

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**

Ngành: Quản lý y tế

Mã số: 9 72 08 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN LÝ Y TẾ

Hà Nội – 2026

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Đặng Đức Anh
2. GS.TS. Nguyễn Văn Tập

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi giờ, ngày tháng năm 2026.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Quỳnh Trúc, Đặng Đức Anh, Nguyễn Văn Tập, Trần Minh Thái, Nguyễn Hoàng Thiên Thu. "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 Thu. "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

ĐẶT VẤN ĐỀ

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 hiện được áp dụng rộng rãi và mang tính chất khái quát hoá cao, áp dụng Quản lý chất lượng toàn diện trong một quy trình của bệnh viện dẫn đến kết quả hoạt động tốt hơn khi áp dụng những công cụ riêng lẻ .

Quản lý chất lượng toàn diện 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. Bên cạnh đó, Quản lý chất lượng toàn diện còn sử dụng các phương pháp phân tích, thống kê như lưu lượng, dự báo, biểu đồ thống kê và bảng kiểm, để thu thập thông tin về hoạt động trong bệnh viện.

Tại Việt Nam, hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện nhận được sự quan tâm lớn, việc thực hiện công tác quản lý chất lượng không tốt ở khoa khám bệnh các bệnh viện đa khoa trực tiếp dẫn đến những hậu quả như làm giảm động lực làm việc hay hài lòng trong công việc của nhân viên y tế tại khoa và giảm hài lòng người bệnh.

Tại thành phố Hồ Chí Minh, hàng năm đã công bố danh sách xếp hạng các bệnh viện, nhìn chung các bệnh viện hạng I đã lựa chọn và triển khai những hoạt động quản lý chất lượng riêng, có những thành công nhất định. Tuy nhiên, đối với các khoa khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện thì việc triển khai quản lý chất lượng còn chưa đi sâu cũng như chưa đạt được hiệu quả như mong muốn. Nghiên cứu được triển khai trong bối cảnh các bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh đã và đang trong quá trình đẩy mạnh công tác quản lý chất lượng, cũng như tùy vào đặc điểm từng bệnh viện mà lựa chọn phương thức, công cụ quản lý chất lượng phù hợp.

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.*

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài:

Luận án đã đóng góp một số điểm mới, tính khoa học và tính thực tiễn:

1. Tính mới

Luận án là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam tập trung vào quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh của các bệnh viện tuyến quận/huyện, nơi phản ánh trực tiếp chất lượng và trải nghiệm người bệnh. Nghiên cứu ứng dụng mô hình phân tích đa cấp Bayes và hồi quy phân cấp (HLM) để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến điểm TQM và trải nghiệm người bệnh – đây là cách tiếp cận mới trong lĩnh vực quản lý y tế công. Bên cạnh đó, luận án xây dựng mô hình can thiệp TQM phù hợp bối cảnh tuyến cơ sở đô thị, góp phần bổ sung bằng chứng khoa học cho chính sách cải thiện chất lượng bệnh viện

2. Tính khoa học

Nghiên cứu có phương pháp rõ ràng đảm bảo tính khoa học, có độ tin cậy và tính ứng dụng thực tiễn cao. Luận án được xây dựng trên cơ sở lý luận vững chắc về TQM, kết hợp giữa khung lý thuyết quốc tế (Deming, Juran, Ishikawa) và định hướng chính sách trong nước (Thông tư 19/2013/TT-BYT, Quyết định 6858/QĐ-BYT, Nghị định 96/2023/NĐ-CP). Thiết kế nghiên cứu kết hợp định lượng – định tính và bán can thiệp, bảo đảm độ tin cậy, khách quan và phù hợp với đặc trưng dữ liệu y tế. Các kết quả được phân tích, so sánh với nghiên cứu trong và ngoài nước, làm rõ mối quan hệ giữa lãnh đạo, nhân lực, cải tiến quy trình, lấy người bệnh làm trung tâm và dữ liệu quản lý trong triển khai TQM.

3. Tính thực tiễn

Luận án có giá trị ứng dụng cao đối với công tác quản lý bệnh viện tuyến quận/huyện, giúp xác định các hạn chế trong đào tạo, giám sát, quy trình và trải nghiệm người bệnh. Mô hình can thiệp tập trung vào đào tạo, tập huấn tại khoa có thể nhân rộng trong hệ thống y tế công. Các khuyến nghị từ luận án giúp Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh và các bệnh viện hoàn thiện cơ cấu tổ chức, nâng cao năng lực nhân viên y tế, ứng dụng PDCA và 5S nhằm cải thiện liên tục chất lượng khám chữa bệnh ngoại trú.

Cấu trúc của luận án

Luận án 137 trang: Đặt vấn đề (2 trang), chương 1: Tổng quan (26 trang), chương 2: Phương pháp nghiên cứu (27 trang), chương 3: Kết quả nghiên cứu (40 trang), chương 4: Bàn luận (38 trang), Kết luận (2 trang), Khuyến nghị (1 trang). Trong luận án có: 34 bảng, 01 hình, 04 biểu đồ, 03 sơ đồ. Luận án có 141 tài liệu tham khảo, trong đó 32 tiếng Việt, 109 tiếng Anh.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm

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.

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. Một điều cần phân biệt TQM với quản lý và lập kế hoạch chung là TQM áp dụng cho các dự án can thiệp ở cấp độ thực hành trong hệ thống tổ chức bao gồm cả quản lý cung cấp dịch vụ và quản lý hoạt động. Trong đó 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”.

1.2. Các giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng tại Khoa Khám bệnh bệnh viện trên thế giới và Việt Nam

Các nội dung chính trong can thiệp TQM: (1) Cam kết của lãnh đạo, (2) Lấy đối tượng phục vụ làm trung tâm, (3) Đào tạo và huấn luyện, (4) Cải tiến chất lượng liên tục, (5) Làm việc nhóm và (6) Nguyên tắc khác

Cách thức triển khai một số mô hình can thiệp nâng cao chất lượng bệnh viện thành công tại Việt Nam như mô hình 5S tại Bệnh viện ĐHYD Cần Thơ, mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh

1.3. Thực trạng quản lý chất lượng trên thế giới và tại Việt Nam

Qua tổng quan cho thấy hệ thống QLCL đa dạng, phong phú. Tùy thuộc vào mục tiêu, nguồn lực tại từng cơ sở để lựa chọn phương pháp QLCL phù hợp và hiệu quả.

Trên thế giới: hệ thống QLCL thường đi theo các bộ tiêu chuẩn như ISI, JCI, theo nguyên lý TQM, 5S, Lean,...

Tại Việt Nam: theo bộ tiêu chí chất lượng của Bộ y tế, 5S, Lean,...

1.4. Đặc điểm về các khoa Khám bệnh bệnh viện tuyến quận/huyện tại TP. Hồ Chí Minh

Các khoa Khám bệnh tuyến quận/huyện TP. Hồ Chí Minh có đội ngũ nhân sự có trình độ, cơ sở vật chất cơ bản đạt chuẩn, và quy trình quản lý tương đối hoàn thiện, song vẫn tồn tại quá tải nhân sự, thiếu

thiết bị chuyên sâu và thời gian chờ đợi dài. Những đặc điểm và thách thức này là cơ sở để áp dụng mô hình Quản lý chất lượng toàn diện (TQM), nhằm cải tiến quy trình, nâng cao năng lực nhân viên và cải thiện trải nghiệm người bệnh trong hệ thống y tế công đô thị

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 TP HCM (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).

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.

Bệnh nhân 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 QLCL tại 19 Khoa Khám bệnh.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 19 bệnh viện tuyến quận/huyện tại TP HCM (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).

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

2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/ 2022 đến hết tháng 12/ 2024

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 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 các phòng chức năng

Nghiên cứu thu thập các dữ liệu văn bản như biên bản, kế hoạch, báo cáo của các bệnh viện; thu thập dữ liệu về tình hình nhân lực tại các phòng chức năng gồm phòng KHTH, phòng QLCL, phòng CTXH,

dữ liệu về công tác đào tạo, trang thiết bị, cơ sở vật chất của khoa Khám bệnh các bệnh viện.

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

Cỡ mẫu cho người bệnh ngoại trú: nghiên cứu thu thập tổng số 760 người bệnh tại 19 bệnh viện, tương ứng mỗi bệnh viện chọn 40 người

Cỡ mẫu cho NVYT: 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 NVYT

Công cụ nghiên cứu: Bộ công cụ đánh giá TQM gồm 40 câu hỏi và 5 nhóm yếu tố; Bộ công cụ đánh giá Trải nghiệm người bệnh ngoại trú gồm 46 câu hỏi và 3 phần, phiếu thu thập dữ liệu về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, đào tạo.

2.6. Nghiên cứu can thiệp

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.

Cỡ mẫu cho người bệnh: chọn ngẫu nhiên 300 người bệnh trước và sau can thiệp tại mỗi nhóm

Cỡ mẫu cho NVYT: nghiên cứu toàn bộ NVYT trước-sau can thiệp ở mỗi nhóm.

Tổ chức thực hiện can thiệp:

Nghiên cứu tiến hành tổ chức, xây dựng mô hình TQM theo nguyên lý “lấy người bệnh làm trung tâm” tại khoa khám bệnh theo 5 yếu tố cốt lõi nguyên lý TQM.

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

Nghiên cứu thực hiện tại 19 khoa Khám bệnh tuyến quận/huyện TP.HCM, nên chưa đại diện toàn hệ thống. Chọn mẫu mục đích có thể gây sai lệch lựa chọn. Thiết kế bán thực nghiệm trước-sau có đối chứng giúp kiểm soát thời gian nhưng không loại trừ hoàn toàn yếu tố nhiễu như thay đổi nhân sự, chính sách, hay số lượt khám. Dữ liệu tự báo cáo từ NVYT và người bệnh có thể gây thiên lệch chủ quan.

Cỡ mẫu phù hợp thống kê nhưng chưa khái quát toàn tuyến cơ sở; khác biệt cơ sở vật chất và nhân lực giữa các bệnh viện ảnh hưởng tính đồng nhất.

Để khắc phục, nghiên cứu chọn mẫu ngẫu nhiên trong nhóm, tập huấn điều tra viên, kiểm tra phiếu hàng ngày, và chuẩn hóa dữ liệu theo

đặc điểm nhân khẩu học, giúp giảm sai số và diễn giải trong phạm vi tuyến quận, làm cơ sở cho các nghiên cứu quy mô lớn hơn

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Exel, R 4.5.0. Giá trị $p < 0,05$ được xem xét có ý nghĩa thống kê.

2.9. Vấn đề đạo đức trong 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.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng quản lý chất lượng tại khoa khám bệnh một số bệnh viện tuyến quận, thành phố Hồ Chí Minh

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

3.1.1.1. Cơ cấu tổ chức của phòng QLCL và khoa khám bệnh

Phòng KHTH: Tại 19 bệnh viện, phòng KHTH có trung vị 12 nhân viên (dao động từ 6 đến 28 người), cao nhất so với hai phòng chức năng khác. Về trình độ, nhân viên Đại học là 8 người, Sau đại học là 2 người. Các bệnh viện có sự đa dạng trong cách tổ chức phòng KHTH, từ không có tổ/bộ phận cụ thể (4/19 BV) đến các tổ như Nghiên cứu khoa học, Công nghệ thông tin, QLCL, Báo cáo thống kê, Hồ sơ bệnh án, Bảo hiểm y tế (BHYT), Thiết bị y tế.

Phòng QLCL: 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 KHTH. Trung vị Đại học 3 người/phòng (0-6), Sau đại học 1 người/phòng (0-2). Về cách phân chia tổ/bộ phận, có 7/19BV chưa thành lập phòng QLCL riêng, thường tích hợp vào phòng KHTH 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, CNTT.

Phòng CTXH: 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%). 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). Có 11/19 bệnh viện chưa thành lập phòng CTXH, có 2/19 bệnh viện có tổ CTXH 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.

Tại Khoa khám bệnh. 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 94,74% bệnh viện có >8 phòng khám chuyên khoa. Tỷ lệ 100% bệnh viện có phòng X-quang và xét nghiệm

3.1.1.3. Thiết bị y tế

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.

3.1.1.4. Quản lý Dược và cấp phát thuốc: Kết quả cho thấy 941 số toa thuốc/ngày trung bình.

3.1.1.5. Số lượng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú: số lượt KBCB BHYT có tỷ lệ lớn trong tổng số lượt KBCB ngoại trú (2022: 85,3%; 2023: 87,5%).

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

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

TT	Đào tạo	GTNN-GTLN	Phân nhóm	SL	%
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 QLCL có sự tham gia của BGĐ	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 TQM	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.

Bảng 3.13. Mục tiêu cải tiến ưu tiên tại khoa Khám bệnh (n=19)

TT	Tên các mục tiêu cải tiến chất lượng	SL	%
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

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

TT	Hoạt động	SL	%
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

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

Nghiên cứu thực hiện trên 537 NVYT hiện công tác tại Khoa Khám bệnh thuộc 19 bệnh viện. 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%, ĐD là 60,0%, có 8,9% hiện giữ chức vụ quản lý. Kết quả ngưỡng tối ưu theo ROC là 4,0375. Do đó, 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	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 NVYT là $4,04 \pm 0,49$ điểm.

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/ĐD	-0,07	0,09	0,41
	Chuyên môn: Dược sĩ/ĐD	-0,08	0,15	0,60
	Chuyên môn: KTV/ ĐD	0,29	0,15	0,05
	Chuyên môn: Khác/ ĐD	-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 /Tư vấn	-0,21	0,07	<0,01
	Tiếp xúc: Điều trị/Tư vấn	-0,21	0,09	0,03
	Tiếp xúc: Khác/Tư 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

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 bệnh nhân: 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

Nghiên cứu phân tích trên 760 người bệnh ngoại trú thuộc 19 bệnh viện tuyến quận tại TPHCM. Kết quả cho thấy điểm số trải nghiệm người bệnh trung bình $4,02 \pm 0,54$ điểm.

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

T	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
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
1	Lý do: BHYT tại đây	0,02	0,07	-0,12	0,15
0	Lý do: CSYTkhác chuyển đến	-0,59	0,16	-0,9	-0,27
	Lý do: Bảo 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

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

Điểm mạnh: Các bệnh viện có cơ cấu tổ chức rõ ràng, nhân sự trình độ cao (20,8% sau đại học), cơ sở vật chất đạt chuẩn theo Thông tư 14/2013/TT-BYT. Hoạt động QLCL duy trì thường xuyên với 4–5 quy trình/năm, 5–6 cuộc họp QLCL, 52,6% áp dụng 5S, 26,3% số hóa quy

trình và 21% đăng ký trực tuyến. Trải nghiệm người bệnh đạt 4,02/5, 72,4% sẵn sàng quay lại, và 72,2% NVYT đánh giá cao cam kết lãnh đạo.

Hạn chế: Thiếu nhân sự chuyên trách (47,4% phòng QLCL, 36,8% chưa có phòng CTXH), hạn chế CNTT (15,8% quản lý thủ công), thiếu tập huấn Lean, PDCA, điểm “Cải tiến chất lượng liên tục” thấp nhất. Chênh lệch lớn về lượt khám ngoại trú làm giảm tính đồng bộ TQM.

Cơ hội: Nhu cầu khám ngoại trú tăng (334.277 → 389.266 lượt), tỷ lệ BHYT cao, nền nhân lực tốt và cơ sở vật chất cơ bản tạo điều kiện mở rộng TQM. Cam kết lãnh đạo cao, cùng kết quả trải nghiệm người bệnh tích cực, là động lực cho cải tiến liên tục.

Thách thức: Thiếu nguồn lực, kinh phí (10,5%), nhân viên kiêm nhiệm (21%), nhận thức TQM chưa đồng đều; cơ sở vật chất chưa đạt chuẩn ở một số chuyên khoa, dẫn đến chênh lệch chất lượng giữa các bệnh viện.

3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh Bệnh viện, thành phố Hồ Chí Minh

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. Nhân lực: Phòng KHTH và CTXH có 17 nhân sự, trong khi QLCL 7 người. Chuyên khoa Nội chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%), tiếp đến là các chuyên khoa khác (29,1%). Tại khoa Khám bệnh bệnh viện can thiệp có 13 NVYT, chủ yếu là nữ (79%), gồm 5 bác sĩ (38,5%) và 8 điều dưỡng (61,5%), 100% trình độ đại học trở lên (84,6% sau đại học), tuổi trung bình $39,7 \pm 8,9$.

3.2.1.2. Cơ sở vật chất: Bệnh viện đạt chuẩn diện tích ở nhiều phòng theo TCVN 9213:2012 và Thông tư 14/2013/TT-BYT, nhưng còn thiếu chuẩn tại các khu thủ tục, vệ sinh và nhiều phòng chuyên khoa, diện tích nhỏ ($9-16 \text{ m}^2 < 12-36 \text{ m}^2$ chuẩn). Thiếu các phòng lưu hồ sơ, thay đồ, xưởng răng giả, phòng phó khoa, gây khó khăn trong tổ chức và tiện nghi làm việc.

3.2.1.3. Thiết bị y tế: 24 loại thiết bị cơ bản đều đạt hoặc vượt yêu cầu tối thiểu, song còn thiếu thiết bị chuyên sâu như CT-Scanner (10,5%), nội soi tiết niệu (15,8%) và máy tim phổi nhân tạo (0%). Một số thiết bị như máy X-quang (1 máy) chưa đáp ứng đủ nhu cầu khi lưu lượng bệnh nhân tăng cao

3.2.1.4. Công tác quản lý dược và cấp phát thuốc: 1.098 toa thuốc/ngày, tỷ lệ đúng phác đồ 98%.

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: lãnh đạo bệnh viện tham gia 10 cuộc họp QLCL trong năm và duy trì tần suất đều đặn cho các hoạt động tiếp công dân, giải quyết khiếu nại và hợp báo cáo kiosk không hài lòng. Xây dựng lịch tiếp công dân và tham gia các hoạt động liên quan đến phản hồi của bệnh nhân (kiosk, khảo sát hài lòng)

b) Kết quả hoạt động Làm việc nhóm: xác định giải pháp can thiệp cho 3 tồn tại chính: thiếu kiến thức QLCL, nhu cầu thanh toán không dùng tiền mặt và nhu cầu sạc điện thoại trong thời gian chờ

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, QLCL (phương pháp 5S, PDCA, TQM), đến kỹ năng mềm và nghiên cứu khoa học.

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

Hoàn thành tất cả mục tiêu phía người bệnh (ưu tiên tái khám, tuân thủ phác đồ, xử lý phản ánh 100%) và cải thiện sự hài lòng của NVYT (từ 85% lên 89%). Các kênh phản ánh đa dạng, và kế hoạch chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NVYT là những điểm sáng.

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 thực hiện các hoạt động cải tiến chất lượng.

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

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
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

Nội dung		Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	OR exp(β)	p
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 bệnh nhân 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

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

Phân tích logistic DiD cho thấy can thiệp (SCT) có tác động tích cực lên hiệu quả. DiD dương và $p < 0,01$ cho thấy can thiệp có tác động tích cực trên tất cả các nhóm nội dung. 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). Tổng hợp, can thiệp làm tăng odds thành công 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

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
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

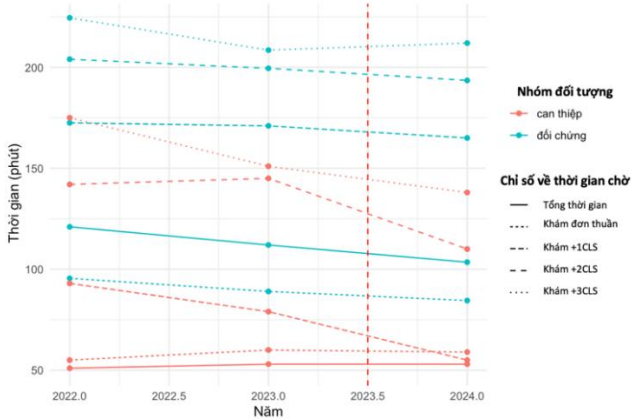
Trong KBCB	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,17	0,04	1,19	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,84
	DID	0,67	0,05	1,95	<0,01
Sau khi KBCB	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,12	0,04	1,13	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,68
	DID	0,72	0,05	2,05	<0,01
Điểm chung	TCT ⁽³⁾⁻⁽¹⁾	0,13	0,04	1,14	<0,01
	SCT ⁽⁴⁾⁻⁽²⁾	0,01	0,03	1,01	0,60
	DID	0,72	0,05	2,05	<0,01

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

Phân nhóm		Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	OR exp(β)	P
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

Phân tích phân nhóm cho thấy can thiệp có hiệu quả đồng đều trên mọi tầng lớp dân số. 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. Tuy nhiên, một số yếu tố nội tại ảnh hưởng: nam giới, mức sống trung bình và học vấn sau đại học có hiệu quả thấp hơn.

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



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

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 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 có chu kỳ hàng năm rõ rệt, với đỉnh vào khoảng tháng 6-10 và giảm vào tháng 2. Tổng số ca bệnh tăng qua các năm, nhưng tốc độ tăng chậm lại vào năm 2024. Chương bệnh có số ca cao nhất trong cả 3 năm gồm Chương IX (50% tổng số), Chương XIII, X, XI, và VIII cũng có số ca cao. Năm 2024 có số ca cao hơn đáng kể ở tất cả các tháng so với 2022 và 2023, nhưng mẫu chu kỳ vẫn giữ nguyên, cho thấy yếu tố mùa không thay đổi nhiều dù có can thiệp.

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

Cơ cấu tổ chức và nhân lực. Các bệnh viện đa khoa tuyến quận tại TP.HCM cơ bản phù hợp với Nghị định 96/2023/NĐ-CP và Thông tư 19/2013/TT-BYT, với 100% có phòng KHTH, nhưng 36,8% thiếu phòng QLCL và 57,9% thiếu phòng CTXH. Nhân sự phòng chức năng ước tính 3-15 người theo Thông tư 03/2023/TT-BYT, với trung vị 12 người ở KHTH, 5 ở QLCL và 3 ở CTXH; hơn 50% có trình độ đại học trở lên. Hạn chế bao gồm thiếu nhân sự chuyên trách (47,4% ở QLCL), kiêm nhiệm nhiều (21%), quá tải ở chuyên khoa Nội (69,3 bệnh/BS/ngày vượt quy định), dư BS ở Y học cổ truyền và chuyên khoa khác. So sánh quốc tế, tình trạng này tương đồng các nước đang phát triển như Saudi Arabia (thiếu QLCL tăng sai sót 20%) và Ấn Độ.

Cơ sở vật chất tại khoa Khám bệnh. cơ bản đáp ứng Thông tư 14/2013/TT-BYT, TCVN 9213:2012 và Nghị định 96/2023/NĐ-CP, với 100% có phòng chính như tiếp đón, khám chuyên khoa, X-quang, xét nghiệm; 94,74% có >8 phòng khám. Tuy nhiên, thiếu phòng chuyên khoa sâu, 36,84% chỉ 1 phòng tiếp đón gây quá tải, diện tích thấp ở Răng hàm mặt (26,3%), hành chính (52,6%). Điều này ảnh hưởng luồng bệnh nhân và hài lòng, tương tự nghiên cứu tại TP.HCM.

Thiết bị y tế. Cơ bản đáp ứng Thông tư 14/2013/TT-BYT (84,21-94,74% đạt ở lưu trữ, đo lường, chẩn đoán); 100% có X-quang, siêu âm, điện tim.

Quản lý Dược và cấp phát thuốc. Tuân thủ phác đồ chung 93,2% theo Thông tư 23/2011/TT-BYT, cao ở Nội (95%) và Ngoại (92%), thấp ở Y học cổ truyền (88%) và Truyền nhiễm (89%). Xử lý 941 đơn/ngày, 1.882 lượt cấp phát, áp lực lớn cần tối ưu CNTT (chỉ 26,3% áp dụng).

Số lượng khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú. Lượt KBCB tăng từ 334.277 (2022) lên 389.266 (2023), BHYT 85%, phù hợp Thông tư 19/2013/TT-BYT. Tăng do mở rộng BHYT (tăng sử dụng 25,86% ở người cao tuổi), nhưng gây áp lực hạ tầng.

Tình hình QLCL các khoa Khám bệnh. Đáp ứng một phần Thông tư 19/2013/TT-BYT, với đào tạo 5S (84,21%), nhưng thiếu hội thảo (78,95% không tổ chức), tập huấn PDCA/Lean thấp. Mục tiêu tập

trung giảm chờ (21%), tăng trải nghiệm (36,8%), nhưng chưa bao quát nhiễm khuẩn/đào tạo. Hoạt động cải tiến là 5S (52,6%), quy trình KCB (84,2%), CNTT thấp (26,3%).

4.1.2. Tình hình quản lý chất lượng tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận, TP. Hồ Chí Minh

Hoạt động quản lý chất lượng (QLCL) tại khoa Khám bệnh của 19 bệnh viện tuyến quận/huyện mới đáp ứng một phần Thông tư 19/2013/TT-BYT, còn thiếu tính đồng bộ trong đào tạo và triển khai công cụ cải tiến. Chỉ 26,3% bệnh viện ban hành trên 10 quy trình, 21,1% chưa ban hành mới, và 78,9% chưa tổ chức hội thảo chất lượng; các tập huấn chuyên sâu về PDCA, Lean, TQM còn rất hạn chế, trong khi 84,2% đã áp dụng 5S. Điều này phản ánh công tác đào tạo và triển khai QLCL còn mang tính hình thức, chưa thành hoạt động thường xuyên.

Các mục tiêu cải tiến chủ yếu tập trung vào giảm thời gian chờ, nâng cao trải nghiệm, ứng dụng CNTT và cải tiến quy trình, song còn thiếu nội dung về kiểm soát nhiễm khuẩn và phát triển nhân lực – những yếu tố thiết yếu đảm bảo chất lượng bền vững. Hiệu quả ứng dụng CNTT và đào tạo chuyên môn còn thấp; chỉ 21,1% bệnh viện đạt thời gian chờ <30 phút, điểm trải nghiệm người bệnh trung bình 4,02/5. Các nghiên cứu của Trần Thị Hồng Lê (2020), Bitton (2020), Tobaiqy (2024) đều khẳng định thiếu đào tạo và làm việc nhóm làm giảm hiệu quả cải tiến chất lượng.

Tổng thể, khoa Khám bệnh đã đạt tiến bộ bước đầu với 5S và họp QLCL, nhưng hạn chế về đào tạo Lean/PDCA, ứng dụng CNTT và kiểm soát nhiễm khuẩn vẫn là thách thức lớn trong duy trì cải tiến chất lượng liên tục.

4.1.3. Thực trạng quản lý theo quản lý chất lượng toàn diện (TQM) tại khoa Khám bệnh các bệnh viện tuyến quận TP. Hồ Chí Minh

Cam kết của lãnh đạo: Điểm TQM trung bình đạt $4,04 \pm 0,49$, trong đó “Cam kết lãnh đạo” cao nhất ($4,09 \pm 0,57$), cho thấy nhận thức tích cực của lãnh đạo bệnh viện về chất lượng, nhưng việc thực thi còn hạn chế – chỉ 26,3% bệnh viện có lãnh đạo dự ≥ 9 cuộc họp QLCL/năm và 21,1% chưa ban hành quy trình mới. Khoảng 36,8% bệnh viện chưa có phòng QLCL, 47,4% thiếu nhân sự chuyên trách, phản ánh cam kết vẫn thiên về hành chính. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Langlois

(2020) và Thạch Phương Nhung (2020), khẳng định vai trò then chốt của lãnh đạo trong xây dựng văn hóa chất lượng.

Làm việc nhóm: Dù 84,2% bệnh viện triển khai tập huấn 5S, chỉ 21,1% có thảo luận nhóm hoặc hội thảo định kỳ, cho thấy cải tiến chất lượng chưa thành hoạt động thường xuyên. Điểm “Cải tiến liên tục” và “Đào tạo” thấp nhất (3,98–4,02), phản ánh hạn chế phối hợp nhóm trong môi trường làm việc áp lực cao (trung bình 48,6 ca/BS/ngày). Nghiên cứu của Tobaiqy (2024) và Bitton (2020) cho thấy thiếu làm việc nhóm làm giảm hiệu quả QLCL. Do đó, khoa Khám bệnh cần cơ chế trao quyền và phản hồi nhanh giữa nhân viên – lãnh đạo để hình thành “văn hóa chất lượng”.

Đào tạo và phát triển năng lực: Thành phần “Đào tạo – Huấn luyện” đạt $4,02 \pm 0,55$, thấp thứ hai trong TQM. Chỉ 21,1% bệnh viện tổ chức tập huấn định kỳ, chủ yếu lý thuyết, thiếu mô hình OJT và PBL. Nhân viên được đào tạo QLCL trong 12 tháng có điểm TQM cao hơn 0,25 ($p < 0,001$), chứng minh vai trò của học tập liên tục. Kinh nghiệm quốc tế (Lim, 2023) cho thấy mô hình đào tạo “lấy người bệnh làm trung tâm” tăng đáng kể điểm năng lực giao tiếp và phối hợp ($\beta = 0,79$; $p < 0,001$). Do đó, cần kết hợp đào tạo lý thuyết, huấn luyện tại chỗ và thảo luận phản hồi nhằm hình thành tổ chức học tập.

Lấy người bệnh làm trung tâm: Trải nghiệm người bệnh đạt $4,02 \pm 0,54$, 89,4% đánh giá tốt, song điểm “thái độ điều dưỡng” và “thời gian chờ” chỉ khoảng 73%. Phân tích đa cấp Bayesian cho thấy yếu tố giới tính, trình độ học vấn, BHYT ảnh hưởng đáng kể đến điểm trải nghiệm; nhóm BHYT có mức hài lòng thấp hơn do quy trình phức tạp. Mối tương quan giữa điểm TQM và trải nghiệm người bệnh $r = 0,68$ ($p < 0,01$). Theo mô hình Donabedian (1980), hạn chế ở “quá trình” (giao tiếp, chờ đợi) ảnh hưởng trực tiếp “kết quả” (hài lòng). Cần chuẩn hóa quy trình tiếp nhận – khám – trả kết quả, tăng đào tạo kỹ năng giao tiếp và tích hợp phản hồi người bệnh vào KPI.

Cải tiến chất lượng liên tục: Thành phần này có điểm thấp nhất ($3,98 \pm 0,54$). Dù 84,2% triển khai 5S, chỉ 21,1% có hội thảo chia sẻ cải tiến, đa số PDCA dừng ở lập kế hoạch, chưa duy trì đánh giá – hành động. Chỉ 10,5% có phần mềm QLCL và 15,8% theo dõi điện tử. Kinh nghiệm quốc tế (Vasanthan, 2022) chứng minh hệ thống E-Quality Dashboard tăng hiệu quả cải tiến trong 12 tháng. Vì vậy, cần thiết lập PDCA định kỳ, ứng dụng CNTT theo dõi chỉ số, khuyến khích nhân

viên đề xuất cải tiến, hình thành văn hóa học hỏi – cải tiến liên tục tại khoa Khám bệnh

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.

Nhân lực khoa Khám bệnh có trình độ cao (100% đại học, 84,6% sau đại học) nhưng phòng QLCL ít nhân sự, tương tự các bệnh viện tuyến quận khác, cho thấy QLCL chưa được ưu tiên. Cơ sở vật chất đạt chuẩn ở hầu hết phòng, song một số khu vực (thủ tục, vệ sinh, chuyên khoa nhỏ) chưa đạt diện tích quy định, ảnh hưởng phân luồng. Thiết bị cơ bản đầy đủ, nhưng thiếu thiết bị chuyên sâu như CT-Scanner, phù hợp nhận định của Vasanthan (2024) rằng thiếu thiết bị làm giảm hiệu quả KCB khoảng 25%.

Can thiệp TQM cải thiện rõ rệt tổ chức và văn hóa chất lượng: lãnh đạo cam kết, nhân viên được đào tạo 5S, PDCA, triển khai QR-code, trạm sạc điện thoại, nâng hài lòng NVYT từ 85% lên 89% và người bệnh đạt 4,02/5 điểm trải nghiệm. Kết quả tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Minh Quân (2019), khi PDCA và đào tạo liên tục giúp nâng năng lực NVYT 28%.

Tóm lại, khoa Khám bệnh có nền tảng nhân lực và quy trình tốt, TQM nâng hiệu quả quản lý, trải nghiệm người bệnh, song cần tiếp tục đầu tư cơ sở vật chất và đào tạo định kỳ để duy trì bền vững.

4.2.2. Quản lý chất lượng theo nguyên lý TQM qua đánh giá của nhân viên y tế

Sau can thiệp, điểm trung bình TQM tăng rõ rệt (75,9–90,7%), cho thấy nhận thức và thực hành của nhân viên được cải thiện ở hầu hết nội dung. Cam kết lãnh đạo thể hiện qua 10 cuộc họp QLCL/năm, nâng hài lòng NVYT từ 85% lên 89%, phù hợp với Mosadeghrad (2013) rằng lãnh đạo là yếu tố quyết định thành công của TQM.

Làm việc nhóm và đào tạo đạt hiệu quả cao nhất (DiD 1,22–1,34), tương đồng nghiên cứu của Vituri (2022) và Mason (2015) cho thấy nhóm TQM giúp giảm lỗi và tăng hiệu quả 25–30%. Lấy người bệnh làm trung tâm đạt DiD 1,37, cao nhất, phản ánh sự cải thiện giao tiếp và phản hồi người bệnh.

Ngược lại, cải tiến liên tục và cam kết chính sách đạt DiD thấp hơn (0,37–1,09), do rào cản nguồn lực và văn hóa phân cấp, phù hợp với Mosadeghrad (2014).

Tổng hợp cho thấy TQM tác động sớm ở đào tạo và người bệnh làm trung tâm, trong khi cải tiến liên tục cần thời gian dài và chính sách rõ ràng hơn để bền vững.

4.2.3. *Hiệu quả can thiệp trải nghiệm người bệnh ngoại trú*

Can thiệp nâng điểm trải nghiệm chung từ 4,01 lên 4,74, DiD trung bình 0,7 ($p < 0,05$), đặc biệt cải thiện rõ ở giai đoạn trước khám (DiD=1,15) nhờ đào tạo kỹ năng giao tiếp và cải tiến quy trình. Nhóm đối chứng giảm điểm, cho thấy nếu không có can thiệp, chất lượng có xu hướng giảm.

Cải thiện nổi bật ở hướng dẫn, vệ sinh, thanh toán QR-code, tương đồng với nghiên cứu Từ Tấn Thứ (2023) và Man Hung (2025) cho thấy đào tạo giao tiếp tăng hài lòng 40–45%. Tuy nhiên, nam giới, người trẻ và nhóm thu nhập thấp có trải nghiệm thấp hơn, phù hợp với Rebecca Wilson (2022) rằng nhóm yếu thế ít hưởng lợi từ cải tiến.

Nhìn chung, TQM cải thiện toàn diện trải nghiệm, đặc biệt trước và trong khi khám, củng cố vai trò của đào tạo và quy trình lấy bệnh nhân làm trung tâm.

4.2.4. *Hiệu quả can thiệp về thời gian chờ đợi*

Can thiệp giảm rõ rệt thời gian chờ, đặc biệt ở các quy trình có cận lâm sàng (DiD=1,17; $p < 0,001$), nhờ ưu tiên tái khám, sắp xếp quy trình, phối hợp liên khoa. Thời gian chờ xét nghiệm, thủ thuật giảm đến 67% so với nhóm chứng, tương đồng nghiên cứu tại Trung tâm Y tế Dĩ An (2023) và Ranjan (2025).

Hiệu quả nổi bật hơn ở nhóm trên 40 tuổi, trong khi khám đơn thuần cải thiện ít hơn do đã tối ưu trước đó. Một số hạn chế còn ở diện tích phòng khám và khu lấy bệnh phẩm nhỏ (9–12 m²).

Kết quả khẳng định TQM giảm điểm nghẽn quy trình, rút ngắn thời gian chờ, nâng hiệu quả vận hành và hài lòng người bệnh.

4.2.5. *Tình hình xu hướng người bệnh ngoại trú*

Tổng 8,35 triệu lượt khám (2022–2024) cho thấy xu hướng tăng ổn định (từ 2,36 lên 3,13 triệu lượt, +9,2%/năm), nhưng tốc độ tăng chậm lại năm 2024, phản ánh tác động kiểm soát của TQM.

Theo mùa, bệnh tăng đỉnh tháng 6–10 do mùa mưa và bệnh truyền nhiễm, giảm vào tháng 2 do Tết Nguyên Đán — phù hợp nghiên cứu của Marc Choisy (2023).

Theo chương bệnh, Hệ tuần hoàn (47%) và Cơ xương (26%) chiếm tỷ lệ lớn; nhóm hô hấp tăng vào cuối năm, trùng với mùa mưa.

Kết quả cho thấy cần tăng cường nhân lực và phòng ngừa dịch theo mùa, ứng dụng dự báo bệnh theo chu kỳ để lập kế hoạch và phân bổ nguồn lực hợp lý — tương đồng mô hình tại BV Thủ Đức (Nguyễn Minh Quân, 2019).

KẾT LUẬN

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 QLCL, 42,1% có phòng CTXH. 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 BV, 52,6% triển khai tập huấn 5S. Các mục tiêu cải tiến chất lượng như 21% số BV có mục tiêu giảm thời gian chờ, 36,8% tăng TNNB, 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. CSVC đáp ứng tốt yêu cầu cơ bản, với 100%BV có các thiết bị y tế, xét nghiệm cơ bản. Trung bình có 941 cổ 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%BV chưa có phòng QLCL, 57,9% chưa có phòng CTXH, 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 BS Nội khoa khám trung bình 69,3 bệnh nhân/ngày cao hơn theo thông tư 15/2018/TT-BYT. Thiếu kinh phí (10,5%) và hạn chế CNTT như thiếu phần mềm QLCL, 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 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 (bắt thường lâm sàng) cho thấy hạn chế trong chẩn đoán ban đầu.

KHUYẾN NGHỊ

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.