Hệ thống	2	10,5
	Hệ thống nội soi tai mũi họng	Hệ thống	18	94,7
	Hệ thống nội soi tiết niệu	Hệ thống	3	15,8
	Máy soi cổ tử cung	Máy	15	78,9
	Máy theo dõi sản khoa 02 chức năng	Máy	17	89,5
Xét nghiệm và hỗ trợ	Máy xét nghiệm sinh hóa	Hệ thống	18	94,7
	Máy xét nghiệm miễn dịch	Hệ thống	18	94,7
	Máy điện tim	Máy	19	100,0
	Máy điện não	Máy	6	31,58
Điều trị và phẫu thuật	Máy thận nhân tạo	Máy	15	78,9
	Máy thở	Máy	17	89,5
	Máy gây mê	Máy	18	94,7
	Máy theo dõi người bệnh	Máy	19	100,0
	Bơm tiêm điện	Cái	18	94,7
	Máy truyền dịch	Máy	18	94,7
	Dao mổ điện cao tần	Cái	17	89,5
	Dao mổ siêu âm/hàn mạch/hàn mô	Cái	6	31,58
	Máy phá rung tim	Máy	18	94,7
	Máy tim phổi nhân tạo	Máy	0	0,0
	Hệ thống phẫu thuật nội soi	Hệ thống	16	84,2
	Đèn mổ treo trần	Bộ	17	89,5
	Đèn mổ di động	Bộ	12	63,16
	Bàn mổ	Cái	18	94,7
	Thiết bị xạ trị	-	1	5,26

Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt cao (63,16-100%) cho hầu hết thiết bị cơ bản.

3.1.1.4. Quản lý Dược và cấp phát thuốc

Bảng 3.10. Công tác quản lý dược và cấp phát thuốc ngoại trú (n=19)

Chỉ số	Số toa thuốc/ngày	Tỷ lệ đúng phác đồ (%)
Tổng thể	941	93,2
Nội	520	95,0
Ngoại	104	92,0
Sản phụ khoa	66	91,0
Nhi	66	92,0
Răng hàm mặt	66	90,0
Tai mũi họng	104	93,0
Mắt	66	91,0

Truyền nhiễm	38	89,0
Y học cổ truyền	47	88,0
Khác	47	90,0

Kết quả cho thấy 941 số toa thuốc/ngày trung bình.

3.1.1.5. Số lượng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú

Bảng 3.11. Số lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện

Số lượt KBCB ngoại trú		Năm 2022	Năm 2023
Tổng số lượt	Trung bình	334.277	389.266
KBCB ngoại trú	Trung vị	333.921	376.364
	GTNN	92.578	117.675
	GTLN	736.572	821.119
Tổng số lượt có BHYT	Trung bình	285.144	340.699
	Trung vị	250.939	321.470
	GTNN	12.576	14.968
	GTLN	661.687	761.802

Số lượt KBCB ngoại trú tăng từ 2022 đến 2023. Khoảng cách giữa GTNN và GTLN lớn cho thấy sự chênh lệch đáng kể về KBCB giữa các bệnh viện.

3.1.2. Tình hình quản lý chất lượng các khoa Khám bệnh một số bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh

3.1.2.1. Tình hình đào tạo, tập huấn

Bảng 3.12. Tỷ lệ và số lượng hoạt động về đào tạo, tập huấn (n=19)

TT	Đào tạo	GTNN-GTLN	Phân nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Số lượng quy trình chất lượng được ban hành trong năm	0-116 quy trình	Không	4	21,0
			1-4 quy trình	6	31,6
			5-10 quy trình	4	21,0
			>10 quy trình	5	26,3
2	Số cuộc họp về quản lý chất lượng có sự tham gia của Ban giám đốc	4-15 cuộc họp	4 lần	6	31,6
			5-8 lần	8	42,1
			9-15 lần	5	26,3
3	Số hội thảo về chất lượng được tổ chức	0-3 hội thảo	Không hội thảo	15	78,9
			1 hội thảo	3	15,8
			3 hội thảo	1	5,3
4	Số lần tập huấn về PDCA (Plan-Do-Check-Action)	0-3 lần tập huấn	Không hội thảo	8	42,1
			1 hội thảo	10	52,6
			3 hội thảo	1	5,3
5	Số lần tập huấn về làm việc nhóm	0-4 lần tập huấn	Không tập huấn	9	47,4
			1 lần tập huấn	8	42,1
			2-4 lần tập huấn	2	10,5
6	Số lần tập huấn về Quản lý chất lượng toàn diện	0-1 lần tập huấn	Không tập huấn	9	47,4
			1 lần tập huấn	10	52,6
7	Số lần tập huấn về 5S	0-2 lần tập huấn	Không tập huấn	1	5,3
			1 lần tập huấn	16	84,2
			2 lần tập huấn	2	10,5
8	Số lần tập huấn về Lean	0-1 lần tập huấn	Không tập huấn	13	68,4
			1 lần tập huấn	6	31,6

Tỷ lệ 84,2% bệnh viện tổ chức 1-2 lần tập huấn 5S, 52,6% tổ chức 1 lần tập huấn TQM/PDCA, và 42,1% có 5-8 cuộc họp QLCL. Có 26,3% bệnh viện ban hành >10 quy trình, đáp ứng nhu cầu KCB ngoại trú. Hạn chế là có 78,9% bệnh viện không tổ chức hội thảo, 68,4% không tập huấn Lean, 47,4% không tập huấn TQM, 42,1% không tập huấn PDCA, 21,0% bệnh viện không ban hành quy trình.

3.1.2.2. Mục tiêu cải tiến và hoạt động cải tiến triển khai thực hiện

Bảng 3.13. Mục tiêu cải tiến chất lượng của các khoa Khám bệnh triển khai thực hiện (n=19)

TT	Tên các mục tiêu cải tiến chất lượng	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Giảm thời gian chờ khám	4	21,0
2	Tăng sự trải nghiệm tốt của người bệnh	7	36,8
3	Giảm sự cố y khoa	2	10,5
4	Cải cách hành chính	3	15,8
5	Ứng dụng công nghệ thông tin	4	21,0
6	Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh	3	15,8
7	Quản lý hiệu quả bệnh mạn tính	3	15,8

Giảm thời gian chờ khám là mục tiêu hàng đầu của tất cả Khoa Khám bệnh ở các bệnh viện với tỷ lệ 21%, với cam kết cụ thể như công khai thời gian chờ hoặc đo lường thời gian. Các hoạt động tập trung vào tối ưu hóa quy trình, ứng dụng công nghệ, cải thiện cơ sở vật chất, và nâng cao trải nghiệm người bệnh 36,8%.

Bảng 3.14. Hoạt động cải tiến tại khoa Khám bệnh triển khai thực hiện (n=19)

TT	Hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Phương pháp 5S	10	52,6
2	Cải tiến quy trình khám chữa bệnh	16	84,2
3	Ứng dụng công nghệ thông tin	5	26,3
4	Nâng cao năng lực chuyên môn	4	21,0
5	Truyền thông và giáo dục sức khỏe	5	26,3
6	Cải thiện cơ sở vật chất	5	26,3
7	Làm việc nhóm và giám sát	5	26,3
8	Các hoạt động khác	6	31,6

Hầu hết bệnh viện tập trung giảm thời gian chờ và tăng sự hài lòng người bệnh. Phương pháp 5S và công nghệ thông tin (đăng ký online, QR code) được áp dụng phổ biến. Một số bệnh viện chú trọng đào tạo và truyền thông sức khỏe.

3.1.3. Ý kiến nhân viên y tế về thực hiện nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện

3.1.3.1. Thông tin chung của nhân viên y tế tại Khoa Khám bệnh

Nghiên cứu thực hiện khảo sát đánh giá về quản lý chất lượng bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, thu được 537 phản hồi từ nhân viên y tế hiện công tác tại Khoa Khám bệnh thuộc 19 bệnh viện tuyến quận, huyện tại thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả như sau:

Bảng 3.15. Đặc điểm của nhân viên y tế tại 19 khoa Khám bệnh (n=537)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	95	17,7
	Nữ	442	82,3
Chuyên môn	Bác sĩ	176	32,8
	Dược sĩ	10	1,9
	Điều dưỡng	322	60,0
	Kỹ thuật viên	10	1,9
	Khác	19	3,4
Trình độ chuyên môn cao nhất	TS/CK 2	8	1,5
	Ths/CK1	104	19,4
	Đại học	425	79,1
Vị trí công tác	Quản lý	48	8,9
	Nhân viên	489	91,1

Tỷ lệ nhân viên y tế hiện có trình độ thạc sỹ/CKI là 19,4%, TS/CKII là 1,5%, tỷ lệ BS là 32,8%, DD là 60,0%, có 8,9% hiện giữ chức vụ quản lý.

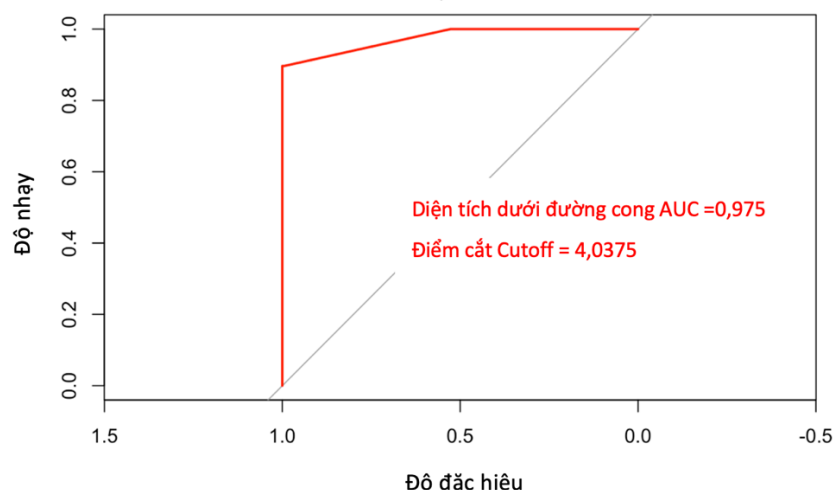
Bảng 3.16. Đặc điểm về tuổi, thâm niên công tác và thời gian làm việc mỗi tuần (n=537)

TT	Nội dung	TB±SD	Trung vị (TPV)	GTNN	GTLN
1	Độ tuổi	37,98±8,89	37 (32-43)	22	72
2	Thâm niên công tác tại Bệnh viện (năm)	10,82±7,09	11 (4,83-15)	0,08	37
3	Thời gian làm việc mỗi tuần (giờ)	40,29±11,35	40 (40-40)	2	144
4	Thu nhập trung bình/tháng (gồm lương, phụ cấp, phúc lợi,..)	8.218.554 ±3.393.497	8.000.000 (5.900.000-10.000.000)	3.000.000	40.000.000

Trung bình độ tuổi của nhân viên y tế tại khoa Khám bệnh là 38 tuổi, thâm niên công tác trung bình 11 năm, cao nhất là 37 năm. Thời gian làm việc mỗi tuần là 40 giờ, thu nhập trung bình là 8 triệu mỗi tháng.

3.1.3.2. Điểm chất lượng theo đánh giá của nhân viên y tế tại khoa Khám bệnh

Nghiên cứu xác định ngưỡng tối ưu bằng sử dụng phương pháp ROC (Receiver Operating Characteristic). Kết quả:



Biểu đồ 3.1. Diện tích dưới đường cong (AUC - Area Under the Curve)

Biểu đồ 3.1 trình bày diện tích dưới đường cong (AUC) của mô hình đánh giá chất lượng quản lý theo TQM. Ngưỡng tối ưu (cut-off) là 4,0375, được sử dụng để đánh giá hiệu quả tổng thể. Do đó, căn cứ vào kết quả trên và dữ liệu thực tế, mức điểm TQM trung bình "tốt" khi từ 4 điểm trở lên và "không tốt" khi dưới 4 điểm.

Bảng 3.17. Tỷ lệ và điểm trung bình TQM theo đánh giá của nhân viên y tế tại 19 khoa Khám bệnh (n=537)

TT	Nội dung đánh giá	Tốt n(%)	Không tốt (n,%)	Điểm trung bình±ĐLC
1	Cam kết của lãnh đạo	388 (72,2)	149 (27,8)	4,04±0,59
2	Lấy ĐTPV làm trung tâm	426 (79,3)	111 (20,7)	4,13±0,55
3	Đào tạo và huấn luyện	386 (71,9)	151 (28,1)	4,02±0,56
4	Cải tiến chất lượng liên tục	333 (62,0)	204 (38,0)	3,98±0,54
5	Làm việc nhóm	394 (73,4)	143 (26,6)	4,09±0,50
Tổng chung		330 (61,4)	207 (38,6)	4,04±0,49

Kết quả cho thấy, điểm trung bình chất lượng chung của 537 nhân viên y tế là $4,04 \pm 0,49$ điểm, thấp nhất ở nội dung "cải tiến chất lượng liên tục" với $3,98 \pm 0,54$ điểm và "đào tạo, huấn luyện" là $4,02 \pm 0,56$ điểm.

3.1.3.3. Một số yếu tố liên quan đến điểm chất lượng của nhân viên y tế

Kết quả từ mô hình hồi quy phân cấp HLM (Hierarchical Linear Modeling) để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến điểm số chất lượng như sau:

Bảng 3.18. Yếu tố liên quan đến điểm số chất lượng bằng mô hình hồi quy phân cấp HLM

TT	Yếu tố	Hệ số ước lượng	Sai số chuẩn	p
1	Intercept	3,90	0,15	<0,01
2	Giới: Nam/Nữ	0,08	0,06	0,18
3	Tuổi	0,01	<0,01	<0,01
4	Hôn nhân: Đã kết hôn/Độc thân	-0,16	0,05	<0,01
5	Chuyên môn: Bác sĩ/Điều dưỡng	-0,07	0,09	0,41
	Chuyên môn: Dược sĩ/Điều dưỡng	-0,08	0,15	0,60
	Chuyên môn: KTV/Điều dưỡng	0,29	0,15	0,05
	Chuyên môn: Khác/Điều dưỡng	-0,002	0,10	0,98
6	Trình độ: ThS(CKI)/Cử nhân	0,05	0,06	0,43
	Trình độ: TS(CKII)/Cử nhân	-0,32	0,16	0,05
7	Vị trí: Quản lý/Nhân viên	0,10	0,07	0,18
8	Tiếp xúc: Chăm sóc /Tur vấn	-0,21	0,07	<0,01
	Tiếp xúc: Điều trị/Tur vấn	-0,21	0,09	0,03
	Tiếp xúc: Khác/Tur vấn	-0,14	0,08	0,10
9	Thu nhập hàng tháng	<0,01	<0,01	0,51
10	Thâm niên (tháng)	-0,001	<0,01	0,01
Độ phù hợp của mô hình hồi quy		REML criterion: 754,0		
		HLM BIC: 867,1		
		HLM Conditional R ² : 0,376		

Phương sai (Variance) giải thích 9,1% biến thiên của điểm chất lượng do sự khác biệt giữa các bệnh viện. Hiệu quả thống kê REML criterion (754,0) cho thấy mô hình hội tụ tốt. BIC (Bayesian Information Criterion) = 867,1 cho thấy mô hình giải thích dữ liệu khá tốt. Mô hình HLM giải thích khoảng 37,6% biến thiên của điểm chất lượng. Kết quả mô hình cho thấy:

- Hệ số chặn (Intercept): Khi tất cả biến độc lập bằng 0 (hoặc ở mức tham chiếu), điểm chất lượng trung bình là 3,90 (thang 1–5). Giá trị có ý nghĩa thống kê.
- Tuổi: Mỗi năm tuổi tăng thêm 1 đơn vị thì điểm trung bình chất lượng tăng lên ~0,01 điểm, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.
- Tình trạng hôn nhân: Nhân viên đã kết hôn có điểm trung bình chất lượng thấp hơn 0,16 điểm so với nhân viên độc thân, mối liên quan có ý nghĩa thống kê.
- Chuyên môn: So với điều dưỡng, kỹ thuật viên có điểm đánh giá chất lượng cao hơn, sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
- Tiếp xúc người bệnh: So với nhân viên tư vấn, nhân viên y tế có nhiệm vụ chăm sóc hoặc điều trị có điểm đánh giá chất lượng thấp hơn, mối liên quan ý nghĩa thống kê.
- Thâm niên làm việc (tháng): Nhân viên y tế tăng 1 tháng thâm niên trong công việc thì điểm chất lượng giảm 0,001 điểm mỗi năm.

3.1.4. Đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại Khoa khám bệnh

3.1.4.1. Đặc điểm chung của người bệnh ngoại trú tại 19 Khoa khám bệnh

Nghiên cứu phân tích trên 760 người bệnh ngoại trú thuộc 19 bệnh viện tuyến quận tại TPHCM, kết quả như sau:

Bảng 3.19. Đặc điểm chung của người bệnh tại 19 khoa Khám bệnh (n=760)

	Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<18 tuổi	10	1,3
	18-40 tuổi	298	39,2
	40-60 tuổi	268	35,3
	60-80 tuổi	173	22,8
	>80 tuổi	11	1,4
Giới tính	Nữ	404	53,2
	Nam	356	46,8
Dân tộc	Khác	19	2,5
	Kinh	741	97,5
Trình độ học vấn	Tiểu học	97	12,8
	THCS	132	17,4
	THPT	232	30,5
	CĐ/ĐH	133	17,5
	Sau ĐH	166	21,8
Nơi ở	Tỉnh khác	88	11,6
	TPHCM	672	88,4
Nghề nghiệp	Nông dân	43	5,6
	Công nhân viên	176	23,2
	Học sinh/sinh viên	100	13,2
	Kinh doanh	56	7,4
	Làm thuê/ tự do	131	17,2
	Mất sức	92	12,1
	Nội trợ	131	17,2
	Thất nghiệp	31	4,1
Mức sống	Khá giả	97	12,8
	Trung bình	612	80,5
	Cận nghèo	25	3,3
	Nghèo	26	3,4
Sử dụng BHYT	Dịch vụ	70	9,2
	BHYT	690	90,8

THCS: trung học cơ sở; THPT: trung học phổ thông; CD/ĐH: cao đẳng/đại học

Nhóm tuổi 18-40 có tỷ lệ cao nhất 39,2%. Trình độ học vấn cao nhất là THPT với 30,5%. Tỷ lệ cao nhất người bệnh làm công nhân viên 23,2%. Đa số người bệnh có mức sống trung bình 80,5%. Tỷ lệ có sử dụng BHYT cho lần khám này là 90,8%.

Bảng 3.20. Lý do chọn bệnh viện (n=760)

TT	Lý do chọn bệnh viện	Tần số	Tỷ lệ %
1	Do đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại bệnh viện	436	57,4
2	Do được cơ sở y tế khác chuyển đến	9	1,2
3	Thông tin trên báo đài, internet	15	2,0
4	Bạn bè, người thân giới thiệu	113	14,9
5	Bản thân hoặc người thân từng điều trị tại đây	180	23,7

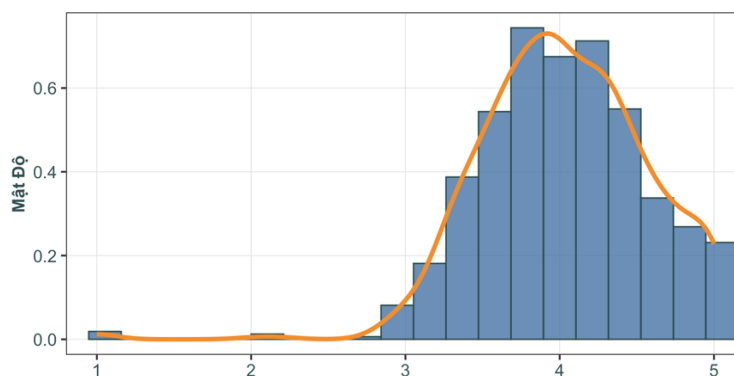
Tỷ lệ người bệnh lựa chọn bệnh viện cao nhất là "Do đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại bệnh viện" 57,4%, tiếp theo là do "Bạn bè, người thân giới thiệu" 23,7%.

Bảng 3.21. Khả năng quay trở lại khi có vấn đề sức khỏe (n=760)

TT	Khả năng quay trở lại khi có vấn đề sức khỏe	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Không bao giờ quay lại	4	0,5
2	Quay lại vì không còn lựa chọn nào khác	35	4,6
3	Có thể quay lại	171	22,5
3	Chắc chắn tôi sẽ quay lại và sẽ giới thiệu	550	72,4

Tỷ lệ cao người bệnh cho rằng "Chắc chắn tôi sẽ quay lại và sẽ giới thiệu cho người khác" 72,4%, có 4 trường hợp "Tôi sẽ không bao giờ quay lại bệnh viện này".

3.1.4.2. Trải nghiệm của người bệnh ngoại trú tại 19 Khoa khám bệnh



Biểu đồ 3.2. Phân phối điểm số trải nghiệm người bệnh (n=760)

Kết quả cho thấy điểm số trải nghiệm người bệnh có phân phối không chuẩn, điểm trung bình $4,02 \pm 0,54$ điểm.

Bảng 3.22. Mức độ trải nghiệm theo 7 nhóm yếu tố (n=760)

Giai đoạn	Nội dung trải nghiệm	Trung bình±độ lệch chuẩn		Tỷ lệ tốt (%)
Trước KBCB	Khả năng tiếp cận	4,0±0,70	4,0±0,70	80,0
Trong khi KBCB	Hoạt động DD	3,89±0,88	3,97±0,56	73,7
	Hoạt động BS	3,98±0,79		76,0
	Tổ chức, môi trường	4,06±0,67		83,7
	Thời gian	3,92±0,77		73,0
Sau khi KBCB	Thông tin	4,23±0,62	4,21±0,60	92,5
	Chi trả	4,20±0,64		89,7
Chung		4,02±0,54		89,4

KBCB: Khám bệnh, chữa bệnh

Kết quả cho thấy mức độ trải nghiệm thấp nhất ở yếu tố thời gian (3,92), hoạt động của Điều dưỡng (3,89), hoạt động của Bác sỹ (3,98). Mức độ trải nghiệm thấp nhất ở trải nghiệm trong khi KBCB (3,97), trước khi KBCB (4,00) và cao nhất là sau khi KBCB (4,21). Tỷ lệ trải nghiệm tích cực là 89,4%.

3.1.4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm người bệnh ngoại trú theo mô hình hồi quy đa cấp Bayesian (Bayesian multilevel regression)

Kết quả cho thấy mô hình hồi quy đa cấp Bayesian với trọng số 71,7%. Kết quả như sau:

Bảng 3.23. Yếu tố ảnh hưởng đến trải nghiệm người bệnh ngoại trú theo mô hình hồi quy đa cấp Bayesian

TT	Yếu tố	Hệ số	Sai số chuẩn	KTC 95%	
1	Intercept	4,42	0,21	4,03	4,83
2	Giới: Nam/Nữ	0,13	0,04	0,06	0,20
3	Tuổi	-0,00	0,00	-0,01	0,00
4	Nơi ở: TPHCM/Tỉnh khác	-0,1	0,06	-0,21	0,01

TT	Yếu tố	Hệ số	Sai số chuẩn	KTC 95%	
5	Học vấn	-0,03	0,02	-0,07	0,00
6	Dân tộc: Kinh/khác	-0,1	0,11	-0,32	0,13
7	Nghề: Công nhân viên/Nông dân	0,10	0,09	-0,06	0,28
	Nghề: HSSV/ Nông dân	0,15	0,11	-0,05	0,35
	Nghề: Kinh doanh/ Nông dân	0,14	0,10	-0,05	0,35
	Nghề: Tự do/ Nông dân	0,20	0,09	0,03	0,36
	Nghề: Mất sức/ Nông dân	0,07	0,09	-0,11	0,25
	Nghề: Nội trợ/ Nông dân	0,27	0,08	0,11	0,43
	Nghề: Thất nghiệp/ Nông dân	0,16	0,11	-0,06	0,38
8	Mức sống	0,02	0,03	-0,04	0,09
9	BHYT	-0,17	0,06	-0,30	-0,05
10	Lý do: BHYT tại đây	0,02	0,07	-0,12	0,15
	Lý do: Cơ sở y tế khác chuyển đến	-0,59	0,16	-0,9	-0,27
	Lý do: Báo đài/Internet	0,21	0,13	-0,05	0,46
	Lý do: Được giới thiệu	-0,12	0,07	-0,26	0,02
	Lý do: Từng điều trị tại đây	0,00	0,07	-0,14	0,14

a) Hệ số cố định (Fixed effects)

Giới tính: Nam giới có trải nghiệm cao hơn nữ (0,13, KTC95%:0,06 – 0,20).

Nghề nghiệp: một số nghề nghiệp có hệ số dương như nội trợ 0,10 (KTC95%:0,04 – 0,15), không có việc làm 0,16 (KTC95%:0,06 – 0,38)

Lý do chọn bệnh viện: người bệnh được chuyển từ tuyến dưới/cơ sở khác có trải nghiệm thấp hơn so với những người tự đến. (-0,59, KTC95%:-0,90 – -0,28).

b) Hệ số ngẫu nhiên (Random effects)

Sai số ngẫu nhiên giữa các bệnh viện ($sd(Intercept)$) = 0,23 (0,08 – 0,40), cho thấy có sự khác biệt giữa các BV về điểm trải nghiệm trung bình. Ảnh hưởng của tuổi lên trải nghiệm tương đối ổn định giữa các BV (biến thiên của hệ số tuổi: $sd(tuoi)=0$)

c) Phân phối hậu nghiệm và chẩn đoán hội tụ: Chỉ số (Rhat $\approx$ 1, Bulk_ESS và Tail_ESS lớn) cho thấy rằng mô hình đã hội tụ tốt và ước tính đáng tin cậy.

3.1.5. Phân tích điểm mạnh, hạn chế, cơ hội và thách thức về quản lý chất lượng ở khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu thực trạng, phân tích SWOT được thực hiện nhằm tổng hợp các điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và thách thức trong công tác quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh các bệnh viện nghiên cứu.

Điểm mạnh của các bệnh viện khi triển khai can thiệp QLCL

Cơ cấu tổ chức và nhân sự: Các phòng chức năng có cơ cấu rõ ràng, với trình độ nhân sự cao. Khoa Khám bệnh có đội ngũ NVYT trình độ Sau đại học cao (20,8%).

Cơ sở vật chất và thiết bị y tế: Đáp ứng tốt các yêu cầu cơ bản theo Thông tư 14/2013/TT-BYT

Quản lý chất lượng: Các bệnh viện ban hành 4-5 quy trình chất lượng/năm, tổ chức 5-6 cuộc họp quản lý chất lượng với Ban giám đốc. Phương pháp 5S được áp dụng tại 52,6% bệnh viện, số hóa quy trình (26,3%), và đăng ký trực tuyến (21%).

Trải nghiệm người bệnh: Điểm trải nghiệm trung bình đạt 4,02/5, với 89,4% đánh giá tốt và 72,4% người bệnh sẵn sàng quay lại hoặc giới thiệu bệnh viện.

Cam kết lãnh đạo: 72,2% nhân viên y tế đánh giá tốt cam kết của lãnh đạo.

Hạn chế của các bệnh viện khi triển khai can thiệp QLCL

Thiếu nhân sự chuyên trách: 42,1% bệnh viện thiếu nhân sự chuyên môn tại phòng KHTH, 47,4% tại phòng QLCL, và 31,6% tại phòng CTXH. 26,3% bệnh viện chưa có phòng QLCL, 36,8% chưa có phòng CTXH.

Cơ sở vật chất chưa đồng bộ: Nhiều chuyên khoa (Ngoại, Sản, Nhi, Răng hàm mặt, v.v.) không đạt số chỗ khám tối thiểu.

Hạn chế công nghệ: 15,8% bệnh viện gặp khó khăn về công nghệ thông tin (phần mềm quản lý phân tán, báo cáo thủ công). Các kênh công nghệ như QR-code và cổng dịch vụ công được sử dụng hạn chế.

Đào tạo và phối hợp: Thiếu tập huấn về Lean, làm việc nhóm và 10,5% hạn chế báo cáo sự cố y khoa. Điểm TQM “Cải tiến chất lượng liên tục” thấp nhất.

Chênh lệch khối lượng KBCB: Số lượt KBCB ngoại trú dao động lớn (92.578-736.572 ca năm 2022), không đồng đều giữa BV.

Cơ hội khi triển khai can thiệp TQM

Nhu cầu y tế tăng: Số lượt KBCB ngoại trú tăng từ 334.277 (2022) lên 389.266, với tỷ lệ BHYT cao (87,5%), tạo điều kiện áp dụng TQM để nâng cao hiệu quả

Nền tảng sẵn có: NVYT trình độ cao, cơ sở vật chất cơ bản đáp ứng tốt, các hoạt động như 5S (52,6%), đăng ký trực tuyến (21%), và số hóa quy trình (26,3%) là cơ sở để mở rộng các yếu tố TQM.

Hỗ trợ công nghệ: Xu hướng sử dụng công nghệ (đăng ký trực tuyến, thanh toán QR-code) mở ra cơ hội cải thiện quy trình và trải nghiệm người bệnh.

Cam kết lãnh đạo: Sự tham gia của Ban giám đốc (5-6 lần họp/năm) và đánh giá tích cực về cam kết lãnh đạo (72,25%) là cơ hội để thúc đẩy TQM.

Trải nghiệm người bệnh tốt: Tỷ lệ người bệnh sẵn sàng quay lại (72,37%) và đánh giá cao giai đoạn sau KBCB (92,5%).

Thách thức khi triển khai quản lý chất lượng

Thiếu nguồn lực: Thiếu nhân sự chuyên trách (47,4% phòng QLCL) và kinh phí (10,5%) là rào cản lớn trong triển khai TQM.

Kháng cự thay đổi: NVYT kiêm nhiệm nhiều công việc (21%) và thiếu nhận thức về TQM là rào cản trong triển khai.

Cơ sở vật chất hạn chế: Các phòng khám chuyên khoa (Sản, Nhi, Mắt) và tiện ích như nhà vệ sinh (73,7%) không đạt chuẩn.

Chênh lệch giữa các bệnh viện: Điểm TQM dao động lớn giữa các BV và khối lượng KBCB không đồng đều đặt ra thách thức trong việc áp dụng TQM đồng bộ.

Chưa có dữ liệu về biến động người bệnh và chênh lệch chất lượng giữa các bệnh viện cao: Số ca bệnh tăng đòi hỏi quy trình TQM phải linh hoạt để xử lý quá tải.

3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nghiên cứu triển khai can thiệp nâng cao chất lượng quản lý khoa Khám bệnh theo 5 yếu tố của Quản lý chất lượng toàn diện. Kết quả như sau:

3.2.1. Kết quả tổ chức quản lý can thiệp tại khoa Khám bệnh theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện trước và sau can thiệp

3.2.1.1. Tình hình nhân lực

Bảng 3.24. Tình hình nhân lực tại phòng chức năng của bệnh viện can thiệp

TT	Đặc điểm	Kế hoạch tổng hợp	Quản lý chất lượng	Công tác xã hội
1	Tổng số	17	7	17
2	Chuyên môn			
	Bác sĩ	9 (52,9)	1 (14,3)	0
	Điều dưỡng	1 (5,9)	1 (14,3)	5 (29,4)
	Khác	7 (41,2)	5 (71,4)	12 (70,6)
3	Trình độ			
	Cao đẳng	0	0	4 (23,5)
	Đại học	15 (88,2)	6 (85,7)	12 (70,6)
	Sau ĐH	2 (11,8)	1 (14,3)	1 (5,9)
4	Các tổ/ban/bộ phận	1. Tổ chuyên môn 2. Tổ quản lý đào tạo – chỉ đạo tuyển 3. Tổ hành chính 4. Tổ hồ sơ bệnh án 5. Tổ Y tế cơ quan	1. Tổ Cải tiến chất lượng 2. Tổ 5S 3. Tổ An toàn người bệnh 4. Tổ Khảo sát hài lòng người bệnh 5. Tổ An toàn môi trường 6. Tổ Công nghệ thông tin	1. Bộ phận Chăm sóc khách hàng 2. Bộ phận Truyền thông - Giáo dục sức khỏe 3. Bộ phận Nhận bệnh 4. Bộ phận Văn phòng

Phòng Kế hoạch tổng hợp và Công tác xã hội có số lượng nhân sự bằng nhau (17), trong khi Quản lý chất lượng có ít nhân sự hơn (7). Phòng Kế hoạch tổng hợp có tỷ lệ bác sĩ cao nhất (52,9%). Phòng Công tác xã hội không có bác sĩ. Phòng Quản lý chất lượng có tỷ lệ nhân sự "Khác" cao nhất (71,4%), bao gồm các chuyên viên

hành chính, Y tế công cộng, kỹ thuật, hoặc công nghệ thông tin. Phòng Kế hoạch tổng hợp và Quản lý chất lượng có tỷ lệ nhân sự trình độ Đại học cao (88,2% và 85,7%).

Các tổ/bộ phận: Mỗi lĩnh vực có các tổ/bộ phận chuyên biệt, phản ánh đúng chức năng: phòng Kế hoạch tổng hợp tập trung vào chuyên môn và quản lý hồ sơ; phòng Quản lý chất lượng chú trọng cải tiến và an toàn; phòng Công tác xã hội hướng đến chăm sóc, truyền thông và hỗ trợ khách hàng.

Bảng 3.25. Phân bố bác sỹ theo chuyên khoa tại khoa Khám bệnh bệnh viện can thiệp

TT	Chuyên khoa	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Nội khoa	26	30,6
2	Ngoại khoa	9	10,6
3	Sản Phụ khoa	2	2,3
4	Nhi khoa	5	5,9
5	Răng hàm mặt	4	4,7
6	Tai mũi họng	3	3,5
7	Mắt	2	2,3
8	Truyền nhiễm	4	4,7
9	Y học cổ truyền	5	5,9
10	Chuyên khoa khác	25	29,1
<i>Tổng</i>		<i>85</i>	<i>100,0</i>

Kết quả cho thấy có tổng số 85 bác sỹ (cơ hữu và luân phiên) tham gia khám bệnh, chữa bệnh tại khoa Khám bệnh của bệnh viện can thiệp. Chuyên khoa Nội chiếm tỷ lệ cao nhất 30,6% với 26 bác sỹ, tiếp theo là chuyên khoa khác (29,1%, 25 bác sỹ).

Về nhân sự cơ hữu tại khoa Khám bệnh bệnh viện can thiệp là 13 nhân viên y tế, gồm 79,0% nữ (12/13), 38,5% bác sỹ (5 BS), 61,5% điều dưỡng (8 người), với 100% trình độ Đại học trở lên (15,4% Đại học, 84,6% Sau Đại học), và tuổi trung bình $39,7 \pm 8,9$ (29-64 tuổi). Trình độ cao (84,6% Sau Đại học) đảm bảo năng lực chuyên môn.

3.2.1.2. Diện tích các khoa, phòng theo Quyết định 3621/QĐ-BKHCN năm 2012

Qua báo cáo thu thập được, kết quả cho thấy một số điểm mạnh về diện tích các khoa phòng của bệnh viện can thiệp như các phòng phát số (48 m²), khám Nội, Ngoại, Nhi, Thần kinh, Truyền nhiễm, phòng phát thuốc, kho thuốc (15-18 m²), kho sạch (18-21 m²), kho hóa chất (12-15 m²), xét nghiệm, X-quang (24-36 m²), và quản lý trang thiết bị (15-18 m²) đạt chuẩn TCVN 9213:2012 và Thông tư 14/2013/TT-BYT. Về khối tiếp nhận và hành chính, phòng thay gửi quần áo (6-9 m²), tiếp nhận (9-12 m²), kho quần áo sạch (12-15 m²), phòng sinh hoạt (18-24 m²), và vệ sinh (18-24 m²) đạt chuẩn. Về hỗ trợ chẩn đoán và quản lý dược, phòng sơ cứu (15-18 m²), thủ thuật ngoại (24-30 m²), chuẩn bị dụng cụ (9-12 m²), và chỗ bán thuốc (15-18 m²) đạt chuẩn.

Một số hạn chế ghi nhận được bao gồm không đạt diện tích quy định ở các phòng thủ tục-thanh toán (16 m² < 36 m²), khu vệ sinh (12 m² < 24 m²/khu), Phụ/Sản, Răng hàm mặt, Tai mũi họng, Mắt, Đông y, châm cứu, siêu âm, chỗ lấy bệnh phẩm (9 m² < 12-18 m²) không đạt TCVN 9213:2012, hạn chế phân luồng và KCB chuyên sâu. Thiếu phòng chức năng như thiếu phòng lưu hồ sơ (18-24 m²), xưởng răng giả (24-30 m²), phòng phó trưởng khoa (18 m²), và phòng thay quần áo nhân viên (9-12 m²), không đáp ứng TCVN 9213:2012, ảnh hưởng quản lý hồ sơ và tiện nghi nhân viên. Hạn chế trong quá trình vận hành do thiếu phòng khám bệnh nhi truyền nhiễm riêng (dùng chung Truyền nhiễm) và diện tích thấp ở các phòng chuyên khoa sâu gây khó khăn khi quá tải, ảnh hưởng thời gian chờ.

3.2.1.3. Thiết bị y tế

Căn cứ theo thông tư số 14/2013/TT-BYT quy định thiết bị y tế mà cơ sở khám sức khỏe bắt buộc phải đáp ứng đầy đủ. Kết quả cho thấy tất cả 24 loại thiết bị y tế đều đạt hoặc vượt số lượng tối thiểu theo Thông tư 14/2013/TT-BYT. Số lượng ghế chờ (20, vượt 10), tủ hồ sơ (3, vượt 1). Các thiết bị như bộ khám tai mũi họng, răng hàm mặt, phụ khoa, và xét nghiệm (huyết học, sinh hóa, nước tiểu) đạt số lượng.

Hạn chế là thiếu thiết bị chuyên sâu như CT-Scanner 64-128 lát 10,5%, nội soi tiết niệu 15,8%, máy tim phổi nhân tạo 0%. Số lượng thiết bị cơ bản đáp ứng, nhưng với nhu cầu KCB cao các thiết bị như X-quang (1 máy) có thể không đủ khi quá tải, đặc biệt ở chuyên khoa Nội.

3.2.1.4. Công tác quản lý dược và cấp phát thuốc

Công tác quản lý dược tại khoa Khám bệnh Bệnh viện can thiệp với 1.098 toa thuốc/ngày, tỷ lệ đúng phác đồ 98%, và 2.196 đơn vị thuốc cấp phát/ngày (trung bình 2 loại thuốc/toa) đáp ứng Thông tư 23/2011/TT-BYT.

3.2.1.5. Hoạt động cải tiến chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện

a) *Kết quả Tổ chức thực hiện can thiệp về cam kết của lãnh đạo và cán bộ nhân viên.* Kết quả cho thấy lãnh đạo bệnh viện thể hiện cam kết rõ ràng thông qua việc tham gia 10 cuộc họp quản lý chất lượng trong năm và duy trì tần suất đều đặn (4 lần/năm) cho các hoạt động tiếp công dân, giải quyết khiếu nại và hộp báo cáo kiosk không hài lòng. Việc xây dựng lịch tiếp công dân và tham gia các hoạt động liên quan đến phản hồi của người bệnh (kiosk, khảo sát hài lòng) cho thấy sự chú trọng đến trải nghiệm và sự hài lòng của người bệnh, một yếu tố cốt lõi trong quản lý chất lượng.

b) *Kết quả hoạt động Làm việc nhóm*

Hoạt động làm việc nhóm trong can thiệp TQM tại khoa Khám bệnh bắt đầu bằng việc thành lập nhóm gồm 5 nhân viên y tế (1 NVYT phòng khám, 3 điều tra viên, 1 NVYT phòng QLCL), do nhà nghiên cứu điều phối, nhằm xác định vấn đề trong quy trình KBCB ngoại trú. Bước 2, nhóm sử dụng phương pháp động não để liệt kê vấn đề, sau đó biểu quyết chọn các vấn đề ưu tiên với tổng phiếu $\geq 3/5$. Bước 3, phân tích nguyên nhân gốc rễ của 4/10 vấn đề biểu quyết cao, chọn "NVYT thiếu kiến thức về QLCL" đạt 20 điểm làm ưu tiên. Bước 4, xác định giải pháp can thiệp.

c) *Kết quả Triển khai về đào tạo*

Các chương trình đào tạo, tập huấn bao phủ nhiều khía cạnh quan trọng trong hoạt động của khoa Khám bệnh, từ chuyên môn kỹ thuật (mã hóa bệnh tật theo ICD 10, an toàn tiêm chủng), quản lý chất lượng (phương pháp 5S, PDCA, Quản lý chất lượng toàn diện), đến kỹ năng mềm (giao tiếp, ứng xử) và nghiên cứu khoa học.

d) *Kết quả "Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm"*

Tất cả hoạt động đều đạt kết quả, thể hiện sự cam kết lấy người bệnh làm trung tâm, từ ưu tiên tái khám, tuân thủ phác đồ, đến xử lý phản ánh. Đa dạng kênh ghi nhận ý kiến (hòm thư, QR-code, đường dây nóng, v.v.), xử lý 13 hồ sơ tóm tắt bệnh án qua cổng dịch vụ công và xử lý 26 lượt phản ánh đạt 100% phản ánh cho thấy

bệnh viện chú trọng đến trải nghiệm và sự hài lòng của người bệnh. Phòng khám Tâm thần kinh với 1.906 lượt khám và việc áp dụng công dịch vụ công là những điểm sáng, đáp ứng nhu cầu đa dạng của người bệnh.

Theo báo cáo đánh giá kế hoạch hoạt động năm 2024 tỷ lệ hài lòng của NVYT là 89% cao hơn năm 2023 là 85%. Xây dựng kế hoạch triển khai "Khuyến cáo triển khai hoạt động chăm sóc sức khoẻ tâm thần, hạn chế thấp nhất hội chứng suy kiệt thể chất và tâm thần ở NVYT" tại BV.

e) Kết quả "Cải tiến chất lượng liên tục"

Theo kết quả Làm việc nhóm cho thấy 3 tồn tại ưu tiên cần cải tiến bao gồm NVYT thiếu kiến thức QLCL, nhu cầu thanh toán không dùng tiền mặt và nhu cầu sạc điện thoại. Từ kết quả phân tích trên, nghiên cứu phối hợp cùng bệnh viện, đề xuất và trực tiếp thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng như sau:

Đào tạo, tập huấn nhân viên y tế: Để khắc phục tình trạng NVYT thiếu kiến thức về QLCL, bệnh viện đã triển khai các hoạt động đào tạo chuyên sâu, bao gồm hướng dẫn và thảo luận trực tiếp về QLCL tại khoa Khám bệnh vào tháng 1/2024. Ngoài ra, theo kế hoạch 2382/KH-BV ngày 3/7/2024, NCS trực tiếp tiến hành khóa tập huấn “Cập nhật kiến thức quản trị bệnh viện” để nâng cao năng lực quản lý, kiến thức về TQM cho NVYT. Nghiên cứu tiến hành khảo sát và đánh giá kiến thức, thực hành QLCL của NVYT vào tháng 1 và tháng 12/2024.

Thanh toán không dùng tiền mặt bằng QR-code: từ quý IV/2024, bệnh viện triển khai phương thức thanh toán bằng QR-code tự động theo quy trình: người bệnh nhận phiếu yêu cầu thanh toán có mã QR-code từ nhân viên hoặc điều dưỡng; quét mã qua ứng dụng ngân hàng để thanh toán; thông báo hoàn tất cho nhân viên; và nhân viên xác nhận trên phần mềm Hsoft. Giải pháp này phù hợp với Thông tư 23/2011/TT-BYT (khuyến khích ứng dụng CNTT trong quản lý dược) và mục tiêu cải tiến.

Cải thiện tiện ích thời gian chờ: Để đáp ứng nhu cầu sạc điện thoại trong thời gian chờ, từ quý II/2024, bệnh viện bố trí “Trạm sạc điện thoại miễn phí” và “Thùng quyên góp ủng hộ Quỹ hỗ trợ KCB” tại khu A và B của khoa Khám bệnh. Giải pháp này hỗ trợ cải thiện trải nghiệm người bệnh, phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT và tăng tỷ lệ trải nghiệm tích cực.

3.2.2. Kết quả quản lý chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh qua đánh giá của nhân viên y tế

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp về điểm số Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) vào năm 2024 trên 54 nhân viên y tế tại khoa Khám bệnh của bệnh viện can thiệp, so sánh với tổng số 90 nhân viên y tế ở nhóm đối chứng. Nội dung này trình bày hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng toàn diện thông qua sự thay đổi điểm số đánh giá của nhân viên y tế, phản ánh mức độ cải thiện trong thực hiện các yếu tố cốt lõi của TQM trước và sau can thiệp. Hồi quy DiD được sử dụng để phân tích, kết quả cho thấy:

Bảng 3.26. Tỷ lệ nhân viên y tế về thực hiện đạt tốt đáp ứng 5 yếu tố cốt lõi theo nguyên lý TQM trước và sau can thiệp (mức 4-5)

Câu hỏi	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Hệ số DiD	p
	Nhóm	Nhóm	Nhóm	Nhóm		
	can thiệp (n=54)	chứng (n=90)	can thiệp (n=54)	chứng (n=90)		
<i>Cam kết của lãnh đạo</i>						
E27. Trách nhiệm xã hội	61,1	60,0	75,9	57,8	1,23	<0,01
E28. Cam kết cải tiến	64,8	63,3	83,3	61,1	0,91	<0,01
E29. Tin tưởng chất lượng	66,7	64,4	83,3	62,2	0,74	<0,01
E30. Trao đổi chất lượng	64,8	63,3	90,7	61,1	1,46	<0,01
E31. Lợi thế chất lượng	68,5	66,7	83,3	64,4	0,93	<0,01
E32. Hỗ trợ cải thiện	68,5	65,6	75,9	64,4	0,75	<0,01
E33. Khuyến khích quản trị	66,7	64,4	75,9	72,2	0,50	0,02
E34. Hỗ trợ đào tạo	68,5	65,6	83,3	73,3	0,99	<0,01
<i>Làm việc theo nhóm</i>						
C13. Nhóm cải thiện	59,3	57,8	75,9	55,6	0,85	<0,01
C14. Nhóm ý tưởng	72,2	70,0	88,9	67,8	0,84	<0,01
C15. Quy trình nhóm	72,2	71,1	90,7	67,8	1,09	<0,01
C16. Đồng đội hài lòng	75,9	73,3	90,7	71,1	1,01	<0,01
C17. Nhóm quan trọng	72,2	70,0	83,3	67,8	0,96	<0,01
C18. Nhóm khoa/phòng	72,2	71,1	83,3	67,8	0,84	<0,01
C19. Phân công nhóm	64,8	63,3	90,7	61,1	0,88	<0,01
C20. Nhóm giải quyết	61,1	58,9	83,3	56,7	1,34	<0,01
<i>Đào tạo</i>						
D21. Đào tạo phù hợp	63,0	61,1	75,9	58,9	0,85	<0,01
D22. Cơ hội đào tạo	68,5	66,7	74,1	64,4	0,79	<0,01
D23. Đào tạo nâng cao	68,5	65,6	83,3	64,4	0,97	<0,01

Câu hỏi	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Hệ số DiD	p
	Nhóm can thiệp (n=54)	Nhóm chứng (n=90)	Nhóm can thiệp (n=54)	Nhóm chứng (n=90)		
D24. Hiệu quả đào tạo	68,5	65,6	90,7	64,4	1,14	<0,01
D25. Đào tạo chuyên môn	70,4	68,9	81,5	66,7	1,10	<0,01
D26. Đào tạo dịch vụ	72,2	70,0	83,3	67,8	1,22	<0,01
<i>Lấy người bệnh làm trung tâm</i>						
F35. Quy trình người bệnh	75,9	74,4	75,9	72,2	1,06	<0,01
F36. Xem xét khiếu nại	77,8	75,6	83,3	73,3	1,24	<0,01
F37. Cải tiến dịch vụ	70,4	67,8	75,9	65,6	1,37	<0,01
F38. Ưu tiên người bệnh	75,9	73,3	75,9	71,1	1,11	<0,01
F39. Công cụ hài lòng	68,5	66,7	83,3	64,4	1,37	<0,01
F40. Đánh giá dịch vụ	68,5	66,7	83,3	64,4	0,91	<0,01
<i>Cải tiến liên tục</i>						
B1. Tham gia ý kiến	72,2	70,0	90,7	67,8	0,43	0,03
B2. Ủy quyền	61,1	58,9	75,9	56,7	0,37	0,09
B3. Phối hợp kế hoạch	68,5	66,7	90,7	64,4	0,47	0,02
B4. Giải quyết vấn đề	61,1	58,9	83,3	56,7	0,40	0,05
B5. Chính sách rõ	53,7	52,2	83,3	50,0	0,51	0,01
B6. Đào tạo chất lượng	68,5	66,7	83,3	64,4	1,01	<0,01
B7. Thông báo thành tích	64,8	62,2	90,7	61,1	0,56	0,01
B8. Chấm điểm chuẩn	59,3	57,8	88,9	55,6	0,82	<0,01
B9. Cam kết chất lượng	63,0	61,1	83,3	58,9	0,67	<0,01
B10. Hài lòng nhân viên	55,6	54,4	83,3	52,2	1,09	<0,01
B11. Cải tiến khoa học	61,1	60,0	83,3	57,8	1,00	<0,01
B12. Giải quyết hiệu quả	53,7	52,2	75,9	50,0	0,83	<0,01

Tất cả các câu hỏi đều có hệ số DiD dương, cho thấy can thiệp TQM cải thiện nhận thức tích cực ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Hiệu quả thấp nhất ở Cải tiến liên tục, đặc biệt ở B2 (ủy quyền, DiD = 0,37, p = 0,09) và B4 (giải quyết vấn đề, DiD = 0,40, p = 0,05).

E. Cam kết của lãnh đạo: Tỷ lệ mức 4-5 tăng ở nhóm can thiệp, "*Ban giám đốc bệnh viện đã có trao đổi với nhân viên về quản lý chất lượng/quản lý chất lượng toàn diện*" (64,8% → 90,7%) và "*Ban giám đốc bệnh viện hỗ trợ các chương trình đào tạo cho nhân viên*" (68,5% → 83,3%). Hệ số DiD cao nhất ở "*Ban giám đốc tạo cảm giác sâu sắc trong nhân viên về bệnh viện có trách nhiệm với xã hội*" (1,23), cho thấy ban giám đốc tạo được cảm giác trách nhiệm xã hội mạnh mẽ hơn sau can thiệp. Một

số ý kiến cho rằng: "...nếu như ban giám đốc trực tiếp tham gia cùng nhân viên trong cải tiến thì nhân viên sẽ có động lực hơn.." (NV-01).

C. Làm việc theo nhóm: Tỷ lệ mức 4-5 tăng ở nhóm can thiệp, đặc biệt ở "Quy trình làm việc cần được xây dựng và phát triển bởi thông qua làm việc nhóm, hơn là chỉ dựa vào cá nhân" (72,2% → 90,74%). Hệ số DiD cao nhất ở "Các vấn đề tại khoa phòng hiện nay đã được giải quyết hiệu quả thông qua tinh thần làm việc theo nhóm" (2,55), cho thấy làm việc nhóm giúp giải quyết vấn đề hiệu quả hơn sau can thiệp, $p < 0,01$.

D. Đào tạo: Nhóm can thiệp có cải thiện, đặc biệt ở "Hiệu quả của các lớp đào tạo, tập huấn tại bệnh viện giúp cải thiện hiệu suất công việc của nhân viên" (68,5% → 90,74%). Hệ số DiD cao nhất ở "Hầu hết các hoạt động đào tạo nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ y tế" (1,22), cho thấy các hoạt động đào tạo cải thiện chất lượng dịch vụ y tế rất hiệu quả, $p < 0,01$. Một số ý kiến cho rằng: "... trước giờ chưa biết TQM, có nghe nhưng chưa hiểu, giờ học thấy ứng dụng nhiều. BV nên tổ chức thêm những khoá tập huấn như TQM để nhân viên biết các khái niệm mới để cải tiến chất lượng khoa..." (NV-01); "...học mới biết TQM có thể áp dụng vào cải tiến chất lượng, thấy nó bài bản..." (NV-03).

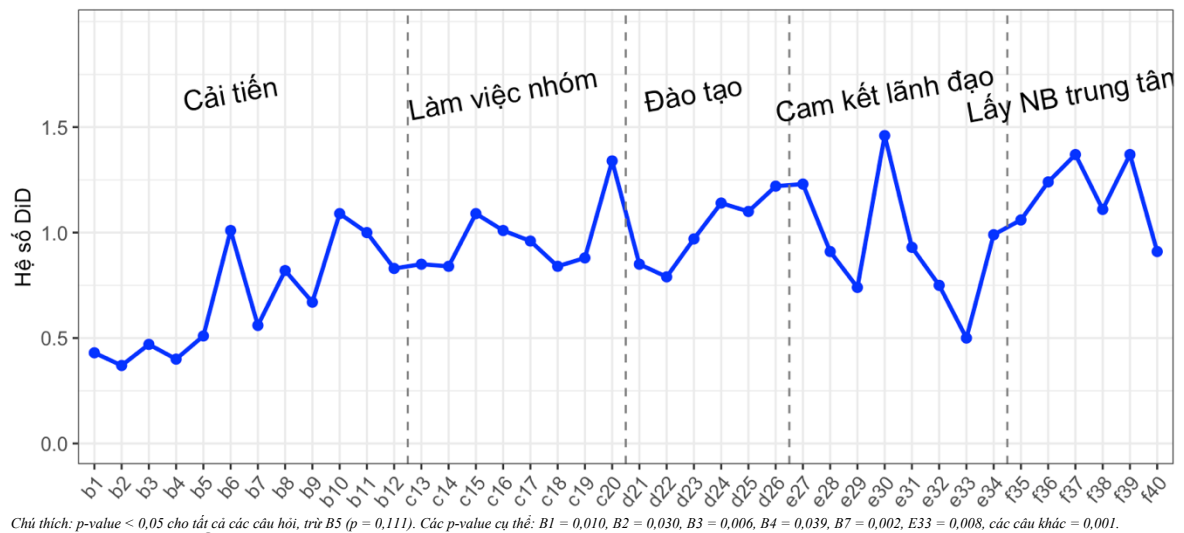
F. Lấy người bệnh làm trung tâm: Đây là nhóm có cải thiện cao nhất ở nhóm can thiệp. Nhóm chứng mức tăng thấp hơn. Hệ số DiD cao nhất ở "Nhiều công cụ như bảng câu hỏi đã được sử dụng để biết về mức độ hài lòng của người bệnh." (1,37) và " Ban giám đốc và phòng ban liên quan có đề ra các hoạt động thiết thực về việc cải tiến các dịch vụ" (1,37), "Sự hài lòng của người bệnh là ưu tiên trong mọi hoạt động của bệnh viện" cho thấy can thiệp rất hiệu quả trong việc nâng cao sự hài lòng của người bệnh, $p < 0,01$.

B. Cải tiến liên tục: Tỷ lệ mức 4-5 tăng mạnh ở nhóm can thiệp. Hệ số DiD cao nhất ở "Bệnh viện có đào tạo tập huấn nhân viên về quản lý chất lượng toàn diện" (1,01).

Nội dung "Các chính sách chất lượng rõ ràng và được toàn thể nhân viên biết đến" có DiD thấp (0,51) và $p = 0,01$. Một số ý kiến cho rằng: "lo làm việc của mình chứ không quan tâm mấy đến mấy cái quy định ban hành..." (PVS-NV1), "...cũng có

mail, có nói trong giao ban nhưng chung chung, ở trên kê sao làm vậy thôi..." (PVS-NV2).

Nhìn chung, kết quả cho thấy can thiệp quản lý chất lượng toàn diện đã góp phần cải thiện đáng kể mức độ thực hiện TQM theo đánh giá của nhân viên y tế.



Biểu đồ 3.3. Xu hướng hệ số DiD của từng câu hỏi TQM

Biểu đồ 3.3 trình bày xu hướng hệ số DiD của từng câu phân TQM trước và sau can thiệp, cho thấy hầu hết các câu phân đều có xu hướng cải thiện sau can thiệp, trong đó mức cải thiện rõ rệt nhất ghi nhận ở nhóm đào tạo và cải tiến liên tục. Giá trị hệ số DiD dao động từ 0,37 ở câu B2 đến 1,46 ở câu E30, qua phân tích logistic DiD thì OR dao động từ 1,45 đến 4,3 lần, cho thấy can thiệp TQM có tác động tích cực khác nhau giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trên các câu hỏi. Biểu đồ DiD cho thấy sự biến động giữa các câu hỏi, với các đỉnh cao ở nhóm Cam kết của lãnh đạo và Lấy người bệnh làm trung tâm, trong khi Cải tiến liên tục có hiệu quả thấp hơn, cho thấy tác động của can thiệp phụ thuộc vào nội dung cụ thể.

Bảng 3.27. Hồi quy DiD đánh giá hiệu quả can thiệp điểm số Quản lý chất lượng toàn diện

Nội dung		Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	OR $\exp(\beta)$	p-value
Cam kết của lãnh đạo	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,05	0,13	0,95	0,71
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,89	0,21	2,44	<0,01
	DiD	0,94	0,17	2,56	<0,01
Làm việc nhóm	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,25	0,09	0,78	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,72	0,16	2,05	<0,01
	DiD	0,98	0,16	2,66	<0,01
Đào tạo và huấn luyện	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,22	0,11	0,80	<0,05
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,8	0,19	2,23	<0,01
	DiD	1,01	0,15	2,75	<0,01
Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,27	0,09	0,76	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,9	0,17	2,46	<0,01
	DiD	1,18	0,15	3,25	<0,01
Cải tiến chất lượng liên tục	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,05	0,13	0,95	0,72
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,63	0,21	1,88	<0,01
	DiD	0,68	0,16	1,97	<0,01
Tổng chung	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,15	0,10	0,86	0,14
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,77	0,17	2,16	<0,01
	DiD	0,92	0,14	2,51	<0,01

*** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; $p < 0,10$

TCT⁽³⁾⁻⁽¹⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng trước can thiệp

SCT⁽⁴⁾⁻⁽²⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp

DiD: Hiệu quả can thiệp, thể hiện sự thay đổi điểm số của nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng từ trước can thiệp đến sau can thiệp

Kết quả hồi quy DiD tại Bảng 3.27 cho thấy các hệ số DiD đều có giá trị $p < 0,05$, chứng tỏ sự cải thiện mức độ thực hiện quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng. Nhóm "Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm" (DiD = 1,18; OR=3,25) và "Đào tạo" (DiD = 1,01, OR=2,75) là hai lĩnh vực thành công nhất. Nhóm can thiệp có điểm số thấp hơn nhóm đối chứng (TCT⁽³⁾⁻⁽¹⁾ âm), nhưng sau can thiệp có cải thiện (SCT⁽⁴⁾⁻⁽²⁾ dương). Can thiệp làm tăng hiệu quả gấp 2,51 lần (OR = 2,51, $p < 0,01$) so với nhóm đối chứng.

3.2.3. Kết quả can thiệp trải nghiệm người bệnh trước và sau can thiệp

Nội dung trình bày hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng toàn diện thông qua sự thay đổi trải nghiệm của người bệnh ngoại trú, phản ánh mức độ đáp ứng dịch vụ y tế tại khoa Khám bệnh trước và sau can thiệp. Kết quả cho thấy hiệu quả can thiệp từ phân tích hồi quy DiD. Kết quả cụ thể:

Bảng 3.28. Tỷ lệ trải nghiệm người bệnh trước và sau can thiệp (mức 4-5)

Câu hỏi	Trước can thiệp		Sau can thiệp		Hệ số DiD	p
	Nhóm can thiệp (n=300)	Nhóm chứng (n=600)	Nhóm can thiệp (n=300)	Nhóm chứng (n=600)		
Khả năng tiếp cận						
A1. Đăng ký dễ	73,0	72,9	76,3	71,8	0,27	0,02
A2. Hướng dẫn rõ	71,0	70,0	96,3	68,0	1,00	<0,01
A3. Khử khuẩn đầy đủ	66,0	67,7	91,0	70,7	0,79	<0,01
A4. Khai báo y tế	59,7	59,7	92,0	57,7	1,27	<0,01
A5. Giải thích dễ hiểu	70,7	72,2	94,7	70,2	0,96	<0,01
A6. Lắng nghe cẩn thận	75,7	75,5	96,7	78,5	0,83	<0,01
A7. Lịch sự tôn trọng	75,3	75,7	97,0	72,7	1,01	<0,01
A8. Đặt câu hỏi	73,3	74,7	88,7	75,7	0,73	<0,01
A9. Thông báo khám	75,7	74,4	89,0	76,3	0,68	<0,01
A10. Giải thích chi phí	75,0	75,4	94,3	73,3	0,97	<0,01
Hoạt động Điều dưỡng						
B11. Điều dưỡng trả lời	76,7	77,2	96,0	75,2	0,87	<0,01
B12. Hướng dẫn tận tình	72,3	74,4	91,0	75,3	0,68	<0,01
B13. Tin tưởng điều dưỡng	75,0	75,0	94,3	78,0	0,67	<0,01
B14. Quan tâm tình trạng	77,0	78,9	88,3	77,8	0,50	<0,01
B15. Tôn trọng riêng tư	76,7	77,7	97,0	80,7	0,75	<0,01
Hoạt động Bác sỹ						
B16. Bác sỹ tận tình	81,3	81,0	89,7	79,0	0,62	<0,01
B17. Tin tưởng bác sỹ	79,3	79,7	95,7	80,7	0,66	<0,01
B18. Bác sỹ trả lời	77,3	79,4	91,3	82,3	0,55	<0,01
B19. Bác sỹ riêng tư	80,0	80,9	90,7	78,8	0,52	<0,01
B20. Thảo luận điều trị	79,7	80,5	89,7	78,5	0,59	<0,01
B21. Tư vấn phương pháp	81,0	81,9	91,3	84,8	0,53	<0,01
B22. Giải thích xét nghiệm	80,0	80,2	92,0	78,2	0,64	<0,01
B23. Trao đổi thuốc	78,3	78,2	93,3	79,2	0,66	<0,01
Tổ chức và môi trường						
C24. Nhà vệ sinh tiện nghi	56,7	56,6	94,0	54,5	1,21	<0,01
C25. Nhà vệ sinh sạch	57,7	58,1	95,7	56,0	1,11	<0,01

C26. An ninh trật tự	65,0	65,6	97,0	66,5	1,08	<0,01
C27. Phối hợp chăm sóc	73,3	73,7	91,3	76,7	0,54	<0,01
C28. Quy trình tổ chức	76,0	76,7	96,0	74,7	0,71	<0,01
C29. Thiết bị tốt	74,0	74,0	90,0	75,0	0,56	<0,01
C30. Cẩn-tin đa dạng	71,0	71,9	89,3	73,8	0,67	<0,01
C31. Giá cả hợp lý	58,7	59,2	96,3	61,2	1,10	<0,01
C32. Bãi xe sắp xếp	78,7	78,9	92,0	76,8	0,62	<0,01
Thời gian sử dụng dịch vụ						
D33. Thời gian đăng ký	81,3	81,5	94,7	79,5	0,56	<0,01
D34. Chờ gặp bác sĩ	75,0	75,2	91,3	73,2	0,61	<0,01
D35. Thời gian khám	76,3	76,9	88,7	78,8	0,49	<0,01
D36. Chờ thủ thuật	77,3	77,9	95,7	80,8	0,67	<0,01
D37. Chờ kết quả	78,0	78,7	92,3	76,7	0,78	<0,01
D38. Thông báo chờ	79,0	79,5	95,3	81,5	0,62	<0,01
Thông tin sức khỏe						
E39. Hiểu bệnh tật	84,0	84,2	90,7	82,5	0,64	<0,01
E40. Hiểu điều trị	79,3	80,4	95,7	81,3	0,78	<0,01
E41. Hướng dẫn thuốc	75,7	76,2	91,0	79,2	0,67	<0,01
E42. Hướng dẫn tái khám	81,3	81,5	97,0	83,5	0,69	<0,01
Chi trả cho dịch vụ						
F43. Thanh toán tiện lợi	76,7	77,0	93,3	79,0	0,72	<0,01
F44. Công khai hóa đơn	74,3	74,7	88,7	77,7	0,58	<0,01
F45. Giá dịch vụ hợp lý	74,7	75,2	94,0	73,2	0,91	<0,01
F46. Chi phí phù hợp	76,3	77,0	97,0	75,0	0,89	<0,01

Các hệ số DiD có $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.28 cho thấy hiệu quả can thiệp không đồng đều giữa các nội dung đánh giá. Tất cả 46 câu hỏi đều có hệ số DiD dương và giá trị $p < 0,05$. Hệ số DiD dao động từ 0,27 đến 1,27, cho thấy mức độ tác động của can thiệp khác nhau.

A. Khả năng tiếp cận: nội dung *"Nhân viên cẩn thận lắng nghe ông/bà"*, DiD=0,83, trước can thiệp thì nhóm can thiệp 75,7%, nhóm chứng 75,5%. Một số ý kiến ghi nhận được: *"...bệnh viện này làm thủ tục nhanh, nhân viên cũng vui vẻ trả lời .. tui tháng nào cùng tới khám tim ở đây..."* (BN-01), hay một người bệnh khác cho ý kiến: *"...lần đầu mình tới, dẫn mẹ đi tại có người quen giới thiệu, thấy làm thủ tục nhanh mà gọn lắm, lần này quên đem bảo hiểm y tế, có hỏi thì mấy chị giải thích rõ lắm, lần sau mang theo..."* (BN-02).

B1. Hoạt động Điều dưỡng: nội dung *"Điều dưỡng quan tâm đến tình trạng của ông/bà"*, DiD=0,5: trước can thiệp thì nhóm can thiệp 77%, nhóm chứng 78,9%. Sau

can thiệp, nhóm can thiệp 88,3%, nhóm chứng 77,8% (giảm). Một số ý kiến của người bệnh cho thấy trải nghiệm về hoạt động điều dưỡng: "...*mấy cô nói chuyện nhẹ nhàng, làm cũng nhanh..*" (BN-03).

B2. Hoạt động Bác sĩ: nội dung "*Bác sĩ tư vấn lựa chọn phương pháp điều trị*", DiD=0,53: nhóm can thiệp từ 81,0% lên 91,3%, nhóm chứng là 84,8%. Nhiều ý kiến cho thấy người bệnh có nhu cầu hiểu rõ cũng như trao đổi nhiều hơn với bác sĩ về phương pháp điều trị: "...*mình thấy bác sĩ nên trao đổi với người bệnh để người ta biết chính xác bệnh gì, trị sao hay là có bao nhiêu cách để chữa...*" (BN-02).

C. Tổ chức và môi trường: nội dung "*Nhà vệ sinh đầy đủ khăn giấy, nước rửa tay*", DiD=1,40: nhấn mạnh hiệu quả của can thiệp. Nhiều ý kiến ghi nhận có sự cải thiện: "...*năm ngoái tới bệnh viện này thì thấy trong nhà vệ sinh dơ, không có giấy, nay thấy tốt hơn rồi, sạch, đầy đủ, quá tốt rồi...*" (BN-04).

D. Thời gian sử dụng dịch vụ: nội dung "*Thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm*", DiD=0,67: DiD cao cho thấy tác động đáng kể. Nhiều ý kiến ghi nhận cải thiện tốt về thời gian chờ đợi với người bệnh có thực hiện cận lâm sàng: "...*năm nay thấy tốt, vài tháng ông vô tái khám, có lịch hẹn hết, lần nào cũng đi xét nghiệm, đo hô hấp,... ông thấy hầu như BV có quy trình ưu tiên cho mấy người tái khám với có cận lâm sàng như ông lắm. Vậy cho nên mỗi lần ông khám xong cũng hầu như là trong buổi sáng...*" (BN-03).

Có ý kiến cho thấy BV có thông báo khi NB phải chờ đợi lâu: "...*ờm thì này cô điều dưỡng có ra nói do máy lỗi nên chờ chút...*" (BN-04), tuy nhiên có ý kiến ghi nhận thời gian chờ lâu nhưng vẫn không được báo lý do: "...*nhiều khi cô chờ lâu cũng không nghe ai nói gì...*" (BN-01). Bên cạnh đó, nhiều ý kiến ghi nhận can thiệp về bố trí trạm sạc điện thoại giúp tăng trải nghiệm tốt của người bệnh, đặc biệt tác động thời gian chờ đợi: "...*có cái này rất hay, tại bây giờ ai cũng xài điện thoại, mà ngồi chờ lâu quá, coi riết hết pin thì giờ có chỗ sạc miễn phí vậy tốt, có chờ lâu một chút thì chắc bà con cũng không tới nổi...*" (BN-04).

E. Thông tin sức khỏe: nội dung "*Hiểu rõ phương pháp chăm sóc, điều trị*", DiD=0,78, can thiệp cải thiện đáng kể việc giải thích phương pháp điều trị, giúp người bệnh hiểu rõ hơn.

F. Chi trả cho dịch vụ: nội dung "*Hình thức thanh toán thuận tiện*", DiD=0,72: Một số ý kiến phản hồi tích cực về việc triển khai can thiệp thanh toán bằng các hình thức không dùng tiền mặt: "*giờ ra đường người ta ít đem tiền nhiều...hồi trước đi không có chứ giờ thấy BV cho trả tiền khám bằng mã, chuyển tiền ngân hàng,... cô thấy cái này rất tốt luôn...*"(BN-05), hay một ý kiến khác: "*mình thích trả tiền qua mạng, QR-code như này hơn, nhưng mà với mấy người già thì chắc họ không chuộng...*" (BN-02).

Bảng 3.29. Hồi quy DiD đánh giá hiệu quả can thiệp trải nghiệm người bệnh

Giai đoạn		Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	OR exp(β)	p-value
Trước KBCB	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,05	0,05	1,05	0,31
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,04	0,03	1,04	0,25
	DID	0,83	0,06	2,29	<0,01
Trong KBCB	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,17	0,04	1,19	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,84
	DID	0,67	0,05	1,95	<0,01
Sau khi KBCB	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,12	0,04	1,13	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,68
	DID	0,72	0,05	2,05	<0,01
Điểm chung	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,13	0,04	1,14	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,60
	DID	0,72	0,05	2,05	<0,01

***p < 0,01; **p < 0,05; p < 0,10

TCT⁽³⁾⁻⁽¹⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng trước can thiệp

SCT⁽⁴⁾⁻⁽²⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp

DiD: Hiệu quả can thiệp, thể hiện sự thay đổi điểm số của nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng từ trước can thiệp đến sau can thiệp

Kết quả phân tích DiD tại Bảng 3.29 cho thấy sự thay đổi về trải nghiệm người bệnh ngoại trú sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, khẳng định hiệu quả tích cực của chương trình can thiệp quản lý chất lượng toàn diện. Điểm chung, can thiệp tăng 0,13 đơn vị (p < 0,01), chứng tăng 0,01 đơn vị (p = 0,60), hiệu quả DID là 0,72 đơn vị (p < 0,01).

Phân tích theo phân nhóm phụ (*subgroup analysis*), nhằm khám phá hiệu quả can thiệp có khác biệt giữa các phân khúc dân số khác nhau.

Bảng 3.30. Phân tích hồi quy DiD theo phân nhóm phụ

	Phân nhóm	Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	OR $\exp(\beta)$	p- value
Giới tính	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,18	0,05	1,20	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,64
	DiD	0,73	0,05	2,08	<0,01
	Nam/ Nữ	-0,12	0,05	0,89	0,01
Nhóm tuổi	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	-0,04	0,08	0,96	0,65
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,72
	DiD	0,73	0,05	2,08	<0,01
	40-60/<40	0,20	0,09	1,22	0,02
	60//<40	0,19	0,09	1,21	0,03
Học vấn	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,05	0,06	1,05	0,45
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,61
	DiD	0,74	0,05	2,10	0,01
	THCS/ tiểu học	0,20	0,07	1,22	<0,01
	SĐH/ tiểu học	-0,21	0,10	0,81	0,03
Nghề nghiệp	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,23	0,16	1,26	0,16
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,70
	DiD	0,73	0,05	2,08	<0,01
BHYT	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,02	0,24	1,02	0,92
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,60
	DID	0,72	0,05	2,05	<0,01
Mức sống	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,37	0,06	1,45	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,02	0,03	1,02	0,37
	DiD	0,71	0,05	2,03	<0,01
	Trung bình/ Khá giả	-0,30	0,06	0,74	<0,01

*** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; $p < 0,10$

TCT⁽³⁾⁻⁽¹⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng trước can thiệp

SCT⁽⁴⁾⁻⁽²⁾: Sự khác biệt điểm số giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp

DiD: Hiệu quả can thiệp

Kết quả hồi quy DiD theo phân nhóm phụ tại Bảng 3.30 cho thấy hiệu quả can thiệp có sự khác biệt giữa các nhóm phân tích. Hiệu ứng DiD dao động từ OR = 2,03 đến 2,10 ($p < 0,01$), nghĩa là tăng xác suất thành công gấp hơn 2 lần bất kể giới tính, độ tuổi, học vấn, nghề nghiệp, BHYT hay mức sống. Không có bằng chứng về sự khác biệt hiệu quả giữa các nhóm.

3.2.4. Kết quả can thiệp về thời gian chờ đợi của người bệnh

Nghiên cứu khảo sát thời gian chờ đợi theo Quyết định 1313/QĐ-BYT tại khoa Khám bệnh của bệnh viện can thiệp và bệnh viện đối chứng, sự thay đổi thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú là một chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả tổ chức và vận hành khoa Khám bệnh. Kết quả như sau:

Bảng 3.31. Trung bình thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú năm 2024

Thời gian	Can thiệp (phút)	Đối chứng (phút)	Chênh lệch Δ
Tổng thời gian khám bệnh trung bình	53	103,5	-50,5
Khám đơn thuần	59	84,5	-25,5
Khám + 1 cận lâm sàng	55	165,0	-110
Khám + 2 cận lâm sàng	110	193,5	-83,5
Khám + 3 cận lâm sàng	138	212,0	-74

Δ là chênh lệch thời gian chờ đợi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng (phút)

Kết quả cho thấy can thiệp trong năm 2024 đã giảm đáng kể thời gian khám chữa bệnh so với nhóm đối chứng, đặc biệt ở các trường hợp có cận lâm sàng với tổng thời gian khám bệnh trung bình giảm 50,5 phút.

Bảng 3.32. Mức thay đổi thời gian chờ đợi của người bệnh theo giai đoạn

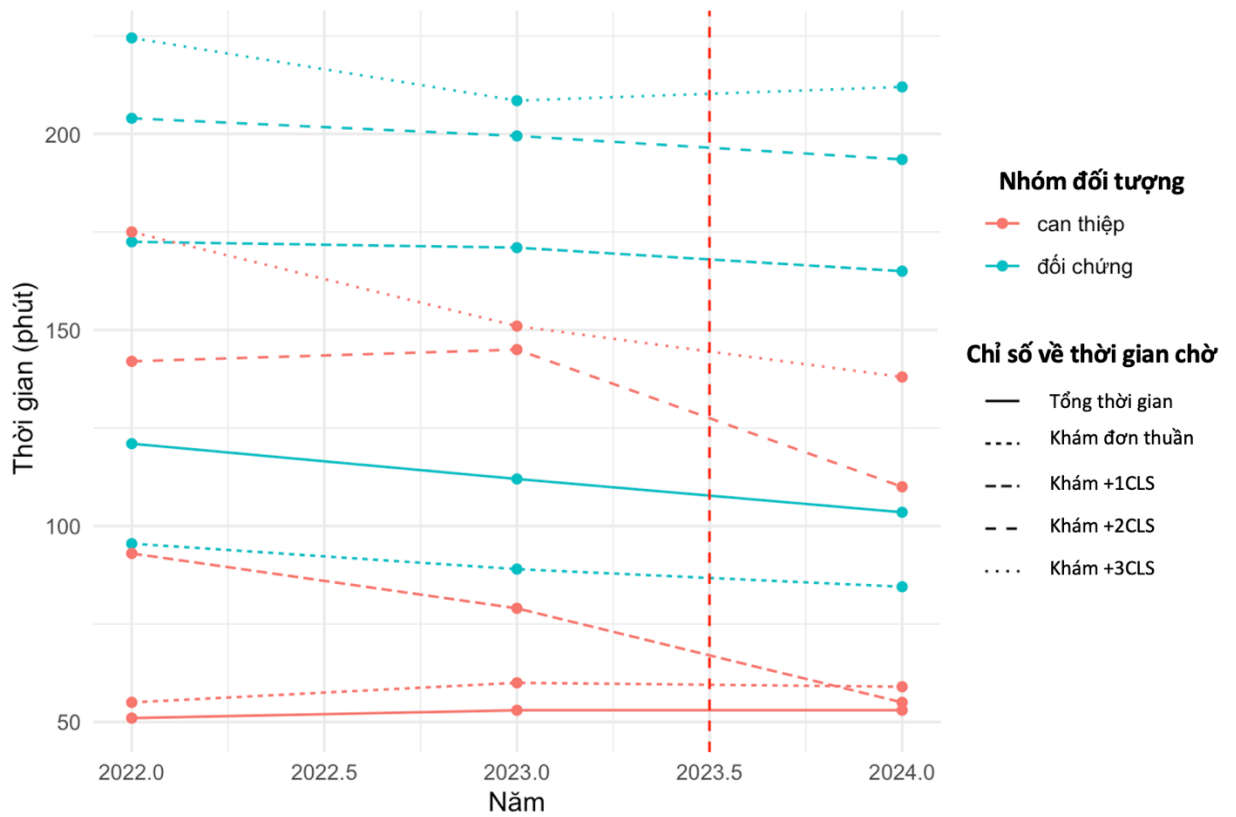
Thời gian	Giai đoạn	Can thiệp (phút)	Đối chứng (phút)	Chênh lệch Δ
Tổng thời gian khám bệnh	2022–2024	+2,0	-17,5	+19,5
	2023–2024	0,0	-8,5	+8,5
Khám đơn thuần	2022–2024	+4,0	-11,0	+15,0
	2023–2024	-1,0	-4,5	+3,5
Khám + 1 CLS	2022–2024	-38,0	-7,5	-30,5
	2023–2024	-24,0	-6,0	-18,0
Khám + 2 CLS	2022–2024	-32,0	-10,5	-21,5
	2023–2024	-35,0	-6,0	-29,0
Khám + 3 CLS	2022–2024	-37,0	-12,5	-24,5
	2023–2024	-13,0	+3,5	-16,5

Giá trị “Thay đổi” = Sau – Trước (phút). Giá trị âm thể hiện thời gian chờ đợi giảm.

Bảng 3.32 cho thấy thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú tại nhóm can thiệp có xu hướng giảm rõ rệt theo thời gian, đặc biệt ở các hình thức khám có cận

lâm sàng. Mức giảm lớn hơn ghi nhận trong giai đoạn 2022–2024 so với 2023–2024, trong khi mức thay đổi tại nhóm đối chứng nhìn chung thấp hơn và không ổn định.

So sánh kết quả giữa Bảng 3.31 và Bảng 3.32 cho thấy sự khác biệt nhất quán về thời gian chờ đợi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, đồng thời làm rõ xu hướng cải thiện theo thời gian tại nhóm can thiệp.



Biểu đồ 3.4. Xu hướng thời gian chờ đợi năm 2022-2024

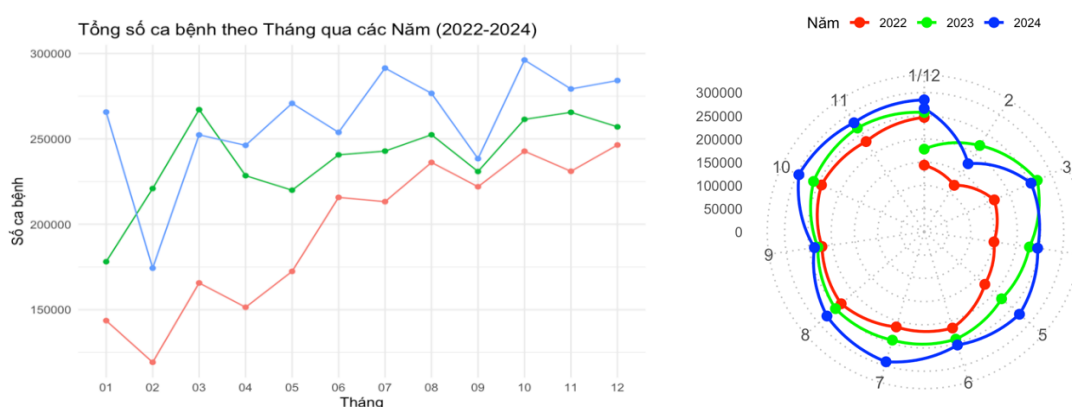
Biểu đồ cho thấy nhóm can thiệp giảm mạnh thời gian ở thời gian có cận lâm sàng sau can thiệp (2024), trong khi nhóm đối chứng chỉ giảm nhẹ. Tổng thời gian khám bệnh trung bình và thời gian khám đơn thuần có xu hướng giảm ở cả hai nhóm, nhưng chênh lệch giữa hai nhóm nhỏ hơn.

3.2.5. Tình hình phân bố xu hướng người bệnh ngoại trú tại bệnh viện can thiệp

Nghiên cứu tiến hành phân tích trên tổng số **8.353.930 dữ liệu** người bệnh được trích xuất từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024, với tổng số ca và phân loại theo 22 chương ICD (I đến XXII). Tổng số ca bệnh tăng từ 2,359,588 ca năm 2022 lên 3,129,104 ca năm 2024, nhưng tốc độ tăng giảm từ 21,43% (2022-2023) xuống 9,21% (2023-2024). Điều này có thể phản ánh tác động của can thiệp vào năm 2024.

3.2.5.1. Phân tích xu hướng người bệnh

Dữ liệu theo thời gian có 3 thành phần chính theo thuật ngữ như trend (xu hướng lâu dài), seasonal (theo mùa) và cyclic (chu kỳ). Trong dữ liệu về số lượng người bệnh từ năm 2022 đến 2024, nghiên cứu nhận thấy có sự thay đổi dữ liệu:



Bảng 3.33. Phân bố lượng bệnh ngoại trú theo Tháng từ năm 2022-2024

Tổng số ca bệnh tăng đều từ 2022 đến 2024, nhưng tốc độ tăng chậm lại vào năm 2024. Kết quả cho thấy dữ liệu có chu kỳ mùa. Số ca bệnh thường cao nhất vào khoảng tháng 6 đến tháng 10, với đỉnh đạt khoảng 291,420 ca (tháng 7/2024), cho thấy mẫu mùa rõ rệt. Số ca bệnh giảm mạnh vào tháng 2 mỗi năm, 119,179 ca (tháng 2/2022) và 174,314 ca (tháng 2/2024). Số ca thấp nhất, do tháng ngắn và có thể ảnh hưởng bởi kỳ nghỉ Tết, hiển thị gần tâm hình tròn (bán kính nhỏ). Một số biến động không theo mẫu, sự giảm đột ngột vào tháng 2/2024 (174,314 ca) so với tháng 1/2024 (265,687 ca).

Bảng 3.34. Tình hình về xu hướng số lượng người bệnh theo chương bệnh thay đổi, năm 2023 và năm 2024

TT	Chương ICD	Năm 2024 (n= 3.129.104)	Thay đổi 2023- 2024	Tỷ lệ thay đổi %	Sự thay đổi
1	Chương I	71799(3,0)	-3323	- 4,4	Giảm
2	Chương II	14955(0,6)	-1052	- 6,6	Giảm
3	Chương III	5200(0,2)	-496	- 8,7	Giảm
4	Chương IV	296030(12,5)	61260	26,1	Tăng
5	Chương V	18890(0,8)	2069	12,3	Tăng
6	Chương VI	49837(2,1)	14482	41,0	Tăng
7	Chương VII	36579(1,6)	-3442	- 8,6	Giảm
8	Chương VIII	45972(1,9)	2215	5,1	Tăng
9	Chương IX	1569555(66,5)	57478	3,8	Tăng
10	Chương X	295228(12,5)	28099	10,5	Tăng
11	Chương XI	176522(7,5)	7341	4,3	Tăng
12	Chương XII	64170(2,7)	7925	14,1	Tăng
13	Chương XIII	249828(10,6)	69670	38,7	Tăng
14	Chương XIV	57735(2,4)	1009	1,8	Tăng
15	Chương XV	3788(0,2)	-1701	- 31,0	Giảm
16	Chương XVI	253(0,01)	-17	- 6,3	Giảm
17	Chương XVII	539(0,02)	-397	- 42,4	Giảm
18	Chương XVIII	72612(3,1)	28992	66,5	Tăng
19	Chương XIX	42000(1,8)	396	1,0	Tăng
20	Chương XX	9017(0,4)	214	2,4	Tăng
21	Chương XXI	48569(2,1)	-5919	- 10,9	Giảm
22	Chương XXII	26(0,001)	-937	- 97,3	Giảm

Chương bệnh có mức tăng mạnh nhất từ 2023-2024: Chương VIII về Các triệu chứng, dấu hiệu và những bất thường lâm sàng, cận lâm sàng chưa được phân loại ở nơi khác (Tỷ lệ tăng cao nhất 66,5%); Chương VI về Bệnh hệ thần kinh (41,0%) và Chương XIII về hệ cơ xương (38,7%).

Chương bệnh giảm từ 2023-2024: Chương XXI: Các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tìm kiếm dịch vụ y tế (giảm 10,9%) và Chương XXII: Mã phục vụ những mục đích đặc biệt (giảm cao nhất 97,3%).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN CỦA CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN/HUYỆN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

4.1.1. Tình hình tổ chức quản lý bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh

4.1.1.1. Cơ cấu tổ chức và nhân lực

Các phòng chức năng. Theo Điều 40 và Điều 41 thuộc Nghị định 96/2023/NĐ-CP hướng dẫn về tổ chức bệnh viện cho thấy tùy quy mô, bệnh viện có thể tổ chức thêm hoặc sáp nhập các phòng ban cho phù hợp [28]. Do đó, theo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ 100% bệnh viện đều có phòng Kế hoạch tổng hợp, nhưng 36,8% bệnh viện không có phòng QLCL và 57,9% không có phòng CTXH. Kết quả này đáp ứng theo Điều 10 Thông tư 19/2013/TT-BYT quy định Bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện đa khoa hạng I thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác tùy theo quy mô, điều kiện và nhu cầu của từng bệnh viện để quyết định thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Như vậy, việc một số bệnh viện không thành lập phòng QLCL hoặc phòng CTXH phụ thuộc vào bối cảnh, nguồn lực đặc thù của mỗi bệnh viện. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh viện hạng II, tuyến quận tại TPHCM đều có sự phân công nhân sự phụ trách công tác QLCL.

Theo Điều 3, thông tư 03/2023/TT-BYT [26], dựa trên quy mô giường bệnh (thường 200-500 giường cho hạng II), tuy không quy định riêng từng phòng, nhưng nhóm "chuyên môn khác" (công tác xã hội, kỹ sư, hành chính – thuộc phòng chức năng) chiếm 1-3% tổng biên chế. Đối với bệnh viện hạng II khoảng 300 giường (có thể dao động từ 200–500 giường), như vậy số biên chế thuộc phòng chức năng ước tính khoảng 3-9 người, nếu 500 giường thì ước tính 5-15 người. Kết quả nghiên cứu cho thấy về cơ cấu nhân sự tại các phòng chức năng của 19 bệnh viện tuyến quận/huyện cho thấy tổng số nhân sự trung vị lần lượt là 12 người (6-28 người) ở phòng Kế hoạch tổng hợp, 5 người (0-8 người) ở phòng Quản lý chất lượng, và 3 người (0-18 người) phòng Công tác xã hội, kết quả này phù hợp với định mức nhân sự theo thông tư 03/2023/TT-BYT. Về trình độ nhân sự, kết quả cho thấy hơn 50% số bệnh viện có từ 4 đến 10 nhân sự trình độ Đại học và Sau Đại học ở các phòng

chức năng, đảm bảo năng lực quản lý chất lượng và lập kế hoạch chiến lược, đáp ứng Thông tư 19/2013/TT-BYT.

Bên cạnh đó, một số hạn chế về mặt cơ cấu nhân sự tại các phòng chức năng của các bệnh viện tuyến quận thường gặp phải như thiếu nhân sự chuyên trách là vấn đề nổi bật, với 47,4% BV thiếu nhân sự Quản lý chất lượng, và 21,0% kiêm nhiệm nhiều công việc, gây hạn chế giám sát chất lượng. Phòng Công tác xã hội thiếu bác sĩ (21,0% BV không có bác sĩ), ảnh hưởng đến hoạt động tư vấn chuyên môn tại khoa Khám bệnh. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Thị Hồng Lê năm 2024 nhấn mạnh tình trạng thiếu hụt đáng kể nhân viên y tế, dẫn đến chất lượng dịch vụ kém và gia tăng sai sót trong quá trình cung cấp dịch vụ [136]. Trình độ TC/CD còn tồn tại ở Kế hoạch tổng hợp (trung vị 5) và Công tác xã hội, hạn chế năng lực chuyên sâu. Nhân sự trình độ cao giảm tỷ lệ sai sót, nhưng trình độ TC/CD còn tồn tại có thể tăng rủi ro, tương tự nghiên cứu tại Ấn Độ [85]. Thiếu phối hợp (10,5%) và hạn chế CNTT (10,5%) ở phòng Kế hoạch tổng hợp, cùng thiếu phần mềm quản lý chất lượng (15,8%), gây khó khăn trong báo cáo và triển khai tiêu chí chất lượng (21,0%).

Về nhân lực tại khoa Khám bệnh ngoại trú. Theo nghiên cứu tổng số BS đang làm việc là 750 người, phân bổ vào nhiều chuyên khoa khác nhau với số lượt khám bệnh trung bình mỗi ngày tại các BV là 1920 lượt. Phân bổ bác sĩ và lượt bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện cho thấy tổng số bác sĩ trung bình 39,47 BS/BV và trung bình mỗi BS khám ngoại trú trung bình là 48,6 ca bệnh mỗi ngày, nằm trong ngưỡng khuyến nghị của Thông tư 19/2013/TT-BYT quy định 50-70 bệnh/BS/ngày và Thông tư TT15/2018/TT-BYT quy định 65 bệnh/BS/ngày. Tỷ lệ BS/lượt bệnh trung bình là 0,021 tương đương với quy định của Bộ Y tế là 0,014-0,02 [17].

Chuyên khoa Nội chiếm tỷ lệ cao nhất với 290 BS (38,67%), gần 2/5 tổng số BS toàn hệ thống. Số lượt khám trung bình/ngày/BV lên tới 1057 lượt, tương đương với tỷ lệ 69,3 lượt khám/BS/ngày, cao nhất trong tất cả các chuyên khoa. Mặc dù tỷ lệ BS/lượt bệnh là 0,014, thấp nhất trong tất cả các chuyên khoa tại khoa Khám, điều này cho thấy áp lực công việc rất lớn đặt lên bác sĩ Nội, dễ dẫn đến quá tải và ảnh hưởng đến chất lượng điều trị. Các chuyên khoa Ngoại, Nhi, Sản – Số lượt khám vừa

phải, nhân lực phân bổ hợp lý và cân đối, chưa có dấu hiệu quá tải rõ rệt. Các chuyên khoa Tai mũi họng, Mắt, Truyền nhiễm có tỷ lệ người bệnh/BS cao. Dù chỉ có 47 BS Tai mũi họng, nhưng số lượt khám/ngày lên tới 157, tức 63,6 lượt khám/BS/ngày, đứng thứ hai sau Nội khoa, tuy nhiên nằm trong ngưỡng quy định của Bộ Y tế [17]. Truyền nhiễm và Mắt cũng có tỷ lệ 52,1 và 50,5 lượt khám/BS/ngày, nằm trong nhóm cao. Y học cổ truyền và nhóm Khác có số BS trung bình lần lượt là 2,68 và 3,16 BS/BV, tuy nhiên chỉ có 47 và 43 lượt khám/ngày. Tỷ lệ BS/lượt bệnh lần lượt là 0,057 và 0,073 cho thấy dư BS ở các chuyên khoa ít nhu cầu, tạo cơ hội tái phân bổ nguồn lực. Cần có đánh giá lại hiệu quả phân bổ nhân lực, để tái cơ cấu phù hợp hoặc tăng cường truyền thông để người dân tiếp cận tốt hơn các dịch vụ y tế.

Hạn chế lớn là quá tải ở chuyên khoa Nội (69,3 bệnh/BS), vượt ngưỡng Thông tư 15/2018/TT-BYT (65 ca/BS/ngày), gây áp lực lớn lên BS. Các chuyên khoa như Tai mũi họng (63,6 bệnh/BS), Truyền nhiễm (52,1), và Mắt (50,5) cũng gần ngưỡng quá tải, phản ánh khả năng đáp ứng BS/người bệnh hạn chế. BS ở Y học cổ truyền 17,5 bệnh/BS và chuyên khoa Khác như 13,6 bệnh/BS cho thấy phân bổ chưa tối ưu, với nhu cầu KCB thấp. Thiếu phòng chuyên khoa sâu như Phụ khoa (47,37%), Nhiễm (42,10%) và cơ sở vật chất hạn chế ở một số BV làm giảm hiệu quả KCB. Theo bộ tài liệu "Chiến lược toàn cầu về nguồn nhân lực y tế: Lực lượng lao động 2030" của TCYTTG ban hành năm 2016 cho thấy tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế dựa trên nhu cầu với 17,4 triệu nhân viên y tế vào năm 2013, dự kiến giảm còn 14,5 triệu vào năm 2030, chủ yếu ở châu Phi và Đông Nam Á [106]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hồng Lê và cộng sự năm 2024, ở các quốc gia, có sự phân bổ nhân viên y tế không đồng đều, tập trung chủ yếu tại các thành phố lớn [136]. Ở Việt Nam, Campuchia và Philippines, thường gặp tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế do chi phí đào tạo cao, chảy máu chất xám, nghỉ việc vì lương thấp, giờ làm việc dài và các trường hợp nghỉ việc liên quan đến COVID-19. So sánh với nghiên cứu quốc tế, tình trạng quá tải BS Nội và dư BS ở chuyên khoa phụ tại TP. Hồ Chí Minh tương tự các quốc gia đang phát triển. Nghiên cứu của Aiken et al. (2014) trên The Lancet tại châu Âu chỉ ra rằng tăng khối lượng công việc của điều dưỡng thêm 1 người bệnh gây tăng

tỷ lệ tử vong người bệnh 7% [113], nhấn mạnh rủi ro từ vấn đề quá tải nhân viên y tế, tương tự với BS Nội khoa (69,3 ca/BS) [64].

Tóm lại, các khó khăn thường gặp tại các phòng chức năng của các bệnh viện tuyến quận/huyện gồm thiếu nhân sự, công nghệ, kinh phí, phối hợp, và nhận thức, ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả quản lý, chất lượng dịch vụ, và trải nghiệm người bệnh, đặc biệt tại các khoa khám bệnh ngoại trú. Cơ cấu phân bổ BS tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận cho thấy sự phù hợp cơ bản với quy định của BHYT, nhưng tồn tại vấn đề quá tải ở chuyên khoa Nội dẫn đến giảm chất lượng KCB. So sánh với nghiên cứu quốc tế, tình trạng này phổ biến ở các quốc gia đang phát triển, nhấn mạnh nhu cầu tái phân bổ nhân lực và tăng đào tạo để nâng cao hiệu quả TQM và trải nghiệm người bệnh

4.1.1.2. Cơ sở vật chất

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ đáp ứng về cơ sở vật chất tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện nhìn chung khá tốt so với quy định trong Thông tư 14/2013/TT-BYT (Điều 5, Khoản 2, Phụ lục 4) [10], tiêu chuẩn TCVN 9213:2012 và Nghị định 96/2023/NĐ-CP [28]. Điều này phản ánh xu hướng các bệnh viện đa khoa tuyến quận/huyện trong những năm gần đây đã chú trọng hơn đến hạ tầng khám chữa bệnh, phù hợp với định hướng phát triển mạng lưới y tế theo Quyết định 468/QĐ-TTg năm 2021 về đổi mới hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện.

Kết quả cho thấy nhiều khoa Khám bệnh thiếu phòng chuyên khoa sâu như Phụ khoa 47,37%, Nhiễm 42,10%, và chuyên khoa khác 31,58% không đạt yêu cầu chuyên khoa. Điều này cho thấy mô hình tổ chức khoa Khám bệnh ở Việt Nam vẫn ưu tiên chuyên khoa bắt buộc, trong khi nhóm chuyên khoa đặc thù chưa được phân bổ đồng đều, dẫn đến nguy cơ người bệnh phải chuyển tuyến. Một nghiên cứu tại TP.HCM của tác giả Hà Nam Khánh Giao và cộng sự (2020) chỉ ra rằng cơ sở vật chất và môi trường bệnh viện là một trong các yếu tố tác động tích cực đến sự hài lòng của người bệnh ngoại trú, ngay sau “kết quả điều trị” và “năng lực chuyên môn của bác sĩ – điều dưỡng” [105]. Điều này chứng tỏ việc thiếu phòng khám chuyên khoa sâu hoặc diện tích chưa đạt chuẩn có thể ảnh hưởng đến ấn tượng tổng thể của người bệnh, đặc biệt trong khung dịch vụ ngoại trú. Tương tự, theo dữ liệu từ

TP.HCM năm 2020, mật độ bệnh viện, bệnh viện chuyên khoa và phòng khám phân bố không đồng đều. Mặc dù phần lớn tập trung ở khu vực đô thị cũ, nhưng các vùng mới phát triển và ngoại ô đang bị thiếu hụt cơ sở chất lượng cao, dẫn đến tình trạng quá tải tại các tuyến trên [119]. Điều này cũng gợi ý rằng, nếu các bệnh viện khảo sát ở vùng ngoại thành hoặc khu vực ít được đầu tư, việc thiếu phòng khám chuyên sâu và không gian hợp lý càng dễ gây tắc nghẽn trong tiếp nhận và khám chữa bệnh.

Điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là tỷ lệ 36,84% bệnh viện chỉ có 1 phòng tiếp đón. Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Tú Quyên và cộng sự (2021), tại các cơ sở y tế tuyến huyện và trạm y tế, thời gian chờ dài làm giảm đáng kể mức độ hài lòng của người bệnh [110]. Trong bối cảnh trung bình mỗi khoa Khám bệnh tiếp nhận hàng trăm lượt người bệnh/ngày, hạn chế này có thể kéo dài thời gian chờ đợi, làm giảm sự hài lòng và hiệu quả luồng người bệnh.

Về diện tích phòng, phù hợp với tiêu chuẩn diện tích tối thiểu theo TCVN 9213:2012, tỷ lệ 94,74% phòng khám chuyên khoa >8 phòng và 52,63% phòng khám Nội ≥12 phòng đáp ứng TCVN 9213:2012 quy định tối thiểu 8 phòng khám cho BV hạng II. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt chuẩn thấp ở phòng Răng Hàm Mặt, khu hành chính và bộ phận tiếp nhận cho thấy sự mất cân đối giữa khu vực khám - điều trị và khu vực hỗ trợ. Trong khi các khu vực hỗ trợ đóng vai trò quan trọng trong quy trình khám bệnh (quản lý hồ sơ, giao tiếp ban đầu, điều phối người bệnh), việc thiếu diện tích có thể ảnh hưởng đến hiệu suất làm việc của nhân viên và trải nghiệm của người bệnh. Về quy hoạch không gian phòng khám bệnh, các nghiên cứu quốc tế như của tác giả Chawis Boonmee và cộng sự (2022) [116], cho thấy việc thiết kế bố cục khoa khám ngoại trú một cách khoa học, hợp lý sẽ cải thiện đáng kể thời gian chờ và tăng lưu thông người bệnh thông suốt. Như vậy, những hạn chế hiện tại về phòng Răng Hàm Mặt, bộ phận tiếp nhận và khu hành chính không chỉ làm giảm hiệu quả quy trình mà còn kéo dài thời gian phục vụ và tăng áp lực cho nhân viên.

Tóm lại, cơ sở vật chất tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện trong nghiên cứu nhìn chung đáp ứng cơ bản quy định của Thông tư 14/2013/TT-BYT, TCVN 9213:2012 và Nghị định 96/2023/NĐ-CP, với 100% có đầy đủ các phòng chức năng chính như tiếp đón, khám chuyên khoa, X-quang và xét nghiệm. Tuy nhiên, vẫn tồn

tại những hạn chế như gần một nửa số bệnh viện thiếu phòng cho một số chuyên khoa sâu (Phụ khoa, Nhiễm, chuyên khoa khác), 36,84% chỉ có một phòng tiếp đón gây nguy cơ quá tải, và một số bộ phận khác (Răng Hàm Mặt, khu hành chính, bộ phận tiếp nhận) chưa đạt chuẩn diện tích. Những hạn chế này có thể ảnh hưởng tới luồng người bệnh, hiệu quả làm việc của nhân viên và sự hài lòng của người bệnh. Việc bổ sung các chuyên khoa còn thiếu, tăng số lượng phòng tiếp đón, cải thiện diện tích và bố trí hợp lý các khu vực hỗ trợ sẽ góp phần hoàn thiện hạ tầng, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú và đáp ứng tốt hơn nhu cầu ngày càng tăng của người dân.

4.1.1.3. Thiết bị y tế

Kết quả khảo sát cho thấy hầu hết các bệnh viện tuyến quận/huyện trong nghiên cứu đã đáp ứng cơ bản các yêu cầu về trang thiết bị theo Thông tư 14/2013/TT-BYT, với nhiều loại thiết bị y tế vượt số lượng tối thiểu quy định, đặc biệt là các thiết bị thông dụng như tủ hồ sơ, tủ thuốc cấp cứu, bộ bàn ghế khám bệnh, giường khám, cân đo chiều cao, ống nghe và huyết áp kế. Điều này phản ánh sự quan tâm đầu tư của các đơn vị vào các phương tiện phục vụ khám sức khỏe cơ bản và hỗ trợ công tác quản lý hồ sơ, tiếp nhận người bệnh. Tỷ lệ đạt 84,21-94,74% cho các nhóm thiết bị lưu trữ, đo lường, chẩn đoán chuyên khoa, xét nghiệm và khử trùng. Tỷ lệ 100% bệnh viện có thiết bị cơ bản như X-quang, siêu âm, điện tim, xét nghiệm, với nhóm đo lường 94,74% và chẩn đoán chuyên khoa 89,47% hỗ trợ tốt hoạt động KBCB. Theo mô hình chất lượng chăm sóc sức khỏe của Donabedian, trang thiết bị y tế thuộc về khía cạnh cấu trúc(structure), là nền tảng định hình quá trình khám chữa bệnh (process) và kết quả (outcomes) [38]. Việc đa số bệnh viện đã trang bị đầy đủ các thiết bị cơ bản như tủ hồ sơ, bàn khám, giường khám, huyết áp kế, ống nghe... phản ánh nỗ lực đáp ứng yêu cầu tối thiểu theo Thông tư.

Tuy nhiên, ở nhóm trang thiết bị chuyên sâu, vẫn tồn tại sự chênh lệch đáng kể. Một số thiết bị hiện đại có tỷ lệ trang bị thấp, ví dụ: CT-Scanner ≥ 256 lát cắt (0%), hệ thống DSA (5,26%), máy tim phổi nhân tạo (0%), hệ thống nội soi tiết niệu (15,8%), dao mổ siêu âm/hàn mạch (31,58%). Điều này có thể do chi phí đầu tư lớn, nhu cầu sử dụng chưa thường xuyên hoặc phụ thuộc vào định hướng chuyên môn của từng bệnh viện. Ngoài ra, một số hạng mục có tỷ lệ đạt chuẩn khá nhưng chưa đồng

đều, như đèn mổ di động (63,16%) hoặc máy X-quang C Arm (68,4%), cho thấy vẫn còn khoảng trống cần cải thiện để đảm bảo tính sẵn sàng trong cấp cứu và phẫu thuật. Tình trạng thiếu thiết bị chuyên sâu tại các bệnh viện tuyến quận ở TP. Hồ Chí Minh tương đồng với các quốc gia đang phát triển. Nghiên cứu của Trần Thị Hồng Lê chỉ ra rằng 50% bệnh viện tuyến cơ sở thiếu thiết bị chẩn đoán chuyên sâu dẫn đến giảm khả năng KCB chuyên sâu [136], tương tự với tỷ lệ CT-Scanner 64-128 lát chỉ 10,5% trong nghiên cứu này. Thiếu thiết bị nội soi (10,5-15,8%) tương tự thực trạng tăng chuyển tuyến do thiếu thiết bị chẩn đoán ở các quốc gia đang phát triển [104],[136],[79]. Như vậy, qua nhiều nghiên cứu đã cho thấy, thiết bị y tế là minh chứng cho năng lực đáp ứng y tế và chất lượng dịch vụ. Thiếu sót thiết bị chuyên sâu làm giảm hiệu quả chẩn đoán, tăng chuyển tuyến không cần thiết và ảnh hưởng đến trải nghiệm người bệnh. Việc bổ sung trang thiết bị một cách đồng bộ, gắn liền với đào tạo, bảo trì và chia sẻ nguồn lực giúp tối ưu hóa chi phí và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú một cách bền vững.

Tóm lại, thiết bị y tế cơ bản đáp ứng quy định, nhưng thiếu thiết bị chuyên sâu, một số khoa/phòng chưa đáp ứng được yêu cầu về trang thiết bị hiện đại, đặc biệt là các thiết bị chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm tự động.

4.1.1.4. Quản lý Dược và cấp phát thuốc

Công tác quản lý dược và cấp phát thuốc ngoại trú tại khoa Khám bệnh đạt hiệu quả tương đối cao, với tỷ lệ tuân thủ phác đồ chung là 93,2% đáp ứng Thông tư 23/2011/TT-BYT. Các chuyên khoa Nội và Ngoại có tỷ lệ đúng phác đồ cao hơn mức trung bình (95,0% và 92,0%), phản ánh sự tuân thủ tốt các hướng dẫn điều trị, phù hợp với khuyến cáo về đảm bảo kê đơn hợp lý nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế kháng thuốc. Theo nghiên cứu tổng quan của tác giả Mansour Tobaiqy năm 2024 cho thấy sai sót về liều lượng là lỗi thường gặp nhất được báo cáo trong nhiều nghiên cứu, trong khi sai sót kê đơn luôn ở mức cao [128]. Một số chuyên khoa như Y học cổ truyền (88,0%) và Truyền nhiễm (89,0%) có tỷ lệ thấp hơn, gợi ý cần tăng cường rà soát, cập nhật phác đồ điều trị và đào tạo liên tục cho đội ngũ y tế tránh gia tăng tỷ lệ xuất toán BHYT.

Về khối lượng công việc, bình quân mỗi ngày khoa Khám bệnh xử lý 941 đơn thuốc với 1.882 lượt cấp phát, cho thấy áp lực lớn về nhân lực và quy trình dược. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Chawis Boonmee và cộng sự năm 2022 [116] cũng như tác giả Aburayya và cộng sự năm 2020 [97], cho rằng khối lượng cấp phát cao đòi hỏi tối ưu hóa quy trình quản lý thuốc, ứng dụng công nghệ thông tin trong kê đơn, cấp phát để giảm sai sót, tiết kiệm thời gian và đảm bảo an toàn người bệnh.

Tóm lại, công tác quản lý dược và cấp phát thuốc ngoại trú tại khoa Khám bệnh đạt hiệu quả cao, với tỷ lệ tuân thủ phác đồ chung 93,2%. Các chuyên khoa Nội (95,0%) và Ngoại (92,0%) đạt mức tuân thủ vượt trung bình, trong khi Y học cổ truyền (88,0%) và Truyền nhiễm (89,0%) thấp hơn. Trung bình mỗi ngày khoa xử lý 941 đơn thuốc và 1.882 lượt cấp phát, phản ánh áp lực lớn về nhân lực và quy trình, cần tiếp tục tối ưu hóa để duy trì hiệu quả và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

4.1.1.5. Số lượng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện đa khoa tuyến quận/huyện

Sự gia tăng số lượt khám chữa bệnh ngoại trú từ 334.277 năm 2022 lên 389.266 năm 2023, với tỷ lệ KBCB có bảo hiểm y tế đạt 85%, thể hiện khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện đa khoa tuyến quận/huyện đáp ứng tốt nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng, phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT. Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc mở rộng bảo hiểm y tế làm tăng đáng kể việc sử dụng dịch vụ ngoại trú. Theo nghiên cứu của tác giả Giang Thanh Long và cộng sự năm 2023, trên nhóm người cao tuổi ở Việt Nam cho thấy người có bảo hiểm sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn lên đến 25,86% so với người không có bảo hiểm, đồng thời nhóm dễ bị tổn thương hơn (tức là người dân tộc thiểu số và người nông thôn) có tỷ lệ sử dụng BHYT thấp hơn [125]. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của tác giả Nguyễn Thị Thu Phương cho thấy rằng bảo hiểm y tế tạo điều kiện cho người sử dụng tăng từ 0,87 đến 1,29 lần lượt sử dụng dịch vụ ngoại trú [103]. Việc tăng lượt khám ngoại trú và sử dụng BHYT thể hiện bước tiến trong tiếp cận y tế toàn dân và giảm gánh nặng tài chính cá nhân. Tuy nhiên, quá trình này cũng đặt ra áp lực lên hạ tầng, nhân lực, quy trình khám chữa và bảo hiểm y tế. Để đảm bảo chất lượng và an toàn, khoa Khám bệnh thuộc các bệnh viện tuyến quận

cần đổi mới quy trình quản lý người bệnh, triển khai hệ thống đặt lịch, thanh toán điện tử, và cải thiện năng lực của cán bộ y tế. Theo nghiên cứu của tác giả Vasanthan tại Ấn Độ ghi nhận CNTT hạn chế làm chậm thanh toán BHYT [127]. Đồng thời, nghiên cứu của tác giả Perera năm 2024 tại Nam Á báo cáo chênh lệch KBCB giữa cơ sở y tế làm tăng tỷ lệ chuyển tuyến [137].

Tóm lại, sự gia tăng đáng kể số lượt khám ngoại trú, đặc biệt là tăng tỷ lệ sử dụng BHYT, phản ánh khả năng tiếp cận y tế được cải thiện và hiệu quả từ chính sách bảo hiểm. Tuy nhiên, để không tạo ra nghẽn dịch vụ và đảm bảo trải nghiệm an toàn, hệ thống y tế Việt Nam cần chủ động cải thiện quy trình, tăng cường đầu tư cho hạ tầng, nhân lực và ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý người bệnh.

4.1.2. Tình hình quản lý chất lượng các khoa Khám bệnh một số bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh

Tình hình quản lý chất lượng. Quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện đa khoa tuyến quận/huyện đáp ứng một phần Thông tư 19/2013/TT-BYT. Kết quả cho thấy hoạt động đào tạo và triển khai các công cụ quản lý chất lượng tại các đơn vị còn chưa đồng đều. Mặc dù một số bệnh viện ban hành trên 10 quy trình chất lượng (26,32%) và tổ chức trên 9 cuộc họp quản lý chất lượng có sự tham gia của Ban giám đốc (26,31%), nhưng vẫn còn các đơn vị chưa ban hành quy trình mới (21,05%) hoặc ban hành ở mức hạn chế (1–4 quy trình: 31,58%). Đặc biệt, hầu hết đơn vị chưa tổ chức hội thảo về chất lượng (78,95%) và tỷ lệ tổ chức tập huấn các chuyên đề sâu như PDCA, làm việc nhóm, Quản lý chất lượng toàn diện hay Lean còn thấp, nhiều nơi chưa thực hiện hoặc chỉ thực hiện 1 lần trong năm. Trong khi đó, tập huấn 5S được triển khai rộng rãi hơn, với 84,21%BV thực hiện ít nhất 1 lần.

Những kết quả này cho thấy công tác đào tạo và triển khai công cụ cải tiến chất lượng tại nhiều bệnh viện vẫn còn mang tính cục bộ, chưa thành hoạt động thường xuyên, đồng thời một số nội dung cải tiến chuyên sâu (như Lean, PDCA) chưa được chú trọng đúng mức. Điều này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả duy trì và nâng cao chất lượng bệnh viện, và cần có chiến lược đào tạo đồng bộ hơn trong thời gian tới. Tình trạng này tương tự nghiên cứu của Trần Thị Hồng Lê năm 2020 tại Việt Nam [136], cho thấy tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế ở Việt Nam so với một số nước

ASEAN, trong đó nguyên nhân quan trọng là hạn chế về công tác đào tạo, bồi dưỡng và phát triển kỹ năng chuyên môn. Thiếu hụt nhân lực không chỉ ảnh hưởng đến khả năng cung ứng dịch vụ mà còn tác động trực tiếp đến chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh. Điều này cho thấy việc đầu tư vào đào tạo, nâng cao năng lực và phát triển nhân sự y tế là một giải pháp nền tảng để đảm bảo chất lượng dịch vụ. Nghiên cứu của tác giả Thạch Phương Nhung năm 2020 [121], củng cố quan điểm rằng quản lý chất lượng bệnh viện không thể tách rời yếu tố con người; các chương trình cải tiến chất lượng cần đi đôi với đào tạo, huấn luyện nhân viên về kỹ năng giao tiếp, quy trình chăm sóc và chuẩn mực dịch vụ. Theo nghiên cứu của tác giả Langlois và cộng sự năm 2020 tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp [101], nhân mạnh thiếu đào tạo QLCL giảm khả năng cải tiến liên tục 30%.

Mục tiêu cải tiến tại khoa Khám bệnh. Mục tiêu cải tiến tập trung vào giảm thời gian chờ, tăng trải nghiệm người bệnh, giảm sự cố y khoa, cải cách hành chính, ứng dụng CNTT, nâng cao năng lực KCB và quản lý bệnh mãn tính, phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT. Tuy nhiên, các mục tiêu chưa bao quát kiểm soát nhiễm khuẩn hoặc đào tạo nhân sự. Một số nghiên cứu cho thấy khi các bệnh viện thiếu các mục tiêu về kiểm soát nhiễm khuẩn [132] và đào tạo nhân lực y [121], [110],[89] sẽ gây tác động đến chất lượng dịch vụ y tế, trải nghiệm người bệnh.

Hoạt động cải tiến tại khoa Khám bệnh. Hoạt động cải tiến bao gồm phương pháp 5S, cải tiến quy trình KCB, ứng dụng CNTT, nâng cao năng lực chuyên môn, truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện cơ sở vật chất, làm việc nhóm và giám sát phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT. Tuy nhiên, tỷ lệ thấp ở CNTT và năng lực chuyên môn, ảnh hưởng thời gian chờ với 21,05% đạt <30 phút và trải nghiệm người bệnh 4,02/5. Theo tác giả Vasanthan tại Ấn Độ ghi nhận ứng dụng CNTT thấp làm giảm hiệu quả quản lý quy trình [127]. Theo Bitton và cộng sự báo cáo thiếu đào tạo Lean giảm cải tiến liên tục [89]. Nghiên cứu của Tobaiqy năm 2024 tại Saudi Arabia ghi nhận thiếu làm việc nhóm giảm hiệu quả QLCL [128].

Tóm lại, quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh đạt một số tiến bộ với tập huấn 5S và hợp QLCL, nhưng thiếu hội thảo, tập huấn Lean/TQM/PDCA, và CNTT hạn chế cải tiến liên tục.

4.1.3. Tình hình quản lý theo quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận

4.1.3.1. Cam kết của lãnh đạo trong quản lý chất lượng toàn diện

Kết quả nghiên cứu tại 19 bệnh viện cho thấy điểm trung bình TQM chung đạt $4,04 \pm 0,49$, phản ánh mức độ triển khai quản lý chất lượng toàn diện ở mức khá. Trong đó, thành phần “Cam kết của lãnh đạo” đạt $4,09 \pm 0,57$, cao nhất trong năm câu phần, cho thấy lãnh đạo các bệnh viện đã nhận thức được tầm quan trọng của chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực khám chữa bệnh. Tuy nhiên, khi phân tích sâu, tỷ lệ bệnh viện có Ban Giám đốc tham gia ≥ 9 cuộc họp QLCL/năm chỉ đạt 26,3%, và 21,05% chưa ban hành quy trình chất lượng mới trong năm. Số liệu này phản ánh rằng cam kết của lãnh đạo còn mang tính hành chính, chưa đi vào vận hành cụ thể tại khoa Khám bệnh – nơi có lưu lượng người bệnh lớn nhất.

Theo mô hình của Deming (1986), cam kết lãnh đạo là nền tảng của “vòng tròn PDCA” – yếu tố khởi đầu và cũng là động lực duy trì cải tiến liên tục. Thiếu sự cam kết từ lãnh đạo khiến các hoạt động cải tiến chỉ diễn ra theo đợt, thiếu chiều sâu, khó duy trì tính bền vững. Kết quả nghiên cứu của Langlois và cộng sự (2020) tại các nước thu nhập trung bình cho thấy, các bệnh viện có sự tham gia trực tiếp của lãnh đạo trong họp QLCL ít nhất 1 lần/tháng có khả năng cải thiện 40% các chỉ số an toàn người bệnh và giảm 30% sai sót y khoa [101].

So sánh với kết quả này, tỷ lệ lãnh đạo tham gia trực tiếp tại các bệnh viện tuyến quận TP.HCM còn thấp, cho thấy khoảng cách trong nhận thức và hành động giữa cấp quản lý và nhân viên tuyến cơ sở. Một số nghiên cứu trong nước, như của Thạch Phương Nhung (2020), cũng nhấn mạnh vai trò của lãnh đạo trong việc xây dựng văn hóa chất lượng bệnh viện [121]. Khi lãnh đạo tham gia sâu, đội ngũ nhân viên sẽ được định hướng rõ mục tiêu, tăng tính cam kết và khả năng phối hợp.

Ngoài ra, yếu tố “cấu trúc tổ chức” cũng ảnh hưởng mạnh đến khả năng thực thi cam kết. Khoảng 36,8% bệnh viện trong nghiên cứu không có phòng Quản lý chất lượng, và 47,4% thiếu nhân sự chuyên trách, dẫn đến việc phân tán trách nhiệm, thiếu cơ chế giám sát và phản hồi. Theo Donabedian (1980), đây là yếu tố “cấu trúc” – câu phần nền tảng của hệ thống QLCL, ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình và kết quả chăm

sóc [38]. Phân tích yếu tố ảnh hưởng cho thấy, điểm TQM có xu hướng cao hơn ở nhóm lãnh đạo và điều dưỡng trưởng ($p < 0,05$), chứng tỏ vị trí công tác có ảnh hưởng đến nhận thức về chất lượng. Nhóm nhân viên có thâm niên > 10 năm cũng có điểm TQM trung bình cao hơn (4,12 so với 3,93), thể hiện vai trò của kinh nghiệm tích lũy trong thực hành QLCL.

Như vậy, để nâng cao hiệu quả TQM tại các bệnh viện tuyến quận, cần củng cố cơ cấu tổ chức QLCL, đảm bảo sự hiện diện của phòng QLCL độc lập, tăng cường phân cấp trách nhiệm, và duy trì sự cam kết của lãnh đạo thông qua họp định kỳ, giám sát nội bộ và cơ chế thưởng – phạt minh bạch.

4.1.3.2. Làm việc nhóm và sự tham gia của nhân viên

TQM đề cao vai trò của sự phối hợp đa ngành và làm việc nhóm – yếu tố “Quá trình” cốt lõi trong mô hình Donabedian. Kết quả nghiên cứu cho thấy, mặc dù 84,21% bệnh viện có triển khai tập huấn 5S, nhưng tỷ lệ tổ chức hội thảo, thảo luận nhóm và làm việc nhóm chuyên đề còn thấp (chỉ 21,05% thực hiện định kỳ). Điều này cho thấy hoạt động cải tiến chất lượng chưa trở thành sinh hoạt thường xuyên trong môi trường khoa Khám bệnh.

Theo kết quả khảo sát ý kiến của 537 nhân viên y tế, điểm TQM trung bình đạt 4,04/5, nhưng lĩnh vực “cải tiến liên tục” và “đào tạo” chỉ đạt 3,98–4,02, thấp nhất trong các thành phần. Điều này phản ánh hạn chế trong việc huy động sự tham gia và tương tác nhóm giữa nhân viên. Các khoa Khám bệnh tuyến quận thường có số lượt khám trung bình 1920 lượt/ngày, trung bình 48,6 ca/BS/ngày, riêng Nội khoa đạt 69,3 ca/BS/ngày, vượt ngưỡng Thông tư 15/2018/TT-BYT. Áp lực công việc lớn khiến nhân viên khó dành thời gian cho sinh hoạt nhóm, thảo luận sự cố hay đề xuất sáng kiến. Các nghiên cứu quốc tế cũng cố phát hiện này như nghiên cứu của tác giả Tobaiqy (2024) chỉ ra rằng thiếu làm việc nhóm làm giảm hiệu quả QLCL và tăng tỷ lệ sai sót y khoa [128]; Bitton (2020) cho thấy các nhóm liên chuyên khoa triển khai PDCA có khả năng giảm thời gian chờ người bệnh [89].

Phân tích đa biến cho thấy, nhân viên có thời gian công tác ≥ 5 năm và được tham gia đào tạo QLCL trong 2 năm gần nhất có điểm làm việc nhóm cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Điều này củng cố luận điểm rằng năng lực và kinh nghiệm

tích lũy là điều kiện thúc đẩy tinh thần hợp tác trong QLCL [93]. Trong bối cảnh các bệnh viện tuyến quận/huyện TP.HCM, sự thiếu hụt nhân lực (47,4% thiếu nhân sự QLCL; 21% nhân viên kiêm nhiệm) làm giảm khả năng phối hợp nhóm hiệu quả. Nhiều nhân viên tại khoa Khám bệnh không được phân bổ thời gian để tham gia nhóm cải tiến, khiến hoạt động QLCL trở nên “trên giấy tờ” thay vì gắn kết thực tế công việc hàng ngày.

Theo mô hình TQM, làm việc nhóm là một trụ cột để phát triển “văn hóa chất lượng”. Ở khoa Khám bệnh – nơi quy trình đón tiếp, khám, xét nghiệm, thanh toán liên quan nhiều bộ phận – tính phối hợp là yếu tố sống còn. Vì vậy, khoa Khám bệnh cần được trao quyền tự chủ nhiều hơn trong triển khai các nhóm cải tiến nhỏ, có cơ chế ghi nhận sáng kiến và phản hồi nhanh giữa nhân viên – lãnh đạo. Khi đó, TQM mới thật sự chuyển từ “cải tiến hành chính” sang “cải tiến văn hóa”.

4.1.3.3. Đào tạo và phát triển năng lực nhân viên khoa Khám bệnh

Hoạt động đào tạo và phát triển năng lực là một trong những yếu tố trọng tâm của quản lý chất lượng toàn diện (TQM), giúp hình thành năng lực cải tiến liên tục và tạo nền tảng cho văn hóa chất lượng bền vững trong bệnh viện. Kết quả nghiên cứu tại 19 bệnh viện cho thấy điểm trung bình câu phần “Đào tạo và huấn luyện” đạt $4,02 \pm 0,55$, thấp thứ hai trong năm câu phần TQM. Tỷ lệ bệnh viện tổ chức hội thảo hoặc tập huấn QLCL định kỳ chỉ đạt 21,05%, trong khi 78,95% chưa có kế hoạch đào tạo chuyên sâu cho khoa Khám bệnh. Đây là một hạn chế quan trọng, bởi theo Thông tư 19/2013/TT-BYT, các bệnh viện cần triển khai đào tạo định kỳ nhằm nâng cao năng lực quản lý và duy trì cải tiến chất lượng. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu định tính cho thấy phần lớn hoạt động đào tạo hiện nay chủ yếu là lý thuyết, chưa gắn liền với thực hành nhóm nhỏ hoặc phản hồi thực tế tại nơi làm việc. Nhân viên khoa Khám bệnh – đối tượng trực tiếp tiếp xúc với người bệnh – vẫn thiếu cơ hội tham gia các khóa học được thiết kế theo hướng On-the-job training (OJT) – Đào tạo tại chỗ, hoặc Problem-based learning (PBL) – Học dựa trên vấn đề.

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, nhân viên đã tham gia đào tạo QLCL trong 12 tháng gần nhất có điểm TQM trung bình cao hơn 0,25 điểm ($p < 0,001$) so với nhóm chưa được đào tạo. Ngoài ra, điểm “đào tạo” có tương quan thuận mạnh với

điểm “cải tiến liên tục” ($r = 0,64$; $p < 0,01$), chứng minh vai trò của năng lực học tập trong việc duy trì cải tiến.

So sánh với kinh nghiệm quốc tế, nghiên cứu của Lim và cộng sự (2023) tại Singapore cho thấy các chương trình đào tạo nhân viên y tế theo hướng “Lấy người bệnh làm trung tâm” đã giúp tăng đáng kể điểm thuộc tính “Lấy người bệnh làm trung tâm” của nhân viên chỉ sau 3 tháng triển khai, đặc biệt ở năng lực phối hợp liên ngành và giao tiếp đồng cảm với người bệnh – hai năng lực cốt lõi của TQM trong môi trường khám ngoại trú. Mô hình này nhấn mạnh việc huấn luyện tại chỗ (OTJ), dựa trên tình huống thật, có đo lường trước và sau khóa học, với kết quả hồi quy cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa cải thiện thuộc tính “Lấy người bệnh làm trung tâm” và tăng hài lòng người bệnh ($\beta = 0,79$; $p < 0,001$) [122].

Những bằng chứng này củng cố nhận định rằng việc đổi mới hoạt động đào tạo tại khoa Khám bệnh không chỉ nhằm cập nhật kiến thức, mà còn phải phát triển kỹ năng phục vụ và năng lực lấy người bệnh làm trung tâm. Do đó, cần thiết kế mô hình đào tạo đa tầng, gồm:

(1) Tập huấn lý thuyết ngắn hạn về TQM, Lean, PDCA và chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, áp dụng cho toàn bộ nhân viên khoa Khám bệnh.

(2) Huấn luyện tại chỗ (on-the-job training) theo nhóm nhỏ, gắn với tình huống thực tế trong quy trình đón tiếp, khám, tư vấn, nhằm tăng tính phản xạ và kỹ năng giao tiếp.

(3) Thảo luận nhóm phản hồi (feedback sessions) sau mỗi chu kỳ PDCA, giúp nhân viên học tập liên tục từ chính trải nghiệm của mình.

Việc kết hợp ba hình thức trên không chỉ khắc phục hạn chế đào tạo hình thức mà còn thúc đẩy hình thành “tổ chức học tập” (learning organization) – nơi mọi thành viên đều là tác nhân cải tiến. Nghiên cứu của Trần Thị Hồng Lê (2024) cũng cho thấy năng lực cải tiến của nhân viên khoa Khám bệnh tăng đáng kể sau các can thiệp đào tạo gắn thực hành [136].

Tóm lại, hoạt động đào tạo tại khoa Khám bệnh cần được xem là chiến lược trọng tâm trong triển khai TQM, vừa giúp củng cố kỹ năng chuyên môn, vừa nâng cao chất lượng giao tiếp và trải nghiệm người bệnh – những yếu tố cốt lõi phản ánh

hiệu quả quản lý chất lượng toàn diện trong bối cảnh bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh.

4.1.3.4. Lấy người bệnh làm trung tâm

Kết quả nghiên cứu tại 19 khoa Khám bệnh của các bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy điểm trung bình trải nghiệm người bệnh đạt $4,02 \pm 0,54$, với 89,4% người bệnh đánh giá ở mức tốt và rất tốt, phản ánh mức độ hài lòng tương đối cao nhưng chưa đồng đều giữa các khâu trong quy trình khám bệnh. Phân tích sâu cho thấy nhóm “sau khi khám” có điểm cao nhất (4,21 điểm), trong khi nhóm “trong khi khám chữa bệnh” có điểm thấp hơn (3,97 điểm), đặc biệt ở các tiêu chí “thái độ điều dưỡng” và “thời gian chờ đợi”, chỉ đạt khoảng 73%. Đây là những điểm nghẽn phổ biến tại khoa Khám bệnh, nơi có lưu lượng người bệnh lớn và quy trình hành chính nhiều tầng nấc, ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh khi sử dụng dịch vụ. Kết quả phỏng vấn sâu cũng chỉ ra rằng một bộ phận nhân viên y tế còn thiếu kỹ năng lắng nghe, giao tiếp đồng cảm và giải thích dễ hiểu, đặc biệt với nhóm người bệnh cao tuổi hoặc có trình độ học vấn thấp, cho thấy văn hóa phục vụ vẫn thiên về kỹ thuật – hành chính hơn là dịch vụ – trải nghiệm.

Phân tích hồi quy đa cấp Bayesian xác định một số yếu tố cá nhân và hệ thống ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến điểm trải nghiệm, trong đó giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng bảo hiểm y tế (BHYT) là các biến quan trọng. Người bệnh nữ có xu hướng đánh giá cao hơn ($\beta = 0,13$; KTC95%: 0,06–0,20), trong khi người có trình độ học vấn cao thường khắt khe hơn với chất lượng dịch vụ ($\beta = -0,11$; $p < 0,05$). Đáng chú ý, nhóm người bệnh có BHYT đánh giá thấp hơn nhóm không BHYT, chủ yếu do thời gian chờ đợi dài và quy trình thanh toán phức tạp. Ngoài ra, người bệnh lớn tuổi và thu nhập thấp có điểm hài lòng cao hơn, có thể do kỳ vọng thấp hơn và thói quen tin tưởng nhân viên y tế. Mối tương quan giữa điểm TQM tổng thể và điểm trải nghiệm người bệnh đạt $r = 0,68$ ($p < 0,01$), đặc biệt mạnh ở hai câu phần “đào tạo” và “cải tiến liên tục”, cho thấy việc đầu tư vào năng lực nhân viên và hệ thống cải tiến có ảnh hưởng trực tiếp đến cảm nhận của người bệnh.

Dưới góc độ lý thuyết, nguyên lý “lấy người bệnh làm trung tâm” trong mô hình TQM gắn chặt với cách tiếp cận Donabedian, nhấn mạnh mối liên hệ giữa cấu trúc – quá trình – kết quả [38]. Trong đó, “cấu trúc” bao gồm nhân lực, cơ sở vật chất và quy trình tổ chức; “quá trình” là toàn bộ hoạt động khám – tư vấn – điều trị – phản hồi; và “kết quả” thể hiện qua sự hài lòng, trải nghiệm, lòng trung thành của người bệnh. Điểm yếu của “quá trình” (như thời gian chờ, giao tiếp, hướng dẫn sau khám chưa đầy đủ) đã trực tiếp làm suy giảm “kết quả” là mức độ hài lòng. Ở chiều ngược lại, việc cải thiện “cấu trúc” như đào tạo kỹ năng giao tiếp, chuẩn hóa quy trình tiếp nhận và tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin sẽ góp phần cải thiện “quá trình” và “kết quả” đồng thời.

So sánh quốc tế, nghiên cứu của Lim và cộng sự (2023) tại Singapore cho thấy sau 3 tháng áp dụng mô hình đào tạo nhân viên theo hướng “lấy người bệnh làm trung tâm” điểm thuộc tính của nhân viên tăng đáng kể, đặc biệt ở năng lực đồng cảm và phối hợp liên ngành, với hệ số hồi quy $\beta = 0,79$ ($p < 0,001$), đồng thời làm tăng đáng kể chỉ số hài lòng người bệnh. Kinh nghiệm này gợi ý rằng việc triển khai đào tạo tại chỗ và thảo luận nhóm ở khoa Khám bệnh Việt Nam có thể đem lại hiệu quả tương tự nếu được hệ thống hóa và có đánh giá trước – sau. Trong bối cảnh Việt Nam, Bộ Y tế cũng đã cụ thể hóa yêu cầu này qua Bộ 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện (Quyết định 6858/QĐ-BYT, 2016), trong đó các tiêu chí A1–A4 về “lấy người bệnh làm trung tâm” và C1.2 về “đánh giá sự hài lòng người bệnh” là nội dung bắt buộc để duy trì hệ thống quản lý chất lượng.

Như vậy, kết quả nghiên cứu này không chỉ cho thấy mức độ hài lòng tương đối cao của người bệnh mà còn chỉ ra khoảng trống trong giao tiếp, quy trình và thời gian phục vụ, vốn là các khâu cốt lõi trong nguyên lý TQM. Để nâng cao chất lượng khám ngoại trú, cần thực hiện đồng bộ các giải pháp: chuẩn hóa quy trình tiếp nhận – hẹn khám – trả kết quả nhằm rút ngắn thời gian chờ; tổ chức đào tạo kỹ năng “lấy người bệnh làm trung tâm” cho nhân viên với đánh giá trước/sau khóa học; triển khai cơ chế phản hồi thường xuyên của người bệnh và tích hợp kết quả này vào hệ thống KPI khoa Khám bệnh; đồng thời xây dựng văn hóa phục vụ hướng đến sự đồng kiến tạo giữa người bệnh và nhân viên y tế. Việc thực hiện nghiêm túc các giải pháp này không

chỉ cải thiện trải nghiệm người bệnh mà còn củng cố nền tảng của quản lý chất lượng toàn diện, góp phần xây dựng mô hình khoa Khám bệnh hiện đại, hiệu quả và nhân văn hơn trong hệ thống bệnh viện tuyến quận, TP. Hồ Chí Minh.

4.1.3.5. Cải tiến chất lượng liên tục tại khoa Khám bệnh

Yếu tố “Cải tiến liên tục” có điểm trung bình $3,98 \pm 0,54$, thấp nhất trong 5 thành phần TQM, cho thấy hoạt động cải tiến tại khoa Khám bệnh chưa được duy trì thường xuyên. Mặc dù 84,21% bệnh viện có triển khai 5S, nhưng chỉ 21,05% tổ chức hội thảo hoặc chia sẻ kinh nghiệm cải tiến. Điều này phản ánh rằng mặc dù các bệnh viện đã quan tâm đến cải tiến chất lượng, song việc triển khai thực tế còn hạn chế, thiếu tính hệ thống và chưa thực sự trở thành văn hóa tổ chức.

Phân tích định tính cho thấy hầu hết các khoa Khám bệnh đều xây dựng mục tiêu cải tiến chất lượng hàng năm (63,2%), nhưng hoạt động giám sát, đánh giá và phản hồi kết quả còn mang tính hành chính. Các chu trình PDCA mới dừng ở mức lập kế hoạch và thực hiện, trong khi các bước “Kiểm tra” và “Hành động điều chỉnh” chưa được duy trì đều đặn. Nhân viên y tế ít khi được tham gia trực tiếp vào các nhóm chất lượng hoặc phản hồi sau can thiệp. Một số khoa có sáng kiến nhỏ về cải tiến quy trình đăng ký, phân luồng người bệnh, song chưa được tổng kết và nhân rộng. Điều này phù hợp với nhận định của Deming (1986) rằng nếu không có phản hồi và học tập tổ chức, PDCA chỉ tồn tại hình thức.

Các bệnh viện chưa ứng dụng mạnh CNTT trong theo dõi chỉ số chất lượng (chỉ 10,5% có phần mềm QLCL, 15,8% dùng bảng theo dõi điện tử). Trong khi đó, nghiên cứu của Vasanthan (2022) chứng minh việc áp dụng hệ thống E-Quality Dashboard giúp tăng hiệu quả cải tiến trong 12 tháng [127].

Do đó, khoa Khám bệnh cần thiết lập vòng PDCA nội khoa định kỳ, có sự tham gia của phòng QLCL và Ban giám đốc, đồng thời sử dụng bảng theo dõi chỉ số trực tuyến để phát hiện sai sót sớm. Quan trọng hơn, cần hình thành văn hóa cải tiến liên tục – nơi mỗi nhân viên có quyền phát hiện vấn đề và đề xuất giải pháp mà không sợ bị quy trách nhiệm.

4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

4.2.1. Kết quả tổ chức quản lý can thiệp tại khoa Khám bệnh theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện trước và sau can thiệp

Theo kết quả thống kê về tình hình nhân sự của các phòng chức năng Bệnh viện can thiệp, số lượng nhân sự trong lĩnh vực Quản lý chất lượng thấp hơn so với hai lĩnh vực còn lại. Điều này có thể phản ánh rằng công tác quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh ngoại trú chưa được ưu tiên đầu tư nhân lực đầy đủ. Trong bối cảnh nghiên cứu can thiệp nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ, số lượng nhân sự hạn chế có thể là một thách thức, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ với các bộ phận khác như Kế hoạch tổng hợp và Công tác xã hội để đảm bảo hiệu quả.

Nhân lực cơ hữu tại khoa Khám bệnh gồm 13 người với trình độ cao, 100% đạt đại học trở lên và 84,6% sau đại học và chuyên môn đạt đại học cho bệnh viện hạng II. Cơ cấu 38,5% bác sĩ và 61,5% điều dưỡng, tuổi trung bình $39,7 \pm 8,9$, đảm bảo kinh nghiệm và năng lực chuyên môn, hỗ trợ hiệu quả KBCB ngoại trú. Tổng 85 bác sĩ luân phiên, chuyên khoa Nội chiếm 30,6% với 26 bác sĩ, phù hợp nhu cầu KBCB chính. Các phòng chức năng như Kế hoạch tổng hợp có 17 người với 52,9% bác sĩ, Quản lý chất lượng 7 người chú trọng tổ 5S và an toàn người bệnh, Công tác xã hội 17 người hướng đến chăm sóc khách hàng và truyền thông, phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT về tổ chức QLCL. Cơ sở vật chất đạt chuẩn ở phòng phát số 48 m², chờ đợi khám theo TCVN 4470:2012, phòng khám Nội từ 9 đến 12 m²/chỗ, sơ cứu từ 15 đến 18 m², Thần kinh từ 12 đến 15 m²/chỗ, Da liễu từ 12 đến 15 m²/chỗ, phòng điều trị Da liễu từ 9 đến 12 m²/chỗ, Đông y 12 m²/chỗ, châm cứu 12 m²/chỗ, Ngoại từ 9 đến 12 m²/chỗ, thủ thuật Ngoại từ 24 đến 30 m²/chỗ, chuẩn bị dụng cụ Ngoại từ 9 đến 12 m²/chỗ, Nhi thường từ 9 đến 12 m²/chỗ, đáp ứng Quyết định 3621/QĐ-BKHCN năm 2012 và TCVN 4470:2012, hỗ trợ phân luồng người bệnh ngoại trú tốt. Thiết bị y tế cơ bản đạt 100% với 24 loại, vượt số lượng tối thiểu như ghế chờ 20 vượt 10, tủ hồ sơ 3 vượt 1 theo Thông tư 14/2013/TT-BYT, đảm bảo chẩn đoán

nhanh. Quản lý được hiệu quả với 1098 toa/ngày, đúng phác đồ 98%, cấp phát 2.196 đơn vị thuốc (2 loại/toa) sau can thiệp, đáp ứng Thông tư 23/2011/TT-BYT.

Tỷ lệ bác sĩ/lượt KCB 0,033, tỷ lệ bệnh/bác sĩ 30,2 thấp hơn so với Thông tư 19/2013/TT-BYT (0,014-0,02 BS/lượt, 50-70 bệnh/BS/ngày), với chuyên khoa Nội là 68 ca/BS vượt Thông tư 15/2018/TT-BYT (65 ca/ngày). Chuyên ngành Phụ khoa thiếu, hạn chế KBCB chuyên sâu. Quản lý chất lượng có 7 người (bác sĩ 14,3%), tương đồng với mức chung sau khảo sát 19 bệnh viện tuyến quận, Công tác xã hội thiếu bác sĩ 0%, nhân sự “khác” 70,6%. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân ghi nhận thiếu nhân sự chuyên trách giảm KCB 30% [29]. Cơ sở vật chất không đạt ở thủ tục-thanh toán 16 m² dưới 36 m², vệ sinh 12 m² dưới 24 m²/khu x 2 khu, Da liễu, Đông y, châm cứu 9 m² dưới 12-15 m²/chỗ, thiếu phòng nhi truyền nhiễm riêng, hạn chế phân luồng khi quá tải. Theo tác giả Prinja báo cáo không gian dưới chuẩn giảm hiệu quả KCB 20% [132]. Thiết bị chuyên sâu thiếu như CT-Scanner 64-128 lát 10,5%, không đáp ứng Thông tư 08/2019/TT-BYT. Theo nghiên cứu của Vasanthan ghi nhận thiếu thiết bị chuyên sâu giảm hiệu quả 25% [127]. Quản lý được trước can thiệp 93,2% đúng phác đồ, cần tiếp tục chuẩn hóa Y học cổ truyền 88,0%. Theo Tobaiqy báo cáo thiếu phác đồ chuẩn hóa tăng sai sót 20% [128].

Hoạt động can thiệp Quản lý chất lượng toàn diện. Hoạt động can thiệp Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh của bệnh viện can thiệp đã mang lại những kết quả tích cực, không chỉ nâng cao năng lực vận hành mà còn củng cố văn hóa chất lượng bền vững, góp phần cải thiện trải nghiệm người bệnh và hiệu quả dịch vụ y tế tổng thể. Cam kết từ lãnh đạo bệnh viện được thể hiện rõ nét qua việc Ban giám đốc tham gia 10 cuộc họp quản lý chất lượng trong năm, duy trì tần suất tiếp công dân bốn lần mỗi năm, từ đó nâng mức hài lòng của nhân viên y tế từ 85% lên 89% trong năm 2024, kèm theo kế hoạch cụ thể chống suy kiệt tâm thần cho nhân viên y tế. Làm việc nhóm diễn ra hiệu quả thông qua việc thành lập nhóm năm nhân viên y tế, sử dụng phương pháp động não để xác định vấn đề ưu tiên như thiếu kiến thức quản lý chất lượng, từ đó đề xuất các giải pháp cụ thể bao gồm đào tạo chuyên sâu, triển khai thanh toán không dùng tiền mặt qua QR-code, và lắp đặt trạm sạc điện thoại. Chương trình đào tạo được triển khai đa dạng, bao gồm mã hóa bệnh tật theo

ICD-10, an toàn tiêm chủng, phương pháp 5S, PDCA, kỹ năng giao tiếp, và nghiên cứu khoa học, với khảo sát trước-sau vào tháng 1 và tháng 12 năm 2024, cùng khóa “Cập nhật kiến thức quản trị bệnh viện” nhằm nâng cao năng lực nhân viên y tế, hoàn toàn phù hợp với yêu cầu của Thông tư 19/2013/TT-BYT. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Quân (2019) về mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng tại Bệnh viện quận Thủ Đức, việc áp dụng PDCA và đào tạo liên tục nâng cao năng lực nhân viên y tế lên 28% [19]. Yếu tố "lấy người bệnh làm trung tâm" đạt hiệu quả cao với tỷ lệ xử lý phản hồi 100%, tuân thủ phác đồ điều trị 95%, bình toa thuốc hàng tháng, duy trì phòng khám Tâm thần kinh với 1.906 lượt khám, tiếp nhận 13 hồ sơ qua cổng dịch vụ công, và ghi nhận 26 lượt ý kiến qua đa dạng kênh, từ đó nâng điểm trải nghiệm người bệnh lên 4,02 trên 5. Yếu tố "Cải tiến liên tục" được cụ thể hóa qua việc triển khai thanh toán QR-code từ quý IV năm 2024 và trạm sạc điện thoại từ quý II năm 2024, giải quyết trực tiếp các vấn đề ưu tiên. Nghiên cứu của Vasanthan và cộng sự năm 2024 ghi nhận cải tiến công nghệ thông tin tăng hiệu quả khám chữa bệnh [127].

Tóm lại, tình hình nhân lực, cơ sở vật chất, thiết bị, và quản lý được tại khoa Khám bệnh của bệnh viện can thiệp đạt tốt ở chuyên môn cao và quy trình cơ bản, nhưng hạn chế ở quá tải, thiếu chuyên sâu, và cơ sở vật chất còn hạn chế, ảnh hưởng hiệu quả KBCB. Hoạt động can thiệp TQM đạt cam kết lãnh đạo, làm việc nhóm, đào tạo, lấy người bệnh làm trung tâm, và cải tiến liên tục, nhưng cần tăng tần suất đào tạo, mở rộng CNTT, và đánh giá định kỳ để nâng trải nghiệm người bệnh, cải thiện hiệu quả quản lý chất lượng.

4.2.2. Kết quả quản lý chất lượng theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh theo đánh giá của nhân viên y tế

Chiến lược quản lý chất lượng bệnh viện đã thay đổi trong những thập kỷ qua. Đặc biệt, toàn cầu hóa đã làm gia tăng sự cạnh tranh trong lĩnh vực sản xuất, dịch vụ, và cả trong lĩnh vực y tế [97]. Cạnh tranh hiện nay được coi là thách thức hơn bất kỳ thời điểm nào trước đây [97],[100]. Một cách tiếp cận mà các tổ chức có thể áp dụng để tăng tính cạnh tranh là tái cấu trúc hoạt động, văn hóa và áp dụng các hệ thống tập trung vào khách hàng để cung cấp chất lượng và đáp ứng sự hài lòng của khách hàng [99]. Do đó, khả năng cung cấp chất lượng dịch vụ cho khách hàng là chìa khóa để các tổ chức tồn tại và cạnh tranh toàn cầu. Việc triển khai các chiến lược chất lượng như Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) là một trong những cách thức mà các tổ chức lựa chọn áp dụng cung cấp dịch vụ chất lượng cho người tiêu dùng, đặc biệt TQM còn đang được chú trọng áp dụng vào lĩnh vực y tế trong những năm gần đây [97],[100],[140],[102]. Kết quả cho thấy sự thay đổi khác biệt về điểm số TQM giữa hai nhóm trước và sau can thiệp (tháng 1/2024 đến tháng 12/2024), với các nội dung đánh giá bao gồm: cam kết của lãnh đạo, lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm, đào tạo và huấn luyện, cải tiến chất lượng liên tục, làm việc nhóm, và tổng chung. Can thiệp TQM cải thiện đáng kể nhận thức và thực hành của nhân viên y tế tại khoa Khám bệnh, với điểm trung bình TQM tăng và tỷ lệ đạt 75,9–90,7%.

Cam kết của lãnh đạo. từ các hoạt động can thiệp thực tế cho thấy cam kết lãnh đạo tại khoa Khám bệnh được thể hiện sâu sắc qua việc tham gia 10 cuộc họp quản lý chất lượng trong năm, duy trì tiếp công dân 4 lần/năm, nâng hài lòng NVYT từ 85% lên 89% năm 2024, với kế hoạch chống suy kiệt tâm thần NVYT, phản ánh vai trò dẫn dắt văn hóa chất lượng. Điều này phù hợp nguyên tắc TQM, nơi lãnh đạo thúc đẩy trách nhiệm xã hội, góp phần tăng tỷ lệ đạt điểm quản lý chất lượng qua đánh giá của NVYT. Ý kiến NVYT như phó GD chuyên môn thường xuyên nhắc nhở và hỏi báo cáo tiến độ trong giao ban hàng tháng, cho thấy lãnh đạo duy trì động lực, nhưng để bền vững, cần các buổi họp định kỳ và tài liệu hướng dẫn. Tác giả Mosadeghrad nhấn mạnh thiếu cam kết lãnh đạo khiến TQM thất bại 30% [72], trong khi Anam Parand ghi nhận cam kết qua họp định kỳ tăng an toàn người bệnh 25% [68], hỗ trợ

cho kết quả nâng trách nhiệm xã hội. Nhóm đối chứng ổn định cho thấy TQM chưa tác động mạnh do thời gian ngắn, thiếu chiến lược truyền thông, khích lệ.

Làm việc nhóm. Can thiệp TQM cải thiện đáng kể hiệu quả làm việc nhóm, với hệ số DiD dao động từ 0,84 đến 1,34 ($p < 0,01$). Tỷ lệ mức đạt tăng rõ rệt ở nhóm can thiệp, đặc biệt ở "Quy trình làm việc cần được xây dựng và phát triển thông qua làm việc nhóm", 72,2% tăng 90,7% và "Các vấn đề tại khoa/phòng được giải quyết hiệu quả thông qua tinh thần làm việc nhóm", 61,1% tăng 83,3%, DiD = 1,34, $p < 0,01$. Ngược lại, nhóm chứng giảm nhẹ (58,9–73,3% → 55,6–71,1%). Kết quả này cho thấy TQM thúc đẩy tinh thần đồng đội trong môi trường áp lực cao, nơi cấu trúc phân cấp (bác sĩ, y tá, nhân viên hỗ trợ) thường cản trở hợp tác. Bệnh viện nên tiếp tục tổ chức các hội thảo nhóm, phân công nhiệm vụ rõ ràng, và xây dựng quy trình làm việc tập thể để duy trì tinh thần đồng đội. Theo tác giả Emidia Vagnoni và Andrea Chiarini ghi nhận làm việc nhóm trong TQM nâng hiệu quả 25% [86], phù hợp kết quả. Tương tự nghiên cứu của Mason báo cáo Lean qua nhóm giảm lỗi 30% [73], củng cố DiD cao. Trong bối cảnh khoa khám bệnh, nơi áp lực công việc cao và cấu trúc phân cấp (bác sĩ, y tá, nhân viên hỗ trợ) thường cản trở sự hợp tác, TQM đã triển khai bước đầu các hoạt động như hội thảo nhóm hoặc các hoạt động làm việc tập thể, giúp tăng cường tinh thần đồng đội.

Đào tạo và huấn luyện. Can thiệp TQM cải thiện đáng kể nhận thức và thực hành về đào tạo, với hệ số DiD dao động từ 0,79 đến 1,22 ($p < 0,01$). Tỷ lệ đạt tăng rõ rệt ở nhóm can thiệp, đặc biệt ở "Hiệu quả của các lớp đào tạo, tập huấn giúp cải thiện hiệu suất công việc", 68,5% → 90,7% và "Hầu hết các hoạt động đào tạo nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ y tế", 72,2% → 83,3%, DiD = 1,22, $p < 0,01$. Ngược lại, nhóm chứng giảm nhẹ (61,1–70,0% → 58,9–67,8%). Chương trình đa dạng (ICD-10, an toàn tiêm chủng, 5S, PDCA, giao tiếp) và khóa "Cập nhật kiến thức quản trị bệnh viện" nâng năng lực, phù hợp nguyên tắc TQM nhấn mạnh đào tạo liên tục. Bệnh viện nên duy trì để đáp ứng kỳ vọng tăng cao sau can thiệp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Nguyên và cộng sự (2022) ghi nhận đào tạo 5S nâng kiến thức 25% [23]. Tác giả Vituri DW báo cáo TQM qua đào tạo tăng thực hành 30% [74], củng cố DiD cao. Hiệu quả này phù hợp với nguyên tắc TQM, nhấn mạnh đào tạo liên tục để

nâng cao năng lực. Các chương trình đào tạo (như kỹ năng giao tiếp, quản lý thời gian, hoặc sử dụng công nghệ y tế) được thiết kế phù hợp, giúp nhân viên y tế cải thiện nhận thức và thực hành.

Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm. Can thiệp TQM đạt hiệu quả cao nhất trong nhóm này, với hệ số DiD dao động từ 0,91 đến 1,37. Tỷ lệ đạt tăng rõ rệt ở nhóm can thiệp, đặc biệt ở "Ban giám đốc và phòng ban liên quan đề ra các hoạt động thiết thực để cải tiến dịch vụ", 70,4% → 75,9% và "Sử dụng công cụ như bảng câu hỏi để biết mức độ hài lòng của người bệnh", 68,5% → 83,3%, DiD = 1,37, $p < 0,01$. Ngược lại, nhóm chứng giảm nhẹ (66,7–75,6% → 64,4–73,3%). Kết quả này nhấn mạnh rằng TQM đã nâng cao nhận thức và thực hành tập trung vào người bệnh, một trụ cột cốt lõi của TQM. Các hoạt động như sử dụng bảng câu hỏi đo lường sự hài lòng và cải tiến dịch vụ y tế đã cải thiện đáng kể trải nghiệm người bệnh. Bệnh viện nên tiếp tục triển khai các công cụ đo lường sự hài lòng và tối ưu hóa quy trình phục vụ để duy trì hiệu quả này. Kết quả phù hợp với nguyên tắc TQM, nhấn mạnh việc lấy người bệnh làm trung tâm để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

Cải tiến chất lượng liên tục. Can thiệp TQM cải thiện nhận thức về cải tiến liên tục, nhưng hiệu quả thấp nhất trong các nhóm, với hệ số DiD dao động từ 0,37 đến 1,09 ($p < 0,01$). Tỷ lệ đạt tăng mạnh ở nhóm can thiệp, đặc biệt ở "Hài lòng nhân viên", 55,6% → 83,3%, DiD = 1,09 và "Bệnh viện có đào tạo tập huấn về quản lý chất lượng toàn diện", 68,5% → 83,3%, DiD = 1,01. Tuy nhiên, "Các chính sách chất lượng rõ ràng và được toàn thể nhân viên biết đến", DiD = 0,51, $p = 0,01$ và "Ủy quyền", DiD = 0,37, $p = 0,09$ có hiệu quả thấp. Mosadeghrad (2013) xác định rào cản như thiếu nguồn lực và văn hóa phân cấp [72], phù hợp với kết quả DiD thấp. Bệnh viện cần chính sách rõ ràng và đào tạo dài hạn để nhân rộng, như nghiên cứu của S. M. Shortell và cộng sự (2021) ghi nhận cải tiến liên tục qua TQM nâng hiệu suất 25% [111], hay nghiên cứu của S E Mason (2015) báo cáo PDSA nâng hiệu quả 30% [73]. Kết quả là cơ sở nhân rộng cho các bệnh viện khác, xây dựng chính sách y tế QLCL, và ứng dụng giảng dạy đại học/sau đại học về QLCL và 5S, nhưng cần khắc phục hạn chế chính sách để đạt hiệu quả cao hơn. Theo Mosadeghrad (2014) đã xác định rào cản trong cải tiến chất lượng như thiếu nguồn lực và văn hóa phân cấp [67]. Điều này

cũng được thể hiện trong nghiên cứu, khi hiệu quả được thể hiện ở yếu tố "lấy người bệnh làm trung tâm" nhưng thiếu hiệu quả ở "cải tiến chất lượng liên tục" đã phản ánh thách thức trong khoa khám bệnh. Cải tiến liên tục đòi hỏi thay đổi văn hóa tổ chức, thường mất nhiều năm, và bị cản trở bởi áp lực công việc cao ở khoa khám bệnh.

Tổng điểm Quản lý chất lượng toàn diện. Can thiệp TQM năm 2024 tại Khoa Khám bệnh cho thấy tác động tích cực trên tất cả các nhóm nội dung, với hệ số DiD dương cho từng câu hỏi (0,37–1,46, $p < 0,05$, trừ B2, B4). Nhóm "Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm" có hiệu quả cao nhất, với DiD cao, tiếp theo là "Đào tạo" và "Làm việc theo nhóm". Tỷ lệ đạt ở nhóm can thiệp tăng mạnh (53,7–77,8% → 75,9–90,7%), trong khi nhóm chứng giảm nhẹ (50,0–75,6% → 50,0–73,3%), làm nổi bật hiệu quả can thiệp. Nhóm "Cải tiến chất lượng liên tục" có hiệu quả thấp nhất và "Cam kết của lãnh đạo" cũng cho thấy hiệu quả thấp hơn ở E33 (DiD = 0,50, $p = 0,02$). Kết quả này cho thấy TQM cải thiện đáng kể các lĩnh vực làm việc nhóm, đào tạo, và lấy người bệnh làm trung tâm, đặc biệt trong bối cảnh nhóm chứng suy giảm nhẹ. Tuy nhiên, hạn chế ở cải tiến liên tục (do thiếu chính sách rõ ràng) và một số khía cạnh cam kết của lãnh đạo cho thấy cần thời gian dài hơn và chính sách cụ thể hơn để thay đổi văn hóa tổ chức và nâng cao hiệu quả TQM.

Tóm lại, kết quả phản ánh giai đoạn đầu của TQM, yếu tố "Lấy người bệnh làm trung tâm" và "đào tạo" dễ đạt được hiệu quả sớm, trong khi "Cải tiến liên tục" và "Cam kết" đòi hỏi thời gian dài hơn và chiến lược phù hợp với bối cảnh y tế Việt Nam. Hạn chế về thời gian, quy mô mẫu, và biến kiểm soát nhấn mạnh can thiệp theo nguyên lý TQM cần triển khai dài hạn và điều chỉnh để vượt qua rào cản như áp lực công việc và văn hóa phân cấp.

4.2.3. Kết quả can thiệp trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh

4.2.3.1. Hiệu quả can thiệp tổng thể

Can thiệp TQM cải thiện vượt trội trải nghiệm người bệnh ngoại trú, với điểm số tăng từ 4,01 lên 4,74 ở mức chung đạt từ 90 đến 97% ở 46 chỉ số. Hệ số DiD dao động từ 0,27–1,27 ($p < 0,05$), với hiệu quả nổi bật trong giai đoạn trước KBCB (DiD=1,15, $p < 0,01$), đặc biệt ở các chỉ số như hướng dẫn rõ ràng (từ 71,00% lên

96,33%), khai báo y tế (từ 59,7% lên 92,00%), nhà vệ sinh tiện nghi (từ 56,7% lên 94,00%), và nhà vệ sinh sạch (từ 57,7% lên 95,67%).

Trong khi đó, nhóm đối chứng ghi nhận sự sụt giảm chất lượng, tương tự kết quả khảo sát không hài lòng người bệnh tại các bệnh viện công TP. Hồ Chí Minh [1]. Điểm số trải nghiệm người bệnh của nhóm đối chứng giảm từ tháng 01/2024 đến 12/2024 (-0,26 đơn vị), cho thấy nếu không có can thiệp TQM, trải nghiệm người bệnh có xu hướng xấu đi. Điều này có thể do các yếu tố bên ngoài như giảm chất lượng dịch vụ, tăng kỳ vọng không được đáp ứng, hoặc áp lực từ lượng người bệnh tăng (3,13 triệu ca năm 2024). Sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và đối chứng (DiD: 0,27-1,27, trung bình khoảng 0,7 điểm) tương đối ổn định qua các chỉ số.

Theo khảo sát, khoa Khám bệnh bệnh viện can thiệp bị hạn chế bởi phòng khám chuyên khoa nhỏ (9–12 m² so với 12–18 m²), khu vệ sinh chật hẹp (12 m² so với 24 m²/khu), và tỷ lệ sử dụng QR-code thấp (chỉ 4 lượt phản ánh). Các chương trình đào tạo TQM, 5S, và kỹ năng giao tiếp đã cải thiện đáng kể tư vấn bác sĩ và giao tiếp ban đầu (DiD=1,27), trong khi triển khai thanh toán QR-code nâng cao trải nghiệm thanh toán (DiD=0,91), tương tự hiệu quả TQM tại trung tâm y tế Dĩ An [22]. Tuy nhiên, nhóm nam (hệ số=-0,13, p=0,02), <40 tuổi, và nghèo (hệ số=-0,36, p<0,01) có trải nghiệm thấp hơn. Những hạn chế này xuất phát từ cơ sở vật chất chưa đáp ứng, với phòng khám và khu vệ sinh nhỏ gây bất tiện.

Hiệu quả lớn nhất ở trải nghiệm trước khi KBCB, theo sau là trong khi KBCB và sau khi KBCB, cho thấy can thiệp có tác động mạnh trong giai đoạn ban đầu. Điều này được giải thích do can thiệp tập trung vào đào tạo, tập huấn về Quản lý chất lượng toàn diện nói chung và thái độ giao tiếp của nhân viên nói riêng. Do đó hiệu quả được xác định gián tiếp thông qua đánh giá về trải nghiệm của người bệnh trong 2 giai đoạn có nhiều hoạt động giao tiếp, tương tác nhất với nhân viên y tế. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của tác giả Từ Tấn Thứ năm 2023 cho thấy sau can thiệp hài lòng của người bệnh về năng lực phục vụ của nhân viên y tế tăng từ 45,7% lên 89,3% tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An [22]. Theo tác giả Man Hung và cộng sự (2025), vấn đề giao tiếp, tư vấn về thuốc khi xuất viện hiệu quả hơn khi bệnh viện áp dụng các chiến lược để nâng cao kỹ năng giao tiếp của các

NVYT thông qua đào tạo, trao quyền cho người bệnh [141]. Nhiều nghiên cứu cho thấy thái độ, cách thức giao tiếp của nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng) tác động trực tiếp đến trải nghiệm, tuân thủ điều trị của người bệnh ngoại trú [130],[126]. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu cho thấy những thay đổi về không gian vật lý của khu vực chờ cũng có thể ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh ngoại trú [114],[139].

Hiệu quả nhỏ hơn ở giai đoạn trải nghiệm trước khi KBCB có điểm số trải nghiệm tăng, điều này cho thấy hiệu quả can thiệp nhưng mức tăng thấp hơn so với 2 giai đoạn còn lại. Kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của tác giả Từ Tấn Thử năm 2023 cho thấy sau can thiệp hài lòng của người bệnh về phương tiện hữu hình tăng từ 74,2% lên 91,3% tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An [22]. Trong khía cạnh khả năng đáp ứng, tỷ lệ người bệnh hài lòng cao là yếu tố về chỗ ngồi chờ khám tăng từ 85,7% lên 98,1% [22]. Điều này cho thấy có thể giai đoạn này phụ thuộc nhiều vào kỳ vọng ban đầu của người bệnh, khó thay đổi hơn.

Tóm lại, can thiệp cải thiện trải nghiệm người bệnh ở tất cả các giai đoạn, đặc biệt trước và trong khi KBCB. Điều này thể hiện rõ hiệu quả can thiệp chất lượng tại khoa Khám bệnh theo nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện.

4.2.3.2. *Hiệu quả can thiệp theo nhóm trong mô hình hồi quy DiD*

Hiệu quả can thiệp theo giới tính. Hiệu quả can thiệp ở nữ tương đương mức tổng thể (DiD: 0,73), nhưng nam thấp hơn (hệ số=-0,12, $p=0,01$), cho thấy can thiệp TQM có tác động khác biệt giữa giới tính. Điều này có thể do can thiệp (cải tiến dịch vụ, đào tạo nhân viên) phù hợp hơn với nhu cầu của nữ, như chăm sóc tâm lý, giao tiếp, hoặc hỗ trợ sau điều trị. Nam trong nhóm đối chứng có điểm cao hơn nữ (hệ số=0,20), nhưng hiệu quả can thiệp thấp hơn, có thể do nam ít nhạy cảm với các cải tiến hoặc có kỳ vọng khác.

Hiệu quả can thiệp theo Tuổi. Can thiệp cải thiện ở tất cả các nhóm tuổi, với nhóm dưới 40 tuổi tăng 0,73 điểm, nhóm 40–60 tăng 0,20 đơn vị ($p=0,02$), và nhóm trên 60 tăng 0,19 đơn vị ($p=0,03$). Hiệu quả lớn nhất ở nhóm dưới 40, tiếp theo là nhóm 40-60 và trên 60. Điều này cho thấy can thiệp (cải tiến dịch vụ, đào tạo nhân viên) tác động mạnh hơn đến nhóm tuổi trẻ, có thể do nhu cầu y tế ít hơn (ít bệnh mãn tính, chăm sóc lâu dài), và can thiệp đáp ứng tốt các nhu cầu này (giao tiếp, hỗ trợ

sau điều trị). Nhóm 40-60 và trên 60 thường khỏe mạnh ít hơn, nhiều bệnh mãn tính, nên ít nhạy cảm với cải tiến, hoặc nhu cầu của họ (thời gian chờ, thông tin y tế) chưa được can thiệp tập trung.

Hiệu quả can thiệp theo học vấn. Can thiệp cải thiện điểm trải nghiệm ở tất cả nhóm học vấn, nhưng nhóm học vấn thấp (hệ số=0,20 cho THCS so với tiểu học, $p<0,01$) hưởng lợi ít hơn nhóm học vấn cao hơn. Điều này có thể do nhóm học vấn thấp có kỳ vọng thấp hơn, đánh giá cao các cải tiến cơ bản (thái độ nhân viên, thông tin y tế). Nhóm học vấn cao có kỳ vọng cao hơn (công nghệ, dịch vụ chuyên sâu), nhưng can thiệp chưa đáp ứng đầy đủ, dẫn đến hiệu quả thấp hơn. Đề xuất tập trung cải tiến công nghệ và dịch vụ cá nhân hóa cho nhóm học vấn cao để đáp ứng kỳ vọng.

Hiệu quả can thiệp theo nghề nghiệp. Can thiệp cải thiện trải nghiệm ở tất cả nhóm nghề nghiệp, nhưng nhóm trẻ (tương tự học sinh/sinh viên) hưởng lợi ít hơn. Điều này có thể do họ ít tiếp xúc với dịch vụ y tế (ít bệnh mãn tính) hoặc can thiệp chưa phù hợp với nhu cầu (thời gian chờ, thông tin y tế). Đề xuất tiếp tục đầu tư vào hỗ trợ tâm lý, thông tin y tế, cải thiện thời gian chờ, và tăng tiếp cận dịch vụ (y tế lưu động, giảm chi phí) để đáp ứng nhu cầu đa dạng.

Hiệu quả can thiệp theo bảo hiểm y tế. Hiệu quả can thiệp tương đương ở nhóm không có BHYT (tương tự nhóm nghèo) so với nhóm có BHYT, điều này gợi ý rằng cần những nghiên cứu với quy mô lớn hơn để cho kết quả rõ ràng hơn. Số của nhóm đối chứng giảm cho thấy nếu không có can thiệp, trải nghiệm người bệnh có xu hướng xấu đi, có thể do các yếu tố bên ngoài như giảm chất lượng dịch vụ hoặc kỳ vọng tăng cao. Nghiên cứu đề xuất tiếp tục các giải pháp tối ưu hoá chiến lược can thiệp như đối với nhóm có bảo hiểm y tế thì tăng cường tiếp cận dịch vụ (giảm chi phí, y tế lưu động), cải thiện thông tin y tế, hỗ trợ tài chính để đảm bảo họ hưởng lợi từ can thiệp; đối với nhóm có bảo hiểm y tế thì tiếp tục đầu tư vào các cải tiến như giao tiếp, hỗ trợ tâm lý, vì họ tận dụng tốt các cải tiến này..

Hiệu quả can thiệp theo mức sống. Nhóm trung bình (hệ số=-0,30 cho trung bình so với khá giả, $p<0,01$) hưởng lợi ít hơn nhóm khá giả, do các cải tiến cơ bản (thái độ nhân viên, thông tin y tế) chưa đáp ứng đầy đủ nhu cầu của họ. Theo nghiên cứu của tác giả Rebecca Wilson và cộng sự (2022), hồi cứu kết quả 21 bài từ 2016-

2021 [115], cho thấy nhóm người bệnh có mức sống thấp, người lớn trên 85 tuổi và những người mắc nhiều bệnh đi kèm thường không tuân thủ lịch hẹn tái khám. Điều này càng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cung cấp dịch vụ y tế chất lượng với chi phí hợp lý. Các lý do cụ thể được nêu ra là người bệnh quên, thời gian hẹn không phù hợp, thời gian chờ kéo dài, mối quan hệ giữa người bệnh và bác sĩ, cũng như kiến thức và nhận thức của người bệnh về tình trạng sức khỏe của họ [115],[135]. Như vậy, can thiệp đối với người bệnh ngoại trú cần chú trọng vào ứng dụng đặt lịch hẹn một cách hiệu quả, giao tiếp, đồng thời cần quan tâm hơn ở các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương và có trải nghiệm không tốt như nhóm người cao tuổi hoặc mức sống thấp.

Tóm lại, nghiên cứu chứng minh rằng can thiệp Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) đã cải thiện đáng kể trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh, với hệ số DiD trung bình khoảng 1,00 ($p < 0,01$) trên tất cả các giai đoạn, đặc biệt mạnh mẽ ở giai đoạn trước khám bệnh chữa bệnh ($DiD = 1,15$). Các khía cạnh như khả năng tiếp cận, hoạt động bác sĩ, tổ chức môi trường và thông tin sức khỏe được nâng cao rõ rệt, trong khi nhóm đối chứng giảm chất lượng. Phân tích phân nhóm cho thấy hiệu quả nhất quán nhưng khác biệt theo giới tính (nam thấp hơn), tuổi tác (cao tuổi hưởng lợi hơn), học vấn, nghề nghiệp và mức sống (nhóm nghèo ít lợi hơn).

4.2.4. Kết quả can thiệp về thời gian chờ đợi của người bệnh

Thời gian chờ đợi kéo dài là một trong những yếu tố hàng đầu ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình sử dụng dịch vụ KBCB ngoại trú, tác động đến hành vi tuân thủ lịch hẹn tái khám của người bệnh [135]. Theo nghiên cứu của tác giả Majed Alturbag (2024), hiện tượng này không chỉ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người bệnh mà còn dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, sử dụng nguồn lực không hiệu quả và tăng chi phí chăm sóc sức khỏe [135]. Tác động bất lợi của việc không đến khám không chỉ giới hạn ở những người bệnh lỡ hẹn, mà còn ảnh hưởng đến toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe do thời gian chờ đợi kéo dài và tình trạng không có lịch hẹn. Can thiệp quản lý chất lượng tại khoa Khám năm 2024, được đánh giá thông qua dữ liệu từ báo cáo khảo sát theo Quyết định 1313/QĐ-BYT, đã mang lại những thay đổi đáng kể trong thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú.

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp quản lý chất lượng đã đạt được thành tựu đáng kể trong việc giảm thời gian chờ đợi cho các quy trình khám có liên quan đến cận lâm sàng, đặc biệt ở các trường hợp yêu cầu một hoặc hai CLS chẩn đoán. Bên cạnh đó, kết quả từ khảo sát trải nghiệm người bệnh cho thấy can thiệp TQM giảm đáng kể thời gian chờ đợi của người bệnh, với hệ số DiD cao trong giai đoạn trong KBCB (1,17, $p < 0,001$), đặc biệt ở các chỉ số thời gian chờ xét nghiệm (DiD=1,19, từ 82% lên 100%), thông báo lý do chờ (DiD=1,15, từ 78,33% lên 100%), và chờ thủ thuật (DiD=1,11, từ 79% lên 100%). Các hoạt động như ưu tiên tái khám có hẹn, bố trí trạm sạc điện thoại, và tổ chức quy trình bởi phòng Kế hoạch tổng hợp (tổ Hồ sơ bệnh án) là yếu tố then chốt, tương tự nghiên cứu tại trung tâm y tế Dĩ An, nơi TQM giảm thời gian chờ 15% [22]. Khoa Khám bệnh bệnh viện can thiệp bị hạn chế bởi diện tích phòng khám chuyên khoa (9–12 m² so với 12–18 m²), chỗ lấy bệnh phẩm (9 m² so với 12–15 m²), và phòng siêu âm (9 m² so với 24–36 m²), gây chậm trễ trong quy trình khám chữa bệnh. Nghiên cứu tại Trung Quốc sử dụng AI giảm thời gian chờ từ 1,97 giờ xuống 0,38 giờ [112], cho thấy tiềm năng của công nghệ AI trong tối ưu hóa quy trình, nhưng bệnh viện can thiệp chưa áp dụng các công cụ tương tự. Nhóm 40–60 tuổi (hệ số=0,223, $p=0,024$) và trên 60 tuổi (hệ số=0,229, $p=0,022$) hưởng lợi nhiều hơn nhóm dưới 40 tuổi, nhờ các quy trình được tối ưu hóa phù hợp với người lớn tuổi. Tuy nhiên, thời gian khám (DiD=0,832, từ 88,67% lên 100%) cải thiện ít hơn so với các chỉ số khác.

Những kết quả này phản ánh sự thành công của can thiệp trong việc giải quyết các điểm nghẽn chính trong quy trình khám chữa bệnh, đặc biệt ở giai đoạn phối hợp giữa khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh. Các điểm nghẽn này thường xuất phát từ việc lập lịch không hiệu quả, thiếu đồng bộ giữa các phòng ban, hoặc thời gian chờ kết quả xét nghiệm kéo dài. Can thiệp đã áp dụng các giải pháp cải thiện hệ thống quản lý thông tin y tế, nâng cao hoạt động làm việc nhóm, tăng cường đào tạo nhân viên để nâng cao hiệu quả phối hợp. Sự giảm mạnh thời gian chờ đợi ở các quy trình CLS cho thấy quản lý chất lượng không chỉ cải thiện hiệu suất vận hành mà còn nâng cao trải nghiệm của người bệnh, vốn thường bị ảnh hưởng bởi thời gian chờ lâu trong các quy trình phức tạp. Theo tác giả Ranjan và cộng sự

(2025), hiểu được các khía cạnh thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú là rất quan trọng vì giúp xác định các lĩnh vực mà quy trình đăng ký có thể được cải thiện, cung cấp dữ liệu cụ thể để phân bổ nguồn lực và nhu cầu đào tạo nhân viên và cung cấp thông tin chi tiết về những thách thức trong việc triển khai các sáng kiến [140]. Một số can thiệp có thể giảm thời gian chờ đợi của người bệnh ngoại trú bằng cách tăng cường cơ sở hạ tầng và tuyển thêm nhân viên [114]. Tuy nhiên, trong những giai đoạn đặc biệt không thể đoán trước như bùng phát cúm, việc bổ sung thêm nhân viên là một thách thức khi triển khai trên thực tế [139].

Hơn nữa, hiệu quả của can thiệp được thể hiện rõ rệt hơn trong giai đoạn dài (2022–2024) so với giai đoạn ngắn (2023–2024), đặc biệt ở trường hợp “Khám + 1 CLS” (30,5 phút so với 18,0 phút). Điều này gợi ý rằng các biện pháp quản lý chất lượng cần thời gian để phát huy tác dụng, cần sự thích nghi dần của nhân viên, tinh chỉnh quy trình, đầu tư vào cơ sở hạ tầng công nghệ. Tuy nhiên, mức giảm lớn nhất ở “Khám + 2 CLS” trong giai đoạn 2023–2024 (29,0 phút) cho thấy can thiệp phản ánh sự linh hoạt trong triển khai.

Trái ngược với hiệu quả tích cực ở các quy trình CLS, can thiệp cho thấy tác động hạn chế đối với tổng thời gian khám bệnh trung bình và khám đơn thuần. Tổng thời gian khám bệnh trung bình giảm 50,5 phút, nhưng DiD cho thấy tăng 19,5 phút (2022–2024) và 8,5 phút (2023–2024). Khám đơn thuần giảm 25,5 phút (30% so với nhóm đối chứng), với DiD là 15,5 phút (2022–2024) và 3,5 phút (2023–2024). Giá trị DiD dương ở các kết quả này cho thấy nhóm đối chứng cũng đạt được cải thiện, có thể do hoạt động cải tiến riêng tại các cơ sở y tế. Sự cải thiện tự nhiên này làm giảm tác động tương đối của can thiệp, đặc biệt ở các quy trình khám cơ bản vốn ít phức tạp và ít phụ thuộc vào phối hợp liên phòng ban. Mặt khác, tác động yếu hơn ở khám đơn thuần có thể phản ánh rằng các quy trình này đã đạt đến mức tối ưu nhất định, khiến việc cải thiện thêm trở nên khó khăn.

Tóm lại, can thiệp quản lý chất lượng tại khoa khám năm 2024 đã đạt được thành công trong việc giảm thời gian chờ đợi cho các quy trình liên quan đến cận lâm sàng, với mức giảm lên đến 67% so với nhóm đối chứng. Hiệu quả này phản ánh khả

năng của các biện pháp quản lý chất lượng trong việc giải quyết các điểm nghẽn vận hành và nâng cao trải nghiệm người bệnh.

4.2.5. Mô hình dự báo xu hướng người bệnh ngoại trú tại bệnh viện can thiệp

4.2.5.1. Phân bố theo xu hướng, theo mùa

Nghiên cứu tiến hành phân tích trên tổng số 8.353.930 dữ liệu người bệnh được trích xuất từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024. Tổng số ca bệnh tăng từ 2.359.588 ca năm 2022 lên 3.129.104 ca năm 2024, tương tự nghiên cứu tại bệnh viện quận Thủ Đức, nơi TQM giảm tốc độ tăng người bệnh 10% [19]. Chu kỳ mùa rõ rệt được ghi nhận, với lượng người bệnh thấp nhất vào tháng 2 do kỳ nghỉ Tết Nguyên Đán, và cao nhất vào tháng 6–10 (291,420 ca tháng 7/2024) do mùa mưa và các bệnh truyền nhiễm, tương tự nghiên cứu về ảnh hưởng của mùa mưa đến bệnh tật ở Đông Nam Á [108]. Qua phân tích chuỗi thời gian, nghiên cứu cho thấy dữ liệu người bệnh có sự phân bố theo xu hướng, theo mùa và theo chu kỳ.

Xu hướng. Tổng số ca bệnh tăng đều từ 2022 đến 2024, nhưng tốc độ tăng chậm lại vào năm 2024. Số lượng người bệnh tại khoa khám bệnh tăng đều qua các năm, từ 2,359,588 người bệnh năm 2022 lên 2,865,238 người bệnh năm 2023 (tăng 21,43%), và tiếp tục tăng lên 3,129,104 người bệnh năm 2024 (tăng 9,21% so với 2023). Xu hướng tăng này phản ánh gánh nặng khám chữa bệnh ngày càng lớn tại khoa khám bệnh, có thể do các yếu tố như dân số tăng, nhận thức về chăm sóc sức khỏe của người dân được nâng cao, hoặc cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại bệnh viện. Tuy nhiên, tốc độ tăng chậm lại vào năm 2024 (9,21% so với 21,43% từ 2022-2023), cho thấy các can thiệp cải tiến chất lượng tại khoa khám bệnh có thể đã phát huy hiệu quả, như cải thiện quy trình tiếp nhận, giảm thời gian chờ, nâng cao hiệu quả xử lý người bệnh. Tại các bệnh viện công ở Việt Nam, số lượng người bệnh đến khám ngoại trú tăng đều qua các năm do nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, nhưng các can thiệp cải tiến chất lượng (như tối ưu hóa quy trình, ứng dụng công nghệ thông tin) có thể làm giảm áp lực quá tải, dẫn đến tốc độ tăng số lượng người bệnh chậm lại. người bệnh hơn mà không bị quá tải, góp phần nâng trải nghiệm người bệnh.

Chu kỳ mùa. Điểm thấp (tháng 2): Số ca bệnh giảm mạnh vào tháng 2 mỗi năm, ví dụ: 119.179 ca (tháng 2/2022) và 174.314 ca (tháng 2/2024). Sự giảm này có thể do kỳ nghỉ Tết Nguyên Đán, khi người dân hạn chế đến cơ sở y tế để khám bệnh, dẫn đến giảm ghi nhận ca bệnh. Ngoài ra, tháng 2 là tháng ngắn nhất (28 hoặc 29 ngày), cũng góp phần làm giảm tổng số ca bệnh ghi nhận. Tại Việt Nam, các kỳ nghỉ lễ dài như Tết Nguyên Đán thường làm giảm số ca bệnh được ghi nhận, do người dân trì hoãn khám bệnh hoặc các cơ sở y tế giảm hoạt động. Từ kết quả này cho thấy, thời gian này là cơ hội để khoa khám bệnh thực hiện các hoạt động nâng cao chất lượng, như đào tạo nhân viên, bảo trì thiết bị, hoặc triển khai chiến dịch giáo dục sức khỏe.

Đỉnh cao (tháng 6-10): Số ca bệnh đạt đỉnh vào khoảng tháng 6 đến tháng 10, đặc biệt vào tháng 7-8, với đỉnh cao nhất là 291.420 ca vào tháng 7/2024. Điều này có thể liên quan đến yếu tố thời tiết, vì đây là mùa mưa tại Việt Nam, tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh truyền nhiễm như sốt xuất huyết, bệnh hô hấp (Chương X), và nhiễm trùng đường ruột. Theo nghiên cứu của tác giả Marc Choisy và cộng sự, mùa mưa ở các nước nhiệt đới như Việt Nam thường làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm do muỗi (sốt xuất huyết) và bệnh hô hấp (viêm phổi, cúm) do độ ẩm cao và nhiệt độ thích hợp cho vi khuẩn, virus phát triển [108]. Theo nghiên cứu của Amanda Zain và cộng sự chỉ ra rằng biến đổi khí hậu, đặc biệt là nhiệt độ tăng, lượng mưa thay đổi, các hiện tượng thời tiết khắc nghiệt và những thay đổi trong hệ sinh thái vector, tác động đến sự lây truyền của nhiều bệnh truyền nhiễm nhạy cảm với khí hậu làm gia tăng tần suất và cường độ các đợt dịch bệnh theo mùa tại Đông Nam Á, đặc biệt là các bệnh hô hấp và sốt xuất huyết vào mùa mưa (tháng 6-10) [138],[88]. Tại Việt Nam, mùa mưa (tháng 6-10) thường làm tăng tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết (do muỗi *Aedes* phát triển mạnh) và bệnh hô hấp (do độ ẩm cao), phù hợp với đỉnh cao số ca bệnh quan sát được trong dữ liệu. Từ kết quả này cho thấy, bệnh viện cần tăng cường nhân lực y tế, mở thêm quầy tiếp nhận, hoặc kéo dài thời gian làm việc để giảm thời gian chờ. Có thể phối hợp với các khoa lâm sàng (như khoa truyền nhiễm, khoa hô hấp) để ưu tiên điều trị người bệnh mắc bệnh theo mùa.

Tháng 11-12: Số ca giảm nhẹ nhưng vẫn cao hơn đầu năm: Sau đỉnh cao vào tháng 6-10, số lượng người bệnh giảm nhẹ vào tháng 11-12, nhưng vẫn cao hơn so

với các tháng đầu năm (tháng 1-5). Sự giảm nhẹ này có thể do thời tiết chuyển sang mùa khô (ít bệnh truyền nhiễm hơn), nhưng số lượng người bệnh vẫn cao do các bệnh mãn tính (như bệnh hệ tuần hoàn, Chương IX) hoặc các bệnh liên quan đến thời tiết lạnh (như viêm khớp, Chương XIII) thường tăng vào cuối năm. Tại Việt Nam, số lượng người bệnh đến khám ngoại trú vào cuối năm thường cao hơn đầu năm do các bệnh mãn tính và bệnh theo mùa lạnh (như viêm khớp, bệnh hô hấp) gia tăng. Từ kết quả trên cho thấy thời điểm này cần duy trì nguồn lực ổn định vào cuối năm, đặc biệt để ứng phó với các bệnh mãn tính (như bệnh hệ tuần hoàn, Chương IX) và bệnh liên quan đến thời tiết lạnh (như viêm khớp, Chương XIII).

Như vậy, từ các kết quả phân tích trên dữ liệu người bệnh thu được, nghiên cứu đề xuất bệnh viện tiếp tục bổ sung và thực hiện các biện pháp can thiệp để cải tiến chất lượng tại khoa Khám bệnh, đáp ứng nhu cầu người bệnh theo chu kỳ hàng năm. Bệnh viện nên tiếp tục thu thập dữ liệu thực tế để tăng số quan sát, cải thiện độ chính xác dự báo và lập kế hoạch. Khoa khám bệnh có thể phối hợp với các cơ quan y tế công cộng để triển khai các chiến dịch phòng ngừa (như tiêm vaccine cúm, kiểm soát muỗi gây sốt xuất huyết) trước mùa cao điểm (tháng 6-10), nhằm giảm số lượng người bệnh đến khám. Bệnh viện cần áp dụng các biện pháp như tăng ca trực, mở thêm quầy tiếp nhận, hoặc triển khai hệ thống đặt lịch khám online để giảm thời gian chờ trong các tháng 6-10.

4.2.5.2. Phân bố theo Chương bệnh

Chương IX (Hệ tuần hoàn): nhóm bệnh chiếm tỷ lệ lớn nhất trong tổng số ca bệnh tại khoa khám bệnh, với tỷ lệ 51,01% trong năm 2023. Tuy nhiên, đến năm 2024, tỷ lệ này giảm nhẹ xuống còn 47,28. Mặc dù tổng số ca bệnh của Chương IX tăng nhẹ từ 1,461,758 ca (2023) lên 1,479,476 ca (2024), với mức tăng 17,718 ca, tỷ lệ đóng góp của chương này giảm do tổng số ca bệnh tăng mạnh hơn (263,866 ca, +9,21% từ 2023-2024). Sự giảm tỷ lệ này (từ 51,01% xuống 47,28%) cho thấy sự kiểm soát tương đối hiệu quả đối với nhóm bệnh hệ tuần hoàn, trong bối cảnh tổng số ca bệnh tăng đáng kể. Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Mai Thanh Diện về mô hình bệnh tật người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận Thủ Đức 2019-2020 cho thấy chương bệnh chiếm tỉ trọng lớn tại bệnh viện gồm chương bệnh hô

hấp, chương bệnh hệ tuần hoàn [25]. Với số lượng người bệnh mắc bệnh tim mạch ngày càng tăng gây áp lực lên các nguồn lực y tế hạn chế, việc dự đoán nhu cầu chăm sóc sức khỏe cần được chú ý hơn [95]. Khoa khám bệnh đã triển khai các chương trình giáo dục sức khỏe, như hướng dẫn người bệnh về chế độ ăn uống (giảm muối, hạn chế chất béo), tập thể dục, và bỏ thuốc lá, nhằm giảm nguy cơ cao huyết áp và bệnh tim mạch. Đồng thời, các can thiệp cải tiến chất lượng tại khoa khám bệnh, như tối ưu hóa quy trình tiếp nhận, giảm thời gian chờ, hoặc ứng dụng công nghệ (hồ sơ bệnh án điện tử, đặt lịch khám online), đã giúp giảm áp lực lên khoa khám đối với các bệnh mãn tính như hệ tuần hoàn.

Chương X (Hệ hô hấp): Chương X cũng tăng (từ 30,021 ca tháng 12/2023 lên 33,316 ca tháng 12/2024). Sự gia tăng này cho thấy can thiệp tại khoa khám bệnh chưa đủ để kiểm soát các bệnh hô hấp, hoặc nhu cầu khám các bệnh này tăng do các yếu tố ngoại sinh (dân số già hóa, thời tiết mùa mưa). Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Mai Thanh Diện về mô hình bệnh tật người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận Thủ Đức 2019-2020 cho thấy chương bệnh chiếm tỉ trọng lớn tại bệnh viện gồm chương bệnh hô hấp, chương bệnh hệ tuần hoàn, chương bệnh hệ tiêu hóa, chương bệnh xương khớp [25]. Các chương bệnh thường gặp tương tự nhau giữa các quý, riêng chương bệnh hệ hô hấp tăng vào quý cuối năm [25].

Chương XIII (Hệ cơ xương): Tăng mạnh nhất với +69,670 ca, chiếm 26,4% tổng mức tăng (263.866 ca): Số ca bệnh thuộc Chương XIII tăng từ 152.228 ca (tháng 12/2023) lên 242.211 ca (tháng 12/2024), với tỷ lệ tăng 43,51%. Sự gia tăng đáng kể này có thể phản ánh các yếu tố như dân số già hóa (tăng nhu cầu khám các bệnh cơ xương như thoái hóa khớp, loãng xương), lối sống ít vận động, hoặc nhận thức về chăm sóc sức khỏe cơ xương được nâng cao. Tuy nhiên, sự gia tăng mạnh này cũng cho thấy các can thiệp tại khoa khám bệnh trong năm 2024 có thể chưa đủ hiệu quả để kiểm soát số ca bệnh thuộc Chương XIII, hoặc can thiệp không tập trung vào nhóm bệnh này.

Chương VII (Bệnh về mắt): Giảm lớn nhất với -6,442 ca, tỷ lệ giảm 16,10%: Số ca bệnh thuộc Chương VII giảm từ khoảng 40,026 ca (dựa trên trung bình năm 2023) xuống còn 33.584 ca (dựa trên tháng 12/2023: 3.211 ca, suy ra cả năm). Tại khoa

khám bệnh, sự giảm này cho thấy can thiệp có thể đã hiệu quả trong việc kiểm soát bệnh về mắt, giúp giảm áp lực lên khoa khám.

Chương XVIII (Triệu chứng và dấu hiệu): Tăng mạnh với +37,992 ca, tỷ lệ tăng 93,53%: Chương XVIII tăng từ khoảng 40,632 ca lên 78,624 ca. Sự gia tăng mạnh này cho thấy số lượng người bệnh đến khám với các triệu chứng không xác định rõ nguyên nhân tăng cao, có thể do nhận thức của người dân về sức khỏe được nâng cao (đi khám ngay khi có triệu chứng), hoặc do hạn chế trong chẩn đoán tại khoa khám (chưa xác định được nguyên nhân cụ thể). Sự gia tăng các ca bệnh thuộc Chương XVIII thường phản ánh áp lực lớn lên các khoa Khám bệnh ngoại trú, khi người bệnh đến khám với các triệu chứng mơ hồ nhưng không được chẩn đoán rõ ràng ngay lần khám đầu. Điều này cho thấy khoa khám bệnh cần cải thiện năng lực chẩn đoán ban đầu để giảm số ca bệnh thuộc Chương XVIII.

4.3. Một số đóng góp và hạn chế của nghiên cứu

4.3.1. Tính khoa học và thực tiễn

Tính khoa học: Đề tài được thực hiện với thiết kế nghiên cứu chặt chẽ, kết hợp phương pháp định lượng và phân tích dữ liệu lớn để đánh giá thực trạng TQM và hiệu quả can thiệp tại khoa Khám bệnh. Nghiên cứu khảo sát 537 nhân viên y tế và 760 người bệnh ngoại trú tại 19 bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh, đảm bảo tính đại diện. Phương pháp Difference-in-Differences (DiD) được sử dụng để đánh giá hiệu quả can thiệp TQM trên 54 nhân viên nhóm can thiệp và 90 nhân viên nhóm đối chứng, với biến kiểm soát là tuổi, kết hợp sai số chuẩn mạnh để tăng độ tin cậy. Mô hình hồi quy đa cấp Bayesian được áp dụng để xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm người bệnh (giới tính, tuổi, nghề nghiệp), và mô hình ARIMA phân tích 8.353.930 ca bệnh từ 2022-2024 để cho thấy xu hướng người bệnh ngoại trú. Các phương pháp này đảm bảo tính khách quan, độ chính xác cao, và khả năng tái hiện, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu khoa học quốc tế. Việc phân tích chu kỳ mùa (cao điểm tháng 6-10) và tỷ lệ bệnh hệ tuần hoàn (51,67%) cung cấp cơ sở khoa học cho quy hoạch y tế.

Tính thực tiễn: Kết quả nghiên cứu có giá trị ứng dụng cao trong quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh. Điểm TQM trung bình $4,04 \pm 0,49$ và trải nghiệm người

bệnh $4,02 \pm 0,54$, với điểm yếu ở cải tiến liên tục và đào tạo, cung cấp cơ sở để cải thiện quy trình và năng lực nhân viên y tế. Can thiệp TQM nâng cao làm việc nhóm, đào tạo, lấy đối tượng trung tâm, giảm thời gian chờ (đặc biệt cận lâm sàng) và nâng trải nghiệm người bệnh. Tồn tại ưu được giải quyết qua đào tạo chuyên môn, ứng dụng công nghệ, và cải tiến cơ sở vật chất. Kết quả cung cấp cơ sở cho Sở Y tế và bệnh viện tuyến quận xây dựng chính sách, chuẩn hóa TQM, và cải thiện trải nghiệm người bệnh trong bối cảnh y tế công quá tải tại Việt Nam.

4.3.2. Điểm mới của đề tài

Áp dụng phương pháp DiD tiên tiến: Nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam sử dụng DiD đánh giá hiệu quả TQM với nhóm can thiệp (54 nhân viên) và đối chứng (90 nhân viên), kiểm soát biến tuổi, cung cấp bằng chứng khoa học cho y tế công.

Phân tích dữ liệu lớn và dự báo dài hạn: Phân tích 8.353.930 ca bệnh (2022-2024) bằng ARIMA, xác định chu kỳ mùa (cao tháng 6-10, thấp tháng 2), ưu tiên bệnh hệ tuần hoàn, hỗ trợ quy hoạch nguồn lực.

Đánh giá trải nghiệm người bệnh đa chiều: sử dụng hồi quy đa cấp Bayesian phân tích trải nghiệm trước/trong/sau KBCB, xác định yếu tố (giới tính, tuổi, nghề nghiệp) và sự khác biệt giữa bệnh viện, mang lại cái nhìn toàn diện.

Tích hợp công nghệ vào TQM: Đề xuất QR-code, cổng dịch vụ công, hệ thống thông báo thời gian chờ giải quyết tồn tại (thanh toán không tiền mặt, sạc điện thoại), phù hợp xu hướng số hóa y tế.

Tập trung vào khoa Khám bệnh: Can thiệp TQM tại khoa chịu áp lực cao, cung cấp bài học thực tiễn cho bệnh viện tuyến quận.

4.3.3. Hạn chế của đề tài

Nghiên cứu điều tra ngang tại 19 khoa Khám bệnh của các bệnh viện tại TPHCM, do khó khăn về thời gian và nguồn lực nên không điều tra hết toàn bộ các khoa Khám bệnh tại các bệnh viện TPHCM. Mặc dù luận án đã đạt được các mục tiêu nghiên cứu đề ra và cung cấp những kết quả có ý nghĩa khoa học và thực tiễn, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định.

Hạn chế về thiết kế và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai theo thiết kế can thiệp thực địa với nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không ngẫu nhiên.

Do đó, mặc dù đã sử dụng nhóm đối chứng và phân tích Difference-in-Differences nhằm kiểm soát các yếu tố nhiễu chung theo thời gian, nghiên cứu không thể loại trừ hoàn toàn ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu thay đổi theo thời gian khác nhau giữa hai nhóm. Bên cạnh đó, thời gian theo dõi can thiệp còn hạn chế, các kết quả chủ yếu phản ánh hiệu quả ngắn và trung hạn, chưa đánh giá đầy đủ tính bền vững của các cải tiến quản lý chất lượng trong dài hạn.

Hạn chế liên quan đến yếu tố nhiễu và can thiệp đồng thời: Trong quá trình nghiên cứu, các bệnh viện tham gia có thể đồng thời triển khai nhiều hoạt động cải tiến chất lượng theo quy định và chương trình thường quy, như đánh giá chất lượng bệnh viện, cải tiến thủ tục hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin hoặc điều chỉnh nguồn lực. Những hoạt động này có thể tác động đến một số chỉ số nghiên cứu, đặc biệt là trải nghiệm người bệnh và thời gian chờ đợi, và ảnh hưởng đến việc ước lượng tác động thuần của chương trình can thiệp. Mặc dù đã áp dụng nhóm đối chứng và phân tích DiD, nghiên cứu vẫn có khả năng chịu ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu không quan sát được.

Hạn chế về hệ thống chỉ số và công cụ đo lường: Luận án sử dụng nhiều nhóm chỉ số để đánh giá hiệu quả can thiệp, bao gồm quản lý chất lượng toàn diện, đánh giá của nhân viên y tế, trải nghiệm người bệnh và thời gian chờ đợi. Mặc dù các bộ công cụ đã được chuẩn hóa và kiểm định độ tin cậy, một số chỉ số dựa trên đánh giá tự báo cáo nên có thể chịu ảnh hưởng của sai số chủ quan. Ngoài ra, các chỉ số định lượng chưa phản ánh đầy đủ các khía cạnh định tính sâu hơn như văn hóa chất lượng hoặc động lực làm việc của nhân viên y tế.

Hạn chế về cỡ mẫu và phạm vi nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại các bệnh viện đa khoa tuyến quận và tập trung vào khoa Khám bệnh, do đó kết quả có tính đặc thù theo bối cảnh và hạn chế khả năng khái quát cho các tuyến và chuyên khoa khác. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của một số phân tích phân nhóm còn hạn chế, có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của ước lượng và khả năng phát hiện sự khác biệt ở một số chỉ số.

Hạn chế trong phân tích và diễn giải kết quả: Một số kết quả cho thấy mức chênh lệch tương đối lớn giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, phản ánh tác động tổng

hợp của nhiều biện pháp cải tiến được triển khai đồng thời. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa tách bạch được mức độ đóng góp riêng lẻ của từng biện pháp can thiệp và chưa thực hiện các phân tích nhạy cảm hoặc theo dõi dài hạn để kiểm tra tính ổn định của kết quả.

Những hạn chế nêu trên cho thấy cần có các nghiên cứu tiếp theo với thời gian theo dõi dài hơn, phạm vi rộng hơn và kết hợp phương pháp định lượng – định tính nhằm đánh giá sâu hơn hiệu quả và tính bền vững của các biện pháp quản lý chất lượng toàn diện trong bệnh viện.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng Quản lý chất lượng toàn diện tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện đa khoa tuyến quận và hiệu quả can thiệp áp dụng nguyên lý Quản lý chất lượng toàn diện năm 2024 tại một khoa Khám bệnh đã mang lại các kết quả sau:

1. Thực trạng quản lý theo nguyên lý TQM của khoa Khám bệnh

Tổ chức và quản lý chất lượng: Tỷ lệ 63,2% số bệnh viện có phòng Quản lý chất lượng, 42,1% có phòng Công tác xã hội. Tỷ lệ 95% đúng phác đồ ở Nội khoa. Các bệnh viện ban hành 4-5 quy trình chất lượng/năm, 100% giám đốc có cam kết về chính sách chất lượng bệnh viện, 52,6% triển khai tập huấn 5S. Các mục tiêu cải tiến chất lượng như 21% số bệnh viện có mục tiêu giảm thời gian chờ, 36,8% tăng trải nghiệm người bệnh, và 15,8% quản lý bệnh mãn tính. Các khoa Khám bệnh có đội ngũ NVYT trình độ cao với độ tuổi trung bình 38 và thâm niên 11 năm. Cơ sở vật chất đáp ứng tốt yêu cầu cơ bản, với 100% bệnh viện có các thiết bị y tế, xét nghiệm cơ bản. Trung bình có 941 toa thuốc/ngày/BV. Lượng bệnh ngoại trú có xu hướng tăng, với tỷ lệ sử dụng BHYT tăng từ 85,3% năm 2022 lên 87,5% năm 2023.

Ý kiến của nhân viên y tế: Điểm trung bình $4,04 \pm 0,49$, thấp nhất ở “Cải tiến chất lượng liên tục” và “Đào tạo, huấn luyện”. Thiếu tập huấn về Lean và làm việc nhóm (0-1 lần/năm), cùng với 10,5% bệnh viện thiếu phối hợp trong báo cáo sự cố y khoa.

Trải nghiệm người bệnh: Điểm trải nghiệm trung bình $4,02 \pm 0,54$, với 89,4% đánh giá tốt và 72,4% người bệnh sẵn sàng quay lại/ giới thiệu bệnh viện. Trải nghiệm tốt ở thông tin sức khỏe và chi trả. Mô hình hồi quy đa cấp Bayesian (trọng số 71,7%) cho thấy trải nghiệm người bệnh chủ yếu phụ thuộc vào chất lượng và quy trình.

Một số hạn chế ghi nhận được là 36,8% bệnh viện chưa có phòng Quản lý chất lượng, 57,9% chưa có phòng Công tác xã hội, và 47,4% thiếu nhân sự chuyên trách. Nhiều chuyên khoa (Ngoại, Sản, Nhi) không đạt số chỗ khám tối thiểu theo TCVN 9213:2012. Một bác sỹ Nội khoa khám trung bình 69,3 người bệnh/ngày cao hơn theo thông tư 15/2018/TT-BYT. Thiếu kinh phí (10,5%) và hạn chế công nghệ thông tin như thiếu phần mềm quản lý chất lượng, dữ liệu phân tán, báo cáo thủ công (15,8%).

2. Đánh giá hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh

Tổ chức và thực hiện can thiệp: Can thiệp năm 2024 triển khai 5 hoạt động theo nguyên lý TQM hiệu quả: (1) Cam kết lãnh đạo đạt kết quả qua 10 cuộc họp quản lý chất lượng, 4 lần/năm tiếp công dân và giải quyết khiếu nại. (2) Làm việc nhóm xác định vấn đề NVYT thiếu kiến thức về quản lý chất lượng là ưu tiên cải tiến tại khoa Khám bệnh. (3) Đào tạo tổ chức 9 khóa đào tạo, tập huấn, đạt tỷ lệ tham gia 100%. (4) Lấy người bệnh làm trung tâm với mục tiêu ưu tiên người bệnh tái khám cận lâm sàng, tỷ lệ phản ánh qua đường dây nóng $<0,03\%$, 95% toa thuốc đúng phác đồ, và xử lý 100% phản ánh. (5) Cải tiến chất lượng liên tục triển khai 19 hoạt động.

Ý kiến của nhân viên y tế: Điểm chất lượng TQM tăng với tỷ lệ đạt 74,1–90,7%. Hiệu quả nổi bật ở "Lấy người bệnh làm trung tâm" (DiD = 1,18) và "Đào tạo" (DiD = 1,01). "Cải tiến chất lượng liên tục" có hiệu quả thấp nhất (DiD = 0,68).

Trải nghiệm người bệnh: điểm số tăng từ 4,01 lên 4,74 (DiD: 0,27-1,27, $p<0,05$), đặc biệt trong giai đoạn trước KBCB (DiD=0,83, $p<0,01$). Các khía cạnh như hướng dẫn rõ ràng, khai báo y tế, và cơ sở vật chất ghi nhận cải thiện cao. Hiệu quả can thiệp cao ở nhóm nữ, dưới 40 tuổi, và học vấn thấp, nhưng thấp hơn ở nam, người cao tuổi, và nhóm mức sống trung bình.

Thời gian chờ đợi: can thiệp giúp giảm thời gian chờ ở hoạt động khám có cận lâm sàng từ năm 2022-2024 (Khám + 1CLS giảm 38 phút, khám + 2 CLS giảm 32 phút và khám + 3 CLS giảm 37 phút). Khám đơn thuần tăng 4 phút và tổng thời gian khám tăng 2 phút từ năm 2022-2024.

Tình hình xu hướng người bệnh ngoại trú ARIMA với số BN ngoại trú tăng từ năm 2022-2024. Chương bệnh có số lượng bệnh cao nhất là Chương IX (hệ tuần hoàn), Chương X (hệ hô hấp), Chương XIII (hệ cơ xương). Một số hạn chế ghi nhận như tăng mạnh chương XVIII (bất thường lâm sàng) cho thấy hạn chế trong chẩn đoán ban đầu.

KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu về Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh tại thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi có một số khuyến nghị như sau:

1. Đối với bệnh viện và khoa Khám bệnh

Tăng cường cam kết lãnh đạo: Lãnh đạo bệnh viện cần ban hành kế hoạch TQM hàng năm, phân công rõ trách nhiệm và duy trì giám sát định kỳ, bảo đảm việc cải tiến chất lượng trở thành hoạt động thường xuyên.

Phát triển văn hóa cải tiến liên tục: Thiết lập nhóm TQM tại khoa Khám bệnh, duy trì họp định kỳ theo chu trình PDCA; khuyến khích sáng kiến cải tiến.

Đổi mới đào tạo: Tổ chức tập huấn tại chỗ kết hợp học dựa trên vấn đề cho nhân viên y tế, gắn đào tạo với thực hành cải tiến.

Lấy người bệnh làm trung tâm: Hoàn thiện công cụ phản hồi trực tuyến, phân tích dữ liệu trải nghiệm người bệnh để điều chỉnh quy trình phục vụ; tăng cường tương tác hai chiều giữa nhân viên và người bệnh.

Ứng dụng công nghệ thông tin: Mở rộng đặt lịch khám, thanh toán bằng QR-code, cập nhật thông tin thời gian chờ qua ứng dụng di động.

Quản lý dự báo nguồn lực: Ứng dụng dữ liệu lượt khám để dự báo nhu cầu, bố trí nhân lực phù hợp, giảm tải và duy trì chất lượng phục vụ ổn định.

2. Đối với cơ quan quản lý nhà nước

Củng cố chính sách và giám sát: Sở Y tế cần ban hành hướng dẫn chi tiết triển khai TQM tại bệnh viện tuyến quận/huyện; thiết lập hệ thống chỉ số giám sát chất lượng thống nhất và công khai định kỳ.

Đào tạo và công nhận năng lực: Tổ chức chương trình đào tạo liên tục về quản lý chất lượng, cấp chứng chỉ cho cán bộ phụ trách và hỗ trợ nhân rộng mô hình.

3. Đối với hướng nghiên cứu tiếp theo

Mở rộng phạm vi và phương pháp: Tiến hành nghiên cứu đa trung tâm, kết hợp định lượng và định tính, đánh giá tác động của TQM.

Theo dõi dài hạn và hoàn thiện công cụ: Tiếp tục đánh giá sau can thiệp 6–12 tháng nhằm đo tính bền vững của mô hình; hoàn thiện thang đo TQM và trải nghiệm người bệnh phù hợp bối cảnh Việt Nam.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Quỳnh Trúc, Đặng Đức Anh, Nguyễn Văn Tập, Trần Minh Thái, Nguyễn Hoàng Thiên Thư. "Xây dựng và chuẩn hóa bộ công cụ đánh giá trải nghiệm người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh của bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh ", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 542/2024, tháng 9 số 1, trang 326-330. Hội nghị Khoa học Nghiên cứu sinh năm 2023.
2. Nguyễn Quỳnh Trúc, Đặng Đức Anh, Nguyễn Văn Tập, Trần Minh Thái, Nguyễn Hoàng Thiên Thư. "Trải nghiệm người bệnh ngoại trú ở một số bệnh viện tuyến quận tại thành phố Hồ Chí Minh và một số yếu tố liên quan năm 2023", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 34, số 5 Phụ bản – 2024, trang 72-81. Hội nghị Khoa học Nghiên cứu sinh năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (1/3/2019) *Số lượt ý kiến không hài lòng đầu năm 2019 và nhìn lại khoảng thời gian sau gần 2 năm triển khai hoạt động khảo sát ý kiến không hài lòng của người bệnh khi đến khám bệnh tại các bệnh viện công lập, TPHCM*
2. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (04/4/2019) *Công văn 1729/SYT-NVY ngày 04/4/2019 về việc triển khai khảo sát trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, các bệnh viện trên địa bàn thành phố đã tiến hành khảo sát mỗi 6 tháng,*
3. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (26/6/2018) *EMR, EHR hay PHR ?*, <http://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/emr-ehr-hay-phr-so-y-te-hcm-c8-6339.aspx>,
4. Nguyễn Quang Toàn (1996) *TQM và ISO-9000*, Nhà xuất bản thống kê, TPHCM,
5. Lê Việt Hoa (2010) *Đánh giá một số kết quả áp dụng ISO 900:2000 tại bệnh viện Việt Pháp Hà Nội năm 2010*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng,
6. Bộ Y tế Việt Nam (2011) *Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh*, Hà Nội
7. Trịnh Thị Lý (2012) "Nghiên cứu mô hình quản lý chất lượng và đề xuất giải pháp ứng dụng tại Hải Phòng". *Tạp chí Y học thực hành*, 4 (812), 88-91.
8. Bộ Y tế Việt Nam (2013) *Thông tư 19/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*, Hà Nội
9. Trần Quý Tường (2013) "Tác động của áp dụng tiêu chuẩn quản lý chất lượng ISO 9001-2000 đến sự hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ khám chữa bệnh". *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 85 (5), 111-116.
10. Bộ Y tế Việt Nam (2013) *Thông tư 14/2013/TT-BYT hướng dẫn khám sức khỏe*,
11. Bộ Y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh (2014) *Tài liệu đào tạo liên tục quản lý chất lượng bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, 133.
12. Bộ Y tế, Trường đại học Y tế công cộng, bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành y tế

- Viện đào tạo (2015) *Quản lý chất lượng bệnh viện (Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện TQM) trong bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1-157.
13. Bộ Y tế Việt Nam (2016) *Quyết định số 7051/QĐ-BYT ngày 29/11/2016 hướng dẫn xây dựng thí điểm một số chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện*, Hà Nội
14. Bộ Y tế Việt Nam (2016) *Quyết định số 6858/QĐ-BYT về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng Việt Nam*, Bộ Y tế, Hà Nội
15. Nguyễn Văn Tập (2016) *Quản lý y tế (Sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, 1-215.
16. Nguyễn Minh Quân, Võ Văn Thắng, Cao Ngọc Thành (2018) "Nghiên cứu xây dựng, thử nghiệm mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tinh gọn tại Bệnh Viện Quận Thủ Đức Thành Phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 8 (6), 226-232.
17. Bộ Y tế Việt Nam (2018) *Thông tư 15/2018/TT-BYT quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp*, Hà Nội
18. Bộ Y tế Việt Nam (2019) *Thông tư 08/2019/TT-BYT hướng dẫn tiêu chuẩn, định mức sử dụng máy móc, thiết bị chuyên dùng thuộc lĩnh vực y tế*, Hà Nội
19. Nguyễn Minh Quân (2019) *Thực trạng và hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược- Đại học Huế, 140.
20. Bộ Y tế Việt Nam (2019) *Quyết định số 3869/QĐ-BYT Ban hành các mẫu phiếu và hướng dẫn khảo sát hài lòng Người bệnh và Nhân viên y tế*,
21. Trường Đại học Y tế công cộng, Mạng lưới Nghiên cứu Khoa học Sức khỏe Việt Nam (2020) *Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe*, 90.
22. Từ Tấn Thứ, Đào Văn Dũng, Trần Văn Hưởng, Võ Thị Kim Anh, Từ Hữu Chí, Nguyễn Thị Thanh Hoa, et al. (2022) "Hiệu quả can thiệp nâng cao sự hài lòng của người bệnh ngoại trú khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoa khám bệnh,

- trung tâm y tế thành phố Dĩ An, Tỉnh Bình Dương". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 530 (1-2023), 282-286.
23. Nguyễn Văn Nguyên, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Quỳnh Trúc, Bùi Lê Thanh Thảo, Nguyễn Hoàng Thiên Thu (2022) "So sánh sự thay đổi sau can thiệp về kiến thức 5S của nhân viên y tế tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2022". *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 65 (3), 59-64.
24. Quốc hội (2023) *Luật số 15/2023/QH15: Luật Khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội
25. Mai Thanh Điện, Lê Thị Yến Lang (2023) "Phân tích mô hình bệnh tật bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận thủ đức 2019 - 2020". *Tạp chí Y học dự phòng*, 33 (6), 127-134.
26. Bộ Y tế Việt Nam (2023) *Thông tư số 03/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 02 năm 2023 về hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập*, Hà Nội
27. Nguyen Van Nguyen, La Ngoc Quang, Nguyen Van Tap, Nguyen Quynh Truc, Nguyen Hoang Thien Thu (2023) "The effects of 5s model on hospital service at Can Tho University Of Medicine And Pharmacy Hospital, 2022". *Vietnam Journal of Community Medicine*, 64, 100-107.
28. Chính phủ (2023) *Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội
29. Nguyễn Thanh Vân (2024) "Thời gian chờ khám bệnh tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang năm 2023 và một số yếu tố ảnh hưởng". *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 18 (8), 232-243.
30. Nguyễn Văn Nguyên, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Quỳnh Trúc (2024) "So sánh sự thay đổi sau can thiệp về thực hành 5S của nhân viên y tế tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ, năm 2022". *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 539 (3), 120-124.
31. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2024) *Kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2023*,
32. Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh, Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2025)

Thông báo số 231/TB-SYT ngày 07/01/2025 về Kết quả xếp cấp chuyên môn kỹ thuật các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, 5.

TÀI LIỆU NƯỚC NGOÀI

33. Hasegawa T. A study on organizational reinforcement through total quality management in the health and medical care sector. Tokyo: JICA Institute for International Cooperation; 2006
34. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. [Illustrative manual of 5S for improvement of the healthcare services in health centers]. Manuel illustratif des 5S: pour l'amélioration de la qualité des soins et des services dans un centre de santé. Dakar: Republic of Senegal, French; 2013
35. B Chaudhry, J Wang, S Wu, M Maglione, W Mojica, E Roth "vd.(2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care". *Annals of Internal Medicine*, 742-752.
36. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. [Trainer's guide on 5S practice at health center]. Guide du formateur sur la pratique des 5S dans un centre de santé. Dakar: Republic of Senegal; 2013. French
37. National University Hospital Singapore (NUHS) "Outpatient Survey Questionnaire".
38. A Donabedian (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment.*, Health Administration Press: 1980, 3-163.
39. WE Deming (1986) "Out of the crisis,(p. 88)". *Cambridge: Massachusetts Institute of Technology ISBN*, 978-0911379013.
40. T. Speroff, G. T. O'Connor (2004) "Study designs for PDSA quality improvement research". *Qual Manag Health Care*, 13 (1), 17-32.
41. Ø A Bjærtne A M Garratt, U Krogstad, P Gulbrandsen, (2005) "The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals". *Qual Saf Health Care*, 14, 433-437.
42. Manos A, Sattler M, Alukal G (2006) "Make healthcare lean". *Qual Prog*, 39, 24-

30.

43. M. Willis-Shattuck, P. Bidwell, S. Thomas, L. Wyness, D. Blaauw, P. Ditlopo (2008) "Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review". *BMC Health Serv Res*, 8, 247-252.
44. Lyn N. Henderson, Jim Tulloch (2008) "Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries". *Human Resources for Health*, 6 (1), 18.
45. Hirano H (2009) "JIT implementation manual—the complete guide to just-in-time manufacturing". *Volume 2—waste and the 5S's*. Boca Raton: CRC Press,
46. Sagy M (2009) "Optimizing patient care processes in a children's hospital using Six Sigma". *JCOM*, 16:9
47. Jackson TL (2009) "5S for healthcare.". *New York: Productivity Press*,
48. Ministry of Health and Social Welfare (2009) "Dar es Salaam: The United Republic of Tanzania". *Dar es Salaam: The United Republic of Tanzania*,
49. Jayantha W, Sridharan S, Kanamori S (2010) "National guidelines for improvement of quality and safety of healthcare institutions (quality series no. 1: for line ministry and provincial hospitals). ". *Colombo: Ministry of Health, Sri Lanka*,
50. Elliott MN Giordano LA, Goldstein E, et al. (2010) "Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey.". *Med Care Res Rev*, 67, 27-37.
51. JICA - The Japan International Cooperation Agency (2010) *Monitoring and evaluation sheet for the progress of 5S activities*, 76.
52. Persefoni Lambrou, Nick Kontodimopoulos, Dimitris Niakas (2010) "Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital". *Human Resources for Health*, 8 (1), 26.
53. Sermeus W Aiken LH, Van Den Heede K, et al, (2012) "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States". *BMJ*, 344:e1717.
54. Masaaki Imai (2012) "Gemba Kaizen: a commonsense approach to a continuous

- improvement strategy ". *New York: McGraw Hill*,
55. Honda S (2012) "Inspired by Sri-Lankan practice: scaling-up 5S-KAIZEN-TQM for improving African hospital service". 107-127.
 56. Skinner AM Jones KJ, High R, Reiter-Palmon R, (2013) "A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals". *BMJ Qual Saf*, 22 (5), 394-404.
 57. MoHSW T (2013) "Implementation Guidelines for 5S-KAIZEN-TQM Approaches in Tanzania". *Dar es Salaam (Tanzania): Ministry of Health and Social Welfare*,
 58. Ali Mohammad Mosadeghrad (2013) "Obstacles to TQM success in health care systems". *Int J Health Care Qual Assur*, 26 (2), 147-173.
 59. Japan International Cooperation Agency (2013) "JICA's operation in health sector—present and future". *Tokyo: JICA*,
 60. Chen S-Y Chang C-S, Lan Y-T, (2013) "Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters". *BMC Health Serv Res*, 13 (1), 22.
 61. Cornwell J. Robert G (2013) "Rethinking policy approaches to measuring and improving patient experience". *J Health Serv Res Policy*, 18, 67-69.
 62. Reinhardt R Hietschold N, Gurtner S, (2014) "Measuring critical success factors of TQM implementation successfully—a systematic literature review". *Int J Prod Res*, 52 (21), 6258-6272.
 63. Rivlin A McClellan M (2014) *Improving Health while Reducing Cost Growth: What is Possible*,
 64. L. H. Aiken, D. M. Sloane, L. Bruyneel, K. Van den Heede, P. Griffiths, R. Busse, et al. (2014) "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study". *Lancet*, 383 (9931), 1824-30.
 65. M. J. Taylor, C. McNicholas, C. Nicolay, A. Darzi, D. Bell, J. E. Reed (2014) "Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare". *BMJ Qual Saf*, 23 (4), 290-8.

66. Denker AG (2014) "Transformational Leadership in Nursing: A Pilot Nurse Leader Development Program".
67. A. M. Mosadeghrad (2014) "Why TQM programmes fail? A pathology approach". *The TQM Journal*, 26 (2), 160-187.
68. Anam Parand, Sue Dopson, Anna Renz, Charles Vincent (2014) "The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review". *BMJ Open*, 4 (9), e005055.
69. Chakravarty A Mohd A (2014) "Patient satisfaction with services of the outpatient department". *Medical journal, Armed Forces India*, 70 (3), 237-242.
70. Wannapiroon P Srima S, Nilsook PJP-S, Sciences B, (2015) "Design of total quality management information system (TQMIS) for model school on best practice.". 174, 2160-2165.
71. Emad A. Al-Shdaifat (2015) "Implementation of total quality management in hospitals". *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10 (4), 461-466.
72. Mosadeghrad AM (2015) "Developing and validating a total quality management model for healthcare organisations". *TQM J*, 27 (5), 544-564.
73. S E Mason, C R Nicolay, A Darzi (2015) "The use of Lean and Six Sigma methodologies in surgery: a systematic review". *Surgeon*, 13 (2), 91-100.
74. Vituri DW, Évora YDM (2015) "Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review". *Rev Bras Enferm*, 68 (5), 945-952.
75. Health Quality Ontario (2015) "Primary care patient experience survey".
76. Arefanian S Lashgari MH, Mohammadshahi A, Khoshdel AR, (2015) "Effects of the total quality management implication on patient satisfaction in the Emergency Department of Military Hospitals". *J Arch Mil Med*, 3 (1)
77. Bekker HL Breckenridge K, Gibbons E, et al (2015) "How to routinely collect data on patient-reported outcome and experience measures in renal registries in Europe: an expert consensus meeting.". *Nephrol. Dial. Transplant*, 30, 1605-1614.
78. Al Raoush AT El-Tohamy AE-MA (2015) "The impact of applying total quality management principles on the overall hospital effectiveness: an empirical

- study on the HCAC accredited governmental hospitals in Jordan". *Eur Sci J*, 11 (10)
79. M. E. Kruk, H. H. Leslie, S. Verguet, G. M. Mbaruku, R. M. K. Adanu, A. Langer (2016) "Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys". *Lancet Glob Health*, 4 (11), e845-e855.
 80. Annalena Welp, Tanja Manser (2016) "Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review". *BMC Health Serv Res*, 16, 281.
 81. Lehrman WG Tefera L, Conway P. (2016) "Measurement of the patient experience: Clarifying facts, myths, and approaches". *JAMA*, 315, 2167–8.
 82. Somrongthong R Kumar R, Ahmed J, (2016) "Impact of waste management training intervention on knowledge, attitude and practices of teaching hospital workers in Pakistan". *Pak J Med Sci*, 32 (3), 705.
 83. Shogo Kanamori, Akira Shibanuma, Masamine Jimba (2016) "Applicability of the 5S management method for quality improvement in health-care facilities: a review". *Tropical Medicine and Health*, 44 (1), 21.
 84. Santana MJ Kemp KA, Southern DA, et al (2016) "Association of inpatient Hospital experience with patient safety indicators: a cross-sectional, Canadian study". *BMJ Open*, 6:e11242.
 85. D. Wickremasinghe, I. E. Hashmi, J. Schellenberg, B. I. Avan (2016) "District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review". *Health Policy Plan*, 31 Suppl 2 (Suppl 2), ii12-ii24.
 86. Emidia Vagnoni Andrea Chiarini (2017) "TQM implementation for the healthcare sector". *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*, 30 (3), 210-216.
 87. T. Manyazewal, A. Mekonnen, T. Demelew, S. Mengestu, Y. Abdu, D. Mammo, et al. (2018) "Improving immunization capacity in Ethiopia through continuous quality improvement interventions: a prospective quasi-experimental study". *Infect Dis Poverty*, 7 (1), 119.
 88. H. M. Lam, A. Wesolowski, N. T. Hung, T. D. Nguyen, N. T. D. Nhat, S. Todd,

- et al. (2018) "Nonannual seasonality of influenza-like illness in a tropical urban setting". *Influenza Other Respir Viruses*, 12 (6), 742-754.
89. Jocelyn Fifield Asaf Bitton, Hannah Ratcliffe, Ami Karlage, Hong Wang, Jeremy H Veillard, Dan Schwarz, Lisa R Hirschhorn, (2019) "Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017". *BMJ Global Health* 4(8), e001551.
 90. Thais Orrico de Brito Cançado, Fernando Brito Cançado, Marcelo Luis Abramides Torres (2019) "Lean Six Sigma and anesthesia". *Rev Bras Anesthesiol*, 69 (5), 502-509.
 91. Jan B. Schmutz, Laurenz L. Meier, Tanja Manser (2019) "How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis". *BMJ Open*, 9 (9), e028280.
 92. Guangyu Hu, Yin Chen, Qiannan Liu, Shichao Wu, Jing Guo, Shiyang Liu, et al. (2019) "Patient experience of hospital care in China: major findings from the Chinese Patient Experience Questionnaire Survey (2016–2018)". *BMJ Open*., 9 (9), e031615.
 93. Majdi M Alzoubi, KS Hayati, AM Rosliza, AA Ahmad, ZM Al-Hamdan (2019) "Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research". *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 166-177.
 94. Rachel Flynn, Shannon D Scott (2020) "Understanding Determinants of Sustainability Through a Realist Investigation of a Large-Scale Quality Improvement Initiative (Lean): A Refined Program Theory". *J Nurs Scholarsh*, 52 (1), 65-74.
 95. H. Qiu, L. Luo, Z. Su, L. Zhou, L. Wang, Y. Chen (2020) "Machine learning approaches to predict peak demand days of cardiovascular admissions considering environmental exposure". *BMC Med Inform Decis Mak*, 20 (1), 83.
 96. F. Talib, Asjad, M., Atrii, R., Khan, A., (2020) "Ranking model of total quality

- management enablers in healthcare establishments using the best-worst method". *The TQM Journal*, 31 (5), 790-814.
97. Aburayya A, Alshurideh M, Al Marzouqi A, Al Diabat O, Alfarsi A, Suson R, et al. (2020) "An Empirical Examination of the Effect of TQM Practices on Hospital Service Quality: An Assessment Study in UAE Hospitals". *System Rev Pharm*, 11, 347–62.
 98. A. C. S. Heerdegen, M. Aikins, S. Amon, S. A. Agyemang, K. Wyss (2020) "Managerial capacity among district health managers and its association with district performance: A comparative descriptive study of six districts in the Eastern Region of Ghana". *PLoS One*, 15 (1), e0227974.
 99. B. Kurdi, Alshurideh, M., & Alnaser, A., (2020) "The impact of employee satisfaction on customer satisfaction: Theoretical and empirical underpinning". *Management Science Letters*, 10 (15), 3561-3570.
 100. A. Aburayya, Alshurideh, M., Alawadhi, D., Alfarsi, A., Taryam, M., & Mubarak, S. (2020) "An Investigation of the Effect of Lean Six Sigma Practices on Healthcare Service Quality and Patient Satisfaction: Testing the Mediating Role of Service Quality in Dubai Primary Healthcare Sector". *Journal of Advanced Research in Dynamical and Control Systems*, 12 (8)-Special Issue, 56-72.
 101. E. V. Langlois, A. McKenzie, H. Schneider, J. W. Mecaskey (2020) "Measures to strengthen primary health-care systems in low- and middle-income countries". *Bull World Health Organ*, 98 (11), 781-791.
 102. L. Toke, S. Kalpande (2020) "Total quality management in small and medium enterprises: An overview in India context". *Quality Management Journal*, 27 (3), 159-175.
 103. Nguyen Thi Thu Phuong (2020) "Impact of health insurance on healthcare utilisation patterns in Vietnam: a survey-based analysis with propensity score matching method". *BMJ Open*, 10 (10), e040062.
 104. World Health Organization (2020) *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. WHO Press,

105. Ha Nam Khanh Giao, Nguyen Thi Anh Thy, Bui Nhat Vuong, Le Thi Phuong Lien (2020) "Outpatient Satisfaction at Private General Hospitals in Ho Chi Minh City, Vietnam". *The Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 7 (7), 323-334.
106. World Health Organization (2020) *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. WHO Press.,
107. Robison J (2021) *What Is the "Patient Experience"?* *Business Journal*. Accessed May 20, 2021., <https://news.gallup.com/businessjournal/143258/patient-experience.aspx>,
108. M. Choisy, A. McBride, M. Chambers, C. Ho Quang, H. Nguyen Quang, N. T. Xuan Chau, et al. (2021) "Climate change and health in Southeast Asia - defining research priorities and the role of the Wellcome Trust Africa Asia Programmes". *Wellcome Open Res*, 6, 278.
109. M. Marsilio, M. Pisarra (2021) "Lean management in health care: a review of reviews of socio-technical components for effective impact". *J Health Organ Manag*, ahead-of-print (ahead-of-print)
110. Bui Thi Tu Quyen, Nguyen Thanh Ha, Hoang Van Minh (2021) "Outpatient satisfaction with primary health care services in Vietnam: Multilevel analysis results from The Vietnam Health Facilities Assessment 2015". *Health Psychology Open*, 8 (1), 20551029211015117.
111. S. M. Shortell, T. G. Rundall, J. C. Blodgett (2021) "Assessing the relationship of the human resource, finance, and information technology functions on reported performance in hospitals using the Lean management system". *Health Care Manage Rev*, 46 (2), 145-152.
112. X. Li, D. Tian, W. Li, B. Dong, H. Wang, J. Yuan, et al. (2021) "Artificial intelligence-assisted reduction in patients' waiting time for outpatient process: a retrospective cohort study". *BMC Health Serv Res*, 21 (1), 237.
113. F. Di Vincenzo, D. Angelozzi, F. Morandi (2021) "The microfoundations of physicians' managerial attitude". *BMC Health Serv Res*, 21 (1), 199.
114. J. M. Santos-Jaén, M. D. C. Valls Martínez, M. Palacios-Manzano, M. S. Grasso

- (2022) "Analysis of Patient Satisfaction through the Effect of Healthcare Spending on Waiting Times for Consultations and Operations". *Healthcare (Basel)*, 10 (7)
115. R. Wilson, Y. Winnard (2022) "Causes, impacts and possible mitigation of non-attendance of appointments within the National Health Service: a literature review". *J Health Organ Manag*, ahead-of-print (ahead-of-print)
 116. Chawis Boonmee, Chompoonoot Kasemset, Tinnakorn Phongthiya (2022) "Layout design of outpatient department: simulation study and implementation". *Scientific Journal of Logistic*, 18 (2), 185-196.
 117. A. D. Gage, T. Gotsadze, E. Seid, R. Mutasa, J. Friedman (2022) "The influence of Continuous Quality Improvement on healthcare quality: A mixed-methods study from Zimbabwe". *Soc Sci Med*, 298, 114831.
 118. M. Marsilio, M. Pisarra, K. Rubio, S. Shortell (2022) "Lean adoption, implementation, and outcomes in public hospitals: benchmarking the US and Italy health systems". *BMC Health Serv Res*, 22 (1), 122.
 119. Le Khanh Hung, La Thi Xuan Phuong, Tykkyläinen Markku (2022) "Service quality and accessibility of healthcare facilities: digital healthcare potential in Ho Chi Minh City". *BMC Health Services Research*, 22 (1), 1374.
 120. R. ElChamaa, A. J. E. Seely, D. Jeong, S. Kitto (2022) "Barriers and Facilitators to the Implementation and Adoption of a Continuous Quality Improvement Program in Surgery: A Case Study". *J Contin Educ Health Prof*, 42 (4), 227-235.
 121. N. Thach Phuong, P. Vu Hoang, T. Mac Dang, T. Nguyen Thi Huyen, T. Ngo Thi (2023) "Improving Hospital's Quality of Service in Vietnam: The Patient Satisfaction Evaluation in Multiple Health Facilities". *Hosp Top*, 101 (2), 73-83.
 122. E. L. P. Lim, R. H. S. Ong, J. Thor, M. Allgurun, B. A. Gäre, J. Thumboo (2023) "An Evaluation of the Relationship between Training of Health Practitioners in a Person-Centred Care Model and their Person-Centred Attitudes". *Int J Integr Care*, 23 (4), 11.

123. D. A. Sori, G. T. Debelew, L. S. Degefa, Z. Asefa (2023) "Continuous quality improvement strategy for increasing immediate postpartum long-acting reversible contraceptive use at Jimma University Medical Center, Jimma, Ethiopia". *BMJ Open Qual*, 12 (1)
124. J. Patel, B. Nattabi, R. Long, A. Durey, S. Naoum, E. Kruger, et al. (2023) "The 5C model: A proposed continuous quality improvement framework for volunteer dental services in remote Australian Aboriginal communities". *Community Dent Oral Epidemiol*, 51 (6), 1150-1158.
125. Long Thanh Giang, Tham Hong Thi Pham, Phong Manh Phi, Nam Truong Nguyen (2023) "Healthcare Services Utilisation and Financial Burden among Vietnamese Older People and Their Households". *Int J Environ Res Public Health*, 20 (12)
126. D. Schwalbe, M. Sodemann, M. Iachina, B. M. Nørgård, N. H. Chodkiewicz, J. Ammentorp (2023) "Causes of Patient Nonattendance at Medical Appointments: Protocol for a Mixed Methods Study". *JMIR Res Protoc*, 12, e46227.
127. L. Vasanathan, S. K. Natarajan, A. Babu, M. S. Kamath, S. Kamalakannan (2024) "Digital health interventions for improving access to primary care in India: A scoping review". *PLOS Glob Public Health*, 4 (5), e0002645.
128. M. Tobaiqy, K. MacLure (2024) "Medication Errors in Saudi Arabian Hospital Settings: A Systematic Review". *Medicina (Kaunas)*, 60 (9)
129. N. A. Patel, S. N. Nayak, B. R. Bariya, M. N. Patel (2024) "Analysis of leadership and team management skills of middle-level healthcare managers of Valsad district, Gujarat". *J Family Med Prim Care*, 13 (2), 498-504.
130. B. Sung, F. O'Driscoll, A. Gregory, K. Grailey, H. Franklin, S. Poon, et al. (2024) "Identifying barriers to outpatient appointment attendance in patient groups at risk of inequity: a mixed methods study in a London NHS trust". *BMC Health Serv Res*, 24 (1), 554.
131. M. Al-Okaily, H. Younis, A. Al-Okaily (2024) "The impact of management practices and industry 4.0 technologies on supply chain sustainability: A

- systematic review". *Heliyon*, 10 (17), e36421.
132. S. Prinja, N. Purohit, N. Kaur, L. Rajapaksa, M. Sarker, R. Zaidi, et al. (2024) "The state of primary health care in south Asia". *Lancet Glob Health*, 12 (10), e1693-e1705.
133. M. Grace Tetteh, S. Gupta, M. Kumar, H. Trollman, K. Salonitis, S. Jagtap (2024) "Pharma 4.0: A deep dive top management commitment to successful Lean 4.0 implementation in Ghanaian pharma manufacturing sector". *Heliyon*, 10 (17), e36677.
134. J. Emblemståg (2024) "Lean project planning - Bridging last planner system and earned value management". *Heliyon*, 10 (18), e37810.
135. M. Alturbag (2024) "Factors and Reasons Associated With Appointment Non-attendance in Hospitals: A Narrative Review". *Cureus*, 16 (4), e58594.
136. Tran Thi Hong Le, Le Chi Nhan, Ha Bao Tran (2024) "Healthcare Human Resource Shortfall in Vietnam Compared to Select Countries in Asean". *Human Resources for Health*, 20, 1-12.
137. S. Perera, S. Ramani, T. Joarder, R. S. Shukla, S. Zaidi, N. Wellappuli, et al. (2024) "Reorienting health systems towards Primary Health Care in South Asia". *Lancet Reg Health Southeast Asia*, 28, 100466.
138. A. Zain, S. P. Sadarangani, L. P. Shek, S. Vasoo (2024) "Climate change and its impact on infectious diseases in Asia". *Singapore Med J*, 65 (4), 211-219.
139. H. Zhang, J. Tian, Y. Shi, Y. Qian, X. Gao, X. Zhai (2025) "Impact of expected waiting time on pediatric outpatient satisfaction: a behavioral experiment study". *BMC Health Serv Res*, 25 (1), 701.
140. A. Ranjan, G. Singh, H. Singh, M. Singh (2025) "Digital Transformation of Healthcare Access: A Comparative Time Series Analysis of Online Versus Conventional OPD Registrations at a Tertiary Care Hospital". *Cureus*, 17 (4), e81970.
141. M. Hung, S. Vu, E. S. Hon, L. Reese, J. Gardner, M. S. Lipsky (2025) "Unveiling the drivers of patient satisfaction in the United States hospitals: Assessing quality indicators across regions". *PLoS One*, 20 (6), e0324737.

