



# So sánh 3 mô hình tích hợp Đại học Y – Bệnh viện tư nhân ở ASEAN

## Mô hình 1: Hospital-Led Group (Tập đoàn do Bệnh viện dẫn dắt)

Bệnh viện là trung tâm lợi nhuận chính; trường Y phục vụ mục tiêu đào tạo nhân lực, tuyển dụng và nâng tầm thương hiệu của hệ thống bệnh viện.

Yếu tố	Đặc điểm mô hình Hospital-Led Group
Governance & RACI (Quản trị & ma trận RACI)	<p><b>Quyền quyết định tập trung ở phía bệnh viện.</b> Ban lãnh đạo tập đoàn bệnh viện giữ vai trò chủ đạo trong bổ nhiệm CEO bệnh viện và thường có tiếng nói lớn trong việc chọn Dean trường Y (Hiệu trưởng trường Y). Hội đồng quản trị tập đoàn phê duyệt ngân sách <b>CAPEX/OPEX (vốn đầu tư/ chi phí vận hành)</b>, ưu tiên các dự án sinh lợi cho bệnh viện. Chất lượng lâm sàng do hội đồng y khoa của bệnh viện giám sát; trường Y tuân theo các tiêu chuẩn do bệnh viện đề ra nhằm đảm bảo dịch vụ khám chữa bệnh tốt. <b>Dữ liệu bệnh nhân</b> chủ yếu thuộc sở hữu bệnh viện, trường Y được truy cập có giới hạn để phục vụ giảng dạy/nghiên cứu theo thỏa thuận.</p>
Operating Model & U-H Processes (Mô hình vận hành & quy trình phối hợp Trường-Viện)	<p><b>Trường Y tích hợp như một đơn vị hỗ trợ của bệnh viện.</b> Chương trình đào tạo được thiết kế gắn liền với nhu cầu thực tiễn của hệ thống bệnh viện (ví dụ: tập trung các chuyên ngành đang thiếu nhân lực). Sinh viên y được thực hành lâm sàng tại bệnh viện của tập đoàn dưới sự hướng dẫn của bác sĩ nhân viên (bác sĩ bệnh viện kiêm giảng viên thực hành). Nhiều bác sĩ bệnh viện được mời làm giảng viên thỉnh giảng, đảm bảo sinh viên <b>“học trong môi trường y tế thực tế”</b>. Quy trình tuyển dụng ưu tiên nhận sinh viên tốt nghiệp vào làm việc, tạo nguồn nhân lực ổn định cho bệnh viện. Các quyết định giữa trường và viện thường được giải quyết qua các ủy ban phối hợp, nhưng bệnh viện có tiếng nói sau cùng do mục tiêu kinh doanh.</p>

## Yếu tố

## Đặc điểm mô hình Hospital-Led Group

**IT Integration**<br>(Tích hợp CNTT)

**Tích hợp CNTT vừa phải, thiên về hỗ trợ hoạt động bệnh viện.** Hệ thống thông tin bệnh viện (HIS) là chính, trường Y dùng chung một số phần mềm với bệnh viện (ví dụ: hệ thống quản lý học viên lâm sàng được liên kết với dữ liệu bệnh án điện tử). **Quyền truy cập dữ liệu** do bệnh viện kiểm soát; sinh viên và giảng viên được cấp quyền hạn chế để xem hồ sơ bệnh án phục vụ học tập (tuân thủ bảo mật). Mức **interoperability (khả năng liên thông)** không cao ngoài nội bộ tập đoàn, chủ yếu dùng chuẩn HL7 cơ bản để kết nối giữa HIS và hệ thống giáo vụ nếu có. Việc áp dụng **FHIR** hiện đại có thể hạn chế, do ưu tiên của CNTT là vận hành khám chữa bệnh. **IAM/SSO (Identity & Access Management / đăng nhập một lần)**: tài khoản người dùng có thể hợp nhất một phần - nhân viên bệnh viện và giảng viên dùng chung SSO cho hệ thống nội bộ, sinh viên có thể có hệ thống đăng nhập riêng.

**Priority KPIs**<br>(Các KPI ưu tiên)

**Ưu tiên KPI lâm sàng & tài chính.** Thành công được đo lường chủ yếu bằng **chỉ số hiệu quả bệnh viện**: chất lượng điều trị, số lượng bệnh nhân, doanh thu/lợi nhuận. Trường Y đóng góp gián tiếp: KPI có thể gồm tỷ lệ sinh viên tốt nghiệp làm việc cho hệ thống, mức độ hài lòng của bệnh viện về chất lượng nguồn nhân lực đào tạo. Các chỉ tiêu học thuật (nghiên cứu, xuất bản, kiểm định chất lượng đào tạo) ít được nhấn mạnh hơn, trừ khi ảnh hưởng đến uy tín thương hiệu bệnh viện.

**Main Pros & Cons**<br>(Ưu điểm & Nhược điểm chính)

**Ưu điểm:** Tập trung nguồn lực tài chính vào dịch vụ khám chữa bệnh tạo **dòng tiền ổn định**, trường Y được hậu thuẫn bởi thương hiệu bệnh viện mạnh. Mô hình này giúp **sinh viên có môi trường thực tập thực tiễn** và doanh nghiệp có ngay nguồn nhân lực phù hợp (đào tạo theo nhu cầu). Quyết định tập trung nêu **phản ứng nhanh với thay đổi thị trường** (ví dụ mở rộng chuyên khoa "hot").<br>**Nhược điểm:** **Sứ mệnh học thuật dễ bị lu mờ** trước mục tiêu lợi nhuận. Đầu tư cho nghiên cứu khoa học hoặc đổi mới chương trình có thể bị hạn chế nếu không phục vụ trực tiếp lợi ích bệnh viện. Xung đột lợi ích có thể xảy ra khi nhu cầu đào tạo ảnh hưởng đến công suất khám chữa bệnh (ví dụ: bác sĩ bận dạy, giảm thời gian khám). **Chất lượng đào tạo** phụ thuộc nhiều vào thiện chí của bệnh viện; nếu áp lực kinh doanh cao, hoạt động giảng dạy có thể bị xem nhẹ.

## Mô hình 2: University-Led Academic Medical Center (Trung tâm Y khoa Hàn lâm do Đại học dẫn dắt)

*Đại học Y giữ vai trò tổ chức trung tâm; bệnh viện tích hợp chủ yếu là teaching hospital (bệnh viện thực hành) phục vụ đào tạo và nghiên cứu.*

## Yếu tố

## Đặc điểm mô hình University-Led AMC

### Governance &

RACI<br>(Quản trị & ma trận RACI)

**Đại học là hạt nhân quản trị**, quyết định chiến lược toàn diện về đào tạo, nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe. Hội đồng trường/học viện y khoa bổ nhiệm Dean (Hiệu trưởng trường Y) làm lãnh đạo cao nhất, và thường Dean hoặc đại diện đại học sẽ tham gia bổ nhiệm CEO bệnh viện thực hành. Bệnh viện được coi là một đơn vị trực thuộc đại học (hoặc hợp tác chặt chẽ), nên ngân sách CAPEX/OPEX được quyết định theo mục tiêu kép (vừa nâng cao chất lượng đào tạo, vừa đảm bảo hiệu quả lâm sàng). **Chất lượng lâm sàng và chất lượng đào tạo** đều chịu sự giám sát: hội đồng quản trị bao gồm các bác sĩ học thuật và nhà quản lý đại học cùng đặt ra tiêu chí. **Dữ liệu** được xem như tài sản chung phục vụ cả điều trị, giảng dạy, nghiên cứu – việc quản trị dữ liệu do đại học và bệnh viện đồng phối hợp, đảm bảo tuân thủ đạo đức và quyền riêng tư người bệnh.

### Operating Model & UH Processes<br>(Mô hình vận hành & quy trình phối hợp Trường-Viện)

**Mô hình vận hành tích hợp chặt chẽ**. Bệnh viện đóng vai trò **teaching hospital** (bệnh viện thực hành), mọi hoạt động lâm sàng đều gắn với hoạt động đào tạo và nghiên cứu. Đội ngũ bác sĩ đa phần là **faculty (giảng viên)** của trường Y, vừa khám chữa bệnh vừa giảng dạy và nghiên cứu khoa học. Cơ chế "**joint appointment (bổ nhiệm kép)**" được áp dụng: bác sĩ là giảng viên, chịu quản lý bởi cả giám đốc bệnh viện và Dean trường Y. Sinh viên y khoa, điều dưỡng, và các ngành sức khỏe khác có mặt thường xuyên trong bệnh viện, tham gia chăm sóc bệnh nhân dưới sự giám sát của giảng viên. Quy trình hội chẩn, trực gác, nghiên cứu lâm sàng... đều có sự tham gia của sinh viên và giảng viên, tạo môi trường học thuật phong phú. Đại học thường có văn phòng hoặc khoa quản lý riêng cho việc phối hợp viện-trường, đảm bảo **quy trình tích hợp trôi chảy** (ví dụ: lịch học lâm sàng khớp với lịch làm việc tại bệnh viện). DLSMHSI (Philippines) là ví dụ điển hình: tổ chức thành viên với 3 thành phần là khối học thuật, bệnh viện đại học và trung tâm nghiên cứu trong một cơ cấu thống nhất <sup>1</sup>.

### IT Integration<br>(Tích hợp CNTT)

**Hệ thống CNTT hợp nhất nhằm phục vụ cả 3 sứ mệnh (chăm sóc, đào tạo, nghiên cứu).** Thông tin bệnh nhân, hồ sơ sức khỏe điện tử được tích hợp và **liên thông (interoperable)** với các hệ thống quản lý đào tạo và cơ sở dữ liệu nghiên cứu. Áp dụng chuẩn kết nối hiện đại như **HL7 FHIR** để cho phép trao đổi dữ liệu linh hoạt giữa các ứng dụng lâm sàng và học thuật. **Quyền dữ liệu** được chia sẻ có kiểm soát: giảng viên và nhóm nghiên cứu được quyền truy cập dữ liệu lâm sàng đã ẩn danh phục vụ nghiên cứu, sinh viên có tài khoản để học trên hệ thống bệnh án điện tử (với hồ sơ giả lập hoặc dữ liệu thực tế được cấp phép). **IAM/SSO** được triển khai thống nhất: một tài khoản người dùng truy cập được cả hệ thống thông tin sinh viên lẫn hệ thống bệnh viện. Điều này giúp giảng viên, sinh viên **Single Sign-On (đăng nhập một lần)**, thuận tiện khi chuyển đổi giữa các ứng dụng (học tập, nghiên cứu, khám bệnh).

Yếu tố	Đặc điểm mô hình University-Led AMC
<b>Priority KPIs</b>  (Các KPI ưu tiên)	<p><b>KPI cân bằng giữa học thuật và lâm sàng.</b> Bộ chỉ số hiệu quả bao trùm cả <b>3 mục tiêu:</b> (1) <b>Chất lượng điều trị:</b> kết quả lâm sàng, an toàn người bệnh, uy tín bệnh viện; (2) <b>Thành tựu học thuật:</b> xếp hạng trường, tỷ lệ sinh viên tốt nghiệp, thành tích nghiên cứu (số bài báo, sáng chế, quỹ tài trợ nghiên cứu), chất lượng giảng dạy; (3) <b>Hiệu quả tài chính:</b> vận hành bệnh viện bền vững, tối ưu chi phí, tái đầu tư cho giáo dục. Trong đó, các chỉ số học thuật như nghiên cứu và đào tạo được coi trọng tương đương chỉ số tài chính. Ví dụ, bệnh viện đại học có thể đánh giá thành công qua số <b>clinical trials (thử nghiệm lâm sàng)</b> thực hiện mỗi năm hay mức độ hài lòng của sinh viên về môi trường học tập tại bệnh viện, bên cạnh chỉ tiêu doanh thu.</p>
<b>Main Pros &amp; Cons</b>  (Ưu điểm & Nhược điểm chính)	<p><b>Ưu điểm:</b> Mô hình tích hợp cao tạo <b>hiệu ứng cộng hưởng (synergy)</b> giữa điều trị – đào tạo – nghiên cứu. Bệnh nhân được hưởng dịch vụ chất lượng cao từ đội ngũ có tư duy học thuật, cập nhật kiến thức mới. Sinh viên được đào tạo trong môi trường giàu <b>tính học thuật và đổi mới</b>, có cơ hội tham gia nghiên cứu và tiếp xúc ca bệnh phức tạp. Tổ chức dạng <b>Academic Health System</b> tăng uy tín cho cả bệnh viện lẫn đại học, thu hút nhân tài (bác sĩ giỏi muốn làm giảng viên, sinh viên giỏi muốn vào học). Trường hợp KPJ Malaysia chuyển hướng thành lập Academic Health System cho thấy lợi ích của tích hợp: tạo hệ sinh thái thống nhất từ đào tạo đến chăm sóc và sáng tạo. &lt;br&gt;<b>Nhược điểm:</b> <b>Cơ cấu quản trị phức tạp</b>, đòi hỏi cân bằng nhiều mục tiêu có thể mâu thuẫn. Quyết định đầu tư phải dung hòa giữa thiết bị phục vụ điều trị và ngân sách cho nghiên cứu/đào tạo, dễ dẫn đến tranh luận giữa lãnh đạo bệnh viện và đại học. Mô hình này cũng có <b>chi phí vận hành cao</b> – duy trì bệnh viện thực hành đòi hỏi ngân sách lớn, trong khi doanh thu bệnh viện có thể bị tái đầu tư ngược cho hoạt động học thuật. Thủ tục hành chính có thể cồng kềnh (nhiều tầng quản lý), giảm tính linh hoạt so với mô hình thuần kinh doanh. Ngoài ra, vì mục tiêu giảng dạy, bệnh viện có thể chấp nhận quy trình chậm hơn (ví dụ cho sinh viên thực tập), ảnh hưởng hiệu suất nếu không quản lý tốt.</p>

### Mô hình 3: Holding Company with Semi-Autonomous Units (Công ty mẹ kiểu Holding với các đơn vị vận hành bán tự chủ)

Tập đoàn giáo dục-y tế sở hữu cả trường và bệnh viện, nhưng mỗi đơn vị (trường, bệnh viện) có ban giám đốc riêng và quyền tự chủ tương đối; các dịch vụ chung (CNTT/tài chính/nhân sự) được tập trung hóa ở công ty mẹ.

## Yếu tố

## Đặc điểm mô hình Holding Company

### Governance & RACI<br>(Quản trị & ma trận RACI)

**Tổ chức dạng tập đoàn mẹ - công ty con.** Công ty mẹ (tập đoàn) nắm quyền sở hữu cả trường Y và bệnh viện nhưng trao quyền điều hành hàng ngày cho ban giám đốc từng đơn vị. **Hội đồng quản trị tập đoàn** đưa ra chiến lược chung, phê duyệt định hướng ngân sách lớn (đặc biệt là CAPEX) cho mở rộng cơ sở vật chất lớn hoặc dự án chiến lược). CEO bệnh viện và Hiệu trưởng trường Y do tập đoàn bổ nhiệm hoặc phê duyệt, nhưng sau đó chịu trách nhiệm báo cáo riêng theo từng chuỗi quản lý. Ranh giới RACI rõ: bệnh viện chịu **Responsible** về hiệu quả vận hành lâm sàng, trường Y chịu trách nhiệm về đào tạo; tập đoàn giữ **Accountability** cuối cùng về kết quả tài chính tổng thể và tuân thủ chiến lược. **Consulted/Informed:** Tập đoàn đóng vai trò tư vấn, hỗ trợ (qua các ban chức năng) và giám sát, các quyết định quan trọng (như chính sách chất lượng, bảo mật dữ liệu) được thống nhất ở cấp tập đoàn rồi thực thi tại từng đơn vị.

### Operating Model & U-H Processes<br>(Mô hình vận hành & quy trình phối hợp Trường-Viện)

**Hoạt động song song, liên kết qua thỏa thuận nội bộ.** Trường và bệnh viện vận hành gần như độc lập về hoạt động hàng ngày: bệnh viện tập trung khám chữa bệnh cho bệnh nhân (có thể bao gồm cả bệnh nhân dịch vụ, bảo hiểm), trường tập trung giảng dạy – nghiên cứu. Sự giao cắt diễn ra thông qua các **thỏa thuận hợp tác nội bộ** do tập đoàn thiết lập: ví dụ, **MOU nội bộ** quy định bệnh viện là cơ sở thực hành cho sinh viên trường Y, số lượng sinh viên mỗi kỳ, chi phí hoặc hỗ trợ qua lại. Sinh viên và giảng viên đến bệnh viện cho đợt thực tập lâm sàng theo lịch, dưới sự hướng dẫn của điều phối viên (có thể là nhân sự bệnh viện kiêm nhiệm phụ trách đào tạo). Bệnh viện có thể không coi đào tạo là nhiệm vụ chính, nhưng do cùng sở hữu, họ vẫn hỗ trợ theo định hướng tập đoàn. Các quy trình giao cắt (như hội đồng phối hợp đào tạo lâm sàng, hội đồng nghiên cứu y đức) có đại diện cả hai bên và thường báo cáo lên tập đoàn. **Shared services (dịch vụ dùng chung):** Các phòng ban như CNTT, tài chính, nhân sự do công ty mẹ cung cấp dịch vụ chung, giúp giảm trùng lắp và đảm bảo chính sách nhất quán. Ví dụ, tuyển dụng nhân sự mới (bác sĩ, giảng viên) tuân theo quy trình nhân sự chung; hệ thống tiền lương, đãi ngộ do tập đoàn quản lý.

## Yếu tố

## Đặc điểm mô hình Holding Company

### IT

**Integration**<br>(Tích hợp CNTT)

**Hệ tầng CNTT tập trung, ứng dụng phân tán theo nhu cầu.** Tập đoàn đầu tư hạ tầng chung (trung tâm dữ liệu, mạng, an ninh thông tin) và nền tảng phần mềm lõi. Mỗi đơn vị triển khai các ứng dụng chuyên biệt nhưng tuân theo kiến trúc chung để dễ tích hợp. **Interoperability:** Hệ thống bệnh viện và trường **kết nối qua nền tảng tích hợp do tập đoàn quản lý**, cho phép trao đổi dữ liệu khi cần (ví dụ: trích xuất dữ liệu bệnh án ẩn danh cho nghiên cứu, hoặc trường gửi lịch sinh viên đến hệ thống bệnh viện). Sử dụng **chuẩn HL7/FHIR** để tích hợp hồ sơ sức khỏe với các hệ thống khác một cách thuận lợi (nếu tập đoàn đủ lớn và hiện đại). **Quyền dữ liệu:** Mỗi đơn vị quản lý dữ liệu riêng (bệnh viện quản lý thông tin bệnh án, trường quản lý dữ liệu sinh viên), nhưng chính sách tập đoàn quy định cơ chế chia sẻ dữ liệu an toàn cho mục đích đào tạo/nghiên cứu. **IAM/SSO:** Tập đoàn thường triển khai hệ thống IAM hợp nhất cho nhân viên toàn hệ thống (một tài khoản làm việc ở nhiều đơn vị), hỗ trợ SSO để nhân viên di chuyển nội bộ dễ dàng. Tuy nhiên, sinh viên có thể nằm ngoài hệ IAM nhân viên; nếu vậy, khi truy cập hệ thống bệnh viện họ dùng cơ chế tài khoản tạm thời. Tính năng SSO giúp giảm gánh nặng đăng nhập lặp lại và tăng cường bảo mật tập trung.

**Priority KPIs**<br>(Các KPI ưu tiên)

**KPI tách biệt theo đơn vị và hợp nhất một phần ở tập đoàn.** Mỗi đơn vị có bộ KPI riêng phù hợp chức năng: bệnh viện theo dõi tiêu chí lâm sàng (an toàn, hài lòng người bệnh, công suất giường, lợi nhuận bệnh viện...), trường Y theo dõi tiêu chí giáo dục (tỷ lệ tốt nghiệp, điểm kiểm định chất lượng, nghiên cứu khoa học...). Tập đoàn ở cấp vĩ mô theo dõi **KPI tổng hợp:** hiệu quả tài chính toàn hệ (ROI trên từng đơn vị, tăng trưởng tài sản), độ hài lòng chung của các bên liên quan, và **mức độ hợp tác** giữa các đơn vị (ví dụ: % sinh viên trường Y được bệnh viện trong tập đoàn tiếp nhận thực tập hoặc làm việc sau tốt nghiệp). Do mô hình bán tự chủ, **ưu tiên chiến lược** có thể nghiêng về tài chính nếu tập đoàn đặt nặng lợi nhuận; tuy nhiên, tập đoàn giáo dục-y tế thường cũng quan tâm đến uy tín thương hiệu, nên các KPI về chất lượng đào tạo và dịch vụ vẫn được chú trọng để nâng cao thương hiệu toàn hệ thống.

## Yếu tố

## Đặc điểm mô hình Holding Company

### Main Pros & Cons<br>(Ưu điểm & Nhược điểm chính)

**Ưu điểm:** Cho phép linh hoạt và chuyên môn hóa – mỗi đơn vị tập trung vào thế mạnh cốt lõi (bệnh viện lo kinh doanh dịch vụ y tế, trường lo đào tạo & nghiên cứu) nhưng vẫn dưới ô chung định hướng của tập đoàn. Cách tổ chức này giúp tối ưu nguồn lực qua **shared services** (tiết kiệm chi phí CNTT, tài chính, nhân sự do không trùng lắp) và đảm bảo các đơn vị **cùng thương hiệu** giữ được mức chất lượng đồng đều. Tập đoàn có thể dễ dàng **mở rộng quy mô**: ví dụ mở thêm bệnh viện hoặc cơ sở đào tạo mới, do mỗi đơn vị vận hành tương đối độc lập có khung quản trị sẵn. Quan hệ trường – viện có tính chất “hợp tác nội bộ”, nên có thể linh động điều chỉnh hoặc chấm dứt nếu không hiệu quả, **giảm rủi ro** hơn so với việc gộp làm một tổ chức chặt chẽ. Một ví dụ là Thonburi Healthcare Group (Thái Lan) hợp tác với đại học (Siam University) để mở khoa Y và Điều dưỡng, vừa đảm bảo cung ứng bác sĩ cho hệ thống bệnh viện, vừa không phải tự vận hành trường hoàn toàn.<br>**Nhược điểm:** Nguy cơ thiếu gắn kết sứ mệnh. Do vận hành riêng lẻ, bệnh viện và trường có thể ưu tiên mục tiêu riêng hơn là mục tiêu chung. Bệnh viện có thể tập trung kinh doanh, ít chủ động trong đào tạo; ngược lại trường Y muốn đổi mới chương trình nhưng khó triển khai nếu bệnh viện không tích cực hỗ trợ. Việc chia sẻ dữ liệu và phối hợp quy trình có thể gặp trở ngại quan liêu (phải thông qua công ty mẹ điều phối). **Trùng lặp chức năng quản lý:** dù có shared services, vẫn tồn tại ban giám đốc riêng ở mỗi đơn vị, đôi khi làm tăng chi phí quản lý gián tiếp. Mô hình này cũng phụ thuộc nhiều vào **định hướng của công ty mẹ** – nếu tập đoàn ưu tiên lợi nhuận ngắn hạn, đầu tư cho hoạt động học thuật hoặc cải thiện chất lượng có thể bị cắt giảm. Việc duy trì **văn hóa tổ chức thống nhất** cũng là thách thức khi nhân viên trường và viện có môi trường làm việc và mục tiêu khác nhau.

**Nguồn tham khảo:** Các mô hình trên được tổng hợp dựa trên nghiên cứu trường hợp tại ASEAN, ví dụ như DLSMHSI (Philippines) <sup>1</sup>, KPJ Healthcare (Malaysia), International Medical University – IMU (Malaysia) <sup>2</sup>, Thonburi Healthcare Group – THG (Thái Lan) và Rangsit University (Thái Lan), cùng với các tiêu chuẩn tích hợp CNTT y tế như HL7/FHIR và giải pháp IAM/SSO trong tổ chức lớn. Các blueprint nhấn mạnh khác biệt về quản trị, quy trình phối hợp, tích hợp CNTT, ưu tiên KPI cũng như điểm mạnh/yếu riêng của mỗi mô hình.

<sup>1</sup> De La Salle Medical and Health Sciences Institute - Wikipedia  
[https://en.wikipedia.org/wiki/De\\_La\\_Salle\\_Medical\\_and\\_Health\\_Sciences\\_Institute](https://en.wikipedia.org/wiki/De_La_Salle_Medical_and_Health_Sciences_Institute)

<sup>2</sup> IMU University: A Leader in Transformative Healthcare Education  
<https://imu.edu.my/>