



BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH
DỰ ÁN TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG NGUỒN
NHÂN LỰC TRONG KHÁM CHỮA BỆNH



TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2014

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành bộ chương trình và tài liệu
“Quản lý chất lượng bệnh viện”

CỤC TRƯỞNG CỤC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ VÀ ĐÀO TẠO

Căn cứ Quyết định số 4059/QĐ-BYT ngày 22/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo;

Căn cứ Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 về Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế;

Căn cứ biên bản họp Hội đồng chuyên môn thẩm định chương trình và tài liệu “Quản lý chất lượng bệnh viện” ngày 21/4/2014;

Theo đề nghị của trưởng phòng Quản lý đào tạo sau đại học và đào tạo liên tục,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành bộ chương trình và tài liệu đào tạo “Quản lý chất lượng bệnh viện” do Cục Quản lý khám chữa bệnh tổ chức biên soạn, gồm:

1. Chương trình và tài liệu đào tạo “Quản lý chất lượng bệnh viện – dành cho cán bộ quản lý”, thời gian 24 tiết.
2. Chương trình và Tài liệu đào tạo “Quản lý chất lượng bệnh viện – dành cho cán bộ chuyên trách”, thời gian 40 tiết.

Điều 2. Bộ chương trình và tài liệu “Quản lý chất lượng bệnh viện” được sử dụng để đào tạo nâng cao năng lực cho lãnh đạo và cán bộ chuyên trách làm công tác quản lý chất lượng tại bệnh viện.

Điều 3. Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4. Các ông/bà Chánh Văn phòng Cục, Trưởng phòng Quản lý đào tạo sau đại học và Đào tạo liên tục; các cơ sở được giao nhiệm vụ đào tạo liên tục cán bộ y tế chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- TT Lê Quang Cường (để báo cáo);
- Cục trưởng (để báo cáo);
- Cục QL KCB (để phối hợp);
- Dự án JICA;
- Lưu: VT, SDH.



Nguyễn Ngô Quang

BAN BIÊN SOẠN:

CHỦ BIÊN: PGS.TS Lương Ngọc Khuê

ĐỒNG CHỦ BIÊN: ThS. Nguyễn Trọng Khoa

THÀNH VIÊN BAN BIÊN SOẠN:

BS. Nghiêm Xuân Đức

ThS. Nguyễn Trọng Khoa

TS. Dương Huy Lương

ThS. Nguyễn Bích Lưu

ThS. Võ Hồng Thanh

THƯ KÝ BIÊN SOẠN:

ThS. Bùi Quốc Vương

LỜI NÓI ĐẦU

Thực hiện các quy định của Luật 40/2009/QH 12 về Khám bệnh chữa bệnh, Nghị định 87/2011/NĐ-CP hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Bộ Y tế ban hành Thông tư 19/2013/TT-BYT về Hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện bao gồm các điều khoản hướng dẫn tổ chức và thực hiện công tác quản lý chất lượng, đặc biệt sẽ hình thành một tổ chức trong bệnh viện, trong đó có Phòng quản lý chất lượng mà trong đó có những cán bộ chuyên trách và một mạng lưới chất lượng ở các khoa, phòng, ban.

Quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh là lĩnh vực mới với đối với đội ngũ lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các phòng, ban khoa trong bệnh viện. Do vậy, họ cần được hỗ trợ kiến thức về quản lý chất lượng để hỗ trợ những kiến thức, kỹ năng và thái độ về lĩnh vực này để họ hỗ trợ và hợp tác tốt với các cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng nhằm thúc đẩy chương trình cải tiến chất lượng rộng khắp các đơn vị trong bệnh viện.

Cục QLKCB được sự hỗ trợ của tổ chức JICA đã thành lập nhóm chuyên gia soạn thảo chương trình và tài liệu đào tạo liên tục về quản lý chất lượng khám, chữa bệnh bao gồm các chuyên gia về quản lý chất lượng của Cục QLKCB, chuyên gia điều dưỡng của Hội Điều dưỡng Việt Nam với sự hỗ trợ kỹ thuật của chuyên gia Nhật bản từ tổ chức JICA. Tài liệu này sử dụng cho học viên là Lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các khoa, phòng, ban và điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng trưởng bệnh viện với tổng gian học tập là 24 giờ (3 ngày) với 6 chủ đề chính dựa vào chương trình đào tạo chi tiết. Mỗi chủ đề gồm 4 phần: Mục tiêu học tập, Nội dung bài học, Tài liệu tham khảo và Câu hỏi tự lượng giá. Các chủ đề của tài liệu đã bao phủ được toàn bộ nội dung thiết yếu của một chương trình cải tiến chất lượng và những kỹ năng cơ bản trong quản lý chất lượng bệnh viện, bao gồm: Đại cương về quản lý chất lượng, Hướng dẫn công tác quản lý chất lượng bệnh viện, Đo lường chất lượng, Vai trò của người lãnh đạo, quản lý trong quản lý chất lượng bệnh viện, Khuyến khích, động viên nhân viên và Lập kế hoạch chiến lược và đề án cải tiến chất lượng bệnh viện..

Đây là tài liệu biên soạn lần đầu nên không tránh được thiếu sót. Bộ Y tế mong nhận được nhiều ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp, các thầy cô giáo và học viên để tài liệu học tập này được hoàn chỉnh hơn cho lần xuất bản sau.

TM. BAN BIÊN TẬP

Trưởng ban

PGS.TS. LƯƠNG NGỌC KHUÊ

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

DANH MỤC VIẾT TẮT

CSYT : Cơ sở y tế

CSSK : Chăm sóc sức khỏe

QLCL : Quản lý chất lượng

CTCL : Cải thiện/cải tiến chất lượng (Quality Improvement)

KCB : Khám chữa bệnh

BHYT : Bảo hiểm y tế

BYT : Bộ Y tế

BV : Bệnh viện

MỤC LỤC

TT	Nội dung	Trang
1	Bài 1: Đại cương về quản lý chất lượng	1
2	Bài 2: Hướng dẫn công tác quản lý chất lượng bệnh viện	20
3	Bài 3: Đo lường chất lượng bệnh viện.	35
4	Bài 4: Vai trò của người lãnh đạo, quản lý trong quản lý chất lượng bệnh viện	53
5	Bài 5: Động viên và khuyến khích nhân viên trong cải tiến chất lượng bệnh viện	71
6	Bài 6: Lập kế hoạch chiến lược và đề án cải tiến chất lượng bệnh viện	95
7	Phụ lục: Thông tư 19/2013/TT-BYT về việc Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong bệnh viện	105
8	Đáp án	118

BÀI 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Phát biểu được thế nào là chất lượng và giải thích chất lượng theo các quan điểm khác nhau. 6 chiều hướng về chất lượng trong y tế.
2. Giải thích được 5 quan niệm sai lầm về chất lượng.
3. Mô tả được đặc tính của chất lượng
4. Mô tả được 18 nguyên tắc chất lượng cơ bản
5. Liệt kê được 3 phương pháp chất lượng
6. Biểu hiện được sự tin tưởng ở phương pháp chất lượng sẽ giúp nâng cao chất lượng của Bệnh viện

NỘI DUNG

1. Khái niệm về chất lượng

1.1. Chất lượng là gì?

Chất lượng là gì? Tùy từng trường hợp, mỗi người sẽ hiểu khái niệm về chất lượng một cách khác nhau tùy thuộc vào việc họ đại diện cho ai trong hệ thống y tế.

Chất lượng – từ góc độ của người bệnh hay khách hàng- liên quan đến loại hình chăm sóc và tính hiệu quả của nó, có thể chú trọng hơn vào tính tiện ích như thái độ thân thiện, được đối xử tôn trọng, sự thoải mái, sự sạch sẽ và sự sẵn có của nhiều dịch vụ phù hợp với túi tiền.

Nếu nhìn từ góc độ nhân viên y tế hoặc cơ sở y tế lại sẽ quan tâm nhiều hơn đến quy trình khoa học của chăm sóc y tế, khả năng chẩn đoán và điều trị một ca bệnh mà ít để ý đến tính tiện lợi và càng ít tập trung vào khía cạnh “chăm sóc”.

Nhà quản lý cũng có quan niệm khác về chất lượng. Họ có thể cho rằng chất lượng là sự tiếp cận, hiệu lực, tính phù hợp, khả năng có thể chấp nhận được và hiệu quả trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chi phí là yếu tố quan trọng đối với nhà quản lý. Vì vậy, khi phải định nghĩa chất lượng là gì, cần phải tính đến quan điểm khác nhau của từng đối tượng.

Nếu dựa trên các quy trình, nhiệm vụ và kỳ vọng về kết quả thực hiện thì:

“Chất lượng không có một cách ngẫu nhiên mà là kết quả của ý định quyết đoán, nỗ lực nghiêm túc, hướng đi thông minh và sự thực thi khéo léo”.

Chất lượng không xảy ra một cách tình cờ mà đòi hỏi phải được lập kế hoạch, được nhắm tới và phấn đấu để thực hiện. Lập kế hoạch là việc làm quan trọng để có được chất lượng. Xác định được đúng mục tiêu, mục đích đúng đắn và các tiêu chí phù hợp là những điều cần thiết để có được chất lượng. Tất nhiên, nỗ lực lập kế hoạch cần phải đi kèm với sự toàn tâm, sự cống hiến để thực hiện kế hoạch và đạt được các mục tiêu đặt ra. Song tất cả những điều này sẽ không trọn vẹn nếu không xem xét các khả năng và chiến lược khác nhau để lựa chọn và làm theo.

Đặt ra các ưu tiên và xác định được chiến lược quan trọng nhất là một nhiệm vụ cần phải được hoàn thành để đáp ứng yêu cầu về chất lượng. Hành động này phải được thực hiện với sự chính xác và với các kỹ năng cần thiết để triển khai công việc một cách đúng đắn và có hiệu quả.

Dựa trên các nguyên tắc cơ bản của công tác lãnh đạo và quản lý thì:

“Chất lượng là làm việc đúng đắn ngay từ lần đầu tiên và làm điều đó tốt hơn trong những lần tiếp theo”

Người ta thường kỳ vọng người lãnh đạo phải làm việc đúng đắn ngay từ lần đầu tiên còn nhà quản lý phải làm tốt và làm đúng điều đúng đắn đó. Một ví dụ trong lĩnh vực y tế là người ta muốn một bác sĩ phải làm việc tốt, cung cấp chăm sóc sức khỏe cho người bệnh bằng cách đặt ra các câu hỏi phù hợp, tiến hành những tìm hiểu cần thiết và thực hiện đúng quy trình. Song làm như vậy thôi là chưa đủ nếu không đi kèm với việc là phải làm tất cả những điều đó đúng cách ngay từ nỗ lực đầu tiên. Nếu quá trình đó lặp lại thì nhà cung cấp dịch vụ trở nên có kinh nghiệm hơn và do đó sẽ ngày càng trở nên hiệu suất, hiệu quả hơn, tức là cải thiện chất lượng thường xuyên.

Chất lượng là sự cải thiện gia tăng

Đây là một định nghĩa khá đơn giản về chất lượng, thế nhưng lại khá rắc rối. Gia tăng có nghĩa là hệ thống có thể trả lời khẳng định 2 câu hỏi sau đây:

Hôm nay bạn có tốt hơn hôm qua không? Và...

Liệu ngày mai bạn có tốt hơn hôm nay không?

Để trả lời các câu hỏi trên không đơn giản, muốn trả lời chính xác thì phải đo lường một cách chính xác mức độ thực hiện nhiệm vụ của một ai đó trước đây, hiện nay và tương lai. Vì vậy, đo lường mức độ thực hiện nhiệm vụ rất quan trọng trong chất lượng và khả năng xác định được biện

pháp và cách thức để đo lường mức độ thực hiện đó một cách đầy đủ và phù hợp cũng quan trọng không kém.

Do đó, cần có một hệ thống thu thập số liệu, phân tích số liệu và báo cáo số liệu, tất cả đều liên quan đến mức độ thực hiện nhiệm vụ của hệ thống đó. Quy trình này cần phải liên kết với hệ thống thường xuyên giám sát kết quả thực hiện và thường xuyên nâng cấp khả năng thực hiện của nó.

Với những tiến bộ rất nhanh của công nghệ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cần phải được cập nhật với các thông tin y học hiện hành và nhờ vậy bảo đảm cho các dịch vụ y tế được cung ứng thường xuyên nâng cấp hoạt động của mình.

1.2. Những quan điểm sai lầm về chất lượng

- *Chất lượng là thứ xa xỉ.* Nếu ta hỏi một người thế nào là một sản phẩm có chất lượng, thường thì người ta sẽ trả lời đó là một sản phẩm đáng tin cậy, tiện dụng không gây rắc rối và tiết kiệm. Vì thế trong một tổ chức, một vật hoặc một sản phẩm dù không hào nhoáng hoặc xa xỉ vẫn là một sản phẩm có chất lượng.

- *Chất lượng là vô hình* và không thể đo lường được. Tất nhiên không phải vậy. Chất lượng có thể đo lường được nếu các tiêu chuẩn và chỉ số liên quan có thể xác định và theo dõi được. Tổ chức, sản phẩm có sự tuân thủ cao về tiêu chuẩn được coi là tổ chức, sản phẩm có chất lượng.

- *Chất lượng là tốn kém.* Hiên nhiên là không phải vậy. Chất lượng có thể tốn kém hơn khi ta xây dựng cơ sở hạ tầng để hỗ trợ nó nhưng khi đã triển khai thì chi phí sẽ không tăng mà còn giảm dần trong khi mức độ chất lượng lại tăng dần. Chất lượng làm giảm hoặc loại bỏ sự lãng phí, sự trùng lặp và sự lặp đi lặp lại công việc ban đầu.

- *Sai sót do lỗi cá nhân.* Người ta đã chứng minh những sai lầm do lỗi hệ thống thường nhiều hơn lỗi do con người. Đã có các nghiên cứu trên thực tế phỏng đoán rằng 80-85% sai lầm là lỗi hệ thống chứ không phải lỗi của con người. Phần còn lại là các lỗi từ con người, do môi trường không hỗ trợ cho sự phát triển và cho việc đạt được kết quả.

- *Làm chất lượng là do phòng quản lý chất lượng.* Các phòng quản lý chất lượng cần phải được gắn kết vào các tổ chức. Các phòng này sẽ chỉ chịu trách nhiệm trong việc điều phối, hướng dẫn và thúc đẩy các nỗ lực nâng cao chất lượng, nhưng không nên là một chủ thể duy nhất thực hiện cải tiến chất lượng. Nếu không, mọi người sẽ trở nên lệ thuộc vào các bộ phận đó và khiến chúng trở thành chuyên chế về chất lượng, làm mất đi tính sáng tạo của mỗi thành viên của tổ chức đó.

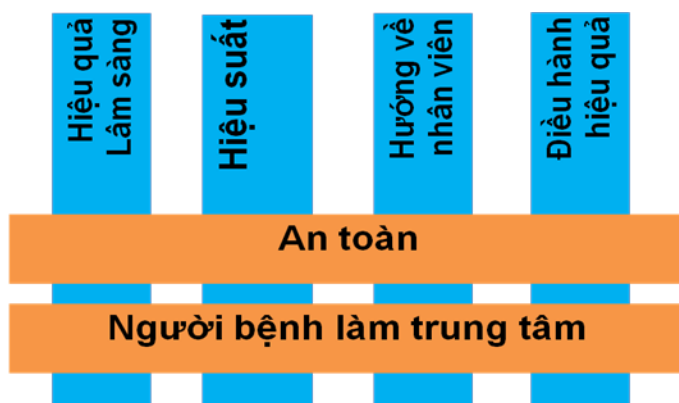
1.3. Chiều hướng và các đặc tính của chất lượng

1.3.1. *Chiều hướng* chất lượng trong chăm sóc y tế

Trong báo cáo của Viện Y khoa Hoa Kỳ năm 2001 đã xác định, chất lượng trong chăm sóc y tế là « An toàn, hiệu quả, người bệnh là trung tâm, đúng thời gian, hiệu năng và công bằng ».(*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001*).

Tổ chức Y tế Thế giới cũng xác định, chiều hướng chất lượng trong y tế bao gồm (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007*):

An toàn, Người bệnh làm trung tâm, Chăm sóc lâm sàng hiệu quả, Hiệu suất, Hướng về nhân viên, Điều hành hiệu quả.



- *Tính an toàn và khả năng tiếp cận*

Không ai chấp nhận việc cung cấp hoặc tiếp nhận sự chăm sóc trong một môi trường không an toàn hoặc bị cho là không an toàn. Từ khía cạnh quản lý rủi ro, nhiệm vụ của thầy thuốc là bảo đảm môi trường an toàn cho người bệnh của mình. Tai nạn gây ra nhiều hậu quả và đều là hậu quả xấu. Điều kiện không an toàn có thể dẫn đến vấn đề trách nhiệm, tổn thương tâm sinh lý, cũng như mất đi thiện chí và gây tổn hại cho danh tiếng của một cơ sở y tế trong cộng đồng. Ngoài ra, một môi trường không an toàn sẽ làm giảm năng suất vì mọi người sẽ phải mất thời gian giải quyết khiếu nại và theo đuổi kiện cáo. An toàn là một giới hạn thiết yếu và được trông đợi của chất lượng, đặc biệt là trong y tế.

Một vấn đề khác của chất lượng là *khả năng tiếp cận*. Chăm sóc dễ tiếp cận có nghĩa là sẵn có, chấp nhận được và người sử dụng đủ khả năng chi trả. Tính dễ tiếp cận bao gồm cả dễ tiếp cận về thực thể, về mặt tài chính cũng như về tinh thần. Ý nghĩa tinh thần cực kỳ quan trọng trong một môi trường đa văn hoá, tôn giáo và trình độ học vấn. Chăm sóc có chất lượng cần phải được phổ biến tới “người sử dụng” trong bối cảnh của chính họ và với các điều kiện riêng của chính họ để có sự tiếp cận đúng nghĩa. Vì thế, kỹ năng truyền thông hiệu quả là điều thiết yếu trong cung ứng chăm sóc y tế dễ tiếp cận.

- *Hiệu quả, hiệu năng và năng lực kỹ thuật*

Cung ứng những dịch vụ phù hợp và cần thiết. Loại bỏ sự lãng phí, lặp lại hoặc trùng lặp. Đề cao cách thức chăm sóc khách hàng hiệu quả nhất, kinh tế nhất. Việc lạm dụng kỹ thuật, thuốc, xét nghiệm cần phải được hạn chế và loại bỏ. Trong một hệ thống vừa có đòi hỏi cao về chất lượng nhưng đi kèm với thực tế là nguồn lực hạn chế, cần có các quyết định dẫn về cách kết hợp tối ưu giữa hiệu quả và hiệu năng.

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc khách hàng hiệu quả theo cách thức hiệu năng đòi hỏi kỹ năng chuyên môn cao của các thầy thuốc biết áp dụng nguyên tắc “Làm đúng ngay từ lần đầu và làm tốt hơn trong những lần tiếp theo”. Trong chất lượng y tế, cơ sở y tế và các thầy thuốc cần phải được đào tạo và tập huấn tốt để cập nhật những kiến thức y khoa nhằm đáp ứng đòi hỏi và kỳ vọng của người bệnh. Y tế là một lĩnh vực phức tạp và nếu không có nền tảng kỹ thuật tốt thì rất khó có được sự tin cậy về chuyên môn. Chất lượng phải đi kèm với khả năng và năng lực kỹ thuật. Chất lượng chuyên môn và năng lực kỹ thuật có tính chất quyết định đối với người bệnh có đến với cơ sở y tế đó hay không.

- Quan hệ giữa người với người, tính liên tục và sự tiện nghi

Tương tác cá nhân rất quan trọng trong cung ứng chăm sóc y tế có chất lượng. Chăm sóc y tế do các cá nhân có kỹ năng tinh tế và có trình độ học vấn cao đảm trách, tuy nhiên những cá nhân này không thể đem đến cho người bệnh một sự chăm sóc tổng thể nếu họ không hợp tác theo nhóm. Quan hệ giữa người với người vì thế đóng một vai trò rất lớn trong việc hình thành các quy trình chăm sóc và bảo đảm kết quả tích cực cho người bệnh.

Một vấn đề khác liên quan đến chất lượng là chăm sóc y tế phải được cung ứng liên tục. Điều đó có nghĩa là chăm sóc cần phải được bắt đầu, được thực hiện, được đánh giá, cải thiện và liên tục theo dõi kể cả khi người bệnh đã được điều trị khỏi bệnh. Chăm sóc được mở rộng bao hàm cả việc duy trì sự khỏe mạnh, nâng cao sức khỏe và phòng bệnh. Hơn thế nữa, trong những trường hợp phải chuyển viện, cần phải bảo đảm các cơ sở y tế sau tiếp nhận và tiếp tục chăm sóc người bệnh để bảo đảm tính liên tục của việc chăm sóc. Sự chăm sóc ngắt quãng và một hệ thống tách rời không phải là hệ thống chất lượng. Chất lượng y tế không bao giờ có thể có được trong một hệ thống như vậy.

Cuối cùng, khách hàng luôn luôn sẽ hài lòng hơn nếu dịch vụ chăm sóc được cung ứng trong một môi trường chấp nhận được về đạo đức. Một cơ sở y tế tập trung vào từng chi tiết nhỏ để mang lại sự thoải mái và sức khỏe cho khách hàng chắc chắn là một cơ sở có chất lượng. Có thể đó là sự sạch sẽ, cách trang trí, hoặc các dịch vụ gia tăng, chất lượng chăm sóc y tế sẽ được tăng thêm nhờ đặc tính có giá trị như thế.

1.4. Lý do phải cải tiến chất lượng

Bảo đảm tính hiệu quả của chẩn đoán, điều trị, chăm sóc dựa trên những bằng chứng khoa học và kiến thức cập nhật về y khoa, có khả năng đáp ứng và đạt được mục tiêu đặt ra. Sự chăm sóc và dịch vụ kỹ thuật phải phù hợp, chỉ áp dụng khi cần thiết (chỉ cần chụp Xquang phổi cũng chẩn đoán được thì không nhất thiết phải chụp CT scan hay MRI).

Tiêu chuẩn hóa là việc đưa ra tiêu chuẩn nhằm tăng cường sự kiểm soát đối với các kết quả đầu ra dự kiến, và vì vậy việc thực hiện dựa trên sự tính toán chi phí và dự toán kinh phí. Việc tiêu chuẩn hóa cũng sẽ làm giảm sai lệch trong cung ứng và đánh giá dịch vụ.

Tiết kiệm chi phí. Chất lượng có tác động làm giảm chi phí thông qua việc giảm bớt lãng phí. Chất lượng có thể làm tăng chi phí ở thời điểm bắt đầu làm chất lượng nhưng hiệu quả mang lại về sau lại lớn hơn rất nhiều chi phí bỏ ra ban đầu. Chất lượng giúp loại bỏ những công việc phải làm lại hoặc lãng phí và chông chéo-nguyên nhân của các chi phí bổ sung.

Chất lượng tạo ra một diễn đàn và cho ta biết *cơ sở có chất lượng vượt trội*, có thể là hình mẫu để các cơ sở khác học tập.

Công khai kết quả thực hiện nhiệm vụ thông qua việc thực hiện các tiêu chí, các chuẩn, các chỉ số chất lượng của tổ chức cung ứng dịch vụ để người sử dụng dịch vụ biết, so sánh, lựa chọn.

Sự cạnh tranh cũng góp phần thúc đẩy nhu cầu về chất lượng, đồng thời cũng khuyến khích các tổ chức cung ứng dịch vụ tăng cường các hoạt động nâng cao chất lượng nhằm tạo uy tín, thương hiệu, gia tăng sức thu hút đối với người sử dụng dịch vụ.

Sự hài lòng về chuyên môn của người cung ứng dịch vụ. Mỗi nhân viên làm việc trong một bệnh viện hay cơ sở KCB có chất lượng, có uy tín hay có thương hiệu đều cảm thấy hài lòng vì họ đã làm tốt nhất những gì có thể.

Người bệnh và khách hàng của cơ sở cung ứng dịch vụ ngày càng thận trọng hơn với sức khỏe của mình. Vì vậy, họ đòi hỏi sự chăm sóc tốt nhất và dịch vụ hoàn hảo nhất. Vì vậy, các cơ sở KCB phải củng cố, nâng cao chất lượng đáp ứng được sự hài lòng khách hàng.

Việc cải tiến chất lượng phải làm thường xuyên, ví như chúng ta « chèo thuyền ngược dòng », nếu không cải tiến có nghĩa là thụt lùi và không thể đáp ứng được nhu cầu xã hội.

Việc cung ứng dịch vụ có chất lượng cũng là *khía cạnh của y đức*. Cơ sở KCB phải cung ứng dịch vụ tốt nhất có thể nhằm giảm thiểu những tai biến, rủi ro, chi phí, tổn thương đối với người bệnh, khách hàng mà mình cung cấp dịch vụ.

2. Các nguyên tắc chất lượng

2.1. Tóm tắt các nguyên tắc chất lượng

Năng lực lãnh đạo: Đó là việc phát triển và đào tạo về kỹ năng lãnh đạo chứ không phải về quản lý. Đó là làm điều đúng đắn, kết hợp với việc làm đúng mọi việc, đào tạo và phát triển các kỹ năng như lắng nghe, lấy mọi người làm trọng tâm, có tầm nhìn xa trông rộng, xây dựng nhóm hợp tác làm việc, xây dựng sự đồng thuận và xác lập các mục tiêu vv. Nhà lãnh đạo là người biết đánh giá đổi mới, cải tiến và đạt thành tích cao.

Cam kết: Cam kết của lãnh đạo có ý nghĩa rất quan trọng trong việc duy trì và thể chế hoá vấn đề chất lượng và sự cải thiện hoạt động trong các tổ chức y tế. Cam kết có nghĩa là tham gia chủ động, hỗ trợ chủ động và sẵn sàng bố trí nguồn nhân lực và vật lực cho các nỗ lực cải tiến chất lượng và sự tham gia chủ động của lãnh đạo trong các hoạt động cải thiện thành tích và trong các nhóm liên quan đến chất lượng.

Lấy khách hàng làm trọng tâm: Trước hết phải biết ai là khách hàng, cả bên trong và bên ngoài tổ chức. Sau đó phân loại họ thành nhóm khách hàng ‘sống còn’ và khách hàng quan trọng. Sau khi đã xác định được khách hàng, phải áp dụng các quy trình để nhận biết nhu cầu và mong đợi của khách hàng, rồi tìm ra cách đáp ứng nhu cầu và mong đợi đó.

Cải tiến theo định hướng quy trình: đối lập với cải tiến theo định hướng cấu trúc và định hướng kết quả. Theo Deming, “mỗi tổ chức được tạo thành bởi hàng ngàn quy trình”, do đó cải thiện các quy trình này sẽ dần dần từng bước và cuối cùng dẫn đến việc cải tiến tổ chức. Vì vậy, đòi hỏi tổ chức phải tự xác định những quy trình sống còn nhất, tìm cách nghiên cứu, phân tích những quy trình đó và xây dựng các biện pháp cải tiến. Ví dụ, cải tiến quy trình khám bệnh đòi hỏi phải nghiên cứu quy trình hiện tại và thực hiện các bước cải tiến với sự tham gia của các đơn vị có liên quan trong bệnh viện như khoa khám bệnh, khoa xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, tài chính kế toán, nhà thuốc bệnh viện, BHYT v.v..

Tính hệ thống: Avedis Donabedian đưa ra lý thuyết mẫu để đánh giá chất lượng tổ chức y tế, trong đó, mỗi một tổ chức là một hệ thống với 3 thành phần chính: Cấu trúc (nguồn lực), quy trình và kết quả. Vì thế, chúng ta cần phải nghiên cứu tổ chức trong bối cảnh mà các thành phần của nó có liên kết với nhau và đều cần được phân tích và xác định các thành tố cần phải cải thiện và tăng cường thêm.

Quản lý có sự tham gia của tập thể: so với phương thức quản lý dân chủ là hình thức quản lý theo đó các quyết định của một nhóm sẽ được đưa ra trên nguyên tắc đồng thuận. Đồng thuận ở đây bao gồm cả sự ủng hộ “thống nhất” của tất cả thành viên trong nhóm và là phương thức để đạt được đồng thuận về mọi quyết định mà nhóm sẽ đưa ra kể cả với

các mức độ ủng hộ và nhiệt tình khác nhau. Phương thức này gắn với nghệ thuật đàm phán, thuyết phục và thái độ quả quyết.

Trách nhiệm cá nhân. Trong một tổ chức có chất lượng, các nhân viên chịu trách nhiệm về những công việc hàng ngày cũng như kết quả làm việc của mình sao cho công việc thể hiện trực tiếp kết quả làm việc, tính cách cũng như sự hài lòng về công việc. Trong một tổ chức như vậy, mỗi người lao động đều nhận thức được môi trường làm việc, nhu cầu, khách hàng cũng như trách nhiệm của bản thân mình. Mục đích chính của họ là bảo đảm hoàn thành nhiệm vụ cũng như kết quả làm việc đạt mức hoàn hảo mà không cần ai phải bảo họ nên hay không nên làm điều gì. Chỉ khi nhân viên hành động theo cách đó họ mới có thể tự phát hiện những lĩnh vực dễ xảy ra sai sót và khắc phục chúng, cũng như tự phát hiện thiếu sót để sửa chữa.

Trao quyền cho nhân viên. Khi bạn tới thăm một tổ chức cho dù là trực tiếp hay trực tuyến, nếu cán bộ mà bạn tiếp xúc được trao quyền thì người đó có thể làm mọi việc cần thiết để đáp ứng nhu cầu của bạn với tư cách là một khách hàng cho dù đó có phải là trách nhiệm của họ hay không. Nếu vấn đề không thuộc trách nhiệm của họ, họ sẽ tìm ra câu trả lời hoặc cách thức để đáp ứng được điều bạn muốn bằng mọi cách, trong khả năng của họ.

Hạn chế sự khác biệt. Tiêu chuẩn hóa là một phương thức để kiểm soát sự khác biệt vì mọi người đều có thể sử dụng và áp dụng những tiêu chuẩn giống nhau cho các quy trình và cấu trúc. Kiểm soát sự khác biệt có ý nghĩa vô cùng quan trọng vì sự khác biệt có tác động tiêu cực tới việc dự báo kết quả cũng như các nhu cầu cần thiết về nguồn lực. Sự khác biệt (là dao động của một quy trình xung quanh mức trung bình – có thể cao hơn hoặc thấp hơn mức đó) có thể sẽ khiến cho một quy trình khó có thể đoán trước được, vì thế kết quả của quy trình đó cũng khó dự đoán và ta khó có thể chuẩn bị đầy đủ để đối phó với tác động của nó. Vì vậy, một trong các mục tiêu của chương trình chất lượng là giảm bớt sự khác biệt, qua đó giảm bớt dao động của các quy trình xung quanh một điểm trung bình, điều này sẽ nâng cao kết quả dự báo, tiết kiệm nguồn lực và tăng cường hiệu năng.

Can thiệp đón đầu: Đối lập với các can thiệp sau, và là cách cải thiện kết quả hoạt động có hiệu quả nhất. Thay vì để tình hình trở nên xấu đi mà không làm gì, các tổ chức có chất lượng nên tìm cách để xác định những lĩnh vực dễ có sai sót và can thiệp đón đầu TRƯỚC KHI vấn đề xảy ra. Điều này thực ra cũng giống nguyên tắc dự phòng ban đầu nhằm loại bỏ căn nguyên của sai sót trước khi nó có thể gây hại cho hệ thống. Trong phương pháp này một lĩnh vực có vấn đề được xác định trước khi nó trở nên có vấn đề và sẽ được loại bỏ hoặc cải thiện.

Một quy trình liên tục không phải là một chương trình: Sự cải tiến phải được thực hiện liên tục giống như một quy trình, chứ không phải như một chương trình có điểm bắt đầu và điểm kết thúc.

Đánh giá và công nhận: Một vấn đề liên quan đến việc đánh giá là nên thực hiện đánh giá liên tục, không phải một lần trong năm hoặc là định kỳ. Tại sao phải đợi đến kỳ hạn định sẵn mới nói với một công nhân là anh ta làm việc tốt hay kém. Tại sao không làm như vậy thường xuyên và thực hiện thưởng cho việc làm tốt và kết quả hiệu quả. Công nhận thành tích cũng nên được thực hiện một cách tự do và tiên phong. Nó có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau bao gồm và không chỉ giới hạn ở hình thức thưởng tiền cũng như thưởng bằng các hình thức khác.

Số liệu có vai trò quyết định: Trong kỷ nguyên mà thực hành đều dựa vào bằng chứng, các tổ chức phải trở thành người sử dụng hiệu quả các dữ liệu và có sẵn số liệu phục vụ cho việc phân tích và hành động. Không nên quyết định tùy tiện mà phải dựa trên các số liệu chính xác. Ở đây, kỹ năng quản lý số liệu theo cách thích hợp cần phải được đưa vào áp dụng trong tổ chức, bao gồm việc thu thập, phân tích và báo cáo số liệu một cách hiệu quả nhằm chuyển số liệu thành các thông tin hữu ích.

Hợp tác nhóm: Có rất nhiều lý do giải thích tại sao làm việc nhóm lại có thể có hiệu quả tích cực cho kết quả cuối cùng. Nhóm có hiệu ứng cộng lực kết hợp các ý tưởng, kiến thức và kinh nghiệm của các thành viên trong nhóm. Xây dựng các nhóm làm việc hiệu quả có xác định rõ nhiệm vụ, gồm những thành viên có khả năng đáp ứng cao và các lãnh đạo năng động là mục tiêu của bất kỳ chương trình chất lượng nào đặc biệt là chương trình của một tổ chức hoạt động có hiệu quả cao.

Liên ngành: Một nhóm **đơn** ngành chỉ bao gồm các thành viên trong một lĩnh vực chuyên ngành ví dụ nhóm bác sĩ hoặc nhóm điều dưỡng... Nhóm **đa** ngành là nhóm tập hợp các cá nhân ở một vài chuyên ngành khác nhau như trong một hội đồng hoặc một đội công tác và thường có hơn một lĩnh vực chuyên ngành tham gia. Tuy nhiên trong một nhóm **liên** ngành, mối quan hệ giữa các thành viên được củng cố vững chắc và tập trung vào một chức năng và một quy trình. Giữa các thành viên có một số điểm chung: ví dụ nhóm làm giảm thời gian chờ của bệnh nhân đến khám tại khoa khám bệnh ngoại trú có sự tham gia của các bác sĩ khoa ngoại trú, y tá, kỹ thuật viên Xquang và nhân viên phụ trách đăng ký khám và phụ trách bệnh viện, mỗi thành viên đại diện cho một bước hoặc một phần của quy trình khám chữa bệnh ngoại trú.

Giáo dục và đào tạo: Gần như tất cả các chuyên gia về chất lượng đều đồng ý rằng đào tạo rất quan trọng trong việc tăng cường và bổ sung các kỹ năng mới cho nhân viên. Biện pháp hiệu quả nhất là đào tạo tại chỗ - nhân viên được đào tạo ngay tại nơi họ làm việc và có thể ngay lập tức áp dụng những kiến thức đã học trực tiếp lên môi trường làm việc của

mình. Tất nhiên phát triển chuyên môn đến mức cao nhất vẫn là đạt được trình độ học vấn cao hơn và điều này đi liền với việc giáo dục và đào tạo thường xuyên là cơ chế để tăng cường thành tích hoạt động của nhân viên.

Quản lý dự phòng: Dựa trên nguyên lý *dự phòng* là cách tốt nhất để chống lại bệnh tật, và quản lý dự phòng là cách tốt nhất để giải quyết các vấn đề về quản lý. Đây cũng chính là nguyên tắc góp phần làm nên lý thuyết cho rằng việc xác định các lĩnh vực có khả năng dễ xảy ra sai sót nhất, hoặc xác định sớm các vấn đề (khi nó còn chưa đáng kể) là cách tốt nhất để hạn chế thiệt hại tiềm tàng do các vấn đề trên có thể gây ra nếu để chúng xảy ra, trở nên lớn hơn hoặc diễn ra kinh niên hơn.

Chuẩn hoá: Có 2 loại chuẩn hoá là *chuẩn hoá theo quy trình* và *chuẩn hoá theo kết quả*. Dù là loại nào thì nó đều là quá trình tìm được sự xuất sắc về thành tích trong một tổ chức và học cách làm và đạt được điều tương tự như vậy. Trong chuẩn hoá theo kết quả, một bệnh viện luôn luôn xem xét các bệnh viện có thành tích xuất sắc trong một hoạt động hoặc một lĩnh vực (ví dụ như một bệnh viện có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện thấp) và lấy đó làm mục tiêu cần đạt được trong hệ thống của mình. Trong chuẩn hoá theo quy trình, bệnh viện sẽ nắm bắt vấn đề đó thêm bằng cách cử một nhóm nhân viên (ví dụ nhóm bác sĩ) tới thăm bệnh viện có thành tích nổi trội trên để học cách đạt được mức thành tích cao để đưa về thực hiện trong bệnh viện của mình.

3. Các phương pháp chất lượng

Có rất nhiều phương pháp chất lượng, nhưng trong phạm vi bài này, chúng tôi xin giới thiệu 3 phương pháp chất lượng chính thường được sử dụng:

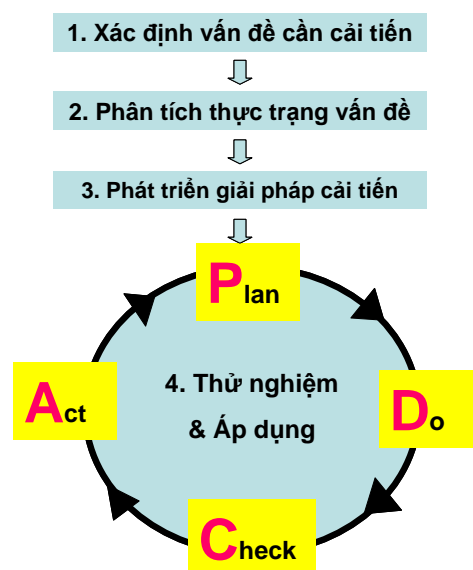
[1]- PDSA (Plan-Do-Study-Act) hay PDCA (Plan-Do-Check-Act)

[2]- Six Sigma (6 Sigma)

[3]- Quản lí tinh gọn (Lean)

3.1. Chu trình PDCA

Khái niệm PDCA dựa trên phương pháp khoa học được phát triển từ tác phẩm của Francis Bacon năm 1620, mô tả tiến trình 3 bước là “giả thuyết” – “thực nghiệm” – “lượng giá”. Người đầu tiên áp dụng khái niệm trên vào cải tiến chất lượng là **Walter Andrew Shewhart** (1891-1967). Vào năm 1924 khi thực hiện một yêu cầu cải tiến chất lượng của công ty, ông đã phác thảo 4 thành tố quan trọng được xem là nguyên lý của chu trình chất lượng ngày nay. Trong những năm cuối thập niên 30 của thế kỷ trước, những ý tưởng



của Shewhart được mở rộng từ quản lý chất lượng công nghiệp sang những lĩnh vực khoa học khác. Đến thập niên 50, khái niệm trên được phát triển và giới thiệu rộng rãi nhờ công của William Edward Deming. Ông mô tả dưới tên gọi “Shewhart cycle” nhưng người ta thường nhớ đến nó với tên gọi “Deming cycle”, hay chu trình cải tiến chất lượng PCDA hay PDSA.

Chu trình PDCA là nguyên lý cốt lõi của nhiều mô hình quản lý chất lượng như TQM (Total Quality Management), CQI (Continuous Quality Improvement), được sử dụng trong hệ thống quản lý chất lượng ISO và cả trong mô hình đánh giá và công nhận chất lượng (healthcare accreditation).

3.2. Six Sigma (6 sigma)

6 Sigma là một phương pháp được tiến hành một cách chặt chẽ, khoa học, tập trung vào việc thực hiện có hiệu quả các kỹ thuật và các nguyên tắc quản lý chất lượng đã được thừa nhận. Bằng việc kết hợp các yếu tố trong nhiều lĩnh vực công việc khác nhau, 6 Sigma tập trung vào việc làm thế nào để thực hiện công việc mà không có lỗi hay khuyết tật. Chữ Sigma (δ) theo ký tự Hy Lạp đã được dùng trong kỹ thuật xác suất - thống kê để đánh giá sự sai lệch của các quá trình. Hiệu quả hoạt động của một công ty cũng được đo bằng mức Sigma mà công ty đó đạt được đối với các quá trình sản xuất kinh doanh của họ. Các công ty truyền thống thường đặt 3 hoặc 4 Sigma là mức Sigma chuẩn cho công ty, mặc dù ở mức đó, xác suất lỗi có thể xảy ra là từ 6200 tới 67000 trên một triệu cơ hội. Nếu đạt tới mức 6 Sigma, con số này chỉ còn là 3,4 lỗi trên một triệu cơ hội. Điều này cho phép đáp ứng được sự mong đợi ngày càng tăng của khách hàng cũng như sự phức tạp của các sản phẩm và quy trình công nghệ mới ngày nay.

6 Sigma không hẳn là một kỹ thuật thống kê hay một công nghệ cao, 6 Sigma dựa trên chính những kỹ thuật đã được thử nghiệm và được khẳng định giá trị từ hàng chục năm nay. Về thực chất, 6 Sigma đã loại bỏ khá nhiều các yếu tố phức tạp, 6 Sigma chỉ lựa chọn các công cụ hữu dụng nhất và đã được kiểm chứng và đào tạo cho một số nhỏ cán bộ kỹ thuật chủ chốt. Những người này sẽ được gọi là "Đai đen 6 Sigma" và có chức năng làm đầu mối chỉ đạo việc triển khai thực hiện ở tầm vĩ mô. Vì vậy, các kỹ thuật do nhóm đai đen này sử dụng thường là các ứng dụng công nghệ cao, chẳng hạn như là các chương trình ứng dụng máy tính tiên tiến nhất. Còn các công cụ được sử dụng phổ biến nhằm cải tiến hiệu quả hoạt động được gọi tắt là DMAIC (viết tắt của các từ tiếng Anh: Define-xác định; Measure - đo lường; Analyze- phân tích; Improve-cải tiến; Control- kiểm soát). Nội dung các yếu tố này được mô tả trong bảng sau:

D (Define)	Xác	Xác định mục tiêu của các hoạt động cải tiến. ở tầm vĩ mô trong công ty, các mục tiêu này chính là mục tiêu
------------	-----	---

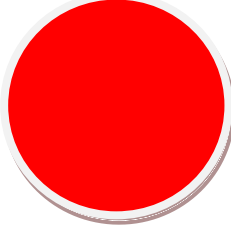



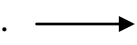
	định	chiến lược, chẳng hạn như tăng lợi nhuận trên vốn đầu tư (ROI) hay tăng thị phần. ở quy mô phòng ban chức năng, các mục tiêu này có thể là năng suất hay hiệu quả hoạt động của một bộ phận sản xuất. Còn ở quy mô tác nghiệp cụ thể thì đó có thể là mục tiêu giảm tỷ lệ khuyết tật hoặc tăng số sản phẩm đầu ra đạt chất lượng... Để xác định các mục tiêu cho hoạt động cải tiến có thể dùng phương pháp phân tích dữ liệu thống kê để tìm kiếm các cơ hội có thể cải tiến.
M (Measure)	Đo lường	Đo lường hệ thống hiện hành. Cần thiết lập một hệ thống có đủ độ tin cậy cần thiết để giám sát các hoạt động cải tiến đang được tiến hành để tiến tới mục tiêu. Bắt đầu bằng việc xác định vị trí hiện tại. Có thể sử dụng các phương pháp phân tích và mô tả dữ liệu nhằm dễ dàng nắm bắt vấn đề
A(Analyze)	Phân tích	Phân tích hệ thống nhằm tìm ra cách tốt nhất vượt qua khoảng cách giữa hiệu quả đang đạt được của hệ thống hay quá trình để đạt tới mục tiêu mong muốn. áp dụng các kỹ thuật thống kê là một cách tốt để phân tích.
I (Improve)	Cải tiến	Cải tiến hệ thống. Cố gắng tìm tòi sáng tạo để tìm ra cách thực hiện công việc một cách tốt hơn, rẻ hơn, nhanh hơn. Sử dụng phương pháp quản lý dự án và các phương pháp hoạch định và quản lý khác để quản lý việc triển khai các ý tưởng cải tiến mới. Sử dụng kỹ thuật thống kê để đánh giá hiệu quả của việc cải tiến.
C (Control)	Kiểm soát	Kiểm soát hệ thống sau khi cải tiến. Thể chế hoá hệ thống sau khi cải tiến bằng cách thay đổi các vấn đề về lương thưởng, chính sách, các quy trình công việc, việc hoạch định nguồn lực, ngân quỹ, hướng dẫn công việc và các vấn đề quản lý khác. Sử dụng ISO 9000 để thể chế hoá và văn bản hoá công việc là một phương tiện rất tốt trong trường hợp này.

6 Sigma là khái niệm đang và sẽ được sử dụng ngày càng rộng rãi hơn trong các cơ sở y tế trong vài năm tới, đặc biệt trong một số lĩnh vực thực hiện kỹ thuật lặp lại với số lượng lớn như xét nghiệm y học hay chẩn đoán hình ảnh.

Hãy làm một phép so sánh giữa năng lực của một hoạt động (bệnh viện, hãng hàng không, cung cấp điện) điển hình với năng lực là 3.8 Sigma với việc đạt được năng lực là 6 Sigma.

3.8 Sigma	6 Sigma
------------------	----------------

5000 ca phẫu thuật thất bại hàng tuần	1.7 ca phẫu thuật thất bại hàng tuần
2 chuyến bay gặp sự cố mỗi ngày	Trong 5 năm mới có 1 chuyến bay gặp sự cố
200. 000 đơn thuốc bị kê sai mỗi năm	68 đơn thuốc kê sai mỗi năm
Mỗi tháng có 7 giờ bị mất điện	34 năm mới có 1 giờ bị mất điện

Sigma	Sai lỗi trên 1 triệu cơ hội	
2	308 537 (69,1% sản phẩm tốt)	
3	66 807(93,3% sản phẩm tốt)	
4	6210(99,4% sản phẩm tốt)	
5	233 (99,98% sản phẩm tốt)	
6	3,4 (99,99966% sản phẩm tốt)	

3.3. Quản lí tinh gọn (*Lean*)

Nhiều khái niệm về Quản lí tinh gọn bắt nguồn từ Hệ thống sản xuất Toyota (TPS) và đã được dần triển khai xuyên suốt các hoạt động của Toyota từ những năm 1950. Từ trước những năm 1980, Toyota đã ngày càng được biết đến nhiều hơn về tính hiệu quả trong việc triển khai hệ thống sản xuất Just-In-Time (JIT). Ngày nay, Toyota thường được xem là một trong những công ty sản xuất hiệu quả nhất trên thế giới và là công ty đã đưa ra chuẩn mực về điển hình áp dụng quản lí tinh gọn.

Quản lí tinh gọn đang được áp dụng ngày càng rộng rãi tại các công ty sản xuất hàng đầu trên toàn thế giới, dẫn đầu là các nhà sản xuất ô tô lớn và các nhà cung cấp thiết bị cho các công ty này. Quản lí tinh gọn đang trở thành đề tài ngày càng được quan tâm tại các công ty sản xuất ở các nước phát triển khi các công ty này đang tìm cách cạnh tranh hiệu quả hơn đối với khu vực châu Á.

Trong y tế, quản lí tinh gọn cũng ngày càng được áp dụng rộng rãi với góc nhìn bệnh viện là một hệ thống phức tạp với hàng loạt các quy trình và mối liên hệ.

Chi phí y tế đang ngày càng gia tăng nhanh chóng, nhiều sai sót có thể phòng ngừa được đã xảy ra. Quản lý tinh gọn có thể áp dụng tại bệnh viện và các cơ sở y tế nhằm làm giảm lãng phí và các chi phí không cần thiết.



(Nguồn: <http://www.gmlvn.com/vn/dich-vu-dao-tao/lean-quan-ly-tinh-gon>)

Các nguyên tắc chính trong Quản lý tinh gọn có thể được tóm tắt như sau:

3.3.1. Nhận thức về sự lãng phí – Bước đầu tiên là nhận thức về những gì có và những gì không làm tăng thêm giá trị từ góc độ khách hàng. Bất kỳ vật liệu, quy trình hay tính năng nào không tạo thêm giá trị theo quan điểm của khách hàng được xem là thừa và nên loại bỏ. Ví dụ như việc giảm thời gian và khoảng cách đi lại của nhân viên y tế và người bệnh trong bệnh viện.

3.3.2. Chuẩn hoá quy trình – Lean đòi hỏi việc triển khai các hướng dẫn chi tiết gọi là Quy trình chuẩn, trong đó ghi rõ nội dung, trình tự, thời gian và kết quả cho tất cả các thao tác do nhân viên thực hiện. Điều này giúp loại bỏ sự khác biệt trong cách các nhân viên y tế thực hiện công việc.

3.3.3. Quy trình liên tục – Trong sản xuất, Lean thường nhắm tới việc triển khai một quy trình sản xuất liên tục, không bị ùn tắc, gián đoạn, đi vòng lại, trả về hay phải chờ đợi. Khi được triển khai thành công, thời gian chu kỳ sản xuất sẽ được giảm đến 90%. Trong y tế điều này có thể

nhận thấy và áp dụng trong quy trình khám bệnh, quy trình phẫu thuật, xuất viện v.v...

3.3.4. Sản xuất “Pull” – Còn được gọi là Just-in-Time (JIT), sản xuất Pull chủ trương chỉ sản xuất những gì cần và vào lúc cần đến. Sản xuất được diễn ra dưới tác động của các công đoạn sau, nên mỗi phân xưởng chỉ sản xuất theo yêu cầu của công đoạn kế tiếp. Điều này sẽ giúp làm giảm việc lưu kho các sản phẩm trung gian.

3.3.5. Chất lượng từ gốc – Lean nhắm tới việc loại trừ phế phẩm từ gốc và việc kiểm soát chất lượng được thực hiện bởi các công nhân như một phần công việc trong quy trình sản xuất.

3.3.6. Liên tục cải tiến – Lean đòi hỏi sự cố gắng đạt đến sự hoàn thiện bằng cách không ngừng loại bỏ những lãng phí khi phát hiện ra chúng. Điều này cũng đòi hỏi sự tham gia tích cực của nhân viên trong quá trình cải tiến liên tục.

Các chuyên gia y tế ước tính rằng, khoảng 30-50% các hoạt động y tế có thể được coi là lãng phí. Cơ hội sử dụng Lean để giảm chi phí là rất lớn, mang lại lợi ích cho người bệnh, nhân viên y tế, bệnh viện, cơ sở y tế và cộng đồng.

So sánh các phương pháp cải tiến:

	PDCA	6 Sigma	Lean
Các bước quy trình	Lập kế hoạch (Plan); Thực hiện (Do); Đánh giá (Check/Study); Kế hoạch tương lai (Act)	Thiết kế (Design); Đo lường (Measure); Phân tích (Analyze); Cải tiến (Improve); Kiểm soát (Control);	Loại trừ các bước thừa không giá trị; Loại trừ các sản phẩm lỗi hỏng; Giảm thời gian của chu kỳ sản xuất;
Trọng tâm cải tiến	Chu trình cải tiến nhanh nhằm xác định cải tiến quy trình một cách tối ưu	Giảm lỗi, hỏng; Khách hàng là trung tâm	Tăng hiệu năng; Loại trừ các hoạt động vô giá trị, giảm sự sai lệch và thời gian thực hiện chu kỳ; Sản phẩm được mang đến khi khách hàng muốn và cần.
Sử dụng lí tưởng	Các dự án mục tiêu được lựa chọn và	Các dự án mục tiêu được lựa	Quan tâm đến hiệu năng của quy

	cải tiến; Thời gian và nguồn lực hạn chế.	chọn để cải tiến với nguồn lực sẵn có. Dự án có các hoạt động được lặp đi lặp lại với tần số cao.	trình. Quy trình có thể xác định rõ và có nhiều hoạt động vô giá trị.
Những công cụ hỗ trợ để thành công	Môi trường thử nghiệm áp dụng và thí điểm áp dụng các ý tưởng	Biểu đồ kiểm soát quy trình có số liệu thống kê, chuyên gia 6 sigma (“đai đen”; “đai xanh”)	bản đồ dòng giá trị (Value stream mapping), phân tích giá trị; Kaizen.

Tùy thuộc điều kiện của từng cơ sở y tế, có thể vận dụng các phương pháp trên để áp dụng cải tiến chất lượng. Với điều kiện nguồn lực hạn chế hiện nay ở Việt Nam, trước mắt áp dụng chu trình PDCA sẽ có nhiều thuận lợi và mang lại hiệu quả tức thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Y khoa Hoa Kỳ. Crossing the Quality Chasm: A NewHealth System for the 21st Century, 2001.
2. Tổ chức Y tế Thế giới. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007:
3. Viện nghiên cứu hệ thống y tế-Bộ Y tế Malaysia. Promoting for Quality of Healthcare. 2004.
4. Juran Joseph M. ; Godfrey Blanton A. Juran’s Quality Handbook. Fifth edition, 1999.
5. USAID. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality (2002), pages: 51-76.
6. USAID. Quality Assurance Project. Monitoring the Quality of Hospital Care.
7. American College of Medical Quality. Medical Quality Management-Theory and Practice, 2010.
8. <http://asq.org/learn-about-quality/cause-analysis-tools/overview/pareto.html>
9. <http://en.wikipedia.org/wiki/Shewhart>
10. <http://www.teamtechnology.co.uk/tda/>

11. <http://www.gmlvn.com/vn/dich-vu-dao-tao/lean-quan-ly-tinh-gon>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 8 bằng cách khoanh tròn vào chữ cái đầu câu:

Câu 1. Tùy từng trường hợp, mỗi người sẽ hiểu khái niệm về chất lượng một cách ...(A)...tùy thuộc vào việc họ ...(B)... trong hệ thống y tế.

A.....

B.....

Câu 2. Chất lượng – từ góc độ của người bệnh hay khách hàng- liên quan đến ...(A)... và tính ...(B)...của nó, có thể chú trọng hơn vào tính tiện ích (thái độ chăm sóc, chi phí phù hợp)

Câu 3. Nhà quản lý cũng có quan niệm khác về chất lượng. Họ có thể cho rằng chất lượng là sự tiếp cận, tính phù hợp, khả năng có thể chấp nhận được và ...(A)... trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. ...(B)...là yếu tố quan trọng đối với nhà quản lý.

Câu 4. Bổ xung cho đủ 5 quan điểm sai lầm về chất lượng:

A. Chất lượng là thứ xa xỉ.

B. ...

C. ...

D. ...

E. Làm chất lượng là việc của phòng quản lý chất lượng

Câu 5. Tổ chức Y tế Thế giới xác định, chiều hướng chất lượng trong y tế bao gồm 6 yếu tố, hãy bổ xung cho đủ:

A. An toàn

B. Người bệnh làm trung tâm

C. ...

D. ...

E. ...

F. ...

Câu 6. Người ta đã kể ra khoảng 18 nguyên tắc quản lý chất lượng. Bạn hãy kể ra 3 nguyên tắc mà bạn cho là quan trọng:

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 7. 3 phương pháp chất lượng chính thường được sử dụng:

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 8. So sánh 3 phương pháp chất lượng chính:

	PDCA	6 Sigma	Lean
Các bước quy trình	(A).....	Thiết kế (Design); Đo lường (Measure); Phân tích (Analyze); Cải tiến (Improve); Kiểm soát (Control);	Loại trừ các bước thừa không giá trị; Loại trừ các sản phẩm lỗi hỏng; Giảm thời gian của chu kỳ sản xuất;
Trọng tâm cải tiến	Chu trình cải tiến nhanh nhằm xác định cải tiến quy trình một cách tối ưu	(B)	Tăng hiệu năng; Loại trừ các hoạt động vô giá trị, giảm sự sai lệch và thời gian thực hiện chu kỳ; Sản phẩm được mang đến khi khách hàng muốn và cần.
Sử dụng lí tưởng	Các dự án mục tiêu được lựa chọn và cải tiến; Thời gian và nguồn lực hạn chế.	Các dự án mục tiêu được lựa chọn để cải tiến với nguồn lực sẵn có. Dự án có các hoạt động được lặp đi lặp lại với tần số cao.	(C).....
Những công cụ hỗ trợ để thành công	Môi trường thử nghiệm áp dụng và thí điểm áp dụng các ý tưởng	Biểu đồ kiểm soát quy trình có số liệu thống kê, chuyên gia 6 sigma (“đai đen”; “đai xanh”)	bản đồ dòng giá trị (Value stream mapping), phân tích giá trị; Kaizen.

Phân biệt đúng – sai các câu từ 9 – 12 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 9. “Chất lượng là làm việc đúng đắn ngay từ lần đầu tiên và làm điều đó tốt hơn trong những lần tiếp theo”		
Câu 10. Hạn chế sự khác biệt là yêu cầu mọi người hành động thống nhất, giống nhau trong các hoàn cảnh khác nhau		
Câu 11. dự phòng là cách tốt nhất để chống lại bệnh tật, và quản lý dự phòng là cách tốt nhất để giải quyết các vấn đề về quản lý.		
Câu 12. Sản xuất “Pull” – Còn được gọi là Just-in-Time (JIT), chủ trương sản xuất sẵn sàng những gì cần vào bất kỳ thời điểm nào của quá trình		

BÀI 2
HƯỚNG DẪN CÔNG TÁC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN
*(Theo hướng dẫn tại TT số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của BYT
hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện)*

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Liệt kê được nhiệm vụ trong quản lý chất lượng bệnh viện
2. Mô tả được hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện
3. Kể được nhiệm vụ cơ bản của đơn vị quản lý chất lượng trong bệnh viện
4. Thể hiện được ý thức thực hiện nghiêm chỉnh công tác quản lý chất lượng bệnh viện.

NỘI DUNG

Bệnh viện là một cơ sở dịch vụ phức hợp với rất nhiều nhóm dịch vụ: khám, chữa bệnh, “ khách sạn (dịch vụ buồng bệnh) ”, “ ngân hàng (tài chính-kế toán) ”, “xưởng sản xuất (trung tâm khử khuẩn tiệt khuẩn, khoa xét nghiệm, khoa dược)”v.v... Mỗi quan hệ giữa người bệnh (khách hàng bên ngoài) với bệnh viện và giữa các đơn vị trong bệnh viện (khách hàng nội bộ) cũng rất đa dạng, phức tạp và nhiều áp lực hơn rất nhiều so với các ngành dịch vụ khác. Vì vậy, công tác quản lý bệnh viện ngày càng có vai trò quan trọng, trong đó quản lý chất lượng đang ngày càng được coi trọng và được coi là hoạt động xuyên suốt của các bệnh viện.

1. Các nhiệm vụ quản lý chất lượng

1.1. Lập kế hoạch, đề án về quản lý chất lượng bệnh viện

Bệnh viện phải xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu về chất lượng của bệnh viện. Mục tiêu về chất lượng của bệnh viện phù hợp với chính sách chất lượng của quốc gia và nguồn lực của bệnh viện.

Kế hoạch và chương trình quản lý chất lượng của bệnh viện được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm của bệnh viện.

Lập các đề án cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên để triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng phù hợp với nguồn lực hiện có của bệnh viện.

Chương trình cải tiến chất lượng là tập hợp nhiều đề án cải tiến chất lượng với sự phối hợp thực hiện của nhiều khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện.

Ví dụ: Một trong những đề án trọng tâm của ngành y tế hiện nay là triển khai hướng dẫn quy trình khám bệnh tại bệnh viện, cải tiến quy trình KCB theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

1.2. Áp dụng tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp quản lý chất lượng

Hiện nay, có nhiều phương pháp và mô hình quản lý chất lượng. Bệnh viện có thể áp dụng một hoặc kết hợp nhiều tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp quản lý chất lượng cho tất cả các lĩnh vực hoặc từng lĩnh vực cụ thể của bệnh viện, ví dụ:

1.2.1. Áp dụng quản lý chất lượng dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện theo tiêu chuẩn chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện nước ngoài, hoặc bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện do tổ chức chứng nhận chất lượng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong nước xây dựng được Bộ Y tế thừa nhận;

Hiện nay, đã có 19 tổ chức chứng nhận chất lượng nước ngoài và 35 bộ tiêu chuẩn đã được ISQua công nhận. Điển hình là Bộ tiêu chuẩn chất lượng của JCI với các cấp độ từ Tiêu chuẩn thiết yếu đến Tiêu chuẩn công nhận chất lượng.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 đã quy định cụ thể về tổ chức và hoạt động của tổ chức chứng nhận chất lượng ở Việt Nam. Trong thời gian tới, một số tổ chức chứng nhận chất lượng sẽ được thành lập theo quy định của Nghị định số 87 và triển khai xây dựng Bộ Tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện và tổ chức đánh giá chứng nhận chất lượng.

1.2.2. Hệ thống quản lý chất lượng theo ISO. Đã có một số bệnh viện áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001-2008. Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học ISO 15189 là một trong các bộ tiêu chuẩn được xây dựng dành cho các phòng thí nghiệm, phù hợp với các khoa xét nghiệm bệnh viện. Các đơn vị trong bệnh viện như: các phòng chức năng, khoa dược, trung tâm khử khuẩn tiệt khuẩn ... có thể áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001-2008. Ngoài ra có hệ thống chất lượng môi trường theo ISO 14001.

1.2.3. Áp dụng chu trình cải tiến chất lượng, quản lý chất lượng toàn diện;

Với các bệnh viện có nguồn lực hạn chế, việc áp dụng chu trình chất lượng, trong đó lựa chọn những lĩnh vực ưu tiên thông qua khảo sát đánh giá hài lòng người bệnh và nhân viên y tế, có tính khả thi cao. Những vấn đề chất lượng thường gặp hiện nay tại các bệnh viện gồm:

- Thời gian chờ lâu: chờ khám, xét nghiệm, phẫu thuật
- Thái độ, ứng xử
- Chất lượng chuyên môn: sai sót chuyên môn kỹ thuật, lạm dụng thuốc, xét nghiệm, kỹ thuật hoặc sử dụng dưới mức cần thiết.
- An toàn người bệnh: Nhiễm khuẩn bệnh viện, sai sót trong sử dụng thuốc, nhầm lẫn người bệnh, v.v...
- Môi trường bệnh viện, vệ sinh, xử lý chất thải v.v...

Việc sử dụng các công cụ chất lượng, áp dụng chu trình cải tiến chất lượng (PDCA, PDSA, chu trình giải quyết vấn đề, chu trình 10 bước) thông qua lựa chọn vấn đề chất lượng ưu tiên từng bước sẽ giúp bệnh viện cải tiến chất lượng, đáp ứng ngày càng tốt hơn sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.

Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) là một triết lý quản lý. Mục tiêu của TQM là cải tiến chất lượng sản phẩm, dịch vụ và nâng cao sự thoả mãn khách hàng ở mức tốt nhất. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.

Các đặc trưng cơ bản của TQM:

- Chất lượng được tạo nên bởi sự tham gia của tất cả mọi người
- Chú ý đến mối quan hệ với các lợi ích xã hội khác.
- Chú ý đến công tác giáo dục và đào tạo.
- Đề cao tính tự quản: chất lượng được tạo ra từ ý thức tự giác.
- Quản lý dựa trên sự kiện thực tế.
- Xây dựng và triển khai hệ thống chính sách trên toàn tổ chức
- Thúc đẩy ý thức tự quản và hợp tác của người lao động.
- Chia sẻ kinh nghiệm và khuyến khích các ý tưởng sáng tạo và cải tiến
- Thực hiện xem xét của lãnh đạo và đánh giá nội bộ đảm bảo hệ thống hoạt động thông suốt.
- Sử dụng các phương pháp thống kê.

1.3. Đo lường chất lượng và xây dựng cơ sở dữ liệu về quản lý chất lượng bệnh viện

Vai trò của đo lường trong quản lý chất lượng là không thể thiếu được, không đo lường cũng đồng nghĩa là không cải tiến chất lượng.

Trong những thập niên 60 của Thế kỷ 20, Avedis Donabedian đã đưa ra lý thuyết đo lường chất lượng cả về cấu trúc, quy trình và kết quả.

Đo lường cấu trúc, bao gồm cả về thiết kế, chính sách và phương pháp, số lượng và chất lượng nhân lực, trình độ cán bộ, trang thiết bị, vật tư, cơ sở hạ tầng,

Đo lường quy trình lượng giá các quy trình hoạt động có được thực thi đúng cách nhằm đạt được kết quả mong muốn hay không.

Đo lường kết quả nhằm đánh giá sự thay đổi về sức khỏe của người bệnh sau khi đã thực hiện hàng loạt các quy trình.

Đo lường hiện trạng (baseline measurement) và đo lường xu hướng (trending measurement):

Đo lường hiện trạng là đo lường lúc khởi đầu các biện pháp can thiệp về chất lượng nhằm đánh giá chất lượng y tế tại thời điểm trước can thiệp. Sau khi triển khai các giải pháp can thiệp về chất lượng, *đo lường xu hướng* giúp đánh giá hoặc xem xét các giải pháp can thiệp về chất lượng có mang lại hiệu quả hay không.

Để thực thi việc đo lường, cần xây dựng cơ sở dữ liệu về quản lý chất lượng, trong đó ứng dụng công nghệ thông tin trong xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện là hết sức cần thiết và phải được thực hiện thường xuyên, liên tục, mang tính chất định kỳ, đều đặn.

Việc *công bố chất lượng bệnh viện* đã được nhiều quốc gia áp dụng thể hiện sự minh bạch và có tác dụng khuyến khích cải tiến chất lượng, đồng thời là yếu tố để giúp người bệnh có thông tin để lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ. Tại Đức, mỗi bệnh viện bắt buộc phải báo cáo chất lượng định kỳ 2 năm. Tại Singapore, hàng năm bệnh viện đều công bố một số chỉ số chất lượng trên trang web của bệnh viện để người bệnh, cơ quan quản lý biết.

1.4. Xây dựng bộ chỉ số về chất lượng bệnh viện

Một số quốc gia đã đưa ra bộ chỉ số chất lượng quốc gia (ví dụ Malaysia) để các bệnh viện lấy đó làm thước đo chất lượng và dựa trên khung chỉ số chất lượng quốc gia (NIA).

Từ bộ chỉ số chất lượng bệnh viện quốc gia, các bệnh viện xác định ngưỡng chỉ số chất lượng của bệnh viện. Chỉ số chất lượng của bệnh viện có thể chia làm 2 nhóm: chỉ số lâm sàng (clinical indicators) và chỉ số chất lượng dịch vụ (service indicators).

Các bệnh viện phải tiến hành đo lường các chỉ số chất lượng, ban đầu, đo lường chỉ số cơ bản ở thời điểm bắt đầu triển khai các dự án can thiệp về chất lượng, xác định các ngưỡng để đặt mục tiêu cải tiến chất

lượng. Các chỉ số chất lượng cũng thường được công bố và theo dõi hàng năm để người dân và cơ quan quản lý biết những tiến bộ về chất lượng.

Các chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng cũng dựa trên các chỉ số chất lượng bệnh viện để triển khai thực hiện.

1.5. Tổ chức thực hiện các hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế ban hành

Các hướng dẫn chuyên môn hiện nay do Bộ Y tế, Hội chuyên ngành trong nước hoặc quốc tế biên soạn và phổ biến. Trong những năm qua, Bộ Y tế với sự phối hợp của các hội chuyên ngành và các bệnh viện đã xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc, hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn, hướng dẫn quản lý một số bệnh mạn tính, bệnh truyền nhiễm.

Việc triển khai thực hiện các hướng dẫn chuyên môn tại các bệnh viện là bắt buộc và là một trong những biện pháp bảo đảm chất lượng chuyên môn và hạn chế sự khác biệt trong thực hành. Với những bệnh viện có chuyên gia lâm sàng giỏi, căn cứ trên hướng dẫn của Bộ Y tế và các hiệp hội chuyên môn quốc tế có thể phát triển các hướng dẫn chi tiết để áp dụng tại bệnh viện, phù hợp với điều kiện của bệnh viện và tuân thủ hướng dẫn của Bộ Y tế.

Quá trình các bệnh viện tự xây dựng phác đồ điều trị cũng là một quá trình học hỏi liên tục và phát triển chuyên môn cho chính các thầy thuốc của bệnh viện đó.

1.6. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

Thiết lập *chương trình bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế* dựa trên 6 mục tiêu an toàn người bệnh quốc tế và một số mục tiêu khác, bao gồm:

- 1) Xác định chính xác người bệnh
- 2) Bảo đảm trao đổi thông tin giữa các nhân viên y tế hiệu quả
- 3) Cải thiện an toàn với thuốc có nguy cơ cao.
- 4) Loại trừ phẫu thuật sai người bệnh, sai vị trí.
- 5) Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- 6) Phòng ngừa người bệnh ngã.
- 7) Bảo đảm an toàn trong sử dụng thiết bị y tế.

Thiết lập *hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa* tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và báo cáo tự nguyện. Khuyến khích báo cáo tự nguyện dựa trên nguyên tắc: không chỉ trích, không phê phán, học từ sai sót.

Xây dựng quy trình điều tra sai sót chuyên môn, sự cố để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; Điều tra các rủi ro tiềm ẩn để có các giải pháp mang tính chất phòng ngừa.

Khi xảy ra sai sót, sự cố, cần chú ý đến xử lý sai sót chuyên môn, sự cố và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro, tránh lặp lại các sai sót sự cố.

1.7. Đánh giá việc thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn

- Xây dựng kế hoạch và đánh giá tuân thủ hướng dẫn và quy trình chuyên môn trong bệnh viện, tiến hành phân tích một cách có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các kỹ thuật lâm sàng và cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh. Ưu tiên tập trung thực hiện đánh giá đối với các kỹ thuật, bệnh phổ biến, chi phí lớn.

- Thầy thuốc lâm sàng tham gia thực hiện đánh giá thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn tại khoa, tại bệnh viện. Phát huy vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị. Thầy thuốc có chuyên môn giỏi tham gia chương trình đánh giá thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn của Bộ Y tế, Sở Y tế khi được yêu cầu.

1.8. Đánh giá chất lượng bệnh viện

Tùy thuộc vào chính sách và chiến lược cải tiến chất lượng bệnh viện mà mỗi bệnh viện sẽ xây dựng và triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện, có thể sử dụng các bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện quốc tế đã được ISQua công nhận để làm căn cứ đánh giá.

Tổ chức đánh giá hiệu quả áp dụng tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng đã được áp dụng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp. Theo kinh nghiệm của WHO, cùng một mô hình nhưng áp dụng ở bệnh viện khác nhau có thể mang lại hiệu quả khác nhau. Vì vậy, sau một thời gian thực hiện cần có nghiên cứu đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng của bệnh viện.

Định kỳ lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế đối với bệnh viện là một biện pháp được chứng minh là có hiệu quả. Thông qua việc lấy ý kiến người bệnh và nhân viên y tế, bệnh viện sẽ nắm bắt được những lĩnh vực có chất lượng dịch vụ còn kém để lựa chọn ưu tiên áp dụng cải tiến chất lượng.

2. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

Thông tư số 19/2013/TT-BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện quy định bệnh viện phải tổ chức hệ thống quản lý chất

lượng, trong đó có Hội đồng quản lý chất lượng và đơn vị chất lượng (phòng hoặc tổ quản lý chất lượng), các cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng với sự tham gia của tất cả nhân viên y tế.

2.1. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm 4 **yếu tố tổ chức**: Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện, phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng, mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.

Tùy theo quy mô, điều kiện của từng bệnh viện có thể thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Đối với bệnh viện hạng đặc biệt và hạng 1 cần thành lập Phòng Quản lý chất lượng.

Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện.

Cơ chế hoạt động của hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp thường kỳ và đột xuất nhằm giám sát, hỗ trợ và có các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

b) c) Chủ tịch Hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng cơ chế hoạt động của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Giám đốc bệnh viện thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng của bệnh viện.

2.2. Tổ chức và nhiệm vụ của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện

2.2.1. Tổ chức:

a) Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do Giám đốc bệnh viện ra quyết định thành lập, ban hành quy chế và duy trì hoạt động; Chủ tịch hội đồng là Giám đốc bệnh viện; Thư ký thường trực là trưởng phòng hoặc tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện và gồm đại diện các khoa, phòng có liên quan trực tiếp đến hoạt động cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh.

b) Mặc dù trong Thông tư số 19 không yêu cầu bắt buộc phải thành lập các ban liên quan đến chất lượng, tuy vậy, theo kinh nghiệm của một số bệnh viện, việc thành lập các ban liên quan đến chất lượng bệnh viện để trực tiếp triển khai thực hiện các nhiệm vụ theo sự phân công của Chủ tịch Hội đồng và theo kế hoạch về chất lượng sẽ mang lại hiệu quả cao, đúng nghĩa Hội đồng không chỉ tư vấn mà trực tiếp triển khai và thúc đẩy hoạt động, đặc biệt là có những hoạt động cải tiến cần sự tham gia của liên khoa, phòng. Hội đồng có thể thành lập các ban để triển khai hoạt động

cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh, đặc biệt là các nội dung hoạt động liên quan đến nhiều khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện. Các ban gồm: Ban Chất lượng lâm sàng, Ban Chất lượng cận lâm sàng, Ban An toàn người bệnh, Ban An toàn môi trường, Ban Khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.

2.2.2. Nhiệm vụ:

a) Phát hiện các vấn đề ưu tiên về chất lượng liên quan tới nhiều khoa, phòng, các nguy cơ tiềm ẩn đối với an toàn người bệnh, đề xuất với Giám đốc bệnh viện các giải pháp cải tiến;

b) Thông qua đề xuất của Phòng/Tổ quản lý chất lượng tư vấn cho Giám đốc bệnh viện lựa chọn Bộ Tiêu chuẩn quản lý chất lượng đã được Bộ Y tế thừa nhận phù hợp với điều kiện của bệnh viện;

c) Tham gia xây dựng kế hoạch áp dụng, đánh giá nội kiểm và thông qua báo cáo đánh giá nội kiểm để báo cáo Giám đốc bệnh viện phê duyệt.

d) Thẩm định các đề án cải tiến chất lượng, lựa chọn các đề án ưu tiên và thông qua kế hoạch triển khai các đề án cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh.

đ) Thông qua các Ban của Hội đồng, thúc đẩy việc triển khai thực hiện các quy định, tiêu chuẩn, hướng dẫn chuyên môn, thẩm định kết quả đo lường và công bố chỉ số chất lượng của bệnh viện.

2.3. Tổ chức và nhiệm vụ của Phòng (Tổ) Quản lý chất lượng

2.3.1. Tổ chức:

a) Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng, một số nhân viên tùy thuộc vào quy mô bệnh viện và do Giám đốc quyết định.

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách. Việc lựa chọn đặt tổ trưởng tổ quản lý chất lượng ở phòng/khoa nào hay trực tiếp do Giám đốc phụ trách phụ thuộc vào cá nhân người được giám đốc cử làm tổ trưởng. Tiêu chí quan trọng nhất để lựa chọn là người có khả năng và đặc biệt là có nhiệt huyết, có khả năng làm việc nhóm, có kỹ năng phối hợp tốt trong việc triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng và nếu có thêm kỹ năng hướng dẫn thì càng tốt.

2.3.2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối tham mưu cho giám đốc bệnh viện và Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện và triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong toàn bệnh viện để trình Giám đốc phê duyệt.

b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng cho các khoa phòng.

c) Làm đầu mối thiết lập hệ thống quản lý sai sót, sự cố bao gồm phát hiện, tổng hợp, phân tích, báo cáo và nghiên cứu, đề xuất giải pháp khắc phục;

d) Làm đầu mối phối hợp với các khoa, phòng giải quyết các đơn thư, khiếu nại, tố cáo và các vấn đề liên quan đến hài lòng người bệnh;

đ) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện.

e) Xây dựng kế hoạch và triển khai huấn luyện về quản lý chất lượng.

g) Xây dựng kế hoạch và triển khai đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chuẩn chất lượng được Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

h) Triển khai thực hiện đánh giá việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc dựa trên các hướng dẫn của Bộ Y tế và các hướng dẫn chuyên môn chi tiết của bệnh viện đã được Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện thông qua.

i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

2.4. Nhiệm vụ và quyền hạn của Trưởng phòng (tổ trưởng) quản lý chất lượng

Theo nội dung dự thảo Thông tư, Trưởng phòng (tổ trưởng) quản lý chất lượng có các nhiệm vụ và quyền hạn như sau:

2.4.1. Nhiệm vụ:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng (tổ) quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng (tổ) quản lý chất lượng của bệnh viện;

b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng (tổ) quản lý chất lượng và kết quả công tác quản lý chất lượng trong toàn bệnh viện.

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án cải tiến chất lượng.

d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện khi được yêu cầu.

đ) Là thư ký của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

2.4.2. Quyền hạn:

- a) Là thành viên của một số hội đồng của bệnh viện theo sự phân công của Giám đốc.
- b) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện.
- c) Đề xuất với Giám đốc biểu dương khen thưởng các cá nhân và tập thể thực hiện tốt nhiệm vụ quản lý chất lượng.

2.5. Cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện

Cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện có các nhiệm vụ và quyền hạn sau:

2.5.1. Nhiệm vụ:

- a) Thực hiện các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng theo sự phân công của Trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện.
- b) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án cải tiến chất lượng.
- c) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện khi được yêu cầu.

2.5.2. Quyền hạn:

- a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng.
- b) Tham mưu đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân trong bệnh viện thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Tất cả cán bộ, viên chức, nhân viên y tế phải tham gia các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của từng cá nhân trong lĩnh vực công tác của mình.

3. Bài học kinh nghiệm trong việc triển khai hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện

3.1. Bài học kinh nghiệm của Bệnh viện Nhi đồng 1-Thành phố Hồ Chí Minh:

Trước thực trạng bệnh viện luôn trong tình trạng quá tải, với vai trò là một bệnh viện nhi tuyến cuối, áp lực công việc luôn cao đòi hỏi bệnh viện luôn phải nỗ lực và không ngừng cải tiến chất lượng, Bệnh viện Nhi đồng 1 là một trong những bệnh viện đầu tiên quan tâm đến các hoạt động cải tiến chất lượng. Sau khi nghiên cứu kinh nghiệm từ các nước và xem xét các mô hình cải tiến chất lượng, Bệnh viện đã lựa chọn mô hình quản lý chất lượng đồng bộ và cải tiến chất lượng liên tục (TQM/CQI) mang tính khả thi và đi vào mọi hoạt động của bệnh viện.

Hội đồng chất lượng của bệnh viện được thành lập trong đó có các ban đóng vai trò trực tiếp triển khai các hoạt động, như: Ban An toàn người bệnh, Ban Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, Ban an toàn môi trường, Ban Khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên với vai trò điều phối, hỗ trợ của nhóm thường trực.

Bệnh viện đã triển khai 10 hoạt động hỗ trợ cho chương trình cải tiến chất lượng của bệnh viện:



1. Phát triển nguồn nhân lực với việc vận dụng chiến lược 3R: tuyển chọn (recruit); giữ chân nhân viên giỏi (retain); động viên, khen thưởng (recognition, reward).

2. Xây dựng quy trình, phác đồ chuẩn, trong đó: cập nhật và chuẩn hóa các quy trình, phác đồ điều trị thống nhất trong toàn bệnh viện dựa trên y học chứng cứ, bao gồm cả quy trình điều dưỡng, phổ biến, triển khai thực hiện và giám sát việc thực hiện.

3. Ứng dụng y học chứng cứ trong bệnh viện trên nguyên tắc: nội dung chăm sóc dựa trên y học chứng cứ, quy trình chăm sóc dựa trên cải tiến liên tục. Triển khai các biện pháp hỗ trợ nhân viên y tế tiếp cận và cập nhật thông tin y học chứng cứ và sử dụng y học chứng cứ làm trọng tài khoa học trong tất cả các hoạt động: nghiên cứu khoa học, xây dựng phác đồ, cải tiến quy trình, hội chẩn và lượng giá chất lượng chăm sóc.

4. Vận dụng các nguyên lý quản lý nguy cơ vào quản lý an toàn người bệnh với mục tiêu xây dựng môi trường bệnh viện an toàn và thân thiện, đưa mục tiêu an toàn người bệnh là 1 trong những ưu tiên hàng đầu trong công tác QLCLBV, lồng ghép trong mọi hoạt động chuyên môn,

thúc đẩy việc học từ sai sót (learning from errors), đưa nội dung an toàn vào phác đồ của bác sĩ, quy trình kỹ thuật của điều dưỡng, huấn luyện các chuyên đề ưu tiên về an toàn người bệnh: an toàn sử dụng thuốc, an toàn phẫu thuật. Việc tiếp cận an toàn người bệnh dựa trên nguyên lý tiếp cận hệ thống, phát hiện những thiếu sót từ hệ thống để cải tiến, tránh lặp lại.

5. Triển khai công tác chăm sóc toàn diện trong bệnh viện, bao gồm cả điều trị, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, dinh dưỡng, VLTL-PHCN, tâm lý trị liệu, GDSK và tạo môi trường an toàn, thân thiện cho trẻ em.

6. Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện giúp giảm thủ tục hành chính, giảm thời gian chờ và giảm nguy cơ sai sót, đồng thời công nghệ thông tin cũng giúp phục vụ hoạt động giám sát chất lượng. Bệnh viện đã hoàn chỉnh mạng vi tính toàn bệnh viện: cáp quang, trung tâm dữ liệu số hóa, đội ngũ nhân viên IT, thành lập Phòng CNTT. ứng dụng công nghệ thông tin trong mọi lĩnh vực hoạt động của bệnh viện: quản lý hồ sơ bệnh án, quản lý dược (Khép kín Khoa lâm sàng→Khoa Dược→Bộ phận Tài chính), quản lý kho y dụng cụ, trả kết quả xét nghiệm qua mạng, quản lý thủ thuật, phẫu thuật, quản lý nhân sự (chăm công, phép, trực qua mạng); quản lý học hỏi liên tục; viện phí (khép kín từ Khoa lâm sàng→ Bộ phận Viện phí), quản lý tài chính; báo ăn qua mạng (từ các khoa lâm sàng→ Khoa Dinh dưỡng); thông tin (web, internet, đăng ký khám bệnh); tiếp nhận, kê đơn, mua thuốc qua mạng.

7. Làm việc theo nhóm, khuyến khích các ý tưởng sáng tạo trong bệnh viện. Các ý tưởng sáng tạo xuất phát từ những vấn đề khó khăn liên quan trực tiếp đến chăm sóc người bệnh. Khi những ý tưởng sáng tạo hình thành, nhân viên bệnh viện sẽ đóng góp và sớm hoàn chỉnh để đi vào thực thi với sự phối hợp của liên khoa/phòng trong bệnh viện.

8. Huấn luyện phương pháp quản lý chất lượng trong bệnh viện. Các khoa lâm sàng thực hiện công tác lượng giá chất lượng chăm sóc, trong đó được hướng dẫn và làm quen với áp dụng chu trình PDCA. Tổ chức huấn luyện chương trình quản lý nguy cơ lâm sàng và an toàn người bệnh cho tất cả bác sĩ trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa. Huấn luyện phương pháp cải tiến chất lượng cho tất cả các điều dưỡng trưởng khoa.

9. Cải thiện môi trường và điều kiện làm việc cho nhân viên, phân bổ nguồn lực hợp lý, đầu tư cải tạo cơ sở vật chất, khoa phòng, bổ sung, nâng cấp trang thiết bị cho những vấn đề liên quan đến chất lượng. Chăm lo điều kiện làm việc và cải thiện đời sống cho cán bộ, viên chức như: tự cân đối tăng lương cơ bản – duy trì thu nhập tăng thêm; hỗ trợ chi phí đào tạo sau đại học: điều dưỡng 100%, đối tượng khác 50%; Cải tạo nâng cấp khoa phòng, TTB, thư viện, hỗ trợ NCKH, sáng kiến; Bữa cơm trực cho nhân viên; Nước uống giữa giờ cho nhân viên tại phòng khám; Tổ chức lớp tiếng Anh trình độ B, C cho bác sĩ & điều dưỡng; Mua bảo hiểm tai nạn cho 100% nhân viên; Tổ chức vui chơi, nghỉ mát cho CBVC.

10. Cam kết và quyết tâm của lãnh đạo bệnh viện về cải tiến chất lượng bệnh viện: Lòng ghép cải tiến chất lượng vào mọi hoạt động BV; Xây dựng mục tiêu chất lượng của BV, thành lập Hội đồng chất lượng; Tổng kết bệnh viện cũng chính là tổng kết về chất lượng; Hỗ trợ, điều phối nguồn lực cho hoạt động cải tiến chất lượng.

Một số bệnh viện cũng đã tích cực triển khai một số mô hình quản lý chất lượng:

1. Bệnh viện Chợ Rẫy đã thiết lập Đơn vị quản lý nguy cơ với mục tiêu tăng cường sự an toàn cho người bệnh tại Bệnh viện. Bản tin an toàn người bệnh đã được biên soạn và phát hành.

3. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã triển khai nhiều giải pháp cải tiến chất lượng, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, kê đơn điện tử, thẻ khách hàng và nhiều giải pháp khác.

4. Nhiều bệnh viện đã triển khai áp dụng hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001: 2008 như Bệnh viện đa khoa Phú Thọ, Nhi Nghệ An, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương, Bệnh viện Thống Nhất-Đồng Nai, Bệnh viện Nguyễn Tri phương v.v...

5. Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí triển khai áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM)..

4. Kết luận

Trong bối cảnh thực tế hiện nay, tùy theo điều kiện nguồn lực của các bệnh viện mà có thể áp dụng các mô hình khác nhau. Tuy nhiên, việc phát hiện các vấn đề chất lượng, phân tích và đưa ra các giải pháp cải tiến, áp dụng chu trình chất lượng để cải tiến liên tục là cần thiết đối với tất cả các bệnh viện. Để có thể triển khai, cam kết từ lãnh đạo, thành lập Hội đồng chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công cán bộ chuyên trách hoặc bán chuyên trách để tham mưu, triển khai, giám sát hoạt động cải tiến chất lượng với sự tham gia của tất cả các thành viên bệnh viện là cần thiết. Bệnh viện cũng cần đầu tư nguồn lực cho cải tiến chất lượng. Hãy bắt đầu bằng việc huấn luyện về quản lý chất lượng cho các cán bộ quản lý của bệnh viện, triển khai các dự án cải tiến chất lượng nhỏ thuộc lĩnh vực ưu tiên, rút kinh nghiệm rồi nhân rộng. Sau khi các hoạt động cải tiến đã có kết quả và đã có cán bộ chuyên trách, bệnh viện nên tiếp tục nghiên cứu, tìm hiểu để áp dụng theo những mô hình phù hợp nhất. Tiến hành đo lường chất lượng là bắt buộc khi triển khai các hoạt động cải tiến. Việc mời các chuyên gia tư vấn về chất lượng hỗ trợ bệnh viện trong thời gian đầu triển khai các đề án cải tiến chất lượng là cần thiết, chuyên gia sẽ giúp hỗ trợ về kỹ thuật, giải quyết những vấn đề khó hoặc tranh cãi. Từng bước đi nhỏ nhưng liên tục sẽ giúp bệnh viện đạt được chất lượng với những tiến bộ không nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện. 2013.
2. Tổ chức Y tế Thế giới. Liên minh Thế giới vì An toàn người bệnh. Sáu mục tiêu quốc tế về an toàn người bệnh.
3. Tổ chức Y tế Thế giới. Chiến lược nào tốt nhất cho cải tiến chất lượng bệnh viện. 2003.
4. Tăng Chí Thượng. Mười hoạt động hỗ trợ chương trình quản lý chất lượng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Báo cáo tại Hội thảo quản lý chất lượng bệnh viện. Thành phố Hồ Chí Minh. Tháng 8-2011.
5. Quốc hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23/11/2009.
6. Chính phủ. Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 hướng dẫn chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.
7. Tổ chức Y tế Thế giới. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007:
8. Viện nghiên cứu hệ thống y tế - Bộ Y tế Malaysia. Promoting for Quality of Healthcare. 2004.
9. Juran Joseph M. ; Godfrey Blanton A. Juran's Quality Handbook. Fifth edition, 1999.
10. USAID. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality (2002), pages: 51-76.
11. USAID. Quality Assurance Project. [Monitoring the Quality of Hospital Care](#). 2000.
12. American College of Medical Quality. Medical Quality Management-Theory and Practice, 2010.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 – 5 bằng cách điền các từ vào chỗ trống:

Câu 1. Bệnh viện là một cơ sở dịch vụ phức hợp với ít nhất 4 nhóm dịch vụ:

- A. khám- chữa bệnh
- B. ...
- C. ...
- D. ...

Câu 2. Bệnh viện có 2 loại quan hệ khách hàng:

A. ...

B. ...

Câu 3. Kể cho đủ 8 nhiệm vụ quản lý chất lượng của bệnh viện:

A. Lập kế hoạch, đề án về quản lý chất lượng bệnh viện

B. Áp dụng tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp quản lý chất lượng

C. Đo lường chất lượng và xây dựng cơ sở dữ liệu về quản lý chất lượng bệnh viện

D. Xây dựng bộ chỉ số về chất lượng bệnh viện

E. ...

F. ...

G. ...

H. ...

Câu 4. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm 4 yếu tố tổ chức:

A. Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện

B. ...

C. ...

D. ...

Câu 5. Avedis Donabedian đã đưa ra lý thuyết đo lường chất lượng về 3 mặt:

A. ...

B. ...

C. ...

Phân biệt đúng – sai các câu từ 6 – 10 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 6. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.		

<p>Câu 7. <i>Đo lường xu hướng</i> là đo lường lúc khởi đầu các biện pháp can thiệp về chất lượng nhằm đánh giá chất lượng y tế tại thời điểm trước can thiệp. Sau khi triển khai các giải pháp can thiệp về chất lượng, <i>Đo lường hiện trạng</i> giúp đánh giá hoặc xem xét các giải pháp can thiệp về chất lượng có mang lại hiệu quả hay không.</p>		
<p>Câu 8. Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do Giám đốc bệnh viện ra quyết định thành lập; Chủ tịch hội đồng là trưởng phòng hoặc tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện.</p>		
<p>Câu 9. Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách.</p>		
<p>Câu 10. Tất cả cán bộ, viên chức, nhân viên y tế phải tham gia các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của từng cá nhân.</p>		

BÀI 3

ĐO LƯỜNG CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm chất lượng dịch vụ KBCB và nền tảng cơ bản của quản lý chất lượng.
2. Mô tả được 8 đặc tính cơ bản của chỉ số chất lượng
3. Phân biệt được phương pháp và công cụ đo lường chất lượng
4. Thể hiện được sự tin tưởng vào độ tin cậy và tính giá trị của phương pháp và công cụ đo lường chất lượng khám chữa bệnh

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

1.1. Khái niệm chất lượng:

Chất lượng là gì? Câu trả lời khác nhau với những quan điểm khác nhau. Trong ngành công nghiệp dịch vụ thì “Khách hàng là Thượng đế, vì vậy việc đáp ứng được nhu cầu và mong đợi của khách hàng là chất lượng”. Với các lãnh đạo và quản lý thì “Chất lượng là làm đúng việc ngay từ lần đầu tiên và làm việc đó tốt hơn trong những lần tiếp theo”

1.2. Khái niệm chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh:

Chất lượng là mức độ mà dịch vụ y tế cung cấp cho cá nhân hoặc cộng đồng có thể làm tăng khả năng đạt được kết quả về sức khoẻ mong đợi và phù hợp với kiến thức về chuyên môn hiện hành.

Khái niệm nghe khá đơn giản, tuy nhiên để xác định sự gia tăng, cần trả lời được câu hỏi như: Hôm nay người bệnh có khoẻ hơn hôm qua không? Ngày mai, liệu người bệnh có khoẻ hơn hôm nay không?...

Để trả lời được chính xác các câu hỏi như vậy, cũng là trả lời về mức độ chất lượng, cần phải đo lường chính xác mức độ thực hiện nhiệm vụ, công việc trước đây, hiện nay và tương lai.

1.3. Nền tảng cơ bản của quản lý chất lượng:

- Cam kết
- Làm việc nhóm
- Tập trung vào hệ thống
- Người bệnh là trung tâm
- Do dữ liệu quyết định

2. Dữ liệu và đo lường chất lượng

“Nếu không thể đo lường, bạn không thể quản lý chất lượng” (Peter Drucker)

Để đánh giá đã đạt chất lượng hay chưa, ta phải đo lường.

Đo lường chất lượng là nội dung cơ bản nhất của hoạt động đảm bảo chất lượng (QA). Tuy nhiên, trong quản lý chất lượng nói chung, việc đo lường là cần thiết cho tất cả các hoạt động. Tiến trình thực hiện cải tiến chất lượng (QI) đòi hỏi phải đo lường trước, trong và sau khi thực hiện các thay đổi; nó giúp chúng ta nhận định về vấn đề chất lượng một cách rõ ràng, cung cấp bằng chứng để ra những quyết định điều chỉnh các hoạt động ngay trong quá trình triển khai kế hoạch cải tiến, cũng như đánh giá hiệu quả của giải pháp cải tiến.

Theo truyền thống, việc ra quyết định được thực hiện thông qua quá trình tương đối như kinh nghiệm sẵn có, am hiểu nội tình, trực giác. Các quyết định như vậy đôi khi gây ra hậu quả kém hiệu quả hay lãng phí. Để ra quyết định có hiệu quả, hiệu suất, kinh nghiệm và hiểu biết cá nhân không phải bao giờ cũng đủ vì như vậy thường ta chỉ thấy được những điểm giống nhau giữa quá khứ và hiện tại, ta có thể không thấy được những điểm khác biệt.

Sử dụng dữ liệu giúp ta đưa ra những quyết định dựa vào bằng chứng xác thực, không phải chỉ dựa vào linh cảm, tìm ra được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề chứ không phải chỉ hành động theo các biểu hiện bề ngoài, từ đó đưa ra giải pháp lâu dài thay vì chỉ lệ thuộc vào giải pháp tức thì.

2.1. Dữ liệu và thông tin

Nhận định của Tổ chức y tế thế giới “Ở các nước đang phát triển hiện có rất nhiều dữ liệu nhưng lại nghèo thông tin.”

Dữ liệu là gì?

Dữ liệu (data) là mục tiêu, cũng là kết quả của đo lường chất lượng

Dữ liệu là sự trình bày của một sự kiện, một khái niệm, một hướng dẫn bằng một hình thức thích hợp để có thể dễ dàng thông tin, diễn giải và xử lý theo phương pháp thủ công hay thông qua các phương tiện điện tử.

Thành phần của dữ liệu chính là một tin, một ý tưởng, một khái niệm hay một sự kiện chưa xử lý/sự kiện thô (Abdelhak et al., 1996)

Thông tin là gì?

Thông tin (information) là hình thức dữ liệu thứ phát, đã được xử lý và trình bày theo một định dạng có ý nghĩa, phù hợp với những mục tiêu đã định, nhằm hướng đến một nhóm người dùng cụ thể.

Thông tin chính là “linh hồn” của hoạt động đo lường chất lượng.

Dữ liệu rất cần thiết cho công tác hoạch định và đánh giá các hoạt động CTCL. Tuy nhiên, dữ liệu chỉ có ý nghĩa thật sự khi nó được chuyển thành thông tin. Dữ liệu cần được tổ chức lưu trữ, phân tích và sử dụng, nhằm phục vụ các hoạt động quản lý chất lượng. Có nhiều hình thức tổ chức dữ liệu, nhưng khi nó được tổ chức thành một định dạng có ý nghĩa thì được gọi là thông tin. Nói cách khác, thông tin là hình thức tổ chức có ý nghĩa của dữ liệu. Dữ liệu nguyên phát là nguồn cơ sở cho thông tin. Do đó, muốn có được thông tin chất lượng cao, chúng ta cần phải quan tâm đến chất lượng dữ liệu nguyên phát được thu thập, chất lượng của dữ liệu mới chính là thứ quan trọng nhất. Dữ liệu phải bảo đảm được chuyển thành thông tin hữu ích cho nhà quản lý vì việc thu thập dữ liệu có chất lượng có thể tiêu tốn nhiều thời gian, công sức và tiền bạc. Do đó, cần xem xét các yếu tố sau nhằm đảm bảo tính cân bằng giữa việc nâng cao chất lượng dữ liệu với chi phí bỏ ra, đó là:

- Thời gian và chi phí thu thập dữ liệu;
- Thu thập ít dữ liệu và tập trung vào dữ liệu quan trọng hơn là thu thập dữ liệu một cách tràn lan nhưng thường không dùng đến
- Phân biệt dữ liệu của người bệnh nội trú và ngoại trú, dữ liệu nội trú thường nhiều và lặp lại nhưng có thể bổ sung thông qua hồ sơ điều trị, ngược lại dữ liệu người bệnh ngoại trú thường cần thực hiện tức thì theo thời gian thực vì hầu như không thể bổ sung, trừ những trường hợp rất đặc biệt.

2.2. Những đặc tính cần có của một dữ liệu có chất lượng

- Tính chính xác và tính giá trị (accuracy and validity)
- Tính tin cậy (reliability): dữ liệu thích hợp, ổn định và thông tin được khái quát hóa theo cách dễ hiểu
- Tính đầy đủ (completeness): có tất cả dữ liệu cần thiết
- Tính rõ ràng (legibility): dữ liệu có thể đọc được
- Tính hiện hành và kịp thời (currency and timeliness): dữ liệu được thu thập ngay thời điểm quan sát
- Tính dễ truy cập (accessibility): dữ liệu sẵn có đối với người có thẩm quyền truy cập bất cứ khi nào và ở đâu
- Tính ý nghĩa hay hữu dụng (meaning or usefulness): thông tin trực tiếp vào vấn đề và có ý nghĩa
- Tính bảo mật và an toàn (confidentiality and security): cả 2 yếu tố này đặc biệt quan trọng đối với người bệnh và trách nhiệm pháp lý.

2.3. Nguồn dữ liệu:

Những dạng đặc thù và nguồn dữ liệu sau đây thường dùng trong quản lý chất lượng dịch vụ y tế:

2.3.1. Dữ liệu hành chính: là những thông tin về nhân khẩu, mã số cho biết các biện pháp chẩn đoán bệnh, thủ tục thực hiện, lệ phí đã thu.

Dữ liệu này cung cấp thông tin về những quy trình chăm sóc chính, theo nhóm đối tượng. Dữ liệu này luôn sẵn có và không tốn kém để thu thập. Tuy nhiên, hạn chế của dữ liệu này là ít thông tin về lâm sàng, thiếu tính cập nhật về chẩn đoán và quy trình điều trị, chăm sóc, không có định nghĩa lâm sàng, gây ra mơ hồ. Nguồn dữ liệu này có thể gồm các nhóm: [1] Cơ sở dữ liệu quản lý hành chính; [2] Kênh thông tin khách hàng (đường dây nóng, hộp thư góp ý, phản hồi ý kiến trực tiếp ở phòng tiếp dân); [3] Cơ sở dữ liệu thu phí dịch vụ; [4] Đăng ký người bệnh vào viện, chuyển viện, ra viện

2.3.2. Dữ liệu lâm sàng: là những thông tin đề cập tới thuộc tính lâm sàng của người bệnh, đại diện những yếu tố mà nhân viên y tế sử dụng khi chăm sóc, điều trị như triệu chứng, dấu hiệu sinh tồn, kết quả xét nghiệm. Đây là những dữ liệu quan sát được do các nhân viên y tế (những người có chuyên môn như bác sĩ, điều dưỡng...) ghi lại trong hồ sơ bệnh án, được sử dụng trong quá trình khám, chữa bệnh (chẩn đoán, điều trị...).

Nguồn dữ liệu này có thể gồm các nhóm:

- Hồ sơ bệnh án;
- Thu thập dữ liệu tiến cứu (tiến hành song song việc thu thập thông tin theo biểu mẫu có cấu trúc cùng với ghi chép thông tin trong hồ sơ bệnh án)
- Cơ sở dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hoặc nhà thuốc đối với những nơi đã thực hiện việc quản lý số hóa

2.3.3. Điều tra khách hàng: dữ liệu thu thập được từ khách hàng (người bệnh hay người thân/người nhà/người đại diện cho người bệnh). Dữ liệu có thể thu thập được qua phỏng vấn trực tiếp hay phát bảng câu hỏi để họ trả lời. Dữ liệu này quan trọng vì xác định được:

- Cách người bệnh nhìn nhận về dịch vụ khám, chữa bệnh mà họ sử dụng;
- Chất lượng giao tiếp;
- Thái độ và tâm lý của người bệnh.

Nguồn dữ liệu này có thể gồm các nhóm:

- Các loại hình điều tra (ví dụ: điều tra về sự hài lòng của người bệnh, nhân viên, khảo sát nhu cầu dịch vụ mới);
- Phỏng vấn qua điện thoại;
- Phỏng vấn nhóm (Focus group).

2.3.4. Quan sát: là cơ chế khách quan ghi lại hành vi cụ thể trong quá trình khám, chữa bệnh được thực hiện một cách có hệ thống để tránh thành kiến

Đối với các loại dữ liệu thu thập từ các cơ sở dữ liệu sẵn có, việc mã hóa nhóm (coding) là rất quan trọng, và cần phải làm trước khi chiết

suất dữ liệu vào những nhóm đoàn hệ (cohort) để phân tích dữ liệu. Những dạng mã hóa thường dùng là mã hóa theo ICD-10, phân nhóm thủ thuật - phẫu thuật, nhóm chi tiêu tài chính, hoặc những nhóm thuốc hoặc vật tư y tế đặc biệt mà nhóm đang quan tâm trong hoạt động cải tiến.

Tùy theo từng hoạt động CTCL, cần xác định mục tiêu đánh giá - đo lường để chọn nguồn dữ liệu thích hợp nhất, chọn lựa một vài đo lường quan trọng nhất, và xác định chiến lược thu thập dữ liệu tốt nhất nhằm có được thông tin đầy đủ, chính xác và kịp thời. Trong các CTCL qui mô nhỏ, do nguồn lực thường hạn chế, cần giới hạn việc thu thập dữ liệu một cách thích hợp, sử dụng các nguồn dữ liệu hiện có hoặc thu thập trên các hệ thống có tính tự động hóa (nếu có thể) để tiết kiệm thời gian và công sức.

Điểm cần nhớ sau cùng là kế hoạch thu thập dữ liệu cần phải lập ngay từ giai đoạn lập kế hoạch cải tiến. Cần xác định rõ trong kế hoạch những dữ liệu nào cần có, định nghĩa rõ ràng để tránh nhầm lẫn, chỉ dẫn cách thu thập, nơi có thể tìm dữ liệu, khi nào cần phải thực hiện và phân công trách nhiệm cho người thu thập và kiểm tra dữ liệu một cách cụ thể. Những người được phân công cần được tập huấn trước khi thực hiện nhằm đảm bảo chất lượng và sự đầy đủ của dữ liệu thu thập, cho dù đó là những loại dữ liệu đã được chuẩn hóa trong tổ chức (nhưng trong mỗi hoạt động CTCT thường có những giới hạn thu thập dữ liệu chuyên biệt và đặc thù). Trong những ngày đầu mới triển khai, việc kiểm tra nhanh để phát hiện các sự cố liên quan đến kế hoạch thu thập dữ liệu là rất cần thiết nhằm kịp thời điều chỉnh để có thể có được dữ liệu chính xác và đầy đủ nhất. Muốn có được dữ liệu chất lượng cao thì mọi việc phải bắt đầu từ khâu thu thập dữ liệu, tiếp đến là chất lượng mã hóa và sau đó mới đến khâu xử lý và phân tích dữ liệu. Dữ liệu nguồn không đảm bảo chất lượng thì những khâu tiếp theo không thể tạo ra thông tin có chất lượng cao.

3. Đo lường chất lượng

Y học dựa trên bằng chứng và quản lý dựa trên bằng chứng đã có những kỹ thuật hỗ trợ để cải tiến chất lượng khám chữa bệnh.

Đo lường: PM (Performance Measurement) là quá trình định lượng thuộc tính của một hoạt động, đưa ra kết quả là con số từ quá trình định lượng và dùng con số đó vào quá trình so sánh

Như vậy, đo lường cho phép chuyển đổi các thuộc tính của hoạt động thành hình thức có thể định lượng được, thực hiện qua 3 bước:

- Xác định một đơn vị đo lường (lượng giá thuộc tính của hoạt động)
- Thiết lập một công cụ đo lường với đơn vị đo đã xác định
- Áp dụng công cụ đo lường cho hoạt động cần đo lường để định lượng thuộc tính và biểu đạt, diễn giải theo đơn vị đo lường

3.1. Lợi ích của đo lường:

- (1) Tạo ra ngôn ngữ chung với mức độ chính xác và sự rõ ràng cần thiết để phát hiện, phân tích và giải quyết vấn đề
- (2) Cung cấp số liệu sử dụng để xác định vấn đề ưu tiên
- (3) Thiết lập những quy chuẩn, các điểm tham chiếu là cơ hội, giải pháp khả thi cho cải tiến chất lượng
- (4) Theo dõi sự tiến bộ theo thời gian: Biết kết quả của quá trình cải tiến chất lượng (tốt lên hay xấu đi), cải tiến được đến mức nào
- (5) Thúc đẩy sự chấp nhận và tham gia vào những mục tiêu và quá trình cải tiến chất lượng: đưa ra những mốc quan trọng để mọi người có thể phấn đấu

3.2. Phân nhóm hoạt động đo lường

Dựa trên mô hình chất lượng của Donabedian, có thể chia hoạt động đo lường thành các nhóm tương ứng với các giai đoạn của một quy trình:

- Đo lường yếu tố đầu vào hay đo lường cấu trúc
- Đo lường hoạt động thực tế đã diễn ra trong qui trình hay đo lường quá trình
- Đo lường các yếu tố đầu ra hay đo lường kết quả (output, outcome).
- Đối với những hoạt động có tính dài hạn, người ta còn thực hiện đo lường mức độ ảnh hưởng hay còn gọi là đo lường cân bằng (balancing or impact measure).

Nếu xét về mục đích và loại dữ liệu, trong y tế có thể chia thành 4 nhóm (domains) đo lường chính:

- Đo lường chất lượng dịch vụ lâm sàng (bao gồm cả đo lường quy trình và kết quả);
- Đo lường hiệu quả tài chính (financial performance);
- Đo lường tình trạng chức năng (functional status);
- Đo lường hài lòng người bệnh (patient satisfaction).

Cả 3 loại sau cùng thông thường thuộc về nhóm đo lường mức độ ảnh hưởng (impact).

Các nhóm chất lượng thường có xu hướng đo lường quá mức cần thiết, điều này cần phải lưu ý vì nó làm tiêu hao thời gian, công sức và tiền bạc. Trong các báo cáo đánh giá mang tính hệ thống và dài hạn thường cần thiết cả 4 nhóm dữ liệu trên. Nhưng trong các hoạt động CTCL thông thường, chúng ta chỉ nên tập trung đo lường một hay vài nhóm dữ liệu có liên quan trực tiếp để đánh giá hiệu quả của hoạt động cải tiến. Về thứ tự ưu tiên thực hiện đo lường khi triển khai hoạt động cải tiến, nên chọn đo lường kết quả hoạt động nếu có thể, vì nó là biểu hiện trực tiếp của hiệu quả do hoạt động cải tiến mang lại. Trong trường hợp không thể đo lường kết quả, có thể chọn các đo lường qui trình. Đo lường ảnh

hường thường không phản ánh trực tiếp hiệu quả hoạt động cải tiến vì có rất nhiều yếu tố gây nhiễu hoặc ảnh hưởng. Trong quá trình thực hiện CTCL, loại đo lường này ít khi sử dụng đơn lẻ mà thường sử dụng như một đánh giá cộng thêm cùng với đo lường qui trình hay kết quả trong đánh giá hiệu quả những hoạt động cải tiến ngắn hạn. Đo lường yếu tố cấu trúc thường ít sử dụng trong đánh giá hoạt động cải tiến, trừ khi hoạt động cải tiến chủ yếu liên quan đến sự thay đổi về nguồn lực.

Mục tiêu sử dụng kết quả đo lường sẽ chi phối việc đo lường:

Nếu sử dụng kết quả đo lường để đánh giá chất lượng của các cá nhân hay tổ chức, đơn vị nào đó, cần bảo đảm phương pháp, công cụ đo lường có thể đem lại kết quả chính xác và sẵn có dữ liệu vì các cá nhân hay tổ chức, đơn vị sẽ hạn chế ta tiếp cận dữ liệu của họ hoặc cung cấp dữ liệu sai như cách tự bảo vệ khỏi bị đánh giá tiêu cực, bị phán xét.

Nếu sử dụng kết quả đo lường để học hỏi, rút kinh nghiệm từ các lỗi, các sai sót thì các cá nhân hay tổ chức, đơn vị sẽ hợp tác tìm ra nguyên nhân và xây dựng cơ chế để ngăn chặn, giải quyết. Sẽ không ai cảm thấy bị đe dọa khi chia sẻ dữ liệu nếu dữ liệu ấy được sử dụng cho mục đích cải tiến chất lượng chứ không phải để phán xét.

4. Phương pháp đo lường:

4.1. Xây dựng chỉ số

Có nhiều định nghĩa về chỉ số:

Chỉ số là các biến số giúp đo lường những thay đổi trực tiếp hoặc gián tiếp (WHO 1981)

Chỉ số là những biến số chỉ ra hoặc cho thấy một tình trạng nhất định bởi vậy có thể sử dụng để đo lường sự thay đổi (Green 1992)

Mặc dù có nhiều định nghĩa khác nhau, về cơ bản chỉ số là công cụ đo lường một tiêu chuẩn biểu hiện bằng tỷ lệ thức, phần trăm, tỷ suất... thông qua việc thu thập, phân tích dữ liệu.

Các chỉ số thường giúp chỉ ra mức độ đạt của các tiêu chí.

Các chỉ số không chỉ đo lường mức độ chất lượng mà còn đo lường sự sai lệch so với tiêu chuẩn (mức độ mong muốn đạt được).

Chỉ số là công cụ đo lường khách quan để một cơ sở y tế biết được mức chất lượng tại một thời điểm cụ thể và so sánh giữa các thời điểm khác nhau cũng như chiều hướng phát triển của chỉ số đó, tăng/giảm; tốt/xấu v.v... Mức chất lượng mong đợi hay hướng đến (bench mark) được xác định thông qua một giới hạn ngưỡng, đó là mức tối thiểu/tối đa có thể chấp nhận được hoặc mong đợi đạt được cho 1 tiêu chí chất lượng. Chúng ta chỉ có thể nhận định được những tiến bộ về chất lượng chăm sóc của một cơ sở y tế nếu chúng ta có khả năng trình bày khuynh hướng biến

thiên của các đặc tính chất lượng theo thời gian. Đó chính là ý nghĩa thực tiễn của chỉ số chất lượng.

Chỉ số chất lượng trong chăm sóc sức khỏe là cách đo lường chất lượng chăm sóc và dịch vụ, nó phải có liên hệ với những kết quả sức khỏe tốt hơn, phù hợp với những hiểu biết về khoa học hiện tại cũng như đáp ứng được nhu cầu và mong đợi của khách hàng (người bệnh).

Đặc tính cấu thành quan trọng nhất của một chỉ số chất lượng:

1) Có liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe hay phản ánh được chất lượng chăm sóc: đặc tính này đòi hỏi chỉ số chất lượng phải hướng đến ít nhất 1 trong 6 yếu tố cấu thành chất lượng dịch vụ y tế theo IOM, đó là: an toàn, hiệu quả, hiệu suất, tập trung vào người bệnh, kịp thời và công bằng;

2) Tính khoa học và cập nhật: đặc tính này đòi hỏi chỉ số phải dựa vào bằng chứng tốt nhất hiện có, hay dựa trên các hướng dẫn thực hành chăm sóc chuẩn hoặc các bộ tiêu chuẩn được thừa nhận, có thể chuẩn quốc gia hay chuẩn quốc tế;

3) Phù hợp với nhu cầu của người sử dụng dịch vụ: đặc tính này cần quan tâm đặc biệt khi xem xét các nhóm đối tượng sử dụng dịch vụ khác nhau.

Yếu tố cơ bản quyết định giá trị của 1 chỉ số trong cải tiến chất lượng:

1) Tính liên quan: Chỉ số phải liên quan trực tiếp đến hoạt động cải tiến và có mức ảnh hưởng đến toàn bộ hay phần lớn những người, bộ phận có liên quan đến hoạt động mà chỉ số cần đánh giá, hay nói cách khác là khi xây dựng chỉ số chất lượng cần phải bám sát mục tiêu cải tiến;

2) Khả năng đo lường: Cần phải cân bằng giữa mục tiêu hướng đến và công sức bỏ ra;

3) Tính giá trị: chỉ số phải có cơ sở khoa học;

4) Khả năng cải tiến: một chỉ số tốt là chỉ số mang tính dự báo sớm đối với các vấn đề chất lượng trong lĩnh vực có liên quan, đồng thời phải có thể thay đổi khi vấn đề đã được giải quyết, có như vậy chỉ số chất lượng mới có thể phản ánh chính xác thực trạng chất lượng của tổ chức tại một thời điểm cụ thể.

Chỉ số đánh giá hiệu quả của các hoạt động cải tiến cụ thể trong mỗi giai đoạn cần hướng đến các mục tiêu dài hạn, điều đó có nghĩa nên sử dụng những chỉ số chất lượng đã được chuẩn hóa tại cơ sở của mình để đánh giá nếu có thể. Trường hợp cần thiết có thể phát triển thêm các chỉ số mới nhưng cần lưu ý khả năng duy trì của các chỉ số này. Đôi khi có thể đánh giá các đề tài cải tiến chất lượng thông qua một chỉ số chính và một số chỉ số tạm thời, được sử dụng ngắn hạn trong một khoảng thời gian

trước, trong và sau khi thực hiện các thay đổi. Thông thường thời gian duy trì các chỉ số tạm thời này bằng khoảng 3 lần thời gian chính thức thực hiện các thay đổi.

Mỗi chỉ số chất lượng khi đã chọn cần phải định nghĩa một cách rõ ràng, làm cơ sở cho việc đo lường chính xác, khả năng so sánh theo thời gian. Những lỗi thường thấy nhất là không định nghĩa cụ thể về chỉ số dẫn đến việc đo lường ở những thời điểm khác nhau, giữa những người khác nhau là không giống nhau; dẫn đến việc so sánh và chính xác, kéo theo những quyết định không phù hợp.

Tùy theo loại chỉ số, đối tượng thực hiện (đo lường nội bộ hay thuê tổ chức đo lường độc lập) mà có thể điều chỉnh định nghĩa một chỉ số chất lượng cho phù hợp. Tuy nhiên, những yếu tố cơ bản của chỉ số cần phải đầy đủ.

Yếu tố cơ bản của một bộ định nghĩa chỉ số (nếu trình bày tách rời 1 kế hoạch cải tiến chất lượng) cần có gồm:

1] Tên/tiêu đề chỉ số (Indicator): Phần này cần nêu tên gọi của chỉ số, lĩnh vực liên quan, cơ sở, mục tiêu hay ý nghĩa của chỉ số chất lượng.

2] Khung thời gian, chu kỳ đo lường của chỉ số (Time frame). Ví dụ: hàng tuần, tháng, quý. Trong các cải tiến chất lượng ngắn hạn, chu kỳ hàng tuần là thích hợp nhất.

3] Định nghĩa các biến số trong công thức tính chỉ số. Ví dụ đối với một tỉ lệ cần có định nghĩa tử số (Numerator) và mẫu số (Denominator).

4] Công thức tính chỉ số: trình bày công thức tính chỉ số và đơn vị của chỉ số.

5] Hướng dẫn đo lường các biến số: cần trình bày rõ nguồn dữ liệu, phương pháp thu thập dữ liệu, công cụ thu thập dữ liệu, phương pháp báo cáo dữ liệu, phương pháp xử lý dữ liệu đo lường.

6] Các giới hạn cảnh báo hay ngưỡng của chỉ số. Trong kế hoạch cải tiến chất lượng, phần này thường trình bày các nội dung: chuẩn, chỉ số và ngưỡng cần đạt. Đối với các chỉ số chất lượng đo lường thường qui, cần xác định giới hạn cảnh báo nguy hiểm (trigger) để có thể nhận biết khi tình hình trở nên xấu đi.

7] Trách nhiệm thực hiện: Phần này cần nêu rõ ai, bộ phận nào thực hiện. Phần này cũng có thể nêu bộ phận có trách nhiệm xem xét, giải trình nếu có diễn biến bất thường về giá trị đo lường của chỉ số.

8] Qui định tiếp cận và bảo mật thông tin: Phần này nêu rõ kết quả đo lường chỉ số phải báo cáo cho ai, bộ phận nào. Đây là phần quan trọng nhằm đảm bảo thông tin được báo cáo kịp thời cho người có trách nhiệm để xử lý. Nó cũng đảm bảo tính an toàn và bảo mật thông tin trong quản lý chất lượng.

5.2. Kiểm định chất lượng:

Kiểm định chất lượng là quá trình độc lập, có hệ thống, được ghi lại bằng văn bản với các hoạt động kiểm tra/điều tra áp dụng có mục đích đối với bất kỳ quy trình/hoạt động anof nhằm xác định xem: (1) Các hoạt động chất lượng và kết quả liên quan có tuân theo văn bản của hệ thống quản lý; (2) Các thủ tục trong văn bản về chất lượng có được thực thi một cách hiệu quả và phù hợp để đạt được các mục tiêu mong muốn không

Điều kiện tiên quyết để kiểm định có hiệu quả:

- Kiểm định viên phải thành thạo trong lĩnh vực kiểm định
- Kiểm định viên không được kiểm định công việc của chính họ nhằm đưa ra một bản báo cáo kiểm định không định kiến

Kiểm định chất lượng dịch vụ là kiểm định đánh giá những hoạt động cần thiết để cung cấp một dịch vụ.

Kiểm định hệ thống chất lượng là kiểm định đánh giá hệ thống hỗ trợ việc cải tiến chất lượng liên tục

Kiểm định chất lượng có 3 loại:

1) Kiểm định của bên thứ nhất (nội bộ)

Do tổ chức/đơn vị sử dụng để đánh giá hiệu quả của hệ thống QLCL của chính tổ chức/đơn vị mình nhằm:

- Xác định các điểm yếu, điểm mạnh trong hệ thống;
- Giám sát việc phát triển và thực hiện của hệ thống QLCL;
- Phát hiện những điểm không thích hợp và thực hiện hành động điều chỉnh để chuẩn bị cho cuộc kiểm định của bên ngoài;
- Giám sát việc duy trì và hiệu quả của hệ thống QLCL;
- Chỉ rõ và giải quyết các vấn đề về chất lượng.

Tần suất kiểm định nội bộ tùy thuộc:

- Quy mô của tổ chức/đơn vị;
- Tình trạng và tầm quan trọng của quá trình/hoạt động/chức năng;
- Tính phức tạp của dịch vụ;
- Kết quả phát hiện của cuộc kiểm định trước;
- Có kiểm định viên thành thạo hay không

2) Kiểm định của bên thứ hai (bên ngoài)

Là kiểm định của cơ quan quản lý hoặc theo đòi hỏi của khách hàng nhằm:

- Đảm bảo dịch vụ được tiếp tục duy trì và cải tiến;
- Giải quyết những trục trặc/vấn đề về chất lượng.

3) Kiểm định của bên thứ 3 (bên ngoài)

Là kiểm định do cơ quan/tổ chức độc lập hoặc cơ quan/tổ chức chứng nhận chất lượng thực hiện, chú trọng sự phù hợp với các tiêu chuẩn và việc thực hiện tiêu chuẩn.

Kiểm định bên ngoài có thể bắt buộc nếu kiểm định do cơ quan pháp luật thực hiện hoặc tự nguyện do cơ quan/tổ chức chứng nhận chất lượng thực hiện.

Tần suất kiểm định bên ngoài là từ 1-3 năm tùy thuộc khi nào có yêu cầu của cơ quan quản lý, khách hàng hoặc nhu cầu về cấp giấy chứng nhận

Có 2 phương pháp hiện nay được sử dụng nhiều trong kiểm định chất lượng dịch vụ y tế, đó là:

1) Đánh giá mức tuân thủ quy trình:

Tuân thủ là một trạng thái, hành vi phù hợp với hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật và văn bản quy phạm pháp luật hiện hành hoặc quá trình để đạt được trạng thái như vậy. Phương pháp này có thể xác định vấn đề tuân thủ cho từng yếu tố hoặc quy trình

Ví dụ: dịch vụ phù hợp được cấp phép, quy trình thông số kỹ thuật chuyên môn phù hợp với tiêu chuẩn

2) Phương pháp đánh dấu (Patient tracer and system tracer):

Đánh dấu là một phương pháp đánh giá, trong đó điều tra viên chọn một người bệnh hoặc khách hàng, quan sát và ghi chép lại toàn bộ lộ trình di chuyển tại một đơn vị/tổ chức để đánh giá chất lượng và đánh giá sự tuân thủ của đơn vị/tổ chức theo các tiêu chuẩn đã lựa chọn và các hệ thống cung cấp dịch vụ của đơn vị/tổ chức đó.

Phương pháp này có thể khảo sát hồi cứu các quy trình mà một cá nhân đã có kinh nghiệm trải qua bằng cách quan sát và nói chuyện với nhân viên trực tiếp thực hiện dịch vụ cho cá nhân đó hoặc điều tra viên trực tiếp khảo sát, đi theo một quy trình, quá trình điều trị nội trú của người bệnh, qua đó đánh giá việc tuân thủ của cơ sở y tế với tiêu chuẩn và xem xét cả hệ thống của cơ sở y tế đó cung cấp dịch vụ có an toàn, chất lượng hay không

Trong khi tiến hành các hoạt động đánh dấu, các điều tra viên có thể xác định các vấn đề tuân thủ, đánh giá hiệu suất cho một hoặc nhiều yếu tố, quy trình. Điều tra viên sẽ xem xét các xu hướng tuân thủ, có thể chỉ ra các vấn đề tiềm ẩn cấp hệ thống trong cơ sở y tế. Các hoạt động đánh dấu cũng cung cấp nhiều cơ hội cho điều tra viên cung cấp thông tin cho các nhà lãnh đạo, đào tạo nhân viên của cơ sở y tế, cũng như chia sẻ kinh nghiệm từ các cơ sở y tế tương tự khác

5. Công cụ đo lường chất lượng

Có nhiều công cụ và kỹ thuật khác nhau có thể được sử dụng trong CTCL. Sau đây đề cập tới những công cụ dung phổ biến nhất, tuy chỉ là những công cụ đơn giản nhưng đã được chứng minh là có ích trong *Công cụ có thể được chia thành 3 nhóm chính tùy thuộc khi nào sử dụng công cụ* (tóm tắt tại bảng 1):

- Công cụ thu thập dữ liệu
- Công cụ phân tích dữ liệu
- Công cụ thể hiện, trình bày dữ liệu đề án, kế hoạch CTCL.

Công cụ giúp dễ dàng thực hiện cũng như trình bày các ý tưởng. Tùy theo giai đoạn thực hiện các hoạt động cải tiến, một số công cụ khác nhau có thể được áp dụng đơn lẻ hoặc kết hợp. Công cụ CTCL giúp trực quan hóa tốt hơn, dẫn đến quá trình thảo luận và ra quyết định có hiệu quả hơn; cũng như tăng khả năng thuyết phục và lôi kéo người khác cùng tham gia vào hoạt động cải tiến.

Bảng 1: Phân nhóm công cụ đo lường chất lượng

Công cụ đo lường	Thu thập dữ liệu	Phân tích dữ liệu	Thể hiện dữ liệu
Điều tra			
- Phiếu điều tra	+++	-	-
- Phỏng vấn	+++	-	-
- Thảo luận nhóm tập trung	+++	-	-
- Quan sát	+++	-	-
Động não	+++	++	-
Động não - viết	++	++	+
Sổ theo dõi	++	+	+
Phiếu kiểm tra	+++	+++	++
Biểu đồ tiến trình	++	+++	++
Biểu đồ nguyên nhân - hậu quả (Biểu đồ xương cá/Ishikawa)	+++	+++	++
Biểu đồ phân tích	+++	+++	++
Biểu đồ bánh	-	+++	+++

Biểu đồ Pareto	-	+++	+++
Biểu đồ cột	-	+++	+++
Biểu đồ tần suất	-	+++	+++
Biểu đồ phân tán	-	+++	+++
Biểu đồ liên tục	-	+++	+++
Biểu đồ kiểm soát	-	+++	++
Sơ đồ tư duy	+++	+	+
Phân tích trường lực	-	+++	+

Ghi chú: +++ sử dụng thường xuyên ++ thỉnh thoảng
+ít sử dụng

Công cụ cũng có thể được chia thành 4 nhóm theo mục tiêu hoạt động cải tiến chất lượng (tóm tắt ở bảng 2):

- Xác định vấn đề chất lượng
- Phân tích và trình bày dữ liệu
- Tổ chức ý tưởng và phát triển giải pháp
- Triển khai thử và áp dụng hoạt động CTCL

Bảng 2: Phân loại công cụ CTCL theo mục tiêu

Công cụ & hoạt động	X ác định vấn đề	P hân tích vấn đề	Phát triển giải pháp	Triển khai thử &áp dụng
Thu thập dữ liệu	+	+	+	+
Động não	+	+	+	
Phân tích xác định quan hệ	+	+	+	
Kỹ thuật suy nghĩ tích cực	+		+	
Công cụ xác định ưu tiên				
Bỏ phiếu	+	+	+	
Ma trận xác định ưu tiên	+	+	+	

Công cụ & hoạt động	Xác định vấn đề	Phân tích vấn đề	Phát triển giải pháp	Triển khai thử & áp dụng
Chuyên gia ra quyết định	+	+	+	+
Mô hình hóa hệ thống	+	+		+
Sơ đồ tiến trình (lưu đồ)	+	+	+	+
Phân tích nguyên nhân hậu quả		+		
Phân tích trường lực		+		+
Công cụ thống kê và trình bày dữ liệu				
Biểu đồ thanh và quạt	+	+		+
Biểu đồ con chạy	+	+		+
Biểu đồ kiểm soát	+	+	+	+
Tổ chức đồ		+		+
Biểu đồ Scatter		+		+
Biểu đồ Pareto	+	+		+
Ý kiến khách hàng	+		+	
Đôi sánh chuẩn (<i>Benchmarking</i>)	+		+	
Biểu đồ Gantt		+		+
Bài học về đảm bảo chất lượng	+	+	+	+

Kết luận:

- Để cải tiến chất lượng, cần phải khách quan:
 - Đo lường hoạt động
 - Phát hiện nguyên nhân sâu xa của vấn đề thông qua đánh giá
 - Triển khai hành động và điều chỉnh
- Để đạt được cải tiến bền vững, cần phải có dữ liệu.

Cần lưu ý, dữ liệu được xem là “nền tảng” cho tất cả các hoạt động cải tiến chất lượng. Không có dữ liệu, chúng ta không thể đánh giá bất cứ hoạt động nào đã được thực hiện có hiệu quả hay không.

3. Có những công cụ đơn giản song hữu hiệu được thiết kế dùng cho những mục đích khác nhau:

- Tạo ý tưởng
- Thiết lập sự phân loại có ý nghĩa
- Lựa chọn ưu tiên
- Cung cấp phương hướng cho hoạch định chính sách
- Giúp hiểu rõ gốc rễ của vấn đề
- Giúp hiểu được quy trình

4. Các công cụ thống kê cũng được dùng để:

- Đo lường kết quả hoạt động
- Thể hiện số liệu về hoạt động theo một cách khác để phát hiện các loại thông tin cụ thể, như hoạt động qua thời gian và hoạt động tùy thuộc vào các biến thiên nhất định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Foundation of the American College of Healthcare Executives. *The Health Care Quality Book*. The second edition. AUPHA (2008).

2. Gerald J. Langley et al. *The improvement guide: A Practical Approach to Enhancing Organization Performance*, The 2nd Edition. Jossey-Bass (2009).

3. Joint Commission Resources. *Managing Performance Measurement Data in health Care*. The second edition (2008).

4. Lloyd P. Provost, Sandra K. Murray. *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement*. Jossey-Bass (2011).

5. MetaPlan GmbH. *Primer for The MetaPlan Technique*.

6. Rashad Massoud. *A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality* (2001).

7. UNICEF. *VIPP – Visualisation in Participatory Programmes. A Manual for facilitators and trainers involved in participatory group events* (1993).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1-10 bằng cách điền từ vào các chỗ trống:

Câu 1. Ba yếu tố đảm bảo tính cân bằng giữa việc nâng cao chất lượng dữ liệu với chi phí bỏ ra là:

- A. ...
- B. ...
- C. ...

Câu 2. Tám đặc tính cần có của một dữ liệu có chất lượng :

- A. Tính chính xác và tính giá trị
- B. Tính tin cậy
- C. ...
- D. ...
- E. ...
- F. ...
- G. ...
- H. Tính bảo mật và an toàn

Câu 3. Bốn nguồn dữ liệu sau đây thường dùng trong quản lý chất lượng dịch vụ y tế:

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...

Câu 4. Bốn nhóm hoạt động đo lường tương ứng với các giai đoạn của một quy trình:

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...

Câu 5. Xét về mục đích và loại dữ liệu, trong y tế có thể chia thành 4 nhóm đo lường chính:

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...

Câu 6. Hai giai đoạn của phương pháp đo lường:

A. ...

B. ...

Câu 7. Ba đặc tính cấu thành quan trọng nhất của một chỉ số chất lượng:

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 8. Kiểm định chất lượng có 3 loại:

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 9. Hai phương pháp hiện nay được sử dụng nhiều trong kiểm định chất lượng dịch vụ y tế là:

A. ...

B. ...

Câu 10. Công cụ đo lường chất lượng có thể được chia thành 3 nhóm chính tùy thuộc lúc sử dụng công cụ:

A. ...

B. ...

C. ...

Phân biệt đúng- sai các câu từ 11 – 17 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 11. “Nếu không thể đo lường, bạn không thể quản lý chất lượng”		
Câu 12. Dữ liệu (data) là mục tiêu, không phải là kết quả của đo lường chất lượng		
Câu 13. Thông tin (information) là hình thức dữ liệu nguyên phát, chưa được xử lý và trình bày theo một định dạng có ý nghĩa, phù hợp với những mục tiêu đã định		
Câu 14. Các nhóm chất lượng thường có xu hướng đo lường quá mức cần thiết		
Câu 15. Nếu sử dụng kết quả đo lường để đánh giá chất lượng của các cá nhân hay tổ chức, cần bảo đảm phương		

<p>pháp, công cụ đo lường có thể đem lại kết quả chính xác và sẵn có dữ liệu vì họ sẽ hạn chế ta tiếp cận dữ liệu hoặc cung cấp dữ liệu sai như cách tự bảo vệ khỏi bị đánh giá tiêu cực, bị phán xét.</p>		
<p>Câu 16. Chỉ số là các biến số giúp đo lường những thay đổi trực tiếp hoặc gián tiếp</p>		
<p>Câu 17. Đánh dấu là một phương pháp đánh giá, trong đó điều tra viên chọn một người bệnh hoặc khách hàng, quan sát và ghi chép lại toàn bộ lộ trình di chuyển tại một đơn vị/tổ chức để đánh giá chất lượng và đánh giá sự tuân thủ của đơn vị/tổ chức đó</p>		

BÀI 4

VAI TRÒ CỦA NGƯỜI LÃNH ĐẠO, QUẢN LÝ TRONG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Phát biểu được khái niệm và phân biệt được sự khác biệt giữa lãnh đạo và quản lý.
2. Trình bày được bản chất của lãnh đạo, phẩm chất cá nhân và kỹ năng cần thiết của người lãnh đạo.
3. Chỉ ra được người lãnh đạo cao nhất từ Bộ Y tế, Sở Y tế, Bệnh viện, khoa/phòng, đơn vị và kể được phương pháp để duy trì sự cam kết của họ trong cải tiến chất lượng bệnh viện.
4. Liệt kê đủ trách nhiệm của người lãnh đạo, quản lý trong cải tiến chất lượng bệnh viện.

NỘI DUNG

Quản lý xuất hiện ngay từ khi hình thành xã hội loài người. Ở đâu có con người, nhóm người hoặc một tổ chức thì ở đó có quản lý. Trong một gia đình, nhóm người hay một tổ chức, sẽ có người lãnh đạo, có người quản lý. Nội dung bài này sẽ thảo luận khái niệm, vai trò, trách nhiệm của người lãnh đạo và quản lý trong môi trường cải tiến chất lượng bệnh viện.

1. Khái niệm về quản lý và lãnh đạo

1.1. Khái niệm về lãnh đạo

Hiện nay khái niệm “người lãnh đạo” đang nhầm lẫn với người quản lý, hay chủ doanh nghiệp. Dù nhìn nhận theo cách nào, thì một người lãnh đạo phải đảm bảo được 3 yếu tố: khả năng tạo tầm nhìn, khả năng truyền cảm hứng và khả năng gây ảnh hưởng. Hiểu một cách đơn giản, người lãnh đạo là người có khả năng tạo ra tầm nhìn cho một tổ chức hay một nhóm và biết sử dụng quyền lực của mình để gây ảnh hưởng cho những người đi theo thực hiện tầm nhìn đó.

Theo Stogdill (1974), người lãnh đạo được thể hiện ở tính cách, cách ứng xử, sự ảnh hưởng đối với người khác, các hoạt động tương tác, mối quan hệ, vị trí quản lý, và nhìn nhận của người khác về tính hợp pháp của quyền lực và sự tạo dựng ảnh hưởng của người đó.

House (2004) định nghĩa rằng người lãnh đạo là cá nhân có khả năng gây ảnh hưởng, kích thích và khuyến khích người khác đóng góp vào các hoạt động có hiệu quả và thành công của tổ chức họ trực thuộc.

Theo Maxwell thì người lãnh đạo là người có khả năng gây ảnh hưởng:

- Trong bất cứ tình huống nào, một nhóm luôn luôn có một người nổi bật, có ảnh hưởng tới những thành viên khác, người đó là lãnh đạo. Vì vậy mỗi chúng ta đều gây ảnh hưởng và bị ảnh hưởng từ người khác. Điều này có nghĩa là: chúng ta lãnh đạo người khác trong một vài lĩnh vực; ngược lại ở một số lĩnh vực khác chúng ta được người khác dẫn dắt. Không ai nằm ngoài quy luật này: hoặc là người lãnh đạo hoặc là người bị lãnh đạo.

Người lãnh đạo có thể xuất hiện ở mọi vị trí, từ những người có chức vụ quan trọng đến những người có vị trí bình thường như chủ tịch nước, tổng thống, vua, các bộ trưởng, chủ tịch các tập đoàn đa quốc gia, giám đốc, kế toán trưởng, trưởng phòng, nhân viên, thuyền trưởng, cha xứ, giáo chủ một giáo phái, hay thậm chí là đội trưởng đội bóng, cha mẹ trong gia đình, trưởng nhóm trong một nhóm bạn học... Có thể thấy lãnh đạo luôn xuất hiện trong các nhóm hoặc tổ chức với tư cách là người đại diện, dẫn đầu, có khả năng đề xướng hướng đi cho mọi người, và quyết định cho các hoạt động nội bộ.

- Chúng ta nên chú ý tới hai cụm từ: “lãnh đạo” và “người lãnh đạo”. Lãnh đạo là động từ, chỉ hoạt động, còn người lãnh đạo là danh từ chỉ chủ thể thực hiện hành động. Nhưng lãnh đạo và người lãnh đạo không phải bao giờ cũng gắn với nhau. Đôi khi người được mệnh danh là nhà lãnh đạo thì không thực hiện được công việc lãnh đạo. Vì vậy, trong thực tế, thường có hai kiểu người lãnh đạo: người lãnh đạo chức vị và người lãnh đạo thật sự.

Người lãnh đạo chức vị có quyền hành do vị trí, nghi thức, truyền thống và các cơ cấu tổ chức đem lại. Người lãnh đạo này sử dụng chức vụ để gây ảnh hưởng lên người khác, khi mất chức rồi thì không còn gây ảnh hưởng lên người khác được nữa. Mọi người sẽ không phục tùng người lãnh đạo này nếu sự việc nằm ngoài thẩm quyền của ông ta.

Người lãnh đạo thật sự là người dùng tài năng, phẩm chất của mình để gây ảnh hưởng tới mọi người, lôi cuốn mọi người đi theo con đường của họ. Đây mới là những người lãnh đạo có giá trị bền vững, sức mạnh của họ đến tự nhiên xuất phát từ bản thân họ chứ không có sự tác động từ bên ngoài.

Có nhiều khái niệm khác nhau về lãnh đạo, song theo Jones và Jeoge: “Lãnh đạo là quá trình mà một người tạo ra ảnh hưởng tới những

người khác, thúc đẩy, khuyến khích và chỉ đạo các hoạt động để nhóm hoặc tổ chức đạt được mục tiêu đề ra”.

Theo Vũ Khoan (nguyên Phó Thủ tướng Việt Nam) “Lãnh đạo là người đề ra mục tiêu và dẫn dắt mọi người đi theo mục tiêu đó, muốn dẫn dắt được thì người ta phải nghe anh. Nếu anh dùng quyền lực để áp chế người ta nghe mình thì họ chỉ nghe giả vờ thôi. Muốn người ta tự nguyện đi theo thì anh phải có sức hấp dẫn về trí tuệ và nhân cách.

Có thể phát biểu một cách khái quát lãnh đạo và quản lý có 3 loại quyền lực: Địa vị, kiến thức và nhân cách, trong đó hai quyền lực sau có sức hấp dẫn đích thực hơn loại quyền lực thứ nhất.

Để có sức hấp dẫn thì những tố chất khác của một nhà quản lý, lãnh đạo, dù là lãnh đạo tổ chức, doanh nghiệp Nhà nước hay lãnh đạo tổ chức tư nhân thành công cần phải có. Đó là: không những phải hiểu về bản thân mình mà phải hiểu đất nước mình, dân tộc mình hình thành và phát triển ra sao để xây dựng cho mình một tinh thần công dân có trách nhiệm cao cả hơn nữa. Muốn trở thành lãnh đạo thì cần phải biết cách học hỏi các vị tiền bối, những nhà lãnh đạo đương thời và quá khứ, cả trong nước lẫn ngoài nước để biết cách phân tích những tố chất, hành vi, hiểu được tầm nhìn và vai trò ảnh hưởng của nhà lãnh đạo, để rồi từ đó tìm ra phương pháp rèn luyện và tạo động lực phấn đấu cho riêng mình. Phải có một tâm hồn nghệ thuật, biết thưởng thức âm nhạc và cảm thụ cái đẹp. Đặc biệt là yếu tố về sức khỏe và những kỹ năng vượt khó.

Những yếu tố quan trọng trên đều không phải tự nhiên mà có mà phải được học, rèn luyện và trải nghiệm từ rất sớm may ra có thành công, và nghiên cứu cho thấy lứa tuổi để bắt đầu tập trung rèn luyện những tố chất trên thường đạt hiệu quả tối ưu khi ở lứa tuổi 20 đến 25 tuổi”.

1.2. Khái niệm về quản lý:

Quản lý được thừa nhận là một khoa học liên ngành; là chức năng vốn có của mọi gia đình, mọi tổ chức, mọi nhóm người và mọi xã hội; quản lý là một nghệ thuật và là một nghề.

Có nhiều định nghĩa khác nhau về quản lý, nhưng chưa có một định nghĩa nào được thống nhất. Dưới đây là một số định nghĩa về quản lý thường dùng :

- Quản lý là làm cho mọi công việc được thực hiện bởi mọi người.
- Quản lý là sử dụng có hiệu quả các nguồn lực (nhân lực, phương tiện, kinh phí)
- Quản lý là sự tác động của đối tượng quản lý lên đối tượng được quản lý (khách thể quản lý) nhằm đạt được mục tiêu đặt ra trong điều kiện luôn biến đổi của môi trường.

1.3. Phân biệt quản lý và lãnh đạo

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

Quản lý là quá trình chủ thể quản lý tác động lên đối tượng quản lý để đạt được mục tiêu cụ thể đã đề ra và là lãnh đạo thực hiện các mục tiêu dài hạn.

Lãnh đạo là quá trình dẫn dắt, định hướng cho chuỗi các tác động của chủ thể quản lý và là quản lý các mục tiêu rộng hơn, xa hơn và khái quát hơn.

Người lãnh đạo và người quản lý: người lãnh đạo được mô tả là người "tìm đường", người quản lý là người "đi đường", chức năng lãnh đạo là "bức tranh lớn", chức năng quản lý lại hẹp hơn. Trong doanh nghiệp, người đứng đầu thường giữ cả hai vai trò lãnh đạo và quản lý, trong tình huống này họ thực hiện công việc lãnh đạo, trong tình huống khác họ thực hiện công việc quản lý. Mọi người có thể gọi họ là người lãnh đạo hoặc người quản lý của doanh nghiệp, và điều này dẫn tới những nhầm lẫn giữa nhà quản lý và nhà lãnh đạo. Phải chú ý rằng, một nhà lãnh đạo cũng là một nhà quản lý chuyên nghiệp, nhưng một nhà quản lý giỏi chưa chắc đã là một nhà lãnh đạo.

Theo tác giả của nhiều cuốn sách viết về lãnh đạo, John Maxwell, thì điểm khác biệt lớn nhất giữa người lãnh đạo và người quản lý được phân biệt dựa vào khả năng gây ảnh hưởng. Theo ông, để biết một người có thể lãnh đạo hay chỉ làm quản lý là đề nghị họ tạo ra những thay đổi tích cực. Nhà quản lý có thể tiếp tục duy trì phương hướng của tổ chức nhưng họ không đủ sức ảnh hưởng để đưa tổ chức tới một định hướng mới.

Điểm khác biệt thứ hai giữa một người lãnh đạo và một người quản lý là khả năng tạo ra tầm nhìn. Nhà lãnh đạo có khả năng tạo ra tầm nhìn cho tổ chức, hướng tới mục tiêu tương lai của tổ chức, còn nhà quản lý thì chỉ tập trung vào mục tiêu hiện tại của tổ chức.

Trong một bệnh viện, giám đốc, các trưởng phòng, trưởng khoa, điều dưỡng trưởng... chúng ta hãy xác định ai là người lãnh đạo, ai là người quản lý, hay một người làm cả hai chức năng?. Theo Peter Drucker, người quản lý có thể đóng vai trò của nhà lãnh đạo, nhưng nhà lãnh đạo thì không phải lúc nào cũng là nhà quản lý. Sự khác biệt lớn nhất giữa người lãnh đạo và người quản lý ở cách thức họ tổ chức lao động, khuyến khích người lao động làm việc và từ đó họ điều chỉnh những hành vi điều hành, quản lý trong tổ chức của họ. Cũng theo Peter Drucker, "Quản lý là làm đúng việc" (management is doing things right) tức là chỉ làm những

việc pháp luật và quy định cho phép và “lãnh đạo là làm đúng cách” (leadership is doing right things).

Bảng so sánh 2 khái niệm quản lý, lãnh đạo

Quản lý	Lãnh đạo
Nói về quyền hạn	Nói về tầm ảnh hưởng (cảm hóa)
Người quản lý có thể là lãnh đạo	Người lãnh đạo không phải lúc nào cũng là người quản lý
Đương đầu với những phức tạp	Đương đầu với sự thay đổi
Làm đúng luật, làm đúng quy định	Làm đúng đường lối, làm đúng cách
Tập trung vào sản phẩm	Tập trung vào con người

2. Bản chất của lãnh đạo, phẩm chất cá nhân và kỹ năng cần thiết của người lãnh đạo

Trong quản lý chất lượng, một trong những yếu tố quyết định đường lối, sự thành công của công tác quản lý chất lượng là vai trò của người lãnh đạo. Do vậy, phần này sẽ đề cập đến bản chất công việc, phẩm chất cá nhân và kỹ năng cần thiết của người lãnh đạo.

2.1. Bản chất của công việc lãnh đạo tổ chức

Thực chất công việc lãnh đạo là khả năng tạo ra tầm nhìn, cảm hứng và ảnh hưởng trong tổ chức. Ba nhiệm vụ này kết hợp với nhau, tạo nên sự khác biệt của một nhà lãnh đạo với bất kỳ ai. Người nhìn xa trông rộng không phải là người lãnh đạo nếu anh ta không thể truyền cảm hứng. Người tạo ra và duy trì được ảnh hưởng không phải là người lãnh đạo nếu anh ta không thể tạo ra một tầm nhìn. Tầm nhìn, cảm hứng và ảnh hưởng cần phải được thực hiện một cách khéo léo và bài bản, đòi hỏi nhà lãnh đạo phải có những phẩm chất và kỹ năng riêng biệt. Vì vậy, công việc lãnh đạo vừa mang tính chất nghệ thuật, lại vừa mang tính chất khoa học.

Tầm nhìn: là hình ảnh tích cực về tương lai của tổ chức mà tất cả mọi người trong tổ chức đều tin tưởng và mong muốn biến nó thành hiện thực. Tạo ra tầm nhìn là công việc chính của nhà lãnh đạo. Một nhà lãnh đạo phải biết dẫn dắt tổ chức mình đi tới đâu, phải hình dung ra tương lai chung của tổ chức.

Cảm hứng: Khi xây dựng được tầm nhìn, nhà lãnh đạo phải khơi dậy và truyền được cảm hứng cho người khác để họ đi theo và thực hiện. Nếu tầm nhìn không được truyền đạt tới mọi người và không được thực hiện thì tầm nhìn trở nên vô nghĩa. Vậy công việc thứ hai của nhà lãnh đạo là truyền cảm hứng cho mọi người.

Nhưng truyền cảm hứng ở đây không phải là việc miêu tả lại tầm nhìn một cách đơn giản, mà nhà lãnh đạo phải truyền đạt tầm nhìn một cách lôi cuốn, hấp dẫn nhất. Truyền cảm hứng ở đây cũng chính là tạo động lực cho những người đi theo mình. Khi thiếu động lực thì ngay cả công việc vô cùng đơn giản cũng trở thành những chướng ngại vật. Khi có động lực, chúng ta sẽ thấy một tương lai xán lạn, chướng ngại chỉ còn là chuyện nhỏ và những rắc rối chỉ còn là tạm thời, và công việc của nhà lãnh đạo chính là tạo động lực để cuốn hút mọi người.

Ảnh hưởng: Trong cuốn “Phát triển kỹ năng lãnh đạo”, John G. Maxwell định nghĩa “lãnh đạo là gây ảnh hưởng.” Lãnh đạo sẽ không thể là lãnh đạo nếu không có ảnh hưởng, và ảnh hưởng được tạo ra từ quyền lực của nhà lãnh đạo. Nói cách khác, tất cả các công việc lãnh đạo đều phải sử dụng đến quyền lực.

Quyền lực có thể được tạo ra từ chức vị, từ các mối quan hệ, từ bản thân mỗi cá nhân. Người ta thường kết hợp cả ba loại quyền lực này với nhau trong khi thực hiện công việc, tuy nhiên mức độ sử dụng mỗi loại quyền lực lại khác nhau. Trong công việc quản lý, nhà quản lý thường sử dụng quyền lực chức vị để buộc các nhân viên làm theo yêu cầu của mình đưa ra. Quyền lực đó mang tính cưỡng chế, sử dụng hình phạt để phát huy tác dụng. Còn trong công việc lãnh đạo, nhà lãnh đạo lại sử dụng quyền lực cá nhân, tức là quyền lực xuất phát từ phẩm chất, năng lực của mình. Quyền lực đó mang tính cuốn hút, lôi kéo người khác đi theo mình. Chính sự khác nhau trong việc sử dụng quyền lực giữa nhà lãnh đạo và nhà quản lý đã tạo ra sự khác nhau giữa công việc của hai nhóm người này. Chẳng hạn nhà quản lý sử dụng quyền lực chức vị của mình để tập trung, duy trì, giữ vững hệ thống, tiến trình sản xuất. Họ khó áp đặt mọi người đi theo một thay đổi nào đó. Ngược lại, nhà lãnh đạo lại là người tạo ra những thay đổi, vì bằng sức ảnh hưởng của mình họ có thể đưa mọi người tới một định hướng mới.

Nhiều người hay nói “nghệ thuật lãnh đạo”, điều đó cũng phần nào nói lên bản chất của công việc lãnh đạo, nhưng không phải là tất cả. Bản chất của công việc lãnh đạo là bao gồm cả nghệ thuật và khoa học.

Theo Lim và Daft (2004), nhiều kỹ năng và phẩm chất vốn có của lãnh đạo là điều không thể hoàn toàn học hỏi từ sách vở, mà nó được xây dựng từ những kinh nghiệm và sự thực hành thường xuyên. Hơn nữa, các kỹ năng lãnh đạo phải được vận dụng một cách khéo léo. Vì vậy, lãnh đạo giống như một nghệ thuật. Nhà lãnh đạo và người nghệ sĩ có những điểm

tương đồng với nhau, như họ luôn luôn cố gắng diễn tả tầm nhìn và mục đích của mình. Đó là đam mê của họ và là nguồn gốc của khát vọng. Khả năng truyền đạt một cách rõ ràng của lãnh đạo về việc họ là ai, họ chịu trách nhiệm về điều gì, họ sẽ đi đâu, hay khả năng để người khác theo mình một cách tự nguyện là một sự sáng tạo, và là đòi hỏi quan trọng để xây dựng sự tin cậy và tạo ra môi trường hỗ trợ cho các hành động của nhà lãnh đạo

Lãnh đạo cũng được xem là khoa học vì công việc lãnh đạo như một tiến trình và cần phải có những kỹ năng cần thiết để lãnh đạo hiệu quả. Muốn làm tốt công việc lãnh đạo, bản thân mỗi nhà lãnh đạo cần trang bị cho mình những kiến thức cần thiết về việc nghiên cứu lãnh đạo, sẽ giúp họ phân tích được các tình huống lãnh đạo từ các quan điểm học thuật khác nhau và có thể học cách trở thành lãnh đạo hiệu quả hơn.

2.2. Phẩm chất cá nhân cần thiết của người lãnh đạo

Để thực hiện công việc chính, người lãnh đạo phải tạo ra tầm nhìn cho tổ chức, truyền cảm hứng và gây ảnh hưởng để mọi người thực hiện tầm nhìn đó, nhà lãnh đạo phải có những phẩm chất đặc biệt. Năng lực lãnh đạo phụ thuộc nhiều vào phẩm chất của nhà lãnh đạo.

Phẩm chất chính là những yếu tố tạo nên giá trị của nhà lãnh đạo. Một số nhà nghiên cứu coi phẩm chất cá nhân là yếu tố quyết định đối với một nhà lãnh đạo. Học thuyết về năng lực lãnh đạo của Bass (công bố 1989 & 1990) đưa ra 3 học thuyết, trong đó có một thuyết tính cách (Trait Theory) cho rằng: Khi có một vài tính cách cá nhân đặc biệt thì người ta có thể đảm nhận vai trò lãnh đạo một cách tự nhiên.

Chuyên gia trong nghiên cứu đặc tính cá nhân Ralph Stogdill đã tiến hành hàng loạt nghiên cứu về lãnh đạo và kết luận: “Nhà lãnh đạo phải có động cơ mạnh mẽ, sự đam mê mãnh liệt và lòng kiên nhẫn để đạt được mục đích đề ra, khả năng dám mạo hiểm và tính sáng tạo độc đáo trong cách giải quyết vấn đề. Lãnh đạo phải có khả năng khởi xướng các hoạt động mới mẻ với sự tự tin, sự sẵn lòng chấp nhận hậu quả cho các quyết định và hành động của mình, có khả năng đối phó với căng thẳng, sẵn lòng tha thứ”.

Dưới mỗi khía cạnh nghiên cứu khác nhau, người ta lại đưa ra những nhóm phẩm chất khác nhau của nhà lãnh đạo. Chúng ta nên dựa vào bản chất công việc lãnh đạo để xác định phẩm chất cần có của một nhà lãnh đạo. Nhiều tài liệu liệt kê ra một số phẩm chất của người lãnh đạo. Trong khuôn khổ bài này, chúng ta tập trung phân tích 2 nhóm phẩm chất tác động tới chương trình cải tiến chất lượng bệnh viện như sau:

- Khả năng thích ứng với môi trường, nhạy bén, linh hoạt và sáng tạo để tạo ra tầm nhìn của bệnh viện/khoa/phòng: Tầm nhìn của nhà lãnh đạo phải dựa trên những thế mạnh của đơn vị và phải vượt qua được

những suy nghĩ thông thường. Phải có khả năng dự đoán những biến động để tận dụng chúng làm bàn đạp cho đơn vị tiến lên. Vì vậy, khả năng thích nghi, nhạy bén và linh hoạt cho phép nhà lãnh đạo nắm bắt được sự thay đổi nhanh chóng của môi trường kinh tế, xã hội. Phán đoán được những xu hướng phát triển và nhu cầu của người sử dụng dịch y tế trong tương lai. Sáng tạo là khả năng tư duy tạo ra cái mới, cái khác biệt có giá trị đối với bản thân, tổ chức và xã hội, cải tạo cái cũ cái lạc hậu để gia tăng giá trị dịch vụ y tế mà mình cung cấp. Sáng tạo có thể xuất phát chính từ niềm đam mê muốn khám phá, chinh phục cái mới. Tâm nhìn là một sự tưởng tượng về tương lai dựa trên thực tế, vì vậy người lãnh đạo phải có sự sáng tạo, phải có niềm đam mê và có tầm nhìn.

- **Tính nhất quán và sự tín nhiệm:** Để truyền cảm hứng và gây ảnh hưởng với người khác, bản thân người lãnh đạo phải gây dựng được niềm tin cho bản thân mình. Mọi người theo họ là vì tin vào khả năng, tin vào việc làm của họ trước khi tin vào tầm nhìn của họ đưa ra. Để tạo được niềm tin cho mình, phẩm chất quan trọng nhất mà nhà lãnh đạo cần phải có đó là tính nhất quán. Peter Drucker, tác giả của nhiều cuốn sách quản lý đã kết luận: “Yếu tố cần thiết cuối cùng để lãnh đạo hiệu quả là sự tín nhiệm. Nếu không, sẽ không có người theo bạn. Tín nhiệm nghĩa là tin chắc nhà lãnh đạo đó làm và những gì anh ta nói là một, chính là tin tưởng sự nhất quán trong con người anh ta”. Trong cuộc khảo sát của một trung tâm nghiên cứu về lãnh đạo của Mỹ có tới 1.300 giám đốc cấp cao cho rằng tính nhất quán là phẩm chất cần thiết nhất, 71% số người khảo sát coi đó là phẩm chất quan trọng nhất giúp nâng cao tầm ảnh hưởng của một nhà quản lý. Một người có tính nhất quán nghĩa là người ấy không bao giờ sống hai mặt, hay giả dối với chính mình cũng như với người khác. Hành động của nhà lãnh đạo phải tương đồng, phù hợp với hệ thống niềm tin, với mục tiêu mà mình theo đuổi và hướng mọi người thực hiện.

2.3. Kỹ năng thiết yếu của nhà lãnh đạo

Kỹ năng lãnh đạo là nói về khả năng vận dụng những kiến thức về lãnh đạo vào hoạt động thực tế để đạt được hiệu quả lãnh đạo cao nhất. Một nhà lãnh đạo giỏi phải có được các kỹ năng nhận thức, kỹ năng quan hệ và kỹ năng điều hành công việc.

Tất nhiên, không ai có thể hội tụ đủ tất cả các kỹ năng này, nhà lãnh đạo có thể có kỹ năng này nhưng không có kỹ năng kia. Vì vậy, họ cần phải có khả năng học tập liên tục và tự phát triển những kỹ năng mà mình còn khiếm khuyết, cũng như cần phải áp dụng một cách rất linh hoạt các kỹ năng trong công việc lãnh đạo của mình.

Kỹ năng nhận thức: bao gồm khả năng phân tích, tổng hợp vấn đề, suy nghĩ logic và toàn diện. Nhà lãnh đạo cần có các kỹ năng này để nhận thức được các xu thế phát triển, những cơ hội và thách thức trong tương

lai, dự đoán được những thay đổi, từ đó hình thành nên tầm nhìn cho tổ chức.

Kỹ năng quan hệ xã hội: bao gồm khả năng nhận thức về hành vi của con người và quá trình tạo lập mối quan hệ giữa con người với con người. Cụ thể đó là những hiểu biết về cảm xúc, thái độ, động cơ của con người thông qua lời nói và hành động của họ. Chính kỹ năng “hiểu người” sẽ giúp nhà lãnh đạo có cách truyền cảm hứng và tạo động lực cho cấp dưới một cách hiệu quả.

Martin Linsky, người đồng sáng lập của Tổ chức tư vấn Cambridge Leadership Associates đồng thời là trợ giảng trường Harvard, cho biết: “kỹ năng cần thiết cho việc lãnh đạo hiệu quả là kỹ năng tạo lập mối quan hệ, khác với những chuyên môn cụ thể”. Nhiều người thăng tiến nhờ vào sự xuất sắc trong việc áp dụng chuyên môn của mình trong kinh doanh. Và rồi, khi họ có được những vị trí cao hơn, họ có thể bị vấp ngã do họ đã cố gắng áp dụng những chuyên môn trước đây vào những vấn đề đòi hỏi kỹ năng hiểu biết con người và sự nhạy bén về mặt cảm xúc.

Kỹ năng điều hành công việc: là những kiến thức về phương pháp, tiến trình, kỹ thuật... về một lĩnh vực chuyên môn trong lĩnh vực mình lãnh đạo hay quản lý. Người lãnh đạo cần phải là người có tri thức và phải là chuyên gia trong lĩnh vực họ đang điều hành. Một nhà lãnh đạo giỏi phải là một nhà quản lý giỏi, vì vậy nhà lãnh đạo phải có được các kỹ năng quản lý, lập kế hoạch, điều hành công việc./.

3. Cam kết của người lãnh đạo - quản lý trong cải tiến chất lượng bệnh viện

Deming (1984) cho rằng nếu không có cam kết của nhà quản lý cao nhất thì sẽ không thực hiện được chất lượng trong tổ chức. Câu nói của ông được thể hiện “nếu anh không thể đến thì đừng cử ai đến cả”.

Một lần Deming được một trong số 500 công ty giàu có nhất toàn cầu mời giúp cải thiện chất lượng của công ty họ. Công ty đã cho xe limousine đến đón và sử dụng một máy bay riêng để đưa ông từ nhà ở Los Angeles đến trụ sở công ty ở Chicago (USA). Ông được vị phó chủ tịch và đoàn tùy tùng nghênh đón từ cổng vào công ty. Tại phòng họp của ban giám đốc, vị phó giám đốc giới thiệu các quan chức của mình và giới thiệu ông với họ rất đúng phép lễ nghi. Sau khi chào hỏi khắp lượt, tiến sĩ Deming xin gặp Chủ tịch công ty. Tuy nhiên, vị phó chủ tịch cho biết chủ tịch công ty gửi lời xin lỗi vì phải dự một cuộc họp quan trọng khác ở một nơi khác. Tiến sĩ Deming khi đó nói rằng ông lấy rất làm tiếc là không thể giúp họ thành công trong việc cải thiện chất lượng của công ty và đã rời khỏi cuộc họp.

3.1. Xác định người lãnh đạo-quản lý cấp cao nhất

Hầu hết các cơ quan, tổ chức đều có cơ cấu quản lý theo hình kim tự tháp. Hệ thống này sắp xếp các vị trí lãnh đạo, quản lý theo tầm quan trọng của quyền hạn và quyền ra quyết định của mỗi chức vụ và quyền lực, quyền hạn tăng theo mỗi cấp bậc. Những vị trí thấp hơn phải chịu sự điều khiển và kiểm soát của cấp cao hơn. Theo Weber, việc xác định rõ ràng hệ thống thứ bậc sẽ cho phép kiểm soát hữu hiệu cấp dưới do xác định rõ ràng vị trí của nhà quản lý.

Mỗi tổ chức, đơn vị đều dựa trên những nguyên tắc, tính khách quan, sự phân công lao động và chịu sự ràng buộc của một cơ cấu quyền lực. Cơ cấu này xác định ai là người có quyền đưa ra những quyết định quan trọng tại mỗi cấp quản lý trong tổ chức. Weber cho rằng có ba loại cơ cấu quyền lực:

- *Cơ cấu quyền lực kiểu truyền thống* dựa trên truyền thống hoặc phong tục. Quyền hạn thiêng liêng của các vị vua, các tù trưởng thuộc loại cơ cấu quyền lực này.

- *Quyền lực dựa trên uy tín* là quyền lực được sinh ra bởi những phẩm chất đặc biệt, được người khác thừa nhận. Quyền lực của các nhà quản lý thuộc loại này là quyền lực tự phát, tùy thuộc vào uy tín và sự tín nhiệm của các thành viên trong tổ chức, đơn vị.

- *Quyền lực do luật pháp hay nguyên tắc* mang lại, loại quyền lực này dựa trên các quy định của luật pháp và nguyên tắc, nội quy của cơ quan, tổ chức, được áp dụng đối với tất cả các thành viên của tổ chức. Hình thức quyền lực này dựa vào những quy định pháp lý, nguyên tắc bằng văn bản do một cơ quan chính quyền hợp pháp quy định.

Người lãnh đạo, quản lý cấp cao nhất của một tổ chức là người ra quyết định và tùy theo vị trí, cấp bậc trong tổ chức mà họ có thể chia thành ít nhất là 2 nhóm, có khi trùng lặp:

- Quản lý cấp cao nhất của hệ thống y tế, gồm Bộ Y tế (Lãnh đạo Bộ, Các Cục trưởng, Vụ trưởng hoặc cán bộ cấp cao thường trực (những cán bộ y tế cấp cao được bổ nhiệm và những người trực tiếp dưới quyền họ) Sở Y tế (Ban giám đốc, những quan chức cấp cao của các bộ phận liên quan khác tại các Sở Y tế).

- Quản lý cao nhất của các cơ sở là giám đốc các bệnh viện, giám đốc các trung tâm y tế, hiệu trưởng các trường và trung tâm đào tạo cán bộ y tế... là những người ra quyết định của các đơn vị y tế hoặc cơ quan liên quan đến y tế như các bệnh viện, các trường y dược...

Trong các bệnh viện, người giữ chức vụ quản lý, lãnh đạo của bệnh viện là Giám đốc và các thành viên của Ban giám đốc. Người lãnh đạo các phòng, khoa là trưởng phòng, trưởng khoa. Người lãnh đạo các lĩnh vực

chuyên môn như điều dưỡng trưởng, kỹ thuật viên trưởng. Những cá nhân trên sẽ có vai trò, vị trí là lãnh đạo hoặc quản lý trong những trường hợp và thời điểm cụ thể.

3.2. Đặc tính của một nhà lãnh đạo-quản lý có định hướng chất lượng

Người lãnh đạo-quản lý cao nhất của đơn vị phải thể hiện sự cam kết và có chính sách chất lượng rõ ràng, liên tục thông qua các hoạt động sau đây:

- Tuyên bố tầm nhìn, các chính sách và mục tiêu chất lượng nhất quán với mục đích của tổ chức.

- Lãnh đạo tổ chức bằng sự gương mẫu, niềm tin của mọi người với hình ảnh người lãnh đạo (tham dự và phát biểu ủng hộ tại các hội nghị tổng kết về chất lượng).

- Tuyên truyền về định hướng và các giá trị của tổ chức trong cung cấp dịch vụ y tế chất lượng.

- Tham gia các dự án chất lượng, tìm tòi những phương pháp, giải pháp mới, tích cực phục vụ cho cải tiến chất lượng bệnh viện.

- Chủ động tiếp nhận những phản hồi về hiệu quả và hiệu suất của các hoạt động cải tiến chất lượng.

- Xác định những hoạt động, dịch vụ y tế làm tăng uy tín cho bệnh viện.

- Xác định những quá trình hỗ trợ có ảnh hưởng đến hiệu quả và hiệu suất của các dịch vụ y tế.

- Tạo môi trường động viên, khuyến khích sự tham gia và phát triển của mọi người. Ví dụ, nhìn nhận những nỗ lực và thành tích của các nhân viên trong quá trình cải tiến chất lượng của bệnh viện.

- Cung cấp cơ cấu và các nguồn lực cần thiết hỗ trợ các kế hoạch chiến lược của các khoa/phòng/bệnh viện.

- Phát hiện, bổ nhiệm cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng là người có đủ năng lực, đáng tin cậy và thành thạo.

“Một Giám đốc của một bệnh viện công của Việt Nam xác định chất lượng dịch vụ y tế có chất lượng sẽ thu hút nhiều khách hàng tiềm năng bao gồm cả người bệnh và y bác sĩ có trình độ. Ông tập trung thuê công ty tư vấn đến hướng dẫn bệnh viện thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo ISO. Công việc đang tiến triển tốt đẹp thì ông được lệnh của cấp trên chuyển công tác đi nơi khác.”

Một Giám đốc mới được bổ nhiệm. Giám đốc mới cho rằng trong điều kiện thực hiện cơ chế tự chủ, bệnh viện có một số nhân viên đã từng được tiếp cận hoặc đã được đào tạo về quản lý chất lượng nên bệnh viện không cần phải thuê công ty tư vấn nữa. Mặt khác, thực hiện cải tiến chất lượng bệnh viện chỉ có thể thành công khi mà chính bản thân cán bộ nhân viên phải tự làm, công ty tư vấn ISO chỉ có thể hỗ trợ về kỹ thuật. Như vậy, việc sử dụng hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện theo ISO tại BV này đã được dừng lại” để bắt đầu một hệ thống quản lý chất lượng mới”.

Trên đây là hai quan điểm và hai cách làm việc khác nhau về quản lý chất lượng. Nếu là giám đốc bệnh viện, bạn chọn phương pháp nào?

3.3. Phương pháp giành được sự cam kết của người lãnh đạo - quản lý cao nhất trong cải tiến chất lượng bệnh viện

a. Khái niệm về sự cam kết:

Cam kết trong bài này có nghĩa là người lãnh đạo-quản lý cấp cao nhất của tổ chức quan tâm, ủng hộ bằng hành động, chứ không phải là lời nói. Tức là người lãnh đạo đó chủ động tham gia vào công tác chất lượng, chỉ đạo các hoạt động, cung cấp các nguồn lực và tạo thuận lợi cho các hoạt động để những ý tưởng, hoạt động, kế hoạch cải tiến chất lượng thành công. Người lãnh đạo đó có thái độ vui vẻ, ủng hộ và tự nguyện tìm hiểu hoặc tham gia học tập về những vấn đề liên quan đến chất lượng.

b. Phương pháp giành được sự cam kết của lãnh đạo:

Muốn người lãnh đạo-quản lý cao nhất hiểu và đưa ra cam kết, bạn cần phải làm gì đó để họ hiểu, tạo nên ấn tượng với công việc chất lượng. Bạn không thể giành cam kết của họ nếu họ không hiểu đầy đủ về điều bạn muốn họ cam kết.

Bạn phải chuẩn bị một bản kế hoạch hành động toàn diện, chi tiết để người lãnh đạo khi nghe, khi đọc sẽ hiểu được kế hoạch, hiểu được sự vai trò của lãnh đạo và cần thiết của sự cam kết. Kế hoạch hành động nên mô tả về dự án cải thiện chất lượng bao gồm cả mục tiêu, hoạt động, chi phí, nguồn lực, nhu cầu đào tạo, dự kiến kết quả đầu ra, thời gian thực hiện, thời hạn hoàn thành, người chịu trách nhiệm từng hoạt động.

Các nhà quản lý, lãnh đạo cấp cao khi phê duyệt một đề xuất gì đó, họ thường yêu cầu được biết hiệu quả đầu tư, nghĩa là, những lợi ích của chất lượng trong chăm sóc sức khỏe, ví dụ: thiết lập, duy trì và nâng cao sự hài lòng của khách hàng (bên trong/bên ngoài), tăng cường hiệu suất, sử dụng hiệu quả các nguồn lực và tiết kiệm chi phí.

3.4. Các biện pháp duy trì sự cam kết của cấp lãnh đạo - quản lý cao nhất trong cải tiến chất lượng

Bạn cần biết rằng người lãnh đạo-quản lý cấp cao nhất là người luôn bận rộn, nhất là những người hoạch định chính sách ở cấp Nhà nước,

cấp Bộ Y tế, cấp Sở Y tế. Để có được sự cam kết và duy trì sự cam kết của họ, bạn phải giành mọi cơ hội để họ tiếp cận, phát biểu, chỉ đạo thông qua các hoạt động sau:

- Đưa các nội dung hoặc các vấn đề chất lượng vào các cuộc họp hoặc hội nghị có sự tham gia của người lãnh đạo cấp cao. Ví dụ như hội nghị quản lý chất lượng toàn quốc, cấp tỉnh hoặc bệnh viện hoặc khoa có sự tham gia của họ và mời họ phát biểu.

- Chuẩn bị các bài phát biểu có nội dung về chất lượng hoặc cải thiện chất lượng cho nhà quản lý cấp cao nhất để họ tham khảo hoặc sử dụng phát biểu trong các hội nghị trên.

- Chuẩn bị nội dung trả lời các câu hỏi chất vấn trong các diễn đàn của Bộ Y tế, Sở Y tế có trích dẫn vấn đề chất lượng của ngành hoặc bệnh viện/khoa/phòng để hỗ trợ quan điểm của người lãnh đạo-quản lý cao nhất.

- Mời hoặc đề nghị người quản lý lãnh đạo cao nhất phát biểu khai mạc và chủ trì những phiên họp chính tại các hội nghị, hội thảo chuyên đề về chất lượng y tế.

Hội nghị, hội thảo về quản lý chất lượng của Sở Y tế hoặc bệnh viện phải có sự hiện diện của Giám đốc Sở Y tế hoặc Giám đốc bệnh viện thì công tác quản lý chất lượng bệnh viện mới thành công vì sự tham dự của họ đã chỉ ra sự cam kết trong đầu tư, chỉ đạo và ủng hộ của họ sau hội nghị này.

Trình lên các nhà lãnh đạo-quản lý cấp cao nhất những kết quả hoặc dự án về chất lượng, trong đó lựa chọn những các hoạt động:

+ Gửi các báo cáo tóm tắt (viết xúc tích, chỉ dài khoảng 1 trang) về những thành tích chất lượng quan trọng.

+ Chuẩn bị những cuốn sách nhỏ hoặc thư thông báo trong đó có tóm tắt ngắn gọn về các dự án cải tiến chất lượng hoặc mô tả ngắn gọn về những thành tích xuất sắc nhất.

+ Trình bày những thành tích chính về cải tiến chất lượng trong các hội nghị có sự tham dự của nhà quản lý cao nhất và mời họ tham gia các hội thảo ngắn về cải tiến chất lượng.

4. Vai trò và trách nhiệm của người lãnh đạo-quản lý trong cải tiến chất lượng bệnh viện

Người lãnh đạo-quản lý cấp cao có vai trò vô cùng quan trọng. Khi thực hiện chương trình cải tiến chất lượng bệnh viện, chúng ta cần xác định rõ ai là người có vai trò, trách nhiệm trong công tác cải tiến chất lượng? người lãnh đạo cấp cao trong bệnh viện là ai?

Người lãnh đạo bệnh viện/khoa/phòng có nhiệm vụ tạo nên (thiết lập) chính sách của đơn vị nhằm đạt được mục đích, tầm nhìn của bệnh viện. Hệ thống quản lý chất lượng phải được người lãnh đạo cao nhất của đơn vị thường xuyên xem xét để có những điều chỉnh cần thiết và đảm bảo chắc chắn rằng nó luôn hoạt động có hiệu lực và hiệu quả.

Muốn thành công trong quản lý chất lượng, người lãnh đạo cao nhất của bệnh viện, khoa, phòng phải quan tâm, am hiểu về hệ thống quản lý chất lượng và phải có cam kết tạo điều kiện, cung cấp đủ nguồn lực cần thiết để thực hiện những mục tiêu và chính sách chất lượng đã đề ra. Một chính sách chất lượng rõ ràng và sự cam kết chất lượng của ban lãnh đạo đơn vị có vai trò quyết định thành công đối với hệ thống quản lý chất lượng của bệnh viện.

Qua việc thiết lập chính sách chất lượng, người ta cũng có thể thấy được quan điểm, thái độ của lãnh đạo đơn vị đối với vấn đề chất lượng. Lãnh đạo đơn vị phải hiểu rằng: Muốn tồn tại và phát triển lâu dài, bệnh viện phải có trách nhiệm đối với khách hàng (bệnh nhân/nhân viên) của mình và với cộng đồng bằng cách tạo ra những dịch vụ, sản phẩm chất lượng và an toàn.

4.1. Trách nhiệm của giám đốc bệnh viện

a. Cam kết và thực hiện sự cam kết về cải tiến chất lượng bệnh viện thông qua các hoạt động sau:

- Chỉ đạo, phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư 19/2013/TT-BYT tới toàn thể cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.

- Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện theo hướng dẫn của Thông tư Quản lý chất lượng BV 2013.

- Lãnh đạo bệnh viện triển khai, áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

b. Bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng:

- Triển khai các hoạt động áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

- Duy trì và cải tiến chất lượng;

- Tổ chức và cử cán bộ đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

- Khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;

- Hợp đồng tư vấn, đánh giá, chứng nhận chất lượng.

- Các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh khác tùy theo nhu cầu bệnh viện.

c. Bảo đảm nguồn nhân lực và hỗ trợ đào tạo về quản lý chất lượng, bao gồm:

- Đầu tư nguồn nhân lực cho quản lý chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công nhân viên y tế chuyên trách, kiêm nhiệm về quản lý chất lượng;

- Tổ chức hoặc cử nhân viên y tế tham gia các khoá đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

- Cử nhân viên y tế chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về quản lý chất lượng bệnh viện.

d. Bảo đảm điều kiện thực hiện cải tiến chất lượng:

- Trang bị phương tiện phân tích, xử lý, lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng;

- Xây dựng các công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng.

e. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng.

f. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

4.2. Trách nhiệm các trưởng phòng chức năng của bệnh viện

a. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong phòng.

b. Xây dựng mục tiêu chất lượng, lồng ghép các hoạt động quản lý chất lượng vào kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

c. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

d. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng xây dựng kế hoạch và triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện.

e. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

f. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

4.3. Trách nhiệm của các trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa

a. Phổ biến nội dung Thông tư 19/2013/TT-BYT tới toàn thể nhân viên trong khoa.

b. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

c. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng, đơn vị khác nghiên cứu, áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại khoa được phân công phụ trách.

d. Phân công nhân viên triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng và đánh giá kết quả thực hiện.

e. Báo cáo kết quả hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng cho hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

f. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng và các đơn vị thực hiện đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng có liên quan.

g. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

h. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Kết luận: Lãnh đạo, cam kết và tham gia tích cực của cấp quản lý-lãnh đạo cao nhất là cốt yếu để xây dựng, duy trì hệ thống quản lý hiệu quả và hiệu suất vì chất lượng trong chăm sóc y tế. Không một chương trình, kế hoạch nào có thể thành công nếu thiếu cam kết của người lãnh đạo-quản lý. Họ sẽ tạo điều kiện, cơ hội lớn, điều phối các nguồn lực cho cải tiến chất lượng. Trong hầu hết các trường hợp, người lãnh đạo, quản lý cấp cao nhất của tổ chức, đơn vị là người quyết định về mọi việc, trong đó có cải tiến chất lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Thông tư 19/2013/TT-BYT hướng dẫn quản lý chất lượng bệnh viện, 2013.

2. Eleanor J.Sullivan, PhD, RN, FAAN; Phillip J.Decker PhD, Effective Leadership and Management in Nursing, Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey 07458, 2005;

3. Trần Đông, Ông Vũ Khoan nói về ba loại quyền lực, TuanVietnam.net, 9/9/2013 tại website <http://vietnamnet.vn/vn/tuanvietnam/138744/ong-vu-khoan-luan-ve-ba-loai-quyen-luc.html>.

4. Maimunah A.Hamid, A.F.Al-Assaf, Rozaini Mohd Zain, Low Lee Lan, Đo lường và quản lý chất lượng chăm sóc y tế, Bộ Y tế Malaysia, 2007 dịch ra tiếng Việt năm 2008.

5. Nguyễn Kim Định, Quản trị chất lượng, Nhà xuất bản Tài chính, 2010.

6. Quý Ngô và Thúy Trần, Thế nào là lãnh đạo, website của Viện Khoa học Nhà nước, Bộ Nội vụ,
<http://isos.gov.vn/Thongtinchitiet/tabid/84/ArticleId/627/language/vi-VN/Th-nao-la-nha-lanh-d-o.aspx>.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1- 5 bằng cách điền từ vào các chỗ trống:

Câu 1. Phân biệt lãnh đạo và quản lý:

Quản lý	Lãnh đạo
Nói về ...(A)...	Nói về tầm ...(A)...
Người quản lý có thể là lãnh đạo	Người lãnh đạo không phải lúc nào cũng là người ...(C)...
Đương đầu với những phức tạp	Đương đầu với...(D)...
Làm đúng luật, làm đúng quy định	Làm đúng đường lối, làm đúng cách
Tập trung vào sản phẩm	Tập trung vào...(E)...

Câu 2. Thực chất công việc lãnh đạo là khả năng tạo ra 3 điều:... (A)..., ...(B)... và ...(C)... trong tổ chức.

Câu 3. Hai nhóm phẩm chất tác động tới chương trình cải tiến chất lượng bệnh viện:

A. ...

B. ...

Câu 4. Một nhà lãnh đạo giỏi phải có được các kỹ năng...(A), kỹ năng ...(B)... và kỹ năng ...(C)... công việc.

Câu 5. Weber cho rằng có ba loại cơ cấu quyền lực:

A. ...

B. ...

C. ...

Phân biệt đúng –sai các câu từ 6-10 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 6. Chúng ta lãnh đạo người khác trong một vài lĩnh vực; ngược lại ở một số lĩnh vực khác chúng ta được người khác dẫn dắt.		
Câu 7. Bạn không thể giành được sự cam kết của người lãnh đạo nếu họ không hiểu đầy đủ về điều bạn muốn họ cam kết.		
Câu 8. Cam kết có nghĩa là người lãnh đạo-quản lý cấp cao nhất của tổ chức phát biểu rõ ràng rằng sẽ quan tâm đến nội dung công việc.		
Câu 9. Lãnh đạo không phải là một nghệ thuật, nhà lãnh đạo không thể hành xử như người người nghệ sĩ.		
Câu 10. Một chính sách chất lượng rõ ràng và sự cam kết chất lượng của ban lãnh đạo đơn vị có vai trò quyết định thành công đối với hệ thống quản lý chất lượng của bệnh viện.		

BÀI 5

KHUYẾN KHÍCH VÀ ĐỘNG VIÊN TRONG CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Phát biểu được khái niệm, vai trò của động lực lao động thông qua 6 học thuyết về tạo động lực.
2. Trình bày được 3 biện pháp tạo động lực trong lao động
3. Thảo luận và chia sẻ được kinh nghiệm tích cực về các hình thức khuyến khích, động viên nhân viên trong môi trường bệnh viện.
5. Biểu hiện được thái độ tin tưởng vào sự khuyến khích và động viên trong cải tiến chất lượng BV

NỘI DUNG

Harold Dresner, chuyên gia nhân sự nổi tiếng người Pháp, cho rằng “Một nhà quản lý tốt phải là người luôn có thái độ đúng mực và biết cách động viên cấp dưới bằng những lời khen ngợi, hoan nghênh trung thực và lịch sự, chứ không chỉ trích hay phàn nàn. Một nhà quản lý tốt luôn thể hiện mối quan tâm thực sự đến người khác bằng việc tạo cho nhân viên cảm giác chính họ mới là người quan trọng. Để tạo lòng tin và sự tín nhiệm, nhà quản lý luôn biết bày tỏ mối cảm thông và đồng cảm đúng lúc”.

Thực tế cho thấy tổ chức nào có lãnh đạo biết quan tâm tới nhân viên, khích lệ nhân viên, ở đó sẽ gây dựng được đội ngũ nhân viên làm việc hăng hái, nhiệt tình, đem lại được thành công cho tổ chức của mình. Các doanh nhân thành đạt trên thế giới luôn là những người có tài khích lệ nhân viên như vậy. Ông Sochiro Honda, Chủ tịch tập đoàn Honda từng nói: “Nhân viên luôn là tài sản quý giá nhất của công ty”, câu nói này ngụ ý rằng, nếu có một đội ngũ nhân viên tốt và hết mình vì công việc, công ty sẽ như “hổ mọc thêm cánh”. Nhưng làm thế nào để nhân viên coi tổ chức, đơn vị nơi mình công tác như công ty của gia đình mình và coi các công việc của tổ chức như công việc của chính mình? Câu trả lời là với cương vị là người lãnh đạo-quản lý, bạn cần biết cách động viên và khích lệ nhân viên sao cho hiệu quả nhất.

Động viên, khuyến khích, khen thưởng có mối quan hệ tác động qua lại với động lực làm việc của người lao động. Nhiều công trình nghiên cứu về các hệ thống khen thưởng được xây dựng trên lý thuyết về Tháp

nhu cầu của Maslow. Sau này Herzberg (Herzberg, 2003 (reprint)) đã áp dụng lí thuyết này vào quản lý công sở và đã đưa ra khái niệm “hứng thú công việc”. Khái niệm này có tác động lớn đến quan niệm của người lao động, nhất là những người làm việc trong hệ thống công lập. Làm việc không chỉ là nghĩa vụ mà còn là quyền lợi gắn liền với khen thưởng. Herzberg đã phân loại khuyến khích, động viên thành 2 nhóm: khuyến khích bằng phần thưởng hữu hình và bằng phần thưởng tinh thần. Ông cũng đồng thời xác định các tác động của các loại hình khen thưởng này lên động cơ làm việc của người lao động. Jabes and Zussman (Jabes, 1988) đã chỉ ra: “Phần thưởng hữu hình tại nơi làm việc thường được coi là lương, các khoản phụ cấp và điều kiện làm việc. Phần thưởng tinh thần được đề cập đến cảm giác cạnh tranh, thành tựu, trách nhiệm, thách thức, sự hoàn thành công việc và tính độc lập mà các nhiệm vụ tạo ra”.

Nhiều nhà quản lý nhân lực cho rằng người lao động sẽ làm việc tích cực hơn, chất lượng và hiệu quả hơn nếu như được động viên, khuyến khích và thù lao thích đáng. Đa số người lao động cũng cho rằng họ cần phải được thù lao tương xứng và các khoản thù lao đó cần phải được phân phối công bằng, xứng đáng với sự cống hiến. Người lao động sẽ trở nên ít gắn bó với tổ chức, giảm nỗ lực và sẵn sàng chuyển công tác khi có cơ hội. Do vậy, hệ thống khuyến khích, động viên lao động cần được thiết kế hướng tới sự thực thi công việc của người lao động.

Trong bài này, tác giả muốn đề cập tới 2 vấn đề lớn đó là:

- Động lực lao động.
- Hệ thống khuyến khích, động viên, khen thưởng nhân viên y tế nhằm hướng tới sự chất lượng, năng suất và hiệu quả trong khám bệnh, chữa bệnh.

1. Động lực lao động

1.1. Khái niệm

Động lực lao động là sự khao khát và tự nguyện của người lao động để tăng cường sự nỗ lực hướng tới việc đạt các mục tiêu của tổ chức. Động lực cá nhân là kết quả của nhiều nguồn lực hoạt động đồng thời trong con người và trong môi trường sống, môi trường làm việc của con người. Hành vi có động lực (hay hành vi được thúc đẩy, được khuyến khích) trong tổ chức là kết quả tổng hợp của sự kết hợp tác động của nhiều yếu tố như văn hóa của tổ chức, phương pháp lãnh đạo, cấu trúc của tổ chức và các chính sách về nhân lực cũng như sự thực hiện các chính sách đó. Các yếu tố thuộc về cá nhân người lao động cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tạo động lực làm việc cho chính họ, chẳng hạn nhu cầu, mục đích, các quan niệm về giá trị v.v...

1.2. Một số học thuyết tạo động lực trong lao động

Có nhiều học thuyết về động lực trong lao động cho thấy có nhiều cách tiếp cận khác nhau về động lực. Tuy nhiên, tất cả các học thuyết đều có một kết luận chung là: việc tăng cường động lực đối với người lao động sẽ dẫn đến nâng cao thành tích lao động và các thắng lợi lớn hơn của tổ chức. Sau đây là 6 học thuyết cơ bản về tạo động lực lao động.

1.2.1. Học thuyết về Bậc thang nhu cầu của Maslow (Maslow's Hierarchy of Needs)

Maslow cho rằng con người có nhiều nhu cầu khác nhau mà họ khao khát được thỏa mãn. Có năm loại nhu cầu và được sắp xếp theo thứ bậc khác nhau như sau:

a. Nhu cầu sinh lý: là các đòi hỏi cơ bản về sinh tồn như hít thở không khí, thức ăn, nước uống, bài tiết, nơi ở, ngủ, nghỉ ngơi...

b. Nhu cầu an toàn: là nhu cầu được ổn định, được bảo vệ khỏi các bất trắc hay nhu cầu tự bảo vệ.

c. Nhu cầu xã hội: là nhu cầu được quan hệ với những người khác để thể hiện và chấp nhận tình cảm, sự chăm sóc và hợp tác. Hay nói cách khác là nhu cầu giao tiếp và tình cảm.

d. Nhu cầu được tôn trọng: là nhu cầu có địa vị, được người khác công nhận và tôn trọng, cũng như nhu cầu tự tôn trọng bản thân.

e. Nhu cầu tự hoàn thiện: là nhu cầu được trưởng thành và phát triển, được biến các năng lực của mình thành hiện thực, hoặc đạt được các thành tích mới và có ý nghĩa và đây là nhu cầu sáng tạo.

Học thuyết cho rằng: khi mỗi một nhu cầu trong số năm nhu cầu trên được thỏa mãn thì nhu cầu tiếp theo trở nên quan trọng. Sự thỏa mãn nhu cầu của các cá nhân sẽ đi theo thứ bậc như trên và mặc dù không có một nhu cầu nào có thể được thỏa mãn hoàn toàn nhưng một nhu cầu được thỏa mãn về cơ bản thì người quản lý cần phải hiểu nhân viên đó đang ở đâu trong hệ thống thứ bậc này và hướng vào sự thỏa mãn các nhu cầu ở bậc đó.

1.2.2. Học thuyết về sự tăng cường hay sự ủng hộ (Reinforcement theory)

Học thuyết này dựa vào những công trình nghiên cứu của B.F. Skinner, hướng vào việc làm thay đổi hành vi của con người thông qua các tác động tăng cường. Học thuyết cho rằng những hành vi được khen thưởng sẽ có xu hướng được lặp lại, còn những hành vi không được khen thưởng (hoặc bị phạt) sẽ có xu hướng không được lặp lại. Đồng thời, khoảng thời gian giữa thời điểm xảy ra hành vi và thời điểm thưởng/phạt càng ngắn bao nhiêu thì càng có tác dụng thay đổi những hành vi bấy nhiêu. Học thuyết cũng quan niệm rằng phạt có tác dụng loại trừ những

hành vi ngoài ý muốn của người quản lý lãnh đạo nhưng cũng có thể gây ra những hiệu quả tiêu cực, do đó đem lại ít hiệu quả hơn so với khen thưởng. Để tạo động lực lao động, người quản lý cần quan tâm đến các thành tích tốt và thưởng cho các thành tích đó kịp thời. Phương pháp tăng cường các hình thức khen thưởng sẽ có hiệu quả cao hơn các hình thức phạt.

Một giáo viên phổ thông thường xuyên có những lời động viên, khuyến khích học sinh cá biệt sau khi em đó có những hành vi tốt sẽ giúp học sinh cá biệt đó chóng tiến bộ hơn là luôn luôn nhận được lời chê bai hoặc sử phạt khi em đó không hoàn thành nhiệm vụ hoặc mắc lỗi.

1.2.3. Học thuyết về sự kỳ vọng (Expectancy theory)

Victor Vroom nhấn mạnh mối quan hệ nhận thức: con người mong đợi cái gì? Theo học thuyết này, động lực là sự kỳ vọng của cá nhân: một sự nỗ lực nhất định sẽ đem lại một thành tích nhất định, và thành tích đó sẽ dẫn đến những kết quả hoặc phần thưởng mong muốn. Học thuyết này gợi ý cho các nhà quản lý rằng cần phải làm cho người lao động hiểu được mối quan hệ trực tiếp giữa nỗ lực-thành tích và thành tích-kết quả/phần thưởng cũng như cần tạo nên sự hấp dẫn của các kết quả/phần thưởng đối với người lao động.

1.2.4. Học thuyết về sự công bằng (Equity theory)

J.Stacy Adams đề cập tới vấn đề nhận thức của người lao động về mức độ được đối xử công bằng và đúng đắn trong tổ chức. Giả thiết cơ bản của học thuyết là mọi người đều muốn được đối xử công bằng; các cá nhân trong tổ chức có xu hướng so sánh sự đóng góp của họ và các quyền lợi của họ nhận được với sự đóng góp và các quyền lợi của những người khác. Người lao động sẽ cảm nhận được đối xử công bằng khi cảm thấy tỷ lệ quyền lợi/đóng góp của mình ngang bằng với tỷ lệ đó ở những người khác.

1.2.5. Học thuyết về hệ thống hai yếu tố (The Two Factors System Theory)

F.Herzberg đưa ra lý thuyết hai yếu tố về sự thỏa mãn trong công việc và tạo động lực. Trong lý thuyết này, các yếu tố tạo nên sự thỏa mãn và không thỏa mãn trong công việc được chia thành hai nhóm:

Nhóm 1	Nhóm 2
Các yếu tố tạo động lực và thỏa mãn trong công việc	Các yếu tố môi trường làm việc
<ul style="list-style-type: none"> - Sự thành đạt - Sự thừa nhận thành tích 	<ul style="list-style-type: none"> - Các chính sách và chế độ quản lý của tổ chức - Sự giám sát công việc

<ul style="list-style-type: none"> - Bản chất bên trong của công việc - Trách nhiệm lao động - Sự thăng tiến 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiền lương - Các quan hệ con người - Các điều kiện làm việc
<p>Các yếu tố này thuộc về công việc và nhu cầu cơ bản của người lao động. Khi các nhu cầu này được thỏa mãn sẽ tạo nên động lực và sự thỏa mãn trong công việc</p>	<p>Các yếu tố này mang tính chất tích cực thì sẽ ngăn ngừa được sự không thỏa mãn trong công việc. Tuy nhiên, nếu các yếu tố này thỏa mãn riêng lẻ thì không đủ để tạo ra động lực và sự thỏa mãn trong công việc</p>

Học thuyết này chỉ ra hàng loạt các yếu tố tác động tới động lực và sự thỏa mãn của người lao động, đồng thời cũng gây được ảnh hưởng cơ bản tới việc tổ chức và cải tiến tổ chức lao động ở đơn vị. Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu có phê phán rằng học thuyết này không hoàn toàn phù hợp với thực tế vì trên thực tế, đối với mỗi người lao động cụ thể, các yếu tố này hoạt động đồng thời chứ không tách rời nhau.

1.2.6. Học thuyết về đặt mục tiêu (Goal Setting Theory)

Vào cuối những năm 1960, các nghiên cứu của Edwin Locke chỉ ra rằng: khi làm việc, người lao động có được các mục tiêu cụ thể và hiểu được các phương thức tiến hành nhiệm vụ sẽ hoàn thành công việc tốt hơn. Edwin Locke cho rằng phương pháp làm việc hướng tới mục tiêu là nguồn gốc chủ yếu của động lực lao động. Để tạo động lực lao động cần phải có mục tiêu cụ thể và mang tính thách thức cũng như cần phải thu hút người lao động vào việc đặt mục tiêu.

2. Phương pháp tạo động lực trong lao động

Để tạo động lực cho người lao động, người lãnh đạo-quản lý cần hướng hoạt động của mình vào các phương pháp sau đây:

2.1. Xác định nhiệm vụ cho nhân viên và quy trình thực hành chuẩn (SOP)

- Xác định mục tiêu của tổ chức (khoa, phòng, bệnh viện) và bảo đảm mọi thành viên hiểu rõ mục tiêu đó.

- Xác định nhiệm vụ cụ thể và các quy trình làm việc, quy trình thực hành chuẩn mà mọi người phải thực hiện, phải tuân thủ. Ví dụ, bản mô tả công việc, quy trình tiếp nhận người bệnh khi vào khoa, quy trình thủ tục cho người bệnh ra viện, quy trình cho người bệnh uống thuốc, quy trình lấy máu xét nghiệm... là hết sức quan trọng.

- Sự giám sát, đánh giá thường xuyên và phản hồi tới nhân viên một cách khách quan, công bằng mức độ hoàn thành công nhiệm vụ của người lao động sẽ giúp họ làm việc tốt hơn.

2.2. Tạo điều kiện thuận lợi để người lao động hoàn thành nhiệm vụ:

Người quản lý-lãnh đạo đơn vị cần:

- Phát hiện và loại trừ những trở ngại cho thực hiện công việc của nhân viên.

- Cung cấp các điều kiện cần thiết cho thực hiện công việc.

- Tuyển chọn, phân công, bố trí người phù hợp, đủ năng lực thực hiện công việc.

2.3. Kích thích lao động:

- Sử dụng tiền công/tiền lương như một công cụ cơ bản để khuyến khích bằng hiện vật với người lao động. Tiền công/tiền lương là thu nhập chính và là lợi ích kinh tế của người lao động. Do đó, nó phải được sử dụng như một đòn bẩy kinh tế mạnh mẽ nhất để kích thích người lao động. Tiền công/tiền lương phải được chi trả thỏa đáng, công bằng với sự đóng góp của người lao động.

- Sử dụng hợp lý các hình thức khuyến khích tài chính như: tăng lương tương xứng với mức độ hoàn thành nhiệm vụ, với công việc mà nhân viên đó đảm nhiệm, áp dụng các hình thức trả công khuyến khích, các hình thức tiền thưởng, phần thưởng... để nâng cao sự nỗ lực và thành tích lao động của người lao động.

Thông tư 02/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 23/01/2008 về Hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định 43/2006/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2006 của Chính phủ đã 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. Vận dụng chính sách này, nhiều bệnh viện đã thực hiện tự chủ một phần, xã hội hóa dịch vụ y tế để có kinh phí chi cho thi đua, khen thưởng hàng tháng nhằm tăng thu nhập cho nhân viên và thúc đẩy chất lượng dịch vụ y tế. Nhiều báo cáo công tác năm của các bệnh viện cho thấy kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế tăng lên rõ rệt, số lượng các sai sót, biến chứng đã giảm đi, nhiều bệnh viện hầu như không có sai sót... Chính sách này đã có tác dụng lớn trong khuyến khích, động viên nhân viên góp phần tăng cường chất lượng dịch vụ y tế.

- Sử dụng hợp lý các hình thức khuyến khích phi tài chính để thỏa mãn các nhu cầu tinh thần của người lao động như khen ngợi, tạo cơ hội học tập, phát triển, tạo cơ hội nâng cao trách nhiệm trong công việc, cơ hội thăng tiến...

Như vậy, động lực lao động là kết quả tổng hòa của nhiều yếu tố tác động đến con người trong lao động. Các học thuyết về động lực lao động cho thấy các cách tiếp cận khác nhau để tạo động lực. Nhận thức về học thuyết sẽ giúp cho người quản lý có phương hướng và biện pháp hợp lý để tạo động lực trên cả 3 lĩnh vực: xác định nhiệm vụ và tiêu chuẩn thực hiện công việc cho nhân viên; tạo điều kiện thuận lợi để người lao động hoàn thành nhiệm vụ; và khuyến khích động viên người lao động.

3. Các hình thức khuyến khích, động viên và khen thưởng trong lao động

3.1. Khái niệm

“Khuyến khích là tất cả những phần thưởng và sự trừng phạt mà những nhà cung cấp đối mặt như hậu quả của tổ chức mà họ làm việc, họ vận hành và thực hiện những can thiệp cụ thể” (WHO 2000);

“Khuyến khích là một phương tiện sẵn có áp dụng với ý định gây ảnh hưởng đến sự sẵn lòng của các bác sĩ và điều dưỡng để phát huy và duy trì một nỗ lực hướng tới đạt được mục tiêu tổ chức ” (Mathauer and Imhoff, 2006).

“Khuyến khích là một phần thưởng tài chính hoặc phi tài chính một cách công khai hoặc không công khai cho một hành động cụ thể” (Saltman quoted in Zurn et al. 2005).

Khuyến khích có thể được xem như những yếu tố và/hoặc những điều kiện trong môi trường làm việc của nghề y, nó cho phép, động viên, thúc đẩy họ duy trì công việc, nghề nghiệp và ở đơn vị, bệnh viện họ.

3.2. Tầm quan trọng của khuyến khích

Việc cung cấp dịch vụ y tế đòi hỏi yêu cầu cao và rất phức tạp. Nhân viên y tế đang phải đối mặt với trách nhiệm nghề nghiệp, sự mong mỏi của người bệnh, công đồng và tổ chức. Đôi khi sự cạnh tranh về thực hành lâm sàng và tổ chức dịch vụ cũng là những thách thức cần được xem xét. Những điều này đòi hỏi hàng loạt kỹ năng từ những mối quan hệ cá nhân tới những kỹ thuật và tính chuyên nghiệp để được đánh giá cao. Người ta cho rằng chi phí cho lực lượng lao động y tế đang tiêu tốn từ 40 - 90% chi phí dịch vụ y tế. Cho nên, những nhà quản lý y tế không chỉ xem xét đến chi phí đầu tư mà họ đang có xu hướng xem xét lại chi phí nhân lực y tế.

Hongoro và Normand (2006.P1310) đã chỉ ra rằng, thị trường lao động gắn với lý thuyết mà trong đó “một nhân viên y tế sẽ chấp nhận một

công việc nếu các lợi ích của việc làm đó lớn hơn chi phí cơ hội”. Những lợi ích đó chính là sự khuyến khích bằng tiền hoặc không tiền, những sự khuyến khích này khiến nhân viên y tế muốn tiếp tục làm việc. Những nguy cơ, sự thất vọng và những rào cản tiếp cận với cơ hội phát triển sẽ tạo nên sự nản lòng và dẫn đến hậu quả nghỉ việc.

Sự khuyến khích là đòn bẩy quan trọng mà những tổ chức có thể sử dụng để thu hút, duy trì, động viên, làm hài lòng và cải thiện thực hành của nhân viên. Họ sử dụng những biện pháp thông thường cả ở các cơ sở y tế công lập và y tế tư nhân. Họ có thể áp dụng cả với những cá nhân, nhóm/đội nhân viên hoặc tổ chức dưới những hình thức rất khác nhau tùy thuộc vào loại hình tổ chức (ví dụ tổ chức phi chính phủ, tổ chức công cộng hay tư nhân). Sự khuyến khích có thể tích cực hoặc tiêu cực, bằng tiền hoặc không tiền, hữu hình hoặc vô hình. Khuyến khích bằng tiền tham gia “chi trả tiền trực tiếp từ người chủ tới nhân viên” (Kingma 2003 P3) như tiền công, tiền thưởng, tiền cho vay. Khuyến khích không bằng tiền bao gồm cung cấp môi trường làm việc tự chủ trong công việc, thời gian làm việc linh hoạt và sự thừa nhận trong công việc.

3.3. Phân loại khuyến khích

Có 2 loại động viên, khuyến khích đó là khuyến khích bằng tài chính và khuyến khích không bằng tài chính:

Khuyến khích, khen thưởng bằng tài chính	Khuyến khích, khen thưởng không bằng tài chính
<p>1. Phạm vi và điều kiện làm việc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lương/tiền công - Lương hưu - Bảo hiểm - Các khoản phụ cấp (tiền nhà, quần áo, chăm sóc con cái, đi lại, đỗ xe...) - Nghỉ phép: thanh toán tiền đi phép 	<p>1. Môi trường làm việc tích cực:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chủ động trong công việc, mô tả nhiệm vụ và trách nhiệm rõ ràng. - Có đủ nguồn lực cho thực thi nhiệm vụ. - Có sự hỗ trợ của người quản lý lãnh đạo và đồng nghiệp. - Có khả năng quản lý khối lượng công việc và thực hiện công việc hiệu quả
<p>2. Tiền thưởng năng xuất lao động:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đạt được mục tiêu năng xuất - Thâm niên công tác - Địa điểm làm việc hoặc loại hình 	<ul style="list-style-type: none"> - Môi trường làm việc an toàn và quản lý sức khỏe nghề nghiệp, quản lý nguy cơ không an toàn lao động. - Giao tiếp hiệu quả trong tổ chức và đơn vị.

công việc	<ul style="list-style-type: none"> - Cơ hội thăng tiến bình đẳng. - Có chế độ nghỉ ốm, nghỉ thai sản thích đáng - Việc làm bền vững.
3. Hỗ trợ khác <ul style="list-style-type: none"> - Học bổng - Ưu đãi cho vay, triết khấu 	2. Linh hoạt trong sắp xếp công việc <ul style="list-style-type: none"> - Giờ làm việc linh hoạt. - Được nghỉ việc theo kế hoạch.
	3. Hỗ trợ phát triển nghề nghiệp <ul style="list-style-type: none"> - Giám sát, kiểm tra công việc hiệu quả. - Tổ chức huấn luyện và tư vấn. - Có cơ hội học tập nâng cao trình độ. - Cho nghỉ phép, nghỉ làm để học tập.
	4. Tiếp cận tới dịch vụ hỗ trợ cho người lao động: <ul style="list-style-type: none"> - Chăm sóc sức khỏe. - Chăm sóc trẻ em và trường học. - Các hoạt động giải trí - Nhà ở. - Phương tiện đi lại.
	5. Sự khuyến khích, động viên nội bộ <ul style="list-style-type: none"> - HÀi lòng với nghề nghiệp. - Ghi nhận thành tích cá nhân. - Cam kết chia sẻ những giá trị nghề nghiệp. - Tôn trọng của đồng nghiệp và những người xung quanh. - Cư xử thân thiện của các thành viên trong đơn vị, tổ chức.

3.4. Khuyến khích bằng tài chính

Có 3 hình thức động viên, khuyến khích bằng tài chính cho nhân viên y tế. Thứ nhất, mức lương và điều kiện làm việc cơ bản chi trả cho nhân viên liên quan đến chức năng, nhiệm vụ qua mô tả công việc. Thứ hai, có sự chi trả thêm vào hoặc tiền thưởng liên quan đến năng suất lao động, với tiếp cận phương thức chi trả trước hoặc truy lĩnh sau một quy trình đánh giá, giám sát nhân viên. Thứ ba, có thể có thêm một khoản khuyến khích không trực tiếp liên quan đến thực thi nhiệm vụ, ví dụ như chi phí cho dịch vụ (ví dụ bảo hiểm y tế cho gia đình người lao động) hay học bổng.

Sau đây là một số phương pháp động viên khuyến khích bằng tài chính trong y tế.

a. Tiền lương, tiền công và điều kiện làm việc

Mức độ trả lương cho nhân viên là một thành phần cốt yếu thu hút sự quan tâm đến nghề nghiệp trong việc cung cấp dịch vụ y tế. Nó là chìa khóa cạnh tranh quan trọng với các nhà tuyển dụng tiềm năng khác trong thị trường lao động trong nước và quốc tế.

Báo cáo thẩm định dự án thuộc dự án hỗ trợ y tế của Ngân hàng thế giới (WB) tại Malawi (Record & Mahiddin 2006) chỉ ra rằng “một trong những lý do xuất hiện sự di cư nhân lực y tế ra khỏi dịch vụ công lập là do lương”. Nguyên tắc của cơ hội công bằng và chi trả đúng với giá trị công việc trong một bối cảnh quốc gia đã chứng minh là quan trọng trong việc tuyển dụng, duy trì nhân lực y tế (Kingma 2006). Lương, phụ cấp và sự ghi nhận thành tích thích đáng khi mức lương đó phù hợp với lương của đồng nghiệp khác ở địa phương. Đưa ra một mức lương, tiền công phù hợp đã trở nên một yếu tố cơ bản để đảm bảo lực lượng lao động trong một số nước trên toàn thế giới và giảm đi sự di cư nhân lực giữa các nước.

Tháng 10/2004, Malawi đã khởi xướng một giải pháp toàn ngành, đó là những quỹ từ những nhà tài trợ chính vào kinh phí của Bộ Y tế và kết quả là lương của điều dưỡng và bác sĩ đã tăng từ 40-60% (Record & Mahiddin 2006). Một ví dụ khác, năm 2006, Bộ Y tế Ghana tăng lương thông qua củng cố mức lương thực tế với những phụ cấp thông qua những công việc làm thêm trong một tháng như tiền làm ngoài giờ (ICN et al. 2008 unpublished). Chiến lược này được áp dụng với nha sĩ, dược sĩ, bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, nhân viên phục hồi chức năng. Điều này đã cho phép nhân viên y tế thu được một nguồn kinh phí bảo hiểm xã hội lớn hơn vào cuối giai đoạn làm việc. Hơn nữa, tác động này trở nên tích cực và giảm tỷ lệ nghỉ việc.

b. Chi trả liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ

Tiền thưởng được trả cho những việc làm thêm hoặc những dịch vụ trong những trường hợp cụ thể, vị trí cụ thể (phụ cấp độc hại, phụ cấp công tác vùng sâu, vùng xa). Những cơ chế này đã được sử dụng rộng rãi ở những nơi mà thị trường nhân lực y tế đang gặp khó khăn. Thông thường, tiền thưởng hoặc phụ cấp đặc thù là phương pháp thu hút nhân viên đến làm việc tại vùng nông thôn, nơi thiếu điều kiện, cơ sở vật chất và tổ chức cho thực thi nhiệm vụ, hoặc yêu cầu dịch vụ cao và cơ hội phát triển nghề nghiệp thấp. Một nghiên cứu về nghề nha khoa ở vùng xa xôi hẻo lánh thuộc Tây Úc cho thấy, hầu hết lý do nhân viên nha khoa chuyển công tác hoặc bỏ việc là do thiếu tiếp cận với các cơ sở giáo dục trẻ em.

Hội đồng quản lý chất lượng Tập đoàn bệnh viện Ottawa (Canada) hàng năm tổ chức 1 buổi lễ tôn vinh những thành viên xuất sắc nhất trong cải tiến chất lượng của năm. Tại lễ tôn vinh, Trưởng ban thi đua khen thưởng của Hội đồng chất lượng lần lượt đọc từng tên người được bình chọn kèm theo thành tích mà người đó đạt được trong năm. Những thành viên tham dự lễ gồm những thành viên xuất sắc nhất của bệnh viện, người thân của người được tôn vinh (vợ, chồng, con cái) và khách mời sẽ được nghe tiểu sử, thành tích công tác cả đời và thành tích được tôn vinh của người được bình chọn, mà cho đến giờ phút tôn vinh mới được biết. Những giải tôn vinh của năm bao gồm: nghiên cứu, thực hành, đào tạo, sáng kiến cải tiến và đánh giá của người bệnh. Buổi lễ tôn vinh này vừa trang trọng, tình cảm và lắng sâu trong tâm trí của cả người được tôn vinh, gia đình họ và tất cả thành viên tham dự lễ. Đây có lẽ là lý do mà nhân viên của tập đoàn bệnh viện Ottawa luôn gắn bó với bệnh viện và họ luôn luôn làm việc với chất lượng cao.

Khuyến khích, khen thưởng cũng được áp dụng để duy trì lực lượng lao động, nơi mà nguồn nhân lực đang bị già hóa. Những tổ chức sử dụng phương án chi trả thêm hoặc trả tiền lời cho người lao động sau một thời gian phục vụ cụ thể. Sự khuyến khích này nhằm mục đích liên tục cải thiện trong chăm sóc và làm giảm yêu cầu tuyển dụng nhân viên mới và duy trì được nhân lực có nhiều kinh nghiệm hơn.

Ví dụ về hình thức khuyến khích, khen thưởng của Chính phủ Ailen

	Khuyến khích, khen thưởng cá nhân	Khuyến khích, khen thưởng tập thể
Công cụ khuyến khích khen thưởng tinh thần	<ul style="list-style-type: none"> - Ghi nhận cá nhân - Tăng quyền tiếp cận - Giao việc thú vị/nhiều thử thách hơn - Ủy quyền và trao trách nhiệm - Quy hoạch & phát triển nghề nghiệp 	<ul style="list-style-type: none"> Ghi nhận tập thể Tăng quyền tiếp cận Ủy quyền Thử thách bằng các dự án mới Khen thưởng theo nhóm
Công cụ khuyến khích, khen thưởng bằng tiền	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng (bậc hoặc %) lương - Trả theo hiệu suất hoạt động Thăng tiến + Các sáng kiến khen thưởng khác 	<ul style="list-style-type: none"> - Được chủ động sử dụng các khoản trích lập để lại cơ quan/ các loại phí Phân bổ các quỹ linh hoạt

Càng ngày càng tăng tiếp cận với tiền thưởng liên quan tới việc đạt được mục đích cá nhân và mục đích nhóm. Trong một số trường hợp, đặc biệt là trong hệ thống y tế, sử dụng phương pháp người mua-người bán (cung cấp dịch vụ), yêu cầu thực hiện được kết cấu vào cơ chế hỗ trợ tài chính. Sự thất bại trong việc thực hiện các mục tiêu có thể dẫn đến việc điều chuyển hoặc tái phân bổ kinh phí cho các tổ chức, nhóm hoặc cá nhân khác làm việc tốt hơn. Trong một số trường hợp khác, một số dịch vụ sẽ được tài trợ thông qua việc xem xét cạnh tranh. Trong những trường hợp này, nguyên tắc và cơ chế quản lý chất lượng khác được thiết lập để đảm bảo rằng sự khuyến khích đạt được hiệu quả tối đa và không có tác động có hại nào làm ảnh hưởng tới dịch vụ chăm sóc.

Nhiều bệnh viện của Việt Nam đang mở rộng hoạt động dịch vụ, giá cả và phân chia thu nhập được Hội đồng bệnh viện thông qua, giám đốc bệnh viện phê duyệt và quy định cụ thể trong quy chế chi tiêu nội bộ. Hoạt động này được cho là đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân và tăng thu nhập cho bệnh viện, góp phần cải thiện đời sống công nhân viên và qua đó đã khuyến khích nhân viên y tế tăng năng suất lao động, tăng cường chất lượng dịch vụ y tế.

Tiền thưởng sẽ rất có ý nghĩa đối với những nhân viên y tế tùy thuộc vào công việc, nhiệm vụ mà cá nhân đó đã làm. Sự khuyến khích dựa vào thực hành thường kết hợp với sự giám sát của những nhà quản lý;

sự khuyến khích phản ánh một cách tổng quát kết quả làm việc, lặp đi lặp lại, khả năng và trách nhiệm của người quản lý lớn hơn và họ tác động tới kết quả thực hành ở cấp độ cao. Nơi nào yêu cầu thực hành được xây dựng cho nhân viên, những người chịu trách nhiệm chính cung cấp dịch vụ chăm sóc tới người bệnh hoặc yêu cầu hỗ trợ và thực hành liên quan tới thực hành của cá nhân và phát triển nghề nghiệp theo sự đánh giá của giám sát viên.

Mặc dù, phương pháp khuyến khích, khen thưởng thường dùng đối với tổ chức hoặc cá nhân có thể được áp dụng ở cấp độ đội, nhóm công tác, nhưng những thành viên chia sẻ thành tích khi đạt được kết quả cho những cái gì mà họ cộng đồng trách nhiệm. Bởi vì tất cả người bệnh đã chia sẻ sự quan tâm trong phần thưởng đạt được kết quả với những lý do họ đang cộng đồng trách nhiệm. Tuy nhiên, tất cả các bên cần chia sẻ sự quan tâm trong việc cải tiến thực hành, phương pháp này có một số thuận lợi. Nó tăng cường sự cải thiện hệ thống trong làm việc theo đội, tạo nên mối quan hệ và hỗ trợ tích cực. Vì lý do này, một số nhân viên y tế bày tỏ sự thiếu tin tưởng vào phương pháp khuyến khích làm việc theo đội (Kingma 2003). Một số nhóm nhân viên y tế mong muốn môi trường làm việc tốt và họ cho rằng “Khi mà những nỗ lực cá nhân là vô ích thì những nỗ lực của một đội, nhóm là cần thiết để tiến tới kết quả tốt hơn”. Từ gợi ý này, Mathauer & Imhoff (2006 P.13) đã kết luận trong nghiên cứu của mình là “Nên quản lý thực hành dựa vào những phát hiện của nhóm người lao động”. Những phương pháp này có khả năng được thực hiện rộng rãi ở khắp nơi, đặc biệt ở lĩnh vực chăm sóc người bệnh mạn tính, nơi mà nhân viên y tế làm việc và được quản lý theo mô hình chăm sóc theo đội, nhóm (Chaix-Couturier và cộng sự, 2000).

Một nước ở Nam Phi có chính sách tiền thưởng cho những điều dưỡng và kỹ thuật viên làm việc tại cơ sở chăm sóc HIV ở vùng nông thôn sẽ được thưởng 31% tiền lương nếu họ làm việc ở đó trong 3 năm (ICN et al. 2008 unpublished). Uganda giới thiệu phương pháp đồng chi trả để khuyến khích nhân viên y tế được thưởng từ 50-150% lương, do vậy nhân viên làm thêm thời gian và công việc được đánh giá là chất lượng hơn, ý nghĩa hơn và kết quả là chất lượng dịch vụ y tế được cải thiện (Kipp et al.2001). Campuchia, nhân viên y tế được thưởng cho việc tuân thủ nghiêm ngặt quy định nội bộ để tăng giờ làm việc và giảm đi số nhân viên tìm kiếm biện pháp tăng thu nhập trực tiếp từ bệnh nhân. Kết quả là chi phí y tế gia đình giảm tới 40% (Disease control priorities project 2006; Soeters & Griffiths 2003). Nam Phi cũng thực hiện một mô hình “Phụ cấp cho những kỹ thuật đặc thù” từ 10-15% lương hàng năm, tùy thuộc vào loại hình công việc. Phụ cấp này được áp dụng tới hơn 60.000 nhân viên y tế, tùy thuộc vào vị trí công việc của họ. Những nghề được chọn bao gồm công chức y tế, nha sĩ, chuyen gia y tế và nha khoa, dược sĩ, X quang, nhân viên trị liệu, điều dưỡng chuyên khoa phòng mổ, ICU, sản khoa

(Reid 2004). Tuy nhiên, chương trình được chứng minh là phản tác dụng khi mà các điều dưỡng trên bị loại khỏi danh sách đủ điều kiện.

c. Những hình thức khuyến khích bằng tài chính khác

Khuyến khích bằng tài chính có thể được thực hiện bằng hình thức hỗ trợ khác như phụ cấp đi lại, phụ cấp nhà ở hoặc phụ cấp đất đỏ. Khuyến khích bằng tài chính không dựa vào chi trả trực tiếp bằng tiền đôi khi cũng có nhiều cách khác nhau để nhân viên y tế không tiếp xúc trực tiếp và cũng không bị tác động trực tiếp bởi đồng tiền.

Bộ Y tế Ghana đưa ra chính sách bỏ thuế cho nhân viên y tế khi họ mua ô tô mới để tạo cho họ có khả năng hơn trong đi lại. Chi phí mua ô tô được khấu trừ và lương của cá nhân trong giai đoạn 5-7 năm công tác. Điều này đã có tác động tích cực đến nhân viên y tế.

Một chính sách khác từ một quốc gia đảo thông báo cho sinh viên ngay từ khi còn là sinh viên y rằng để duy trì cuộc sống và làm việc tại đất nước, họ không phải trả lãi suất tiền vay. Tuy nhiên, lãi suất này sẽ phải chi trả nếu như họ rời đất nước để đi làm việc ở đất nước khác (ICN et al.2008 unpublished).

Một nước ở Châu Phi đã đưa ra biện pháp nhân viên y tế có thể sử dụng phương tiện của bệnh viện để khám cho người bệnh với tư cách cá nhân, một phần chi trả của người bệnh sẽ được trích lại cho bệnh viện. Biện pháp này đã duy trì được nhân lực y tế (ICN et al.2008 unpublished).

Một nước ở Caribe có chính sách hỗ trợ nhà ở cho nhân viên y tế tới làm việc ở khu vực biển đảo để giúp họ duy trì được điều kiện sống và yên tâm làm việc (ICN et al.2008 unpublished).

Nhiều bệnh viện ở Việt Nam tổ chức bữa ăn trưa, bữa ăn trực hoặc ca không thu tiền để nhân viên yên tâm chăm sóc phục vụ người bệnh mà không lo đến bữa ăn. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, Khoa Hồi sức cấp cứu được trang bị một tủ lạnh trong đó có sữa, nước uống, mì hoặc cháo ăn liền...luôn sẵn sàng để nhân viên y tế sử dụng mà không phải trả tiền, không phải bàn giao đã giúp cho nhân viên nơi đây luôn an tâm làm việc và toàn tâm, toàn ý chăm sóc, phục vụ người bệnh.

3.5. Khuyến khích phi tài chính

Theo lý thuyết thì việc áp dụng chỉ phương pháp khuyến khích bằng tài chính sẽ không thích hợp để duy trì và động viên nhân viên y tế. Đã có hàng loạt dự án nghiên cứu với sự khảo sát ý kiến cá nhân và thảo luận nhóm đã khẳng định rằng khuyến khích phi tài chính đóng vai trò quan trọng đối với cả những đất nước có nguồn lực, nơi mà nhân viên có

khả năng duy trì tiêu chuẩn sống cao, cũng như nhân viên ở những đất nước có nguồn lực ít.

Cả hai loại hình đất nước nói trên, khuyến khích phi tài chính được đánh giá không chỉ cung cấp lợi ích trực tiếp cho cá nhân nhân viên y tế mà còn có ý nghĩa đối với tổ chức, nơi nhận biết và thừa nhận sự đóng góp và cam kết của nhân viên, cũng như những thay đổi mà nhân viên đang phải đương đầu trong cuộc sống hàng ngày.

Những phần thưởng phi tài chính đặc biệt quan trọng đối với những đất nước có nguồn lực thấp. Ngược lại, những phương pháp phi tài chính yêu cầu sự đầu tư thời gian, năng lượng cũng như những cam kết thực sự xuyên suốt tổ chức hoặc hệ thống y tế. Dambisya (2007) trong một nghiên cứu toàn diện về khuyến khích phi tài chính trong lĩnh vực y tế ở Tây và Nam Phi đã tìm ra bằng chứng áp dụng thành công phương pháp khuyến khích phi tài chính liên quan tới:

- Lập kế hoạch tư vấn đúng
- Lập kế hoạch chiến lược dài hạn với khung của lập kế hoạch lĩnh vực y tế
- Cơ chế tài chính bền vững, ví dụ ngân sách quốc gia cho y tế... và
- Tài trợ và ngân sách quốc gia thông qua phương pháp xuyên suốt hệ thống hoặc hỗ trợ ngân sách chung hơn là kinh phí đặc thù theo kiểu dự án.

Đưa ra những phần thưởng phi tài chính hiệu quả phải phù hợp với mục tiêu chiến lược, với nguyên tắc, giá trị và hoàn cảnh của từng địa phương, từng cá nhân, và từng hoàn cảnh. Không nhận biết hệ thống giá trị là nguy cơ dẫn đến nhân viên y tế thờ ơ và trở nên xu hướng không mặn mà với những phần thưởng phi tài chính.

Tuy nhiên, bên cạnh sự nhận biết vai trò quan trọng và tiềm tàng của khuyến khích phi tài chính, nó cũng được chỉ ra những hạn chế của nó. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Mathauer và Imhoff (2006) về khuyến khích phi tài chính cho nhân viên y tế ở Benin và Kenya đã chỉ ra rằng “Khuyến khích phi tài chính và những công cụ quản lý nhân lực y tế/quản lý chất lượng không phải là một viên đạn ma thuật để giải quyết những vấn đề áp lực về nhân lực y tế và loại bỏ những sự thiếu đầu tư, thiếu tổ chức cho hệ thống y tế của những nước thu nhập thấp- nên nhớ, không có viên đạn ma thuật nào cả”.

Thông tư số 30/2011/TT-BYT ngày 30/6/2011 Hướng dẫn xét tặng danh hiệu Thầy thuốc nhân dân, Thầy thuốc ưu tú. Thông tư đã đưa ra cả 2 hình thức động viên khuyến khích cả bằng tài chính và phi tài chính. Đó là, người được tặng xét tặng danh hiệu Thầy thuốc nhân dân sẽ được tặng

Huy hiệu Thầy thuốc Nhân dân, Bằng chứng nhận của Chủ tịch nước và tiền thưởng bằng 12,5 lần mức lương tối thiểu chung. Người được xét tặng danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú được tặng Huy hiệu Thầy thuốc Ưu tú, Bằng chứng nhận của Chủ tịch nước và Tiền thưởng bằng 9,0 lần mức lương tối thiểu chung. Đây là hình thức động viên, khuyến khích hỗn hợp cả bằng tài chính và tinh thần.

a. Phát triển nghề nghiệp

Câu hỏi đặt ra là loại hình khuyến khích phi tài chính nào được nhân viên y tế đánh giá cao? Nhiều lý thuyết đã chỉ ra rằng loại hình khuyến khích được đánh giá cao nhất tập trung vào việc: đào tạo chính thức hoặc không chính thức, giám sát, hỗ trợ lâm sàng và cá nhân hiệu quả; và phương pháp quan tâm, hỗ trợ học tập lâu dài và phát triển cá nhân.

Phát triển nghề nghiệp, giáo dục và đào tạo đang là động lực, tạo cho nhân viên y tế tự tin hơn trong thực thi nhiệm vụ. Sử dụng hiệu quả việc học tập liên tục cả cuộc đời nghề nghiệp đạt được cả mục đích của tổ chức và cá nhân bởi càng có nhiều kiến thức, kinh nghiệm cần thiết thì sẽ chăm sóc, phục vụ người bệnh tốt hơn. Nó cũng cung cấp cho người lao động có thêm giá trị và cơ hội trên thị trường lao động (Van Lerberghe et al. 2002).

Cơ hội giáo dục và phát triển là biện pháp hiệu quả nhất để cung cấp cơ hội phát triển nghề nghiệp; liên quan giữa cơ hội và ích lợi thông qua phụ cấp trình độ hoặc lợi ích tài chính khác; tập trung để đạt được mục tiêu cụ thể phát triển tổ chức và cá nhân.

Những khóa huấn luyện phải điều chỉnh cho phù hợp với yêu cầu của địa phương, của đơn vị. Một khóa đào tạo không phù hợp sẽ làm lãng phí và không có khuyến khích nhân viên. Ví dụ, một số cơ sở y tế thiếu điều dưỡng nhưng lại tuyển y sĩ vì cho rằng lúc thiếu bác sĩ, những y sĩ này có thể trực thay, hoặc làm thay bác sĩ. Khi thiếu điều dưỡng, số y sĩ này có thể làm thay điều dưỡng. Do vậy, nhiều nơi đào tạo ra y sĩ nhưng sau khi tốt nghiệp, số y sĩ này không xin được việc nên tham dự các khóa đào tạo 3 tháng để có chứng chỉ chuyên đổi thành điều dưỡng. Họ được tuyển làm điều dưỡng, sau một thời gian địa phương có chính sách đào tạo theo địa chỉ, số này lại xin đi học chuyên tu để trở thành bác sĩ. Điều này thể hiện cách sử dụng kinh phí cho đào tạo không hiệu quả và tất nhiên, chúng ta sẽ đoán được chất lượng của sản phẩm đầu ra.

Thiết kế những khóa tập huấn phải thực hành và thực tế nhằm đạt được cả mục tiêu của tổ chức và cá nhân. Nội dung chính của khóa học phải tập chung vào những vấn đề ưu tiên và đang được quan tâm như cung cấp dịch vụ y tế an toàn và hiệu quả. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhân viên y tế làm việc trong môi trường có nguy cơ cao khi mà tỷ lệ HIV/AIDS cao như ở Châu Phi thì phải tăng cường sự khuyến khích để

thu hút và duy trì nhân viên. Nghiên cứu này cho biết, những thành viên của cùng một nhóm công tác báo cáo rằng những tác động tiêu cực, những lỗi thường gặp đã giảm đi nhiều sau khi số nhân viên đó được tham gia một khóa huấn luyện hiệu quả.

b. Quản lý khối lượng công việc

Khối lượng công việc nặng nhọc, không có khả năng quản lý đang là mối quan tâm của nhân viên y tế. Khối lượng công việc tác động đến thực hành kém, động lực thấp và kiệt sức; kết cục, nhân viên y tế muốn hoặc sẽ chuyển công tác hoặc bỏ nghề.

Nhiều yếu tố tham gia vào sự quá tải công việc. Thiếu nhân viên, thiếu kinh phí hoặc không có khả năng tuyển dụng nhân viên vào những vị trí khuyết có thể dẫn tới việc phân thêm nhiệm vụ cho nhân viên, ngay cả khi nhân viên đó chưa được đào tạo để làm nhiệm vụ được giao dẫn tới việc họ không tự tin và làm việc không hiệu quả. Sự tương tác với người bệnh cũng trở nên áp lực đối với nhân viên (Gilson et al.2004). Tình trạng thiếu nhân lực dẫn tới điều kiện làm việc xấu đi cho những nhân viên còn lại. Mặt khác, đơn giản là sự gia tăng yêu cầu của xã hội, tăng số lượng người bệnh và mong đợi của cộng đồng cũng là áp lực cho nhân viên y tế. Việc thực hiện những chương trình cải tiến chất lượng, bao gồm cả những thay đổi và mở rộng vai trò làm việc, cũng là kết quả khối lượng công việc tăng, đặc biệt trong giai đoạn quá độ và giai đoạn thực hiện.

Nếu quá tải công việc kéo dài và không được nhận biết hoặc không được giải quyết hoặc nhưng không tìm ra lý do, nhân viên có thể cảm thấy bị lợi dụng hoặc mất động lực và sẽ tìm kiếm một công việc khác. Khối lượng công việc của nhân viên đang là vấn đề quan tâm của các tổ chức nghề nghiệp trên toàn thế giới. Phương pháp được sử dụng để tăng cường sự quan tâm khối lượng công việc là:

- Chi trả phụ cấp làm việc ngoài giờ, thêm giờ để đảm bảo nhân viên được chi trả cho những giờ làm thêm cũng như thù lao cho nhân viên thực hiện khối lượng công việc quản lý để tránh trách nhiệm pháp lý.

- Cho nhân viên nghỉ phép, nghỉ bù giữa những đợt làm việc căng thẳng để nhân viên phục hồi sức khỏe, tránh tình trạng kiệt sức vì làm quá nhiều, quá tải công việc.

- Xem xét và điều chỉnh lại nhiệm vụ và trách nhiệm của nhân viên để đảm bảo công bằng, hợp lý các công việc của mỗi nhân viên để họ thực hiện tốt nhất.

- Xây dựng những nguyên tắc chính thức hoặc không chính thức, số giờ làm việc liên tục của mỗi nhân viên, tránh những mong muốn không thích hợp của cả người quản lý và nhân viên; giảm những nguy cơ di mệt mỏi dẫn đến kết quả đưa ra những quyết định không chuẩn xác, tăng những phản ứng có hại và giảm sự an toàn người bệnh.

Ví dụ: đưa ra quy định tỷ lệ nhân lực y tế/số người bệnh nội trú của bang California (USA) và Victoria (Úc) (Buchan 2005).

c. Sắp xếp thời gian làm việc linh hoạt: Điều này có nghĩa là đưa ra những lựa chọn giờ làm việc linh hoạt, mở rộng hoặc thay đổi sự nghỉ ngơi (ví dụ thời gian nghỉ hè) và những động viên nhân viên y tế quay lại làm việc sau một thời gian nghỉ việc. Những phương pháp như vậy đặc biệt liên quan đến sự cân bằng cam kết làm việc với trách nhiệm chăm sóc, những nhân viên này nghỉ làm để dành thời gian cho gia đình hoặc những lý do khác, những nhân viên lớn tuổi nếu mong muốn được tiếp tục làm việc nên được sắp xếp công việc và thời gian phù hợp với khả năng.

Một số nước, phối hợp thực hành giữa cơ sở y tế nhà nước và cơ sở y tế tư nhân được coi như phương pháp mà các bác sĩ, nha sĩ có thêm thu nhập. Nhiều phương pháp đã được thực hiện, song chứng cứ về sự hiệu quả và khả năng thực thi cho sự tiếp cận với chăm sóc này được pha trộn. Ở những nước mà dịch vụ y tế đang có nhiều khó khăn, nhân viên y tế được giao thêm một số việc khác để tăng thu nhập. Việc chính thức hóa các thỏa thuận này là giải pháp tăng cường và duy trì dịch vụ cũng như nâng cao khả năng của người quản lý để lập kế hoạch nhân lực sẵn sàng.

Chính sách cho phép nhân viên y tế được làm việc ngoài giờ tại các cơ sở dịch vụ y tế tư nhân hoặc cho phép các cơ sở y tế công lập tổ chức khoa, phòng khám chữa bệnh theo yêu cầu là một hình thức khuyến khích để nhân viên y tế có thêm thu nhập.

Bang Ontario của Canada năm 2004 đã thực hiện “Sáng kiến nghề nghiệp điều dưỡng giai đoạn cuối” cho những người điều dưỡng ở tuổi 55 trở lên được dành một số giờ làm việc cho việc thực hiện nhiệm vụ không đòi hỏi sức khỏe thể chất như giáo dục sức khỏe cho người bệnh, tư vấn nghề nghiệp cho điều dưỡng mới (Government of Ontario n.d.).

Một số nước thành lập ngân hàng nhân lực điều dưỡng đã tăng cường điều dưỡng làm việc thêm giờ và ngày trong tuần để có thêm thu nhập với phụ cấp đặc biệt (ICN et al. 2008 unpublished).

Ở một nước châu Âu, người hành nghề y từ 60 trở lên được các thành viên trong đội chăm sóc y tế chia sẻ bớt khối lượng công việc, ví dụ, thông thường, một người hành nghề y dưới 60 tuổi phải chăm sóc khoảng 1.600 khách hàng

(bệnh nhân) ở cộng đồng nhưng nhân viên ở tuổi trên 60 sẽ chăm sóc số bệnh nhân ít hơn.

d. Tạo môi trường làm việc tích cực:

Một nghiên cứu chỉ ra rằng môi trường làm việc tích cực là một yếu tố quan trọng trong những nỗ lực thu hút và duy trì nhân viên (Buchan

1999; Gilson et al.2004, ICN 2007a). Môi trường làm việc tích cực gồm: sự an toàn cho nhân viên, sự chuẩn bị ứng phó với những nguy cơ khẩn cấp và văn hóa tổ chức tích cực. Tất cả các thành viên của đơn vị phải có ý thức trong công việc, trong mối quan hệ với đồng nghiệp và người bệnh.

Sự hài lòng của các thành viên trong đơn vị thường gặp ở những đơn vị đơn vị làm việc có sự phân quyền, tự chủ, linh hoạt về giờ giấc, giao tiếp cởi mở giữa nhân viên với những người quản lý (Buchan 1999, ICN 2007a).

Một môi trường tổ chức và quản lý yếu là một đơn vị làm việc thiếu sự khích lệ. Gilson et al. (2004 p18) trong nghiên cứu về tác động của niềm tin tại nơi làm việc của nhân viên y tế Nam Phi đã chỉ ra rằng: “một trở ngại chính trong cách cư xử đối với nhân viên y tế là truyền thống làm việc quan liêu, quy tắc dựa vào quyền lực của người quản lý trong hệ thống y tế công”.

Người lãnh đạo-quản lý y tế phải hiểu rằng tất cả khía cạnh quản lý tổ chức hay hệ thống có tác động tới nhân viên, không thể tách các hình thức động viên, khuyến khích ra khỏi quản lý. Mathauer và Imhoff (2006) đã nói “ Quản lý nhân lực và quản lý chất lượng phải gắn với một chương trình quản lý tốt”.

Chương trình Bệnh viện hấp dẫn (Magnet hospital program) ở Mỹ đã thu hút những bệnh viện “hài lòng với bộ tiêu chuẩn được thiết kế để đánh giá những điểm mạnh và chất lượng của dịch vụ điều dưỡng”. Chương trình được bắt đầu từ một nơi được coi là có dịch vụ chăm sóc hoàn hảo khi mà tỷ lệ điều dưỡng hài lòng cao với nghề nghiệp và có ít lời than phiền từ nhân viên và rất ít nhân viên chuyển hoặc thôi việc so với các đơn vị khác... Ở những nơi đó, lãnh đạo bệnh viện thường đánh giá cao sự đóng góp của nhân viên. Họ cho rằng các nhân viên điều dưỡng đóng vai trò chính trong thực hành dựa vào bằng chứng. Họ luôn động viên, khen thưởng cho những hành vi tích cực. Tại những bệnh viện này, nhân viên y tế giao tiếp rất cởi mở, một đội chăm sóc bao gồm những nhân viên y tế có nghề, kinh nghiệm và trình độ khác nhau với tỷ lệ thích hợp để phát huy hiệu quả, duy trì kết quả chăm sóc người bệnh và tạo nên môi trường làm việc tốt nhất cho nhân viên (Center for Nursing Advocacy 2008).

e. Tạo điều kiện tiếp cận với quyền lợi và sự hỗ trợ

Trong khi những dịch vụ y tế không phải lúc nào cũng cho một thu nhập phù hợp để cung cấp một ưu đãi tài chính thích đáng, đôi khi những hình thức động viên khuyến khích huy động những tài nguyên khác để khen thưởng nhân viên (Dambisya 2007) như:

- Chương trình nhà ở cho nhân viên ở Lesotho, Mozambique, Malawi và Tanzania.

- Chương trình hỗ trợ đi lại ở Lesotho, Malawi, Zambia.
- Nhà trẻ, mẫu giáo chăm sóc con nhân viên ở nhiều nước.
- Chi phí thực phẩm, ăn trưa, ăn tối ở nhiều nước
- Trung tâm hỗ trợ việc làm của Lesotho.
- Chương trình chăm sóc sức khỏe cho nhân viên y tế và gia đình họ...

3.6. Kỹ năng động viên, khuyến khích nhân viên

Người lãnh đạo, quản lý khoa/phòng bệnh viện cần rèn luyện và thực hiện kỹ năng động viên, khuyến khích nhân viên sau:

a. Động viên một cách chân thành, đừng động viên suông, đừng nghĩ rằng người lao động không đủ thông minh để biết rằng bạn đang động viên họ một cách qua loa, chiếu lệ hay nhiều người nói là “thờ ờ”. Người lãnh đạo, quản lý cần biết rõ tầm quan trọng của việc tạo cảm hứng cho nhân viên bằng những lời động viên khi có một thành công của khoa/phòng/bệnh viện.

b. Nguyên tắc cơ bản của việc động viên: Đúng, kịp thời, và phát huy được điểm mạnh của người được động viên. Có 2 phương pháp động viên cơ bản mà nhiều nhà quản lý có thể áp dụng, là khen ngợi và khiêu khích (hoặc phê phán). Hai loại hình này tùy thuộc vào mẫu hình tâm lý của người nhân viên như thế nào. Một số người thì khi bị khiêu khích bằng những câu đại loại như "anh như thế này mà lại làm việc không ra gì như vậy?" hoặc "với năng lực của anh thì phải đạt được những mức thành công cao hơn nhiều"... Và sau đó thì họ dễ dàng đạt được thành tích.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu nhiều năm về trạng thái tâm lý nhân sự của các chuyên gia, thì đối với những đối tượng được khen ngợi, nghĩa là nhận được sự kỳ vọng tích cực từ phía nhà quản lý, thì sau khi anh ta hoàn thành nhiệm vụ thành công, sự hưng phấn của người nhân viên đó kéo dài hơn là khi bị khiêu khích. Bởi vì xét về bản chất, người bị khiêu khích/phê phán mang một tâm lý tiêu cực, cho nên trong quá trình phấn đấu, và sau khi đạt được thành công, nhân viên luôn mang một trạng thái bị kích thích xấu. Vì thế, việc đạt được mục tiêu đề ra không khiến người nhân viên thoải mái, mà lại còn nảy sinh sự rạn vỡ trong mối quan hệ giữa anh ta và người quản lý. Điều này về lâu dài sẽ dẫn các thành viên trong cùng đơn vị đi vào trạng thái đối đầu lẫn nhau, không có lợi cho sự phát triển bền vững đơn vị.

Nên nhớ: Luôn chỉ trích một cách riêng tư, và động viên một cách công khai.

Người quản lý nên tìm hiểu sâu sắc thói quen, tính cách của nhân viên để áp dụng những cách động viên khuyến khích cho nhân viên của mình.

c. Sử dụng ngôn từ trong nghệ thuật động viên

Hẳn mỗi chúng đều có kinh nghiệm, khi ai đó muốn động viên ta, họ thường dùng cụm từ "cố lên", hoặc "ráng lên", hoặc "hãy làm thêm lần nữa như trước"... Xét về mặt ngữ nghĩa, thì đây là những thói quen động viên khuyến khích đối tượng đang khó khăn hoặc cố gắng hoàn thành một việc gì đó. Tuy nhiên, những từ ngữ này không thực sự có hiệu quả với những người đang chịu áp lực công việc cao, mà lại mang tính chất động viên suông. Không nên hối thúc nhân viên, tạo lực từ bên ngoài, mà phải có nghệ thuật làm sao khuyến khích được ý muốn cải thiện khó khăn từ bên trong bản thân họ.

Người quản lý, lãnh đạo hãy tìm tòi thêm những cách đặt câu hỏi thông minh để người nhân viên trực tiếp đưa ra cam kết cho sự phấn đấu với người quản lý lao động, từ đó, anh ta sẽ có ý thức tự trọng, cố gắng hoàn thành những gì mà mình đã cam kết.

Để kích thích được ý muốn cải thiện khó khăn của nhân viên, thì trong những tình huống giao tiếp hằng ngày giữa người lãnh đạo-quản lý và nhân viên cần tập trung phân tích vấn đề sâu hơn để giúp nhân viên phấn khởi lập thành tích và tiến bộ.

Tóm lại, khi hình thành một chiến lược động viên, khuyến khích, khen thưởng hiệu quả và phù hợp, người quản lý không chỉ dựa vào số lượng hạn chế về khả năng tài chính cho khen thưởng mà họ còn biết thừa nhận giá trị phần thưởng phi tài chính và giá trị tinh thần của nhân viên. Kinh nghiệm cho thấy hiệu quả của những phương pháp động viên, khuyến khích sẽ bao gồm cả bằng tài chính và tinh thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guidelines: incentives for health professionals, International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association, International Hospital Federation, World Confederation for Physical Therapy, 2008.
2. ThS. Nguyễn Văn Điềm, TS. Nguyễn Ngọc Quân, Giáo trình quản trị nhân lực, Nhà xuất bản Đại học Kinh tế Quốc Dân.
3. Lida M. Venzon, Jennifer M. V. Nagtalon, Nursing Management towards quality care, C&E Publishing, Inc. Philipinne, 2010.
4. Maimunah A. Hamid, A. F. Al-Assaf, Rozaini Mohd Zain, Low Lee Lan, Đo lường và quản lý chất lượng chăm sóc y tế, Bộ Y tế Malaysia, 2007

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 - 7 bằng cách điền từ vào các chỗ trống:

Câu 1. Sáu học thuyết cơ bản về tạo động lực lao động:

A.

B.

C.

D.

E.

F.

Câu 2. Ba phương pháp tạo động lực trong lao động :

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 3. Ba phương pháp động viên khuyến khích bằng tài chính trong y tế:

A. ...

B. ...

C. ...

Câu 4. Năm loại khuyến khích, khen thưởng không bằng tài chính:

- A. ...
- B. ...
- C. ...
- D. ...
- E.....

Câu 5. Nguyên tắc động viên khuyến khích nên nhớ: *Luôn chỉ trích một cách...(A)..., và động viên một cách...(B)....*

Câu 6. Kinh nghiệm cho thấy hiệu quả của những phương pháp động viên, khuyến khích sẽ bao gồm cả bằng ...(A)...và ...(B)....

Câu 7. Có 2 phương pháp động viên cơ bản mà nhiều nhà quản lý có thể áp dụng, là ...(A)...và ...(B)...

Phân biệt đúng –sai các câu từ 8 - 12 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 8. Ông Sochiro Honda, Chủ tịch tập đoàn Honda từng nói: “Nhân viên luôn là tài sản quý giá nhất của công ty”		
Câu 9. Động lực lao động là sự khao khát và tự nguyện của người lao động để tăng cường thu nhập của cá nhân họ.		
Câu 10. Nhu cầu an toàn là các đòi hỏi cơ bản về sinh tồn như hít thở không khí, thức ăn, nước uống, bài tiết, nơi ở, ngủ, nghỉ ngơi...		
Câu 11. Trong học thuyết hành vi, BF Skinner cho rằng : phạt có tác dụng loại trừ những hành vi ngoài ý muốn của người quản lý lãnh đạo nên đem lại nhiều hiệu quả hơn so với khen thưởng.		
Câu 12. Khi bị khiêu khích nhân viên có thể tăng cường cố gắng để đạt được mục tiêu nhưng có thể nảy sinh sự rạn vỡ trong mối quan hệ giữa anh ta và người quản lý.		

Chọn 1 câu trả lời tốt nhất cho các câu từ 13- 14 bằng cách khoanh tròn chữ cái đầu câu :

Câu 13. Theo Jabes and Zussman yếu tố nào sau đây không phải là phần thưởng tinh thần :

- A. cảm giác cạnh tranh
- B. thành tựu và sự hoàn thành công việc
- C. trách nhiệm và sự thách thức

D. tính độc lập của các nhiệm vụ

E. tiền lương và tiền thưởng

Câu 14. Thuyết công bằng của J.Stacy Adams cho rằng: Người lao động sẽ cảm nhận được đối xử công bằng khi cảm thấy:

A. Người quản lý cư xử với mình bình đẳng như với mọi người

B. Lương bổng hợp lý, phù hợp với lao động đã bỏ ra

C. Tỷ lệ quyền lợi/đóng góp của mình ngang bằng với tỷ lệ đó ở những người khác.

D. Hải lòng khi làm việc.

BÀI 6

LẬP KẾ HOẠCH CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được tầm quan trọng và ý nghĩa của việc lập kế hoạch chiến lược và kế hoạch cải tiến chất lượng.
2. Xác định được 5 vấn đề tồn tại và ưu tiên trong quản lý chất lượng để lập kế hoạch chiến lược và kế hoạch cải tiến chất lượng phù hợp với thực tiễn bệnh viện hoặc khoa/phòng.
3. Trình bày được khung kế hoạch chiến lược và khung kế hoạch cải tiến chất lượng.
4. Trình bày được quy trình và 9 bước lập kế hoạch chiến lược cải tiến chất lượng.
5. Thực hành lập được kế hoạch chiến lược và kế hoạch cải tiến chất lượng.
6. Biểu hiện được sự tin tưởng vào việc lập kế hoạch tốt sẽ tạo điều kiện để nâng cao chất lượng bệnh viện

NỘI DUNG

1. Khái niệm, tầm quan trọng và ý nghĩa của việc lập kế hoạch

1.1. Kế hoạch

” Kế hoạch ” là một thuật ngữ quen thuộc và phổ biến, có mặt tại hầu hết các khía cạnh của đời sống cá nhân và hoạt động của tổ chức, xã hội. Hiểu theo nghĩa rộng, *kế hoạch là xác định, dự kiến các định hướng, mục tiêu cần đạt được trong giai đoạn ngắn hạn hoặc dài hạn kèm theo lộ trình và các hoạt động, giải pháp cụ thể để đạt các mục tiêu đề ra đó.*

Các loại kế hoạch có thể chia thành các nhóm như sau:

Kế hoạch chiến lược

Kế hoạch dài hạn

Kế hoạch ngắn hạn

Kế hoạch hàng năm

Kế hoạch định hướng

Kế hoạch bộ phận chức năng

Kế hoạch hoạt động hoặc kế hoạch thực hiện nhiệm vụ

Trong lĩnh vực quản lý chất lượng, thuật ngữ "đề án cải tiến chất lượng" đã được một số tài liệu sử dụng. Đề án này có thể được xem xét như bản kế hoạch thực hiện nhiệm vụ cải tiến chất lượng cho toàn đơn vị hoặc từng bộ phận độc lập. Trong tài liệu này, thuật ngữ "kế hoạch cải tiến chất lượng" được sử dụng có nghĩa tương đương với thuật ngữ "đề án cải tiến chất lượng".

1.2. Tầm quan trọng và ý nghĩa của việc lập kế hoạch chiến lược và đề án cải tiến chất lượng

1.2.1. Lập kế hoạch

Lập kế hoạch là công tác căn bản trong quản lý, giúp đưa ra các định hướng hoạt động nhằm cải tiến chất lượng.

Lập kế hoạch chất lượng được định hướng bằng những mục tiêu cụ thể. Bản kế hoạch mô tả cơ cấu tổ chức, các nguồn lực, phương pháp chất lượng... để đạt được các mục tiêu đó. Do đó, bản kế hoạch chất lượng được dùng làm khuôn khổ và các nguyên tắc chỉ đạo cho hành động trong các vấn đề về chất lượng.

1.2.2. Lập kế hoạch chiến lược

Loại kế hoạch này chủ yếu được các cán bộ quản lý cao cấp trong tổ chức xây dựng. Đây là những người có thẩm quyền ban hành quyết định và xác định các định hướng về mặt chính sách của tổ chức. Kế hoạch chiến lược có tính dài hạn và sử dụng thông tin của tổ chức, kết hợp với thông tin bên ngoài. Một thách thức rất lớn khi xây dựng kế hoạch chiến lược là đòi hỏi những người tham gia xây dựng cần có tầm nhìn xa, kết hợp với khoa học dự báo trên cơ sở phân tích các số liệu và xu hướng phát triển.

Hạn chế về lập kế hoạch chiến lược của các tổ chức ở Việt Nam

So sánh với các tổ chức quốc tế, việc lập kế hoạch chiến lược của các tổ chức ở Việt Nam có nhiều mặt hạn chế. Việc lập kế hoạch chiến lược là công việc khá mới, thậm chí xa lạ với nhiều tổ chức. Tính cần thiết của lập kế hoạch chiến lược cũng là vấn đề gây tranh cãi. Về mặt phương pháp, các tổ chức chưa được học hoặc tiếp cận các phương pháp xây dựng kế hoạch chiến lược mang tính bài bản. Hạn chế tiếp theo là các số liệu, thông tin phục vụ cho lập kế hoạch thiếu và chất lượng không cao. Việc sử dụng và triển khai công việc theo kế hoạch chiến lược khó được tuân thủ. Hơn nữa, nếu có sự thay đổi về mặt nhân sự lãnh đạo sẽ dẫn đến nhiều khả năng là thay đổi bản kế hoạch chiến lược. Do vậy tính ổn định của các kế hoạch này không cao. Bên cạnh đó còn một số các hạn chế

khác mà những người lập kế hoạch chiến lược cần xác định để bản kế hoạch lập ra tránh gặp phải những sai lầm, hạn chế.

1.2.3. Kế hoạch cải tiến chất lượng

Kế hoạch cải tiến chất lượng có vai trò rất quan trọng trong cải tiến chất lượng của tổ chức. Nếu không có kế hoạch cải tiến chất lượng cụ thể, một tổ chức sẽ khó đạt được mục tiêu cải tiến chất lượng do không xác định được đích đến là gì, cải tiến cái gì, lấy nguồn lực ở đâu, dựa vào phương pháp gì... để cải tiến chất lượng.

Bản kế hoạch cải tiến chất lượng sẽ cụ thể hóa kế hoạch chiến lược theo từng giai đoạn, từng công việc và giúp xác định các mục tiêu cụ thể, nguồn lực, lộ trình thời gian cụ thể và phương pháp cụ thể để đạt được các mục tiêu đó. Bản kế hoạch này cũng giúp xác định nhiệm vụ và phân công nhiệm vụ cho từng đối tượng tham gia vào hoạt động cải tiến chất lượng.

2. Quy trình lập kế hoạch

2.1 .Phân tích thực trạng

2.1.1. Xác định các vấn đề tồn tại và ưu tiên trong quản lý chất lượng

Trước khi xây dựng bất kỳ một kế hoạch cải tiến nào, công việc thiết yếu đầu tiên cần làm là xác định, phân tích, đánh giá thực trạng vấn đề. Một số câu hỏi có thể được sử dụng để đánh giá thực trạng như:

- Chúng ta đang ở vị trí nào so với các đơn vị khác?
- Các vấn đề tồn tại chủ yếu hiện nay là gì? Vấn đề nào là nghiêm trọng?
- Cái gì là điểm mạnh, điểm yếu?
- Đo lường thực trạng hiện nay bằng cách nào?
- Chúng ta có những nguồn lực gì trong tay để cải tiến v.v.

Hàng loạt câu hỏi có thể được đặt ra để giúp cho việc phân tích thực trạng và xác định các vấn đề tồn tại. Thực trạng được xác định đúng đắn và chi tiết sẽ giúp cho việc xây dựng kế hoạch được tốt và khả thi hơn.

Tuy nhiên, đối với các bệnh viện nếu như việc xây dựng kế hoạch chiến lược và kế hoạch cải tiến chất lượng chỉ dựa vào các yếu tố nội tại của bệnh viện sẽ không hoàn chỉnh. Đích đến của tất cả các bệnh viện đều là người bệnh, vì vậy cần đặt người bệnh ở vị trí trung tâm và xác định các vấn đề tồn tại liên quan trực tiếp đến người bệnh. Cần xác định người bệnh cần gì khi đến bệnh viện, từ đó đánh giá thực trạng bệnh viện đã đáp ứng như thế nào.

2.1.2. Phân tích thực trạng điểm mạnh và yếu của bệnh viện

Để phân tích sâu sắc các vấn đề tồn tại, điểm mạnh, điểm yếu của bệnh viện có thể sử dụng một công cụ hữu ích là phương pháp SWOT. Phân tích SWOT là việc đánh giá một cách chủ quan các dữ liệu được sắp xếp theo định dạng SWOT dưới một trật tự lô gíc dễ hiểu, dễ trình bày, dễ thảo luận. Mẫu phân tích SWOT được trình bày dưới dạng một ma trận 2 hàng 2 cột, chia làm 4 phần: Điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội và mối nguy cơ (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

ĐIỂM MẠNH S	ĐIỂM YẾU W
CƠ HỘI O	THÁCH THỨC T

Để thực hiện phân tích SWOT cho đánh giá thực trạng bệnh viện (hoặc của khoa/phòng), có thể đặt các câu hỏi sau:

- Điểm mạnh:

- + Ưu thế của bệnh viện là gì?
- + Lĩnh vực chuyên môn nào đang làm tốt nhất?
- + Ưu thế để phát triển các lĩnh vực mũi nhọn khác?
- + Nguồn lực nào bệnh viện cần, có thể sử dụng?

- Điểm yếu:

- + Công việc nào bệnh viện làm tồi nhất?
- + Có thể cải thiện những lĩnh vực gì?
- + Cần tránh làm gì?

Khi phân tích điểm mạnh, điểm yếu cần phải xem xét vấn đề trên cơ sở bên trong và cả bên ngoài bệnh viện. Người khác có thể nhìn thấy yếu điểm mà bản thân bệnh viện không thấy. Vì sao người bệnh, người dân chưa hài lòng với các dịch vụ y tế mình cung cấp? Quá trình phân tích các điểm yếu cần phải nhận định một cách thực tế và đối mặt với sự thật, nhìn thẳng vào các khuyết điểm đang tồn tại.

- Cơ hội:

- + Cơ hội tốt đang ở đâu?

- + Có thể tận dụng các ưu thế nào của bệnh viện?
- + Các ưu thế này có mở ra cơ hội mới nào không?
- + Có thêm cơ hội nào xuất hiện nếu loại bỏ được các yếu điểm của bệnh viện hoặc khoa/phòng mình?
- + Dự báo xu hướng phát triển và nhu cầu của người dân cần quan tâm?

- Thách thức:

- + Những trở ngại nào hiện nay đang phải?
- + Các bệnh viện khác đang làm gì, có ảnh hưởng gì đến hoạt động?
- + Những nhu cầu, đòi hỏi của cơ quan quản lý và người dân có thay đổi gì không?
- + Việc thay đổi này đặt ra thách thức, nguy cơ gì với bệnh viện?

Các phân tích thách thức thường giúp tìm ra những việc cần phải làm và biến điểm yếu thành triển vọng.

Mô hình phân tích SWOT thích hợp cho việc đánh giá hiện trạng của một đơn vị trên phạm vi rộng như toàn bệnh viện hoặc trên phạm vi hẹp như khoa/phòng thông qua việc phân tích tình hình bên trong (Điểm mạnh và Điểm yếu) và bên ngoài (Cơ hội và Thách thức). SWOT thực hiện lọc thông tin theo một trật tự dễ hiểu và dễ xử lý, giúp bệnh viện xây dựng kế hoạch cải tiến chất lượng được chi tiết, khả thi.

Các yếu tố bên trong cần phân tích có thể là:

- + Văn hóa chất lượng bệnh viện
- + Hình ảnh, uy tín, y hiệu bệnh viện
- + Cơ cấu, tổ chức
- + Nhân lực chủ chốt
- + Khả năng sử dụng các nguồn lực
- + Kinh nghiệm đã có, "bề dày" truyền thống
- + Danh tiếng, y hiệu
- + Hiệu quả hoạt động, Năng lực hoạt động
- + Đối tượng người bệnh và mô hình bệnh tật của bệnh viện
- + Nguồn tài chính

Các yếu tố bên ngoài cần phân tích có thể là:

- + Người bệnh
- + Các bệnh viện cùng cung cấp dịch vụ tương tự trong khu vực
- + Các đối tác có liên quan

- + Xu hướng nhu cầu của người dân
- + Sự phát triển công nghệ mới
- + Thay đổi bối cảnh kinh tế - chính trị - xã hội
- + Môi trường chính sách và pháp luật

Lưu ý:

Áp dụng phương pháp phân tích SWOT có những hạn chế khi sắp xếp các thông tin với xu hướng giảm lược. Các thông tin có thể bị gò ép vào vị trí không phù hợp với bản chất vấn đề. Nhiều đề mục có thể bị trung hòa hoặc nhầm lẫn giữa hai thái cực S-W và O-T do quan điểm riêng của nhà phân tích.

2.1.3. Phân tích nhu cầu người bệnh

Để xây dựng một kế hoạch cải tiến chất lượng tốt thì không thể không quan tâm đến các nhu cầu, nguyện vọng người bệnh, người dân. "Người bệnh là trung tâm" cần được là quan điểm chủ đạo và xuyên suốt của đề án cải tiến chất lượng.

Một số vấn đề và câu hỏi quan trọng cần đặt ra và phân tích:

- + Người bệnh cần gì khi đến bệnh viện?
- + Xác định và phân tích các nhu cầu, nguyện vọng của người bệnh?
- + Theo cách nhìn của người bệnh, chất lượng bệnh viện là gì?

Một số nghiên cứu đã phân tích và chỉ ra một số mong muốn, nguyện vọng cơ bản của người dân khi đến bệnh viện, đó có thể là:

- + Đừng làm tôi đau thêm,
- + Hãy giúp bệnh tình của tôi trở nên tốt hơn,
- + Hãy điều trị tôi với tấm lòng bao dung, nhân hậu,
- + Đừng quát mắng tôi,
- + Đừng bắt tôi phải chờ đợi nhiều...

Việc phân tích nhu cầu người bệnh và thực sự hiểu người bệnh cần gì, muốn gì sẽ giúp bản kế hoạch chất lượng hướng đến người bệnh, gần gũi với người bệnh mà không xa rời thực tế hoặc tránh việc cải tiến chất lượng là "câu chuyện riêng" của bệnh viện.

2.2. Khung kế hoạch chiến lược và khung kế hoạch cải tiến chất lượng

2.2.1. Khung kế hoạch chiến lược

Bản kế hoạch chiến lược cải tiến chất lượng có các phần chủ yếu sau:

1) Tầm nhìn (Tuyên bố về xác định tình trạng tương lai của bệnh viện hoặc của khoa/phòng về mục tiêu cơ bản của nó và/hoặc định hướng chiến lược).

2) Sứ mệnh (xác định mục đích cơ bản của bệnh viện hoặc của khoa/phòng làm gì, mô tả các nét chính lý do tại sao lại cần bệnh viện hoặc khoa/phòng đó).

3) Giá trị cốt lõi (là niềm tin dẫn dắt tư tưởng và hành động của tất cả nhân viên; định hướng mọi người xây dựng văn hóa đặc trưng của đơn vị).

4) Quan điểm chủ đạo (xác định tư tưởng chính của bản kế hoạch chiến lược, ví dụ "lấy người bệnh làm trung tâm, nhân viên y tế là cốt lõi của hoạt động cải tiến chất lượng...)

5) Đánh giá thực trạng (áp dụng phương pháp phân tích SWOT, tổng hợp các kết quả chính vào một bảng phân tích điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức).

6) Các cơ hội cải tiến chất lượng và ưu tiên (xác định các sáng kiến cải tiến chất lượng mà khi thực hiện sẽ giúp hỗ trợ và đạt được tầm nhìn, sứ mệnh và giá trị cốt lõi).

7) Đánh giá tiềm năng cải tiến (phân tích mức độ sẵn sàng, nguồn lực, chính sách, luật lệ... và các phản ứng có thể)

8) Kế hoạch triển khai (xây dựng lộ trình và các mốc thời gian triển khai)

9) Kế hoạch truyền thông (xây dựng kế hoạch sẽ truyền thông đến các nhân viên, người bệnh, người dân... như thế nào để tạo sự đồng thuận khi triển khai kế hoạch cải tiến chất lượng).

2.2.2. Khung kế hoạch cải tiến chất lượng

Trong phạm vi bệnh viện hoặc khoa/phòng, kế hoạch cải tiến chất lượng được xây dựng cho một hoặc nhiều nội dung cụ thể và có thể thực hiện trong giai đoạn ngắn hạn cũng như dài hạn. Ví dụ như xây dựng kế hoạch cải tiến quy trình khám bệnh. Các phần chủ yếu của khung kế hoạch cải tiến chất lượng như sau:

- + Lập kế hoạch/đề án chất lượng
- + Thành lập tổ công tác
- + Đánh giá nhu cầu
- + Đề xuất giải pháp can thiệp
- + Phân bổ nguồn lực

- + Phân công trách nhiệm
- + Thời gian thực hiện
- + Đánh giá kế hoạch

3. Quy trình và các bước lập kế hoạch chiến lược cải tiến chất lượng

Một số nước trên thế giới đã đề xuất và áp dụng quy trình lập kế hoạch chiến lược cải tiến chất lượng. Malaysia đề xuất mô hình 10 bước như sau:

1. Đề xuất và xác định quy trình lập kế hoạch chiến lược
2. Xác định nhiệm vụ và mục tiêu của tổ chức
3. Xác định sứ mệnh và giá trị cốt lõi của tổ chức
4. Đánh giá môi trường bên trong và bên ngoài của tổ chức
5. Xác định các vấn đề chủ yếu đang và sẽ phải đối mặt
6. Xây dựng và xác định chiến lược để giải quyết các vấn đề đó
7. Xem xét và thông qua kế hoạch chiến lược
8. Thiết lập một tầm nhìn tổ chức hiệu quả
9. Xây dựng quy trình thực hiện hiệu quả
10. Đánh giá lại các chiến lược và quy trình xây dựng kế hoạch chiến lược

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu từ 1 – 7 bằng cách điền từ vào các chỗ trống:

Câu 1. Kế hoạch là xác định, dự kiến các ...(A)...cần đạt được trong giai đoạn ngắn hạn hoặc dài hạn kèm theo ...(B)...và các ...(C)...để đạt các mục tiêu đề ra đó.

- A ...
- B. ...
- C. ...

Câu 2. Kể cho đủ 7 loại kế hoạch

- A. Kế hoạch chiến lược
- B. Kế hoạch dài hạn
- C. ...
- D. ...
- E. ...

F. ...

G. Kế hoạch hoạt động hoặc kế hoạch thực hiện nhiệm vụ

Câu 3. Tầm quan trọng của Lập kế hoạch chất lượng: Nhờ có kế hoạch này mà định hướng được...(A)... . Bản kế hoạch cũng mô tả ...(B)..., ...(C)..., ...(D)...

Câu 4. Năm vấn đề tồn tại của lập kế hoạch chiến lược:

A. Còn tranh cãi có cần thiết không

B. ...

C. ...

D. ...

E. Nếu có sự thay đổi nhân sự lãnh đạo sẽ dẫn đến nhiều khả năng là thay đổi bản kế hoạch chiến lược

Câu 5. Phương pháp SWOT dùng trong phân tích thực trạng:

(A)	(B)
S	W
(C)	(D)
O	T

A. ...

B. ...

C. ...

D. ...

Câu 6. Khung kế hoạch chiến lược gồm 9 bước sau:

A. Tầm nhìn

B. Sứ mệnh

C. ...

D. ...

E. ...

F. ...

G. ...

H. Kế hoạch triển khai

I. Kế hoạch truyền thông

Câu 7. Tám phần chủ yếu của khung kế hoạch cải tiến chất lượng:

A. Lập kế hoạch/đề án chất lượng

B. Thành lập tổ công tác

C. ...

D. ...

E. ...

F. ...

G. Thời gian thực hiện

H. Đánh giá kế hoạch

Phân biệt đúng –sai các câu từ 8 – 10 bằng cách đánh dấu ✓ vào cột phù hợp:

Câu hỏi	Đ	S
Câu 8. Việc xây dựng kế hoạch chiến lược và kế hoạch cải tiến chất lượng của bệnh viện chỉ dựa vào các yếu tố nội tại của bệnh viện sẽ không hoàn chỉnh		
Câu 9. Áp dụng phương pháp phân tích SWOT giúp tránh những hạn chế khi sắp xếp các thông tin , tránh được các thông tin có thể bị gò ép vào vị trí không phù hợp với bản chất vấn đề		
Câu 10. Việc phân tích nhu cầu người bệnh và thực sự hiểu người bệnh cần gì, muốn gì sẽ giúp bản kế hoạch chất lượng hướng đến người bệnh.		

PHỤ LỤC

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 19 /2013/TT-BYT

Hà Nội, ngày 12 tháng 7 năm 2013

THÔNG TƯ

Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Bộ Y tế ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn việc quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện (sau đây gọi tắt là quản lý chất lượng bệnh viện), bao gồm:

1. Nội dung triển khai quản lý chất lượng bệnh viện.
2. Hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện.
3. Trách nhiệm thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 2. Nguyên tắc tổ chức thực hiện quản lý chất lượng

1. Lấy người bệnh làm trung tâm.

2. Việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định.

3. Các quyết định liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn nâng cao chất lượng của bệnh viện.

4. Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm về chất lượng bệnh viện. Tất cả cán bộ, công chức, viên chức, người lao động (gọi chung là nhân viên y tế) trong bệnh viện có trách nhiệm tham gia hoạt động quản lý chất lượng.

Chương II

NỘI DUNG TRIỂN KHAI QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện

1. Bệnh viện xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu chất lượng để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết. Mục tiêu chất lượng phù hợp với chính sách, pháp luật liên quan đến chất lượng và nguồn lực của bệnh viện.

2. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt kế hoạch và lập chương trình bảo đảm, cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm, phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

Điều 4. Duy trì quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bệnh viện

1. Bệnh viện bảo đảm các điều kiện để được cấp giấy phép hoạt động theo lộ trình quy định tại Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ.

2. Bệnh viện đã được cấp giấy phép có trách nhiệm tiếp tục duy trì các hoạt động để bảo đảm đáp ứng quy chuẩn kỹ thuật quốc gia và các điều kiện khác do Bộ Y tế quy định.

Điều 5. Xây dựng chỉ số chất lượng, cơ sở dữ liệu và đo lường chất lượng bệnh viện

1. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo các bộ chỉ số chất lượng bệnh viện trong nước hoặc nước ngoài.

2. Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng trong bệnh viện.

3. Tổ chức thu thập, quản lý, lưu trữ, khai thác và sử dụng dữ liệu liên quan đến chất lượng bệnh viện.

4. Lòng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện.

5. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 6. Tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức triển khai thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn do Bộ Y tế và bệnh viện ban hành, bao gồm hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác.

2. Tổ chức triển khai thực hiện kiểm định chất lượng nhằm đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh.

Điều 7. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

1. Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

a) Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ;

b) An toàn phẫu thuật, thủ thuật;

c) An toàn trong sử dụng thuốc;

d) Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện;

đ) Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế;

e) Phòng ngừa người bệnh bị ngã;

g) An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

2. Bảo đảm môi trường làm việc an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế; tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp.

3. Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

4. Xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

5. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

Điều 8. Áp dụng bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng bệnh viện

1. Bệnh viện căn cứ vào các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để lựa chọn bộ tiêu chí, tiêu chuẩn phù hợp và triển khai áp dụng tại bệnh viện.

2. Quy trình triển khai áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng được thực hiện theo hướng dẫn của cơ quan ban hành bộ tiêu chí, tiêu chuẩn đó hoặc tổ chức chứng nhận chất lượng.

3. Sau khi bệnh viện được cấp giấy chứng nhận chất lượng cần tiếp tục duy trì và cải tiến chất lượng.

Điều 9. Đánh giá chất lượng bệnh viện

1. Triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

2. Đánh giá hiệu quả áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp.

3. Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên ít nhất là 03 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế.

4. Bệnh viện xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

5. Các cơ quản lý tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện hoặc thẩm định báo cáo chất lượng dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận theo định kỳ hằng năm hoặc đột xuất.

Chương III

HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 10. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

1. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm: hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc bệnh viện làm chủ tịch và phó giám đốc phụ trách chuyên môn làm phó chủ tịch; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng; mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.

2. Bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện đa khoa hạng I thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác tùy theo quy mô, điều kiện và nhu cầu của từng bệnh viện để quyết định thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Phòng/tổ quản lý chất lượng phối hợp chặt chẽ với các khoa, phòng chức năng để thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ cấp bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện, do phòng/tổ quản lý chất lượng làm đầu mối điều phối các hoạt động.

4. Hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Chủ tịch hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Chủ tịch hội đồng thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện;

c) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp định kỳ và đột xuất nhằm hỗ trợ, giám sát và đưa ra các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

5. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng và nhân viên, thành viên mạng lưới quản lý chất lượng

thực hiện theo hướng dẫn tại các Điều 11, Điều 12, Điều 13, Điều 14, Điều 15 của Thông tư này.

Điều 11. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do giám đốc bệnh viện ban hành quyết định thành lập, quy chế và duy trì hoạt động; thư ký thường trực là trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện, gồm đại diện các khoa, phòng có liên quan đến hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh.

2. Nhiệm vụ:

a) Phát hiện các vấn đề chất lượng, các nguy cơ tiềm ẩn đối với an toàn người bệnh, xác định các hoạt động ưu tiên và đề xuất các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh với giám đốc bệnh viện;

b) Giúp cho giám đốc triển khai bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận, phù hợp với điều kiện của bệnh viện;

c) Tham gia tổ chức thực hiện việc áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn chất lượng, đánh giá nội bộ chất lượng bệnh viện và thông qua báo cáo chất lượng bệnh viện;

d) Hỗ trợ kỹ thuật cho các khoa, phòng để triển khai các hoạt động của các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng do giám đốc bệnh viện phê duyệt.

Điều 12. Tổ chức và nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

a) Phòng quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng và các nhân viên, tùy thuộc quy mô bệnh viện và do giám đốc quyết định;

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách.

2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối triển khai và tham mưu cho giám đốc, hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện về công tác quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện để trình giám đốc phê duyệt;

b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng và các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng tại các khoa phòng;

c) Làm đầu mối thiết lập hệ thống quản lý sai sót, sự cố bao gồm phát hiện, tổng hợp, phân tích, báo cáo và nghiên cứu, đề xuất giải pháp khắc phục;

d) Làm đầu mối phối hợp với các khoa, phòng giải quyết các đơn thư, khiếu nại, tố cáo và các vấn đề liên quan đến hài lòng người bệnh;

đ) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện. Phối hợp với bộ phận thống kê, tin học của bệnh viện tiến hành đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện;

e) Triển khai hoặc phối hợp tổ chức đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

g) Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

h) Thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế;

i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Điều 13. Nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng

1. Nhiệm vụ:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng.

b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng, kết quả công tác cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

- d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện;
- đ) Làm thư ký của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

- a) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện;
- b) Đề xuất với giám đốc việc khen thưởng, kỷ luật đối với các cá nhân và tập thể trong thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng.

Điều 14. Nhiệm vụ và quyền hạn của nhân viên phòng/tổ quản lý chất lượng bệnh viện

1. Nhiệm vụ:

- a) Thực hiện các nhiệm vụ theo bản mô tả vị trí việc làm của phòng/tổ quản lý chất lượng và các công việc khác theo sự phân công của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện;
- b) Thu thập, phân tích, quản lý, bảo mật các dữ liệu liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện trong lĩnh vực được phân công;
- c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;
- d) Tham gia đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng và đánh giá chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

- a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng;
- b) Đôn đốc các cá nhân, đơn vị thực hiện các biện pháp khắc phục sau kiểm tra, giám sát;
- c) Đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Điều 15. Các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng

- 1. Mỗi khoa, phòng, đơn vị (gọi tắt là đơn vị) của bệnh viện cử ít nhất một nhân viên kiêm nhiệm tham gia mạng lưới quản lý chất lượng.
- 2. Nhiệm vụ của các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng tại đơn vị:

- a) Làm đầu mối giúp lãnh đạo đơn vị triển khai, thực hiện, theo dõi các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện;
- b) Thực hiện các kế hoạch hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại đơn vị;
- c) Tham gia kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Chương IV

TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Điều 16. Trách nhiệm của giám đốc bệnh viện

- 1. Chỉ đạo, phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư này tới toàn thể cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.
- 2. Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện theo hướng dẫn tại các Điều 10, Điều 11, Điều 12, Điều 15 của Thông tư này.
- 3. Triển khai, áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.
- 4. Giám đốc bệnh viện bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng:
 - a) Triển khai các hoạt động áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;
 - b) Duy trì và cải tiến chất lượng;
 - c) Tổ chức và cử cán bộ đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;
 - d) Khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;
 - đ) Hợp đồng tư vấn, đánh giá, chứng nhận chất lượng.
 - e) Các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh khác tùy theo nhu cầu bệnh viện.

5. Bảo đảm nguồn nhân lực và đào tạo về quản lý chất lượng, bao gồm:

a) Đầu tư nguồn nhân lực cho quản lý chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công nhân viên y tế chuyên trách, kiêm nhiệm về quản lý chất lượng;

b) Tổ chức hoặc cử nhân viên y tế tham gia các khoá đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Cử nhân viên y tế chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị và phương tiện:

a) Trang bị phương tiện phân tích, xử lý, lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng;

b) Xây dựng các công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng.

7. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng.

8. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Điều 17. Trách nhiệm các trưởng phòng chức năng của bệnh viện

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong phòng.

2. Xây dựng mục tiêu chất lượng, lồng ghép các hoạt động quản lý chất lượng vào kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

4. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng xây dựng kế hoạch và triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện.

5. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

6. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 18. Trách nhiệm của các trưởng khoa

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong khoa.

2. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng, đơn vị khác nghiên cứu, áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại khoa được phân công phụ trách.

4. Phân công nhân viên triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng và đánh giá kết quả thực hiện.

5. Báo cáo kết quả hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng cho hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng và các đơn vị thực hiện đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng có liên quan.

7. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

8. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 19. Trách nhiệm của các nhân viên y tế trong bệnh viện

1. Tham gia các chương trình, kế hoạch, hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.

2. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Chương V

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 20. Lộ trình thực hiện công tác quản lý chất lượng ở bệnh viện

1. Giai đoạn I: 2013-2015

a) Hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý chất lượng tại các Sở Y tế, Y tế ngành và các bệnh viện;

b) Mỗi bệnh viện tổ chức hoặc cử nhân viên tham dự các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Bệnh viện áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để tự đánh giá và cải tiến chất lượng;

d) Khuyến khích các bệnh viện áp dụng thí điểm các mô hình, phương pháp chất lượng và các bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng.

2. Giai đoạn II: 2016 - 2018

a) Bệnh viện đánh giá hiệu quả việc áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng;

b) Đào tạo cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện;

c) Tự nguyện đăng ký với tổ chức chứng nhận chất lượng để đánh giá chất lượng bệnh viện;

d) Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá, thẩm định và công nhận chất lượng bệnh viện.

3. Giai đoạn III: Sau năm 2018

Bệnh viện tiếp tục áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng và đăng ký chứng nhận chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập.

Điều 21. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 9 năm 2013.

Điều 22. Tổ chức thực hiện

1. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh có trách nhiệm:

a) Làm đơn vị đầu mối tổ chức triển khai thực hiện, kiểm tra đánh giá việc thực hiện Thông tư này của các bệnh viện trực thuộc và các địa phương;

b) Chủ trì hoặc phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng quy chuẩn, quy định, tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số về chất lượng bệnh viện;

c) Thực hiện các nhiệm vụ khác liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Các Vụ, Cục có liên quan, tùy theo chức năng nhiệm vụ được phân công tham gia chỉ đạo và triển khai các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Y tế ngành có trách nhiệm:

a) Phân công một lãnh đạo Sở Y tế/Y tế ngành; một lãnh đạo phòng nghiệp vụ y và một chuyên viên phụ trách công tác quản lý chất lượng của các bệnh viện do Sở Y tế, Y tế ngành quản lý;

b) Xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng bệnh viện cho hệ thống các bệnh viện của tỉnh/ngành và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Phổ biến, chỉ đạo, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện Thông tư tại các bệnh viện trực thuộc; báo cáo về Bộ Y tế định kỳ hằng năm và theo yêu cầu.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị phản ánh về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế để được hướng dẫn, giải đáp hoặc xem xét giải quyết./.

Nơi nhận:

- Văn phòng Chính Phủ (P.Công báo, Công TTĐTCTP);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản QPPL);
- Các Thứ trưởng (để biết và chỉ đạo);
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, Văn phòng Bộ, Thanh tra Bộ;
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương;
- Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các ngành;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, PC, KCB.

BỘ TRƯỞNG

Đã ký

Nguyễn Thị Kim Tiên

ĐÁP ÁN TRẢ LỜI

BÀI 1

1.

A. khác nhau

B. đại diện cho ai

2.

A. loại hình chăm sóc sẵn có

B. hiệu quả

3.

A. hiệu quả

B. Chi phí

4.

B. Chất lượng là vô hình và không thể đo lường

C. Chất lượng là tổn kém

D. Sai sót do lỗi cá nhân

5.

C. Chăm sóc lâm sàng hiệu quả

D. Hiệu suất

E. Hướng về nhân viên

F. Điều hành hiệu quả.

6. Chấp nhận bất kỳ điều nào trong số 18 điều sau đây:

1.Năng lực lãnh đạo:

1. Cam kết

2. Lấy khách hàng làm trọng tâm

3. Cải tiến theo định hướng quy trình

4. Tính hệ thống

5. Quản lí có sự tham gia của tập thể

6. Trách nhiệm cá nhân

7. Trao quyền cho nhân viên

8. Hạn chế sự khác biệt
9. Can thiệp đón đầu
10. Liên tục như Một quy trình
11. Đánh giá và công nhận
12. Số liệu có vai trò quyết định
13. Hợp tác nhóm
14. Liên ngành:
15. Giáo dục và đào tạo
16. Quản lý dự phòng
17. Chuẩn hoá

7.

A. PDSA (Plan-Do-Study-Act) hay PDCA (Plan-Do-Check-Act)

B- Six Sigma (6 Sigma)

C. Quản lí tinh gọn (Lean)

8.

A. Lập kế hoạch (Plan); Thực hiện (Do); Đánh giá (Check/Study);
Kế hoạch tương lai (Act)

B. Giảm lỗi, hỏng; Khách hàng là trung tâm

C. Quan tâm đến hiệu năng của quy trình. Quy trình có thể xác định rõ và có nhiều hoạt động vô giá trị.

9Đ ; 10S ; 11Đ ; 12S

BÀI 2

1.

B. khách sạn

C. ngân hàng -tài chính-kế toán

D. xưởng sản xuất

2.

A. Khách hàng bên ngoài (bệnh nhân, người nhà)

B. Khách hàng nội bộ (giữa các đơn vị trong bệnh viện)

3.

- 4.
- E. Tổ chức thực hiện các hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế ban hành
 - F. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế
 - G. Đánh giá việc thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn
 - H. Đánh giá chất lượng bệnh viện
- 4.
- B. phòng hoặc tổ quản lý chất lượng
 - C. cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng
 - D. mạng lưới quản lý chất lượng
- 5.
- A. cấu trúc
 - B. quy trình
 - C. kết quả.

6Đ ; 7S ; 8S ; 9Đ ; 10Đ

BÀI 3

- 1.
- A. Thời gian và chi phí thu thập dữ liệu;
 - B. Thu thập ít dữ liệu và tập trung vào dữ liệu quan trọng
 - C. Phân biệt dữ liệu của người bệnh nội trú và ngoại trú
- 2.
- C. Tính đầy đủ
 - D. Tính rõ ràng
 - E. Tính hiện hành và kịp thời
 - F. Tính dễ truy cập
 - G. Tính ý nghĩa hay hữu dụng
- 3.
- A. Dữ liệu hành chính
 - B. Dữ liệu lâm sàng
 - C. Điều tra khách hàng
 - D. Quan sát
- 4.
- A. Đo lường đầu vào
 - B. Đo lường quá trình
 - C. Đo lường đầu ra hay đo lường kết quả

D.Đo lường mức độ ảnh hưởng

5.

A. Đo lường chất lượng dịch vụ lâm sàng

B. Đo lường hiệu quả tài chính

C. Đo lường tình trạng chức năng

D.Đo lường hài lòng người bệnh

6.

A. Xây dựng chỉ số

B. Kiểm định chất lượng

7.

A. Có liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe

B. Tính khoa học và cập nhật

C. Phù hợp với nhu cầu của người sử dụng dịch vụ

8.

A. Kiểm định của bên thứ nhất (nội bộ)

B. Kiểm định của bên thứ hai (bên ngoài): cơ quan quản lý

C. Kiểm định của bên thứ 3 (bên ngoài): tổ chức độc lập

9.

A. Đánh giá mức tuân thủ quy trình

B. Phương pháp đánh dấu

10.

A. Công cụ thu thập dữ liệu

B.Công cụ phân tích dữ liệu

C.Công cụ thể hiện, trình bày dữ liệu

11Đ ; 12S ; 13S ; 14Đ ; 15Đ ; 16Đ ; 17Đ

BÀI 4

1.

- A. quyền hạn
- B. ảnh hưởng (cảm hóa)
- C. quản lý
- D. sự thay đổi
- E. con người

2.

- A. tầm nhìn
- B. cảm hứng
- C. ảnh hưởng

3.

A. Khả năng thích ứng với môi trường, nhạy bén, linh hoạt và sáng tạo để tạo ra tầm nhìn của bệnh viện/khoa/phòng

B. Tính nhất quán và sự tín nhiệm

4.

- A. Nhận thức
- B. Quan hệ

Bảng so sánh 2 khái niệm quản lý, lãnh đạo

C. Điều hành Quản lý	Lãnh đạo
Nói về quyền hạn	Nói về tầm ảnh hưởng (cảm hóa)
Người quản lý có thể là lãnh đạo A. Quyền lực kiểu truyền thống	Người lãnh đạo không phải lúc nào cũng là người quản lý
Đương đầu với những phức tạp	Đương đầu với sự thay đổi
Làm đúng luật, làm đúng quy định C. Quyền lực do luật pháp hay nguyên tắc mang lại	Làm đúng đường lối, làm đúng cách
Tập trung vào sản phẩm	Tập trung vào con người

6Đ ; 7Đ ; 8S ; 9S ; 10 Đ ;

BÀI 5

1.

- A. Học thuyết về Bậc thang nhu cầu của Maslow
- B. Học thuyết về sự tăng cường hay sự ủng hộ

- C. Học thuyết về sự kỳ vọng
- D. Học thuyết về sự công bằng
- E. Học thuyết về hệ thống hai yếu tố
- F. Học thuyết về đặt mục tiêu

2.

- A. Xác định nhiệm vụ cho nhân viên và quy trình thực hành chuẩn
- B. Tạo điều kiện thuận lợi để người lao động hoàn thành nhiệm vụ
- C. Kích thích lao động

3.

- A. Tiền lương, tiền công và điều kiện làm việc
- B. Chi trả liên quan đến mức độ hoàn thành nhiệm vụ
- C. Hình thức khuyến khích bằng tài chính khác

4.

- A. Môi trường làm việc tích cực
- B. Linh hoạt trong sắp xếp công việc
- C. Hỗ trợ phát triển nghề nghiệp
- D. Tiếp cận tới dịch vụ hỗ trợ cho người lao động:
- E. Sự khuyến khích, động viên nội bộ

5.

- A. riêng tư
- B. công khai

6.

- A. tài chính
- B. tinh thần

7.

- A. khen ngợi
- B. khiêu khích

8Đ ; 9S ; 10S ; 11S ; 12Đ ; 13E ; 14C ;

BÀI 6

1.

- A. định hướng, mục tiêu
- B. lộ trình
- C. hoạt động, giải pháp cụ thể

2.

- C. Kế hoạch ngắn hạn
- D. Kế hoạch hàng năm
- E. Kế hoạch định hướng
- F. Kế hoạch bộ phận chức năng

3.

- A. những mục tiêu cụ thể
- B. cơ cấu tổ chức
- C. các nguồn lực
- D. phương pháp chất lượng

4.

- B. Chưa được học phương pháp xây dựng kế hoạch
- C. Số liệu, thông tin phục vụ cho lập kế hoạch thiếu và chất lượng không cao
- D. Việc sử dụng và triển khai công việc theo kế hoạch chiến lược khó được tuân thủ

5.

- A. ĐIỂM MẠNH
- B. ĐIỂM YẾU
- C. CƠ HỘI
- D. THÁCH THỨC

6.

- C. Giá trị cốt lõi

- D. Quan điểm chủ đạo
 - E. Đánh giá thực trạng
 - F. Các cơ hội cải tiến chất lượng và ưu tiên
 - G. Đánh giá tiềm năng cải tiến
- 7.
- C. Đánh giá nhu cầu
 - D. Đề xuất giải pháp can thiệp
 - E. Phân bổ nguồn lực
 - F. Phân công trách nhiệm
- 8Đ ; 9S ; 10Đ