



Original Article

The “Open + Liquid + Flexible” Public Hospital Management Model Made in Vietnam: Lessons Learnt for Adapting to the COVID-19 Pandemic in Vietnam

Nguyen Dang Minh¹, Nguyen Tien Thanh^{2,*},
Nguyen Thuy Dung³, Nguyen Thi Thanh Thuy⁴

¹VNU University of Economics and Business, No. 144 Xuan Thuy Road, Cau Giay District, Hanoi, Vietnam

²Vietnam National Coordinating Center for Human Organ Transplantation - Ministry of Health,
No. 40, Trang Thi Street, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam

³Posts and Telecommunications Institute of Technology,
Km 10, Nguyen Trai, Ha Dong District, Hanoi, Vietnam

⁴Vietnam National Institute of Educational Sciences,
No. 101, Tran Hung Dao Road, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam

Received: October 6, 2021

Revised: March 16, 2022; Accepted: June 25, 2022

Abstract: The COVID-19 pandemic started in the early 2020 has significantly hit every human-life aspect in all over the world, especially the medical industry. To ensure both regular and irregular healthcare work (i.e., prevention, treatment for COVID-19 patients), hospitals are required to change their thinking and management model. This research creates an “open + liquid + flexible” public hospital management model made in Vietnam, based on the theory of Made in Vietnam lean management and practical lessons learnt for adaptations to the COVID-19 pandemic in the past two years.

Keywords: Hospital management, COVID-19 pandemic, adapting to the pandemic.

* Corresponding author

E-mail address: ngtuanminhvncchot@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1108/vnueab.4747>

Quản trị bệnh viện công lập “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam”: Bài học về kinh nghiệm thích ứng với đại dịch COVID-19 tại Việt Nam

Nguyễn Đăng Minh¹, Nguyễn Tiên Thành^{2,*},
Nguyễn Thùy Dung³, Nguyễn Thị Thanh Thủy⁴

¹Trường Đại học Kinh tế - Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người - Bộ Y tế,
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

³Học viện Công nghệ Bưu chính Viễn thông, Km 10, Đường Nguyễn Trãi, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

⁴Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam, 101 Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 6 tháng 10 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 16 tháng 3 năm 2022; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 6 năm 2022

Tóm tắt: Đại dịch COVID-19 đã làm thay đổi nhiều mặt của đời sống con người trên toàn thế giới, trong đó ngành y tế chịu nhiều tác động và thay đổi nhất. Để đảm bảo thực hiện đồng thời hai nhiệm vụ khám chữa bệnh thường xuyên và không thường xuyên (như phòng chống, điều trị bệnh nhân bị nhiễm bệnh COVID-19), đòi hỏi các bệnh viện phải thay đổi từ tư duy đến phương pháp, mô hình quản trị. Nghiên cứu này kiến tạo mô hình Quản trị bệnh viện công lập “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam” trên nền tảng học thuyết của Quản trị tinh gọn “Made in Vietnam” và thực tiễn bài học kinh nghiệm thích ứng với đại dịch COVID-19 tại Việt Nam trong thời gian qua.

Từ khóa: Quản trị bệnh viện, đại dịch COVID-19, thích ứng đại dịch.

1. Mở đầu

Đại dịch COVID-19 xảy ra từ đầu năm 2020, kéo dài gần hai năm qua đã chứng minh vị trí quan trọng của các bệnh viện công lập trong công tác phòng chống dịch bệnh COVID-19 tại mỗi quốc gia, trong đó có Việt Nam (Bộ Y tế, 2021). Các bệnh viện vừa phải thực hiện cùng lúc hai nhiệm vụ: khám chữa bệnh (KCB) thường xuyên cho người dân và KCB không thường xuyên, điều trị bệnh nhân bị nhiễm bệnh COVID-19. Bên cạnh đó, các bệnh viện này vẫn phải thực hiện các chức năng khác như: đào tạo, nghiên cứu khoa học, tự chủ tài chính... Các chức

năng, nhiệm vụ thường xuyên và bất thường đan xen liên tục trong hai năm qua đã làm cho công tác quản trị bệnh viện (QTBV) trở nên ngày càng phức tạp và nặng nề, đòi hỏi nhà quản trị phải giải quyết nhanh chóng, quyết đoán hơn.

Trong thời gian qua, công tác QTBV công lập tại Việt Nam đã có nhiều thay đổi tích cực. Chính sách khuyến khích xã hội hóa trong lĩnh vực y tế nói chung, bệnh viện nói riêng (Thủ tướng Chính phủ, 1999) và cơ chế quản lý bệnh viện công theo hướng tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện (Thủ tướng Chính phủ, 2019) đã từng bước nâng cao hiệu quả hoạt động, chất lượng dịch vụ nhằm hướng tới đảm bảo cuộc sống tốt

* Tác giả liên hệ

Địa chỉ email: ngtuanminhvncc@hotmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1108/vnueab.4747>

cho các cán bộ nhân viên y tế, đồng thời đạt được sự hài lòng của người bệnh và đáp ứng các yêu cầu của xã hội trong tình hình mới ngày càng phát sinh những bất ổn phi truyền thống (Phan Chí Anh và cộng sự, 2019). Kết quả chống dịch COVID-19 trong ba đợt bùng phát dịch đầu tiên đã cho thấy những hiệu quả bước đầu trong hoạt động QTBV công lập và Việt Nam được xem như một mô hình phòng chống dịch bệnh COVID-19 tiêu biểu (Fleming, 2020).

Tuy nhiên, bước sang đợt bùng phát dịch bệnh COVID-19 với thách thức từ biến chủng Delta đã làm nảy sinh nhiều vấn đề mâu thuẫn trong quản trị vận hành bệnh viện mà các nhà quản trị phải đối mặt. Mâu thuẫn giữa đảm bảo quy trình KCB, yêu cầu của người bệnh với an toàn dịch bệnh cho nhân viên y tế, tham gia phòng chống dịch bệnh với đảm bảo đời sống y bác sĩ, điều trị bệnh dập dịch COVID-19 nhưng an toàn, không để bệnh viện trở thành ổ dịch... là những bài toán khó giải mà hầu hết các nhà QTBV công lập tại Việt Nam phải đối mặt trong thời gian qua. Do đó, nghiên cứu này hướng tới mục đích đề xuất giải pháp QTBV an toàn, thích ứng để các bệnh viện công lập vừa thực hiện tốt nhiệm vụ KCB thường xuyên, vừa sẵn sàng ứng phó với các biến động mới phù hợp văn hóa, nguồn lực, con người, môi trường Việt Nam.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Cơ sở lý luận

2.1.1. Quản trị tinh gọn

Quản trị tinh gọn (QTTG) là thuật ngữ được hình thành từ thập niên 1940, gắn với hệ thống sản xuất của công ty Toyota - Nhật Bản (Ohno, 1988), đến nay đã phát triển thành một phương pháp quản trị phổ biến, có tính toàn cầu, được nhiều doanh nghiệp hàng đầu trên thế giới áp dụng. Womack (2007) định nghĩa: “QTTG là phương pháp quản trị định hướng vào giảm thiểu lãng phí để nâng cao năng suất, chất lượng, hiệu quả toàn bộ quá trình sản xuất”. Liker (2004) xác định: QTTG là một triết lý sản xuất rút ngắn thời gian từ khi nhận được đơn hàng của khách hàng cho đến khi giao hàng bằng cách cắt giảm chi phí.

Do nội dung QTTG xuất phát từ thấu hiểu nhu cầu khách hàng, thấu hiểu bản thân và mỗi cá nhân bên trong doanh nghiệp (tổ chức) nên QTTG thực thi dựa trên 5 nguyên lý: nhận diện lãng phí - tạo ra giá trị từ quan điểm của khách hàng; nhận dạng chuỗi giá trị - chuẩn hóa quy trình; tạo ra các quy trình liên tục theo dòng chảy; tạo cơ chế kéo dòng chảy; và cải tiến liên tục hướng đến sự hoàn hảo. Từ thập niên 1990, nhóm nghiên cứu của Womack (2007) đã khẳng định hệ thống sản xuất tinh gọn sẽ phát triển không chỉ trong các doanh nghiệp sản xuất mà còn trong các doanh nghiệp dịch vụ, từ dịch vụ y tế đến dịch vụ phân phối bán lẻ... Khi lý thuyết sản xuất tinh gọn trở nên phổ biến đối với các công ty dịch vụ, lý thuyết sản xuất tinh gọn đã được nghiên cứu và phát triển thành mô hình QTTG.

2.1.2. Tư duy tinh gọn “Made in Vietnam”

Tư duy tinh gọn “Made in Vietnam” là tư duy quản trị tạo lợi nhuận (giá trị gia tăng) cho tổ chức (doanh nghiệp) bằng cách dùng trí tuệ của con người (trí tuệ của tổ chức) để cắt giảm tối đa chi phí lãng phí (Nguyễn Đăng Minh, 2015). Tư duy này được diễn giải thông qua hệ công thức:

$$\text{Lợi nhuận} = \text{Doanh thu} - \text{Chi phí} \quad (1)$$

Trong đó: Chi phí = Chi phí thực + Chi phí lãng phí (2)

Chi phí lãng phí = Chi phí lãng phí hữu hình + Chi phí lãng phí vô hình (3)

Theo tư duy QTTG “Made in Vietnam”, phương pháp để các tổ chức (doanh nghiệp) Việt Nam tạo ra lợi nhuận một cách chủ động là dùng trí tuệ con người của chính tổ chức (doanh nghiệp) nhận diện và cắt giảm các chi phí lãng phí đang tồn tại trong từng hoạt động. Chi phí lãng phí tồn tại dưới 2 hình thức: (i) Chi phí lãng phí hữu hình: Dễ nhận diện trong quá trình hoạt động của tổ chức (doanh nghiệp) như chi phí lãng phí về cơ sở vật chất (phòng làm việc, trang thiết bị, máy móc không sử dụng hết công suất...), chi phí lãng phí do sai hỏng (sai sót trong quá trình thực hiện công việc của nhân viên, nhầm lẫn hồ sơ, tài liệu...), chi phí lãng phí về thời gian... (ii) Chi phí lãng phí vô hình: Khó nhận dạng trong quá trình

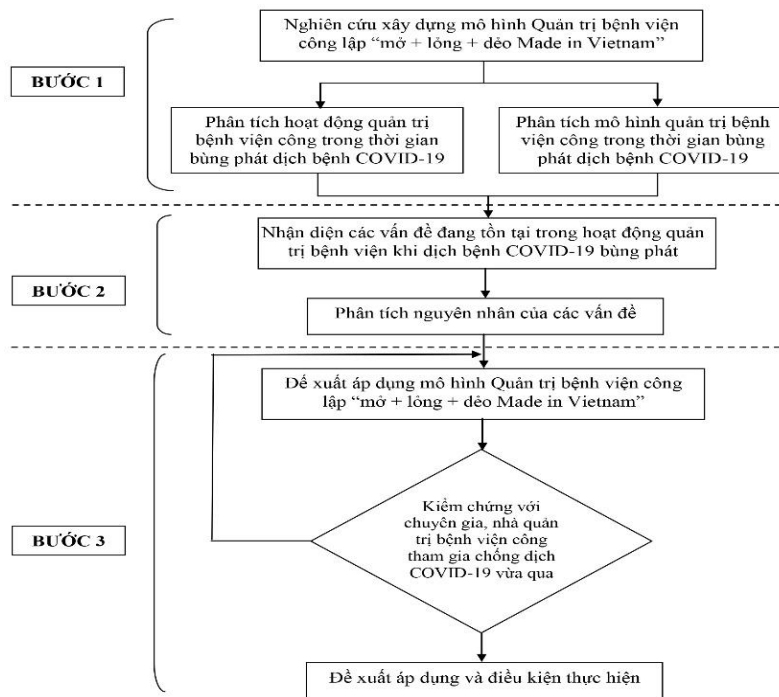
hoạt động do những lãng phí trong tư duy hoạt động, phương pháp hoạt động, mô hình hoạt động và cả tâm thế người lao động (Nguyễn Đăng Minh, 2015, 2018)...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra khảo sát, phỏng vấn sâu, quan sát thực tiễn hoạt động hàng ngày tại các bệnh viện công lập trong 4 giai đoạn bùng phát dịch bệnh COVID-19 tại Việt Nam để thu thập dữ liệu sơ cấp. Các dữ liệu

được phân tích làm cơ sở đề xuất mô hình quản trị. Quy trình nghiên cứu và phương pháp thu thập dữ liệu được mô tả ở Hình 1.

Bước 1 - Nghiên cứu dữ liệu thứ cấp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp thu thập dữ liệu thứ cấp để tổng hợp và phân tích những vấn đề mà hoạt động QTBV công đang gặp phải, đặc biệt trong giai đoạn bùng phát dịch bệnh COVID-19 khi các bệnh viện công phải thực hiện song song nhiệm vụ KCB thường xuyên và sứ mệnh là lực lượng nòng cốt, tuyến đầu phòng, chống, dập dịch COVID-19.



Hình 1: Quy trình thực hiện nghiên cứu

Nguồn: Đề xuất của nhóm tác giả.

Bước 2 - Phỏng vấn chuyên sâu, thu thập dữ liệu sơ cấp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp thu thập dữ liệu sơ cấp qua quan sát thực tiễn hoạt động hàng ngày, khảo sát thực địa tại các bệnh viện trong 4 giai đoạn bùng phát dịch bệnh COVID-19 tại Việt Nam. Đồng thời, nhóm tác giả thực hiện phỏng vấn chuyên sâu 30 lãnh đạo bệnh viện, quản lý khoa, phòng tại 4 bệnh viện công hạng đặc biệt (Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Trung ương Huế) đều là các bệnh viện

bị lây nhiễm COVID-19 trong bệnh viện, vừa phải duy trì hoạt động KCB để bảo vệ, chăm sóc sức khỏe người dân.

Bước 3 - Phân tích và đề xuất mô hình QTBV "Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam": Phương pháp phân tích tổng hợp, kết hợp dữ liệu sơ cấp và thứ cấp, kết hợp kiểm chứng với các nhóm chuyên gia là các nhà QTBV công vừa bị lây nhiễm COVID-19 trong bệnh viện, vừa phải duy trì hoạt động KCB và tham gia chống dịch COVID-19 ở bước 2 để đề xuất kiến tạo mô hình

QTBV “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam”. Tiếp đó, mô hình được kiểm chứng và hiệu chỉnh dựa trên căn cứ của phỏng vấn thảo luận sâu với các chuyên gia, nhà quản trị ở trên. Đồng thời, nghiên cứu phân tích kết quả dữ liệu thứ cấp về chất lượng dịch vụ KCB (Phan Chí Anh và cộng sự, 2019), quản trị yếu tố hữu hình trong KCB tại bệnh viện (Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành, 2020) và các kinh nghiệm quốc tế (Nguyễn Tiến Thành, 2021; Ghotbi và cộng sự, 2020; Intawong và cộng sự, 2021; Peiffer-Smadja và cộng sự, 2020; Plagg và cộng sự, 2021) nhằm so sánh với kết quả phân tích từ phía nhà quản trị, y bác sĩ trong các bệnh viện, từ đó cung cấp thêm dữ liệu minh chứng cho sự cần

thiết phải thay đổi mô hình QTBV công lập tại Việt Nam hiện nay.

2.3. Kết quả nghiên cứu

2.3.1. Quản trị bệnh viện công trong thời gian bùng phát dịch bệnh COVID-19

Phỏng vấn sâu các chuyên gia y tế, đồng thời cũng là nhà quản lý và các trưởng khoa chuyên môn trong các bệnh viện công lập - những người hàng ngày tham gia trực tiếp vào công tác chuyên môn KCB, phòng chống dịch COVID-19 và các hoạt động quản lý từ cấp khoa phòng cho đến toàn bệnh viện.

Bảng 1: Bất hợp lý được phát hiện và phân loại lãng phí theo tư duy tinh gọn

Phỏng vấn	n	Bất hợp lý được phát hiện	Loại lãng phí
Thành viên Hội đồng quản trị, Ban giám đốc bệnh viện công	20	Cơ cấu tổ chức hiện nay chưa định hình vị trí, vai trò, chức năng của Hội đồng quản trị	Vô hình (mô hình hoạt động)
		Vai trò của Hội đồng quản trị trong việc ra quyết định quản trị tại bệnh viện còn mờ nhạt, vị trí chưa rõ ràng	Vô hình (phương pháp hoạt động)
		Cơ cấu nhân sự Hội đồng quản trị vẫn nghiêng quá về chuyên môn y khoa, chưa chú ý tới chuyên môn quản lý	Vô hình (mô hình hoạt động)
		Cơ chế tham vấn, đề xuất chính sách y tế lên cấp cao hơn rất yếu, không được coi trọng đúng mức	Vô hình (mô hình hoạt động)
		Cơ chế tự chủ chưa phù hợp, giao tự chủ tài chính nhưng nhân sự, kế hoạch, chiến lược lại phải xin phép, phê duyệt	Vô hình (tư duy hoạt động)
		Trang thiết bị, vật tư y tế, thuốc men vẫn phụ thuộc đầu thầu mua sắm tập trung của Bộ Y tế	Hữu hình (cơ sở vật chất, thiết bị)
		Hoạt động QTBV nặng tính hành chính cứng nhắc, thiếu linh hoạt như đơn vị dịch vụ xã hội	Vô hình (phương pháp hoạt động)
		Cách thức hoạt động hiện nay buộc chuyên gia y tế vừa làm chuyên môn vừa quản lý nên không thể tốt được cả hai vai trò	Vô hình (phương thức hoạt động)
Là trưởng, phó các khoa phòng chuyên môn trong bệnh viện	30	Chưa xây dựng được các bộ tiêu chí về quản trị chất lượng trong hoạt động bệnh viện làm căn cứ đánh giá	Hữu hình (thao tác, lỗi, sửa sai)
		Nhiều quy định, quy trình bị đóng khung thiếu tính mở để các bệnh viện chủ động nghiên cứu, áp dụng tính mới	Hữu hình (chờ đợi)
		Công tác giám sát, đánh giá vẫn dùng con người thực hiện, người thực hiện lại là nhân sự trong bệnh viện sẽ không đảm bảo khách quan, công bằng	Hữu hình (kiến thức rời rạc, sửa sai)
		Quản lý nhân sự còn nặng hành chính, chuyên môn thông thường, chưa định hướng lộ trình phát triển cho mỗi nhân sự	Vô hình (tư duy hoạt động)
		Khám bệnh ban đầu và chữa bệnh tại khoa chuyên môn chưa liên thông dữ liệu, nặng nề hồ sơ, sổ sách thủ công	Hữu hình (cơ sở vật chất thiết bị)
		Một số cải tiến, thay đổi về cách thức quản trị chưa phù hợp với mỗi khoa phòng, thiếu phù hợp với thực tiễn chuyên môn	Vô hình (phương pháp hoạt động)

Nguồn: Kết quả khảo sát.

Kết quả trên cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Dale và Krishna (2015) khi nghiên cứu tại một số bệnh viện công tại 7 quốc gia thuộc khu vực châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam, trong thời gian 10 năm (2003-2013). Các tác giả khẳng định có quá nhiều lãng phí, thất thoát trong hoạt động của bệnh viện công tại Việt Nam, đồng thời các thay đổi về QTBV công chưa theo kịp với những thay đổi về yêu cầu tự chủ tài chính bệnh viện. Như vậy, có thể nói mô hình bệnh viện tại Việt Nam hiện nay chưa thực sự hiệu quả, ngay cả tại một số bệnh viện đang thí điểm mô hình tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện theo mô hình QTBV

công tại các nước châu Âu mà WHO đã khuyến cáo cho các quốc gia như Việt Nam nghiên cứu áp dụng (Saltman và Dubois, 2011). Cách thức QTBV công chưa đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn (Báo điện tử Dân trí, 2021), đặc biệt trong giai đoạn bùng phát dịch bệnh COVID-19. Điều này đã bộc lộ sự lúng túng, cứng nhắc và không thể tự chủ tài chính được như yêu cầu (Báo điện tử Vnexpress, 2021).

Hậu quả của thực trạng trên tất yếu dẫn đến các bệnh viện chưa thể tự chủ như kỳ vọng, những bất cập nảy sinh trong hoạt động KCB càng thể hiện rõ hơn trong giai đoạn dịch COVID-19 bùng phát (Bảng 2).

Bảng 2: Quản trị bệnh viện công giai đoạn bùng phát COVID-19 tại Việt Nam

Phông vấn	Số lượng	Bất hợp lý nổi cộm	Loại lãng phí
Chuyên gia y tế là thành viên Hội đồng quản trị; Ban giám đốc, phó các khoa phòng chuyên môn trong bệnh viện	50	Hoạt động khám, chữa bệnh vẫn đóng trong không gian bệnh viện, không gian khám bệnh, không gian chữa bệnh	Vô hình (mô hình hoạt động)
		Khám, chữa bệnh tuân theo quy trình được cơ quan quản lý nhà nước xây dựng bị đóng khung, không dễ sửa đổi	Vô hình (tư duy và mô hình hoạt động)
		Trang thiết bị, vật tư y tế, thuốc điều trị... sử dụng KCB theo danh mục được quy định, khó đổi, bổ sung	Hữu hình (trang thiết bị)
		Tự chủ tài chính nhưng chưa được tự chủ nhân lực, quy trình, trang thiết bị, vật tư... dẫn đến vẫn tồn tại cơ chế xin, duyệt làm ảnh hưởng đến yêu cầu về thời gian, linh hoạt chống dịch	Vô hình (mô hình, phương thức hoạt động)
		Vị thế nhà chuyên môn chưa đặt xứng tầm với vị thế nhà quản lý khi ra quyết định trong quá trình QTBV	Vô hình (tư duy hoạt động)

Nguồn: Kết quả khảo sát.

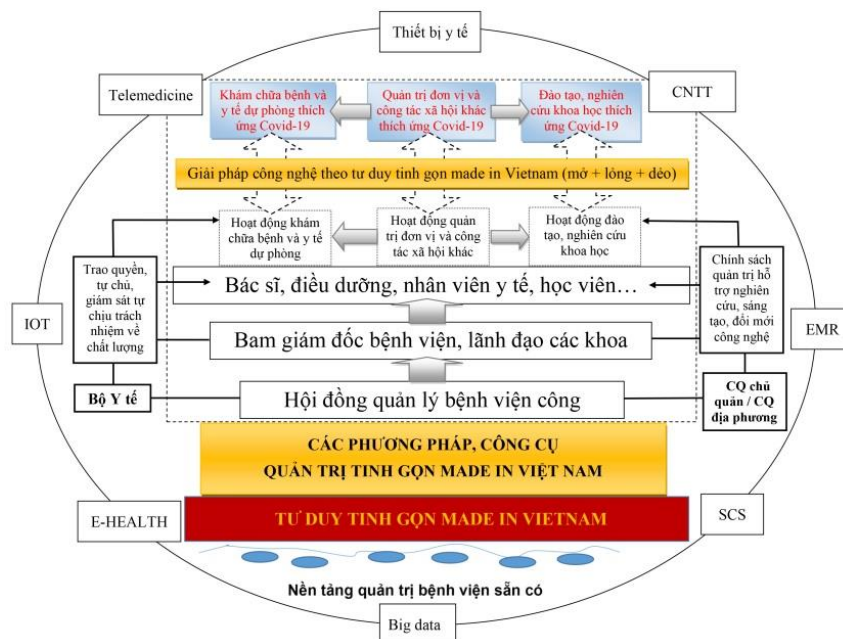
Thực tế cho thấy dòng tiền Việt Nam chảy ra nước ngoài để KCB cho người Việt không ngừng gia tăng, trong khi tay nghề KCB của bác sĩ Việt Nam không hề thua kém các bác sĩ trong khu vực (Báo điện tử Tuổi trẻ, 2019). Ngoài ra, trong thời gian diễn ra 4 đợt bùng dịch cho thấy, các bệnh viện vẫn có thể hoạt động KCB hiệu quả, an toàn song song với tham gia phòng chống dịch COVID-19 hiệu quả nếu hoạt động linh hoạt, quyền tự quyết chuyên môn cao hơn.

2.3.2. Kiến tạo mô hình Quản trị bệnh viện “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam”

Từ đánh giá thực trạng hoạt động quản trị của các bệnh viện công trong giai đoạn bùng phát đại dịch COVID-19, tham vấn các chuyên gia y tế cũng như tham chiếu với mô hình QTTG Made

in Vietnam đã ứng dụng thành công tại nhiều doanh nghiệp (Nguyễn Đăng Minh, 2015; Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Thị Vân Hà, 2016; Nguyễn Tiến Thành và Nguyễn Thị Thanh Thủy, 2022), nhóm nghiên cứu đề xuất mô hình thể hiện ở Hình 3.

Mô hình QTBV “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam” được xây dựng nhằm mục đích loại bỏ các lãng phí trong quá trình hoạt động của bệnh viện, nâng cao hiệu quả KCB, tăng tính an toàn, giúp bệnh viện vừa đảm bảo hoạt động thường xuyên (khám, chữa bệnh, y tế dự phòng, đào tạo, nghiên cứu khoa học, QTBV...), vừa tham gia phòng chống dịch bệnh COVID-19 an toàn (không biến bệnh viện thành ổ lây nhiễm, tự chủ tài chính, không cắt giảm lương/thu nhập người lao động).



Hình 2: Mô hình QTBV “Mở + lòng + dẻo Made in Vietnam”

Nguồn: Nhóm nghiên cứu đề xuất.

Mọi hoạt động của bệnh viện được thực hiện theo chuẩn quy định đảm bảo chất lượng SQCDE (Safety, Quality, Customer, Delivery, Environment) trên nền tảng của phương pháp, công cụ QTTG Made in Vietnam với bộ đỡ “Tâm thể” và sử dụng, cải tiến các nền tảng quản trị, giá trị văn hóa bệnh viện sẵn có (Nguyễn Đăng Minh, 2015). Dưới lăng kính “Tâm thể” của QTTG Made in Vietnam, tiêu chuẩn chất lượng “C” được hiểu là Customer (người bệnh) chứ không phải Cost (giá thành) như nhiều mô hình đảm bảo chất lượng khác vì tính mạng, an toàn và sự hài lòng của người bệnh là trên hết, người bệnh luôn là trung tâm của mọi hoạt động trong bệnh viện. Mô hình trên được giải thích như sau:

Hội đồng QTBV, Bộ Y tế, cơ quan chủ quản, chính quyền địa phương

Hội đồng QTBV, Bộ Y tế, cơ quan chủ quản, chính quyền địa phương thể hiện vai trò nâng đỡ hệ thống bằng việc tạo ra các chính sách hỗ trợ phát triển như: thiết lập các chính sách phân quyền, trao quyền, tự do sáng tạo, tự do nghiên cứu và không ngừng phát triển văn hóa bệnh viện

theo hướng mở, tôn trọng các ý tưởng mới, các ý tưởng khác biệt, sẵn sàng tạo điều kiện hỗ trợ cho các sáng kiến cải tiến trong mọi hoạt động của bệnh viện.

Khi bệnh viện gặp các vấn đề lớn như đại dịch COVID-19, hội đồng QTBV sẽ kích hoạt trạng thái “Mở + lòng + dẻo” sử dụng giải pháp công nghệ theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam để quá trình quản lý vĩ mô, điều chỉnh chiến lược và bổ sung các quy định giúp Ban giám đốc, các nhân viên y tế được hoạt động nghề nghiệp an toàn, bệnh viện đảm bảo duy trì hoạt động liên tục.

Ban giám đốc bệnh viện, lãnh đạo các khoa phòng

Trực tiếp thực thi các chính sách quản trị được hội đồng QTBV, Bộ Y tế, cơ quan chủ quản, chính quyền địa phương định hình thông qua các quy chế quản trị: tiền lương, thưởng, lộ trình thăng tiến, thưởng nóng các sáng kiến cắt giảm chi phí lãng phí, nâng cao hiệu quả hoạt động, chất lượng dịch vụ KCB..., hướng tới sự hài lòng của người bệnh, đáp ứng các yêu cầu của xã hội và tự chủ bệnh viện.

Trao quyền tự chủ, giám sát tự chịu trách nhiệm về chất lượng dịch vụ KCB đến từng khoa, phòng và các cá nhân. Công tác nhân sự không rườm rà hình thức, quy trình phức tạp, mà cần tinh gọn và hiệu quả theo các yêu cầu của xã hội.

Trạng thái “Mở + lỏng + dẻo” được kích hoạt khi xảy ra những vấn đề như đại dịch sẽ giúp bệnh viện linh hoạt trong hoạt động quản trị nói chung và hoạt động tác nghiệp (KCB, y tế dự phòng, đào tạo, nghiên cứu khoa học...). Tăng cường tính chủ động, tự quyết định, tự giám sát và tự chịu trách nhiệm theo các đơn vị, khoa phòng để thích ứng với những biến đổi của xã hội (thiên tai, dịch bệnh), đảm bảo năng lực hoạt động an toàn, hiệu quả và đảm bảo tự chủ, đồng thời tăng cường giám sát, tính tự chịu trách nhiệm.

Bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế

Bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế là những người trực tiếp thực hiện các hoạt động bên trong bệnh viện, dưới sự hỗ trợ của ban giám đốc, lãnh đạo khoa phòng thông qua các chính sách nhân sự công bằng, minh bạch, được trao quyền và phân quyền. Các bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế cần phát huy tinh thần tự chủ, luôn chủ động sáng tạo trong cắt giảm chi phí lãng phí, nâng cao hiệu quả hoạt động, chất lượng dịch vụ KCB.

Giải pháp cụ thể để kiến tạo đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế hiệu quả qua năng lực thực sự đã được kiểm chứng trong thực tiễn và đạo đức nghề y. Đồng thời sử dụng các tiến bộ khoa học kỹ thuật, công cuộc số hóa (Y tế điện tử - E-health, Bệnh án điện tử - EMR, An toàn thông tin - SCS, KCB từ xa - Telemedicine, Trí tuệ nhân tạo - IOT...) để không ngừng nâng cao hiệu quả hoạt động, đáp ứng các yêu cầu của xã hội và tự chủ bệnh viện.

Phương thức làm việc của bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế khi kích hoạt trạng thái “Mở + lỏng + dẻo” sẽ không thay đổi, mà điểm thay đổi là công tác kiểm tra, giám sát hoạt động

chuyên môn của bệnh viện để tăng cường tính an toàn, đảm bảo hạn chế rủi ro, giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm dịch bệnh trong hoạt động chuyên môn tại bệnh viện.

“Mở + lỏng + dẻo” Made in Vietnam

Mô hình giúp hoạt động QTBV tập trung cắt giảm các lãng phí, đảm bảo chất lượng, nâng cao hiệu quả hoạt động hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Khi xã hội xảy ra các biến cố như đại dịch COVID-19, mô hình sẽ càng phát huy hiệu quả khi trạng thái “Mở + lỏng + dẻo” được kích hoạt, bệnh viện vừa đảm bảo hoạt động KCB thường xuyên, vừa hỗ trợ phòng, chống và điều trị bệnh nhân bị nhiễm bệnh COVID-19. Hoạt động bệnh viện không phải thay đổi quá nhiều mà chỉ tăng cường giám sát, kiểm tra để đảm bảo mọi hoạt động trong bệnh viện diễn ra theo mô hình “bong bóng an toàn”; mọi người vào ra thực hiện KCB theo quy trình một chiều; tách biệt tạo vùng đệm an toàn giữa khám bệnh với điều trị bệnh; tăng cường lưu động của lực lượng nhân viên y tế tham gia KCB; điều tiết lịch trình giờ bệnh nhân đến KCB và hạn chế tiếp xúc giữa y bác sĩ với người bệnh...; như vậy trong mọi trường hợp bệnh viện vẫn hoạt động bình thường, không phải đóng cửa hay nguy cơ thành ổ dịch lây nhiễm cho cộng đồng, trong khi không cần phải đầu tư nguồn lực đáng kể. Khi dịch bệnh được khống chế, loại bỏ tính nguy hiểm, bệnh viện lại trở lại tập trung hoạt động KCB thường xuyên, trạng thái “Mở + lỏng + dẻo” sẽ tạm dừng để mọi hoạt động của bệnh viện được diễn ra nhanh, chất lượng và an toàn hơn.

2.4. Kết quả kiểm chứng mô hình

Mô hình đề xuất được thảo luận kiểm chứng một lần nữa với các chuyên gia y tế đồng thời là nhà thực tiễn (thành viên Hội đồng QTBV; Ban giám đốc; trưởng, phó các khoa phòng chuyên môn trong bệnh viện). Bảng 3 thể hiện kết quả kiểm chứng mô hình.

Bảng 3: Kiểm chứng mô hình QTBV “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam”

Chuyên gia y tế, quản trị	Số lượng	Nhận xét về mô hình
Thành viên Hội đồng QTBV công	10	- Vị thế nhà chuyên môn xứng tầm so với vị thế nhà quản lý khi ra quyết định QTBV - Quy trình KCB, tiêu chuẩn chất lượng được xây dựng đo lường, giám sát đảm bảo chuẩn mực sẽ hạn chế sự cố - Đảm bảo quyền lợi, vai trò, trách nhiệm của các bên có liên quan trong quá trình quản trị, ra quyết định quản trị
Thành viên Ban giám đốc bệnh viện công	10	- Hoạt động KCB, y tế dự phòng, đào tạo, nghiên cứu khoa học... linh hoạt, dễ thích ứng các biến động (COVID-19) - Bệnh viện hoạt động an toàn với dịch bệnh, đảm bảo mục tiêu vừa chống dịch, vừa KCB đáp ứng nhu cầu xã hội - Phát triển văn hóa bệnh viện, tạo động lực sáng tạo, đổi mới và tạo ra thương hiệu bền vững, không phụ thuộc cá nhân - Con người (y bác sĩ) là trung tâm; các trang thiết bị y tế, công nghệ, khoa học kỹ thuật sẽ tăng cường hiệu quả hoạt động, chất lượng dịch vụ đáp ứng các yêu cầu, thay đổi của xã hội
Trưởng, phó các khoa phòng chuyên môn	30	- Tự chủ, tập trung chuyên môn, kích thích sáng tạo, đổi mới, giảm bớt các thủ tục hành chính rườm rà, lãng phí - Y bác sĩ an tâm với công việc, cuộc sống để gắn bó lâu dài

Nguồn: Tổng hợp của nhóm nghiên cứu.

3. Kết luận

Nghiên cứu đã kiến tạo mô hình QTBV công lập “Mở + lỏng + dẻo Made in Vietnam” trên nền tảng học thuyết của QTTG Made in Vietnam và thực tiễn bài học kinh nghiệm thích ứng với đại dịch COVID-19 vừa qua. MHQT này sẽ giải quyết loại bỏ các bất hợp lý trong công tác QTBV hiện nay. Nghiên cứu đã chỉ ra các thành tố của mô hình và kiểm chứng sự phù hợp của mô hình vào thực tiễn các bệnh viện công tại Việt Nam. Về mặt khoa học, nghiên cứu cho thấy sự phù hợp trong việc ứng dụng mô hình vào hệ thống y tế công. Về mặt thực tiễn, mô hình đề xuất có thể được ứng dụng nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động, chất lượng dịch vụ KCB để đáp ứng yêu cầu của người dân, thích ứng với các biến động của xã hội, khẳng định năng lực ngành y Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

Anh, P. C. et al. (2019). Quality of Healthcare Service Factor Impact to the Satisfaction of Patient at Outpatient Department of, Vietnam - Germany

Friendship Hospital. *Economy and Forecast Review*, 7, 74-78 (in Vietnamese).

Dale, H. & Krishna, H. (2015). Public Hospital Governance in Asia and the Pacific, *Comparative Country Studies*, 1(01).

Dan Tri Online Newspaper (2021). Only 15.3% of Medical Staff are Fully Satisfied, what does Bach Mai Hospital say? <<https://dantri.com.vn/suc-khoe/chi-153-nhan-vien-y-te-hai-long-toan-dien-benh-vien-bach-mai-noi-gi-20210416001020483.htm>> Accessed 17.01.2022.

Fleming, S. (2020). Viet Nam shows how you can contain COVID-19 with limited resources. *World Economic Forum*. Vol. 3.

Ghotbi, B. et al. (2020). Hospital management strategies during the Covid-19 pandemic. *Health Research Journal*, 5(2), 118-125.

Intawong, K. et al. (2021). Application technology to fight the COVID-19 pandemic: Lessons learned in Thailand. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 534, 830-836.

Liker J. K. (2004). Becoming lean: Inside stories of U.S. manufacturers. *Productivity Press*, USA.

Minh, N. Đ. & Thanh, N. T. (2020). Tangible Elements Management Solutions to Improve the Quality of Medical Examination and Treatment Services of Examination Department, Vietnam - Germany

- Friendship Hospital. *Industry and Trade Magazine*, 2, 182-188 (in Vietnamese).
- Minh, N. D. (2015). A new application model of lean management in small and medium sized enterprises. *Original Scientific Paper*, 14(2), 289-298.
- Minh, N. D. (2015). *Lean Management in Vietnam - The Road to Success*. Vietnam National University Hanoi Publisher (in Vietnamese).
- Minh, N. D. (2018). A new decision-making model based on the Made in Vietnam lean management philosophy. *Economics and Sociology*, 11(1), 44-66.
- Minh, N. D., & Van Ha, N. T. (2016). "Made in Vietnam" lean management model for sustainable development of Vietnamese enterprises. *Procedia CIRP*, 40, 602-607 (in Vietnamese).
- Ministry of Health (2021). Portal of the Ministry of Health on the Passion of Covid-19. <<https://covid19.gov.vn>> Accessed 17.01.2022.
- Ohno, T. (1988). *Toyota Production System: Beyond Large-scale Production*. Cambridge, MA: Productivity Press.
- Peiffer-Smadja, N. et al. (2020). Challenges and issues about organizing a hospital to respond to the COVID-19 outbreak: Experience from a French reference centre. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(6), 669-672.
- Plagg, B. et al. (2021). Primary health care and hospital management during COVID-19: Lessons from Lombardy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 3987.
- Prime Minister of the Socialist Republic of Vietnam (1999). Resolution No. 73/1999/NĐ-CP issued on August 19, 1999 on the policy of encouraging the socialization of education, healthcare, culture, and sports activities. Hanoi.
- Prime Minister of the Socialist Republic of Vietnam (2019). Resolution No. 33/NQ-CP issued on May 19, 2019 on piloting a comprehensive autonomy and self-responsibility mechanism of 4 hospitals under the Ministry of Health: Bach Mai Hospital, Cho Ray Hospital, Viet Duc Friendship Hospital and Hospital K. Hanoi.
- Saltman, R. B. et al. (2011). Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. *Observatory Studies Series*. Copenhagen. World Health Organization.
- Thanh, N. T. (2021). Applying Lean Management in Hospitals Reference from International Experience and Lessons Learned for Vietnam. *Economy and Forecast Review*, 28(782), 73-76 (in Vietnamese).
- Thanh, N. T., & Thuy, N. T. T. (2022). Lean management made in Vietnam: A solution for public hospital digital transformation to meet the requirements of authority, comprehensive responsibility. *Proceedings of the International Conference "Governance in Digital Transformation"*, 95-115.
- Tuoi tre Online Newspaper (2019). Vietnamese patients spend 2 billion USD/year going abroad for medical examination and treatment. <<https://tuoitre.vn/nguoi-benh-vn-chi-2-ti-usd-nam-di-nuoc-ngoai-kham-chua-benh-20190115180355785.html>> Accessed Jan 17, 2022.
- Vnexpress Online Newspaper (2021). More than 200 medical staff at Bach Mai Hospital quit. <<https://vnexpress.net/hon-200-nhan-vien-y-te-benh-vien-bach-mai-nghi-viec-4262436.html>> Accessed Jan 17, 2022.
- Womack, J. P. et al. (2007). *The Machine that Changed the World: The Story of Lean Production*. Simon and Schuster.