

**ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

NGUYỄN MINH QUÂN

**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 SĨ Y HỌC

HUẾ - NĂM 2019

**ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

NGUYỄN MINH QUÂN

**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**

Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 9720701

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS. VÕ VĂN THẮNG**
- 2. GS. TS. CAO NGỌC THÀNH**

HUẾ - NĂM 2019

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan, đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các tài liệu trích dẫn theo các nguồn đã công bố. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và tôi chưa từng công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào.

Nếu có gì sai sót, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Họ tên Nghiên cứu sinh



Nguyễn Minh Quân

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH.....	4
1.2. MỘT SỐ HỌC THUYẾT CƠ BẢN VỀ LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ ĐƯỢC ỨNG DỤNG TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH.....	8
1.3. MỘT SỐ TIÊU CHÍ, TIÊU CHUẨN, CÔNG CỤ VÀ CÁC MÔ HÌNH QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC QUA CÁC NGHIÊN CỨU	13
1.4. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH HIỆN NAY	19
1.5. LỰA CHỌN MÔ HÌNH CAN THIỆP NHẪM NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH PHÙ HỢP VỚI BỐI CẢNH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ Ở VIỆT NAM	27
1.6. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC	32
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	34
2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	34
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	34
2.3. NỘI DUNG VÀ BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU	43
2.4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU	52
2.5. CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG TIN	67
2.6. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU.....	68
2.7. SAI SỐ VÀ CÁCH KHẮC PHỤC.....	69
2.8. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU	69
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	71
3.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH	71
3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA CỦA BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC.....	86

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	100
4.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN	100
4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG CỦA BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC.....	111
4.3. NHỮNG ĐIỂM MỚI CỦA NGHIÊN CỨU	133
4.4. THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN CỦA NGHIÊN CỨU	134
4.5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU	135
KẾT LUẬN.....	137
BÀI HỌC KINH NGHIỆM.....	139
KIẾN NGHỊ.....	140
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BHYT:	Bảo hiểm y tế
BYT:	Bộ Y tế
CBYT:	Cán bộ y tế
CDHA:	Chẩn đoán hình ảnh50
CSSK:	Chăm sóc sức khỏe
ĐD:	Điều dưỡng
IOM:	Institute of Medicine Viện Y học Mỹ
IOM:	Integrated Organisation Model Mô hình tổ chức tích hợp
ISO:	International Organization for Standardization Tổ chức tiêu chuẩn hóa quốc tế
JCI:	Joint Commission International Tổ chức giám định chất lượng bệnh viện của Mỹ
JIT:	Just in time Chỉ khi cần
NHS:	National Health Service Cơ quan dịch vụ Y tế quốc gia
NVYT:	Nhân viên y tế
PACs:	Picture archiving and communication system hệ thống thu thập lưu trữ hình ảnh
PATH:	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals Công cụ đánh giá hiệu suất để cải thiện chất lượng trong bệnh viện
PDCA:	Plan – Do – Check – Act Lập kế hoạch – Thực hiện – Kiểm tra – Hành động
PDSA:	Plan – Do – Study – Act Lập kế hoạch – Thực hiện – Nghiên cứu – Hành động

QLCL: Quản lý chất lượng

SOP: Standard Operating Procedure
Quy trình thao tác chuẩn

TCVN: Tiêu chuẩn Việt Nam

TQM: Total Quality Management
Quản lý chất lượng đồng bộ

UBND: Ủy ban Nhân dân

VEN: Vital – Essential – Non essential
Thuốc sống còn – Thuốc thiết yếu – Thuốc không thiết yếu

WHO: World Health Organization
Tổ Chức Y tế Thế giới

XN: Xét nghiệm

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1. 1. Bảng so sánh các mô hình thường dùng	28
Bảng 3. 1. Đặc điểm đối tượng khảo sát nhiễm khuẩn bệnh viện.....	71
Bảng 3. 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện	71
Bảng 3. 3. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh của nhân viên y tế	72
Bảng 3. 4. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế theo hệ điều trị	72
Bảng 3. 5. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc của nhân viên y tế (n=345).....	73
Bảng 3. 6. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền của nhân viên y tế (n=345).....	74
Bảng 3. 7. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật truyền máu của nhân viên y tế (n=39).....	75
Bảng 3. 8. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật hút đàm nhớt của nhân viên y tế (n=140).....	76
Bảng 3. 9. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật thay băng, cắt chỉ của nhân viên y tế (n=129).....	77
Bảng 3. 10. Thời gian chờ đợi trung bình của người bệnh tại bệnh viện qua các bộ phận.....	78
Bảng 3. 11. Đặc điểm của cá nhân trong mẫu khảo sát hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh ngoại trú.....	78
Bảng 3. 12. Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện (n=768).....	79
Bảng 3. 13. Đặc điểm cá nhân của người bệnh nội trú	79
Bảng 3. 14. Điểm trung bình các tiêu chí hài lòng của người bệnh nội trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện (n=454).....	80
Bảng 3. 15. Thực trạng hiệu quả lâm sàng tại bệnh viện quận Thủ Đức.....	81
Bảng 3. 16. Hiệu suất hoạt động khám chữa bệnh ở bệnh viện quận Thủ Đức.....	81

Bảng 3. 17. Đặc điểm cá nhân mẫu khảo sát sự hài lòng của nhân viên bệnh viện..	82
Bảng 3. 18. Điểm trung bình các tiêu chí hài lòng của nhân viên y tế về công việc tại bệnh viện (n=845)	83
Bảng 3. 19. Số lượng các bản kế hoạch đã được lập tại bệnh viện.....	83
Bảng 3. 20. Tỷ lệ kế hoạch đạt.....	83
Bảng 3. 21. Chất lượng các bản kế hoạch của các khoa phòng của bệnh viện.....	84
Bảng 3. 22. Điểm kỹ năng quản trị của các trưởng/phó khoa phòng (n=57).....	84
Bảng 3. 23. Kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ năm 2011 (n=57)	85
Bảng 3. 24. Kỹ năng tư duy (n=57)	85
Bảng 3. 25. Kỹ năng lãnh đạo của trưởng/phó khoa phòng (n=57).....	86
Bảng 3. 26. Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện trước và sau khi can thiệp.....	86
Bảng 3. 27. So sánh tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc trước và sau khi can thiệp.....	87
Bảng 3. 28. So sánh thời gian chờ đợi tại bệnh viện trước và sau can thiệp	88
Bảng 3. 29. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú trước và sau can thiệp.....	88
Bảng 3. 30. So sánh sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện trước và sau can thiệp	89
Bảng 3. 31. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú trước và sau can thiệp	89
Bảng 3. 32. So sánh sự hài lòng của người bệnh nội trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện trước và sau can thiệp.....	90
Bảng 3. 33. So sánh hiệu quả lâm sàng của bệnh viện quận Thủ Đức trước và sau can thiệp	91
Bảng 3. 34. So sánh hiệu suất bệnh viện quận Thủ Đức trước và sau can thiệp	92
Bảng 3. 35. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên trước và sau can thiệp	92
Bảng 3. 36. So sánh sự hài lòng của nhân viên y tế về công việc tại bệnh viện trước và sau can thiệp	94
Bảng 3. 37. So sánh số lượng các bản kế hoạch đã được lập tại bệnh viện trước và sau can thiệp.....	94
Bảng 3. 38. Tỷ lệ kế hoạch đạt trước và sau can thiệp	95
Bảng 3. 39. Chất lượng các bản kế hoạch của các khoa phòng của bệnh viện.....	95

Bảng 3. 40. Điểm trung bình kỹ năng quản trị sau can thiệp (n=74).....	96
Bảng 3. 41. Điểm trung bình kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ sau can thiệp (n=74).....	97
Bảng 3. 42. Điểm trung bình kỹ năng tư duy của trưởng/phó khoa phòng (n=74) ..	98
Bảng 3. 43. Hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng lãnh đạo chung của các trưởng, phó khoa phòng	99

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

Sơ đồ 1. 1. Chu trình đo lường, đánh giá và cải thiện.....	7
Sơ đồ 1. 2. Tháp nhu cầu 8 bậc của Abraham Maslow.....	8
Sơ đồ 1. 3. Mô hình các giai đoạn tăng trưởng của Greiner	9
Sơ đồ 1. 4. Mô hình phản ứng cá nhân khi cho sự thay đổi.....	9
Sơ đồ 1. 5. Mô hình tổ chức tích hợp.....	10
Sơ đồ 1. 6. Mô hình khuếch tán sự đổi mới	11
Sơ đồ 1. 7. Mô hình 5 nguyên tắc giải quyết xung đột của <i>Thomas-Kilmann</i>	12
Sơ đồ 1. 8. Mô hình chất lượng khám chữa bệnh	31
Sơ đồ 2. 1. Thiết kế nghiên cứu	36
Sơ đồ 2. 2. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	55
Sơ đồ 2. 3. Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh	58
Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú.....	79
Biểu đồ 3. 2. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú	80
Biểu đồ 3. 3. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế.....	82
Biểu đồ 3. 4. Tỷ lệ đạt tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc trước và sau can thiệp	87
Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú trước và sau can thiệp	89
Biểu đồ 3. 6. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú trước và sau can thiệp	90
Biểu đồ 3. 7. Tỷ lệ đạt của các tiêu mục trong bản kế hoạch trước và sau can thiệp	96
Biểu đồ 3. 8. Điểm trung bình kỹ năng quản trị trước và sau can thiệp	97
Biểu đồ 3. 9. Điểm trung bình kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ trước và sau can thiệp	98
Biểu đồ 3. 10. Điểm trung bình kỹ năng tư duy và sau can thiệp.....	99

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ngành y tế Việt Nam đã và đang có nhiều giải pháp trong việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh như: Mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh; tăng cường chuyển giao kỹ thuật trong các đề án giảm quá tải bệnh viện; cải tiến quy trình cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh, đổi mới thái độ và phong cách phục vụ của nhân viên y tế; nâng cao chất lượng dịch vụ xét nghiệm; quản lý chặt chẽ hoạt động hành nghề; thanh toán bảo hiểm y tế; khuyến khích phát triển y tế ngoài công lập; phát triển y học chuyên sâu; ứng dụng công nghệ cao trong khám chữa bệnh... đã thu được nhiều kết quả tốt trong khám chữa bệnh. Các bệnh viện công lập và tư nhân cũng có nhiều giải pháp để cải thiện chất lượng khám chữa bệnh như: Áp dụng các phương pháp bảo đảm chất lượng dựa trên chuẩn hóa quy trình chuyên môn và hướng dẫn chuyên môn; sử dụng nhóm chất lượng, các công cụ chất lượng, áp dụng mô hình quản lý chất lượng đồng bộ (Total Quality Management - TQM), chu trình PDCA (Plan-Do-Check-Act), xây dựng hệ thống chất lượng theo ISO 9001 với các KPI (Key Performance Indicators)[13], tiêu chuẩn xét nghiệm TCVN ISO 15189:2014, bộ tiêu chuẩn quốc tế JCI (Joint Commission International), mô hình Six Sigma, mô hình tinh gọn Lean Manufacturing... đang được một số bệnh viện ở Việt Nam áp dụng để thực hiện cải tiến chất lượng (bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Nhi Đồng 1, bệnh viện Nhiệt Đới, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh viện Nhân dân Gia Định, bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ, bệnh viện Vinmec Times City...).

Tuy nhiên, kinh tế xã hội trong nước cũng như thế giới thường thay đổi nên tác động đến lĩnh vực chăm sóc sức khỏe như: Mô hình bệnh tật thay đổi, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng tăng nên đòi hỏi về chất lượng của dịch vụ ngày càng cao hơn. Vì vậy, các bệnh viện cần có những cải thiện nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đặc biệt là quản lý chất lượng khám chữa bệnh.

Tùy mục đích, thực tế, điều kiện của từng quốc gia, của từng bệnh viện sẽ có cách tiếp cận khác nhau về quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Đối với cấp quốc gia là cần xây dựng chiến lược quản lý chất lượng có thể sử dụng làm khung tham

chiều để đánh giá công tác quản lý chất lượng khám chữa bệnh, xác định các khoảng trống trong quản lý chất lượng khám chữa bệnh và các ưu tiên trong xây dựng các chính sách, giải pháp nhằm cải thiện chất lượng. Đối với bệnh viện là cần phải cập nhật sự đổi mới, phát triển trong quản lý chất lượng khám chữa bệnh, góp phần bắt kịp xu thế phát triển hiện nay [14]. Như vậy mới đáp ứng được nhu cầu cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe đầy năng động và với nhiều cơ hội cũng như những thách thức mới [84].

Bệnh viện quận Thủ Đức nằm ở địa điểm của một quận ven của thành phố Hồ Chí Minh; nhiều công ty, xí nghiệp đóng trên địa bàn và các công ty ở địa phương giáp ranh; và nhu cầu khám chữa bệnh của người dân là rất lớn. Thực tế, bệnh viện chưa tạo được niềm tin cho người bệnh khi đến khám chữa bệnh được thể hiện bằng số lượt khám chữa bệnh mỗi ngày là khoảng 700 lượt/ngày, tỉ lệ chuyển tuyến trên điều trị cao. Năm 2011, với kỹ thuật chuyên môn của bệnh viện hạng 2, chỉ đáp ứng được điều trị thông thường cho người bệnh, công suất sử dụng giường bệnh chỉ đạt khoảng 80%/300 giường kế hoạch. Nhiều sự cố ngoài ý muốn xảy ra trong bệnh viện; có trường hợp tử vong, gây bức xúc cho người bệnh được đăng trên thông tin đại chúng. Từ ngày thành lập bệnh viện (năm 2007) đến năm 2011, kinh phí đầu tư cho các hoạt động của bệnh viện hầu như không có [2].

Bệnh viện quận Thủ Đức cần nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh một cách hiệu quả và mang tính khoa học để tạo nên nền tảng cơ bản là rất quan trọng, nhưng để làm được như vậy cần phải có các hoạt động giải quyết vấn đề của quản lý chất lượng, bằng cách áp dụng các mô hình vào trong việc quản lý chất lượng tốt nhất, mà mô hình Lean cải tiến là tiếp cận phù hợp để thử nghiệm nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh trên cơ sở phân tích 6 thành tố cơ bản của mô hình PATH về chất lượng bệnh viện, để làm nền tảng xây dựng các chỉ số cụ thể, đánh giá quản lý chất lượng khám chữa bệnh.

Chính vì vậy, nghiên cứu đề tài **“Thực trạng và hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám bệnh tại Bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh”** là rất cần thiết và phù hợp với tình hình thực tế của Bệnh viện quận Thủ Đức vào năm 2017. Nghiên cứu thực hiện nhằm đạt các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2011.

2. Đánh giá 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.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH

1.1.1. Khái niệm về chất lượng

Chất lượng là một khái niệm đã xuất hiện từ lâu và được sử dụng rất phổ biến trong mọi lĩnh vực hoạt động của con người. Đứng ở những góc độ khác nhau và tùy theo mục tiêu, nhiệm vụ sản xuất kinh doanh có thể đưa ra những quan niệm về chất lượng xuất phát từ sản phẩm, từ người sản xuất hay từ đòi hỏi của thị trường [1].

Theo tiêu chuẩn TCVN ISO 9000:2015: “Chất lượng sản phẩm và dịch vụ của tổ chức được xác định bằng khả năng thỏa mãn khách hàng và ảnh hưởng mong muốn và không mong muốn tới các bên quan tâm liên quan”[51].

Theo W.E. Deming: “Chất lượng là mức độ dự đoán trước về tính đồng đều và có thể tin cậy được, tại mức chi phí thấp và được thị trường chấp nhận”[85].

Theo J.M. Juran: “Chất lượng có nghĩa là tính năng của sản phẩm đáp ứng nhu cầu của khách hàng và do đó cung cấp sự hài lòng của khách hàng” [109].

Như vậy, chất lượng của một hàng hoá, sản phẩm, dịch vụ hay quá trình là mức độ của một tập hợp các đặc tính vốn có của nó đáp ứng được các yêu cầu đối với sản phẩm ở mức độ dự đoán trước về tính đồng đều và có thể tin cậy được, tại mức chi phí thấp và được thị trường chấp nhận.

1.1.2. Khái niệm khám bệnh, chữa bệnh

Khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp được công nhận [41].

Chữa bệnh là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh [41].

1.1.3. Khái niệm chất lượng khám chữa bệnh

Chất lượng khám chữa bệnh là mức độ các dịch vụ y tế được cá nhân và

cộng đồng sử dụng làm tăng khả năng đạt được kết quả sức khỏe mong đợi và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại [124], [72].

Phân tích chất lượng khám chữa bệnh, ta nhận thấy bao hàm hai cấu phần riêng biệt là chất lượng vận hành (functional quality), tức là cách thức người bệnh được nhận dịch vụ (tiếp cận dịch vụ) và chất lượng chuyên môn (technical quality), tức là chất lượng của việc cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh (năng lực và kết quả điều trị) [99].

Để cụ thể hóa chất lượng khám chữa bệnh, Viện Y học của Mỹ (IOM-Institute of Medicine) đúc kết và được WHO cho là một tiêu chuẩn thiết thực. Trong đó chỉ rõ tiêu chuẩn để đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe gồm có sáu lĩnh vực hoặc khía cạnh: An toàn, hiệu quả, lấy bệnh nhân làm trung tâm, đúng lúc, hiệu suất và công bằng [146].

Tổ chức y tế Thế giới ở Châu Âu đã đưa ra mô hình PATH (PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) để cụ thể hóa chất lượng khám chữa bệnh. Bao gồm sáu yếu tố: An toàn, bệnh nhân làm trung tâm, hiệu quả lâm sàng, hiệu suất, hướng về nhân viên và quản trị hiệu quả, [163]. (Phụ lục 2).

Các định nghĩa trên đều có sự linh hoạt trong việc xác định chất lượng khám chữa bệnh và nó tùy thuộc vào mục đích, điều kiện hiện tại của hệ thống y tế; các định nghĩa đều đề cập tới sự kỳ vọng của nhân dân, đến tính hiệu quả - chi phí của khám chữa bệnh và hiệu quả điều trị nhằm đạt được mục đích cuối cùng là sức khỏe.

1.1.4. Khái niệm về quản lý chất lượng khám chữa bệnh

Quản lý chất lượng trong lĩnh vực khám chữa bệnh là hoạt động đảm bảo người bệnh nhận được dịch vụ chăm sóc tốt nhất. Đây là chức năng mà các cơ sở y tế cần có trách nhiệm để chăm sóc tối ưu cho người bệnh của họ. Các bệnh viện sử dụng các công cụ, mô hình quản lý chất lượng để cải thiện chất lượng khám chữa bệnh, từ đó các bác sĩ, các điều dưỡng và nhân viên y tế có thể hưởng lợi từ việc sử dụng các biện pháp cải thiện và thu được nhiều kết quả “chất lượng” hơn cho người bệnh của họ.

Quản lý chất lượng là một cách làm cho một tổ chức cải thiện liên tục những sản phẩm và dịch vụ để đạt đến hoạt động tốt hơn [14].

Theo tổ chức tiêu chuẩn quốc tế ISO 9000:2015 “quản lý chất lượng là việc quản lý các hoạt động có phối hợp để định hướng và kiểm soát một tổ chức liên quan đến chất lượng [51].

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có nhiều cách gọi khác nhau như: Chất lượng dịch vụ y tế, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, chất lượng khám chữa bệnh, chất lượng chăm sóc sức khỏe, chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chất lượng bệnh viện, trong nghiên cứu này chúng tôi thống nhất sử dụng thuật ngữ chất lượng khám chữa bệnh. Nghĩa là chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong bệnh viện hay cơ sở y tế.

Khám chữa bệnh trong bệnh viện có sự tham gia của 3 nhóm: Nhóm người chi trả dịch vụ, nhà cung cấp và khách hàng. Người chi trả dịch vụ là các cá nhân và tổ chức trả tiền cho các dịch vụ chăm sóc y tế trực tiếp hay gián tiếp (thân nhân người bệnh; cơ quan bảo hiểm y tế); nhà cung cấp là cá nhân hoặc tổ chức chăm sóc sức khỏe, bao gồm: Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên hỗ trợ lâm sàng và nhân viên văn phòng; nhóm khách hàng là bệnh nhân [146]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đề cập đến nhân viên y tế và bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân.

1.1.5. Khái niệm về lãnh đạo và quản lý một tổ chức

Quản lý là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả: Khái niệm quản lý này đề cập đến quản lý con người và điều kiện làm việc của con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo kế hoạch một cách tích cực, có trách nhiệm để đạt được mục tiêu đề ra [61]. Quản lý là quá trình chủ thể quản lý tác động lên đối tượng quản lý để đạt được mục tiêu cụ thể đã đề ra.

Quản lý và lãnh đạo là hai thuật ngữ được sử dụng trong việc quản lý con người và xã hội. Cả hai thuật ngữ đều có nghĩa là điều khiển và tác động đến con người, đến môi trường nhưng khác nhau về mức độ và phương pháp tiến hành.

Theo Rost: Lãnh đạo và quản lý đều do chủ thể tiến hành, nhưng quản lý là nói về quyền hạn và ngược lại lãnh đạo nói về tầm ảnh hưởng hay sự cảm hóa.

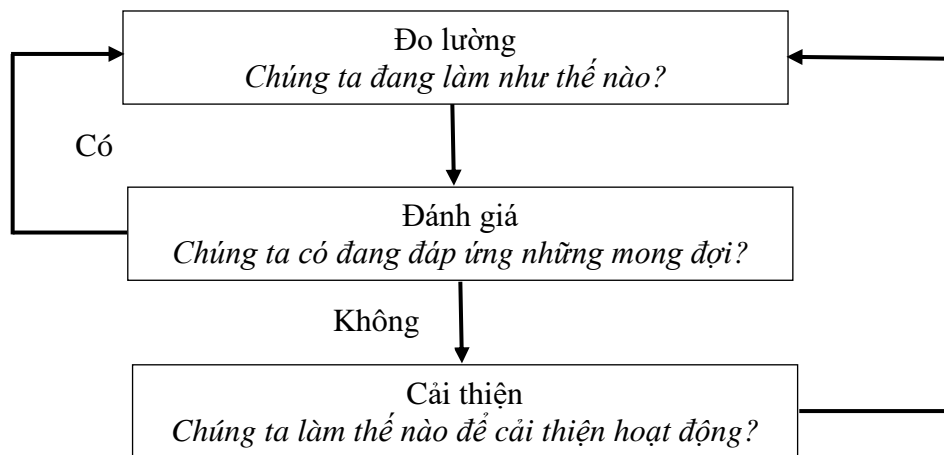
Khác biệt lớn nhất giữa lãnh đạo và quản lý nằm ở biện pháp thúc đẩy nhân viên. Lãnh đạo là quá trình dẫn dắt, định hướng dài hạn cho chuỗi các tác động có mục tiêu rộng hơn, xa hơn và khái quát hơn [141].

Bệnh viện là một xã hội thu nhỏ, nhiều giám đốc, trưởng phó các khoa phòng và điều dưỡng trưởng nên vừa là người lãnh đạo giỏi và vừa là người quản lý giỏi. Tuy nhiên, cũng có một số người chưa chú ý tới vai trò lãnh đạo. Người lãnh đạo thực sự phải là người truyền cảm hứng cho cấp dưới làm việc, xác định các vấn đề cần giải quyết và tạo động cơ để các bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và các nhân viên thực thi công việc một cách có hiệu quả.

Những phẩm chất của lãnh đạo là có tầm nhìn, tự tin, ủy quyền, năng lực chuyên môn, quyết đoán, biết chọn cộng sự, vì lợi ích tập thể, giao tiếp hiệu quả, công bằng và lịch thiệp.

1.1.6. Hoạt động quản lý chất lượng khám chữa bệnh

Quản lý chất lượng gồm có 3 hoạt động: Đo lường, đánh giá và cải thiện. Những hoạt động này kết nối với nhau thành một chu trình đo lường, đánh giá, và cải thiện và chu trình quản lý chất lượng sẽ được tiến hành liên tục [146].



Sơ đồ 1. 1. Chu trình đo lường, đánh giá và cải thiện

Hoạt động đo lường là để tập hợp những thông tin về chất lượng khám chữa bệnh và những chức năng hỗ trợ. Mục đích của hoạt động này là để thấy được chất lượng khám chữa bệnh đang ở mức nào, nó thay đổi như thế nào theo thời gian.

Kết quả trong bước đánh giá là so sánh dữ liệu được đo lường với những mong đợi về chất lượng khám chữa bệnh. Nếu những mong đợi được đáp ứng, bệnh

viện tiếp tục đo lường và đánh giá việc thực hiện. Nếu mong đợi không được đáp ứng, bệnh viện tiếp tục đến quá trình cải thiện.

Hoạt động cải thiện là lập kế hoạch và thay đổi chất lượng khám chữa bệnh hiện tại nhằm đạt những mong đợi về chất lượng khám chữa bệnh.

1.2. MỘT SỐ HỌC THUYẾT CƠ BẢN VỀ LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ ĐƯỢC ỨNG DỤNG TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH

1.2.1. Quản lý sự thay đổi

Thay đổi là một yếu tố quan trọng liên quan đến sự thành bại của việc lãnh đạo, quản lý. Nếu không nhanh chóng thích ứng với sự thay đổi, tổ chức khó có thể đứng vững và phát triển trong môi trường cạnh tranh ngày càng mạnh mẽ.

1.2.1.1. Lý thuyết cấp bậc nhu cầu của Abraham Maslow

Maslow cho rằng hành vi của con người bắt nguồn từ nhu cầu và những nhu cầu được sắp xếp theo một trình tự ưu tiên từ thấp đến cao về tầm quan trọng.



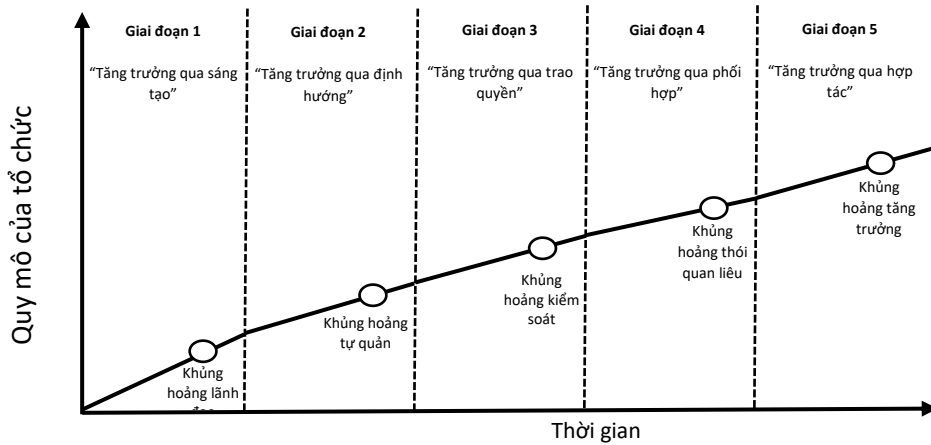
Sơ đồ 1. 2. Tháp nhu cầu 8 bậc của Abraham Maslow

Năm 1943, Maslow chia các nhu cầu của con người thành 5 bậc từ cấp cao đến cấp thấp: Nhu cầu cơ bản; nhu cầu an toàn; nhu cầu xã hội; nhu cầu được quý trọng; nhu cầu được thể hiện mình. Sự khác biệt giữa nhu cầu cấp cao và nhu cầu cấp thấp là các nhu cầu cấp thấp được thỏa mãn chủ yếu từ bên ngoài, trong khi các nhu cầu cấp cao lại được thỏa mãn chủ yếu là từ nội tại của con người [128]. Sau đó, vào những năm 1970 và 1990, tháp nhu cầu Maslow 5 bậc đã được Maslow hiệu chỉnh thành 7 bậc và cuối cùng là 8 bậc, ông đã bổ sung thêm nhu cầu về nhận thức,

thảm mỹ và sự siêu nghiệm [127].

1.2.1.2. Mô hình phát triển của Greiner (Greiner's Growth Model)

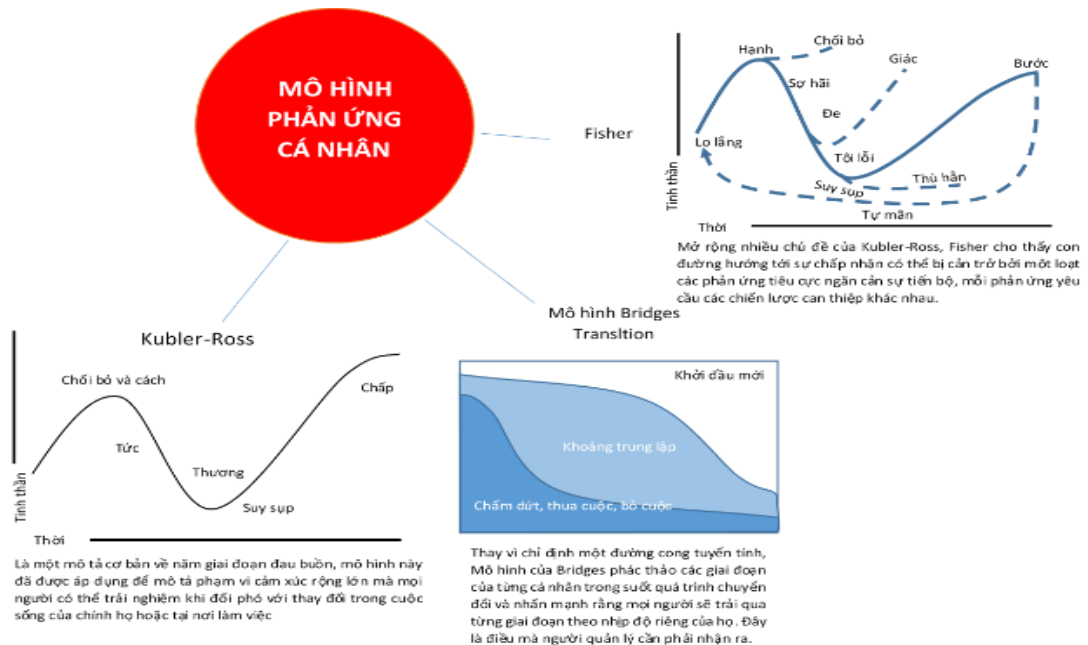
Greiner nhận diện năm giai đoạn của tăng trưởng: Giai đoạn 1: Sáng tạo; giai đoạn 2: Định hướng; giai đoạn 3: Trao quyền; giai đoạn 4: Phối hợp; giai đoạn 5: Hợp tác[98].



Sơ đồ 1. 3. Mô hình các giai đoạn tăng trưởng của Greiner

1.2.1.3. Mô hình phản ứng của cá nhân

Mô hình mô tả các giai đoạn phản ứng của cá nhân khi có sự thay đổi trong công

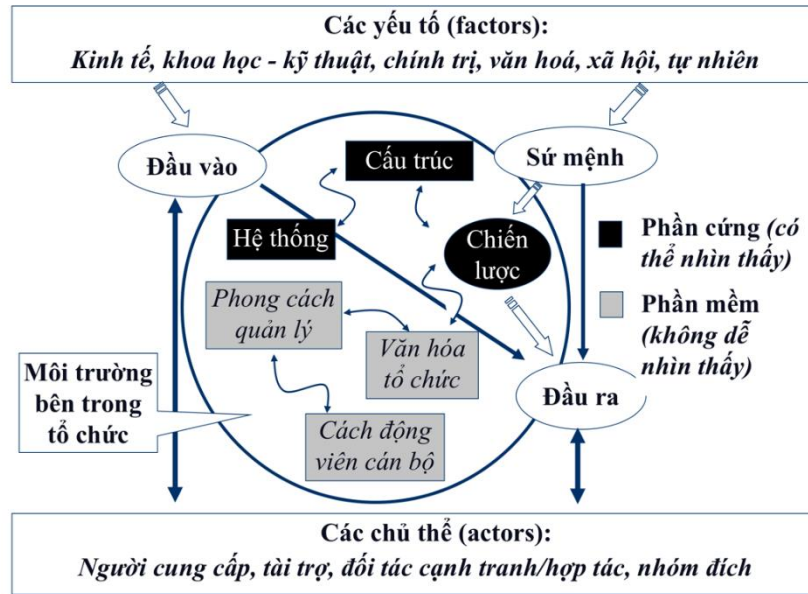


việc[76], [116], [94].

Sơ đồ 1. 4. Mô hình phản ứng cá nhân khi cho sự thay đổi

1.2.2. Mô hình tổ chức tích hợp (IOM: Integrated Organisation Model)

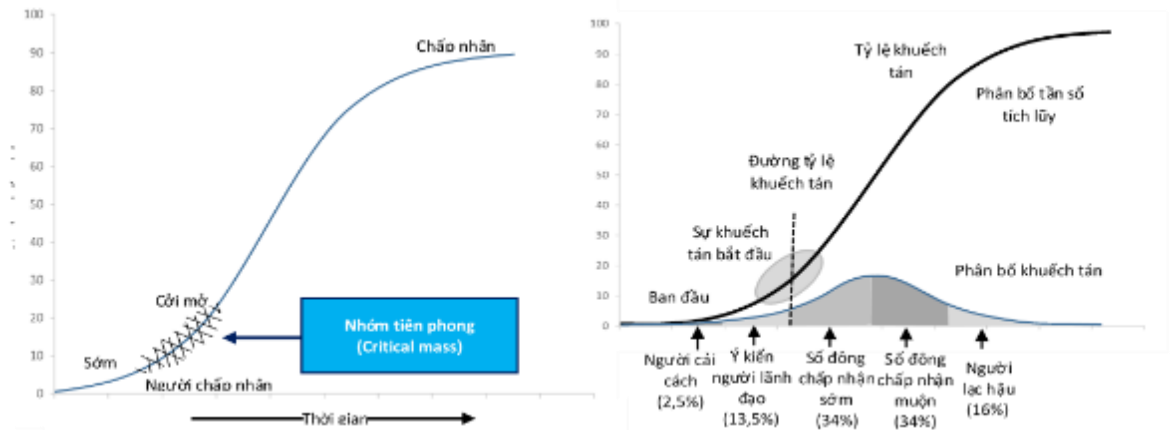
Mô hình tổ chức tích hợp (IOM) là một mô hình để tham khảo như là một khái niệm tổ chức, được áp dụng để mô tả, phân tích và chẩn đoán các tổ chức. Mô hình làm đơn giản hóa những vấn đề phức tạp trong thực tế có nhiều khía cạnh khác nhau ảnh hưởng lẫn nhau. Mô hình nhấn mạnh các mối tương quan giữa các yếu tố khác nhau của một tổ chức.



Sơ đồ 1.5. Mô hình tổ chức tích hợp

Mô hình gồm thành phần bên ngoài và thành phần bên trong. Thành phần bên ngoài gồm 6 thành phần: Nhiệm vụ, đầu ra, đầu vào, môi trường chung (là những tác nhân: Những ảnh hưởng của kinh tế, kỹ thuật, chính trị, văn hóa xã hội) và môi trường cụ thể (là những người liên quan: Nhà cung cấp, nhà tài chính, đối thủ cạnh tranh, đối tác và nhóm đích). Thành phần bên trong gồm 6 thành phần: Hệ thống, cấu trúc, chiến lược, nhân viên, văn hóa và kiểu tổ chức[70].

1.2.3. Khuếch tán sự đổi mới



Sơ đồ 1. 6. Mô hình khuếch tán sự đổi mới

Nhóm đề xuất sự đổi mới (2,5%): Đặc tính của nhóm là luôn tìm kiếm sự đổi mới; rất quan tâm đến sự tiến bộ và xu thế của xã hội; có cơ hội tiếp cận với các nguồn lực khác nhau; thường hoạt động nhiều ở ngoài tổ chức của họ. Mối quan hệ với đồng nghiệp thường khó hòa nhập với đồng nghiệp khác trong cùng một tổ chức.

Nhóm rất sớm chấp nhận đổi mới (13,5%): Đặc tính từng nhóm là đồng ý với sự đổi mới; biết lắng nghe, chia sẻ, thích học hỏi; hưởng ứng và say mê áp dụng đổi mới. Khi nhóm này tham gia vào áp dụng sự đổi mới, quá trình đổi mới sẽ rất diễn ra nhanh và rộng rãi. Mối quan hệ với đồng nghiệp thường hòa nhập tốt trong tổ chức và được nhiều người kính nể; thường có nhiều điểm tương đồng với những người trong tổ chức về đặc điểm kinh tế, xã hội và tính cách; những người lãnh đạo hiệu quả thường xuất hiện từ nhóm này.

Nhóm ủng hộ và chấp nhận sự đổi mới (34%): Đặc tính của nhóm là chấp nhận các ý tưởng mới trong thời gian dài hơn hai nhóm trên, tính bảo thủ cao hơn nếu họ ở vị trí lãnh đạo. Mối quan hệ với đồng nghiệp là lực lượng quan trọng đảm bảo đổi mới được nhân rộng, nhưng cần phải có các biện pháp động viên thích hợp, không thích hợp là người lãnh đạo của tổ chức.

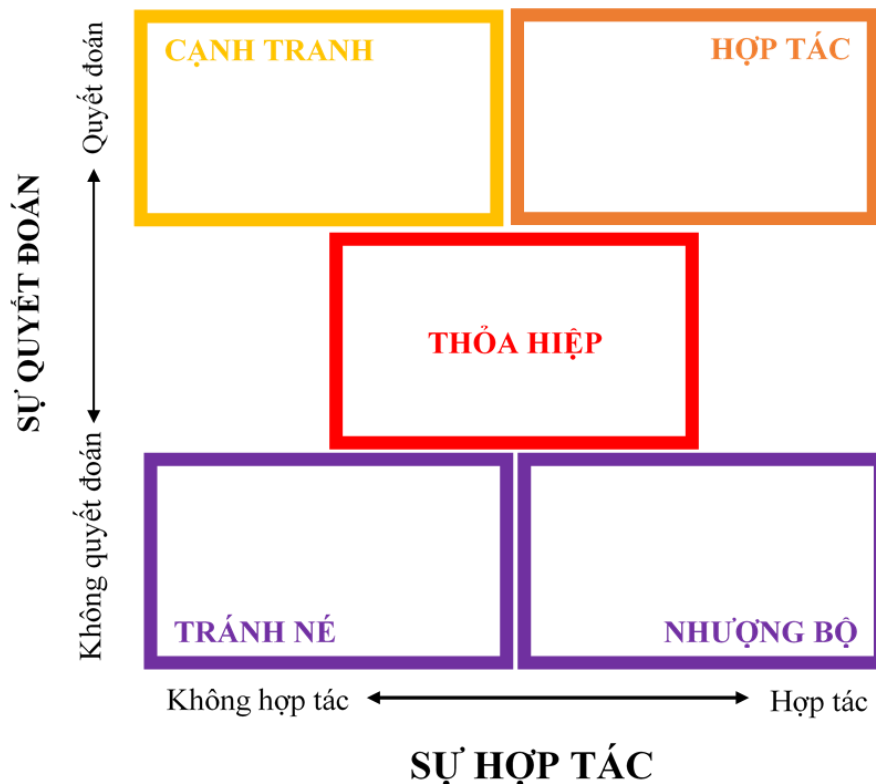
Nhóm chậm chấp nhận sự đổi mới (34%): Đặc tính của nhóm là thường hoài nghi, không chấp nhận các ý tưởng mới cho tới khi hầu hết đồng nghiệp đã chấp nhận; thường bảo thủ, ít lắng nghe, ít chia sẻ, giấu dốt. Mối quan hệ với đồng nghiệp là hòa nhập với tập thể nhưng là lực lượng ít được kính nể, tôn trọng bởi

đồng nghiệp; không thích hợp là người lãnh đạo của tổ chức.

Nhóm không hưởng ứng sự đổi mới (16%): Đặc tính của nhóm là những người cuối trong tổ chức chấp nhận đổi mới; đôi khi cần thiết phải có áp lực từ nhiều phía; một số còn có thể có tư tưởng chống đối sự đổi mới. Mối quan hệ với đồng nghiệp là thường ít được quan tâm, để ý bởi các đồng nghiệp; thường sống tách biệt so với các đồng nghiệp khác trong một tổ chức [140].

1.2.4. Phương pháp xử lý xung đột

Có 2 loại xung đột, (i) xung đột có lợi: Xuất phát từ những bất đồng về năng lực. Khi có quá ít xung đột cũng là bất lợi, người ta trở nên tự mãn. Khi đó sẽ có rất ít hoặc không có sáng tạo. Là nhà quản lí, cần phải biết phân biệt các xung đột giữa các cá nhân, giữa các nhóm, giữa các tổ chức và ở trong mỗi cá nhân. (ii) xung đột có hại: Về tình cảm và liên quan đến việc không hợp nhau nhưng mang tính tàn phá. Đây là nguyên nhân dẫn tới nhiều khả năng thất bại khi giải quyết các xung đột [150].



Sơ đồ 1. 7. Mô hình 5 nguyên tắc giải quyết xung đột của *Thomas-Kilmann*

Cạnh Tranh, là hình thức thắng – thua, hình thức này chứa đựng nhiều yếu tố

gây hấn và phù hợp với kỹ năng giải quyết xung đột: Khi cần đưa ra quyết định nhanh chóng, khi công việc gấp, khi bạn có quyền lực hoặc vị trí cao hơn và khi bạn biết là bạn đúng.

Hợp Tác, là hình thức thắng – thắng, các bên có thể cùng nhau làm việc để đưa ra giải pháp hai bên cùng có lợi. Hình thức này phù hợp với kỹ năng giải quyết xung đột khi: Có đủ thời gian, khi cả hai bên đều có khả năng đóng góp cho giải pháp tốt và khi vấn đề được cả hai bên thấy quá quan trọng và không thể thỏa hiệp.

Thỏa Hiệp, là hình thức thua – thua, các bên sẽ từ bỏ một số quyền lợi để có thể giải quyết xung đột. Hình thức này phù hợp với kỹ năng giải quyết xung đột khi: Để đạt được các tuyên bố tạm thời đối với những vấn đề phức tạp, khi áp lực về thời gian không cho phép và quyền hạn giữa mọi người là ngang nhau.

Tránh né, là hình thức để tránh các cuộc xung đột. Trường hợp này bị động và không hiệu quả mặc dù có thể áp dụng trong một số trường hợp. Hình thức này phù hợp với kỹ năng giải quyết xung đột khi: Vấn đề không quan trọng, khi công việc này người khác giải quyết tốt hơn, khi những người này tình cảm và bạn muốn thu thập thêm thông tin trước khi bạn hành động.

Nhượng bộ, là hình thức thắng – thua, là hình thức giải quyết xung đột bị động nhất. Hình thức này phù hợp với kỹ năng giải quyết xung đột khi: Việc duy trì quan hệ quan trọng hơn chuyện thắng thua, vấn đề quan trọng với đối phương nhưng không quan trọng với mình.

1.3. MỘT SỐ TIÊU CHÍ, TIÊU CHUẨN, CÔNG CỤ VÀ CÁC MÔ HÌNH QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC QUA CÁC NGHIÊN CỨU

1.3.1. Khái niệm

Các hoạt động trong quản lý chất lượng khám chữa bệnh rất phức tạp và thuật ngữ có thể gây nhầm lẫn [146]. Vì vậy, cần hiểu rõ các thuật ngữ liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng khám chữa bệnh.

Tiêu chí là các tiêu chuẩn hoặc nguyên tắc dùng để đo lường hoặc kiểm tra, giám sát mức độ yêu cầu cần đạt được ở một khía cạnh cụ thể của chất lượng [146].

Tiêu chuẩn công nhận là mức độ xuất sắc mà các tổ chức phải đạt được để

được chứng nhận bởi một cơ quan có thẩm quyền [146].

Công nhận là một quá trình tự đánh giá và đánh giá bên ngoài được sử dụng bởi các tổ chức chăm sóc sức khỏe để đánh giá mức độ thực hiện của tổ chức liên quan đến các tiêu chuẩn đã được thiết lập và các cách thức để tiếp tục cải thiện [146].

Công cụ quản lý chất lượng gồm những công cụ định lượng và định tính được dùng trong cải thiện chất lượng. Công cụ định tính là sử dụng các công cụ phân tích để tạo ra ý tưởng, sắp đặt ưu tiên, duy trì đường hướng, xác định nguyên nhân của vấn đề và làm rõ các quy trình. Công cụ định lượng là sử dụng các công cụ để đo lường một chương trình, thu thập và hiển thị dữ liệu và giám sát chương trình [146].

Mô hình quản lý chất lượng là sử dụng các công cụ cải tiến chất lượng để xác định các vấn đề cần cải thiện, từ đó thiết kế, cải thiện và đo lường kết quả. Như vậy, mô hình quản lý chất lượng như công thức nấu ăn, các bước bạn cần làm khi nướng bánh và các công cụ phân tích là các thành phần mà các tài liệu bạn sử dụng trong khi làm theo công thức [146].

1.3.2. Công cụ quản lý chất lượng khám chữa bệnh

Sử dụng công cụ 5S đã được chứng minh sự thành công trong nhiều lĩnh vực chăm sóc sức khỏe khác nhau. Sự can thiệp thí điểm của phương pháp quản lý 5S tại bệnh viện Senegal cho thấy đã có sự cải thiện chất lượng dịch vụ y tế và động lực của nhân viên như: Cải thiện vệ sinh và sạch sẽ, trật tự của các vật dụng, hợp tác giữa các nhân viên, tái sử dụng các vật dụng, giảm thời gian tìm kiếm và vận chuyển, giảm thời gian chờ đợi cho người bệnh và cải tiến quy trình khử khuẩn [110].

Các biện pháp hiệu quả bao gồm các cải tiến đối với quy trình làm việc, giảm chi phí tiềm năng và tăng về không gian vật lý. Những thay đổi từ ứng dụng 5S đã được trình bày là giảm hơn 45% thời gian pha chế thuốc [68]; quy trình được cải tiến, tăng công suất và thời gian lưu trú ngắn hơn cho tất cả các nhóm bệnh nhân [78]; giảm 70% số lượng dụng cụ được sử dụng trong phẫu thuật cột sống xâm lấn tối thiểu (từ 197 đến 58) và giảm 37% thời gian thiết lập (13,1–8,2 phút, $p = 0,0015$); tiết kiệm chi phí hàng năm của tổ chức là 2,8 triệu USD [93]; giảm thời

gian quay vòng cho một thử nghiệm điển hình, tăng số lượng kiểm tra, tiết kiệm chi phí, giảm thiểu sự phân tán thời gian quay vòng và sử dụng không gian tốt hơn [143]; và giảm thời gian tham gia tìm kiếm vật phẩm và cải thiện khả năng di chuyển trong văn phòng sau khi áp dụng 5S [110]. Đối với trường hợp, một đơn vị nội soi chuyển đổi một phòng lưu trữ thành phòng nhân viên, tiết kiệm 7.000 đô la khăn trải giường và hàng tồn kho, tiết kiệm 1.000 đô la cho vật tư, giảm hàng tồn kho trên hai phần ba, giảm 0,8 toàn bộ thời gian tương đương và giảm thời gian chu kỳ 17 phút [120].

Tại thành phố Hồ Chí Minh, báo cáo của bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn cho thấy việc áp dụng 5S đã cho thấy thời gian lĩnh thuốc BHYT ngoại trú đã được cải thiện từ 19,7 phút xuống còn 17,2 phút, quãng đường di chuyển trung bình cho 1 toa thuốc từ 32,41m xuống còn 21,58m và tủ thuốc trực cấp cứu được sắp xếp trật tự, ngăn nắp, dễ tìm kiếm, tránh sai sót [42]. Ngoài ra, 5S còn tạo được môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp, an toàn. Nhờ đó, bệnh nhân được hưởng lợi khi được khám, điều trị tại một cơ sở y tế gọn gàng, sạch sẽ. Đối với nhân viên y tế, phương pháp 5S tạo cơ hội để phát huy sáng kiến, cải tiến kỹ thuật và tạo động lực để làm việc tích cực, hiệu quả. Đặc biệt, đối với bệnh viện, việc áp dụng 5S đã góp phần nâng cao chất lượng, giảm chi phí về vận hành, tăng mức độ an toàn cho người bệnh, xây dựng niềm tin của người bệnh và tăng nguồn thu cho đơn vị.

Các biện pháp an toàn cải thiện do sắp xếp lại và loại bỏ các vật phẩm để loại bỏ vi phạm an toàn và cải thiện tuân thủ quy định [105], giảm 52% tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ và giảm 33% tỷ lệ tử vong trong giai đoạn 2 năm [161] và quá trình tiết trùng được cải thiện [110]. Đánh giá các biện pháp người bệnh làm trung tâm dựa trên thời gian chăm sóc bệnh nhân trực tiếp tăng từ 30 lên 61% sau 30 ngày và cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân [156] và giảm thời gian chờ đợi cho bệnh nhân và chỉ định tốt hơn cho bệnh nhân [110].

Công cụ 5S thật sự cần thiết cho các bệnh viện, trong quá trình phát triển như hiện nay để tăng mức độ an toàn của người bệnh khi đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế.

1.3.3. Tiêu chuẩn, tiêu chí đánh giá chất lượng khám chữa bệnh

Nghiên cứu của tác giả Assena Stoimenova và cộng sự (2014) trên 312 bệnh viện ở Bulgaria đã được chứng nhận tiêu chuẩn ISO 9001 xác nhận rằng một hệ thống đã giúp tăng hiệu quả hoạt động, giảm sai sót, cải thiện an toàn bệnh nhân và xây dựng một phương thức tiếp cận phòng ngừa hơn là một môi trường đáp ứng [147].

Nghiên cứu của tác giả Van Den Heuvel J và cộng sự (2005) cho thấy tiêu chuẩn ISO là sự tập trung vào các bệnh nhân đã được thiết lập. Áp dụng tiêu chuẩn ISO đã tác động tích cực lên an toàn bệnh nhân đã được chứng minh so với 10 bệnh viện khác [154]. Nghiên cứu của tác giả Sven Beholz và cộng sự (2005) tại Cộng hòa liên bang Đức cho thấy về cải thiện chi phí hiệu quả, tỷ lệ tử vong, hiệu quả trong quản lý tài liệu, tăng số lượng hồ sơ có sẵn lúc xuất viện và sự hài lòng của khách hàng bằng hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO 9001:2000 từ năm 2000 đến năm 2003 [73]. Tương tự các nghiên cứu trên, nghiên cứu của tác giả Rodríguez-Cerrillo M và cộng sự (2012), cho thấy áp dụng tiêu chuẩn ISO 9001 đã làm gia tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân, giảm các trường hợp khiếu nại từ bệnh nhân và các sự cố thiết bị y tế, hiệu suất của các nhà cung cấp bên ngoài được cải thiện, tăng tính có sẵn của vật tư và thuốc men thiết yếu, số lượng bệnh nhân nhập viện tăng lên, tuân thủ với phác đồ điều trị tăng, số trường hợp chuyển viện không phù hợp giảm [139], [135].

Joint Commission International (JCI) là tổ chức giám định chất lượng các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế của Mỹ có hoạt động mở rộng trên 100 quốc gia kể từ năm 1994. Tiêu chuẩn JCI lấy bệnh nhân làm trung tâm, tập trung đặc biệt vào sự an toàn của người bệnh, chất lượng dịch vụ chăm sóc y tế và hệ thống quản lý chất lượng. Ngoài ra, tiêu chuẩn này còn xem xét một cách toàn diện đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh, giáo dục người bệnh và thân nhân, truyền thông cho các dịch vụ y tế, chất lượng của đội ngũ nhân viên y tế.

Tại Trung Quốc, nghiên cứu của Hua-fen Wang (2015) cho thấy việc công nhận tiêu chuẩn JCI có thể giúp các hệ thống y tế nâng cao nhận thức và khả năng ngăn chặn các sự cố về thuốc và đạt được các cải thiện chất lượng thành công, số lượng sự cố về thuốc đã giảm từ 143 sự cố trong năm 2012 xuống còn 64 sự cố

trong năm 2014 [158].

Tại Việt Nam, Theo tác giả Trịnh Thị Lý (2012) nghiên cứu về mô hình quản lý chất lượng bệnh viện và đề xuất giải pháp áp dụng tại Hải Phòng cho kết quả có nhiều mô hình quản lý cho một tổ chức, đồng thời có thể áp dụng cho bệnh viện, trong đó 3 mô hình được áp dụng thành công ở nhiều nước và nhiều bệnh viện, đó là quản lý chất lượng bệnh viện theo tiêu chuẩn quốc tế ISO, TQM, JCI. Tiêu chuẩn ISO được áp dụng cho mọi tổ chức, có bề dày nhất và dễ thực hiện. Tiêu chuẩn JCI dành riêng cho các dịch vụ y tế và bệnh viện, tổ chức chứng thực – công nhận quốc tế có uy tín, nhưng mô hình mới, chi phí cao, quá trình công nhận kéo dài. 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 [33]. 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); tác giả Trần Quý Tường (2013) [27], [56]. 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 Vimec, bệnh viện FV, bệnh viện Mắt Cao Thắng và còn nhiều bệnh viện Việt Nam vẫn đang 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.

Một tiêu chuẩn được Bộ Y tế Việt Nam đang sử dụng là bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, được áp dụng trên toàn bộ các bệnh trong cả nước để quản lý chất lượng khám chữa bệnh của các bệnh viện hiện nay. Một 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 2017 là 3,20 điểm và tăng 6,3% so với năm 2016, trong báo cáo còn cho thấy tỷ lệ cải tiến của các nhóm tiêu chí so với năm 2016 lần lượt là: 5,99% nhóm A, 10,5% nhóm B, 5,84% nhóm C, 7,98% nhóm D và 12,76% nhóm E [43].

1.3.4. Các mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh

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 [160]. Đồng thời, Lean Manufacturing giúp tối đa hóa hoặc sử dụng hoàn toàn các hoạt động làm tăng thêm giá trị từ quan điểm của khách hàng. Từ quan điểm của khách hàng, giá trị tương đương với bất cứ điều gì mà khách hàng là sẵn sàng trả cho một sản phẩm hoặc dịch vụ đã theo đuổi [63]. 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 [160]. Tác giả Farrokhi và cộng sự (2013) đã cho thấy Lean 5S đã giúp giảm các dụng cụ không cần thiết cho phòng mổ, giảm số lượng dụng cụ phẫu thuật cột sống xâm lấn, thời gian thiết lập, các chất thải y tế, thủ tục được đơn giản hóa, cải thiện chất lượng và giảm chi phí mỗi năm [93]. Nghiên cứu của tác giả Rakesh Kumar và cộng sự (2012); tác giả Logandran Naidoo và cộng sự (2016); tác giả Robert (2007); tác giả Chalice cũng cho kết quả tương tự [118], [134], [79].

Một mô hình đã được biết đến khá lâu, trong ngành công nghiệp sản xuất và trong y tế, đó là mô hình TQM. Tác giả Kaynak (2003) nhấn mạnh rằng việc áp dụng mô hình TQM có liên quan đến các chỉ số về hiệu suất chất lượng [111]. Tương tự vậy, Kumar và cộng sự (2009) đã kết luận chất lượng trong việc cải tiến quá trình, sản phẩm và kết quả chất lượng dịch vụ từ việc áp dụng TQM, tác giả Abdullah và cộng sự (2008) nhấn mạnh rằng hiệu suất của tổ chức tăng lên khi áp dụng TQM [119], [64]. Một nghiên cứu của tác giả Mohammad Hossein Lashgari (2015) tại một bệnh viện quân sự ở Iran cho thấy việc áp dụng mô hình quản lý chất lượng đồng bộ (TQM) đã làm tăng mức độ hài lòng của nhân viên y tế từ 55,4% lên 71,3%, điều này cho thấy việc áp dụng mô hình TQM để tăng mức độ hài lòng của nhân viên y tế là rất có hiệu quả [122].

Áp dụng chu trình PDCA trong cải tiến chất lượng là phương pháp cơ bản được áp dụng ở tất cả các mô hình chất lượng, có thể áp dụng được ở mọi tổ chức, cơ sở khám chữa bệnh ở các cấp độ khác nhau. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh

chu trình PDCA cải thiện các vấn đề trong khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, tác giả P. Gonçalves và cộng sự (2015) đã chứng minh việc áp dụng chu trình PDCA làm cải thiện tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của bác sĩ từ 35,2% lên 54,6% [97], tác giả C.R. Laselva và cộng sự (2001) cho thấy kết quả tương tự ở tuân thủ biện pháp dự phòng lây nhiễm bệnh viện và tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện [121], ngoài ra tác giả Zaoqian (2012) cho thấy việc áp dụng PDCA còn làm giảm tỷ lệ các đơn thuốc không hợp lý, chẩn đoán lâm sàng không đầy đủ, đơn thuốc không có đơn vị và liều lượng [165].

TQM được giới thiệu, triển khai tại Việt Nam từ 1996 nhưng chưa được phát triển, bởi doanh nghiệp tập trung hơn vào ISO 9001. Sau khi đạt ISO, một số doanh nghiệp hàng đầu tại Việt Nam đã bắt đầu áp dụng TQM theo mô hình Giải thưởng Chất lượng Quốc gia. Vì vậy, việc áp dụng mô hình quản lý Lean Manufacturing được xem là mới lạ tại Việt Nam và đặc biệt hơn là ở các cơ sở y tế vẫn chưa vận dụng mô hình này vào quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Do đó, các nghiên cứu về mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại Việt Nam, tập trung chủ yếu xoay quanh mô hình TQM và hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO.

Một số nghiên cứu hiệu quả của áp dụng mô hình TQM vào trong nâng cao chất lượng khám chữa bệnh là của tác giả Nguyễn Anh Tuấn (2011) tại bệnh đa khoa Hưng Yên, đã ghi nhận sự phù hợp và cải thiện trong việc ghi chép hồ sơ bệnh án [54]; nghiên cứu của tác giả Dương Văn Lâm (2012) cũng cho kết quả tương tự tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương [31]. Tại bệnh viện Nhi đồng I, Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy sự thay đổi tích cực rõ rệt sau 3 năm tiến hành quản lý chất lượng theo mô hình TQM [50].

1.4. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH HIỆN NAY

Quản lý chất lượng có 3 hoạt động chính: Đo lường, đánh giá và cải thiện. Tùy mục đích, thực tế, điều kiện, chiến lược, mục tiêu, yêu cầu của từng bệnh viện sẽ đưa ra những chỉ số đo lường, đánh giá và cải thiện chất lượng khám chữa bệnh khác nhau. Phần lớn các hệ thống y tế sẽ dựa vào các chỉ số rất cụ thể như: (i) cho từng tuyến cụ thể, hoặc (ii) cho từng hoạt động, quy trình cụ thể, hoặc (iii) cho

nhóm bệnh cụ thể (bệnh) [14].

1.4.1. Thế giới

Sự an toàn của người bệnh đã trở thành một chủ đề chính về chương trình chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, sự cố y khoa luôn xảy ra ở môi trường bệnh viện. Báo cáo cho thấy rằng các sự cố gây ra 44.000–98.000 ca tử vong và hơn 1.000.000 thương tích mỗi năm tại các bệnh viện Mỹ (1997) [115]. Vấn đề an toàn được chúng tôi quan tâm trong nghiên cứu này bao gồm: Nhiễm khuẩn bệnh viện và tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh.

Các báo cáo tại Mỹ và Úc đã cho thấy tầm quan trọng của sự cố y khoa về thuốc và phẫu thuật [75], [130], [65], [132], [81]. Ngoài ra, vấn đề nhiễm khuẩn bệnh viện cũng là vấn đề đáng lo ngại tại các bệnh viện hiện nay, nó ảnh hưởng đến 1,7 triệu người bệnh mỗi năm [114], năm 2014 tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở Mỹ là 4,0% [126]. Tại châu Âu, từ năm 1996-2007 là 7,1% [91], từ năm 2011 – 2012 là 6,0% [92]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện thay đổi theo loại bệnh viện, cao nhất ở bệnh viện đại học là 7,2%, sau đó là bệnh viện chuyên khoa ở mức 6,0% và giảm xuống 5,0% ở cả bệnh viện trung học và tiểu học [92].

Ngoài ra, tuân thủ quy trình chăm sóc người bệnh là một cách hiệu quả để đảm bảo tính an toàn trong bệnh viện, tuy nhiên vì nhiều lý do khác nhau và nhiều yếu tố tác động khác nhau nên việc tuân thủ quy trình chăm sóc người bệnh đôi khi bị xem nhẹ. Tại Hà Lan, tác giả Steffie M Van Schoten và cộng sự (2014), cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình trong phẫu thuật trung bình là 71,3% và có sự khác biệt giữa các loại bệnh viện [155].

Dữ liệu từ các tổng quan này cho thấy, các vấn đề về an toàn trong môi trường chăm sóc sức khỏe là một thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe của các nước trên thế giới.

Sự hài lòng của người bệnh là một thước đo quan trọng về chất lượng chăm sóc sức khỏe, vì nó cung cấp thông tin về sự thành công của nhà cung cấp, đáp ứng mong đợi liên quan đến người bệnh và yếu tố quyết định quan điểm hành vi của người bệnh.

Tại Trung Quốc, tác giả Pan Yu (2003 – 2013) cho thấy, sự không hài lòng

của người bệnh/thân nhân người bệnh đã dẫn đến hành vi hành hung nhân viên y tế [137]. Ngoài ra, các nghiên cứu trên tạp chí y khoa Úc nhấn mạnh sự hài lòng ở người bệnh đóng vai trò quan trọng trong quy trình chăm sóc sức khỏe. Nó ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm sức khỏe, tuân thủ việc chữa trị và kết quả sức khỏe cuối cùng của người bệnh [159].

Các nghiên cứu khác trên thế giới tập trung chủ yếu đưa ra tỷ lệ hài lòng của người bệnh, tại các bệnh viện Ấn Độ được báo cáo bởi tác giả M.V Kulkarni, S Dasgupta, A R Deoke, Nayse (2008) tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân là 75% [117], tác giả Syed Shuja Qadri và cộng sự (2011) là 89,1% bệnh nhân hài lòng với các dịch vụ khám chữa bệnh [138]. Tại Pháp, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phi Linh (2002) cho thấy sự hài lòng cao ở những người bệnh lớn tuổi, người bệnh có gia đình; nam giới có xu hướng đưa ra đánh giá sự hài lòng cao hơn so với phụ nữ [149]. Đồng thời, nghiên cứu của Ganova- Iolovska M và cộng sự cũng cho thấy người bệnh càng có mức thu nhập bình quân cao lại càng hài lòng với dịch vụ y tế [96].

Tỷ lệ tử vong bệnh viện sau khi nhập viện được xem là chỉ số quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả lâm sàng. Một nghiên cứu tại Anh Quốc cho thấy, tỷ lệ tử vong tại các bệnh viện trong vòng 5 năm đã giảm xuống 5% dù cho lượng bệnh nhập viện tăng 8%, điều này là do sự cải thiện trong chất lượng khám chữa bệnh [106]. Một nghiên cứu khác tại Mỹ cho thấy tỷ lệ nhập khoa ICU tử vong đã giảm đáng kể 35% từ năm 1944 đến 2007, và mức giảm này khác nhau ở các chẩn đoán [166].

Hiệu quả lâm sàng còn được đánh giá thông qua chỉ số chẩn đoán điều trị phù hợp. Một nghiên cứu của tác giả Dovey, S.M và cộng sự (2002) tại Mỹ cho thấy vấn đề sai sót trong chẩn đoán điều trị là luôn luôn xảy ra cho dù ở một nước có nền y học phát triển như ở Mỹ (344 sự cố y khoa được báo cáo thì có đến 13 (3,9%) trường hợp báo cáo là sai chẩn đoán điều trị) [86]. Một nghiên cứu trước đó tại Đức (1996) của tác giả Kirch.W và cộng sự đã khám nghiệm tử thi và có khoảng 10% cho thấy có chẩn đoán sai; 25% khác tiết lộ chẩn đoán âm tính giả và khoảng 10% tiết lộ chẩn đoán dương tính giả [113].

Qua các nghiên cứu trên, cho thấy việc báo cáo tỷ lệ tử vong và chỉ số chẩn đoán điều trị phù hợp đã được quan tâm và cải thiện của rất nhiều bệnh viện trên thế giới.

Một nghiên cứu tổng hợp của tác giả Bruce Hollingsworth (2008) về 317 nghiên cứu đánh giá hiệu suất của các bệnh viện tại Châu Âu và Mỹ, kết quả cho thấy số lượng nghiên cứu về hiệu suất bệnh viện đã tăng rất nhanh trong những năm gần đây [104].

Ngày càng có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu suất bệnh viện bên ngoài Châu Âu và Mỹ, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Tại Đài Loan nghiên cứu được tổng hợp của tác giả Chang và cộng sự (2004), cho thấy với hiệu suất của các bệnh viện từ năm 1996 và 1997 cao hơn hẳn các bệnh viện công lập [80]. Các chỉ số đánh giá hiệu suất của bệnh viện được sử dụng rất đa dạng, tùy vào điều kiện và mục tiêu phát triển của bệnh viện, mà mỗi bệnh viện sử dụng các chỉ số khác nhau để đánh giá. Các chỉ số thường được đề cập đến là: Số ngày điều trị trung bình, công suất sử dụng giường bệnh, chi phí hoạt động bệnh viện.

Thực trạng các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, số ngày điều trị trung bình của các nước trên thế giới rất khác nhau và ngay trong một châu lục, các nước ở Châu Âu số ngày điều trị trung bình cao nhất là ở Đức (7,6 ngày) và thấp nhất là ở Estonia (5,5 ngày), riêng tại Mỹ số ngày điều trị trung bình là 6,0 ngày, tuy số liệu về ngày điều trị của các nước tại Châu Á chưa đầy đủ, nhưng báo cáo tại Nhật Bản cho thấy là 16,5 ngày [136].

Công suất sử dụng giường bệnh, là một chỉ số được tác giả Jonaidi và cộng sự nghiên cứu tại Iran, cho thấy sự thay đổi rõ ràng trong ba năm là 50,04% (2006); 51,74% (2007) và 57,83% (2008), với công suất sử dụng giường bệnh như vậy được đánh giá trong nghiên cứu là ở mức an toàn [107].

Chi phí quản lý bệnh viện được tác giả David U. Himmelstein và cộng sự (2014), trên 8 quốc gia: Canada, Anh, Scotland, xứ Wales, Pháp, Đức, Hà Lan và Hoa Kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng chi phí hành chính chiếm 25,3% tổng chi tiêu của các bệnh viện Hoa Kỳ - tỷ lệ này đang tăng lên. Tiếp theo là Hà Lan (19,8%) và Anh (15,5%), cả hai đều đang chuyển sang các hệ thống thanh toán định

hướng thị trường. Scotland và Canada, có hệ thống thanh toán cho các hoạt động bệnh viện bằng ngân sách, với các khoản tài trợ riêng cho chi phí hoạt động, có chi phí hành chính thấp nhất. Chi phí ở mức trung bình là Pháp, Đức và ở xứ Wales [103].

Tổ chức nào cũng được tạo thành bởi các thành viên là con người hay nguồn nhân lực của nó. Hoạt động khám chữa bệnh trong bệnh viện có tính chất đặc thù riêng, do đó hài lòng của nhân viên góp phần tăng khả năng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân và chất lượng khám chữa bệnh.

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ và điều dưỡng thường được các tác giả đề cập như: Điều kiện làm việc, sự tham gia đưa ra các quyết định, các mối quan hệ với lãnh đạo và đồng nghiệp, thu nhập, địa vị xã hội, khối lượng công việc và chất lượng quản lý. Đồng thời các tác giả cũng khuyến cáo cải thiện các khía cạnh này sẽ cải thiện sự hài lòng đối với công việc và giúp làm giảm sự thiếu hụt nguồn lực bác sĩ, điều dưỡng tại các bệnh viện. Tác giả Aiken và cộng sự (2001) tìm thấy sự không hài lòng công việc giữa các điều dưỡng cao nhất ở Hoa Kỳ (41%), tiếp theo là Scotland (38%), Anh (36%), Canada (33%) và Đức (17%). Một phần ba số điều dưỡng ở Anh và Scotland và hơn một phần năm ở Hoa Kỳ dự định rời bỏ công việc của họ trong vòng 12 tháng. Đáng chú ý hơn, có 27–54% điều dưỡng dưới 30 tuổi dự định rời khỏi trong vòng 12 tháng ở tất cả các quốc gia. Về điều kiện làm việc, chỉ có khoảng một phần ba số điều dưỡng ở Canada và Scotland cảm thấy rằng họ có thể phát triển công việc của mình cao hơn một nửa điều dưỡng ở ba nước còn lại. Khi so sánh với các nước khác, các điều dưỡng ở Đức (61%) cho biết họ hài lòng hơn với cơ hội thăng tiến trong khi các điều dưỡng ở Hoa Kỳ (57%) và Canada (69%) cảm thấy hài lòng hơn với tiền lương của họ [67]. Tại Lithuania, nghiên cứu của tác giả Buciuniene và cộng sự (2005) cho thấy bác sĩ chủ yếu không hài lòng với công việc của họ là vì thu nhập, địa vị xã hội và khối lượng công việc. Mức hài lòng công việc là 4,74 điểm (trên thang điểm 7 điểm), 75,5% người được hỏi cho biết không muốn con họ lựa chọn nghề bác sĩ, trong nghiên cứu còn khảo sát về mức độ tự chủ tại nơi làm việc, mối quan hệ với các đồng nghiệp, chất lượng quản lý, thu nhập, địa vị xã hội và khối lượng

công việc [77].

1.4.2. Việt Nam

An toàn người bệnh được xem là trung tâm về chất lượng chăm sóc sức khỏe, đây là vấn đề đang rất được quan tâm hiện nay. Tuy dữ liệu về an toàn trong y tế của Việt Nam chưa thật sự đầy đủ, các nghiên cứu tập trung chủ yếu về nhiễm khuẩn bệnh viện. Một nghiên cứu lớn về nhiễm khuẩn bệnh viện được thực hiện trong năm 2008 tại 36 bệnh viện (trong 14 tỉnh bao gồm cả bệnh viện trường, 18 bệnh viện tỉnh, và 16 bệnh viện Quận) với tổng số mẫu là 7.571 bệnh nhân (354 bệnh nhân ICU, chiếm 4,7%) đã cho thấy một tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 7,8% với mật độ nhiễm khuẩn bệnh viện là 8,3 trường hợp trên 1.000 bệnh nhân/mỗi ngày [151]. Tại bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 7,78% [39], nghiên cứu của tác giả Trần Thị Hà (2015) tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 6,9% [22], nghiên cứu của tác giả Cao Minh Nga (2014) cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp là 51,55%/1.528 trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện [35]. Trong các nghiên cứu nhiễm khuẩn bệnh viện, loại nhiễm khuẩn được đề cập đến là nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn tiêu hóa và hầu hết phát hiện ở Hồi sức tích cực và Ngoại khoa.

An toàn trong bệnh viện chỉ đạt được khi sự tuân thủ quy trình chăm sóc người bệnh được đảm bảo. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Vân (2009) cho thấy việc tuân thủ quy trình chăm sóc đã cải thiện các tình trạng xấu trong điều trị của bệnh nhi thở CPAP và nâng cao kỹ năng, ý thức của điều dưỡng chăm sóc [60]. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Oanh (2012) điểm trung bình tuân thủ tiêu truyền của điều dưỡng là $1,54 \pm 0,50$ điểm [38]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Sơn (2014) cho thấy trong 148 điều dưỡng được khảo sát thì không có điều dưỡng nào tuân thủ hoàn toàn về quy trình đặt và chăm sóc kim lòn tĩnh mạch ngoại vi [45].

Việc đánh giá về khả năng đáp ứng của bệnh viện cho người bệnh được thực hiện khá nhiều, việc đánh giá này thông qua việc khảo sát sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh trong bệnh viện. Nghiên cứu trong nhóm này là

của tác giả Lê Nữ Thanh Uyên (2006) nghiên cứu mức độ hài lòng của người bệnh tại bệnh viện Bến Lức – tỉnh Long An (tỷ lệ hài lòng là 90,0%) [59], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Thành (2013) tại các bệnh viện tỉnh Hòa Bình cho thấy mức hài lòng của người bệnh nội trú là 3,6/5 điểm [46]. Một nghiên cứu gần đây của tác giả Nguyễn Thành Công và Nguyễn Thị Tuyết Mai (2014) cho thấy mức hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại 18 bệnh viện phía Bắc là không cao (3,68/5 điểm) [83], kết quả của các nghiên cứu này phản ánh được một phần thực trạng đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của các bệnh viện Việt Nam hiện nay.

Tại Việt Nam, tình hình tử vong trong bệnh viện và các cơ sở y tế không được báo cáo nhiều, một trong số ít nghiên cứu này là của tác giả Merrilyn Walton và cộng sự (2015) cho thấy có 3.966 trường hợp tử vong tại bệnh viện Bạch Mai và Việt Đức trong 23 tháng: Từ ngày 01 tháng 5 năm 2013 đến ngày 31 tháng 3 năm 2015 và trong 12 tháng trước nghiên cứu này, 446 mẫu thông báo tử vong đã được gửi đến Bộ Y tế từ Bệnh viện Bạch Mai, trung bình có 37 trường hợp tử vong được báo cáo mỗi tháng. Trong 12 tháng đầu của nghiên cứu này, 1033 mẫu báo cáo tử vong đã được gửi đi từ bệnh viện này; trung bình 86 trường hợp tử vong báo cáo mỗi tháng (38%, 394/1033 được xuất viện về nhà để chết). Sự tăng trưởng số lượng tử vong được báo cáo hàng năm có ý nghĩa thống kê ($t = -7.45$, $df = 11$, $p < 0,001$) [157].

Trong điều kiện nguồn lực luôn luôn hạn chế thì việc tối ưu hóa sử dụng dịch vụ là vấn đề đòi hỏi sự quan tâm của các nhà quản lý. Các chỉ số hiệu suất được nhiều nhà quản lý quan tâm là số ngày điều trị trung bình, công suất sử dụng giường bệnh.

Một nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Cẩm Tú (2011) tại 4 bệnh viện huyện ở tỉnh Hải Dương cho thấy bình quân ngày điều trị nội trú từ năm 2009, 2010 và 2011 của bệnh viện Bình Giang lần lượt là 6,5 - 6,0 - 7,0 ngày; tại bệnh viện Nam Sách là 6,2 - 5,5 - 5,9 ngày; tại bệnh viện Gia Lộc lần lượt là 5,6 - 5,0 - 5,0 ngày; tại bệnh viện Kinh Môn lần lượt là 4,7 - 5,4 - 3,1 ngày. Ngày điều trị trung bình của các bệnh viện tuyến huyện thuộc tỉnh Hải Dương từ năm 2009 - 2011 lần lượt là 6,6 ngày (2009), 5,9 ngày (2010), 6,2 ngày (2011) [52].

Một nghiên cứu của tác giả Mai Thị Thúy Hảo (2008) tại bệnh viện huyện Hoài Đức, Hà Nội cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện này trong năm 2007 là 121% [26]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu (2011) cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng tỉnh Bình Định từ năm 2008 đến 2010 lần lượt là 39% - 46,73% - 37,5% và ngày điều trị trung bình từ năm 2008 là 18 ngày; 2009 là 20,02 ngày và năm 2010 là 18,76 ngày [49]. Trong nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thu Mai (2015) cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện đa khoa Đồng Tháp luôn đạt từ mức 111,29% đến 120,33% (số liệu năm 2014) [34]. Thực trạng này cho thấy công suất sử dụng giường bệnh tại các bệnh viện Việt Nam đang có chiều hướng tăng theo thời gian. Đây là dấu hiệu tích cực trong việc sử dụng hiệu quả nguồn lực y tế.

Nhân viên là nguồn lực quan trọng trong mỗi bệnh viện, để có được nhân viên tốt đã khó, giữ chân nhân viên còn khó hơn. Chính vì vậy, nâng cao sự hài lòng của nhân viên trong công việc được xem là cách thức thúc đẩy sự cống hiến của họ cho sự phát triển của bệnh viện. Đã có các nghiên cứu về sự hài lòng của nhân viên y tế, như: Nghiên cứu của tác giả Diêm Sơn (2010) cho thấy tỷ lệ hài lòng chung là 41,79% [44], nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Phương Thảo là 84,44% [48], tác giả Trần Văn Bình cho thấy có 86,2% nhân viên y tế hài lòng về công việc tại các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum [4]. Ngoài ra, các nghiên cứu của Lưu Hoài Chuẩn (2003) cho thấy có 49,1% bác sĩ hài lòng với công việc [19], nghiên cứu của Lê Thanh Nhuận (2008), cho tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng chung đối với công việc là 71,1% [37], nghiên cứu của Đặng Thị Như Hằng (2009), tỷ lệ hài lòng chung đối với công việc đạt 63,5% [25].

Các nghiên cứu trên, còn cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với công việc của cán bộ y tế thường được các tác giả đề cập đến như: Điều kiện làm việc; lương và các chế độ, chính sách; các mối quan hệ với đồng nghiệp, với lãnh đạo; học tập và thăng tiến. Qua đó, những khuyến nghị đã được đưa ra sau khi phân tích kết quả, nhằm nâng cao sự hài lòng của họ: Nâng cao điều kiện làm việc cho nhân viên; cải thiện mối quan hệ giữa lãnh đạo và nhân viên; tăng chế độ, tiền lương; tạo cơ hội cho nhân viên học tập và phát triển [3].

1.5. LỰA CHỌN MÔ HÌNH CAN THIỆP NHẪM NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH PHÙ HỢP VỚI BỐI CẢNH VÀ HỆ THỐNG Y TẾ Ở VIỆT NAM

1.5.1. Lựa chọn mô hình tham khảo

Để nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh cần phải được đo lường, đánh giá các chỉ số chất lượng bằng các công cụ cải thiện quản lý chất lượng, các tiêu chuẩn, tiêu chí đánh giá và các mô hình, từ đó có các giải pháp cải thiện hay nâng cao.

Sử dụng các công cụ 5S; Brainstorm; 7 công cụ kiểm soát chất lượng là xác định và xử lý những vấn đề cụ thể, giải quyết các sự cố nhà quản lý quan tâm và cần được cải thiện. Nhưng không giúp giải quyết các vấn đề có nhiều mối quan hệ chằng chịt, ảnh hưởng tác động lẫn nhau.

Sử dụng hệ thống tiêu chuẩn chất lượng ISO, chứng nhận tiêu chuẩn quốc tế JCI để tạo niềm tin cho người bệnh đến khám bệnh, hoặc theo yêu cầu của khách hàng. Tuy nhiên, khi sử dụng các tiêu chuẩn này, cần phải thuê tư vấn hướng dẫn và cơ quan thẩm định nên rất tốn kém, đặc biệt là tiêu chuẩn JCI. Tốn thời gian để đào tạo nhân viên, nhân viên khó tiếp nhận, thường bị phản đối bởi nhân viên trong bệnh viện. Sử dụng các tiêu chuẩn này là hệ thống các quy trình được đưa ra, đôi khi có thể tạo ra sự rườm rà về thủ tục; nếu chỉ là những quy trình thôi thì không giải quyết được tất cả các mối quan hệ chằng chịt trong bệnh viện có tác động qua lại lẫn nhau tạo nên chất lượng khám chữa bệnh. Sử dụng các tiêu chuẩn này thường phải thực hiện các yêu cầu cần thiết khi triển khai trong bệnh viện.

Nhận thấy thực trạng tại Việt Nam, giá viện phí chưa tính đúng tính đủ, bệnh viện công gặp khó khăn trong ngân sách, xung đột giữa Bảo hiểm y tế và các bệnh viện càng cao; trong khi đó, chi phí để triển khai các tiêu chuẩn trên là rất tốn kém, mất nhiều thời gian và nhiều sự phản đối của nhân viên. Vì vậy, việc áp dụng các tiêu chuẩn quốc tế vào bệnh viện ở hoàn cảnh Việt Nam thì chưa phù hợp.

Các tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện thường được biết đến là: Chỉ số của Viện Y học Hoa Kỳ và Trung tâm Medicare và Các sáng kiến về chất lượng dịch vụ Medicaid, Úc và Thái Lan; Việt Nam có 83 tiêu chí của Bộ y tế.

Sử dụng tiêu chí của quốc gia mang ý nghĩa chung cho các bệnh viện, là cơ sở để xếp hạng hoặc đánh giá thi đua của các bệnh viện. Tuy nhiên, mỗi bệnh viện có những điều kiện khác nhau; yêu cầu cần phải cải thiện khác nhau. Vì vậy, áp dụng các tiêu chí chỉ mang tính “máy móc”, không thể giải quyết các vấn đề của mỗi bệnh viện.

Các mô hình nâng cao quản lý chất lượng thường được áp dụng là: Chu trình PDCA, mô hình quản lý Lean Manufacturing, mô hình Six Sigma, mô hình quản lý chất lượng đồng bộ TQM (total quality management).

Sử dụng TQM hiệu quả cho bệnh viện trong cải tiến, nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ báo cáo thất bại cao gây ra bởi các vấn đề trong việc áp dụng, không cung cấp một lý thuyết rõ ràng; một khái niệm chung chung và một thuật ngữ trừu tượng với nhiều mô tả mơ hồ, và không có định nghĩa chung nào được chấp nhận hoặc nội dung được thống nhất; đòi hỏi sự thay đổi đáng kể trong bệnh viện, năng suất của người lao động có khả năng giảm sút vì lo sợ mất việc, giảm sự ảnh hưởng của người có chuyên môn giỏi; thực hiện một hệ thống quản lý chất lượng tổng thể trong một bệnh viện đòi hỏi phải đào tạo rộng rãi nhân viên và đòi hỏi họ phải mất một thời gian trong ngày để làm nhiệm vụ này.

Mô hình PDCA, 6 Sigma và Lean Manufacturing cũng thường được sử dụng. Tuy nhiên, tùy thuộc điều kiện của từng bệnh viện, có thể vận dụng các mô hình để áp dụng cải tiến chất lượng. 3 mô hình này được so sánh trong bảng tóm tắt sau:

Bảng 1. 1. Bảng so sánh các mô hình thường dùng

	PDCA	6 Sigma	Lean Manufacturing
Các bước quy trình	Lập kế hoạch; Thực hiện; Đánh giá; Kế hoạch tương lai	Thiết kế; Đo lường; Phân tích; Cải tiến; Kiểm soát;	Loại trừ các bước thừa không giá trị; Loại trừ các sản phẩm lỗi hỏng; Giảm thời gian của chu kỳ sản xuất;
Trọng	Chu trình cải tiến	Giảm lỗi, hỏng; Khách	Tăng hiệu suất; Loại trừ

tâm cải tiến	nhanh nhằm xác định cải tiến quy trình một cách tối ưu	hàng là trung tâm	các hoạt động vô giá trị, giảm sự sai lệch và thời gian thực hiện chu kỳ; Sản phẩm được mang đến khi khách hàng muốn và cần.
Sử dụng lý tưởng	Các dự án mục tiêu được lựa chọn và cải tiến; Thời gian và nguồn lực hạn chế.	Các dự án mục tiêu được lựa chọn để cải tiến với nguồn lực sẵn có. Dự án có các hoạt động được lặp đi lặp lại với tần số cao.	Quan tâm đến hiệu suất của quy trình. Quy trình có thể xác định rõ và có nhiều hoạt động vô giá trị.
Nhữn g công cụ hỗ trợ để thành công	Môi trường thử nghiệm áp dụng và thí điểm áp dụng các ý tưởng	Biểu đồ kiểm soát quy trình có số liệu thống kê, chuyên gia 6 sigma (“đai đen”; “đai xanh”)	Bản đồ dòng giá trị, phân tích giá trị; Kaizen.

Từ bảng 1.1 cho thấy, mô hình chu trình PDCA giúp giải quyết nhanh các vấn đề cụ thể, đơn giản, riêng biệt và giải quyết tức thời, mô hình không thể giải quyết được vấn đề mang tính hệ thống và vấn đề chi phí, sự lãng phí trong cơ sở y tế[14].

Mô hình 6 sigma là hệ thống các công cụ và phương pháp đo lường các khả năng gây lỗi chứ không phải các sản phẩm lỗi, một sản phẩm càng phức tạp sẽ có nhiều khả năng bị lỗi hơn. Vì vậy, mô hình này phức tạp, khó chấp nhận của các nhà chuyên môn và nhân viên y tế vốn đã “bận rộn” hoặc “mệt mỏi” trong việc chăm sóc người bệnh. Mặc khác, mô hình này chỉ áp dụng cho một số các bộ phận, không áp dụng cho tổng thể các hoạt động của bệnh viện nên mô hình này thường phối hợp với các mô hình khác.

Mặc khác, ở Việt Nam hiện nay, cơ chế của ngành y và chi trả bảo hiểm y tế chưa được hoàn thiện, giá viện phí chưa tính đúng tính đủ, bệnh viện công gặp khó khăn trong vấn đề tự chủ tài chính, tình trạng nhân viên giỏi chuyên môn nghỉ việc nhiều, tình trạng lãng phí trong các bệnh viện.

Bệnh viện là hệ thống tổ chức phức tạp nhiều mối quan hệ chằng chịt, đan xen với nhau, ảnh hưởng lẫn nhau. Khi chọn mô hình can thiệp để cải thiện, nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh cần phải chọn mô hình:

- + Dễ áp dụng, không mang lý thuyết chung;
- + Linh động, sáng tạo được;
- + Thực tế gắn với công việc của mỗi bộ phận;
- + Hạn chế sự lãng phí trong bệnh viện
- + Sử dụng nhiều công cụ để giải quyết vấn đề của những công việc cụ thể, đặc trưng của mỗi bộ phận;
- + Quan trọng là toàn thể lãnh đạo, nhân viên chấp nhận cùng thực hiện.

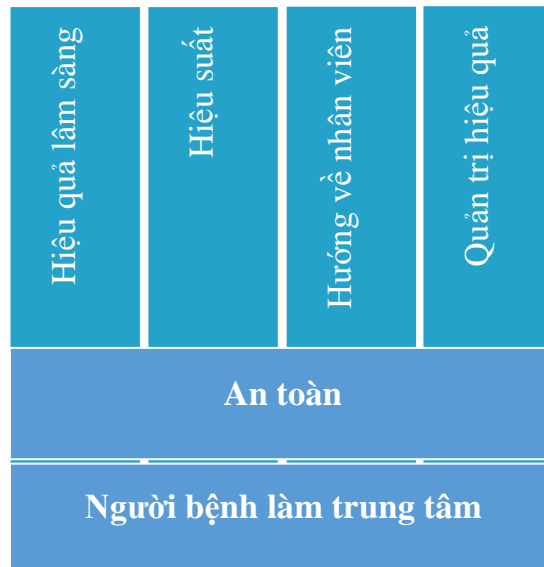
Vì vậy, với những đặc điểm và yêu cầu trên, chúng tôi chọn mô hình Lean Manufacturing là mô hình tham khảo trong nghiên cứu này.

Mặc dù, mô hình Lean Manufacturing mang lại hiệu quả cao trong sản xuất. Tuy nhiên, bệnh viện là một hệ thống phức tạp, nên việc áp dụng mô hình vào trong bệnh viện với điều kiện Việt Nam hiện nay, thì cần phải có sự điều chỉnh cho phù hợp.

1.5.2. Lựa chọn mô hình đo lường quản lý chất lượng khám chữa bệnh tham khảo

Với từng đặc điểm khám chữa bệnh, chiến lược, mục tiêu và theo tình hình thực tế của bệnh viện là đưa ra được những điểm chung để đo lường chất lượng khám chữa bệnh thể hiện qua nhiều chiều hướng về chất lượng, bao phủ được cho tất cả các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh và phù hợp theo hướng dẫn của WHO phải đồng thời 3 khía cạnh của chất lượng là: Chất lượng đối với người bệnh, chất lượng chuyên môn và chất lượng quản lý. Mô hình PATH (PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital) là mô hình chất lượng khám chữa bệnh để làm nền tảng xây dựng các chỉ số cụ thể đánh giá

quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Ưu điểm của mô hình là đánh giá quản lý chất lượng khám chữa bệnh dựa vào sản phẩm của 6 thành tố cơ bản được xem là có ý nghĩa khoa học và phù hợp với thực tiễn ở Việt Nam.



Sơ đồ 1. 8. Mô hình chất lượng khám chữa bệnh

Mô hình PATH của Tổ chức Y tế thế giới gồm có 6 thành tố: An toàn, Người bệnh làm trung tâm, Hiệu quả lâm sàng, Hiệu suất, Hướng về nhân viên và Quản trị hiệu quả. Trong đó, thành tố An toàn và Người bệnh làm trung tâm là “cột móng” cho các thành tố khác và cho mọi hoạt động của bệnh viện [163].

Người bệnh làm trung tâm: Là không để người bệnh bị tổn hại thêm bởi sự chăm sóc, tập trung vào trải nghiệm của người bệnh về bệnh tật và chăm sóc sức khỏe, hệ thống phục vụ đáp ứng các nhu cầu của người bệnh.

- An toàn: Liên quan đến các ứng dụng và khuyến khích các cơ cấu, quy trình trong bệnh viện, có bằng chứng về phòng ngừa hoặc giảm thiểu rủi ro.
- Hiệu quả lâm sàng: Là việc áp dụng những kiến thức tốt nhất, xuất phát từ nghiên cứu, kinh nghiệm lâm sàng, và sở thích của bệnh nhân để đạt được quá trình tối ưu và kết quả của việc chăm sóc cho các bệnh nhân.
- Hiệu suất: Dùng để chỉ việc sử dụng tối ưu các nguồn lực để đạt được kết quả chăm sóc tốt nhất và sự phù hợp của các can thiệp.

- Hướng về nhân viên: Đề cập đến phạm vi mà nhân viên có đủ điều kiện thích hợp để thực hiện nhiệm vụ của mình, có khả năng học tập liên tục, làm việc trong một môi trường được sự hỗ trợ và hài lòng với công việc của họ.
- Quản trị hiệu quả: Mức độ bao quát của bệnh viện liên quan đến nhu cầu sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là đảm bảo tính liên tục của dịch vụ chăm sóc và cung cấp các dịch vụ y tế không phân biệt dân tộc, đặc điểm thể chất, văn hóa, xã hội, nhân khẩu học và kinh tế.

1.6. TỔNG QUAN VỀ BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC

1.6.1. Vị trí và chức năng

1.6.1.1. Vị trí

Quận Thủ Đức nằm ở cửa ngõ đông bắc của Thành phố, được tách ra từ huyện Thủ Đức năm 1997 theo Nghị định 03/1997/NĐ-CP của Chính phủ ban hành ngày 06 tháng 01 năm 1997 [17]. Quận Thủ Đức mới có khoảng 500.000 nhân khẩu (bao gồm cả dân số cơ học), có địa giới hành chính: Đông giáp Quận 9; Tây giáp Quận 12; Nam giáp sông Sài Gòn; Bắc giáp tỉnh Bình Dương (Sông Bé cũ), có 12 phường gọi tên theo xã trước đây: Linh Đông; Linh Tây; Linh Chiểu; Linh Trung; Linh Xuân; Hiệp Bình Chánh; Hiệp Bình Phước; Tam Phú; Trường Thọ; Bình Chiểu; Bình Thọ và Tam Bình.

Bệnh viện quận Thủ Đức là y tế cơ sở, được thành lập từ Trung tâm y tế theo quyết định số 32/2007/QĐ-UBND ngày 23 tháng 02 năm 2007 của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh về thành lập bệnh viện quận Thủ Đức trực thuộc Ủy ban nhân dân quận Thủ Đức [58]. Khi mới thành lập, bệnh viện được xếp hạng III theo phân hạng của Bộ y tế.

1.6.1.2. Chức năng

Chức năng của bệnh viện được qui định cụ thể trong quyết định số 32/2007/QĐ-UBND ngày 23 tháng 02 năm 2007 như sau: Cấp cứu - khám bệnh - chữa bệnh, đào tạo cán bộ y tế, nghiên cứu khoa học về y học, chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn, kỹ thuật, phòng bệnh, hợp tác quốc tế và quản lý kinh tế y tế [58].

1.6.2. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

Diện tích khuôn viên bệnh viện là 11.852 m² . Có 4 dãy nhà, khu A: xây

dựng và đưa vào hoạt động năm 2004, có 3 tầng được xây dựng trên khuôn viên 1.000 m², tổng diện tích sàn xây dựng là 3.000 m²; khu C: xây dựng và đưa vào hoạt động năm 2010, có 4 tầng được xây dựng trên khuôn viên 300 m², tổng diện tích sàn xây dựng là 1.200 m². Hàng năm, từ nguồn quỹ phát triển sự nghiệp, bệnh viện vẫn sửa chữa, xây dựng nhỏ, để đáp ứng chuyên môn và nhu cầu khám chữa bệnh. Quy mô giường bệnh hiện nay là 300 giường kế hoạch.

Hệ thống máy móc của khoa chẩn đoán hình ảnh gồm máy: Xquang thông thường, máy CT scanner 2 lát cắt, máy MRI 0.35 Testla, siêu âm thường, điện tim, nội soi, loãng xương, các xét nghiệm thông thường, một ít các máy dùng trong hồi sức và phòng mổ.

Trong năm 2011, Bệnh viện đã triển khai các kỹ thuật chuyên môn toàn bộ của bệnh viện hạng 3, và một số kỹ thuật chuyên môn của bệnh viện 2 (do mới được thẩm định phân hạng 2). Tuy nhiên, vẫn có sự hỗ trợ của các bệnh viện đầu ngành của thành phố như: Mổ sọ não, mổ thay khớp. Số lượng bệnh nhân trung bình mỗi ngày từ 700 lượt/ngày, giường điều trú đạt khoảng 80% giường kế hoạch là 300 giường.

1.6.3. Cơ cấu tổ chức bộ máy

Năm 2011, tổng số Cán bộ - viên chức là: 893. Trong đó Bác sĩ: 218 (thạc sĩ: 16, chuyên khoa 2: 01, chuyên khoa 1: 32), Dược sĩ: 06.

Tổ chức của bệnh viện gồm một Giám đốc điều hành và có hai Phó Giám đốc phụ trách các khối giúp việc cho Giám đốc. Cơ cấu tổ chức của bệnh viện được chia thành khối chuyên môn. Chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của các Phòng, Khoa và từng cán bộ, viên chức được thực hiện theo Luật khám chữa bệnh, quy chế Bệnh viện và qui định pháp luật có liên quan.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu (theo 6 nhóm yếu tố/chỉ số nghiên cứu)

- Bệnh viện quận Thủ Đức – Thành phố Hồ Chí Minh.
- Người bệnh, thân nhân người bệnh khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện quận Thủ Đức - Thành phố Hồ Chí Minh, địa chỉ 29 Phú Châu, Tam Phú, quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Từ tháng 12/2011 – 6/2012.
- Giai đoạn 2: Xây dựng thử nghiệm và đánh giá kết quả can thiệp “mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh”. Từ tháng 7/2012 – 12/2017.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện với 2 thiết kế nghiên cứu theo 2 mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả và nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau.

Giai đoạn 1 (thực hiện nghiên cứu đầu vào)

Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện quận Thủ Đức, dựa trên 6 nhóm chỉ số của mô hình PATH của Tổ chức Y tế thế giới gồm có: An toàn, người bệnh làm trung tâm, hiệu quả lâm sàng, hiệu suất, hướng về nhân viên và quản trị hiệu quả [163].

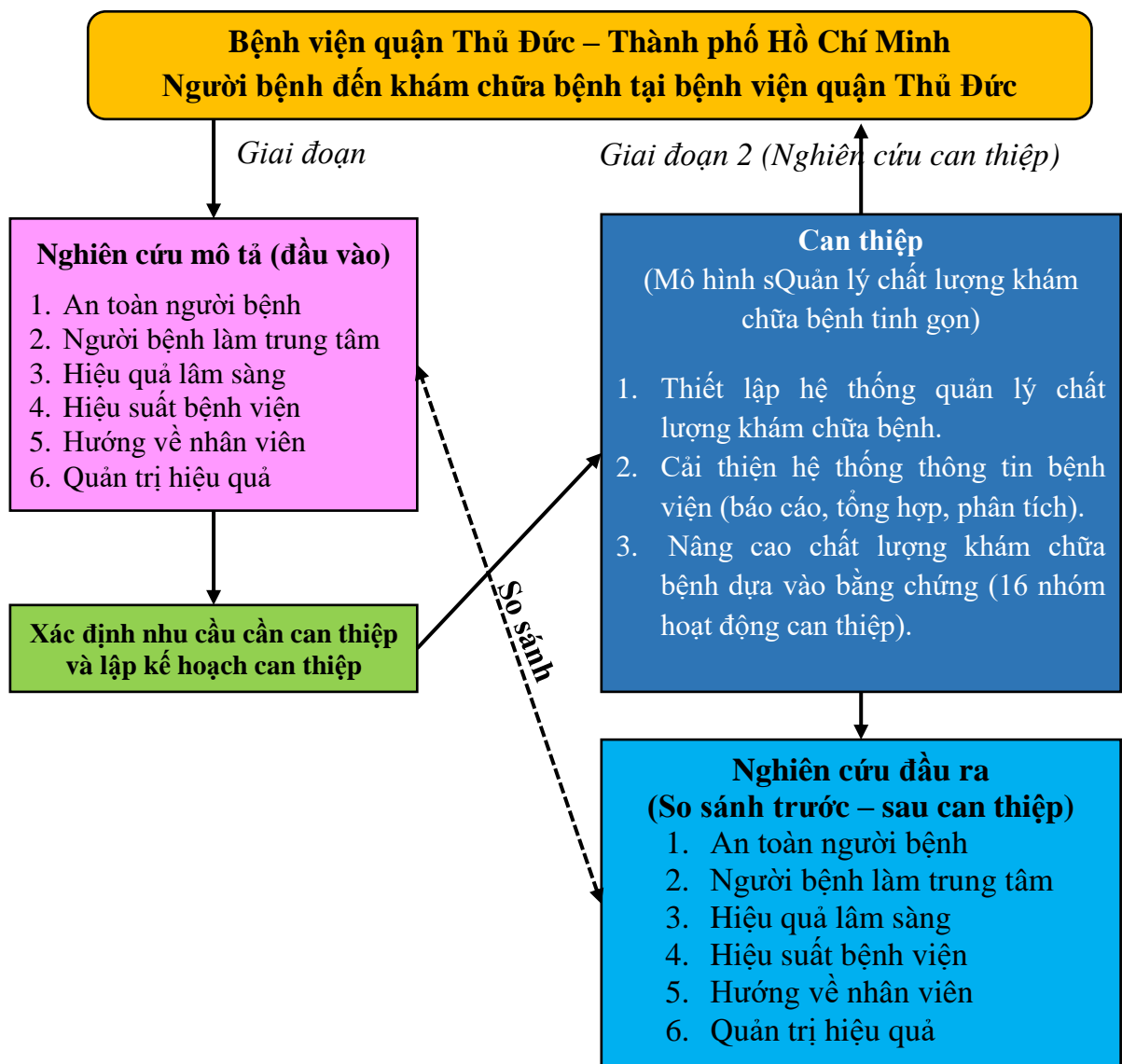
Giai đoạn 2: Thực hiện xây dựng, thử nghiệm mô hình can thiệp và đánh giá sau can thiệp

Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh được xây dựng và thử nghiệm với 3 nhóm giải pháp chính là: (1) thiết lập hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh; (2) cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện (báo cáo, tổng hợp, phân tích); và (3) nâng cao chất lượng khám chữa bệnh dựa vào bằng chứng (16

nhóm hoạt động can thiệp).

Trong đó, **giải pháp 1 và 2** chuẩn bị các điều kiện cần thiết để triển khai 16 hoạt động can thiệp cụ thể ở giải pháp 3. 16 hoạt động can thiệp được chúng tôi xây dựng dựa trên tư duy tinh gọn (Lean Thinking) và nguyên tắc cơ bản của lý thuyết mô hình Lean Manufacturing, và được điều chỉnh cho phù hợp với thực tế của môi trường trong bệnh viện [79].

Đánh giá kết quả mô hình can thiệp bằng so sánh theo trước – sau dựa trên các chỉ số đánh giá được xây dựng từ nghiên cứu đầu vào. Thiết kế nghiên cứu có thể



tóm tắt theo sơ đồ sau:

Sơ đồ 2. 1. Thiết kế nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu

Bệnh viện quận Thủ Đức là bệnh viện tuyến quận/huyện lượt khám chữa bệnh mỗi ngày rất lớn, do đó xác định cỡ mẫu tối thiểu cho chỉ số thời gian chờ đợi của người bệnh và chỉ số hài lòng của người giúp việc khảo sát các chỉ số này mang tính khả thi cao hơn. Trong giai đoạn 2, chỉ số thời gian chờ đợi được chúng tôi trích xuất từ hệ thống theo dõi quá trình khám chữa bệnh, do đó chỉ số này không còn tính cỡ mẫu dựa vào công thức.

Các chỉ số còn lại chúng tôi chọn cỡ mẫu theo các hướng dẫn của Bộ Y tế về giám sát kiểm soát nhiễm khuẩn, mẫu toàn bộ và mẫu theo cơ hội được giám sát. Do đó, cỡ mẫu của các chỉ số này có sự khác nhau giữa các giai đoạn và giữa các chỉ số. Sau đây là cỡ mẫu của các chỉ số theo các giai đoạn nghiên cứu:

Trước can thiệp:

– *Chỉ số thời gian chờ đợi của người bệnh:* Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một giá trị trung bình [82]

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn với xác suất sai lầm loại I là $\alpha=0,05$; s: =83,4 là độ lệch chuẩn thời gian trung bình các giai đoạn quy trình khám chữa bệnh theo kết quả nghiên cứu tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương năm 2012 [16]; d=8,6 phút là độ chính xác tuyệt đối mong muốn.

Dự trù 10% người từ chối tham gia hoặc không tiếp cận được, vậy cỡ mẫu tối thiểu là n=397 người. Thực tế nghiên cứu đã **khảo sát 400 người** về các chỉ số thời gian chờ đợi khám chữa bệnh. Riêng chỉ số thời gian chờ đợi chuyển người bệnh từ khoa cấp cứu lên phòng phẫu thuật, đã khảo sát **tất cả 157 cơ hội quan sát**.

– *Chỉ số hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú:* Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2} \quad (1)$$

n: Cỡ mẫu cần thiết.

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96 với $\alpha=0,05$.

p: Là tỷ lệ hài lòng.

d: Là sai số cho phép.

+ **Chọn người bệnh nội trú:** Trong công thức chọn mẫu (1), chọn $p = 0,915$ tham chiếu theo nghiên cứu của Nguyễn Hiếu Lâm và cộng sự (2011) tại bệnh viện đa khoa Long Mỹ, Hậu Giang [32], chọn sai số cho phép $d=0,03$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 362 người, trên thực tế để đề phòng mất mẫu chúng tôi đã chọn số bệnh nhân điều trị nội trú là **454 người bệnh**.

+ **Chọn người bệnh ngoại trú:** Áp dụng công thức (1), chọn $p=0,9$ (90%) tham chiếu theo nghiên cứu của tác giả Lê Nữ Thanh Uyên (2006) tại bệnh viện Bến Lức [59], với sai số cho phép $d= 0,023$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n=654$ người bệnh, trên thực tế để đề phòng mất mẫu chúng tôi đã chọn số người bệnh ngoại trú đến khám chữa bệnh là **768 người bệnh**.

– *Chỉ số nhiễm khuẩn bệnh viện: 272 hồ sơ bệnh án.*

– *Chỉ số tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh:*

+ Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc: **345 cơ hội** thực hành được quan sát.

+ Kỹ thuật hút đàm nhớt: **140 cơ hội** thực hành được quan sát.

+ Kỹ thuật thay băng, cắt chỉ vết thương: **129 cơ hội** thực hành được quan sát.

+ Kỹ thuật tiêm truyền: **345 cơ hội** thực hành được quan sát.

+ Kỹ thuật truyền máu: **39 cơ hội** thực hành được quan sát.

– *Chỉ số tỷ lệ tử vong sau 24 giờ nhập viện:* Chọn tất cả hồ sơ bệnh án tử vong, chúng tôi chọn được **16 hồ sơ tử vong**.

– *Các chỉ số kết quả khám chữa bệnh:* Bao gồm tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về, bệnh nhân điều trị giảm khối, chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn đoán ra viện, bình quân ngày điều trị; được chúng tôi chọn tất cả hồ sơ bệnh án nội trú có trong năm. Chúng tôi chọn được **27.675 hồ sơ bệnh án nội trú**.

– *Các chỉ số chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp chẩn đoán;*

chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán: Chúng tôi chọn **1.500 chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng** và **2.198 toa thuốc điều trị**.

- *Các chỉ số về tài chính:* Chúng tôi thu thập qua các **báo cáo tài chính** cuối năm được kiểm toán độc lập thực hiện.
- *Chỉ số hài lòng của nhân viên y tế:* Chúng tôi chọn **845 nhân viên y tế**.
- *Chỉ số kỹ năng lập kế hoạch:* Chúng tôi chọn **276 bản kế hoạch**.
- *Chỉ số kỹ năng lãnh đạo:* Chúng tôi chọn **57 trưởng/phó khoa phòng**.

Sau can thiệp:

- *Chỉ số hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú:* Tính theo công thức:

$$n = \frac{\{Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{(1-f) \cdot P_1 \cdot Q_1 + f \cdot P_0 \cdot Q_0} + Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \cdot \sqrt{P \cdot Q}\}^2}{f \cdot (1-f) \cdot (P_1 - P_0)^2}$$

Trong đó:

$\beta = 90\%$ là khả năng nghiên cứu phát hiện được sự khác biệt kết quả trước và sau can thiệp là 90%.

$Z_{1-\beta} = 1,28$ là trị số từ phân phối chuẩn với xác suất sai lầm loại II là $\beta = 0,9$.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn với xác suất sai lầm loại I là $\alpha = 0,05$.

+ Đối tượng là người bệnh nội trú:

P_1 là tỷ lệ người bệnh và thân nhân hài lòng với quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện sau can thiệp ước tính tăng thành 95% hay 0,95. Nên $Q_1 = 5\%$ (hay 0,05).

$P_0 = 82,8\%$ là tỷ lệ hài lòng của người bệnh trước can thiệp; theo kết quả điều tra thăm dò tại bệnh viện quận Thủ Đức, tỷ lệ người bệnh nội trú hài lòng với khám chữa bệnh tại bệnh viện trước can thiệp, là 82,8%. $Q_0 = 1 - 0,828 = 0,172$.

Ước đoán tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú sau can thiệp được tăng 12,2% so với trước khi can thiệp, do đó $P_1 - P_0 = 0,122$.

$f = n_1 / (n_1 + n_2)$, chọn $n_1 = n_2$. Vậy $f = 0,5$.

$P = f \times P_1 + (1-f) \cdot P_0 = 0,5 \times 0,95 + (1 - 0,5) \times 0,828 = 0,889$.

$\Rightarrow Q = 1 - 0,889 = 0,111$.

Vậy số người bệnh nội trú tối thiểu để đánh giá sau can thiệp là **274 người bệnh nội trú**.

+ Đối tượng người bệnh ngoại trú:

P_1 là tỷ lệ người bệnh và thân nhân hài lòng với quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện sau can thiệp ước tính là 80%. Vậy $Q_1 = 20%$ (hay 0,20).

$P_0 = 0,658$ là tỷ lệ người bệnh ngoại trú hài lòng với khám chữa bệnh tại bệnh viện trước can thiệp. Kết quả điều tra thăm dò tại bệnh viện quận Thủ Đức, tỷ lệ hài lòng là 65,8%. Vậy $Q_0 = 1 - 0,658 = 0,342$.

Kết quả mong đợi sự hài lòng của người bệnh ngoại trú sau can thiệp được tăng 14,2% so với trước khi can thiệp, nên $P_1 - P_0 = 0,142$.

$f = n_1 / (n_1 + n_2)$, chọn $n_1 = n_2$. Vậy $f = n_1 / 2n_1 = 0,5$.

$P = f \times P_1 + (1-f) \times P_0 = 0,5 \times 0,8 + (1 - 0,5) \times 0,658 = 0,729$.

$\Rightarrow Q = 1 - 0,729 = 0,271$.

Vậy số người bệnh, thân nhân người bệnh ngoại trú để đánh giá sau can thiệp là **407 người bệnh ngoại trú/thân nhân người bệnh ngoại trú**.

– *Chỉ số nhiễm khuẩn bệnh viện:* Chọn được **438 hồ sơ bệnh án** nội trú.

– *Chỉ số tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh:*

+ Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc: Quan sát **282 cơ hội** thực hành.

+ Kỹ thuật hút đàm nhớt: Quan sát **101 cơ hội** thực hành.

+ Kỹ thuật thay băng, cắt chỉ vết thương: Quan sát **259 cơ hội** thực hành.

+ Kỹ thuật tiêm truyền: Quan sát **412 cơ hội** thực hành.

+ Kỹ thuật truyền máu: Quan sát **52 cơ hội** thực hành.

– *Chỉ số thời gian chờ đợi của người bệnh:*

+ Chờ đợi khám bệnh: **62.277 lượt** khám chữa bệnh.

+ Chờ đợi chụp X quang: **3.115 lượt** khám chữa bệnh.

+ Chờ đợi kết quả xét nghiệm: **19.869 lượt** khám chữa bệnh.

+ Chờ đợi làm siêu âm: **13.832 lượt** khám chữa bệnh.

+ Chờ đợi lãnh thuốc bảo hiểm y tế: **87.766 lượt** khám chữa bệnh.

- + Chờ đợi từ khoa cấp cứu nhập cho đến khi phẫu thuật: 110 lượt bệnh.
- *Chỉ số tỷ lệ tử vong sau 24 giờ nhập viện:* Chọn được **24 hồ sơ tử vong**.
- *Các chỉ số chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp chẩn đoán; chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán:* Chọn được **237.018 chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng** và **14.579 toa thuốc điều trị** để đưa vào nghiên cứu.
- *Chỉ số bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về, bệnh nhân điều trị giảm khối, chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn đoán ra viện, bình quân ngày điều trị:* Chọn được **49.479 hồ sơ bệnh án nội trú**.
- *Các chỉ số về tài chính:* Chúng tôi thu thập qua các **báo cáo tài chính** cuối năm được kiểm toán độc lập thực hiện.
- *Chỉ số Hải lòng của nhân viên y tế:* Chọn được **1.051 nhân viên y tế** đưa vào mẫu nghiên cứu.
- *Chỉ số kỹ năng lập kế hoạch:* Chọn được **403 bản kế hoạch** trong các khoa/phòng.
- *Chỉ số kỹ năng lãnh đạo:* Chọn được **74 người** trưởng/phó khoa/phòng.

2.2.2.2. Kỹ thuật chọn mẫu

- *Chỉ số nhiễm khuẩn bệnh viện:* Chọn tất cả hồ sơ bệnh án người bệnh điều trị nội trú từ 48 giờ trở lên tại các khoa lâm sàng có giường bệnh trong ngày, theo hướng dẫn của Bộ Y tế về khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện [8].

Người thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu được đã tập huấn.

- *Chỉ số tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh:* Chỉ số này được chúng tôi thu thập bằng phương pháp quan sát cơ hội thực hành của nhân viên y tế, được thực hiện bởi các nghiên cứu viên là điều dưỡng trưởng khoa đã được tập huấn về kỹ năng quan sát. Quan sát thực hành không tham gia các kỹ thuật chăm sóc cơ bản, do đối tượng nghiên cứu thực hiện cho người bệnh tại buồng bệnh các khoa lâm sàng, đối tượng nghiên cứu không biết được mục đích quan sát viên, quan sát viên xác định kỹ thuật chăm sóc ngẫu nhiên và điền phiếu ngay sau khi rời buồng bệnh và quan sát được 1 đối tượng nghiên cứu.

Người thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu là điều dưỡng trưởng khoa đã

được tập huấn về kỹ năng quan sát.

– *Chỉ số thời gian chờ đợi của người bệnh:* Trong giai đoạn 1, chúng tôi thu thập số liệu bằng phương pháp quan sát mẫu thuận tiện, người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2012. Số liệu được thu thập vào các ngày làm việc trong tuần từ thứ 2 đến thứ 6, bằng phiếu thông tin và đồng hồ tính giờ. Trong giai đoạn 2, chúng tôi xuất ngẫu nhiên số liệu thời gian ghi nhận trong hệ thống theo các giai đoạn khám chữa bệnh.

Người thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu đã được tập huấn.

– *Chỉ số hài lòng của người bệnh nội trú và ngoại trú:*

+ **Chọn người bệnh nội trú:** Chọn ngẫu nhiên người bệnh điều trị nội trú đã hoàn tất thủ tục xuất viện tại 6 khối điều trị trong bệnh viện, trong đó khoa Nội tổng quát đại diện cho khối nội, khoa Ngoại tổng quát ung bướu đại diện cho khối ngoại, khoa Sản đại diện cho khối Sản phụ khoa, khoa Nhi, khoa Tai mũi họng và khoa Y học cổ truyền. Tại mỗi khoa được chọn, chúng tôi trích xuất danh sách bệnh nhân đang được điều trị, sau đó sắp xếp và mã hóa thứ tự theo tên của người bệnh, rút trích ngẫu nhiên bằng phần mềm Excel đủ số lượng người theo danh sách bệnh nhân đã được mã hóa theo số thứ tự.

+ **Chọn người bệnh ngoại trú:** Chọn thuận tiện cho người bệnh tại nhà thuốc bệnh viện. Tiến hành phỏng vấn trực tiếp người bệnh, thực hiện sau khi người bệnh nhận thuốc tại nhà thuốc, hoặc nếu không mua thuốc thì sau khi thực hiện xong toàn bộ quy trình khám trước khi ra viện cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Người thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu đã được tập huấn về khảo sát sự hài lòng của người bệnh.

– *Chỉ số tỷ lệ tử vong sau 24 giờ nhập viện:* Chọn tất cả hồ sơ bệnh án tử vong có thời gian điều trị trên 24 giờ được điều trị tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

– *Các chỉ số kết quả khám chữa bệnh:* Bao gồm tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về, bệnh nhân điều trị giảm khối, chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn đoán ra viện, bình quân ngày điều trị; được chúng tôi chọn tất cả hồ sơ bệnh án nội trú có trong thời gian nghiên cứu.

– *Các chỉ số chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp chẩn đoán; chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán:* Khảo sát số liệu trên hồ sơ bệnh án thông qua hệ thống quản lý khám chữa bệnh tại bệnh viện.

– *Các chỉ số về tài chính:* Bao gồm các chỉ số tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm/tổng lượt bệnh nhân; tiền hao phí được sử dụng trong bệnh viện/tổng lượt bệnh nhân; tổng số tiền tồn kho của thuốc điều trị/tổng lượt bệnh nhân; tổng số tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao/tổng lượt bệnh nhân; tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý. Thu thập qua các **báo cáo tài chính** cuối năm được kiểm toán độc lập thực hiện.

– *Chỉ số hài lòng của nhân viên y tế:* Chọn toàn bộ nhân viên y tế đang công tác tại bệnh viện quận Thủ Đức có thâm niên làm việc tại bệnh viện từ 1 năm trở lên trong thời gian nghiên cứu.

– *Chỉ số kỹ năng lập kế hoạch:* Chọn toàn bộ bản kế hoạch trong năm do các khoa/phòng thuộc bệnh viện xây dựng. Các bản kế hoạch được đánh giá bằng bộ công cụ được xây dựng bởi nhóm nghiên cứu dựa trên các nội dung cần có của một bản kế hoạch theo sách tổ chức, quản lý và chính sách y tế của Bộ Y tế năm 2006.

Người thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu được đã tập huấn.

– *Chỉ số kỹ năng lãnh đạo:* Chúng tôi tiến hành khảo sát kỹ năng lãnh đạo của tất cả trưởng/phó khoa, phòng trong bệnh viện. Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ công cụ đánh giá kỹ năng lãnh đạo của tác giả Peter G. Northouse xây dựng và xuất bản trong cuốn sách “Introduction to Leadership: Concepts and Practice” vào năm 2011 [85].

Người thu thập thông tin: Ban Giám đốc thực hiện.

2.3. NỘI DUNG VÀ BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Quản lý chất lượng khám chữa bệnh được đo lường và so sánh trước – sau can thiệp qua các chỉ số/biến số nghiên cứu theo 6 nhóm chỉ số sau:

2.3.1. An toàn người bệnh

Nhiễm khuẩn bệnh viện: Là biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có nhiễm khuẩn bệnh viện và Không nhiễm khuẩn bệnh viện. Được xác định theo tiêu chuẩn chẩn

đoán và nguyên tắc xác định ca bệnh nhiễm khuẩn bệnh viện của Bộ Y tế ban hành theo quyết định số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ y tế về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [11]. Định nghĩa biến số chi tiết tại mục 1 phụ lục 24.

Tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc vết thương

Là biến số nhị giá gồm 2 giá trị: Đạt và Không đạt. Các biến số được đánh giá thông qua điểm số các tiêu mục được xây dựng theo hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của Bộ Y tế [62]. Các tiêu mục được trình bày chi tiết tại mục 2 phụ lục 24.

Điểm đánh giá tuân thủ mỗi tiêu mục được quy đổi về thang điểm 10 theo công thức sau:

$$\text{Điểm đạt (theo thang 10 điểm)} = \frac{\text{Điểm đạt thực tế} \times 10}{\text{Điểm cao nhất tiêu mục}}$$

+ Tiêu chuẩn đánh giá:

Đạt: Tổng điểm đạt $\geq 8/10$ và tất cả nội dung in đậm đạt điểm 10.

Không đạt: Một trong các nội dung in đậm không đạt điểm 10 và/hoặc tổng điểm $< 8/10$ điểm.

Tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền

Là biến số nhị giá gồm 2 giá trị: Đạt và Không đạt. Các biến số được đánh giá thông qua điểm số các tiêu mục được xây dựng theo hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của Bộ Y tế [62]. Các tiêu mục được trình bày chi tiết tại mục 3 phụ lục 24.

Điểm đánh giá tuân thủ mỗi tiêu mục được quy đổi về thang điểm 10 theo công thức sau:

$$\text{Điểm đạt (theo thang 10 điểm)} = \frac{\text{Điểm đạt thực tế} \times 10}{\text{Điểm cao nhất tiêu mục}}$$

+ Tiêu chuẩn đánh giá:

Đạt: Tổng điểm đạt $\geq 8/10$ và tất cả nội dung in đậm đạt điểm 10.

Không đạt: Một trong các nội dung in đậm không đạt điểm 10 và/hoặc tổng điểm $< 8/10$ điểm.

Tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc

Là biến số nhị giá gồm 2 giá trị: Đạt và Không đạt. Các biến số được đánh giá thông qua điểm số các tiêu mục được xây dựng theo hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của Bộ Y tế [62]. Các tiêu mục được trình bày chi tiết tại mục 4 phụ lục 24.

Điểm đánh giá tuân thủ mỗi tiêu mục được quy đổi về thang điểm 10 theo công thức sau:

$$\text{Điểm đạt (theo thang 10 điểm)} = \frac{\text{Điểm đạt thực tế} \times 10}{\text{Điểm cao nhất tiêu mục}}$$

+ Tiêu chuẩn đánh giá:

Đạt: Tổng điểm đạt $\geq 8/10$ và tất cả nội dung in đậm đạt điểm 10.

Không đạt: Một trong các nội dung in đậm không đạt điểm 10 và/hoặc tổng điểm $< 8/10$ điểm.

Tuân thủ quy trình kỹ thuật truyền máu

Là biến số nhị giá gồm 2 giá trị: Đạt và Không đạt. Các biến số được đánh giá thông qua điểm số các tiêu mục được xây dựng theo hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản của Bộ Y tế [62]. Các tiêu mục được trình bày chi tiết tại mục 5 phụ lục 24

Điểm đánh giá tuân thủ mỗi tiêu mục được quy đổi về thang điểm 10 theo công thức sau:

$$\text{Điểm đạt (theo thang 10 điểm)} = \frac{\text{Điểm đạt thực tế} \times 10}{\text{Điểm cao nhất tiêu mục}}$$

+ Tiêu chí đánh giá:

Đạt: Tổng điểm đạt $\geq 8/10$ và tất cả nội dung in đậm đạt điểm 10.

Không đạt: Một trong các nội dung in đậm không đạt điểm 10 và/hoặc tổng điểm $< 8/10$ điểm.

2.3.2. Người bệnh làm trung tâm

Người bệnh làm trung tâm gồm các nhóm biến số:

– Thời gian chờ đợi của người bệnh: Là biến số định lượng được thu thập bằng việc quan sát và tính thời gian, là số phút người bệnh chờ hoàn thành một giai

đoạn khám chữa bệnh, được tính từ lúc nhân viên y tế cho chỉ định đến khi chỉ định được thực hiện xong. Gồm 9 biến số chính: Thời gian chờ đăng ký khám; Thời gian chờ khám bệnh; Thời gian chờ chụp X-quang; Thời gian chờ siêu âm; Thời gian chờ kết quả xét nghiệm; Thời gian chờ lãnh thuốc; Thời gian chờ đóng viện phí ra viện; Thời gian từ lúc vào cấp cứu đến khi phẫu thuật.

– **Hài lòng của người bệnh gồm biến số về hài lòng của người bệnh ngoại trú và hài lòng của người bệnh nội trú là biến số nhị giá, gồm 2 giá trị hài lòng và không hài lòng, các biến số được mô tả chi tiết tại mục 7 và mục 8 phụ lục 24.**

Đo lường mức độ hài lòng của người bệnh dựa trên thang đo Likert [123], với 05 mức độ lựa chọn tương ứng với mức điểm số:

Mức I : Rất không hài lòng, rất không đồng ý (tương đương 1 điểm).

Mức II : Không hài lòng, không đồng ý (tương đương 2 điểm).

Mức III : Chấp nhận được, không có ý kiến (tương đương 3 điểm).

Mức IV : Hài lòng, đồng ý (tương đương 4 điểm).

Mức V : Rất hài lòng, rất đồng ý (tương đương 5 điểm).

+ Kết quả đánh giá hài lòng được phân làm 2 mức độ:

Hài lòng: Điểm trung bình các nội dung ≥ 3 điểm (từ mức III trở lên).

Không hài lòng: Điểm trung bình các nội dung < 3 điểm (dưới mức III).

2.3.3. Hiệu quả lâm sàng

Hiệu quả lâm sàng được chúng tôi đánh giá so sánh trước khi can thiệp và sau khi can thiệp, gồm các biến số sau:

– Tỷ lệ tử vong bệnh viện sau 24 giờ nhập viện: Là biến số định lượng được thu thập từ hồ sơ bệnh án, có tử số là tổng số trường hợp tử vong sau 24 giờ nhập viện trong năm và mẫu số là tổng số lượt điều trị nội trú trong năm tương ứng.

– Tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về: Là biến số định lượng được thu thập từ hồ sơ bệnh án, có tử số là tổng số trường hợp bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về trong năm và mẫu số là tổng số lượt điều trị nội trú trong năm tương ứng

– Tỷ lệ điều trị giảm, khỏi bệnh: Là biến số định lượng được thu thập từ hồ sơ bệnh án, có tử số là tổng số trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú giảm, khỏi

trong năm và mẫu số là tổng số lượt điều trị nội trú trong năm tương ứng.

- Chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn đoán ra viện: Là biến số định lượng được thu thập từ hồ sơ bệnh án, có tử số là tổng số trường hợp điều trị nội trú có chẩn đoán vào viện không phù hợp chẩn đoán ra viện theo mã ICD 10 trong năm và mẫu số là tổng số lượt điều trị nội trú trong năm tương ứng.

- Chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán: Là biến số định lượng được trích xuất từ hệ thống quản lý khám chữa bệnh, có tử số là tổng số chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng không phù hợp phác đồ điều trị trong năm và mẫu số là tổng số chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng trong năm tương ứng

- Chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán: Là biến số định lượng được trích xuất từ hệ thống quản lý khám chữa bệnh, có tử số là tổng số chỉ định thuốc không phù hợp phác đồ điều trị trong năm và mẫu số là tổng số chỉ định thuốc trong năm tương ứng

2.3.4. Hiệu suất bệnh viện

Hiệu suất bệnh viện được chúng tôi so sánh đánh giá kết quả trước can thiệp và sau can thiệp, gồm các biến số sau:

- Bình quân ngày điều trị: Là biến số định lượng, được thu thập từ hồ sơ bệnh án nội trú trong năm, có tử số là tổng số ngày điều trị nội trú của người bệnh nội trú trong năm và mẫu số là tổng số người bệnh điều trị nội trú trong năm tương ứng.

- Công suất sử dụng giường bệnh: Là biến số định lượng, là tỷ lệ phần trăm sử dụng giường bệnh so với kế hoạch được giao của một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở một tuyến trong một năm xác định, làm cơ sở cho phân tích và đánh giá tình hình hoạt động công tác khám chữa bệnh của cơ sở khám chữa bệnh, có tử số là tổng số ngày điều trị nội trú của người bệnh nội trú và tổng giường kế hoạch x 365 ngày.

- Tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm/tổng lượt khám chữa bệnh: Là biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện (phụ lục 26).

- Tiền hao phí được sử dụng trong bệnh viện/tổng lượt khám chữa bệnh: Là

biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện (phụ lục 26).

– Tổng số tiền tồn kho của thuốc/tổng lượt khám chữa bệnh: Là biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện (phụ lục 26).

– Tổng tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao/tổng lượt khám chữa bệnh: Là biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện.

– Tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải hủy/tổng lượt khám chữa bệnh: Là biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện.

– Tổng số tiền vật tư tiêu hao hết hạn sử dụng phải hủy/tổng lượt khám chữa bệnh: Là biến số định lượng, được thu thập từ báo cáo tài chính do cơ quan kiểm toán độc lập thực hiện.

2.3.5. Hướng về nhân viên

Hướng về nhân viên gồm các biến số về hài lòng của nhân viên.

Đo lường mức độ hài lòng của nhân viên dựa trên thang đo Likert [123].

Sự phân chia Likert gồm một câu hỏi đóng với 05 mức độ lựa chọn:

Mức I : Rất không hài lòng, rất không đồng ý (tương đương 1 điểm).

Mức II : Không hài lòng, không đồng ý (tương đương 2 điểm)

Mức III : Chấp nhận được, không có ý kiến (tương đương 3 điểm)

Mức IV : Hài lòng, đồng ý (tương đương 4 điểm)

Mức V : Rất hài lòng, rất đồng ý (tương đương 5 điểm)

Đây là một thang đo xếp hạng được xây dựng dựa trên cách xác định và lựa chọn vấn đề quan tâm ưu tiên bằng cách cho điểm vấn đề. Dựa vào đó, mức độ hài lòng càng cao thì được điểm càng cao.

Sự hài lòng của nhân viên được đánh giá dựa trên 7 thành tố bao gồm:

– Hài lòng về công việc: Gồm 4 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng.

Công việc cho phép sử dụng tốt các năng lực cá nhân:	1 – 5 điểm.
Công việc rất thú vị:	1 – 5 điểm.
Công việc có nhiều thách thức:	1 – 5 điểm.
Có thể thấy rõ kết quả hoàn thành công việc:	1 – 5 điểm.
Tổng điểm trung bình:	Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về công việc được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

– Hài lòng về chế độ lương, phụ cấp: Gồm 5 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng:

Được trả lương cao:	1 – 5 điểm.
Có thể sống hoàn toàn dựa vào thu nhập từ bệnh viện:	1 – 5 điểm.
Tiền lương tương xứng với kết quả làm việc:	1 – 5 điểm.
Tiền lương, phụ cấp được trả công bằng:	1 – 5 điểm.
Việc trả lương và phụ cấp được công khai rõ ràng:	1 – 5 điểm.
Tổng điểm trung bình:	Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về chế độ lương, phụ cấp được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

– Hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp: Gồm 4 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng:

Đồng nghiệp thoải mái và dễ chịu:	1 – 5 điểm.
Phối hợp làm việc tốt:	1 – 5 điểm.
Những người cùng làm việc rất thân thiện:	1 – 5 điểm.
Giúp đỡ lẫn nhau trong công việc:	1 – 5 điểm.
Tổng điểm trung bình:	Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

– **Hài lòng về lãnh đạo, cấp trên:** Gồm 4 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng:

Cấp trên hỏi ý kiến khi có vấn đề liên quan đến công việc của anh/chị: 1 – 5 điểm.

Nhận được sự hỗ trợ của cấp trên: 1 – 5 điểm.

Lãnh đạo có tác phong lịch sự, hòa nhã: 1 – 5 điểm.

Nhân viên được đối xử công bằng, không phân biệt: 1 – 5 điểm.

Tổng điểm trung bình: Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về lương và các chế độ, chính sách được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

– **Hài lòng về cơ hội được đào tạo – thăng tiến:** Gồm 3 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng:

Có nhiều cơ hội thăng tiến: 1 – 5 điểm.

Chính sách thăng tiến của bệnh viện công bằng: 1 – 5 điểm.

Bệnh viện tạo nhiều cơ hội cho nâng cao kiến thức và tay nghề: 1 – 5 điểm.

Tổng điểm trung bình: Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về cơ hội được đào tạo – thăng tiến được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

– **Hài lòng về môi trường làm việc:** Gồm 4 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với Rất không hài lòng đến Rất hài lòng:

Áp lực trong công việc không quá cao: 1 – 5 điểm.

Nơi làm việc rất vệ sinh, sạch sẽ: 1 – 5 điểm.

Không phải lo lắng mất việc làm: 1 – 5 điểm.

Bệnh viện bảo đảm tốt các điều kiện an toàn và bảo hộ nghề nghiệp: 1 – 5 điểm.

Tổng điểm trung bình: Min: 1; Max: 5.

Hài lòng về công việc của bản thân được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm

– Hài lòng/thỏa mãn chung: gồm 4 tiêu mục để đánh giá, mỗi tiêu mục được đánh giá từ 1 đến 5 tương ứng với mức độ gồm rất không hài lòng, hài lòng, không ý kiến, không hài lòng và rất hài lòng:

Nhìn chung rất hài lòng khi làm việc ở đây: 1 – 5 điểm.

Rất vui khi ở lại lâu dài cùng bệnh viện: 1 – 5 điểm.

Xem bệnh viện là mái nhà thứ hai của mình: 1 – 5 điểm.

Vui mừng khi chọn bệnh viện này là nơi làm việc: 1 – 5 điểm.

Tổng điểm trung bình: Min: 1; Max: 5

Hài lòng/thỏa mãn chung được đánh giá bằng tổng điểm trung bình cộng của các tiêu mục, **hài lòng** khi $\geq 3,0$ điểm; **không hài lòng** khi $< 3,0$ điểm.

❖ **Kết quả đánh giá hài lòng chung được phân làm 2 mức độ (hài lòng và không hài lòng) theo nội dung như sau:**

Hài lòng: Điểm trung bình các nội dung ≥ 3 điểm (từ mức III trở lên).

Không hài lòng: Điểm trung bình các nội dung < 3 điểm (dưới mức III).

2.3.6. Quản trị hiệu quả

Quản trị hiệu quả gồm 2 nhóm biến số:

– Kỹ năng lập kế hoạch

Bộ công cụ đánh giá kỹ năng lập kế hoạch được thiết kế để đánh giá các bản kế hoạch xây dựng bởi các khoa/phòng trong bệnh viện, gồm các nội dung: Phân tích tình hình; phân tích các nguồn lực; chỉ số hoạt động; phân công nhiệm vụ; kế hoạch giám sát đánh giá.

Đo lường kỹ năng lập kế hoạch dựa trên bản kiểm kế hoạch, bản kế hoạch được đánh giá theo tỷ lệ số nội dung được đánh giá “Đạt”.

Đạt: Khi bản kế hoạch được $\geq 75\%$ số nội dung đánh giá “Đạt”.

Không đạt: Khi bản kế hoạch được $< 75\%$ số nội dung đánh giá “Đạt” của bản kế hoạch.

Chúng tôi so sánh kết quả trước can thiệp và sau can thiệp bằng trung bình số nội dung của bản kế hoạch được đánh giá “Đạt” trước và sau can thiệp.

– Kỹ năng lãnh đạo:

Bộ câu hỏi kỹ năng lãnh đạo được thiết kế để đo lường ba loại kỹ năng lãnh đạo chủ yếu: Quản trị; giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ; và tư duy. Bằng cách so sánh điểm số trong bảng câu hỏi đo lường mức độ lãnh đạo và chỉ ra điểm yếu về lãnh đạo. Bộ công cụ gồm 3 phần như sau:

Kỹ năng quản trị: Các câu 1, 4, 7, 10, 13 và 16.

Kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ: 2, 5, 8, 11, 14, và 17.

Kỹ năng tư duy: 3, 6, 9, 12, 15, và 18.

Đo lường kỹ năng lãnh đạo dựa trên thang đo Likert [123].

Sự phân chia Likert gồm một câu hỏi đóng với 05 mức độ lựa chọn:

Mức I : Không đúng (tương đương 1 điểm).

Mức II : Hiếm khi đúng (tương đương 2 điểm).

Mức III : Thỉnh thoảng đúng (tương đương 3 điểm).

Mức IV : Có thể đúng (tương đương 4 điểm).

Mức V : Rất đúng (tương đương 5 điểm).

Kết quả đo lường kỹ năng lãnh đạo được đánh giá theo trung bình điểm 3 kỹ năng lãnh đạo của đối tượng và được sử dụng để so sánh trước và sau can thiệp.

2.4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU

2.4.1. Mô tả thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2011

Bước 1: Thành lập ban chỉ đạo và đội ngũ đánh giá, phỏng vấn viên.

1- Thành lập ban chỉ đạo: Gồm 45 người. Trong đó, Giám đốc bệnh viện làm trưởng ban, Trưởng các Khoa, Phòng, nhân viên phòng kế hoạch tổng hợp, nhân viên phòng điều dưỡng, nhân viên phòng tổ chức cán bộ. Bộ phận thường trực có 6 người.

2- Thành lập đội ngũ đánh giá, phỏng vấn viên: Gồm có 118 người thành phần là ban giám đốc, lãnh đạo các phòng ban, lãnh đạo các khoa, tổ trưởng các tổ công đoàn, điều dưỡng trưởng, bí thư, phó bí thư các chi đoàn.

Bước 2: Khảo sát và đánh giá thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh theo các chỉ số như sau:

Chúng tôi chọn mô hình PATH của Tổ chức Y tế Thế giới (mục 1.5 chương 1) làm mô hình tham khảo để xây dựng “Mô hình đo lường chất lượng khám chữa bệnh” tại bệnh viện quận Thủ Đức. Mô hình gồm 6 nhóm chỉ số: An toàn người bệnh, người bệnh làm trung tâm, hiệu quả lâm sàng, hiệu suất, hướng về nhân viên và quản trị hiệu quả. Từ 6 nhóm chỉ số này, chúng tôi xây dựng các chỉ số của từng nhóm. Việc xây dựng các chỉ số cụ thể của từng nhóm chỉ số, dựa vào: Các khái niệm trong mô hình PATH; thực trạng cần thiết của bệnh viện và tham khảo đánh giá dựa trên thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh trên Thế giới và Việt Nam (mục 1.4 chương 1), theo 6 nhóm chỉ số cơ bản sau:

- An toàn: (1) tỉ lệ nhiễm trùng bệnh viện; (2) sự tuân thủ về chăm sóc người bệnh.

- Người bệnh làm trung tâm: (1) thời gian người bệnh chờ đợi đăng ký khám bệnh; (2) thời gian bệnh nhân chờ khám bệnh; (3) thời gian bệnh nhân chờ đợi chụp X-quang; (4) thời gian người bệnh chờ đợi siêu âm; (5) thời gian người bệnh chờ đợi xét nghiệm; (6) thời gian bệnh nhân chờ đợi lãnh thuốc bảo hiểm y tế; (7) thời gian chờ đợi bệnh nhân đóng viện phí ra viện; (8) thời gian từ lúc bệnh nhân vào cấp cứu cho đến khi được phẫu thuật; (9) thời gian từ lúc bệnh nhân vào cấp cứu cho đến khi nhập khoa điều trị; (10) đánh giá sự hài lòng của người bệnh.

- Hiệu quả lâm sàng: (1) tỷ lệ tử vong bệnh viện trong 24 giờ sau khi nhập viện; (2) số bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về; (3) tỷ lệ điều trị giảm khối bệnh; (4) chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn đoán ra viện; (5) chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán; (6) chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán.

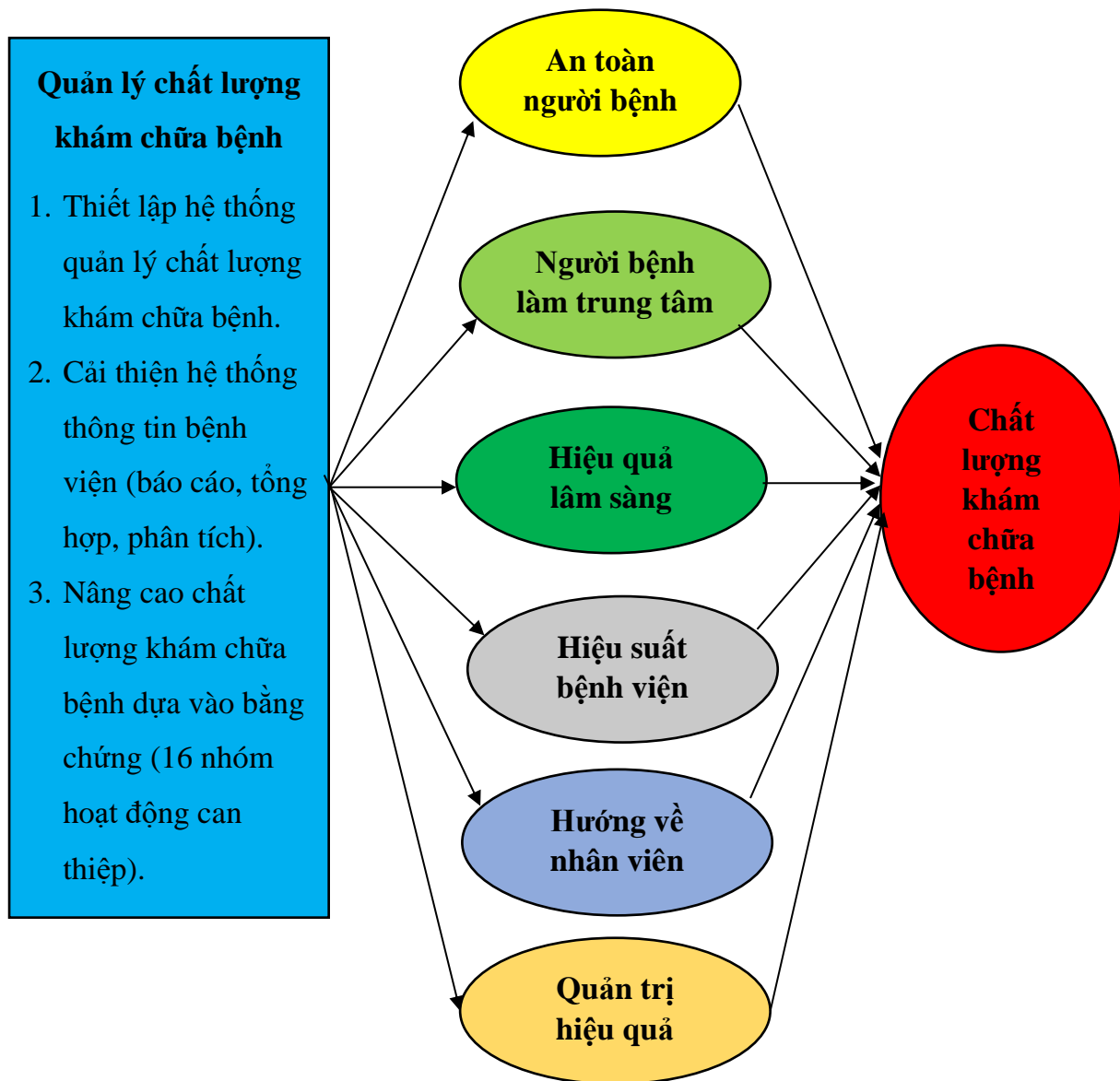
- Hiệu suất: (1) bình quân ngày điều trị nội trú; (2) công suất sử dụng giường bệnh; (3) tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm/tổng lượt khám chữa bệnh; (4) tiền hao phí được sử dụng trong bệnh viện/tổng lượt khám chữa bệnh; (5) tổng số tiền tồn kho của thuốc điều trị/tổng lượt khám chữa bệnh; (6) tổng số tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao/tổng lượt khám chữa bệnh; (7) tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải

hủy/tổng lượt khám chữa bệnh; (8) tổng số tiền vật tư tiêu hao hết hạn sử dụng phải hủy/tổng lượt khám chữa bệnh.

- Hướng về nhân viên: Sự hài lòng của nhân viên.
- Quản trị hiệu quả: Kỹ năng lập kế hoạch và kỹ năng lãnh đạo của từng khoa/phòng trong bệnh viện.

Các chỉ số đo lường được chúng tôi xây dựng với các hình thức: Xem hồ sơ bệnh án, các báo cáo, điều tra và xuất dữ liệu từ phần mềm.

Quá trình khảo sát và đánh giá thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh được chúng tôi thực hiện theo khung lý thuyết sau:



Sơ đồ 2. 2. Khung lý thuyết nghiên cứu

2.4.2. Xây dựng và thử nghiệm can thiệp mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh

Chúng tôi xây dựng và thử nghiệm “Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh” với 3 nhóm giải pháp can thiệp chính là:

- Giải pháp 1: Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh.
- Giải pháp 2: Cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện.
- Giải pháp 3: Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh dựa vào bằng chứng.

Giải pháp 1: Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh

Hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh trong bệnh viện được thiết lập gồm 3 tổ chức: Hội đồng QLCL khám chữa bệnh, phòng QLCL và mạng lưới QLCL.

Hội đồng Quản lý chất lượng khám chữa bệnh với Chủ tịch hội đồng là Giám đốc bệnh viện và thành viên là các Trưởng Khoa/Phòng trong bệnh viện. Giúp việc cho Hội đồng QLCL khám chữa bệnh là 8 ban chuyên trách, gồm: Ban an toàn người bệnh, Ban phác đồ điều trị, Ban tài chính, Ban cải cách thủ tục hành chính, Ban an toàn môi trường, Ban công nghệ thông tin, Ban quản lý chất lượng xét nghiệm và Ban Khảo sát và phân tích thông tin.

Phòng Quản lý chất lượng: Là đơn vị phân tích, đánh giá thông tin chất lượng khám chữa bệnh, làm đầu mối triển khai, tham mưu cho Giám đốc, Hội đồng quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Phòng gồm 4 tổ chính: Tổ xây dựng quy trình, kế hoạch; Tổ kiểm tra, giám sát, Tổ phân tích thông tin và Tổ quản lý sự cố.

Mạng lưới Quản lý chất lượng: Là nhân viên trong mỗi Khoa/Phòng, giúp lãnh đạo Khoa/Phòng triển khai, thực hiện, theo dõi, kiểm tra đánh giá các hoạt động quản lý chất lượng khám chữa bệnh theo phân công của Hội đồng QLCL khám chữa bệnh.

Hội đồng QLCL khám chữa bệnh phối hợp chặt chẽ với các Hội đồng của bệnh viện được thành lập theo qui định của Bộ y tế.

Giải pháp 2: Cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện

Trong nhóm giải pháp này chúng tôi xây dựng 2 hoạt động:

- Hoạt động xây dựng hệ thống công nghệ thông tin
 - + Xây dựng hệ thống hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin (phần cứng).
 - + Xây dựng bệnh viện không giấy (paperless): Phần mềm quản lý tổng thể bệnh viện, phần mềm công nghệ thông tin điều hành bệnh viện, tích hợp phần mềm chữ ký điện tử và chữ ký số.
 - + Xây dựng phần mềm hội chẩn từ xa (telemedicine).
 - + Xây dựng hệ thống nhắn tin tự động cho người bệnh, nhắn tin cho nhân viên y tế.
- Hoạt động xây dựng hệ thống báo cáo thông tin và báo cáo lỗi
 - + Xây dựng và triển khai hệ thống báo cáo thông tin từ mạng lưới quản lý chất lượng đến hội đồng quản lý chất lượng.
 - + Xây dựng và triển khai hệ thống báo cáo sự cố, báo cáo lỗi từ mạng lưới quản lý chất lượng đến hội đồng quản lý chất lượng.
 - + Xây dựng đội ngũ chăm sóc khách hàng để trao đổi thông tin với người bệnh với hình thức: Trực tiếp, đường dây điện thoại, facebook, website.

Giải pháp 3: Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh dựa vào bằng chứng

Giải pháp 1 và 2 chuẩn bị các điều kiện cần thiết để triển khai 16 hoạt động can thiệp cụ thể ở giải pháp 3.

Trong nhóm giải pháp này, chúng tôi xây dựng và triển khai 2 hoạt động, gồm:

- Xây dựng và triển khai các hoạt động của mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh;
- Đánh giá các chỉ số trong mô hình đo lường chất lượng khám chữa bệnh.

2.4.2.1. Xây dựng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh và xây dựng, triển khai các hoạt động của mô hình

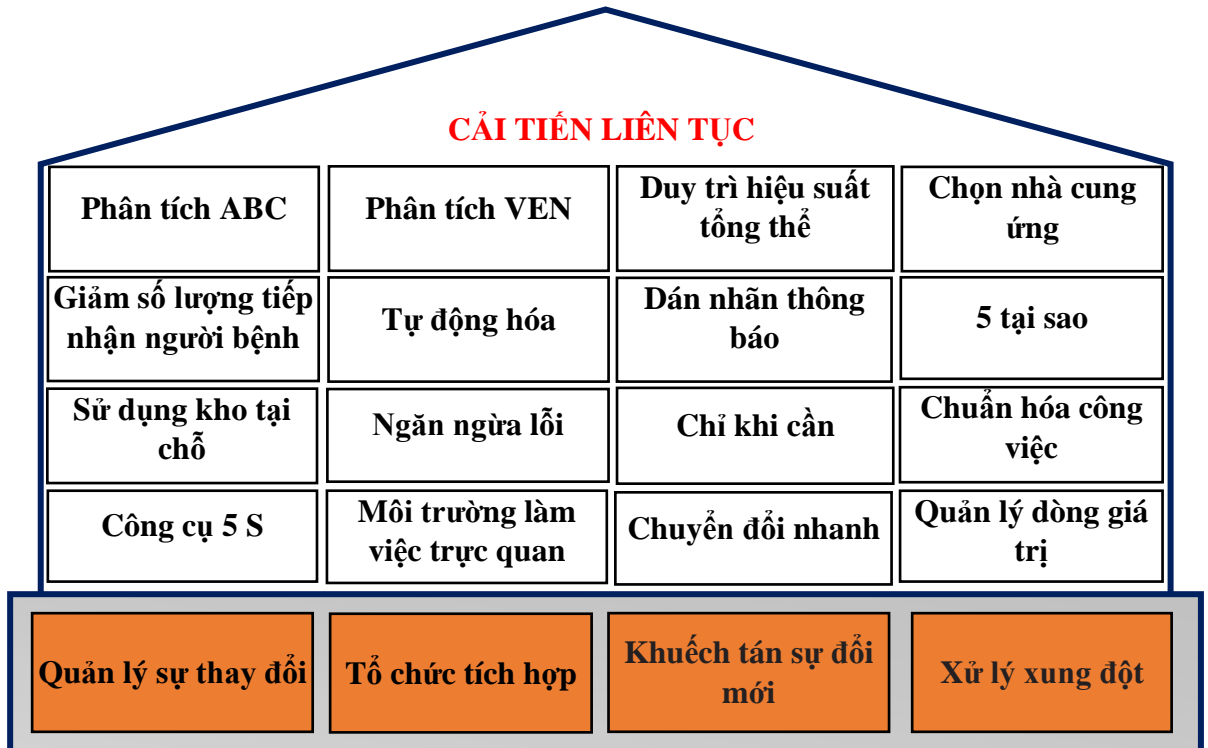
- **Xây dựng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh:**

Bệnh viện chọn mô hình Lean Manufacturing để nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Tuy nhiên, mô hình Lean Manufacturing chỉ đưa ra những lý thuyết chung, sự tư duy tinh gọn và những hành động chung để thực hiện. Mô hình không cụ thể hóa ở lĩnh vực nào sẽ thực hiện ra sao và chọn những hành động nào để thực hiện. Tùy vào từng lĩnh vực, từng ngành nghề, tùy mục đích, tùy vào đặc điểm của các bệnh viện mà chọn lựa các cách hoạt động cho phù hợp với thực tế.

Chúng tôi xây dựng mô hình can thiệp được gọi là mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Mô hình này được xây dựng dựa trên tư duy tinh gọn (Lean Thinking) và nguyên tắc cơ bản của lý thuyết mô hình Lean Manufacturing. Mô hình này sử dụng các công cụ quản lý chất lượng cho phù hợp với thực tế của môi trường bệnh viện tại quận Thủ Đức.

Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh, có hình là một ngôi nhà được xây dựng với các công cụ quản lý chất lượng và các nguyên tắc lãnh đạo và quản lý phối hợp với nhau. Tùy chức năng nhiệm vụ của từng bộ phận sẽ sử dụng các công cụ cho phù hợp nhưng bao phủ hết tất cả hoạt động của bệnh viện.

Chúng tôi, xây dựng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh gồm: 16 công cụ và lồng ghép 4 nguyên tắc lãnh đạo và quản lý trong quá trình can thiệp.



Sơ đồ 2. 3. Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh

- Xây dựng và triển khai các hoạt động:**

Từ mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh chúng tôi triển khai các hoạt động từ các công cụ của mô hình. Chúng tôi thường xuyên đánh giá các chỉ số xem các hoạt động triển khai có thực sự hiệu quả chưa. Nếu chưa hiệu quả chúng tôi điều chỉnh lại các hoạt động hoặc triển khai các hoạt động khác để các chỉ số đạt yêu cầu so với mục tiêu đặt ra. 16 hoạt động được cải tiến liên tục trong mọi hoạt động và 4 nguyên tắc trong lãnh đạo, quản lý được áp dụng khi triển khai các hoạt động. Cụ thể từng hoạt động như sau:

(1) Triển khai đề án 5S

Công cụ 5 S: Là một triết lý và phương pháp quản lý cơ bản nhằm cải tiến môi trường làm việc, một chương trình hoạt động thường trực trong tổ chức. Xuất phát từ quan điểm, nếu làm việc trong môi trường lành mạnh, sạch sẽ và khoa học thì tinh thần, thể trạng được thoải mái, năng suất lao động được nâng cao. 5S là một phương pháp cải tiến rất đơn giản nhưng mang lại hiệu quả trong thực tế. 5S là cách

viết tắt của 5 chữ S đầu trong tiếng Nhật: SERI – Sàng lọc, SEITON – Sắp xếp, SEISO – Sạch sẽ, SEIKETSU – Săn sóc, SHITSUKE – Sẵn sàng [79]. Các hoạt động triển khai 5S là:

- Tập huấn và triển khai sử dụng công cụ 5 S cho toàn thể nhân viên của bệnh viện.
- Triển khai tất cả Khoa/phòng, gồm: Nơi làm việc, tại phòng khám bệnh và tại buồng bệnh. Mọi đồ đạc, giấy tờ, bệnh án, văn phòng phẩm, thuốc, vật tư tiêu hao – thay thế, xe dụng cụ, dụng cụ, trang thiết bị y tế, bàn, ghế.
- Kiểm tra, giám sát, nhắc nhở thường xuyên.
- Phát động hội thi về 5S, trao giải thưởng cho các khoa/phòng có thành tích tốt.

(2) Xây dựng các tiêu chuẩn chuyên môn, hành chính và tài chính

Chuẩn hoá công việc (Standard work): Chuẩn hóa công việc hay chuẩn hóa quy trình làm việc có nghĩa là các quy trình và hướng dẫn sản xuất được quy định và truyền đạt rõ ràng đến mức chi tiết nhằm tránh sự thiếu nhất quán và tự suy diễn về cách thực hiện công việc. Gồm các hoạt động:

- Xây dựng phác đồ điều trị: Xây dựng phác đồ điều trị được tiến hành từng bước.
- Xây dựng quy trình thao tác chuẩn gọi là SOP (Standard Operating Procedure - Quy trình thao tác chuẩn) là văn bản hướng dẫn cụ thể, chỉ rõ cách tiến hành công việc cụ thể trong công tác quản lý và chuyên môn kỹ thuật, nhằm bảo đảm các hoạt động diễn ra một cách thống nhất. Quy trình thao tác chuẩn được phân làm ba loại là:
 - + Quy trình hành chính: Thể hiện sự phối hợp hoạt động các phòng/khoa.
 - + Quy trình chuyên môn kỹ thuật: Là tài liệu hướng dẫn về thực hành chuyên môn kỹ thuật cho từng chuyên ngành, là một chuỗi các hoạt động/các bước theo trình tự hướng đến hoặc được thực hiện trên một cá nhân với mục tiêu cải thiện sức khỏe, chẩn đoán hay điều trị một bệnh hoặc một chấn thương.

+ Bản mô tả công việc: Là một tài liệu cung cấp thông tin liên quan đến nhiệm vụ, trách nhiệm của công việc, xác định vị trí việc làm gắn với chức danh nghề nghiệp. Được thông qua bởi Hội đồng thẩm định của bệnh viện.

(3) Xây dựng các dòng giá trị của các quy trình, hoạt động trong bệnh viện

Quản lý dòng giá trị (Value stream management): Dòng giá trị là tất cả hoạt động (bao gồm hoạt động tăng giá trị và hoạt động không làm tăng giá trị), điều đó là cần thiết để cung cấp giá trị cuối cùng cho khách hàng hoặc người bệnh. Quản lý dòng giá trị là tập trung vào việc cung cấp giá trị tối ưu với chi phí thấp nhất cho khách hàng/người bệnh trong khoảng thời gian ngắn nhất bằng cách loại bỏ các bước không làm tăng giá trị. Mục tiêu của tổ chức là tạo nên bản đồ của tất cả dòng giá trị chính và tối ưu chúng. Điều này có thể được thực hiện một cách tuần tự bắt đầu bằng cơ hội tốt nhất trong dòng giá trị. Một người quản lý sẽ được chỉ định để tối ưu hoạt động của mỗi dòng giá trị chính [162]. Gồm các hoạt động sau:

– Xây dựng dòng giá trị, cung cấp cho mọi người một quy trình mới hoàn thiện hơn. Giúp nhận ra các lãng phí và nguồn gốc của lãng phí trong chuỗi giá trị của quy trình hoạt động.

– Tiến hành triển khai tính toán dòng giá trị các hoạt động tất cả các khoa/phòng.

(4) Phân tích ABC việc sử dụng thuốc trong bệnh viện

Phân tích ABC: Là phương pháp phân tích tương quan giữa lượng thuốc tiêu thụ hàng năm và chi phí nhằm phân định ra những thuốc nào chiếm tỷ lệ lớn trong ngân sách của bệnh viện

+ Hạng A: Thông thường sản phẩm hạng A chiếm 10 – 20% tổng sản phẩm, chiếm 75 – 80% tổng giá trị tiền.

+ Hạng B: Gồm những sản phẩm chiếm 10 – 20% tổng sản phẩm, chiếm 15 – 20% tổng giá trị tiền.

+ Hạng C: Gồm những sản phẩm chiếm 60 – 80% tổng sản phẩm, chiếm 5 – 10% tổng giá trị tiền.

Từ danh mục thuốc đang sử dụng trong bệnh viện với thông tin, đơn giá và số lượng; tính tổng số tiền sử dụng những thuốc này trong 1 năm; quy về tỉ lệ % của

thuốc này so với tổng tiền danh mục thuốc sử dụng của bệnh viện; sắp xếp thuốc theo thứ tự % giảm dần; phân hạng thuốc sử dụng, bằng cách vẽ sơ đồ Pareto với trục đứng thể hiện phần trăm, trục ngang thể hiện hoạt động.

Thực tế, do việc kê toa thuốc được thực hiện trên phần mềm nên phần mềm được lập trình sẵn, tự động phân tích ABC mà không cần phải tính toán như trên.

(5) Phân tích VEN việc sử dụng thuốc trong bệnh viện

– Các thuốc được phân chia tùy theo tác dụng của thuốc, thành các thuốc có các loại sau, thuốc sống còn, thuốc thiết yếu và thuốc không thiết yếu.

+ Các thuốc sống còn (V): Gồm các thuốc dùng để cứu sống người bệnh hoặc các thuốc thiết yếu cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản.

+ Các thuốc thiết yếu (E): Gồm các thuốc dùng để điều trị cho những bệnh nặng nhưng không nhất thiết cần phải có cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản.

+ Các thuốc không thiết yếu (N): Gồm các thuốc dùng để điều trị những bệnh nhẹ, có thể có hoặc không có trong danh mục thiết yếu và không cần thiết phải lưu trữ trong kho.

– Khai báo trên phần mềm quản lý khám chữa bệnh, để phân tích ABC và VEN.

(6) Thiết kế hệ thống biển báo, bảng chỉ dẫn toàn bộ bệnh viện

Môi trường làm việc trực quan (Visual management): Trong một môi trường làm việc trực quan, các thiết bị thị giác được đặt tại điểm sử dụng, cho phép nhân viên truy cập nhanh vào các thông tin quan trọng họ cần, ngay khi cần thiết. Hình ảnh có thể dễ dàng được hiểu rõ, loại bỏ thời gian chết lãng phí mà trước đây đã được dành để tìm kiếm, hỏi, hoặc chờ đợi thông tin.

– Thiết kế toàn bộ hệ thống bảng biểu với các yêu cầu:

+ Thu hút người đọc, bằng việc sử dụng màu, độ sáng, độ tương phản có tính thẩm mỹ, dễ nhìn, dễ đọc (chủ yếu là màu xanh biển, vàng cam, trắng và nâu; và một vài màu đặc trưng khác theo tòa nhà).

+ Sử dụng tiếng Anh – Việt, các hình tượng hỗ trợ không biết chữ, thị

lục kém.

- + Nhiều bảng chỉ dẫn ở nhiều vị trí, chỉ dẫn chi tiết.
- + Các khu vực thiết kế riêng hệ thống bảng tên, sơ đồ chỉ dẫn, màu sắc, được mã hóa, kích thước cụ thể và vị trí gắn bảng so với mặt đất tối thiểu là 1,2m. Sơ đồ chỉ dẫn thể hiện vị trí người đọc, diễn giải chi tiết.
- + Trường hợp cấp thiết, gắn tạm không quá 5 ngày, sau đó gắn chính thức.
- + Nội dung cần xem xét, thiết kế của phòng quản lý chất lượng, ý kiến của các Khoa/Phòng và duyệt của Giám đốc bệnh viện.

(7) Thành lập và sắp đặt các kho tại chỗ

Sử dụng kho tại chỗ (POUS): Vật tư, trang thiết bị, thông tin, tiêu chuẩn công việc, quy trình, thủ tục hành chính là được lưu trữ gần nơi nhân viên cần chúng.

Hệ thống kho của bệnh viện có 5 kho (kho chặn), gồm: Kho dược, kho vật tư tiêu hao – thay thế, kho trang thiết bị y tế, kho văn phòng phẩm và kho hành chính quản trị.

– Thiết lập thêm 5 kho lẻ từ hệ thống 5 kho trên (kho chặn): Khoa Khoa Gây mê hồi sức, kho Khối nội, kho Khối ngoại, kho Khối hồi sức và kho Khối cận lâm sàng; với danh mục và cơ số tủ trực dành cho ban đêm và cấp cứu phù hợp từng bộ phận. Nhân sự phụ trách do các Khoa phân công.

– Thiết lập kho lẻ phát thuốc ngoại trú và kho lẻ phát thuốc nội trú từ kho thuốc chặn. Mỗi tháng sẽ cập nhật từ kho chặn, cung cấp cho kho lẻ hoặc cung cấp đột xuất theo qui trình làm việc được ban hành.

– Xây dựng danh mục và cơ số tủ trực phục vụ các trường hợp cần sử dụng ngay tại mỗi Khoa lâm sàng, cận lâm sàng và sẽ được cập nhật từ kho lẻ.

(8) Thành lập các điểm tiếp nhận khám chữa bệnh

Giảm số lượng tiếp nhận người bệnh hay còn gọi là giảm kích thước dây chuyền (Batch size reduction): Số lượng người bệnh đông quá, sẽ ảnh hưởng đến dòng chảy. Nếu một phần của dòng chảy không hợp lý thì giảm số lượng tiếp nhận người bệnh để cho phù hợp với dòng chảy. Các hoạt động được triển khai là:

- Thiết lập nhiều điểm tiếp nhận người bệnh
- Tăng cường nhiều phòng khám bệnh hơn.
- Hình thành khoa khám bệnh thông minh
- Tư vấn bệnh nhân nhập viện trực tiếp tại mỗi phòng khám bệnh
- Thiết lập địa điểm giải đáp thắc mắc của người bệnh riêng
- Tổ chức nhân sự thu phí tại khoa.

(9) Sử dụng phương pháp 5 tại sao để tìm nguyên nhân trong các hoạt động

5 tại sao (5 Why): Khi xảy ra lỗi hoặc khiếm khuyết, thì cần phải hỏi “tại sao” để tìm ra nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.

Tất cả các vấn đề của bệnh viện được phân tích theo phương pháp 5 tại sao giúp xác định nguyên nhân của sự cố và vấn đề xảy ra, giúp đề ra giải pháp khắc phục.

Để nâng cao chất lượng nhân sự, cần thực hiện:

- Nhân viên được phân công, phối hợp công việc rõ ràng, không chồng chéo lên nhau.
- Đào tạo nhân viên bằng hình thức ngắn hạn hoặc dài hạn.
- Nghiên cứu khoa học, tham dự hội nghị khoa học, báo cáo khoa học tại các hội nghị.
- Hợp tác với các giáo sư, phó giáo sư, các chuyên gia trong các lĩnh vực chuyên khoa sâu, làm việc tại bệnh viện theo giờ, theo buổi.
- Liên kết các trường đại học để đào tạo tại chỗ cả ngắn hạn và dài hạn.
- Được cấp mã đào tạo liên tục C01.23 theo công văn số 100/BYT-K2ĐT ngày 09/01/2012 của Bộ Y tế.
- Tổ chức Hội nghị khoa học quốc tế và trong nước.

Các vấn đề trong bệnh viện được thực hiện 5 tại sao, từ đó có các giải pháp.

(10) Xây dựng và triển khai hệ thống ngăn ngừa lỗi

Ngăn ngừa lỗi (Error proofing): Các quy trình và thiết bị được thiết kế để loại bỏ khả năng xảy ra lỗi. Điều này giúp ngăn ngừa “tai nạn đang chờ xảy ra”. Công cụ chống sai lỗi sử dụng cho mỗi hoạt động hay một quá trình bao gồm việc

phát hiện, nhận dạng và thiết lập sự kiểm tra và ngăn ngừa lỗi. Các hoạt động triển khai là:

Xây dựng hệ thống chống sai lỗi dựa trên nguyên lý “làm đúng ngay từ đầu” gồm các hoạt động sau:

- Đưa toàn bộ phác đồ điều trị được xây dựng theo mã bệnh tật ICD 10 vào trong phần mềm

- Xây dựng thêm tính năng bắt buộc tuân thủ là (trùng hoạt chất, giới hạn số tiền trong một toa thuốc)

- Xây dựng tính năng nhắc nhở bác sĩ điều trị về sự tương tác thuốc, chỉ định cận lâm sàng theo số ngày điều trị đối với một số kỹ thuật.

(11) Xây dựng phương pháp “chỉ khi cần”

Chỉ khi cần (JIT): Nguyên tắc cơ bản là: "Đúng sản phẩm - với đúng số lượng - tại đúng nơi - vào đúng thời điểm cần thiết". Hoạt động triển khai là:

- Xây dựng phần mềm có chức năng kho thuốc, vật tư y tế trực tuyến (real time).

- Tình trạng tồn kho trực tuyến.

(12) Xây dựng danh mục và triển khai việc sử dụng chung trang thiết bị y tế giữa các khoa/phòng

Chuyển đổi nhanh (Quick changeover): Trang thiết bị có thể chuyển đổi sử dụng từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác với hiệu quả nhất và trong thời gian ngắn nhất. Việc chuyển đổi nhanh có thể xây dựng quy trình sử dụng chung trang thiết bị. Các hoạt động triển khai gồm:

- Đầu tư máy siêu âm theo khu vực, sử dụng chung với nhau, sắp xếp thời gian hợp lý việc sử dụng.

- Đầu tư theo khu vực để sử dụng chung các trang thiết bị, máy hút đàm nhớt, máy phun khí dung, máy shock điện và máy cần thiết khác.

(13) Xây dựng quy trình đấu thầu chọn nhà cung ứng

Chọn lựa nhà cung ứng (Supplier development): Các nhà cung ứng được xem là đối tác quan trọng để tối ưu hóa các kết quả hoạt động tổng thể của bệnh viện. Việc chọn lựa nhà cung ứng uy tín, đáng tin cậy sẽ đảm bảo công tác hậu cầu

được tốt và tiết kiệm. Gồm các hoạt động sau:

- Chọn một số nhà cung ứng uy tín, có chất lượng và luôn đồng hành cùng bệnh viện.

- Mượn máy móc từ các nhà cung ứng uy tín để phát triển chuyên môn trong giai đoạn khó khăn tài chính.

- Đề xuất sự hỗ trợ kinh phí từ các nhà cung ứng cho các hoạt động đào tạo nhân viên ngắn hạn, dài hạn, trong và ngoài nước, hội nghị khoa học công nghệ của bệnh viện, câu lạc bộ dành cho người bệnh và các hoạt động mang tính nhân văn khác.

- Đề xuất sự hỗ trợ từ các nhà cung ứng uy tín cho quỹ vì người nghèo, miễn phí cho những bệnh nghèo bằng tiền, hiện vật, thuốc.

(14) Xây dựng và triển khai dán nhãn hàng hoá ở kho và tiêu chuẩn các kho

Dán nhãn thông báo (Kanban): Nghĩa là bảng/bảng thông báo, dùng các bảng hoặc thẻ để trực quan hóa trạng thái công việc giúp nhóm nhanh chóng và dễ dàng thấy được việc gì cần làm, việc gì đang làm, việc gì đã làm xong. Công việc được hiển thị một cách trực quan trên các thẻ giúp đơn giản hóa khối lượng và tiến độ công việc cho các nhóm. Những thẻ này đóng vai trò kích hoạt cho bước tiếp theo. Gồm các hoạt động:

- Dán nhãn cho thuốc, vật tư tiêu hao, trang thiết bị, dụng cụ ở các kho

- Sử dụng phần mềm để theo dõi việc tồn kho bằng chức năng tồn kho tối thiểu.

(15) Xây dựng tự động hóa các bước quy trình khám chữa bệnh và đầu tư trang thiết bị tự động hoàn toàn

Tự động hóa (Automation): Máy móc và thiết bị được xây dựng với "trí thông minh nhân tạo" và có khả năng phát hiện và ngăn ngừa các khuyết tật. Máy móc sẽ ngừng hoạt động khi phát hiện khuyết tật và yêu cầu sửa chữa. Gồm các hoạt động:

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý tổng thể các hoạt động bệnh viện

- Đầu tư tự động hoàn toàn với công suất lớn các trang thiết bị xét nghiệm huyết học, sinh hóa, miễn dịch
- Kết nối phần mềm quản lý bệnh viện với tất cả hệ thống cận lâm sàng.
- Sử dụng hệ thống PACs (Picture archiving and communication system) để lưu trữ hình ảnh y tế đối với hệ thống chẩn đoán hình ảnh
- Triển khai tại bệnh viện Ki – ốt đăng ký khám chữa bệnh tự động và hệ thống lấy số thứ tự trung tâm.
- Lắp đặt màn hình hiển thị số thứ tự đến lượt tại các khu vực trong bệnh viện.

(16) Xây dựng quy trình và triển khai bảo trì, bảo dưỡng trang thiết bị y tế, trang thiết bị hành chính

Duy trì hiệu suất tổng thể (Total productive maintenance): Việc thực hiện duy trì hiệu suất tổng thể là nhằm tối đa hóa hiệu suất thiết bị, nâng cao năng suất với một hệ thống bảo trì được thực hiện trong suốt vòng đời của thiết bị, đồng thời nâng cao ý thức và sự hài lòng với công việc của nhân viên. Mọi người cùng hợp lực và tương tác với nhau để nâng cao hiệu suất hoạt động của thiết bị một cách hiệu quả nhất. Suy nghĩ trách nhiệm của tôi (nhân viên vận hành thiết bị y tế) là vận hành thiết bị, trách nhiệm của anh (nhân viên bảo trì) là sửa chữa thiết bị, được thay bằng tôi và anh cùng chịu trách nhiệm về thiết bị của chúng ta, bệnh viện của chúng ta, tương lai của chúng ta. Bao gồm 8 hoạt động chính sau đây: Bảo trì tự quản, bảo trì có kế hoạch, quản lý chất lượng, cải tiến có trọng điểm, huấn luyện và đào tạo, an toàn và sức khoẻ, hệ thống hỗ trợ và quản lý từ đầu. Gồm các hoạt động:

- Triển khai hoạt động bảo trì tự quản, bảo trì theo kế hoạch cho công tác bảo trì của bệnh viện.
- Xây dựng quy trình quản lý, vận hành, phòng ngừa rủi ro khi vận hành.
- Duy trì và xây dựng các lỗi trong vận hành trang thiết bị.
- Xây dựng hệ thống hỗ trợ cho các trang thiết bị khi cần (hệ thống điện, nước, cơ sở hạ tầng).
- Quản lý chặt chẽ các trang thiết bị đều từ lúc nhận, vận hành, cho đến khi không còn sử dụng được nữa.

- Quan tâm đến môi trường lao động, đảm bảo sức khỏe cho nhân viên.
- Thường xuyên đào tạo cho nhân viên các lớp ngắn hạn và dài hạn về bảo dưỡng, bảo trì trang thiết bị y tế.

2.4.3. Đánh giá 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

Thu thập, phân tích và đánh giá các chỉ số nghiên cứu theo 6 nhóm chỉ số trước khi can thiệp.

Kết quả đánh giá được thực hiện sau 5 năm can thiệp. Năm 2011, chúng tôi đánh giá thực trạng, mô hình và các công cụ được áp dụng từ năm 2012 – 2016 và đánh giá lại vào năm 2017. Kết quả hoạt động của bệnh viện được đo lường hàng năm. Tùy theo mức độ ưu tiên và tầm quan trọng của vấn đề, chúng tôi thu thập kết quả triển khai các công cụ vào các thời điểm khác nhau.

2.5. CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG TIN

Luận án có tất cả 22 công cụ thu thập thông tin để đo lường 6 nhóm chỉ số liên quan đến quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện, cụ thể như sau:

2.5.1. An toàn người bệnh

Phiếu thu thập dữ liệu nhiễm khuẩn bệnh viện (Phụ lục 1).

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc vết thương (Phụ lục 2).

Bảng kiểm kỹ thuật tiêm – truyền (Phụ lục 3).

Bảng kiểm kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc (Phụ lục 4).

Bảng kiểm kỹ thuật truyền máu (Phụ lục 5).

Bảng kiểm kỹ thuật hút đàm (Phụ lục 6).

2.5.2. Người bệnh làm trung tâm

Phiếu thu thập thời gian chờ đăng ký khám bệnh (Phụ lục 7).

Phiếu thu thập thời gian chờ khám bệnh (Phụ lục 8).

Phiếu thu thập thời gian chờ chụp X quang (Phụ lục 9).

Phiếu thu thập thời gian chờ Siêu âm (Phụ lục 10).

Phiếu thu thập thời gian chờ kết quả xét nghiệm (Phụ lục 11).

Phiếu thu thập thời gian chờ lãnh thuốc (Phụ lục 12).

Phiếu thu thập thời gian chờ đóng viện phí ra viện (Phụ lục 13).

Phiếu thu thập thời gian chờ phẫu thuật từ cấp cứu (Phụ lục 14).

Phiếu thu thập thời gian chờ nhập khoa điều trị (Phụ lục 15).

Phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận Thủ Đức (Phụ lục 16).

Phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú và thân nhân tại bệnh viện quận Thủ Đức (Phụ lục 17).

2.5.3. Hiệu quả lâm sàng

Phiếu thu thập thông tin thứ cấp hiệu quả lâm sàng (Phụ lục 18).

2.5.4. Hiệu suất

Phiếu thu thập thông tin thứ cấp hiệu suất bệnh viện (Phụ lục 19).

2.5.5. Hướng về nhân viên

Phiếu khảo sát sự hài lòng của cán bộ viên chức đang công tác tại bệnh viện quận Thủ Đức (Phụ lục 20).

2.5.6. Quản trị hiệu quả

Bảng kiểm kế hoạch (Phụ lục 21).

Bảng câu hỏi kỹ năng lãnh đạo (Phụ lục 22).

2.6. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

2.6.1. Xử lý số liệu

Thông tin thu thập nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20, Excel 2013. Số liệu được thu thập bởi nhóm nghiên cứu đã qua tập huấn kỹ về mục tiêu nghiên cứu và cách thức thu thập số liệu, tất cả số liệu được làm sạch trước khi nhập vào phần mềm. Quy trình làm sạch số liệu như kiểm tra lỗi tùy chọn, mã hóa và chuyển câu sẽ được tạo ra trong phần mềm Epidata 3.1.

2.6.2. Phân tích số liệu

Số liệu các chỉ số quản lý chất lượng khám chữa bệnh được phân tích và trình bày ở dạng tần số và tỷ lệ %. Đánh giá sự khác biệt về kết quả trước và sau can thiệp với độ tin cậy 95%, bằng các phép kiểm định Chi bình phương, Fisher's test, T- test đối với phân phối chuẩn, sử dụng phép kiểm định Mann-Whitney U đối với

phân phối không chuẩn.

Hiệu quả được thể hiện qua chỉ số hiệu quả (H): [29]

$$H(\%) = \left| \frac{KQTCT - KQSCT}{KQTCT} \right| \times 100$$

Trong đó:

KQTCT: Kết quả trước can thiệp.

KQSCT: Kết quả sau can thiệp.

H: Hiệu quả can thiệp.

2.7. SAI SỐ VÀ CÁCH KHẮC PHỤC

- Sai số: Sai số trong quá trình thu thập số liệu và đo lường. Sai số do điều tra viên. Sai số trong quá trình nhập liệu. Sai số do đối tượng không nhớ chính xác, thiếu thông tin.

- Cách khắc phục:

Điều tra viên, nhập liệu viên: Tập huấn kỹ cho điều tra viên thống nhất cách thu thập thông tin cũng như giám sát hỗ trợ kịp thời để bổ sung những thông tin thu thập còn thiếu.

Giám sát chặt chẽ quá trình thu thập số liệu.

Kiểm tra ngẫu nhiên thông tin của 10% phiếu đã thu thập nếu phát hiện sai sót từ 10% trở lên của phỏng vấn viên nào thì sẽ yêu cầu phỏng vấn viên đó làm lại toàn bộ phiếu.

2.8. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Đối tượng tham gia nghiên cứu được nghe giải thích về mục đích nghiên cứu trước khi tiến hành điền phiếu điều tra.

Người bệnh hoặc thân nhân và nhân viên y tế được chọn làm đối tượng nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Đối tượng đang tham gia trả lời bộ câu hỏi điều tra có thể dừng bất cứ lúc nào.

Đảm bảo các thông tin mà đối tượng cung cấp luôn giữ tính bảo mật tuyệt đối, thông tin thu được hoàn toàn trung thực, khách quan, không chịu sự chi phối từ bất cứ áp lực nào và chỉ được sử dụng cho mục đích của nghiên cứu này.

Nghiên cứu được phép của hội đồng Đề cương trường Đại học Y Dược Huế

và được phép của Ban giám đốc và lãnh đạo các khoa, phòng của bệnh viện.

Nghiên cứu này chỉ nhằm góp phần nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện, qua đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân, nâng cao uy tín của bệnh viện.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH

Đánh giá trước can thiệp tình hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức theo mô hình PATH của Tổ chức y tế thế giới, gồm 6 nội dung sau:

3.1.1. An toàn người bệnh

Bảng 3. 1. Đặc điểm đối tượng khảo sát nhiễm khuẩn bệnh viện

Đặc điểm		Tần số (n=272)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	127	46,7
	Nữ	145	53,3
Tuổi	≤ 15 tuổi	77	28,2
	Từ 16 – 35	90	33,1
	Từ 36 – 55	54	19,9
	Trên 55	51	18,8

Phân bố khá đồng đều về đặc điểm của người bệnh trong mẫu khảo sát về nhiễm khuẩn bệnh viện, giới tính nữ chiếm 53,3%, nhóm tuổi trên 55 tuổi là 18,8%.

Bảng 3. 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tổng
Nhiễm khuẩn hô hấp	9	3,3	272
Nhiễm khuẩn tiết niệu	3	1,1	272
Nhiễm khuẩn chung	12	4,4	272

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 4,4%, trong đó nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 3,3% và nhiễm khuẩn tiết niệu là 1,1%. Trong khảo sát này chưa phát hiện các loại nhiễm khuẩn bệnh viện khác.

Bảng 3. 3. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh của nhân viên y tế

Quy trình	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Tổng
Kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc	249 (72,2)	96 (27,8)	345
Kỹ thuật tiêm truyền	328 (95,1)	17 (4,9)	345
Kỹ thuật truyền máu	38 (97,4)	1 (2,6)	39
Kỹ thuật hút đàm nhớt	130 (92,9)	10 (7,1)	140
Kỹ thuật thay băng, cắt chỉ vết thương	117 (90,7)	12 (9,3)	129
Tổng	862 (86,4)	136 (13,6)	998

Trong 5 quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh được khảo sát, thì tỷ lệ đạt cao nhất là ở kỹ thuật truyền máu 97,4%, tỷ lệ không đạt cao nhất là ở kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc 27,8%.

Bảng 3. 4. Tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế theo hệ điều trị

Hệ điều trị được khảo sát	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Tổng
Hệ nội	327 (87,4)	47 (12,6)	374
Hệ ngoại	228 (86,4)	36 (13,6)	264
Chuyên khoa lẻ	147 (80,3)	36 (19,7)	183
Hệ hồi sức	160 (90,4)	17 (9,6)	177
Tổng	862 (86,4)	136 (13,6)	998

Tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc ở hệ hồi sức là cao nhất (90,4%), tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế đạt trên 80% ở tất cả các hệ điều trị.

Bảng 3. 5. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc của nhân viên y tế (n=345)

Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc	Trung bình±SD
Chuẩn bị đầy đủ và đảm bảo chất lượng phương tiện trước khi thực hiện	8,52±3,05
Bố trí tư thế người bệnh hợp lý	8,42±3,26
Xác định đúng đường dùng, vị trí đưa thuốc vào cơ thể người bệnh	9,92±0,86
Thao tác dùng thuốc đúng kỹ thuật	9,30±2,28
Đảm bảo tính hợp lý trong khi thực hiện	8,79±2,49
Tác phong điều dưỡng	9,48±1,60
Rửa tay trước và sau khi cho người bệnh dùng thuốc	8,97±3,03
Phân loại rác và xử lý dụng cụ đúng quy định	8,42±3,42
Thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn	9,75±1,27
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống sóc phản vệ	9,61±1,68
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống tai biến khác	9,13±2,55
Nhận biết, xử trí sóc phản vệ và các tình huống, tai biến trong tiêm truyền	9,41±2,19
Thực hiện đúng y lệnh (đúng thuốc, đúng liều, đúng thời gian...)	9,47±1,67
Người bệnh được uống thuốc trước sự chứng kiến của điều dưỡng	9,82±1,29
Đánh giá chung	9,31±0,73

Điểm trung bình tổng thể về tuân thủ quy trình cho người bệnh uống thuốc cao (9,31±0,73), tuy nhiên điểm trung bình về phân loại rác, xử lý dụng cụ đúng quy trình và bố trí tư thế người bệnh hợp lý là thấp nhất.

Bảng 3. 6. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền của nhân viên y tế (n=345)

Kỹ thuật tiêm truyền	Trung bình \pm SD
Bố trí xe tiêm đúng quy định	9,16 \pm 2,78
Chuẩn bị đầy đủ và đảm bảo chất lượng phương tiện trước khi thực hiện	9,01 \pm 2,98
Bố trí tư thế NB và mâm tiêm truyền hợp lý	9,48 \pm 2,23
Xác định chính xác vị trí tiêm truyền	9,97 \pm 0,54
Sát khuẩn đúng cách	9,97 \pm 0,54
Thao tác tiêm truyền đúng kỹ thuật	9,21 \pm 2,22
Cố định an toàn sau tiêm truyền (ấn gòn khô lên vị trí tiêm truyền...)	9,23 \pm 2,45
Đảm bảo tính hợp lý trong khi thực hiện	8,37 \pm 3,31
Tác phong điều dưỡng	9,15 \pm 1,74
Rửa tay trước và sau tiêm truyền	9,88 \pm 1,07
Vô khuẩn trong quá trình tiêm truyền	9,89 \pm 0,98
Phân loại rác và xử lý kim tiêm, dụng cụ đúng quy định	9,01 \pm 2,78
Thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn	9,87 \pm 0,99
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống sóc phản vệ (quan sát NB trong khi tiêm truyền)	9,97 \pm 0,54
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống tai biến khác (dặn dò người bệnh)	8,72 \pm 3,34
Nhận biết, xử trí sóc phản vệ và các tình huống, tai biến trong tiêm truyền	9,32 \pm 2,27
Thực hiện đúng y lệnh (tốc độ tiêm truyền...)	9,99 \pm 0,18
Đánh giá chung	9,43 \pm 0,57

Điểm trung bình về tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền là 9,43 \pm 0,57 và các nội dung trong quy trình kỹ thuật tiêm truyền có điểm số khá cao, trong đó các nội dung quan trọng thì có nội dung thấp nhất là thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn.

Bảng 3. 7. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật truyền máu của nhân viên y tế (n=39)

Kỹ thuật truyền máu	Trung bình±SD
Bố trí xe hợp lý	6,15±4,93
Chuẩn bị đầy đủ và đảm bảo chất lượng phương tiện trước khi thực hiện	8,21±3,89
Bố trí tư thế người bệnh và mâm truyền máu hợp lý	7,44±4,42
Xác định vị trí tiêm truyền phù hợp	7,95±3,76
Sát khuẩn đúng cách	10,00±0
Thao tác định nhóm máu, phản ứng chéo tại giường và truyền máu đúng kỹ thuật	8,53±3,33
Cố định an toàn khi truyền máu	8,59±2,55
Đảm bảo tính hợp lý trong khi thực hiện	9,04±2,12
Tác phong điều dưỡng	9,18±2,09
Rửa tay trước và sau khi tiến hành truyền máu	9,87±0,80
Vô khuẩn trong quá trình truyền máu	9,81±1,20
Phân loại rác và xử lý kim tiêm, dụng cụ đúng quy định	9,49±1,92
Thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn	9,83±1,07
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống sốc phản vệ	9,87±0,80
Thực hiện đầy đủ các biện pháp an toàn phòng chống tai biến khác	9,74±1,60
Nhận biết, xử trí sốc phản vệ và các tình huống, tai biến trong truyền máu	9,74±1,12
Thực hiện đúng y lệnh (chế phẩm máu, nhóm máu, tốc độ truyền máu, số lượng máu truyền...)	9,83±1,07
Đánh giá chung	9,17±0,99

Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật truyền máu còn chưa cao (9,17±0,99), chỉ có nội dung sát khuẩn đúng cách có điểm trung bình cao nhất, nội dung bố trí tư thế người bệnh và mâm truyền máu hợp lý có điểm trung bình thấp nhất.

Bảng 3. 8. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật hút đàm nhớt của nhân viên y tế (n=140)

Kỹ thuật hút đàm nhớt	Trung bình±SD
Kịp thời	9,82±1,11
Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và đảm bảo chất lượng trước khi thực hiện	8,25±3,23
Chuẩn bị tư thế NB hợp lý	9,14±2,48
Thao tác đúng kỹ thuật	8,60±2,99
Đảm bảo đúng quy trình	8,70±3,02
Tác phong điều dưỡng	9,64±1,70
Rửa tay trước và sau khi hút đàm	9,93±0,85
Vô khuẩn trong quá trình thực hiện	9,90±0,89
Phân loại rác và xử lý dụng cụ đúng quy định	8,79±3,28
An toàn trong hút đàm	9,93±0,48
Đánh giá chung	9,28±0,61

Điểm trung bình tuân thủ kỹ thuật hút đàm nhớt là 9,28±0,61 điểm, trong các nội dung đánh giá, nội dung chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và đảm bảo chất lượng trước khi thực hiện là có điểm trung bình thấp nhất.

Bảng 3. 9. Điểm trung bình tuân thủ quy trình kỹ thuật thay băng, cắt chỉ của nhân viên y tế (n=129)

Kỹ thuật thay băng, cắt chỉ	Trung bình±SD
Bố trí xe thay băng hợp lý	8,26±3,52
Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và đảm bảo chất lượng trước khi thực hiện	8,49±3,10
Chuẩn bị tư thế NB và mâm thay băng hợp lý	8,53±2,89
Sử dụng đúng chức năng của dụng cụ và vật tư	8,91±2,72
Thao tác rửa/sát khuẩn	9,90±0,66
Cố định bông băng	9,42±1,73
Đảm bảo đúng quy trình (Rửa/Lau khô/Sát trùng)	9,69±1,58
Đảm bảo sử dụng vừa đủ vật tư, tránh lãng phí	8,41±3,25
Tác phong điều dưỡng	9,44±1,12
Đảm bảo không vấy bẩn cho NB, ĐD và môi trường xung quanh	8,99±3,02
Đắp gạc hoặc gòn bao rộng ra xung quanh vết thương 3 - 5 cm	10,00±0
Đảm bảo vô khuẩn trong quá trình thực hiện kỹ thuật	9,72±1,45
Phân loại rác và xử lý dụng cụ đúng quy định	9,03±2,35
Rửa tay trước và sau khi thực hiện kỹ thuật	9,61±1,72
Thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn	9,97±0,29
Đánh giá chung	9,36±0,66

Điểm trung bình của tuân thủ kỹ thuật thay băng, cắt chỉ là 9,36±0,66 điểm, trong đó nội dung đắp gạc hoặc gòn bao rộng ra xung quanh vết thương 3-5cm và thực hiện đầy đủ biện pháp chống nhầm lẫn là có điểm trung bình cao nhất. Trong các nội dung quan trọng thì nội dung rửa tay trước và sau khi thực hiện kỹ thuật có điểm số trung bình thấp nhất.

3.1.2. Người bệnh làm trung tâm

Đánh giá yếu tố người bệnh làm trung tâm gồm 2 yếu tố là thời gian chờ đợi và sự hài lòng của người bệnh nội trú, ngoại trú.

Bảng 3. 10. Thời gian chờ đợi trung bình của người bệnh tại bệnh viện qua các bộ phận

Đơn vị tính: phút

Nội dung	n	Trung bình±SD
Chờ đăng ký khám bệnh	400	4,52±0,64
Chờ khám bệnh	400	11,43±1,45
Chờ chụp X quang	400	44,72±8,40
Chờ làm Siêu âm	400	40,72±9,41
Chờ nhận kết quả XN	400	39,10±9,17
Chờ lãnh thuốc	400	27,73±11,90
Chờ đóng viện phí ra viện	400	22,04±10,64
Chờ phẫu thuật từ cấp cứu lên	157	566,01±1790,27
Chờ nhập khoa điều trị	400	151,58±137,41

Thời gian chờ đợi của người bệnh từ khoa cấp cứu lên phòng mổ là lâu nhất 566,01±1790,27 phút, thời gian chờ đăng ký khám bệnh là dưới 5 phút.

Bảng 3. 11. Đặc điểm của cá nhân trong mẫu khảo sát hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh ngoại trú

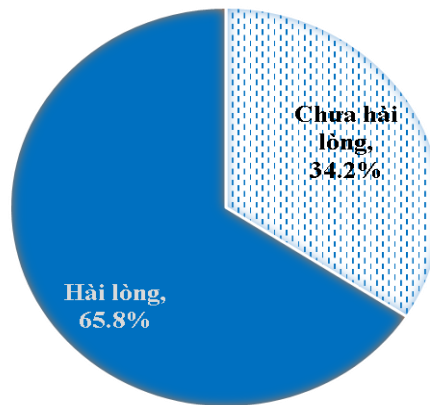
Đặc điểm cá nhân		n = 768	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-22	81	10,5
	23-40	425	55,3
	41-60	160	20,8
	trên 60	102	13,3
Giới	Nam	393	51,2
	Nữ	375	48,8
BHYT	BHYT	553	72,0
	Không BHYT	215	28,0
Đối tượng phỏng vấn	Người bệnh	566	73,7
	Thân nhân	202	26,3
Số lần khám chữa bệnh	1 lần	175	22,8
	2 - 3 lần	172	22,4
	Trên 3 lần	421	54,8

Phân bố nhóm tuổi trong mẫu nghiên cứu tập trung ở nhóm từ 23-40 tuổi, giới tính nam cao hơn giới tính nữ, đa số người bệnh có bảo hiểm y tế, đối tượng phỏng vấn 73,7% là người bệnh; tỷ lệ người bệnh tái khám trên 3 lần là 54,8%.

Bảng 3. 12. Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện (n=768)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị lớn nhất
Tổ chức khám chữa bệnh	3,45±0,96	5,00	1,09
Cơ sở vật chất	3,16±0,52	4,38	1,38
Thời gian chờ đợi	2,54±1,12	5,00	1,00
Thái độ của nhân viên	3,12±0,86	4,70	1,20
Hài lòng chung	3,15±0,35	4,03	1,76

Với thang điểm 5, mức độ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện là 3,15±0,35 điểm, thời gian chờ đợi được người bệnh ngoại trú cho điểm trung bình thấp nhất 2,54±1,12 điểm.



Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú

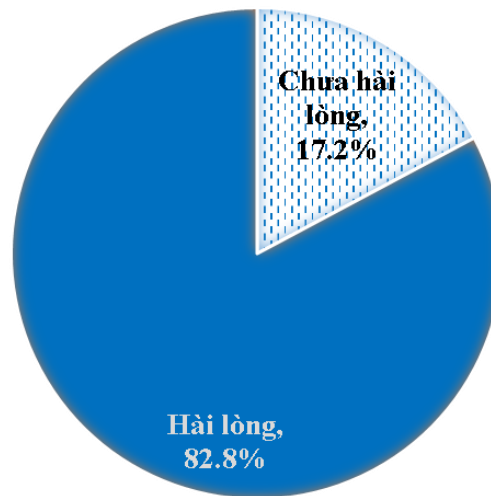
Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh ngoại trú là 65,8% cao hơn tỷ lệ chưa hài lòng của người bệnh ngoại trú.

Bảng 3. 13. Đặc điểm cá nhân của người bệnh nội trú

Đặc điểm cá nhân		n = 454	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 15-22 tuổi	165	36,3
	Từ 23-40 tuổi	197	43,4
	Từ 41-60 tuổi	82	18,1
	Trên 60 tuổi	10	2,2
Giới	Nam	218	48,0
	Nữ	236	52,0
Đối tượng	BHYT	419	92,3
	Thu phí	35	7,7
Số lần khám chữa bệnh	1 lần	113	24,9
	2 - 3 lần	105	23,1
	Trên 3 lần	236	52,0

Trong 454 người bệnh nội trú được phỏng vấn, 43,4% là ở nhóm tuổi 23-40

tuổi; tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới; đối tượng bảo hiểm y tế chiếm đa số 92,3%; số lần khám chữa bệnh trên 3 lần là 52,0%.



Biểu đồ 3. 2. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú

Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh nội trú là trên 80% cao hơn gấp 4 lần so với tỷ lệ chưa hài lòng của người bệnh nội trú.

Bảng 3. 14. Điểm trung bình các tiêu chí hài lòng của người bệnh nội trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện (n=454)

Nội dung	Trung bình	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Khâu tiếp đón	3,22±0,41	4,57	2,0
Công tác khám chữa bệnh	3,34±0,48	4,75	1,50
Khâu xét nghiệm và CĐHA	2,98±0,50	4,57	1,57
Cơ sở vật chất	3,35±0,46	4,75	2,13
Hướng dẫn sinh hoạt điều trị	3,29±0,50	4,60	1,80
Hướng dẫn sử dụng thuốc	3,21±0,42	4,63	2,00
Phục vụ sinh hoạt và vệ sinh	3,39±0,48	4,86	2,0
Thủ tục nhập/xuất viện, thanh toán viện phí	3,31±0,52	4,83	1,67
Thái độ nhân viên y tế	3,32±0,68	5,00	1,50
Có gây phiền hà, sách nhiễu	4,21±0,43	5,00	3,00
Có cử chỉ, lời nói gợi ý tiên, quà biếu	4,05±0,44	5,00	3,00
Hài lòng chung	3,27±0,30	4,22	2,33

Trong 5 mức độ hài lòng của người bệnh nội trú, thì điểm trung bình hài lòng của người bệnh nội trú về công tác khám chữa bệnh là 3,27±0,30 điểm; điểm trung bình hài lòng của người bệnh nội trú thấp nhất là ở khâu xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh; nội dung có gây phiền hà, sách nhiễu, có cử chỉ, lời nói gợi ý tiên, quà biếu là có điểm trung bình cao nhất.

3.1.3. Hiệu quả lâm sàng

Bảng 3. 15. Thực trạng hiệu quả lâm sàng tại bệnh viện quận Thủ Đức

Nội dung	n	%
Tỷ lệ tử vong bệnh viện sau 24 giờ nhập viện	16	0,058
Tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về	168	0,607
Tỷ lệ điều trị giảm khối bệnh	26.683	96,4
Tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp chẩn đoán ra viện	16.035	57,9
Tỷ lệ chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán	1.500	30,4
Tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán	2.198	31,0

Tỷ lệ tử vong bệnh viện trong vòng 24 giờ sau nhập viện là 0,058% tổng người nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng nặng xin về là 0,607% hay là 6,07/1000 người nhập viện. Tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp so với chẩn đoán ra viện khá cao (57,9%); tỷ lệ chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng và chỉ định thuốc điều trị không phù hợp là trên 30%.

3.1.4. Hiệu suất

Bảng 3. 16. Hiệu suất hoạt động khám chữa bệnh ở bệnh viện quận Thủ Đức

Các chỉ số	
Số ngày điều trị nội trú trung bình /1 người bệnh	5,76 ngày
Công suất sử dụng giường bệnh	98,7%
Tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	1.606,71
Tiền hao phí/ lượt khám chữa bệnh (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	14.598
Tổng số tiền tồn kho của thuốc điều trị (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	38.706,02
Tổng số tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	12.882,67
Tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	7.512,22

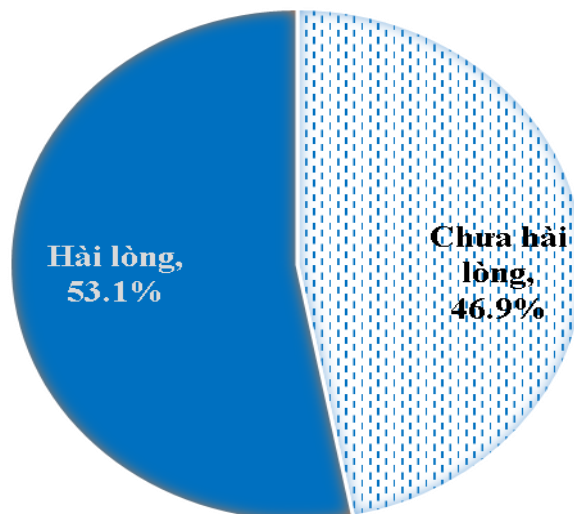
Số ngày điều trị trung bình nội trú của mỗi người bệnh gần 6 ngày, công suất sử dụng giường bệnh nhỏ hơn 100%.

3.1.5. Hướng về nhân viên

Bảng 3. 17. Đặc điểm cá nhân mẫu khảo sát sự hài lòng của nhân viên bệnh viện

Đặc điểm		n= 845	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	427	50,5
	Nữ	418	49,5
Tuổi	Từ 18 – 29 tuổi	531	62,8
	Từ 30 – 39 tuổi	218	25,8
	Từ 40 tuổi trở lên	96	11,4
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	189	22,3
	Dược sĩ	49	5,8
	Điều dưỡng	301	35,6
	Kỹ thuật viên	47	5,6
	Nhân viên khác	259	30,7
Thâm niên công tác	1 năm	232	27,5
	Trên 1 năm đến dưới 5 năm	486	57,5
	Từ 5 năm đến dưới 10 năm	91	10,8
	Từ 10 năm trở lên	36	4,2

Trong 854 nhân viên y tế được khảo sát sự hài lòng về công việc tại bệnh viện, thì độ tuổi từ 18-29 tuổi chiếm đa số 62,8%; giới tính nam và nữ có sự chênh lệch không lớn. Trình độ chuyên môn tập trung nhiều là điều dưỡng 35,6%; tỷ lệ kỹ thuật viên là thấp nhất 5,6%. Tỷ lệ nhân viên có thâm niên dưới 5 năm là chiếm đa số 85%.

**Biểu đồ 3. 3. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế**

Tỷ lệ nhân viên y tế chưa hài lòng với công việc là 46,9%, tỷ lệ hài lòng là 53,1%

Bảng 3. 18. Điểm trung bình các tiêu chí hài lòng của nhân viên y tế về công việc tại bệnh viện (n=845)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Công việc	2,91±0,57	4,50	1,25
Chế độ lương, phụ cấp	2,69±0,80	5,00	1,00
Đồng nghiệp	2,83±0,94	5,00	1,00
Lãnh đạo, cấp trên	3,40±0,78	5,00	1,00
Cơ hội được đào tạo, thăng tiến	4,34±0,86	5,00	1,00
Môi trường làm việc	2,53±0,96	5,00	1,00
Hài lòng, thỏa mãn chung	2,89±0,95	5,00	1,00
Hài lòng chung	3,03±0,41	4,18	1,79

Ở thang điểm 5, mức hài lòng chung của nhân viên y tế về công việc tại bệnh viện là 3,03±0,41 điểm. Điểm trung bình hài lòng về môi trường làm việc là thấp nhất 2,53±0,96 điểm; điểm trung bình hài lòng cao nhất là về cơ hội được đào tạo, thăng tiến 4,34±0,86 điểm.

3.1.6. Quản trị hiệu quả

Kỹ năng lập kế hoạch

Bảng 3. 19. Số lượng các bản kế hoạch đã được lập tại bệnh viện

Loại kế hoạch	n	%
KH tháng	136	49,3
KH quý	76	27,5
KH 6 tháng	42	15,2
KH năm	22	8,0
Tổng	276	100

Tổng số kế hoạch được khảo sát là 276 kế hoạch, trong đó kế hoạch tháng là nhiều nhất 49,3%; thấp nhất là kế hoạch năm 8%.

Bảng 3. 20. Tỷ lệ kế hoạch đạt

Loại kế hoạch	Chưa đạt n (%)	Đạt n (%)	Tổng
KH tháng	95 (69,9)	41 (30,1)	136
KH quý	49 (64,5)	27 (35,5)	76
KH 6 tháng	21 (50,0)	21 (50,0)	42
KH năm	9 (40,9)	13 (59,1)	22
Tổng	174 (63,0)	102 (37,0)	276

Tỷ lệ bản kế hoạch đạt của cả năm là 37,0%; trong đó tỷ lệ đạt nhiều nhất là kế hoạch năm.

Bảng 3. 21. Chất lượng các bản kế hoạch của các khoa phòng của bệnh viện

Chất lượng các phần của kế hoạch		Đạt		Không đạt		Tổng
		n	%	n	%	
Có phân tích tình hình	KH tháng	48	35,3	88	64,7	136
	KH quý	43	56,6	33	43,4	76
	KH 6 tháng	31	73,8	11	26,2	42
	KH năm	22	100,0	0	0,0	22
Có phân tích các nguồn lực	KH tháng	110	80,9	26	19,1	136
	KH quý	61	80,3	15	19,7	76
	KH 6 tháng	34	81,0	8	19,0	42
	KH năm	19	86,4	3	13,6	22
Có các chỉ số hoạt động rõ ràng	KH tháng	98	72,1	38	27,9	136
	KH quý	60	78,9	16	21,1	76
	KH 6 tháng	32	76,2	10	23,8	42
	KH năm	20	90,9	2	9,1	22
Có phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng người	KH tháng	71	52,2	65	47,8	136
	KH quý	45	59,2	31	40,8	76
	KH 6 tháng	29	69,0	13	31,0	42
	KH năm	15	68,2	7	31,8	22
Có kế hoạch hoạt động giám sát đánh giá	KH tháng	45	33,1	91	66,9	136
	KH quý	29	38,2	47	61,8	76
	KH 6 tháng	21	50,0	21	50,0	42
	KH năm	13	59,1	9	40,9	22

Trong các phần đánh giá bản kế hoạch, thì kế hoạch tháng có tỷ lệ không đạt cao nhất về tất cả các nội dung, tuy nhiên nội dung có kế hoạch hoạt động giám sát đánh giá có tỷ lệ các loại kế hoạch không đạt rất cao, tỷ lệ các loại kế hoạch không đạt nội dung phân tích các nguồn lực là thấp nhất.

Kỹ năng lãnh đạo

Bảng 3. 22. Điểm kỹ năng quản trị của các trưởng/phó khoa phòng (n=57)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Làm việc có hiệu quả với các khía cạnh chi tiết	3,14±0,74	5	2
Điền các mẫu đơn và làm việc với các chi tiết dễ dàng	2,91±0,63	5	2
Quản lý con người và tài nguyên	3,18±0,50	4	2
Thích phản hồi các yêu cầu và quan tâm của người khác	2,93±0,65	5	2

Tuyển dụng và phân bổ nguồn lực	3,25±0,51	5	2
Thu thập nguồn lực để hỗ trợ các chương trình hiệu quả	3,04±0,42	4	2

Điểm số các yếu tố kỹ năng quản trị cao nhất về kỹ năng tuyển dụng và phân bổ nguồn lực (3,25±0,51 điểm); quản lý con người và tài nguyên (3,18±0,50 điểm). Trong khi đó kỹ năng về văn bản, giấy tờ và các thủ tục hành chính có điểm thấp nhất (2,91±0,63 điểm), kỹ năng tiếp thu các phản hồi thấp hơn các kỹ năng khác (2,93 ± 0,65).

Bảng 3. 23. Kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ năm 2011 (n=57)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Biết trước thời điểm mọi người sẽ phản hồi ý tưởng hoặc đề xuất mới	2,95±0,55	4	2
Tìm hiểu về cơ cấu xã hội của tổ chức	3,09±0,63	5	2
Cảm nhận được tâm tư tình cảm trong nhóm	3,02±0,55	4	2
Sử dụng sức mạnh cảm xúc để thúc đẩy người khác	3,11±0,45	5	2
Tôn trọng đối thủ	2,91±0,63	4	2
Tìm kiếm dẫn chứng để bảo vệ chứng kiến	3,21±0,70	4	2

Kỹ năng tốt nhất là kỹ năng tìm kiếm các dẫn chứng để bảo vệ các chính kiến của mình (3,21±0,70 điểm); kỹ năng sử dụng năng lực cảm xúc để thúc đẩy tương đối tốt (3,11±0,45 điểm). Các kỹ năng hạn chế hơn là kỹ năng tôn trọng đối thủ (2,91±0,63 điểm) và kỹ năng biết trước thời điểm nhận được các phản hồi (2,95±0,55 điểm).

Bảng 3. 24. Kỹ năng tư duy (n=57)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Làm việc có hiệu quả trong giải quyết vấn đề	3,04±0,71	5	2
Khi vấn đề phát sinh, ngay lập tức giải quyết	3,02±0,69	5	2
Dễ dàng nhìn thấy bức tranh toàn cảnh	3,07±0,70	5	2
Bị thu hút bởi việc lập kế hoạch chiến lược	2,96±0,63	5	2
Thích thảo luận về các giá trị tổ chức, triết học	2,86±0,44	4	2
Linh hoạt về việc thực hiện các thay đổi trong tổ chức	3,23±0,71	5	2

Kỹ năng của các trưởng phó khoa phòng tốt nhất là ở yếu tố linh hoạt thay đổi

trong tổ chức ($3,23 \pm 0,71$ điểm). Một số kỹ năng hạn chế hơn là kỹ năng thảo luận về các giá trị của tổ chức, triết học ($2,86 \pm 0,44$ điểm) và kỹ năng lập các kế hoạch chiến lược cho bệnh viện ($2,96 \pm 0,63$ điểm).

Bảng 3. 25. Kỹ năng lãnh đạo của trưởng/phó khoa phòng (n=57)

Nội dung	Trung bình \pm SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Kỹ năng quản trị chung	18,44 \pm 1,91	26,00	16,00
Kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ	18,28 \pm 2,05	26,00	16,00
Kỹ năng tư duy	18,18 \pm 2,32	26,00	14,00
Kỹ năng lãnh đạo	18,30 \pm 1,81	25,33	15,67

Kỹ năng lãnh đạo của các trưởng/phó khoa phòng có điểm trung bình là $18,30 \pm 1,81$ điểm, tương ứng với mức kỹ năng lãnh đạo vừa. Về kỹ năng tư duy sáng tạo, điểm số trung bình là $18,18 \pm 2,32$ điểm, kỹ năng giao tiếp ứng xử, tổng điểm trung bình là $18,28 \pm 2,05$ điểm, kỹ năng quản trị chung của các trưởng phó khoa phòng là $18,44 \pm 1,91$ điểm.

3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA CỦA BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC.

3.2.1. An toàn người bệnh

Bảng 3. 26. Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện trước và sau khi can thiệp

Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện	Trước can thiệp n = 272 (%)	Sau can thiệp n = 438 (%)	P	Hiệu quả can thiệp
Nhiễm khuẩn hô hấp	9 (3,3)	3 (0,7)	<0,05 ^b	78,79%
Nhiễm khuẩn tiết niệu	3 (1,1)	0 (0,0)	-	-
Nhiễm khuẩn da và mô mềm	0	2 (0,5)	-	-
Nhiễm khuẩn chung	12 (4,4)	4 (0,9)	<0,05 ^a	79,5%

^a Chi Square test; ^b Fisher's test

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung sau can thiệp là 0,9% có sự khác biệt so với trước can thiệp là 4,4%; hiệu quả can thiệp làm giảm 79,5% tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung. Sau can thiệp không phát hiện nhiễm khuẩn tiết niệu nhưng có

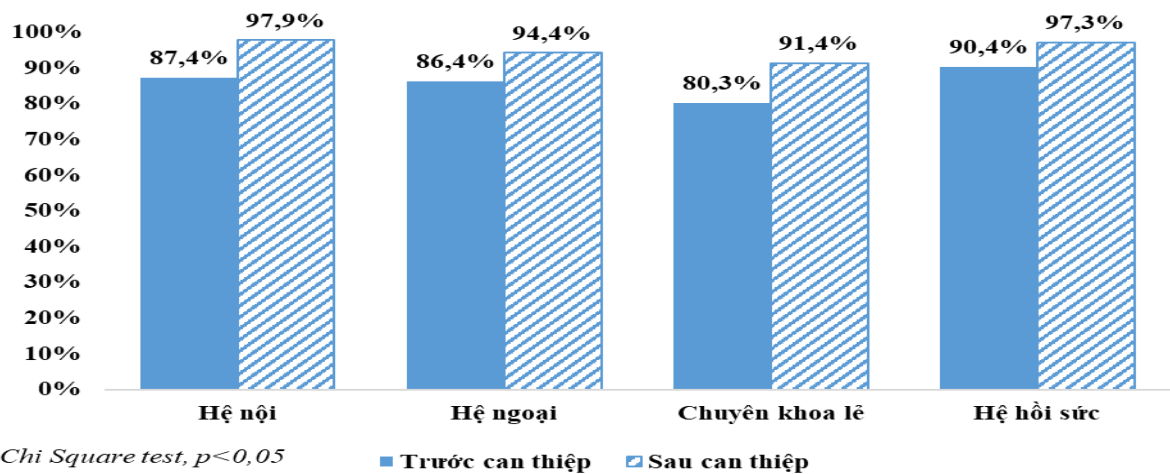
0,5% nhiễm khuẩn da và mô mềm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. 27. So sánh tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc trước và sau khi can thiệp

Quy trình	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p	Hiệu quả can thiệp
Kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc	249(72,2)	282(91,3)	$<0,05^a$	26,5%
Kỹ thuật tiêm truyền	328(95,1)	412(98,3)	$<0,05^a$	3,37%
Kỹ thuật truyền máu	38(97,4)	52(98,1)	$>0,05^b$	-
Kỹ thuật hút đàm nhớt	130(92,9)	101(96,2)	$>0,05^a$	-
Kỹ thuật thay băng, cắt chỉ vết thương	117(90,7)	259(96,6)	$<0,05^a$	6,50%

^a Chi Square test; ^b Fisher's test

Hiệu quả các can thiệp tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc là 26,5%; về thay băng, cắt chỉ vết thương là 6,50%, về tiêm truyền là 3,55% ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3. 4. Tỷ lệ đạt tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc trước và sau can thiệp

Tỷ lệ đạt tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế ở các hệ điều trị so sánh trước khi can thiệp và sau can thiệp có sự khác biệt ($p < 0,05$), sau

can thiệp tỷ lệ đạt tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc cao hơn trước can thiệp ở tất cả các hệ điều trị.

3.2.2. Người bệnh làm trung tâm

Bảng 3. 28. So sánh thời gian chờ đợi tại bệnh viện trước và sau can thiệp

Đơn vị tính: phút

Nội dung	Trước can thiệp (TB ± SD)	Sau can thiệp (TB ± SD)	p	Hiệu quả can thiệp
Chờ đăng ký khám bệnh	4,52±0,64	-	-	-
Chờ khám bệnh	11,43±1,45	11,30±8,08	0,099 ^a	-
Chờ chụp X quang	44,72±8,04	34,78±12,18	<0,05 ^a	22,23%
Chờ làm Siêu âm	40,72±9,41	35,62±20,38	<0,05 ^a	12,52%
Chờ nhận kết quả XN	39,10±9,17	36,77±16,82	<0,05 ^a	5,96%
Chờ lãnh thuốc	27,73±11,90	8,13±23,22	<0,05 ^b	70,68%
Chờ đóng viện phí ra viện	22,04±10,64	-	-	-
Chờ phẫu thuật từ cấp cứu lên	566,01±1790,27	403,52±377,38	<0,05 ^b	28,71%
Chờ nhập khoa điều trị	151,58±137,41	-	-	-

^aT-test; ^bMann-Whitney U (kiểm định phi tham số trên 2 mẫu độc lập)

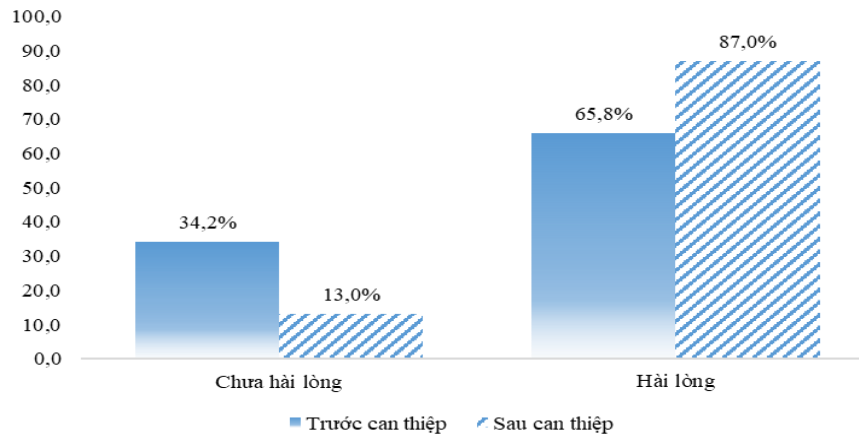
Sau khi can thiệp về thời gian chờ đợi của người bệnh, thì giai đoạn chờ đăng ký khám bệnh, chờ đóng viện phí ra viện của người bệnh và chờ nhập khoa điều trị đã được tinh giảm, do đó không có thời gian chờ đợi của người bệnh về đăng ký khám bệnh, đóng viện phí ra viện và chờ nhập khoa điều trị. Ngoài thời gian chờ khám bệnh, can thiệp đều làm giảm thời gian chờ đợi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), hiệu quả can thiệp cao nhất là chờ lãnh thuốc 70,68%, thấp nhất là chờ kết quả xét nghiệm 5,96%.

Bảng 3. 29. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú trước và sau can thiệp

Hài lòng người bệnh ngoại trú	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	p	Hiệu quả can thiệp
Trước can thiệp (n=768)	263 (34,2)	505 (65,8)	<0,05	32,2%
Sau can thiệp (n=407)	53 (13,0)	354 (87,0)		

Chi Square test

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú đã được tăng lên từ 65,8% (trước can thiệp) lên thành 87,0% (sau can thiệp). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú trước và sau can thiệp

Bảng 3. 30. So sánh sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n=768) (TB ± SD)	Sau can thiệp (n=407) (TB ± SD)	p	Hiệu quả can thiệp
Tổ chức khám chữa bệnh	3,45±0,96	3,96±1,00	<0,05	14,8%
Cơ sở vật chất	3,16±0,52	4,00±0,75	<0,05	26,6%
Thời gian chờ đợi	2,54±1,13	3,96±0,97	<0,05	55,9%
Thái độ của nhân viên	3,12±0,86	4,02±0,88	<0,05	28,9%
Hài lòng chung	3,15±0,35	3,99±0,82	<0,05	26,7%

Kiểm định T-test

Điểm hài lòng trung bình các nội dung phỏng vấn người bệnh ngoại trú đã tăng sau khi can thiệp, thời gian chờ đợi là nội dung có điểm hài lòng trung bình tăng cao nhất từ 2,54±1,13 lên thành 3,96±0,97; hiệu quả can thiệp làm tăng 55,9%. Các nội dung khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú còn lại đều tăng sau khi can thiệp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

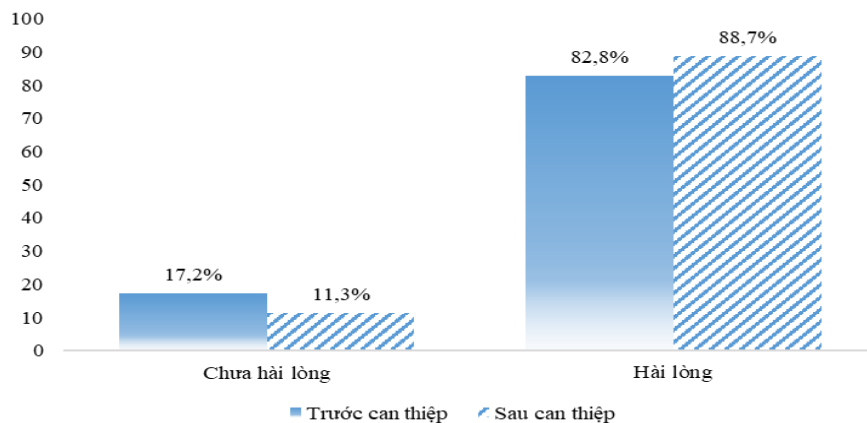
Bảng 3. 31. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú trước và sau can thiệp

Hài lòng người bệnh nội trú	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	p	Hiệu quả can thiệp
--------------------------------	------------------------	-------------------	---	-----------------------

Trước can thiệp (n=454)	78 (17,2)	376 (82,8)	<0,05	7,1%
Sau can thiệp (n=274)	31 (11,3)	243 (88,7)		

Chi Square test

Hiệu quả can thiệp nội dung hài lòng người bệnh nội trú là 7,1%; tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú đã tăng từ 82,8% (trước can thiệp) lên 88,7% (sau can thiệp), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3. 6. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú trước và sau can thiệp

Bảng 3. 32. So sánh sự hài lòng của người bệnh nội trú về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n=454) (TB ± SD)	Sau can thiệp (n=274) (TB ± SD)	p	Hiệu quả can thiệp
Khâu tiếp đón	3,22±0,41	3,49±0,84	<0,05 ^a	8,4%
Công tác khám chữa bệnh	3,34±0,48	4,04±0,78	<0,05 ^a	20,8%
Khâu xét nghiệm và CDHA	2,98±0,50	3,77±0,81	<0,05 ^a	26,6%
Cơ sở vật chất	3,35±0,46	3,30±0,50	0,215 ^a	-
Hướng dẫn sinh hoạt điều trị	3,29±0,50	3,41±0,72	<0,05 ^a	3,5%
Hướng dẫn sử dụng thuốc	3,21±0,42	3,56±0,82	<0,05 ^a	10,7%
Phục vụ sinh hoạt và vệ sinh	3,39±0,48	4,03±0,69	<0,05 ^a	18,8%
Thủ tục nhập/xuất viện, thanh toán viện phí	3,31±0,52	3,24±0,67	0,170 ^a	-
Thái độ nhân viên y tế	3,32±0,68	3,54±0,59	<0,05 ^a	6,7%

Có gây phiền hà, sách nhiễu	4,21±0,43	3,53±0,81	<0,05 ^b	16,1%
Có cử chỉ, lời nói gợi ý tiên, quà biếu	4,05±0,44	3,73±0,58	<0,05 ^a	7,9%
Hài lòng chung	3,27±0,30	3,62±0,39	<0,05 ^a	10,7%

^a Kiểm định T-test; ^b Kiểm định Mann-Whitney U (kiểm định phi tham số)

Các nội dung khảo sát về sự hài lòng của người bệnh nội trú đa số có chiều hướng được cải thiện, trong đó hiệu quả can thiệp về công tác khám chữa bệnh và khâu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh là được cải thiện nhiều nhất (20,8% và 26,6%). Chỉ có sự thay đổi điểm hài lòng trung bình của nội dung cơ sở vật chất và thủ tục nhập/xuất viện, thanh toán viện phí là không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Hiệu quả lâm sàng

Bảng 3. 33. So sánh hiệu quả lâm sàng của bệnh viện quận Thủ Đức trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p	Hiệu quả can thiệp
Tỷ lệ tử vong bệnh viện sau 24 giờ nhập viện	16 (0,058)	24 (0,049)	>0,05*	15,52%
Tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về	168 (0,607)	293 (0,592)	>0,05*	2,47%
Tỷ lệ điều trị giảm, khỏi bệnh	26.683 (96,4)	47933 (96,9)	<0,05*	0,52%
Tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp chẩn đoán ra viện	16.035 (57,9)	20.394 (41,2)	<0,05*	28,84%
Tỷ lệ chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán	1.500 (30,4)	6.050 (2,6)	<0,05*	91,45%
Tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán	2.198 (31,0)	630 (4,3)	<0,05*	86,13%

* Chi Square test

Các nội dung về hiệu quả lâm sàng đều có chiều hướng được cải thiện sau

can thiệp, hiệu quả can thiệp cao nhất là làm giảm 91,45% tỷ lệ chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán, thứ hai là giảm 86,13% tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán.

3.2.4. Hiệu suất

Bảng 3. 34. So sánh hiệu suất bệnh viện quận Thủ Đức trước và sau can thiệp

Các chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P	Hiệu quả can thiệp
Số ngày điều trị nội trú trung bình/người bệnh	5,76 ngày	5,39 ngày	<0,05 ^a	6,42%
Công suất sử dụng giường bệnh	98,7%	102,7%	-	4,05%
Tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	1.606,71	305,11	-	81,01%
Tiền hao phí/ lượt khám chữa bệnh (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	14.598	13.707	-	6,10%
Tổng số tiền tồn kho của thuốc điều trị (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	38.706,02	24.586,62	-	36,48%
Tổng số tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	12.882,67	3.928,98	-	69,50%
Tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh	7.512,22	71,91	-	99,04%

^a Kiểm định Mann-Whitney U

Sau khi can thiệp, số ngày điều trị nội trú trung bình/1 người bệnh đã giảm xuống còn 5,39 ngày (hiệu quả can thiệp làm giảm 6,42% số ngày điều trị nội trú trung bình/1 người bệnh); các biện pháp can thiệp đã làm giảm tiền hao phí/lượt khám chữa bệnh được sử dụng trong bệnh viện là 6,10% và tổng số tiền tồn kho của thuốc điều trị/tổng số lượt khám bệnh làm giảm 36,48%. Can thiệp làm giảm 99,04% tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý.

3.2.5. Hướng về nhân viên

Bảng 3. 35. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên trước và sau can thiệp

Hài lòng nhân viên y tế	Chưa hài lòng n (%)	Hài lòng n (%)	P	Hiệu quả can thiệp
Trước can thiệp (n=845)	396 (46,9)	449 (53,1)	<0,05	79,1%
Sau can thiệp (n=1051)	52 (4,9)	999 (95,1)		

Chi Square test

Sau khi can thiệp, tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế đã tăng từ 53,1% (trước can thiệp) thành 95,1% (sau can thiệp). Hiệu quả can thiệp là 79,1%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 36. So sánh sự hài lòng của nhân viên y tế về công việc tại bệnh viện trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp n=845 (TB ± SD)	Sau can thiệp n=1051 (TB ± SD)	p	Hiệu quả can thiệp
Công việc	2,91±0,57	4,03±0,68	<0,05*	38,6%
Chế độ lương, phụ cấp	2,69±0,80	3,80±0,80	<0,05*	40,9%
Đồng nghiệp	2,83±0,94	4,16±0,65	<0,05*	47,0%
Lãnh đạo, cấp trên	3,40±0,78	4,13±0,69	<0,05*	21,7%
Cơ hội được đào tạo, thăng tiến	4,34±0,86	4,04±0,72	<0,05*	7,1%
Môi trường làm việc	2,53±0,96	3,81±0,72	<0,05*	50,3%
Hài lòng, thỏa mãn chung	2,89±0,95	4,11±0,70	<0,05*	42,0%
Hài lòng chung	3,03±0,41	4,00±0,64	<0,05*	32,2%

* Kiểm định T-test

Sau khi can thiệp để nâng cao sự hài lòng của nhân viên y tế trong công việc, các nội dung khảo sát về sự hài lòng có điểm trung bình đều tăng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Các can thiệp đã làm tăng điểm trung bình hài lòng từ $3,03 \pm 0,41$ lên thành $4,00 \pm 0,64$.

3.2.6. Quản trị hiệu quả

3.2.6.1. Kỹ năng lập kế hoạch

Bảng 3. 37. So sánh số lượng các bản kế hoạch đã được lập tại bệnh viện trước và sau can thiệp

Loại kế hoạch	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p	Hiệu quả can thiệp
KH tháng	136 (36,2)	240 (63,8)	p>0,05	76,24%
KH quý	76 (46,3)	88 (53,7)		15,98%
KH 6 tháng	42 (45,7)	50 (54,3)		18,82%
KH năm	22 (46,8)	25 (53,2)		13,68%
Tổng	276 (40,6)	403 (59,4)		46,31%

Chi Square test

Số lượng các loại kế hoạch sau can thiệp đã tăng hơn trước khi can thiệp, hiệu quả can thiệp của kế hoạch tháng là cao nhất 76,24%, hiệu quả can thiệp thấp nhất là kế hoạch năm 13,68%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 38. Tỷ lệ kế hoạch đạt trước và sau can thiệp

Kế hoạch	Trước can thiệp n=276 (%)	Sau can thiệp n=403 (%)	p	Hiệu quả can thiệp
Chưa đạt	174 (63,0)	169 (41,9)	<0,05	57,03%
Đạt	102 (37,0)	234 (58,1)		

Chi Square test

Hiệu quả can thiệp 57,03%, tỷ lệ kế hoạch đạt sau can thiệp là 58,1% cao hơn trước can thiệp 37,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. 39. Chất lượng các bản kế hoạch của các khoa phòng của bệnh viện

Chất lượng các phần của kế hoạch		Tỷ lệ bản kế hoạch đạt yêu cầu				p	Hiệu quả can thIỆP
		Trước can thiệp		Sau can thiệp			
		n	%	n	%		
Có phân tích tình hình	KH tháng	136	35,3	240	81,3	<0,05 ^a	130,31%
	KH quý	76	56,6	88	93,2	<0,05 ^a	64,66%
	KH 6 tháng	42	73,8	50	96,0	<0,05 ^a	30,08%
	KH năm	22	100,0	25	100	-	0,00%
Có phân tích các nguồn lực	KH tháng	136	80,9	240	92,1	<0,05 ^a	13,84%
	KH quý	76	80,3	88	89,8	>0,05	11,83%
	KH 6 tháng	42	81,0	50	96,0	<0,05 ^a	18,52%
	KH năm	22	86,4	25	100	>0,05 ^b	15,74%
Có các chỉ số hoạt động rõ ràng	KH tháng	136	72,1	240	87,5	<0,05 ^a	21,36%
	KH quý	76	78,9	88	89,8	<0,05 ^a	13,81%
	KH 6 tháng	42	76,2	50	96,0	<0,05 ^a	25,98%
	KH năm	22	90,9	25	100	>0,05 ^b	10,01%
Có phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng người	KH tháng	136	52,2	240	56,6	>0,05 ^a	8,43%
	KH quý	76	59,2	88	63,6	>0,05 ^a	7,43%
	KH 6 tháng	42	69,0	50	74,0	>0,05 ^a	7,25%
	KH năm	22	68,2	25	84,0	>0,05 ^a	23,17%
Có kế hoạch hoạt động giám sát đánh giá	KH tháng	136	33,1	240	50,4	<0,05 ^a	52,27%
	KH quý	76	38,2	88	59,1	<0,05 ^a	54,71%
	KH 6 tháng	42	50,0	50	64,0	>0,05 ^a	28,00%
	KH năm	22	59,1	25	76,0	>0,05 ^b	28,60%

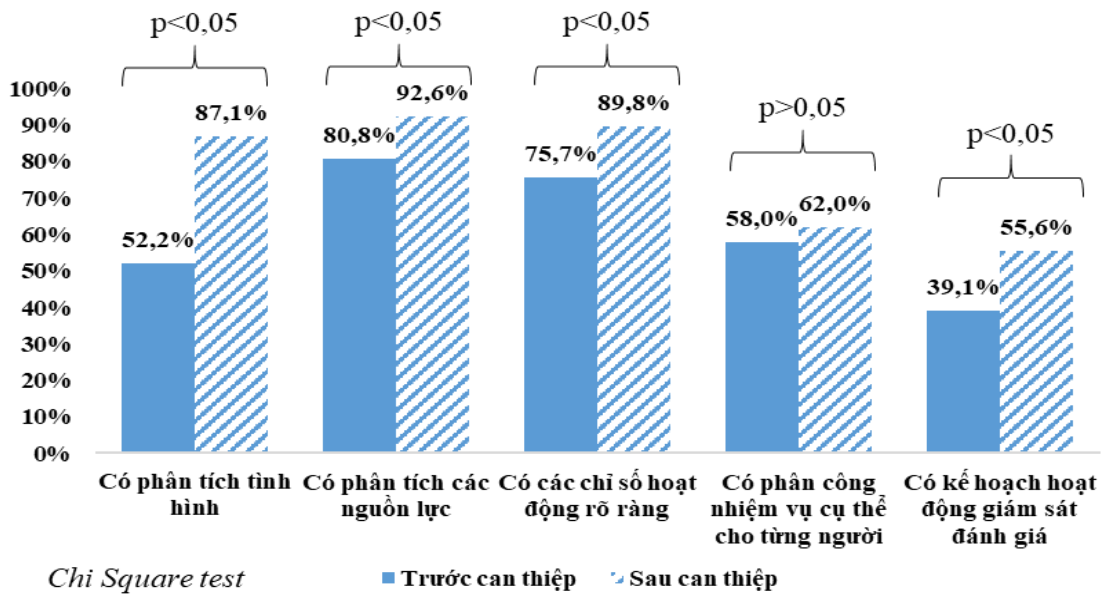
^a *Chi Square test*; ^b *Fisher's test*

Chất lượng kế hoạch đạt theo các nội dung đánh giá sau can thiệp đều có chiều hướng tăng, trong đó hiệu quả can thiệp làm tăng 130,31% số báo cáo tháng có phân tích tình hình. Kế hoạch tháng có kế hoạch hoạt động giám sát đánh giá

tăng

lên

50,4%.



Biểu đồ 3. 7. Tỷ lệ đạt của các tiêu mục trong bản kế hoạch trước và sau can thiệp

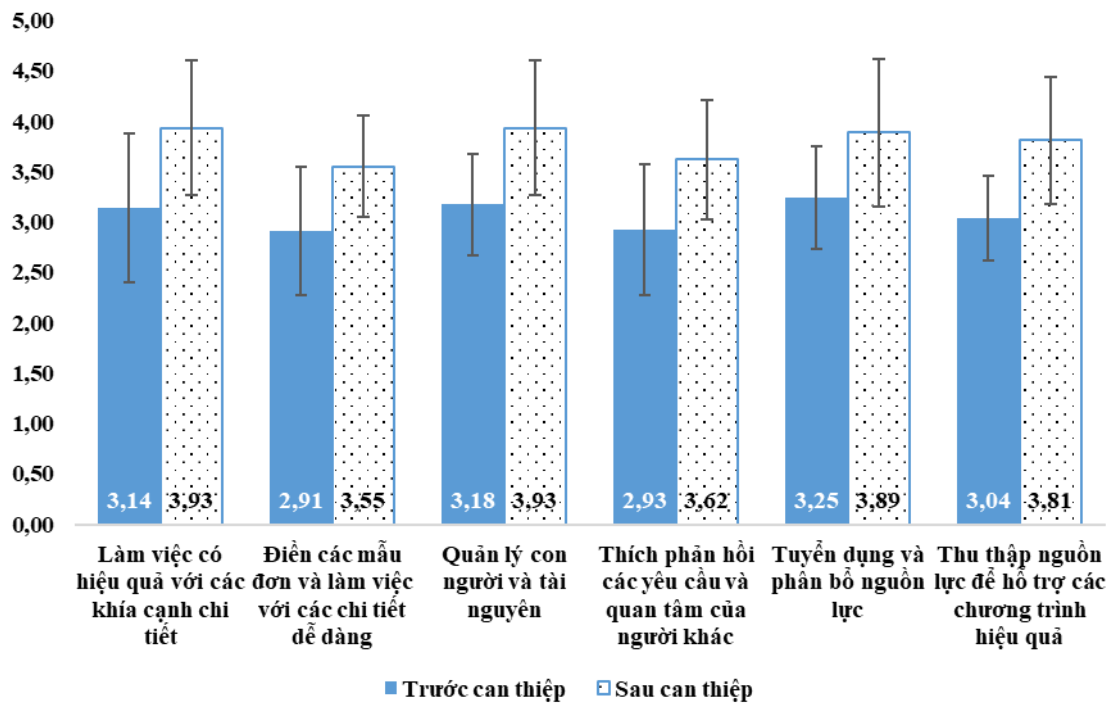
Tỷ lệ đạt ở các tiêu mục của bản kế hoạch đã được cải thiện và có ý nghĩa thống kê sau khi can thiệp ($p<0,05$), trừ tiêu mục có phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng người ($p>0,05$).

3.2.6.2. Kỹ năng lãnh đạo

Bảng 3. 40. Điểm trung bình kỹ năng quản trị sau can thiệp (n=74)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Làm việc có hiệu quả với các khía cạnh chi tiết	3,93±0,67	5	3
Điền các mẫu đơn và làm việc với các chi tiết dễ dàng	3,55±0,50	4	3
Quản lý con người và tài nguyên	3,93±0,67	5	3
Thích phản hồi các yêu cầu và quan tâm của người khác	3,62±0,59	5	3
Tuyển dụng và phân bổ nguồn lực	3,89±0,73	5	3
Thu thập nguồn lực để hỗ trợ các chương trình hiệu quả	3,81±0,63	5	3

Điểm số các yếu tố kỹ năng quản trị cao nhất về kỹ năng tuyển dụng và phân bổ nguồn lực (3,89±0,73 điểm) và quản lý con người và tài nguyên (3,93±0,66 điểm). Các yếu tố còn lại có điểm số trung bình thấp hơn 3,81 điểm.



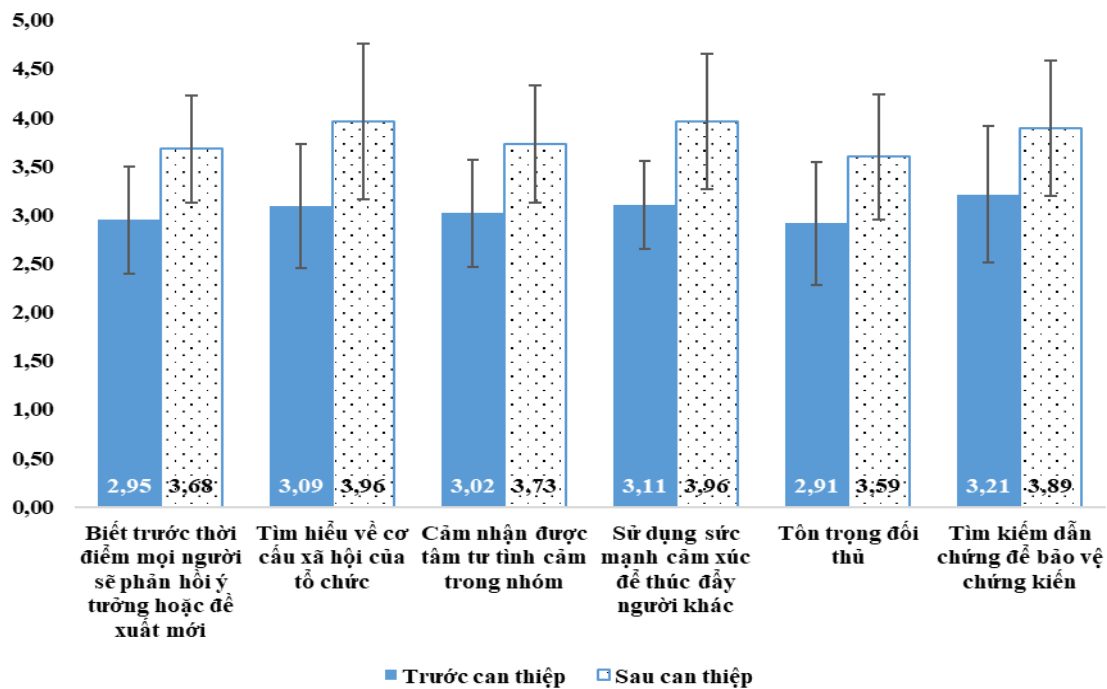
Biểu đồ 3. 8. Điểm trung bình kỹ năng quản trị trước và sau can thiệp

Điểm trung bình các kỹ năng quản trị sau can thiệp của các lãnh đạo khoa/phòng đã được nâng cao hơn trước khi có sự can thiệp.

Bảng 3. 41. Điểm trung bình kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ sau can thiệp (n=74)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Biết trước thời điểm mọi người sẽ phản hồi ý tưởng hoặc đề xuất mới	3,68±0,55	5	3
Tìm hiểu về cơ cấu xã hội của tổ chức	3,96±0,80	5	3
Cảm nhận được tâm tư tình cảm trong nhóm	3,73±0,60	5	3
Sử dụng sức mạnh cảm xúc để thúc đẩy người khác	3,96±0,69	5	3
Tôn trọng đối thủ	3,59±0,64	5	3
Tìm kiếm dẫn chứng để bảo vệ chứng kiến	3,89±0,69	5	3

Kỹ năng tốt nhất là kỹ năng tìm kiếm các dẫn chứng để bảo vệ các chính kiến của mình (3,89±0,69 điểm); kỹ năng sử dụng năng lực cảm xúc để thúc đẩy tương đối tốt (3,95±0,69 điểm), kỹ năng tìm hiểu cơ cấu tổ chức 3,96 ± 0,80. Điểm trung bình của yếu tố thấp nhất là tôn trọng đối thủ 3,59±0,64 điểm.



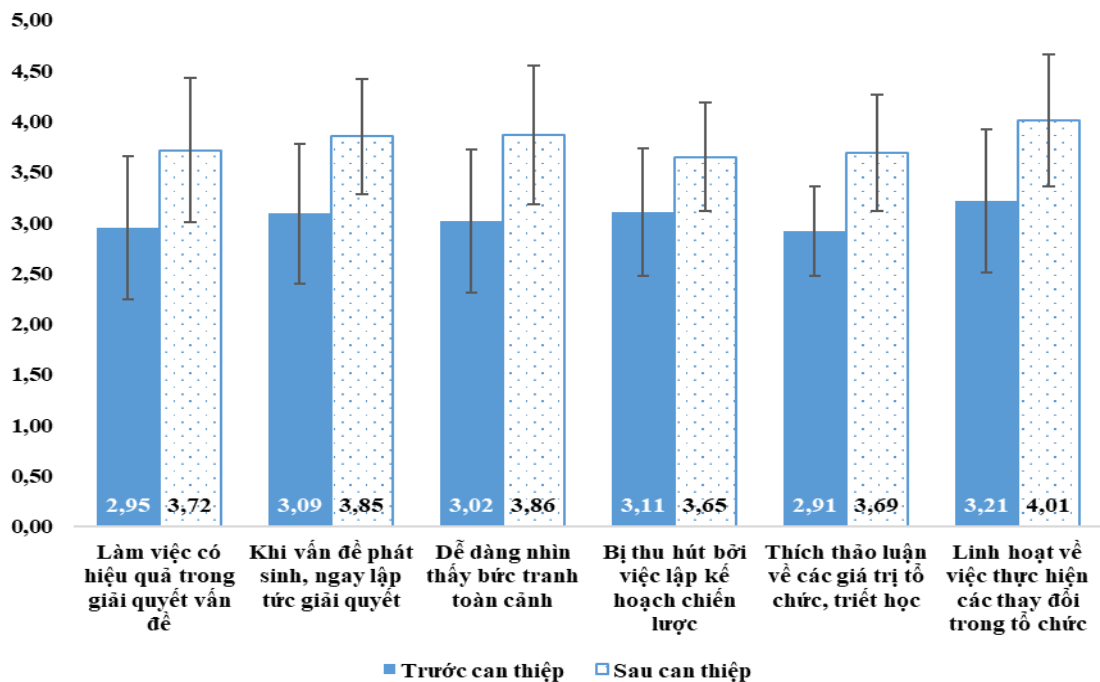
Biểu đồ 3. 9. Điểm trung bình kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ trước và sau can thiệp

Điểm trung bình các kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ sau can thiệp của các lãnh đạo khoa/phòng đã được nâng cao hơn trước khi có sự can thiệp.

Bảng 3. 42. Điểm trung bình kỹ năng tư duy của trưởng/phó khoa phòng (n=74)

Nội dung	Trung bình±SD	Giá trị lớn nhất	Giá trị bé nhất
Làm việc có hiệu quả trong giải quyết vấn đề	3,72±0,71	5	3
Khi vấn đề phát sinh, ngay lập tức giải quyết	3,85±0,47	5	3
Dễ dàng nhìn thấy bức tranh toàn cảnh	3,86±0,69	5	3
Bị thu hút bởi việc lập kế hoạch chiến lược	3,65±0,53	5	3
Thích thảo luận về các giá trị tổ chức, triết học	3,69±0,57	5	3
Linh hoạt về việc thực hiện các thay đổi trong tổ chức	4,01±0,65	5	3

Kỹ năng của các trưởng phó khoa phòng tốt nhất là ở yếu tố linh hoạt thay đổi trong tổ chức (4,01±0,65 điểm). Các yếu tố còn lại có điểm số trung bình từ 3,65±0,53 điểm đến 3,86±0,69 điểm.



Biểu đồ 3. 10. Điểm trung bình kỹ năng tư duy và sau can thiệp

Điểm trung bình các kỹ năng tư duy sau can thiệp của các lãnh đạo khoa/phòng đã được nâng cao hơn trước khi có sự can thiệp.

Bảng 3. 43. Hiệu quả can thiệp nâng cao kỹ năng lãnh đạo chung của các trưởng, phó khoa phòng

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p	Hiệu quả can thiệp
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn		
Kỹ năng quản trị	18,44	1,91	22,74	1,50	$p < 0,05$	23,32%
Kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ	18,28	2,05	22,81	1,66	$p < 0,05$	24,78%
Kỹ năng tư duy	18,18	2,32	22,78	1,58	$p < 0,05$	25,30%
Kỹ năng lãnh đạo chung	18,30	1,81	22,78	0,93	$p < 0,05$	24,48%

Kiểm định T-test

Sau can thiệp, kỹ năng lãnh đạo của các trưởng, phó của các khoa phòng đã cải thiện nhiều so với trước can thiệp, hiệu quả can thiệp ở các kỹ năng lãnh đạo đều được cải thiện trên 23% ($p < 0,05$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN

Chúng tôi sử dụng mô hình tổ chức tích hợp để phân tích, chẩn đoán thực trạng của tổ chức của bệnh viện vào năm 2011. Từ đó, chúng tôi đưa một số các vấn đề chính sau:

- Bệnh viện chưa đặt ra sứ mệnh của bệnh viện, chưa có mục tiêu chiến lược dài hạn, trung hạn và ngắn hạn, chưa có kế hoạch cụ thể cho từng giai đoạn.

- Khám ngoại trú: 700 bệnh nhân/ngày; cấp cứu 60 bệnh nhân/ngày; điều trị nội trú đạt 200 giường/giường kế hoạch 300 giường. Thực hiện danh mục kỹ thuật chuyên môn 4256 kỹ thuật.

- Nhân lực, tổng số lượng nhân viên Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2007 (khi mới thành lập) là 99 nhân viên, với 17 bác sĩ. Năm 2011, nhân sự là 703 nhân viên; bác sĩ là 194, chuyên khoa 1 là 31, chuyên khoa 2 là 1, điều dưỡng đại học là 6, điều dưỡng trung học là 276, kỹ thuật viên đại học là 7, kỹ thuật viên trung học là 37, dược sĩ đại học là 4, dược sĩ trung học là 40. Cơ cấu nhân sự có 472 nhân viên nữ, chiếm tỷ lệ 67,1%. Độ tuổi trung bình dưới 30 tuổi chiếm ¼ tổng số nhân sự. Nhận thấy:

(i) Đội ngũ lao động đa số là mới, trẻ; với các ưu điểm, năng động, nhiệt tình, ham học hỏi, có nhiều lý tưởng; khuyết điểm là thiếu kinh nghiệm lâm sàng thực tế, chủ quan trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

(ii) Trình độ chuyên môn thấp, đa số đội ngũ là mới ra trường đến nhận công tác tại bệnh viện.

- Tài chính, hoạt động tài chính của Bệnh viện năm 2011, có vài vấn đề sau:

+ Tổng nguồn thu của bệnh viện: 186.345.987.000 đồng. Trong đó, thu viện phí, dịch vụ: 131,345.987.000 đồng; ngân sách nhà nước cấp: 35.000.000.000 đồng.

+ Tổng tài sản của bệnh viện: 6,074,710,000 đồng.

+ Không thể đảm bảo cân đối nguồn kinh phí để đầu tư, mua sắm trang thiết bị, dụng cụ, cải tạo và nâng cấp cơ sở hạ tầng, nâng cao chất lượng khám chữa

bệnh.

+ Thu nhập của nhân viên thấp: Điều dưỡng là 2.500.000 – 3.500.000 đồng/tháng; bác sĩ là 4.500.000 – 6.000.000 đồng/tháng. Vì vậy, công tác nhân sự rất khó khăn trong việc thu hút và giữ chân nhân viên y tế.

+ Phân tích tỷ trọng nguồn thu của Bệnh viện thì nguồn thu từ hoạt động khám chữa bệnh bảo hiểm y tế chiếm tỷ trọng lớn, là nguồn thu chính của Bệnh viện (chiếm 87% tổng thu) nhưng giá thu viện phí năm 2011 không bù đắp đủ các chi phí dẫn đến tình trạng Bệnh viện càng mở rộng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh thì hiệu quả tài chính càng giảm (lỗ).

+ Ngân sách Nhà nước có hỗ trợ một phần chi phí nhưng tỷ trọng rất thấp (chưa đến 14,6% tổng chi phí), chủ yếu dùng để chi trả một phần lương, phụ cấp cho người lao động (chi lương, phụ cấp cho người lao động chiếm hết 89% kinh phí ngân sách hỗ trợ).

- Cơ sở vật chất bệnh viện, tổng diện tích bệnh viện là 8.000 m². Bệnh viện với 10 phòng khám ngoại trú, 300 giường bệnh được chia làm gồm 05 khu vực: khu A (tầng trệt, lầu 1): sảnh, hành lang, cầu thang, phòng Công nghệ thông tin, khoa khám bệnh, khoa hồi sức cấp cứu, tiểu phẫu; khu B (tầng trệt, lầu 1, lầu 2): khoa cận lâm sàng, khoa nội, khoa nội tiết, khoa mắt, khoa tai mũi họng, khoa răng hàm mặt, hành lang, cầu thang; khu C (tầng trệt, lầu 1, lầu 2, lầu 3): khoa sản, khoa gây mê hồi sức, khoa nhi, khoa ngoại tổng quát, ngoại thần kinh, ngoại tiết niệu nam khoa, hành lang, cầu thang; khu D (tầng trệt, lầu 1, lầu 2, lầu 3): khoa lọc máu - thận nhân tạo, khoa hồi sức tim mạch, khoa nội tim mạch – lão học; khu E (trệt): các phòng ban. Qui mô của cơ sở vật chất được xây dựng năm 2004 là 50 giường nhưng hiện tại thực kê là 300 giường bệnh, tình trạng xuống cấp trầm trọng.

- Trang thiết bị, dụng cụ còn thiếu ở 100% các Khoa trong bệnh viện. Trang thiết bị, dụng cụ chủ yếu là các loại cơ bản từ thời còn là Trung tâm Y tế như monitor của chương trình cúm tài trợ, máy X-quang Toshiba, máy siêu âm xách tay, máy sinh hóa bán tự động, máy huyết học 18 thông số. Đầu tư công cho bệnh viện không có, đầu tư trang thiết bị, dụng cụ phải chi từ nguồn quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp, trong khi đó nguồn phát triển sự nghiệp thì ít.

- Thuốc, vật tư y tế, tổng số tiền thuốc sử dụng trong bệnh viện năm 2011 là

108.343.363.000 đồng, trong đó thuốc ngoại nhập chiếm tỷ lệ 63,8%, trong nước chỉ chiếm 36,2%.

- Trong khu vực của quận Thủ Đức có bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức, bệnh viện đa khoa Hoàn Hảo, khoảng 20 phòng khám đa khoa, 12 trạm y tế phường. Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức là bệnh viện tuyến trên của bệnh viện quận Thủ Đức chịu trách nhiệm chuyên môn cho các đơn vị y tế trong địa bàn Thủ Đức. Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức là đông nhất, đông thứ nhì là bệnh viện đa khoa Hoàn Hảo, ít nhất là bệnh viện quận Thủ Đức. Còn lại đến khám ở các phòng khám đa khoa, phòng mạch tư và các trạm y tế phường.

4.1.1. An toàn người bệnh

Kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng trong vấn đề an toàn người bệnh và là một phần thiết yếu trong việc nâng cao chất lượng điều trị tại các cơ sở y tế. Trong nghiên cứu 272 người bệnh nội trú, chúng tôi thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 4,4%, nhiễm khuẩn hô hấp là 3,3% và nhiễm khuẩn tiết niệu là 1,1%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đoàn Xuân Quảng (2013), tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 7,78%, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới 77,8%, nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 11,1% [39]. Tác giả Lê Thanh Duyên (2008) tại khoa Hồi sức cấp cứu, nhiễm khuẩn bệnh viện là 52%, nhiễm khuẩn hô hấp 82,6% [21]. Tác giả Lại Văn Hoàn (2011) tại Trung tâm Chống độc, nhiễm khuẩn bệnh viện là 5,66%, nhiễm khuẩn hô hấp 69,9%; nhiễm khuẩn huyết 28,8% [28]. Sự khác nhau này một phần do đối tượng của nghiên cứu là bệnh nhân ở các khoa nội trú, còn các tác giả trên là ở khoa hồi sức. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi giống với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng (2010) tại tỉnh Hưng Yên, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 4,4% [30].

Kết quả này còn thấp hơn nghiên cứu cắt ngang 12 bệnh viện trên toàn quốc vào năm 1998 – 2001 – 2005 của Bộ Y tế, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện dao động từ 5,7% - 11,5%. Trong đó nhiễm khuẩn hô hấp là loại nhiễm khuẩn thường gặp nhất (55,4%)[12]. Các nghiên cứu này chủ yếu là nghiên cứu mô tả, có rất ít nghiên cứu can thiệp.

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện trong nghiên cứu này cũng thấp hơn tỉ lệ nhiễm

khuẩn trên thế giới là 8,7% [20]. Tại Thổ Nhĩ Kỳ, khảo sát 56 đơn vị Điều trị tích cực, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 48,7%, nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 28%, nhiễm khuẩn huyết 23,3%, nhiễm khuẩn tiết niệu 15,7% [90].

An toàn người bệnh là yếu tố quan trọng và là ưu tiên hàng đầu trong khám và điều trị bệnh nhân. Trong đó, tuân thủ các quy trình, quy định trở nên vô cùng cần thiết và cấp bách trong việc đảm bảo an toàn người bệnh, hạn chế sự cố. Tiêm là kỹ thuật cơ bản và phổ biến nhất của điều dưỡng viên. Theo tổ chức Y tế thế giới, tại các nước đang phát triển hàng năm có khoảng 16 tỷ mũi tiêm, trong đó có tới 95% mũi tiêm được thực hiện với mục đích điều trị, 5%-10% mũi tiêm cho dự phòng [9].

Từ năm 2001 đến nay được sự quan tâm của Bộ Y tế, Hội Điều dưỡng Việt Nam đã phát động phong trào tiêm an toàn trong toàn quốc đồng thời tiến hành những khảo sát về thực trạng tiêm an toàn vào những thời điểm khác nhau (2002; 2005; 2008). Kết quả những khảo sát nói trên cho thấy: 55% nhân viên y tế còn chưa cập nhật thông tin về tiêm an toàn liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn; tỷ lệ người bệnh được kê đơn sử dụng thuốc tiêm cao (71,5%); phần lớn nhân viên y tế chưa tuân thủ quy trình kỹ thuật và các thao tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thực hành tiêm (vệ sinh tay, mang găng sử dụng panh, phân loại và thu gom vật sắc nhọn sau tiêm dùng tay để đẩy nắp kim sau tiêm), chưa báo cáo và theo dõi rủi ro do vật sắc nhọn (87,7%)[9].

Kết quả khảo sát sự tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức với 998 phiếu giám sát cho thấy có 72,2% nhân viên y tế tuân theo quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc; tỷ lệ tuân thủ kỹ thuật tiêm truyền là 95,1%; kỹ thuật truyền máu là 97,4%; kỹ thuật hút đàm nhớt là 92,9%; kỹ thuật thay băng, cắt chỉ vết thương là 90,7%. Tuy tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc khá cao, nhưng vẫn còn từ 2,6% - 27,8% nhân viên được khảo sát chưa thực hiện đúng quy trình các kỹ thuật, trong đó cao nhất là kỹ thuật cho bệnh nhân uống thuốc và sai chủ yếu trong khâu vệ sinh tay trước và sau khi cho bệnh nhân sử dụng thuốc, phân loại rác và xử lý dụng cụ đúng quy định, ngoài ra còn một ít trường hợp sai sót trong khâu đảm bảo an toàn khi cho người bệnh uống thuốc.

4.1.2. Người bệnh làm trung tâm

Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Chiến và cộng sự thực hiện năm 2012 tại Bệnh viện cấp cứu Trung Vương khảo sát quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh cho kết quả tổng số giai đoạn của quy trình là 4-12, đa số 7 giai đoạn (42,29%). Tổng thời gian thực tế của quy trình là $246,87 \pm 104,55$ phút ($4,11 \pm 1,7$ giờ), tổng thời gian trung bình các giai đoạn là $191,62 \pm 83,42$ phút ($3,18$ giờ $\pm 1,39$ giờ). Thời gian khám chữa bệnh của nhóm dịch vụ: 180 ± 97 phút, nhóm bệnh nhân bảo hiểm y tế + dịch vụ: 247 ± 102 phút, nhóm bệnh nhân bảo hiểm y tế: 252 ± 104 phút [16]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 9 giai đoạn trong khám chữa bệnh ít hơn của bệnh viện cấp cứu Trung Vương, một số giai đoạn trong quy trình khám chữa bệnh có gộp so với nghiên cứu tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương, ghi nhận tại bệnh viện này cho thấy thời gian chờ đợi ít hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Chờ đăng kí khám bệnh $4,52 \pm 0,64$, chờ khám bệnh $11,43 \pm 0,64$ phút; chờ chụp X-quang $44,72 \pm 8,04$ phút, chờ làm Siêu âm $40,72 \pm 9,41$ phút; chờ nhận kết quả xét nghiệm $39,10 \pm 9,17$ phút; chờ lãnh thuốc $27,73 \pm 11,90$ phút; chờ đóng viện phí ra viện $22,04 \pm 10,64$ phút; chờ phẫu thuật từ cấp cứu lên $566,01 \pm 1790,27$ phút; chờ nhập khoa điều trị $151,58 \pm 137,41$ phút.

Nhìn chung, thời gian mỗi giai đoạn trong nghiên cứu của chúng tôi đều dài hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương, điều này có thể là vì sự phân chia giai đoạn của 2 nghiên cứu khác nhau và vị trí lấy mẫu của 2 bệnh viện khác nhau. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi chênh lệch không lớn, như trong nghiên cứu của tác giả Aeenparast A. và cộng sự đã đưa ra kết quả thời gian chờ đợi trung bình là 55,36 phút [66].

Trong nghiên cứu 160 bệnh nhân khám ngoại trú tại một bệnh viện Iran được báo cáo năm 2013 cho thấy, thời gian chờ đợi trung bình ở phòng khám là 161 phút, trong khi thời gian chờ khám ở khoa mắt là dài nhất, trung bình là 245 phút, còn thời gian chờ khám ngắn nhất là ở khoa chấn thương chỉnh hình với trung bình là 77 phút [133]. Con số này tại bệnh viện Dược là 20,93 phút [145], Umar I và cộng sự, thời gian trung bình là 85 phút [152], còn trong nghiên cứu của Yeboah E. là 42,89 phút [164]. Có sự chênh lệch không lớn này là do có sự tương đồng về cơ sở vật chất, trang thiết bị, môi trường, số lượng bệnh, dạng bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo và cộng sự (2015), thời gian chờ đăng ký khám bệnh là $3,00 \pm 2,45$ phút; chờ lấy số thứ tự $11,16 \pm 8,72$ phút; nộp tiền khám và tiền thuốc $6,96 \pm 4,09$ phút; chờ phát/lĩnh thuốc $5,52 \pm 2,58$ phút; đợi làm xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh $22,11 \pm 19,21$ phút; chờ khám bệnh $25,76 \pm 17,55$ phút; chờ kết quả cận lâm sàng $107,20 \pm 7,70$ phút [47]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn nằm trong giới hạn thời gian tối đa theo quyết định 1313/QĐ-BYT nhưng so sánh với các bệnh viện khác vẫn quá dài. Chính những lý do này thôi thúc chúng tôi cải thiện quy trình khám chữa bệnh, tăng cường chất lượng dịch vụ tại bệnh viện [10].

Sự hài lòng của bệnh nhân là một trong những chỉ số quan trọng đánh giá chất lượng khám chữa bệnh của cơ sở y tế. Niềm tin của bệnh nhân sẽ góp phần nâng cao danh tiếng bệnh viện, gia tăng “khách hàng trung thành”, thu hút thêm nhiều bệnh nhân mới đến với bệnh viện. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 768 người bệnh ngoại trú tại bệnh viện, trong đó 51,2% là nam giới, 55,3% người bệnh ở độ tuổi từ 23-40 tuổi, người bệnh đến khám và chữa bệnh chủ yếu là có bảo hiểm y tế 72,0%, đối tượng phỏng vấn chủ yếu là người bệnh 73,7%, có đến 54,8% người bệnh đã đến khám chữa bệnh tại bệnh viện trên 3 lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức hài lòng trung bình của người bệnh ngoại trú là $3,15 \pm 0,35$ trên thang điểm 5, và tỷ lệ hài lòng là 65,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy điểm số trung bình các nội dung khảo sát là: Tổ chức khám chữa bệnh $3,45 \pm 0,96$ điểm; cơ sở vật chất $3,16 \pm 0,52$ điểm; thời gian chờ đợi $2,54 \pm 1,12$ điểm; thái độ của nhân viên $3,12 \pm 0,86$ điểm; điểm trung bình của tất cả các nội dung khảo sát đều nhỏ hơn 3,5 điểm. Tỷ lệ hài lòng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Vũ Thanh Nhã (2010) tại bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, có tỷ lệ hài lòng chung là 98% [36]

Khảo sát về sự hài lòng của người bệnh ngoại trú là chưa đầy đủ để đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh, do đó chúng tôi đã khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện, để có kết quả hài lòng của người bệnh tổng quát nhất. Kết quả của cuộc khảo sát này cho thấy, điểm trung bình hài lòng của người bệnh điều trị nội trú ($3,27 \pm 0,30$) cao hơn điểm trung bình hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú ($3,15 \pm 0,35$). Tuy nhiên khi so sánh điểm trung bình hài lòng của

người bệnh điều trị nội trú trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác thì không cao hơn, như nghiên cứu của tác giả Lê Nữ Thanh Uyên và Trương Phi Hùng (2005) cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Bến Lức là 90,0% [59]; tác giả Nguyễn Hiếu Lâm và cộng sự (2011) tỷ lệ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú là 91,5% [32], tác giả Trương Ngọc Hải và cộng sự (2011) nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh là 98,04% [24], tác giả Trần Thị Cẩm Tú (2012) nghiên cứu tại bệnh viện Trung Ương Huế cho tỷ lệ hài lòng chung là 86,4% [53]; sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu và có thể do cách xác định điểm cắt hài lòng trong phương pháp nghiên cứu khác nhau.

Ngoài ra tác giả Nguyễn Thị Phi Linh (2002) khảo sát trên 533 người bệnh ở bệnh viện đa khoa chất lượng cao tại Pháp cũng cho thấy sự hài lòng cao ở những người bệnh lớn tuổi, người bệnh có gia đình; nam giới có xu hướng đưa ra đánh giá sự hài lòng cao hơn so với phụ nữ [149], kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu của tác giả Anastasios Merkouris, Angeliki Andreadou, Evdokia Athini, Maria Hatzimbalasi, Michalis Rovithis, Evridiki Papastavrou đã tiến hành nghiên cứu 324 bệnh nhân điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên ở 5 bệnh viện công tại Síp. Thu được một số kết quả như sau: Bệnh nhân hài lòng về công tác chăm sóc (trung bình = 4,20; SD = 0,62) và ít hài lòng với việc cung cấp các thông tin (trung bình = 3,71; SD = 0,92); nhập viện (trung bình = 3,84; SD = 0,70) đặc biệt là thức ăn và thời gian nghỉ ngơi. Chưa tìm được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến bộ phận (y tế hoặc phẫu thuật), giới tính, tuổi tác, trình độ học vấn và nơi cư trú với sự hài lòng của người bệnh [69].

4.1.3. Hiệu quả lâm sàng

Việc áp dụng những kiến thức tốt nhất, xuất phát từ nghiên cứu, kinh nghiệm lâm sàng, và sở thích của người bệnh để đạt được quá trình tối ưu và kết quả của việc chăm sóc cho các bệnh nhân được xem là hiệu quả lâm sàng, trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy hiệu quả lâm sàng chưa cao, tỷ lệ tử vong bệnh viện sau 24 giờ nhập viện là 0,058%; tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về là 0,607%; tỷ lệ điều trị giảm khỏi bệnh là 96,4%; tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp chẩn

đoán ra viện là 57,9%; tỷ lệ chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán là 30,4%; tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán là 31,0%.

Ở nghiên cứu của tác giả Merylyn Walton và cộng sự (2015) cho thấy có 3.966 trường hợp tử vong tại bệnh viện Bạch Mai và Việt Đức trong 23 tháng từ 1 tháng 5 năm 2013 đến ngày 31 tháng 3 năm 2015 và trong 12 tháng trước nghiên cứu này, 446 mẫu thông báo tử vong đã được gửi đến Bộ Y tế từ Bệnh viện Bạch Mai, trung bình có 37 trường hợp tử vong được báo cáo mỗi tháng. Trong 12 tháng đầu của nghiên cứu này, 1033 mẫu báo cáo tử vong đã được gửi đi từ bệnh viện này; trung bình 86 trường hợp tử vong báo cáo mỗi tháng (38%, 394/1033 được xuất viện về nhà để chết). Sự tăng trưởng số lượng tử vong được báo cáo hàng năm có ý nghĩa thống kê ($t = -7.45$, $df = 11$, $p < 0,001$) [157].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong trong bệnh viện 24 giờ sau nhập viện là không cao hơn kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai và Việt Đức, sự khác biệt này bởi lẽ bệnh viện quận Thủ Đức bây giờ là bệnh viện hạng 2, lượt khám chữa bệnh còn thấp, mô hình bệnh tật ít bệnh nặng và thường chuyển viện đối với các bệnh nặng vượt quá khả năng điều trị. Dường như việc công bố tỷ lệ tử vong bệnh viện 24 sau nhập viện của các đơn vị chăm sóc sức khỏe được xem là rất hạn chế, do đó số liệu về các yếu tố này thường không đầy đủ.

Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tình hình tử vong bệnh viện tại Mỹ cho thấy tỷ lệ tử vong bệnh viện năm 2000 là 2,5% và 2,0% trong năm 2010 [100]. Tuy nhiên, hiện nay trên thế giới tỷ lệ tử vong trong bệnh viện không chỉ tính trong vòng 24 giờ sau nhập viện mà còn tính sau 30 ngày, điều này cho thấy hiệu quả lâm sàng không chỉ đánh giá trong phạm vi bệnh viện mà còn đánh giá sau khi người bệnh ra viện, do đó tỷ lệ tử vong bệnh viện phải được công thêm tỷ lệ tử vong bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về, như vậy, ta có thể có được tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của người bệnh sau nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,784%; kết quả này cao hơn rất nhiều so với một nghiên cứu tại Anh, Úc, Hoa Kỳ, Hà Lan với kết quả tương ứng là: 0,33%; 0,36%; 0,42%; 0,64% [142].

4.1.4. Hiệu suất

Thời gian lưu trú trung bình tại bệnh viện thường được sử dụng như một chỉ

số về hiệu suất. Thời gian lưu trú ngắn hơn sẽ giảm chi phí cho mỗi lần điều trị và dịch vụ chăm sóc. Nó thường được đo bằng cách chia tổng số ngày nằm viện cho tất cả bệnh nhân nội trú trong một năm bởi số lượng người bệnh điều trị nội trú. Các trường hợp xuất viện trong ngày bị loại trừ. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số ngày điều trị nội trú trung bình/người bệnh là 5,76 ngày thấp hơn ngày điều trị trung bình/người bệnh tại Đức là 7,6 ngày và ở Mỹ 6,0 ngày, nhưng cao hơn ngày điều trị trung bình/người bệnh tại Estonia 5,5 ngày, so với ngày điều trị trung bình/người bệnh tại Nhật Bản thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều (16,5 ngày), đây là số liệu báo cáo của Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế [136]. Một nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Cẩm Tú (2011) tại 4 bệnh viện huyện ở tỉnh Hải Dương cho thấy bình quân ngày điều trị nội trú từ năm 2009, 2010 và 2011 của bệnh viện Bình Giang lần lượt là 6,5 - 6,0 - 7,0 ngày; tại bệnh viện Nam Sách là 6,2 - 5,5 - 5,9 ngày; tại bệnh viện Gia Lộc lần lượt là 5,6 - 5,0 - 5,0 ngày; tại bệnh viện Kinh Môn lần lượt là 4,7 - 5,4 - 3,1 ngày. Ngày điều trị trung bình của các bệnh viện tuyến huyện thuộc tỉnh Hải Dương từ năm 2009 - 2011 lần lượt là 6,6 ngày (2009), 5,9 ngày (2010), 6,2 ngày (2011) [52]. Số ngày điều trị trung bình/người bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức nhỏ hơn so với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Cẩm Tú, tuy cùng là bệnh viện quận/huyện nhưng số liệu này cho thấy hiệu suất của bệnh viện quận Thủ Đức cao hơn các bệnh viện tại tỉnh Hải Dương.

Ngoài số ngày điều trị nội trú trung bình/người bệnh, thì chỉ số công suất giường bệnh được nhiều bệnh viện Việt Nam sử dụng để đánh giá hiệu suất bệnh viện, qua chỉ số này người quản lý sẽ biết được mức độ quá tải điều trị nội trú của bệnh viện, từ đó có những biện pháp cải thiện. Một nghiên cứu của tác giả Mai Thị Thúy Hào (2008) tại bệnh viện huyện Hoài Đức, Hà Nội cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện này trong năm 2007 là 121% [26]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu (2011) cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng tỉnh Bình Định từ năm 2008 đến 2010 lần lượt là 39% - 46,73% - 37,5% và ngày điều trị trung bình từ năm 2008 là 18 ngày; 2009 là 20,02 ngày và năm 2010 là 18,76 ngày [49]. Trong nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thu Mai (2015) cho thấy công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện đa khoa Đồng Tháp luôn đạt từ mức 111,29% đến 120,33% (số liệu năm 2014) [34]. Nghiên

cứu tại Iran cho thấy công suất sử dụng giường bệnh tại nước này đang có chiều hướng tăng nhẹ trong ba năm 2006 – 2008 và công suất sử dụng giường bệnh trong ba năm này là 50,04 (2006); 51,74 (2007) và 57,83 (2008), với hiệu suất sử dụng giường bệnh như vậy được đánh giá trong nghiên cứu là ở mức an toàn [107]. Công suất giường bệnh giữa một số bệnh viện trong nước thường cao hơn các bệnh viện nước ngoài, đây là một thực trạng ngày càng diễn ra nhiều và nó thể hiện một sự quá tải điều trị nội trú tại các bệnh viện Việt Nam. Tuy nhiên, việc sử dụng giường bệnh không hết công suất cũng là một sự lãng phí, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy công suất sử dụng giường bệnh chưa đạt 100%, do đó cần có sự can thiệp để sử dụng tối đa công suất của giường bệnh giúp hạn chế sự lãng phí trong bệnh viện.

Tại Việt Nam, việc công khai chi phí hoạt động trong bệnh viện không được phổ biến, do đó thông tin về chi phí hoạt động tại bệnh viện Việt Nam rất hạn chế. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tổng tiền sử dụng văn phòng phẩm thấp hơn nhiều so với tổng số tiền hao phí được sử dụng trong bệnh viện. Một nghiên cứu của tác giả David U. Himmelstein và cộng sự (2014) đã so sánh các chi phí này trên 8 quốc gia để tiến hành phân tích đầy đủ về chi phí quản lý bệnh viện: Canada, Anh, Scotland, xứ Wales, Pháp, Đức, Hà Lan và Hoa Kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng chi phí hành chính chiếm 25,3% tổng chi tiêu của các bệnh viện Hoa Kỳ - tỷ lệ này đang tăng lên. Tiếp theo là Hà Lan (19,8%) và Anh (15,5%), cả hai đều đang chuyển sang các hệ thống thanh toán định hướng thị trường. Scotland và Canada, có hệ thống thanh toán cho các hoạt động bệnh viện bằng ngân sách, với các khoản tài trợ riêng cho chi phí hoạt động, có chi phí hành chính thấp nhất. Chi phí ở mức trung bình là Pháp, Đức và ở xứ Wales [103].

4.1.5. Hướng về nhân viên

Theo WHO, hệ thống y tế có 6 thành phần cơ bản: Cung ứng dịch vụ; nhân lực y tế; hệ thống thông tin y tế; các sản phẩm y tế, vắc xin, dược phẩm, trang thiết bị và công nghệ y tế; tài chính y tế; quản lý/điều hành [163]. Nguồn NLYT được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống. Nguồn nhân lực có mối liên hệ rất chặt chẽ và không thể thiếu đối với các thành phần khác của hệ thống y tế. Phát triển nguồn nhân lực không chỉ thông qua đào tạo, mà còn phải

sử dụng, quản lý một cách phù hợp để cung cấp hiệu quả các dịch vụ y tế đến người dân [15].

Qua các nghiên cứu, yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với công việc của nhân viên thường được các tác giả đề cập như: Điều kiện làm việc, sự tham gia đưa ra các quyết định, các mối quan hệ với lãnh đạo và đồng nghiệp, thu nhập, địa vị xã hội, khối lượng công việc và chất lượng quản lý. Đồng thời các tác giả cũng khuyến cáo cải thiện các khía cạnh này sẽ cải thiện sự hài lòng đối với công việc và giúp làm giảm sự thiếu hụt nguồn nhân lực tại các bệnh viện.

Đặc biệt trong bối cảnh đang có sự thu hút nguồn nhân lực về các bệnh viện và chảy máu chất xám từ các bệnh viện công. Do đó, nhân lực y tế ngày càng là thành tố quan trọng của mỗi bệnh viện, nhằm đạt được mục tiêu đề ra và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế sẽ đảm bảo duy trì đủ nguồn lực, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế là chưa cao (53,1%) hay ở mức trung bình hài lòng là $3,03 \pm 0,41$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thấp hơn kết quả của tác giả Phạm Thị Phương Thảo và cộng sự, tỷ lệ hài lòng của điều dưỡng là 84,44% [48]. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Bình (2016) cho thấy tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum là 86,2% [4]. Sự khác nhau về hài lòng trong công việc của nhân viên y tế, trong các nghiên cứu thay đổi tùy theo địa điểm của các nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Nhuận tại huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh phúc, năm 2008 cho thấy nhân viên y tế chưa thực sự hài lòng đối với công việc, tỷ lệ hài lòng từng yếu tố đạt thấp: Lương và phúc lợi (32,4%); cơ sở vật chất (39,4%); kiến thức, kỹ năng và kết quả công việc (50%); quan hệ với lãnh đạo (52,1%); học tập, phát triển và khẳng định (50%); môi trường tương tác của cơ quan (53,5%); quan hệ với đồng nghiệp (67,6%) [37].

4.1.6. Quản trị hiệu quả

Lập kế hoạch là một chức năng và cũng là một hoạt động quan trọng của bất kỳ bệnh viện nào, lập kế hoạch có tính khoa học, hợp lý, dựa trên các bằng chứng cụ thể, sẽ tiết kiệm được nguồn lực, qua đó nâng cao được hiệu quả của hoạt động bệnh viện. Quá trình thu thập thông tin, phân tích tình hình lập kế hoạch của các khoa phòng, nhận thấy số lượng kế hoạch ở các khoa/phòng còn chưa được đầy đủ.

Tỷ lệ kế hoạch đạt là 37,0% ở tất cả các khoa/phòng.

Kế hoạch 6 tháng được thực hiện nghiêm túc hơn nên số mục đạt trong kế hoạch cũng cao hơn. Mặt khác kế hoạch 6 tháng do bệnh viện có yêu cầu bắt buộc phải làm, và có thực hiện theo dõi và đôn đốc cũng sát sao hơn nên các đơn vị thực hiện việc lập kế hoạch 6 tháng tốt hơn. Hình thức lập kế hoạch ở đây đã thực hiện là hình thức lập kế hoạch từ dưới lên.

Việt Nam đang bước vào thời kỳ hội nhập với những bước chuyển mình đáng kể trong đó có lĩnh vực y tế, kỹ năng lãnh đạo là một nghệ thuật đòi hỏi các nhà lãnh đạo, quản lý phải rèn luyện để nâng tầm bắt kịp xu hướng phát triển. Các kỹ năng quản trị chung, kỹ năng giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ, kỹ năng tư duy, theo nhà lãnh đạo, quản lý giúp họ đối phó với những đối thủ mới nổi và các phương pháp cộng tác mới để tăng doanh thu. Khảo sát ban đầu của chúng tôi về kỹ năng lãnh đạo của các trưởng/phó khoa phòng trong bệnh viện, kết quả cho thấy kỹ năng lãnh đạo đang ở mức vừa ($18,30 \pm 1,81$ điểm), trong đó 3 kỹ năng lãnh đạo được khảo sát đều có điểm trung bình ở mức vừa. Kết quả này phản ánh một thực trạng cần phải can thiệp, để đáp ứng với nhu cầu phát triển của bệnh viện và xu thế đổi mới hiện nay.

4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG CỦA BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC

Chúng tôi định hướng chiến lược hoạt động bệnh viện qua việc xây dựng kế hoạch trung hạn của tổ chức (5 năm), chia thành nhiều giai đoạn (năm, quý), năm 2017 chúng tôi đánh giá thực trạng bệnh viện những vấn đề chính sau:

Bệnh viện quận Thủ Đức là bệnh viện đa khoa hạng 1 theo phân hạng của Bộ y tế (thẩm định và công nhận năm 2014).

Nhân sự bệnh viện là 1749 người. Trong đó, Bác sĩ 444 người (Chuyên khoa II 35 người; Thạc sĩ/Chuyên khoa I là 81 người); dược sĩ đại học 12, trung học 65 người; điều dưỡng 598 người, trình độ cử nhân là 88 người, cao đẳng là 181 người, trung cấp là 329 người; kỹ thuật viên y là 117 người trong đó trình độ cử nhân là 51 người, cao đẳng là 14 người, trung cấp là 52 người; hộ sinh là 57 người trong đó trình độ cử nhân là 4 người, cao đẳng là 9 người, trung cấp là 44 người; Cơ cấu nhân sự nữ 1137 chiếm tỷ lệ 65,0%. Độ tuổi trung bình dưới 30 tuổi chiếm ¼ tổng

số nhân sự.

Mỗi ngày Khoa cấp cứu tiếp nhận từ 100 đến 120 lượt, với nhiều loại bệnh khác nhau, các bệnh nặng từ các bệnh viện trong khu vực và lân cận chuyển đến. Đặc biệt, các bệnh lý đột quy, đa chấn thương, rắn cắn và bệnh lý tim mạch được Sở Y tế giao là bệnh viện tuyến cuối tiếp nhận các nơi chuyển đến. Số lượt bệnh nhân đến khám chữa bệnh ngoại trú tăng lên hàng ngày, trung bình mỗi ngày bệnh viện tiếp nhận khoảng 5.500 đến 6.000 lượt. Số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại bệnh viện mỗi ngày mỗi đông, đặc biệt là người bệnh ở các tỉnh Miền Tây, Miền Đông năm bộ. Số lượt bệnh nhân điều trị nội trú đạt 800 giường kế hoạch, với công suất sử dụng giường bệnh 102,7%. Bệnh viện phát triển chuyên môn theo chiều rộng lẫn chiều sâu tất cả các chuyên khoa, trong đó có các chuyên khoa sâu như: Tim mạch can thiệp, mổ tim hở, hồi sức nhi – sơ sinh, ngoại thần kinh, ung thư, chất thương chỉnh hình, tiết niệu. Đã được hội đồng Sở y tế Thành phố thẩm định và phê duyệt cho phép thực hiện 15.593 danh mục kỹ thuật trên tổng số 18.244 danh mục kỹ thuật của Bộ y tế. Năm 2017, đã thực hiện được 21.387 phẫu thuật.

Cơ sở vật chất bệnh viện là 11.852 m². Có 4 dãy nhà, khu A: xây dựng và đưa vào hoạt động năm 2004, có 3 tầng được xây dựng trên khuôn viên 1.000 m², tổng diện tích sàn xây dựng là 3.000 m²; khu C: xây dựng và đưa vào hoạt động năm 2010, có 4 tầng được xây dựng trên khuôn viên 300 m², tổng diện tích sàn xây dựng là 1.200 m²; khu C: xây dựng và đưa vào hoạt động năm 2014, có 7 tầng được xây dựng trên khuôn viên 800 m², tổng diện tích sàn xây dựng là 5.600 m²; khu D: xây dựng trước năm 1975 (tiền thân trạm xá y tế), nhà trệt trên khuôn viên 2.200 m².

Số thu năm 2017 đã vượt qua xu hướng tăng trưởng bình quân các năm giai đoạn 2011-2017, cụ thể: tổng thu năm 2017 tăng 1,32 lần so với tổng thu năm 2016 và tăng gấp 3,56 lần so với tổng thu năm 2015. Tổng thu năm 2017 tăng mạnh là do Bệnh viện triển khai nhiều dịch vụ kỹ thuật mới, chuyên sâu với các hệ thống máy móc trang thiết bị hiện đại đã tạo niềm tin cho nhân dân dẫn đến số lượt khám bệnh, chữa bệnh và quy mô hoạt động của Bệnh viện đã phát triển nhanh chóng. Bên cạnh đó, chính sách thông tuyến BHYT và chính sách thay đổi giá thu dịch vụ y tế cũng phần nào tác động đến nguồn thu của Bệnh viện.

Tỷ trọng của chi thường xuyên trên số thu năm 2017 giảm 12,6% so với năm 2016, cho thấy chi phí năm 2017 đã được sử dụng tiết kiệm và hiệu quả hơn năm 2016. Tuy nhiên, mức chi cho con người vẫn được đảm bảo và được cải thiện tăng 27% so với năm 2016. Thu nhập bình quân toàn bệnh viện đã được cải thiện, thu nhập bình quân tháng của bác sĩ tăng từ 17,7 triệu đồng (2016) lên 19,2 triệu đồng (2017), thu nhập bình quân tháng của điều dưỡng tăng từ 10,1 triệu đồng (2016) lên 11,5 triệu đồng (2017).

Công tác đầu tư, nâng cấp máy móc trang thiết bị, cơ sở hạ tầng đóng vai trò quan trọng trong chiến lược, kế hoạch phát triển ngắn hạn và dài hạn của Bệnh viện nhằm đảm bảo việc duy trì và liên tục nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Bệnh viện đã trích lập 36% từ chênh lệch thu chi bổ sung nguồn Quỹ Phát triển sự nghiệp để thực hiện đầu tư, nâng cấp máy móc, trang thiết bị, cơ sở hạ tầng phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh. Tổng giá trị tài sản Bệnh viện đã đầu tư đến năm 2017, là hơn 369 tỷ đồng (so với 2011 là 6 tỷ đồng), nguồn kinh phí đầu tư do Bệnh viện tự cân đối từ nguồn thu của hoạt động khám chữa bệnh và không xin nguồn hỗ trợ từ Ngân sách cho hoạt động đầu tư, mua sắm trang thiết bị. Trong đó, đầu tư cho thiết bị chuyên môn là chủ yếu, chiếm 57% tổng đầu tư; riêng năm 2017, tổng số đầu tư là hơn 119,6 tỷ đồng tương đương 32%/tổng giá trị tài sản.

Hiện tại, danh mục đầu tư trang thiết bị y tế theo nhu cầu của bệnh viện đa khoa. Các trang thiết bị được đầu tư hiện đại như: Trang thiết bị phòng mổ (sử dụng trong phẫu thuật), máy C-Arm, bàn mổ xuyên tia X là những trang thiết bị tiên tiến thiết yếu sử dụng khi mổ các bệnh lý cơ, xương, khớp, kính hiển vi phẫu thuật, máy khoan sọ não, hệ thống máy nội soi mới, hiện đại (máy nội soi khớp, cột sống, ngoại tổng quát, tai mũi họng, hệ thống máy gây mê và theo dõi trong khi mổ; các máy chẩn đoán hình ảnh, máy siêu âm Doppler màu – trắng đen – 3D, máy chụp CT Scanner (256 lát cắt, 128 lát cắt), máy chụp cộng hưởng từ (MRI 3.0, 1,5 tesla), máy chụp động mạch máu xóa nền (DSA), hệ thống thu thập lưu trữ hình ảnh PACS, máy X-Quang kỹ thuật số thế hệ mới; phòng xét nghiệm được trang bị máy phân tích huyết học, máy xét nghiệm sinh hoá, miễn dịch, vi sinh, sinh học phân tử hiện đại; thăm dò chức năng, hệ thống nội soi dạ dày đại tràng, hệ thống nội soi khí phế quản, máy đo điện cơ, máy đo điện tim, máy đo mật độ xương thế hệ mới; hệ

thống trang thiết bị hồi sức và cấp cứu hiện đại; và nhiều trang thiết bị hiện đại phục vụ cho công tác chuyên môn sâu.

Năm 2013, đạt chứng nhận Hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001:2008; mỗi hai năm bệnh viện được thẩm định và tiếp tục đạt giấy chứng nhận cho đến hiện nay. Hàng năm, Sở y tế Thành phố đánh giá chất lượng khám chữa bệnh theo 83 tiêu chí chất lượng khám chữa bệnh của Bộ y tế, bệnh viện luôn đứng đầu đối với các bệnh viện quận/huyện và top 10 của tất cả các bệnh viện công tư trong Thành phố. Năm 2016, bệnh viện đạt giải nhì, giải ba và giải khuyến khích giải thưởng chất lượng khám chữa bệnh của ngành y tế Thành phố. Bệnh viện thường xuyên báo cáo chia sẻ kinh nghiệm quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại các hội nghị do Bộ y tế, các Tỉnh/Thành phố và bệnh viện đầu ngành tổ chức. Ngoài ra, mô hình còn tạo thương hiệu cho bệnh viện. Trên các phương tiện truyền thông thường thông tin những trường hợp bệnh hay do bệnh viện cấp cứu hoặc điều trị.

4.2.1. An toàn người bệnh

Xây dựng và triển khai phác đồ điều trị, lúc đầu triển khai phác đồ trong toàn bệnh viện và bình toa thuốc điều trị hàng tháng. Tình trạng chẩn đoán sai, chẩn đoán không phù hợp với chỉ định có giảm. Giải pháp tốt nhất để giải quyết vấn đề trên là sử dụng công nghệ thông tin để triển khai nguyên lý “làm đúng ngay từ đầu”, sẽ tự động hóa phác đồ điều trị, hỗ trợ các bác sĩ chẩn đoán và điều trị cho người bệnh theo phác đồ điều trị. Mỗi mã quốc tế ICD 10, gắn với một phác đồ điều trị tương ứng, gồm: Thuốc, vật tư và cận lâm sàng. Tránh được hiện tượng lạm dụng, sai sót hay nhầm lẫn; kiểm soát bệnh nhân khám nhiều chuyên khoa trong cùng một lúc, tình trạng “trùng hoạt chất”, “tương tác thuốc” và đảm bảo an toàn cho người bệnh hơn.

Xây dựng và tuân thủ các qui trình chuyên môn kỹ thuật cho bác sĩ và điều dưỡng trong khám điều trị cho người bệnh, được thực hiện cùng lúc với xây dựng và triển khai phác đồ điều trị. Kiểm tra, giám sát việc tuân thủ các qui trình để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Xây dựng qui trình kiểm soát nhiễm, các bảng kiểm để kiểm tra, giám sát chặt chẽ tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện.

Trang thiết bị y tế luôn phải hoạt động 24/24, do đó đề quá trình vận hành

luôn luôn được diễn ra một cách chính xác để đảm bảo chất lượng điều trị, kịp thời, đòi hỏi phải có một hệ thống bảo trì, bảo quản và vận hành tốt. Hoạt động xây dựng qui trình và triển khai bảo trì, bảo dưỡng trang thiết bị y tế, trang thiết bị hành chính từ khâu vận hành, đến khâu hỗ trợ dự phòng khi trang thiết bị hư hỏng. Máy móc luôn được phát hiện sớm các lỗi và được sửa chữa ngay; quá trình vận hành được kỹ thuật viên chú ý và cẩn trọng hơn, tránh gây ra lỗi cho máy. Các trang thiết bị luôn trong tư thế sẵn sàng, các lỗi nhỏ trong quá trình vận hành được phát hiện sửa chữa kịp thời, độ chính xác của trang thiết bị luôn trong ổn định đảm bảo chất lượng điều trị. Kết quả trang thiết bị luôn đảm bảo chất lượng điều trị, luôn trong trạng thái sẵn sàng hoạt động phục vụ người bệnh.

Kết quả nghiên cứu can thiệp của chúng tôi cho thấy, vấn đề an toàn người bệnh đã được cải thiện rõ nét, bằng chứng là tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện toàn viện giảm được 79,5%, trong đó tỷ lệ nhiễm khuẩn đường hô hấp đã giảm 78,79% so với trước khi can thiệp, không còn nhiễm khuẩn đường tiết niệu (bảng 3.26). Mặc dù, nhiễm khuẩn bệnh viện bị tác động bởi các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi già, miễn dịch cơ thể, thời gian nằm viện, bệnh lý kèm theo, tần suất tiếp xúc với môi trường y tế, thủ thuật xâm lấn, môi trường không khí, thiết bị trong cơ sở y tế và điều trị trong đơn vị chăm sóc đặc biệt. Khi so sánh với các kết quả nghiên cứu khác thì chúng tôi nhận thấy, kết quả này rất thấp so với kết quả của tác giả Đoàn Xuân Quảng (2013) tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 7,7% [39]; thấp hơn so với tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Việt Nam (5,7%-11,5%)[12], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2010) tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 4,4% [30]; tác giả Lại Văn Hoàn (2011) tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 5,66% [28], của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự (2011) tại khoa Hồi sức sơ sinh - bệnh viện Nhi Đồng 1 Tp. Hồ Chí Minh cho thấy, trong 892 bệnh nhi được điều tra thì có đến 111 trường hợp có nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ 12,4% [23]. Sự khác biệt này một phần là do khác nhau về địa điểm nghiên cứu, thời gian nghiên cứu, cộng với sự can thiệp của chúng tôi nhằm cải thiện tỷ lệ nhiễm khuẩn tại bệnh viện được tiến hành xuyên suốt và thường xuyên.

Phân tích các yếu tố, tác nhân ảnh hưởng đến việc tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế, chúng tôi nhận thấy yếu tố môi trường đã có ảnh

hướng đến việc tuân thủ quy trình chăm sóc của các điều dưỡng như: Mất thời gian chuẩn bị dụng cụ chăm sóc, bố trí phương tiện chăm sóc không hợp lý. Đặc điểm của công cụ 5S là tạo sự thông thoáng cho nơi làm việc, đỡ mất thời gian cho việc tìm kiếm vật tư, hồ sơ, cũng như tránh sự nhầm lẫn, sai sót, các thiết bị vật tư hoạt động trong môi trường phù hợp với tiêu chuẩn chất lượng an toàn. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Shogo Kanamori và cộng sự (2015) tại Senegal cũng cho thấy áp dụng công cụ 5S sẽ cải thiện môi trường làm việc trong y tế [110]. Chính vì vậy, sử dụng công cụ 5S và tiêu chuẩn hóa công việc, để cải thiện môi trường làm việc một cách khoa học, và giảm thời gian tìm kiếm của nhân viên y tế, cùng với đó là các quy trình chăm sóc được xây dựng rõ ràng, cụ thể và dễ thực hiện đối với người điều dưỡng, nên đã hạn chế thực hiện sai quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế. Sau quá trình can thiệp, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc của nhân viên y tế đã được cải thiện, hiệu quả can thiệp lớn nhất là ở kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc (tăng 26,5%), các kỹ thuật khác đều có tỷ lệ tuân thủ trên 90%, cao nhất là ở kỹ thuật tiêm truyền 98,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Tuy kết quả can thiệp của chúng tôi trên đối tượng nghiên cứu đạt ở mức khá cao nhưng vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ về việc không tuân thủ kỹ thuật chăm sóc (cao nhất là kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc 8,7%), do đó, bệnh viện cần phải duy trì hiệu quả của các biện pháp can thiệp, nhân rộng hiệu quả và củng cố vai trò quan trọng của các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ quy trình kỹ thuật chăm sóc, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức. Kết quả sau can thiệp của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Kim Oanh (2012) là 54,7% [38]; kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Lâm Quốc Tuấn (2015), tỷ lệ đạt tuân thủ kỹ thuật tiêm bắp là 62,0% và tiêm tĩnh mạch là 59,6% [55].

4.2.2. Người bệnh làm trung tâm

Kết hợp công cụ 5 tại sao, quản lý dòng giá trị, tự động hóa và quản lý trực quan, chúng tôi làm rõ các yếu tố cần can thiệp để nâng cao sự hài lòng của người bệnh. Yếu tố thời gian chờ đợi của người bệnh được chúng tôi làm rõ qua việc khảo sát thời gian chờ đợi trước can thiệp qua các khâu: Đăng ký khám bệnh, chờ khám

bệnh, chụp X_quang, làm siêu âm, nhận kết quả xét nghiệm, lãnh thuốc, đóng viện phí ra viện, chờ phẫu thuật từ cấp cứu chuyển lên, chờ nhập khoa điều trị. Nghiên cứu của tác giả Siti Haizatul Aishah Haron (2015), tác giả Rhonda R Lummus (2006) đã chỉ ra rằng, quản lý dòng giá trị là một công cụ hiệu quả trong việc giảm thời gian chờ đợi của người bệnh [101], [125]. Qua phân tích vấn đề, nhóm đã xác định được các nguyên nhân chính ảnh hưởng đến thời gian chờ đợi khám chữa bệnh của người bệnh là: Nhóm nguyên nhân cán bộ y tế, nhóm nguyên nhân người bệnh, nhóm nguyên nhân máy móc trang thiết bị, nhóm nguyên nhân bố trí vị trí cơ sở vật chất. Trong đó nguyên nhân gốc rễ có thể can thiệp được như: Quy trình khám chữa bệnh còn những khâu có thể rút ngắn được, vị trí đặt phòng lấy mẫu và xét nghiệm chưa phù hợp, khu vực làm cận lâm sàng chưa hợp lý, cơ sở vật chất chật hẹp, thiếu hệ thống thông tin hướng dẫn quy trình khám bệnh, thói quen của người bệnh. Tại khu vực xét nghiệm, cận lâm sàng mất nhiều thời gian chờ lấy kết quả (trung bình $39,10 \pm 9,17$ phút ở xét nghiệm; $40,72 \pm 9,41$ phút ở siêu âm; $44,72 \pm 8,04$ phút ở X quang). Nguyên nhân được xác định do khu vực lấy bệnh phẩm và sắp xếp chưa hợp lý, thiếu bản hướng dẫn, xếp giấy, trả kết quả. Phòng lấy bệnh phẩm chật hẹp (10m^2), người bệnh chen chúc tại một vị trí vừa xếp giấy, lấy máu, cầm ống nước tiểu, trả kết quả, chờ gọi số vào làm chẩn đoán hình ảnh, giải quyết các trường hợp xếp nhầm giấy và nhiều vấn đề khác, trong khi cơ sở hạ tầng chật hẹp không có khả năng coi nói.

Nghiên cứu đã đạt được các mục tiêu đề ra, kết quả thu thập và đánh giá, sau can thiệp thời gian chờ đợi trung bình của người bệnh đã giảm rõ rệt ở từng giai đoạn, như chờ đăng ký khám bệnh, chờ đóng viện phí ra viện, chờ nhập khoa điều trị được loại bỏ hoàn toàn thời gian chờ đợi; còn chờ khám bệnh giảm được 1,14% thời gian chờ đợi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê; chờ chụp X quang thì giảm được 22,23% thời gian chờ đợi ($34,78 \pm 12,18$ phút); chờ làm siêu âm thì giảm được 12,52% thời gian chờ đợi ($35,62 \pm 20,38$ phút); chờ nhận kết quả xét nghiệm giảm được 5,96% thời gian chờ đợi ($36,77 \pm 16,82$ phút); chờ lãnh thuốc giảm được 70,68% thời gian chờ đợi ($8,13 \pm 23,22$ phút); chờ phẫu thuật từ cấp cứu lên giảm được 28,71% thời gian chờ đợi ($403,52 \pm 377,38$ phút). Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn cao so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn

Thị Phương Thảo và cộng sự (2015), thời gian chờ đăng ký khám bệnh là $3,00 \pm 2,45$ phút; chờ lấy số thứ tự $11,16 \pm 8,72$ phút; nộp tiền khám và tiền thuốc $6,96 \pm 4,09$ phút; chờ phát/lĩnh thuốc $5,52 \pm 2,58$ phút; đợi làm xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh $22,11 \pm 19,21$ phút; chờ khám bệnh $25,76 \pm 17,55$ phút; chờ kết quả cận lâm sàng $107,20 \pm 7,70$ phút [47], sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện đa khoa với đầy đủ các kỹ thuật, số lượng bệnh nhân rất đông và mô hình bệnh tật đa dạng, còn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo là ở bệnh viện chuyên khoa Da Liễu Trung ương nên các bệnh chỉ tập trung vào chuyên khoa da liễu, các cận lâm sàng cũng như quy trình khám chữa bệnh khác với chúng tôi.

Tự động hóa, quản lý trực quan là hai công cụ được bệnh viện chú trọng trong cải tiến chất lượng bệnh viện liên tục và xây dựng “Khoa khám bệnh thông minh”, tất cả thông tin khám chữa bệnh của người bệnh được mã hóa và lưu trữ trong hệ thống quản lý khám chữa bệnh của bệnh viện, chính vì vậy góp phần giảm thời gian chờ đợi và khám bệnh của người bệnh mỗi khi đến bệnh viện.

Kết hợp các công cụ kho tại chỗ, quản lý dòng giá trị, phân tích ABC và VEN bằng công cụ tự động hóa, trong việc cung ứng thuốc và vật tư theo yêu cầu của người bệnh, giảm thời gian chờ kết quả xét nghiệm, chất lượng kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh được quản lý nghiêm ngặt theo đúng kiểm chuẩn, chính xác hơn. Ngoài ra, để đảm bảo thiết bị luôn trong trạng thái sẵn sàng, chúng tôi sử dụng công cụ duy trì hiệu suất tổng thể, môi trường làm việc trực quan và công cụ 5S.

Kết quả khảo sát sau khi tiến hành các giải pháp cơ sở vật chất, trang thiết bị cho thấy, sau can thiệp điểm trung bình hài lòng của người bệnh ngoại trú với cơ sở vật chất của bệnh viện tăng lên $4,00 \pm 0,75$ cao hơn hẳn $3,16 \pm 0,52$ trước can thiệp; đồng thời tỷ lệ người bệnh ngoại trú hài lòng chung cũng cao hơn trước can thiệp là 65,8% và sau can thiệp là 87,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ (OR: 3,48; KTC: 2,51 – 4,81), tương tự tỷ lệ hài lòng của người bệnh nội trú cao hơn trước can thiệp 82,8% và sau can thiệp là 88,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (OR: 1,63; KTC: 1,04-2,54). Tỷ lệ hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu sau can thiệp của chúng tôi vẫn còn thấp hơn của tác giả Lê Nữ Thanh

Uyên và Trương Phi Hùng (2005) tỷ lệ hài lòng là 90,0% [59], tác giả Nguyễn Hiếu Lâm (2011) tỷ lệ hài lòng nội trú là 91,5% [32]; tác giả Trương Ngọc Hải tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh là 98,04% [24].

Kết quả ở bảng 3.30 và 3.32 cho thấy, sự thay đổi về hài lòng của người bệnh ngoại trú và nội trú có ý nghĩa thống kê. Để có thể lượng hóa chất lượng khám chữa bệnh của người bệnh nhận được thông qua các yếu tố cấu thành nên chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện, nghiên cứu sử dụng phép kiểm định thống kê T-test đối với biến phân phối chuẩn và kiểm định Mann-Whitney U đối với biến phân phối không chuẩn với 2 giá trị điểm trung bình trước và sau khi can thiệp.

Ngoài ra, sau can thiệp tỷ lệ không hài lòng chung của người bệnh ngoại trú là 13,0% và nội trú là 11,3%. Điều này cho thấy, mặc dù sự can thiệp làm tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh, nhưng để duy trì và phát triển bệnh viện, cần sự cải tiến liên tục để nâng cao sự hài lòng của người bệnh, cũng như chất lượng khám chữa bệnh.

Chúng tôi xây dựng nhóm nhân viên xã hội với các nhiệm vụ:

- Hỗ trợ, giúp đỡ bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân khi đi vào bệnh viện. Trong giờ hành chính, nhóm đứng ở các khu vực trong bệnh viện để giúp đỡ người bệnh và thân nhân người bệnh. Ngoài giờ hành chính, có nhân viên trực để hỗ trợ khi cần.

- Giải quyết các trường hợp người bệnh không có khả năng thanh toán viện phí, các trường bệnh nhân nặng vô danh, bệnh nhân không có người thân. Mua thẻ bảo hiểm cho các đối tượng nghèo, không có người thân thường xuyên đến khám tại bệnh viện. Nguồn kinh phí huy động từ sự đóng góp của các nhà hảo tâm, các nhà tài trợ, các công ty có hợp tác với bệnh viện.

- Mỗi bệnh nhân khi vào viện được ghi lại số điện thoại. Khi bệnh nhân ra viện, nhân viên xã hội gọi điện thoại để hỏi thăm người bệnh, góp ý về các dịch vụ bệnh viện cung cấp và dặn dò tuân thủ điều trị, tái khám theo hẹn.

- Nhân viên xã hội trực đường dây nóng 24/7, tiếp nhận những than phiền, bức xúc của người bệnh, giải đáp thắc mắc, tư vấn sức khỏe. Nếu vấn đề tư vấn thuộc chuyên khoa, nhân viên liên hệ với bác sĩ chuyên khoa của bệnh viện để tư vấn cho người bệnh.

Hoạt động của nhóm nhân viên xã hội đáp ứng được một trong những nhu cầu của người bệnh, đóng góp vào sự hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện.

Nhu cầu người bệnh từ cơ bản đến nâng cao được bệnh viện đáp ứng qua nhiều hình thức. Các tiện ích cho người bệnh được triển khai tại bệnh viện như: Siêu thị mini phục vụ 24/7, canteen, dịch vụ vận chuyển, giặt là, wifi, photocopy miễn phí. Xây dựng mối liên hệ giữa người bệnh với nhân viên y tế được tiếp nối qua hoạt động của các câu lạc bộ theo nhóm bệnh, các kênh thông tin tiếp nhận các ý kiến góp ý, phản ánh của người bệnh. Mọi thông tin cung cấp cho người bệnh luôn công khai minh bạch. Chính việc thỏa mãn nhu cầu từ đó tăng sự hài lòng người bệnh đã trở thành một trong những thước đo hiệu quả công việc của nhân viên y tế và hiệu quả hoạt động bệnh viện thể hiện qua số liệu các chỉ số chất lượng của bệnh viện tăng dần theo thời gian.

4.2.3. Hiệu quả lâm sàng

Tận dụng “thời gian vàng” trong cấp cứu là rất quan trọng, tuy nhiên việc huy động hội chẩn chuyên môn sâu hoặc điều trị khẩn cấp chuyên môn thường mất nhiều thời gian di chuyển và thông báo. Chuẩn hóa quy trình ứng phó khẩn cấp và tự động hóa trong thông báo khẩn cấp trong bệnh viện. Chúng tôi xây dựng hệ thống kích hoạt báo động đỏ nội viện, ngoại viện, cùng với các quy trình cấp cứu bệnh nhân bị nguy kịch, phối hợp các bệnh viện đầu ngành khác (gọi là báo động đỏ liên viện). Hệ thống các chuông báo tự động, gồm có 3 nút chuông, chuông báo cấp cứu khẩn cấp, chuông báo về an ninh, và chuông báo cháy nổ được lắp đặt tại tất cả các khoa/phòng của bệnh viện; hệ thống này được trung tâm trực xử lý 24/7, chuông được quản lý bằng phần mềm; quản lý các thông tin kích hoạt. Với hệ thống chuông báo động khẩn cấp, chúng tôi cấp cứu nhanh các bệnh nhân diễn biến bệnh nặng đang điều trị các khoa và chuyển bệnh nhân về khoa hồi sức để tiếp tục được theo dõi và điều trị; cùng với đó là an ninh được đảm bảo hơn.

Công nghệ thông tin đã luôn giúp tăng tính an toàn trong khám chữa bệnh như: Tránh nhầm lẫn trong ghi chép hồ sơ bệnh án và kê toa thuốc điều trị, đảm bảo tính bảo mật thông tin cho người bệnh. Kết hợp giữa công cụ tự động hóa và chống sai lỗi, chúng tôi đã thành công trong việc triển khai phác đồ điều trị và chẩn đoán bệnh theo mã ICD 10. Do đó, tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp với chẩn

đoán ra viện đã giảm 28,84%; tỷ lệ chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán đã giảm 91,45%; tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp với chẩn đoán đã giảm 86,13%, ngoài ra cho thấy tỷ lệ tử vong bệnh viện sau 24 giờ sau nhập viện đã giảm rất rõ rệt từ 0,058% trước can thiệp còn 0,049% sau can thiệp (giảm 15,52%), tỷ lệ bệnh nhân tiên lượng tử vong xin về cũng giảm đến 2,47% so với trước can thiệp. Đồng thời so sánh với bệnh viện Thống Nhất (2010) thì tỷ lệ tử vong chung tại đây là 0,67% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này cũng dễ hiểu bởi, bệnh viện Thống Nhất chủ yếu chăm sóc sức khỏe cán bộ của Đảng, Nhà nước, cho các đoàn khách Quốc tế của trung ương Đảng và Chính phủ vào công tác tại khu vực phía Nam. Là tuyến cuối cùng tiếp nhận tất cả các trường hợp người bệnh đến cấp cứu, khám chữa bệnh nội trú thuộc diện bảo vệ chăm sóc sức khỏe của các tỉnh thành phố phía Nam, do đó mặt bệnh của bệnh viện Thống Nhất rất khác với bệnh viện quận Thủ Đức [57].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, công nghệ thông tin đóng vai trò quan trọng trong các khía cạnh khác nhau của quá trình chẩn đoán: Thu thập thông tin về bệnh nhân, thông báo quy trình chẩn đoán, bao gồm lịch sử lâm sàng và khai thác bệnh sử, khám sức khỏe và kết quả xét nghiệm chẩn đoán; hình thành quy trình làm việc của bác sĩ và ra quyết định trong quá trình chẩn đoán; và tạo điều kiện trao đổi thông tin, giao tiếp giữa các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân và gia đình của họ; lý luận lâm sàng và ra quyết định; phản hồi và theo dõi trong quá trình chẩn đoán [88], [144]. Sử dụng công nghệ thông tin để cải thiện hiệu quả điều trị đã được nhiều nhà nghiên cứu chứng minh là có ý nghĩa thật sự, tác giả Dowding và cộng sự (2012) đã phát hiện ra rằng công nghệ thông tin được kết hợp với tài liệu đánh giá nguy cơ loét ép đã cải thiện đáng kể việc giảm 13% toàn viện bị loét ép [87]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Fossum và cộng sự (2011), cho thấy áp dụng công nghệ thông tin trong việc giảm số lượng người bệnh bị suy dinh dưỡng khi nằm điều trị dài ngày [95]. Nghiên cứu của tác giả Jeffrey và cộng sự (2016) đã cho thấy rằng vai trò của công nghệ thông tin trong việc làm giảm tỷ lệ tử vong đối với người bệnh điều trị nội trú [129]. Tác giả Nir Menachemi và cộng sự (2009) tại 109 bệnh viện nhi toàn nước Mỹ cho thấy ứng dụng công nghệ thông tin đã thúc đẩy an toàn cho người bệnh lên 72,5% [131].

Tại Việt Nam, ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh luôn được Bộ Y tế chú trọng nhằm giảm phiền hà, thời gian chờ đợi, khám chữa bệnh của bệnh nhân; đồng thời nâng cao chất lượng công tác khám chữa bệnh trong các bệnh viện. Luật công nghệ thông tin đã được Quốc hội ban hành năm 2006, kèm theo đó là các nghị định, thông tư, quyết định về ứng dụng, hướng dẫn sử dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh [40], [18], [5], [6]. Đa số những văn bản này ra đời rất sớm, điều này cho thấy ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh đã được triển khai trong thời gian dài, nắm bắt tình hình đó, bệnh viện quận Thủ Đức đã ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh từ lúc mới thành lập. Tuy nhiên, khó khăn trong những bước đầu ứng dụng công nghệ thông tin khám chữa bệnh là không thể tránh khỏi, đến nay bệnh viện đã xây dựng được hệ thống tự động trong một số khâu khám chữa bệnh, giúp hạn chế thời gian chờ đợi của người bệnh, tránh sai sót trong kê toa, chẩn đoán, tiết kiệm được thời gian trong các thủ tục hành chính và đặc biệt khắc phục các lỗi gây xuất toán của cơ quan bảo hiểm y tế.

Công nghệ thông tin không chỉ tăng cường chất lượng chăm sóc và giảm sự cố có hại cho người bệnh, mà còn tiết kiệm được chi phí trong khám chữa bệnh tại bệnh viện. Theo đánh giá của RAND Health, ước tính nếu công nghệ thông tin được mở rộng trong y tế, thì sẽ tiết kiệm được 77 tỷ đô la mỗi năm cho hệ thống chăm sóc sức khỏe của Mỹ [102]. Việc sử dụng một số chuẩn quốc tế làm cơ sở xây dựng các phần mềm như: Mã phân loại quốc tế ICD-10 của Tổ chức y tế thế giới, mã thuốc ATC, chuẩn công nghệ thông tin y tế HL7, DICOM, đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc kết nối thông tin của người bệnh trong hệ thống quản lý bệnh viện, giúp cho việc xây dựng hồ sơ bệnh án điện tử tại bệnh viện được tốt hơn, cùng với đó là việc lưu trữ hình ảnh chẩn đoán bằng công nghệ thông tin đã cho thấy các lợi ích to lớn về cả kinh tế, hiệu quả điều trị và môi trường.

4.2.4. Hiệu suất

Dựa trên phác đồ điều trị sử dụng phương pháp 5 tại sao chúng tôi phân tích, tìm nguyên nhân gốc rễ của toa thuốc “nhiều tiền” cài đặt vào phần mềm giới hạn số tiền của mỗi toa thuốc. Bác sĩ ghi toa thuốc, không thể ghi số tiền cao hơn mã bệnh đã được khai báo. Nếu trường hợp cần thiết, hội chẩn trên phần mềm với

Phòng Kế hoạch tổng hợp, nếu hợp lý, có chức năng tự mở rộng tiền cho toa thuốc, được phép cho toa thuốc nhiều tiền hơn. Vì vậy, chúng tôi quản lý và giải trình được các toa thuốc nhiều tiền, quản lý được trần và quỹ bảo hiểm y tế. Giúp cho tăng nguồn thu của bệnh viện.

Cùng với phác đồ điều trị được tuân thủ là tính năng nhắc nhở ngày điều trị tương ứng mỗi phác đồ theo mã ICD 10 cho bác sĩ điều trị và trưởng khoa được tích hợp trong phần mềm. Vì vậy, chúng tôi kiểm soát được số ngày điều trị trung bình khi bệnh nhân nằm điều trị tại bệnh viện và đóng góp vào việc kiểm soát nhiễm trùng chéo giữa các bệnh nhân.

Bệnh án điện tử giảm chi phí trong việc lưu trữ hồ sơ bệnh án và in phim cho bệnh viện, do việc lưu trữ đều được số hóa bằng công nghệ thông tin.

Sử dụng thuốc hợp lý trong bệnh viện, là việc dùng thuốc đáp ứng được yêu cầu lâm sàng của người bệnh, đáp ứng được những yêu cầu về chất lượng, khả năng cung ứng và có giá cả phù hợp.

Với tính năng Phân tích ABC, phân tích VEN trên phần mềm, được tính toán tự động. Chúng tôi xác định ưu tiên cho hoạt động mua sắm và tồn trữ thuốc trong bệnh viện khi nguồn kinh phí không đủ để mua toàn bộ các loại thuốc như mong muốn. Công tác quản lý chi phí điều trị, vì thuốc chiếm tỉ lệ lớn trong tổng chi phí điều trị của bệnh viện, nhưng thuốc không được thu chênh lệch và phải tốn kém trong chi phí vận hành. Sử dụng các công cụ phân tích này, giúp nhân viên y tế hiểu rõ hơn hoạt động mua sắm và tồn trữ thuốc trong bệnh viện, dẫn đến sự đồng thuận với bệnh viện, chi phí điều trị của bệnh nhân giảm, vượt trần, vượt quỹ được kiểm soát tốt và bảo hiểm y tế đồng ý thanh toán.

Quản lý kho bằng công nghệ thông tin, góp phần dễ dàng triển khai kho tại chỗ hơn, tất cả các danh mục thuốc, vật tư y tế, trang thiết bị, máy móc được quản lý một cách tự động bằng công nghệ thông tin, sử dụng phần mềm từ lúc nhập vào kho bệnh viện, lưu kho, xuất kho, sử dụng cho người bệnh, nhân viên sử dụng, bảo hành, bảo trì và thanh lý. Quá trình cấp phát, bảo quản vật tư y tế, dược và các văn phòng phẩm được quản lý bằng phần mềm quản lý tổng thể bệnh viện. Với công cụ này, nên bệnh viện không bao giờ có tình trạng “mua về nhưng đơn vị sử dụng lại không có nhu cầu sử dụng” hoặc không bao giờ có tình trạng “tồn kho lâu” gây lãng

phí.

Công nghệ thông tin đã hỗ trợ Khoa Dược thực hiện tốt việc theo dõi, giám sát việc sử dụng, cấp phát thuốc theo từng liều cho bệnh nhân tại các khoa lâm sàng, các dược sĩ lâm sàng có thể đánh giá sự phù hợp của việc chỉ định thuốc với diễn biến bệnh trong hồ sơ bệnh án qua phần mềm. Nhờ vậy, thuốc được cấp phát kịp thời và Khoa dược kiểm soát thuốc tử trực qua phần mềm và đảm bảo được đúng theo Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 6 năm 2011 của Bộ y tế về việc hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở có giường bệnh. Đây là sự đổi mới trong công tác cấp phát thuốc trong bệnh viện, góp phần thực hiện mục tiêu 5 đúng: Đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng thuốc và đúng thời gian [7].

Tận dụng “thời gian vàng” trong cấp cứu là rất quan trọng, tuy nhiên việc huy động hội chẩn chuyên môn sâu hoặc điều trị khẩn cấp chuyên môn thường mất nhiều thời gian di chuyển và thông báo. Chuẩn hóa quy trình ứng phó khẩn cấp và tự động hóa trong thông báo khẩn cấp trong bệnh viện. Chúng tôi xây dựng hệ thống kích hoạt báo động đỏ nội viện, ngoại viện, cùng với các quy trình cấp cứu bệnh nhân bị nguy kịch, phối hợp các bệnh viện đầu ngành khác (gọi là báo động đỏ liên viện). Hệ thống các chuông báo tự động, gồm có 3 nút chuông, chuông báo cấp cứu khẩn cấp, chuông báo về an ninh, và chuông báo cháy nổ được lắp đặt tại tất cả các khoa/phòng của bệnh viện; hệ thống này được trung tâm trực xử lý 24/7, chuông được quản lý bằng phần mềm; quản lý các thông tin kích hoạt. Với hệ thống chuông báo động khẩn cấp, chúng tôi cấp cứu nhanh các bệnh nhân diễn biến bệnh nặng đang điều trị các khoa và chuyển bệnh nhân về khoa hồi sức để tiếp tục được theo dõi và điều trị; cùng với đó là an ninh được đảm bảo hơn.

Nguồn thu thấp; chi phí hoạt động cao; công tác quản lý tài chính chưa hiệu quả; công tác kiểm soát và quản lý các chi phí trực tiếp như thuốc, vật tư, hóa chất chưa được kiểm soát chặt chẽ (chi phí chuyên môn nghiệp vụ chiếm tỷ trọng cao và ngày càng tăng). Số lượng người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện chưa nhiều, số lượt khám ngoại trú trung bình khoảng 700 lượt/ngày, số người bệnh điều trị nội trú trung bình thấp. Đồng thời, giá dịch vụ y tế chưa được cơ cấu đầy đủ các yếu tố chi phí và chưa được cập nhật điều chỉnh cho phù hợp dẫn đến nghịch lý số lượng khám bệnh càng tăng thì chênh lệch thu chi càng giảm.

Dựa trên các quy trình được xây dựng trong bệnh viện bằng chuẩn hóa công việc, chúng tôi xây dựng định mức chi phí cho từng loại dịch vụ nhằm kiểm soát chi phí của từng loại dịch vụ khi thực hiện cho người bệnh. Việc quản lý tốt chi phí giúp nhà quản trị có cơ sở lập kế hoạch phân bổ nguồn lực một cách phù hợp, nâng cao năng lực quản lý tài chính, kiểm soát các chi phí, góp phần xác định biểu phí hợp lý cho các giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời đánh giá được một cách chính xác hiệu quả hoạt động của từng dịch vụ mang lại, không để trường hợp “lãi giả, lỗ thiệt” hoặc một số dịch vụ càng triển khai nhiều càng “âm tiền”, không có tiền để đầu tư, không có tiền để trả lương và tăng thu nhập cho nhân viên. Chúng tôi xây dựng mỗi loại dịch vụ, được xây dựng định mức cụ thể, được tính đúng tính đủ các yếu tố cấu thành nên giá dịch vụ gồm 7 yếu tố chi phí: Chi phí thuốc, vật tư trực tiếp; chi phí điện, nước, xử lý chất thải; chi phí duy tu bảo dưỡng thiết bị, mua thay thế công cụ, dụng cụ trực tiếp sử dụng để thực hiện các dịch vụ; chi phí tiền lương, phụ cấp; chi phí quản lý; chi phí khấu hao tài sản cố định; và chi phí đào tạo nghiên cứu khoa học.

Sau thời gian áp dụng liên tục và đồng bộ các giải pháp tài chính, đặc biệt và áp dụng phương thức quản lý tự chủ tài chính đến từng khoa thì chênh lệch thu chi tạo ra đã đảm bảo tương đối cho hoạt động của Bệnh viện, thu nhập của nhân viên y tế cũng được cải thiện hơn các năm trước. Tất cả nhân viên đã hiểu rõ tầm quan trọng của công tác tự chủ tài chính, tự chịu trách nhiệm trong tổ chức hoạt động của đơn vị mình, có ý thức và tinh thần tiết kiệm tốt hơn, hạn chế tối đa những chi phí không cần thiết. Hạn chế được các sai sót, thất thoát nguồn thu từ nguyên nhân khách quan và chủ quan. Đầu tư máy móc, trang thiết bị y tế hiện đại, cải tạo và nâng cấp cơ sở hạ tầng phục vụ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân. Chất lượng dịch vụ y tế được cải thiện, sự hài lòng của người bệnh tăng, dẫn đến số lượng người bệnh đến thăm khám, điều trị tại Bệnh viện tăng mạnh qua các năm ở tất cả các chuyên khoa.

Vấn đề lãng phí văn phòng phẩm trong các cơ sở y tế ít được đề cập, tuy nhiên vẫn thường xuyên diễn ra. Phân tích dòng giá trị của sự di chuyển sử dụng văn phòng phẩm, cho thấy việc sử dụng văn phòng phẩm bị lãng phí, chưa đúng mục đích (đem về nhà sử dụng, bỏ phí vào thùng rác), dự trữ tràn lan, không theo

nhu cầu thực tế sử dụng tại phòng/khoa. Tiết kiệm văn phòng phẩm, giảm chi phí hành chính, nhân viên sẽ tăng thêm thu nhập, tăng tinh thần trách nhiệm của nhân viên với bệnh viện nhưng trong chừng mực nhất định, “quá tiết kiệm” đôi lúc sẽ ảnh hưởng đến chất lượng công việc. Chúng tôi quán triệt rằng, tiết kiệm là sử dụng vừa đủ, đúng mục đích, đúng công việc, không được lãng phí, không phải là tiết kiệm là không sử dụng để ảnh hưởng đến chất lượng công việc. Kết hợp công nghệ thông tin trong toàn bộ hoạt động thủ tục hành chính, công thông điều hành nội bộ, bệnh án điện tử, chi phí văn phòng phẩm đã giảm cho dù số lượng bệnh tăng.

Xây dựng các dòng giá trị các hoạt động của nhân viên. Chúng tôi xây dựng và triển khai phần mềm “công thông tin điều hành bệnh viện”, giúp loại bỏ chi phí mua văn phòng phẩm ở một số khâu của thủ tục hành chính. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả của biện pháp can thiệp đã giảm đến 81,01% tổng số tiền sử dụng văn phòng phẩm (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh làm giảm tổng chi phí dành cho văn phòng phẩm của cả bệnh viện, đây là kết quả tương đồng với các báo cáo trên thế giới khi áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý hành chính, tại diễn đàn JMA: Chi phí hành chính và công nghệ thông tin y tế (2018) đã đề cập đến tiết kiệm chi phí khi ứng dụng công nghệ thông tin mỗi năm khoảng 77 tỷ đô la và 1 tỷ đô là khi việc nhập vật tư y tế và thuốc bằng công nghệ thông tin. Ngoài ra, trong diễn đàn này còn đề cập đến vấn đề giảm lỗi, cải thiện hiệu quả và kết quả điều trị của công nghệ thông tin [89]. Ngoài chi phí hành chính được tiết kiệm, thì các khoản chi phí như tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao, tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý là những khoản chi phí được giảm kèm theo khi áp dụng công nghệ thông tin để quản lý thuốc, vật tư y tế. Kết hợp công cụ phân tích ABC và VEN, chuyển đổi nhanh bằng công cụ tự động hóa đã cho phép người quản lý có đầy đủ thông tin về vật tư y tế, thuốc để đưa ra những quyết định nhanh nhất và phù hợp nhất, tránh tình trạng thuốc trong kho không được sử dụng để hết hạn, vật tư y tế ở trong kho hết nhưng không biết, hay trang thiết bị ở khoa cần thì không có, khoa có thì không cần. Qua thời gian can thiệp, kết quả đánh giá cho thấy hiệu suất đạt kết quả tốt hơn được thể hiện qua các chỉ số: Tổng số tiền tồn kho vật tư y tế tiêu hao (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh giảm 69,50%, tổng số tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh giảm 99,04%, tiền hao phí/lượt khám chữa bệnh giảm 6,10%, Tổng số

tiền tồn kho của thuốc điều trị (VNĐ)/tổng lượt khám bệnh giảm 36,48% so với trước khi can thiệp.

Khi phân tích thực tế cho thấy, kết quả tốt hơn nhiều vì các lý do sau:

- Theo tổng cục thống kê chỉ số giá tiêu dùng cụ thể đối với thuốc và dịch vụ y tế gia tăng hàng năm. Năm 2012 tăng 0,14%, năm 2013 tăng 0,08%, năm 2014 tăng 0,03%, năm 2015 tăng 0,14%, năm 2016 tăng 5,30% và năm 2017 tăng 2,55%. Như vậy, chỉ số giá tiêu dùng cụ thể đối với thuốc và dịch vụ y tế năm 2017 so với năm 2011 gia tăng 8,24% nghĩa là lạm phát đối với thuốc và dịch vụ y tế là 8,24%.

- Bệnh viện quận Thủ Đức được xếp hạng là bệnh viện hạng 1, tuyền cuối vào năm 2014; số lượng bệnh nhân gia tăng cao, nhanh; hầu hết các danh mục kỹ thuật cao được thực hiện tại bệnh viện; mô hình bệnh tật thay đổi, đa dạng; bệnh nặng nhiều do giữ lại điều trị và các y tế nơi khác chuyển đến... như vậy, việc sử dụng, dự trữ, dự trù các thuốc vật tư chuyên sâu, các thuốc quý hiếm, chuyên sâu cũng gia tăng. Tuy nhiên, bệnh viện vẫn quản lý tốt việc sử dụng văn phòng phẩm, vật tư tiêu hao, hao phí và thuốc.

4.2.5. Hướng về nhân viên

Phân tích dòng giá trị tại khoa khám bệnh và quy trình khám chữa bệnh ngoại trú. Chúng tôi nhận thấy vấn đề tắc nghẽn cục bộ và không cần thiết của một số khâu khám chữa bệnh, vị trí tiếp đón nhỏ hẹp, bảng hướng dẫn không đầy đủ, môi trường tạo nhiều áp lực cho cả người bệnh và nhân viên y tế. Tình trạng này kéo dài sẽ dẫn đến giảm lượng bệnh và giảm sự hài lòng của người bệnh cũng như nhân viên y tế.

Chúng tôi, đưa ra các nhóm giải pháp sau:

- Nhóm cơ sở vật chất: Thành lập nhiều địa điểm tiếp nhận khám bệnh và phòng khám bệnh nhiều hơn trong bệnh viện theo từng nhóm chuyên khoa nội, ngoại, liên chuyên khoa, y học cổ truyền. Thêm vào đó, quy trình khám chữa bệnh ngoại trú được tinh gọn hơn, loại bỏ các khâu không cần thiết. Khoa khám bệnh thông minh giúp người bệnh tự đăng ký tái khám chữa bệnh, tự động cấp số thứ tự qua các khâu khám chữa bệnh và trả kết quả cận lâm sàng về cho bác sĩ điều trị, từ đó người bệnh không cần phải ngồi chờ tại khu vực cận lâm sàng. Điều này đã phân tán bệnh nhân hơn, không để tập trung vào một số vị trí dẫn đến “tắc nghẽn giả”,

nơi tiếp nhận luôn được thông thoáng, thời gian chờ đợi của người bệnh được rút ngắn tối đa. Ngoài ra, thiết kế và xây dựng hệ thống bảng hướng dẫn rõ ràng và chi tiết trong toàn bệnh viện, góp phần giảm thời gian khám chữa bệnh của người bệnh, nhân viên y tế có môi trường làm việc rõ ràng, trong sạch, màu sắc nơi làm tươi mát, tạo cảm giác sáng khoái cho nhân viên làm việc, cảm giác sáng sủa, mát mẻ cho người đến bệnh viện.

- Nhóm trình tự thủ tục: Triển khai thu phí trực tiếp tận giường bệnh của các khoa, hàng ngày theo giờ hẹn, hoặc đột xuất theo yêu cầu của khoa. Điều này giải quyết tình trạng tắc nghẽn tại khu vực thu phí mỗi buổi chiều, là nguyên nhân gốc rễ được xác định bằng công cụ 5 tại sao.

- Nhóm giải pháp nhân sự: Giải quyết tốt tình trạng tắc nghẽn đã thu hút lượng lớn bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại bệnh viện, tạo thêm nguồn thu. Do đó, đủ điều kiện để tăng thêm nhân viên hướng dẫn và bác sĩ điều trị.

Ba giải pháp trên, tạo thành một vòng tròn tương tác hỗ trợ cho nhau làm tăng sự hài lòng của người bệnh và của nhân viên y tế.

Chúng tôi giải quyết vấn đề lãng phí về thời gian, tiền bạc, kho bãi, nhân công trong quy trình thủ tục hành chính, tăng sự hài lòng của người bệnh và của nhân viên y tế bằng việc ứng dụng công nghệ thông tin trong các hoạt động khám chữa bệnh. Công nghệ thông tin, giúp bệnh nhân chỉ khai báo thông tin một lần khi vào đăng ký khám chữa bệnh lần đầu. Từ đây tùy theo sự phân quyền trên phần mềm, mà các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên ở tất cả các Khoa/Phòng trong bệnh viện có thể thấy bệnh nhân trên phần mềm, sử dụng chung thông tin hành chính, mà không cần phải ghi lại thông tin hành chính, bệnh sử và lịch sử khám bệnh của họ. Vì vậy, giúp giảm thủ tục hành chính cho nhân viên, tăng sự hài lòng cho nhân viên khi làm việc, tăng thời gian chăm sóc người bệnh, giảm sai sót do dùng thuốc, giảm xuất toán của cơ quan bảo hiểm y tế. Ngoài ra, bệnh án điện tử giúp khắc phục chữ viết xấu của bác sĩ, ghi toa thuốc có khi không đọc được, ghi hồ sơ bệnh án vắn tắt, ghi không đầy đủ, chỉ định không phù hợp giữa chẩn đoán và y lệnh, điều dưỡng thực hiện thống kê sai số lượng thuốc, vật tư y tế tiêu hao, xét nghiệm, vấn đề này thường xảy ra ở các bệnh viện.

Xây dựng phần mềm công thông tin điều hành bệnh viện. Mọi công việc

hành chính của bệnh viện được xây dựng trên công thông tin, mỗi nhân viên là có một tài khoản, mật khẩu và chữ ký điện tử riêng để giải quyết công việc. Kết quả, giảm tối đa thủ tục hành chính cho nhân viên mà các công việc của bệnh công lập phải làm theo qui định, nhân viên hài lòng hơn, dành thời gian nhiều trong chăm sóc bệnh nhân hơn.

Thành lập, sắp đặt các kho tại chỗ; và xây dựng, triển khai dán nhãn hàng hoá ở kho, nhờ đó thuốc và vật tư y tế được cung cấp kịp thời cho các khoa điều trị, không xảy ra tình trạng chậm trễ. Nhân viên ít di chuyển, vận chuyển các dự trữ tới các kho lẻ thuận lợi, tạo chủ động làm việc cho nhân viên. Nhân viên dành thời gian nhiều cho chăm sóc người bệnh hơn.

Bệnh viện quận Thủ Đức là bệnh viện mới thành lập, đang ở trong giai đoạn phát triển, số lượng đội ngũ cán bộ nhân viên bệnh viện không ngừng tăng lên về số lượng và chất lượng qua từng năm (xem thêm phụ lục 26).

Đây là một tính hiệu tốt, bởi bệnh viện đã có sự thu hút về nhân sự y tế đến làm việc tại bệnh viện. Ngoài ra, độ tuổi trung bình của nhân viên trong bệnh viện khá là trẻ < 30 tuổi là chủ yếu.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Tang và cộng sự (2007), cho thấy sự cố y khoa xảy đến từ một phần là điều dưỡng thiếu đào tạo, nhân viên mới [148]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Zwaan và cộng sự (2010) cho thấy thiếu kiến thức ở bác sĩ là nguyên nhân chủ yếu gây ra các lỗi chẩn đoán và nhiều sai sót [167]. Ngoài ra, đội ngũ nhân viên giàu kinh nghiệm sẽ cung cấp các dịch vụ có chất lượng cao và hao phí thấp hơn, nghiên cứu của tác giả Bloom và cộng sự (1997) cho thấy bệnh viện có nhiều điều dưỡng giàu kinh nghiệm hơn thì có hao phí thấp hơn, và cung cấp các dịch vụ y tế hiệu quả hơn [74].

Công cụ 5 tại sao được chúng tôi vận dụng để tìm kiếm nguyên nhân của vấn đề, kết hợp số liệu khảo sát về hài lòng của nhân viên y tế tại bệnh viện, chúng tôi nhận thấy yếu tố lương, phụ cấp và môi trường làm việc có điểm trung bình hài lòng thấp nhất. Do đó, chiến lược cải thiện thu nhập của nhân viên và môi trường làm việc được xác định là công việc xuyên suốt để “giữ chân” nhân viên y tế.

Công cụ 5S được chúng tôi nghiên cứu và triển khai tại từng khoa/phòng trong bệnh viện, bởi hiệu quả của công cụ này là xây dựng một môi trường làm việc

khoa học, sạch sẽ, gọn gàng, thông qua đó nâng cao năng suất, hiệu quả công việc và thuận lợi cho việc nhận diện các lãng phí để có biện pháp giảm thiểu các lãng phí, phát huy được nhiều sáng kiến, cải tiến kỹ thuật và tạo thái độ làm việc tích cực, tận tụy của toàn thể cán bộ, nhân viên trong toàn bệnh viện [110], [71]. Đồng thời, công cụ chuẩn hóa công việc được chúng tôi sử dụng để xây dựng định mức chi phí cho từng loại dịch vụ nhằm làm tiền đề cho quá trình tự chủ tài chính sau này.

Đánh giá kết quả sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận sự cải thiện hài lòng trên đối tượng nhân viên y tế. Trước can thiệp, tỷ lệ hài lòng chung của nhân viên chỉ là 53,1% thấp hơn 38,6% so với tỷ lệ hài lòng chung của nhân viên y tế sau can thiệp 95,1% ($p < 0,05$). Chúng tôi còn ghi nhận, hiệu quả can thiệp hài lòng về chế độ lương, phụ cấp và môi trường làm việc tương ứng là 40,9% và 50,3%. Thu nhập của nhân viên y tế được cải thiện, tổng chi cho con người đã tăng từ 20% (2008-2010) lên 24% (2011-2017). Thu nhập bình quân toàn viện được cải thiện, thu nhập bình quân tháng của bác sĩ tăng từ 17.7 triệu đồng (2016) lên 19.2 triệu đồng (2017), thu nhập bình quân tháng của điều dưỡng tăng từ 10.1 triệu đồng (2016) lên 11.5 triệu đồng (2017). Thu nhập phần nào đảm bảo cho các nhu cầu cơ bản và có tích lũy của nhân viên sinh sống tại quận Thủ Đức. Bên cạnh đó, bệnh viện triển khai thực hiện các chương trình, chế độ khuyến khích về đào tạo liên tục, liên kết với các trường đào tạo tại chỗ (liên thông cử nhân điều dưỡng, chuyên khoa I, chuyên khoa II, cao học quản lý y tế và các chuyên khoa sâu), hỗ trợ kinh phí đào tạo, tập huấn kiến thức chuyên môn, tập huấn các kỹ năng mềm; tham gia nghiên cứu khoa học và báo cáo tại các hội nghị; tuyên dương, khen thưởng định kỳ và kịp thời khi đạt thành tích tốt, xây dựng thương hiệu bản thân cho nhân viên qua các phương tiện truyền thông. Đời sống vật chất và tinh thần của nhân viên luôn được quan tâm bằng nhiều hình thức khác nhau; tổ chức kỉ niệm các ngày lễ lớn, tổ chức các hội thi chuyên môn, giao tiếp, hội thao nhằm tạo sân chơi giúp nhân viên thư giãn, thoải mái sau những giờ làm việc căng thẳng. Môi trường làm việc năng động, thoải mái tạo điều kiện cho nhân viên phát huy năng lực, làm việc hết mình cho bệnh viện nhưng cũng giúp nhân viên nâng cao giá trị bản thân. Tỷ lệ hài lòng chung trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Phương

Thảo (84,44%), tác giả Trần Văn Bình (86,2%) (72%) [48], [4].

Ngoài việc cải thiện các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của nhân viên y tế, chúng tôi còn phải giảm gánh nặng quá tải trong công việc cho nhân viên y tế. Việc xem xét các tài liệu đã tiết lộ những yếu tố góp phần liên quan đến sự cố sử dụng thuốc, xếp mức độ thường xuyên của lý do không báo cáo sự cố sử dụng thuốc từ cao đến thấp gồm có: Điều dưỡng mệt mỏi và kiệt sức [153]; khối lượng công việc nhiều [112]. Việc để xảy ra sự cố sẽ làm mất lòng tin và giảm mức hài lòng của người bệnh đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe, điều này còn dẫn đến sự căng thẳng và các vấn đề đạo đức của điều dưỡng, vì sự cố sử dụng thuốc sẽ ảnh hưởng xấu đến người bệnh, điều dưỡng và bệnh viện, làm giảm hiệu quả chăm sóc sức khỏe [108]. Do đó, việc tìm kiếm những nguyên nhân và các giải pháp cho vấn đề này được nhóm nghiên cứu can thiệp. Sự cố sử dụng thuốc có thể là kết quả của yếu tố hệ thống (khối lượng công việc nặng nề và thiếu đào tạo), các yếu tố từ người bệnh (điều kiện khó khăn), các yếu tố liên quan đến bác sĩ (đơn thuốc phức tạp và chữ viết xấu) và các yếu tố điều dưỡng (bỏ bê người bệnh, nhân viên mới, không quen với thuốc và không quen với người bệnh) [148]. Công cụ giảm kích thước dây chuyền được chúng tôi kết hợp với công cụ quản lý dòng giá trị và 5S để can thiệp vào cơ sở vật chất, trình tự thủ tục và thay đổi số lượng nhân sự. Đánh giá kết quả can thiệp, cho thấy mức độ hài lòng về công việc và hài lòng, thỏa mãn chung của nhân viên y tế đã tăng hơn trước can thiệp lần lượt các yếu tố là 38,6% và 42,0%.

4.2.6. Quản trị hiệu quả

Người bệnh cần được điều trị, chăm sóc liên tục và toàn diện, để đạt được điều này cần có sự chuẩn bị tốt thông qua việc huy động, quản lý các nguồn lực cần thiết cho hoạt động khám chữa bệnh, thiết lập các chương trình hành động, kế hoạch rõ ràng, cụ thể của từng khoa/phòng trong bệnh viện. Quản trị hiệu quả là nội dung chúng tôi xây dựng, nhằm cung cấp cho các nhà lãnh đạo quản lý trong bệnh viện có các kỹ năng lãnh đạo và lập kế hoạch hiệu quả. Lãnh đạo là một nghệ thuật đòi hỏi phải kết hợp vừa yếu tố khoa học vừa có sự uyển chuyển, linh động. Lập kế hoạch là một chức năng của quản lý và lãnh đạo. Hoạch định kế hoạch khoa học, hợp lý, dựa trên các bằng chứng cụ thể, sẽ tiết kiệm được nguồn lực, qua đó nâng cao được hiệu quả của hoạt động bệnh viện, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe

liên tục của người bệnh.

Khảo sát ban đầu về lập kế hoạch và chất lượng kết hoạch, nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng việc lập kế hoạch tại bệnh viện không chỉ thiếu về số lượng mà còn thiếu về chất lượng. Thực tế các bản kế hoạch chỉ tập trung chủ yếu vào số liệu mà bệnh viện yêu cầu phải có, việc phân tích, giải trình các lý do, phân tích tình hình để đưa ra kế hoạch hoạt động sát hợp với tình hình mới, xu hướng mô hình bệnh tật, hầu như không được chú ý.

Với nội dung can thiệp, nâng cao chất lượng công tác lập kế hoạch cho các bộ phận, các khoa phòng của bệnh viện, chúng tôi sử dụng phối hợp nhiều công cụ. Để nhận biết, đánh giá những tồn tại, nâng cao hiệu quả hoạt động khoa/phòng, công cụ 5 tại sao sẽ xoáy sâu vào thực trạng để tìm ra nguyên nhân, từ đó định hướng các giải pháp khắc phục. Muốn sử dụng, phối hợp hiệu quả các nguồn lực thì phải xác định, quản lý được dòng giá trị, những gì thật sự đem lại lợi ích cho người bệnh và bệnh viện. Chuẩn hóa công việc thông qua hoàn thiện hệ thống phác đồ điều trị, quy trình kỹ thuật, quy trình phối hợp, bản mô tả công việc, chỉ giữ lại những hoạt động cần thiết. Kế hoạch định hình cho nhà lãnh đạo, quản lý khung công việc cần phải thực hiện, nhận biết, quản lý, sử dụng hiệu quả các nguồn lực để khắc phục những tồn tại không mang lại hiệu suất và hiệu quả lâm sàng.

Chúng tôi nhận thấy rằng khi so sánh về chất lượng của các bản kế hoạch, sau can thiệp (vào năm 2017), chúng tôi xem xét nội dung các bản kế hoạch đã thấy tốt hơn nhiều, tỷ lệ kế hoạch đạt đã tăng lên 58,1% cao hơn trước khi can thiệp 37,0%, hiệu quả can thiệp là 57,0%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các số liệu được đưa ra để phân tích, liên kết qua đó đưa ra kế hoạch phù hợp với tình hình cụ thể hơn của khoa phòng, của bệnh viện. Đây là những hoạt động chúng tôi thấy cần thiết để từng bước cải thiện hoạt động chung của bệnh viện, trong đó có hoạt động trọng tâm là khám chữa bệnh. Kết quả đánh giá sau can thiệp cho thấy, hiệu quả can thiệp ở các nội dung chất lượng của bảng kế hoạch đều tăng hơn so với trước khi can thiệp, trong đó hiệu quả can thiệp cao nhất là ở phần có phân tích tình hình của kế hoạch tháng 130,31%; và thấp nhất là phần có phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng người (kế hoạch tháng là 8,43%; kế hoạch quý là 7,43%; kế hoạch 6 tháng là 7,25%; kế hoạch năm là 23,17%).

Các bệnh viện đang bước vào một môi trường cạnh tranh cao, do đó người đứng đầu là quan trọng để tồn tại, phát triển, đáp ứng với những thay đổi trong thị trường. Điều quan trọng là tất cả nhân viên quản lý cần được trang bị kỹ năng lãnh đạo, vì vai trò lãnh đạo và các quy trình rất quan trọng trong việc định hướng, tạo sự liên kết và sự cam kết trong tổ chức. Chúng tôi đưa kỹ năng lãnh đạo là một trong các chỉ số cần phải phát triển trong mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Kết quả đánh giá sau quá trình can thiệp về kỹ năng lãnh đạo được chúng tôi ghi nhận như sau:

Điểm trung bình kỹ năng lãnh đạo chung của các trưởng phó khoa/phòng trong bệnh viện là $22,78 \pm 0,93$ điểm sau can thiệp, đã tăng lên $24,48\%$ ($p < 0,05$) so với trước khi can thiệp $18,30 \pm 1,81$ điểm. Trong đó, các kỹ năng quản trị, giao tiếp ứng xử và tạo lập quan hệ và kỹ năng tư duy đã cao hơn trước khi can thiệp.

Năm 2011, bệnh viện quận Thủ Đức vừa được xếp hạng II theo quyết định số 2855/QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. Định hướng phấn đấu lên bệnh viện hạng I, chúng tôi đánh giá thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện, sử dụng mô hình và bộ công cụ can thiệp, bệnh viện quận Thủ Đức đã trở thành bệnh viện quận huyện đầu tiên trong cả nước được xếp hạng I vào năm 2014 theo quyết định số 5563/QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. Theo số liệu năm 2017, bệnh viện thực hiện 15593/18244 danh mục kỹ thuật cùng lượt khám bệnh trên 6000 bệnh nhân/ngày, 800 giường bệnh nội trú với công suất sử dụng giường bệnh 102,7%. Với một bệnh viện còn non trẻ như vậy, công tác lãnh đạo và hoạch định kế hoạch thực sự là kim chỉ nam cho công cuộc xây dựng và phát triển bệnh viện. Tiếp tục củng cố và duy trì phát triển bệnh viện trở thành bệnh viện đa khoa chuyên sâu hoàn chỉnh, xây dựng mô hình viện trường và quản lý chất lượng toàn diện, bệnh viện không ngừng hoàn thiện và phát huy những nét nổi bật và những thành tựu đã đạt được để không kìm hãm sự tin cậy của người dân.

4.3. NHỮNG ĐIỂM MỚI CỦA NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam nói chung và thành phố Hồ Chí Minh nói riêng, sử dụng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh, được xây dựng dựa trên mô hình tư duy tinh gọn (Lean Thinking) và nguyên tắc cơ bản của lý

thuyết mô hình Lean Manufacturing trong việc nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức. Mô hình can thiệp vào 6 yếu tố chính là: An toàn người bệnh; Người bệnh làm trung tâm; Hiệu quả lâm sàng; Hiệu suất; Hướng về nhân viên; Quản trị hiệu quả, với 3 nhóm giải pháp cơ bản bao gồm các hoạt động can thiệp bao gồm: hoạt động thiết lập hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh, hoạt động đo lường, đánh giá thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh và xây dựng, thử nghiệm mô hình.

Kết quả cho thấy mô hình can thiệp đã có những thành công trong việc nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Đánh giá quản lý chất lượng khám chữa bệnh bằng 6 yếu tố (An toàn người bệnh; Người bệnh làm trung tâm; Hiệu quả lâm sàng; Hiệu suất; Hướng về nhân viên; Quản trị hiệu quả), cung cấp cho các nhà lãnh đạo bệnh viện một cách nhìn tổng quan về các hoạt động trong bệnh viện, từ đó việc áp dụng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh một cách linh động theo từng yếu tố về môi trường, địa lý, kinh tế - xã hội, và nguồn lực của từng bệnh viện.

Nghiên cứu can thiệp dựa vào bằng chứng tại bệnh viện quận Thủ Đức một lần nữa đã chứng minh mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh có thể được sử dụng trong các can thiệp đối với các bệnh viện khác tại Việt Nam. Ứng dụng các công cụ trong mô hình đã rút ngắn và xóa bỏ các khoảng cách giữa người bệnh và dịch vụ y tế, giúp nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại các bệnh viện lên một tầm cao mới.

Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh lần đầu tiên được xây dựng, nghiên cứu và áp dụng nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức. Qua quá trình xây dựng, nghiên cứu và áp dụng mô hình này bản thân nghiên cứu sinh và nhóm nghiên cứu đã tích lũy được nhiều kinh nghiệm, nâng cao năng lực trong việc triển khai một mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện.

4.4. THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN CỦA NGHIÊN CỨU

Về thuận lợi:

– Phù hợp với Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ y tế chính thức ban hành từ năm 2016, can thiệp thí điểm tại Thủ Đức sẽ góp phần đạt chuẩn

chất lượng bệnh viện theo hệ thống quốc gia.

- Đặc biệt là sự quan tâm của lãnh đạo đã đầu tư cơ sở hạ tầng, tạo điều kiện chính sách thuận lợi cho bệnh viện phát triển mọi mặt.
- Cơ cấu tổ chức của bệnh viện có đội ngũ cán bộ y tế trẻ, đầy nhiệt huyết, ham học hỏi và thu hút được sự hỗ trợ của chuyên gia trong nước và quốc tế.
- Đội ngũ công nghệ thông tin có trình độ cao nên triển khai tốt các hoạt động về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh, quản lý tài chính, quản lý vật tư văn phòng, quản lý tài sản, quản lý dược.
- Lãnh đạo bệnh viện rất quan tâm và đầu tư nhiều về chất lượng kỹ thuật, tạo mọi điều kiện thuận lợi nhân viên y tế của bệnh viện được tham gia các lớp chuyên môn sâu.
- Tinh thần đoàn kết cao của nhân viên y tế đã tạo sức mạnh tập thể bệnh viện, cũng có thể nói đây là sức mạnh nội sinh của bệnh viện.

Về khó khăn:

- Khó khăn mang tính khách quan như: Mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh chưa được thử nghiệm và đánh giá đầy đủ tại Việt Nam. Khó khăn tài chính để thực hiện mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh để đáp ứng với nhu cầu thay đổi chất lượng bệnh viện.
- Khó khăn nội tại bệnh viện như: Trình độ nhân viên còn thấp, sự quan tâm đến các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện còn ít. Bệnh viện chưa xác định mô hình quản lý chất lượng khám chữa bệnh và chưa xây dựng hoạch định, kế hoạch cụ thể để triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện. Thiếu cán bộ am hiểu hệ thống quản lý Nhà nước, kỹ năng quản trị bệnh viện, quản lý công việc để tham mưu và giúp lãnh đạo bệnh viện triển khai tốt công tác quản lý chất lượng khám chữa bệnh. Hiểu biết của nhân viên y tế về quản lý chất lượng khám chữa bệnh nói chung và các hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh nói riêng còn khá hạn chế.

4.5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến quản lý chất lượng khám chữa bệnh của một bệnh viện mà có thể nghiên cứu của chúng tôi chưa kiểm soát hết. Nghiên cứu nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện cần phải nghiên cứu sâu

nhều khía cạnh, ví dụ như tìm hiểu trình độ chuyên môn, khả năng thực hiện các kỹ năng thực hiện khám, chữa bệnh chăm sóc bệnh nhân của từng loại cán bộ chuyên môn, từ đó có kế hoạch can thiệp, ví dụ như tập nâng cao các kỹ năng chẩn đoán, điều trị bệnh thì sẽ góp phần trực tiếp nâng cao được chất lượng khám chữa bệnh. Về lý thuyết quản lý tốt có ảnh hưởng tốt đến chất lượng các hoạt động chuyên môn, tuy nhiên trong nghiên cứu này mặc dù can thiệp của chúng tôi đã cải thiện được một số khía cạnh về quản lý nhưng chưa đánh giá sâu các yếu tố dẫn đến các thay đổi về chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện như thế nào. Đây là vấn đề cần tiếp tục được nghiên cứu để có giá trị đóng góp thiết thực cho hoạt động bệnh viện. Thời gian nghiên cứu kéo dài 5 năm trên cùng một bệnh viện không có nhóm chứng nên hiệu quả của mô hình can thiệp có thể bị nhiễu bởi các thay đổi của đời sống kinh tế- xã hội tại địa bàn, các quy định của chính phủ, của BHYT áp dụng ở các bệnh viện công lập. Trong quá trình nghiên cứu, Bộ Y tế ban hành 83 tiêu chí chất lượng và các bệnh viện phải thực hiện, tuy nhiên, ảnh hưởng này không đáng kể do các hoạt động của mô hình can thiệp cũng phù hợp với các tiêu chí của Bộ Y tế.

KẾT LUẬN

Đề tài “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” tiến hành trong thời gian 5 năm (2011-2017), chúng tôi đi đến một số kết luận như sau:

1. Mô tả thực trạng quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện quận Thủ Đức năm 2011

Chúng tôi xây dựng “mô hình đo lường chất lượng khám chữa bệnh” dựa trên mô hình lý thuyết đo lường chất lượng bệnh viện PATH với 6 thành tố, tương ứng với 6 nhóm chỉ số. Mỗi nhóm chỉ số, xây dựng chỉ số chất lượng cụ thể đại diện cho chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện. Nhận thấy:

– *An toàn người bệnh* chưa được tốt với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao là 4,4% và tuân thủ quy trình kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc thấp là 72,2%.

– *Người bệnh làm trung tâm* còn chưa được quan tâm với thời gian chờ đợi của bệnh nhân điều trị ngoại trú kéo dài, đặc biệt ở thời gian chờ chụp X quang là $44,72 \pm 8,40$ phút; thời gian chờ đợi của bệnh nhân điều trị nội trú kéo dài, đặc biệt ở phẫu thuật từ cấp cứu là $566,01 \pm 1790,27$ phút và hài lòng của người bệnh ngoại trú thấp là 65,4%.

– *Hiệu quả lâm sàng* chưa tốt với tỷ lệ chẩn đoán vào viện không phù hợp so với chẩn đoán ra viện thấp là 57,9%; tỷ lệ chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng không phù hợp chẩn đoán thấp là 30,4%; và tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp chẩn đoán thấp là 31,0%.

– *Hiệu suất* chưa hiệu quả với tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý nhiều là 4.514.844.601 VNĐ.

– *Hướng về nhân viên* chưa được quan tâm với tỷ lệ hài lòng của nhân viên thấp là 53,1%.

– *Quản trị hiệu quả* chưa tốt với tỷ lệ lập kế hoạch thấp chỉ đạt 37,0%.

2. Đánh giá 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

2.1. Xây dựng và thử nghiệm mô hình can thiệp: Trên cơ sở các bằng chứng đánh giá thực trạng của giai đoạn 1, chúng tôi nghiên cứu xây dựng “mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh”, gồm 3 nhóm giải pháp cơ bản: Thiết lập hệ thống quản lý chất lượng khám chữa bệnh, cải thiện hệ thống thông tin bệnh viện

và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh dựa vào bằng chứng nhằm nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh, trong đó các hoạt động cải tiến trở thành nòng cốt để định hướng phát triển bệnh viện.

2.2. Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp

– *An toàn người bệnh* được cải thiện với hiệu quả can thiệp của nhiễm khuẩn bệnh viện giảm 79,5% và hiệu quả can thiệp việc tuân thủ quy trình kỹ thuật đều tăng, đặc biệt là kỹ thuật cho người bệnh dùng thuốc tăng 26,5%.

– *Người bệnh làm trung tâm* đã được cải thiện ở các chỉ số với hiệu quả can thiệp giảm ở các thời gian chờ đợi, đặc biệt thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm giảm 70,68% và loại bỏ thời gian chờ đăng ký khám bệnh, chờ đóng viện phí ra viện và chờ nhập khoa điều trị. Hiệu quả can thiệp ở sự hài lòng của người bệnh ngoại trú và nội trú đề tăng là 26,7% và 10,7%.

– *Hiệu quả lâm sàng* đều cải thiện sau can thiệp, đặc biệt hiệu quả can thiệp của tỷ lệ chỉ định xét nghiệm, cận lâm sàng không phù hợp chẩn đoán giảm 91,45% và tỷ lệ chỉ định thuốc điều trị không phù hợp chẩn đoán giảm 86,13%.

– *Hiệu suất* đạt hiệu quả tốt sau can thiệp, đặc biệt hiệu quả can thiệp của tiền sử dụng văn phòng phẩm giảm 53,33% và tiền thuốc hết hạn sử dụng phải xử lý giảm 97,65%.

– *Hướng về nhân viên* đạt kết quả cao sau can thiệp với tỷ lệ hài lòng của nhân viên tăng đạt 95,1%.

– *Quản trị hiệu quả* đạt hiệu quả can thiệp tăng với tỷ lệ đạt lập kế hoạch của các khoa, phòng tăng 57,03% và tỷ lệ kỹ năng lãnh đạo tăng 24,48%.

Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh phù hợp với tình hình thực tế tại thành phố Hồ Chí Minh và đem lại thương hiệu tốt cho bệnh viện.

BÀI HỌC KINH NGHIỆM

Từ nghiên cứu, chúng tôi rút ra được 1 số bài học kinh nghiệm cho sự thành công của can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức như sau:

- Người đứng đầu luôn giữ một vị thế quan trọng trong sự thay đổi và phát triển của một tổ chức. Động viên, khuyến khích nhân viên chú trọng cải tiến chuyên môn liên tục đã tạo nên một văn hóa tổ chức hướng tới chất lượng. Phong cách lãnh đạo mềm dẻo vừa tập trung vừa dân chủ đã tạo nên một môi trường làm việc tự do sáng tạo, tư tưởng phóng khoáng để làm việc hiệu quả nhưng phải nằm trong khuôn khổ của tổ chức. Sự quan tâm, lắng nghe của lãnh đạo địa phương trong việc chấp nhận cho đơn vị triển khai những nội dung mới mang tính đột phá chính là tiền đề cho sự phát triển bệnh viện.

- Thay đổi nhận thức con người là cả một quá trình khó khăn đòi hỏi sự kiên trì, bền bỉ đặc biệt là đối với các đối tượng lâu năm, giàu kinh nghiệm. Với một lợi thế, đa số là nhân sự trẻ, năng động, giàu nhiệt huyết sẵn sàng dấn thân, tiếp cận cái mới và sẵn sàng thay đổi để phát triển. Đào tạo, đào tạo lại, đào tạo liên tục, tập huấn, nhắc nhở thường xuyên trong các cuộc họp, giao ban bệnh viện, các buổi nói chuyện chuyên đề là rất quan trọng để thay đổi thái độ và hành vi của nhân viên. Nâng cao trình độ kiến thức, chuyên môn tay nghề cũng được thực hiện song song để bắt kịp đà của công tác quản lý khoa, phòng và toàn bệnh viện

- Chấp nhận sự thay đổi nhưng sự thay đổi này phải dựa trên các bằng chứng khoa học và kiểm định chứ không theo cảm tính hay chủ quan của một lãnh đạo, do đó việc can thiệp bằng mô hình, công cụ quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện luôn đem lại hiệu quả thuyết phục.

- Đầu tư các nguồn lực cho quản lý chất lượng khám chữa bệnh là rất quan trọng, trong đó đầu tư công nghệ thông tin mang tính đột phá nhưng cần đầu tư đồng bộ, có tính chiến lược và phải đánh giá được hiệu quả của từng giai đoạn để xác định đúng đắn hướng đầu tư thông qua việc giám sát, đo lường các chỉ số chất lượng.

- Phải có người chịu trách nhiệm chính, người phối hợp cụ thể, có phân công rõ ràng và hình thành các ban chuyên trách để theo dõi, giám sát thường xuyên.

KIẾN NGHỊ

Mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh đã được chứng minh hiệu quả trên thực tế, để đảm bảo tính duy trì và tiếp tục nâng cao chất lượng bệnh viện trong thời gian sắp đến, một số kiến nghị sau nghiên cứu như sau:

- *Đối với các cấp quản lý Nhà nước:*
 - Xây dựng các tiêu chí, tiêu chuẩn giám sát chất lượng khám chữa bệnh theo các phân hạng khác nhau của bệnh viện.
 - Nghiên cứu xây dựng các công cụ đánh giá chất lượng khám chữa bệnh theo 6 nhóm yếu tố: An toàn, người bệnh làm trung tâm, hướng về nhân viên y tế, hiệu quả, hiệu suất, quản trị hiệu quả.
 - Có chính sách mở rộng diện tích cho bệnh viện quận Thủ Đức, góp phần triển khai hiệu quả các hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh dựa vào bằng chứng khoa học và phù hợp với bối cảnh địa phương.
 - Hỗ trợ kinh phí cho nghiên cứu để nhân rộng mô hình tinh gọn quản lý chất lượng khám chữa bệnh.

- *Đối với lãnh đạo và nhân viên bệnh viện quận Thủ Đức, cần tiếp tục:*
 - Vận hành các hoạt động cải tiến chất lượng khám chữa bệnh theo hệ thống, quy định đã thiết lập nhằm xây dựng uy tín và thương hiệu bệnh viện bằng chính chất lượng dịch vụ y tế của bệnh viện cung cấp. Cập nhật, chỉnh sửa, bổ sung kịp thời các nội dung mới từ cơ quan quản lý, các kết quả nghiên cứu thực nghiệm tiên tiến để ngày một hoàn thiện hệ thống quy trình, quy định tại bệnh viện.
 - Đào tạo và tuyển dụng cán bộ tham mưu và quản lý chất lượng khám chữa bệnh có trình độ, kiến thức, kỹ năng về quản lý chất lượng giúp lãnh đạo bệnh viện triển khai công tác quản lý chất lượng khám chữa bệnh.
 - Tiếp tục nâng cao nhận thức cho tất cả nhân viên về các hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện, các công cụ, mô hình, phương pháp mới về quản lý chất lượng trong nước và trên thế giới.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ**

1. **Nguyen Minh Quan, Vo Van Thang, Cao Ngoc Thanh (2018).** *Effectiveness of the lean model in improving hospital quality management at Thu Duc district hospital, VietNam.* The 10th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries (GMS-ICPH 2018). pg. 331-332.
2. **Nguyễn Minh Quân, Võ Văn Thắng, Cao Ngọc Thành (2018).** *Nghiên cứu can thiệp nâng cao quản lý chất lượng an toàn người bệnh và người bệnh làm trung tâm tại bệnh viện quận Thủ Đức.* Tạp chí Y học Việt Nam – Tập 468, số 1 – tháng 7/2018. Tr. 57 – 62.
3. **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 học thực hành – Tập 1083, số 10 - tháng 10/2018. Tr. 73-80.
4. **Nguyễn Minh Quân, Võ Văn Thắng, Cao Ngọc Thành (2018).** *Nghiên cứu can thiệp nâng cao một số yếu tố quản lý chất lượng khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Thủ Đức.* Tạp chí Y học Thực hành – Tập 1072, số 6/2018. Tr. 93-95.
5. **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 học dược học – Trường Đại học Y dược Huế – Tập 8, số 6 - tháng 12/2018. Tr. 226-32.

TÀI LIỆU THAM KHẢO**TIẾNG VIỆT**

1. Tạ Thị Kiều An, Ngô Thị Ánh, Nguyễn Thị Ngọc Diệp và cộng sự (2010), Chương 2 Tổng quan về chất lượng. *Quản lý Chất lượng*. Nhà xuất bản Thống kê, tr. 27-50.
2. Bệnh viện quận Thủ Đức (2017), *Báo cáo tổng kết 10 năm thành lập bệnh viện*,
3. Huỳnh Lê Xuân Bích (2010), *Thực trạng nhân lực và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bác sĩ bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên, năm 2010*, Luận văn thạc sỹ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng,
4. Trần Văn Bình và cộng sự (2016), *Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum năm 2016*,
5. Bộ Tài chính, Bộ Thông tin và Truyền thông (2008), Thông tư liên tịch của Bộ Tài chính và Bộ Thông tin và Truyền thông về "Hướng dẫn quản lý và sử dụng kinh phí ứng dụng CNTT trong hoạt động của cơ quan nhà nước" số 43/2008/TTLT-BTC-BTTTT ngày 26/5/2008
6. Bộ Y tế (2006), Quyết định của Bộ Y tế về "Ban hành tiêu chí phần mềm và nội dung một số phân hệ phần mềm tin học quản lý bệnh viện" số 5573/QĐ-BYT ngày 29/12/2006
7. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10/6/2011 của Bộ Y tế Hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh.
8. Bộ Y tế (2012), Công văn về việc ban hành chương trình và tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn cho cán bộ y tế cơ sở số 5771/BYT-K2ĐT ngày 30/8/2012 Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hà Nội.
10. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện.
11. Bộ y tế (2017), Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về việc phê duyệt các Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Hà Nội.

12. Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh (2012), *Tài liệu đào tạo phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn*, Hà Nội, tr. 150.
13. Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế (2018), *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2016 - Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 23 - 24.
14. Bộ Y tế Việt Nam, Nhóm đối tác y tế (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012*, Hà Nội
15. Bộ Y tế, Nhóm đối tác y tế (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: nhân lực y tế ở Việt Nam*,
16. Lê Thanh Chiến, Huỳnh Thị Thanh Trang, Đỗ Công Tâm và cộng sự (2012), "Khảo sát quy trình khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh - bệnh viện cấp cứu Trung Vương", *Tap chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 16 (4), tr. 16.
17. Chính Phủ (1997), Nghị định về việc thành lập quận Thủ Đức, quận 2, quận 9, quận 12 và thành lập các phường thuộc các quận mới - thành phố Hồ Chí Minh 03/1997/NĐ-CP ngày 6/01/1997
18. Chính phủ (2007), Nghị định của Thủ tướng Chính phủ về "Ứng dụng công nghệ thông tin trong cơ quan nhà nước" số 64/2007/NĐ-CP ngày 10/4/2007
19. Lưu Hoài Chuẩn, Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự (2003), *Đánh giá hiệu quả hoạt động của bác sỹ xã/phường tại một số địa phương*, <http://www.hspi.org.vn/vcl/danh-gia-%20hie-u-qua-hoat-dong-cua-Bac-sv-XaPhuong-tai-mot-so-dia-phuong-t60-905.html>, 01/02/2017.
20. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế (2016), *Nhiễm khuẩn và kiểm soát nhiễm khuẩn ở các cơ sở y tế*, <http://moh.gov.vn/news/pages/tinkhac.aspx?ItemID=766>, 05/10/2015.
21. Lê Thanh Duyên (2008), *Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi trung ương*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y,
22. Trần Thị Hà (2015), *Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội,

23. Nguyễn Thị Thanh Hà, Cam Ngọc Phượng, Lê Hồng Dũng và cộng sự (2011), "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 15 (Phụ bản của Số 3), tr. 122-128.
24. Trương Ngọc Hải, Nguyễn Thị Thu Lê, Dương Thị Mỹ Dung và cộng sự (2011), "Kết quả ban đầu khảo sát sự hài lòng của bệnh nhân điều trị tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 15 (phụ bản của số 4), tr. 424-429.
25. Đặng Thị Như Hằng, Phạm Trí Dũng, Nguyễn Trí và cộng sự (2010), "Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại các Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện, tỉnh Bình Thuận", *Tạp chí Y tế công cộng*, 16 (16), tr. 4-9.
26. Mai Thị Thúy Hào (2008), *Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân đối với dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại bệnh viện huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2008*, Luận văn Thạc sĩ, Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng,
27. 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,
28. Lại Văn Hoàn (2011), *Đánh giá thực trạng nhiễm trùng bệnh viện tại trung tâm chống độc - bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội,
29. Lưu Ngọc Hoạt (2016), Bài 5. Một số thiết kế nghiên cứu định lượng. *Nghiên cứu khoa học tập 1: Phương pháp viết đề cương nghiên cứu*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 63 - 97.
30. Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Văn Hà, Nguyễn Thị Kim Tuyền (2010), "Các yếu tố liên quan và gánh nặng nhiễm khuẩn bệnh viện", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 73 (2)
31. Dương Văn Lâm (2012), *Nghiên cứu can thiệp áp dụng quản lý chất lượng toàn diện để tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án tại bốn khoa lâm sàng bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2012*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng,

32. Nguyễn Hiếu Lâm, Trần Thị Cẩm Tú, Hoàng Văn Ngoạn và cộng sự (2011), "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa Long Mỹ, Hậu Giang", *Y học Thực hành*, 777 (8), tr. 15-19.
33. Trịnh Thị Lý (2012), "Nghiên cứu mô hình quản lý chất lượng và đề xuất giải pháp ứng dụng tại Hải Phòng", *Y học thực hành*, 4 (812), tr. 88-91.
34. Trương Thị Thu Mai (2015), *Phân tích chi phí điều trị nội trú của người bệnh viêm phổi tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp, năm 2015*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng,
35. Cao Minh Nga, Nguyễn Thanh Bảo (2014), "Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện đường hô hấp tại thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 18 (phụ bản của số 1), tr. 318-323.
36. Nguyễn Vũ Thanh Nhã, Tô Gia Kiên, Huỳnh Ngọc Vân Anh và cộng sự (2011), "Sự hài lòng của khách hàng với quy trình khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện Nhiệt Đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2010", *Y học Tp. Hồ Chí Minh*, 15 (Phụ bản số 1), tr. 76-86.
37. Lê Thanh Nhuận (2008), *Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở tại Bình Xuyên, Vĩnh Phúc năm 2008*, Luận văn Thạc sĩ, Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng,
38. Lê Thị Kim Oanh (2012), *Can thiệp nâng cao tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm truyền của điều dưỡng tại bệnh viện Bắc Thăng Long năm 2012*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng,
39. Đoàn Xuân Quảng, Trần Thị Thanh Tâm, Trần Hải Âu (2014), "Khảo sát cắt ngang tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Thống Nhất năm 2013", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 18 (3), tr. 98-102.
40. Quốc hội (2006), Luật công nghệ thông tin số 67/2006/QH10 ngày 29/6/2006.
41. Quốc Hội (2009), "Luật số 40/2009/QH12 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009 Luật khám bệnh, chữa bệnh", *Công báo*, (131+132), tr. 7356 - 7392.
42. Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh (2016), *Xây dựng mô hình "5s" - Cải tiến chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh*, <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/binh-chon-giai-thuong-chat-luong->

kham-chua-benh/xay-dung-mo-hinh-5s-cai-tien-chat-luong-dich-vu-kham-benh-chua-benh-c1289-347.aspx, 29/11/2016

43. Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2018), *Kết quả kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện năm 2017*,
44. Diễm Sơn (2010), *Xác định khối lượng công việc và sự hài lòng của bác sĩ lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2010*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng,
45. Nguyễn Kim Sơn (2014), *Thực trạng tuân thủ quy trình đặt và chăm sóc kim luôn tĩnh mạch ngoại vi của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại ba khoa hồi sức Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội,
46. Nguyễn Đức Thành (2013), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú tại các bệnh viện tỉnh Hòa Bình", *Y học Thực hành*, 873 (6), tr. 140-145.
47. Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Hữu Thắng (2016), "Thời gian khám bệnh của người bệnh tại khoa khám bệnh, bệnh viện Da Liễu Trung Ương năm 2015", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 104 (6), tr. 102-109.
48. Phạm Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Hường, Trần Thu Hiền (2014), "Khảo sát mức độ hài lòng nghề nghiệp của điều dưỡng viên tại bệnh viện trường đại học Y Dược Thái Nguyên", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 134 (04), tr. 187-192.
49. Nguyễn Thu (2011), *Đánh giá sự hài lòng về chất lượng chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng tỉnh Bình Định, năm 2011*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng,
50. Tăng Chí Thượng (2011), *Hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện Nhi Đồng I*, Báo cáo tại Hội nghị quản lý chất lượng bệnh viện - Thành phố Hồ Chí Minh, pg. 18.
51. Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường chất lượng, Bộ Khoa học và Công nghệ công bố (2015), TCVN ISO 9000:2015 Hệ thống quản lý chất lượng - Cơ sở và từ vựng. Hà Nội.
52. Bùi Thị Cẩm Tú (2011), *Mô tả thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của bệnh nhân nội trú khi thực hiện thanh toán chi phí theo định suất tại bệnh viện*

- tuyển huyện, tỉnh Hải Dương năm 2011*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng,
53. Trần Thị Cẩm Tú, Bùi Đức Phú, Trần Thị Xuân Hương và cộng sự (2014), "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh về công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện trung ương Huế năm 2012", *Y học Thực hành*, 903 (1), tr. 54-60.
54. Nguyễn Anh Tuấn (2011), *Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện để tăng cường chất lượng hồ sơ bệnh án khối ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên năm 2011*, Luận văn Thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học y tế công cộng, 132 tr.
55. Lâm Quốc Tuấn (2015), *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hành quy trình tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa khu vực Cái Nước, Cà Mau năm 2015*, Luận văn thạc sĩ, Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội,
56. 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), tr. 111-116.
57. Võ Văn Ty, Trần Mạnh Hùng, Võ Thị Xuân Đài và cộng sự (2012), "Khảo sát mô hình bệnh tật tử vong tại bệnh viện Thống Nhất năm 2010", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 16 (phụ bản số 1), tr. 11-17.
58. Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh (2007), Quyết định số 32/2007/QĐ-UBND ngày 23/02/2007 về việc thành lập Bệnh viện Quận Thủ Đức
59. Lê Nữ Thanh Uyên, Trương Phi Hùng (2006), "Mức độ hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế tại bệnh viện Bến Lức - huyện Bến Lức - tỉnh Long An tháng 5 năm 2005", *Y học Tp. Hồ Chí Minh*, 10 (phụ bản số 1), tr. 43-47.
60. Nguyễn Thị Thanh Vân (2009), "Áp dụng bảng kiểm trong quy trình chăm sóc bệnh nhi thở NCPAP", *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*, 13 (5), tr. 17.
61. Vụ khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế (2007), Bài 1: Đại cương về tổ chức và quản lý y tế. *Tổ chức và quản lý y tế*. Hà Nội, tr. 11-19.
62. Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận (2010), *Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

TIẾNG ANH

63. Abdullah F. M. (2003), *Lean manufacturing tools and techniques in the process industry with a focus on steel*, University of pittsburgh,
64. Abdullah M. M., Uli J., Tari J. J. (2008), "The influence of soft factors on quality improvement and performance: Perceptions from managers", *The TQM Journal*, 20 (5), pg. 436-452.
65. Abeysekera A., Bergman I., Kluger M., et al. (2005), "Drug error in anaesthetic practice: a review of 896 reports from the Australian Incident Monitoring Study database", *Anaesthesia*, 60 (3), pg. 220-227.
66. Aeenparast A., Tabibi S. J., Shahanaghi K., et al. (2013), "Reducing Outpatient Waiting Time: A Simulation Modeling Approach", *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15 (9), pg. 865-869.
67. Aiken L. H., Clarke S. P., Sloane D. M., et al. (2001), "Nurses' reports on hospital care in five countries", *Health affairs*, 20 (3), pg. 43-53.
68. Al-Araidah O., Momani A., Khasawneh M., et al. (2010), "Lead-Time Reduction Utilizing Lean Tools Applied to Healthcare: The Inpatient Pharmacy at a Local Hospital", *Journal for Healthcare Quality*, 32 (1), pg. 59-66.
69. Anastasios M. (2013), "Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study", *Health Science Journal*, 7 (1), pg. 28-40.
70. Janko A. M. (2016), "Organizational Analysis in Value Chain Approach: The Integrated Organizational Model (IOM)", *Journal of Entrepreneurship & Organization Management* 5(2), pg. 1-6.
71. Aziz A. A., Nishazini M., Fareza, et al. (2014), "Survey To See The Impact Of 5s Implementation among Staff of Kpj Seremban Specialist Hospital, Malaysia", *Dipetik Maret*, 12, pg. 2017.
72. Baker A. (2001), "Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century", *BMJ*, 323 (7322), pg. 1192.
73. Beholz S., Konertz W. (2005), "Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001: 2000", *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 4 (6), pg. 569-573.

74. Bloom J. R., Alexander J. A., Nuchols B. A. (1997), "Nurse staffing patterns and hospital efficiency in the United States", *Social science & medicine*, 44 (2), pg. 147-155.
75. Bond C., Raehl C. L., Franke T. (2001), "Medication errors in United States hospitals", *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 21 (9), pg. 1023-1036.
76. Bridges W. (2009), *Managing transitions: Making the most of change*, Da Capo Press,
77. Buciuniene I., Blazeviciene A., Bliudziute E. (2005), "Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania", *BMC Family Practice*, 6 (1), pg. 10.
78. Chadha R., Singh A., Kalra J. (2012), "Lean and queuing integration for the transformation of health care processes: a lean health care model", *Clinical Governance: An International Journal*, 17 (3), pg. 191-199.
79. Chalice R. (2007), *Improving healthcare using Toyota lean production methods: 46 steps for improvement*, ASQ Quality Press, pg. 218 - 222.
80. Chang H., Cheng M.-A., Das S. (2004), "Hospital ownership and operating efficiency: evidence from Taiwan", *European Journal of Operational Research*, 159 (2), pg. 513-527.
81. Classen D. C., Pestotnik S. L., Evans R., et al. (1997), "Adverse drug events in hospitalized patients: Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality", *JAMA*, 277 (4), pg. 301-306.
82. Cochran W. G. (1977), *Sampling Techniques: 3d Ed*, Wiley New York,
83. Cong N. T., Mai N. T. T. (2014), "Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction: An Investigation in Vietnamese Public Hospitals", *Journal of Emerging Economies & Islamic Research*, 2 (1), pg. 1-13.
84. David B. (1996), "Quality of health care. Part 4: The origins of the quality-of-care debate. ", *N Engl J Med*, 335 (15), pp. 1146 - 1149.
85. Deming W. E. (1989), "Out of the Crisis. Quality, Productivity and Competitive Position", *Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA*,

86. Dovey S. M., Meyers D. S., Phillips R. L., et al. (2002), "A preliminary taxonomy of medical errors in family practice", *Quality and Safety in Health Care*, 11 (3), pg. 233-238.
87. Dowding D. W., Turley M., Garrido T. (2011), "The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis", *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19 (4), pg. 615-620.
88. El-Kareh R., Hasan O., Schiff G. D. (2013), "Use of health information technology to reduce diagnostic errors", *BMJ quality & safety*, 22 (Suppl 2), ii40-ii51.
89. Pearson E., Frakt A. (2018), *JAMA Forum: Administrative Costs and Health Information Technology*, <https://newsatjama.jama.com/2018/07/03/jama-forum-administrative-costs-and-health-information-technology/>, 21/8/2018.
90. Esen S., Leblebicioglu H., Group S. (2004), "Prevalence of nosocomial infections at intensive care units in Turkey: a multicentre 1-day point prevalence study", *Scandinavian journal of infectious diseases*, 36 (2), pg. 144-148.
91. European Centre for Disease Prevention and Control (2008), *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, pg. 17.
92. European Centre for Disease Prevention and Control (2013), *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*, pg. 4.
93. Farrokhi F. R., Gunther M., Williams B., et al. (2013), "Application of lean methodology for improved quality and efficiency in operating room instrument availability", *Journal for Healthcare Quality*,
94. Fisher J. (2012), The process of transition (Fisher's Personal Transition Curve).
95. Fossum M., Alexander G. L., Ehnfors M., et al. (2011), "Effects of a computerized decision support system on pressure ulcers and malnutrition in nursing homes for the elderly", *international journal of medical informatics*, 80 (9), pg. 607-617.

96. Ganova-Iolovska M., Kalinov K., Geraedts M. (2008), "Satisfaction of inpatients with acute coronary syndrome in Bulgaria", *Health and Quality of Life outcomes*, 6 (1), pp. 50.
97. Gonçalves P., Kawagoe J., Cardoso M., et al. (2015), "PDCA cycle reports: a quality tool to improve physician hand hygiene compliance", *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 4 (1), P280.
98. Greiner L. E. (1998), *Evolution and Revolution as Organizations Grow*, Harvard Business School Publishing,
99. Grönroos C. (1984), "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of marketing*, 18 (4), pg. 36-44.
100. Hall M. J., Levant S., DeFrances C. J. (2013), *Trends in inpatient hospital deaths: national hospital discharge survey, 2000-2010*, Citeseer,
101. Haron S. H. A., Ramlan R. (2015), "Patient process flow improvement: Value stream mapping", *Journal of Management Research*, 7 (2), pg. 495-505.
102. Hillestad R., Bigelow J. H., Fonkych K., et al. (2005), *Health Information Technology: Can HIT Lower Costs and Improve Quality?*, https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9136.html, accessed by 20/8/2018.
103. Himmelstein D. U., Jun M., Busse R., et al. (2014), "A comparison of hospital administrative costs in eight nations: US costs exceed all others by far", *Health Affairs*, 33 (9), pg. 1586-1594.
104. Hollingsworth B. (2008), "The measurement of efficiency and productivity of health care delivery", *Health economics*, 17 (10), pg. 1107-1128.
105. Ikuma L. H., Nahmens I. (2014), "Making safety an integral part of 5S in healthcare", *Work*, 47 (2), pg. 243-251.
106. Jacques R. M., Fotheringham J., Campbell M. J., et al. (2013), "Did hospital mortality in England change from 2005 to 2010? A retrospective cohort analysis", *BMC health services research*, 13 (1), pg. 216.
107. Jonaidi N., Sadeghi M., Izadi M., et al. (2011), "Comparison of performance indicators in one of hospitals of Tehran with national standards", *Iran J Mil Med*, 12 (4), pg. 223-8.

108. Joolae S., Hajibabae F., Peyrovi H., et al. (2011), "The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions", *International nursing review*, 58 (1), pg. 37-44.
109. Juran J. M., Godfrey A. B. (1999), "Juran's quality handbook", pg. 2.1.
110. Kanamori S., Sow S., Castro M. C., et al. (2015), "Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception", *Global Health Action*, 8 (1), pg. 27256.
111. Kaynak H. (2003), "The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance", *Journal of operations management*, 21 (4), pg. 405-435.
112. Kim K. S., KWON S. H., KIM J. A., et al. (2011), "Nurses' perceptions of medication errors and their contributing factors in South Korea", *Journal of nursing management*, 19 (3), pg. 346-353.
113. Kirch W., Schafii C. (1996), "Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras", *Medicine*, 75 (1), pg. 29-40.
114. Klevens R. M., Edwards J. R., Richards Jr C. L., et al. (2007), "Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002", *Public health reports*, 122 (2), pg. 160-166.
115. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (2000), *To err is human: building a safer health system*, National Academies Press,
116. Kübler-Ross E. (1969), *On death and dying*. New York: Macmillan.
117. Kulkarni M., Dasgupta S., Deoke A., et al. (2011), "Study of satisfaction of patients admitted in a tertiary care hospital in Nagpur", *National J Community Med*, 2 (1), pg. 37-9.
118. Kumar R., Kumar V. (2012), "Lean manufacturing: elements and its benefits for manufacturing industry", *Group*, 16, pg. 748 - 755.
119. Kumar V., Choisine F., de Grosbois D., et al. (2009), "Impact of TQM on company's performance", *International journal of quality & reliability management*, 26 (1), pg. 23-37.

120. Laing K., Baumgartner K. (2005), "Implementing" lean" principles to improve the efficiency of the endoscopy department of a community hospital: a case study", *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 28 (3), pg. 210-215.
121. Laselva C., Camargo L., Moura D., et al. (2001), "Quality improvement tools (PDCA cycle) enhances compliance to nosocomial infection preventive measures: experience of a medical-surgical ICU", *Critical Care*, 5 (3), P64.
122. Lashgari M. H., Arefanian S., Mohammadshahi A., et al. (2015), "Effects of the Total Quality Management Implication on Patient Satisfaction in the Emergency Department of Military Hospitals", *J Arch Mil Med*, 3 (1), e26952.
123. Likert R. (1932), "A technique for the measurement of attitudes", *Archives of psychology*,
124. Lohr K. N. (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, National Academies Press, pg. 4.
125. Lummus R. R., Vokurka R. J., Rodeghiero B. (2006), "Improving quality through value stream mapping: A case study of a physician's clinic", *Total Quality Management*, 17 (8), pg. 1063-1075.
126. Magill S. S., Edwards J. R., Bamberg W., et al. (2014), "Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care–Associated Infections", *New England Journal of Medicine*, 370 (13), pg. 1198-1208.
127. Maslow A. H. (1971), *The farther reaches of human nature*, Arkana/Penguin Books,
128. Maslow A. (1943), "A theory of human motivation", 50 (4), pg. 370-396.
129. McCullough J. S., Parente S. T., Town R. (2016), "Health information technology and patient outcomes: the role of information and labor coordination", *The RAND Journal of Economics*, 47 (1), pg. 207-236.
130. Mehtsun W. T., Ibrahim A. M., Diener-West M., et al. (2013), "Surgical never events in the United States", *Surgery*, 153 (4), pg. 465-472.

131. Menachemi N., Brooks R. G., Schwalenstocker E., et al. (2009), "Use of Health Information Technology by Children's Hospitals in the United States", *Pediatrics*, 123 (Supplement 2), S80-S84.
132. Miller G. C., Britt H. C., Valenti L. (2006), "Adverse drug events in general practice patients in Australia", *Medical Journal of Australia*, 184 (7), pg. 321.
133. Mohebbifar R., Hasanpoor E., Mohseni M., et al. (2014), "Outpatient Waiting Time in Health Services and Teaching Hospitals: A Case Study in Iran", *Global Journal of Health Science*, 6 (1), pg. 172-180.
134. Naidoo L., Mahomed O. H. (2016), "Impact of Lean on patient cycle and waiting times at a rural district hospital in KwaZulu-Natal", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 8 (1), pg. 1-9.
135. Odundo G. O., Nyarango R., Musimbi Chanzu N. (2015), "The Impact of ISO Certification of Healthcare Services on Complaints and Litigation—A Children's Hospital's Perspective", 12
136. Organisation for Economic Co-operation and Development (2015), *Length of hospital stay*, <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>, 7/5/2018.
137. Pan Y., hong Yang X., He J. P., et al. (2015), "To be or not to be a doctor, that is the question: a review of serious incidents of violence against doctors in China from 2003–2013", *Journal of Public Health*, 23 (2), pg. 111-116.
138. Qadri S. S., Pathak R., Singh M., et al. (2012), "An assessment of patients satisfaction with services obtained from a tertiary care hospital in rural Haryana", *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4 (8), pg. 1524-1537.
139. Rodríguez-Cerrillo M., Fernández-Díaz E., Iñurrieta-Romero A., et al. (2012), "Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: changes and achievements", *International journal of health care quality assurance*, 25 (6), pg. 498-508.
140. Rogers E. M. (2010), Chapter 1: Elements of Diffusion. *Diffusion of innovations*. pp. 1 - 37.

141. Rost J. C. (1993), *Leadership for the twenty-first century*, Greenwood Publishing Group,
142. Ruiz M., Bottle A., Aylin P. P. (2015), "The Global Comparators project: international comparison of 30-day in-hospital mortality by day of the week", *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2014-003467.
143. Rutledge J., Xu M., Simpson J. (2010), "Application of the Toyota Production System improves core laboratory operations", *American Journal of Clinical Pathology*, 133 (1), pg. 24-31.
144. Schiff G. D., Bates D. W. (2010), "Can electronic clinical documentation help prevent diagnostic errors?", *New England Journal of Medicine*, 362 (12), pg. 1066-1069.
145. Slowiak J. M., Huitema B. E., Dickinson A. M. (2008), "Reducing wait time in a hospital pharmacy to promote customer service", *Quality Management in Healthcare*, 17 (2), pg. 112-127.
146. Spath P. (2009), *Introduction to healthcare quality management*, Health Administration Press Chicago, IL,
147. Stoimenova A., Stoilova A., Petrova G. (2014), "ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service?", *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 28 (2), pg. 372-378.
148. Tang F. I., Sheu S. J., Yu S., et al. (2007), "Nurses relate the contributing factors involved in medication errors", *Journal of clinical nursing*, 16 (3), pg. 447-457.
149. Nguyen Thi P. L., Briancon S., Empereur F., et al. (2002), "Factors determining inpatient satisfaction with care", *Social science & medicine*, 54 (4), pg. 493-504.
150. Thomas K. W. (2008), "Thomas-Kilmann Conflict Mode", *TKI Profile and Interpretive Report*, pp. 1-11.
151. Truong A. T., Nguyen V. H., Nguyen N. Q., et al. (2015), "A Point-Prevalence Study on Healthcare-Associated Infections in Vietnam: Public Health Implications", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32 (10), pg. 1039-1041.

152. Umar I., Oche M., Umar A. (2011), "Patient waiting time in a tertiary health institution in Northern Nigeria", *Journal of Public Health and Epidemiology*, 3 (2), pg. 78-82.
153. Unver V., Tastan S., Akbayrak N. (2012), "Medication errors: perspectives of newly graduated and experienced nurses", *International journal of nursing practice*, 18 (4), pg. 317-324.
154. Van den Heuvel J., Koning L., Bogers A. J., et al. (2005), "An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits?", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (5), pg. 361-369.
155. van Schoten S. M., Kop V., de Blok C., et al. (2014), "Compliance with a time-out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: results of a national patient safety programme in the Netherlands", *BMJ Open*, 4 (7), pg. e005075.
156. Waldhausen J. H., Avansino J. R., Libby A., et al. (2010), "Application of lean methods improves surgical clinic experience", *Journal of pediatric surgery*, 45 (7), pg. 1420-1425.
157. Walton M., Harrison R., Chevalier A., et al. (2016), "Improving hospital death certification in Viet Nam: results of a pilot study implementing an adapted WHO hospital death report form in two national hospitals", *BMJ Global Health*, 1 (1), e000014.
158. Wang H.-f., Jin J.-f., Feng X.-q., et al. (2015), "Quality improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: a trend analysis during the journey to Joint Commission International accreditation and in the post-accreditation era", *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 11, pg. 393-406.
159. Westbrook J. (1992), "Patient satisfaction: methodological issues and research findings", *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 16 (1), pp. 75-88.
160. Wilson L. (2009), *How to implement lean manufacturing*, McGraw Hill Professional,

161. Withanachchi N., Karandagoda W., Handa Y. (2004), "A performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka: an introduction", *Journal of health organization and management*, 18 (5), pg. 361-369.
162. Womack J. P., Jones D. T. (2010), *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, Simon and Schuster,
163. World Health Organization (2007), *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, Spain,
164. Yeboah E., Thomas M. (2009), "A cost effective way of reducing outpatient clinic waiting times: How we did it", *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 7 (1), pg. 1-4.
165. Zaoqian Z., HUANG P., Yong Y., et al. (2012), "Application of PDCA Cycle in Hospital Prescription Continuous Quality Improvement", *Chinese Journal of Modern Applied Pharmacy*, 1, pg. 24.
166. Zimmerman J. E., Kramer A. A., Knaus W. A. (2013), "Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012", *Critical Care*, 17 (2), pg. R81.
167. Zwaan L., de Bruijne M., Wagner C., et al. (2010), "Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events", *Archives of Internal Medicine*, 170 (12), pg. 1015-1021.