

BỘ THÔNG TIN VÀ TRUYỀN THÔNG
HỌC VIỆN CÔNG NGHỆ BƯU CHÍNH VIỄN THÔNG



NGUYỄN TIẾN THÀNH

QUẢN TRỊ TINH GỌN
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN CÔNG
TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN TRỊ KINH DOANH

HÀ NỘI, NĂM 2024

BỘ THÔNG TIN VÀ TRUYỀN THÔNG
HỌC VIỆN CÔNG NGHỆ BƯU CHÍNH VIỄN THÔNG



NGUYỄN TIẾN THÀNH

QUẢN TRỊ TINH GỌN
TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN CÔNG
TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

CHUYÊN NGÀNH : QUẢN TRỊ KINH DOANH

MÃ SỐ: 9.34.01.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ QUẢN TRỊ KINH DOANH

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

PGS. TS. NGUYỄN ĐĂNG MINH

TS. NGUYỄN THÙY DUNG

HÀ NỘI, NĂM 2024

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan luận án là công trình nghiên cứu của riêng cá nhân tôi theo sự hướng dẫn của người hướng dẫn. Tôi đã thực hiện nghiên cứu một cách nghiêm túc và tuân thủ theo các Quy định tổ chức đào tạo tiến sĩ hiện hành. Các bảng, biểu, hình ảnh, kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án đảm bảo tính trung thực, là kết quả nghiên cứu của tác giả và chưa được công bố trong bất cứ công trình nghiên cứu khoa học nào khác.

Tác giả

Nguyễn Tiến Thành

LỜI CẢM ƠN

Với “Tâm thế” của lòng biết ơn, tôi xin trân trọng cảm ơn và bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS. TS. Nguyễn Đăng Minh, Trường Đại học Kinh tế, Đại học Quốc gia Hà Nội và TS. Nguyễn Thùy Dung, Khoa Quản trị kinh doanh 1, Học viện Công nghệ Bưu chính viễn thông đã tận tình hướng dẫn tôi hoàn thành Luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Học viện, các thầy cô giáo Khoa Quản trị Kinh doanh 1, Khoa Đào tạo Sau đại học của Học viện Công nghệ Bưu chính Viễn thông đã giúp đỡ và tạo điều kiện cho tôi hoàn thành nhiệm vụ học tập.

Tôi xin chân thành cảm ơn đến Ban giám đốc, các đồng nghiệp trong Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người, Bộ Y tế đã luôn luôn hỗ trợ, tạo điều kiện để tôi vừa hoàn thành công tác chuyên môn, hoàn thành nhiệm vụ học tập, nghiên cứu đảm bảo chất lượng, tiến độ đã đề ra.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các Lãnh đạo, bác sĩ, điều dưỡng, đồng nghiệp tại 11 bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội và các chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Vụ Pháp chế, Bộ Y tế đã chia sẻ những thông tin quý báu và tham gia trả lời phiếu khảo sát về hoạt động quản trị tinh gọn tại các bệnh viện. Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Khoa Khám bệnh, Phòng Quản lý chất lượng, Phòng Kế hoạch tổng hợp các bệnh viện đã nhiệt tình giúp đỡ tôi thu thập thông tin trong các đợt khảo sát ý kiến tại các bệnh viện nghiên cứu.

Sẽ là thiếu sót nếu không nhắc đến hỗ trợ của Viện Quản trị tinh gọn GKM nơi tôi cùng tập thể hướng dẫn thường xuyên sinh hoạt chuyên môn, tham gia những nghiên cứu ứng dụng và đi học tập học tập thực tiễn tại Nhật Bản. Những hỗ trợ của Viện Quản trị tinh gọn GKM đã giúp tôi như được trải qua một chương trình đào tạo nghiên cứu sinh thứ hai theo chuẩn Lab thực hành quốc tế.

Cuối cùng, tôi xin chân thành cảm ơn bạn bè, đồng nghiệp, các anh chị em học viên khóa 2020, Học viện Công nghệ Bưu chính Viễn thông và đặc biệt là những người thân yêu trong gia đình đã luôn hỗ trợ, chia sẻ các khó khăn, động viên, hỗ trợ tôi trong suốt thời gian tôi thực hiện luận án.

Tác giả
Nguyễn Tiên Thành

MỤC LỤC

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT.....	ix
DANH MỤC BẢNG.....	xi
DANH MỤC HÌNH.....	xiii
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	xiv
DANH MỤC SƠ ĐỒ	xiv
PHẦN MỞ ĐẦU	1
1. Lí do lựa chọn đề tài	1
2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu	3
2.1. Mục đích nghiên cứu	3
2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu.....	3
3. Câu hỏi nghiên cứu.....	3
4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu	4
4.1. Đối tượng nghiên cứu	4
4.2. Phạm vi nghiên cứu	4
5. Phương pháp nghiên cứu	4
5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	4
5.2. Phương pháp thu thập dữ liệu.....	5
5.3. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu.....	5
5.4. Phương pháp khảo nghiệm.....	6
6. Những đóng góp mới của nghiên cứu	6
6.1. Về mặt lí luận.....	6
6.2. Về mặt thực tiễn.....	6
7. Kết cấu của luận án	6
CHƯƠNG I. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU CÓ LIÊN QUAN.....	7

1.1. Các nghiên cứu áp dụng quản trị tinh gọn trong việc xác định và cắt giảm lãng phí trong bệnh viện	7
1.2. Quản trị tinh gọn xác định các loại lãng phí và hiệu quả cắt giảm lãng phí trong bệnh viện.....	9
1.3. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện.....	14
1.4. Điều kiện và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện	15
1.5. Đánh giá chung về các nghiên cứu	18
1.6. Kết luận chương I	19
CHƯƠNG II. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ QUẢN TRỊ TINH GỌN	22
2.1. Cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn.....	22
2.1.1. <i>Khái niệm quản trị tinh gọn.....</i>	<i>22</i>
2.1.2. <i>Nội dung của quản trị tinh gọn</i>	<i>24</i>
2.1.3. <i>Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn</i>	<i>28</i>
2.1.4. <i>Điều kiện triển khai và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn..</i>	<i>31</i>
2.1.5. <i>Một số công cụ quản trị tinh gọn.....</i>	<i>34</i>
2.2. Quản trị tinh gọn trong bệnh viện.....	35
2.2.1. <i>Quan điểm về quản trị tinh gọn trong bệnh viện.....</i>	<i>36</i>
2.2.2. <i>Khác biệt về quản trị tinh gọn trong bệnh viện với lĩnh vực khác.....</i>	<i>37</i>
2.2.3. <i>Nội dung quản trị tinh gọn trong bệnh viện</i>	<i>41</i>
2.2.4. <i>Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện.....</i>	<i>47</i>
2.2.5. <i>Điều kiện và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện</i>	<i>49</i>
2.3. Kết luận chương II.....	51
CHƯƠNG III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	53
3.1. Thiết kế nghiên cứu	53
3.2. Khung nghiên cứu.....	55

3.2.1. Khung phân tích.....	55
3.2.2. Khung lý thuyết.....	56
3.3. Phương pháp thu thập dữ liệu.....	59
3.3.1. Phương pháp thu thập dữ liệu thứ cấp	60
3.3.2. Phương pháp thu thập dữ liệu sơ cấp	60
3.4. Phương pháp phân tích dữ liệu	69
3.4.1. Dữ liệu thứ cấp.....	69
3.4.2. Dữ liệu sơ cấp.....	70
3.5. Phương pháp khảo nghiệm về tính cấp thiết và tính khả thi của đề xuất giải pháp.....	74
3.6. Mô tả về các bệnh viện công lựa chọn nghiên cứu	75
3.7. Kết luận chương III.....	77
CHƯƠNG IV. THỰC TRẠNG QUẢN TRỊ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN CÔNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI.....	79
4.1. Thực trạng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công thành phố Hà Nội	79
4.1.1. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện công hiện nay	79
4.1.2. Thực trạng áp dụng công cụ quản trị tinh gọn.....	81
4.2. Nhận diện các lãng phí tại bệnh viện công thành phố Hà Nội	84
4.2.1. Các lãng phí theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam	84
4.2.2. Các lãng phí hữu hình và vô hình trong khám chữa bệnh.....	88
4.3. Phân tích chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh để nhận diện các lãng phí.....	92
4.3.1. Nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát	92
4.3.2. Góc nhìn của nhà quản lý, y bác sĩ và nhân viên y tế.....	92
4.3.3. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng.....	94
4.3.4. So sánh đánh giá theo các đối tượng nghiên cứu	96

4.4. Chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh.....	98
<i>4.4.1. Nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát</i>	<i>98</i>
<i>4.4.2. Góc nhìn của nhà quản lí, y bác sĩ và nhân viên y tế.....</i>	<i>99</i>
<i>4.4.3. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng.....</i>	<i>101</i>
<i>4.4.4. So sánh đánh giá theo các đối tượng nghiên cứu</i>	<i>103</i>
4.5. Điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công thành phố Hà Nội	104
<i>4.5.1. Phân tích nhân tố khám phá</i>	<i>105</i>
<i>4.5.2. Kiểm định mô hình và các giả thuyết nghiên cứu.....</i>	<i>108</i>
4.6. Đánh giá chung	112
<i>4.6.1. Những kết quả đã đạt được.....</i>	<i>112</i>
<i>4.6.2. Những tồn tại hạn chế</i>	<i>114</i>
<i>4.6.3. Nguyên nhân của các hạn chế.....</i>	<i>115</i>
4.7. Kết luận chương IV	116
CHƯƠNG V. GIẢI PHÁP ÁP DỤNG QUẢN TRỊ TINH GỌN MADE IN VIETNAM TẠI BỆNH VIỆN CÔNG ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI.....	118
5.1. Định hướng phát triển các bệnh viện và nguyên tắc đề xuất giải pháp	118
<i>5.1.1. Định hướng phát triển các bệnh viện công thành phố Hà Nội</i>	<i>118</i>
<i>5.1.2. Nguyên tắc đề xuất giải pháp.....</i>	<i>119</i>
5.2. Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.....	120
<i>5.2.1. Mục đích</i>	<i>120</i>
<i>5.2.2. Nội dung.....</i>	<i>121</i>
<i>5.2.3. Mô hình thực hiện giải pháp</i>	<i>124</i>
<i>5.2.4. Điều kiện triển khai áp dụng</i>	<i>125</i>

5.3. Các giải pháp cụ thể: áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.....	126
5.3.1. Giải pháp cụ thể một: Cải thiện áp dụng 5S và công cụ quản trị tinh gọn đang sử dụng	126
5.3.2. Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh chuẩn hóa y tế Made in Vietnam ...	132
5.3.3. Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện	135
5.4. Khảo nghiệm tính cấp thiết, tính khả thi của các giải pháp	139
5.5. Kết luận chương V	143
KẾT LUẬN	144
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LUẬN ÁN...147	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	148
PHỤ LỤC I: PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN DÀNH CHO NHÀ QUẢN LÝ, BÁC SĨ, ĐIỀU DƯỠNG, NHÂN VIÊN Y TẾ.....	166
PHỤ LỤC II: PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN DÀNH CHO BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH.....	175
PHỤ LỤC III: PHIẾU CÂU HỎI PHỎNG VẤN SÂU DÀNH CHO NHÀ QUẢN LÝ, BÁC SĨ, ĐIỀU DƯỠNG, NHÂN VIÊN Y TẾ.....	180
PHỤ LỤC IV: PHIẾU CÂU HỎI PHỎNG VẤN SÂU DÀNH CHO BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH.....	181
PHỤ LỤC V: BÁO CÁO CHỈNH SỬA CÔNG CỤ SAU KHẢO SÁT THĂM DÒ.....	182
PHỤ LỤC VI: DANH SÁCH CÁC BỆNH VIỆN QUAN SÁT VÀ KHẢO SÁT	183
PHỤ LỤC VII: QUAN SÁT THU THẬP SỐ LIỆU TIỀN LUẬN ÁN.....	186
PHỤ LỤC VIII: MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHẢO SÁT VÀ PHỎNG VẤN SÂU	187

PHỤ LỤC IX: PHIẾU KHẢO SÁT VỀ TÍNH CẤP THIẾT VÀ TÍNH KHẢ THI CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐƯA RA	189
PHỤ LỤC X: LUẬN GIẢI VÀ MÃ HÓA TRONG NGHIÊN CỨU.....	190
9.1. Luận giải khung phân tích các khung lãng phí.....	190
9.2. Luận giải khung phân tích theo chuỗi giá trị của quy trình khám chữa bệnh	191
9.3. Mã hóa các biến điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện.	192
9.4. Các biến quan sát thang đo điều kiện triển khai quản trị tinh gọn	194
PHỤ LỤC XI: KẾT QUẢ PHÂN TÍCH MỘT SỐ BIẾN QUAN SÁT	196
10.1. Quan sát các lãng phí theo tư duy tinh gọn.....	196
<i>10.1.1. Theo nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế.....</i>	<i>196</i>
<i>10.1.2. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng.....</i>	<i>197</i>
10.2. Quan sát các lãng phí hữu hình và lãng phí vô hình	198
<i>10.2.1. Theo nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế.....</i>	<i>198</i>
<i>10.2.2. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà</i>	<i>199</i>
PHỤ LỤC XII: CHUỖI GIÁ TRỊ THEO QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THỰC HIỆN NGHIÊN CỨU	200

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

Viết tắt	Nghĩa tiếng Việt	Nghĩa tiếng nước ngoài
5S	Phương pháp 5S	
CSYT	Cơ sở y tế	
CNTT	Công nghệ thông tin	
BHYT	Bảo hiểm y tế	
BN	Bệnh nhân	
BYT	Bộ Y tế	
BVC	Bệnh viện công	
BVTN	Bệnh viện tư nhân	
BVBM	Bệnh viện Bạch Mai	
BVHNVD	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	
BVK	Bệnh viện K	
DN	Doanh nghiệp	
GTGT	Giá trị gia tăng	
JIDOKA	Phương pháp tự động kiểm tra lỗi	Jidoka
KAIZEN	Phương pháp cải tiến liên tục	Kaizen
KCB	Khám chữa bệnh	
KKB	Khoa Khám bệnh	
MHQT	Mô hình quản trị	

NC	Nghiên cứu	
NSNN	Ngân sách nhà nước	
NVYT	Nhân viên y tế	
LP	Lãng phí	
OECD	Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế Châu Âu	Organisation for Economic Co-operation and Development
QTBV	Quản trị bệnh viện	
QTTG	Quản trị tinh gọn	
TDTG	Tư duy tinh gọn	
TP.HN	Thành phố Hà Nội	
TP.HCM	Thành phố Hồ Chí Minh	
TW	Trung ương	
USD	Đô la Mỹ	
YBS	Y bác sĩ	

DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1. 1. Kết quả áp dụng quản trị tinh gọn tại hệ thống bệnh viện Virginia Mason Medical Center.....</i>	<i>11</i>
<i>Bảng 1. 2. Nhận diện lãng phí trong một số lĩnh vực theo tư duy tinh gọn.....</i>	<i>12</i>
<i>Bảng 1. 3. Tổng hợp kết quả tổng quan.....</i>	<i>20</i>
<i>Bảng 2. 1. Đánh giá mức độ tác động của bốn nhân tố trong triển khai quản trị tinh gọn tại doanh nghiệp ở Việt Nam.....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 2. 2. So sánh đặc điểm hoạt động sản xuất và hoạt động bệnh viện.....</i>	<i>37</i>
<i>Bảng 2. 3. So sánh sự khác nhau về cấu trúc hoạt động giữa tổ chức sản xuất và tổ chức bệnh viện</i>	<i>40</i>
<i>Bảng 2. 4. Tổng hợp cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn trong bệnh viện.....</i>	<i>51</i>
<i>Bảng 3. 1. Khung phân tích của luận án.....</i>	<i>55</i>
<i>Bảng 3. 2. Thông tin đối tượng khảo sát là y bác sĩ, nhân viên y tế.....</i>	<i>65</i>
<i>Bảng 3. 3. Thông tin đối tượng khảo sát là bệnh nhân và người nhà</i>	<i>66</i>
<i>Bảng 3. 4. Sự hiểu biết về thông tin quy trình khám chữa bệnh của người dân khảo sát tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>68</i>
<i>Bảng 3. 5. Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu và nội dung áp dụng triển khai trong luận án.....</i>	<i>77</i>
<i>Bảng 4. 1. Mức độ áp dụng các công cụ quản trị tinh gọn tại bệnh viện công khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>83</i>
<i>Bảng 4. 2. Mức độ các loại lãng phí theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>85</i>
<i>Bảng 4. 3. Trung bình các biến quan sát ba loại lãng phí theo theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam của bệnh nhân tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>87</i>
<i>Bảng 4. 4. Thực trạng các dạng tồn tại lãng phí trong hoạt động tại khoa khám bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>89</i>

<i>Bảng 4. 5. Cảm nhận về các dạng tổn tại lãng phí của bệnh nhân về khoa khám bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>90</i>
<i>Bảng 4. 6. Đánh giá về lãng phí tại các khâu trong quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>92</i>
<i>Bảng 4. 7. Đánh giá các bước trong quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>93</i>
<i>Bảng 4. 8. Bệnh nhân đánh giá về các lãng phí trong khâu trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>94</i>
<i>Bảng 4. 9. Sự hài lòng của bệnh nhân về các khâu trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>95</i>
<i>Bảng 4. 10. Nội dung cần cải tiến trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>100</i>
<i>Bảng 4. 11. Nội dung cần cải tiến trong hoạt động khám chữa bệnh theo ý kiến bệnh nhân tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội.....</i>	<i>102</i>
<i>Bảng 4. 12. Hệ số tải nhân tố và Kiểm định Bartlett.....</i>	<i>105</i>
<i>Bảng 4. 13. Tổng phương sai.....</i>	<i>106</i>
<i>Bảng 4. 14. Ma trận xoay nhân tố khẳng định.....</i>	<i>106</i>
<i>Bảng 4. 15. So sánh giá trị trung bình của năm điều kiện</i>	<i>107</i>
<i>Bảng 4. 16. Môi tương quan giữa các biến của thang đo.....</i>	<i>108</i>
<i>Bảng 4. 17. Phân tích hồi quy đa biến</i>	<i>109</i>
<i>Bảng 4. 18. Kiểm định các giả thuyết điều kiện triển khai quản trị tinh gọn</i>	<i>111</i>
<i>Bảng 4. 19. Bảng tổng hợp so sánh kết quả nghiên cứu theo khung phân tích của nghiên cứu và một số kết quả nghiên cứu khác thế giới.....</i>	<i>117</i>
<i>Bảng 5. 1. Kết quả khảo nghiệm tính cấp thiết và khả thi của các giải pháp.....</i>	<i>140</i>
<i>Bảng 5. 2. Sắp xếp mức độ cấp thiết và khả thi của các giải pháp đề xuất theo kết quả khảo nghiệm.....</i>	<i>141</i>

DANH MỤC HÌNH

<i>Hình 2. 1. Các lãng phí theo quan điểm nhà nghiên cứu Nhật Bản và Hoa Kỳ ..</i>	<i>24</i>
<i>Hình 2. 2. Năm nội dung nền tảng của quản trị tinh gọn</i>	<i>27</i>
<i>Hình 2. 3. Mô hình triển khai quản trị tinh gọn cho đơn vị sản xuất.....</i>	<i>29</i>
<i>Hình 2. 4. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn theo Dombrowski.....</i>	<i>30</i>
<i>Hình 2. 5. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn theo Tư duy tinh gọn Made in Vietnam.....</i>	<i>31</i>
<i>Hình 2. 6. Quy trình khám bệnh lâm sàng có xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng.....</i>	<i>43</i>
<i>Hình 2. 7. Mô hình quản trị tinh gọn yếu tố hữu hình Made in Vietnam</i>	<i>48</i>
<i>Hình 3. 1. Mô hình nghiên cứu điều kiện triển khai quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công</i>	<i>56</i>
<i>Hình 3. 2. Phương pháp thu thập dữ liệu.....</i>	<i>59</i>
<i>Hình 4. 1. Mô hình quản trị bệnh viện công tại Việt Nam hiện nay.....</i>	<i>79</i>
<i>Hình 4. 2. Các vấn đề và kết quả quản trị bệnh viện công ở Việt Nam hiện nay .</i>	<i>81</i>
<i>Hình 4. 3. Một số hình ảnh áp dụng công cụ quản trị tinh gọn tại các bệnh viện công hiện nay</i>	<i>82</i>
<i>Hình 4. 4. Quãng đường phải di chuyển khi đi khám bệnh của bệnh nhân tại một bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội</i>	<i>85</i>
<i>Hình 5. 1. Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” trên nền tảng của Tâm Thế và Tư duy tinh gọn Made in Vietnam</i>	<i>121</i>
<i>Hình 5. 2. Hoạt động Quản trị bệnh viện trong mô hình đề xuất</i>	<i>122</i>
<i>Hình 5. 3. Quy trình triển khai áp dụng mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam”</i>	<i>125</i>
<i>Hình 5. 4. Quy trình triển khai cải tiến hiệu quả áp dụng các công cụ quản trị tinh gọn.....</i>	<i>130</i>
<i>Hình 5. 5. Mô hình đào tạo Tâm thế.....</i>	<i>137</i>

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

<i>Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ y bác sĩ, nhân viên y tế được khảo sát theo từng bệnh viện</i>	<i>66</i>
<i>Biểu đồ 3. 2. Tỷ lệ bệnh nhân và người nhà được khảo sát theo từng bệnh viện</i>	<i>67</i>
<i>Biểu đồ 3. 3. Các kênh nắm bắt thông tin về quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội</i>	<i>69</i>
<i>Biểu đồ 3. 4. Thống kê số giường bệnh và bác sĩ các bệnh viện nghiên cứu tại thành phố Hà Nội.....</i>	<i>76</i>
<i>Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ giường bệnh và bác sĩ thuộc bệnh viện nghiên cứu so với tổng số bệnh viện công tại thành phố Hà Nội các cấp</i>	<i>77</i>

DANH MỤC SƠ ĐỒ

<i>Sơ đồ 2. 1. Mô hình triển khai quản trị tinh gọn cho đơn vị lĩnh vực dịch vụ.....</i>	<i>28</i>
<i>Sơ đồ 2. 2. Chuỗi giá trị hoạt động khám bệnh</i>	<i>44</i>
<i>Sơ đồ 2. 3. Chuỗi giá trị hoạt động chữa bệnh.....</i>	<i>45</i>
<i>Sơ đồ 2. 4. Mô hình “VMPS” của bệnh viện Virginia Mason Medical Center</i>	<i>47</i>
<i>Sơ đồ 3. 1. Quy trình nghiên cứu tổng quát.....</i>	<i>54</i>
<i>Sơ đồ 4. 1. So sánh đánh giá lãng phí theo tư duy tinh gọn giữa hai nhóm đối tượng khảo sát</i>	<i>87</i>
<i>Sơ đồ 4. 2. So sánh đánh giá lãng phí hữu hình và vô hình giữa hai nhóm đối tượng khảo sát</i>	<i>91</i>
<i>Sơ đồ 4. 3. So sánh đánh giá lãng phí theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm đối tượng khảo sát</i>	<i>96</i>
<i>Sơ đồ 4. 4. So sánh đánh giá hiệu quả một số bước theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm đối tượng khảo sát</i>	<i>97</i>
<i>Sơ đồ 4. 5. So sánh nội dung chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh giữa hai đối tượng khảo sát</i>	<i>103</i>

PHẦN MỞ ĐẦU

1. Lí do lựa chọn đề tài

Hệ thống các bệnh viện công cùng với các bệnh viện tư nhân là hai thành phần cung cấp dịch vụ y tế tại mỗi quốc gia, dù hệ thống bệnh viện tư nhân có phát triển mạnh mẽ đến đâu thì hệ thống bệnh viện công vẫn luôn giữ vai trò xương sống trong đảm bảo chính sách an sinh xã hội và chính sách chăm sóc sức khỏe của mỗi quốc gia (Nghị quyết 20 – Đảng Cộng sản Việt Nam, 2017) [50].

Bệnh viện công giữ vai trò chủ đạo trong lĩnh vực dịch vụ quan trọng trong an sinh xã hội, là ngành dịch vụ kỹ thuật cao có vị trí chiến lược trong ổn định xã hội và tạo tiền đề phát triển kinh tế, xã hội tại mỗi quốc gia (Bộ Y tế, 2020) [17]. Nên ưu tiên áp dụng các tiến bộ khoa học kỹ thuật, phương pháp quản trị mới trong bệnh viện công trong đó có quản trị tinh gọn luôn được các quốc gia trên thế giới quan tâm áp dụng (Richard và cộng sự, 2011) [165]

Quản trị tinh gọn đã áp dụng thành công vào tất cả các hoạt động trong bệnh viện công tại các nước Châu Âu, Bắc Mỹ, Nhật Bản... từ những năm 80 thế kỷ XX được xem là một trong những yếu tố chính giúp các bệnh viện tự chủ thành công (Grabau, 2011) [125]. Quản trị tinh gọn được nghiên cứu áp dụng tại các bệnh viện trên thế giới rất đa dạng các hướng như cắt giảm các lãng phí (Naraghi và cộng sự, 2009) [151], xây dựng các mô hình áp dụng phù hợp với đặc điểm bối cảnh mỗi quốc gia, bệnh viện (Sue, 2018) [178] và các nghiên cứu đã chỉ ra nhiều điều kiện khác nhau để áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện thành công (Grove và cộng sự, 2010) [127].

Kết quả áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện tại các quốc gia Châu Âu, Bắc Mỹ, Nhật Bản... rất thành công được xem là một trong các giải pháp nâng cao năng lực cạnh tranh của bệnh viện trong bối cảnh yêu cầu của người bệnh ngày càng cao hơn và áp lực phải cải thiện chi phí, chất lượng để tự chủ bệnh viện đang ngày càng đè nặng (Hang và Shek, 2007) [129], (Casey, 2007) [109].

Tại Việt Nam, trong vài năm gần đây áp dụng quản trị tinh gọn nói chung và công cụ quản trị tinh gọn được Bộ Y tế khuyến khích gắn với phong trào “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” (Quyết định số 2151/QĐ-BYT [14]) và thành một tiêu chí bắt buộc trong 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện (tiêu chí áp dụng 5S [13]). Với khuyến khích từ Bộ

Y tế, áp dụng công cụ 5S trong khám chữa bệnh đã thành phong trào rộng khắp ở các cấp độ trong hệ thống y tế công lập Việt Nam. Tuy nhiên áp dụng quản trị tinh gọn trong toàn bệnh viện, mới được một số bệnh viện bắt đầu triển khai qua các dự án cải tiến dựa trên lý thuyết quản trị tinh gọn, nhưng mới thông qua triển khai áp dụng một số công cụ quản trị tinh gọn như 5S, Kaizen chứ chưa áp dụng tổng thể quản trị tinh gọn vào khắp các hoạt động trong bệnh viện (Nguyễn Phạm Hoàng Lan, 2018) [71]. Nếu như các bệnh viện tư nhân triển khai áp dụng quản trị tinh gọn khá dễ dàng thì triển khai áp dụng quản trị tinh gọn tại các bệnh viện công không hề đơn giản, do còn vướng nhiều yếu tố cơ chế, chính sách, quản lí nhà nước... (Huỳnh Bảo Tuân và cộng sự, 2017) [56].

Các nghiên cứu, công bố về áp dụng quản trị tinh gọn hoặc công cụ quản trị tinh gọn tại bệnh viện công ở Việt Nam mới chỉ dừng ở tập trung cắt giảm hai loại lãng phí thời gian chờ, quãng đường di chuyển trong quá trình khám chữa bệnh (Viện năng suất Việt Nam, 2018) [94]. Trong khi đó còn nhiều nội khác (như nhận diện các loại lãng phí, mô hình áp dụng, điều kiện triển khai) về áp dụng quản trị tinh gọn hoặc công cụ quản trị tinh gọn tại bệnh viện công chưa được nghiên cứu áp dụng (Nguyễn Đạt Minh và Nguyễn Danh Nguyên, 2013) [67].

Về quy mô triển khai áp dụng quản trị tinh gọn hoặc công cụ quản trị tinh gọn tại các bệnh viện công ở Việt Nam mà mới chỉ có một hai nghiên cứu đơn lẻ đề xuất mô hình áp dụng quản trị tinh gọn ở mức độ lý thuyết hoặc một khoa, phòng trong bệnh viện chứ chưa áp dụng ra toàn bộ các hoạt động trong bệnh viện công (Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành, 2020) [63].

Ngoài ra, các nghiên cứu về quản trị tinh gọn bệnh viện tại Việt Nam đã đưa ra một số điều kiện áp dụng thành công, nhưng chưa đánh giá vai trò quan trọng giữa các yếu tố, nên từ đó chưa xác định đâu là yếu tố chính để triển khai áp dụng (Huỳnh Bảo Tuân và cộng sự, 2017) [56].

Với những phân tích ở trên, có thể thấy các nghiên cứu quản trị tinh gọn trong tại bệnh viện công ở Việt Nam vẫn là một nội dung mới, chưa được nghiên cứu nhiều, nội dung nghiên cứu còn tương đối hạn chế so với các nghiên cứu trên thế giới. Đó đó, các nghiên cứu tiếp theo cần làm rõ các loại lãng phí đang tồn tại, mô hình áp dụng và điều kiện triển khai quản trị tinh gọn trong bệnh viện. Đó là khoảng trống nghiên cứu và luận án “**Quản trị tinh gọn tại một số bệnh viện**

công trên địa bàn thành phố Hà Nội” sẽ tập trung thực hiện nghiên cứu tại địa bàn thủ đô, nơi có đầy đủ các bệnh viện công chuyên khoa tuyến cuối, cùng hệ thống y tế các tuyến địa phương đầy đủ có tính đại diện rất cao cho hệ thống bệnh viện công tại Việt Nam.

2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu

2.1. Mục đích nghiên cứu

Nhận diện và đánh giá các loại lãng phí đang tồn tại trong khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội. Đề xuất các giải pháp tăng cường áp dụng quản trị tinh gọn Made in Vietnam trong khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

2.2. Nhiệm vụ nghiên cứu

+ Hệ thống hóa cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn, trong đó có quản trị tinh gọn trong bệnh viện.

+ Xác định các lãng phí đang tồn tại trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

+ Xác định thực trạng, điều kiện triển khai quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

+ Đề xuất các giải pháp tăng cường áp dụng quản trị tinh gọn trong khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

3. Câu hỏi nghiên cứu

1. Thực trạng áp dụng quản trị và các lãng phí đang tồn tại trong khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội như thế nào?

2. Triển khai áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội cần những điều kiện gì?

3. Giải pháp nào giúp tăng cường áp dụng quản trị tinh gọn trong khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội?

4. Đối tượng và phạm vi nghiên cứu

4.1. Đối tượng nghiên cứu

Hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội (theo quy trình khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh nhân ngoại trú trong ngày).

4.2. Phạm vi nghiên cứu

Phạm vi nghiên cứu của luận án xác định như sau:

Về nội dung: Quản trị tinh gọn trong khám chữa bệnh (theo quy trình khám bệnh, chữa bệnh cho bệnh nhân ngoại trú trong ngày) tại bệnh viện công theo các khía cạnh: thực trạng áp dụng; nhận diện các lãng phí; điều kiện triển khai áp dụng quản trị tinh gọn tại các khoa thực hiện khám chữa bệnh tại một số bệnh viện công đại diện trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Về thời gian thu thập dữ liệu thứ cấp: Từ năm 2018 đến năm 2023.

Về thời gian thu thập dữ liệu sơ cấp: Từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2023.

Về không gian: Nghiên cứu được thực hiện tại 11 bệnh viện công tiêu biểu đại diện cho đầy đủ hệ thống y tế công thủ đô, gồm các bệnh viện là tuyến cuối đa khoa (bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện E), tuyến cuối chuyên khoa (bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện K, bệnh viện Nhi Trung ương, Viện Huyết học Truyền máu Trung ương, bệnh viện Mắt Trung ương), tuyến cuối bệnh viện ngành (bệnh viện Trung ương Quân đội 108, bệnh viện Quân Y 103), bệnh viện thực hành (bệnh viện trường Đại Học Y Hà Nội) và bệnh viện tuyến cuối của hệ thống y tế công thành phố Hà Nội (bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn).

5. Phương pháp nghiên cứu

5.1. Thiết kế nghiên cứu

Xuất phát từ mục đích và các mục tiêu nghiên cứu, tác giả sử dụng kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng theo quy trình 6 bước: (1) Tổng quan tài liệu, phỏng vấn chuyên gia, (2) Tìm hiểu và lựa chọn cơ sở lý luận cho nghiên cứu, (3) Xây dựng công cụ khảo sát, thực hiện nghiên cứu khảo sát thăm dò và hoàn thiện công cụ, (4) Khảo sát trên đối tượng nghiên cứu, (5) Phân tích thực trạng, xác định hạn chế và nguyên nhân các hạn chế và (6) Đề xuất giải pháp và khảo nghiệm tính cấp thiết, khả thi của các giải pháp (*Chi tiết tại Mục 3.1*).

5.2. Phương pháp thu thập dữ liệu

Phương pháp thu thập dữ liệu thứ cấp: Tổng hợp các tài liệu nghiên cứu trong, ngoài nước về các công cụ, phương thức, nội dung và điều kiện triển khai quản trị tinh gọn trong bệnh viện (*Chi tiết tại Mục 3.3.1*).

Phương pháp thu thập dữ liệu sơ cấp: Để xác định thực trạng quản trị tinh gọn tại các bệnh viện tác giả sử dụng kết hợp các phương pháp quan sát với điều tra xã hội học bằng bảng hỏi cấu trúc và bán cấu trúc (*Chi tiết tại Mục 3.3.2*):

+ Bảng hỏi cấu trúc được tác giả kế thừa và sử dụng thang điểm Likert trong điều tra xã hội học gồm 5 cấp độ (từ 1 đến 5) để tìm hiểu mức độ đánh giá của người trả lời (từ mức độ 1 đến mức độ 5).

+ Bảng hỏi bán cấu trúc tác giả sử dụng để phỏng vấn các nhà quản lý bệnh viện, các nhân viên lâu năm tại các bệnh viện những người trực tiếp tổ chức, triển khai áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện. Đối tượng phỏng vấn được lựa chọn có kiến thức, kinh nghiệm thực tiễn về áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện.

5.3. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

Phương pháp xử lý dữ liệu: Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, đánh giá và loại bỏ những dữ liệu không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Dữ liệu đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được nhập trên phần mềm Epidata 3.1. Dữ liệu sau khi nhập sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 22 (*Chi tiết tại Mục 3.4.1*).

Phương pháp định tính: Nghiên cứu các tài liệu, các công bố trong, ngoài nước về quản trị tinh gọn tại bệnh viện. Nghiên cứu dữ liệu phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm để hình thành các luận điểm, luận cứ và luận chứng về quản trị tinh gọn tại bệnh viện (*Chi tiết tại Mục 3.4.2*).

Phương pháp định lượng: Nhằm tìm hiểu các nhân tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quản trị tinh gọn trong các bệnh viện, tác giả sử dụng nghiên cứu định lượng để phân tích đánh giá dựa trên dữ liệu khảo sát (*Chi tiết tại Mục 3.4.3*).

Phương pháp phân tích – tổng hợp: từ sơ cấp, thứ cấp trong và ngoài nước liên quan đến quản trị tinh gọn trong bệnh viện tác giả sử dụng các công cụ phân tích để đánh giá thực trạng áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện công tại Việt Nam hiện nay và xác định nhân tố ảnh hưởng đến việc áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội (*Chi tiết tại Mục 3.4.4*).

5.4. Phương pháp khảo nghiệm

Phương pháp khảo nghiệm: Thực hiện khảo nghiệm với các chuyên gia, cán bộ quản lý, bác sĩ, điều dưỡng làm việc lâu năm, có trình độ về tính cần thiết và tính khả thi của các giải pháp tăng cường áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội (*Chi tiết tại Mục 3.5*).

6. Những đóng góp mới của nghiên cứu

Luận án “*Quản trị tinh gọn tại một số bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội*” dự kiến sẽ có một số đóng góp mới về các mặt như sau:

6.1. Về mặt lí luận

+ Hệ thống hóa cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn, trong đó có quản trị tinh gọn trong bệnh viện.

+ Xác định khung các lãng phí, điều kiện áp dụng và đề xuất mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công.

6.2. Về mặt thực tiễn

+ Thực trạng quản trị tinh gọn và mức độ các lãng phí đang tồn tại trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

+ Các giải pháp tăng cường bao gồm mô hình, điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công đã qua khảo nghiệm.

7. Kết cấu của luận án

Ngoài mục lục, danh mục các từ viết tắt, danh mục các bảng, biểu đồ, sơ đồ, danh mục hình, phần mở đầu, phần kết luận, tài liệu tham khảo, nội dung của luận án được trình bày thành 5 chương như sau:

Chương I. Tổng quan các nghiên cứu có liên quan

Chương II. Cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn

Chương III. Phương pháp nghiên cứu

Chương IV. Thực trạng quản trị tại một số bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội

Chương V. Giải pháp áp dụng quản trị tinh gọn Made in Vietnam tại bệnh viện công địa bàn thành phố Hà Nội

CHƯƠNG I. TỔNG QUAN CÁC NGHIÊN CỨU CÓ LIÊN QUAN

1.1. Các nghiên cứu áp dụng quản trị tinh gọn trong việc xác định và cắt giảm lãng phí trong bệnh viện

Thực tiễn áp dụng quản trị tinh gọn (QTTG) thời gian qua đã chứng minh, với bản chất của tư duy QTTG là giải quyết vấn đề về con người nên nó có thể phù hợp và hiệu quả với ngành dịch vụ nói chung và dịch vụ y tế nói riêng (Chu Thị Thủy và Vương Thị Huệ, 2015) [35], (Richard, Antonio, Hans, 2011) [175]. Từ đầu những năm 2000 trở lại đây, QTTG bắt đầu ứng dụng vào y tế trên thế giới như Heinbuch (1995) [130], Jacobs và Palfrey (1995) [132] và Whitson (1997) [182] đã thực hiện các nghiên cứu (NC) đầu tiên về QTTG trong lĩnh vực y tế.

Với sự phát triển mạnh mẽ của quy mô, phạm vi áp dụng QTTG vào y tế diễn ra khắp nơi trên thế giới, từ Nhật Bản, cho đến Mỹ và nở rộ ở khắp các nước Châu Âu, Bắc Mỹ, Châu Á... đến mức giới khoa học thế giới đặt ra một giai đoạn phát triển mới của lịch sử QTTG, giai đoạn bốn với tên gọi “Lean healthcare – Quản trị y tế tinh gọn” (Priolo, 2016) [125], (Bushell và Shelest, 2000) [107].

Kết quả NC tại Tây Ban Nha, hai tác giả Hang và Shek (2007) [129] áp dụng QTTG cho bệnh viện Mount Sinai – Toronto và NC của Casey (2007) [109] đã khẳng định mô hình QTTG nên được áp dụng như là một trong các giải pháp nâng cao năng lực cạnh tranh của bệnh viện trong bối cảnh yêu cầu của người bệnh ngày càng cao hơn và áp lực phải cải thiện chi phí, chất lượng để tự chủ bệnh viện đang ngày càng đè nặng.

Việc đưa mô hình QTTG vào hoạt động quản trị bệnh viện (QTBV) nói chung và KCB trong bệnh viện nói riêng, theo Mark Graban (2011) [125] đưa ra trong cuốn sách “Lean hospitals – Quản trị y tế tinh gọn” đã cho thấy việc áp dụng QTTG sẽ mang lại cải thiện hiệu quả trong hoạt động KCB tại bệnh viện. Theo NC của Priolo R. (2016) [163], tại Tây Ban Nha, QTTG được đưa vào áp dụng trong bệnh viện công (BVC) mạnh mẽ đến mức được miêu tả là “không có gì có thể ngăn cản được sự mở rộng ra toàn hệ thống bệnh viện của Tây Ban Nha” (Priolo R., 2016).

Các tác giả Richard, Antonio, Hans (2011) tại BVC các nước Châu Âu giai đoạn 1990 – 2000 cho thấy các BVC đã chuyển đổi thành công mô hình quản trị (MHQT) gắn với mô hình áp dụng các công cụ của QTTG (5S, Kaizen, Mieruka...) để cắt giảm những chi phí LP (chờ đợi, di chuyển, thao tác thừa...),

gia tăng chất lượng khám chữa bệnh (KCB), hướng tới sự hài lòng của bệnh nhân (BN) và đặc biệt giúp bệnh viện tự chủ toàn diện như mô hình doanh nghiệp (DN) dịch vụ phi lợi nhuận [164].

Bên cạnh các NC trên, một hướng NC thú vị khác về QTTG trong bệnh viện được giới NC trên thế giới hướng đến gắn QTTG trong bệnh viện với quản trị chất lượng, bằng cách xây dựng chất lượng KCB từ gốc, tiêu biểu có Linda (2011)[143]. Bằng nghiên cứu định tính, tác giả đã thu thập dữ liệu từ các cuộc hẹn khám với bác sĩ, qua phân tích những hạn chế, lãng phí tác giả sử dụng QTTG với mục đích gia tăng khả năng KCB của hệ thống thông qua tăng hiệu quả các cuộc hẹn khám. NC đã tạo ra một định hướng về sự liên kết hiệu quả của nguồn lực, tạo ra một số chiến lược hoạt động dịch vụ, tác giả cho rằng việc đảm bảo chất lượng tốt ngay từ ban đầu trong mọi bước của quá trình cung cấp dịch vụ KCB là rất cần thiết và càng quan trọng với dịch vụ sức khỏe con người.

Tại Việt Nam, khi QTTG được đưa vào áp dụng trong các DN (từ năm 2000 [61]) cũng là thời điểm thế giới bắt đầu NC về áp dụng QTTG trong lĩnh vực y tế, nên các NC về QTTG trong lĩnh vực y tế cũng bắt đầu gần như tương đồng với sự phát triển của các NC trên thế giới về quản trị y tế tinh gọn. NC “Hướng đi mới cho các bệnh viện tại Việt Nam – Tư duy tinh gọn (TDTG)” của tác giả Nguyễn Danh Nguyên (2013) đã giới thiệu khái quát khung lý thuyết về QTTG với tư duy “loại bỏ LP và nâng cao giá trị cho tổ chức”, cùng các nguyên tắc, mô hình (Toyota (TPS), JIT, TPM...), công cụ QTTG (5S, MUDA, Kaizen...) [66]. Theo tác giả, việc áp dụng QTTG trong bệnh viện đòi hỏi ở một cấp độ cao hơn so với lĩnh vực sản xuất, dịch vụ khác và áp dụng QTTG trong bệnh viện vẫn dựa chủ yếu trên những nguyên tắc và công cụ của quản trị tinh gọn trong sản xuất đã được áp dụng trong lĩnh vực sản xuất. Theo tác giả Nguyễn Danh Nguyên, QTTG tại Việt Nam vẫn còn khá xa lạ, thậm chí ngay cả các DN trong lĩnh vực sản xuất cũng chưa thực sự quan tâm nhiều đến QTTG, còn đối với các bệnh viện hầu như không nhiều người biết hoặc quan tâm đến QTTG.

Các tác giả Nguyễn Đăng Minh, Đỗ Tiến Long và Sallis (2014), nếu áp dụng QTTG thành công trong bệnh viện sẽ góp phần cải thiện văn hóa làm việc của nhân viên y tế (NVYT) trong bối cảnh bệnh viện ngày càng đông BN, thì việc nâng cao thái độ ứng xử với BN lại càng cần thiết hơn [153]. Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) lại tiếp cận NC QTTG trong bệnh viện qua QTTG “Made in Vietnam” để liên tục cải tiến nâng cao chất lượng sẽ đáp ứng nhu cầu và gia tăng sự hài lòng của BN cùng các bên có liên quan, theo đó khi tất cả nhân

viên gồm bao gồm từ nhà quản lý, bác sỹ, y tá, tới nhân viên hành chính... đều tham gia tích cực vào việc NC phát triển và giảm bớt các hoạt động không tạo ra giá trị gia tăng (GTGT) sẽ giúp bệnh viện ngày càng hoạt động hiệu quả, nâng cao chất lượng, sự hài lòng của BN, qua đó giúp bệnh viện tự chủ thành công [63].

Gần đây nhất, NC tổng quan kết hợp với kết quả thực tiễn áp dụng QTTG trong bệnh viện của Nguyễn Phạm Hoàng Lan (2018) [71] hay của tổ chức như Viện năng suất Việt Nam (2018) [94] đã đánh giá các kinh nghiệm quốc tế, NC thực tiễn tại Việt Nam đã minh chứng QTTG hoàn toàn phù hợp và có thể áp dụng trong lĩnh vực y tế Việt Nam, nhất là trong hoạt động KCB tại bệnh viện, tuy nhiên các NC mới chỉ dừng ở mức độ đánh giá, thử nghiệm một vài công cụ, tại một khoa phòng (thường là khoa khám bệnh hoặc khoa cấp cứu) chứ chưa có các NC tổng thể áp dụng QTTG cho toàn bệnh viện nói chung hoặc hoạt động KCB tại bệnh viện nói riêng.

Qua tổng quan các NC trong và ngoài nước về QTTG trong bệnh viện, đã giúp tác giả xác định ba hướng chính để tiếp tục thực hiện tổng quan chi tiết để xác định khoảng trống NC là: (1) QTTG hướng cắt giảm LP trong bệnh viện, (2) Mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện, (3) Điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện. Ba hướng chính được tác giả trình bày tại các phần tiếp theo.

1.2. Quản trị tinh gọn xác định các loại lãng phí và hiệu quả cắt giảm lãng phí trong bệnh viện

Quản trị tinh gọn theo hướng xác định LP và hiệu quả cắt giảm LP trong bệnh viện là hướng NC chính được nhiều NC trên thế giới tập trung NC. Theo hai tác giả Naraghi và Ravipati (2009) [151], khi NC áp dụng QTTG trong bệnh viện đã xác định được bảy loại LP chủ yếu trong lĩnh vực y tế, các loại LP đều tương đồng với những LP được QTTG cắt bỏ trong các lĩnh vực sản xuất, kinh doanh khác. Đó là LP di chuyển; tồn kho (vật tư y tế); sử dụng sai thuốc; phương pháp (quy trình KCB làm gia tăng sự chờ đợi giữa các khâu), cách điều trị; thao tác và yêu cầu cận lâm sàng thừa). Kết quả NC cho thấy, khi áp dụng QTTG trong KCB tại bệnh viện đều giảm được hầu hết các LP, đặc biệt LP chờ đợi, giúp quá trình hoàn thành KCB của BN nhanh hơn, QTTG đã giúp bệnh viện giảm thời gian không có GTGT là 13,1% và tăng giá trị lên đến 16% cho mỗi BN. Theo NC, do sự phức tạp của các hoạt động chuyên môn KCB trong bệnh viện nên việc nhận ra những LP, đặc biệt về thời gian chờ không cần thiết là rất khó khăn, ngoài ra BN

là đối tượng tham gia trực tiếp vào quá trình KCB nhưng cũng là khách hàng luôn hiện diện trong suốt quy trình KCB nhưng NC lại chưa đề cập đến đối tượng này.

Graban (2011) trong hai cuốn sách “Quản trị y tế tinh gọn” [125] và “Healthcare Kaizen – Cải tiến dịch vụ chăm sóc sức khỏe” [124] cho thấy hiệu quả QTTG vừa nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, lại đảm bảo an toàn trong dịch vụ KCB vốn liên quan chặt chẽ đến tính mạng con người, ngoài ra QTTG còn tạo môi trường cho ứng dụng cải tiến liên tục, không ngừng nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, từ đó giúp bệnh viện ngày càng đáp ứng yêu cầu của BN, tiến tới tạo ra sự hài lòng của khách hàng và giúp bệnh viện tự chủ thành công... Các tác giả Kemper (2011) [136]; Bell (2005) [101], nhóm tác giả Preyde, Crawford và Mullins (2012)[162] NC tại bệnh viện Guelph, Canada cho thấy sau 12 tháng từ ngày áp dụng QTTG trong việc cắt giảm từ 29 – 45% thời gian chờ đợi của BN khi đến KCB tại bệnh viện so với trước khi áp dụng QTTG. Tuy nhiên, nghiên cứu lại chưa thực hiện để đánh giá hiệu quả cắt giảm với các loại LP còn lại.

Vận dụng mô hình QTTG vào dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe theo hướng giảm lỗi, giảm di chuyển thừa, tồn kho trong hoạt động KCB tại các bệnh viện, theo Graban (2011) [125] nêu trong cuốn sách “Quản trị y tế tinh gọn” khi NC áp dụng QTTG vào quản lý kho hàng hoá cung cấp cho hoạt động chăm sóc BN của các khoa, phòng trong bệnh viện tại Hà Lan, Đan Mạch và các nước Bắc Âu đã giúp công tác quản lý chuỗi cung ứng hàng hóa trong bệnh viện, đảm bảo các yêu cầu của quản lý tinh gọn đó là: đúng chủng loại, đúng số lượng, đúng thời gian đồng thời làm giảm nguy cơ kho hết hàng hoặc kho dư thừa hàng hoá gây LP. Các tác giả Richard, Antonio, Hans, (2011) [165] NC tại Anh và một số quốc gia Châu Âu khi áp dụng công cụ QTTG chuẩn hóa mặt bằng nơi làm việc của y bác sĩ (YBS), nhất là với khu vực vật tư trang thiết bị y tế hay khoa dược mang lại hiệu quả thiết thực trong công tác quản lý chuỗi cung ứng trong bệnh viện giữa các khoa phòng, đồng thời đảm bảo các yêu cầu cơ bản của QTTG đó là: đúng chủng loại, đúng số lượng, đúng thời gian đồng thời làm giảm nguy cơ cung cấp chậm hoặc cung cấp sai gây nhiều LP thậm chí ảnh hưởng tới tính mạng, sức khỏe BN. Cũng theo các NC, QTTG dường như không có điểm dừng do ngày càng có nhiều bệnh viện tại Châu Âu quyết định áp dụng nó.

Nghiên cứu theo hướng đánh giá các hiệu quả cắt giảm các LP, tác giả Priolo (2016) [163] thực hiện NC tại Tây Ban Nha cho thấy, QTTG được đưa vào áp dụng trong bệnh viện từ năm 2009 với khởi điểm là bệnh viện The Consorci

Sanitari del Garraf (viết tắt CSG), sau 05 năm khoảng 30% các bệnh viện tại thành phố Barcelona đang áp dụng các nguyên tắc QTTG đã sử dụng tốt hơn các nguồn lực và giúp tiết kiệm chi phí phục vụ cho khám bệnh xuống ít nhất 2000 Đô la Mỹ (USD) / tuần nhờ vào việc giảm thời gian chờ đợi của BN, giảm thời gian di chuyển, hệ thống thông tin liên lạc giữa các bộ phận chính xác và nhanh chóng hơn tránh việc thu thập thông tin quá nhiều lần. NC của hai tác giả Hang và Shek (2007) [113] khi áp dụng QTTG tại bệnh viện Mount Sinai – Toronto đã giảm quãng đường di chuyển của một nhân viên điều dưỡng (115.84 mét / ngày để vận chuyển mẫu bệnh phẩm, giảm mỗi buổi sáng xuống hơn 100 mét cho quãng đường tiêm thuốc cho BN). Tại bệnh viện Virginia Mason Medical Center tại bang Seattle, Hoa Kỳ sau năm năm áp dụng QTTG tại hơn 15 cơ sở thuộc hệ thống bệnh viện trên khắp nước Mỹ đã có thấy hiệu quả cải thiện theo các tiêu chí trung bình từ 50 – 90% [61]

Bảng 1. 1. Kết quả áp dụng quản trị tinh gọn tại hệ thống bệnh viện Virginia Mason Medical Center

Chỉ tiêu	Mức độ cải thiện (%)
Năng suất nhân viên được cải thiện	45 – 75
Chi phí giảm	25 – 55
Dòng chảy tăng	60 – 90
Lỗi, sai sót giảm	50 – 90
Tồn kho vật tư y tế giảm	60 – 90
Diện tích sử dụng giảm	35 – 50
Thời gian hoàn thành cung ứng dịch vụ giảm	50 - 90

(Nguồn: Womack và cộng sự, 2007)

Tác giả Linda (2011) cũng sử dụng nghiên cứu định tính để phân tích phân tích dữ liệu thu được từ trên 1.726 cuộc hẹn với bác sĩ năm 2010 - 2011 khi áp dụng QTTG, kết quả chỉ ra rằng năng lực KCB tăng 27% và giảm 12% trường hợp BN đã đặt hẹn mà không đến khám [143]. NC của Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế Châu Âu (OECD) (2017) [157] về lãng phí trong y tế cho thấy tại Hoa Kỳ cho thấy LP chiếm hơn 20% tổng chi tiêu cho sức khỏe. Tại Australia, ghi nhận tại một số bệnh viện thì lãng phí đã lên đến gần 50% và trung bình gần một phần ba tổng chi phí y tế ở Australia bị coi là LP. NC một số nước Châu Âu ghi nhận tại Hà Lan, Bỉ ước tính 20% ngân sách dành cho các bệnh viện có thể được tiết kiệm bằng cách giảm sử dụng quá mức và tăng cường tích hợp chăm sóc. Các chuyên

gia y tế tham gia NC của OECD phân loại thành ba loại LP chính trong hệ thống y tế các nước tham gia NC gồm:

1) Lãng phí trong hoạt động lâm sàng là các trường hợp khi BN không được chăm sóc đúng (sử dụng sai thuốc, phương pháp, cách điều trị).

2) Lãng phí trong hoạt động vận hành hệ thống KCB: xảy ra khi việc chăm sóc có thể được tạo ra bằng cách sử dụng ít tài nguyên hơn mà vẫn duy trì các lợi ích cho BN (tồn kho, tư duy không tinh gọn, di chuyển).

3) Lãng phí trong hoạt động quản trị: LP liên quan đến việc sử dụng các nguồn tài nguyên không vì mục đích đóng góp cho chăm sóc BN.

Cũng tại Châu Âu, tác giả Poksinska (2010) [106] thực hiện NC về thực trạng của việc áp dụng QTTG trong lĩnh vực y tế tại các quốc gia Châu Âu, kết quả NC chỉ ra rằng, QTTG trong bệnh viện được sử dụng chủ yếu như một quy trình cải tiến được tập trung trên ba khía cạnh chính và loại bỏ LP trong quy trình giá trị liên tục bằng công cụ bản đồ chuỗi giá trị cùng các công cụ QTTG. NC của Poksinska cũng cho thấy, áp dụng QTTG trong bệnh viện có thể chia làm hai trục: cải thiện hiệu quả hoạt động của cơ sở y tế (CSYT); và phát triển nhân viên cùng môi trường làm việc.

Tại Việt Nam, các NC của Nguyễn Hồng Sơn và Nguyễn Đăng Minh (2014) [69] công bố tại hội thảo “QTTG tại các DN vừa và nhỏ Việt Nam – Thực trạng và giải pháp”, NC của Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) [63] và nổi bật là NC Viện năng suất Việt Nam (2018) [94] đã NC một số đối tượng tham gia trong hoạt động khám bệnh tại Khoa khám bệnh (KKB) - bệnh viện Việt Pháp Hà Nội (HFH). Điểm chung của các kết quả NC này khi phân tích hoạt động KCB tại các bệnh viện nghiên cứu qua lăng kính của QTTG về các loại LP trong bệnh viện đều có nhiều điểm tương đồng với các lĩnh vực sản xuất, dịch vụ khác như phân tích tại bảng 1.2 bên dưới.

Bảng 1. 2. Nhận diện lãng phí trong một số lĩnh vực theo tư duy tinh gọn

Loại LP	Trong sản xuất	Trong dịch vụ	Trong bệnh viện
Di chuyển thừa	Sự dịch chuyển nguyên vật liệu mà không tạo ra GTGT cho sản phẩm	Khách hàng phải xếp hàng nhiều lần	Điều dưỡng phải di chuyển tới giường bệnh để lấy phiếu kiểm tra ghi chép tình trạng BN...

Tồn kho dư thừa	Dự trữ nguyên vật liệu, bán thành phẩm và thành phẩm vượt quá nhu cầu thực	Giao hàng chậm, phản hồi ý kiến khách hàng chậm...	Dự trữ thuốc, thiết bị, vật tư y tế tiêu hoa vượt nhu cầu nhu cầu sử dụng của bệnh viện ...
Thao tác thừa	Thao tác không cần thiết trong quá trình sản xuất không hiệu quả, thiếu các tiến trình quy chuẩn hoặc công tác đào tạo không hiệu quả	Nhập thông tin nhiều lần...	Y bác sỹ phải thực hiện những thao tác thừa để tìm kiếm tài liệu làm việc, vật dụng y tế; không có các trang thiết bị cần thiết trong phòng xét nghiệm...
Chờ đợi	Là thời gian công nhân hay máy móc nhàn rỗi bởi sự tắc nghẽn hay luồng sản phẩm trong xưởng thiếu hiệu quả	Hệ thống thông tin không rõ ràng gây ra sự nhầm lẫn về sản phẩm hoặc dịch vụ LP thời gian tìm kiếm do thông tin bị sai hoặc trùng lặp	Thời gian chờ khám, nhận kết quả, lấy thuốc của BN
Sản xuất thừa	Sản xuất vượt quá định mức mà khách hàng yêu cầu...	Không dự đoán chính xác nhu cầu khách hàng...	Yêu cầu kiểm tra các xét nghiệm không cần thiết đối với bệnh lý...
Gia công thừa	Sử dụng quá nhiều nguồn lực vào các công đoạn sản xuất không cần thiết	Thất bại trong việc duy trì mối quan hệ với khách hàng cũ (LP trong quan hệ khách hàng)	Thu nhập thông tin BN nhiều lần...
Lỗi	Sản phẩm lỗi cần phải sửa chữa	Sản phẩm / dịch vụ lỗi, thực hiện sai các giao dịch	Sử dụng sai thuốc, ra viện sai, sử dụng vật tư y tế sai...

(Nguồn: Nguyễn Hồng Sơn và Nguyễn Đăng Minh, 2014)

Hai loại LP phổ biến nhất mà các NC QTTG trong bệnh viện tại Việt Nam chỉ ra và tập trung cắt giảm như NC của Viện năng suất Việt Nam (2018) [94], bệnh viện Trung ương (TW) Quân đội 108 (2019) [4] đều chỉ ra là thời gian chờ đợi trong quá trình KCB tại các bệnh viện là quá lớn, quá LP cho BN (trung bình hơn bốn tiếng cho một lần đến khám bệnh) [94], [97] và quãng đường di chuyển trong quá trình tác nghiệp của YBS, NVYT quá dài (trung bình trên 10km mỗi ngày [129]) đã làm giảm năng lực cạnh tranh, hiệu quả hoạt động của các bệnh viện. Theo công bố của Viện năng suất Việt Nam (2018) [94] khi “Áp dụng

phương pháp quản trị tinh gọn cải tiến chất lượng dịch vụ” tại bệnh viện Việt Pháp Hà Nội đã giảm 26 bước thực hiện từ 89 bước xuống 63 bước trong quá trình khám tổng quát, qua đó nâng năng lực quá trình từ mức 0.5 lên 1.7 (tương đương với việc giảm cơ hội gây ra sai lỗi / triệu (DPMO) trong quá trình từ 841.345 xuống 420.740). Gần đây nhất là NC tại bệnh viện TW Quân đội 108 (2019) [4] cho thấy khi đưa QTTG vào trong khoa cấp cứu và KCB đã giảm hơn 1/3 thời gian chờ tại khoa cấp cứu và từ 30 – 55% thời gian tổng thời gian khám tại KKB.

Sự chờ đợi của BN diễn ra rất phổ biến không chỉ xảy ra với hoạt động khám bệnh thông thường mà ngay hoạt động cấp cứu theo NC tại bệnh viện TW Quân đội 108 (2019) [4] thời gian từ khi BN vào khoa cấp cứu đến lúc nhập khoa lâm sàng là gần hai tiếng, từ khi vào khoa cấp cứu đến lúc đi mổ cấp cứu mất 2.4 tiếng và ngay cả can thiệp mạch não cấp cứu cũng khiến BN phải chờ gần một tiếng đồng hồ. Hay các hoạt động hành chính trước, sau khi KCB tại bệnh viện như cấp phát thuốc, đăng ký thanh toán KCB những làm BN phải chờ đợi trung bình từ một đến hai giờ đồng hồ. Sự chờ đợi của BN trong quá trình KCB không chỉ làm mất thời gian của BN mà còn ảnh hưởng cả tới tâm lý và sức khỏe BN nhưng LP này vẫn mặc nhiên tồn tại trong lĩnh vực y tế quá lâu đến mức từ BN tới YBS coi như là tất yếu trong bệnh viện mà BN khi đến KCB phải đợi chờ.

1.3. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Năm 2000, bệnh viện Virginia Mason tại bang Seattle, Hoa Kỳ được xem như là một trong những bệnh viện tiên phong áp dụng QTTG vào bệnh viện. Trong báo cáo “Virginia Mason Production System: More than a quality improvement approach – a complete management system (Hệ thống hoạt động Virginia Mason: Không chỉ là một phương pháp cải tiến chất lượng – một hệ thống quản lý hoàn chỉnh)” của Sue (2018) [178] tác giả đã giới thiệu mô hình áp dụng QTTG do bệnh viện Virginia Mason xây dựng và áp dụng, đó là mô hình Virginia Mason Production System (viết tắt là: VMPS). Đặc trưng của từ VMPS là tích hợp các quy trình và phương pháp với ý tưởng hướng đến cải tiến không ngừng nhằm gia tăng giá trị cho dịch vụ KCB mà không cần đầu tư thêm tiền bạc, máy móc, vật tư hay con người và hướng tới cắt giảm LP.

Poksinska (2010) [106] đã thực hiện NC về thực trạng áp dụng QTTG trong lĩnh vực y tế tại các quốc gia Châu Âu, NC đã bổ sung hoàn thiện mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện từ mô hình dùng cho các lĩnh vực dịch vụ khác bằng việc NC hướng thêm vào các khía cạnh như quy trình áp dụng, thực hiện chuẩn

hóa quy trình trong quá trình cung cấp dịch vụ y tế, cải tiến các giá trị mà khách hàng cần khi đến sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện. Theo tác giả, mô hình QTTG trong bệnh viện cần được sử dụng chủ yếu như một quy trình cải tiến và tập trung trên ba khía cạnh chính xác định: Giá trị từ quan điểm của BN để cải tiến quy trình cung cấp dịch vụ; Bản đồ chuỗi giá trị để thực hiện các cải tiến chuỗi giá trị và LP cần loại bỏ trong quy trình giá trị liên tục bằng công cụ bản đồ chuỗi giá trị và các công cụ QTTG khác. Mô hình QTTG được triển khai tại bệnh viện theo Poksinska đưa ra bao gồm ba bước: Thứ nhất đào tạo đội ngũ; Thứ hai thực hiện dự án làm mẫu và Thứ ba cải tiến thông qua các nhóm gồm thành viên đến từ nhiều chuyên ngành trong cùng đơn vị tham gia.

Trong khi đó Dale và Krishna (2015) [114] khi NC về quá trình các BVC phải chuyển đổi mô hình sang tự chủ, tự chịu trách nhiệm không còn phụ thuộc NSNN tại các quốc gia khu vực Châu Âu Thái Bình Dương (có Việt Nam), đã cho thấy thực trạng chuyển đổi mô hình tự chủ tại BVC các nước và khuyến nghị mô hình áp dụng QTTG trong QTBV theo mô hình tự chủ đã thành công từ các nước châu Âu được WHO khuyến cáo áp dụng toàn cầu. Chủ đề QTTG trong bệnh viện lại càng được các nhà NC quản trị và kinh tế trên thế giới quan tâm như Sue (2018) [178]; Does, Kemper và Koopmans (2011) [117], qua đó đã giúp nhiều bệnh viện tạo nhiều quốc gia chuyển đổi mô hình bệnh viện sang tự chủ hoàn toàn như DN. NC đã giới thiệu mô hình Gantt Chart để triển khai áp dụng cho các DN dịch vụ và những công cụ này thì sẽ cắt giảm lượng hàng tồn kho, tạo ra một không gian thông thoáng cho hoạt động cung cấp dịch vụ.

Tại Việt Nam, NC về mô hình áp dụng QTTG trong các bệnh viện còn rất hạn chế, đa phần mới dừng ở mức độ lý thuyết hoặc một khoa, phòng đơn lẻ. Hai tác giả Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) [63] sử dụng Tư duy quản trị tinh gọn “Made in Vietnam” để đề xuất MHQT yếu tố hữu hình tại KKB, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, gồm 03 bước chính: Thứ nhất xây dựng các biện pháp cụ thể áp dụng thí điểm cho việc quản lý yếu tố “Hữu hình” tại KKB; Thứ hai thực hiện kiểm tra giám sát quá trình thực hiện, kết hợp với đánh giá kết quả, xác định mức độ đạt được và thực hiện song song điều chỉnh hoàn thiện mô hình; và Thứ ba thực hiện khen thưởng kỷ luật kết hợp với hoàn thiện mô hình chuẩn nhân rộng áp dụng sang quản trị các yếu tố khác, tiến tới áp dụng tại các khoa phòng, khu vực khác trong toàn bệnh viện nếu điều kiện cho phép.

1.4. Điều kiện và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Áp dụng QTTG thành công trong bệnh viện không hề đơn giản, các NC đã chỉ ra rất nhiều khó khăn như tác giả Grove và cộng sự (2010) [127] sử dụng

phương pháp định tính để phân tích điều tra và khảo sát về áp dụng QTTG vào các bệnh viện tại nước Anh. NC các điều kiện áp dụng QTTG vào trong các bệnh viện, kết quả chỉ ra sáu thách thức trong áp dụng QTTG trong bệnh viện như: 1. Quy trình phức tạp, 2. Khó khăn trong việc trao đổi thông tin, 3. Khó khăn trong xác định LP, 4. Khó khăn trong việc xác định khách hàng, 5. Giá trị của khách hàng và khó khăn thường gặp nhất là khó khăn thứ 6. Cam kết áp dụng QTTG của lãnh đạo các bệnh viện. NC của Jenkins (2012) [134] tiến hành áp dụng QTTG vào bệnh viện Central Baptist (Mỹ), tác giả đã thừa nhận rằng “áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện không thực dễ dàng”. Tác giả Poksinska (2010) [106] thực hiện NC về thực trạng của việc áp dụng QTTG trong lĩnh vực y tế tại các quốc gia Châu Âu thì lại chỉ ra khó khăn khác về thiếu thành viên triển khai hiểu cả về lĩnh vực y tế và QTTG có thể chia sẻ những kinh nghiệm thực tế mà bản thân họ đã áp dụng QTTG trong y tế.

Để giải quyết những khó khăn trên, các NC đã đưa ra một số điều kiện để áp dụng QTTG trong bệnh viện thành công như: Grove và cộng sự (2010) [127] cho rằng năm khó khăn đầu (Quy trình phức tạp; Khó khăn trong việc trao đổi thông tin; Khó khăn trong xác định LP; Khó khăn trong việc xác định khách hàng; Giá trị của khách hàng) là những khó khăn có thể được giải quyết được qua thực hiện lên kế hoạch công việc nhưng khó khăn cuối cùng (Cam kết áp dụng QTTG của lãnh đạo các bệnh viện) thì không đơn giản đến từ kế hoạch việc là có thể giải quyết được vì còn phụ thuộc người lãnh đạo và có thể thay đổi khi thay lãnh đạo khác hoặc chính lãnh đạo tự thay đổi, do đó cần có cam kết dài hạn của lãnh đạo bệnh viện để tăng cường trao đổi truyền thông, chia sẻ cách thức, ý nghĩa mục đích của việc áp dụng QTTG để tất cả YBS, NVYT đều thấu hiểu và làm theo.

Jenkins (2012) [134] khi nghiên cứu triển khai áp dụng QTTG vào bệnh viện Central Baptist đã nhận thấy giai đoạn đầu triển khai là vô cùng mong manh, gần như không tiến triển. Chỉ sau khi có được sự hỗ trợ đôn đốc của ban lãnh đạo bệnh viện và sau khi có được sự cam kết thực hiện của những người có trách nhiệm liên quan thì quá trình triển khai áp dụng QTTG vào bệnh viện mới tiến triển. Khó khăn thứ hai được NC chỉ ra là nhiều lãnh đạo, YBS và NVYT tại các bệnh viện lo ngại và do dự khi quyết định có hay không nên thực hiện QTTG do nguy cơ năng suất có thể giảm xuống trong thời kỳ đầu thực hiện hoặc có thể tình trạng trở nên tồi tệ hơn nếu thực hiện không đầy đủ và duy trì lâu dài. Và khó khăn

lớn nhất, đó là khó khăn thứ ba khi triển khai áp dụng QTTG mà không có ai được đào tạo kiến thức về QTTG cùng tư duy cải tiến liên tục vì vậy nhân viên thường tỏ ra không tin tưởng vào một sự thành công đáng kể.

Tác giả Graban (2011) trong hai cuốn sách “Cải tiến dịch vụ chăm sóc sức khỏe”[124] và “Quản trị y tế tinh gọn”[125] khi viết về QTTG trong bệnh viện và TDTG, tư duy cải tiến trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều đề cập đến yếu tố con người tham gia triển khai áp dụng cần có sự hiểu biết nhất định về QTTG (bao gồm lãnh đạo bệnh viện, YBS, kỹ thuật viên, nhân viên bệnh viện ...) như là một điều kiện tiên quyết và quan trọng nhất trong một loạt các điều kiện khi áp dụng QTTG vào trong y tế.

Tại Việt Nam, NC của Phan Chí Anh, Nguyễn Thu Hà và Nguyễn Tiến Thành (2019) [76] đã xác định yếu tố “Hữu hình” là yếu tố có tác động mạnh nhất đến đánh giá chất lượng dịch vụ KCB tại khoa khám bệnh, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kế thừa kết quả NC hai tác giả Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) [63] sử dụng QTTG “Made in Vietnam” đã đưa điều kiện triển khai, yếu tố ảnh hưởng đến kết quả áp dụng mô hình áp dụng quản trị yếu tố hữu hình tại khoa khám bệnh, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Ngoài ra, nhóm tác giả Huỳnh Bảo Tuân, Phạm Lê Khánh Linh, và Trần Minh Nhựt (2017) [56] trong các NC về áp dụng QTTG trong hoạt động KCB tại các bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận và bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn đã đề xuất các giải pháp cụ thể áp dụng QTTG, các NC cũng đề cập đến các điều kiện triển khai các giải pháp mà NC đề xuất. Trong các điều kiện triển khai, về mặt con người có hai nhóm là lãnh đạo bệnh viện và nhân viên bệnh viện (bao gồm cả YBS) là hai nhóm đối tượng mà các NC đề cập đến nhất vì đây là hai chủ thể chính sẽ thực thi việc áp dụng cũng như duy trì QTTG trong bệnh viện.

Bên cạnh NC của các tác giả, NC của tổ chức ở Việt Nam như Viện năng suất Việt Nam (2018) [94] khi “Áp dụng phương pháp quản trị tinh gọn cải tiến chất lượng dịch vụ” tại bệnh viện Việt Pháp Hà Nội, bên cạnh các kết quả đã đạt được NC cũng chỉ ra một số thách thức khi áp dụng quản trị tinh gọn cho các bệnh viện tại Việt Nam như kiến thức văn hóa, kinh nghiệm và quan điểm cải tiến. Bên cạnh đó là phần lớn nhân viên các bệnh viện thường không được đào tạo chính quy về QTTG và các tinh thần cải tiến liên tục và mức độ cam kết duy trì thực hiện về QTTG của nhân viên là không cao, hầu hết họ dành quan tâm nhiều hơn

đến công việc chuyên môn chính là KCB. NC cũng nêu ra ba điều kiện áp dụng QTTG thành công tại bệnh viện của Việt Nam, đó là:

+ *Thứ nhất*, rất cần sự thấu hiểu và ủng hộ của lãnh đạo cao nhất, lãnh đạo quản lý trực tiếp, vì áp dụng QTTG trong bệnh viện thường tập trung các vấn đề ảnh hưởng trực tiếp tới khách hàng, liên kết chặt chẽ tới chiến lược của tổ chức.

+ *Thứ hai*, áp dụng QTTG là quá trình tìm tòi, khám phá và giải quyết các vấn đề mà tổ chức bức xúc, đồng thời cũng là quá trình đào tạo, nâng cao năng lực của các nhân viên bệnh viện, nên cần có sự lựa chọn đúng người tham gia, đầu tư đủ thời gian và nguồn lực mới đảm bảo dự án đạt được những mục tiêu thách thức.

+ *Thứ ba*, Y bác sĩ, là bên cung cấp dịch vụ, là những người hiểu hơn ai hết quá trình KCB hoạt động ra sao và có vấn đề gì) nên cần có các hoạt động đào tạo, chính sách duy trì chất lượng, cải tiến chất lượng trong hoạt động KCB diễn ra liên tục, lặp lại đều đặn có sự tham gia đầy đủ của người lao động trong bệnh viện.

1.5. Đánh giá chung về các nghiên cứu

Qua tổng quan các NC của các tác giả quốc tế và trong nước về QTTG trong bệnh viện tác giả nhận thấy:

+ *Thứ nhất*, QTTG hoàn toàn có thể áp dụng trong bệnh viện, là một định hướng về sự liên kết hiệu quả của nguồn lực, tạo ra lợi thế cạnh tranh mang tính chiến lược, QTTG sẽ mang lại thành công và cải thiện hiệu quả hoạt động trong các bệnh viện và QTTG sẽ trở lên phổ biến trong các bệnh viện toàn cầu. Có ba hướng NC chính về QTTG trong bệnh viện là: cắt giảm LP, mô hình áp dụng và điều kiện áp dụng.

+ *Thứ hai*, Cơ sở lí luận về QTTG trong bệnh viện vẫn dựa chủ yếu trên những nguyên tắc và công cụ của quản trị tinh gọn trong sản xuất [96], về văn hóa QTTG áp dụng trong bệnh viện còn góp phần cải thiện văn hóa làm việc của NVYT, thái độ ứng xử với BN và thông qua việc liên tục cải tiến nâng cao chất lượng sẽ đáp ứng nhu cầu và gia tăng sự hài lòng của BN.

+ *Thứ ba*, NC hướng hướng cắt giảm LP, gia tăng hiệu quả trong KCB là hướng nghiên cứu chính của QTTG trong bệnh viện. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam Việt Nam đã xác định 07 loại LP nhưng có khác nhau về phân loại, nếu như các NC trên thế giới xác định 07 loại LP gồm (di chuyển, tồn kho, sử dụng sai thuốc, sai phương pháp, sai cách điều trị, thao tác thừa và yêu cầu cận lâm sàng thừa), thì các nghiên cứu tại Việt Nam phân loại gồm (di chuyển thừa,

tồn kho dư thừa, thao tác thừa, chờ đợi, sản xuất thừa, gia công thừa và lỗi). Nếu như các NC trên thế giới đã NC cắt giảm tất cả 07 loại LP thì nghiên cứu tại Việt Nam vừa ít về số lượng, lại mới chỉ NC cắt giảm thời gian chờ đợi. Do đó NC nhận diện, đánh giá mức độ tồn tại và giải pháp cắt giảm các LP còn lại là một khoảng trống về NC tại Việt Nam hiện nay.

+ *Thứ tư*, mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện của các nhà nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra khá đa dạng mô hình áp dụng tùy theo thực tiễn mỗi đất nước, mỗi giai đoạn hay mỗi đơn vị bệnh viện. Tại Việt Nam, mô hình QTTG Made in Vietnam hiện đang áp dụng rộng rãi trong lĩnh vực sản xuất, dịch vụ (Nguyễn Thị Nga, 2019 [72]) đã được NC tại KKB, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành, 2020 [63]) đã chứng minh hiệu quả, phù hợp với đặc điểm văn hóa, xã hội và bối cảnh Việt Nam. Đây là mô hình có thể xem xét làm mô hình NC áp dụng QTTG trong bệnh viện cho các NC sau.

+ *Thứ năm*, áp dụng QTTG trong bệnh viện không dễ dàng, cần các điều kiện thực hiện, từ đầu quá trình và đảm bảo thực hiện suốt để quá trình áp dụng có thể thành công. Trong các yếu tố ảnh hưởng, yếu tố thường gặp nhất trong các NC đã chỉ ra là cam kết áp dụng QTTG của lãnh đạo bệnh viện. Các NC đã đưa ra nhiều điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện (sự hiểu biết nhất định về QTTG của lãnh đạo và nhân viên bệnh viện, chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật và chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS của BV...). Các tác giả đều thống nhất mức độ ưu tiên, vai trò của các điều kiện áp dụng và sự quan trọng của mỗi điều kiện áp dụng sẽ khác nhau tùy từng thời điểm, địa điểm bệnh viện áp dụng nên NC chỉ ra vai trò các yếu tố ảnh hưởng áp dụng QTTG thành công tại Việt Nam là rất cần thiết mà các NC trước chưa thực hiện.

1.6. Kết luận chương I

Chương I đã trình bày tổng quan các công trình nghiên cứu về QTTG trong bệnh viện cùng ba hướng chuyên sâu cắt giảm LP, mô hình áp dụng và điều kiện áp dụng. Qua tổng qua đã cho thấy, việc áp dụng tư duy QTTG vào cắt giảm các LP trong bệnh viện là cần thiết nhưng nội dung này còn rất mới mẻ tại Việt Nam, bên cạnh đó tìm ra các điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện phù hợp với bối cảnh Việt Nam là một nội dung mà hầu như các NC trước đó chưa đề cập đến.

Đó là khoảng trống NC mà luận án “QTTG tại một số BVC trên địa bàn TP.HN” sẽ tập trung thực hiện. Tổng quan các NC trong và ngoài nước cũng giúp

tác giả tổng hợp các nội dung cần NC và hướng triển khai trong luận án từ những kết quả đó, cụ thể như sau:

Bảng 1. 3. Tổng hợp kết quả tổng quan

Tổng quan	Kết quả tổng quan	Hướng triển khai trong luận án
QTTG trong bệnh viện	<ul style="list-style-type: none"> + Việc áp dụng QTTG trong bệnh viện là cần thiết và mang lại nhiều lợi ích: <ul style="list-style-type: none"> (1) Tạo ra lợi thế cạnh tranh cho các bệnh viện; (2) Tăng cường hiệu quả quản lý nhờ cắt giảm các lãng phí; (3) Cải thiện văn hóa làm việc trong bệnh viện + Chưa có cơ sở lí luận về QTTG trong bệnh viện riêng mà sử dụng những nguyên tắc quản trị tinh gọn trong sản xuất để áp dụng QTTG trong bệnh viện 	<ul style="list-style-type: none"> + Xác định khung nội dung áp dụng QTTG trong bệnh viện để thực hiện nghiên cứu + Dựa trên cơ sở lí luận quản trị tinh gọn trong lĩnh vực khác để đề xuất cơ sở lí luận cho NC (Chương II Mục 2.1)
Cắt giảm LP trong bệnh viện	<ul style="list-style-type: none"> + Cắt giảm LP, gia tăng hiệu quả trong KCB là hướng NC chính của QTTG trong bệnh viện. + Bảy LP chủ yếu trong y tế: di chuyển; tồn kho; sử dụng sai thuốc (lỗi), phương pháp (thời gian chờ), cách điều trị; thao tác và yêu cầu cận lâm sàng thừa. + Do sự phức tạp của các hoạt động chuyên môn KCB trong bệnh viện nên việc nhận ra những LP là rất khó khăn nếu chỉ có đánh giá từ một bên (cung cấp dịch vụ hay thụ hưởng dịch vụ). 	<ul style="list-style-type: none"> + Vận dụng để xác định các lãng phí trong bệnh viện (Chương II Mục 2.2.3.1, Chương III Mục 3.2.1 và Chương IV Mục 4.2.2) + Khảo sát và phân tích thực trạng lãng phí tại các bệnh viện công tại Hà Nội (Chương IV Mục 4.4) + Đối tượng NC thực trạng và so sánh kết quả tìm điểm khác biệt giữa YBS bên cung cấp dịch vụ KCB với bệnh nhân bên thụ hưởng dịch vụ KCB (Chương IV Mục 4.2)
Mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện	<ul style="list-style-type: none"> + Các mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện trên thế giới khá đa dạng (VMPS, Gantt Chart, QTBV sang tự chủ...) nhưng đều theo hướng áp dụng các quy trình và phương pháp hướng đến cải tiến không ngừng mà không cần đầu tư thêm tiền bạc, máy móc, vật 	<ul style="list-style-type: none"> + Làm mẫu để quan sát thực trạng mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện tại Việt Nam hiện nay (Chương IV Mục 4.1)

viện	<p>tư hay con người</p> <ul style="list-style-type: none"> + Mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện được sử dụng từ mô hình đã được áp dụng tại doanh nghiệp dịch vụ + Việt Nam chưa có mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện phù hợp với bối cảnh của Việt Nam; + Chưa có NC về mô hình QTTG trong hoạt động khám chữa bệnh của các bệnh viện công tại Hà Nội. 	<ul style="list-style-type: none"> + Tìm kiếm đề xuất mô hình áp dụng QTTG trong bệnh viện tại Việt Nam (Chương V Mục 5.1) + Xây dựng, đề xuất mô hình áp dụng QTTG trong BVC tại Hà Nội (Chương V Mục 5.2)
Điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện	<ul style="list-style-type: none"> + Áp dụng QTTG thành công trong bệnh viện không hề đơn giản mà có nhiều thách thức và khó khăn thường gặp nhất các NC đã chỉ ra là cam kết áp dụng QTTG của lãnh đạo bệnh viện + Các điều kiện khác: sự hiểu biết nhất định về QTTG của lãnh đạo bệnh viện và nhân viên bệnh viện; chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật và chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS của bệnh viện 	<ul style="list-style-type: none"> + Thừa kế kết quả NC để khảo sát nhằm kiểm chứng các điều kiện cần thiết này trong bối cảnh các bệnh viện công tại Hà Nội (chương IV Mục 4.3). + Làm cơ sở đề xuất mô hình NC (Chương III Mục 3.2.2) để NC thực trạng (Chương IV) và đề xuất giải pháp (Chương V Mục 5.2.4)

(Nguồn: Tác giả tổng hợp)

CHƯƠNG II. CƠ SỞ LÝ LUẬN VỀ QUẢN TRỊ TINH GỌN

2.1. Cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn

2.1.1. Khái niệm quản trị tinh gọn

Quản trị tinh gọn là một thuật ngữ khoa học sử dụng để nói về quá trình quản trị một cách tiết kiệm, hiệu quả trong kinh tế [184]. Quản trị tinh gọn được NC khá muộn và có nhiều phát biểu, định nghĩa về QTTG theo cách hiểu của các chuyên gia quốc tế có:

+ Theo các chuyên gia Nhật Bản: QTTG là một mô hình bao gồm các nguyên tắc, công cụ cải tiến có hệ thống, mô hình tập trung vào việc tạo giá trị từ góc nhìn của khách hàng và loại bỏ những LP trong quá trình sản xuất hoặc cung cấp dịch vụ của một tổ chức. QTTG giúp tăng khả năng sử dụng các nguồn lực, rút ngắn thời gian chu trình sản xuất và cung cấp dịch vụ nhằm cung cấp sản phẩm, dịch vụ đáp ứng yêu cầu của khách hàng mà không có bất kỳ sự LP nào thông qua cải tiến liên tục quá trình [1].

+ Theo các chuyên gia Hoa Kỳ và Châu Âu: Định nghĩa “tinh gọn” gồm 3 yếu tố: dòng sản xuất, hệ thống kép và nỗ lực để đạt được “sự xuất sắc”, trong đó “sự xuất sắc” được hiểu là một hệ thống các phương pháp áp dụng trong sản xuất nhằm hạn chế tối đa sự LP thông qua tập trung vào thực hiện chính xác những gì khách hàng mong muốn (Womack và Jones, 1997) [184]. Năm 2000, Womack J. trong cuốn “The Machine that Changed the World” [186] khái niệm “QTTG được hiểu là phương pháp quản trị định hướng vào giảm thiểu LP để nâng cao năng suất, chất lượng, hiệu quả toàn bộ quá trình sản xuất”. Shook J. (2004) [138], thuộc Viện Nghiên cứu quản trị tinh gọn tại Anh Quốc định nghĩa rằng “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”. Gần nhất, Shah và Ward (2007) [170] đã cùng đề xuất một định nghĩa khác về QTTG “QTTG là một hệ thống tích hợp giữa các yếu tố mang tính xã hội và yếu tố mang tính kỹ thuật (socio + technical system) giúp xóa bỏ LP thông qua việc hạn chế những biến động từ phía khách hàng, nhà cung cấp hay nội bộ tổ chức”.

+ Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Đăng Minh (2015) [61] xây dựng khái niệm QTTG “Made in Vietnam” là tư duy quản trị tạo ra lợi nhuận (giá trị gia tăng) cho tổ chức (doanh nghiệp) bằng cách dùng trí tuệ của con người (hoặc trí tuệ của

tổ chức), cắt giảm tối đa chi phí LP, trong đó cắt giảm chi phí LP vô hình (tư duy, phương pháp làm việc, tâm thế con người) là mục tiêu chính của QTTG “Made in Vietnam” và được tác giả gọi là QTTG made in Vietnam được thể hiện qua hệ thức:

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

$$(2) \text{ Trong đó: Chi phí} = \text{Chi phí thực} + \text{Chi phí lãng phí}$$

$$(3) \text{ Chi phí lãng phí} = \text{Chi phí lãng phí hữu hình} + \text{Chi phí lãng phí vô hình}$$

Quan điểm của QTTG “Made in Vietnam” là hướng mọi công việc, hoạt động đến sự hoàn hảo (tinh hoa, ngăn nắp, chuẩn tắc, không lãng phí). Việc gia tăng lợi nhuận theo QTTG “Made in Vietnam” không nhằm vào cắt giảm chi phí thực (nhân công, vật tư, trang thiết bị...) mà tập trung cắt giảm các chi phí lãng phí. Các chi phí lãng theo QTTG “Made in Vietnam” được chia làm hai dạng là lãng phí hữu hình (phương pháp làm việc, thời gian nguyên vật liệu, sai hỏng sản phẩm...) và lãng phí vô hình (tư duy, tầm nhìn, triết lý phát triển, tâm thế không tinh gọn của con người...). LP hữu hình sẽ dễ dàng phát hiện và sửa chữa nhưng LP vô hình sẽ rất khó phát hiện và loại bỏ hơn. Như vậy doanh nghiệp (tổ chức) nếu quản trị theo QTTG “Made in Vietnam” sẽ đạt được lợi nhuận bền vững và hướng tới được sản phẩm, dịch vụ (hoàn hảo, tinh xảo), bộ máy quản trị chuẩn tắc, hiệu quả.

Điểm khác biệt của QTTG “Made in Vietnam” so với các khái niệm về QTTG của chuyên gia Nhật Bản, Châu Âu hay Hoa Kỳ là yếu tố “Tâm thế”, đây được coi là điều kiện cần và đủ để đạt sự hoàn hảo và tinh xảo [61]. “Tâm thế” được tác giả Nguyễn Đăng Minh (2021) [62] cho rằng là một phạm trù quản trị và được định nghĩa bằng hệ thức Tâm thế (Fx) = Thấu 1 (X1) x Thấu 2 (X2) x Ý (X3). Theo đó: Thấu 1 (thấu hiểu rằng công việc (việc học / việc làm) mà con người thực hiện là có ích chính cho bản thân mình). Thấu 2 (thấu hiểu rằng con người chỉ có làm thật công việc (học thật / làm thật) mới nâng cao được năng lực tư duy (khi đi học) và năng lực làm việc (khi đi làm) của chính bản thân). Ý (con người cần có ý thức, thái độ và đạo đức tốt đối với công việc (việc học / việc làm) của mình, để soi đường cho thực hiện hai tốt hai thấu ở trên).

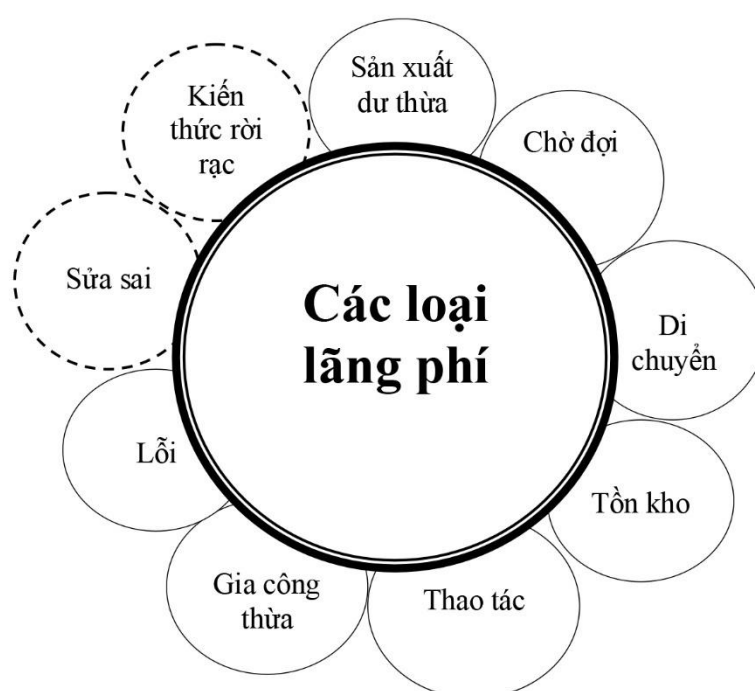
Qua nghiên cứu các khái niệm của các học giả trong, người nước tác giả nhận thấy QTTG có thể hiểu là: *Tư duy, phương thức quản trị sử dụng trí tuệ con*

người tập trung vào việc giữ, nâng cao chất lượng một cách bền vững, thông qua loại bỏ các LP (đặc biệt là LP vô hình) và cải tiến liên tục.

2.1.2. Nội dung của quản trị tinh gọn

Thứ nhất nhận diện lãng phí và tạo ra giá trị từ quan điểm của khách hàng

Giá trị được coi là điểm bắt đầu của TDTG, giá trị chỉ có ý nghĩa khi sản phẩm hoặc dịch vụ làm thỏa mãn nhu cầu khách hàng ở một thời điểm cụ thể với một chi phí cụ thể và giá trị của sản phẩm, dịch vụ được tạo ra bởi nhà sản xuất nhưng giá trị được xác định chính xác lại theo quan điểm của khách hàng.



Hình 2. 1. Các lãng phí theo quan điểm nhà nghiên cứu Nhật Bản và Hoa Kỳ
(Nguồn: Lean Enterprise Institute, 2020)

LP theo quan điểm của hệ thống sản xuất Toyota có bảy loại LP chính bao gồm: Sản xuất dư thừa, Chờ đợi, Di chuyển, Tồn kho, Thao tác, Gia công thừa, Lỗi. Trong một số nghiên cứu khác về QTTG sau một thời gian áp dụng, đã bổ sung thêm một số loại LP khác: Kiến thức rời rạc, Sửa sai.

Theo một số nhà NC khác, LP còn được chia thành hai loại là LP hữu hình (trong các thao tác hàng ngày khi hoạt động sản xuất, kinh doanh) và LP vô hình (trong tư duy và phương pháp làm việc khiến chất lượng, thời gian thực hiện công việc phải làm đi, làm lại nhiều lần mới hoàn thành).

Theo QTTG “Made in Vietnam”, LP còn được chia theo hai dạng là: LP hữu hình (phương pháp làm việc, thời gian chờ nguyên vật liệu, sai hỏng sản phẩm....), thứ hai là LV vô hình (tư duy, tầm nhìn, triết lý phát triển, tâm thế không tinh gọn của con người...). Theo quan điểm của tác giả LP hữu hình sẽ dễ dàng nhận diện, nó được thể hiện khá nhiều trong năm loại LP theo TDTG được tác giả xác định ở trên để tham chiếu thực trạng LP đang tồn tại trong hoạt động KCB tại BVC ở địa bàn TP.HN, còn LV vô hình sẽ khó phát hiện hơn, dùng lăng kính “Tâm thế” theo QTTG Made in Vietnam để NC, khám phá ra những LP vô hình đang tồn tại trong hoạt động KCB tại các BVC thuộc phạm vi NC.

Theo công bố của nhóm nghiên cứu mạnh Đại học Quốc gia Hà Nội (2023) [87], QTTG “Made in Vietnam” đã được áp dụng trong nhiều doanh nghiệp sản xuất, dịch vụ (Ô tô Trường Hải, Luyện đồng Lào Cai, Tổng công ty Công trình Viettel...) sau một năm áp dụng đã cắt giảm từ 30 – 50% các lãng phí hữu hình (thao tác thừa, lỗi, sai hỏng, tồn kho...) và xác định cắt giảm các lãng phí vô hình (tư duy, tâm thế không tinh gọn...). Qua đó nâng cao hiệu quả hoạt động, hiệu quả sản xuất, kinh doanh làm gia tăng lợi nhuận, nâng cao thu nhập cho nhân viên các công ty từ 40% – 60%.

Như vậy, nội dung đầu tiên trong QTTG là nhà quản trị cần phải tìm ra và loại bỏ các LP không tạo ra giá trị cho khách hàng. Trong NC này, tác giả sẽ kế thừa các kết quả NC trước để chỉ ra các LP hữu hình và vô hình hiện nay trong các bệnh viện công tại Hà Nội chưa tạo ra giá trị cho khách hàng (bệnh nhân).

Thứ hai nhận dạng chuỗi giá trị và chuẩn hóa quy trình

Chuỗi giá trị là tập hợp các hoạt động làm ra một sản phẩm, dịch vụ bao gồm các hoạt động liên tục nối tiếp nhau như: giải quyết vấn đề trong quá trình thiết kế, sản xuất tạo ra sản phẩm, dịch vụ, quản lý thông tin trong quá trình từ tiếp nhận yêu cầu, hoạch định, điều độ quá trình sản xuất đến khâu giao hàng, bảo hành. Theo Womack và Jones (1997) [185], chuỗi giá trị nên được mô hình hóa bằng sơ đồ gồm hai dòng vật tư (chuyển đổi vật lý) và thông tin (quản lý thông tin nhằm kiểm soát dòng vật tư). Phân tích chuỗi giá trị sẽ giúp phân loại các hoạt động làm gia tăng giá trị và hoạt động không làm gia tăng giá trị, qua đó xác định hoạt động không gia tăng giá trị được coi là hoạt động LP sẽ cần giảm thiểu và

loại bỏ. Ngoài ra phân tích chuỗi giá trị cũng giúp cho thiết lập và thực hiện các hoạt động trong chuỗi giá trị theo hướng có độ chi tiết và chuẩn hóa cao.

Thứ ba tạo ra các quy trình liên tục theo dòng chảy

Dòng chảy liên tục thể hiện ở một dòng vật tư các quy trình liên tục chảy không bị gián đoạn, ngắt quãng, xếp hàng hay chờ đợi. Về mặt lý thuyết, khi quy trình sản xuất được triển khai thành công theo dòng chảy liên tục, thời gian chu kỳ sản xuất sẽ được giảm đến 90% so với thời gian sản xuất ban đầu và các LP chờ đợi của người, thiết bị cùng quá trình giao hàng sẽ được loại bỏ. Để tạo ra dòng chảy liên tục, chuỗi giá trị cần tập trung theo quan điểm của đối tượng (hàng hóa trong hệ thống sản xuất, khách hàng trong hệ thống dịch vụ) trong quá trình hơn là theo chức năng. Dòng chảy nhanh, linh hoạt là yếu tố cơ bản cho sản xuất tinh gọn, đây là phương thức tốt nhất để hệ thống sản xuất đồng thời đạt được song song hai yếu tố năng suất, chất lượng và giúp hệ thống phòng ngừa, giảm thiểu LP và biến thiên trong quá trình sản xuất.

Thứ tư tạo cơ chế kéo dòng chảy

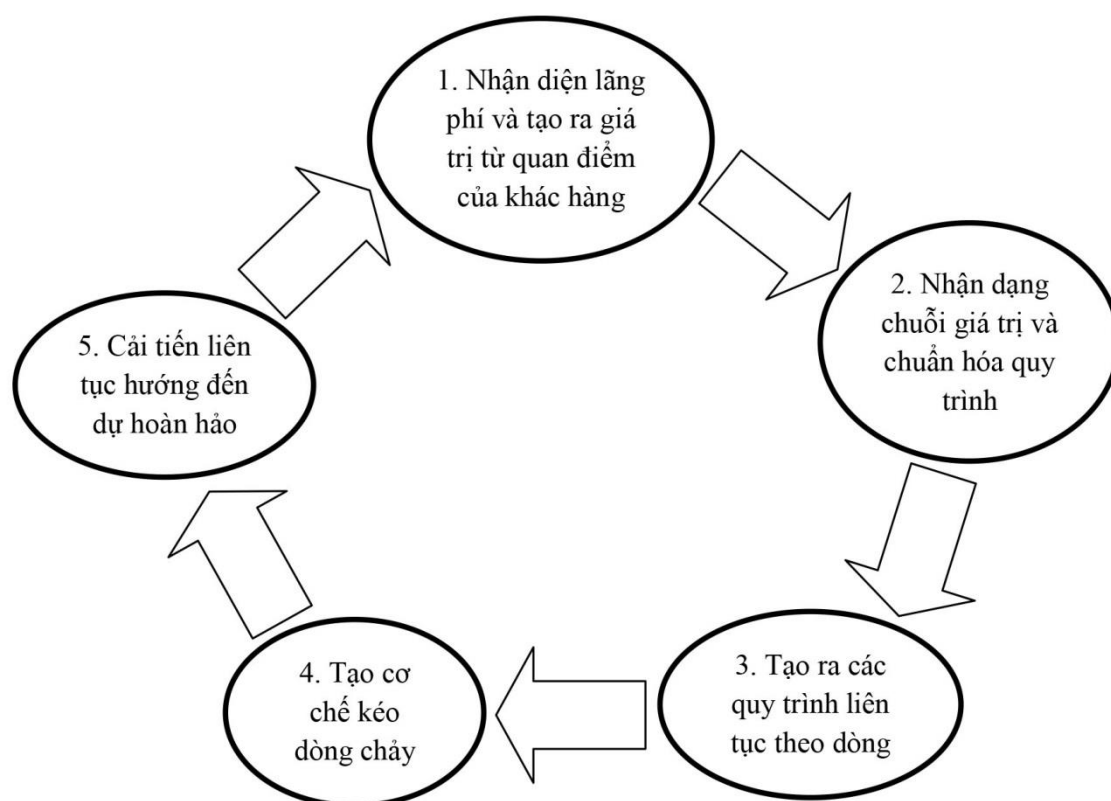
Khi thiết lập dòng chảy vật tư, dòng chảy sẽ kiểm soát theo hai hướng đẩy (vật tư từ trước ra sau) và kéo (vật tư từ sau ra trước). Nguyên tắc QTTG là sử dụng phương pháp kéo để kiểm soát dòng chảy chỉ tạo ra sản phẩm khi cần thiết, đáp ứng nhu cầu của khách hàng, không sản xuất thừa, ví dụ như trong một DN sản xuất, khách hàng đặt hàng và DN chỉ sản xuất vừa đúng theo đơn đặt hàng đó (đúng chủng loại, đúng số lượng, đúng thời gian) thì gọi là sản xuất theo nguyên lý “kéo”. Kéo tức là khách hàng kéo DN hoạt động thông qua đơn đặt hàng và DN làm theo đúng yêu cầu đó, nếu như DN sản xuất trước thời điểm khách hàng cần thì phải lưu kho chờ đến lúc giao hàng hoặc DN sản xuất nhiều hơn để dự phòng (sản xuất dư thừa) thì không phải là “kéo”. Như vậy, có thể thấy lợi ích chính của hệ thống kéo là tránh hàng tồn kho dư thừa, cùng với chi phí cần thiết để quản lý lượng hàng tồn kho dư thừa đó cho DN.

Thứ năm cải tiến liên tục hướng đến sự hoàn hảo

Khi đã xác định giá trị, đã nhận dạng chuỗi giá trị, tạo ra dòng chảy, sử dụng phương pháp kéo dòng chảy theo thời gian thì những đối tượng này sẽ thay đổi, giá trị sẽ được xác định ngày càng chính xác hơn, phạm vi chuỗi ngày càng lớn hơn, dòng chảy sẽ càng nhanh hơn, tinh gọn hơn, lực kéo theo nhu cầu khách

hàng ngày càng mạnh hơn. Đồng thời các đối tượng này sẽ tương tác với nhau làm thay đổi nhau như: dòng chảy nhanh hơn sẽ bộc lộ LP mới trong chuỗi giá trị cần được loại bỏ, lực kéo của nhu cầu khách hàng càng lớn càng làm bộc lộ các rào cản dòng chảy cần được tháo bỏ... Những thay đổi và tương tác giữa các đối tượng trên sẽ làm giảm nguồn lực đầu vào, các LP, thời gian thực hiện, chi phí sản xuất, chi phí dịch vụ, đồng thời giúp gia tăng giá trị. Do đó, TDTG sẽ luôn hướng đến mục tiêu cuối cùng là cải tiến liên tục để hướng đến sự hoàn hảo.

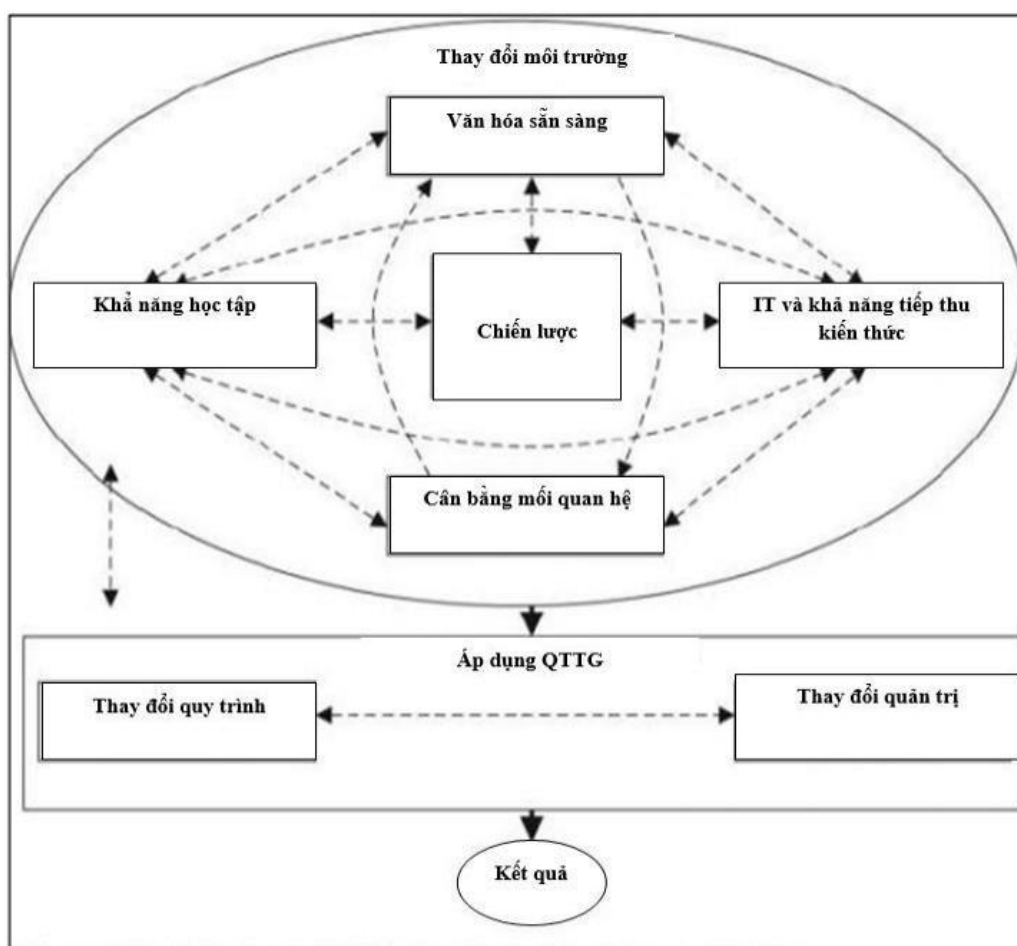
Như vậy có thể thấy, nội dung QTTG có thể hiểu là sử dụng trí tuệ con người qua năm hoạt động nhận diện LP để loại bỏ các LP, nhận diện chuỗi giá trị để chuẩn hóa quy trình tạo ra quy trình hoạt động theo dòng chảy liên tục cùng cơ chế kéo và “Tâm thế” cải tiến liên tục ở mỗi con người trong tổ chức, DN để tạo ra sản phẩm, dịch vụ có chất lượng ngày càng tốt hơn cũng như hướng đến sự hoàn hảo.



Hình 2. 2. Năm nội dung nền tảng của quản trị tinh gọn
(Nguồn: Womack và Jones, 1997)

2.1.3. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn

Tác giả Motwani (2003) [149] thừa kế mô hình của Kettinger và Grover (1995) [137]. Ông đã áp dụng QTTG và chia ra làm hai phần chính. Phần thứ nhất là các công đoạn chuẩn bị cho sự thay đổi hay cải thiện các yếu tố nền tảng. Nội dung công đoạn chuẩn bị là xây dựng thành một văn hóa sẵn sàng thay đổi của tổ chức, một chiến lược dài hạn của Công ty, tạo điều kiện cho người lao động nâng cao kiến thức, một tổ chức chia sẻ tri thức và công nghệ mới. Phần thứ hai là áp dụng QTTG. Nội dung của phần thứ hai đó chính là thay đổi quy trình hay thay đổi cách thức quản trị trong DN dựa trên các nguyên lý của QTTG [149].



Sơ đồ 2. 1. Mô hình triển khai quản trị tinh gọn cho đơn vị lĩnh vực dịch vụ
(Nguồn: Motwani, 2003)

Hai tác giả Marvel và Standridge (2009) [145] đã đề xuất mô hình áp dụng áp dụng QTTG theo mô phỏng năm giai đoạn cho các DN sản xuất:

+ Giai đoạn thứ nhất đánh giá thực trạng tính tinh gọn: mục tiêu của giai đoạn này là đánh giá tính tinh gọn, những thiếu hụt của thực trạng với trạng thái mong muốn, tính xác thực của trạng thái mong muốn, triển khai. Giai đoạn này nhóm phụ trách QTTG sẽ đánh giá sản phẩm của nhà máy dựa trên chiến lược cạnh tranh và mục tiêu thị trường của DN.

+ Giai đoạn thứ hai nhận dạng vấn đề: mục tiêu của giai đoạn này là thu thập dữ liệu hoạt động của DN nhằm tìm ra vấn đề tồn tại.

+ Giai đoạn thứ ba thiết kế trạng thái tương lai (mục tiêu): mục tiêu của giai đoạn này dành để thiết kế trạng thái tương lai của DN dựa trên sử dụng các phương pháp của QTTG.

+ Giai đoạn 4 kiểm chứng mô hình

+ Giai đoạn 5 triển khai: mục tiêu của giai đoạn cuối cùng này là áp dụng QTTG trong nhà máy hoặc DN hay tổ chức. Trong quá trình triển khai thì cần phải đánh giá tính hiệu quả của hệ thống. Thêm vào đó, nhóm triển khai cần phải chuẩn bị quy trình và quy chế cụ thể cho từng hoạt động của DN, tổ chức.



Hình 2. 3. Mô hình triển khai quản trị tinh gọn cho đơn vị sản xuất

(Nguồn: Marvel và Standridge, 2009)

Dombrowski (2012) [118] đã giới thiệu mô hình áp dụng QTTG tại các DN nói chung đơn giản hơn gồm bốn bước chính đó là: Lập kế hoạch, thiết lập, triển khai và áp dụng vào hoạt động hàng ngày. Tại mỗi bước lại bao gồm một số bước nhỏ bên trong và tổng thể mô hình có chín bước.

Theo đó, giai đoạn thứ nhất lập kế hoạch bao gồm 4 bước:

- + Nhận dạng lợi ích của QTTG
- + Đánh giá liệu chiến lược của DN có phù hợp với việc áp dụng QTTG
- + Phát triển mô hình lý thuyết cho triển khai bằng cách lựa chọn các công cụ QTTG và các kỹ thuật QTTG sẽ được sử dụng
- + Lên kế hoạch triển khai tổng thể

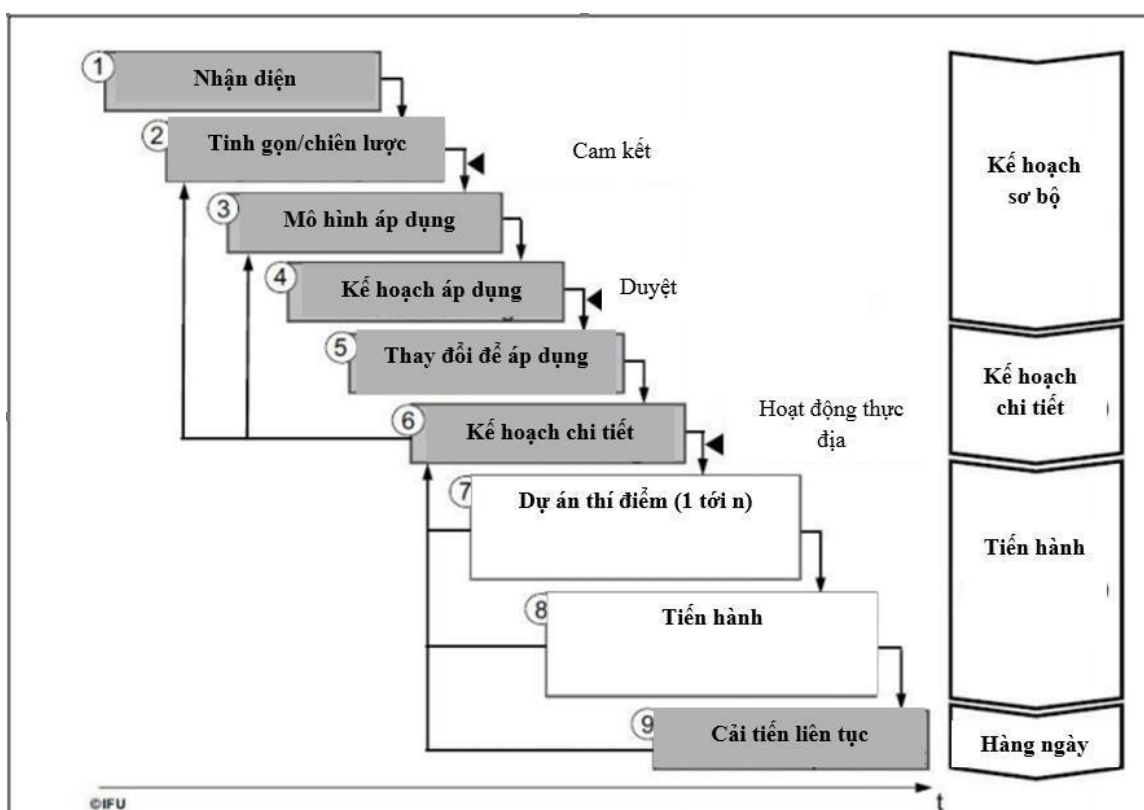
Giai đoạn hai chuẩn bị cho áp dụng QTTG. Giai đoạn này có hai bước:

- + Tiến hành những thay đổi cần thiết cho triển khai
- + Đưa ra kế hoạch chi tiết, trong đó cũng tính đến các nhân tố bên trong và bên ngoài DN

Giai đoạn thứ ba tiến hành áp dụng bao gồm hai bước:

- + Tiến hành một hay hai thử nghiệm trên quy mô nhỏ
- + Sau khi thành công tiến hành triển khai cho toàn hệ thống của công ty

Cuối cùng của mô hình đó là duy trì hoạt động liên tục và luôn hướng tới cải tiến không ngừng trong công ty.

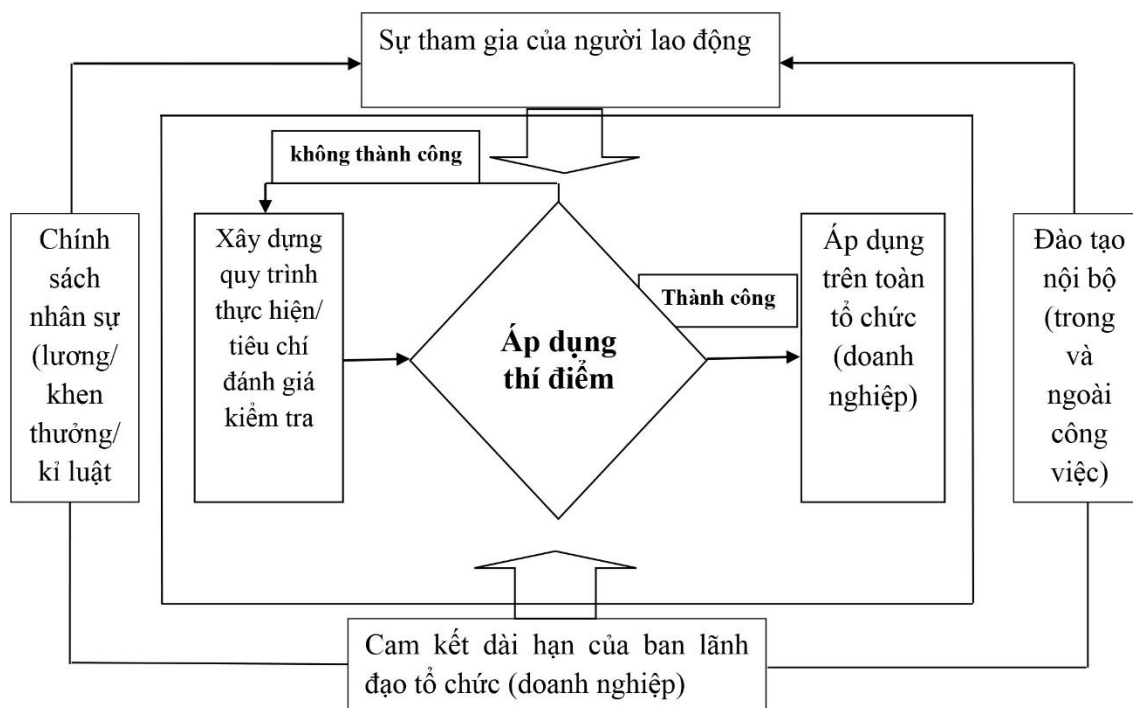


Hình 2. 4. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn theo Dombrowski

(Nguồn: Dombrowski, 2012)

Tư duy quản trị tinh gọn được tác giả Nguyễn Đăng Minh (2015) [61] đề xuất áp dụng theo mô hình 2.5 được trình bày dưới đây. Mô hình đã đưa ra bốn nhân tố được coi là điều kiện tiên quyết thực hiện quá trình triển khai quản trị tinh gọn trong doanh nghiệp, tổ chức là: Sự cam kết của ban lãnh đạo; Chính sách nhân

sự, động viên, khuyến khích, khen thưởng, kỷ luật; Chính sách đào tạo (tâm thế, kỹ năng...); và Sự tự giác tham gia của người lao động.



Hình 2. 5. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn theo Tư duy tinh gọn Made in Vietnam

(Nguồn: Nguyễn Đăng Minh; 2015)

Đây là mô hình độc đáo của QTTG theo Tư duy tinh gọn Made in Vietnam, mô hình được xây dựng theo nguyên lý đỡ, ban lãnh đạo đưa ra khẳng định sẽ thực hiện dài hạn. Ban lãnh đạo tạo ra lực đỡ bằng chính sách nhân sự, cơ chế trao quyền tự chủ, giám sát việc chéo và tự giám sát. Nếu như cam kết thực hiện dài hạn của ban lãnh đạo là điểm khởi đầu thì chính sách nhân sự, chương trình đào tạo nội bộ có vai trò như lực kéo, điều kiện duy trì hoạt động hiệu quả. Cả ba yếu tố trên sẽ là lực đỡ để yếu tố cuối cùng sự tham gia của người lao động vào thực hiện công việc, do đặc điểm văn hóa, lịch sử nên sự tham gia của người lao động trong các doanh nghiệp, tổ chức ở Việt Nam khi áp dụng QTTG sẽ là yếu tố cuối cùng nhưng cũng là yếu tố quyết định đến kết quả áp dụng nhưng yếu tố này phải có sự tác động, hỗ trợ của ba yếu tố trước mới đảm bảo hiệu quả áp dụng QTTG.

2.1.4. Điều kiện triển khai và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn

Các NC trong thời gian qua đã chỉ ra năm điều kiện chính để áp dụng QTTG tại Việt Nam là [61], [69], [63], [68]:

+ **Đầu tiên là cam kết và sự tham gia từ lãnh đạo cấp cao:** Như đã phân tích ở trên người lãnh đạo cấp cao có vai trò thúc đẩy và duy trì hoạt động QTTG. Mọi quyết định quan trọng nào, đặc biệt liên quan đến việc thay đổi trong hoạt động sản xuất, kinh doanh đều xuất phát từ thượng tầng ban lãnh đạo cấp cao của doanh nghiệp, tổ chức. Kinh nghiệm quốc tế và trong nước đã cho thấy đưa QTTG ở các doanh nghiệp, tổ chức ban đầu thường gặp khó khăn, trắc trở nên điều kiện cần thiết đầu tiên để triển khai là sự ủng hộ tuyệt đối của những người đứng đầu, từ đó tạo hiệu ứng cho các cấp bên dưới.

+ **Thứ hai là cơ cấu tổ chức, quy mô DN:** một cơ cấu tổ chức dẻo (linh hoạt không hành chính hóa) có sự quy định rõ ràng về phân công công việc, trách nhiệm cụ thể sẽ giúp cho người nhân viên nắm bắt và hiểu rõ được hơn vai trò, nhiệm vụ của phòng ban mình trong cơ cấu tổ chức của DN, tiếp đến là vai trò của cá nhân trong hoạt động chung của phòng ban. Từ ý thức như vậy, người lao động sẽ hiểu được hoạt động QTTG có ý nghĩa, tác động tích cực như thế nào đến DN, phòng ban và chính cá nhân đó. Từ sự hiểu biết người lao động sẽ hiểu trách nhiệm bản thân cần tham gia triển khai, thực hiện nghiêm túc phương pháp QTTG.

+ **Thứ ba là vai trò của người nhân viên:** trong các điều kiện được xem xét, tổng hợp từ người nhân viên thì thái độ (hay quản trị tinh gọn Made in Vietnam gọi là “Tâm thế”) của nhân viên được đánh giá là quan trọng nhất so với các điều kiện khác như: trình độ, kinh nghiệm, tâm lý và cam kết gắn bó lâu dài. NC của Nguyễn Đăng Minh (2015) [61] đã chứng minh rằng các DN đã đề cao vai trò tâm thế, ý thức thái độ của người lao động hơn các yếu tố hữu hình khác. Điều này hoàn toàn phù hợp với những phân tích ở trên, người nhân viên có tâm thế với công việc của mình, với thực hiện QTTG mới mang lại hiệu quả và duy trì biến nó thành bền vững trong DN. Do vậy, theo khuyến cáo của các nhà NC về quản trị tinh gọn Made in Vietnam luôn khuyến nghị các DN áp dụng cần lưu ý với những phương thức để quản trị, nâng cao tâm thế của nhân viên qua thời gian làm việc tại DN bằng nhiều hình thức khác nhau (đào tạo, khen thưởng, tạo động lực....).

+ **Thứ tư là chất lượng chương trình đào tạo, hướng dẫn triển khai áp dụng:** Yếu tố đào tạo trong NC đề cập đến là đào tạo nội bộ tại DN là một trong những biện pháp chính căn bản để truyền đạt kiến thức, yêu cầu triển khai các phương pháp quản trị của DN nói chung và QTTG nói riêng. Kết quả của nhóm NC về QTTG Made in Vietnam của Trường đại học Kinh tế, Đại học quốc gia Hà

Nội [72] cho thấy hiện nay đa phần việc xây dựng nội dung, thời gian đào tạo, tính liên tục của đào tạo khi áp dụng QTTG tại các doanh nghiệp còn thấp, chưa thật sự thỏa mãn được yêu cầu và đòi hỏi hiệu quả đào tạo.

Bảng dưới đây cho thấy tầm quan trọng của các điều kiện ứng dụng QTTG:

Bảng 2. 1. Đánh giá mức độ tác động của bốn nhân tố trong triển khai quản trị tinh gọn tại doanh nghiệp ở Việt Nam

TT	Nhân tố	Điểm thang 5	Xếp hạng
1	Đánh giá về mức độ ảnh hưởng của nhân sự cấp quản lý tới hiệu quả của hoạt động QTTG tại DN Việt Nam	4.17	Số 1
2	Đánh giá về mức độ ảnh hưởng của nhân sự cấp nhân viên hiệu quả của hoạt động QTTG tại DN Việt Nam	3.73	Số 3
3	Đánh giá về mức độ ảnh hưởng của cơ cấu tổ chức tới hiệu quả của hoạt động QTTG tại DN Việt Nam	3.99	Số 2
4	Đánh giá về mức độ ảnh hưởng của hoạt động đào tạo tới hiệu quả của hoạt động QTTG tại DN Việt Nam	3.62	Số 4

(Nguồn: Nguyễn Đăng Minh, 2015)

+ **Thứ năm là thấu hiểu văn hóa, đặc điểm xã hội, con người nơi áp dụng QTTG:** So sánh các điều kiện áp dụng QTTG tại Việt Nam là khá tương đồng với các NC về bốn điều kiện bên trên, điều kiện thứ năm là “thấu hiểu văn hóa, đặc điểm xã hội, con người tại nơi áp dụng QTTG” là điều kiện mới mà QTTG Made in Vietnam đã chứng minh. Theo đó, không thể sử dụng một cách máy móc mô hình QTTG đã được áp dụng thành công tại quốc gia nào đó về Việt Nam nói riêng hay bất kỳ một quốc gia khác mà bỏ qua hoặc không coi trọng đúng mức sự thấu hiểu văn hóa, đặc điểm xã hội, con người nơi sẽ áp dụng QTTG. Ví dụ đơn giản như Nhật Bản đi trước Việt Nam gần nửa thế kỷ, sự phát triển về trình độ, văn hóa, kỹ năng, tác phong lao động của nguồn nhân lực Nhật Bản là rất cao nên khi ứng dụng QTTG việc chấp hành thực hiện của nhân lực Nhật Bản rất tốt, ngược lại với nhân lực Việt Nam ý thức, tác phong, tính tự giác trong lao động còn chưa cao nên việc áp dụng QTTG cần tăng cường tính giám sát, đào tạo thêm tâm thế để họ thấu hiểu việc áp dụng QTTG là tốt cho họ, thấu hiểu việc làm đó tốt sẽ giúp họ hiểu phải làm thế nào cho tốt, qua thời gian hình thành ý thức, tác phong và tính tự giác trong lao động, cuộc sống sẽ được nâng cao hơn (đó là quá trình hình thành “Tâm thế” theo QTTG Made in Vietnam [61]).

2.1.5. Một số công cụ quản trị tinh gọn

Qua 80 năm ra đời và phát triển, từ một vài công cụ ban đầu đã được các nhà nghiên cứu trên thế giới ghi nhận hàng chục công cụ của QTTG đã minh chứng hiệu quả và áp dụng tại nhiều quốc gia tiêu biểu như:

+ *Công cụ 5S*: Trong tiếng Nhật 5S là viết tắt của Seiri (tiếng Anh dịch là “Sorting”, tiếng Việt dịch là “Sàng lọc”), Seiton (“Straitenning”, “Sắp xếp”), Seiso (“Shining”, “Sạch sẽ”), Seiketsu (“Standardizing”, “Săn sóc” (theo Nguyễn Đăng Minh, 2015 dịch thành “Chuẩn hóa”) [61]), Shitsuke (“Sustaining”, “Sẵn sàng” (theo Nguyễn Đăng Minh, 2015 dịch thành “Tâm thế”) [61]) [183], [184] Đây là công cụ đơn giản dễ thực hiện nhất, tốn ít chi phí và đạt hiệu quả cao của QTTG. Khi triển khai thành công 5S tại các doanh nghiệp, tổ chức sẽ tạo một môi trường làm việc sạch sẽ, ngăn nắp, đảm bảo an toàn và khuyến khích phát huy sáng tạo trong nhân viên, kỷ luật, văn hóa của doanh nghiệp được nâng cao.

+ *Công cụ Kaizen* (cải tiến liên tục): Đây được xem là một trong những công cụ lâu đời nhất của QTTG dựa trên triết lý cải tiến liên tục [184]. Kaizen tận dụng kiến thức và sự linh hoạt của từng thành viên trong doanh nghiệp trong bất kỳ cấp độ nào từ quản lý đến nhân viên, từ mọi bộ phận, khu vực trong doanh nghiệp như bộ phận sản xuất, mua hàng, quản lý, hậu cần, tài chính để hướng đến hiện trạng cho doanh nghiệp, tổ chức được tốt hơn.

+ *Công cụ quản trị trực quan* (Mieruka): tạo ra môi trường thông tin đa dạng, phong phú từ nội dung cho đến hình thức bằng cách sử dụng các phương tiện kích thích cơ quan con người hoặc hiển thị như tín hiệu, hình ảnh, sơ đồ, bảng biểu... [185]. Tác động trực tiếp tới một hoặc nhiều giác quan của con người gồm: thị giác, thính giác, xúc giác, khứu giác, vị giác (Liff và Posey, 2004 [140]). Quản trị trực quan tận dụng tối đa các hiển thị về thông tin, tín hiệu, thiết bị trực quan chống sai lỗi... làm công cụ để giao tiếp với nhân viên làm việc trực tiếp tại các vị trí tạo ra môi trường làm việc cởi mở hơn, tăng cường tính tự giải thích, tự yêu cầu, tự điều tiết và tự cải tiến.

+ *Công cụ Jidoka* (tự động kiểm tra lỗi): Jidoka được phát minh và coi là một trong những trụ cột của hệ thống sản xuất Toyota. Jidoka giúp phát hiện và ngăn chặn lỗi sớm, các vấn đề được giải quyết kịp thời, do đó ngăn chặn được lỗi hay các sự cố trong quá trình sản xuất, giúp giảm được tổn thất về thời gian, năng

xuất và chi phí. Jidoka hướng đến mục đích tạo qua quá trình sản xuất, dịch vụ không có khuyết điểm, nên có thể áp dụng cho mọi bước trong cả lĩnh vực sản xuất lẫn dịch vụ [158]. Nguyên lý hoạt động của Jidoka là hoạt động sản xuất sẽ được tạm dừng bằng tay người điều khiển hoặc tự động bằng máy trong trường hợp có lỗi. Nguyên tắc của Jidoka có thể được chia thành một vài bước đơn giản: 1. Phát hiện một sự bất thường, 2. Dừng lại, 3. Khắc phục sự cố ngay lập tức và 4. Điều tra và khắc phục nguyên nhân gốc rễ .

+ *Tư duy quản trị tinh gọn và các công cụ khác:*

Chuẩn hóa quy trình: là các quy trình, hướng dẫn sản xuất hay dịch vụ của doanh nghiệp được quy định rõ ràng, chi tiết nhất để tránh những sai sót về cách thức thực hiện mọi công việc trong doanh nghiệp, tổ chức [183]. Chuẩn hóa quy trình hướng các hoạt động sản xuất luôn được thực hiện theo một cách thống nhất và áp dụng chuẩn hóa quy trình đòi hỏi phải thực hiện rõ ràng về nội dung, trình tự, thời gian cũng như tiêu chuẩn cho mỗi công đoạn: trình tự công việc, thời gian chuẩn, mức độ tồn kho. Chuẩn hóa quy trình được xem là nền tảng để thực hiện Kaizen, ngược lại Kaizen sẽ tạo ra một hệ thống tiêu chuẩn mới, hệ tiêu chuẩn này sẽ trở thành cơ sở cho các cải tiến sâu hơn về sau nên quá trình cải tiến quy trình là một quá trình liên tục, không có điểm dừng.

Khoa học giải quyết vấn đề (Science problem solving - SPS): SPS là một công cụ hướng đến tìm nguyên nhân cốt lõi của vấn đề từ đó đưa ra giải pháp khắc phục được triệt để. Áp dụng SPS thì việc đầu tiên cần phải xác định được vấn đề, sau đó sử dụng phương pháp “5 why” dựa trên bộ 05 nhóm nguyên nhân: con người; phương pháp; cơ sở hữu hình; đầu vào; và các yếu tố khác [61]. Từ đó xác định nhóm các nguyên nhân chính của vấn đề, trên cơ sở các nguyên nhân chính, phân loại mục tiêu, cái nào dễ làm trước, khó làm sau, hạn chế đầu tư ngay nguồn lực trong xây dựng giải pháp và xác định mục đích cần phải đạt được trong một khoảng thời gian nhất định để xây dựng các mục tiêu cụ thể theo mốc thời gian tương ứng cần đạt đến.

2.2. Quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Như đã trình bày tại tiểu kết chương I, QTTG được đưa vào trong bệnh viện hiện nay là mô hình được áp dụng trong hoạt động sản xuất, lĩnh vực dịch vụ. Các NC trước đó cũng đang sử dụng cơ sở lí luận chung về QTTG áp dụng trong

hoạt động sản xuất, lĩnh vực dịch vụ khác làm cơ sở lí luận để NC về QTTG trong bệnh viện. Do đó có thể nói hiện chưa có cơ sở lí luận riêng về QTTG trong bệnh viện. Phần này, tác giả sẽ kế thừa kết quả NC trước về QTTG trong bệnh viện để phân tích làm tiêu chí xác định cơ sở lí luận sử dụng cho luận án.

2.2.1. Quan điểm về quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Theo Mark Graban xuất bản trong cuốn sách “Quản trị y tế tinh gọn” năm 2011 [112], QTTG là một phương pháp hướng tới triết lý tạo ra nhiều GTGT cho khách hàng nhưng sử dụng ít nguồn lực hơn và phát huy tối đa trí tuệ con người trong công việc. Liên hệ với ứng dụng QTTG trong bệnh viện, Mark Graban cho rằng, khách hàng là BN và công việc KCB, điều trị phải làm cho BN thấy hiệu quả nhất, hài lòng nhất.

Nguyên tắc áp dụng QTTG trong các bệnh viện cũng dựa trên các nguyên tắc chính như QTTG trong sản xuất, đó là xác định chính xác giá trị của dịch vụ y tế, từ đó tạo ra dòng chảy thực hiện dịch vụ một cách liên tục (giảm LP chờ đợi), trên quan điểm kéo từ khách hàng (YBS luôn luôn sẵn sàng phục vụ khi có BN) và quan điểm không có lỗi (an toàn tính mạng người bệnh là trên hết), cải tiến liên tục (không ngừng nâng cao chất lượng KCB để hiệu quả KCB ngày càng tốt hơn, người bệnh ngày càng hài lòng và sẵn sàng trả phí KCB cao hơn).

QTTG Made in Vietnam đã chứng minh và được các nhà khoa học trên thế giới thừa nhận vai trò của phạm trù “Tâm thế”, khi áp dụng QTTG vào trong bệnh viện. Vai trò của phạm trù “Tâm thế” càng trở nên quan trọng với nhiều điểm tương đồng với yếu tố “y đức” trong ngành y tế. Tâm thế trong QTTG Made in Vietnam được hiểu sẽ bao gồm: Tâm thế người (hai sự hiểu biết sâu sắc và một ý thức [61]) + tâm thế công việc (đạo đức người thầy thuốc có thể gọi là “y đức” [63]).

Có thể nói, mục tiêu chính của việc áp dụng QTTG cho các bệnh viện là: Cải thiện hiệu suất phục vụ BN, loại bỏ các LP trong quá trình phục vụ; Tạo dòng giá trị liên tục cho BN, giảm thời gian chờ đợi; Hạn chế lỗi tăng tính an toàn trong cung cấp dịch vụ; Nâng cao thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng và Tạo ra nhiều GTGT cho tất cả các bên liên quan. Do đó, trong khi thực hiện nghiên cứu, tác giả xác định sẽ tập trung chính vào cắt giảm lãng phí còn với nội dung cải tiến liên tục sẽ thực hiện ở các nghiên cứu sau do tác giả nhận thấy KCB trong bệnh

viện là hoạt động chuyên môn cần thực hiện các nghiên cứu trường hợp thực tiễn có nghiên cứu can thiệp mới xác định được chính xác nội dung cải tiến liên tục trong KCB tại bệnh viện.

2.2.2. Khác biệt về quản trị tinh gọn trong bệnh viện với lĩnh vực khác

Nguyên thủy của QTTG là áp dụng trong lĩnh vực sản xuất, nên khi nghiên cứu áp dụng QTTG cho lĩnh vực mới sẽ luôn có sự đối chiếu so sánh với lĩnh vực sản xuất. Nghiên cứu của các tác giả trong, ngoài nước đã thống nhất quan điểm: QTTG trong một hệ thống sản xuất với trong một bệnh viện khác nhau khá nhiều. Tổng hợp các NC trong và ngoài nước cùng các NC của tác giả trong nhưng năm gần đây cho thấy có bốn điểm khác biệt chính giữa hai loại hình này bao gồm: về bản chất, về mục tiêu, về cấu hình hoạt động, và về tính an toàn.

Thứ nhất về mặt bản chất hoạt động

Giá trị tạo ra, thì hoạt động sản xuất tạo ra các sản phẩm hữu hình, có thể đo lường được số lượng sản xuất ra, thành phẩm được bán ra và vật tư tiêu hao. Sau khi đặt hàng, lấy hàng khách hàng sử dụng sản phẩm sau khi thanh toán, do đó chất lượng sản phẩm có thể được đo lường trực tiếp tại thời điểm sử dụng [182]. Tại các bệnh viện, thì cung cấp các dịch vụ về chuyên môn, quá trình sản xuất và tiêu thụ được thực hiện đồng thời trên chính luôn BN, BN là khách hàng là một phần của quá trình tạo ra giá trị đó và BN đồng thời có thể trực tiếp cảm nhận được chất lượng của dịch vụ KCB song song với quá trình tạo ra giá trị [101]. Trong quá trình KCB, GTGT được tạo ra khi YBS thực hiện quy trình KCB, những các giá trị trong quá trình chuyển đổi này không thể đo lường, lượng hóa một cách rõ ràng vì KCB là một dịch vụ đặc biệt liên quan đến tính mạng con người, quyền được sống của con người và cảm xúc cá nhân của người được đánh giá [67]. Qua các NC, ta có thể tổng hợp những điểm khác nhau giữa hoạt động tổ chức sản xuất trong nhà máy và bệnh viện như bảng.

Bảng 2. 2. So sánh đặc điểm hoạt động sản xuất và hoạt động bệnh viện

Tiêu chí	Sản xuất	Bệnh viện
Tạo giá trị	Sản phẩm là hữu hình: Kiểm kê trước khi tiêu thụ, tương tác với khách hàng thấp, đo lường chất lượng trực tiếp.	Dịch vụ: Sản xuất và tiêu thụ đồng thời, khách hàng tham gia hoàn toàn vào quá trình tạo giá trị, khó đo lường và đánh giá được chất lượng
Quy trình	Sản xuất theo khối lượng: không bị ảnh hưởng nhiều	Dịch vụ chuyên môn: Yếu tố “sản phẩm” thấp hơn và sự biến đổi cao

	bởi các biến thể sản phẩm khác nhau	hơn.
Công nghệ	Công nghệ thường thực hiện theo các quy trình cụ thể một khi đã bắt đầu	Công nghệ chuyên sâu, hành động dựa trên các thông tin phản hồi từ BN
Cơ chế cạnh tranh	Cơ chế cạnh tranh giá – sản phẩm là rõ ràng. Thay đổi tích cực nhờ cạnh tranh	Cơ chế cạnh tranh giá – dịch vụ là không rõ ràng. Mức độ cạnh tranh gần như bằng không

(Nguồn: Slack, Thompson, Mintzberg, 2001)

Công nghệ thường chiếm ưu thế trong sản xuất sản phẩm, mỗi hoạt động khác nhau thường theo một trình tự nhất định và khi bắt đầu sản xuất thường liên tục không bị gián đoạn nếu các điều kiện, yếu tố đầu của sản xuất luôn được đảm bảo đầy đủ. Đối với KCB tại bệnh viện, công nghệ cũng có thể chiếm ưu thế nhưng phải là những công nghệ rất chuyên sâu, KCB gắn với con người và thường được YBS tích lũy sau nhiều năm KCB cho nhiều BN, từ đó sẽ tự truyền đạt góp phần giúp YBS đưa ra các quyết định KCB sẽ tác động đến mức độ hài lòng của BN. Đồng thời hiệu quả của quá trình KCB trong bệnh viện phụ thuộc nhiều vào kỹ năng và các yêu cầu đặc biệt của từng YBS với BN [129].

Tính cạnh tranh trong ngành sản xuất được thể hiện rõ ràng hơn thông qua giá cả, chất lượng và khả năng cung ứng nhưng với ngành y tế thì cạnh tranh là không rõ ràng, còn phụ thuộc nhiều yếu tố như thương hiệu bệnh viện, thương hiệu YBS... ở đó không tồn tại quy luật trực tiếp giữa giá cả tăng và hiệu quả KCB sẽ tăng. Việc tác động của BN trong quá trình KCB thường đạt hiệu quả thấp đối so với các đối tượng khác trong quá trình KCB, điều này rất khác so với ngành sản xuất bởi trong sản xuất đối tượng khách hàng có ảnh hưởng rất lớn, không muốn nói là quyết định đến DN. Ngoài ra trong ngành sản xuất thương hiệu sản phẩm phụ thuộc nhiều vào thương hiệu DN, ngược lại trong ngành y tế thương hiệu bệnh viện là một phần, thương hiệu của cá nhân người bác sỹ cung cấp dịch vụ KCB sẽ quyết định một phần nhiều nữa tính cạnh tranh [125].

Thứ hai về mục tiêu

Về mặt mục tiêu hai lĩnh vực sản xuất và bệnh viện là rất khác nhau, nếu như lĩnh vực sản xuất coi mục tiêu hàng đầu là lợi nhuận, mang lại giá trị cao nhất cho doanh nghiệp và người lao động cũng như lợi ích cho những cổ đông doanh nghiệp góp vốn thì mục tiêu của một bệnh viện lại khác. Bệnh viện hoạt động

không hoàn toàn vì mục đích lợi nhuận, đặc biệt là ở BVC, bệnh viện vẫn được xem như một tổ chức phi lợi nhuận và vì mục đích xã hội hơn là mục đích kinh tế ngay cả đối với các loại hình bệnh viện tư nhân thì mục tiêu kinh tế vẫn không được xem là duy nhất [61]. Do mục tiêu hai lĩnh vực sản xuất và bệnh viện khác nhau, nên động lực cho sự thay đổi và cải tiến cũng khác nhau. Theo NC của tác giả Glouberman và Mintzberg (2001) [122], [123] đã chỉ ra các mục tiêu hoạt động của bệnh viện khác mục tiêu của tổ chức lĩnh vực sản xuất, trong đó nổi bật:

- + Mục tiêu hàng đầu của các bác sĩ là chữa bệnh bằng kiến thức, kỹ năng cộng, kinh nghiệm và sự hỗ trợ của trang thiết bị y tế (trang thiết bị, phương pháp và kỹ thuật chữa bệnh). Những hoạt động KCB này thường được thực hiện trong ngắn hạn, sau khi khám bệnh BN sẽ được điều dưỡng chăm sóc.

- + Mục tiêu chính các công việc của điều dưỡng trong bệnh viện là “chăm sóc” và phối hợp với các công việc KCB khác quanh BN. Các điều dưỡng sẽ luôn thực hiện công việc song hành với người bác sĩ, điều dưỡng sẽ sắp xếp các hồ sơ, kết quả lâm sàng, cận lâm sàng, trang thiết bị khi bác sĩ thực hiện các kỹ thuật, phương pháp điều trị và giao tiếp, hướng dẫn BN thực hiện KCB tại bệnh viện.

- + Mục tiêu của các kỹ thuật viên, nhân viên khác trong bệnh viện là đảm bảo hoạt động chuyên môn của mình, đảm bảo dòng chảy hoạt động khám, chữa bệnh được thực hiện thông suốt, an toàn.

- + Mục tiêu của nhà quản lý các bệnh viện là kiểm soát, điều tiết các nguồn lực (tài chính, nhân lực, trang thiết bị...) được hoạt động ở mức hiệu của cao nhất, tuy nhiên họ lại không có ảnh hưởng trực tiếp đến dịch vụ KCB cho BN mà họ chỉ có tác động gián tiếp thông qua bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế khác.

Trong đặc trưng riêng về nghề nghiệp thì trong bệnh viện từ YBS, điều dưỡng, đến NVYT hay nhà quản lý đều chung một mục tiêu chính là KCB hiệu quả nhất cho BN. Nhưng đa phần các đối tượng trên đều ít kết nối trực tiếp với nhau, quá trình KCB hầu như không có những người chuyên trách điều phối quá trình KCB dù các các điều dưỡng, NVYT là những người làm việc khá gần với nhiệm vụ này trong suốt quá trình KCB. Các thông tin kết nối giữa YBS, điều dưỡng, đến NVYT hay nhà quản lý trong quá trình KCB đa phần lại qua chính đối tượng khách hàng trên lâm sàng BN, kết quả cận lâm sàng.

Theo quan điểm của QTTG, sự kết nối chia sẻ thông tin là một trong những nội dung quan trọng để cải tiến liên tục hoạt động chuyển đổi giá trị. Nếu quá trình chia sẻ thông tin không được thực hiện cùng một cách hiệu quả quá trình chuyển đổi giá trị sẽ bị hiệu quả thấp hoặc không thể thực hiện được. Do đó, việc cải tiến liên tục trong các bệnh viện cần được chú ý một nội dung quan trọng cần thực kết nối chia sẻ thông tin theo chung một cách thức và coi đó như là một trong những mục tiêu hoạt động chung của bệnh viện [63].

Thứ ba về cấu hình hoạt động

Hoạt động sản xuất được vận hành theo quy trình xác định qua các tiêu chuẩn, vì vậy mà những sai sót sẽ dễ được nhận ra và được loại bỏ. Do đó, trong hoạt động sản xuất việc cải tiến liên tục và các công việc kiểm soát chất lượng, tiêu chuẩn của hệ thống QTTG sẽ chứng minh hiệu quả vượt trội so với các hệ thống khác [158].

Dịch vụ KCB là một dịch vụ đặc biệt trong bệnh viện, hiệu quả KCB có thể thông qua việc tiêu chuẩn hóa nhưng các công việc đó không thể tiêu chuẩn hóa bởi KCB đòi hỏi kinh nghiệm và kỹ năng KCB của YBS là khác nhau tùy mỗi trường hợp [122]. Các kỹ năng KCB của YBS thường được chuẩn hóa qua các chương trình đào tạo, năm kinh nghiệm hoạt động chuyên môn nhưng những hoạt động này thường diễn ra bên ngoài bệnh viện thông qua các chương trình đào tạo, sát hạch, cấp chứng chỉ... của cơ quan quản lý nhà nước thực hiện [13].

Bảng 2. 3. So sánh sự khác nhau về cấu trúc hoạt động giữa tổ chức sản xuất và tổ chức bệnh viện

Tiêu chí so sánh	Tổ chức sản xuất	Tổ chức bệnh viện
Cơ chế phối hợp	Tiêu chuẩn công việc	Tiêu chuẩn các kỹ năng
Chuyên môn hóa công việc (chiều dọc)	Cao	Thấp
Đào tạo	Thấp	Cao
Huấn luyện	Thấp	Cao (đào tạo lại)
Kế hoạch và thực hiện	Kế hoạch hành động	Ít khi
Phân cấp quản lý	Hạn chế phân cấp ngang	Phân cấp ngang và dọc
Quy chuẩn kỹ thuật	Cao	Thấp
Môi trường linh hoạt	Thấp	Cao
Mức độ tập trung	Tập trung kỹ thuật	Tập trung kỹ năng chuyên môn

(Nguồn: Dessler, 1986; Scott, 1998; Glouberman và Mintzberg, 2001).

Với điểm khác nhau cơ bản giữa bệnh viện và tổ chức, doanh nghiệp lĩnh vực sản xuất như đã phân tích trên, thì cần có cách thức áp dụng các nguyên tắc và công cụ của QTTG cho một bệnh viện cần khác với cách thức đã triển khai áp dụng tại tổ chức, doanh nghiệp lĩnh vực sản xuất [153].

Thứ tư về tính an toàn

Một điểm khác biệt nữa mà khi thực hiện NC, tác giả nhận thấy tính an toàn, bảo đảm của hoạt động tại doanh nghiệp sản xuất và hoạt động trong bệnh viện là khá khác nhau. Nếu như hoạt động sản xuất nhắc đến an toàn thường là phía người công nhân tham gia sản xuất (tránh để xảy ra tai nạn lao động), còn yếu tố đảm bảo chủ yếu là chất lượng sản phẩm đảm bảo như thông tin cam kết khi cung ứng ra cho khách hàng và chỉ khi mua, sử dụng sản phẩm khách hàng mới cảm nhận đánh giá được.

Còn với hoạt động trong bệnh viện an toàn và đảm bảo luôn đi song hành với nhau, nó diễn ra trong toàn bộ quá trình cung cấp dịch vụ và tính an toàn, đảm bảo tác động ngay, trực tiếp thậm chí là tính mạng người khách hàng (BN). Tính đảm bảo, an toàn trong hoạt động KCB khó đo lường được trực tiếp mà phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm và kỹ năng người thực hiện dựa trên các phán đoán của cá nhân và kết luận hội chẩn của hội đồng y khoa. Quá trình kiểm soát an toàn, đảm bảo được thực hiện dựa trên các quy trình kỹ thuật do cơ quan chuyên môn xây dựng ra làm quy chuẩn cơ bản để tham chiếu cho hoạt động KCB [13].

Ngoài ra, sản phẩm sản xuất thì cảm nhận về tính an toàn, đảm bảo thường đo lường được và người trực tiếp sử dụng sẽ cảm nhận, đánh giá nhưng dịch vụ KCB trong bệnh viện không chỉ có BN mà cả người nhà (người thân, người xung quanh hay BN khác) cùng cảm nhận, đánh giá.

2.2.3. Nội dung quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Các NC trên thế giới, trong nước và tài liệu hướng dẫn đào tạo quản lý bệnh viện của BYT [12], đã đưa ra nội dung QTTG trong bệnh viện cũng bao gồm năm nội dung nền tảng như nội dung QTTG áp dụng trong các lĩnh vực khác nhưng có những sự khác biệt nhất định do đặc điểm ngành y tế đó là:

Thứ nhất nhận diện lãng phí trong bệnh viện theo tư duy tinh gọn

Nguyên thủy của QTTG, theo các nhà NC của Nhật Bản (hệ thống sản xuất Toyota) [158] xác định có bảy loại LP bao gồm: Sản xuất dư thừa; Chờ đợi; Di

chuyên; Tồn kho; Thao tác; Gia công thừa; Lỗi. Trong một số NC khác về QTTG sau đó, đã bổ sung thêm một số loại LP khác: Kiến thức rời rạc; Sửa sai [61].

Các NC trong lĩnh vực bệnh viện tại Việt Nam và trên thế giới đã chỉ ra có bảy loại LP chính đang tồn tại trong chuỗi hoạt động của bệnh viện hiện nay khi tham chiếu dưới lăng kính của QTTG. Khi tổng hợp, so sánh với các lĩnh vực sản xuất, dịch vụ khác sẽ thấy sự giống nhau, khác nhau trong nguyên nhân và trạng thái tồn tại của mỗi loại LP tại bảng 2.3 bên trên [69], [158], [125]. Nhận diện LP trong bệnh viện theo TDTG, các NC đã xác định bảy LP thường gặp (như các nhà NC Nhật Bản), hay chín LP phổ biến (theo các nhà NC Hoa Kỳ) hoặc dạng LP hữu hình, LP vô hình (theo QTTG Made in Vietnam). Dù dưới lăng kính nào, LP vẫn sẽ luôn tồn tại trong KCB tại bệnh viện và việc phát hiện ra các LP sẽ là mục tiêu cần cắt giảm nhưng cũng phải tính đến yếu tố đặc biệt của hoạt động KCB liên quan đến sức khỏe, tính mạng con người, đôi khi LP vẫn cần tồn tại trong KCB để đảm bảo an toàn và tuân thủ quy trình đã được Bộ Y tế (BYT) ban hành.

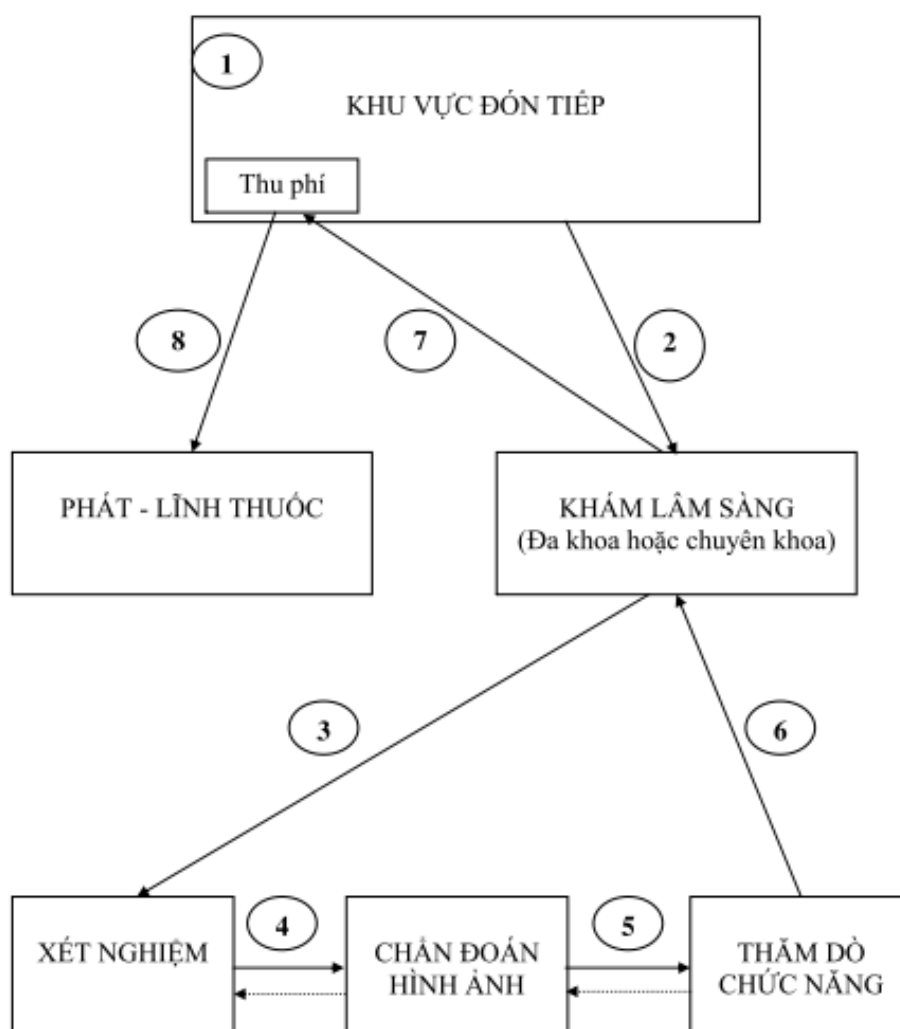
Từ quan điểm về QTTG trong bệnh viện tác giả đã xác định tập trung chính vào cắt giảm lãng phí, do đó tác giả tổng hợp và xác định sử dụng 05 LP theo TDTG để tham chiếu thực trạng các LP đang tồn tại trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam gồm có: Di chuyển; Thao tác thừa; Chờ đợi; Yêu cầu cận lâm sàng thừa; Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến. Trong đó LP “Yêu cầu cận lâm sàng thừa” tương ứng với LP “Sản xuất thừa” và LP “Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến” tương ứng với LP “Gia công thừa” trong lĩnh vực khác. Hai LP “Tồn kho, Lỗi” không được tác giả sử dụng trong luận án do không phù hợp trong NC lĩnh vực KCB vì yếu tố an toàn tuyệt đối tính mạng người bệnh và phải sẵn sàng ứng phó với tình huống cấp bách nên lỗi là cần tuyệt đối giảm tránh cũng như việc tồn kho dự trữ thuốc, vật tư y tế ứng phó với tình huống khẩn cấp là rất cần thiết.

Thứ hai phân tích chuỗi giá trị của hoạt động khám chữa bệnh

Nghiên cứu về Chuỗi giá trị của Porter (1985), cho rằng chuỗi giá trị là tập hợp các hoạt động bên trong DN cần thực hiện để tạo ra giá trị theo quan điểm của khách hàng [161]. NC của Jawab, Frichi và Boutahari về các hoạt động chuỗi GTGT bên trong bệnh viện, cũng cho rằng tương tự như các DN sản xuất, bên trong bệnh viện cũng như một DN (DN xã hội phi lợi nhuận) có một chuỗi hoạt động tạo ra giá trị cho khách hàng qua các hoạt động theo quy trình [133].

Nếu coi bệnh viện như một DN dịch vụ thì hoạt động KCB là hoạt động dịch vụ và BN là khách hàng, các YBS là nhân viên cung cấp dịch vụ. Tuy có sự khác biệt về vị trí, tâm thế giữa khách hàng với người cung cấp dịch vụ trong hoạt động KCB tại bệnh viện so với những ngành DV khác nhưng GTGT của hoạt động KCB cũng được xác định trên quan điểm của khách hàng, việc nhận diện chuỗi giá trị trong KCB giúp bệnh viện thực hiện các bước trong hoạt động KCB theo hướng chuẩn hóa cao, an toàn và tuân thủ quy trình được Bộ Y tế ban hành.

Quy trình KCB tại các bệnh viện được BHYT ban hành tại Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 [10] đã đưa ra quy trình mẫu để các bệnh viện vận dụng tại hình:

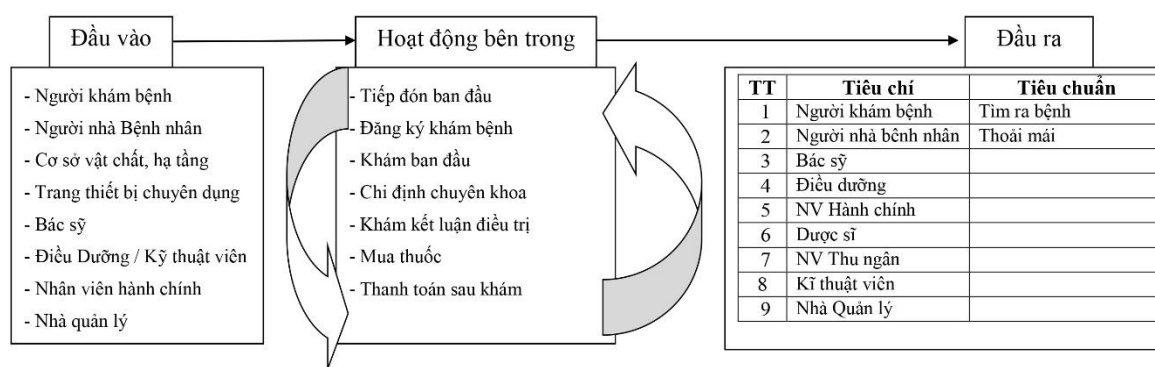


Hình 2. 6. Quy trình khám bệnh lâm sàng có xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng

(Nguồn: Bộ Y tế, 2013)

Quyết định số 1313/QĐ-BYT là quy định thống nhất về quy trình KCB áp dụng tại các bệnh viện trong cả nước gồm bốn bước chính: Tiếp đón BN, Khám lâm sàng và chẩn đoán, Thanh toán viện phí, và Phát lĩnh thuốc. Tùy theo mỗi điều kiện bệnh viện (đa khoa hoặc chuyên gia, tuyến, hạng bệnh viện) các bệnh viện sẽ xây dựng quy trình KCB theo hướng dẫn đảm bảo tính hợp lý và công bằng giữa BN có Bảo hiểm y tế (BHYT) và không có BHYT, đồng thời xây dựng các giải pháp riêng tại bệnh viện để cải tiến quy trình và thủ tục trong KCB, trong quá trình NC tác giả đã thu thập một số quy trình KCB tiêu biểu (*Chi tiết tại phụ lục XII*). Tổng hợp các NC, chuỗi giá trị hai hoạt động khám bệnh và chữa bệnh (có thể gọi tắt là KCB), được tác giả tổng hợp cụ thể như sau:

+ Chuỗi giá trị hoạt động khám bệnh được xem là một trong hai hoạt động quan trọng nhất (cùng với chữa bệnh) tại bệnh viện, vì khám bệnh không chỉ là hoạt động chuyên môn, còn là hoạt động phân luồng BN đầu vào từ đó là những cơ sở quan trọng cho việc ra những quyết định chữa trị tiếp theo. Chuỗi giá trị hoạt động khám bệnh có thể khái quát bao gồm bảy hoạt động bên trong như: tiếp đón ban đầu; đăng ký khám bệnh; khám ban đầu; chỉ định chuyên khoa; khám kết luận điều trị; mua thuốc; thanh toán sau khám [10].

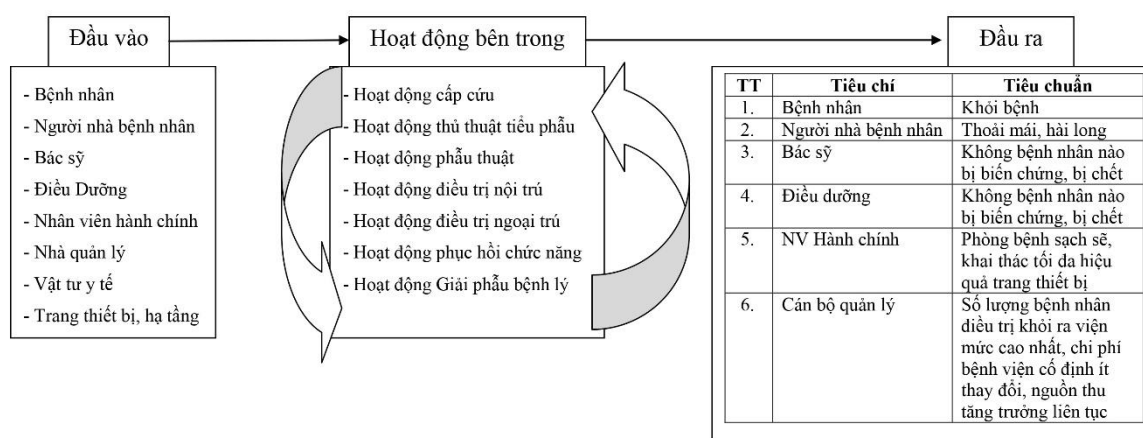


Sơ đồ 2.2. Chuỗi giá trị hoạt động khám bệnh

(Nguồn: Tác giả nghiên cứu và tổng hợp)

+ Hoạt động chữa bệnh tại các bệnh viện sẽ được thực hiện nội trú trong bệnh viện hoặc ngoại trú BN tại nhà nhưng đều có sự theo dõi theo định kỳ của bác sỹ và NVYT cho từng trường hợp BN. Kết quả của hoạt động chữa bệnh lại có ý nghĩa rất lớn trong việc khẳng định thương hiệu, năng lực của các bệnh viện nên đây luôn là một hoạt động mang tính chuyên môn cao rất được lãnh đạo các CSYT quan tâm, đồng thời luôn thực hiện phân cấp chịu trách nhiệm chuyên môn tới các trưởng khoa. Khác với hoạt động khám bệnh, bác sỹ mỗi phòng khám tại KKB sẽ

là bác sĩ tại các khoa chuyên môn trong bệnh viện chịu trách nhiệm cử bác sĩ cùng công tác chuyên môn, thì hoạt động chữa bệnh sẽ được chia về các khoa chuyên môn điều trị riêng cho mỗi loại bệnh, khi BN cần phải điều trị loại bệnh nào thì trưởng khoa chuyên môn tại đó sẽ là người chịu trách nhiệm pháp lý, chuyên môn cao nhất cho BN.



Sơ đồ 2.3. Chuỗi giá trị hoạt động chữa bệnh

(Nguồn: Tác giả nghiên cứu và tổng hợp)

Bảy hoạt động trong quy trình KCB mà tác giả tổng hợp, nếu ra phân tích ở trên bao gồm: Đón tiếp ban đầu; Đăng ký khám bệnh; Khám bệnh ban đầu; Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng; Tổng hợp kết quả khám cuối cùng; Mua thuốc; và Thanh toán trước, trong và sau khám. Sẽ là các bước, hoạt động trong chuỗi giá trị KCB tại bệnh viện để tác giả sử dụng NC thực trạng LP đang tồn tại trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam hiện nay.

Thứ ba chuẩn hóa quy trình liên tục theo dòng chảy

Cũng như nội dung QTTG trong lĩnh vực sản xuất, dịch vụ khác, nội dung QTTG trong bệnh viện bên cạnh hoạt động nhận diện các LP, chuỗi giá trị trong bệnh viện là chuẩn hóa quy trình liên tục, có thể kể đến như:

+ **Tạo ra các quy trình liên tục theo dòng chảy:** theo quy trình chuyên môn kỹ thuật được Bộ Y tế ban hành thì việc KCB trong bệnh viện phải đảm bảo đúng, đầy đủ các bước và các bước được thiết lập ứng với điều kiện cơ sở vật chất, sắp xếp khoa phòng, bàn tiếp đón tạo thành một dòng chảy BN vào một đầu, ra một đầu giảm thiểu đông đúc, ùn tắc cũng như thời gian chờ, thời gian đi lại di chuyển nhiều lần. Nhà quản trị bệnh viện có thể sử dụng các công cụ QTTG (như: 5S, Mieruka, Chuẩn hóa mặt bằng nơi làm việc, Chuẩn hóa quy trình...) để hỗ trợ

cho việc tạo ra quy trình KCB tại bệnh viện thành dòng chảy liên tục (Liff và Posey, 2004 [140]).

+ **Tạo cơ chế kéo dòng chảy:** với mục tiêu loại những rủi ro của quá trình KCB từ trong quy trình KCB, thì việc kiểm soát chất lượng an toàn dịch vụ KCB phải được kiểm tra trước và song song với quá trình KCB, đồng thời công tác kiểm sẽ cần được giao riêng cho nhân viên chuyên trách trong bệnh viện coi đó như một phần công việc không thể thiếu trong quy trình KCB, qua đó tạo dòng chảy kéo hoạt động và chất lượng.

Thứ tư duy trì cơ chế kéo dòng chảy đảm bảo chất lượng quy trình

Chất lượng làm từ gốc có thể hiểu là làm đúng ngay từ lần đầu, trong bệnh viện sẽ được thực hiện theo ba nguyên tắc:

+ *Kiểm tra trong từng công đoạn của quy trình:* Trách nhiệm chính của công tác kiểm tra được thực hiện bởi chính nhân viên thực hiện quy trình.

+ *Kiểm soát tại nguồn:* Với yêu cầu này nhóm quản lý chất lượng không đi tìm lỗi, sai sót mà đi tìm nguồn gây ra lỗi và sai sót. Họ kiểm tra xem các thao tác, hành động trong qui trình có phù hợp hay không, nhân viên có tuân thủ qui trình không? Nhóm kiểm soát chất lượng chịu trách nhiệm tìm ra nguyên nhân gây ra lỗi, sai sót và triển khai các biện pháp nhằm ngăn ngừa lỗi, sai sót tái xuất hiện.

+ *Trách nhiệm rõ ràng giữa các nhân viên:* Các công đoạn sẽ chịu trách nhiệm về chất lượng KCB, mỗi nhân viên sẽ tự cập nhật vào hệ thống những bước trong qui trình chuẩn và chịu trách nhiệm về chất lượng của công việc tại bước đó khi có lỗi và sai sót phát sinh trong quá trình thực hành nhiệm vụ.

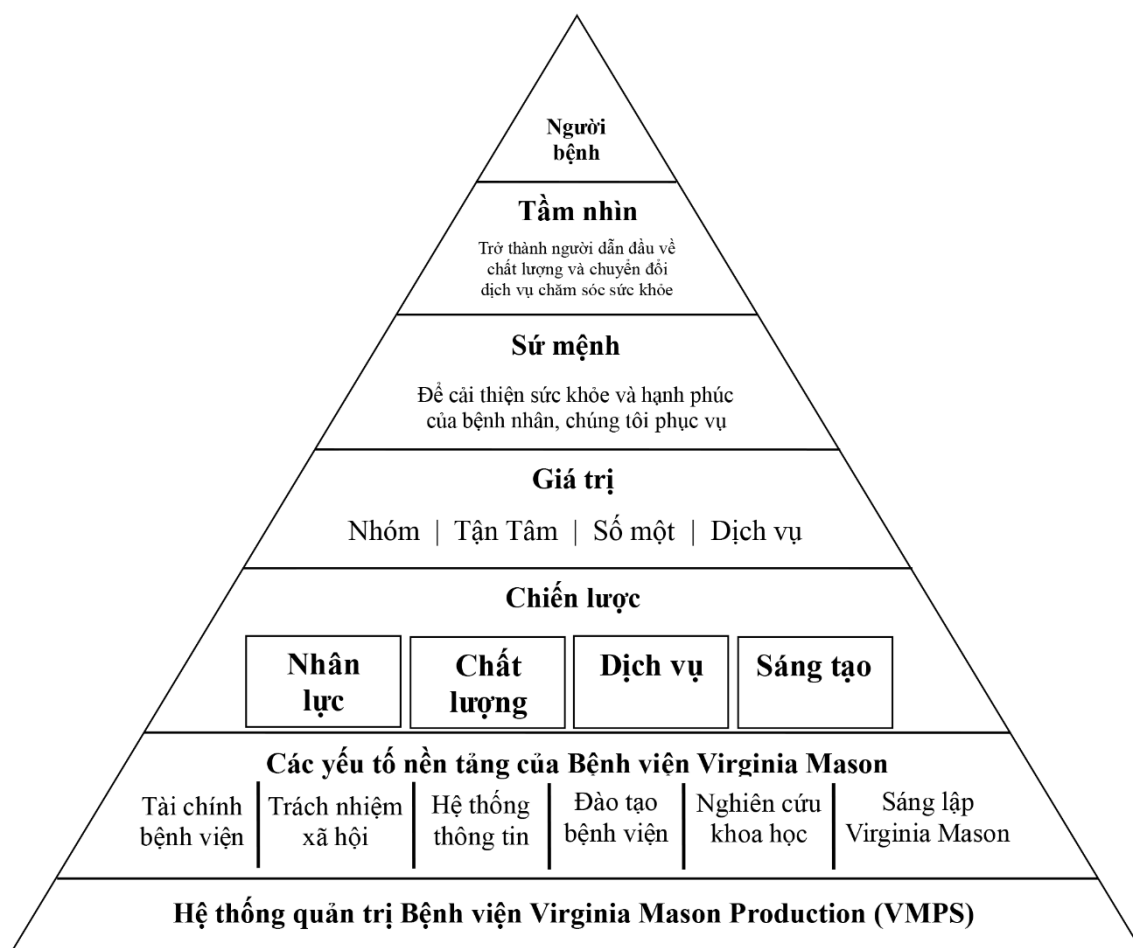
Thứ năm cải tiến liên tục hướng đến sự hoàn hảo

Cải tiến liên tục trong bệnh viện dựa trên năm nguyên tắc: Tập trung vào khách hàng, cải tiến liên tục, xây dựng văn hóa + tâm thế không đổ lỗi, tạo ra môi trường làm việc mở khuyến khích làm việc nhóm và hướng thông tin tới mọi nhân viên. Hoạt động KCB bắt đầu từ khi BN đến đăng ký khám, qua nhiều bước để hoàn thành KCB tạo ra GTGT. Để rút ngắn chu kỳ KCB giải pháp phân tích, cải tiến chuỗi giá trị được áp dụng vào từng bước. Để gia tăng chất lượng chuỗi giá trị thì cần loại LP chờ đợi giữa những công đoạn. Để giải quyết vấn đề này cần có sự cam kết đồng thuận của các bộ phận trong toàn bộ qui trình của chuỗi giá trị KCB.

Các hoạt động: Tạo ra các quy trình liên tục theo dòng chảy; Tạo cơ chế kéo dòng chảy; Cải tiến liên tục hướng đến sự hoàn hảo; là những nội dung gắn với chuyên môn sâu, trong lĩnh vực KCB lại gắn với sức khỏe con người nên tác giả không lựa chọn để NC thực trạng trong phạm vi của luận án. Do để NC những nội dung này cần sự hiểu biết về chuyên môn, thời gian NC và tính can thiệp của NC rất sâu để khẳng định kết quả NC.

2.2.4. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện

bệnh viện Virginia Mason sử dụng áp dụng QTTG gắn với các hoạt động QTBV (từ mô hình Toyota Production System), mô hình đó được bệnh viện đặt tên là mô hình “Virginia Mason Production System - VMPS” [61].



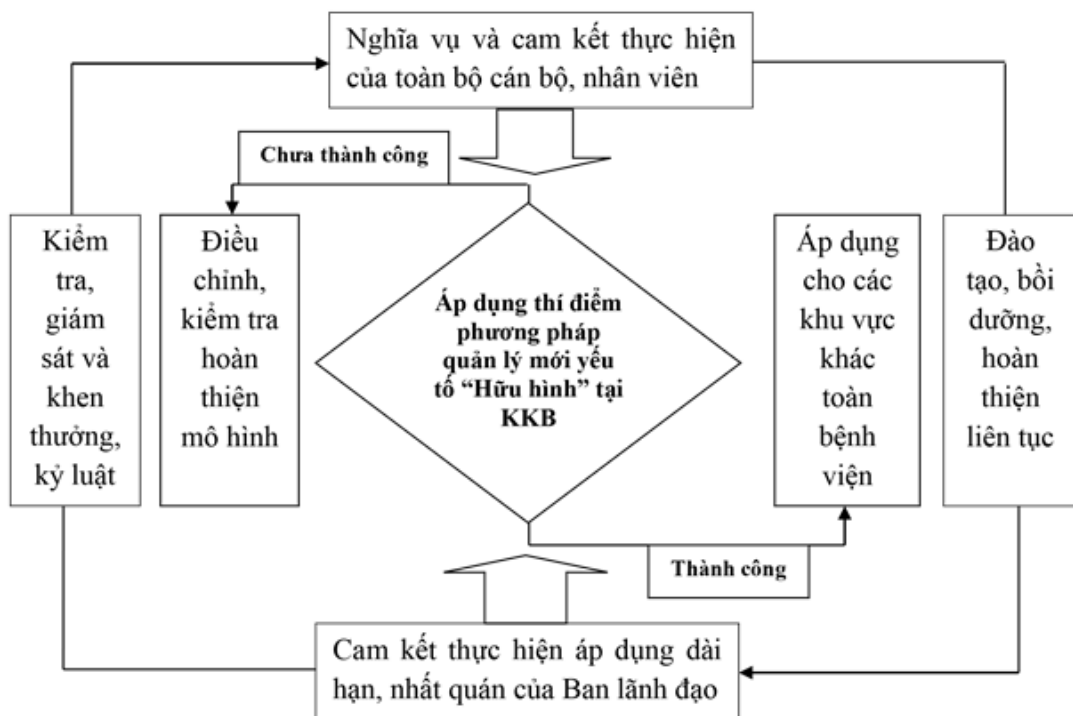
Sơ đồ 2. 4. Mô hình “VMPS” của bệnh viện Virginia Mason Medical Center

(Nguồn: Womack và cộng sự, 2007)

Mô hình VMPS tập trung vào sáu khía cạnh chính: BN là nhân tố quyết định các dịch vụ kèm theo; Tạo ra môi trường mà nhân viên cảm thấy an toàn và sẵn sàng cho hoạt động cải tiến; Tiến hành áp dụng hệ thống phát hiện và khắc

phục lỗi; Khuyến khích cải tiến; Tạo ra một nguồn lực tài chính vững mạnh dựa trên việc loại bỏ LP; và Trách nhiệm của người lãnh đạo bệnh viện. VMPS tạo ra một môi trường sẵn sàng cho cải tiến – hệ thống cảnh báo lỗi trong mọi khoa phòng. VMPS triển khai là kết hợp nhiều công cụ QTTG như: 5S, Kaizen, JIDOKA (Jidoka), 3P (Production – sản phẩm, Preparation – chuẩn bị, Process – quá trình)... để tối ưu dòng chảy công việc, giảm thiểu LP thời gian, công sức [178].

Hai tác giả Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) [63] đã đề xuất mô hình QTTG yếu tố hữu hình theo TDTG Made in Vietnam trong thực tiễn khi triển khai áp dụng vào hoạt động tại KKB, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã chứng minh hiệu quả, thay đổi căn bản hình ảnh KKB, không còn cảnh đông đúc, trật trọi.



Hình 2. 7. Mô hình quản trị tinh gọn yếu tố hữu hình Made in Vietnam

(Nguồn: Nguyễn Đăng Minh & Nguyễn Tiến Thành, 2020)

Hiện nay, tại Việt Nam các BVC đã áp dụng các công cụ QTTG trong bệnh viện thông qua các khuyến nghị theo mô hình áp dụng của bệnh viện ở Châu Âu, Hoa Kỳ, Nhật Bản đã cho thấy những hiệu quả chưa được như kỳ vọng [94]. Qua NC thực tiễn của tác giả [63], cũng như NC đã áp dụng cho lĩnh vực khác như giáo dục [68], DN dịch vụ [72] đã cho thấy sự cần thiết phải có một mô hình áp dụng QTTG phù hợp với bối cảnh Việt Nam, để áp dụng hiệu quả tại môi trường

Việt Nam. Bệnh cạnh đó, trong các nghiên cứu của tác giả đã thực hiện trước khi sử dụng mô hình áp dụng theo TDTG Made in Vietnam đã chứng minh hiệu quả triển khai áp dụng trong thực tiễn [63]. Do vậy tác giả lựa chọn sử dụng mô hình áp dụng theo TDTG Made in Vietnam đã được nhiều nhà NC, nhà quản trị trong và ngoài nước thừa nhận là mô hình có nhiều đặc điểm phù hợp với văn hóa, xã hội, con người cũng như bối cảnh giải quyết các vấn đề quản trị đặc thù riêng tại Việt Nam [61] là mô hình để NC áp dụng cho luận án.

2.2.5. Điều kiện và yếu tố ảnh hưởng áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Kinh nghiệm thế giới cho thấy QTTG có thể áp dụng vào bệnh viện thành công khi đáp ứng các điều kiện và yếu tố ảnh hưởng [106], [124], [127], [134]:

+ **Thứ nhất, ủng hộ của lãnh đạo cơ quan chủ quản bệnh viện:** lãnh đạo cơ quan chủ quản có thể là BHYT với bệnh viện tuyến TW, lãnh đạo địa phương với BV các hạng dưới, lãnh đạo ngành với bệnh viện ngành và chủ sở hữu với BVTN.

+ **Thứ hai, quyết tâm của lãnh đạo bệnh viện:** Trong bất kỳ tổ chức sản xuất hay dịch vụ nào để thực hiện thành công một mục tiêu cụ thể đều phải cần có điều kiện triển khai cụ thể và áp dụng QTTG cũng vậy. Trong ngành dịch vụ bệnh viện để mô hình QTTG thành công cần các điều kiện như vậy, trong đó quan trọng nhất là quyết tâm thực hiện của lãnh đạo bệnh viện, từ đó sẽ thúc đẩy sự tham gia của người lao động vào quá trình áp dụng QTTG.

Theo TDTG áp dụng trong DN thì yếu tố ảnh hưởng và điều kiện áp dụng QTTG thành công thì yếu tố số một và hai sẽ nhập thành một gọi là “cam kết và sự tham gia từ lãnh đạo cấp cao”, tuy nhiên trong đặc điểm BVC tại Việt Nam bên cạnh vai trò trực tiếp quản lí của lãnh đạo bệnh viện sẽ còn chịu tác động ảnh hưởng của cơ quan quản lí cấp trên nên một số nghiên cứu về áp dụng QTTG trong bệnh viện theo QTTG “Made in Vietnam” sẽ chia riêng biệt hai yếu tố (Ủng hộ của lãnh đạo cơ quan chủ quản bệnh viện và Quyết tâm của lãnh đạo bệnh viện [63]) nên trong phân phân tích cơ sở lí luận này, tác giả sẽ đề cập đầy đủ các yếu tố theo cơ sở lí luận đã lựa chọn.

+ **Thứ ba, cơ cấu tổ chức, quy mô bệnh viện cùng cam kết thực hiện của lãnh đạo khoa phòng chuyên môn:** thực hiện NC thực tiễn trong ngành y thời gian qua, tác giả nhận thấy trong bệnh viện vai trò, tiếng nói của lãnh đạo khoa phòng chuyên môn (trưởng khoa, trưởng phòng) là rất cao, tiếng nói không

chỉ thể hiện ở khả năng ra quyết định để người khác phải thực hiện mà còn là uy tín chuyên môn, uy tín nghề nghiệp. Trong đặc thù các bệnh viện, tính ưu tiên cho chuyên môn vẫn rất cao thì sự ủng hộ, tin tưởng và cam kết thực hiện, thúc đẩy thực hiện QTTG của bản thân lãnh đạo khoa phòng vào hoạt động của khoa phòng chuyên môn do mình quản lý sẽ có vị trí rất quan trọng trong việc triển khai áp dụng QTTG thành công.

+ **Thứ tư, vai trò cùng mức độ tham gia của YBS và NVYT trong bệnh viện:** xét đến cùng, trong mọi tổ chức việc triển khai thực hiện mọi quy trình, phương pháp cũng do người nhân viên và áp dụng QTTG được hay không trong bệnh viện cũng vậy. Do đó, việc nâng cao mức độ tham gia của YBS, NVYT mà cụ thể là nâng cao tinh thần tự giác, tính chủ động, tích cực trong các hoạt động cụ thể khi triển khai các nội dung của QTTG là một trong những yêu cầu cơ bản đối với tổ chức nếu muốn đạt hiệu quả cao trong quá trình triển khai áp dụng QTTG.

+ **Thứ năm, đội ngũ nhân lực, chương trình đào tạo, hướng dẫn triển khai áp dụng QTTG:** khi thực hiện, bệnh viện phải xây dựng con người, được đào tạo làm các nội dung về QTTG trong bệnh viện, không sử dụng hoặc sử dụng chỉ một phần nhân lực hoạt động chuyên môn khác trong bệnh viện vào đội ngũ. Đội ngũ này phải được đào tạo bài bản, hiểu rõ các công cụ về QTTG và áp dụng các công cụ thuần thục vào các công việc quy mô từ nhỏ đến to.

+ **Thứ sáu, kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, con người nơi áp dụng:** kết quả trong thực tiễn áp dụng QTTG trên thế giới và tại Việt Nam đã chứng minh, dù cho áp dụng QTTG đối với loại hình sản xuất hay dịch vụ thì thực hiện QTTG từng phần được chứng minh là hiệu quả hơn và dễ dàng thực hiện hơn khi triển khai áp dụng QTTG đồng thời toàn bộ. Các bệnh viện khi áp dụng QTTG cũng cần phải thực hiện chi tiết và đầy đủ theo từng bước. Ngoài ra do đặc điểm nhân lực trong bệnh viện gồm những người chỉ có chuyên môn sâu về lĩnh vực y khoa không có nhiều kiến thức về QTTG và chưa có kinh nghiệm thực tiễn với QTTG nên cần phải chuẩn bị đầy đủ điều kiện trước khi thực hiện tránh áp dụng máy móc, nóng vội.

Trong bối cảnh các BVC tại Việt Nam hiện nay chuyển dần sang cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện, hoạt động điều hành bệnh viện do ban giám đốc cùng hội đồng quản lý bệnh viện thực hiện thì vai trò của cơ quan chủ quản

bệnh viện (thứ nhất) sẽ giảm hơn mà tập trung chủ yếu các quyết định điều hành thuộc về lãnh đạo bệnh viện. Do vậy, chỉ còn năm yếu tố ảnh hưởng sẽ có tác động mạnh nên điều kiện triển khai áp dụng QTTG thành công (tương đồng với năm yếu tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện theo QTTG Made in Vietnam: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện; Tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện; Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện; Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện; và Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm bệnh viện). Vì vậy, để NC điều kiện triển khai tác giả lựa chọn năm yếu tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện theo QTTG Made in Vietnam làm các điều kiện triển khai áp dụng để NC cho luận án.

2.3. Kết luận chương II

Trong chương này, tác giả đã trình bày và đưa ra quan điểm của tác giả về các khái niệm, nội dung, mô hình, điều kiện và yếu tố ảnh hưởng QTTG nói chung và QTTG trong bệnh viện nói riêng. Qua NC, phân tích tác giả đã làm rõ sự phù hợp của QTTG “Made in Vietnam” (bao gồm tư duy mang tính triết học, mô hình, công cụ..vv) là cơ sở lý luận do người Việt phát triển, phù hợp với văn hóa, xã hội và đặc điểm bối cảnh Việt Nam nên được tác giả lựa chọn làm cơ sở lý luận thực hiện luận án. Trong cơ sở lý luận này Tư duy QTTG “Made in Vietnam” là một bộ phận của cơ sở lý luận này, tư duy này mang tính triết học, và là triết học quản trị. Qua NC, phân tích các nội dung về cơ sở lý luận của QTTG nói chung và QTTG “Made in Vietnam”, tác giả tổng hợp cơ sở lý luận về QTTG trong bệnh viện và dự kiến sẽ kế thừa sử dụng trong quá trình thực hiện luận án, cụ thể như sau:

Bảng 2. 4. Tổng hợp cơ sở lý luận về quản trị tinh gọn trong bệnh viện

Nội dung	Kết quả NC	Hướng kế thừa thực hiện
Cơ sở lý luận về QTTG	<ul style="list-style-type: none"> + Khái niệm + Nội dung: Nhận diện lãng phí (09); Nhận dạng chuỗi giá trị, Tạo ra các quy trình liên tục; Tạo cơ chế kéo; Cải tiến liên tục. + Mô hình áp dụng: Đa dạng mô hình cho doanh nghiệp sản xuất, dịch vụ + Điều kiện triển khai: 05 điều kiện 	QTTG trên thế giới đã áp dụng thành công cho cả doanh nghiệp sản xuất, dịch vụ và trong bệnh viện nên hoàn toàn có thể áp dụng trong bệnh viện tại Việt Nam. Tuy nhiên, cần có điều chỉnh phù hợp với bối cảnh văn hóa, chính trị, xã hội và đặc điểm con người Việt Nam (cần lựa chọn một cơ sở lý luận riêng về

		QTTG phù hợp với bối cảnh Việt Nam)
QTTG “Made in Vietnam”	<ul style="list-style-type: none"> + Khái niệm + Các lãng phí: bổ sung lãng phí hữu hình (09 LP) và lãng phí vô hình + Phạm trù tâm thế: 02 thái + 01 ý + Mô hình áp dụng: Phù hợp cho doanh nghiệp sản xuất, dịch vụ, giáo dục và y tế + Điều kiện triển khai: 06 điều kiện + Một số nghiên cứu điển hình áp dụng QTTG Made in Vietnam 	<p>QTTG made in Vietnam được lựa chọn là cơ sở lý luận cho luận án vì những đặc điểm và lịch sử đã chứng minh phù hợp với bối cảnh văn hóa, chính trị, xã hội và đặc điểm con người Việt Nam (Chương III, IV và V)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Đề xuất mô hình áp dụng QTTG tại BVC (Chương V Mục 5.2) + Điều kiện triển khai áp dụng QTTG tại BVC (Chương IV Mục 4.2.5)
QTTG trong bệnh viện	<ul style="list-style-type: none"> + Cơ sở lý luận: Chưa có lý luận riêng cho QTTG lĩnh vực bệnh viện + Nội dung: Nhận diện lãng phí (07); chuỗi giá trị (KCB), Tạo ra các quy trình liên tục; Tạo cơ chế kéo; Cải tiến liên tục. + Mô hình áp dụng: Mô hình áp dụng theo TDTG Made in Vietnam phù hợp bối cảnh Việt Nam + Điều kiện triển khai: 05 điều kiện áp dụng QTTG trong BVC tại Việt Nam hiện nay 	<ul style="list-style-type: none"> + Sử dụng cơ sở lý luận QTTG made in Vietnam để NC + Khung phân tích gồm 05 LP (Chương III Mục 3.2.1) và NC thực trạng (Chương IV Mục 4.2) + NC thực trạng Chương IV Mục 4.1.1 và đề xuất giải pháp Chương V (Mục 5.2.3 và Mục 5.3) + Đề xuất mô hình và giả thuyết NC (Chương III Mục 3.2.2) và giải pháp tổng thể (Chương V Mục 5.2.4), giải pháp cụ thể (Chương V Mục 5.3)

(Nguồn: Tác giả tổng hợp)

Bảng tổng hợp cơ sở lý luận về QTTG trong bệnh viện giúp **tác giả hoàn thành mục tiêu NC thứ nhất “Hệ thống hóa cơ sở lý luận quản trị tinh gọn và quản trị tinh gọn trong bệnh viện”**. Cơ sở lý luận về QTTG “Made in Vietnam” sẽ được sử dụng trong việc đề xuất khung lý thuyết NC thực trạng các LP đang tồn tại trong hoạt động KCB tại BVC trên địa bàn TP.HN (theo TDTG và quy trình KCB), phân tích đánh giá những điểm khác biệt giữa LP tại bệnh viện ở Việt Nam so với các NC khác tại bệnh viện trên thế giới. Phân tích các nguyên nhân, điều kiện áp dụng QTTG tại BVC ở Việt Nam và đề xuất mô hình áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN với các khuyến nghị về điều kiện áp dụng thành công.

CHƯƠNG III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Tham khảo các tài liệu thiết kế nghiên cứu của Nguyễn Đình Thọ (2014) [28], Đinh Phi Hồ (2021) [26] cùng kinh nghiệm thực hiện các nghiên cứu trước, tác giả thực hiện nghiên cứu luận án qua sáu bước, như sau:

Bước 1. Tổng quan tài liệu, quan sát tiền nghiên cứu và phỏng vấn chuyên gia: NC tổng quan tài liệu trong, ngoài nước, kết hợp với quan sát tiền nghiên cứu và phỏng vấn, trao đổi với chuyên gia về QTTG, chuyên gia về quản trị trong bệnh viện về hướng NC để xác định khoảng trống NC và những nội dung sẽ thực hiện NC.

Bước 2. Tìm hiểu và lựa chọn cơ sở lí luận cho NC: Thực hiện tổng hợp các cơ sở lí luận có liên quan đến hướng NC và phân tích, lựa chọn cơ sở lí luận phù hợp với hướng NC.

Bước 3. Xây dựng công cụ khảo sát, thực hiện NC khảo sát thăm dò và hoàn thiện công cụ: Từ cơ sở lí luận, tác giả xây dựng công cụ NC khảo sát, tác giả sẽ thực hiện NC thăm dò cho YBS, NVYT, nhà quản lý bệnh viện và BN. Từ kết quả NC thăm dò, tác giả sẽ hoàn thiện bộ công cụ khảo sát.

Bước 4. Khảo sát trên đối tượng NC: từ công cụ NC đã hoàn thiện, tác giả thực hiện NC chính thức trên đối tượng trong phạm vi NC đã được xác định.

Bước 5. Phân tích thực trạng, xác định hạn chế và nguyên nhân các hạn chế: Từ dữ liệu sơ cấp đã thu thập, tác giả thực hiện làm sạch, đánh mã số, tổng hợp dữ liệu để thực hiện phân tích. Kết quả sau phân tích sẽ giúp đánh giá thực trạng QTTG, nhân tố tác động đến điều kiện áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN, qua đó xác định những hạn chế và nguyên nhân làm cơ sở đề xuất các giải pháp áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC ở bước sau.

Bước 6. Đề xuất giải pháp và khảo nghiệm tính cấp thiết, khả thi của các giải pháp: Tác giả đề xuất giải pháp tăng cường áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN và thực hiện NC khảo nghiệm với các chuyên gia, nhà quản lý, YBS về tính cấp thiết, tính khả thi của các giải pháp áp dụng.

Bước	Nội dung thực hiện	Kết quả các bước
------	--------------------	------------------

1	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">Tổng quan tài liệu, quan sát tiền nghiên cứu</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">Phỏng vấn chuyên gia</div> </div>	Tổng quan tình hình NC, thực trạng các hoạt động về hướng NC xác định khoảng trống NC
2	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;">Tìm hiểu và lựa chọn cơ sở lí luận cho nghiên cứu</div>	NC và phân tích, lựa chọn cơ sở lí luận phù hợp với hướng NC
3	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;">Xây dựng công cụ khảo sát, thực hiện nghiên cứu khảo sát thăm dò và hoàn thiện công cụ</div>	Tác giả xây dựng công cụ NC khảo sát, thực hiện NC thăm dò. Từ đó sẽ hoàn thiện bộ công cụ khảo sát, viết lại báo cáo chỉnh sửa hoàn thiện công cụ để khảo sát chính thức
4	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;">Khảo sát trên đối tượng nghiên cứu</div>	Tác giả thực hiện NC chính thức trên đối tượng trong phạm vi NC đã được tác giả xác định
5	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;">Phân tích thực trạng, xác định hạn chế và nguyên nhân các hạn chế</div>	Từ dữ liệu sơ cấp đã thu thập, tác giả thực hiện làm sạch, đánh mã số, tổng hợp dữ liệu để thực hiện phân tích thực trạng, xác định những hạn chế và nguyên nhân làm cơ sở đề xuất các giải pháp
6	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: 0 auto;">Đề xuất giải pháp và khảo nghiệm tính cấp thiết, khả thi của các giải pháp</div>	Đề xuất giải pháp tăng cường áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN và thực hiện khảo nghiệm về tính cấp thiết, tính khả thi

Sơ đồ 3. 1. Quy trình nghiên cứu tổng quát

(Nguồn: Tham khảo Nguyễn Định Thọ (2014), Đinh Phi Hồ (2021) và tác giả đề xuất, thực hiện)

3.2. Khung nghiên cứu

3.2.1. Khung phân tích

Qua hệ thống hóa cơ sở lý luận tại chương II, đặc biệt là “Nhận diện LP trong bệnh viện theo TDTG” tác giả đã xác định khung phân tích để nhận diện các LP theo TDTG và chuỗi giá trị theo quy trình KCB, cụ thể như sau:

Bảng 3. 1. Khung phân tích của luận án

Nội dung	Tác giả đề xuất sử dụng
Khung các LP hoạt động KCB tại BVC theo TDTG Made in Vietnam	+ Di chuyển + Thao tác thừa + Chờ đợi + Yêu cầu cận lâm sàng thừa + Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến
Nhận diện các LP theo khung quy trình KCB	+ Đón tiếp ban đầu + Đăng ký khám bệnh + Khám bệnh ban đầu + Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng + Tổng hợp kết quả khám cuối cùng + Mua thuốc + Thanh toán trước, trong và sau khám

(Nguồn: Tổng hợp từ các tác giả trên thế giới)

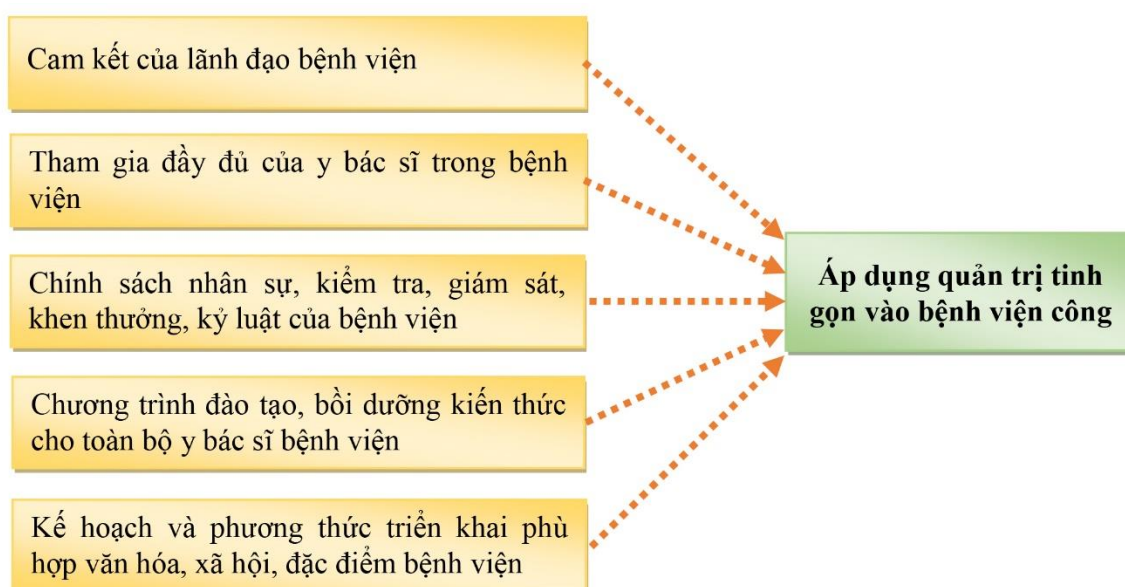
Dựa trên cơ sở lý luận về các LP theo QTTG “Made in Vietnam” và tham khảo ý kiến chuyên gia, luận án sử dụng kết hợp các điểm chung của các tác giả đã NC như: Hang và Shek (2007) [129], Naraghi và Ravipati (2009) [151], Grove (2010) [127], Graban (2011) [125], Kemper (2011) [136], Bell (2005) [101], Nguyễn Hồng Sơn và Nguyễn Đăng Minh (2014) [69], Priolo (2016) [163]... để xây dựng khung phân tích các LP theo tư duy QTTG trong BVC (*Khung phân tích các LP theo TDTG được tác giả luận giải chi tiết tại Mục 9.1 Phụ lục X bên dưới*).

Tổng hợp từ các quy trình KCB mà các bệnh viện xây dựng theo quy định của BHYT hiện hành, tác giả xây dựng khung phân tích theo chuỗi giá trị KCB gồm bảy bước, trong đó sẽ tách bước một tại khu vực đón tiếp (theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT) thành hai bước đón tiếp ban đầu và đăng ký khám bệnh, đồng thời gộp các bước ba (xét nghiệm), bốn (chẩn đoán hình ảnh và năm (thăm dò chức năng) thành một bước thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng. Chia bước hai (khám lâm sàng) thành hai bước: khám bệnh ban đầu và tổng hợp kết quả khám

cuối cùng cho phù hợp với thực tiễn KCB tại các BVC (*Chuỗi giá trị của quy trình KCB được tác giả luận giải chi tiết tại Mục 9.2 Phụ lục X bên dưới*).

3.2.2. Khung lý thuyết

Quản trị tinh gọn Made in Vietnam là tinh hoa, hiệu quả hạn chế tối đa các LP đã đưa ra năm điều kiện triển khai áp dụng QTTG [61], các kết quả NC đã chứng minh vai trò quan trọng của năm điều kiện áp dụng này [63]. Các NC trong [76], [63] và ngoài nước [106], [127], [134] đã chứng minh phương pháp NC phù hợp về điều kiện áp dụng QTTG tại BVC là phương pháp NC định lượng, do đó tác giả đề xuất khung lý thuyết nhằm kiểm định điều kiện áp dụng QTTG trong BVC kế thừa từ QTTG “Made in Vietnam” [61]. Khung lý thuyết như sau:



Hình 3. 1. Mô hình nghiên cứu điều kiện triển khai quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công

(Nguồn: Đề xuất theo tư duy Quản trị tinh gọn Made in VietNam)

Cam kết của lãnh đạo bệnh viện

Cam kết của lãnh đạo bệnh viện là nhân tố đầu tiên, được coi là nhân tố khởi phát, cũng là nhân tố đầu tiên, đóng vai trò là bệ đỡ cần có để triển khai QTTG tại mỗi doanh nghiệp, tổ chức. Nghiên cứu này đề cập đến QTTG trong BVC và nhiều nghiên cứu trong, ngoài nước của Nguyễn Đăng Minh (2015) [61], Grove và cộng sự (2010) [127] đã cho rằng QTTG triển khai áp dụng thành công cần đáp ứng điều kiện “Sự cam kết lâu dài của ban lãnh đạo bệnh viện”. Do đó, trong nghiên cứu này, tác giả đề xuất giả thuyết nghiên cứu đầu tiên:

H1: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC.

Tham gia đầy đủ của y bác sĩ

Tham gia đầy đủ của y bác sĩ, nhân viên y tế trong bệnh viện, người đóng vai trò tham gia trực tiếp vào các hoạt động chuyên môn tại bệnh viện được coi là điều kiện cần thiết để triển khai QTTG trong bệnh viện. Kinh nghiệm từ các doanh nghiệp, tổ chức triển khai QTTG thành công của Nguyễn Đăng Minh (2015) [61], Bozena Poksinska (2010) [106], Graban (2011) [125] cho thấy trách nhiệm của những người liên quan triển khai áp dụng QTTG được đẩy lên mức cao nhất thì chương trình mới tiến triển. Bozena Poksinska đã chỉ ra rằng, bắt đầu triển khai áp dụng QTTG nhiều bệnh viện lo ngại và do dự khi quyết định có hay không nên thực hiện QTTG là nguy cơ năng suất có thể giảm xuống trong thời kỳ đầu thực hiện hoặc có thể tình trạng trở nên tồi tệ hơn nếu người thực hiện trực tiếp không đầy đủ và duy trì lâu dài. Bên cạnh đó, nếu y bác sĩ, nhân viên y tế trong bệnh viện không cam kết tham gia đầy đủ, nghiêm túc thường tỏ ra không tin tưởng vào một sự thành công của chương trình hay hiệu quả QTTG đem lại cho bệnh viện nói chung, mỗi cá nhân trong bệnh viện nói riêng. Do đó, trong phạm vi của nghiên cứu này, tác giả đề xuất giả thuyết thứ hai:

H2: Tham gia đầy đủ của YBS là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC.

Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật

Theo Nguyễn Đăng Minh (2015) [61], cam kết của ban lãnh đạo, thể hiện qua chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật mà doanh nghiệp, tổ chức hay trong phạm vi nghiên cứu này là bệnh viện ban hành. Chính sách nhân sự mà bệnh viện ban hành sẽ chỉ ra những yêu cầu cần thực hiện và quyền lợi hữu hình lẫn vô hình mà người nhân viên có thể nhận được khi hoàn thành hay đạt được thành tích trong quá trình triển khai QTTG trong bệnh viện. NC của Jame Jenkins (2012) [134] chỉ ra rằng: không phải thực dễ dàng để thực hiện QTTG tại bệnh viện nhưng chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật lại là điều kiện để ràng buộc y bác sĩ, nhân viên y tế trong bệnh viện tham gia đầy đủ và quá trình triển khai QTTG trong bệnh viện (Grabán, 2011 [124]). Do đó, trong NC tác giả sử dụng giả thuyết NC thứ ba:

H3: Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC.

Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức

NC năm 2010, Bozena Poksinska thực hiện NC về áp dụng QTTG trong lĩnh vực y tế tại các quốc gia Châu Âu thì lại cho thấy một trong những khó khăn chủ yếu của áp dụng QTTG trong dịch vụ y tế là thiếu tư vấn viên hiểu về lĩnh vực y tế và có thể chia sẻ những kinh nghiệm thực tế của việc áp dụng QTTG trong y tế [106]. Tác giả Jenkins (2012) [134] trong NC của mình đã nhận thấy giai đoạn đầu của dự án là vô cùng mong manh và gần như không tiến triển tại bệnh viện, chỉ sau khi có được sự hỗ trợ từ ban lãnh đạo bệnh viện và khi đó có được sự cam kết thực hiện cũng như trách nhiệm của những người liên quan dự án áp dụng QTTG mới tiến triển. Nhưng các khó khăn đó không bằng khó khăn tại bệnh viện không có ai được đào tạo kiến thức về QTTG và các tư duy cải tiến liên tục vì vậy nhân viên thường tỏ ra không tin tưởng vào một sự thành công áp dụng QTTG trong bệnh viện. Nguyễn Đăng Minh (2015) [61] đã cho rằng để đội ngũ nhân sự triển khai QTTG nói chung và các nhân viên trong toàn bệnh viện kiến thức về QTTG, có các tư duy cải tiến liên tục và trên hết là có sự tin tưởng vào một sự thành công áp dụng QTTG trong bệnh viện. Nội dung đào tạo theo Nguyễn Đăng Minh (2015) cần tập trung hai nội dung: Đào tạo về tâm thế, nhận thức (giúp người được đào tạo hiểu hai thấu một ý, thấu hiểu sự cần thiết của tư duy quản trị, lợi ích của áp dụng QTTG từ đó nâng cao tinh thần trách nhiệm, tự giác, tự nguyện và tính chủ động khi triển khai QTTG) và Đào tạo về kiến thức (giúp người được đào tạo hiểu được cách thức triển khai áp dụng QTTG, thực hành vào công việc hàng ngày và đào tạo phải duy trì thông qua đào tạo tại chỗ lấy lãnh đạo, nhà quản lý các cấp là người thầy đào tạo cho nhân viên tại mỗi đơn vị, bộ phận). Trên cơ sở những lý luận đó, tác giả đề xuất giả thuyết thứ tư:

H4: Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC.

Kế hoạch và phương thức triển khai

Áp dụng QTTG thành công trong bệnh viện không hề đơn giản, nhiều NC trên thế giới khác như: Grove và cộng sự (2010) [127], Bozena Poksinska (2010) [106], Graban (2011) [125], Jame Jenkins (2012) [134]... đã cùng chỉ ra như vậy.

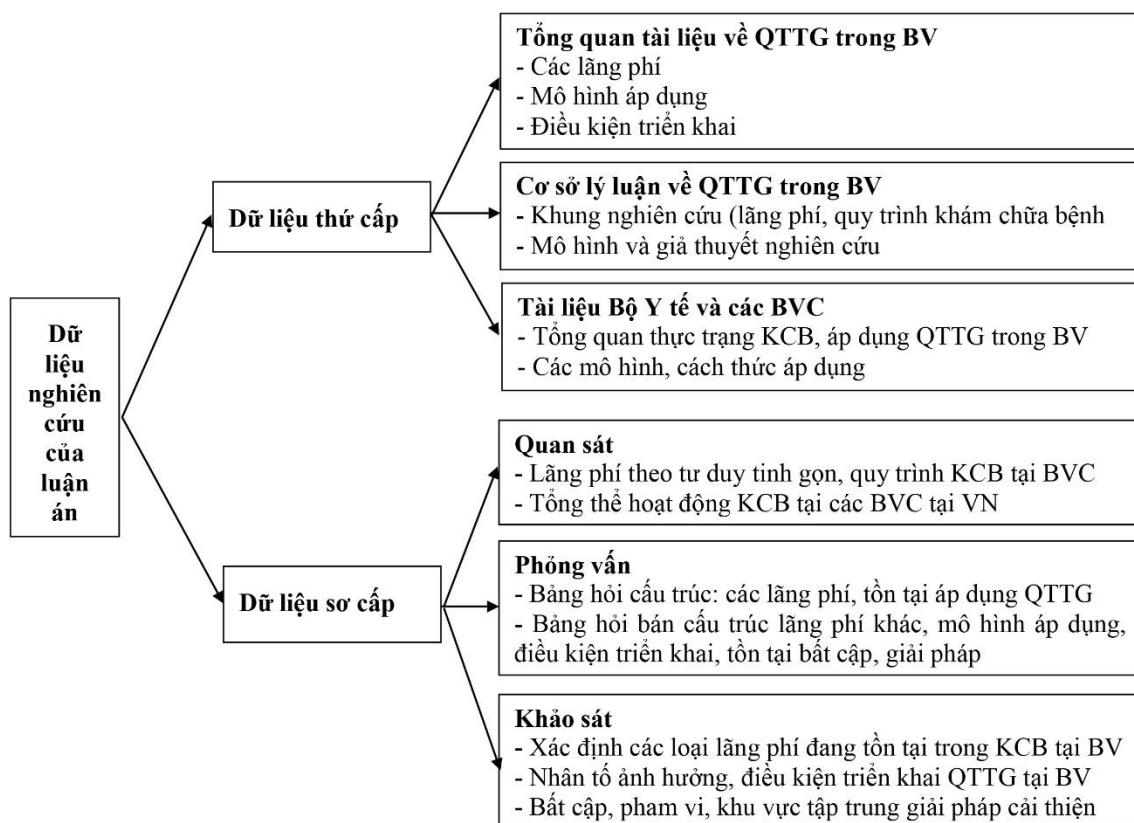
Bên cạnh bốn điều kiện áp dụng như tác giả Nguyễn Đăng Minh (2015) [61] đã chỉ ra ở trên thì còn một điều kiện nữa mà một số nghiên cứu tại áp dụng QTTG tại Việt Nam như: Viện năng suất Việt Nam (2018) [94], Nguyễn Đăng Minh và cộng sự (2022) [64] đã chỉ ra là khi áp dụng quản trị tinh gọn cho các bệnh viện tại Việt Nam cần phải như kiến thức văn hóa, kinh nghiệm và quan điểm cải tiến. Hay nói cách khác cần phải xây dựng kế hoạch triển khai QTTG phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện, thậm chí giữa khác khoa phòng, bộ phận cần có tính mở, lỏng lẻo. Trên cơ sở đó, tác giả đề xuất giả thuyết thứ năm:

H5: *Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC.*

Từ các điều kiện áp dụng QTTG vào BVC tại mô hình bên trên, tác giả mã hóa các biến điều kiện áp dụng QTTG chi tiết tại mục 9.3 Phụ lục X bên dưới.

3.3. Phương pháp thu thập dữ liệu

Dữ liệu thứ cấp và dữ liệu sơ cấp được tác giả thu thập theo hình như sau:



Hình 3. 2. Phương pháp thu thập dữ liệu

(Nguồn: Tác giả đề xuất và thực hiện)

3.3.1. Phương pháp thu thập dữ liệu thứ cấp

Thu thập dữ liệu thứ cấp phục vụ cho NC của đề tài, tác giả sử dụng phương pháp NC tài liệu, phân tích, tổng hợp các tài liệu thu thập được cũng như tìm hiểu về các công cụ, phương thức, nội dung và điều kiện áp dụng QTTG tại các bệnh viện trên thế giới. Đồng thời hồi cứu tư liệu: Báo cáo kết quả áp dụng một số công cụ QTTG trong bệnh viện của Cục Quản lý khám, chữa bệnh – BHYT và một số BVC trong nhóm NC đã triển khai. Báo cáo kết quả hoạt động KCB tại một số BVC trong nhóm NC. Và một số báo cáo NC độc lập của các chuyên gia, tổ chức trong và ngoài nước về áp dụng QTTG tại một số bệnh viện tại Việt Nam.

3.3.2. Phương pháp thu thập dữ liệu sơ cấp

Luận án sử dụng các phương pháp thu thập dữ liệu sơ cấp chính là: quan sát, phỏng vấn sâu và điều tra khảo sát thông qua bảng câu hỏi. Các phương pháp thực hiện cụ thể như sau:

+ *Quan sát*: Do luận án muốn phân tích thực trạng QTTG tại một số BVC trên địa bàn TP.HN, phương pháp quan sát rất phù hợp để tác giả có thể nhận diện các công cụ, mô hình QTTG đang được áp dụng trong thực tế hoạt động KCB tại một số BVC trong mẫu NC (*chi tiết tại phụ lục VI*).

Được tác giả thực hiện thành hai giai đoạn nghiên cứu là: Quan sát thu thập số liệu tiền luận án (trước tháng 12 năm 2020) là trước thời điểm thực hiện luận án để xác định hoạt động thực trạng, phát hiện khoảng trống thực tiễn (*một số hình ảnh minh họa tại phụ lục VII*) và Quan sát thu thập số liệu sơ cấp trong thời gian nghiên cứu với thời gian quan sát: từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2023.

Tối thiểu mỗi lần quan sát là 45 phút vào một thời điểm ngẫu nhiên trong khoảng thời gian từ 7 giờ sáng đến 16 giờ các ngày trong tuần từ thứ hai đến thứ sáu. Đó là khoảng thời gian mà bệnh viện thực hiện đón tiếp BN đến đăng ký, thực hiện KCB.

Tác giả đã quan sát tất cả các hoạt động KCB: tiếp đón ban đầu; đăng ký khám bệnh; khám ban đầu; chỉ định chuyên khoa; khám kết luận điều trị; mua thuốc; thanh toán sau khám... của một số BVC tại Hà Nội (BVHN Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện ĐK Xanh Pôn). Khi quan sát, tác giả tập trung phát hiện để trả lời các câu hỏi: Hoạt động tinh gọn chưa? Có LP gì không? QTTG trong các

bước áp dụng như thế nào? Thái độ phục vụ của YBS, NVYT như thế nào? Thái độ hợp tác của BN và người nhà ra sao? Điều gì đã tốt, điều gì còn chưa tốt trong hoạt động KCB hiện nay?....

Về chi tiết các hoạt động:

+ Khâu tiếp đón ban đầu, các hoạt động được quan sát là: BN khai thông tin cá nhân, NVYT hướng dẫn phát số đăng ký, BN chờ gọi số thứ tự vào đăng ký khám bệnh.

+ Đăng ký khám bệnh quan sát các hoạt động: NVYT đăng ký gọi số thứ tự; BN cung cấp thông tin; NVYT đăng ký cập nhập thông tin; NVYT phân luồng phòng khám ban đầu; BN đóng tiền và tiền ứng trước khám; NVYT thu tiền, hoàn thành đăng ký khám ban đầu.

+ Khám ban đầu quan sát các hoạt động: Điều dưỡng gọi BN khám theo thứ tự đăng ký; Bác sỹ hỏi khám lâm sàng; BN trả lời khám; Bác sỹ đọc chẩn đoán và chỉ định thực hiện chuyên khoa; Điều dưỡng in các chỉ định chuyên khoa.

+ Chỉ định chuyên khoa quan sát các hoạt động: Huyết học; Sinh hóa Nước tiểu; X Quang; Cắt lớp MRI (cả Cộng hưởng từ); Chụp PET/CT; Siêu âm (cả siêu âm tim); Điện tim; Đo loãng xương; Nội soi (dạ dày, đại trực tràng).

+ Khám kết luận điều trị quan sát các hoạt động: Điều dưỡng tiếp nhận kết quả chỉ định chuyên khoa từ các bộ phận chuyên về; Khi đã có đầy đủ kết quả gọi BN vào khám kết luận; BN vào mang theo các kết quả khác mà BN cầm; Bác sỹ đọc kết quả đưa kết luận; Chuyển BN sang điều trị nội trú nếu cần điều trị nội trú; Kê đơn thuốc khi BN cần điều trị ngoại trú; Hẹn BN khám lại.

+ Mua thuốc quan sát các hoạt động: BN đến quầy thuốc đưa đơn thuốc mua thuốc; Dược sỹ đọc đơn thuốc tính tiền; Dược sỹ thu đủ số tiền theo đơn; BN trả tiền mua thuốc; Dược sỹ trả thuốc theo đơn và số tiền BN trả tiền.

+ Thanh toán sau khám quan sát các hoạt động: BN quay lại nơi đăng ký khám và tạm ứng tiền ban đầu; Đăng ký thanh toán cuối sau khám bệnh; Nhân viên hành chính thực hiện thanh toán, trả tiền thừa hoặc yêu cầu thanh toán thêm nếu BN còn thiếu.

+ *Phỏng vấn*: Luận án sử dụng kết hợp hai phương thức phỏng vấn cấu trúc và phỏng vấn bán cấu trúc.

Phòng vấn cấu trúc của luận án dựa trên bảng hỏi (questionnaire) được lựa chọn nhằm mục tiêu thu thập một số dữ liệu thực trạng áp dụng công cụ, mô hình QTTG, hiệu quả cắt giảm lãng phí, các LP hiện tại, điều kiện áp dụng và sự hài lòng của BN phục vụ phân tích thống kê miêu tả, đảm bảo một số căn cứ được khái quát thông qua phân tích định lượng.

Phòng vấn cấu trúc hay bán cấu trúc đều được tác giả thực hiện trên hai đối tượng người cung cấp dịch vụ KCB (nhà quản lý, YBS, NVYT, *chi tiết tại phụ lục III*) và bên thụ hưởng dịch vụ KCB (BN, người nhà, *chi tiết tại phụ lục IV*) để xác định sự khác biệt, khoảng cách đánh giá giữa hai đối tượng tại một số BVC trong mẫu NC (*chi tiết tại phụ lục VI*). Riêng phỏng vấn cấu trúc về bảng hỏi điều kiện áp dụng QTTG tại bệnh viện (Bảng 3.4) chỉ thực hiện trên đối tượng người cung cấp dịch vụ KCB những người tham gia trực tiếp, cũng như có kiến thức, hiểu biết về quy trình cung cấp dịch vụ KCB và QTTG.

Tối thiểu mỗi lần phỏng vấn là 60 phút đối với người cung cấp dịch vụ KCB (nhà quản lý, YBS, NVYT) vào cuối các buổi chiều tại các phòng làm việc của đối tượng phỏng vấn trong ngày (sau 16 giờ) khi các YBS đã hoàn thành công việc chuyên môn, có nhiều thời gian chia sẻ, trao đổi hơn. Còn đối bên thụ hưởng dịch vụ KCB (BN, người nhà) sẽ thực hiện phỏng vấn trong 20 phút và tại khu vực chờ khám bệnh mà đối tượng đang chờ.

Phòng vấn sâu sẽ được thực hiện thông qua hai vòng:

+ Vòng một: Thực hiện với mục tiêu xác định thực trạng áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC và nhận diện những dạng LP còn đang tồn tại, nguyên nhân LP, nhân tố nào ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng. Thời gian phỏng vấn vòng một được tác giả thực hiện từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2022. Phỏng vấn được thực hiện tại cả 11 BVC trên địa bàn TP.HN thực hiện NC và trên cả hai đối tượng người cung cấp dịch vụ KCB (nhà quản lý, YBS, NVYT) và bên thụ hưởng dịch vụ KCB (BN, người nhà).

+ Vòng hai: thực hiện đại diện tại ba bệnh viện (BVHN Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện ĐK Xanh Pôn) với mục tiêu xác định lại những kết quả khảo sát và tìm hiểu nguyên nhân cùng hướng giải pháp khắc phục. Khi phỏng vấn vòng hai, tác giả cũng đưa ra các giải pháp tổng thể, giải pháp chi tiết về mô hình áp dụng QTTG trong KCB tại BVC trên địa bàn TP.HN để người tham gia phỏng

vấn cho các ý kiến góp ý về tính khả thi, tính phù hợp của giải pháp tác giả đưa ra nên cần sự hiểu biết nhất định về KCB và BVC, do đó vòng 2 chỉ phỏng vấn người cung cấp dịch vụ KCB (nhà quản lý, YBS, NVYT) những người có chuyên môn, có thâm niên kinh nghiệm công tác trong các BVC. Thời gian phỏng vấn vòng hai được tác giả thực hiện từ tháng 7/2022 đến tháng 3/2023.

+ *Khảo sát*: Việc xác định những LP, bất cập trong hoạt động KCB và các nhân tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTTG tại một số BVC được tác giả xác định thông qua bảng câu hỏi để khảo sát. Bảng khảo sát được chia làm hai loại cho hai đối tượng khác nhau: bảng câu hỏi thứ nhất dành cho nhà quản lý, YBS, NVYT (*chi tiết tại phụ lục I*) và bảng thứ hai dành cho BN, người nhà (*chi tiết tại phụ lục II*). Việc khảo sát trên từng đối tượng sẽ thực hiện như sau:

NC thực hiện khảo sát có phân loại hai đối tượng khảo sát NC là nhà quản lý, YBS, NVYT đang công tác làm việc tại các BVC và đối tượng thứ hai là BN, người nhà đến khám hoặc đưa người nhà đến KCB tại các BVC thời điểm NC. Khảo sát trên hai đối tượng này để so sánh những đánh giá của hai bên trên cùng một nội dung NC để thấy điểm tương đồng, sự khác biệt giữa hai nhóm đối tượng.

Số lượng khảo sát theo từng đối tượng

Thực hiện khảo sát trên hai đối tượng tại 11 BVC trên địa bàn TP.HN, tác giả thực hiện khảo sát được 319 nhà quản lý, YBS, NVYT (đối tượng thứ nhất). Theo các nhà NC vấn đề kích thước mẫu là bao nhiêu, như thế nào là đủ lớn vẫn chưa được xác định rõ ràng, kích thước mẫu còn tùy thuộc vào các phương pháp ước lượng sử dụng trong NC cụ thể. Kích thước mẫu tác giả xác định theo tiêu chuẩn 5:1 của Bollen và Hair & ctg đề xuất năm 1998 [53], tức là để đảm bảo phân tích dữ liệu (phân tích nhân tố khám phá EFA) tốt thì cần ít nhất năm quan sát cho một biến đo lường và số quan sát không nên dưới 100. Do đó, thực hiện NC, tác giả xác định số mẫu lựa chọn khảo sát như sau:

+ NC trên đối tượng thứ nhất nhà quản lý, YBS, NVYT, trong luận án này tác giả dự kiến NC với 54 biến quan sát, do vậy số lượng mẫu cần thiết là từ $54 \times 5 = 270$ mẫu trở lên. NC này tác giả đã sử dụng kích thước mẫu với đối tượng thứ nhất là $n = 319$, lớn gần gấp 1.3 lần yêu cầu tối thiểu, do vậy số lượng mẫu dùng trong NC này có tính đại diện của mẫu được đảm bảo cho việc NC, đánh giá.

+ NC trên đối tượng thứ hai là BN, người nhà đến khám hoặc đưa người nhà đến KCB tại các BVC thời điểm NC. Trong nghiên cứu này tác giả dự kiến NC với 31 biến quan sát, do vậy số lượng mẫu cần thiết là từ $31 \times 5 = 155$ mẫu trở lên, tác giả đã khảo sát được kích thước mẫu với đối tượng thứ hai là $n = 256$, lớn gấp 1.7 lần yêu cầu tối thiểu, do vậy số lượng mẫu dùng trong NC này có tính đại diện của mẫu được đảm bảo cho việc NC, đánh giá.

+ NC định lượng xác định mức độ các nhân tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC, tác giả thực hiện trên nhà quản lý, YBS, NVYT và đưa ra năm nhân tố độc lập với 25 biến quan sát. Do vậy số lượng mẫu cần thiết là từ $25 \times 5 = 125$ mẫu trở lên, tác giả đã khảo sát được kích thước mẫu với đối tượng thứ nhất là $n = 319$, lớn gấp hơn hai lần yêu cầu tối thiểu, do vậy số lượng mẫu dùng trong NC này có tính đại diện của mẫu được đảm bảo cho việc NC, đánh giá.

Đối tượng khảo sát thứ nhất bên cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh

Thực hiện khảo sát trên đối tượng thứ nhất nhà quản lý, YBS, NVYT tại 11 BVC trên địa bàn TP.HN, do tác giả đang công tác trong ngành y tế, nên dựa trên quá trình công tác, giới thiệu từ cơ quan công tác, tác giả để trực tiếp từng bệnh viện (trong 11 bệnh viện thực hiện NC) để trao đổi xin phép lãnh đạo bệnh viện cho phép phỏng vấn bán cấu trúc cũng như thực hiện tương tự với đại diện lãnh đạo một số khoa phòng, YBS, NVYT trực tiếp tại phòng làm việc và thực hiện khảo sát bằng bảng hỏi với quy mô đại diện phù hợp cho mỗi bệnh viện dựa trên quy mô giường bệnh, số bác sĩ của mỗi bệnh viện trong tổng số 11 bệnh viện thực hiện nghiên cứu. Kết quả khảo sát tại bảng bên dưới cho thấy, trong 319 người được khảo sát hiện đang công tác làm việc tại 11 BVC trên địa bàn TP.HN có 68,03% là YBS, kỹ thuật viên, NVYT những người trực tiếp tham gia vào quá trình KCB chưa BN nên thông tin thực trạng quá trình KCB nói chung và thực trạng áp dụng QTTG vào hoạt động KCB họ nắm thông tin chi tiết. Đối tượng thứ nhất này có 53,92% là nữ, đội tuổi chủ yếu từ 31 đến 40 (49,84%) với 78,68% người khảo sát có trình độ từ đại học trở lên và thâm niên công tác trên 10 năm chiếm đến 56,74%. Như vậy NC với đối tượng nhà quản lý, YBS, NVYT là những người đều tham gia trực tiếp hoạt động KCB hàng ngày tại bệnh viện, có trình độ, thâm niên công tác nên sự hiểu biết về hoạt động KCB tại bệnh viện là rất nhiều.

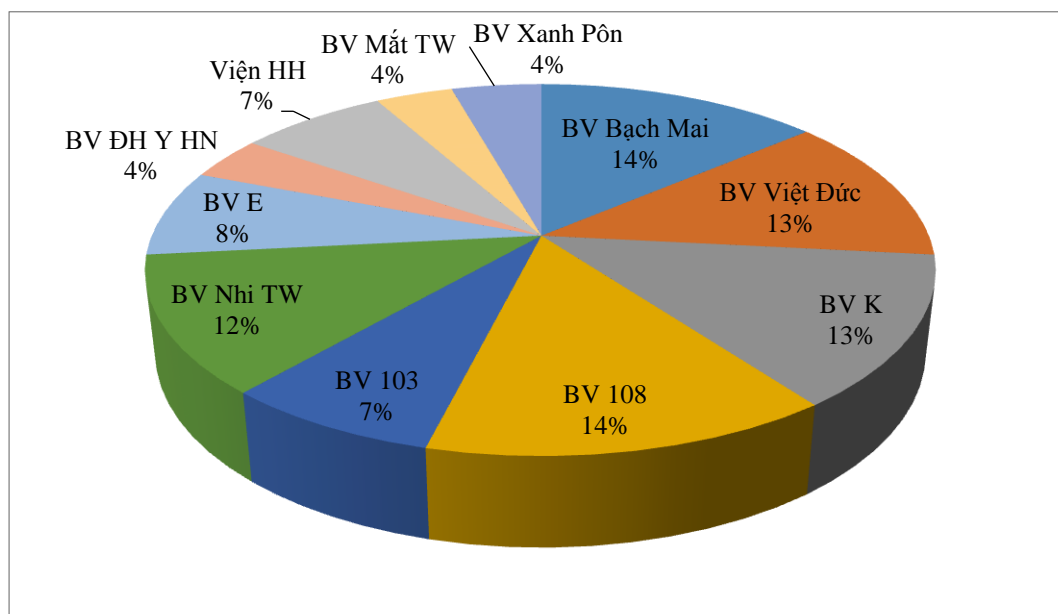
Bảng 3. 2. Thông tin đối tượng khảo sát là y bác sĩ, nhân viên y tế

STT	Nội dung	Tiêu chí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Vị trí công tác	Quản lý bệnh viện	12	3,76
		Quản lý khoa/phòng	90	28,21
		Bác sĩ	69	21,63
		Điều dưỡng	130	40,75
		Kỹ thuật viên	2	0,63
		Nhân viên y tế	16	5,02
		Tổng:	319	100
2	Giới tính	Nam	145	45,45
		Nữ	172	53,92
		Không muốn tiết lộ	2	0,63
		Tổng:	319	100
3	Độ tuổi	Dưới 30	62	19,44
		Từ 31 - 40	159	49,84
		Từ 41 - 50	86	26,96
		Trên 50	12	3,76
		Tổng:	319	100
4	Thâm niên nghề nghiệp	Dưới 5 năm	62	19,44
		Từ 6 – 10 năm	76	23,82
		Từ 11 – 20 năm	137	42,95
		Trên 20 năm	44	13,79
		Tổng:	319	100
5	Trình độ chuyên môn	Giáo sư – Phó giáo sư	6	1,88
		Tiến sĩ	23	7,21
		Thạc sĩ	127	39,81
		Đại học	95	29,78
		Khác (*)	68	21,32
		Tổng:	319	100

(Nguồn: Tác giả thu thập dữ liệu và phân tích)

(*): Trình độ khác ghi nhận chi tiết: Cao đẳng (66 người), Trung cấp (2).

Tỷ lệ y bác sĩ, nhân viên y tế được khảo sát tại 11 BVC NC được tác giả lựa chọn theo tỷ lệ số giường bệnh, số y bác sĩ và quy mô đón tiếp khám bệnh trên một ngày cụ thể như sau:



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ y bác sĩ, nhân viên y tế được khảo sát theo từng bệnh viện
(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Đối tượng khảo sát thứ hai người thụ hưởng dịch vụ khám chữa bệnh

Với đối tượng thứ hai là BN, người nhà đến khám hoặc đưa người nhà đến KCB tại các BVC thời điểm NC. Tác giả đến trực tiếp các khoa khám bệnh để gặp gỡ, lựa chọn BN, người nhà phù hợp để phỏng vấn, khi phỏng vấn tác giả thực hiện trong quá trình BN, người nhà chờ đến lượt vào khám hoặc thực hiện các bước lâm sàng, cận lâm sàng hay sau khi BN, người nhà đã thực hiện xong KCB. Tỷ lệ đại diện phỏng vấn BN, người nhà tương ứng với tỷ lệ YBS, NVYT thực hiện phỏng vấn theo mỗi bệnh viện thực hiện NC.

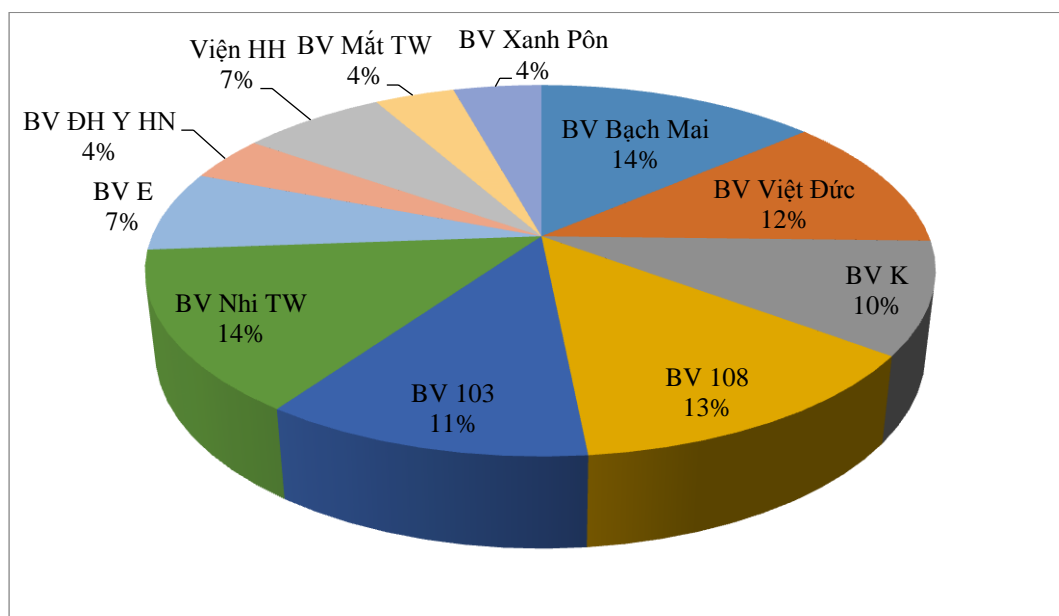
Bảng 3.3. Thông tin đối tượng khảo sát là bệnh nhân và người nhà

STT	Nội dung	Tiêu chí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Lý do đến bệnh viện	Khám bệnh	160	62,50
		Đưa người nhà đi khám bệnh	93	36,33
		Khác	3	1,17
		Tổng:	256	100
2	Độ tuổi	Dưới 30	66	25,78
		Từ 31 - 40	100	39,06
		Từ 41 - 50	48	18,75
		Trên 50	42	16,41
		Tổng:	256	100
3	Giới tính	Nam	95	37,11
		Nữ	152	59,38

		Không muốn tiết lộ	9	3,52
		Tổng:	256	100
4	Số lần đến bệnh viện	Mới lần đầu	27	10,55
		Từ 2 – 5 lần	111	43,36
		Trên 5 lần	118	46,09
		Tổng:	256	100
5	Trình độ học vấn	Sau Đại học	107	41,80
		Đại học	115	44,92
		Cao Đẳng	8	3,13
		Trung cấp	15	5,86
		Khác	4	1,56
		Tổng:	256	100
6	Nghề nghiệp	Công/viên chức	95	37,11
		DN / Văn phòng	95	37,11
		Nông/lâm/ngư nghiệp	2	0,78
		Kinh doanh tự do	35	13,67
		Lực lượng vũ trang	4	1,56
		Khác	25	9,77
		Tổng:	256	100

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Tỷ lệ bệnh nhân và người nhà khảo sát được tác giả thực hiện với tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ y bác sĩ, nhân viên y tế được khảo sát tại 11 BVC NC, cụ thể như sau:



Biểu đồ 3. 2. Tỷ lệ bệnh nhân và người nhà được khảo sát theo từng bệnh viện
(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Theo kết quả tại bảng 3.3 và biểu đồ 3.2 trên, có 62,50% người được khảo sát là BN, những người trực tiếp thụ hưởng dịch vụ KCB tại bệnh viện. Tỷ lệ nữ vẫn chiếm tỷ lệ cao hơn (59,38%), người khám bệnh được NC chủ yếu trong khoảng độ tuổi từ 31 – 50 (39,06%), độ tuổi có khả năng tiếp thu, nắm bắt thông tin rất tốt. Với 86,72% người khảo sát có trình độ đại học trở lên, 46,09% đã đến bệnh viện khám từ năm lần trở lên và nghề nghiệp phần lớn 74,22% là công chức, viên chức, nhân viên văn phòng hay DN nên sự hiểu biết xã hội, tính tin cậy của thông tin người khảo sát cung cấp là rất cao.

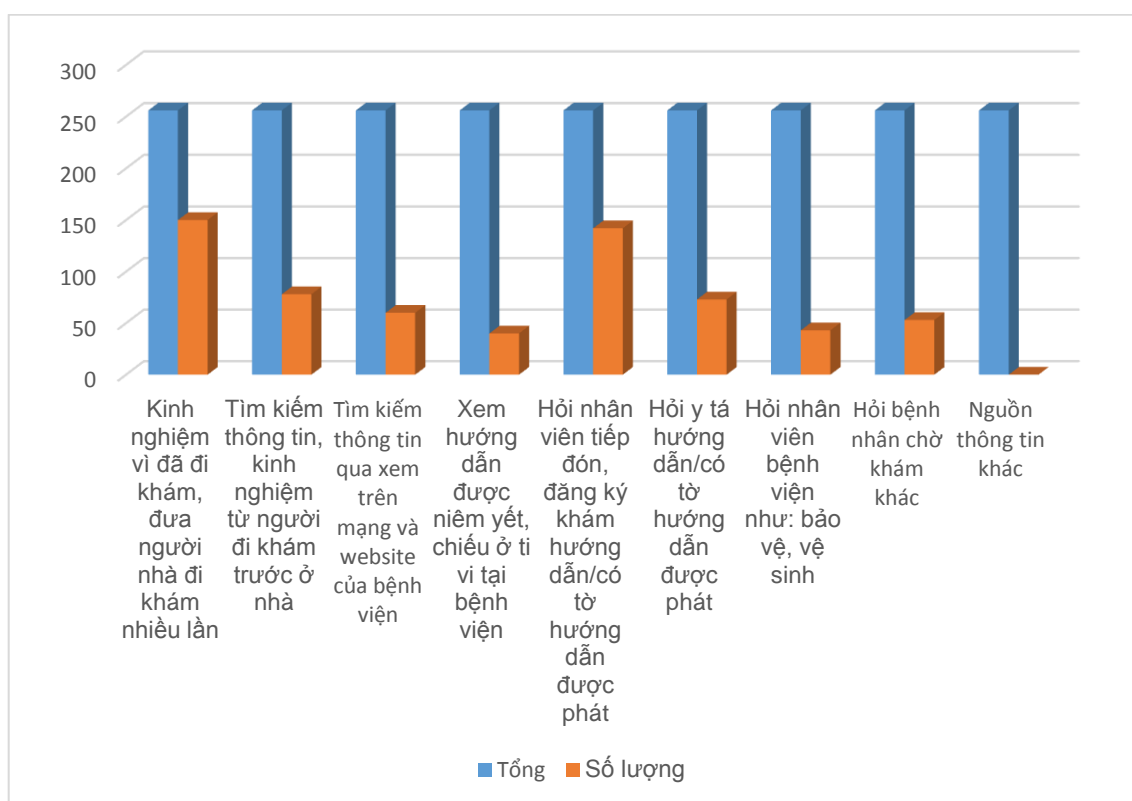
Sự hiểu về quy trình KCB là điều rất cần thiết để BN, người nhà khi đi đến KKB thực hiện KCB được thuận lợi, nhanh chóng và hạn chế những LP về thời gian, kết quả NC được tổng tại bảng như sau:

Bảng 3. 4. Sự hiểu biết về thông tin quy trình khám chữa bệnh của người dân khảo sát tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

TT	Nội dung	Tổng	N	%
1	Kinh nghiệm vì đã đi khám, đưa người nhà đi khám nhiều lần	256	150	58,59
2	Tìm kiếm thông tin, kinh nghiệm từ người đi khám trước ở nhà	256	78	30,47
3	Tìm kiếm thông tin qua xem trên mạng và website của bệnh viện	256	60	23,44
4	Xem hướng dẫn niêm yết, trình chiếu tại bệnh viện	256	40	15,63
5	Hỏi nhân viên tiếp đón, đăng ký khám hướng dẫn/có tờ hướng dẫn được phát	256	142	55,47
6	Hỏi y tá hướng dẫn/có tờ hướng dẫn được phát	256	73	28,52
7	Hỏi nhân viên bệnh viện như: bảo vệ, vệ sinh	256	43	16,80
8	Hỏi BN chờ khám khác	256	53	20,70
9	Nguồn thông tin khác	256	0	0,00

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Tại bảng 3.4 bên trên và biểu đồ 3.3 bên dưới sự hiểu biết về quy trình KCB của người dân khảo sát tại BVC NC khu vực TP.HN chủ yếu 58,59% qua “Kinh nghiệm vì đã đi khám, đưa người nhà đi khám nhiều lần” và 55,47% thông qua “Hỏi nhân viên tiếp đón, đăng ký khám hướng dẫn/có tờ hướng dẫn được phát”.



Biểu đồ 3.3. Các kênh nắm bắt thông tin về quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nhân cứu khu vực thành phố Hà Nội

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Thời gian thực hiện khảo sát được tác giả thực hiện làm hai lần: Lần một khảo sát thăm dò thực hiện từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2022. Lần hai khảo sát diện rộng trên toàn bộ phạm vi, đối tượng NC thực hiện từ tháng 07 đến hết tháng 12 năm 2022.

Dữ liệu sơ cấp sau khi được thu thập sẽ được tác giả làm sạch, đánh mã số và nhập liệu bằng Epidata 3.1, từ đó sử dụng công SPSS 22 để phân tích dữ liệu.

Quá trình thực hiện thu thập dữ liệu sơ cấp, tác giả đều ghi nhận lại bằng ghi âm, ghi chép và hình ảnh (*chi tiết tại phụ lục VIII*) làm minh chứng NC.

3.4. Phương pháp phân tích dữ liệu

3.4.1. Dữ liệu thứ cấp

Dữ liệu thứ cấp được tác giả thu thập sử dụng phương pháp thống kê mô tả để chọn lọc dữ liệu, thống kê bằng bảng để xác định thực trạng, kết quả phân tích, đánh giá của các NC trước hoặc những báo cáo của các BVC, cơ quan quản lý nhà

nước, qua đó xác định một phần tình hình thực trạng để làm cơ sở xây dựng khung phân tích để thực hiện xây dựng công cụ NC và chuẩn bị quá trình NC thăm dò.

3.4.2. Dữ liệu sơ cấp

Thực hiện phân tích định tính

Qua nghiên cứu lý thuyết, tác giả thực hiện tham khảo ý kiến các nhà quản lý bệnh viện, các y bác sĩ đang làm việc tại bệnh viện để nghiên cứu thêm: các lãng phí trong hoạt động KCB, các điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện thành công và ý kiến về mô hình, giải pháp dự kiến được tác giả đề xuất.

Sau khi tiến hành khảo sát thu thập số liệu, phân tích các số liệu nghiên cứu chính thức, tác giả thực hiện hỏi lại lần nữa các nhà quản lý bệnh viện, các y bác sĩ đang làm việc tại bệnh viện về các kết quả nghiên cứu, có so sánh với giả thuyết ban đầu để tìm thêm nguyên nhân, câu trả lời cho kết quả nghiên cứu.

Dữ liệu thu thập từ các tài liệu, các công bố trong, ngoài nước về QTBV; dữ liệu phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm để hình thành các luận điểm, luận cứ và luận chứng về QTBV. Dữ liệu sau khi phân loại, chọn lọc và mã hóa sau đó xử lý bằng Excel và thống kê mô tả. Số liệu điều tra thu thập được phân tích về mặt số lượng vào các bảng MS Excel được thiết kế theo các mức độ và nội dung trả lời và sau đó tính ra tỷ lệ phần trăm cho từng mức độ của từng nội dung và được thể hiện thông qua hệ thống các bảng trình bày tại phần thực trạng của luận án và phụ lục.

Thực hiện phân tích định lượng

Dưới sự hỗ trợ của công cụ nhập liệu Epidata 3.1 và công cụ phân tích dữ liệu SPSS 22, dữ liệu được phân tích nhằm tìm hiểu các nguyên nhân của LP trong hoạt động KCB hiện nay và nhân tố tác động lên việc áp dụng QTTG trong các BVC tại Việt Nam. Mục đích của phân tích định lượng là:

- + Kiểm định giá trị của thang đo bằng phân tích nhân tố EFA.
- + Phân tích hồi quy bội để kiểm định các giả thuyết NC và đánh giá mức độ ảnh hưởng của các biến độc lập tới biến phụ thuộc.
- + Kiểm định giá trị trung bình của tổng thể và thực hiện so sánh nhóm bằng Anova và T- test.

NC định lượng dựa trên kết quả thu thập được tại bảng hỏi cấu trúc cho cả hai nhóm đối tượng quản lý, YBS, NVYT và BN, người nhà. Bảng hỏi có các câu hỏi được tác giả xây dựng đã sử dụng một trong những hình thức đo lường sử dụng phổ biến nhất trong NC định lượng là thang điểm Likert. Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được phân tích theo các bước sau:

+ Thứ nhất: thống kê mô tả dữ liệu thu thập bằng cách so sánh tần suất giữa các nhóm khác nhau theo biến kiểm soát.

+ Thứ hai: Kiểm định giá trị của thang đo bằng phương pháp phân tích nhân tố khám phá- EFA. Phân tích nhân tố được sử dụng để kiểm định sự hội tụ của các biến thành phần về khái niệm của nó bằng độ giá trị hội tụ (convergence validity), đồng thời đo lường độ giá trị phân biệt giúp đảm bảo sự khác biệt, không có mối quan hệ tương quan giữa các yếu tố sử dụng để đo lường các nhân tố bằng độ giá trị phân biệt (discriminant validity). Theo Hair và cộng sự (1998) [53] với mẫu lớn hơn 350 hệ số tải (factor loading) là đạt giá trị hội tụ và hệ số tải của nhân tố này lớn hơn hệ số tải của nhân tố khác cho thấy tính đảm bảo độ giá trị phân biệt. Trong NC này những biến nào có hệ số tải nhân tố dưới 0.5 sẽ bị loại để đảm bảo tính hoàn chỉnh của thang đo. Phương pháp rút trích nhân tố được sử dụng là phương pháp rút trích các thành phần chính (Principal components) và xoay các nhân tố là phương pháp Varimax with Kaiser Normalization. Điểm dừng trích khi các yếu tố có “Initial Eigenvalues” >1. (Mayers và các cộng sự, 2000)

+ Thứ ba: Sau khi có kết quả phân tích nhân tố, có hai nhân tố được tách ra giải thích cho 4 nhân tố khác được đặt tên lại. Do vậy, tác giả đã tiến hành kiểm định một lần nữa độ tin cậy của các thang đo. Kết quả các thang đo được tách ra đều đạt độ tin cậy theo đúng yêu cầu.

+ Thứ tư: Phân tích tương quan và hồi quy bội. Mô hình hồi quy bội MLR (Multiple Linear Regression) biểu diễn mối quan hệ giữa hai hay nhiều biến độc lập với một biến phụ thuộc định lượng. Tác giả sử dụng phương pháp tương quan Pearson correlation coefficient nhằm đánh giá mối quan hệ tương quan giữa các biến trong mô hình. Hệ số tương quan được ký hiệu là R và có giá trị trong khoảng $-1 \leq R \leq +1$. Giá trị $r > 0$ thể hiện mối tương quan đồng biến giữa các biến phân tích và ngược lại giá trị $R < 0$ thể hiện mối quan hệ nghịch biến. Giá trị $R = 0$ chỉ ra rằng các biến phân tích không có mối liên hệ với nhau.

$|R| \rightarrow 1$: quan hệ giữa biến độc lập và biến phụ thuộc càng chặt chẽ

$|R| \rightarrow 0$: quan hệ giữa biến độc lập và biến phụ thuộc càng yếu

Kết quả từ 05 nhân tố ban đầu được đưa ra. So sánh sự phù hợp của 05 nhân tố qua hệ số R điều chỉnh, R thay đổi và F thay đổi của mỗi nhân tố cho thấy mức độ tác động của từng nhân tố đến điều kiện áp dụng QTTG trong BVC. Kết quả NC định lượng chính thức được trình bày cụ thể trong Mục 4.2.5 tại Chương 4.

Phân tích và bàn luận nội dung nghiên cứu

Đối với dữ liệu thu thập từ phỏng vấn bán cấu trúc (dữ liệu được ghi chép từ các câu trả lời phỏng vấn của người tham gia phỏng vấn), luận án sử dụng phương pháp phân tích định tính. Phân tích dữ liệu định tính là quá trình đi tìm ý nghĩa của dữ liệu, theo hướng dẫn của Cresswell (2014) [114] các cuộc phỏng vấn được tác giả ghi âm kết hợp với ghi chép vào văn bản và được lưu trữ lại. Sau đó tác giả đọc toàn bộ dữ liệu để có cảm nhận chung về thông tin và suy nghĩ về ý nghĩa khái quát của thông tin. Dựa trên phương pháp nhận dạng dữ liệu chữ quan trọng (key-word) để hệ thống hóa dữ liệu và phân tích dữ liệu, quá trình này lặp đi lặp lại nhiều lần đối với các câu trả lời. Trong quá trình này, tác giả NC kết hợp việc mở rộng và rút gọn nhóm từ khóa để xây dựng các nhóm từ khóa cơ bản. Cuối cùng, phân tích dựa trên các dữ liệu theo các nhóm từ khóa cơ bản.

Đối với dữ liệu thu thập được từ phỏng vấn cấu trúc, luận án sử dụng phần mềm SPSS 22 để tính tỷ lệ phần trăm cho từng mức độ của từng nội dung và thể thể hiện thông qua hệ thống các bảng trình bày tại phần thực trạng của luận án và phụ lục. Số liệu điều tra thu thập để phục vụ cho việc xác định các nhân tố ảnh hưởng sẽ được mã hóa và phân tích qua phần mềm SPSS theo trình tự xử lý sau:

+ **Bước một:** Phân tích tiếp giá trị trung bình cộng (Mean) với thang đo Likert năm cấp độ, tác giả tính giá trị trung bình cho từng biến quan. Khi tính giá trị trung bình, tác giả sẽ áp dụng công thức tính giá trị khoảng cách trung bình của mỗi biến NC theo công thức: Giá trị trung bình (Mean) = [Giá trị lớn nhất (Maximum) – Giá trị nhỏ nhất (Minimum)] / n. Đồng thời cũng xác định khoảng ý nghĩa các mức để phân tích đánh giá trong toàn bài, tác giả đưa ra thống nhất theo tiêu chí bảng hỏi theo khoảng như sau:

1.00 – 1.80 (mức ý nghĩa số 1): Rất không đồng ý

1.81 – 2.60 (mức ý nghĩa số 2): Không đồng ý

2.61 – 3.40 (mức ý nghĩa số 3): Trung lập

3.41 – 4.20 (mức ý nghĩa số 4): Đồng ý

4.21 – 5.00 (mức ý nghĩa số 5): Rất đồng ý

+ **Bước hai:** Phân tích nhân tố EFA (Exploratory Factor Analysis): Được tiến hành theo kiểu khám phá để xác định xem phạm vi, mức độ quan hệ giữa các biến quan sát và các nhân tố cơ sở như thế nào, làm nền tảng cho một tập hợp các phép đo để rút gọn hay giảm bớt số biến quan sát tải lên các nhân tố cơ sở. Trong phân tích nhân tố khám phá, trị số KMO (Kaiser + Meyer – Olkin) là chỉ số dùng để xem xét sự thích hợp của phân tích nhân tố. Trị số KMO phải có giá trị trong khoảng từ 0.5 đến một thì phân tích này mới thích hợp, còn nếu như trị số này nhỏ hơn 0.5 thì phân tích nhân tố có khả năng không thích hợp với các dữ liệu. Một phần quan trọng trong bảng kết quả phân tích nhân tố là ma trận nhân tố (component matrix) hay ma trận nhân tố khi các nhân tố được xoay (rotated component matrix). NC sử dụng phương pháp trích nhân tố principal components nên các hệ số tải nhân tố phải có trọng số lớn hơn 0.5 thì mới đạt yêu cầu.

+ **Bước ba:** Phân tích tương quan và hồi quy theo các nội dung:

+ Phân tích tương quan: Được thực hiện để phân tích mối quan hệ tương quan giữa biến phụ thuộc với từng biến độc lập và giữa các biến độc lập với nhau. Phương pháp phân tích này sử dụng hệ số Pearson để lượng hóa mức độ chặt chẽ về mối quan hệ giữa hai biến. Giá trị tuyệt đối của hệ số Pearson càng gần đến một thì chứng tỏ hai biến có mối liên hệ tương quan tuyến tính càng chặt chẽ.

+ Phân tích hồi quy đa biến: thực hiện phương pháp hồi quy đa biến theo phương pháp Enter, đó là tất cả các biến được đưa vào một lần và xem xét các kết quả thống kê liên quan đến các biến được đưa vào trong mô hình. Tiếp tục tiến hành dò tìm các vi phạm giả định cần thiết trong mô hình hồi quy tuyến tính bội, kiểm tra hệ số phóng đại phương sai VIF (Variance inflation factor – VIF).

+ Kiểm định giả thuyết: Kiểm định giả thuyết về độ phù hợp của mô hình. Kiểm định giả thuyết về ý nghĩa của hệ số hồi quy Beta. Xác định mức độ ảnh hưởng của các nhân tố đến biến phụ thuộc.

+ Phân tích ANOVA: Nhằm xác định ảnh hưởng của các biến định tính lên biến phụ thuộc. Phương pháp sử dụng là phân tích phương sai một chiều nhằm mục đích tìm xem có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không về sự ảnh hưởng của các biến định tính lên biến áp dụng QTTG.

+ Tác giả sẽ so sánh kết quả phân tích giữa các nhóm khảo sát để tìm hiểu sự tương đồng và khác biệt về từng nội dung nghiên cứu.

3.5. Phương pháp khảo nghiệm về tính cấp thiết và tính khả thi của đề xuất giải pháp

+ **Mục đích, qui mô và thành phần khảo nghiệm:** Khảo nghiệm trên mẫu 55 tương ứng với mỗi bệnh viện gồm một nhà quản lí cấp bệnh viện, hai trưởng, phó cấp khoa phòng và hai bác sĩ chuyên môn KKB của 11 BVC trên địa bàn TP.HN.

+ **Nội dung khảo nghiệm:** Nhằm đánh giá tính cấp thiết và đánh giá tính khả thi của các giải pháp tác giả đưa ra.

+ Phương pháp và kỹ thuật tiến hành khảo nghiệm:

+ Sử dụng phiếu trưng cầu ý kiến (Phụ lục IX phiếu khảo sát về tính cấp thiết và tính khả thi của các giải pháp đưa ra) để thu thập số liệu.

+ Tập hợp và xử lí số liệu theo tỷ lệ phần trăm và điểm trung bình.

+ Thang đánh giá năm bậc: Rất cần thiết / rất khả thi (năm điểm); Cần thiết / Khả thi (bốn điểm); Bình thường (ba điểm); Không cần thiết / Không khả thi (hai điểm); Rất không cần thiết / Rất không khả thi (một điểm).

+ Giao tài liệu mô tả các giải pháp và Phiếu trưng cầu ý kiến cho đối tượng khảo nghiệm, đề nghị họ đọc kĩ trước văn bản và yêu cầu của phiếu.

+ Gặp đối tượng khảo nghiệm để giải thích những thắc mắc của đối tượng khảo nghiệm về Phiếu trưng cầu ý kiến.

+ Tập hợp số liệu từ các phiếu hợp lệ và tính điểm trung bình.

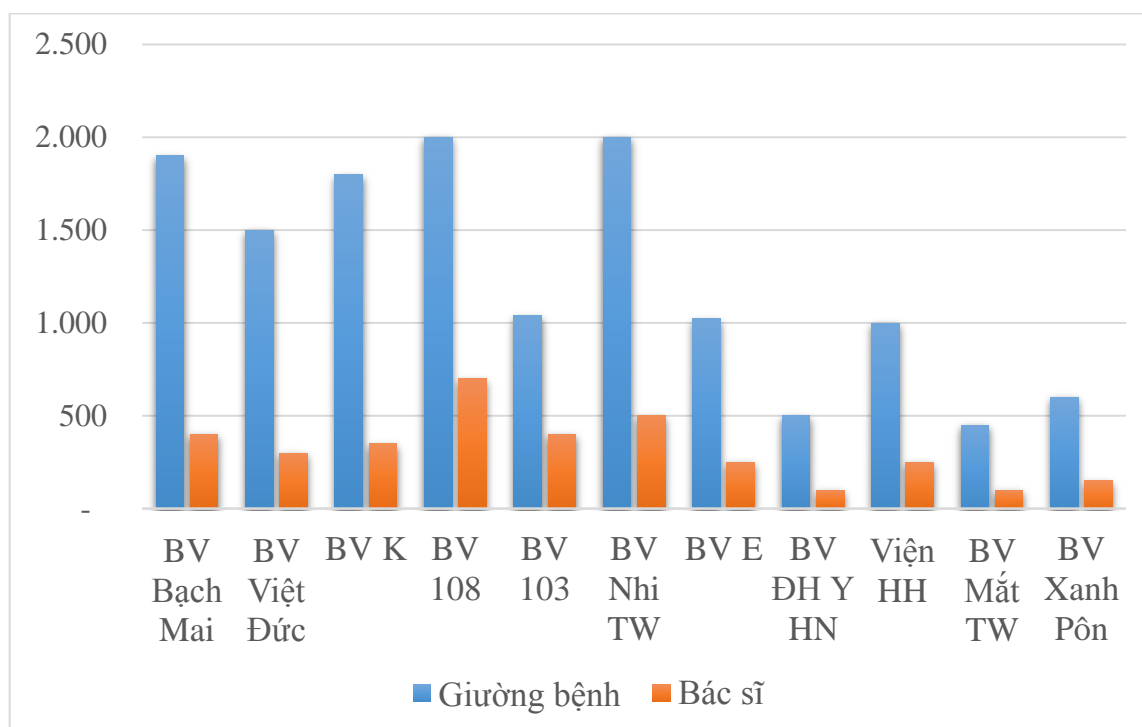
+ Rút ra những nhận định và phân tích định tính.

3.6. Mô tả về các bệnh viện công lựa chọn nghiên cứu

Theo niên giám thống kê Việt Nam năm 2021 và các tài liệu từ BHYT [9], tại TP.HN đang có 29 131 giường bệnh trong tổng số 307 740 giường bệnh công lập cả nước (chiếm 9,47%); 11 133 bác sĩ trong tổng cộng 109 535 bác sĩ cả nước (chiếm 10,16%) [85]. Còn theo thông tin trên Phần mềm thống kê y tế [19], hết năm 2020 cả nước có 47 bệnh viện tuyến TW (20 bệnh viện đặt trụ sở tại Hà Nội bằng 42,55% cả nước); 13 bệnh viện cấp bộ ngành TW (11 bệnh viện đặt trụ sở tại Hà Nội chiếm 84,62%); 8 bệnh viện thực hành của trường đại học y dược (04 bệnh viện đặt trụ sở tại Hà Nội chiếm 50%) và 20 bệnh viện đa khoa tuyến quận huyện trở lên do Sở Y tế Hà Nội quản lí. Có thể nói, các BVC tại TP.HN, đặc biệt là các bệnh viện tuyến TW đều là bệnh viện tuyến cuối, là nơi KCB chất lượng cao nhất cả nước. Với tỷ lệ đó, có thể nói NC thực hiện tại các BVC trên địa bàn TP.HN có tính đại diện tiêu biểu cho hệ thống y tế công tại Việt Nam hiện nay.

Thực hiện NC tại 11 BVC đại diện tiêu biểu gồm: Bệnh viện Bạch Mai (BVBM) là bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt lớn nhất miền bắc có 1 900 giường bệnh, hơn 400 bác sĩ [36], Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (BVHNVD) là bệnh viện ngoại khoa hạng đặc biệt có 1 500 giường bệnh, gần 300 bác sĩ [40], Bệnh viện K (BVK) là bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về ung bướu có 1 800 giường bệnh, trên 350 bác sĩ [41], bệnh viện TW Quân đội 108 (bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt tuyến cuối của ngành quân đội có hơn 2 000 giường bệnh, trên 700 bác sĩ [45]), bệnh viện Quân Y 103 (bệnh viện thực hành của Học viện Quân Y nơi đào tạo YBS cho quân y với khoảng 1 040 giường bệnh cùng hơn 400 bác sĩ [44]), bệnh viện Nhi TW (bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về nhi có gần 2 000 giường bệnh, có gần 500 bác sĩ [43]), Bệnh viện E (bệnh viện đầu ngành về sức khỏe lao động với 1 022 giường bệnh cùng hơn 250 bác sĩ [39]), bệnh viện trường Đại Học Y Hà Nội (bệnh viện thực hành của trường đào tạo nhân lực y tế lâu đời nhất Việt Nam trường đại học Y Hà Nội, có quy mô 500 giường bệnh cùng 100 bác sĩ cơ hữu, hơn 100 bác sĩ kiêm nhiệm và khoảng 300 giảng viên trường đại học Y Hà Nội [46]), Viện Huyết học Truyền máu TW (bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về máu, tế bào có quy mô 1 000 giường bệnh cùng khoảng 250 bác sĩ [47]), bệnh viện Mắt TW (bệnh viện chuyên khoa đầu ngành về mắt có quy mô 450 giường bệnh, gần 100 bác sĩ chuyên khoa mắt [42]) và bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (bệnh

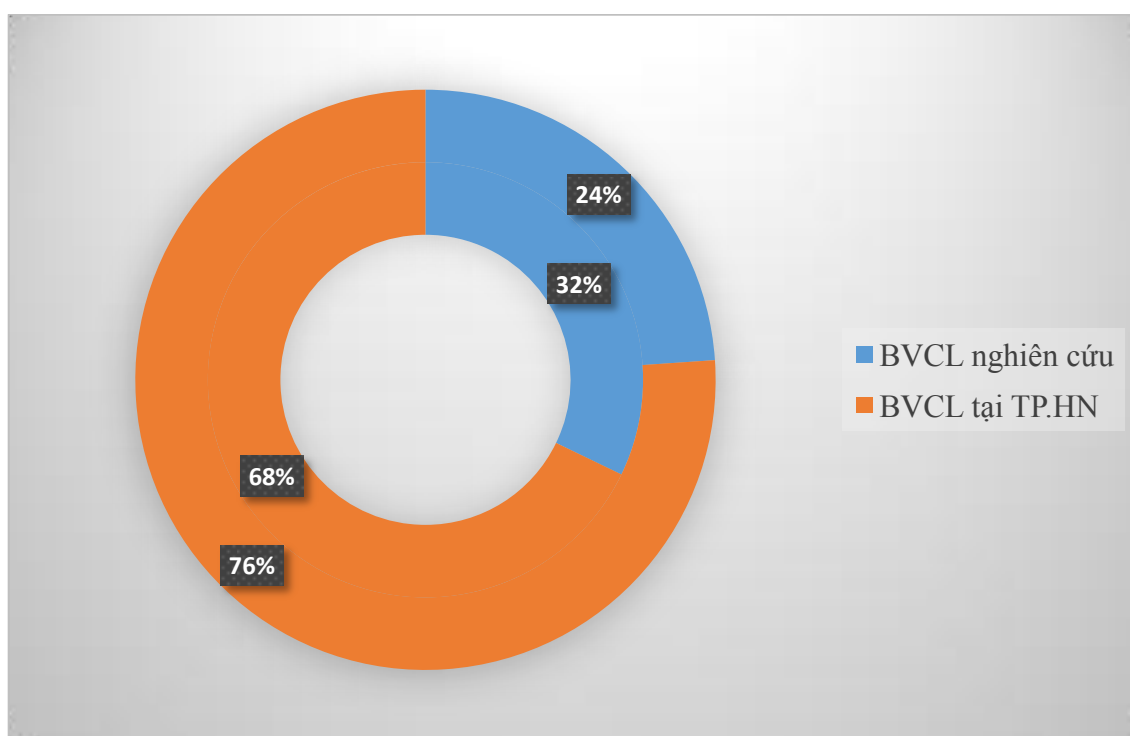
viện đa khoa tuyến cuối của TP.HN có quy mô hơn 600 giường bệnh cùng hơn 150 bác sĩ đang thực hiện công tác chuyên môn tại bệnh viện [38]).



Biểu đồ 3. 4. Thống kê số giường bệnh và bác sĩ các bệnh viện nghiên cứu tại thành phố Hà Nội

(Nguồn: Tác giả thu thập dữ liệu và phân tích)

Trong tổng số 11 BVC tại TP.HN mà tác giả NC đã có tổng cộng 13 812 giường bệnh (chiếm 32% số giường bệnh các BVC tất cả các tuyến trên địa bàn TP.HN) và hơn 3,500 bác sĩ (chiếm hơn 24% số lượng bác sĩ tại các BVC tất cả các tuyến trên địa bàn TP.HN). Do đặc điểm, 11 bệnh viện tác giả NC có ba trên ba bệnh viện hạng đặc biệt tại Tp.HN (BVBM, BVHNVĐ, bệnh viện TW Quân đội 108) trong khi toàn quốc có tổng sáu bệnh viện hạng đặc biệt; năm bệnh viện cấp TW trong tổng 20 bệnh viện tuyến TW tại TP.HN (BVK, bệnh viện Nhi TW, bệnh viện E, Viện Huyết học Truyền máu TW, bệnh viện Mắt TW), hai trong tổng 10 bệnh viện cấp bộ ngành TW (BVHNVĐ, bệnh viện Quân Y 103), bệnh viện đa khoa tuyến cuối của TP.HN (bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn) và bệnh viện thực hành của trường đại học y lớn, lâu đời nhất cả nước (bệnh viện trường Đại Học Y Hà Nội) nên có thể nói các BVC được thực hiện NC đã đại diện cho hơn 50% năng lực KCB của các BVC tại TP.HN hiện nay. Chỉ các BVC, Trung tâm y tế tuyến quận, huyện và trạm y tế tuyến xã phường là không thuộc nhóm bệnh viện được tác giả lựa chọn NC.



Biểu đồ 3. 5. Tỷ lệ giường bệnh và bác sĩ thuộc bệnh viện nghiên cứu so với tổng số bệnh viện công tại thành phố Hà Nội các cấp

(Nguồn: Tác giả thu thập dữ liệu và phân tích)

3.7. Kết luận chương III

Chương ba tác giả đã trình bày về nội dung phương pháp NC được sử dụng trong luận án cụ thể như sau:

Bảng 3. 5. Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu và nội dung áp dụng triển khai trong luận án

Tên	Nội dung	Triển khai thực hiện
Quy trình NC	năm bước NC tổng quát	Xuyên suốt luận án (Chương I đến Chương V)
Phương pháp thu thập dữ liệu	Dữ liệu thứ cấp	NC tài liệu, phân tích, tổng hợp các tài liệu, báo cáo liên quan đến nội dung NC (Chương IV Mục 4.1 và Chương V Mục 5.1)
	Dữ liệu sơ cấp	Tổng hợp các phương pháp: quan sát, phỏng vấn, khảo sát thực địa (Chương IV Mục 4.2 và Chương V Mục 5.4)
Phương pháp phân tích dữ liệu	Khung phân tích	Phân tích thực trạng QTTG và các LP theo TDTG trong các BVC: + Thực trạng về công cụ, mô hình và phương áp dụng QTTG tại BVC (Chương IV Mục 4.1) + LP theo TDTG và theo các bước trong quy trình KCB (Chương IV Mục 4.2.1 và Mục 4.2.2)

		+ Các LP dạng hữu hình và vô hình (Chương IV Mục 4.2.3) + Các điều kiện áp dụng QTTG thành công trong hoạt động KCB tại BVC (Chương IV Mục 4.2.5) + Nguyên nhân tồn tại, LP, bất cập trong áp dụng QTTG trong hoạt động KCB tại BVC làm cơ sở đề xuất giải pháp (Chương IV Mục 4.3)
	Phân tích dữ liệu	Sử dụng song song kết hợp hai phương pháp phân tích dữ liệu định tính và định lượng (Chương IV Mục 4.2)
	Phân tích định tính	Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được tiến xử lý dữ liệu bằng Excel và phương pháp thống kê mô tả (Chương IV Mục 4.2.1 đến Mục 4.2.4)
	Phân tích định lượng	Sử dụng công cụ nhập liệu Epidata 3.1 và công cụ phân tích dữ liệu SPSS 22 (Chương IV Mục 4.2.5)
	Phân tích và bàn luận nội dung NC	Dữ liệu thu thập từ phỏng vấn bán cấu trúc được nhận dạng dữ liệu chữ quan trọng (key word) để hệ thống hóa dữ liệu và phân tích dữ liệu để hệ thống hóa dữ liệu và phân tích dữ liệu (Chương IV Mục 4.3) Dữ liệu thu thập được từ khảo sát được tác giả sử dụng phần mềm SPSS 22 để tính tỷ lệ phần trăm cho từng mức độ theo trình tự xử lý gồm bốn bước, có kết hợp các phân tích: tương quan, hồi quy đa biến, ANOVA và kiểm định giả thuyết (Chương IV Mục 4.2)
Khảo nghiệm giải pháp đề xuất	Tính cấp thiết của giải pháp	Nhằm đánh giá tính cấp thiết của các giải pháp mà luận án đưa ra dựa trên thang đánh giá năm cấp độ (rất cần thiết đến rất không cần thiết) từ đó rút ra những nhận định và phân tích định tính (Chương V Mục 5.4)
	Tính khả thi của giải pháp	Nhằm đánh giá tính khả thi của các giải pháp mà luận án đưa ra dựa trên thang đánh giá năm cấp độ (rất khả thi đến rất không khả thi) từ đó rút ra những nhận định và phân tích định tính (Chương V Mục 5.4)

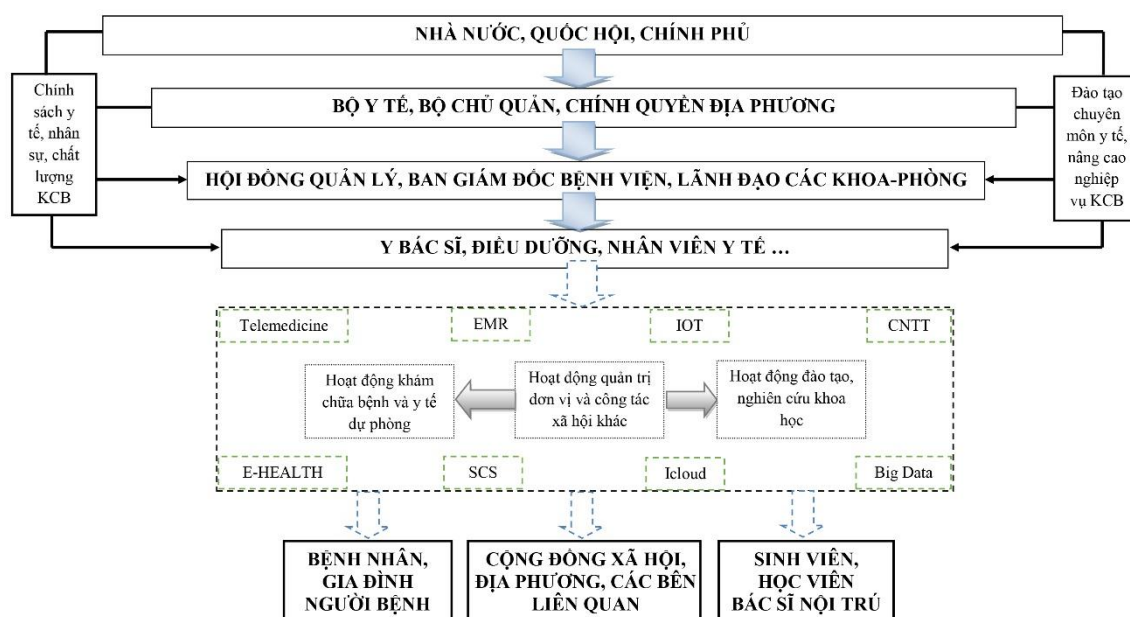
Nội dung phương pháp NC được sử dụng trong luận án trình bày ở trên được sử dụng phân tích thực trạng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN nói riêng, toàn quốc nói chung, qua đó xác định những tồn tại, bất cập. Xác định nguyên nhân của những tồn tại, bất cập và phân tích về những nhân tố ảnh hưởng đến việc áp dụng QTTG trong BVC... được trình bày hai hai chương IV và V của luận án.

CHƯƠNG IV. THỰC TRẠNG QUẢN TRỊ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN CÔNG TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

4.1. Thực trạng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công thành phố Hà Nội

4.1.1. Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện công hiện nay

QTTG được triển khai áp dụng tại các BVC ở Việt Nam giai đoạn đầu chủ yếu qua các chương trình hợp tác, tài trợ của các tổ chức phi chính phủ [94], sau với sự phổ biến của các công cụ, phương pháp QTTG dần dần được triển khai theo các chương trình của ngành y tế gắn với nâng cao chất lượng bệnh viện [13], phong trào đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của NVYT hướng tới sự hài lòng của BN [14]... nên áp dụng QTTG tại các BVC chủ yếu theo cách chỉ đạo từ trên xuống và các BVC thực hiện theo chỉ thị hoặc chương trình do bộ chủ quản yêu cầu. Qua phân tích tài liệu thứ cấp, quan sát, khảo sát và phỏng vấn sâu, tác giả đã tổng hợp mô hình QTBV hiện đang áp dụng tại đa phần các BVC ở Việt Nam như hình bên dưới:



Hình 4. 1. Mô hình quản trị bệnh viện công tại Việt Nam hiện nay

(Nguồn: Dale và Krishna, 2015)

Mô hình được chia làm ba cấp độ: vĩ mô (quốc hội, nhà nước, chính phủ, BHYT), trung gian (HĐQL, BGD) và vi mô (khoa phòng thực hiện các hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ). Mô hình được áp dụng tại 100% các BVC mà tác giả NC khảo sát có một số đặc điểm chính như sau:

+ Cơ cấu tổ chức chịu sự quản lý chặt chẽ về nhân sự, chiến lược, chuyên môn, tài chính của cấp vĩ mô theo hướng một chiều.

+ Chính sách quản lý bệnh viện hoạt động theo các nguyên tắc quản lý đối với đơn vị sự nghiệp nhà nước có thu, tự chủ một phần hoặc toàn phần.

+ Hoạt động đào tạo chủ yếu theo nguyên tắc lý thuyết tại các trường đại học, thực hành lâm sàng tại bệnh viện, trong bệnh viện ít có các chương trình đào tạo lại hoặc nội bộ và nếu có chỉ tập trung đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ.

+ Phương pháp quản trị theo nguyên tắc quản lý hành chính nhà nước.

+ Quy trình hoạt động theo kinh nghiệm người quản lý, kinh nghiệm hoạt động bệnh viện từ khi thành lập đến nay (đã trải qua nhiều thay đổi về thể chế, cơ chế).

Theo kết quả phỏng vấn sâu, các nhà quản lý các cấp trong BVC đều nhất trí rằng, các BVC tại Việt Nam hiện đang phải đối mặt với một vấn đề đó là hiệu quả trong công tác QTBV. Kết quả tự chủ thời gian qua đã cho thấy đa phần các BVC chưa thể tự chủ tự chịu trách nhiệm toàn diện mà không có sự hỗ trợ của NSNN và chính sách ưu đãi, cơ chế làm việc hoạt động có đặc thù riêng. Qua các cuộc phỏng vấn sâu, nhóm NC sử dụng công cụ 5 + Whys để phân tích nguyên nhân và tìm ra nguyên nhân gốc rễ của vấn đề, đây là phương pháp được Sakichi Toyoda đưa ra vào những năm 1930 [158], được sử dụng rộng rãi trong tập đoàn Toyota cho đến tận bây giờ.

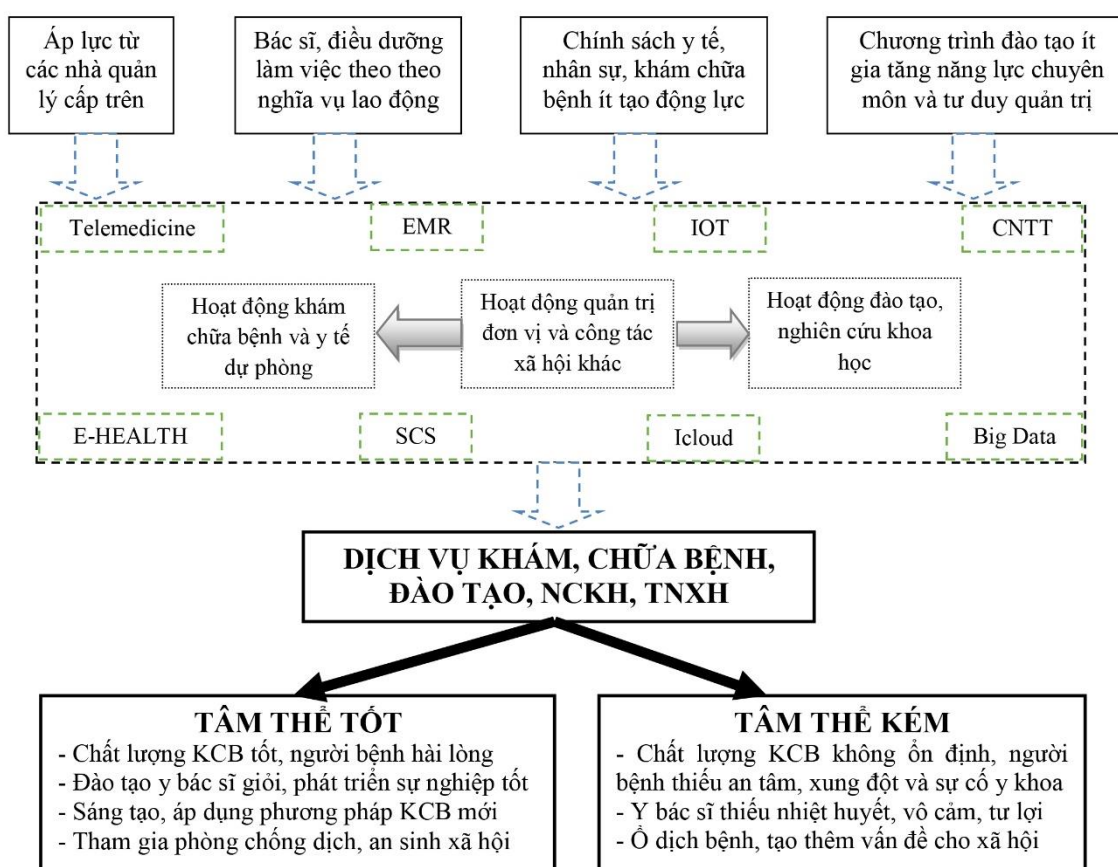
Khi NC về vấn đề trong QTBV được phát hiện, tác giả đặt câu hỏi “tại sao” để truy vấn nguyên nhân cơ bản của vấn đề. Các bước hỏi tại sao sẽ dừng lại khi nguyên nhân chính xảy ra, trong NC nhóm thực hiện câu hỏi “tại sao” trung bình 5 lần giúp chúng tôi ước tính nguyên nhân chính. Sau khi phân tích các nguyên nhân của vấn đề QTBV hiện nay như:

+ Áp lực từ các cấp trên (nguyên tắc quản lý hành chính nhà nước).

+ YBS làm việc theo theo nghĩa vụ lao động (chưa tạo tâm lý chủ động tham gia trong các hoạt động tại bệnh viện).

+ Chính sách y tế, nhân sự, KCB ít tạo động lực (quản lý nhà nước cho đơn vị có thu tự chủ một phần một chiều).

+ Chương trình đào tạo ít gia tăng năng lực chuyên môn và tư duy quản trị.



Hình 4. 2. Các vấn đề và kết quả quản trị bệnh viện công ở Việt Nam hiện nay
(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Qua hình 4.2 có thể thấy các hoạt động chuyên môn của bệnh viện (KCB, đào tạo, nghiên cứu khoa học - NCKH, trách nhiệm xã hội - TNXH) cần được hỗ trợ để có chất lượng tốt nhất thì đang phải chịu những áp lực từ mô hình. Bên cạnh đó còn nguyên nhân quan trọng khác như phụ thuộc yếu tố “Tâm thể” của nhân lực (nhà quản lý, trưởng khoa phòng, YBS, NVYT) tham gia các hoạt động tại bệnh viện. Nếu những người tham gia vào hoạt động tại bệnh viện mà “Tâm thể” không tốt sẽ làm: YBS sẽ thiếu nhiệt huyết, vô cảm trong KCB, từ đó tạo ra chất lượng KCB không ổn định, không được sự hài lòng của BN và tạo thêm các vấn đề cho xã hội.

4.1.2. Thực trạng áp dụng công cụ quản trị tinh gọn

Từ năm 2015 đến nay, 5S được áp dụng khá phổ biến trong quản lý chất lượng bệnh viện tại Việt Nam, 5S đã thành phong trào, được lượng hóa thành tiêu

chí thứ 13 (BN được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp) trong tổng số 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện tại Việt Nam [15]. Trong đó, mức độ cao nhất (mức độ năm) xác định áp dụng phương pháp 5S để cải tiến chất lượng trên phạm vi toàn bệnh viện, có báo cáo đánh giá việc áp dụng phương pháp 5S và sử dụng kết quả đánh giá để tiếp tục cải tiến chất lượng, gọn gàng, ngăn nắp.

Quan sát tại 11 bệnh viện nghiên cứu cũng như một số bệnh viện các tuyến tại TP.HN khác, tác giả nhận thấy tại phòng Quản lý chất lượng bệnh viện của mỗi bệnh viện luôn có nhóm giám sát, kiểm tra đánh giá áp dụng 5S. Việc triển khai áp dụng 5S được triển khai đến mọi khoa, phòng và các khoa, phòng có nghĩa vụ kiểm tra chéo nhau trong sự giám sát của phòng Quản lý chất lượng bệnh viện. Việc triển khai áp dụng 5S tại các bệnh viện thể hiện qua các bảng, biển hoặc mọi hoạt động hành chính, chuyên môn như các hình bên dưới:



Tại Bệnh viện Răng hàm mặt TW
Hình 4. 3. Một số hình ảnh áp dụng công cụ quản trị tinh gọn tại các bệnh viện công hiện nay

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Theo các nhà lãnh đạo bệnh viện, chuyên gia y tế mặc dù ban đầu 5S đã mang lại những kết quả tích cực, tạo hình ảnh gọn gàng, ngăn nắp tuy nhiên qua thời gian việc duy trì, phát triển tiếp triển khai 5S rất khó khăn, tính chất đối phó với kiểm tra giám sát đã xuất hiện, việc kiểm tra chéo nhưng lại giữa các khoa, phòng trong bệnh viện khi đều là những nhân viên quen biết nhau nên không tránh khỏi nể nang bù trừ cho nhau. Việc chưa có công cụ hay bộ phận giám sát độc lập, bên ngoài bệnh viện làm cho việc triển khai QTTG trong không ít bộ phận thậm

chỉ mang nhiều tính hình thức, nên hiệu quả 5S chưa thực sự phát huy tối đa như kỳ vọng.

Cùng với 5S, các công cụ QTTG khác như Kaizen, quản trị trực quan... đã được áp dụng vào hầu khắp các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên [13]. Thậm chí, nhiều tỉnh thành còn coi phong áp dụng 5S nói riêng và công cụ QTTG nói chung như là một phong trào được triển khai áp dụng trong mọi cấp đơn vị trong mạng lưới y tế địa phương [116]. Đề hướng đến môi trường bệnh viện khoa học, an toàn cho nhân viên cũng như BN, giảm thiểu tối đa rủi ro trong khám, điều trị bệnh.

Khảo sát thực trạng áp dụng các công cụ và phương pháp QTTG tại KKB tại 11 BVC trên địa bàn TP.HN với 319 nhà quản lí, YBS và NVYT kết quả bảng 4.1 cho thấy công cụ 5S có tỷ lệ trung bình cao nhất (giá trị khoảng cách trung bình bằng 4.2 tương đương với mức ý nghĩa số bốn “đồng ý”) cho thấy công cụ 5s đang được áp dụng phổ biến ở hầu khắp các BVC trên địa bàn TP.HN.

Bảng 4. 1. Mức độ áp dụng các công cụ quản trị tinh gọn tại bệnh viện công khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Công cụ 5S	319	1	5	4.20	1.132
Cải tiến liên tục Kaizen	319	1	5	2.67	1.682
Quản trị trực quan Mieruka	319	1	5	2.37	1.639
Tự động kiểm tra lỗi Jidoka	319	1	5	2.37	1.628
Tư duy quản trị tinh gọn	319	1	5	2.61	1.646
Phương pháp, công cụ khác	319	1	5	2.00	1.492

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Như vậy có thể thấy, cùng với chính sách khuyến khích, hỗ trợ của BHYT, công cụ 5S đã được vào áp dụng rộng rãi trong hệ thống y tế công Việt Nam từ tuyến TW đến địa phương, từ bệnh viện tại các đô thị lớn đến tỉnh vùng sâu, vùng xa (Hà Giang) công cụ 5S đã trở thành công cụ QTTG phổ biến trong các hoạt động chuyên môn của nhà quản lí, YBS và NVYT. Các công cụ khác có công cụ cải tiến liên tục Kaizen và TDTG ít nhiều được áp dụng trong phạm vi một số khoa phòng trong bệnh viện trong những khoảng thời gian nhất định, chưa được phạm vi rộng khắp như công cụ 5s. Đó là ba công cụ, phương pháp của QTTG được áp dụng phổ biến theo các mức độ khác nhau trong hoạt động KCB tại các BVC tại Việt Nam.

4.2. Nhận diện các lãng phí tại bệnh viện công thành phố Hà Nội

4.2.1. Các lãng phí theo tư duy tinh gọn *Made in Vietnam*

Qua nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát

Như đã phân tích ở chương II, các lãng phí theo tư duy tinh gọn *Made in Vietnam* được chia thành hai loại là LP hữu hình và LP vô hình. Trong đó LP hữu hình bao gồm: Sản xuất dư thừa; Chờ đợi; Di chuyển; Tồn kho; Thao tác; Gia công thừa; Lỗi. Trong một số NC khác về QTTG sau đó, đã bổ sung thêm một số loại LP khác: Kiến thức rời rạc; Sửa sai [158]. Các NC trong lĩnh vực y tế đã chỉ ra có bảy loại LP chính đang tồn tại trong chuỗi hoạt động của bệnh viện khi tham chiếu dưới lăng kính của TDTG có nhiều tương đồng trong nguyên nhân [125].

Trên cơ sở kết quả NC của các tác giả trong, ngoài nước và của chính tác giả, tại Bảng 2.4. Tổng hợp cơ sở lí luận về QTTG *Made in Vietnam* nói chung, QTTG trong bệnh viện nói riêng, tác giả đã đưa ra khung các LP trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam theo tư duy QTTG gồm năm loại LP phổ biến là: Chờ đợi; Di chuyển; Thao tác thừa; Yêu cầu cận lâm sàng thừa; và Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến.

Tác giả thực hiện quan sát tại ba bệnh viện: BVHN Việt Đức (bệnh viện ngoại khoa hạng đặc biệt nơi đặt trụ sở làm việc của NCS), bệnh viện Bạch Mai (bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt một cơ sở ghép tạng lớn), bệnh viện ĐK Xanh Pôn (bệnh viện tuyến cuối của TP.HN cũng là một trong những nơi ghép tạng đầu tiên tại TP.HN) những nơi có thuận lợi nhất cho NCS quan sát theo năm loại LP phổ biến đã đề cập ở trên (Chờ đợi; Di chuyển; Thao tác thừa; Yêu cầu cận lâm sàng thừa; và Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến). NCS nhận thấy một số lãng phí theo tư duy tinh gọn rất dễ nhận ra như:

+ Thời gian chờ tồn tại trong mọi khâu ở quá trình KCB cả 3 bệnh viện đặc biệt các khâu tương đơn giản như: đăng ký KCB (bình quân từ khi vào đến khi đăng ký xong mất 30 phút), chờ được YBS gọi vào khám (bình quân 40 phút), chờ thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng như siêu âm, x-quang, cộng hưởng từ, cắt lớp vi sinh... (50 đến 300 phút).

+ Di chuyển của bệnh nhân là một nội dung khác mà NCS nhận thấy cũng rất lãng phí, NCS đo lường từ khi đăng ký đến khi thanh toán kết thúc khám bệnh

tại BVHN Việt Đức bình quân người bệnh di chuyển mất 1.2km, bệnh viện Bạch Mai là 1.5km và bệnh viện ĐK Xanh Pôn 950 mét. Với tình trạng sức khỏe bệnh nhân, việc thực hiện quy trình KCB mà phải mất thời gian di như vậy, dù được người nhà, NVYT hỗ trợ nhưng cũng chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Hình vẽ quá trình di chuyển khi hoàn thành KCB của BN tại một trong ba bệnh viện mà tác giả đã quan sát được tác giả vẽ bằng công cụ trong những lần quan sát, thực hiện dưới đây sẽ minh chứng thêm cho quãng đường mà BN phải đi khi KCB và sẽ phản ánh mức độ LP của việc phải di chuyển khi KCB hiện nay.



Hình 4. 4. Quãng đường phải di chuyển khi đi khám bệnh của bệnh nhân tại một bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội

(Nguồn: Kết quả quan sát của tác giả)

Qua góc nhìn của nhà quản lý, y bác sĩ và nhân viên y tế

Sau khi quan sát, NCS thực hiện khảo sát tại các BVC khu vực TP.HN, dữ liệu qua phân tích SPSS thể hiện tại Bảng bên dưới cho thấy ba LP: chờ đợi (Giá trị trung bình bằng 4.46), di chuyển (Giá trị trung bình bằng 4.54) và yêu cầu cận lâm sàng thừa (Giá trị trung bình bằng 4.24) đều có giá trị khoảng cách trung bình lớn nhất hơn 4.2 (rất đồng ý) chứng tỏ ba LP này đang tồn tại rất nhiều trong hoạt động KCB tại các BVC khu vực TP.HN. Với hai LP còn lại theo khung lý thuyết ban đầu là: thao tác thừa và tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến, thì giá trị khoảng cách trung bình đều trong khoảng trung bình (từ 2.61 đến 3.40) chứng tỏ các loại LP này cũng có nhưng không quá nhiều và có thể chấp nhận được theo quan điểm của các nhà quản lý, YBS và NVYT tham gia khảo sát.

Bảng 4. 2. Mức độ các loại lãng phí theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

TT	Nhân tố	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
----	---------	---------	----------	----------	------------

1	LP chờ đợi	319	2.00	5.00	4.46
2	LP di chuyển	319	1.80	5.00	4.54
3	LP thao tác thừa	319	1.20	5.00	2.97
4	LP yêu cầu cận lâm sàng thừa	319	1.40	5.00	4.24
5	LP tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến	319	1.20	5.00	3.02

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Kết quả phân tích cũng có nhiều điểm tương đồng với các kết quả NC tại một số BVC trên địa bàn TP.HN như tại bệnh viện TW Quân đội 108 NC năm 2019 cho thấy thời gian khám cấp cứu mất 118.3 phút; thời gian để đủ điều kiện mở cấp cứu mất đến 134.4 phút; hay thời gian can thiệp mạch não cấp cứu do đột quỵ, chấn thương mất đến 55.2 phút [4]. Hay NC tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ghi nhận năm 2022, BN khám đơn thuần mất hai giờ, nếu thêm một kỹ thuật xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cận lâm sàng thì mất hai giờ khám bệnh và thêm mỗi một kỹ thuật xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cận lâm sàng là BN tốn thêm 30 phút và 5% trong tổng số thời gian đó là thời gian đợi [40]. Tương tự tại bệnh viện Bạch Mai là từ 1.5 tiếng cho BN khám đơn thuần và 38 phút cộng thêm cho mỗi một kỹ thuật xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng cận lâm sàng. Con số đó tại bệnh viện K còn nhiều hơn khi trung bình thời gian để một BN khám thông thường tại bệnh viện theo quy trình KCB là 1.5 ngày và thời gian đợi chờ chiếm 80% tổng thời gian [36].

Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng

Đối tượng NC thứ hai là BN, người nhà khác với đối tượng NC thứ nhất là quản lý, YBS và NVYT về trình độ, sự hiểu biết và kiến thức về hoạt động chuyên môn KCB lẫn QTTG hay công cụ QTTG. Do đó, xét 5 LP của khung NC, thì chỉ ba LP đầu: Chờ đợi; Di chuyển; Thao tác thừa là phù hợp khảo sát cho đối tượng BN, người nhà, còn hai LP khác là Yêu cầu cận lâm sàng thừa và Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến đòi hỏi người khảo sát phải có hiểu biết nhất định về hoạt động chuyên môn KCB lẫn QTTG hay công cụ QTTG nên không phù hợp khi khảo sát hỏi BN, người nhà.

Kết quả khảo sát tại Bảng 4.3 bên dưới về đánh giá của 256 BN, người nhà khi đến KCB tại 11 bệnh viện trên địa bàn TP.HN cho thấy cả ba loại LP chờ đợi

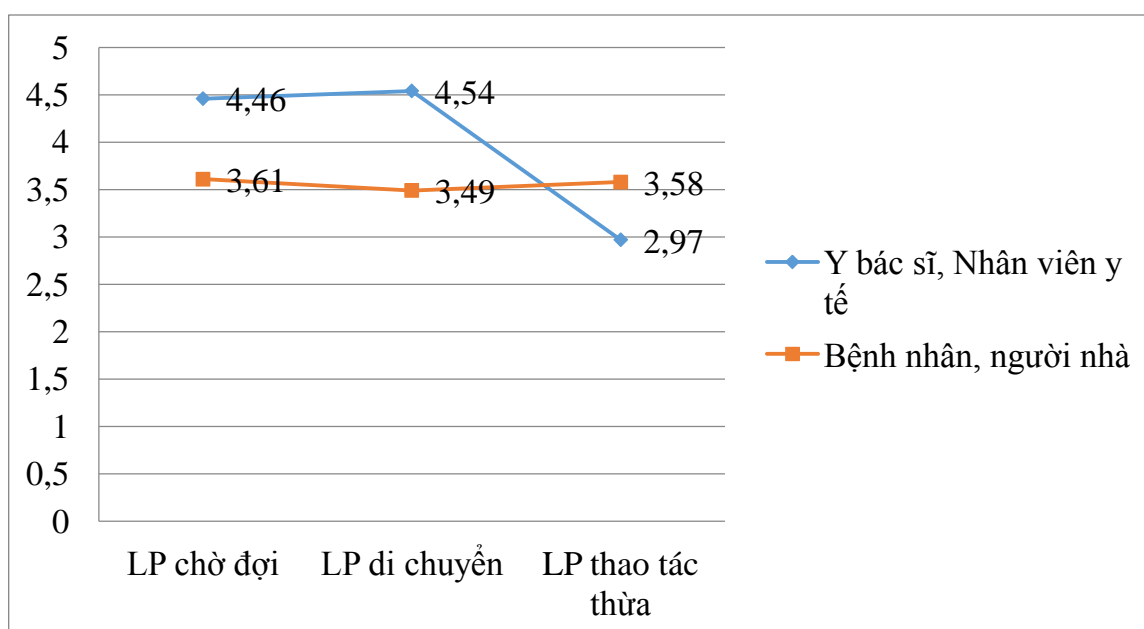
(Giá trị trung bình bằng 3.61); di chuyển (Giá trị trung bình bằng 3.49) và thao tác thừa (Giá trị trung bình bằng 3.58) đều có giá trị khoảng cách trung bình thuộc mức hai (Giá trị trung bình từ 3.41 đến 4.20). Điều đó chứng tỏ BN, người nhà đi cùng đồng ý với giả thuyết NC đưa ra rằng ba LP chờ đợi, di chuyển và thao tác thừa đang tồn tại và ảnh hưởng đến hiệu quả KCB tại các KKB của bệnh viện trên địa bàn TP.HN. Kết quả NC trên BN, người nhà đi cùng với hai LP chờ đợi, di chuyển có thấp hơn kết quả NC đối với nhà quản lí, YBS và NVYT (rất đồng ý) nhưng riêng LP thao tác thừa thì lại cao hơn (đồng ý so với trung lập).

Bảng 4. 3. Trung bình các biến quan sát ba loại lãng phí theo theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam của bệnh nhân tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

TT	Nhân tố	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
1	LP chờ đợi	256	1.00	5.00	3.61
2	LP di chuyển	256	1.00	5.00	3.49
3	LP thao tác thừa	256	1.00	5.00	3.58

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

So sánh giữa giá trị trung bình của ba loại LP (chờ đợi, di chuyển, thao tác thừa) theo TDTG đều cùng khảo sát giữa hai nhóm cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) tại sơ đồ bên dưới:



Sơ đồ 4. 1. So sánh đánh giá lãng phí theo tư duy tinh gọn giữa hai nhóm đối tượng khảo sát

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

So sánh đánh giá 03 loại lãng phí theo tư duy tinh gọn có khảo sát chung giữa hai nhóm đối tượng khảo sát tại sơ đồ trên thì đối với bệnh nhân, người đánh giá mức độ LP của 3 loại khá đều nhau quanh mức 3.5 thì với đối tượng nhà quản lí, YBS và NVYT có sự khác biệt trong đánh giá liên quan đến LP thao tác thừa họ đánh giá không LP vì theo góc độ chuyên môn để đảm bảo an toàn, tính chính xác trong KCB thì LP đó là chấp nhận được nhưng với hai LP chờ đợi và di chuyển thì nhà quản lí, YBS và NVYT lại đang đánh giá lãng phí rất cao.

4.2.2. Các lãng phí hữu hình và vô hình trong khám chữa bệnh

Theo QTTG “Made in Vietnam” LP trong các hoạt động sản xuất, kinh doanh hay dịch vụ tồn tại dưới hai loại là LP hữu hình và LP vô hình. Trong đó, LP hữu hình dễ nhận diện trong quá trình hoạt động của tổ chức (DN) như LP về cơ sở vật chất (phòng làm việc, trang thiết bị, máy móc không sử dụng hết công suất...), LP do sai hỏng (sai sót trong quá trình thực hiện công việc của nhân viên, nhầm lẫn hồ sơ, tài liệu...), LP về thời gian... Ngược lại, LP vô hình sẽ rất khó nhận dạng trong quá trình hoạt động do những LP trong tư duy hoạt động, phương pháp hoạt động, mô hình hoạt động và cả tâm thế của người tham gia vào quá trình hoạt động [152].

Thực hiện nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát

Hoạt động KCB là hoạt động chuyên môn có tính đặc thù riêng của ngành y tế nói chung và bệnh viện nói riêng. Do là hoạt động có tính đặc thù nên việc đánh giá các hoạt động LP hay không? LP dạng hữu hình hay vô hình, thì bên cạnh đánh giá theo các tiêu chí của QTTG sẽ cần xét đến hiệu quả y tế khi KCB.

Quan sát theo các tiêu chí LP hữu hình của QTTG, có thể thấy LP hữu hình trong những năm gần đây đã được bệnh viện quan tâm cắt giảm rất nhiều như: mọi khoa khám bệnh tại bệnh viện đều bố trí bảng, biển, vạch chỉ dẫn cả trên trần lẫn dưới đường di chuyển của người bệnh; nhân viên công tác xã hội có mặt tại mọi vị trí để hỗ trợ người bệnh; bảng thông tin lịch trình khám bệnh... đều trang bị để người bệnh không mất nhiều thời gian tìm kiếm, hỏi thông tin. Tuy nhiên những lãng phí hữu hình khác vẫn còn có thể loại bỏ như: xếp hàng đóng tiền khám thay vì chuyển khoản ngân hàng có xác thực sau khi đóng tiền thành công, đợi chờ lấy kết quả chỉ định cận lâm sàng (x-Quang, siêu âm, cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính...) thay vì hệ thống tự chuyển về phòng khám, hầu hết khoa khám bệnh tại các bệnh

viện sắp xếp vị trí các phòng khám chưa theo nguyên tắc một chiều nên dẫn đến khi đi khám quãng đường di chuyển của người bệnh và người nhà vẫn còn quá dài, hoàn toàn có thể rút ngắn hơn.

Quan sát theo các tiêu chí LP vô hình của QTTG, có thể thấy trong tư duy hoạt động của nhiều YBS và NVYT trong cách thức làm việc còn nhiều động tác thừa lặp đi lặp lại (như yêu cầu người bệnh khai thông tin vào phiếu hỏi nhưng khi nhập thông tin lên máy tính vẫn yêu cầu bệnh nhân đọc lại, hoặc tiền khám bệnh thu nhiều lần), phương pháp hoạt động (như các thông tin bệnh sử của bệnh nhân không khai thác trước lại để khi khám bệnh làm kéo dài thời gian khám bệnh, hay yêu cầu phải uống nước, nhịn ăn, cam kết... khi thực hiện các chỉ định cận lâm sàng như siêu âm, nội soi, tiểu phẫu... không có khuyến cáo cho BN làm ngay khi đăng ký mà khi đến từng phòng riêng mới được thông báo làm bệnh viện khai đi khai lại và ảnh hưởng thời gian thực hiện chỉ định cận lâm sàng). Quan sát theo tiêu chí LP vô hình về mô hình hoạt động và tâm thế của người tham gia vào quá trình hoạt động thì theo chia sẻ của nhiều chuyên gia y tế làm việc lâu năm, đôi khi vì an toàn hoặc trình độ chẩn đoán mà nhiều chỉ định thăm dò là không cần thiết mà chỉ cần chẩn đoán lâm sàng là đủ nhưng vẫn có chỉ định làm LP thời gian, tiền bạc cho tất cả các bên. Tuy nhiên, lại có chuyên gia có hướng suy nghĩ ngược lại cho rằng tính mạng con người là quan trọng nhất nên tẩm kém tiền bạc, LP thời gian cho các chỉ định có thể là thừa đó lại là những LP cần thiết, hơn nữa theo nhiều BN và người nhà họ chấp nhận những LP đó miễn là họ được khỏi bệnh.

Nghiên cứu theo đánh giá của nhà quản lí, y bác sĩ và nhân viên y tế

NC trong đối tượng nhà quản lí, YBS và NVYT những người tham gia trực tiếp, có hiểu biết sâu về hoạt động KCB tại các BVC, đồng thời cũng đang tiếp xúc với các công cụ, phương pháp QTTG nên có thể phân biệt, nhận diện các dạng tồn tại LP vô hình và hữu hình. Kết quả NC qua 319 nhà quản lí, YBS và NVYT tại 11 BVC khu vực TP.HN cho thấy hai loại LP hữu hình và vô hình đều có giá trị trung bình đều lớn hơn 3.41 thuộc mức ý nghĩa số bốn đồng ý với những tồn tại đó vì nó không ảnh hưởng và chấp nhận được trong hoạt động KCB.

Bảng 4. 4. Thực trạng các dạng tồn tại lãng phí trong hoạt động tại khoa khám bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

TT	Nhân tố	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
1	LP hữu hình	319	1.00	5.00	3.46

2	LP vô hình	319	1.00	5.00	3.58
---	------------	-----	------	------	------

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Phân tích giữa hai dạng tồn tại LP hữu hình, vô hình tại các BVC NC khu vực TP.HN cho thấy, theo đánh giá của nhà quản lí, YBS và NVYT đều cho rằng LP vô hình lớn hơn LP hữu hình (trung bình 4%). Kết quả phân tích đã cho thấy khả năng nhận diện, phân biệt các dạng tồn tại LP của nhà quản lí, YBS và NVYT tại BVC và tương đồng với kết quả nhiều NC khác trong, ngoài nước về các LP vô hình còn rất nhiều trong hoạt động KCB tại hệ thống y tế công [63],[69],[151].

Nghiên cứu theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng

Đối với BN, người nhà do không có chuyên môn sâu về quá trình KCB cũng như các công cụ, phương pháp QTTG đang áp dụng trong hoạt động KCB tại các BVC nên dựa trên khung các dạng tồn tại LP đã đưa ra ở chương II, tác giả xây dựng các biến quan sát về hai dạng tồn tại LP theo TDTG Made in Vietnam trong hoạt động KCB tại BVC theo con người, công cụ, trang thiết bị, quy trình mà BN và người nhà tương tác khi đến KCB tại BVC.

Khảo sát đánh giá ý kiến của BN, người nhà về các dạng tồn tại LP hữu hình và LP vô hình trong KCB theo năm mức độ từ một đến năm là: Rất không hài lòng – Rất nhiều LP, Tạm hài lòng – Nhiều LP, Bình thường, Hài lòng – Ít LP, Rất hài lòng – Rất ít LP. Căn cứ năm mức ý nghĩa đã xác định tại chương III, kết quả đánh giá về các cảm nhận về các dạng tồn tại LP của BN về KKB tại BVC NC khu vực TP.HN có giá trị trung bình trong khoảng từ 1.81 đến 2.60 (Tạm hài lòng – Nhiều LP).

Bảng 4. 5. Cảm nhận về các dạng tồn tại lãng phí của bệnh nhân về khoa khám bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

TT	Nhân tố	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
1	Cảm nhận LP hữu hình	256	1.00	5.00	2.09
2	Cảm nhận LP vô hình	256	1.00	5.00	2.57

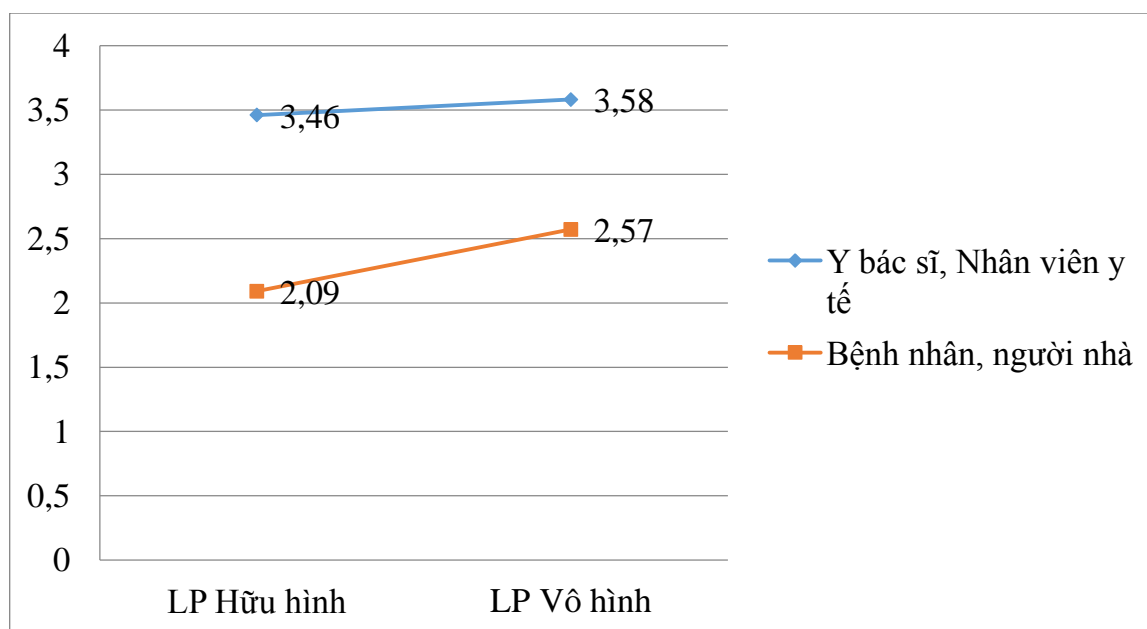
(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Như kết quả đã thể hiện tại bảng trên, người khảo sát cho rằng cả hai dạng tồn tại LP vô hình, hữu hình đều đang tồn tại nhiều trong cả 11 biến quan sát liên quan mà tác giả xây dựng. Những biến mà BN, người nhà khi đến KCB tại các BVC khu vực TP.HN nhận thấy LP nhất là khu khám bệnh luôn quá tải (rất đông

đúc, thiếu sự sắp xếp, ngồi chờ kết quả rất dài, khu KCB không qui củ và sắp xếp chưa hợp lí...), nhà bệnh vệ sinh bẩn, xếp hàng lấy số khâu nào cũng rất lâu...

Phân tích tình huống và phỏng vấn sâu, còn một LP vô hình nữa là khoảng cách giữa YBS, NVYT và BN, người nhà. Phỏng vấn ghi nhận “Đây là trường hợp lần đầu tiên chính bản thân mình gặp phải. Hôm đó mình có đi khám tại bệnh viện trong khu vực Hà Đông thì tới lượt mình nhận kết quả thì bác sĩ rất gắt gỏng không hề có sự kiên nhẫn giải thích cho BN. Bản thân mình nghĩ là khi ai tới bệnh viện khám bệnh cũng rất lo sợ nên hỏi nhiều thì các bác sĩ cũng nên từ từ giải thích”, những cảm nhận như vậy là không dễ nhận biết nhưng nó lại làm ảnh hưởng rất lớn đến kết quả của KCB, làm giảm mối tương tác, thu nhận thông tin trong quá trình KCB sẽ dễ dẫn đến thiếu thông tin hoặc thông tin sai lệch mà bác sĩ thu nhận được và sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến tính chính xác, cũng như hiệu quả trong quyết định KCB và điều trị của bác sĩ.

So sánh giữa kết quả nghiên cứu giá trị trung bình của hai loại LP (hữu hình và vô hình) cùng khảo sát giữa hai nhóm người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với người thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) tại sơ đồ:



Sơ đồ 4. 2. So sánh đánh giá lãng phí hữu hình và vô hình giữa hai nhóm đối tượng khảo sát

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Cả hai loại LP hữu hình và vô hình theo con mắt của nhà quản lí, YBS và NVYT đều cao hơn đánh giá của BN, người nhà đi cùng, điều này chứng tỏ vai trò

của kiến thức chuyên môn trong đánh giá mức độ các LP trong KCB và những thể hiện sự thẳng thắn của nhà quản lí, YBS và NVYT trong đánh giá thực trạng LP trong hoạt động KCB hiện nay.

4.3. Phân tích chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh để nhận diện các lãng phí

4.3.1. Nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát

Quan sát, theo chân BN, người nhà hoặc đóng vai hoặc làm người nhà đưa BN đi KCB tại ba BVHN Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện ĐK Xanh Pôn NCS nhận thấy vấn đề nổi cộm nhất là ở khâu đóng tiền (trước, trong và sau khám) trong bảy khâu của chuỗi giá trị theo quy trình KCB được nghiên cứu là khâu phải xếp hàng, mất thời gian chờ và ùn tắc nhất. Mặc dù hiện nay 75% người trưởng thành tại Việt Nam đã có tài khoản ngân hàng [79], hầu hết trong số đó có thẻ giao dịch điện tử banking nhưng chưa bệnh viện nào có hệ thống đóng tiền chuyển khoản khi đăng ký khám bệnh và kiểm tra tự động, chỉ duy nhất có bệnh viện Bạch Mai liên kết với ngân hàng Ngân hàng TMCP Công thương Việt Nam [37] để thực hiện thanh toán không dùng tiền mặt nhưng cũng chỉ kích hoạt thẻ khi đăng ký khám lần đầu tại viện mà không liên kết với tài khoản cá nhân từ trước.

Trong sáu khâu còn lại của quy trình KCB không thể tránh khỏi còn tồn tại các LP như thời gian chờ (xếp hàng chờ đăng ký khám, khám ban đầu, chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng, lấy kết quả...), di chuyển đi lại (do phải đóng tiền bổ sung theo các bước khi KCB), hay thái độ tâm thế của YBS, NVYT (thiếu niềm nở, cáu gắt...), và cả thái độ của BN, người nhà đi cùng (thiếu hợp tác hoặc thiếu hiểu biết dẫn đến hợp tác thiếu hiệu quả trong quá trình KCB)... những LP đó do chủ quan hay khách quan hoặc do bên cung cấp dịch vụ (bệnh viện) hoặc bên thụ hưởng dịch vụ (BN) cũng đều ảnh hưởng đến hiệu quả và tổng thời gian KCB theo quy trình KCB tại các bệnh viện.

4.3.2. Góc nhìn của nhà quản lí, y bác sĩ và nhân viên y tế

Thực hiện NC theo quy trình KCB, cho đối tượng NC thứ nhất là nhà quản lí, YBS và NVYT tại 11 BVC khu vực TP.HN kết quả NC được trình bày như sau:

Bảng 4. 6. Đánh giá về lãng phí tại các khâu trong quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Mean	Độ lệch chuẩn
Đón tiếp ban đầu	319	1.00	5.00	2.69	0.983

Đăng ký khám bệnh	319	1.00	5.00	2.74	0.983
Khám bệnh ban đầu	319	1.00	5.00	2.57	0.932
Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	319	1.00	5.00	2.63	0.988
Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	319	1.00	5.00	2.56	0.943
Mua thuốc	319	1.00	5.00	2.69	0.905
Thanh toán trước, trong và sau khám	319	1.00	5.00	2.99	0.892

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Qua kết quả tại bảng trên ghi nhận tất cả các biến quan sát đều có giá trị trung bình nhỏ hơn 3.40 tức có mức ý nghĩa từ bình thường đến LP ít. Trong đó hai bước khám bệnh ban đầu và tổng hợp kết quả khám cuối cùng đều có giá trị trung bình nhỏ hơn 2.61 tương ứng với mức ý nghĩa số hai đánh giá các khâu này LP ít và phù hợp với chuyên môn kỹ thuật trong KCB. Còn năm bước còn lại: Đón tiếp ban đầu; Đăng ký khám bệnh; Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng; Mua thuốc; Thanh toán trước, trong và sau khám có giá trị trung bình trong khoảng từ 2.61 đến 3.40 có nghĩa theo đánh giá của nhà quản lí, YBS và NVYT tham gia trực tiếp vào hoạt động KCB tại các bệnh viện có thể vẫn còn tồn tại những LP nhưng để đảm bảo chuyên môn, an toàn KCB, thì LP vẫn được chấp nhận.

Khi NC sâu về đánh giá hiệu quả các bước quy trình KCB (bảng 4.7) thì chỉ có nhận xét “các quy trình và thủ tục khám bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu” là một trong sáu nhận xét được nhà quản lí, YBS và NVYT tham gia trực tiếp vào hoạt động KCB tại các BVC đồng ý còn những nhận xét về: “Khâu tư vấn, đón tiếp ban đầu cho BN của KKB, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu; Khâu đăng ký KCB của KKB, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu; Khâu đóng tiền, thanh toán KCB của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu; Cách bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của KKB, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu; Hệ thống trang thiết bị, máy móc của KKB, bệnh viện là rất tốt” người khảo sát vẫn đang phân vân trong lựa chọn đồng ý hoặc không đồng ý.

Bảng 4. 7. Đánh giá các bước trong quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Các quy trình và thủ tục khám bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	319	1.00	5.00	3.42	1.005

Khâu tư vấn, đón tiếp ban đầu cho BN của khoa Khám bệnh, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	319	1.00	5.00	3.33	0.949
Khâu đăng ký khám chữa bệnh của khoa Khám bệnh, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	319	1.00	5.00	3.29	1.014
Khâu đóng tiền, thanh toán khám chữa bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	319	1.00	5.00	3.17	1.035
Cách bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của khoa Khám bệnh, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	319	1.00	5.00	3.23	0.972
Hệ thống trang thiết bị, máy móc của khoa Khám bệnh, bệnh viện là rất tốt	319	1.00	5.00	3.28	0.951

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Rõ ràng kết quả phân tích ở bốn bảng NC về ở đây về đánh giá về LP tại các khâu trong quy trình KCB và hiệu quả các bước trong quy trình KCB đang có khác biệt trong đánh giá của nhà quản lí, YBS và NVYT trực tiếp tham gia KCB tại các BVC khi cho rằng các khâu trong quy trình KCB có LP nhưng ít hoặc nếu cũng chấp nhận được. Tuy nhiên, khi đánh giá có hài lòng hay không thì người khảo sát đa phần lựa chọn phân vân chưa hài lòng, chỉ duy nhất ý kiến đánh giá quy trình KCB đã xây dựng bài bản, tối ưu theo quy định của BHYT đảm bảo tuân thủ chặt chẽ quy định về chuyên môn quy định.

4.3.3. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng

Cũng như NC với các giả thuyết khác, NC giả thuyết về LP theo quy trình KCB, tác giả những NC cho cả đối tượng thứ hai là BN, người nhà đi KCB cùng để so sánh sự tương đồng và khác biệt trong đánh giá của hai nhóm đối tượng NC.

Bảng 4. 8. Bệnh nhân đánh giá về các lãng phí trong khâu trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đón tiếp ban đầu	256	1.00	5.00	2.46	1.112
Đăng ký khám bệnh	256	1.00	5.00	2.68	1.154
Khám bệnh ban đầu	256	1.00	5.00	2.72	1.094
Thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	256	1.00	5.00	2.80	1.108
Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	256	1.00	5.00	2.83	1.123

Mua thuốc	256	1.00	5.00	2.94	1.198
Thanh toán trước, trong và sau khám	256	1.00	5.00	3.50	1.178

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Khảo sát với 256 BN, người nhà đi KCB (tại bảng trên) cho thấy các khâu trong quy trình KCB đều ít LP hoặc có LP những chấp nhận được ngoại trừ khâu “Thanh toán trước, trong và sau khám” người khảo sát đánh giá còn LP nhiều. NC phỏng vấn sâu BN, người nhà có những đánh giá về LP trong các khâu của quy trình KCB tại các bệnh viện, tác giả ghi nhận một số LP như: thái độ của YBS khi tương tác với BN thiếu nhẹ nhàng, thân thiện; thanh toán trong quá trình KCB chưa áp dụng nhiều khoa học, công nghệ để làm giảm thủ tục, thời gian thanh toán; hoặc thủ tục giấy tờ khi đăng ký KCB và đón tiếp ban đầu vẫn có thể số hóa, thay thế nhưng vẫn còn dùng giấy in để đăng ký, đón tiếp rất LP...

So sánh kết quả NC về đánh giá các LP trong khâu KCB tại BVC giữa nhóm đối tượng nhà quản lí, YBS và NVYT và BN, người nhà đi KCB cùng cho thấy nếu như trong sáu khâu trên nhà quản lí, YBS và NVYT đều cho rằng LP ít hoặc có LP nhưng vẫn chấp nhận được để đảm bảo chuyên môn, kĩ thuật và chất lượng KCB. Nhưng với BN, người nhà thì vẫn còn một khâu “Thanh toán trước, trong và sau khám” còn nhiều LP, cần xem xét loại bỏ LP để tinh gọn hơn.

Trên cơ sở các khâu trong quy trình KCB mà BN, người nhà đã trải qua khi đến KCB tại các BVC, tác giả NC tiếp về nhận định của BN, người nhà về sự hài lòng trong các khâu của quy trình KCB tại bảng dưới đây cho thấy cả sáu khâu BN, người nhà lựa chọn chưa hài lòng khi đến KCB.

Bảng 4. 9. Sự hài lòng của bệnh nhân về các khâu trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đón tiếp ban đầu	256	1.00	5.00	2.84	0.937
Đăng ký khám bệnh	256	1.00	5.00	2.79	0.916
Khám bệnh ban đầu	256	1.00	5.00	2.91	0.905
Thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	256	1.00	5.00	2.89	0.954
Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	256	1.00	5.00	3.00	0.931
Mua thuốc	256	1.00	5.00	2.82	0.901
Thanh toán trước, trong và sau khám	256	1.00	5.00	2.82	0.976

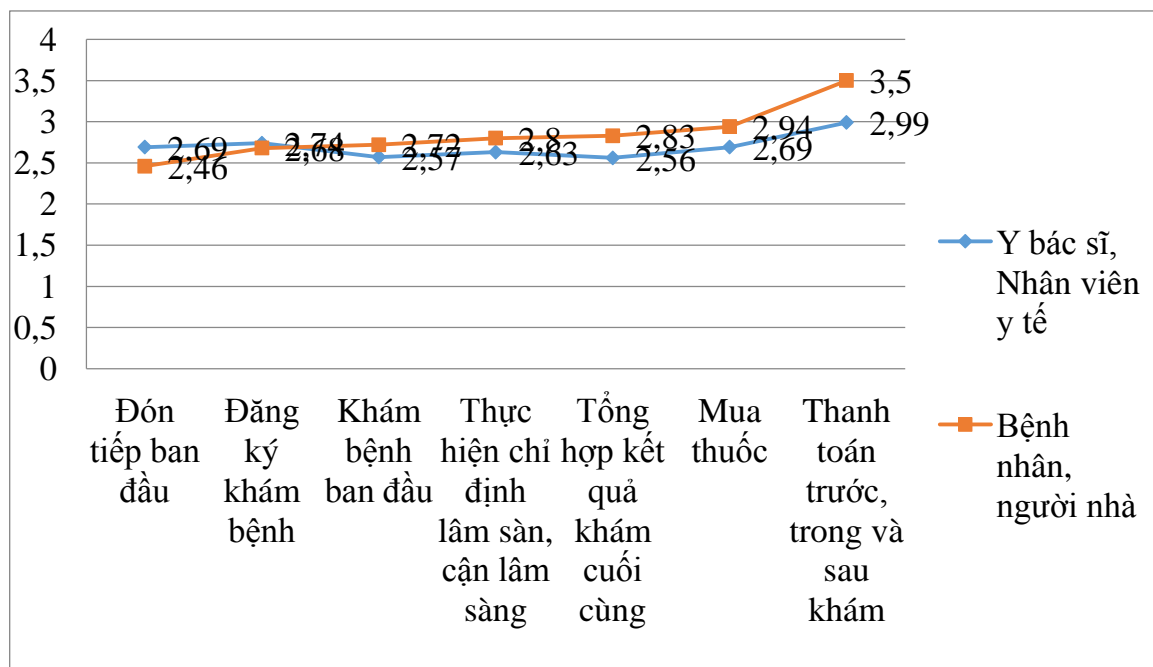
(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

So sánh với NC sâu về đánh giá của nhà quản lí, YBS và NVYT về hiệu quả các bước trong quy trình KCB tại các BVC thì có sự tương đồng khi hầu hết các khâu trong quy trình KCB tỷ lệ đồng ý (hài lòng) về hiệu quả với tỷ lệ không đồng ý (không hài lòng) là tương đối ngang nhau. Tuy nhiên, với góc độ chuyên môn theo nhà quản lí, YBS và NVYT thì các quy trình và thủ tục khám bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu vì cần phải tuân thủ đầy đủ theo quy định của BHYT để đảm bảo chất lượng an toàn chuyên môn cho BN. Phỏng vấn sâu BN, người nhà về những điều hài lòng và chưa hài lòng khác, tác giả ghi nhận: Người nhà hai lần bị bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đọc sai phim chụp CT; Chỉ định quá nhiều cận lâm sàng dư thừa (trong thời gian ngắn yêu cầu làm đi làm lại); Chẩn đoán ban đầu để chỉ định cận lâm sàng quá nhiều; Đông BN quá nên nhiều khi thái độ nhân viên và bác sĩ còn cáu gắt hoặc khám quá nhanh, vội vàng...

4.3.4. So sánh đánh giá theo các đối tượng nghiên cứu

Về lãng phí tại các khâu trong quy trình khám chữa bệnh

So sánh giữa kết quả NC giá trị trung bình các LP của bảy bước trong quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với người thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) tại sơ đồ bên dưới:



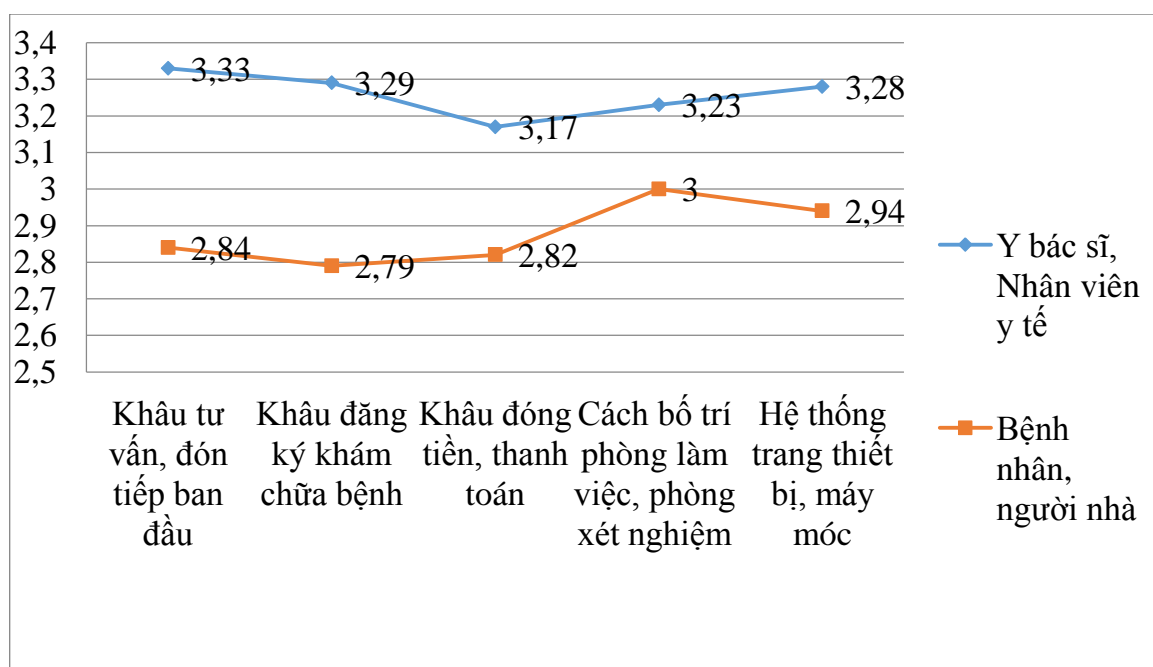
Sơ đồ 4. 3. So sánh đánh giá lãng phí theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm đối tượng khảo sát

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

So sánh đánh giá LP tại bảy bước trong chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh, mức độ đánh giá các LP của cả hai nhóm người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với người thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) đều không có chênh lệch nhiều, chỉ bước cuối, thanh toán là BN, người nhà đi cùng có mức đánh giá vượt cao hơn hẳn các loại LP khác.

Hiệu quả một số bước trong chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh

So sánh giữa kết quả nghiên cứu giá trị trung bình đánh giá hiệu quả một số bước trong chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với người thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) tại sơ đồ bên dưới:



Sơ đồ 4. 4. So sánh đánh giá hiệu quả một số bước theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm đối tượng khảo sát

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Khi khảo sát, do góc độ chuyên môn nên một số câu khảo sát tác giả hỏi sẽ không đề cập thẳng vào tên các bước mà biểu hiện qua các hoạt động chuyên môn ví dụ như bố trí phòng làm việc, hệ thống thiết bị máy móc (biểu hiện cho khâu chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng)... So sánh đánh giá hiệu quả năm trên bảy bước theo quy trình khám chữa bệnh giữa hai nhóm đối tượng khảo sát thì bên người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) đánh giá cao hơn bên với người thụ

hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng), rõ ràng sự khác biệt này sẽ là một khoảng trống cần tháo bỏ để các giải pháp tăng cường sau này cần san lấp.

4.4. Chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh

4.4.1. Nghiên cứu quan sát của tác giả trước khảo sát

Khi quan sát hoạt động KCB tại khoa khám bệnh của ba BVHN Việt Đức, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện ĐK Xanh Pôn, bên cạnh phát hiện các bất cập, LP còn nghiên cứu đánh giá những điểm cần khắc phục hoặc những điểm cần ưu tiên giải quyết sẽ giảm thiểu các LP hoặc hạn chế những tác động không tốt của LP. Quan hai năm quan sát, tác giả nhận thấy có 04 khâu, hoạt động nên ưu tiên khắc phục là:

+ Tất cả các bệnh viện quan sát đều chưa cho phép đăng ký khám bệnh trực tuyến từ xa hoặc trước tại nhà hay trước một ngày để có lịch hẹn khám giảm thiểu thời gian chờ ở viện của BN. Hiện nay các bệnh viện đều yêu cầu BN đến trực tiếp bệnh viện để đăng ký khám dẫn đến phải xếp hàng chờ đông đúc tốn kém thời gian mà không sử dụng được hiệu quả từ công cuộc chuyển đổi số rất nhanh tại nước ta hiện nay.

+ Tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản banking từ trước và xác nhận thanh toán tự động thay vì hiện nay mọi trường hợp đăng ký khám bệnh, người bệnh phải xếp hàng chờ đến lượt đóng tiền hoặc tắt toán khi khám bệnh.

+ Công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh như bảng điện tử tại khu vực khám bệnh, cổng thông tin điện tử để người dân có thể tự động tìm hiểu thông tin trước. Đặc biệt là khi ngồi chờ đến lượt khám bệnh, người bệnh và người nhà có thể tìm kiếm thông tin.

+ Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn và các công cụ để BN, người nhà tự tra cứu, tự tìm hiểu thông tin trong quá trình khám chữa bệnh giảm thiểu phải hỏi NVYT hướng dẫn.

+ Sắp xếp quá trình khám chữa bệnh thành luồng một chiều để bệnh nhân bớt phải di chuyển hay hỏi NVYT nếu điều kiện cơ sở vật chất của bệnh viện cho phép. Do cả 11 bệnh viện nghiên cứu và 3 bệnh viện quan sát đều nằm trong nội thành Hà Nội, rất hạn chế về diện tích và điều kiện mặt bằng, khả năng cấp phép

xây dựng nên việc tổ chức quá trình khám chữa bệnh thành luồng một chiều sẽ còn phụ thuộc điều kiện cơ sở vật chất có thể sắp xếp của mỗi bệnh viện.

4.4.2. Góc nhìn của nhà quản lí, y bác sĩ và nhân viên y tế

NC thực trạng về năm loại LP theo TDTG, các LP theo quy trình KCB và dạng tồn tại LP theo TDTG Made in Vietnam có thể thấy các LP đang tồn tại thậm chí một số loại là không ít trong quá trình KCB tại BVC ở Việt Nam. NC sâu các chuyên gia cho rằng, do KCB là lĩnh vực dịch vụ đặc biệt, liên quan đến tính mạng con người nên đôi khi có những bước phải chấp nhận LP để đảm bảo an toàn tính mạng, hạn chế rủi ro cho sức khỏe BN. Do đó, cần phải tách bạch những LP nào có thể chấp nhận được, LP nào có thể cắt giảm và LP nào phải cắt bỏ để qua đó nâng cao chất lượng, hiệu quả KCB. Trên cơ sở đó tác giả đã tổng hợp các tồn tại (biểu hiện các LP) trong quá trình NC để NC ưu tiên cắt giảm để chuẩn hóa quy trình hơn hạn chế các bất cập, LP giúp gia tăng hiệu quả KCB và sự hài lòng của BN cùng người thân trong quá trình KCB. Trong bảy tồn tại tác giả đưa ra NC có bao hàm gợi ý giải pháp để khảo sát nhà quản lí, YBS và NVYT được diễn giải:

+ Tồn tại trong “Đón tiếp, đăng ký ban đầu” là LP dạng hữu hình, trong quá trình KCB và tác giả xây dựng gợi ý giải pháp “có thể làm trực tuyến từ trước khi đến bệnh viện” để hạn chế cả các LP về chờ đợi.

+ Tồn tại trong “Đóng tiền khám chữa bệnh” là LP dạng hữu hình, trong quá trình KCB và tác giả xây dựng gợi ý giải pháp “có thể chuyển khoản online hoặc trước khi đến bệnh viện” để tăng thêm hiệu quả quá trình KCB và giúp gia tăng sự hài lòng của BN.

+ Tồn tại hiện nay ở nội dung “Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn” là LP dạng hữu hình, trong quá trình KCB và tác giả xây dựng gợi ý giải pháp thay đổi thông tin cho “rõ ràng hơn và các công cụ để BN, người nhà tự tra cứu trong quá trình KCB” để hạn chế cả các LP về di chuyển, chờ đợi và thao tác thừa.

+ Tồn tại hiện nay khi thiết kế “Sắp xếp quá trình KCB” là LP dạng vô hình và tác giả xây dựng gợi ý giải pháp cải tiến “thành luồng một để bệnh nhân bớt phải di chuyển hay hỏi NVYT” để hạn chế cả các LP di chuyển..

+ Tồn tại hiện nay ở nội dung “Hoạt động kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình KCB” là LP dạng vô hình trong, thuộc nhóm tư duy theo TDTG và tác giả

xây dựng gợi ý giải pháp cải tiến “thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động” để hạn chế các LP sai về yêu cầu lâm sàng, thao tác thừa.

+ Tồn tại hiện nay ở nội dung “Cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị khi chờ khám cho BN, người nhà đi cùng biết thêm” là cách thức giảm thiểu các LP vô hình trong quá trình KCB.

+ Tồn tại hiện nay ở nội dung “Đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” của YBS với BN” khi xây dựng với mục đích giảm thiểu LP vô hình về tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến.

Bảng 4. 10. Nội dung cần cải tiến trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biên	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đón tiếp, đăng ký ban đầu có thể làm trực tuyến từ trước khi đến bệnh viện	319	1.00	5.00	3.92	0.785
Đóng tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản online hoặc trước khi đến bệnh viện	319	1.00	5.00	3.98	0.826
Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn và các công cụ để BN, người nhà tự tra cứu trong quá trình khám chữa bệnh	319	2.00	5.00	4.25	0.759
Sắp xếp quá trình khám chữa bệnh thành luồng một chiều để bệnh nhân bớt phải di chuyển hay hỏi NVYT	319	2.00	5.00	4.27	0.704
Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình khám chữa bệnh	319	1.00	5.00	3.49	1.055
Cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị khi chờ khám cho BN và người nhà cùng biết thêm	319	1.00	5.00	3.98	0.789
Đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” của YBS với BN	319	1.00	5.00	3.86	0.824

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Kết quả NC với nhà quản lí, YBS và NVYT tại các BVC khu vực TP.HN tại bảng trên cho thấy hai tồn tại:

+ Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn và các công cụ để BN, người nhà tự tra cứu trong quá trình KCB (Giá trị trung bình bằng 4.25 tương ứng với mức ý nghĩa số năm cao nhất “Rất đồng ý”)

+ Sắp xếp quá trình KCB thành luồng một chiều để bệnh nhân bớt phải di chuyển hay hỏi NVYT (Giá trị trung bình bằng 4.27 tương ứng với mức ý nghĩa số năm cao nhất “Rất đồng ý”)

Là hai loại tồn tại người khảo sát có mức lựa chọn cao nhất, cần phải ưu tiên thực hiện ngay, khi thực hiện sẽ giúp cắt giảm LP vô hình và hữu hình về quãng đường di chuyển, thời gian chờ đợi và các thao tác thừa. Cả năm tồn tại còn lại đều có giá trị trung bình trong khoảng từ 3.41 đến 4.20 (tương ứng với mức ý nghĩa số bốn “Đồng ý”), kết quả phân tích đã chứng minh sự cần thiết phải triển khai các giải pháp để cắt giảm các LP này và triển khai cắt giảm các tồn tại LP có thể thực hiện ưu tiên hai LP có mức ý nghĩa cao nhất trước hoặc trọng tâm hơn so với năm tồn tại còn lại.

Riêng tồn tại “Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình KCB” thì người khảo sát còn có ý kiến trung lập, theo NC sâu các tình huống và phỏng vấn sâu nhà quản lí, YBS và NVYT thì việc áp dụng kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình KCB sẽ giúp giảm thiểu các sai sót trong thao tác KCB nhưng ngược lại có thể làm giảm sự thoải mái, khiến cho YBS làm việc trong áp lực, dẫn đến sự thận trọng thái quá cũng làm hiệu quả KCB bị giám sát và có thể lại dẫn đến LP khác là chi định cận lâm sàng thừa và BN sẽ bị tổn thất về thời gian, chi phí KCB đó.

4.4.3. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng

Với đối tượng BN, người nhà đi cùng khi KCB, bên cạnh bảy tồn tại tương ứng đã khảo sát cho đối tượng nhà quản lí, YBS và NVYT, tác giả xây dựng thêm một tồn tại khác mà trong quá trình NC các BN, người nhà đi cùng khi KCB đã chỉ ra là “Công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh”. Khi NC và tham quan trực tiếp các bệnh viện tại Nhật Bản, Singapo tác giả cũng nhận thấy công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi đi KCB tại các bệnh viện là rất hữu dụng nhưng tại nước ta còn chưa được quan tâm đúng mực.

Bảng 4. 11. Nội dung cần cải tiến trong hoạt động khám chữa bệnh theo ý kiến bệnh nhân tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đăng ký ban đầu có thể làm trực tuyến từ trước	256	1.00	5.00	3.90	0.913
Tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản banking	256	1.00	5.00	4.71	0.872
Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn	256	1.00	5.00	3.86	0.949
Quy trình khám bệnh theo luồng một để bệnh nhân ít phải di chuyển	256	1.00	5.00	3.97	0.914
Ứng dụng thiết bị tự động kiểm tra, giám sát YBS trong khám bệnh	256	1.00	5.00	3.90	0.971
Cung cấp thông tin về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị khi chờ khám để nâng cao kiến thức	256	1.00	5.00	3.95	0.868
Đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp với BN và “Tâm thế” của YBS với BN	256	1.00	5.00	3.92	0.895
Công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh	256	1.00	5.00	4.52	0.842

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Kết quả NC tại bảng trên với BN, người nhà đi cùng khi đi KCB tại BVC khu vực TP.HN cho thấy, hai tồn tại “Tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản banking” và “Công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh” người khảo sát lựa chọn có giá trị trung bình đều cao hơn 4.21 (tương ứng với mức ý nghĩa cao nhất số năm “Rất đồng ý”). Sáu tồn tại còn lại đều có giá trị trung bình ở mức cao số bốn (đồng ý) và đều xấp xỉ 4.0 đã có thấy các tồn tại này đều được khách hàng thụ hưởng trực tiếp sản phẩm dịch vụ KCB (BN, người nhà) đánh giá đang tồn tại rất nhiều trong hoạt động KCB, nó có ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả KCB, nên việc ưu tiên NC cắt giảm là rất cần thực hiện.

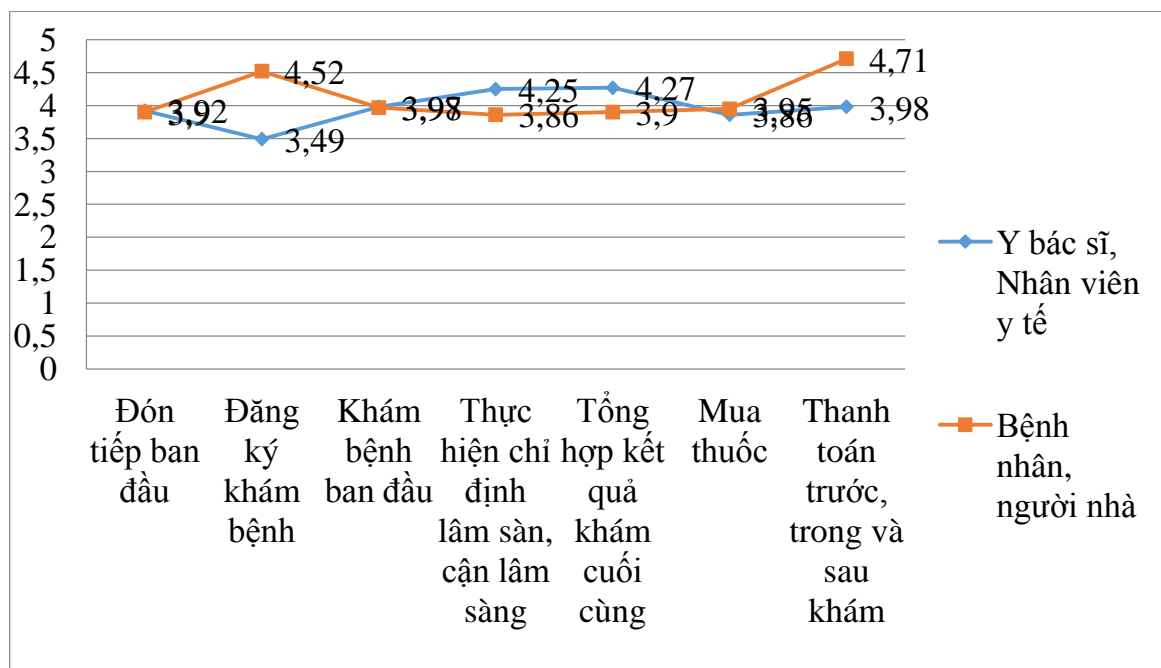
NC sâu hơn về các tồn tại khác ngoài các tồn tại đã đưa ra NC, tác giả ghi nhận một số ý kiến về các tồn tại vô hình như: Cần nhất là cải thiện trình độ y đức của bác sỹ; Làm sao để chỉ định tối thiểu cận lâm sàng, nhưng vẫn phát hiện ra

bệnh; Làm sao để ít đi mua thuốc ngoài nhất có thể chỉ cần mua thuốc tại bệnh viện là đủ; Liên tục cập nhật những biện pháp kỹ thuật mới và triển khai trên diện rộng; Những yếu tố điều kiện vật chất chỉ là những phần phụ thêm thôi chủ yếu là trình độ và đạo đức người thầy thuốc...

Hoặc một số ý kiến về các tồn tại hữu hình: Có rất nhiều bệnh nhân người cao tuổi họ không thành thạo sử dụng internet cho các dịch vụ online vì vậy nên đơn xen cho phù hợp mọi lứa tuổi, trình độ BN; Nhiều thủ tục, giấy tờ và chưa áp dụng công nghệ số hóa BN chờ đợi quá lâu; Tạo điều kiện cho những người ở xa được sử dụng các kết quả xét nghiệm tại bệnh viện khác cho các lần tái khám để đỡ phải đi lại...

4.4.4. So sánh đánh giá theo các đối tượng nghiên cứu

So sánh giữa kết quả nghiên cứu giá trị trung bình của các nội dung cần cải tiến để chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh giữa hai nhóm người cung cấp dịch vụ (nhà quản lí, YBS và NVYT) với người thụ hưởng dịch vụ (BN, người nhà đi cùng) tại sơ đồ bên dưới:



Sơ đồ 4.5. So sánh nội dung chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả khám chữa bệnh giữa hai đối tượng khảo sát

(Nguồn: Kết quả khảo sát của tác giả)

Khác với các nội dung khác, so sánh giữa hai đối tượng về các nội dung cần cải tiến để chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả

khám chữa bệnh thì hai nhóm khảo sát không còn có sự phân hóa mà đan xen mức độ đánh giá hai tùy từng nội dung theo từng đối tượng cung cấp và thụ hưởng dịch vụ. Điểm này cho thấy sự cần thiết phải thực hiện chuẩn hóa các quy trình trong hoạt động KCB khi áp dụng QTTG để đưa các hoạt động theo chuẩn, từ đó đưa đánh giá giữa các bên có liên quan trong hoạt động về cùng một thang đo mới có thể xây dựng được cơ chế duy trì hiệu quả và chất lượng KCB ổn định.

4.5. Điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công thành phố Hà Nội

Như đã phân tích về thực trạng QTTG tại một số BVC khu vực TP.HN hiện nay đã cho thấy kết quả đạt được vẫn chưa được như kỳ vọng. Kết quả khảo sát của NC, cũng các NC khác của chính tác giả Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020) [63] và tổng hợp kinh nghiệm từ các NC khác ở trong nước (Huỳnh Bảo Tuân, Phạm Lê Khánh Linh, và Trần Minh Nhật (2017) [56], Viện năng suất Việt Nam – Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh (2018) [94]), ngoài nước (Grabam M. (2011) [125] & [124], Grove và công sự (2010) [127], Jenkins J. (2012) [134]) đã chỉ ra vai trò ảnh hưởng của một số nhân tố đến điều kiện áp dụng QTTG.

Từ khung lý thuyết được tổng hợp từ những lý thuyết đã phân tích và các giả thuyết NC, tác giả xác định năm nhân tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC để khảo sát, cụ thể như sau:

- + Nhân tố 1: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện
- + Nhân tố 2: Tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện
- + Nhân tố 3: Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật
- + Nhân tố 4: Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS
- + Nhân tố 5: Kế hoạch và phương thức triển khai

Các nhân tố này được tác giả xây dựng thành các biến quan sát được trình bày chi tiết tại Mục 9.4, Phụ lục X bên dưới. NC các nhân tố này được tác giả thực hiện trong 319 nhà quản lý, YBS, NVYT đang trực tiếp tham gia hoặc quản lý hoạt động KCB tại 11 BVC tại thành phố Hà Nội. Do BN, người nhà là khách hàng của dịch vụ, không phải đối tượng tham gia áp dụng QTTG tại các bệnh viện nên tác giả không thực hiện NC ở đối tượng này.

Việc không nghiên cứu BN, người nhà còn bởi mặc dù kết quả khảo sát về ý kiến của BN, người nhà tại “Bảng 4. 5. Cảm nhận về các dạng tồn tại lãng phí của bệnh nhân về khoa khám bệnh tại bệnh viện công nghiên cứu khu vực thành phố Hà Nội” lại ở mức không cao, khi giá trị trung bình trong khoảng từ 1,81 đến 2,60 (trương ứng: Tạm hài lòng – Nhiều LP) tức là họ cũng nhìn thấy và đánh giá chưa hài lòng nên cũng cần xem xét là một đối tượng cần nghiên cứu. Nhưng KCB là hoạt động chuyên môn đặc thù, ngoài hiểu biết về quy trình KCB, kiến thức về QTTG sẽ cần hiểu biết nhất định về chuyên môn y tế, cho nên đôi khi việc khám đi khám lại (chỉ định lâm sàng hoặc cần lâm sàng) có thể gây phiền hà, mất nhiều thời gian nhưng hỗ trợ cho người bác sĩ ra quyết định điều trị hiệu quả ngay từ đầu thì tổng thể lại không LP bằng việc ít chỉ định lâm sàng hoặc cần lâm sàng chưa làm rõ tình trạng bệnh dẫn đến việc ra quyết định điều trị không hiệu quả phải kéo dài việc điều trị hay đến cơ sở khác... Người bệnh và người nhà trong trường hợp KCB sẽ chỉ có quyền quyết định chọn bệnh viện, chọn bác sĩ ban đầu còn quá trình KCB phải tuân thủ, hợp tác với đội ngũ YBS nên tính ảnh hưởng đến hiệu quả quá trình chỉ ở mức độ vừa phải không tác động nhiều. Hoặc đôi khi việc KCB còn phụ thuộc kinh nghiệm, trình độ người thầy thuốc rời tại bệnh viện nói chung, nhất là chuyên môn bệnh viện nói riêng tiếng nói và ảnh hưởng của người làm chuyên môn luôn được ưu tiên coi trọng hàng đầu do đó khi nghiên cứu về điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công chỉ nghiên cứu trên đối tượng nhà quản lý, YBS, NVYT vẫn sẽ đảm bảo độ chính xác.

4.5.1. Phân tích nhân tố khám phá

Phân tích CFA (Confirmatory Factor Analysis) tại kết quả tại bảng 4.12 đối với thang đo điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC, kiểm định hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) kết quả hệ số KMO bằng 0.775 (lớn hơn 0.5) như vậy các nhân tố đưa ra NC đủ điều kiện để phân tích và các nhân tố này phù hợp thực hiện NC. Kiểm định Barlett's (Bartlett's Test of Sphericity) có kết quả mức ý nghĩa bằng không (Mức ý nghĩa = 0.000 < 0.05 chứng tỏ các biến quan sát có tương quan với nhau) cho thấy phân tích nhân tố CFA là thích hợp

Bảng 4. 12. Hệ số tải nhân tố và Kiểm định Bartlett

Hệ số Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)		0.775
Kiểm định Barlett	Giá trị chi bình phương xấp xỉ	1616.161
	Df	10

	Mức ý nghĩa	0.000
--	-------------	-------

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Bảng 4. 13. Tổng phương sai

Nhân tố	Eigenvalues khởi tạo			Kết quả khi kết thúc quá trình trích nhân tố			Kết quả các sau khi kết thúc quá trình xoay nhân tố		
	Tổng cộng	Phần trăm của phương sai	Phần trăm tích lũy	Tổng cộng	Phần trăm của phương sai	Phần trăm tích lũy	Tổng cộng	Phần trăm của phương sai	Phần trăm tích lũy
1	8.088	32.353	32.353	8.088	32.353	32.353	7.703	30.812	30.812
2	4.755	19.019	51.372	4.755	19.019	51.372	4.291	17.163	47.975
3	2.371	9.483	60.856	2.371	9.483	60.856	2.516	10.065	58.040
4	1.682	7.712	64.941	1.682	7.271	64.941	3.042	12.045	62.711
5	1.249	4.998	67.853	1.249	4.998	67.853	1.953	7.813	67.853

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Kết quả phân tích tổng phương sai (Total Variance Explained) tại bảng trên cho thấy tổng phương sai trích là 67.853 lớn hơn 50%, chứng tỏ năm nhân tố này giải thích 67.853% biến thiên của dữ liệu. Giá trị hệ số Eigenvalues của các nhân tố đều cao lớn hơn một (các biến quan sát chất lượng có thể sử dụng cho phân tích), nhân tố thứ năm có Eigenvalues nhỏ nhất là 1.249.

Bảng 4. 14. Ma trận xoay nhân tố khẳng định

Ma trận nhân tố khẳng định					
	Ma trận xoay các thành phần				
	Nhân tố số 1	Nhân tố số 2	Nhân tố số 3	Nhân tố số 4	Nhân tố số 5
LĐLĐBV1	0.752				
LĐLĐBV2	0.868				
LĐLĐBV3	0.771				
LĐLĐBV4	0.833				
LĐLĐBV5	0.785				
LĐYBS1		0.884			
LĐYBS2		0.686			
LĐYBS3		0.688			
LĐYBS4		0.720			
LĐYBS5		0.808			
LKCSBV1			0.712		
LKCSBV2			0.677		
LKCSBV3			0.715		
LKCSBV4			0.633		
LKCSBV5			0.561		
LKCTĐT1				0.886	

LKCTĐT2				0.833	
LKCTĐT3				0.886	
LKCTĐT4				0.848	
LKCTĐT5				0.818	
KHPTTK1					0.833
KHPTTK2					0.757
KHPTTK3					0.767
KHPTTK4					0.868
KHPTTK5					0.884

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Kết quả ma trận xoay nhân tố khẳng định tại bảng trên cho ta thấy 25 biến quan sát được phân thành năm nhân tố, các hệ số tải nhân tố factor loading đều lớn hơn 0.5 và không có hiện tượng xáo trộn hoặc tách, gộp nhân tố. Do đó có thể kết luận là kết quả phân tích nhân tố (EFA) phù hợp với mô hình ban đầu.

Bảng 4. 15. So sánh giá trị trung bình của năm điều kiện

TT	Nhân tố	Ký hiệu	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
1	Cam kết của lãnh đạo bệnh viện	LĐLĐBV	319	1.00	5.00	3.566
2	Tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện	LĐYBS	319	1.20	5.00	3.415
3	Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện	LKCSBV	319	1.60	5.00	4.587
4	Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện	LKCTĐT	319	1.60	5.00	4.688
5	Kê hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm bệnh viện	KHPTTK	319	1.00	5.00	3.790

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

So sánh giá trị trung bình của cả năm nhân tố tại bảng trên cho thấy cả năm nhân tố đều có giá trị trung bình lớn hơn 3.41 (tương ứng với mức ý nghĩa số “Đồng ý” với lý thuyết đưa ra). Riêng hai nhân tố “Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện” và “Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện” có giá trị trung bình lớn hơn 4.21 (tương ứng với mức ý nghĩa số “Rất đồng ý” với lý thuyết đưa ra)

4.5.2. Kiểm định mô hình và các giả thuyết nghiên cứu

Phân tích mối tương quan cho thấy, mức ý nghĩa xác suất hai biên (Sig. (2-tailed) đều nhỏ hơn 0.05) nên tất cả các biến độc lập với biến phụ thuộc và các biến độc lập với nhau, có mối liên hệ tuyến tính. Các biến độc lập đang tồn tại khá độc lập nên giá trị để phân tích là rất tin cậy khi kiểm định mô hình giả thuyết.

Bảng 4. 16. Mối tương quan giữa các biến của thang đo

		ADQTTG	LĐLĐBV	LĐYBS	LKCSBV	LKCTĐT	KHPTTK
ADQTTG	Hệ số tương quan Pearson	1	0.251**	0.131**	0.342**	0.273**	0.251**
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên		0.000	0.001	0.000	0.000	0.000
	Số biến		319	319	319	319	319
LĐLĐBV	Hệ số tương quan Pearson		1	0.151**	0.675**	0.491**	0.581**
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên			0.000	0.000	0.000	0.000
	Số biến			319	319	319	319
LĐYBS	Hệ số tương quan Pearson			1	0.243**	0.571**	0.443**
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên				0.000	0.000	0.000
	Số biến				319	319	319
LKCSBV	Hệ số tương quan Pearson				1	0.578**	0.641**
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên					0.000	0.000
	Số biến					319	319
LKCTĐT	Hệ số tương quan Pearson					1	0.798**
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên						0.000
	Số biến						319
KHPTTK	Hệ số tương quan Pearson						1
	Mức ý nghĩa xác suất hai biên						
	Số biến						

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Kết quả phân tích hồi quy đa tuyến tại bảng bên dưới, hệ số R hiệu chỉnh (Adjusted R Square) = 0.619 cho thấy, năm nhân tố của thang đo đang tác động bằng 61,9% sự biến thiên về đánh giá hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại bệnh viện giúp cắt giảm các LP trong KCB và gia tăng sự hài lòng của bệnh nhân cùng người nhà bệnh nhân. Kết quả bảng 4.17 cũng đưa ra giá trị Durbin–Watson để đánh giá hiện tượng tự tương quan chuỗi bậc nhất. Giá trị DW = 1.959 nằm trong khoảng 1.5 đến 2.5 nên kết quả không vi phạm giả định sự tương quan chuỗi bậc nhất (Yahua Qiao, 2011) [189].

Bảng 4. 17. Phân tích hồi quy đa biến

Mô hình	R	R ²	R điều chỉnh	Sai số chuẩn	Trị số Durbin-Watson
1	0.856 ^a	0.727	0.619	1.072	1.959

Kết quả Kiểm định Anova, kiểm định giả thuyết về độ phù hợp với tổng thể của mô hình, Tỷ lệ F = 17.449 với Mức ý nghĩa = 0.000 < 5%. Chứng tỏ R bình phương của tổng thể khác không. Đồng nghĩa với việc mô hình hồi quy tuyến tính xây dựng được là phù hợp với tổng thể và cho thấy các các biến đều có quan hệ tuyến tính với điều kiện áp dụng QTTG thành công trong bệnh viện. Điều đó cho thấy các biến được xây dựng là phù hợp cho nghiên cứu.

KIỂM ĐỊNH ANOVA

Mô hình		Tổng bình phương	Bậc tự do	Trung bình bình phương	Tỷ lệ F	Mức ý nghĩa
1	Hồi quy	100.331	5	20.066	17.449	0.000 ^b
	Phần dư	692.299	602	1.150		
	Tổng cộng	792.630	607			

Kết quả đánh giá hệ số hồi quy của mỗi biến độc lập có ý nghĩa trong mô hình hay không qua kiểm định t (student) tại bảng Hằng số bên dưới cho thấy trong năm nhóm nhân tố của thang đo điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC, có hai nhóm nhân tố “Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện” (có mức ý nghĩa bằng 0.000) và “Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện” (0.038) < 0.05 là những nhân quan trọng có tác động mạnh (tầm quan trọng của biến cao hơn cần ưu tiên các giải pháp cải tiến) lên hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC,

còn ba nhân tố còn lại (Mức ý nghĩa > 0.05) ít quan trọng có tác động mạnh (tầm quan trọng của biến ít hơn).

Hằng số

Mô hình		Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa		Hệ số hồi quy chuẩn hóa	t	Mức ý nghĩa	Thống kê đa cộng tuyến	
		B	Sai số chuẩn	Beta			Độ chấp nhận	Hệ số phóng đại phương sai
1	Hằng số	1.493	0.363		4.112	0.000		
	LĐLĐBV	0.055	0.111	0.026	0.489	0.625	0.496	2.015
	LĐYBS	0.004	0.088	0.002	0.043	0.965	0.649	1.541
	LKCSBV	0.553	0.114	0.277	4.831	0.000	0.442	2.264
	LKCTĐT	0.292	0.140	0.146	2.082	0.038	0.294	3.406
	KHPTTK	-0.125	0.145	-0.060	-0.858	0.391	0.301	3.318

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Kiểm định các giả thuyết NC về điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC tại bảng bên dưới, hai giả thuyết “H3: Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC” và “H4: Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC” là những điều kiện quan trọng tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC, các giả thuyết còn lại ít quan trọng hơn giả thuyết H3 và H4 đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC.

Tại bảng hồi quy trên ta thấy có điểm đặc biệt biến KHPTTK (tức điều kiện: Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện) có hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa ($B = -0.125$) và hệ số hồi quy chuẩn hóa ($Beta = -0.060$) đều nhỏ hơn không hay còn gọi hệ số hồi quy âm tức là sẽ tác động theo chiều hướng nghịch hay việc gò ép cách thức triển khai áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC mà đề cao quá mức so với các yếu tố khác hay cách làm quá quyết liệt không có sự thâm thấu, tiếp nhận làm quen với văn hóa hoặc triển khai mà đối tượng chưa được đào tạo trang bị kiến thức về QTTG phù hợp

rồi hay kế hoạch triển khai mà không đi kèm với chế độ chính sách khen thưởng kỉ luật mà đưa một kế hoạch mang tính áp đặt thì còn làm giảm hiệu quả áp dụng QTTG. Tuy nhiên trong kết quả này, mức ý nghĩa của biến KHPTTK lại bằng 0.391 (lớn hơn 0.05) nên nó sẽ không tác động nhiều và được coi là điều kiện ít quan trọng, do vậy khi triển khai áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC yếu tố kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện sẽ được ưu tiên sau hai yếu tố về chương trình đào tạo và chính sách nhân sự.

Bảng 4. 18. Kiểm định các giả thuyết điều kiện triển khai quản trị tinh gọn

Ký hiệu	Giả thuyết	Kết quả
LĐLĐBV	H1: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC	Điều kiện ít quan trọng
LĐYBS	H2: Tham gia đầy đủ của YBS là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC	Điều kiện ít quan trọng
LKCSBV	H3: Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC	Điều kiện quan trọng
LKCTĐT	H4: Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC	Điều kiện quan trọng
KHPTTK	H5: Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC	Điều kiện ít quan trọng

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Theo góc nhìn của QTTG Made in Vietnam, nghiên cứu của Viện QTTG GKM “khi lao động thiếu tâm thế, thiếu tự giác và hầu như chưa có nhiều kiến thức về QTTG thì hiệu quả công việc sẽ thấp” nên chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức về QTTG là rất cần thiết để trang bị cho đội ngũ YBS tại bệnh viện những người sẽ trực tiếp thực hiện các hoạt động chuyên môn và áp dụng QTTG vào bệnh viện [61]. Tác giả Nguyễn Đăng Minh đề cập đến trong sách “Quản trị Tinh gọn tại Việt Nam đường tới thành công” thì “tâm thế không tự sinh ra mà rất khó duy trì, cần phải thường xuyên liên tục nhắc nhở và duy trì bằng chính sách khen thưởng, kỉ luật...” nghiên cứu kiểm định mô hình, giả thuyết nghiên cứu đã khẳng định lại nhận định trên khi kết quả cho thấy nhân tố chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện là một điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC tại Việt Nam [61].

Mặc dù 3 giả thuyết “H1: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC”; “H2: Tham gia đầy đủ của YBS là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC” và “H5: Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm của bệnh viện là điều kiện quan trọng áp dụng QTTG thành công vào BVC” trong nghiên cứu hỏi quy điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công thành phố Hà Nội cho thấy là những điều kiện ít quan trọng nhưng cũng không thể bỏ qua và cần được xem xét ở một mức độ nhất định khi triển khai QTTG trong bệnh viện. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khác mà tác giả đã trình bày trong luận án.

Như vậy, từ 05 giả thuyết về 05 điều kiện tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC, có hai điều kiện về “Chính sách nhân sự và Chương trình đào tạo” là hai điều kiện quan trọng có tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC. Ba điều kiện khác về “Cam kết của lãnh đạo; Sự tham gia của nhân viên y tế và Kế hoạch, phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm” tuy là những điều kiện ít quan trọng hơn nhưng trong thực tế là những điều kiện không thể bỏ qua và những nhà quản lý, những người triển khai áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại trong BVC ở Việt Nam cần chú ý đảm bảo để áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam hiện nay đạt hiệu quả cao nhất.

4.6. Đánh giá chung

4.6.1. Những kết quả đã đạt được

Qua phân tích thực trạng chi tiết ở các phần trên, tác giả tổng hợp một số một số kết quả đã đạt trong áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC hiện nay như sau:

+ Qua nghiên cứu thực trạng áp dụng công cụ QTTG (mục 4.1.2) đã cho thấy QTTG nói chung và công cụ 5S của QTTG được phổ biến áp dụng rộng rãi nhất (kết quả khảo sát tại bảng 4.1 có giá trị khoảng cách trung bình bằng 4.2 cao nhất tương đương với mức ý nghĩa số bốn “đồng ý”) trong toàn bộ hệ thống y tế công lập Việt Nam từ tuyến TW đến địa phương, từ bệnh viện tại các đô thị lớn đến tỉnh vùng sâu, vùng xa nhờ các khuyến khích, chính sách hỗ trợ của BHYT. Hầu như mọi YBS, NVYT tại các BVC nghiên cứu đều đã nghe, biết và thực hành về

công cụ 5S trong y tế và 5S đã được chính sách hóa khi là tiêu chí thứ 13 (BN được khám và điều trị trong khoa, phòng gọn gàng, ngăn nắp) trong tổng số 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện tại Việt Nam được đánh giá hàng năm [15].

+ Khi tiến hành nhận diện các lãng phí theo TDTG (mục 4.2.1) trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam đã xác định thực trạng đang tồn tại nhiều nhất là ba LP: chờ đợi, di chuyển và yêu cầu cận lâm sàng thừa (sơ đồ 4.1 cho thấy kết quả NC mức độ LP của 3 loại khá đều nhau quanh mức giá trị khoảng cách trung bình bằng 3,5 tương đương với mức ý nghĩa số bốn “đồng ý”). Trong khi đó các nghiên cứu tại các bệnh viện trên thế giới theo TDTG lại tồn tại nhiều hơn hai LP: thời gian chờ đợi và thao tác thừa, đây cũng là sự khác biệt mà NC đã chỉ ra khi NC tại BVC ở Việt Nam và các BVC trên thế giới.

+ Phân tích chuỗi giá trị theo quy trình KCB (07 bước) tại các BVC ở Việt Nam để nhận diện các LP (mục 4.3) cho thấy vẫn còn tồn tại những lãnh LP nhưng những LP đó được người khảo sát chấp nhận được vì cần đảm bảo chuyên môn, kỹ thuật và chất lượng KCB thì các LP là cần thiết để đảm bảo an toàn, tính mạng người bệnh là trên hết. Trong khi đó bước “Thanh toán trước, trong và sau khám” theo người khảo sát cho biết có nhiều LP hơn cả (bảng 4.8 đánh giá là LP có giá trị khoảng cách trung bình bằng 3.5 cao nhất tương ứng ở mức ý nghĩa số bốn “đồng ý”), cần ưu tiên loại bỏ trước (bảng 4.9 có giá trị khoảng cách trung bình thấp nhất bằng 2.82). Trong khi đó các NC trên thế giới ít đề cập đến những bất cập, LP trong quy trình KCB, vì phương thức tổ chức, phương pháp quản trị và điều chỉnh mô hình hoạt động của bệnh viện đã thay đổi theo TDTG kết hợp với ứng dụng triệt để thành tựu khoa học kỹ thuật để cải tiến quy trình KCB nên đã cải thiện rất tốt hiệu quả hoạt động.

+ Thực hiện chuẩn hóa quy trình và duy trì cơ chế đảm bảo chất lượng, hiệu quả KCB (mục 4.4), kết quả NC cho thấy nếu muốn giảm được 3 LP quãng đường di chuyển, thời gian chờ đợi và các thao tác thừa đang tồn tại nhiều trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam (bảng 4.10 cho kết quả giá trị khoảng cách trung bình 3 LP lần lượt là: 4.27, 4.25 và 3.92 là các mức giá trị cao nhất tương ứng ở mức ý nghĩa số bốn “đồng ý”) sẽ cần sắp xếp quá trình KCB trong bệnh viện thành luồng một chiều kết hợp với phát triển các thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn cùng các công cụ để BN, người nhà tự tra cứu trong quá trình KCB và ứng dụng triệt để sự phát triển của khoa học kỹ thuật, thành tựu cách mạng công nghiệp 4.0

và hỗ trợ quá trình thanh toán, truyền tải thông tin trong quá trình KCB (kết quả NC bảng 4.11 có kết quả giá trị khoảng cách trung bình bằng 4.71 và 4.52 tương mức ý nghĩa số năm “rất đồng ý”). Qua đó sẽ giúp quy trình KCB hiệu quả, thuận lợi hơn, đồng thời đảm bảo chất lượng cũng như gia tăng sự hài lòng của người bệnh.

+ NC về điều kiện áp dụng QTTG (mục 4.5) tại BVC trên địa TP.HN đã chỉ ra hai yếu tố chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật và chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức sẽ có tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC (bảng 4.17 phân tích hằng số là hai nhân tố có mức ý nghĩa bằng 0,000 và 0,038 đều nhỏ hơn 0,05 chứng tỏ là hai nhân tố có tầm quan trọng so với các nhân tố khác) và là điều kiện quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả áp dụng QTTG thành công vào BVC tại Việt Nam. Trong khi đó NC tương tự trên thế giới về điều kiện áp dụng QTTG trong BV trên thế giới lại chỉ ra hai khó khăn chính là: Cam kết của lãnh đạo BV và Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức. Các điều kiện áp dụng vừa có sự tương đồng lại có sự khác biệt giữa điều kiện áp dụng QTTG tại BVC trên thế giới và Việt Nam.

4.6.2. Những tồn tại hạn chế

+ Mô hình triển khai áp dụng QTTG tại Việt Nam (mục 4.1.1) vẫn thực hiện theo chiều từ trên xuống, thường gắn với các chương trình, kế hoạch của ngành y tế như nâng cao chất lượng bệnh viện [15], phong trào đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của NVYT [14]. Mô hình áp dụng QTTG hiện nay cũng phản ánh thực trạng chưa có tính chủ động trong hoạt động KCB tại bệnh viện nói riêng và các hoạt động tại bệnh viện nói chung, mong muốn thay đổi phương thức tổ chức, phương pháp quản trị và điều chỉnh mô hình hoạt động của bệnh viện cho linh hoạt, tập trung tối đa hiệu quả mang lại của QTTG của BVC ở Việt Nam hiện nay.

+ Các thức áp dụng QTTG và các công cụ QTTG tại BVC, nhất là trong hoạt động KCB tại BVC ở Việt Nam còn chưa hiệu quả, tiêu biểu có thể kể đến công cụ 5S. Khi triển khai 5S thành một phong trào rộng khắp ở các cấp độ trong hệ thống y tế công lập Việt Nam và được lượng hóa thành tiêu chí thứ 13 trong tổng số 83 tiêu chí chất lượng bệnh viện tại Việt Nam [15]. Mặc dù ban đầu 5S đã mang lại những kết quả tích cực, tuy nhiên qua thời gian việc duy trì, phát triển

tiếp triển khai 5S rất khó khăn thậm chí mang nhiều tính hình thức, nên hiệu quả 5S chưa thực sự phát huy tối đa.

+ Ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong lĩnh vực y tế đặc biệt là hoạt động KCB còn quá chậm (như đăng ký khám bệnh trực tuyến, hệ thống lên lịch hẹn tự động, chuyển khoản banking trong thanh toán khi KCB hay thông tin cho bệnh nhân tại bảng biểu khu khám bệnh hoặc trên cổng thông tin điện tử cho người bệnh tự tìm hiểu), chưa đáp ứng được yêu cầu thực tiễn. Mặc dù Bộ Y tế đang cố gắng thực hiện nhiều nội dung như: Phần mềm quản lý bệnh viện; Hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS) tại bệnh viện; Hoạt động y tế từ xa; Ứng dụng trí tuệ nhân tạo; Ứng dụng CNTT trong khám, chữa bệnh BHYT và đặc biệt quan trọng nhất là triển khai hồ sơ y tế điện tử...[21] nhưng tất cả các chương trình hiện nay đều chậm tiến độ hoặc chất lượng chưa đáp ứng yêu cầu nên quá trình KCB còn tồn tại nhiều LP, bất cập vô hình chung lại tạo sự không hài lòng của người bệnh.

+ Tại Việt Nam, không chỉ trong hoạt động KCB mà hầu hết mọi lĩnh vực dịch vụ việc duy trì, đảm bảo chất lượng, hiệu quả công việc suốt quá trình là một thách thức. Hầu hết đều gặp tình trạng giai đoạn đầu tinh thần thực hiện, chất lượng công việc rất tốt nhưng càng về sau hiệu quả lại càng giảm, đặc biệt là các chương trình triển khai trên quy mô tập thể lớn có tính đặc thù như bệnh viện. Tuy nhiên chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện nói riêng và các tổ chức tại Việt Nam nói riêng thường chưa thực hiện đầy đủ hoặc tốt nên dẫn đến tính chính xác trong kiểm tra, giám sát chưa cao, dẫn đến công tác khen thưởng, kỷ luật chưa kịp thời làm hiệu quả duy trì chất lượng bị hạn chế.

4.6.3. Nguyên nhân của các hạn chế

Qua NC thực trạng, phân tích một số hạn chế, tác giả nhận thấy một số nguyên nhân dẫn đến thực trạng trên như sau:

+ Mô hình quản trị BVC ở Việt Nam hiện nay là mô hình được quản trị mang nặng tính hành chính công nhà nước, một số bệnh viện có thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm nhưng mô hình, cách thức triển khai chưa phù hợp và chưa toàn diện dẫn đến hiệu quả thí điểm tự chủ không như ý muốn mà cụ thể là cả 2 BVC thí điểm đều xin dừng tự chủ. Hơn nữa các mô hình quản trị bệnh viện hiện nay đều dựa trên kinh nghiệm của nhà quản lý bệnh viện cũng như sử dụng

các mô hình theo khuyến nghị của WHO hay các tổ chức chưa xây dựng mô hình quản trị theo đặc thù Việt Nam, phù hợp với bối cảnh của Việt Nam.

+ 5S là công cụ QTTG nổi tiếng nhất và được áp dụng vào Việt Nam qua các DN có vốn đầu tư nước ngoài (FDI) từ đầu những năm 2000, đến nay 5S đã được áp dụng khá rộng rãi tại các DN sản xuất, kinh doanh hay lĩnh vực y tế. Tuy nhiên, cách thức triển khai chủ yếu theo tư vấn hướng dẫn của chuyên gia nước ngoài, chưa tính đến các điều kiện, bối cảnh Việt Nam nên hiệu quả ngay tại các DN dịch vụ thông thường chỉ đạt 30 - 40% mong muốn [35], nên tại các bệnh viện nơi cung cấp dịch vụ đặc biệt là KCB thì hiệu quả áp dụng QTTG nói chung và 5S nói riêng sẽ còn thấp hơn. Như vậy bên cạnh yếu tố mô hình, thì con người và cách thức triển khai áp dụng 5S và các công cụ QTTG khác cần thay đổi cách thức triển khai, áp dụng phù hợp với văn hóa, xã hội, con người và bối cảnh Việt Nam.

+ Hiện nay, chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin, khoa học kỹ thuật trong quản lý, hỗ trợ việc KCB tại bệnh viện chưa được coi trọng đúng vị trí, vai trò như việc áp dụng các kỹ thuật, phương pháp KCB hiện đại. Tuy nhiên, chính những hoạt động hỗ trợ hiện nay lại đang tạo như những LP, bất cập trong hoạt động KCB tại BVC mà NC thực trạng đã chỉ ra. Do vậy yêu cầu cần đẩy mạnh thực hiện đúng kế hoạch việc chuẩn hóa quy trình KCB, ứng dụng triệt để công nghệ thông tin, chuyển đổi số vào quy trình KCB cần phải được đôn đốc thực hiện đúng kế hoạch là như là một trong những nhiệm vụ quan trọng để duy trì, tăng cường chất lượng, hiệu quả KCB hiện nay.

+ QTTG Made in Vietnam đã chỉ ra khi người lao động thiếu “Tâm thế” sẽ cần thiết phải triển khai việc thực hiện tốt chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật đây là một nhiệm vụ quan trọng để duy trì hiệu quả triển khai áp dụng QTTG trong bệnh viện. Bên cạnh đó việc xây dựng chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức ban đầu và đào tạo lại liên tục phù hợp với tính chất từng công việc, từng khoa phòng, bệnh viện là rất cần thiết để tăng hơn nữa hiệu quả áp dụng QTTG tại các BVC hiện nay.

4.7. Kết luận chương IV

Chương IV tác giả đã phân tích thực trạng QTTG tại 11 BVC khu vực TP.HN được tác giả đưa vào NC theo khung phân tích đã xác định như sau:

Bảng 4. 19. Bảng tổng hợp so sánh kết quả nghiên cứu theo khung phân tích của nghiên cứu và một số kết quả nghiên cứu khác thế giới

Nội dung	Kết quả NC tại Việt Nam	Kết quả NC trên thế giới
Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn	+ Theo chiều từ trên xuống thường gắn với các chương trình, kế hoạch của ngành y tế + Áp dụng công cụ đơn lẻ như 5S, Kaizen, Jidoka	+ Chủ động, mang tính thay đổi phương thức tổ chức, phương pháp quản trị và điều chỉnh mô hình hoạt động của bệnh viện + Áp dụng nhiều các phương pháp, tư duy QTTG trong thay đổi phương pháp quản trị tại bệnh viện
Các loại LP trong hoạt động KCB tại bệnh viện	+ Theo TDTG, ba LP: chờ đợi, di chuyển và yêu cầu cần làm sàng thừa đang tồn tại rất nhiều, ảnh hưởng khá lớn hiệu quả KCB tại các bệnh viện + Theo quy trình KCB: bước “Thanh toán trước, trong và sau khám” có nhiều LP hơn cả, cần ưu tiên loại bỏ trước + Hai dạng tồn tại LP hữu hình và vô hình đều tồn tại trong KCB và LP vô hình là lớn hơn LP hữu hình nhưng vì là dịch vụ liên quan sức khỏe, không có nhiều lựa chọn nên phải tạm hài lòng	+ Theo TDTG, hai LP chủ đạo các NC chỉ ra nó tồn tại nhiều trong hoạt động KCB tại bệnh viện. LP di chuyển cũng có một số NC tại Châu Âu nhưng mức độ tồn tại không quá cao. + Theo quy trình KCB: gần như không có nhờ ứng dụng triệt để thành tựu khoa học kỹ thuật để cải tiến quy trình KCB + Hai dạng tồn tại LP hữu hình và vô hình đều có tồn tại trong hoạt động KCB tại bệnh viện và LP vô hình là lớn hơn LP hữu hình. BN có nhiều lựa chọn hơn và khả năng chi trả tài chính của họ quyết định việc họ sử dụng dịch vụ KCB tại bệnh viện
Điều kiện áp dụng QTTG trong bệnh viện	+ Hai điều kiện: Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện và Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện có tác động mạnh	+ Hai điều kiện: Cam kết của lãnh đạo bệnh viện và Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện có tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC

Kết quả phân tích tại chương IV giúp tác giả hoàn thiện. ***Đồng thời tác giả hoàn thành hai mục tiêu nghiên cứu xác định các lãng phí đang tồn tại trong KCB, thực trạng, điều kiện triển khai áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP.HN.*** Khi phân tích, đánh giá kết quả NC tác giả nhận thấy có những điểm tương đồng, lẫn sự khác nhau khi áp dụng QTTG trong KCB giữa tại BVC ở Việt Nam và các bệnh viện trên thế giới. Các kết quả NC tại Chương IV là cơ sở đề xuất giải pháp áp dụng QTTG “Made in Vietnam” vào hoạt động KCB tại BVC tại Chương V tiếp theo.

CHƯƠNG V. GIẢI PHÁP ÁP DỤNG QUẢN TRỊ TINH GỌN MADE IN VIETNAM TẠI BỆNH VIỆN CÔNG ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HÀ NỘI

5.1. Định hướng phát triển các bệnh viện và nguyên tắc đề xuất giải pháp

5.1.1. Định hướng phát triển các bệnh viện công thành phố Hà Nội

Tại các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, vai trò của hệ thống BVC là rất quan trọng là lực lượng chủ lực trong chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Hiện nay, quy mô số giường bệnh của BVC đang chiếm chủ đạo 94% so với 6% số giường bệnh của bệnh viện tư nhân (BVTN) còn ở mạng lưới trải rộng tại 100% các xã, phường trong cả nước với tổng cộng 47 bệnh viện tuyến TW, 12 517 bệnh viện địa phương, 947 bệnh viện tuyến huyện, 11 100 trạm y tế xã, phường và 755 bệnh viện ngành (y tế tư nhân chỉ có 228 bệnh viện) [18]. Có thể nói BVC tại Việt Nam giữ một vai trò đặc biệt trong quá khứ, hiện tại và tương lai để đảm bảo chính sách của Nhà nước về “bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân” [2]. Do đó các NC đề xuất các giải pháp tăng cường hiệu quả, chất lượng hoạt động của BVC là rất cần thiết.

Hệ thống BVC tại Việt Nam trong thời gian qua đã từng bước thay đổi nhằm phù hợp với hoàn cảnh, yêu cầu, điều kiện phát triển của đất nước, xã hội và thế giới. Trong công tác chuyên môn, các bệnh viện không ngừng quan tâm mở rộng và nâng cao số lượng, chất lượng của các dịch vụ y tế nhằm cung cấp ngày càng tốt hơn các dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người dân. Hiện nay ngành y tế vẫn đang tích cực thay đổi mở rộng đầu tư trang thiết bị, cơ sở vật chất, năng lực KCB, thay đổi thái độ phục vụ, nâng cao chất lượng, hiệu quả KCB của hệ thống y tế công...

Y tế là lĩnh vực được nhà nước khuyến khích áp dụng các khoa học, công nghệ mới trong đó định hướng sử dụng QTTG được BHYT đề cập đến trong nội dung triển khai về quản lý chất lượng bệnh viện. Trong cuốn sách “Tài liệu đào tạo liên tục – Quản lý chất lượng bệnh viện” xuất bản năm 2014 [13] dùng cho hoạt động quản lý, nâng cao và đào tạo nhân lực quản lý chất lượng trong mỗi bệnh viện, BHYT đã coi một số công cụ trong QTTG là một trong ba phương pháp quản lý, nâng cao chất lượng bệnh viện bên cạnh PDCA (Plan-Do-Check-Act) và 6-Sigma. BHYT cũng khuyến cáo sáu nguyên tắc chính trong QTTG để quản lý, nâng cao chất lượng bệnh viện bao gồm: nhận thức về sự LP; chuẩn hoá quy trình;

quy trình liên tục; sản xuất “Pull Just-in-Time (JIT)”; chất lượng từ gốc; và liên tục cải tiến [13]. Do đó, tiếp tục NC về QTTG trong BVC là cần thiết và phù hợp với định hướng chính sách của BHYT.

Trong thời kỳ bùng nổ công nghệ thông tin (CNTT), cách mạng 4.0 đang hiện hữu khắp trong các lĩnh vực đời sống, xã hội của mọi quốc gia y tế công Việt Nam cũng không phải là ngoại lệ. Nghị quyết số 20-NQ/TW [2], đã nêu rõ ứng dụng, phát triển CNTT y tế được quan tâm, đẩy mạnh với các nền tảng: (i) Thiết lập hệ thống sổ sức khỏe điện tử đến từng người dân. Thực hiện cập nhật các thông tin, chỉ số sức khỏe khi đi khám sức khỏe, chữa bệnh. Có cơ chế, lộ trình phù hợp, từng bước thực hiện để tiến tới mọi người dân đều được theo dõi, quản lý sức khỏe, khám và chăm sóc sức khỏe định kỳ; (ii) Tập trung đẩy nhanh cải cách hành chính, ứng dụng CNTT từ quản lý bệnh viện, giám định BHYT, bệnh án điện tử tới chẩn đoán, xét nghiệm, khám, chữa bệnh từ xa. BHYT đã ban hành lộ trình ứng dụng CNTT từ quản lý bệnh viện, giám định BHYT, bệnh án điện tử tới chẩn đoán, xét nghiệm, khám, chữa bệnh từ xa từ năm 2024 đến năm 2028 và chậm nhất ngày 31/12/2030, 100% các CSYT thực hiện KCB phải xây dựng và liên thông hồ sơ y tế điện tử.

Những định hướng phát triển các BVC tại Việt Nam nói chung và địa bàn TP.HN nói riêng đều cho thấy một mục tiêu rõ ràng hướng đến hoạt động KCB tại các BVC được đảm bảo chất lượng, hiệu quả và hướng đến sự hài lòng ở mức cao nhất của bệnh nhân, người nhà thông qua ứng dụng các phương pháp cải tiến, cách thức thực hiện và công cụ, thành tựu khoa học kỹ thuật, giải pháp quản trị mới.

5.1.2. Nguyên tắc đề xuất giải pháp

Các giải pháp được tác giả xây dựng trong luận án tuân thủ ba nguyên tắc:

+ Đảm bảo đúng mục đích NC: Mục đích NC đã xác định “Trên cơ sở NC lý luận và thực tiễn hoạt động QTTG của một số BVC trên địa bàn TP.HN, qua phân tích, đánh giá thực trạng sẽ xác định nguyên nhân các tồn tại từ đó đề xuất các giải pháp kết hợp với sử dụng công cụ QTTG để áp dụng vào hoạt động KCB tại BVC nhằm cắt giảm các LP trong hoạt động KCB hiện nay hướng tới sự hài lòng của BN” đây là mục cuối cùng của NC nên các giải pháp phải đảm bảo làm rõ mục đích này.

+ Đảm bảo tính kế thừa: QTTG cùng một số công cụ của QTTG như 5S, Kaizen, Tư duy tinh gọn... đã được đưa vào áp dụng trong hoạt động KCB tại BVC từ những năm đầu QTTG có mặt tại Việt Nam. Dù còn hạn chế cả về quy mô, nội dung lẫn phạm vi nhưng ít nhiều những kết quả áp dụng QTTG và các công cụ của QTTG thậm chí được khuyến khích thành các phong trào trong toàn ngành y nên các giải pháp mới phải đảm bảo tính kế thừa các kết quả hiện tại, không loại trừ hoặc đánh mất những kết quả trong quá khứ và thực tiễn đã tạo ra.

+ Đảm bảo tính hợp lý: Nguyên tắc này nhằm đảm bảo cho việc đề xuất các giải pháp phải hướng tới giải quyết các vấn đề thực tiễn, khắc phục các nguyên nhân đã chỉ ra, đồng thời các giải pháp phải có khả năng thực hiện được ở trong thực tiễn. Vì ngành y là ngành đặc biệt, đối tượng phục vụ là sức khỏe con người, rủi ro phải quản trị là tính mạng con người và nhân lực ngành y là những nhân lực có trình độ chuyên môn cao. Do vậy tính hợp lý không chỉ đảm bảo ở khả năng ứng dụng mà còn đảm bảo sự phù hợp khi lĩnh vực áp dụng có nhiều đặc thù cao.

5.2. Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội

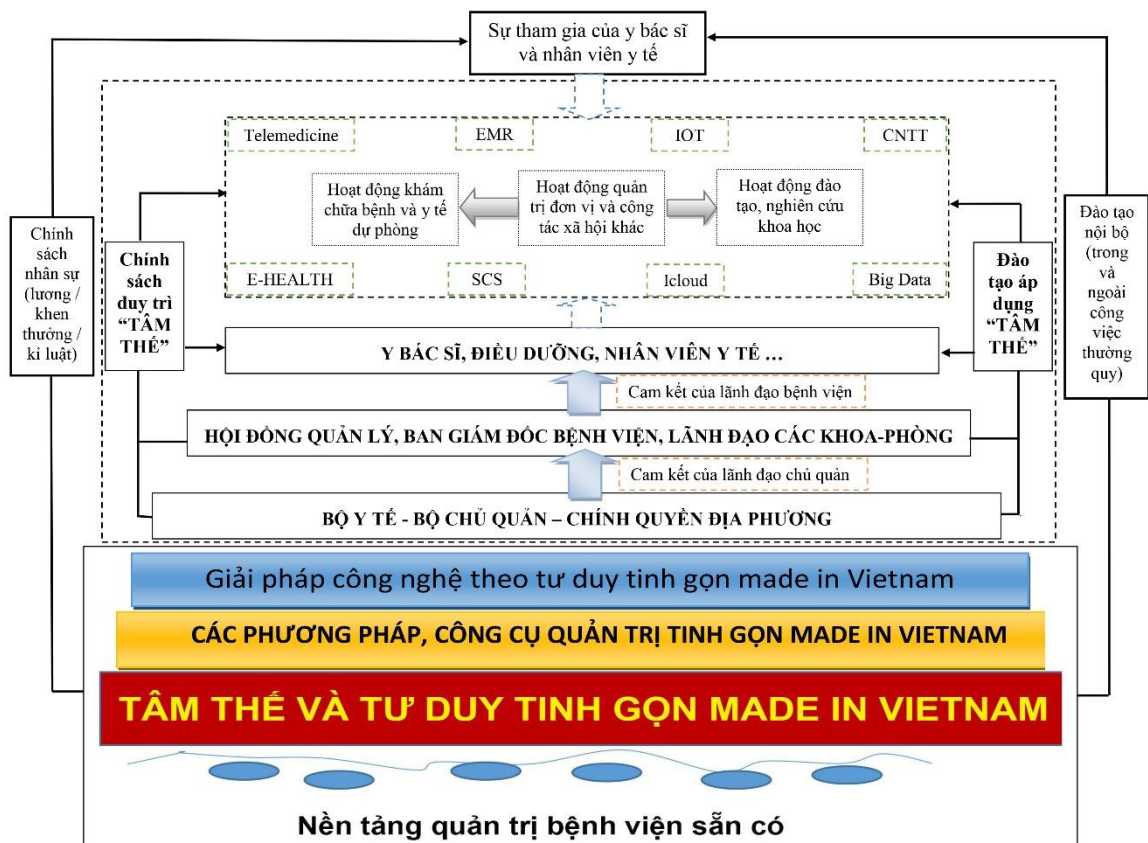
5.2.1. Mục đích

Kiến tạo mô hình QTBV mới phù hợp với văn hóa, đặc điểm xã hội, kinh tế và con người Việt Nam dựa trên cơ sở lý luận về QTTG Made in Vietnam có tiếp thu kinh nghiệm thành công trên thế giới và kết quả thực trạng thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện tại một số BVC hiện nay. Giải pháp tổng thể mô hình áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội được tác giả đặt tên là mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” được tác giả xây dựng, đề xuất ở đây như một giải pháp kèm theo trong quá trình triển khai thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện tại một số BVC Việt Nam hiện nay.

Giải pháp tổng thể MHQT bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam được xây dựng nhằm giải quyết các hạn chế của mô hình áp dụng QTTG trong hoạt động KCB, LP vô hình trong quy trình KCB và LP theo TDTG đã chỉ ra. Đồng thời phù hợp với điều kiện áp dụng QTTG thành công trong hoạt động KCB đã chỉ ra ở chương IV.

5.2.2. Nội dung

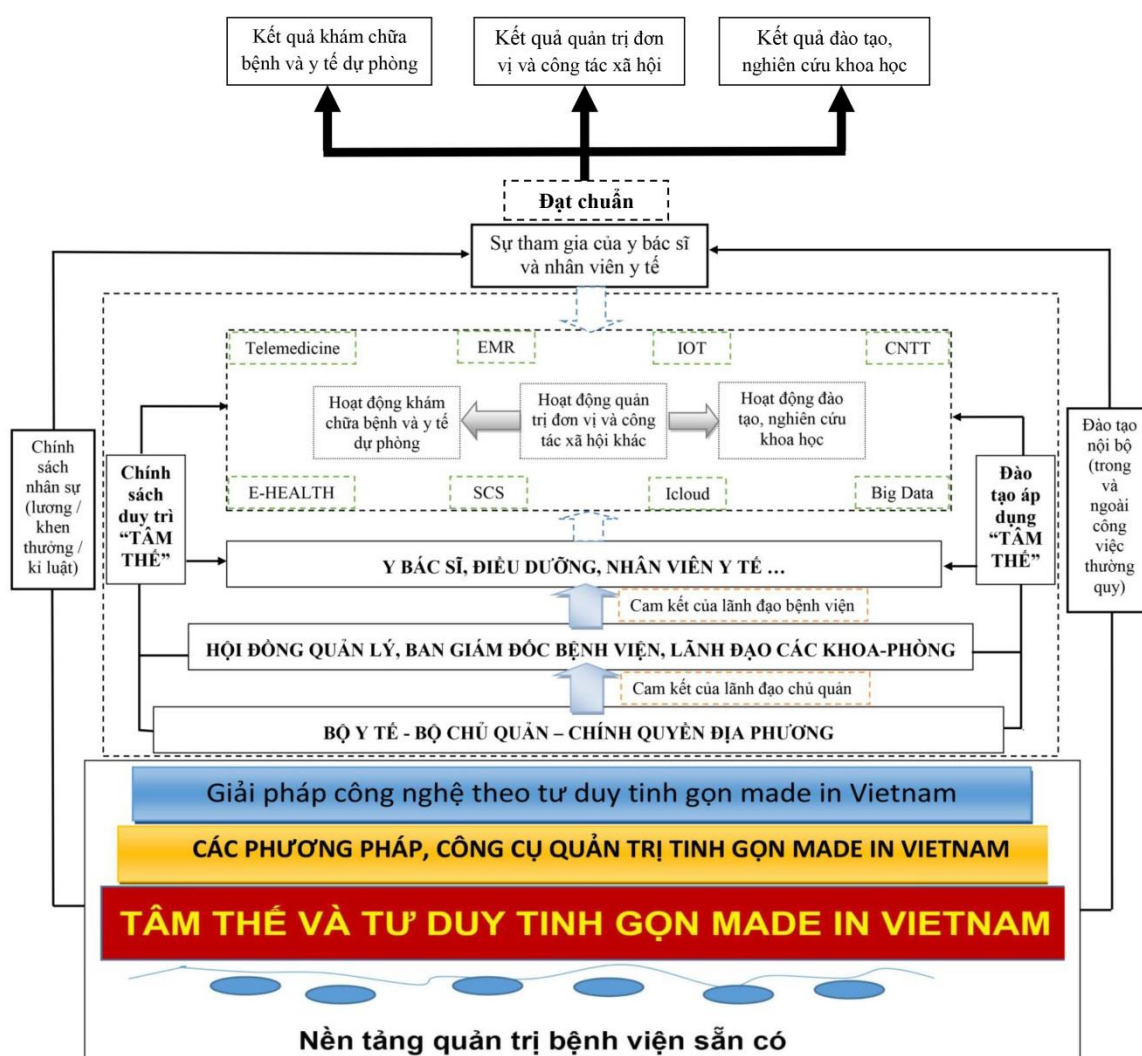
Từ thực trạng hoạt động quản trị của BVC đã phân tích ở trên tác giả sử dụng cơ sở lý luận QTTG Made in Vietnam đã nêu ở chương II và đã ứng dụng thành công tại nhiều DN được công nhận trong và ngoài nước [154], [152] tác giả đề xuất việc ứng dụng mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” như hình bên dưới đây.



Hình 5. 1. Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” trên nền tảng của Tâm Thể và Tư duy tinh gọn Made in Vietnam
(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” mới dựa trên cơ sở lý luận QTTG Made in Vietnam được xây dựng nhằm mục đích loại bỏ các LP trong quá trình hoạt động của bệnh viện, giảm thời gian KCB, tăng tính an toàn giúp bệnh viện hoạt động hiệu quả (khám, chữa bệnh, y tế dự phòng, đào tạo, NCKH, QTBV...). Đây là mô hình mang tính kiến tạo hoạt động dựa trên nguyên tắc không ngừng sáng tạo, cải tiến tạo ra các GTGT cho các BVC tại Việt Nam.

Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” có ưu điểm nổi bật là coi người bệnh và các hoạt động quản trị, chuyên môn hoặc liên quan KCB tại bệnh viện là trung tâm của và thay vì tạo áp lực bằng quy định, mệnh lệnh thì các cấp quản lý sẽ là người hỗ trợ, tạo mọi điều kiện để cấp dưới hoàn thành công việc mức cao nhất. Chính sách đào tạo và duy trì “Tâm thế” luôn được song hành với chính sách nhân sự, khen thưởng và đào tạo nhân lực, do đó quá trình đào tạo chuyên môn, nghiệp vụ cũng như quy trình làm việc sẽ song hành với đào tạo QTTG và “Tâm thế” để tự QTTG cùng nguyên tắc làm việc tuân thủ theo quy trình QTTG trở thành việc thường quy trở thành văn hóa làm việc của bệnh viện mà mọi người chủ động tuân thủ. Mô hình chọn ra kết quả thể hiện qua hình:



Hình 5. 2. Hoạt động Quản trị bệnh viện trong mô hình đề xuất

(Nguồn: Kết quả nghiên cứu của tác giả)

Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” xác định “Tâm thế” người lao động hình thành qua đào tạo và duy trì “Tâm thế” để mọi hoạt động trong bệnh viện luôn được đảm bảo bằng “Quản trị chất lượng dịch vụ theo TDTG Made in Vietnam”, đây là một ưu điểm khác của mô hình và được gọi bộ tiêu chuẩn chất lượng “SQCDE” trước khi cung cấp cho khách hàng. Theo đó SQCDE (Safety, Quality, Customer, Delivery, Environment) trên nền tảng của QTTG Made in Vietnam với bộ đỡ “Tâm thế” sẽ sử dụng, cải tiến những nền tảng quản trị, giá trị văn hóa bệnh viện sẵn có [152], được diễn giải:

+ Safety: An toàn là tiêu chí đầu tiên cần đạt được trong mọi hoạt động QTBV vì an toàn ảnh hưởng đến tính mạng con người nên điều kiện là tuyệt đối đảm bảo. S là tập hợp của các tiêu chí {S1, S2, S3... Sn} trong hoạt động toàn bệnh viện.

+ Quality: Là bộ tiêu chí mọi hoạt động QTBV cần đạt chuẩn bộ tiêu chí, các hoạt động QTBV đạt chuẩn sẽ mang đến chất lượng hoạt động toàn BV đạt chuẩn. Q là tập hợp của các tiêu chí {Q1, Q2, Q3... Qn} trong hoạt động toàn bệnh viện.

+ Customer: Dưới lăng kính “Tâm thế” của QTTG Made in Vietnam “C” được hiểu là Customer (BN) chứ không phải Cost (giá thành) vì tính mạng, an toàn và sự hài lòng của BN là trên hết, BN luôn là TT của mọi hoạt động trong bệnh viện. C là tập hợp của các tiêu chí {C1, C2, C3... Cn} trong hoạt động toàn bệnh viện.

+ Delivery: Thời gian cung cấp sản phẩm cho BN sẽ được tối ưu, để mỗi giai đoạn, công đoạn sẽ ít thời gian trễ, LP nhất và trong bệnh viện thời gian còn có ý nghĩa về tính mạng BN. D là tập hợp của các tiêu chí {D1, D2, D3... Dn} trong hoạt động toàn bệnh viện.

+ Environment: Môi trường an toàn, đảm bảo cũng cần đặc biệt chú ý để đảm bảo dịch vụ y tế được an toàn, hiệu quả. E là tập hợp của các tiêu chí {E1, E2, E3... En} trong hoạt động toàn bệnh viện.

Mô hình QTBV dựa trên cơ sở lí luận QTTG Made in Vietnam đảm bảo hoạt động được tạo ra theo hệ thức: $Y = \text{Tâm thế } X (A1; A2; A3; A4)$. Trong đó:

+ A1: cam kết của lãnh đạo bệnh viện

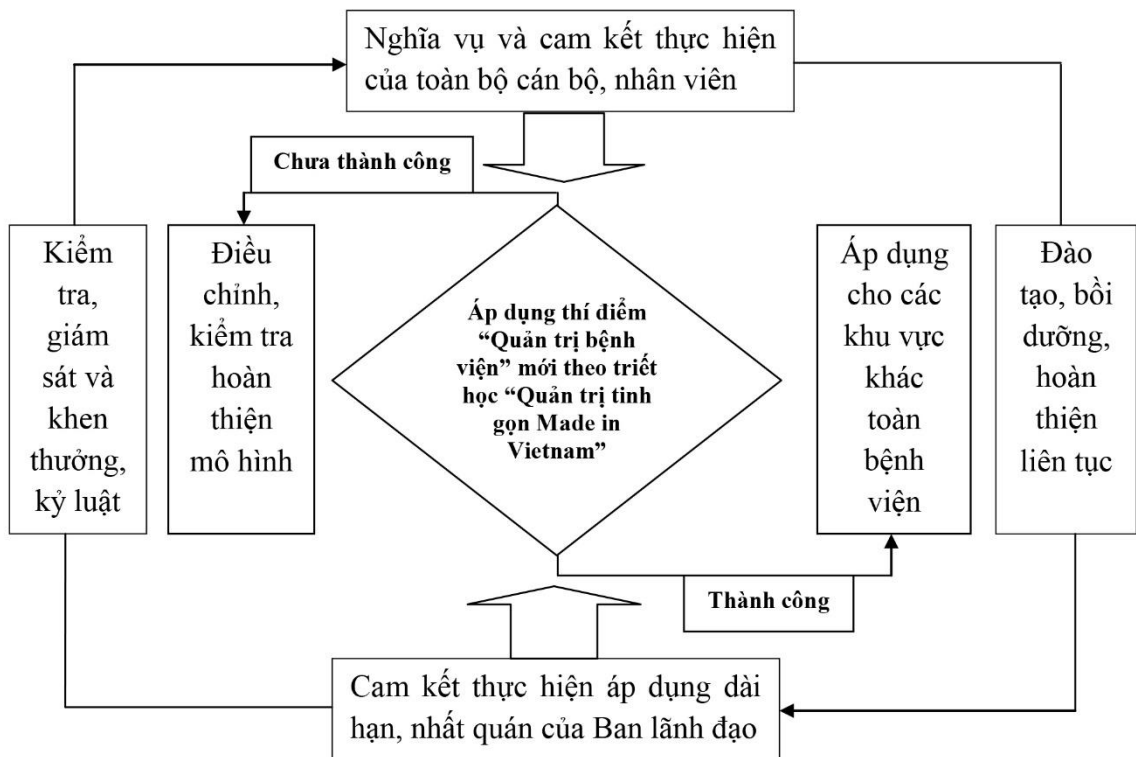
- + A2: tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện
- + A3: chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật tại bệnh viện
- + A4: chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện

Nếu coi hiệu quả cao nhất Y bằng một thì cần “Tâm thế” của mọi người nhân lực trong bệnh viện cần đảm bảo cao nhất (1) thì nhân với các thành phần (từ A1 đến A4) trong hệ thức mới ra kết quả cao nhất. Nếu “Tâm thế” và một trong các thành phần (từ A1 đến A4) bằng 50% tiêu chuẩn thì tính theo hệ thức trên, hiệu quả chỉ còn 25%, do vậy áp dụng, duy trì và đảm bảo “Tâm thế” cũng quan trọng không kém đảm bảo chuẩn SQCDE.

Hoạt động quản trị bên trong của mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” sử dụng cam kết của lãnh đạo bệnh viện; chính sách nhân sự; chương trình đào tạo và tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện là những điều kiện tiên quyết để giữ chất lượng dịch vụ KCB, đào tạo, NCKH và TNXH được chất lượng ổn định, tốt nhất. Nhưng nghiên cứu điều kiện áp dụng ở chương 4, hai yếu tố chính sách nhân sự và chương trình đào tạo là điều kiện quan trọng cần cơ chế ưu tiên đặc biệt hơn nhưng trong đặc điểm hệ thống BVC các cơ chế chính sách và nội dung đào tạo cần tuân thủ quy định của Bộ Y tế hay Chính phủ nên đôi khi có những khó khăn về trần hoặc rào cản cơ chế mà nhà quản trị bệnh viện không thể dễ dàng vượt qua.

5.2.3. Mô hình thực hiện giải pháp

Mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” mới dựa trên cơ sở lý luận “QTTG Made in Vietnam” khi triển khai áp dụng tại BVC được tác giả đề xuất triển khai áp dụng theo quy trình như sau:



Hình 5. 3. Quy trình triển khai áp dụng mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam”

(Nguồn: Kế thừa Nguyễn Đăng Minh và đề xuất, 2015)

Mô hình sẽ được thí điểm triển khai tại KKB của một BVC, khi triển khai sẽ sử dụng động lực là hai nhân tố “chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại bệnh viện và chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện” đã được khẳng định có tác động mạnh đến điều kiện áp dụng QTTG thành công ở chương IV. Bên cạnh đó khi triển khai cũng cần cam kết triển khai của lãnh đạo bệnh viện và tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện trong toàn bộ quá trình triển khai áp dụng mô hình mới. Dựa trên nguyên lý cải tiến liên tục, khi triển khai áp dụng mô hình sẽ được đánh giá sự phù hợp, điều chỉnh liên tục và khi đã khẳng định hiệu quả áp dụng sẽ đề xuất áp dụng ra các khu vực khác, tiến tới áp dụng ra toàn bộ bệnh viện.

5.2.4. Điều kiện triển khai áp dụng

Trên cơ sở NC thực trạng, tác giả đề xuất cũng như thực hiện phỏng vấn sâu để rút ra các điều kiện để áp dụng thành công mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” mới dựa trên cơ sở lí luận QTTG Made in Vietnam, như sau:

+ Lãnh đạo các bệnh viện cam kết hỗ trợ với các YBS, NVYT được tự chủ trong hoạt động KCB, sáng tạo NC, đổi mới qua chính sách hỗ trợ tối đa cho YBS, NVYT thực hiện công việc của mình. Lãnh đạo bệnh viện hỗ trợ thông qua đào tạo và xây dựng chính sách (chính sách nhân sự, kiểm tra giám sát hậu kiểm), không làm thay các công việc của cấp dưới.

+ Dưới sự hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện, với vị trí trung tâm các YBS, NVYT cần tham gia nghiêm túc có trách nhiệm luôn chủ động sáng tạo trong cắt giảm chi phí LP trong hoạt động KCB, không ngừng cải tiến chất lượng dịch vụ KCB. Tự chịu trách nhiệm đối với các công việc được giao.

+ Cả lãnh đạo YBS, NVYT cam kết cải tiến không ngừng, linh hoạt trong các công việc, luôn đảm bảo các điều kiện duy trì “Tâm thế” để đảm bảo chất lượng, an toàn, hiệu quả đáp ứng các yêu cầu, thích ứng với các biến động xã hội.

5.3. Các giải pháp cụ thể: áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội

Các giải pháp cụ thể áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội được tác giả xây dựng, đề xuất tuân thủ phương pháp xây dựng đề xuất giải pháp đã nêu ở đầu chương, đồng thời giải quyết các bất cập LP dựa trên nguyên nhân đã nêu ra và đảm bảo nguyên tắc: (1) cải tiến tốt những gì đã có; (2) bổ trợ cho giải pháp tổng thể; và (3) khắc phục những hạn chế còn lại đã chỉ ra ở chương IV mà các giải pháp tại các nghiên cứu trước đây chưa đề cập hoặc chưa giải quyết đến.

5.3.1. Giải pháp cụ thể một: Cải thiện áp dụng 5S và công cụ quản trị tinh gọn đang sử dụng

Mục đích của giải pháp

Trên cơ sở tình hình thực tiễn đang áp dụng các công cụ QTTG trong lĩnh vực y tế nói chung và BVC nói riêng như: 5S, công cụ cải tiến liên tục Kaizen và TDTG... chưa đạt được kết quả như kỳ vọng, giải pháp đưa ra nhằm nâng cao hơn nữa hiệu quả áp dụng các công cụ QTTG so với thực trạng hiện nay.

Giải pháp sẽ góp phần giải quyết các thực trạng về hiệu quả áp dụng các công cụ QTTG qua đó giúp giảm bớt các LP chờ đợi, di chuyển, thao tác thừa theo TDTG thu ngắn cách biệt về đánh giá các dạng tồn tại hữu hình và vô hình giữa

bên cung cấp dịch vụ (YBS) với bên thụ hưởng dịch vụ (BN) mà NC thực trạng chương IV đã chỉ ra. Đồng thời gia tăng sự cảm thông, chia sẻ giữa bác sĩ, NVYT với BN và từ đó hạn chế các sự cố y khoa và xung đột trong bệnh viện.

Giải pháp còn góp phần giải quyết tồn tại hạn chế trong triển khai áp dụng 5S trong hệ thống y tế công lập Việt Nam hiện nay qua đó giúp nâng cao hiệu quả các phong trào đang triển khai như nâng cao chất lượng bệnh viện, phong trào đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của NVYT hướng tới sự hài lòng của BN.

Nội dung của giải pháp

Định hướng nội dung giải pháp từ thực trạng

Hiện nay, cách thức triển khai từng S một (Sàng lọc → Sắp xếp → Sạch sẽ → Săn sóc → Sẵn sàng) từ văn tập trung lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa và một số nhân sự học tập trung rồi triển khai thí điểm tại một vài khoa rồi bệnh viện tự triển khai giữa các khoa dẫn đến thực trạng các trưởng khoa thường đi đầu buổi rồi bỏ về giữa buổi hoặc cử các nhân sự khác tham gia phần còn lại nhưng lại không có quyền quyết định dẫn đến hiệu quả, sự cam kết tham gia triển khai 5S chưa được mạnh mẽ, quyết liệt. Tại các khoa vai trò người điều dưỡng trong triển khai 5S chưa được quan tâm đúng mức trong khi họ lại là người hiểu nhất về khoa, hàng ngày sâu sát với hoạt động chuyên môn tại khoa.

Nội dung giải pháp

Thay đổi S5 (Sẵn sàng) bằng “Tâm thế” theo TDTG Made in Vietnam (gọi là 5S Made in Vietnam). “Tâm thế” ở đây có ý nghĩa xây dựng ý thức cho người lao động có hai đầu và một ý để họ có “Tâm thế” về việc rèn luyện cách thức làm việc, thói quen, nề nếp thực hiện 5S gắn với hoạt động chuyên môn. Theo TDTG Made in Vietnam đây lại là hoạt động quan trọng nhất, giúp nhân viên thấu hiểu ý nghĩa và lợi ích của 5S đối với bản thân, từ đó nâng cao ý thức thực hiện 5S tự nguyện, hiệu quả. Sau khi hình thành được “Tâm thế” cho mọi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện thì “Tâm thế” hay còn gọi là S5 sẽ được trau dồi thường xuyên và đồng hành khi triển khai S1, S2, S3, S4. Quá trình áp dụng 5S trong bệnh viện lúc đó có thể thực hiện theo trình tự sau:

+ **Bước một: Lập kế hoạch:** Trước tiên, các nhà quản lý bệnh viện cần xây dựng một kế hoạch và lộ trình cụ thể. Tất cả bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh

viện phải nắm vững nội dung chương trình 5S để áp dụng vào công việc hàng ngày.

+ Bước hai: Đào tạo đội ngũ triển khai:

* Thông báo ý nghĩa và mục đích của chương trình 5S cho những người có tên trong danh sách đội ngũ triển khai tại bệnh viện

* Tiến hành đào tạo và chỉ dẫn cho họ các công cụ, phương pháp, cách thức để triển khai 5S tại bệnh viện

* Tiến hành đánh giá, lựa chọn khu vực thí điểm để thực hiện 5S.

+ Bước ba: Thông báo chính thức của Ban giám đốc bệnh viện: Ban giám đốc bệnh viện tiến hành thông báo chính thức việc thực hiện 5S, mục tiêu, lợi ích, kế hoạch chương trình thực hiện... rộng rãi cho toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện. Tổ chức tuyên truyền, quảng bá rộng rãi cho toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện. Tổ chức các chương trình đào tạo về 5S cho toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT bằng đội ngũ triển khai được đào tạo kỹ càng.

+ Bước bốn: Triển khai thực hiện 5S Made in Vietnam

* **Thực hiện S một - Sàng lọc:** Đây là bước phân biệt rõ ràng các vật không mong muốn với các vật cần thiết và loại bỏ các vật không mong muốn. Sau đó, tiến hành loại bỏ các vật liệu phế thải từ nơi làm việc. Nó giúp duy trì nơi làm việc sạch sẽ và cải thiện hiệu quả thời gian tìm kiếm mọi thứ. Trình tự như sau:

- Mọi người quan sát kỹ nơi làm việc của mình.
- Phân biệt những thứ cần thiết và những thứ không cần thiết
- Loại bỏ những thứ không cần thiết.

Chú ý: Khi hủy những thứ thuộc tài sản chung, tài sản của cơ quan cần báo cáo cho các cấp có thẩm quyền được biết. Đồng thời nên thông báo cho những nơi, những người đã cung cấp tài liệu, vật liệu thừa được biết.

* **Thực hiện S hai - Sắp xếp:** Đây là công việc rất quan trọng để làm cho nơi làm việc dễ hình dung hơn. Trình tự thực hiện bước này như sau:

- Khẳng định mọi thứ không cần thiết đã được loại bỏ khỏi nơi làm việc.
- Trao đổi với các đồng nghiệp về cách bố trí sao cho thuận tiện công việc.

* **Thực hiện S ba - Sạch sẽ:** Yêu cầu mọi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện giành từ ba đến mười phút mỗi ngày để làm vệ sinh nơi làm việc, tổ chức ngày tổng vệ sinh từ một đến hai lần trên năm. Trình tự thực hiện như sau:

- Xây dựng nội quy làm vệ sinh nơi làm việc trước khi bắt đầu thực hiện.
- Tìm các nguồn bản và xác định nguyên nhân
- Sau đó lên lịch để làm sạch nơi làm việc và ghi vào danh sách kiểm tra làm sạch.

* **Thực hiện S bốn - Săn sóc:** Khi lặp lại các hoạt động Sàng lọc, Sắp xếp, Sạch sẽ một cách chính xác và thường xuyên sẽ tạo ra được môi trường làm việc thuận tiện, an toàn và hiệu quả. Để duy trì và không LP những nỗ lực đã bỏ ra cần:

- Tạo ra hệ thống nhằm duy trì sự sạch sẽ, ngăn nắp ở nơi làm việc bằng cách chuẩn hóa mọi quy trình làm việc.
- Thực hiện kiểm tra và đánh giá thường xuyên do thành viên của ban giám đốc bệnh viện 5S tiến hành.
- Trên cơ sở kiểm tra đánh giá tiến hành trao thưởng, khích lệ, động viên những cá nhân, tập thể làm tốt 5S
- Phát động phong trào thi đua giữa các cá nhân và các khoa, phòng trong toàn bệnh viện.
- Trao quyền lợi và trách nhiệm cho mọi người trong đội ngũ triển khai 5S tại bệnh viện .

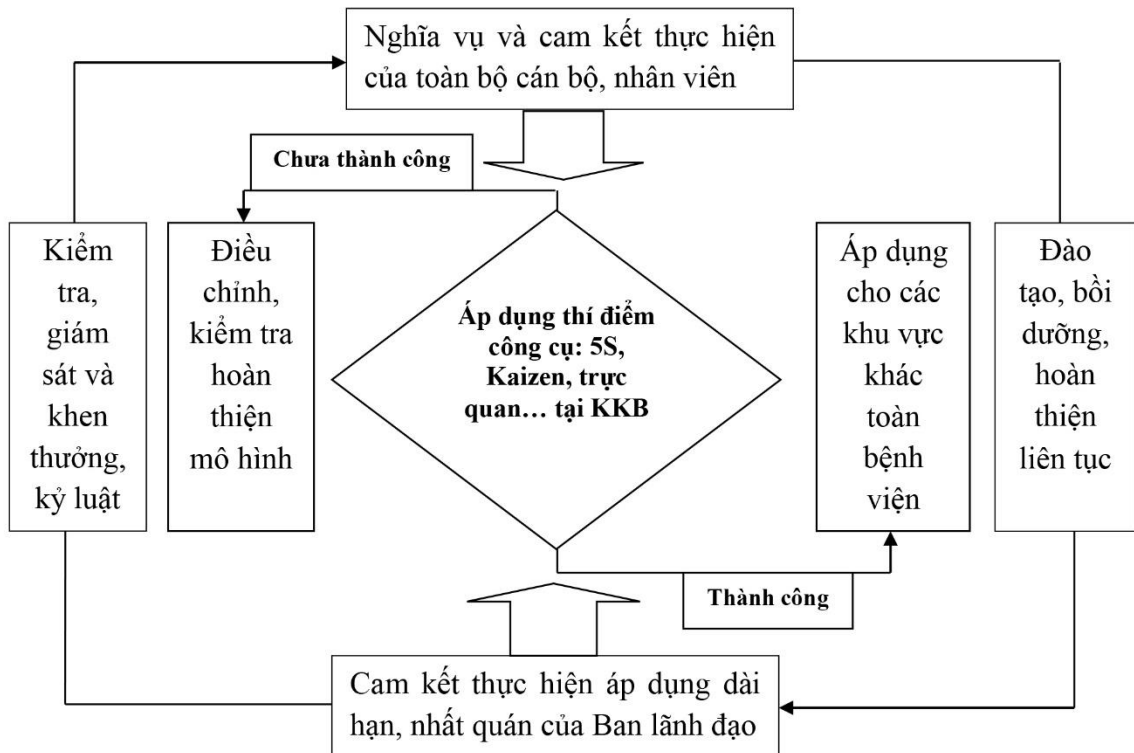
+ Bước năm: Đánh giá 5S định kỳ và thường xuyên cải tiến 5S

Để duy trì, việc quan trọng là lãnh đạo phải làm gương và tổ chức để các bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện tham gia thực hiện, đồng thời có sự phản hồi thường xuyên về việc áp dụng trong các cuộc họp điều hành. Tổ chức đánh giá 5S định kỳ hàng tuần thay vì hàng tháng như hiện nay. Đánh giá chéo giữa các phòng, các Khoa, trung tâm với mục đích đảm bảo sự phù hợp với tiêu chuẩn 5S, áp dụng công cụ máy móc vào trong đánh giá để giảm thiểu yếu tố chủ quan từ người đánh giá từ đó đo lường chính xác kết quả của việc thực hiện, đồng thời để có cơ sở giúp Ban Giám đốc bệnh viện đề ra những biện pháp chỉ đạo kịp thời.

Nội dung triển khai cho 5S cũng có thể áp dụng cho công cụ cải tiến liên tục Kaizen hoặc TDTG hoặc quản trị trực quan hoặc các công cụ khác trong bệnh viện. Các bệnh viện cũng cần thay đổi, xây dựng và phát triển “Tâm thế” là yếu tố cốt lõi. Sau đó mới lần lượt áp dụng các công cụ và phương pháp mới vào trong thực tiễn hoạt động của chuyên môn của bệnh viện.

Mô hình thực hiện giải pháp

Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S, công cụ cải tiến liên tục Kaizen, TDTG, quản trị trực quan và công cụ khác đã có khi triển khai áp dụng tại BVC được tác giả đề xuất triển khai áp dụng theo quy trình như sau:



Hình 5. 4. Quy trình triển khai cải tiến hiệu quả áp dụng các công cụ quản trị tinh gọn

(Nguồn: Kế thừa Nguyễn Đăng Minh và đề xuất, 2015)

Cách thức triển khai thực hiện gồm 5 bước như nội dung đề xuất đã xác định là các bước đã được kế thừa theo TDTG Made in Vietnam của tác giả Nguyễn Đăng Minh [61]. Theo kết quả nghiên cứu tại chương IV thì hai yếu tố quan trọng là chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS bệnh viện và chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện cần đặc biệt quan tâm để đảm bảo hiệu quả áp dụng QTTG trong BVC thì tác giả

đề xuất việc định vị, đào tạo “Tâm thế” và các giải pháp duy trì “Tâm thế” cho toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện cũng cần thực hiện song hành và lồng ghép trong chương trình đào tạo, chính sách tổng thể và xác định đó là một nhiệm vụ có ý nghĩa quyết định hiệu quả áp dụng thì mới tạo ra được sự khác biệt về hiệu quả áp dụng QTTG cùng công cụ QTTG như: 5S, công cụ cải tiến liên tục Kaizen và TDTG... so với trước kia.

Điều kiện triển khai áp dụng

Đối với lãnh đạo bệnh viện

Đứng ở góc độ quản trị, các nhà QTBV cần cam kết thực hiện những nội dung thay đổi S5 thành “Tâm thế” mà giải pháp đã đưa ra để giải quyết các vấn đề thực tiễn hiện nay về hiệu quả áp dụng các công cụ QTTG chưa cao, mà kết quả NC đã chỉ ra làm ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ KCB hiện nay (mức độ “vi mô”).

Sau khi đã giải quyết xong các vấn đề thuộc mức độ “vi mô” các nhà quản trị bệnh viện sẽ nâng lên giải quyết mức độ “trung gian” (meso) của QTBV, tập trung áp dụng nội dung giải pháp vào KKB trước vì đây là khu vực dễ áp dụng và nhìn thấy kết quả nhanh nhất.

Sau cùng sẽ biến những giải pháp cấp “vi mô” trên ra thành các quyết định ở cấp độ thể chế chung áp dụng trong toàn bệnh viện và làm cơ sở đề xuất, kiến nghị cấp cao hơn như Bộ Y tế, Chính phủ điều chỉnh chế độ, chính sách y tế còn gọi là mức độ “vĩ mô”(macro) về QTBV để nâng cao hơn nữa chất lượng dịch vụ KCB tiến tới sự hài lòng của người bệnh như mục tiêu của cuộc vận động “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”.

Đối với nhân viên bệnh viện

Nhân viên bệnh viện bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, NVYT khác như hành chính, bảo vệ... sẽ là những yếu tố mang tính chất đảm bảo cho sự thành công một cách bền vững và lâu dài khi áp dụng các nội dung của giải pháp thí điểm và toàn bệnh viện về sau. Do đó việc nâng cao mức độ cam kết tham gia của nhân viên thông qua đào tạo, duy trì và phát triển “Tâm thế” ở khu vực áp dụng thí điểm trước mắt và toàn bệnh viện về sau mà cụ thể là nâng cao tinh thần tự giác,

tính chủ động, tích cực trong các hoạt động áp dụng là một trong những yêu cầu cơ bản đối với bệnh viện nếu muốn đạt hiệu quả cao trong quá trình triển khai thí điểm trước mắt cũng như áp dụng toàn bệnh viện về sau.

5.3.2. Giải pháp cụ thể hai: *Đẩy mạnh chuẩn hóa y tế Made in Vietnam*

Mục đích của giải pháp

Góp phần triển khai thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW [2] và lộ trình ứng dụng CNTT trong lĩnh vực KCB của Bộ y tế qua đó giải quyết phần nào các tồn tại nổi cộm: “Thanh toán trước, trong và sau khám”, “Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn”, “Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát bác sĩ, điều dưỡng trong quá trình KCB”, “Tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản banking”, “Công cụ để BN, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh”... liên quan đến quy trình KCB đã chỉ ra.

Giải pháp sẽ góp phần thúc đẩy việc triển khai ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong lĩnh vực y tế đặc biệt là hoạt động KCB hiện đang còn nhiều hạn chế và chậm chạp. Giải pháp sẽ góp phần thúc đẩy hoạt động KCB tại các BVC nói riêng và hệ thống y tế Việt Nam tận dụng những thành tựu, hiệu quả mang lại của cách mạng công nghiệp 4.0 cũng hoạt động chuyển đổi số đang diễn ra rất nhanh chóng tại Việt Nam hiện nay.

Nội dung của giải pháp

Định hướng nội dung giải pháp từ thực trạng

Hiện nay, Bộ Y tế đã xây dựng, triển khai chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế [21] với nhiều nội dung như: Phần mềm quản lý bệnh viện; Hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS) tại bệnh viện; Hoạt động y tế từ xa; Ứng dụng trí tuệ nhân tạo; Ứng dụng CNTT trong khám, chữa bệnh BHYT và đặc biệt quan trọng nhất là triển khai hồ sơ y tế điện tử với lộ trình:

+ Giai đoạn 2014 – 2016, Bộ Y tế đã phê duyệt dự án triển khai thí điểm hồ sơ y tế điện tử tại sáu bệnh viện gồm: Nhi TW, Phụ sản TW, bệnh viện Y học cổ truyền TW, bệnh viện TW Huế, bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh và bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

+ Ngày 28/12/2018, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 46/2018/TT-BYT [16] quy định hồ sơ hồ sơ y tế điện tử, đến thời điểm hiện tại một số bệnh viện và Sở Y tế quan tâm xây dựng kế hoạch triển khai hồ sơ y tế điện tử tại đơn vị.

+ Sau giai đoạn thử nghiệm, từ năm 2019-2023: Các cơ sở y tế bệnh hạng I trở lên chủ động nâng cấp hệ thống CNTT tại cơ sở để triển khai hồ sơ hồ sơ y tế điện tử. Đối với các cơ sở y tế khác căn cứ vào nhu cầu, năng lực thực tế để chuẩn bị các điều kiện cần thiết cho việc triển khai hồ sơ hồ sơ y tế điện tử và triển khai hồ sơ hồ sơ y tế điện tử khi đáp ứng các yêu cầu được quy định hiện hành.

+ Giai đoạn từ năm 2024-2028: Tất cả các cơ sở y tế trên toàn quốc phải triển khai hồ sơ hồ sơ y tế điện tử.

Nội dung giải pháp

Theo lộ trình triển khai hồ sơ y tế điện tử, ứng dụng CNTT, số hóa y tế được Bộ Y tế đã vạch ra mở rộng thêm các chức năng liên quan:

+ Ứng dụng CNTT trong đăng ký khám bệnh tại các bệnh viện mở rộng thêm chức năng cho phép đăng ký khám, thanh toán đăng ký khám và tạm ứng qua chuyển khoản banking trước, đồng thời áp dụng cơ chế phản hồi hẹn giờ khám chính xác cho BN đến khám để giảm thời gian chờ.

+ Phần mềm quản lý KCB tại bệnh viện có thể liên kết với tài khoản ngân hàng của BN khi đến khám và kết thúc liên kết khi kết thúc khám bệnh để mọi giao dịch, chi phí liên quan trong quá trình KCB như đăng ký khám, trả tiền xét nghiệm, trả tiền chẩn đoán hình ảnh, trả tiền can thiệp lâm sàng, cận lâm sàng, trả tiền mua thuốc... sẽ khấu trừ thẳng vào tài khoản và người bệnh không phải đóng tiền khi qua mỗi bước. Trong quá trình khám bệnh, BN cũng theo dõi chi tiết các loại chi phí để khi BN hoàn tất khám bệnh có thể ra về luôn mà không phải làm tất toán sau khi khám bệnh sẽ giảm thời gian chờ và LP quá nhiều các thao tác dư thừa, di chuyển đi lại.

+ Hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS) tại bệnh viện sẽ liên thông giữa các khoa phòng, các bệnh viện và được lưu trong hồ sơ y tế điện tử của mỗi BN. Do đó khi đi khám bệnh, người bệnh chỉ phải đi thực hiện khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, can thiệp lâm sàng, cận lâm sàng... mà không cần

phải chờ hoặc quay lại lấy các kết quả rồi lại quay lại phòng khám ban đầu để bác sĩ ra kết luận tình trạng bệnh và phương pháp điều trị.

+ Bổ sung các bảng hiệu điện tử, thay vì các bảng hiệu in và loa phóng thanh hiện nay như các sân bay đã thực hiện. Tất cả thông tin liên quan người bệnh và thân nhân có thể xem qua biển thông báo hoặc tìm kiếm qua công cụ tìm kiếm điện tử trang bị tại bệnh viện hoặc qua thiết bị di động cá nhân khi truy cập tìm kiếm trong phần mềm quản lý KCB của bệnh viện được cấp mới cho phép BN truy cập theo mã khám bệnh mỗi khi đến khám. Như vậy sẽ làm giảm tiếng ồn, sự mệt mỏi, phải di chuyển hỏi NVYT quá nhiều và người bệnh có thể tự thực hiện quá trình KCB của mình mà không phải phụ thuộc quá nhiều vào bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện.

Mô hình thực hiện giải pháp

Gắn nội dung giải pháp với chương trình kết hoạch của Bộ Y tế, thực hiện bổ sung các nội dung đề xuất này vào trong chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế và thực hiện theo lộ trình gắn với chương trình đã xác định có điều chỉnh thời gian:

+ Từ nay đến hết 2024, xây dựng các nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số 02 và áp dụng thí điểm vào sáu bệnh viện bao gồm: Bệnh viện Nhi TW, Bệnh viện Phụ sản TW, Bệnh viện Y học cổ truyền TW, Bệnh viện đa khoa TW Huế, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh và Bệnh viện Nhi Thanh Hóa theo nội dung phải triển khai hồ sơ y tế điện tử.

+ Sau giai đoạn thử nghiệm, từ năm 2025 - 2026: Các cơ sở y tế bệnh hạng một trở lên khi triển khai hồ sơ y tế điện tử sẽ tích hợp các nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số hai.

+ Giai đoạn từ năm 2026 - 2028: Tất cả các cơ sở y tế trên toàn quốc phải triển khai hồ sơ y tế điện tử có tích hợp các nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số hai.

Điều kiện triển khai áp dụng

+ Cần trình xin phép và được Bộ Y tế cho phép bổ sung các chức năng ứng dụng CNTT và số hóa đã nêu trong nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số hai

vào chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế và thực hiện theo lộ trình gắn với chương trình đã xác định.

+ Các bệnh viện cần tích cực tham gia vào chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế nói chung cũng như tiếp nhận thực hiện áp dụng các chức năng ứng dụng CNTT và số hóa đã nêu trong nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số hai vào áp dụng trong hoạt động KCB tại bệnh viện.

+ Xây dựng chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức và chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện đối với các NVYT tại các bộ phận tiếp đón, đăng ký khám bệnh, thu ngân, tài chính.... những lực lượng chính sẽ tham gia sử dụng, tiếp nhận các sản phẩm có ứng dụng các nội dung đề xuất của giải pháp cụ thể số hai.

+ Xây dựng chương trình phổ biến toàn dân để người dân, người bệnh biết, ủng hộ, tìm hiểu và sử dụng các sản phẩm của chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế trong quá trình đến KCB tại các bệnh viện.

5.3.3. Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện

Mục đích của giải pháp

Như phân tích nhân tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC đã cho thấy chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện và chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS bệnh viện là hai nhân tố tác động mạnh nhất nên giải pháp về chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện là giải pháp cụ thể được tác giả đề xuất để bổ trợ, đồng thời cũng là điều kiện, động lực cho các giải pháp khác được triển khai hiệu quả như kỳ vọng.

Giải pháp giúp khắc phục hạn chế trong việc duy trì, đảm bảo chất lượng, hiệu quả các chương trình đang áp dụng như 5S, chất lượng bệnh viện, vệ sinh bệnh viện... đồng thời gian làm cơ sở triển khai áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại các BVC thời gian tới đây.

Nội dung của giải pháp

Định hướng nội dung giải pháp từ thực trạng

NC năm nhân tố ảnh hưởng đến điều kiện áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC bao gồm:

- + Cam kết của lãnh đạo bệnh viện
- + Sự tham gia đầy đủ của YBS trong bệnh viện
- + Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật bệnh viện
- + Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS bệnh viện
- + Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm bệnh viện

Kết quả NC đã cho thấy, chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS bệnh viện và chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện có tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại BVC. Đây sẽ là hai nội dung mà tác giả lựa chọn để xây dựng giải pháp cụ thể số ba, giải pháp này được xác định là điều kiện, động lực cho các giải pháp khác đã đề xuất trước được triển khai hiệu quả như kỳ vọng.

Nội dung giải pháp

+ **Nội dung đào tạo, bồi dưỡng:** xây dựng đào tạo bồi dưỡng “Tâm thế” cho tất cả các bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện làm nền tảng trước khi triển khai đào tạo nội dung thực hiện các giải pháp khác. Từ đó nâng cao tinh thần trách nhiệm, ý thức tự giác và chủ động trong quá trình thực hiện công việc.

+ Chính sách nhân sự: Thông qua chính sách đào tạo thường xuyên về “Tâm thế” song song với hoạt động đào tạo chuyên môn khác. Bởi qua hoạt động đào tạo mọi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện sẽ không ngừng được nâng cao kiến thức và kỹ năng, hình thành “Tâm thế” cho chính bản thân mình từ đó dễ dàng tiếp nhận các nội dung đào tạo, chính sách hay hoạt động khác. Bệnh viện có thể tiến hành đào tạo “Tâm thế” bằng nhiều hình thức, cách thức khác nhau, tùy thuộc vào từng đặc điểm của cá nhân, khoa, phòng và tổ chức được đào tạo.

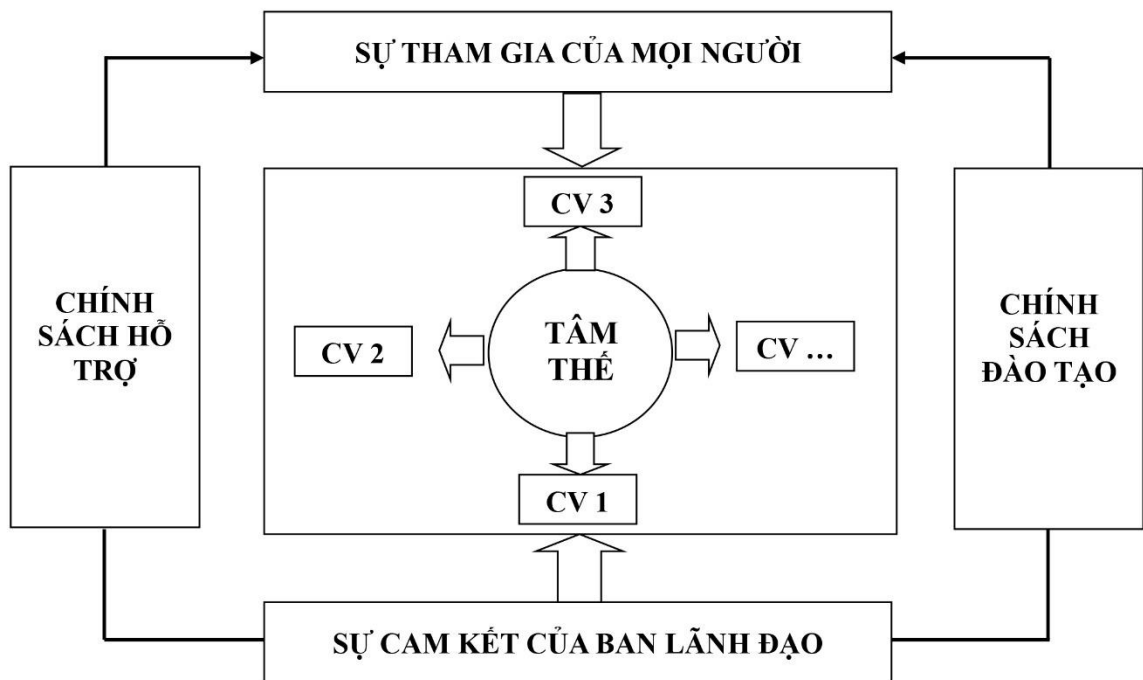
+ Chính sách kiểm tra, giám sát: Tùy thuộc vào từng đặc điểm của cá nhân, khoa, phòng và tổ chức các bệnh viện sẽ xây dựng chính sách cho phù hợp, tuy nhiên kiểm tra, giám sát cần đảm bảo thường xuyên, liên tục và nghiêm túc. Ưu

tiên sử dụng các công cụ đo lường định lượng để thực hiện sẽ đảm bảo tính minh bạch, khách quan.

+ Chính sách khen thưởng, kỷ luật: Song song với khen thưởng đánh giá về chuyên môn thì khen thưởng, kỷ luật cho các hoạt động áp dụng QTTG nói riêng và mô hình, phương pháp quản trị mới, khoa học công nghệ hoặc nội dung các giải pháp vào trong công việc hàng ngày cũng cần xem là một tiêu chí đánh giá, xếp hạng thi đua và xếp loại nhân sự. Đó sẽ là động lực để bắt buộc mọi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện phải tuân thủ theo chính sách của bệnh viện và qua tùy thuộc vào từng đặc điểm của cá nhân, khoa, phòng và tổ chức các bệnh viện sẽ xây dựng chính sách khen thưởng, kỷ luật cho phù hợp.

Mô hình thực hiện giải pháp

Mô hình đào tạo “*Tâm thế*” được đề xuất như sau:



Hình 5. 5. Mô hình đào tạo *Tâm thế*

(Nguồn: Nguyễn Đăng Minh, 2015)

Mô hình tác giả đề xuất này kế thừa mô hình của Nguyễn Đăng Minh (2015) tập trung vào áp dụng QTTG trong bệnh viện với nhân tố “*Tâm thế*” làm trái tim của nội dung đào tạo. Để mọi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện có được “*Tâm thế*” tốt trong các hoạt động của mình dựa trên nền tảng các yếu tố:

+ Sự cam kết của ban giám đốc bệnh viện: là nhân tố thiết yếu để xây dựng và đào tạo “Tâm thế” cho mọi người trong bệnh viện. Đây là điều vô cùng cần thiết bởi ban giám đốc bệnh viện chính là người xây dựng và định hướng phát triển cho tổ chức. Để xây dựng và đào tạo “Tâm thế” cho mọi người ban giám đốc bệnh viện cần phải chú ý:

- Luôn sẵn sàng phân bổ nguồn lực hợp lý để duy trì mọi việc diễn ra liên tục và thành công.
- Tạo động lực cho mọi người thông qua các chính sách khen thưởng và động viên kịp thời.
- Gắn lợi ích của mọi người với lợi ích của bệnh viện thông qua việc trao quyền, tin tưởng và tạo cơ hội cho mọi người được phát triển toàn diện, nâng cao năng lực của bản thân.

+ Ban Giám đốc bệnh viện ủng hộ thực hiện giải pháp sẽ giao cho bộ phận chuyên môn phù hợp xây dựng nội dung chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng phù hợp với đặc điểm của bệnh viện mình.

+ Nội dung chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện được đưa ra lấy ý kiến góp ý, rộng rãi trong toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện.

+ Trên cơ sở ý kiến góp ý của toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện, nhóm chuyên môn sẽ tiếp thu, chỉnh sửa nội dung chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng.

+ Sau chỉnh sửa nội dung sẽ tiếp tục được gửi lấy ý kiến và tiếp thu chỉnh sửa, việc này lặp đi, lặp lại cho đến khi Ban Giám đốc bệnh viện chấp nhận và ban hành chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện.

Điều kiện triển khai áp dụng

+ Điều kiện tiên quyết nhất là quyết tâm của Ban Giám đốc bệnh viện trong việc xây dựng và triển khai chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng.

+ Bộ phận chuyên môn được giao xây dựng nội dung chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng phải phù hợp chuyên môn, nắm rõ và hiểu biết về các đặc điểm của các cá nhân, khoa, phòng và tổ chức trong bệnh viện để xây dựng chính sách được tốt và hiệu quả.

+ Toàn bộ bác sĩ, điều dưỡng, NVYT trong bệnh viện phải ủng hộ và tích cực tham gia trong góp ý, lấy ý kiến hoàn thiện và triển khai thực hiện chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng sau khi ban hành.

5.4. Khảo nghiệm tính cấp thiết, tính khả thi của các giải pháp

Mục đích khảo nghiệm

Khảo nghiệm nhằm mục đích tham khảo ý kiến chuyên gia về tính cấp thiết và khả thi của các giải pháp áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội mà luận án đã đề xuất.

Nội dung khảo nghiệm

Tác giả tiến hành khảo nghiệm tính cấp thiết và tính khả thi của các giải pháp áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội (*Chi tiết nội dung khảo nghiệm tại Phụ lục IX*).

Đối tượng khảo nghiệm

Đối tượng được khảo nghiệm là các chuyên gia, nhà quản lý, YBS về tính cấp thiết, tính khả thi của các giải pháp đề xuất. Khảo nghiệm trên mẫu 55 tương ứng với mỗi bệnh viện gồm một nhà quản lý cấp bệnh viện bệnh viện hai trường, phó cấp khoa phòng và hai bác sĩ chuyên môn KKB của 11 BVC trên địa bàn TP.HN.

Phương pháp khảo nghiệm

Tác giả thiết kế phiếu khảo nghiệm đánh giá mức độ cấp thiết và khả thi của các giải pháp đề xuất theo thang đo Likert năm cấp độ.

Lập danh sách những các chuyên gia, nhà quản lý, YBS tham gia khảo nghiệm. Tại mỗi bệnh viện tác giả lựa chọn gồm một nhà quản lý cấp bệnh viện (những người trực tiếp điều hành các bệnh viện); hai trưởng, phó cấp khoa phòng và hai bác sĩ chuyên môn KKB (những người trực tiếp tham gia công tác chuyên môn cũng như tham gia trực tiếp áp dụng QTTG vào hoạt động KCB tại bệnh viện).

Địa điểm và thời gian khảo nghiệm

Địa điểm khảo nghiệm tại 11 BVC tham gia NC bao gồm: BVBM, BVHNVD, bệnh viện K, bệnh viện TW Quân đội 108, bệnh viện Quân Y 103,

bệnh viện Nhi TW, bệnh viện E, bệnh viện trường Đại Học Y Hà Nội, Viện Huyết học Truyền máu TW, bệnh viện Mắt TW và bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Thời gian khảo nghiệm: Từ tháng tư đến tháng sáu năm 2023.

Kết quả khảo nghiệm

Tác giả đã phát ra 55 phiếu và đã nhận được đủ 55 phiếu, bao gồm:

+ 11 phiếu khảo sát của nhà quản lý bệnh viện tại 11 BVC NC, chiếm 100% số phiếu gửi đi.

+ 22 phiếu khảo sát của trưởng, phó cấp khoa phòng tại 11 BVC NC, chiếm 100% số phiếu gửi đi.

+ 22 phiếu khảo sát của bác sĩ chuyên môn KKB tại 11 BVC NC, chiếm 100% số phiếu gửi đi.

Kết quả khảo nghiệm sau khi tổng hợp và xử lý được thể hiện kết quả tổng hợp cụ thể tại bảng bên dưới:

Bảng 5. 1. Kết quả khảo nghiệm tính cấp thiết và khả thi của các giải pháp

TT	Tên giải pháp	Điểm trung bình theo thang đo Likert 5 cấp độ	
		Mức độ cấp thiết	Mức độ khả thi
1	Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội	4.52	4.22
2	Giải pháp cụ thể một: Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S và công cụ quản trị tinh gọn đang sử dụng	4.57	4.51
3	Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế	4.08	4.32
4	Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện	4.21	4.26

(Nguồn: Kết quả khảo nghiệm của tác giả)

+ Về mức độ cấp thiết của các giải pháp áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội: Có ba trên bốn giải pháp được đánh giá ở cấp độ năm (là cấp độ cao nhất rất cần thiết), một giải pháp được đánh giá ở cấp độ bốn theo thang đo Likert năm cấp độ, đó là giải pháp “Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế”. Tuy nhiên, điểm đánh giá 4.08 cũng vẫn ở ngưỡng trên của cấp độ bốn, và tiệm

cận gần với cấp độ năm nên có thể nói giải pháp vẫn rất cần thiết. Kết quả cũng phù hợp với thực trạng ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong lĩnh vực y tế đặc biệt là hoạt động KCB hiện nay còn quá chậm và giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế, được kỳ vọng sẽ giải quyết hạn chế này.

+ Về mức độ khả thi của các giải pháp áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội: cả bốn giải pháp được đánh giá ở cấp độ năm theo thang đo Likert năm cấp độ (rất khả thi), điều đó cho thấy các giải pháp được tác giả đưa ra đều đúng và trúng những vấn đề của thực tiễn áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Bảng 5. 2. Sắp xếp mức độ cấp thiết và khả thi của các giải pháp đề xuất theo kết quả khảo nghiệm

TT	Tên giải pháp	Tính cấp thiết		Tính khả thi	
		Điểm trung bình	Mức độ	Điểm trung bình	Mức độ
1	Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội	4.52	2	4.22	4
2	Giải pháp cụ thể một: Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S và công cụ quản trị tinh gọn đang sử dụng	4.57	1	4.51	1
3	Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế	4.08	4	4.32	2
4	Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện	4.21	3	4,26	3

(Nguồn: Kết quả khảo nghiệm của tác giả)

Nhìn vào bảng 5.2 ta thấy điểm có sự khác biệt về đánh giá mức độ cấp thiết và khả thi của các giải pháp được khảo nghiệm giữa các giải pháp áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội được đưa ra, cụ thể:

+ “Giải pháp cụ thể một: Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S và công cụ QTTG đang sử dụng”, đều có đánh giá mức độ cấp thiết và khả thi cao nhất số một. Điều này chứng tỏ độ phủ áp dụng 5S và công cụ QTTG tại các BVC hiện nay trên địa bàn TP. Hà Nội là rất cao, cũng như phần lớn người khảo sát đều ý thức được hiệu quả áp dụng 5S và công cụ QTTG hiện nay tại các BVC đang chưa cao như kỳ vọng, nên họ dễ dàng tiếp nhận giải pháp cụ thể số một được đưa ra.

+ “Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội” có mức độ cấp thiết số hai nhưng mức độ khả thi lại chỉ số hai. Tương tự “Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế” có mức độ cấp thiết chỉ số bốn nhưng mức độ khả thi là số hai. Kết quả phản ánh thực trạng mô hình áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội hiện nay là chưa hiệu quả, có khá nhiều vấn đề cần thay đổi nhưng do BVC thuộc quyền quản lý của cơ quan nhà nước, mang đặc thù bối cảnh chính trị, xã hội Việt Nam nên việc thay đổi mô hình QTBV mới là không hề đơn giản nên tính khả thi là thấp nhất. Với giải pháp số hóa y tế thì tính cấp thiết không cao, do Bộ Y tế đã xây dựng, triển khai chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong hiện đại hóa hành chính ngành y tế, mặc dù có đang triển khai chậm nhưng cũng đã có giải pháp được triển khai trong thực tiễn nên cự cấp thiết trong NC của giải pháp lại không cao nhưng mức độ khả thi lại rất cao. Sở dĩ tính khả thi của giải pháp số hóa y tế lại cao vì trong bối cảnh Việt Nam, các BVC vẫn chịu sự quản lý, điều hành của nhà nước rất nên lên các quyết sách, đường hướng, chính sách của Bộ Y tế có tác động rất lớn đến các quyết sách, điều hành của lãnh đạo các BVC, do đó khi đã Bộ Y tế đã xây dựng, triển khai chương trình ứng dụng CNTT, chuyển đổi số trong y tế thì việc thực thi giải pháp này trong thực tiễn lại rất cao.

+ “Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện” đều có mức độ cấp thiết và khả thi ở mức ba. Rõ ràng người tham gia khảo nghiệm đều ý thức hạn chế hiện nay trong chính sách để duy trì, đảm bảo chất lượng, hiệu quả các chương trình đang áp dụng như 5S, chất lượng bệnh viện, vệ sinh bệnh viện... Thay đổi chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện không chỉ cần thiết, khả thi khi áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội mà còn cần thiết cho thực tiễn hiện nay khi các BVC trên địa bàn TP. Hà Nội đang áp dụng các phong trào, công cụ QTTG như 5S. Thực tế đó cho thấy sự cần thiết thay đổi phương pháp quản trị tại bệnh viện hiện nay để các giải pháp triển khai có hiệu quả, nếu chưa thay đổi phương pháp quản trị thì dù kết quả khảo nghiệm về mức cấp thiết và tính khả thi của giải pháp cao đến đâu cũng rất khó có thể thực hiện thành công trong thực tiễn cũ. Chi khi nào các BVC thực sự chủ động áp dụng nhiều các phương pháp, tư duy QTTG trong thay đổi phương pháp quản trị tại bệnh viện lúc đó yêu cầu về tính cần thiết của chính sách

kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện mới tăng cao, từ đó gia tăng tính khả thi của giải pháp.

Kết quả khảo nghiệm đã chứng tỏ một giải pháp tổng thể và ba giải pháp cụ thể được tác giả đề xuất để áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội là cấp thiết và khả thi trong điều kiện hiện tại của các BVC trên địa bàn TP. Hà Nội nói riêng, cũng bồi cảnh chung của y tế và thể chế, chính sách, đặc điểm văn hóa, chính trị, xã hội Việt Nam hiện nay.

5.5. Kết luận chương V

Chương V tác giả đã đưa ra các giải pháp giải quyết thực trạng, bao gồm:

+ “Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng QTTG tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội” vừa trả lời cho mục tiêu NC, nhiệm vụ NC số bốn. Đồng thời trả lời câu hỏi số ba của NC và tổng thể mục đích của NC này được tác giả trả lời tại giải pháp tổng thể.

+ Ba giải pháp chi tiết được tác giả đưa ra gồm: Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S và công cụ QTTG đang sử dụng; Đẩy mạnh số hóa y tế; và Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện đã làm cụ thể hóa, hoàn thiện thành bộ các giải pháp áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội của NC dựa trên tính logic của thực trạng và cơ sở lí luận, qua đó sẽ góp phần giải quyết tồn tại của thực trạng áp dụng QTTG tại BVC trên địa bàn TP. Hà Nội hiện nay.

Giải pháp tổng thể và ba giải pháp cụ thể được tác giả đưa ra đã giúp tác giả hoàn thành mục tiêu NC thứ tư và đồng thời góp phần hoàn thành mục tiêu tổng quát của NC: Đề xuất các giải pháp tăng cường áp dụng QTTG trong KCB tại BVC trên địa bàn TP.HN. Đến đây, câu hỏi NC “Giải pháp nào giúp tăng cường áp dụng QTTG trong KCB tại BVC trên địa bàn TP.HN?” cũng đã được trả lời.

Tác giả thực hiện khảo nghiệm tính cấp thiết, tính khả thi của các giải pháp đưa ra với đối tượng là những nhà quản lí cấp bệnh viện; các trưởng, phó cấp khoa phòng; cùng các bác sĩ chuyên môn đang công tác tại KKB các BVC tham gia NC. Đây là những đối tượng hàng ngày tham gia trực tiếp vào hoạt động chuyên môn của bệnh viện là những người chịu tác động và cũng thụ hưởng kết quả trực tiếp của các giải pháp nếu được áp dụng vào thực tiễn, nên tính đảm bảo, tính chính xác của khảo nghiệm là rất cao.

KẾT LUẬN

Thực hiện nghiên cứu “Quản trị tinh gọn tại một số bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội”, tác giả đã thực hiện nghiên cứu tại 11 bệnh viện công tiêu biểu, có tính đại diện cao cho hơn 50% năng lực khám chữa bệnh tại hệ thống y tế công trên địa bàn thủ đô Hà Nội, tác giả nhận thấy kết quả nghiên cứu đã có một số kết quả đóng góp mới về mặt lí luận như sau:

Thứ nhất, luận án đã đề xuất mô hình áp dụng quản trị tinh gọn Made in Vietnam trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công Việt Nam. Mô hình được đề xuất trên cơ sở NC thực trạng qua cơ sở lí luận quản trị tinh gọn Made in Vietnam phù hợp với bối cảnh Việt Nam có tiếp thu kinh nghiệm thành công trên thế giới và kết quả thực trạng thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện tại một số bệnh viện công hiện nay. Mô hình đáp ứng các yêu cầu về điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội đã được phân tích tại chương IV.

Thứ hai, luận án đã xác định các điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công tại Việt Nam. Theo kết quả NC, trong năm điều kiện ban đầu được đưa ra thì hai điều kiện là “Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng, kỷ luật của bệnh viện” và “Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ y bác sĩ tại bệnh viện” có tác động mạnh đến hiệu quả áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội. Hai điều kiện này thể hiện sự khác biệt với các NC về áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện tại một số nước trên thế giới, sẽ là điều kiện để đề xuất giải pháp tổng thể và các giải pháp cụ thể trong luận án.

Thứ ba, luận án đã xác định khung xác định các lãng phí trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công tại Việt Nam, theo bối cảnh Việt Nam. Khung các lãng phí theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam bao gồm: lãng phí chờ đợi; lãng phí di chuyển; lãng phí thao tác thừa; lãng phí yêu cầu cận lâm sàng thừa; và lãng phí tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến. Các lãng phí có thể tổng hợp theo hai dạng hữu hình (chờ đợi, di chuyển, thao tác thừa, yêu cầu cận lâm sàng thừa) và vô hình (tư duy, phương pháp làm việc, tâm thế con người). Và các lãng phí trong chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh (bảy bước: Đón tiếp ban đầu; Đăng ký khám bệnh; Khám bệnh ban đầu; Thực hiện chỉ định lâm sàng,

cận lâm sàng; Tổng hợp kết quả khám cuối cùng; Mua thuốc; và Thanh toán trước, trong và sau khám).

Bên cạnh những đóng góp về mặt lí luận, nghiên cứu “Quản trị tinh gọn tại một số bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội” tác giả thực hiện trong lĩnh vực mà tác giả đang công tác gần mười năm và hướng nghiên cứu tác giả đã theo dõi gần bảy năm qua, tác giả nhận thấy kết quả nghiên cứu có một số đóng góp về mặt thực tiễn như:

Thứ nhất, qua khung phân tích luận án đã xác định thực trạng các lãng phí trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công tại Việt Nam. Theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam (ba lãng phí: chờ đợi, di chuyển và yêu cầu cận lâm sàng thừa (thao tác thừa) ba lãng phí này đang tồn tại rất nhiều trong hoạt động khám chữa bệnh), nhưng đây chỉ là lãng phí hữu hình và vẫn ít hơn các lãng phí vô hình (tư duy, phương pháp làm việc, tâm thế con người trong hoạt động khám chữa bệnh tại các bệnh viện công) nhưng vì là dịch vụ liên quan sức khỏe đặc biệt, tính mạng con người và không có nhiều lựa chọn trong điều kiện kinh tế hiện nay nên phải tạm hài lòng. Theo bảy bước trong chuỗi giá trị theo quy trình khám chữa bệnh thì bước “Thanh toán trước, trong và sau khám” có nhiều lãng phí hơn cả, cần ưu tiên loại bỏ trước.

Thứ hai, trên cơ sở điều kiện áp dụng mô hình quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công tại Việt Nam và mức độ quan trọng của từng điều kiện, luận án đã đề xuất một giải pháp tổng thể và ba giải pháp cụ thể có khảo nghiệm tính khả thi, tính cấp thiết. Tất cả các giải pháp được đề xuất đều được người khảo nghiệm đánh giá mức độ cao nhất là rất cần thiết và rất khả thi.

Qua nghiên cứu “Quản trị tinh gọn tại một số bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội” này, với tâm huyết của nhân viên đang công tác lâu năm trong ngành y tế, tác giả có một số khuyến nghị như sau:

Với Bộ Y tế, xem xét mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” mà NC đề xuất là mô hình phù hợp với văn hóa, đặc điểm xã hội, kinh tế và con người Việt Nam nói riêng và các quốc gia đang phát triển nói chung. Mô hình lấy yếu tố “Tâm thế” là bệ đỡ nâng, tư duy tinh gọn “Made in Vietnam” là động lực cùng với cam kết của tất cả các bên liên quan trong bệnh viện và chính sách đào tạo, duy trì. Mô hình bổ sung thêm giải pháp thí điểm khi các bệnh viện

công chuyển đổi sang cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện bên cạnh mô hình thí điểm mà Tổ chức y tế thế giới đã khuyến cáo đang áp dụng tại hai bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện K hiện nay.

Với các trường đào tạo đại học, do quản trị tinh gọn trong bệnh viện nói riêng và quản trị bệnh viện nói chung vẫn là một ngành học hiện còn đang bị bỏ trống tại Việt Nam, trong khi đó tại các quốc gia trên thế giới, nhất là tại các quốc gia Châu Âu việc đào tạo này rất phổ biến, nhất là khi mô hình quản trị các bệnh viện công tại Châu Âu chuyển đổi mô hình hoạt động sang cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện. Hiện nay, các bệnh viện công tại Việt Nam cũng đang thí điểm, tiếp tục thí điểm trong hai năm tiếp theo và cho hai bệnh viện công còn lại chưa thực hiện thí điểm, kinh nghiệm thí điểm vừa qua và kết quả NC đã cho thấy sự cần thiết phải có chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức tốt cho toàn bộ y bác sĩ tại bệnh viện tại nơi áp dụng. Do vậy, ngành đào tạo Quản trị tinh gọn trong bệnh viện nói riêng và quản trị bệnh viện nói chung sẽ là một ngành học hấp dẫn, còn chưa được quan tâm tại Việt Nam mà Học viện Công nghệ Bru chính Viễn thông có thể tiến hành xây dựng, mở ngành đào tạo này trong thời gian tới và những kết quả NC của luận án sẽ là những dữ liệu thứ cấp ban đầu để xác định nhu cầu khi Học viện xây dựng chương trình.

Mặc dù đã rất cố gắng nghiên cứu trong suốt thời gian qua nhưng hướng NC của luận án về quản trị tinh gọn trong bệnh viện công tại Việt Nam là một hướng NC của khá mới mẻ cả về lý thuyết lẫn thực tiễn. Vì vậy, luận án không thể tránh khỏi những hạn chế, thiếu sót nhất định như một số nội dung còn lại về QTTG chưa được nghiên cứu: tạo ra giá trị từ quan điểm của khách hàng, tạo ra các quy trình liên tục theo dòng chảy, tạo cơ chế kéo dòng chảy hay cải tiến liên tục hướng đến sự hoàn hảo... Hay như bản thân viện nhận diện các lãng phí trong NC vẫn chưa đề cập đến một số LP như: Sản xuất dư thừa, Tồn kho, Sửa sai. Những tồn tại này sẽ là gợi mở cho các NC tiếp theo thực hiện.

Luận án đã đề xuất mô hình “Quản trị bệnh viện tinh gọn Made in Vietnam” dựa trên cơ sở lí luận về quản trị tinh gọn Made in Vietnam phù hợp với văn hóa, con người, điều kiện thực hiện tại Việt Nam. Do đó, từ mô hình đề xuất sẽ gợi mở thêm hướng NC tiếp theo có thể NC trường hợp triển khai áp dụng, hiệu quả mô hình tác động đến thực trạng, hoặc tổng kết thời gian triển khai áp dụng trong thực tiễn và hoàn thiện mô hình NCS đã đề xuất trong nội dung luận án này.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LUẬN ÁN

1. Nguyễn Tiên Thành (2021), Áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện: Kinh nghiệm quốc tế và bài học cho Việt Nam, Tạp chí Kinh tế và Dự báo, số 28, tháng 10/2021, trang: 73 - 76.
2. Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Thùy Dung ,Nguyễn Thị Thanh Thủy (2022), 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, Tạp chí Kinh tế và Kinh doanh, số 2, tập 3, trang: 1 - 10.
3. Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2022), Lean Administration ‘Made in Vietnam’: a Solution for public Hospital Digital Transformation to meet the Requirements of Autonomy and Comprehensive Self-responsibility, National Political Publishing house, Hanoi, pp: 96 – 110, ISBN: 978-604-57-7650-6.
4. Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2022), Building A New “Hospital Governance” Model Based on The Made in Vietnam Lean Management Philosophy Through The Practice of The Covid-19 Pandemic, Annals of Computer Science and Information Systems, Volume 34, ISSN: 2300-5963, Proceedings of the International Conference on Research in Management và Technovation pp. 221–226.
5. Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2023), Lãng phí trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công lập Việt Nam, Tạp chí Khoa học công nghệ Thông tin và Truyền thông (Chuyên san Kinh tế và Truyền thông), Số 01 – 2023, trang: 63-74.
6. Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2023), Building a model of “Leaned hospital administration Made in Vietnam” solution to transform Vietnamese public hospitals into a mechanism of full autonomy and self-responsibility, Hong Kong Journal of Social Sciences, No. 61 Spring/Summer 2023, pp: 325 – 335, ISSN: 1021-3619, **Q4 SCOPUS Indexed**.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

[1] Chương trình Quốc gia “Nâng cao năng suất và chất lượng sản phẩm, hàng hóa của doanh nghiệp Việt Nam đến năm 2022” (2018), *Lean Phương pháp quản lý tinh gọn nội dung cơ bản và hướng dẫn áp dụng*, Nhà xuất bản Hồng Đức, Thành phố Hồ Chí Minh.

[2] Ban Chấp hành Trung ương Khóa XII (2017), *Nghị quyết 20 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa XII.

[3] Ban Chấp hành Trung ương Khóa XII (2021), *Báo cáo đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2016 - 2020 và phương hướng, nhiệm vụ phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2021 - 2025*. Trình bày và thông qua tại Đại hội Đảng lần thứ XIII, Hà Nội từ ngày 25/01 – 01/02/2021.

[4] Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2019), *Báo cáo kết quả triển khai áp dụng mô hình quản lý tinh gọn LEAN tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Hội thảo khoa học “Nâng cao chất lượng bệnh viện đem đến sự hài lòng người bệnh và người nhà người bệnh” ngày 22/05/2019 tại Hà Nội.

[5] Bộ Y tế (1997), *Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT*, ngày 19/09/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về quy chế bệnh viện, Hà Nội.

[6] Bộ Y tế (2005), *Thông tư số 23/2005/TT-BYT ban hành ngày 25 tháng 8 năm 2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế*, Hà Nội.

[7] Bộ Y tế (2006), *Tổ chức và quản lý bệnh viện đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[8] Bộ Y tế (2006), *Tổ chức, quản lý và chính sách y tế - Sách đào tạo cử nhân y tế công cộng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[9] Bộ Y tế (2013 - 2020), *Báo cáo công tác y tế các năm 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020*, Hà Nội.

[10] Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa Khám bệnh của bệnh viện, Hà Nội*

[11] Bộ Y tế (2013), *Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 của Bộ Y tế quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Hà Nội.*

[12] Bộ Y tế (2014), *Quản lý bệnh viện – Tài liệu cơ bản, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.*

[13] Bộ Y tế (2014), *Tài liệu đào tạo liên tục – Quản lý chất lượng bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.*

[14] Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 2151/QĐ-BYT, ngày 04/06/2015 về việc “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”.*

[15] Bộ Y tế (2016), *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, Ban hành tại Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016, Hà Nội.*

[16] Bộ Y tế (2018), *Thông tư số 46/2018/TT-BYT quy định hồ sơ bệnh án điện tử, Hà Nội, ngày 28/12/2018.*

[17] Bộ Y tế (2020), *Chỉ thị về việc tiếp tục tăng cường công tác quản lý, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, Hà Nội, ngày 21/12/2020.*

[18] Bộ Y tế (2020), *Niên giám thống kê y tế Việt Nam 2018, Tại Công thông tin Bộ Y tế, Link: <https://www.moh.gov.vn/web/guest/thong-ke-y-te> [Truy cập ngày 21/07/2021].*

[19] Bộ Y tế (2020), *Phần mềm Thống kê Y tế năm 2020, Link: <https://baocao.tkyt.vn/> [Truy cập 24/01/2023].*

[20] Bộ Y tế (2021), *Công văn số 1376/BYT-KHTC ngày 06/03/2021 về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu tại Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.*

[21] Bộ Y tế (2023), *Đề án thực hiện nhiệm vụ trọng tâm về chuyển đổi số của Bộ Y tế giai đoạn 2023-2025, định hướng đến năm 2030, Quyết định số 2491/QĐ-BYT, Hà Nội, ngày 13/6/2023.*

[22] Bộ Y tế, Cục quản lý Khám chữa bệnh (2014), *Tài liệu cơ bản quản lý bệnh viện*, NXB Y học, Hà Nội.

[23] Bộ Y tế, Trường Đại học y tế cộng đồng (2010), *Nguyên lý quản lý bệnh viện*, Nhà xuất bản lao động xã hội.

[24] Bùi Huy Khiên (2012), *Nghiên cứu mô hình quản lý công mới góp phần đẩy mạnh cải cách hành chính theo hướng hiệu lực, hiệu quả*, Tạp chí Tổ chức nhà nước Số 10/2012.

[25] Bùi Mạnh Hà và Trần Phan Việt Dũng (2005), *Bệnh viện Việt Nam ngày nay – thiếu người làm hay người quản lý?*, Nội san Khoa học và Đào tạo Trường Đại học Dân lập Văn Lang, số 5, 11/2005.

[26] Đinh Phi Hồ (2021), *Phương Pháp Nghiên Cứu Kinh Tế Và Viết Luận Văn Thạc Sĩ - Luận Án Tiến Sĩ*, Nhà xuất bản Tài chính, Hà Nội.

[27] Cao Hưng Thái (2019), *Quản lý chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện công lập Việt Nam*, Luận án tiến sĩ chuyên ngành Quản lí Hành chính công, Học viện hành chính Quốc gia.

[28] Nguyễn Đình Thọ (2014), *Giáo trình phương pháp nghiên cứu khoa học trong kinh doanh*, Nhà xuất bản Lao động - Xã hội, Hà Nội.

[29] Cao Thị Hoàng Trâm (2023), *Quản trị tinh gọn cho các trường đại học công lập miền trung Việt Nam - nghiên cứu điển hình tại trường Đại học Quảng Nam*, Luận án tiến sĩ Quản trị kinh doanh, Trường Đại học Kinh Tế, Đại học Quốc gia Hà Nội.

[30] Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (1997), *Nghị quyết 90/CP về phương hướng, chủ trương xã hội hoá các hoạt động văn hoá, giáo dục và y tế*, Chính phủ thông qua tại phiên họp thường kỳ tháng 3 năm 1997, tại Hà Nội.

[31] Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (1999), *Nghị định số 73/1999/NĐ-CP về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa thể thao*, được Chính phủ ban hành ngày 19/8/1990.

[32] Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2006), *Nghị định 43/2006/NĐ-CP quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập*, Hà Nội, ngày 25/04/2006.

[33] Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2014), *Nghị quyết số 93/NQ-CP ngày 15-12-2014 về Đẩy mạnh xã hội hóa (XHH) và kết hợp công tư trong hoạt động khám, chữa bệnh*, Link: <https://kcb.vn/bao-ha-noi-moi-ngay-1692015-16h18-giam-doc-benh-vien-khong-nhat-thiet-phai-la-giao-su-dau-nganh.html> [Truy cập 25/7/2021].

[34] Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2015), *Nghị định 16/2015/NĐ-CP Quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập*, Hà Nội, ngày 14/02/2015.

[35] Chu Thị Thủy, Vương Thị Huệ (2015), *Áp dụng quản trị tinh gọn ở các doanh nghiệp Nhật Bản và Bài học cho Việt Nam*, Tạp chí Khoa học Thương mại, số 80/2015, Tr. 64 – 71.

[36] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Bạch Mai (2023), Link: <http://bachmai.gov.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[37] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Bạch Mai (2014), Thanh toán viện phí không dùng tiền mặt, Link: <https://bachmai.gov.vn/tin-chi-tiet/-/bai-viet/6-TRIAL-thanh-toan-vien-phi-khong-dung-tien-mat-1131+190-154.html> [Truy cập 24/01/2024].

[38] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (2023), Link: <http://bvxanhpon.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[39] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện E (2023), Link: <https://benhviene.com/> [Truy cập 24/01/2023].

[40] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2023), Link: <https://benhvienvietduc.org/> [Truy cập 24/01/2023].

[41] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện K (2023), Link: <https://benhvienk.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[42] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Mắt Trung ương (2023), Link: <https://vnio.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[43] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Nhi Trung ương (2023), Link: <https://benhviennhitronguong.gov.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[44] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Quân Y 103 (2023), Link: <http://www.benhvien103.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[45] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2023), Link: <https://www.benhvien108.vn/home.htm> [Truy cập 24/01/2023].

[46] Cổng thông tin điện tử Bệnh viện trường Đại Học Y Hà Nội (2023), Link: <http://benhviendaihocyhanoi.com/> [Truy cập 24/01/2023].

[47] Cổng thông tin điện tử Viện Huyết học Truyền máu Trung ương (2023), Link: <https://vienhuyethoc.vn/> [Truy cập 24/01/2023].

[48] Cục Quản lý môi trường y tế – Bộ Y tế (2017), *Nạn bạo hành nhân viên y tế và giải pháp cho môi trường lao động an toàn tại cơ sở y tế*, Hội nghị tổng kết hoạt động năm 2017 của Bộ Y tế tại Hà Nội, tháng 12/2017

[49] Dân Trí (2021), Chỉ 15,3% nhân viên y tế hài lòng toàn diện, bệnh viện Bạch Mai nói gì?, Link: <https://dantri.com.vn/suc-khoe/chi-153-nhan-vien-y-te-hai-long-toan-dien-benh-vien-bach-mai-noi-gi-20210416001020483.htm>, [Truy cập 21/6/2021].

[50] Đảng cộng sản Việt Nam (2017), *Nghị quyết 20 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa XII.

[51] Đỗ Đức Kiên (2019), *Nghiên cứu tác động tự chủ tài chính đến chất lượng bệnh viện công lập tại Việt Nam*, Tạp chí Tài chính Online, <https://tapchitaichinh.vn/nghien-cuu-trao-doi/nghien-cuu-tac-dong-tu-chu-tai-chinh-den-chat-luong-benh-vien-cong-lap-tai-viet-nam-310152.html> [truy cập 18/6/2021].

[52] Đỗ Thị Đông (2014), *Nhận diện các loại lãng phí trong các tổ chức ở Việt Nam*, Kỹ yếu Quản trị tinh gọn tại các doanh nghiệp vừa và nhỏ Việt Nam thực trạng và giải pháp, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.

[53] Hoàng Trọng và Chu Nguyễn Mộng Ngọc (2005), *Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS*. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê.

[54] Hiệp hội Bệnh viện Tư Nhân Việt Nam (2021), *Danh sách hội viên*, Link: <http://hiephoibenhvientu.com.vn/hoi-vien/?start=120> [Truy cập 24/07/2021].

[55] Huỳnh Bảo Tuân (2020), *Cập nhật 12 chủ đề về Quản lý Vận hành Bệnh viện, Câu lạc bộ Quản lý Chất lượng và An toàn Người bệnh*, Link: <http://qpsolutions.vn/newsdetail.asp?newsID=10427vàcat1id=7vàCat2id=18> [truy cập 24/07/2021].

[56] Huỳnh Bảo Tuân, Phạm Lê Khánh Linh, và Trần Minh Nhựt (2017), *Ứng dụng LEAN cải tiến thời gian cấp phát thuốc cho bệnh nhân ngoại trú có bảo hiểm y tế tại Khoa dược – Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn*, Tạp chí Phát triển Khoa học và Công nghệ, tập 20, số Q4-2017, tr 34 - 41.

[57] Kiểm toán nhà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2019), *Quyết định số 476/QĐ-KTNN ban hành Ban hành Đề cương kiểm toán chuyên đề việc thực hiện cơ chế tự chủ đối với các bệnh viện công lập giai đoạn 2016-2018*, Hà Nội, ngày 21/03/2019.

[58] Lao động online (2020), *Xã hội hóa, tự chủ y tế bị “biến tướng”*: Thiếu giám sát, tạo kẽ hở để “ăn” trên lưng người bệnh, Link: <https://laodong.vn/y-te/xa-hoi-hoa-tu-chu-y-te-bi-bien-tuong-thieu-giam-sat-cao-ke-ho-de-an-tren-lung-nguoi-benh-840073.ldo> [Truy cập 26/04/2021].

[59] Lê Quang Cường (2015), *Chăm sóc sức khỏe và thị trường y tế*, http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/upload/info/attach/12496182558590_CSSK_va_Thi_truong_Y_te.pdf [truy cập 18/6/2021].

[60] Lưu Thị Bích Ngọc, Lê Nguyễn Thụy Khanh (2014), *Mô hình hệ thống trong quản trị bệnh viện*, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 18, Phụ bản của Số 4 – 2014.

[61] Nguyễn Đăng Minh (2015), *Quản trị Tinh gọn tại Việt Nam đường tới thành công*, Nhà Xuất Bản Đại Học Quốc Gia Hà Nội, Hà Nội.

[62] Nguyễn Đăng Minh (2021), *Quản trị Tinh gọn tại Việt Nam đường tới thành công*, tái bản lần 2 có chỉnh sửa bổ sung, Nhà Xuất Bản Đại Học Quốc Gia Hà Nội, Hà Nội.

[63] Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020), *Giải pháp quản trị yếu tố Hữu hình giúp nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh: Nghiên cứu tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Tạp chí Công thương, số 02, Tr. 182 – 188.

[64] Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Tiến Thành, Nguyễn Thùy Dung, Nguyễn Thị Thanh Thủy (2022), *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, Tạp chí Kinh tế và Kinh doanh, số 2, tập 3, trang: 1 - 10.

[65] Nguyễn Đăng Toàn (2018), *Áp dụng quản trị tinh gọn trong các doanh nghiệp dịch vụ tại Việt Nam*, Luận án tiến sĩ quản trị kinh doanh, Trường Đại học Kinh Tế, Đại học Quốc gia Hà Nội.

[66] Nguyễn Danh Nguyên (2013), *Hướng đi mới cho các bệnh viện tại Việt Nam - Tư duy tinh gọn (LEAN)*, Tạp chí Kinh tế và Phát triển, số đặc biệt tháng 8, Tr. 134-140.

[67] Nguyễn Đạt Minh và Nguyễn Danh Nguyên (2013), *Tư duy tinh gọn - Hướng đi mới cho các bệnh viện Việt Nam*, Tạp chí Kinh tế và Phát triển, số đặc biệt tháng 8, Tr. 134-140.

[68] Nguyễn Đông Phong, Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Thùy Dung, Nguyễn Đăng Toàn (2021), *Kiến tạo mô hình quản trị đại học tinh gọn Made in Vietnam*, Tạp chí Khoa học - Trường Đại học Sư phạm Hà Nội, Số 66, tập 4, tr. 68-79.

[69] Nguyễn Hồng Sơn và Nguyễn Đăng Minh (2014), *Quản trị tinh gọn tại các doanh nghiệp vừa và nhỏ Việt Nam: Thực trạng và Giải pháp*, Kỷ yếu hội thảo quốc gia. Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội.

[70] Nguyễn Minh Quân (2019), *Thực trạng và hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao quản lý chất lượng khám bệnh tại Bệnh viện quận Thủ Đức, Tp.Hồ Chí Minh*, Luận án tiến sĩ chuyên ngành Y học, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế.

[71] Nguyễn Phạm Hoàng Lan (2018), *Có thể áp dụng lean (Quản trị tinh gọn) vào y tế Việt Nam?*, Tạp chí Y học Sinh sản, số 44,

http://hosrem.org.vn/public/frontend/upload/YHSS_44/18.pdf [truy cập 18/6/2021].

[72] Nguyễn Thị Nga (2019), Mô hình quản trị tinh gọn “Made in Vietnam”: Công cụ hữu ích cho doanh nghiệp Việt, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. Link: <https://vjst.vn/vn/tin-tuc/1339/mo-hinh-quan-tri-tinh-gon-made-in-vietnam--cong-cu-huu-ich-cho-doanh-nghiep-viet.aspx> [truy cập 20/6/2021].

[73] Nguyễn Thị Xuyên và Lý Ngọc Kính (2010), *Nghiên cứu khả năng áp dụng tiêu chuẩn ISO 9001: 2000 trong các cơ sở khám bệnh chữa bệnh*, Đề tài khoa học cấp Bộ Y tế.

[74] Phạm Thị Thanh Hương (2017), *Đổi mới cơ chế quản lý tài chính các bệnh viện công ở Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Tài chính ngân hàng, Học viện Tài chính, Hà Nội.

[75] Nguyễn Thu Trâm (2023), *Quản trị tinh gọn chuỗi cung ứng của các hợp tác xã nông nghiệp Việt Nam*, Luận án tiến sĩ Quản trị kinh doanh, Trường Đại học Kinh Tế, Đại học Quốc gia Hà Nội.

[76] Phan Chí Anh, Nguyễn Thu Hà và Nguyễn Tiên Thành (2019), *Yếu tố chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Tạp chí Kinh tế và Dự báo, số 21, Tr. 74-78.

[77] Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2009), *Luật khám bệnh, chữa bệnh số 40/2009/QH12*, ban hành ngày 23/11/2009.

[78] Sức khỏe đời sống (2019), *Chuyên mục “Sự cố lọc máu tại bệnh viện đa khoa Hòa Bình”*, Link: <https://suckhoedoisong.vn/su-co-loc-mau-tai-bvdk-hoa-binh-cn208/> [Truy cập 26/07/2021].

[79] Tạp chí Tài chính điện tử (2023), *Gần 75% người trưởng thành tại Việt Nam có tài khoản ngân hàng*, Link: <https://tapchitaichinh.vn/gan-75-nguoi-truong-thanh-tai-viet-nam-co-tai-khoan-ngan-hang.html> [Truy cập 24/01/2024].

[80] Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2019), *Nghị quyết số 33/NQ-CP về thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện của 4 Bệnh viện thuộc Bộ Y tế: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K*, Hà Nội, ngày 19/05/2019.

[81] Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2019), *Nghị quyết số 33/NQ-CP về thí điểm cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm toàn diện của 4 Bệnh viện thuộc Bộ Y tế: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện K*, Hà Nội, ngày 19/05/2019.

[82] Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2020), *Quyết định số 268/QĐ-TTg phê duyệt Đề án Thí điểm tự chủ của Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020 – 2021*, Hà Nội, ngày 17/02/2020.

[83] Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2020), *Quyết định số 268/QĐ-TTg phê duyệt Đề án Thí điểm tự chủ của Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020 – 2021*, Hà Nội, ngày 17/02/2020.

[84] Thủ tướng Chính phủ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2020), *Quyết định số 1423/QĐ-TTg phê duyệt Đề án Thí điểm tự chủ của Bệnh viện K giai đoạn 2020 – 2022*, Hà Nội, ngày 17/09/2020.

[85] Tổng Cục thống kê (2021), *Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2021*, NXB Thống Kê (ISBN 9786047518739), Hà Nội.

[86] Tổng Cục thống kê (2022), *Thống kê dân số Trang thông tin điện tử Tổng cục Thống kê*, Link: <https://www.gso.gov.vn/dan-so/> [Truy cập 7/02/2023].

[87] Trường Đại học Kinh tế - ĐHQGHN (2023), *Quản trị tinh gọn Made in Vietnam: Từ Việt Nam hướng ra thế giới*, Link: <https://ueb.edu.vn/Tin-Tuc/UEB/Quan-tri-tinh-gon-Made-in-Vietnam--Tu-Viet-Nam-huong-ra-the-gioi/34398> [Truy cập 22/01/2024].

[88] Trần Thế Cương (2016), *Mở rộng tự chủ tài chính đối với Bệnh viện công lập ở Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Kinh tế - Chính trị, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân, Hà Nội.

[89] Trịnh Thị Lý (2012), *Nghiên cứu mô hình quản lý chất lượng bệnh viện và đề xuất giải pháp áp dụng ở Hải Phòng*, Tạp chí Y học Thực hành, số tháng 07/2012.

[90] Trương Bảo Thanh (2018), *Chính sách cạnh tranh trong cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam*, NXB Chính trị Quốc gia, Hà Nội.

[91] Tuấn Trương, Minh Nguyễn, Nhật Nguyễn, Chi Hoàng (2021), *Nghiên cứu thị trường y tế số Việt Nam cơ hội, thách thức và khuyến nghị để phát triển*, Nhóm nghiên cứu thuộc Startup công nghệ y tế Med247.

[92] Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Bộ Y tế (2009), *Đánh giá tác động ban đầu của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế*, Đề tài khoa học cấp Bộ Y tế, thực hiện năm 2009.

[93] Viện hàn lâm khoa học xã hội Việt Nam (2021), *Viện từ điển học và bách khoa thư Việt Nam*, Link: <http://bachkhoatoanthu.vass.gov.vn/Pages/trangchu.aspx> [Truy cập 21/7/2021].

[94] Viện năng suất Việt Nam – Chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh (2018), *Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội (HFH) - Áp dụng lean 6-sigma cải tiến chất lượng dịch vụ*, Link: <https://vnpi-hcm.vn/ap-dung-lean-6-sigma/> [truy cập 18/6/2021].

[95] Vnexpress (2021), *Hơn 200 nhân viên y tế Bệnh viện Bạch Mai nghỉ việc*, Link: <https://vnexpress.net/hon-200-nhan-vien-y-te-benh-vien-bach-mai-nghi-viec-4262436.html> [Truy cập 21/6/2021].

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

[96] Abdullah F M (2003), *Lean manufacturing tools and techniques in the process industry with a focus on steel*, University of Pittsburgh, Pittsburgh.

[97] Abdullah M T và Shaw J (2007), *A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan*, The International journal of health planning and management, 22(1), 45-62.

[98] Allen P, Cao Q, và Wang H (2014), *Public hospital autonomy in China in an international context*, The International journal of health planning and management, 29(2), 141-159.

[99] Allway, M. and Corbett, S., (2002), *Shifting to Lean service: stealing a play from manufacturers' playbooks*, Journal of Organisational Excellence.

[100] Ameh N., Sabo B., Oyefabi M.O. (2013), *Application of queuing theory to patient satisfaction at a tertiary hospital in Nigeria*, Niger Med J., 54(1), pg. 64-67.

[101] Bell, S. (2005). *Lean enterprise systems*, Willey-Interscience.

- [102] Bicheno, J. (2008), *The lean toolbox for service systems*, Picsie books.
- [103] Bloom G (2017), *Universal health coverage and primary healthcare: Lessons from Japan: comment on “achieving universal health coverage by focusing on primary care in Japan: Lessons for low-and middle-income countries”*, International journal of health policy and management, 6(4), 229.
- [104] Bossert T, Kosen S, Harsono B, Gani A (1996), *Hospital autonomy in Indonesia*, Data for Decision Making Project, Harvard University: Boston MA.
- [105] Bowen, D. E., và Youngdahl, W. E. (1998), “*Lean” service: in defense of a production-line approach*, International journal of service industry management.
- [106] Bozena Poksinska (2010), *The current state of lean implementation in health care: literature review*, Manage Health Care, vol.19.N0.4, pp.319-329.
- [107] Bushell, S., và Shelest, B. (2002). *Discovering lean thinking at progressive healthcare*. The Journal for Quality and Participation, 25(2), pp.20–25.
- [108] Carmen J. et al.aca, Javier Santos, Ander Errasti and Elisabeth Viles(2012), *Lean thinking with improvement teams in retail distribution: a case study*, Total Quality Management, Vol. 23, No. 4, April 2012, 449–465.
- [109] Casey J. (2007), *A lean enterprise approach to process improvement in a health care organization*, Master thesis of science in engineering and management, Massachusetts institute of technology.
- [110] Challis, D., Samson, D., Lawson, B., (2002), *Integrated manufacturing, employee and business performance: Australian and New Zealand evidencel*, Int. J. Prod. Res. 40 (8), 1941–1964.
- [111] Chawla M, George A (1996), *Hospital Autonomy in India: The case of APVVP*, Data for Decision Making Project, Harvard University, Boston MA.
- [112] Cheng, T. C., và Podolsky, S. (1996), *Just-in-time manufacturing: an introduction*, Springer Science và Business Media.

- [113] Christina H. and Shek K. (2007), *Lean thinking in the Mount Sinai Hospital microbiology lab specimen management process*, Bachelor thesis of applied science, University of Toronto.
- [114] Cresswell, J.C. (2014), *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approche*, 4th Edition, Sage Publication.
- [115] Dahlgaard J. J. , Dahlgaard-park J. P. (2011), *Quality QTTG Healthcare: A System for Assessing and Improving the Health of Healthcare Organizations*. Total Quality Management, vol. 22, No. 6, pp. 673-689.
- [116] Dale, H. and Krishna, H. (2015), *Public Hospital Governance in Asia and the Pacific*, Comparative Country Studies, Volume 1, 01/2015.
- [117] Does, R. J., Kemper, B. P., và Koopmans, M. (2011), *Lean Six Sigma in het ziekenhuis: De beschikbaarheid van infuuspompen*. Sigma, 55.
- [118] Dombrowski, U., Mielke, T. and Schulze, S. (2012), *Employee participation in the implementation of lean production systems*, in Enabling manufacturing competitiveness and economic sustainability, Springer, 4th International Conference on Changeable, Agile, Reconfigurable and Virtual Production (CARV2011) , pp. 428-433.
- [119] Finch, J. (1986), *Research and Policy. The Uses of Qualitative Methods in Social and Educational Research*, London: Falmer.
- [120] Ford, H., và Crowther, S. (1922), *My life and work*, Doubleday, Page.
- [121] Freeman R. E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman Publisher, Indiana University, Bloomington.
- [122] Glouberman, S., và Mintzberg, H. (2001), *Managing the care of health and the cure of disease, Part I: Differentiation*, *Health care management review*, 26(1), 56-69.
- [123] Glouberman, S., và Mintzberg, H. (2001), *Managing the care of health and the cure of disease, Part II: Integration*, *Health care management review*, 26(1), 70-84.
- [124] Graban M. (2011), *Healthcare Kaizen*, Based on the print edition (ISBN 9781439872963), New York.

- [125] Graban M. (2011), *Lean Hospital*, Based on the print edition (ISBN 9781138431591), New York.
- [126] Grönroos C. (1984), *A service quality model and its marketing implications*, European Journal of marketing, 18 (4), pp. 36-44.
- [127] Grove et al. (2010), *UK health visiting: challenges faced during lean implementation*, Leadership in Health Services, Vol. 23 Iss: 3, pp.204 – 218.
- [128] Gurumurthy, A., và Kodali, R. (2011), *Design of lean manufacturing systems using value stream mapping with simulation: a case study*. Journal of manufacturing technology management.
- [129] Hang, C. (2007), *Lean Thinking in the Mount Sinai Hospital Microbiology Lab Specimen Management Process* (Doctoral dissertation, University of Toronto).
- [130] Heinbuch E. S. (1995), *A case of successful technology transfer to health care: Total quality materials management and just-in-time*, Journal of Management in Medicine, Vol. 9, No. 2, 48 – 56.
- [131] Imai, M. (1986), *Kaizen: The Key to Japan's Competitive Success*. McGraw-Hill Education, New York.
- [132] Jacobs, S.M. and Pelfrey, S. (1995), *Applying Just-In-Time Philosophy to Healthcare*, Journal of Nursing Administration, Vol. 25, No. 1, 47-51.
- [133] Jawab, F., Frichi, Y., và Boutahari, S. (2018, March). *Hospital logistics activities*, In Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management (pp. 3228-3237).
- [134] Jenkins J. (2012), *Let my patients flow: lean diminishes gridlock at Central Baptist Hospital*, Journal of Industrial engineer magazine, Vol. 44, No. 5.
- [135] Julien, D. M., và Tjahjono, B. (2009), *Lean thinking implementation at a safari park*, Business Process Management Journal.
- [136] Kemper B. (2011), *Process flow improvement in service and health care*, Master thesis of science, Institute for Business and Industrial Statistics, University of Amsterdam.

- [137] Kettinger, W. J. and Grover, V. (1995), *Special section: toward a theory of business process change management*, Journal of Management Information Systems, vol.12, no.1, pp. 9-30.
- [138] Lean Enterprise Institute (2020), *Lean Enterprise Institute* , Link: <https://www.lean.org/> [Truy cập 14/07/2021].
- [139] Levitt, T. (1976), *The industrialisation of service*, Harvard Business Review, 5451, pages 63-74
- [140] Liff S., Posey P. A. (2004), *Seeing is Believing: How the New Art of Visual Management Can Boost Performance throughout Your Organization*, AMACOM, New York.
- [141] Liker, J. K. (2004), *The Toyota Way, 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*, McGraw-Hill, New York.
- [142] Liker, J.K. (2004), *Becoming lean: inside stories of U.S. manufacturers*. Productivity Press, USA.
- [143] Linda R. (2011), *Lean service operations: Reflections and new directions for capacity expansion in out-patient clinics*, Journal of Operations management 29:422-433.
- [144] London, J. D. (2013), *The promises and perils of hospital autonomy: reform by decree in Viet Nam*, Social Science and Medicine, Volume 96, pp. 232 – 240.
- [145] Marvel, J. H. and Standridge, C. R. (2009), *Simulation-enhanced lean design process*, Journal of Industrial Engineering and Management, Volume. 2, no. 1, pp. 90-113.
- [146] McPake B. I. (1996), *Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues*, Health Policy. 35: pp. 155–177.
- [147] Mohebbifar R., Hasanpoor E., Mohseni M., Sokhanvar M., Khosravizadeh O., Mousavi Isfahani H. (2013), *Outpatient waiting time in health services and teaching hospitals: a case study in Iran*, Glob J health Sci, 6(1), pg. 172- 180.

- [148] Monden, Y. (1983), *Toyota Production System: Practical Approach to, Production Management*.
- [149] Motwani, J. (2003), *A business process change framework for examining lean manufacturing: a case study*, *Industrial Management và Data Systems*, vol. 103, no. 5, pp. 339-346.
- [150] Naoki I (2013), *Atonomy and vesponsibility in Japanese hospitals*, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton.
- [151] Naraghi M. N. and U day Pa van Ravipati V. P. D. U. (2009), *Lean healthcare in emergency ward ofsahlgrenska Hospztal*, Master thesis of engineering, University of Boras, Sweden.
- [152] Nguyễn Đăng Minh (2018), *A New Decision Making Model Based on the Made in Vietnam Lean Management Philosophy*. *Economics and Sociology* 11, no. 1, pp.44-66.
- [153] Nguyễn Đăng Minh, Đỗ Tiến Long and James Sallis (2014), *Healthcare Management System Lessons from Sweden for Vietnam*. *VNU Journal of Science - Economics and Business*, vol. 30, No.2, 2014, pp. 01-12.
- [154] Nguyễn Đăng Minh, Nguyễn Thị Vân Hà (2016), *“Made in Vietnam” Lean Management Model for Sustainable Development of Vietnamese Enterprises*. *Procedia CIRP* 40, pp.602-607.
- [155] Nicolay CR (2012), *Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare*, *Br J Surg*. 2012 Mar. 99(3), Tr. 324-35.
- [156] Nguyễn Tiên Thành, Nguyễn Đăng Minh and Nguyễn Thị Thanh Thủy (2022), *Building A New “Hospital Governance” Model Based on The Made in Vietnam Lean Management Philosophy Through The Practice of The Covid-19 Pandemic*. *Annals of Computer Science and Information Systems*, Volume 34, ISSN: 2300-5963, *Proceedings of the International Conference on Research in Management & Technovation* pp. 221–226.
- [157] OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en> [truy cập 18/6/2021].

- [158] Ohno, T. (1988), *Toyota production system: beyond large-scale production*. crc Press.
- [159] Parast, M.M. and E.H. Fini (2010), *The effect of productivity and quality on profitability in US airline industry: An empirical investigation*, *Managing Service Quality*, 20(5): p. 458-474.
- [160] Phillips J.P. và Workplace M.D. (2016), *Violence against Health Care Workers in the United States*, *N Engl J Med*; 374:1661-1669 April 28, 2016 DOI: 10.1056/NEJMra1501998.
- [161] Porter, M. E., (1985), *Technology and competitive advantage*, *Journal of business strategy*.
- [162] Preyde, M., Crawford, K., và Mullins, L. (2012), *Patients' satisfaction and wait times at Guelph General Hospital Emergency Department before and after implementation of a process improvement project*. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 14(3), 157-168.
- [163] Priolo R. (2016), *Meet a champion of Catalonia's lean healthcare movement*, Link: <https://planet-lean.com/lean-healthcare-catalonia-rosa-simon/> [truy cập 20/6/2021].
- [164] Rahim, A. (2007), *Communalism and nationalism in Bangladesh*. *Journal of Asian and African Studies*, 42(6), pp.551-572.
- [165] Richard, B. S., Antonio, D., Hans. F. W. D., (2011), *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*, *Observatory Studies Series No. 25*, London.
- [166] Robinson, M., và Yorkstone, S. (2014), *Becoming a lean university: The case of the University of St Andrews*, *Leadership and Governance in Higher Education: Handbook for Decision-Makers and Administrators*.
- [167] Roghé, F., Book, M., và Strack, R. (2011), *Lean and Active: A New Perspective on the Role of the Centre*, In *Internationale Unternehmungen und das Management ausländischer Tochtergesellschaften* (pp. 229-256).

- [168] Salah A.M. Elmoselhy (2013), *Hybrid lean- agile manufacturing system technical facet, in automotive sector*, Journal of Manufacturing System. 32,598-619.
- [169] Searcy, D. L. (2009), *Developing a lean performance score: here's a way to track the progress of your lean journey*. Strategic Finance, 91(3), pp. 34-40.
- [170] Shah, R. and Ward, T. (2007), *Defining and Developing Measures of Lean Production*, Journal of Operations Management, 25, 785-805.
- [171] Shingo, S. (1989), *A study of the Toyota production system: From an Industrial Engineering Viewpoint*, Productivity Press.
- [172] Skinner, W. (1969), *Manufacturing-missing link in corporate strategy*, HarvardBusiness Review, 47 (3), 136-145.
- [173] Slack, R. A. (1998), *The application of lean principles to the military aerospace product development process (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology)*.
- [174] Small, B. B (ed.), (1956), *Statistical Quality Control Handbook*, ATvàT, Indianapolis, IN.
- [175] Spath, P. (2009), *Introduction to healthcare quality management (Vol. 2)*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- [176] Stecher, B. M., Kirby, S. N., Barney, H., Pearson, M. L., và Chow, M. (2004), *Organizational improvement and accountability: Lessons for education from other sectors*. Rand Corporation.
- [177] Stevenson K.N., Jack S.M., O'Mara L. và LeGris J. (2015), *Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study*, BMC Nursing 14:35. DOI 10.1186/s12912-015-0079-5.
- [178] Sue A. (2018), *Virginia Mason Production System: More than a quality improvement approach – a complete management system*, Sue Anderson, President Virginia Mason Medical Center, Link: https://www.beckershospitalreview.com/pdfs/1.%20November%202012/215PM_An_derson.pdf [Truy cập 28/4/2021].

- [179] Tonya, V. (2004), *Spreading The Good Wordll*, Industry Week, 253 (2), 59-60.
- [180] Veech D. S. (2004), *A person – centred approach to sustaining a Lean environment – job design for self-efficacy*, Journal of defense acquisition review. Vol. 10, No. 1, 160 – 170.
- [181] Wayne, C. (2005), *Company Applies Lean Techniques in The Office*, Modern MachineShop, 78 (7), 44-46.
- [182] Whitson, D. (1997), *Applying Just-In-Time systems in health care*, IIE Solutions, Vol. 29, No. 8, 33–38.
- [183] Wilson L (2009), *How to implement lean manufacturing*, McGraw Hill Professional, New York.
- [184] Womack, J. và Jones, D. (2003), *LEAN thinking*, Free Press.
- [185] Womack, J. P. và Jones, D. T. (1997), *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, Journal of the Operational Research Society, 48(11), 1148-1148.
- [186] Womack, J., Jones, D. và Roos, D. (2007), *The Machine that changed the world*, Fress Press.
- [187] World Health Organization (2019), *Regional Action Framework on Improving Hospital Planning and Management in the Western Pacific*, ISBN 978 92 9061 893 5, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [188] World Health Organization (2020), *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*, Geneva.
- [189] Yahua Q (2011), *Instertate Fiscal Disparities in America* (2th ed.), New York and London: Routledge.
- [190] Yingyao C (2014), *Public Hospital Automnomy in China: Review and Outlook*, Int J Health Plann Mgmt, Volume 29, pp. 141–159.

**PHỤ LỤC I: PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN DÀNH CHO NHÀ QUẢN LÝ,
BÁC SĨ, ĐIỀU DƯỠNG, NHÂN VIÊN Y TẾ**

Để có thông tin về thực trạng hoạt động khám chữa bệnh, nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn, kết quả áp dụng các giải pháp và đề xuất nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh tại các bệnh viện công Việt Nam. Kính đề nghị Ông/Bà vui lòng cho biết ý kiến của mình theo những nội dung sau (chọn X vào lựa chọn):

I. Thông tin chung

1. Vị trí công tác: a. Quản lý bệnh viện b. Quản lý khoa/phòng c. Bác sĩ
d. Điều dưỡng e. Kỹ thuật viên f. Nhân viên y tế
2. Bệnh viện của Ông/Bà thuộc khu vực nào?
TP.Hà Nội Các tỉnh miền Bắc (Không bao gồm Hà Nội)
Các tỉnh miền Trung Thành phố Hồ Chí Minh
Các tỉnh miền Nam (Không bao gồm TP.Hồ Chí Minh)
3. Giới tính: a.Nam b.Nữ c.Không muốn tiết lộ
4. Độ tuổi hiện tại: a. Dưới 30 b. Từ 31 - 40 c. Từ 41 - 50 d. Trên 50
5. Thâm niên nghề nghiệp:
a. Dưới 5 năm b. Từ 6 – 10 năm c. Từ 11 – 20 năm d. Trên 20 năm
6. Trình độ chuyên môn:
a. Giáo sư – Phó giáo sư b. Tiên sĩ c. Thạc sĩ d. Đại học
e. Khác Ghi rõ:.....

II. Những lãng phí trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện

Lãng phí được chúng tôi định nghĩa là những hoạt động trong khám chữa bệnh không mang lại giá trị thậm chí tổn hại (thời gian, tiền bạc, cơ hội điều trị bệnh tốt nhất, tinh thần...) cho bác sĩ, người bệnh và bệnh viện.

Những phát biểu dưới đây được sử dụng để phản ánh ý kiến của Ông/Bà về hoạt động khám chữa bệnh (KCB) tại bệnh viện (BV) ông bà đang làm việc.

Câu 1: Theo Ông/Bà hiện nay ở khâu khám bệnh của bệnh viện tồn tại những loại lãng phí nào và mức độ ra sao?

TT	Các bước	Không biết	Ít	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
1	Phải tìm nhân viên để hỏi thủ tục khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tìm bảng hướng dẫn quy trình khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	bệnh					
3	Xếp hàng lấy số thứ tự	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Quá nhiều thủ tục chuẩn bị cho khâu khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Chờ đến lượt khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Đi tìm vị trí phòng khám/xét nghiệm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Yêu cầu các xét nghiệm không cần thiết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Di chuyển từ phòng khám này sang phòng khám khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Chờ lấy kết quả khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Thu thập thông tin bệnh nhân nhiều lần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Chờ hoàn thành thủ tục thanh toán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Bác sĩ/y tá/nhân viên phải di chuyển quá nhiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Độ trễ thông tin giữa các bộ phận trong bệnh viện trong quá trình khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các lãng phí khác không có nêu ở trên:.....

Câu 2: Ông/Bà có ý kiến như thế nào về các nhận định dưới đây về thời gian ở khám bệnh tại bệnh viện hiện nay:

TT	Nhận định	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không biết	Đồng ý	Rất đồng ý
1	Xếp hàng lấy số và làm các thủ tục đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên thường mất nhiều thời gian để hướng dẫn bệnh nhân về quy trình, thủ tục khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Việc di chuyển đến các buồng khám, phòng xét nghiệm đang chiếm quá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nhiều thời gian đi khám bệnh					
4	Làm xét nghiệm, cận lâm sàng đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Chờ đợi lấy kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Chờ kết luận tổng hợp cuối cùng của bác sĩ đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến nhận định khác:.....

Câu 3: Ý kiến đánh giá của Ông/Bà về sự lãng phí trong các khâu của quy trình khám chữa bệnh?

TT	Các bước	Không lãng phí	Lãng phí ít	Bình thường	Lãng phí nhiều	Rất lãng phí
1	Đón tiếp ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Đăng ký khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Khám bệnh ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mua thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Thanh toán trước, trong và sau khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các lãng phí khác không có nêu ở trên:.....

Câu 4: Ông/Bà vui lòng cho biết ý kiến của mình cho những nhận định về bất cập, lãng phí hiện nay trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện?

TT	Nhận định	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không biết	Đồng ý	Rất đồng ý
----	-----------	------------------	--------------	------------	--------	------------

1	Mất quá nhiều thời gian không cần thiết để thu thập thông tin của bệnh nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Mất nhiều thời gian để giải thích cho bệnh nhân và người nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Chờ đợi các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng quá lâu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Phải trả lời quá nhiều câu hỏi không cần thiết của bệnh nhân và người nhà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Bệnh nhân không chấp hành đúng hướng dẫn trong quá trình khám chữa bệnh làm kéo dài thời gian khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Trao đổi thông tin giữa các khoa phòng chuyên môn thiếu thông suốt liên tục làm gia tăng thời gian khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Những bất cập, ý kiến khác không có ở trên:.....

Câu 5: Ông/Bà vui lòng cho biết ý kiến của mình cho những nhận định về các bước trong quy trình khám chữa bệnh?

TT	Nhận định	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không biết	Đồng ý	Rất đồng ý
1	Các quy trình và thủ tục khám bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Khâu tư vấn, đón tiếp ban đầu cho bệnh nhân của khoa Khám bệnh, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Khâu đăng ký khám chữa bệnh của khoa Khám bệnh, bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Khâu đóng tiền, thanh toán khám chữa bệnh của bệnh viện được xây dựng bài bản, tối ưu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Cách bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của khoa Khám bệnh, bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	viện được xây dựng bài bản, tối ưu					
6	Hệ thống trang thiết bị, máy móc của khoa Khám bệnh, bệnh viện là rất tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác không có ở trên:.....

Câu 6: Ông/Bà vui lòng cho biết ý kiến của mình cho những nhận định (về các lãng phí theo tư duy tinh gọn Made in Vietnam) tổ chức hoạt động tại khoa khám bệnh?

TT	Nhận định	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không biết	Đồng ý	Rất đồng ý
1	Hệ thống biển báo, hướng dẫn khám chữa bệnh của Bệnh viện là tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Quy trình khám chữa bệnh hiện nay là tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Thái độ, tinh thần phục vụ người bệnh của bác sỹ, y tá, nhân viên là tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cơ sở vật chất, phòng làm việc, trang thiết bị là tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Khu vực khám bệnh luôn quá tải	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bố trí sắp xếp các phòng khám trong khâu khám bệnh hợp lý	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bệnh viện có đội ngũ kiểm tra, đánh giá và kiểm soát chất lượng nội bộ tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Các hoạt động để quản lý chất lượng bệnh viện diễn ra thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Các giải pháp hiệu quả để giảm các lãng phí về thời gian của bệnh nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sự hài lòng của người bệnh và gia đình với dịch vụ khám bệnh của bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác không có ở trên:.....

Câu 7. Thời gian qua ngành y tế đã áp dụng nhiều giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, trong đó có phương pháp/công cụ quản trị tinh gọn. Ông/Bà vui lòng cho biết bệnh viện mình đã triển khai?

TT	Nội dung	Không rõ	Chưa áp dụng	Áp dụng thử nghiệm	Áp dụng trên 1 khoa, phòng	Áp dụng toàn bệnh viện
1	Công cụ 5S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Cải tiến liên tục Kaizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Quản trị trực quan Mieruka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tự động kiểm tra lỗi Jidoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tư duy quản trị tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Phương pháp, công cụ khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Phương pháp, công cụ khác không có ở trên:.....

Câu 8: Theo Ông/Bà để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân thì bệnh viện cần chú ý cải tiến những gì?

TT	Nội dung	Không cần thiết	Chưa cần thiết	Xém xét cải tiến	Nên cải tiến	Rất nên cải tiến
1	Đón tiếp, đăng ký ban đầu có thể làm trực tuyến từ trước khi đến bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Đóng tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản online hoặc trước khi đến bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn và các công cụ để bệnh nhân, người nhà tự tra cứu trong quá trình khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sắp xếp quá trình khám chữa bệnh thành luồng một chiều để bệnh nhân bớt phải di chuyển hay hỏi nhân viên y tế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát bác sĩ, điều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	dưỡng trong quá trình khám chữa bệnh					
6	Cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị khi chờ khám cho bệnh nhân và người nhà biết thêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với người bệnh và “ứng xử / tâm thế” của y bác sĩ với bệnh nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác không có ở trên:.....

Câu 9. Theo Ông/Bà để áp dụng hiệu quả các công cụ, phương pháp quản trị tinh gọn (5S, Kaizen, quản trị tinh gọn...) vào hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Ông/Bà đang công tác cần những điều kiện gì?

TT	Điều kiện áp dụng	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không biết	Đồng ý	Rất đồng ý
1	Sự ủng hộ của lãnh đạo cơ quan chủ quản bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Quyết tâm lãnh đạo bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ủng hộ áp dụng quy trình và thủ tục khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm quản trị tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hỗ trợ triển khai bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của khoa Khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm quản trị tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Sự tham gia của khác bác sĩ và nhân viên y tế	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Cam kết đầu tư hệ thống trang thiết bị, máy móc hướng dẫn, thông tin khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Cam kết thực hiện, yêu cầu các y bác sĩ trong khoa thực hiện của lãnh đạo khoa phòng chuyên môn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Sự tham gia của y bác sĩ và nhân viên y tế trong bệnh viện với quá trình áp dụng quản trị tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tuân thủ áp dụng quản trị tinh gọn theo hướng dẫn trong suốt quy trình, thủ tục khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hướng dẫn hỗ trợ đồng nghiệp trong bệnh viện áp dụng quản trị tinh gọn trong khám chữa bệnh khi họ cần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hướng dẫn, giải thích bệnh nhân và người nhà tuân thủ các quy định áp dụng quản trị tinh gọn khi tham gia khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Cơ chế chính sách tạo động lực cho áp dụng cải tiến, áp dụng phương pháp quản trị mới (5S, Kaizen, quản trị tinh gọn...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát y bác sĩ trong quá trình khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Phát triển đội ngũ kiểm tra, đánh giá và kiểm soát chất lượng nội bộ thật tốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Giám sát quản lý chất lượng bệnh viện diễn ra thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Khen thưởng, kỉ luận qua sự hài lòng của bệnh nhân và gia đình với các khoa phòng hàng năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Phát triển đội ngũ triển khai quản trị tinh gọn Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” theo tư duy tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Xây dựng bộ công cụ cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị để bệnh nhân, người nhà tự trang bị trước, trong, sau khi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Bồi dưỡng hàng năm về thái độ, tinh thần phục vụ bệnh nhân của bác sĩ, y tá,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nhân viên theo tư duy tinh gọn					
20	Xây dựng và triển khai tuyên truyền, hướng dẫn “Tâm thế” phối hợp, chấp hành đúng hướng dẫn của nhân viên y tế trong quá trình khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân và “ứng xử / tâm thế” theo tư duy tinh gọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Xây dựng kế hoạch và phương thức triển khai quản trị tinh gọn phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Coi triển khai quản trị tinh gọn gắn với phong trào thay đổi tác phong, thái độ phục vụ của nhân viên y tế và là tiêu chí đánh giá xếp hạng cuối năm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Triển khai thông tin, bảng biểu, công cụ chỉ dẫn cho bệnh nhân, người nhà tự tra cứu tìm kiếm đa dạng nhiều cách thể hiện bằng cả chữ, lần hình ảnh, video, âm thanh, khẩu hình để phù hợp với đa dạng đặc điểm người bệnh, người nhà đến khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Gắn triển khai áp dụng quản trị tinh gọn với gia tăng sự hài lòng của bệnh nhân trở thành văn hóa bệnh viện và mọi y bác sĩ, nhân viên y tế phải ghi nhớ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Áp dụng quản trị tinh gọn vào hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công lập giúp cắt giảm lãng phí trong khám chữa bệnh và gia tăng sự hài lòng của bệnh nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chân thành cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian cho khảo sát của chúng tôi. Kính chúc Ông/Bà sức khỏe, hạnh phúc và thành công!

PHỤ LỤC II: PHIẾU KHẢO SÁT Ý KIẾN DÀNH CHO BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH

*Để có thông tin về **thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện**, nhằm cung cấp bằng chứng tình hình thực tiễn làm căn cứ khoa học để đánh giá thực trạng, đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh tại các bệnh viện công Việt Nam hiện nay.*

Chúng tôi cam kết các thông tin này vì mục đích nghiên cứu, không vì mục đích khác, danh tính người khảo sát được bảo mật hoàn toàn và không công bố cho bất kỳ cá nhân, tổ chức nào khác ngoài mục đích nghiên cứu.

*Xin Ông/Bà vui lòng cho biết (**đánh dấu X vào ô lựa chọn**):*

I. Thông tin chung

1. Lý do đến viện: a. Khám bệnh b. Đưa người nhà đi khám bệnh c. Khác
2. Tuổi: a. Dưới 30 b. Từ 31 - 40 c. Từ 41 - 50 d. Trên 50
3. Giới tính: a. Nam b. Nữ c. Không muốn tiết lộ
4. Số lần Ông/bà đã đến bệnh viện để khám bệnh hoặc đưa người nhà đến khám bệnh:
 - a. Mới lần đầu
 - b. Từ 2 – 5 lần
 - c. Trên 5 lần
5. Trình độ học vấn:
 - a. Sau Đại học
 - b. Đại học
 - c. Cao Đẳng
 - d. Trung cấp
 - e. Khác
6. Nghề nghiệp:
 - a. Công/viên chức nhà nước
 - b. Doanh nghiệp / Văn phòng
 - c. Nông/lâm/ngư nghiệp
 - d. Kinh doanh tự do
 - e. Lực lượng vũ trang
 - f. Khác
7. Bệnh viện đến khám thuộc khu vực?

TP.Hà Nội Các tỉnh miền Bắc (Không bao gồm Hà Nội)

Các tỉnh miền Trung Thành phố Hồ Chí Minh

Các tỉnh miền Nam (Không bao gồm TP.Hồ Chí Minh)

II. Thực trạng áp dụng quản trị tinh gọn trong hoạt động khám chữa bệnh

Lãng phí được chúng tôi định nghĩa là những hoạt động trong khám chữa bệnh không mang lại giá trị thậm chí tổn hại (thời gian, tiền bạc, cơ hội điều trị bệnh tốt nhất, tinh thần...) cho bác sĩ, người bệnh và bệnh viện. Đối với mỗi phát biểu, xin vui lòng tích vào ô phù hợp với ý kiến của Ông/Bà.

Câu 1: Khi đến khám bệnh tại Bệnh viện, Ông/Bà biết thông tin thủ tục, quy trình khám chữa bệnh tại bệnh viện qua những nguồn nào? (được chọn nhiều lựa chọn)

TT	Nguồn thông tin
<input type="checkbox"/>	Kinh nghiệm vì đã đi khám, đưa người nhà đi khám nhiều lần
<input type="checkbox"/>	Tìm kiếm thông tin, kinh nghiệm từ người đi khám trước ở nhà
<input type="checkbox"/>	Tìm kiếm thông tin qua xem trên mạng và website của bệnh viện
<input type="checkbox"/>	Xem hướng dẫn được niêm yết, chiếu ở ti vi tại bệnh viện
<input type="checkbox"/>	Hỏi nhân viên tiếp đón, đăng ký khám hướng dẫn/có tờ hướng dẫn được phát
<input type="checkbox"/>	Hỏi y tá hướng dẫn/có tờ hướng dẫn được phát
<input type="checkbox"/>	Hỏi nhân viên bệnh viện như: bảo vệ, vệ sinh
<input type="checkbox"/>	Hỏi bệnh nhân chờ khám khác

Ý kiến khác:.....

Câu 2: Theo Ông/Bà hiện nay ở hoạt động khám bệnh của bệnh viện tồn tại những lãng phí nào và mức độ ra sao?

TT	Các bước	Không biết	Ít	Trung bình	Nhiều	Rất nhiều
1	Phải tìm nhân viên để hỏi thủ tục khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tìm bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Xếp hàng lấy số thứ tự	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Quá nhiều thủ tục chuẩn bị cho khâu khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Đi tìm vị trí phòng khám/xét nghiệm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Di chuyển từ phòng khám này sang phòng khám khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Chờ lấy kết quả khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Chờ hoàn thành thủ tục thanh toán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Các lãng phí khác không có nêu ở trên:.....

Câu 3: Ý kiến đánh giá của Ông/Bà về sự lãng phí trong các khâu của quy trình khám chữa bệnh?

TT	Các bước	Không lãng phí	Lãng phí ít	Bình thường	Lãng phí nhiều	Rất lãng phí
1	Đón tiếp ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Đăng ký khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Khám bệnh ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mua thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Thanh toán trước, trong và sau khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác:.....

Câu 4: Đến khám chữa bệnh tại bệnh viện Ông/Bà thấy hài lòng ở các khâu như thế nào?

TT	Nội dung	Rất không hài lòng	Tạm hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1	Đón tiếp ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Đăng ký khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Khám bệnh ban đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mua thuốc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Thanh toán trước, trong và sau khám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác:.....

Mục 5: Đến khám chữa bệnh tại bệnh viện Ông/Bà đánh giá hài lòng (mức độ lãng phí theo tư duy tinh gọn) ở các nội dung sau như thế nào?

TT	Nội dung	Rất không hài lòng	Tạm hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
1	Bác sĩ, điều dưỡng tham gia khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nhân viên y tế khác (hướng dẫn, thu ngân, bảo vệ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Cơ sở vật chất, trang thiết bị	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Cảm thấy hài lòng với dịch vụ khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Về quy trình các bước trong khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hệ thống biển báo, hướng dẫn của bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Cảm nhận về sự an toàn khi thực hiện khám chữa bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Khu vực khám bệnh luôn quá tải	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bố trí sắp xếp vị trí các phòng khám khi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Nhà vệ sinh và hoạt động vệ sinh tại bệnh viện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Dịch vụ tiện ích khác (ăn uống, giải trí, cửa hàng tiện lợi...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác:.....

Câu 6: Theo Ông/Bà để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân thì bệnh viện cần chú ý cải tiến những gì?

TT	Nội dung	Không cần thiết	Chưa cần thiết	Xém xét cải tiến	Nên cải tiến	Rất nên cải tiến
1	Đăng ký ban đầu có thể làm trực tuyến từ trước	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tiền khám chữa bệnh có thể chuyển khoản banking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Thông tin, bảng biểu chỉ dẫn rõ ràng hơn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Quy trình khám bệnh theo luồng một để bệnh nhân ít phải di chuyển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ứng dụng thiết bị tự động kiểm tra, giám sát bác sĩ, điều dưỡng trong khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Cung cấp thông tin về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị khi chờ khám để nâng cao kiến thức	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Đào tạo thêm về kỹ năng giao tiếp với người bệnh và “Tâm thế” của y bác sĩ với bệnh nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Công cụ để bệnh nhân, người nhà tự tra cứu thông tin khi khám bệnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ý kiến khác:.....

Chân thành cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian cho khảo sát của chúng tôi. Kính chúc Ông/Bà sức khỏe, hạnh phúc và thành công!

PHỤ LỤC III: PHIẾU CÂU HỎI PHÒNG VẤN SÂU DÀNH CHO NHÀ QUẢN LÝ, BÁC SĨ, ĐIỀU DƯỠNG, NHÂN VIÊN Y TẾ

Ngày phỏng vấn..... Tại :.....
 Cán bộ, y bác sĩ được phỏng vấn :.....
 Chức vụ :.....

Xin chào Ông/Bà! Như Ông/Bà đã biết, nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh, hướng tới sự hài lòng của người bệnh là một trong nhiều mục tiêu, chương trình đã được ngành y tế thực hiện trong thời gian qua. Thời gian qua, bệnh viện của Ông/Bà đã áp dụng các giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh. Để có những đánh giá về thực trạng xin Ông/Bà vui lòng cho biết:

Câu hỏi 1 : Theo Ông/Bà những bất cập chính nào đang tồn tại trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện hiện nay? (*Bất cập được chúng tôi định nghĩa là những hoạt động trong khám chữa bệnh không mang lại giá trị thậm chí tổn hại (thời gian, tiền bạc, cơ hội điều trị bệnh tốt nhất, tinh thần...) cho bác sĩ, người bệnh và bệnh viện*)

Câu hỏi 2: Nếu xét theo chuỗi giá trị của quy trình khám chữa bệnh đang được triển khai áp dụng tại bệnh viện Ông/Bà hài lòng nhất khâu nào? Khâu nào Ông/Bà chưa hài lòng? Vì sao?

Câu hỏi 3: Ông/Bà đánh giá thái độ làm việc, tinh thần trách nhiệm và sự tham gia của y bác sĩ, nhân viên y tế trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện ở mức như thế nào? (cho điểm: 1 – 5: Rất tốt)

Câu hỏi 4: Xin Ông/Bà vui lòng cho biết thực trạng ứng dụng đăng ký khám từ xa, thanh toán một lần và các ứng dụng khác để cắt giảm thời gian quá trình khám chữa bệnh?

Câu hỏi 5: Theo Ông/Bà để nâng cao hơn nữa chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, hiệu quả hoạt động của bệnh viện và sự hài lòng của bệnh nhân, bệnh viện cần cải tiến những mặt nào? Vì sao?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian phỏng vấn!

PHỤ LỤC IV: PHIẾU CÂU HỎI PHÒNG VẤN SÂU DÀNH CHO BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ ĐẾN KHÁM CHỮA BỆNH

Ngày phỏng vấn: Tại :

Tên người được phỏng vấn :

Là bệnh nhân hay người nhà :

Xin chào Ông/Bà! Để có thông tin về thực trạng hoạt động khám chữa bệnh, nhằm cung cấp bằng chứng tình hình thực tiễn làm căn cứ khoa học để đánh giá thực trạng, đề xuất giải pháp nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh tại các bệnh viện công Việt Nam hiện nay, Ông/Bà vui lòng cho biết:

Câu hỏi 1: Ông/Bà đánh giá các khâu trong quá trình KCB tại bệnh viện gồm: Đón tiếp ban đầu; Đăng ký khám bệnh; Khám bệnh ban đầu; Thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng; Tổng hợp kết quả khám cuối cùng; Mua thuốc; Thanh toán trước, trong và sau khám.

- Khâu nào làm Ông/Bà mất thời gian nhất?
- Khâu nào Ông/Bà thấy mình phải đi lại nhiều nhất?

Câu hỏi 2: Đến KCB cho đến lúc này, trong các khâu trên Ông/Bà hài lòng nhất ở khâu nào? Khâu nào không hài lòng? Vì sao?

Câu hỏi 3: Ông/Bà đánh giá thái độ làm việc, tinh thần trách nhiệm và sự tham gia của y bác sĩ, nhân viên y tế trong quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện ở mức như thế nào? (cho điểm: 1 – 5: Rất tốt)

Câu hỏi 4: Ông/Bà đánh giá quá trình khám chữa bệnh tại bệnh viện Ông/Bà thấy những bất cập gì? Và cần làm những gì để thay đổi?

Câu hỏi 5: Theo Ông/Bà để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân thì bệnh viện cần chú ý cải tiến những gì?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian phỏng vấn!

PHỤ LỤC V: BÁO CÁO CHỈNH SỬA CÔNG CỤ SAU KHẢO SÁT THĂM DÒ

Sau khi thực hiện khảo sát thăm dò từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2022 tại Khoa Khám bệnh, BV Hữu nghị Việt Đức với các đối tượng cụ thể từng phiếu:

+ Phiếu một: Khảo sát ý kiến dành cho nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế. Thực hiện khảo sát thăm dò với hai thành viên Ban giám đốc, sáu trưởng phó khoa phòng, sáu bác sĩ, bốn điều dưỡng và hai NVYT tại Khoa Khám bệnh, BV Hữu nghị Việt Đức.

+ Phiếu hai: Khảo sát ý kiến dành cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đến khám chữa bệnh. Thực hiện khảo sát thăm dò với ba BN và hai người nhà đi cùng đến KCB tại phòng khám các năm khoa (Ngoại thần kinh, U bướu, Chấn thương, Cột sống và Trung tâm ghép tạng) của BV Hữu nghị Việt Đức.

+ Phiếu ba: Câu hỏi phỏng vấn sâu dành cho nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên y tế. Thực hiện phỏng vấn thăm dò với một thành viên Ban giám đốc, bốn trưởng phó khoa phòng, ba bác sĩ, hai điều dưỡng tại BV Hữu nghị Việt Đức.

+ Phiếu bốn: Câu hỏi phỏng vấn sâu dành cho bệnh nhân và người nhà đến khám chữa bệnh. Thực hiện phỏng vấn thăm dò với một BN và một người nhà đi cùng đến KCB tại phòng khám các năm khoa (Ngoại thần kinh, U bướu, Chấn thương, Cột sống và Trung tâm ghép tạng) của BV Hữu nghị Việt Đức.

Trong tháng sáu và bảy năm 2022, tác giả đã nhập các dữ liệu khảo sát thăm dò lên phần mềm Epidata 3.1 và dùng phần mềm SPSS 22 để phân tích, đánh giá độ chụm của những kết quả thăm dò thử. Từ kết quả khảo sát thăm dò, phản ứng trực tiếp từ người tham gia khảo sát, tác giả thực hiện điều chỉnh lại hai phiếu khảo sát (dạng bảng hỏi cấu trúc) và hai phiếu phỏng vấn sâu (dạng bảng hỏi bán cấu trúc), cụ thể:

+ Phiếu số một và hai bổ sung làm rõ các biên liên quan thực trạng các dạng LP theo TDTG, theo quy trình KCB, nhân tố tác động đến điều kiện áp dụng QTTG trong BV để khi hỏi người khảo sát trả lời sát thực tiễn.

+ Phiếu số ba và bốn điều chỉnh câu hỏi, có bổ sung thêm các giải thích về bất cập, lãng phí theo quan điểm của tác giả, các ví dụ dẫn dắt ở lĩnh vực khác để người trả lời có câu trả lời đúng trọng tâm vấn đề trong KCB tại BVC.

PHỤ LỤC VI: DANH SÁCH CÁC BỆNH VIỆN QUAN SÁT VÀ KHẢO SÁT

STT	TÊN	HẠNG	TỈNH/THÀNH	THỜI GIAN
1.	Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức	Đặc biệt	Hà Nội	T9/2021–T10/2022
2.	Bệnh viện E Trung ương	Hạng I	Hà Nội	12/9/2022
3.	Bệnh viện ĐH Y Hà Nội	Hạng I	Hà Nội	18/9/2022
4.	Bệnh viện Bạch Mai	Đặc biệt	Hà Nội	22/9/2022
5.	Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn	Hạng I	Hà Nội	23/9/2022
6.	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	Đặc biệt	Hà Nội	27/9/2022
7.	Bệnh viện Nhi Trung ương	Hạng I	Hà Nội	07/10/2022
8.	Viện Huyết học và Truyền máu TW	Hạng I	Hà Nội	13/10/2022
9.	Bệnh viện K	Hạng I	Hà Nội	20/10/2022
10.	Bệnh viện Quân Y 103	Hạng I	Hà Nội	21/10/2022
11.	Bệnh viện Mắt Trung ương	Hạng I	Hà Nội	13/12/2022

DANH SÁCH PHÒNG VẤN SÂU

TT	HỌ VÀ TÊN	CHỨC VỤ	ĐƠN VỊ	THỜI GIAN
Nhà quản lý, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế				
1.	ThS. Hoàng Giang	Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn	BVHN Việt Đức	24/9/2021 10/8/2022
2.	ThS. Nguyễn Lương Bằng	Trưởng phòng CNTT	BVHN Việt Đức	24/9/2021 10/8/2022
3.	ThS. Nguyễn Văn Dũng	Điều dưỡng trưởng	BVHN Việt Đức	26/9/2021 16/8/2022
4.	PGS.TS. Đồng Văn Hệ	Phó giám đốc	BVHN Việt Đức	27/9/2021 18/8/2022
5.	ThS. Phạm Thị Đào	Trưởng đơn vị điều phối ghép tạng	BVHN Việt Đức	27/9/2021 18/8/2022
6.	TS. Đỗ Ngọc Sơn	Trưởng khoa Tiết niệu	BVHN Việt Đức	29/9/2021 19/8/2022
7.	TS. Nguyễn Công Hựu	Giám đốc bệnh viện	Bệnh viện E	12/9/2022
8.	PGS.TS. Trịnh Văn Đồng	Nguyên Giám đốc Trung	BVHN Việt Đức	12/9/2022

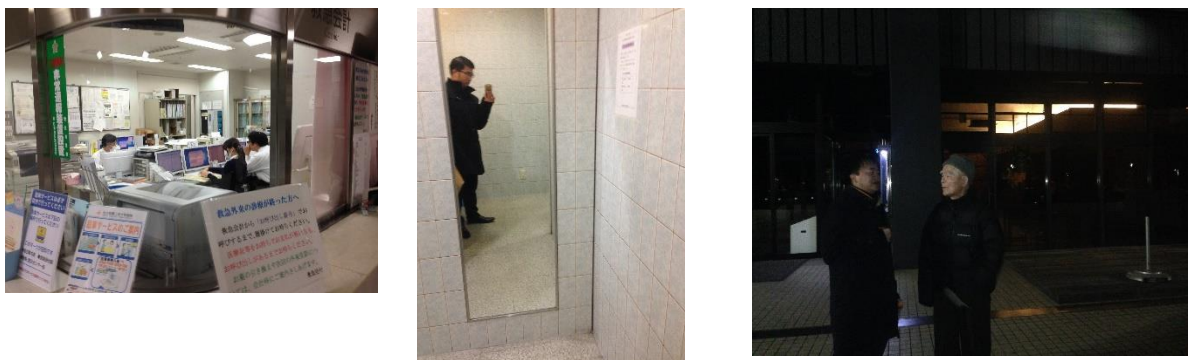
		tâm gây mê hồi sức		
9.	TS. Nguyễn Hoàng	Bác sỹ phẫu thuật	BV ĐH Y Hà Nội	18/9/2022
10.	TS. Dương Đức Hùng	CT HĐQT bệnh viện	BV Bạch Mai	22/9/2022
11.	TS. Nguyễn Đức Long	Giám đốc bệnh viện	BV ĐK Xanh Pôn	23/9/2022
12.	PGS.TS. Trần Ngọc Sơn	Phó giám đốc	BV ĐK Xanh Pôn	23/9/2022
13.	PGS.TS. Nguyễn Hoàng Ngọc	Phó giám đốc	BV TW QĐ 108	27/9/2022
14.	TS. Nguyễn Mạnh Dũng	Ban điều phối ghép tạng	BV TW QĐ 108	27/9/2022
15.	ThS. Trần Thị Trang	Vụ trưởng	Vụ Pháp chế	30/9/2022
16.	TS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng	Cục QLKCB	07/10/2022
17.	PGS.TS. Nguyễn Duy Hiền	Phó giám đốc bệnh viện	BV Nhi TW	7/10/2022
18.	ThS. Ngô Gia Khánh	TK phẫu thuật lồng ngực	BV Bạch Mai	10/10/2022
19.	TS. Lê Lâm	Phó viện trưởng	Viện HHTMTW	13/10/2022
20.	GS.TS. Đỗ Tất Cường	Phó Tổng giám đốc	BVĐKQT Vinmec	13/10/2022
21.	PGS.TS. Nguyễn Quang Nghĩa	Giám đốc Trung tâm ghép tạng	BVHN Việt Đức	14/10/2022
22.	PGS.TS. Phùng Duy Hồng Sơn	Phó GD Trung tâm phẫu thuật tim mạch lồng ngực	BVHN Việt Đức	14/10/2022
23.	TS. Lưu Quang Thùy	GD TT gây mê hồi sức	BVHN Việt Đức	14/10/2022
24.	TS. Phạm Thế Anh	Trưởng khoa Gan mật	Bệnh viện K	20/10/2022
25.	CN. Nguyễn Thị Chinh	ĐD TK Gan mật	Bệnh viện K	20/10/2022
26.	PGS.TS. Vũ Nhất Định	Phó giám đốc	BV Quân Y 103	21/10/2022
27.	TS. Nguyễn Huy Quang	Nguyên vụ trưởng	Vụ Pháp chế	01/12/2022
28.	TS.BS. Lê Văn Trụ	Chuyên viên	Cục QLKCB	01/12/2022
29.	ThS.BS. Lê Hải Yên	Chuyên viên	Cục QLKCB	01/12/2022
30.	ThS. Phạm Thị Hảo	Chuyên viên	Vụ Pháp chế	01/12/2022
31.	ThS. Nguyễn Hữu Hoàng	Giám đốc	Ngân hàng mắt, BV Mắt TW	13/12/2022
Bệnh nhân, người nhà đi cùng				

32.	Đỗ Hoàng Vương	Khoa khám bệnh	BV Bạch Mai	29/4/2022
33.	Nguyễn Thị Thanh Thủy	Khoa U bướu	BVHN Việt Đức	16/7/2022
34.	Ngô Tạo Thành	Khoa Xạ I	Bệnh viện K	2/8/2022
35.	Nguyễn Thị Hòa	Khoa Tiêu hóa 3-4	BVHN Việt Đức	21/8/2022
36.	Đỗ Thị Tần	Khoa Tiết niệu	BVHN Việt Đức	21/8/2022
37.	Nguyễn Quốc Tuấn	Khoa phẫu thuật chi dưới	BVHN Việt Đức	6/9/2022
38.	Nguyễn Ngọc Phát	Khoa phẫu thuật tim mạch	bệnh viện E	12/9/2022
39.	Phuong Tuệ My	Khoa Hồi sức cấp cứu	BVĐH Y Hà Nội	18/9/2022
40.	Trần Hà Ân	Khoa cơ xương khớp	BV Bạch Mai	22/9/2022
41.	Lâm Hà Thanh	Khoa Khám bệnh	BV Bạch Mai	22/9/2022
42.	Nguyễn Trường Sơn	Khoa Khám bệnh	BVĐK Xanh Pôn	23/9/2022
43.	Nguyễn Xuân Dũng	Khoa Ngoại lồng ngực (B4)	BVTW Quân đội 108	27/9/2022
44.	Nguyễn Thị Lệ Thủy	Thận và lọc máu	BV Nhi TW	7/10/2022
45.	Đỗ Thị Hải	Khoa khám bệnh	Viện HHTMTW	13/10/2022
46.	Bùi Thị Thu Hà	Khoa Gan mật	Bệnh viện K	20/10/2022
47.	Diêm Thị Vân	Khoa Thận và Lọc máu	BV Quân Y 103	21/10/2022
48.	Nguyễn Thị Thu Thủy	Khoa tật khúc xạ	BV Mắt TW	13/12/2022

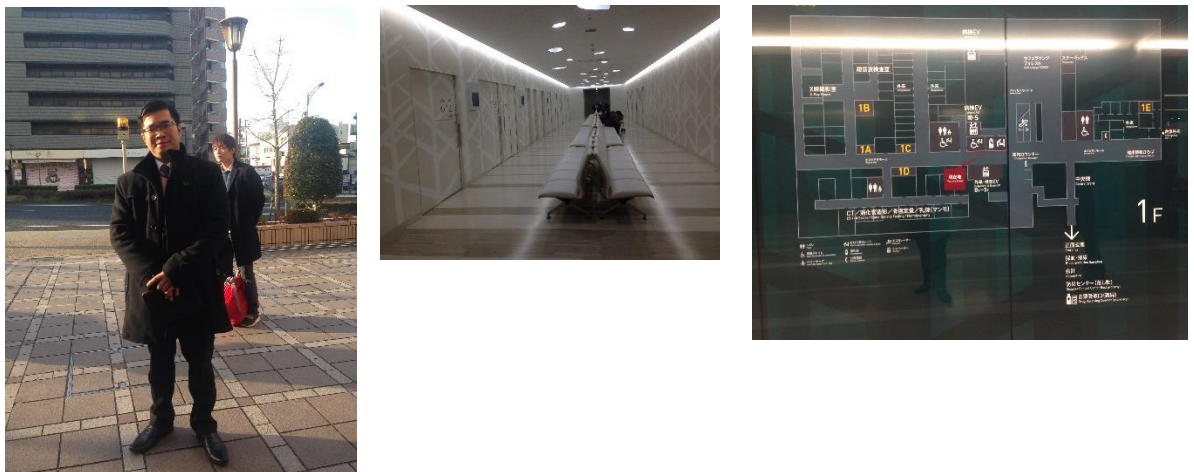
PHỤ LỤC VII: QUAN SÁT THU THẬP SỐ LIỆU TIỀN LUẬN ÁN



Nghiên cứu quan sát tại Viện Y Học Hải Quân (Hải Phòng) ngày 28/11/2018



Nghiên cứu quan sát tại BV ĐH Nagoya (Nhật Bản) tối ngày 22/01/2019



Nghiên cứu quan sát tại BV ĐH Tokyo (Nhật Bản) chiều ngày 24/01/2019

PHỤ LỤC VIII: MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHẢO SÁT VÀ PHÒNG VẤN SÂU



*Phòng vấn sâu BVHN Việt Đức
1/5/2022*



BVHN Việt Đức 14/10/2022



BV Quân Y 103 ngày 21/10/2022



BVĐK Xanh Pôn 23/9/2022



BVĐH Y Hà Nội 18/9/2022



Bệnh viện E 12/9/2022



BV Bạch Mai 22/9/2022



Bệnh viện K 20/10/2022



BVTW Quân đội 108 27/9/2022



BV Nhi TW 7/10/2022



BVHH Truyền Máu TW 13/10/2022



BV Mắt TW 02/12/2022

PHỤ LỤC IX: PHIẾU KHẢO SÁT VỀ TÍNH CẤP THIẾT VÀ TÍNH KHẢ THI CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐƯA RA

Trân trọng đề nghị Quý vị đọc kỹ nội dung văn bản mô tả các giải pháp áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội kèm theo Phiếu hỏi ý kiến này và cho biết đánh giá của mình bằng cách đánh dấu X vào ô phù hợp theo nguyên tắc: số năm là cấp thiết nhất và khả thi nhất, số một là ít cấp thiết nhất và ít khả thi nhất. Chúng tôi cam đoan thông tin này chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học.

Chân thành cảm ơn Quý vị đã hợp tác!

TT	Giải pháp đề xuất	Điểm đánh giá tính cấp thiết					Điểm đánh giá tính khả thi				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Giải pháp tổng thể: Mô hình áp dụng quản trị tinh gọn tại bệnh viện công trên địa bàn thành phố Hà Nội										
2	Giải pháp cụ thể một: Cải tiến hiệu quả áp dụng 5S và công cụ quản trị tinh gọn đang sử dụng										
3	Giải pháp cụ thể hai: Đẩy mạnh số hóa y tế										
4	Giải pháp cụ thể ba: Chính sách kiểm tra, giám sát và đào tạo, bồi dưỡng trong bệnh viện										

PHỤ LỤC X: LUẬN GIẢI VÀ MÃ HÓA TRONG NGHIÊN CỨU

9.1. Luận giải khung phân tích các khung lãng phí

Loại lãng phí	Luận giải
Di chuyển	Bác sĩ, điều dưỡng phải di chuyển giữa các phòng khám, điều trị để KCB. BN để thực hiện xong quy trình KCB bắt buộc phải tự đi tìm, di chuyển giữa các phòng, giữa các tòa nhà khác nhau trong BV
Thao tác thừa	Bác sĩ, điều dưỡng phải tìm kiếm tài liệu, bệnh án, giấy chỉ định để ghi chép thông tin trong quá trình KCB. BN phải khai nhiều thông tin hành chính, thông tin bệnh tật và đóng tiền nhiều lần trong quá trình KCB
Chờ đợi	Bác sĩ, điều dưỡng phải chờ BN kê khai đủ thông tin, đóng đủ tiền để thực hiện KCB và đợi đủ các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng để kết luận về kết quả KCB. BN phải chờ đến lượt đăng ký, đến lượt đóng tiền, đến lượt khám, đến lượt làm chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng, chờ nhận kết quả, chờ thanh toán kết thúc khám và chờ mua thuốc
Yêu cầu cận lâm sàng thừa	Yêu cầu kiểm tra lâm sàng, cận lâm sàng không cần thiết để phục vụ cho việc ra kết luận tình trạng bệnh của BN và kê thêm thuốc không cần thiết cho quá trình điều trị
Tư duy không tinh gọn và tâm thế không cải tiến	Quá trình thực hành chuyên môn KCB người thực hiện không chủ động hoặc không tự có suy nghĩ tinh gọn, làm việc nhanh hơn, chất lượng hơn, hiệu quả hơn mà ỷ vào quy định quy trình KCB phải qua các bước đó, phải thực hiện đủ như vậy
LP hữu hình	Thể hiện trong các bước của quy trình KCB mà các BV thực hiện áp dụng mà mọi người từ YBS, NVYT đến BN, người nhà đến KCB đều dễ dàng nhận thấy khi tham gia, quan sát quá trình KCB tại BV

LP vô hình	Là các lãng phí tìm ẩn bên trong thao tác KCB của mỗi bác sĩ, điều dưỡng, NVYT; trong cách sắp xếp phân luồng BV đến KCB; trong năng lực chuyên môn của mỗi YBS và sự hiểu biết, khả năng hợp tác với YBS của BN trong quá trình KCB
------------	--

(Nguồn: Tổng hợp từ các tác giả trên thế giới và đề xuất theo bối cảnh Việt Nam)

9.2. Luận giải khung phân tích theo chuỗi giá trị của quy trình khám chữa bệnh

Các bước KCB	Luận giải
Đón tiếp ban đầu	BN đến BV khai thông tin, lấy số xếp hàng đăng ký khám
Đăng ký khám bệnh	BN đến lượt khai báo thông tin hành chính, thông tin bệnh tật sơ bộ, nhu cầu đến BV, thông tin yêu cầu KCB và đóng tiền ban đầu
Khám bệnh ban đầu	BN về phòng khám ban đầu theo phân luồng, xếp số và đợi đến lượt khám. Đến lượt BN vào gặp YBS, cung cấp thông tin tiền sử, thông tin bệnh tật hiện tại và phối hợp với YBS theo yêu cầu
Thực hiện chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng	Sau khi nhận các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng, BN đóng thêm tiền (nếu thiếu), thực hiện đến từng phòng để xếp hàng, thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng. Sau đó chờ lấy đủ các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng để quay về phòng khám ban đầu
Tổng hợp kết quả khám cuối cùng	YBS nhận lại toàn bộ kết quả lâm sàng, cận lâm sàng từ BN đã đi làm các chỉ định về, căn cứ vào đó trao đổi với BN về thực trạng bệnh tật, hướng điều trị trước khi thống nhất ra quyết định điều trị
Mua thuốc	Sau khi BS ra kết luận và cho chỉ định điều trị, BN sẽ được chuyển nội trú, chuyển tuyến hoặc mua thuốc để về điều trị ngoại trú. Nếu mua thuốc BN sẽ mang đơn thuốc xuống xếp

	hàng, nhận thông tin tình trạng thuốc, đóng tiền và nhận thuốc
Thanh toán trước, trong và sau khám	BN thực hiện bước thanh toán sau khi kết thúc quá trình KCB. BN sẽ đến xếp hàng, chờ đến lượt để NVYT quyết toán số tiền BN phải chi trả, BN thanh toán và BV xuất hóa đơn thanh toán. Trong quá trình KCB, BN có thể phải đóng tiền nhiều lần khi số tiền đã đóng ít hơn số chi phí để thực hiện các chỉ định lâm sàng, cận lâm sàng trong quá trình KCB

(Nguồn: Tổng hợp từ Quyết định số 1313/QĐ-BYT và đề xuất phù hợp thực tiễn)

9.3. Mã hóa các biện pháp điều kiện áp dụng quản trị tinh gọn trong bệnh viện

TT	Tên điều kiện	Mã hóa	Nguồn gốc
	Cam kết của lãnh đạo bệnh viện		
1.	Sự ủng hộ của lãnh đạo cơ quan chủ quản BV	LĐLDBV1	Grove (2010), Nguyễn Đăng Minh (2015)
2.	Quyết tâm lãnh đạo BV	LĐLDBV2	
3.	Ủng hộ áp dụng quy trình và thủ tục khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm QTTG	LĐLDBV3	
4.	Hỗ trợ triển khai bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của khoa Khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm QTTG	LĐLDBV4	
5.	Cam kết đầu tư hệ thống trang thiết bị, máy móc hướng dẫn, thông tin khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh	LĐLDBV5	
	Sự tham gia của khác bác sĩ và nhân viên y tế		
6.	Cam kết thực hiện, yêu cầu các YBS trong khoa thực hiện của lãnh đạo khoa phòng chuyên môn	LĐYBS1	Graban (2011), Jenkins (2012)
7.	Sự tham gia của YBS và nhân viên y tế trong BV với quá trình áp dụng QTTG	LĐYBS2	
8.	Tuân thủ áp dụng QTTG theo hướng dẫn trong suốt quy trình, thủ tục khám chữa bệnh	LĐYBS3	
9.	Hướng dẫn hỗ trợ đồng nghiệp trong BV áp dụng QTTG trong khám chữa bệnh khi họ cần	LĐYBS4	
10.	Hướng dẫn, giải thích BN và người nhà tuân thủ các quy định áp dụng QTTG khi tham gia khám chữa bệnh	LĐYBS5	
	Các biện pháp làm rõ giả thuyết H3		
11.	Cơ chế chính sách tạo động lực cho áp dụng	LKCSBV1	Nguyễn Đăng

	cải tiến, áp dụng phương pháp quản trị mới (5S, Kaizen, quản trị tinh gọn...)		Minh (2015)
12.	Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình khám chữa bệnh	LKCSBV2	
13.	Phát triển đội ngũ kiểm tra, đánh giá và kiểm soát chất lượng nội bộ thật tốt	LKCSBV3	
14.	Giám sát quản lý chất lượng BV diễn ra thường xuyên, liên tục	LKCSBV4	
15.	Khen thưởng, kỉ luận qua sự hài lòng của BN và gia đình với các khoa phòng hàng năm	LKCSBV5	
	Các biến làm rõ giả thuyết H4		
16.	Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” theo TDTG	LKCTĐT1	Poksinska (2010), Nguyễn Đăng Minh (2015)
17.	Xây dựng bộ công cụ cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị để BN, người nhà tự trang bị trước, trong, sau khi khám bệnh	LKCTĐT2	
18.	Bồi dưỡng hàng năm về thái độ, tinh thần phục vụ BN của bác sỹ, y tá, nhân viên theo TDTG	LKCTĐT3	
19.	Xây dựng và triển khai tuyên truyền, hướng dẫn “Tâm thế” phối hợp, chấp hành đúng hướng dẫn của nhân viên y tế trong quá trình khám chữa bệnh	LKCTĐT4	
20.	Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” theo TDTG	LKCTĐT5	
	Các biến làm rõ giả thuyết H5		
21.	Xây dựng kế hoạch và phương thức áp dụng QTTG phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm BV	KHPTTK1	Dombrowski (2012), Nguyễn Đăng Minh và Nguyễn Tiến Thành (2020)
22.	Xây dựng kế hoạch và phương thức áp dụng QTTG riêng từng khoa phòng, phù hợp với đặc điểm khoa phòng	KHPTTK2	
23.	Coi áp dụng QTTG gắn với phong trào thay đổi tác phong, thái độ phục vụ của nhân viên y tế và là tiêu chí đánh giá xếp hạng cuối năm	KHPTTK3	
24.	Triển khai thông tin, bảng biểu, công cụ chỉ dẫn cho BN, người nhà tự tra cứu tìm kiếm đa dạng nhiều cách thể hiện bằng cả chữ, lần hình ảnh, video, âm thanh, khẩu hình để phù hợp với đa dạng đặc điểm BN, người nhà đến	KHPTTK4	

	khám chữa bệnh		
25.	Gắn triển khai áp dụng QTTG với gia tăng sự hài lòng của BN trở thành văn hóa BV và mọi YBS, nhân viên y tế phải ghi nhớ	KHPTTK5	
	Biến phụ thuộc “Áp dụng quản trị tinh gọn vào bệnh viện công”		
26.	Áp dụng quản trị tinh gọn vào hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện công lập giúp cắt giảm lãng phí trong khám chữa bệnh và gia tăng sự hài lòng của bệnh nhân	ADQTTG	Graban (2011), Nguyễn Đăng Minh (2015)

(Nguồn: Tổng hợp từ các tác giả trên thế giới và đề xuất theo bối cảnh Việt Nam)

9.4. Các biến quan sát thang đo điều kiện triển khai quản trị tinh gọn

TT	Loại	Mã hóa	Nội dung
1.	Nhân tố 1 “Cam kết của lãnh đạo BV”	LĐLĐBV1	Sự ủng hộ của lãnh đạo cơ quan chủ quản BV
2.		LĐLĐBV2	Quyết tâm lãnh đạo BV
3.		LĐLĐBV3	Ủng hộ áp dụng quy trình và thủ tục khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm QTTG
4.		LĐLĐBV4	Hỗ trợ triển khai bố trí phòng làm việc, phòng xét nghiệm của khoa Khám bệnh tối ưu theo đề xuất nhóm QTTG
5.		LĐLĐBV5	Cam kết đầu tư hệ thống trang thiết bị, máy móc hướng dẫn, thông tin khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh
6.	Nhân tố 2 “Tham gia đầy đủ của YBS trong BV”	LĐYBS1	Cam kết thực hiện, yêu cầu các YBS trong khoa thực hiện của lãnh đạo khoa phòng chuyên môn
7.		LĐYBS2	Sự tham gia của YBS và NVYT trong BV với quá trình áp dụng QTTG
8.		LĐYBS3	Tuân thủ áp dụng QTTG theo hướng dẫn trong suốt quy trình, thủ tục khám chữa bệnh
9.		LĐYBS4	Hướng dẫn hỗ trợ đồng nghiệp trong BV áp dụng QTTG trong khám chữa bệnh khi họ cần
10.		LĐYBS5	Hướng dẫn, giải thích BN và người nhà tuân thủ các quy định áp dụng QTTG khi tham gia khám chữa bệnh
11.	Nhân tố 3 “Chính sách nhân sự, kiểm tra, giám sát, khen thưởng,	LKCSBV1	Cơ chế chính sách tạo động lực cho áp dụng cải tiến, áp dụng phương pháp quản trị mới (5S, Kaizen, quản trị tinh gọn...)
12.		LKCSBV2	Thuê bên thứ ba hoặc ứng dụng máy móc tự động cho hoạt động kiểm tra, giám sát YBS trong quá trình khám chữa bệnh
13.		LKCSBV3	Phát triển đội ngũ kiểm tra, đánh giá và kiểm

	kỷ luật của BV” LKCSBV		soát chất lượng nội bộ thật tốt
14.		LKCSBV4	Giám sát quản lý chất lượng BV diễn ra thường xuyên, liên tục
15.		LKCSBV5	Khen thưởng, kỉ luận qua sự hài lòng của BN và gia đình với các khoa phòng hàng năm
16.	Nhân tố 4 “Chương trình đào tạo, bồi dưỡng kiến thức cho toàn bộ YBS tại BV” LKCTĐT	LKCTĐT1	Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” theo TDTG
17.		LKCTĐT2	Xây dựng bộ công cụ cung cấp thông tin tự động về y tế dự phòng, các phương pháp điều trị để BN, người nhà tự trang bị trước, trong, sau khi khám bệnh
18.		LKCTĐT3	Bồi dưỡng hàng năm về thái độ, tinh thần phục vụ BN của bác sỹ, y tá, nhân viên theo TDTG
19.		LKCTĐT4	Xây dựng và triển khai tuyên truyền, hướng dẫn “Tâm thế” phối hợp, chấp hành đúng hướng dẫn của NVYT trong quá trình khám chữa bệnh
20.		LKCTĐT5	Đào tạo thêm về kĩ năng giao tiếp với BN và “ứng xử / tâm thế” theo TDTG
21.	Nhân tố 5 “Kế hoạch và phương thức triển khai phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm BV” KHPTTK	KHPTTK1	Xây dựng kế hoạch và phương thức áp dụng QTTG phù hợp văn hóa, xã hội, đặc điểm BV
22.		KHPTTK2	Xây dựng kế hoạch và phương thức áp dụng QTTG riêng từng khoa phòng, phù hợp với đặc điểm khoa phòng
23.		KHPTTK3	Coi áp dụng QTTG gắn với phong trào thay đổi tác phong, thái độ phục vụ của NVYT và là tiêu chí đánh giá xếp hạng cuối năm
24.		KHPTTK4	Triển khai thông tin, bảng biểu, công cụ chỉ dẫn cho BN, người nhà tự tra cứu tìm kiếm đa dạng nhiều cách thể hiện bằng cả chữ, lần hình ảnh, video, âm thanh, khẩu hình để phù hợp với đa dạng đặc điểm BN, người nhà đến khám chữa bệnh
25.		KHPTTK5	Gắn triển khai áp dụng QTTG với gia tăng sự hài lòng của BN trở thành văn hóa BV và mọi YBS, NVYT phải ghi nhớ
	Biên phụ thuộc	ADQTTG	Áp dụng QTTG vào hoạt động khám chữa bệnh tại BVC giúp cắt giảm LP trong khám chữa bệnh và gia tăng sự hài lòng của BN

(Tác giả đề xuất thực hiện)

PHỤ LỤC XI: KẾT QUẢ PHÂN TÍCH MỘT SỐ BIẾN QUAN SÁT

10.1. Quan sát các lãng phí theo tư duy tinh gọn

10.1.1. Theo nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế

		Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
LPCĐ1	Xếp hàng lấy số thứ tự	319	1.00	5.00	3.42	0.958
LPCĐ2	Chờ đến lượt khám	319	1.00	5.00	3.42	0.857
LPCĐ3	Chờ lấy kết quả khám	319	2.00	5.00	3.19	0.866
LPCĐ4	Chờ hoàn thành thủ tục thanh toán	319	1.00	5.00	3.19	0.854
LPCĐ5	Xếp hàng lấy số và làm các thủ tục đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám chữa bệnh	319	1.00	5.00	3.57	1.079
LPDC1	Phải tìm nhân viên để hỏi thủ tục khám bệnh	319	2.00	5.00	3.12	0.823
LPDC2	Tìm bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh	319	2.00	5.00	2.99	0.783
LPDC3	Đi tìm vị trí phòng khám/xét nghiệm	319	1.00	5.00	3.27	0.926
LPDC4	Bác sĩ/y tá/nhân viên phải di chuyển quá nhiều	319	1.00	5.00	3.04	0.895
LPDC5	Việc di chuyển đến các buồng khám, phòng xét nghiệm đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	319	1.00	5.00	3.27	1.082
LPTTT1	Yêu cầu các xét nghiệm không cần thiết	319	1.00	5.00	2.29	0.790
LPTTT2	Chờ kết luận tổng hợp cuối cùng của bác sĩ đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	319	1.00	5.00	2.95	1.040
LPTTT3	Mất quá nhiều thời gian không cần thiết để thu thập thông tin của bệnh nhân	319	1.00	5.00	2.92	1.032

LPTTT4	Mất nhiều thời gian để giải thích cho bệnh nhân và người nhà	319	1.00	5.00	3.15	1.043
LPTTT5	Chờ đợi các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng quá lâu	319	1.00	5.00	3.57	0.939
LPYCT1	Quá nhiều thủ tục chuẩn bị cho khâu khám bệnh	319	1.00	5.00	3.11	0.906
LPYCT2	Di chuyển từ phòng khám này sang phòng khám khác	319	1.00	5.00	2.76	0.854
LPYCT3	Bác sỹ, y tá, kỹ thuật viên thường mất nhiều thời gian để hướng dẫn bệnh nhân về quy trình, thủ tục khám bệnh	319	1.00	5.00	3.50	1.018
LPYCT4	Làm xét nghiệm, cận lâm sàng đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	319	1.00	5.00	3.36	1.060
LPYCT5	Chờ đợi lấy kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng đang chiếm quá nhiều thời gian đi khám bệnh	319	1.00	5.00	3.45	1.014
LPTD1	Thu thập thông tin bệnh nhân nhiều lần	319	1.00	5.00	2.56	0.840
LPTD2	Độ trễ thông tin giữa các bộ phận trong bệnh viện trong quá trình khám chữa bệnh	319	1.00	5.00	2.92	0.874
LPTD3	Phải trả lời quá nhiều câu hỏi không cần thiết của bệnh nhân và người nhà	319	1.00	5.00	3.26	1.060
LPTD4	Bệnh nhân không chấp hành đúng hướng dẫn trong quá trình khám chữa bệnh làm kéo dài thời gian khám bệnh	319	1.00	5.00	3.34	0.990
LPTD5	Trao đổi thông tin giữa các khoa phòng chuyên môn thiếu thông suốt liên tục làm gia tăng thời gian khám bệnh	319	1.00	5.00	3.02	1.038

10.1.2. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà đi cùng

		Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
LPBNCĐ1	Xếp hàng lấy số thứ tự	256	1.00	5.00	3.73	1.016
LPBNCĐ2	Chờ lấy kết quả khám	256	1.00	5.00	3.83	0.991
LPBNCĐ3	Chờ hoàn thành thủ tục thanh toán	256	1.00	5.00	3.56	0.936
LPBNDC1	Di chuyển từ phòng khám này sang phòng khám khác	256	1.00	5.00	3.54	0.964
LPBNDC2	Đi tìm vị trí phòng khám/xét nghiệm	256	1.00	5.00	3.43	0.988
LPBNTTT1	Phải tìm nhân viên để hỏi thủ tục khám bệnh	256	1.00	5.00	3.20	0.943
LPBNTTT2	Tìm bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh	256	1.00	5.00	3.08	0.937
LPBNTTT3	Quá nhiều thủ tục chuẩn bị cho khám bệnh	256	1.00	5.00	3.58	0.924

10.2. Quan sát các lãng phí hữu hình và lãng phí vô hình

10.2.1. Theo nhà quản lí, bác sĩ, điều dưỡng và nhân viên y tế

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Hệ thống biển báo, hướng dẫn khám chữa bệnh của Bệnh viện là tốt	319	1.00	5.00	3.34	0.974
Quy trình khám chữa bệnh bệnh hiện nay là tốt	319	1.00	5.00	3.32	0.945
Thái độ, tinh thần phục vụ người bệnh của bác sĩ, y tá, nhân viên là tốt	319	1.00	5.00	3.75	0.770
Cơ sở vật chất, phòng làm việc, trang thiết bị là tốt	319	1.00	5.00	3.37	0.942
Khu vực khám bệnh luôn quá tải	319	1.00	5.00	3.76	0.915
Bố trí sắp xếp các phòng khám trong khâu khám bệnh hợp lý	319	1.00	5.00	3.36	0.890
Bệnh viện có đội ngũ kiểm tra, đánh giá và kiểm soát chất lượng nội bộ tốt	319	1.00	5.00	3.46	0.878

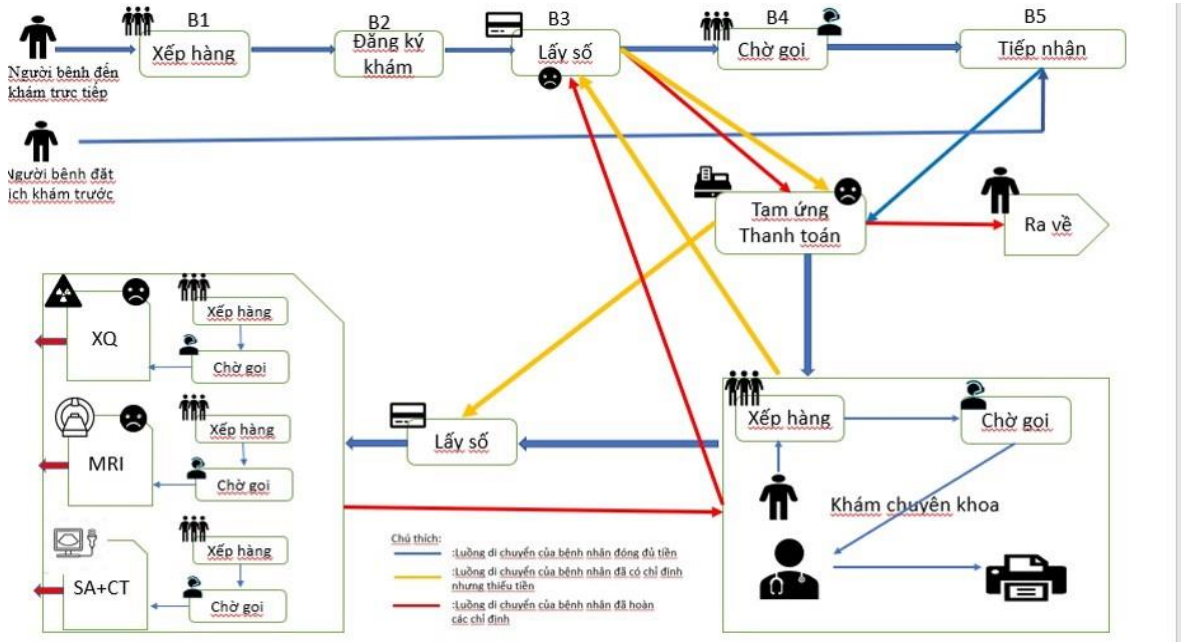
Các hoạt động để quản lý chất lượng bệnh viện diễn ra thường xuyên, liên tục	319	1.00	5.00	3.59	0.822
Các giải pháp hiệu quả để giảm các lãng phí về thời gian của bệnh nhân	319	1.00	5.00	3.96	0.679
Sự hài lòng của người bệnh và gia đình với dịch vụ khám bệnh của bệnh viện	318	1.00	5.00	3.38	0.879

10.2.2. Theo ý kiến của bệnh nhân, người nhà

	Số biến	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ, điều dưỡng tham gia khám chữa bệnh	256	1.00	5.00	3.09	0.910
Nhân viên y tế khác (hướng dẫn, thu ngân, bảo vệ...)	256	1.00	5.00	2.90	0.953
Cơ sở vật chất, trang thiết bị	256	1.00	5.00	2.05	0.931
Cảm thấy hài lòng với dịch vụ khám bệnh	256	1.00	5.00	2.28	0.903
Về quy trình các bước trong khám chữa bệnh	256	1.00	5.00	2.67	0.947
Hệ thống biển báo, hướng dẫn của bệnh viện	256	1.00	5.00	2.49	0.997
Cảm nhận về sự an toàn khi thực hiện khám chữa bệnh	256	1.00	5.00	3.07	0.955
Khu vực khám bệnh luôn quá tải	256	1.00	5.00	1.91	1.173
Bố trí sắp xếp vị trí các phòng khám khi khám bệnh	256	1.00	5.00	2.22	1.053
Nhà vệ sinh và hoạt động vệ sinh tại bệnh viện	256	1.00	5.00	2.17	1.141
Dịch vụ tiện ích khác (ăn uống, giải trí, cửa hàng tiện lợi...)	256	1.00	5.00	2.54	0.953

PHỤ LỤC XII: CHUỖI GIÁ TRỊ THEO QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THỰC HIỆN NGHIÊN CỨU

1. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức



(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức)

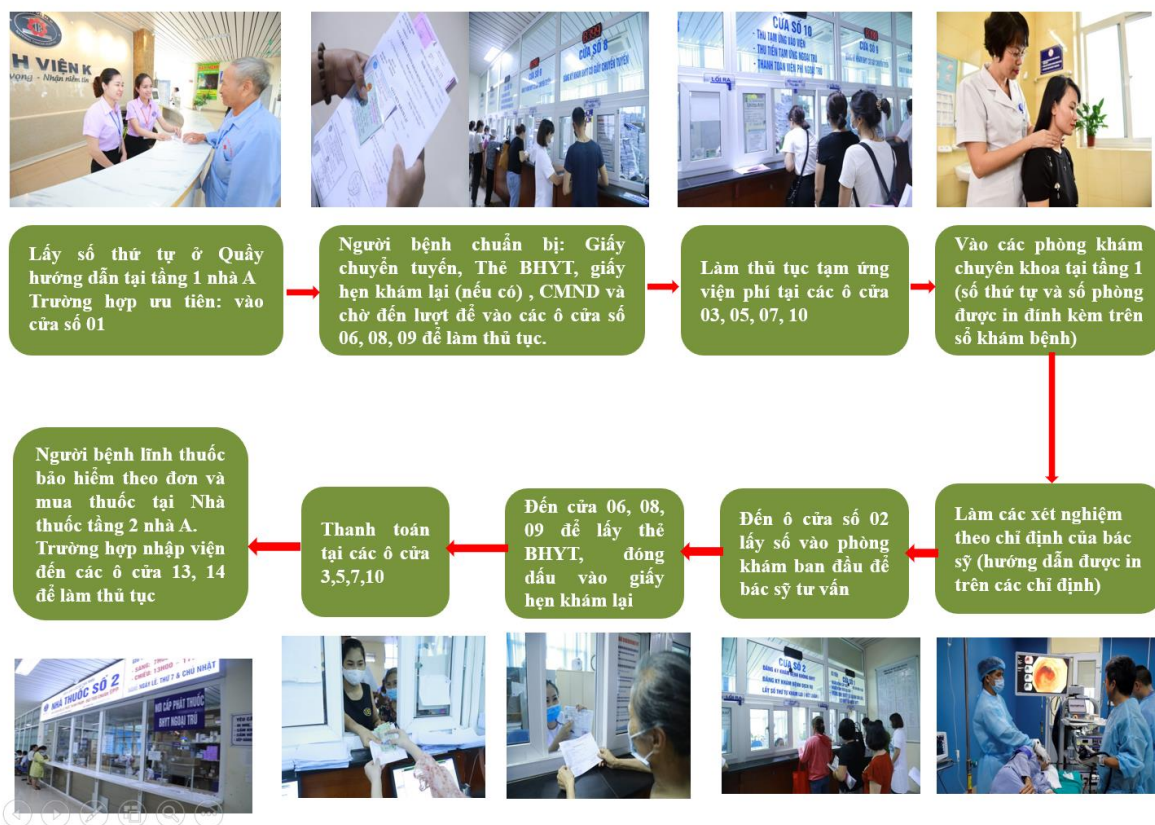
2. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai



(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Bạch Mai)

3. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện K

Hướng dẫn dành cho người bệnh khám có BHYT và giấy chuyển tuyến tại Khoa khám bệnh Tân Triều



(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện K)

4. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn



(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn)

5. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108



(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Trung ương Quân đội 108)

6. Quy trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện Quân Y 103

HỌC VIỆN QUÂN Y
BỆNH VIỆN QUÂN Y 103



Chuyên nghiệp - Hiệu quả - An toàn - Hợp tác

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH, THỦ TỤC KHÁM CHỮA BỆNH DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ



Quy trình khám bệnh
đối tượng
BHYT quân
tại Khoa khám bệnh

Thủ tục nhập viện
đối tượng
BHYT quân
tại Khoa khám bệnh



Quy trình khám bệnh
đối tượng
BHYT dân
tại Khoa khám bệnh

Thủ tục nhập viện
đối tượng
BHYT dân
tại Khoa khám bệnh



Quy trình khám bệnh
đối tượng
không có BHYT
tại Khoa khám bệnh

Thủ tục nhập viện
đối tượng
không có BHYT
tại Khoa khám bệnh



Quy trình xét nghiệm
theo yêu cầu
và khám chuyên gia

Tìm hiểu các thông tin
khác về Bệnh viện
Quân y 103



Hướng dẫn:

- Quý khách mở điện thoại có kết nối Internet (3G, 4G, 5G...).
- Mở ứng dụng có chức năng đọc QR CODE như Zalo.
- Ấn vào biểu tượng QR Code của ứng dụng
- Hướng Camera điện thoại vào hình ảnh QR CODE theo từng mục như trên.
- Chọn: "Mở", hoặc "Chấp nhận".
- Chi tiết tại Website: <http://www.benhvien103.vn/hoi-dap/>
- Số điện thoại đường dây nóng: 0967.811.616

(Nguồn: Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Quân Y 103)