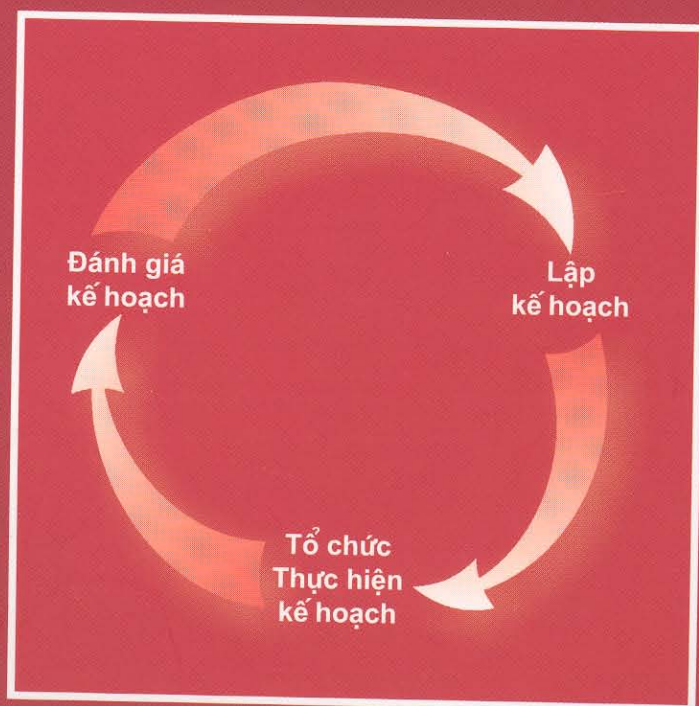


BỘ Y TẾ

TỔ CHỨC, QUẢN LÝ VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ

SÁCH ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CÔNG CỘNG



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO**

TỔ CHỨC, QUẢN LÝ VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ

(Sách dùng đào tạo Cử nhân Y tế công cộng)

MÃ SỐ: Đ14 Z04

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006**

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN

Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN

TS. Nguyễn Duy Luật

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN

GS.TS. Trương Việt Dũng

TS. Nguyễn Văn Hiến

TS. Nguyễn Duy Luật

TS. Vũ Khắc Lương

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

ThS. Phí Nguyệt Thanh và Ban thư ký HĐQTSGK - TLDH

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Trong những năm gần đây, cùng với việc đào tạo Bác sỹ, đã tiến hành đào tạo Cử nhân Y tế công cộng. Sự ra đời của hệ đào tạo mới này đòi hỏi có sự thay đổi về nhiều mặt trong tổ chức và nội dung đào tạo. Tổ chức, quản lý và chính sách y tế được coi là môn chuyên ngành của đào tạo Cử nhân Y tế công cộng. Một yêu cầu hết sức cấp bách là việc hoàn thiện chương trình và biên soạn tài liệu cho môn học của chuyên ngành này.

Thực hiện Nghị định 43/2000/NĐ-CP ngày 30/8/2000 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn triển khai Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế đã phê duyệt, ban hành chương trình khung cho đào tạo Cử nhân Y tế công cộng. Bộ Y tế tổ chức biên soạn bộ tài liệu các môn học cơ sở và chuyên môn theo chương trình mới nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo Cử nhân Y tế công cộng.

Bản thảo cho cuốn sách *Tổ chức, quản lý và chính sách y tế* đã được biên soạn dựa theo chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế phê duyệt. Tài liệu này đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách giáo khoa và tài liệu dạy - học của Bộ Y tế thẩm định và Bộ Y tế thống nhất sử dụng làm tài liệu dạy - học chính thức của Ngành trong giai đoạn hiện nay. Sách gồm 15 bài, mỗi bài được trình bày nổi bật các nội dung: mục tiêu, nội dung chuyên môn đảm bảo 4 yêu cầu cơ bản về kiến thức, tính chính xác và khoa học, cập nhật tiến bộ khoa học kỹ thuật và áp dụng thực tiễn.

Sách dành cho đào tạo sinh viên Cử nhân Y tế công cộng, là tài liệu tham khảo cho sinh viên của nhiều chuyên ngành khác đồng thời là tài liệu tham khảo cho các cán bộ y tế quan tâm đến công tác tổ chức, quản lý và chính sách y tế.

Vụ Khoa học và Đào tạo xin chân thành cảm ơn các giảng viên Bộ môn Tổ chức và quản lý y tế trường Đại học Y Hà Nội tích cực tham gia biên soạn cuốn sách này. Đây là lĩnh vực khoa học mới phát triển, hơn nữa những vấn đề tổ chức, quản lý và chính sách của Ngành Y tế Việt Nam đang dần từng bước hoàn thiện nên nội dung biên soạn không tránh khỏi những thiếu sót và cần được bổ sung cập nhật. Vụ Khoa học đào tạo mong nhận được nhiều ý kiến đóng góp của các độc giả và đồng nghiệp để tiếp tục hiệu chỉnh và bổ sung đầy đủ hơn.

**VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ**

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG TÀI LIỆU

BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Bệnh nhân
BV	Bệnh viện
BVSK	Bảo vệ sức khỏe
BVSKND	Bảo vệ sức khỏe nhân dân
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán Bộ Y tế
CM, NV	Chuyên môn, nghiệp vụ
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
DVYT	Dịch vụ y tế
GDSK	Giáo dục sức khỏe
HH	Huyết học
ICD10	Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
KH-KT	Khoa học - Kỹ thuật
KT-VH-XH	Kinh tế - Văn hóa - Xã hội
NCKH	Nghiên cứu khoa học
NKHHCT	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính
PN	Phụ nữ
SDD	Suy dinh dưỡng
TCHTYT	Tổ chức hệ thống y tế
TCYT	Tổ chức y tế
TE	Trẻ em
Tp.	Thành phố
TS	Tổng số
TW	Trung ương
TYT	Trạm y tế
TYTX	Trạm y tế xã
UBND	Ủy ban nhân dân
UNICEF	Quỹ cứu trợ Nhi đồng Quốc tế của Liên Hợp Quốc
VĐSK	Vấn đề sức khỏe
VLTL - PHCN	Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
XHCN	Xã hội chủ nghĩa
YTCC	Y tế công cộng
YTCS	Y tế cơ sở

MỤC LỤC

<i>Lời giới thiệu</i>	3
<i>Các chữ viết tắt trong tài liệu</i>	4
ĐẠI CƯƠNG VỀ HỆ THỐNG Y TẾ VÀ TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ VIỆT NAM	9
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Hệ thống y tế	9
2. Nguyên tắc cơ bản trong tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam	13
3. Mô hình chung của tổ chức mạng lưới y tế ở Việt Nam	15
4. Tổ chức y tế tuyến Trung ương	19
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	25
TỔ CHỨC, CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ VÀ NỘI DUNG QUẢN LÝ CƠ BẢN CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỦA Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG	26
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Tổ chức mạng lưới y tế địa phương	26
2. Một số nội dung quản lý chính của y tế địa phương	36
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	37
TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN ĐA KHOA	38
<i>TS. Vũ Khắc Lương</i>	
1. Định nghĩa, vai trò bệnh viện	38
2. Tổ chức và cấu trúc của bệnh viện	38
3. Nhiệm vụ của bệnh viện	41
4. Quy chế bệnh viện	44
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	49
ĐẠI CƯƠNG QUẢN LÝ, QUẢN LÝ Y TẾ	50
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Quản lý là gì	50
2. Quá trình (Chu trình quản lý)	52
3. Quản lý theo quan điểm hệ thống	55
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	57

NGƯỜI CÁN BỘ QUẢN LÝ LÃNH ĐẠO VÀ CÁC KỸ NĂNG QUẢN LÝ	58
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Người cán bộ quản lý, lãnh đạo	58
2. Kỹ năng và phẩm chất người cán bộ quản lý, lãnh đạo	59
3. Quyền lực	62
4. Người lãnh đạo với việc quản lý xung đột trong tổ chức	64
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	65
THÔNG TIN VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ CÔNG CỘNG	66
<i>TS. Nguyễn Duy Luật - TS. Vũ Khắc Lương</i>	
1. Các Khái niệm cơ bản, vai trò, yêu cầu và dạng thức của thông tin trong quản lý y tế	66
2. Hệ thống phân loại thông tin y tế và các chỉ số/chỉ tiêu y tế cơ bản	70
3. Nguồn số liệu/ thông tin y tế và phương pháp, công cụ thu thập	76
4. Các nội dung cơ bản trong quản lý thông tin y tế	77
5. Khái quát về hệ thống thông tin báo cáo trong ngành y tế	80
6. Một số yêu cầu với người thu thập và xử lý thông tin	84
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	85
PHÂN TÍCH VÀ XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ, VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ ƯU TIÊN CỦA CỘNG ĐỒNG	86
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Khái niệm vấn đề sức khỏe và phân tích xác định vấn đề sức khỏe	86
2. Các phương pháp xác định vấn đề sức khỏe	87
3. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên	89
4. Phương pháp phân tích nguyên nhân của một vấn đề sức khỏe	95
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	97
KẾ HOẠCH VÀ LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ	98
<i>GS. TS. Trương Việt Dũng</i>	
1. Khái niệm cơ bản về kế hoạch y tế	98
2. Các bước lập kế hoạch	103
3. Viết kế hoạch y tế địa phương	107
4. Bài tập thực hành	112
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	112

ĐIỀU HÀNH VÀ GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ CÔNG CỘNG	113
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Khái niệm và vai trò của điều hành giám sát hoạt động y tế	113
2. Phương pháp giám sát	115
3. Tiêu chuẩn và chức năng của giám sát viên	116
4. Quy trình giám sát	117
Câu hỏi tự lượng giá	125
QUẢN LÝ NHÂN LỰC	126
<i>TS. Nguyễn Văn Hiến</i>	
1. Khái niệm về quản lý nhân lực	126
2. Các nội dung chủ yếu của quản lý nhân lực	127
3. Một số phương pháp quản lý nhân lực	129
4. Khái niệm về nhóm làm việc và vai trò của nhóm làm việc	131
Câu hỏi tự lượng giá	135
QUẢN LÝ TÀI CHÍNH VÀ VẬT TƯ Y TẾ	136
<i>GS. TS. Trương Việt Dũng - TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
1. Các khái niệm cơ bản	136
2. Hệ thống và cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế Việt Nam	137
3. Quản lý tài chính y tế	138
4. Nguyên tắc quản lý vật tư, trang thiết bị y tế	145
Câu hỏi tự lượng giá	147
ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH/ HOẠT ĐỘNG Y TẾ CÔNG CỘNG	148
<i>TS. Nguyễn Văn Hiến</i>	
1. Khái niệm về đánh giá và vai trò của đánh giá hoạt động y tế	148
2. Phân loại đánh giá	148
3. Chỉ số trong đánh giá	150
4. Các phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá	152
5. Các bước cơ bản của đánh giá	153
Câu hỏi tự lượng giá	158
ĐẠI CƯƠNG VỀ CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG	159
<i>GS. TS. Trương Việt Dũng</i>	
1. Chính sách y tế là gì	159
2. Các bước xây dựng chính sách	161

3. Những yếu tố cơ bản quyết định tới chính sách y tế	162
4. Xác định những mục tiêu cơ bản của bản chính sách	165
5. Đề xuất chiến lược (giải pháp) thực hiện các mục tiêu	166
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	167
ĐÁNH GIÁ, PHÂN TÍCH VÀ ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG	168
<i>GS. TS. Trương Việt Dũng</i>	
1. Sự cần thiết phải điều chỉnh chính sách y tế	168
2. Nghiên cứu tình hình y tế dưới góc độ chính sách	168
3. Phân tích chính sách y tế	171
4. Điều chỉnh chính sách y tế	180
5. Bài tập lượng giá	182
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	183
MỘT SỐ CHÍNH SÁCH LỚN VỀ Y TẾ CỦA VIỆT NAM HIỆN NAY	184
<i>GS. TS. Trương Việt Dũng</i>	
1. Chính sách xã hội và chính sách y tế	184
2. Các quan điểm chỉ đạo cơ bản của Đảng về y tế	187
3. Các chính sách liên quan tới tài chính y tế	188
4. Một số chính sách liên quan tới hoạt động khám chữa bệnh	192
5. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS	193
6. Chính sách thuốc thiết yếu	195
7. Các chỉ số cơ bản trong theo dõi và đánh giá chính sách y tế	197
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	198
XÃ HỘI HOÁ VÀ LỒNG GHÉP CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ	199
<i>TS. Nguyễn Văn Hiến</i>	
1. Khái niệm cơ bản	199
2. Một số nguyên tắc cơ bản chỉ đạo quá trình thực hiện xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế cơ sở	201
3. Các lực lượng tham gia thực hiện xã hội hoá và lồng ghép công tác y tế cơ sở	202
4. Một số biện pháp chủ yếu để thực hiện xã hội hoá và lồng ghép công tác y tế cơ sở	203
<i>Câu hỏi tự lượng giá</i>	206
TÀI LIỆU THAM KHẢO	207

ĐẠI CƯƠNG VỀ HỆ THỐNG Y TẾ VÀ TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Trình bày các thành phần cơ bản của hệ thống y tế.
2. Trình bày được nguyên tắc cơ bản về tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam.
3. Trình bày mô hình chung của tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam và mối quan hệ giữa tổ chức mạng lưới y tế với tổ chức hành chính.
4. Trình bày được chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức y tế tuyến Trung ương.

NỘI DUNG

1. HỆ THỐNG Y TẾ

1.1. Khái niệm hệ thống

Hệ thống là khái niệm được sử dụng để chỉ những chỉnh thể tức là những sự vật và hiện tượng có cấu trúc thống nhất, hoàn chỉnh được sắp xếp theo những nguyên tắc, những mối liên hệ nhất định, đồng thời cũng chịu chi phối của một số quy luật chung. Hệ thống là khái niệm được sử dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực khoa học khác nhau và là cơ sở cho hoạt động hệ thống hoá các hiện tượng sự vật của thiên nhiên và xã hội.

1.2. Hệ thống y tế

Hệ thống y tế (health system) có thể được mô tả như sau (Hình 1.1):

- Là một hệ các niềm tin về khía cạnh văn hoá về sức khoẻ và bệnh tật hình thành nên cơ sở của các hành vi nâng cao sức khoẻ tìm kiếm dịch vụ y tế.
- Là những sắp xếp về thể chế mà trong đó diễn ra các hành vi nói trên.
- Là bối cảnh tự nhiên, chính trị, kinh tế, xã hội của các niềm tin và thể chế vừa nêu.

Nói tóm lại hệ thống y tế bao gồm những gì con người tin và hiểu biết về sức khỏe, bệnh tật và những gì người ta làm để duy trì sức khỏe và chữa trị bệnh tật. Niềm tin và hành động thường liên quan mật thiết với nhau. Ví dụ trong một xã hội con người quan niệm rằng hồn ma của những người xấu đã chết trong dòng họ là nguyên nhân gây ra bệnh tật, lập tức sẽ xuất hiện những ông thầy cúng, thầy mo và những nghi lễ tôn giáo nhằm chống lại những linh hồn đó. Trái lại, nếu người dân tin rằng vi trùng là những mầm mống bệnh tật, họ sẽ tìm cách chữa trị theo y sinh học hiện đại.

Khi chăm sóc sức khỏe theo quan điểm y sinh học hiện đại còn là mới, người dân có thể chấp nhận dịch vụ nhưng lòng tin và kiến thức hỗ trợ cho những hành vi này chưa được phát triển đầy đủ. Nhân viên y tế do đó phải biết và lưu ý về những cách lý giải bệnh tật sẵn có trong dân gian để rồi đưa ra những cách giải thích “y sinh học” hiện tại mà vẫn thích ứng được với những quan niệm dân gian vốn đã bắt rễ vào lòng người dân.

Những sắp xếp về thể chế mà theo đó các hành vi sức khỏe diễn ra có phạm vi rất rộng và không chỉ là việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua hệ thống y tế Nhà nước. Chúng bao gồm tất cả các cá nhân, các nhóm và các cơ quan trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia vào các hoạt động y tế. Những thành phần này không thể không hoàn toàn giống nhau ở tất cả các quốc gia song nhìn chung thường bao gồm:

1.2.1. Cá nhân, gia đình và cộng đồng

Cá nhân, gia đình và cộng đồng chịu trách nhiệm cực kỳ to lớn trong việc nâng cao sức khỏe cũng như chăm sóc chữa trị bệnh cho mọi thành viên trong cộng đồng. Trong bất kỳ xã hội nào, có khoảng 70-90% các hoạt động điều trị xảy ra trong hệ thống này. Hiện đã có các nghiên cứu tiến hành tại phương Tây cũng như phương Đông khẳng định điều này.

1.2.2. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Bao gồm cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuộc khu vực Nhà nước cũng như tư nhân.

Dịch vụ y tế Nhà nước bao gồm:

- Nhân viên y tế thôn bản, các đội y tế lưu động, trạm y tế xã và các phòng khám đa khoa khu vực trực thuộc (ví dụ: y sỹ, nữ hộ sinh, đội vệ sinh phòng dịch...).
- Phòng y tế địa phương, Trung tâm y tế dự phòng địa phương, bệnh viện địa phương, bệnh viện thành phố và khu vực, bệnh viện đa khoa lớn cùng với các dịch vụ hỗ trợ như phòng thí nghiệm, khoa X.quang, khoa dược v.v...
- Các cơ quan chịu trách nhiệm về nhân lực và cán bộ quản lý y tế, tài chính y tế và vật tư, trang thiết bị, cơ sở hạ tầng.

Số lượng, chủng loại phân bố và chất lượng dịch vụ của các đơn vị kể trên ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe và thể chất của con người.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe thuộc khu vực tư nhân bao gồm:

- Y học dân gian cổ truyền (truyền thống) với những bà mụ vườn, thầy lang, thầy cúng, thầy mo, người bán thảo dược, các nhà tiên tri, thầy bói. Những người này thường xác định rằng bệnh tật chịu ảnh hưởng của các lực lượng tự nhiên, siêu nhiên và rồi tìm các cách tương ứng để chữa trị.
- Hệ thống chữa bệnh chuyên nghiệp cổ truyền phương Đông hết sức đa dạng.
- Dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo y học hiện đại được sự cấp phép của Nhà nước hoặc các dịch vụ làm “chui” không hợp pháp.
- Dịch vụ bán thuốc.
- Các dịch vụ y tế theo y học hiện đại của các tổ chức phi chính phủ (các tổ chức nhà thờ, Hội chữ thập đỏ quốc tế,...).

Tầm quan trọng của các khu vực này còn tùy thuộc vào từng xã hội cụ thể.

1.2.3. Các ban ngành liên quan tới sức khỏe

Ví dụ như:

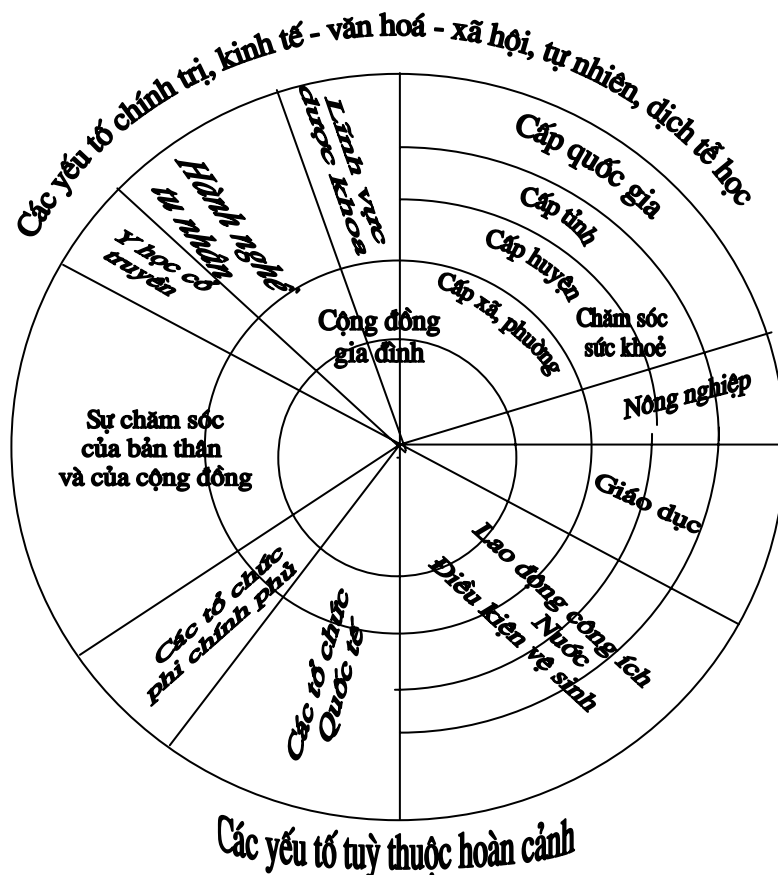
- Nông nghiệp và phân phối lương thực.
- Giáo dục (chính thống và không chính thống).
- Các cơ quan cấp thoát nước và vệ sinh.
- Giao thông vận tải và thông tin truyền thông.

Tất cả những lĩnh vực kể trên đều tham gia trực tiếp hay gián tiếp vào các hoạt động trong hệ thống y tế.

Ngoài ra còn có thể có các ban lãnh đạo hay hội đồng nhân dân, ban điều hành ở các cấp làng xã, địa phương, tỉnh có thể tăng cường sự cộng tác giữa các ban ngành đoàn thể khác nhau nhằm thúc đẩy mọi hoạt động nâng cao sức khỏe.

KHU VỰC Y TẾ TƯ NHÂN

KHU VỰC Y TẾ NHÀ NƯỚC



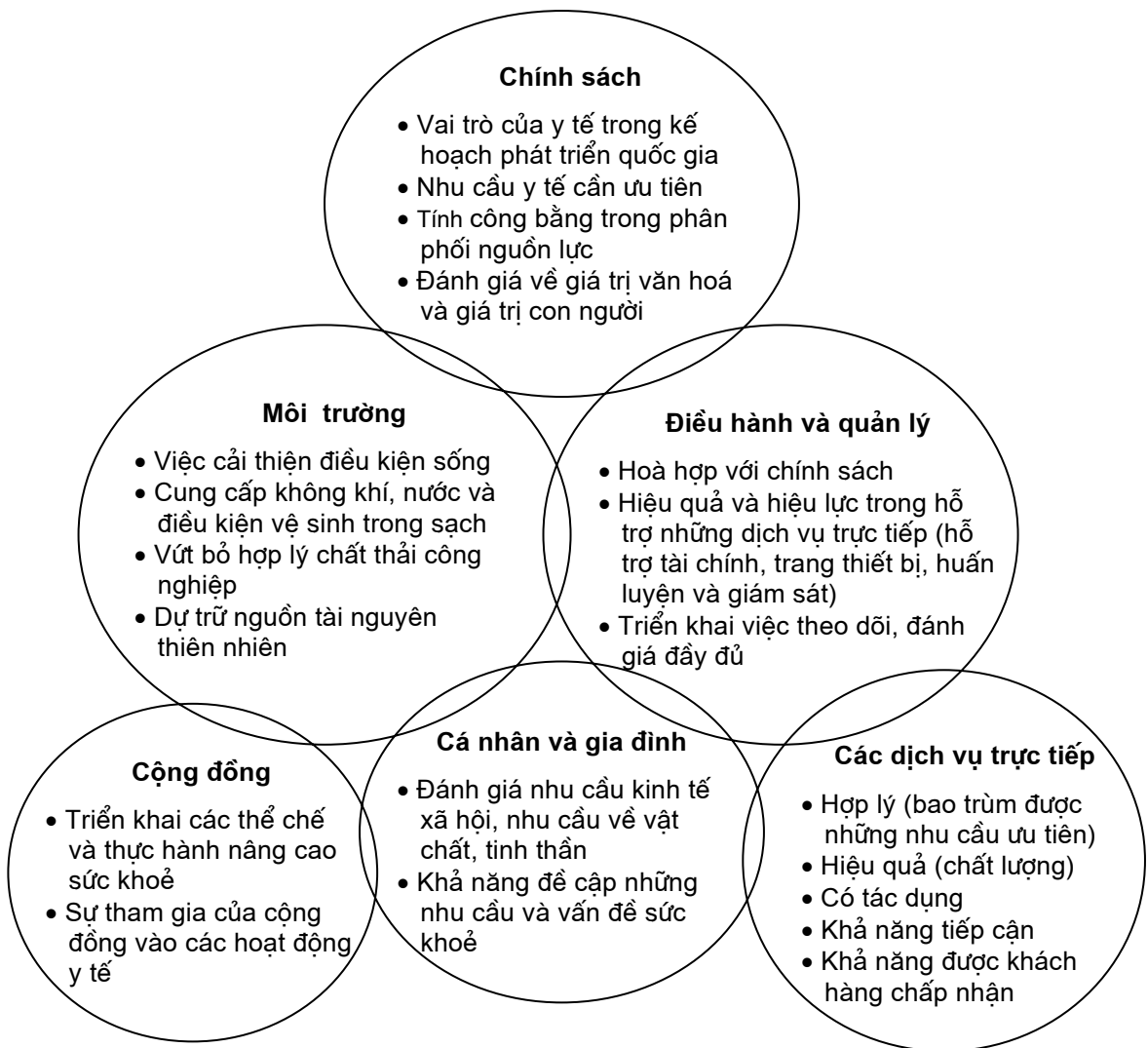
Hình 1.1. Hệ thống y tế

1.2.4. Khu vực quốc tế

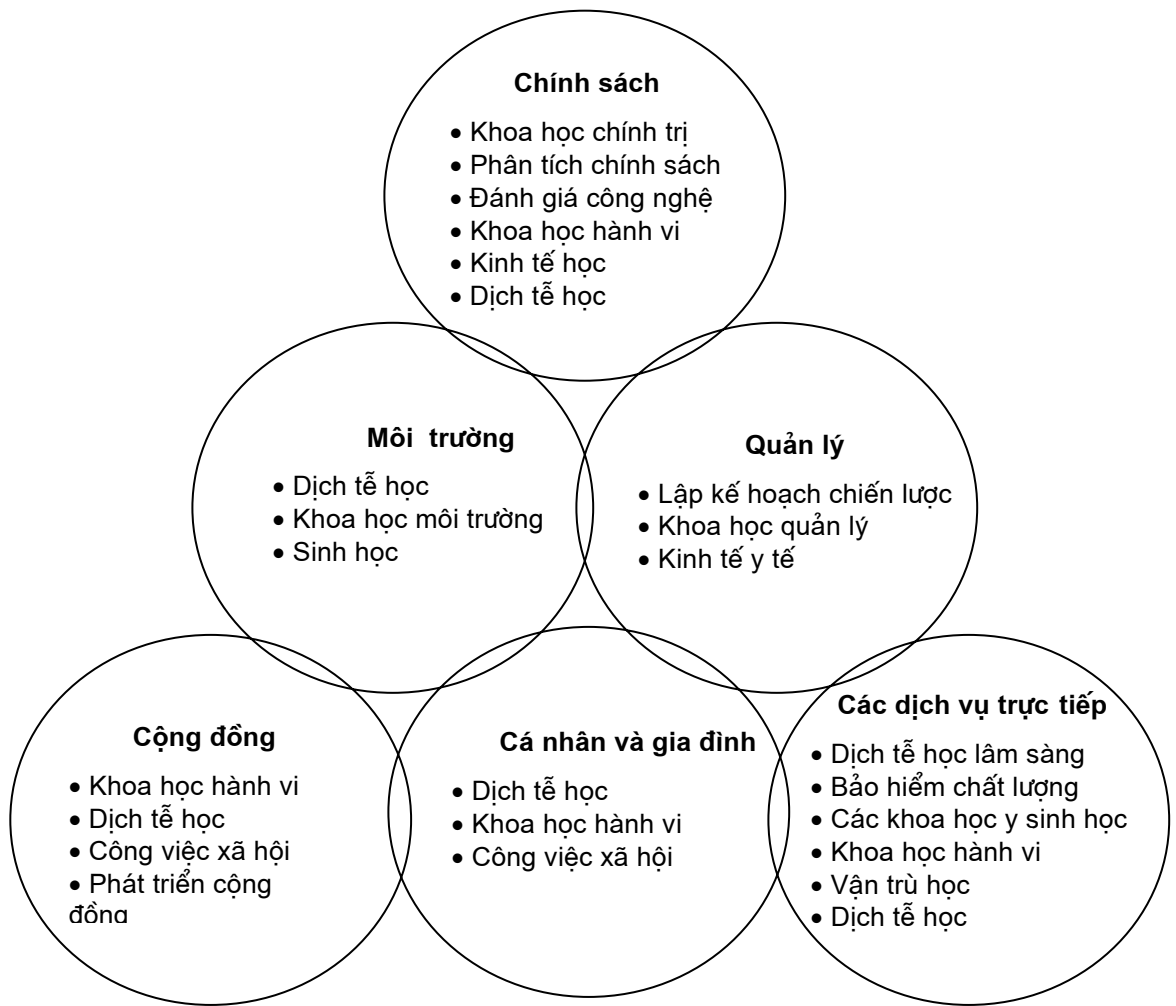
Bao gồm các tổ chức tài trợ đa phương và song phương như UNICEF, WHO,... không những chỉ hỗ trợ cho y tế mà cho cả những hoạt động phát triển khác.

Mỗi người dân và người thân của mình tạo nên lực lượng phối hợp quan trọng của hệ thống y tế. Họ tự chọn và phối hợp các hoạt động mà họ tin rằng sẽ giúp tăng cường sức khỏe của mình. Họ có thể quyết định sử dụng loại hình này mà không sử dụng loại hình khác. Không nhất thiết lúc nào người dân cũng phải chọn những dịch vụ y tế Nhà nước. Tại nhiều nước, người ta đã có rất nhiều nỗ lực nhằm tăng cường sự phối hợp giữa các dịch vụ công cộng khác nhau và giữa các dịch vụ Nhà nước, của các tổ chức phi chính phủ và các hệ thống khám chữa bệnh khác nhằm nâng cao sức khỏe người dân.

Các thành phần của hệ thống y tế hoạt động ra sao phụ thuộc phần lớn vào các nhân tố kinh tế xã hội, chính trị, văn hoá, tự nhiên, dịch tễ học và những nhân tố ngoại cảnh khác. Ví dụ: khủng hoảng hoặc bùng nổ kinh tế sẽ ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và dinh dưỡng của các cá thể cũng như ngân sách quốc gia dành cho y tế.



Hình 1.2. Những lĩnh vực quan tâm chính trong hệ thống y tế (theo Purola, 1986)



Hình 1.3. Các kiến thức đa ngành cần thiết trong nghiên cứu hệ thống y tế

2. NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ VIỆT NAM

2.1. Phục vụ nhân dân tốt nhất và hiệu quả cao

Các cơ sở y tế gần dân, rộng khắp ở mọi khu vực: Thành thị, nông thôn, miền núi, hải đảo... Thực hiện đa dạng hoá các loại hình định vụ chăm sóc sức khỏe (công, tư, bán công, lưu động, tại nhà...). Với đặc điểm này các cơ sở y tế Việt Nam có khả năng đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân, cụ thể là đảm bảo phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân kịp thời, hiệu quả và công bằng, thực hiện các nội dung và nguyên lý của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

2.2. Xây dựng theo hướng dự phòng chủ động và tích cực

Mạng lưới y tế Việt Nam xây dựng theo hướng dự phòng chủ động và tích cực được thể hiện trong các nội dung hoạt động sau:

- Mạng lưới y tế làm tham mưu tốt công tác vệ sinh môi trường: Vệ sinh ăn, ở, sinh hoạt, lao động... Tích cực tuyên truyền giáo dục sức khỏe, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp dự phòng. Việc kết hợp chặt chẽ giữa ngành y tế

với các ngành khác, với các tổ chức xã hội nhằm thực hiện dự phòng theo hướng xã hội hoá.

- Thực hiện kiểm tra, giám sát công tác vệ sinh môi trường như vệ sinh an toàn thực phẩm, vệ sinh ở các cơ quan, xí nghiệp... Việc tham gia đánh giá tác động môi trường ở các khu công nghiệp, cơ sở sản xuất v.v...
- Tổ chức công tác phòng chống dịch, phòng chống các bệnh xã hội, bệnh nghề nghiệp, bệnh lưu hành ở địa phương. Từ Trung ương tới địa phương có tổ chức mạng lưới y tế dự phòng ngày càng phát triển.
- Đảm bảo phát hiện sớm bệnh tật, xử lý kịp thời nhanh chóng, theo dõi lâu dài tình hình sức khỏe và bệnh tật của nhân dân. Điều trị tích cực, giảm tỷ lệ tai biến, tỷ lệ tử vong.
- Tổ chức tốt công tác khám chữa bệnh ngoại trú (tại các cơ sở y tế lưu động và tại nhà) các bệnh thông thường, không phức tạp để giảm bớt khó khăn cho người bệnh.

2.3. Các cơ sở y tế xây dựng phù hợp với tình hình kinh tế địa phương

Quy mô cơ sở y tế hợp lý (số giường bệnh, kinh phí, cơ sở vật chất...). Địa điểm của các cơ sở thuận lợi cho nhân dân trong quá trình sử dụng: Thuận tiện giao thông, trung tâm của các điểm dân cư, đảm bảo bán kính gần cho nhân dân đi lại được dễ dàng. Cán Bộ Y tế phù hợp về số lượng và chất lượng (loại cán bộ, trình độ chuyên môn). Thực hiện phương châm Nhà nước và nhân dân cùng làm từ khi bắt đầu xây dựng cũng như suốt trong quá trình sử dụng. Động viên cộng đồng tham gia xây dựng mạng lưới về mọi mặt. Phát triển cân đối giữa các khu vực phổ cập và chuyên sâu, phòng bệnh và chữa bệnh, y và dược, chuyên môn và hành chính, hậu cần.

2.4. Các cơ sở y tế xây dựng phù hợp trình độ khoa học kỹ thuật, khả năng quản lý

Đủ trang thiết bị y tế thông thường và hiện đại để thực hiện những kỹ thuật điều trị theo tuyến quy định, có tính đến khả năng sử dụng trang thiết bị của nhân viên y tế tại cơ sở y tế. Diện tích sử dụng phù hợp, có thể đáp ứng được các yêu cầu hiện tại và các yêu cầu mới về quy hoạch và phát triển kinh tế trong tương lai.

2.5. Đảm bảo không ngừng nâng cao chất lượng phục vụ

Chất lượng phục vụ bao gồm chất lượng về chuyên môn kỹ thuật, chất lượng quản lý ngành y tế và đạo đức phục vụ. Chất lượng phục vụ được đánh giá thông qua đo lường 3 yếu tố: yếu tố mang tính cấu trúc (yếu tố đầu vào), quá trình thực hiện và kết quả đạt được (đầu ra). Yếu tố cấu trúc được đo lường thông qua tính sẵn có của nguồn lực; yếu tố quá trình được đo lường thông qua các chức năng của nhân viên y tế thể hiện trong hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân; còn yếu tố đầu ra là kết quả cuối cùng của một quá trình thực hiện đúng các hoạt động chăm sóc sức khỏe và tính sẵn có kịp thời của đầu vào¹.

¹ Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê. Chất lượng dịch vụ tại trạm y tế xã/ phường. Báo cáo chuyên đề, Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, NXB Y học 2003, Tr. 1 & 2

Chất lượng phục vụ còn được hiểu là hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân phải có hiệu quả trên cả 3 mặt y học, xã hội và kinh tế.

Để không ngừng nâng cao chất lượng phục vụ cần:

- Phát huy mọi tiềm lực về cơ sở, trang thiết bị, nhân lực trong các cơ sở y tế Nhà nước, liên doanh và tư nhân để ngày càng nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân: lồng ghép các hoạt động phòng bệnh và chữa bệnh, khám chữa bệnh và đào tạo, nghiên cứu ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật tiên tiến trong nước và trên thế giới.
- Tăng cường hợp tác trong khu vực và quốc tế, kêu gọi đầu tư để phát triển khoa học kỹ thuật, xây dựng cơ sở vật chất, nâng cao trình độ chuyên môn nhằm nâng cao chất lượng phục vụ.
- Đổi mới và hiện đại hóa công tác quản lý, trang thiết bị y tế; tăng cường đào tạo, thực hiện đào tạo liên tục để nâng cao chất lượng phục vụ.

3. MÔ HÌNH CHUNG CỦA TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ Ở VIỆT NAM

3.1. Mạng lưới y tế được tổ chức theo tổ chức hành chính Nhà nước

- Y tế tuyến Trung ương.
- Y tế địa phương bao gồm:
 - + Y tế tuyến Tỉnh, Thành phố trực thuộc Trung ương.
 - + Y tế tuyến cơ sở: Phòng y tế huyện, quận, thị xã; Trạm y tế xã, phường, cơ quan, trường học...

3.2. Mạng lưới y tế tổ chức theo thành phần kinh tế

- Cơ sở y tế Nhà nước.
- Cơ sở y tế Tư nhân.

3.3. Mạng lưới y tế tổ chức theo các lĩnh vực hoạt động

3.3.1. Lĩnh vực khám chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng

Lĩnh vực này bao gồm các cơ sở KCB, điều dưỡng, phục hồi chức năng từ Trung ương đến địa phương, kể cả các cơ sở y tế của Bộ Công an, Bộ Quốc phòng và các ngành khác. Theo Niên giám thống kê y tế 2003 của Bộ Y tế, cả nước có 13 102 cơ sở KCB, điều dưỡng, phục hồi chức năng với 184 440 giường bệnh (chưa kể các cơ sở của Bộ Công an, Bộ Quốc phòng và các cơ sở điều dưỡng thương binh nặng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý). Tỷ lệ giường bệnh chung của Việt Nam là 22,80/10 000 dân.

3.3.2. Lĩnh vực y tế dự phòng, y tế công cộng

Tại tuyến Trung ương, lĩnh vực này gồm có các viện Trung ương, viện khu vực, phân viện và trung tâm. Tại địa phương, ở tất cả các tỉnh/thành phố đều có Trung tâm Y tế dự

phòng. Một số tỉnh còn có Trung tâm phòng chống bệnh xã hội, Trung tâm phòng chống sốt rét, Trung tâm phòng chống AIDS. Ngoài ra còn có các Trung tâm y tế các ngành: công nghiệp, giao thông, xây dựng, nông nghiệp và bưu điện.

3.3.3. Lĩnh vực đào tạo nhân lực y tế

Hệ thống đào tạo nhân lực y tế cả nước gồm có hệ thống các Trường Đại học Y-Dược (15 Trường Đại học Y, Dược, Y tế Công cộng, Điều dưỡng); hệ thống các Trường Cao đẳng Y tế (04 trường) và hệ thống các Trường Trung học và dạy nghề (58 Trường Trung học Y tế, 01 Trường Kỹ thuật thiết bị Y tế, 04 Trung tâm đào tạo cán Bộ Y tế, 04 Lớp trung học Y tế)².

3.3.4. Lĩnh vực giám định, kiểm định, kiểm nghiệm

Về giám định: Có 2 Viện nghiên cứu là Viện giám định Y khoa Trung ương và Viện Y pháp Trung ương. Viện giám định Y khoa Trung ương và các Hội đồng giám định Y khoa (Trung ương và Tỉnh) trực tiếp làm nhiệm vụ giám định sức khỏe, bệnh tật cho nhân dân. Viện Y pháp Trung ương là một viện nghiên cứu về y pháp trong Ngành Y tế, giám định mức độ tổn thương, mức độ tổn hại sức khỏe, giám định tử thi, hài cốt, giám định nguyên nhân gây chết. Tại các tỉnh đều có hệ thống mạng lưới về giám định Y khoa, giám định Y pháp và giám định Tâm thần.

Về kiểm nghiệm, kiểm định: Có một Viện kiểm nghiệm, một phân viện kiểm nghiệm, một Trung tâm kiểm định quốc gia sinh phẩm y học và Trung tâm kiểm nghiệm vệ sinh an toàn thực phẩm thuộc Cục quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm.

3.3.5. Lĩnh vực dược - thiết bị y tế

Ngành y tế hiện có 5 đơn vị bao gồm 2 Viện (Viện kiểm nghiệm, Viện trang thiết bị và công trình Y tế), 2 Tổng công ty (Tổng công ty dược, Tổng công ty dược thiết bị y tế) và Hội đồng dược điển Việt Nam. Hệ thống này còn có 14 doanh nghiệp dược Trung ương, 132 công ty, xí nghiệp dược địa phương, các doanh nghiệp tư nhân, công ty cổ phần, công ty trách nhiệm hữu hạn, các dự án đầu tư liên doanh sản xuất dược (đã được cấp giấy phép).

3.3.6. Lĩnh vực giáo dục, truyền thông và chính sách y tế

Lĩnh vực này có 2 viện (Viện Thông tin - Thư viện Y học Trung ương và Viện Chiến lược - Chính sách Y tế), một trung tâm (Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe, tại các tỉnh/ thành phố cũng có Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe), một tờ báo (Báo sức khỏe và đời sống) và một số tạp chí (Tạp chí y học thực hành, dược học, tạp chí vệ sinh phòng dịch, tạp chí thông tin y học, tạp chí nghiên cứu y học, AIDS ...).

3.4. Mạng lưới y tế tổ chức theo theo 2 khu vực và các tuyến (Hình 1.4)

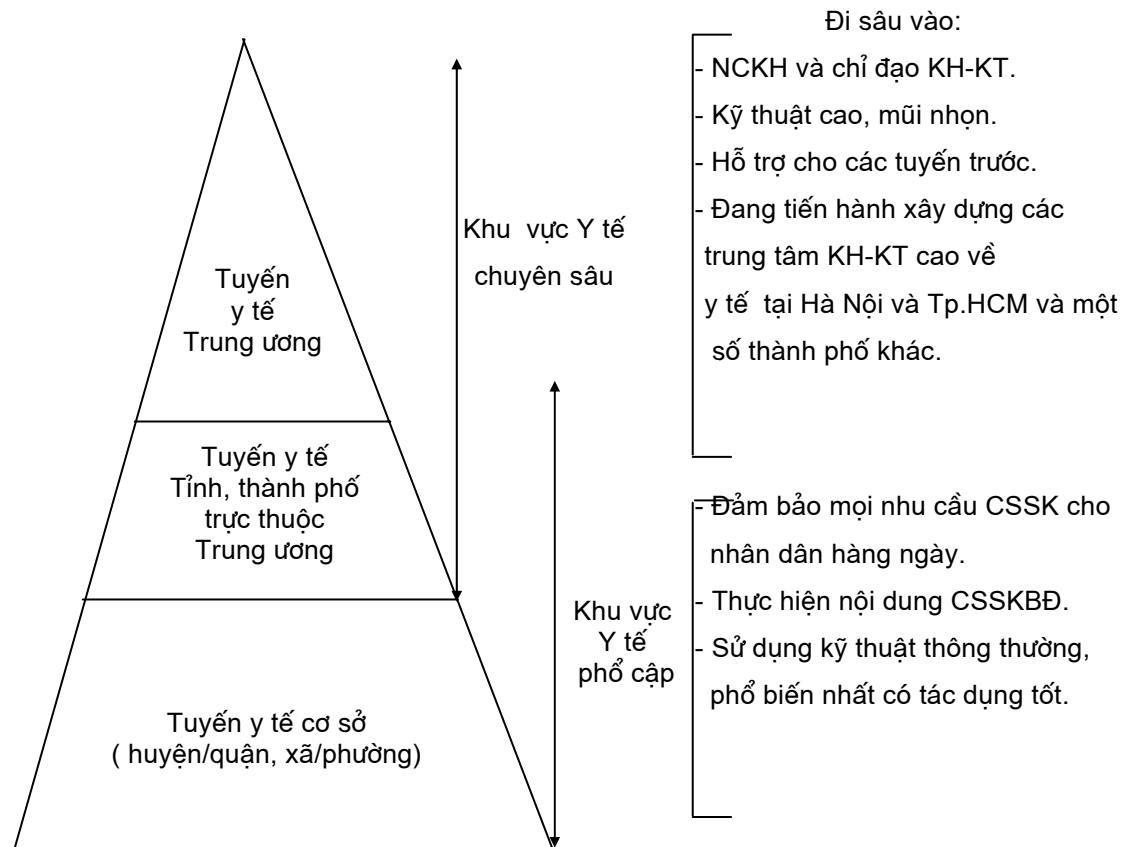
Mạng lưới tổ chức y tế Việt Nam được phân thành 2 khu vực: Y tế phổ cập và chuyên sâu.

² Bộ Y tế. 50 năm Vụ Khoa học và Đào tạo với sự nghiệp khoa học và phát triển nhân lực ngành y tế, 1955-2005

Khu vực y tế phổ cập có nhiệm vụ đảm bảo đáp ứng mọi nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân hàng ngày. Cụ thể là đáp ứng được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, sử dụng các kỹ thuật thông thường, phổ biến nhưng có tác dụng tốt. Khu vực y tế phổ cập bao gồm từ tuyến y tế Tỉnh/ Thành phố trực thuộc Trung ương trở xuống. Hiện nay tuyến y tế tỉnh còn đảm nhiệm cả nhiệm vụ của khu vực y tế chuyên sâu.

Khu vực y tế chuyên sâu có nhiệm vụ sử dụng các kỹ thuật cao mũi nhọn, tập trung vào các hoạt động NCKH, chỉ đạo khoa học kỹ thuật và hỗ trợ cho tuyến trước.

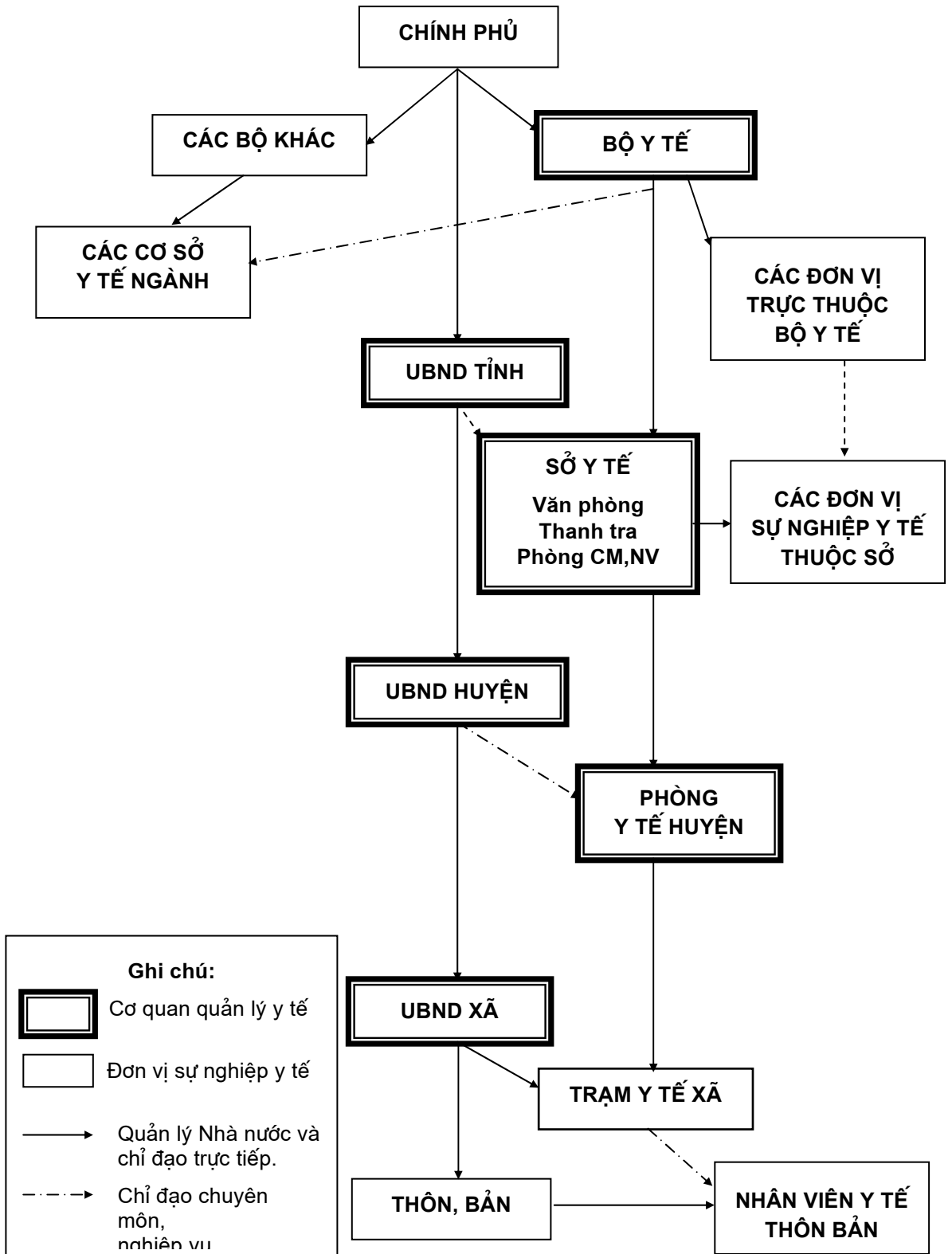
Mạng lưới tổ chức y tế Việt Nam còn được phân thành 3 tuyến kỹ thuật: Y tế tuyến Trung ương, y tế tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và y tế tuyến Cơ sở (y tế huyện/ quận/ thành phố thuộc tỉnh/ thị xã; y tế xã/ phường và y tế thôn bản). Ngoài ra còn hệ thống tổ chức y tế của các lực lượng vũ trang (quân đội và công an) và các ngành như y tế ngành năng lượng, ngành giao thông vận tải, ngành bưu điện v.v...



Hình 1.4. Mô hình chung hệ thống tổ chức Ngành Y tế Việt Nam.

3.5. Mối quan hệ giữa mạng lưới tổ chức y tế với các tổ chức hành chính (Hình 1.5)

Mỗi cấp hành chính Nhà nước đều có cơ sở y tế phục vụ sức khỏe nhân dân. Các cấp tổ chức hành chính có tham gia chỉ đạo công tác y tế là Trung ương (Chính phủ), tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (ủy ban nhân dân cấp Tỉnh), huyện/ quận (ủy ban nhân dân cấp huyện) và xã/ phường (ủy ban nhân dân cấp xã). Ngoài chỉ đạo công tác y tế, tất cả các cấp tổ chức hành chính đều có thể tham gia vào các hoạt động chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân dưới các góc độ khác nhau.



Hình 1.5. Mô hình về quan hệ giữa mạng lưới y tế và tổ chức hành chính.

4. TỔ CHỨC Y TẾ TUYẾN TRUNG ƯƠNG

4.1. Vị trí, chức năng

Y tế tuyến Trung ương là tuyến cao nhất trong tổ chức mạng lưới y tế, có chức năng tham mưu cho Chính phủ về công tác y tế và thực hiện nhiệm vụ lập kế hoạch, xây dựng các chính sách y tế, thực hiện việc quản lý toàn bộ ngành Y tế cả nước. Y tế tuyến Trung ương thuộc sự chỉ đạo trực tiếp về mọi mặt của Bộ trưởng Bộ Y tế qua các Thứ trưởng và các Vụ, Cục, Ban chuyên môn giúp việc cho Bộ trưởng. Hoạt động của y tế tuyến Trung ương do ngân sách của Nhà nước đài thọ.

Bộ Y tế là cơ quan của Chính phủ, thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

4.2. Nhiệm vụ, quyền hạn của Bộ Y tế³

Bộ Y tế có trách nhiệm thực hiện 23 nhiệm vụ, quyền sau đây:

- Trình Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ các dự án luật, pháp lệnh và dự thảo văn bản quy phạm pháp luật khác về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Trình Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ chiến lược, quy hoạch, kế hoạch dài hạn, năm năm và hàng năm về lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân và các công trình, dự án quan trọng của Bộ Y tế.
- Ban hành theo thẩm quyền các quyết định, chỉ thị, thông tư thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Bộ.
- Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật, chiến lược, quy hoạch, kế hoạch và các chương trình quốc gia sau khi được phê duyệt và các văn bản pháp luật khác thuộc phạm vi quản lý của Bộ; tuyên truyền, phổ biến, giáo dục pháp luật và thông tin về các lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân;
- Hướng dẫn các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan thuộc Chính phủ và ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương về việc thực hiện các chủ trương, chính sách, quy định của pháp luật có liên quan đến hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Về y tế dự phòng:
 - + Trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt quy hoạch, phân tuyến kỹ thuật hệ thống y tế dự phòng và hệ thống kiểm dịch y tế biên giới.
 - + Quy định tiêu chuẩn ngành về chuyên môn, kỹ thuật thuộc các lĩnh vực: các bệnh nhiễm trùng, các bệnh không nhiễm trùng, HIV/AIDS; tai nạn thương tích, sức khỏe trường học, sức khỏe lao động và bệnh nghề nghiệp; về dinh dưỡng cộng đồng; về vệ sinh an toàn nước uống, nước sinh hoạt; về vaccin và sinh phẩm y tế; về các loại hoá chất, chế phẩm diệt khuẩn, diệt côn trùng trong lĩnh vực y tế; về chăm sóc sức khỏe ban đầu và về

³ Nghị định số 86/2002/NĐ-CP ngày 05 tháng 11 năm 2002 của Chính phủ

truyền thông giáo dục sức khỏe; về điều kiện sản xuất, kinh doanh vaccin, sinh phẩm y tế. Chỉ đạo và kiểm tra việc thực hiện.

- + Trình Thủ tướng Chính phủ quyết định hoặc quy định theo thẩm quyền và tổ chức thực hiện những biện pháp đặc biệt để dập tắt dịch.
- + Chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành có liên quan trong việc quy định phân loại, phân hạng các cơ sở y tế dự phòng.
- + Chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành để phòng chống, cấp cứu và điều trị nạn nhân trong thiên tai thảm họa.
- + Phối hợp với Bộ Tài chính trình Thủ tướng Chính phủ quyết định danh mục dự trữ quốc gia và tổ chức thực hiện dự trữ quốc gia về thuốc, vaccin, sinh phẩm và trang thiết bị y tế.
- + Làm thường trực về lĩnh vực HIV/AIDS của ủy ban Quốc gia phòng chống HIV/AIDS, phòng chống tệ nạn ma túy, mại dâm.
- Về khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng:
 - + Trình Thủ tướng Chính phủ quy hoạch, phân tuyến kỹ thuật mạng lưới khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, giám định (giám định y khoa, y pháp, tâm thần);
 - + Trình Thủ tướng Chính phủ quy định điều kiện, tiêu chuẩn, quy trình, thủ tục thành lập, sáp nhập, giải thể các bệnh viện công;
 - + Chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành có liên quan thẩm định và trình Thủ tướng Chính phủ quyết định thành lập, sáp nhập, giải thể các bệnh viện công đa khoa, chuyên khoa tuyến Trung ương;
 - + Chủ trì, phối hợp với bộ, ngành và ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương thẩm định các đề án thành lập và nâng cấp các bệnh viện thuộc các bộ, ngành và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương theo quy định của pháp luật để bộ, ngành, ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đó quyết định;
 - + Quy định các điều kiện, tiêu chuẩn, quy chế chuyên môn, kỹ thuật về khám, chữa bệnh, chăm sóc, điều dưỡng, phục hồi chức năng, chỉnh hình, thẩm mỹ, giám định (giám định y khoa, giám định y pháp, giám định tâm thần), về y học cổ truyền, về bảo vệ sức khỏe các đối tượng ưu tiên theo quy định của pháp luật; về chăm sóc sức khỏe sinh sản và thực hiện dịch vụ kế hoạch hoá gia đình. Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra các cơ sở khám chữa bệnh, phục hồi chức năng;
 - + Chủ trì, phối hợp với bộ, ngành có liên quan trong việc quy định phân loại, phân hạng các cơ sở khám chữa bệnh công;
 - + Quy định điều kiện, tiêu chuẩn hành nghề khám chữa bệnh tư nhân. Thống nhất quản lý việc cấp và thu hồi chứng chỉ hành nghề khám chữa bệnh, giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề cho các cơ sở khám, chữa bệnh tư nhân, bán công, dân lập, có vốn đầu tư nước ngoài theo quy định của pháp luật;

- + Phối hợp với Bộ Văn hoá - Thông tin trong việc quy định thông tin, quảng cáo về khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, y học cổ truyền, thực phẩm và trang thiết bị y tế ảnh hưởng đến sức khỏe con người;
- + Quy định các danh mục: Thuốc, phẫu thuật, thủ thuật, xét nghiệm cận lâm sàng được thanh toán đối với người có bảo hiểm y tế bắt buộc, bảo hiểm y tế người nghèo và người có công với nước khi khám, chữa bệnh.
- + Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định khung mức đóng và mức hưởng bảo hiểm y tế tự nguyện.
- Về y học cổ truyền:
 - + Quy định các biện pháp củng cố mạng lưới dịch vụ y tế bằng y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, đào tạo cán bộ, nghiên cứu khoa học và sản xuất thuốc y học cổ truyền.
 - + Quy định các quy chế chuyên môn, kỹ thuật chăm sóc sức khỏe bằng y học cổ truyền.
 - + Quy định điều kiện, tiêu chuẩn hành nghề y dược cổ truyền. Thống nhất quản lý việc cấp và thu hồi chứng chỉ hành nghề y dược cổ truyền tư nhân và giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề cho các cơ sở hành nghề y dược cổ truyền tư nhân, dân lập, bán công, có vốn đầu tư của nước ngoài.
- Về thuốc và mỹ phẩm:
 - + Quy định tiêu chuẩn và điều kiện đối với các tổ chức, tư nhân được sản xuất, lưu thông và nhập khẩu thuốc, nguyên liệu làm thuốc.
 - + Quy định chế độ sản xuất, lưu thông, sử dụng, tồn trữ các loại thuốc độc, thuốc và chất dễ gây nghiện, gây hưng phấn và ức chế tâm thần.
 - + Chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra việc quản lý mỹ phẩm có ảnh hưởng đến sức khỏe con người.
 - + Xây dựng dược điển và dược thư quốc gia.
 - + Phối hợp với Bộ Văn hoá - Thông tin trong việc quy định thông tin, quảng cáo, giới thiệu về thuốc, vaccin, sinh phẩm y tế và mỹ phẩm có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe con người.
 - + Thống nhất quản lý việc cấp và thu hồi chứng chỉ hành nghề dược tư nhân, giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề đối với các cơ sở sản xuất, lưu thông, phân phối thuốc.
- Về an toàn vệ sinh thực phẩm:
 - + Ban hành theo thẩm quyền các tiêu chuẩn về an toàn vệ sinh thực phẩm, các quy trình, quy phạm kỹ thuật bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm;
 - + Thống nhất quản lý việc cấp và thu hồi giấy chứng nhận đạt tiêu chuẩn an toàn vệ sinh thực phẩm;

- + Chịu trách nhiệm trong việc chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện các quy định về an toàn vệ sinh thực phẩm.
- Về trang thiết bị và công trình y tế:
 - + Quy định danh mục, tiêu chuẩn kỹ thuật về trang thiết bị cho các cơ sở y tế, các Trường y, dược và các Trường thiết bị kỹ thuật y tế.
 - + Phối hợp với Bộ Xây dựng ban hành thiết kế mẫu các công trình y tế theo phân tuyến kỹ thuật.
 - + Thẩm định theo thẩm quyền các dự án đầu tư xây dựng các công trình y tế.
 - + Quyết định các dự án đầu tư thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ.
 - + Quy định về điều kiện sản xuất trang thiết bị y tế.
- Về đào tạo cán Bộ Y tế:
 - + Chỉ đạo việc biên soạn chương trình, giáo trình đào tạo cán Bộ Y tế bao gồm cả nội dung, chương trình giảng dạy chuyên môn, kỹ thuật của các Trường cao đẳng, Trung học y tế địa phương và quản lý thống nhất nội dung chương trình đó theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo.
 - + Quản lý các Trường Đại học Y, Đại học Dược theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.
- Tổ chức và chỉ đạo việc thực hiện kế hoạch nghiên cứu khoa học, ứng dụng nghiên cứu khoa học, công nghệ trong lĩnh vực y, dược và trang thiết bị y tế.
- Thực hiện hợp tác quốc tế trong các lĩnh vực về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân theo quy định của pháp luật.
- Thẩm định và kiểm tra việc thực hiện các dự án đầu tư thuộc lĩnh vực quản lý của Bộ theo quy định của pháp luật.
- Quyết định các chủ trương, biện pháp cụ thể và chỉ đạo việc thực hiện cơ chế hoạt động của các tổ chức dịch vụ công trong các lĩnh vực về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Quản lý, chỉ đạo hoạt động đối với các tổ chức sự nghiệp trực thuộc Bộ.
- Thực hiện nhiệm vụ, quyền hạn cụ thể thuộc quyền đại diện chủ sở hữu phần vốn của Nhà nước tại doanh nghiệp có vốn Nhà nước trong lĩnh vực y tế thuộc Bộ quản lý theo quy định của pháp luật.
- Quản lý Nhà nước đối với các hoạt động của hội và tổ chức phi Chính phủ trong các lĩnh vực về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân theo quy định của pháp luật.
- Thanh tra, kiểm tra công tác y tế dự phòng, khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, trang thiết bị và công trình y tế, thực hiện các quy định của pháp luật về an toàn vệ sinh thực phẩm; giải quyết khiếu nại, tố cáo; chống tham nhũng, chống tiêu cực, chống lãng phí và xử lý các vi phạm pháp luật trong các lĩnh vực về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân thuộc thẩm quyền của Bộ.

- Quyết định và chỉ đạo thực hiện chương trình cải cách hành chính của Bộ theo mục tiêu và nội dung chương trình cải cách hành chính Nhà nước đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.
- Quản lý về tổ chức bộ máy, biên chế; bổ nhiệm, miễn nhiệm, khen thưởng, kỷ luật cán bộ, công chức, viên chức Nhà nước thuộc phạm vi quản lý của Bộ; đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn, nghiệp vụ đối với cán bộ, công chức, viên chức trong các lĩnh vực về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Quản lý tài chính, tài sản được giao và tổ chức thực hiện ngân sách được phân bổ theo quy định của pháp luật.

4.3. Cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế

Bộ Y tế có một Bộ trưởng và các Thứ trưởng. Các Thứ trưởng đặc trách về các lĩnh vực: Điều trị, y tế dự phòng, dược- trang thiết bị, nhân sự và hợp tác quốc tế... Bộ trưởng do Quốc hội bổ nhiệm còn các Thứ trưởng do Thủ tướng Chính phủ bổ nhiệm.

4.3.1. Các tổ chức giúp Bộ trưởng y tế thực hiện chức năng quản lý Nhà nước gồm có

- Văn phòng Bộ.
- Thanh tra Bộ.
- Vụ Kế hoạch - Tài chính.
- Vụ Tổ chức cán bộ.
- Vụ Khoa học và Đào tạo.
- Vụ Pháp chế.
- Vụ Hợp tác quốc tế.
- Vụ Điều trị.
- Văn phòng Bộ phụ trách quản lý nội bộ, văn thư, hành chính, quản trị, tổng hợp các vấn đề lớn, giao dịch với nước ngoài.
- Vụ chuyên môn: Vụ Kế hoạch; Vụ Tổ chức cán bộ; Vụ Khoa học - Đào tạo; Vụ Tài chính - Kế toán; Vụ Pháp chế; Vụ Hợp tác quốc tế; Vụ Điều trị; Vụ Y tế dự phòng; Vụ Bảo vệ bà mẹ trẻ em - Kế hoạch hoá gia đình; Vụ Y học cổ truyền dân tộc; Vụ Trang thiết bị công trình y tế; Thanh tra Bộ; Cục quản lý dược Việt Nam.
- Trung tâm xã hội học y tế.
- Các tổ chức quần chúng: Công đoàn y tế Việt Nam; Tổng hội y dược học Việt Nam; Hội đồng khoa học kỹ thuật Bộ.
- Vụ Y học cổ truyền.
- Vụ Sức khỏe sinh sản.
- Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế.
- Cục Quản lý Dược Việt Nam.
- Cục An toàn vệ sinh thực phẩm.
- Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/ AIDS.

4.3.2. Các cơ quan/ cơ sở trực thuộc Bộ Y tế

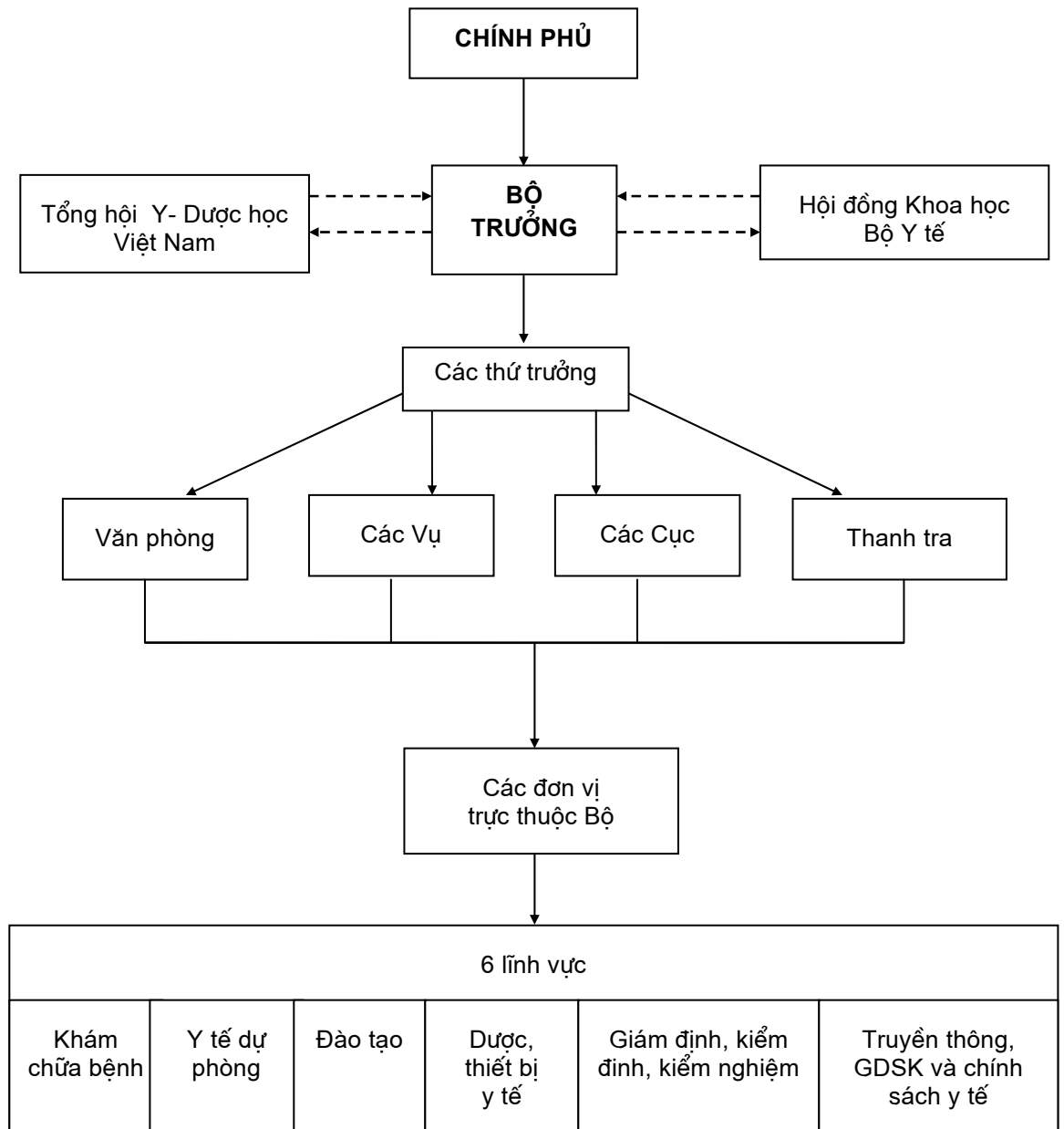
Các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế gồm có các bệnh viện Trung ương, viện nghiên cứu có giường và không có giường, các trường đào tạo, nhà xuất bản... (xem mục 3.3).

4.3.2.1. Các Viện, phân viện nghiên cứu có giường và không có giường

- Viện sốt rét- ký sinh trùng- côn trùng Trung ương và 4 phân viện Sài Gòn, Tây Nguyên, Quy Nhơn, Nha Trang.
- Viện chống lao Trung ương, Viện Y học nhiệt đới.
- Viện Mắt, Viện Tai Mũi Họng; Viện Răng Hàm Mặt (Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh).
- Viện Y học cổ truyền dân tộc (Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh).
- Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em Việt Nam - Thụy Điển.
- Viện Bảo vệ bà mẹ và Trẻ sơ sinh.
- Viện Nội tiết, Viện Châm cứu Hà Nội.
- Viện Dược liệu.
- Viện Kiểm nghiệm, Viện Giám định y khoa.
- Viện Y học lao động.
- Viện Da liễu, Viện Dinh dưỡng.
- Trung tâm quốc gia kiểm nghiệm vaccin.

4.3.2.2. Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa Trung ương

- Bệnh viện Bạch mai; Việt Đức; Việt Xô; K; Tâm thần; E, G1; 74, 71; Đa khoa Thái Nguyên; C Đà Nẵng; Tâm thần Biên Hoà; Huế; Chợ Rẫy; Thống Nhất; Quốc tế; Đồng Hới; Uông Bí.
- Điều dưỡng: Sầm Sơn Thanh Hoá, A Ba Vì.
- Khu điều trị phong: Quỳnh Lập, Quy Hoà.
- Nhà xuất bản y học, Trung tâm GDSK, Viện thông tin, thư viện y học.
- Các Trường Đại học, Cao đẳng, Trung học y dược.
- Tổng công ty dược Việt Nam.
- Tổng công ty trang thiết bị, các công trình y tế.
- Bảo hiểm y tế Việt Nam.



Hình 1.6. Sơ đồ tổ chức bộ máy Bộ Y tế

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày các thành phần cơ bản của một hệ thống y tế.
2. Trình bày 5 nguyên tắc cơ bản về tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam.
3. Vẽ sơ đồ về mô hình chung của tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam.
4. Vẽ sơ đồ về mối quan hệ giữa tổ chức mạng lưới y tế với tổ chức hành chính.
5. Trình bày mô hình tổ chức mạng lưới y tế Việt Nam theo 6 lĩnh vực hoạt động.

TỔ CHỨC, CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ VÀ NỘI DUNG QUẢN LÝ CƠ BẢN CÁC DỊCH VỤ CSSK CỦA Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được khái niệm, vị trí, vai trò, chức năng, nhiệm vụ của y tế tuyến tỉnh và y tế tuyến cơ sở.*
- 2. Trình bày khái quát bộ phận tổ chức của y tế tuyến tỉnh và y tế tuyến cơ sở.*
- 3. Trình bày được các nội dung quản lý chính của mạng lưới y tế địa phương.*

NỘI DUNG

1. TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

Tổ chức mạng lưới y tế địa phương cho đến nay bao gồm: 64 Sở y tế tỉnh, thành phố, 622 Trung tâm y tế (Hiện nay là Phòng y tế) huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh và 10.257 Trạm y tế xã phường, thị trấn.

1.1. Sở Y tế⁴

1.1.1. Vị trí, chức năng của Sở Y tế

Sở Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có chức năng tham mưu, giúp UBND cấp tỉnh thực hiện chức năng quản lý Nhà nước trên địa bàn tỉnh về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, gồm: y tế dự phòng, KCB, phục hồi chức năng, y dược học cổ truyền, thuốc phòng chữa bệnh cho người, mỹ phẩm ảnh hưởng đến sức khỏe con người, an toàn vệ sinh thực phẩm, trang thiết bị y tế, về các dịch vụ công thuộc ngành Y tế; thực hiện một số nhiệm vụ, quyền hạn theo sự ủy quyền của Ủy ban nhân dân cấp tỉnh và theo quy định của pháp luật.

Sở Y tế chịu sự chỉ đạo, quản lý về tổ chức, biên chế và hoạt động của UBND cấp tỉnh, đồng thời chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra về chuyên môn, nghiệp vụ của Bộ Y tế.

1.1.2. Nhiệm vụ, quyền hạn Sở Y tế

Trình UBND cấp tỉnh ban hành các quyết định, chỉ thị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới thuộc phạm vi quản lý của địa phương và phân cấp của Bộ Y tế.

⁴ Nghị định số 171/2004/NĐ-CP ngày 29-9-2004 thay cho Nghị định số 01/1998/NĐ-CP ngày 03-01-1998 của Chính phủ; Thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT-BYT-BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ ngày 12/4/2005

Trình UBND cấp tỉnh phê duyệt quy hoạch, kế hoạch dài hạn, 5 năm và hàng năm, các chương trình, dự án thuộc lĩnh vực quản lý của Sở phù hợp với quy hoạch tổng thể phát triển kinh tế- xã hội của địa phương, quy hoạch phát triển ngành của Bộ Y tế.

Trình UBND cấp tỉnh quy hoạch mạng lưới KCB, mạng lưới y tế dự phòng để Chủ tịch UBND cấp tỉnh trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định phù hợp với định hướng quy hoạch phát triển ngành Y tế.

Tổ chức chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và chịu trách nhiệm về việc thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án y tế đã được phê duyệt; công tác truyền thông, phổ biến, giáo dục pháp luật và thông tin về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

- Về y tế dự phòng:
 - + Trình UBND cấp tỉnh quy chế, giải pháp huy động, quản lý, sử dụng các nguồn lực để thực hiện công tác y tế dự phòng và phòng, chống dịch bệnh tại địa phương; chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện sau khi được phê duyệt.
 - + Quyết định những biện pháp để điều tra, phát hiện và xử lý dịch, thực hiện báo cáo dịch theo quy định. Trường hợp phải huy động các nguồn lực để dập tắt dịch vượt quá thẩm quyền phải trình Chủ tịch UBND cấp tỉnh quyết định; chủ trì, phối hợp với các Sở, Ban, Ngành tổ chức triển khai thực hiện các biện pháp phòng, chống và khắc phục hậu quả của dịch bệnh, tai nạn thương tích và thiên tai thảm họa ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân xảy ra trên địa bàn tỉnh
 - + Chỉ đạo, kiểm tra, giám sát các hoạt động về sức khỏe môi trường, sức khỏe trường học, sức khỏe lao động, vệ sinh nguồn nước ăn uống, quản lý bệnh nghề nghiệp và dinh dưỡng cộng đồng trên địa bàn tỉnh
 - + Làm thường trực về lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS của Ban chỉ đạo phòng, chống AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm tỉnh.
- Về khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng:
 - + Trình UBND cấp tỉnh quy hoạch mạng lưới KCB, phục hồi chức năng, giám định trên địa bàn tỉnh để Chủ tịch UBND cấp tỉnh trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định theo thẩm quyền.
 - + Quy định các điều kiện, tiêu chuẩn chuyên môn, kỹ thuật về khám, chữa bệnh, chăm sóc, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định, chỉnh hình, thẩm mỹ, chăm sóc sức khỏe sinh sản và thực hiện dịch vụ KHHGD trên cơ sở quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế theo phân tuyến kỹ thuật.
 - + Cấp, đình chỉ và thu hồi chứng chỉ hành nghề khám, chữa bệnh; chứng nhận đủ điều kiện hành nghề cho các cơ sở khám, chữa bệnh tư nhân theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.
- Về y dược học cổ truyền:
 - + Trình UBND cấp tỉnh chương trình, kế hoạch phát triển y dược học cổ truyền trên địa bàn tỉnh và chịu trách nhiệm tổ chức triển khai thực hiện sau khi được phê duyệt.

- + Quyết định theo thẩm quyền biện pháp kế thừa, phát huy, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong phòng bệnh, KCB, phục hồi chức năng, đào tạo cán bộ, nghiên cứu khoa học và sản xuất thuốc y dược học cổ truyền tại địa phương.
- + Cấp, đình chỉ và thu hồi chứng chỉ hành nghề y dược học cổ truyền tư nhân; chứng nhận đủ điều kiện hành nghề y dược học cổ truyền tư nhân trên địa bàn tỉnh theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.
- + Chịu trách nhiệm, chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra, xử lý các vi phạm trong việc thực hiện các quy định, quy trình chuyên môn về y dược học cổ truyền trên địa bàn tỉnh.
- Về thuốc và mỹ phẩm:
 - + Tổ chức thực hiện, kiểm tra, thanh tra và xử lý các vi phạm trong việc thực hiện các quy định, quy trình chuyên môn về thuốc, vaccin, sinh phẩm y tế và mỹ phẩm lưu hành trên địa bàn tỉnh.
 - + Cấp, đình chỉ và thu hồi chứng chỉ hành nghề; chứng nhận đủ điều kiện hành nghề dược, vaccin, sinh phẩm y tế tư nhân; giấy phép lưu hành, giới thiệu thuốc, mỹ phẩm trên địa bàn tỉnh theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.
- Về an toàn vệ sinh thực phẩm:
 - + Trình UBND cấp tỉnh chương trình hành động, quyết định các biện pháp bảo đảm an toàn vệ sinh thực phẩm trên địa bàn tỉnh và tổ chức triển khai thực hiện.
 - + Hướng dẫn, đôn đốc kiểm tra, thanh tra và xử lý các vi phạm quy định về an toàn vệ sinh thực phẩm đối với các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm trên địa bàn tỉnh theo quy định của pháp luật.
 - + Xác nhận công bố tiêu chuẩn sản phẩm thực phẩm; cấp chứng nhận đủ điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm cho các cơ sở, doanh nghiệp có cơ sở sản xuất thực phẩm đóng trên địa bàn theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.
- Về trang thiết bị và công trình y tế:
 - + Trình UBND cấp tỉnh kế hoạch đầu tư, nâng cấp trang thiết bị và công trình y tế thuộc nguồn ngân sách Nhà nước theo tiêu chuẩn chuyên môn, kỹ thuật của Bộ Y tế.
 - + Hướng dẫn thực hiện, kiểm tra, thanh tra và xử lý các vi phạm trong việc thực hiện các quy định, quy trình, quy chế chuyên môn về trang thiết bị y tế theo quy định của pháp luật.
- Về đào tạo cán bộ y tế:
 - + Trình UBND cấp tỉnh kế hoạch bồi dưỡng, đào tạo nguồn nhân lực y tế và đề xuất các chính sách, giải pháp hỗ trợ đào tạo và sử dụng nhân lực y tế của địa phương.

- + Quản lý các trường đào tạo CBYT theo sự phân công của UBND cấp tỉnh; chịu trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra thực hiện các quy định về chương trình đào tạo CBYT theo quy định của pháp luật.
- + Trình UBND cấp tỉnh ban hành chính sách động viên, khuyến khích cán bộ, công chức, viên chức ngành y tế học tập, nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ và chính sách thu hút nhân tài trong lĩnh vực y tế phục vụ công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân tại địa phương để UBND trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định theo quy định của pháp luật.

Trình UBND cấp tỉnh quyết định thành lập, sát nhập, giải thể, xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế trên địa bàn tỉnh theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.

Chủ trì, phối hợp với Sở Nội vụ, Sở tài chính hướng dẫn, kiểm tra các bệnh viện trong việc thực hiện cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ, tài chính, tổ chức bộ máy và biên chế theo quy định của pháp luật.

Chịu trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra và xử lý các vi phạm trong việc thực hiện các quy định, quy trình về chuyên môn, nghiệp vụ đối với các đơn vị sự nghiệp y tế thuộc lĩnh vực quản lý của Sở.

Giúp UBND cấp tỉnh quản lý Nhà nước đối với các Hội và tổ chức phi chính phủ trong lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân ở địa phương theo quy định của pháp luật.

Nghiên cứu, ứng dụng các tiến bộ khoa học - công nghệ; xây dựng hệ thống thông tin lưu trữ tư liệu về lĩnh vực quản lý của Sở.

Thực hiện hợp tác quốc tế trong lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân theo quy định của pháp luật và sự chỉ đạo của UBND cấp tỉnh.

Trình UBND cấp tỉnh chương trình, kế hoạch cải cách hành chính, xã hội hóa hoạt động bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện sau khi được phê duyệt.

Xây dựng chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Phòng y tế huyện để trình UBND cấp tỉnh ban hành theo thẩm quyền và chịu trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra về chuyên môn, nghiệp vụ đối với Phòng y tế.

Tranh tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo, chống tham nhũng, tiêu cực và xử lý các vi phạm pháp luật về các lĩnh vực y tế dự phòng, khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, y dược học cổ truyền, thuốc phòng bệnh cho người, mỹ phẩm ảnh hưởng đến sức khỏe con người, an toàn vệ sinh thực phẩm, trang thiết bị y tế theo quy định của pháp luật.

Tổng hợp, thống kê, báo cáo định kỳ và đột xuất về tình hình thực hiện nhiệm vụ được giao theo quy định với UBND cấp tỉnh và Bộ Y tế.

Quản lý tổ chức bộ máy, biên chế, thực hiện chế độ tiền lương và chính sách, chế độ đãi ngộ khen thưởng, kỷ luật đối với cán bộ, công chức, viên chức thuộc Sở theo quy định của pháp luật.

Quản lý tài chính, tài sản được giao và thực hiện ngân sách được phân bổ theo phân cấp của UBND cấp tỉnh và theo quy định của pháp luật.

Thực hiện các nhiệm vụ khác do UBND cấp tỉnh giao.

1.1.3. Tổ chức và biên chế

1.1.3.1. Lãnh đạo Sở

Sở Y tế có Giám đốc và 2-3 Phó giám đốc. Với Tp. Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh không quá 4 Phó giám đốc.

Giám đốc Sở chịu trách nhiệm trước UBND cấp tỉnh, trước pháp luật về toàn bộ hoạt động của Sở; báo cáo công tác trước UBND cấp tỉnh, Bộ Y tế và Hội đồng nhân dân cấp tỉnh khi được yêu cầu.

Các Phó giám đốc chịu trách nhiệm trước Giám đốc và trước pháp luật về lĩnh vực công tác được phân công.

Chủ tịch UBND cấp tỉnh quyết định bổ nhiệm, miễn nhiệm Giám đốc và Phó giám đốc theo tiêu chuẩn chuyên môn, nghiệp vụ do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định và theo quy định của pháp luật về công tác cán bộ, công chức.

Việc khen thưởng, kỷ luật do Giám đốc và Phó giám đốc Sở Y tế chịu trách nhiệm thực hiện theo quy định của pháp luật.

1.1.3.2. Tổ chức của Sở Y tế gồm

- Văn phòng.
- Thanh tra.
- Các phòng chuyên môn nghiệp vụ:

Việc thành lập các phòng chuyên môn nghiệp vụ dựa trên nguyên tắc bảo đảm bao quát đầy đủ các lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Sở Y tế; Chức năng, nhiệm vụ của từng phòng phải rõ ràng không chồng chéo với chức năng, nhiệm vụ của Phòng và tổ chức khác thuộc Sở Y tế; phù hợp với đặc điểm và khối lượng công việc thực tế ở địa phương, bảo đảm đơn giản về thủ tục hành chính và thuận lợi trong việc giải quyết các đề nghị của tổ chức và công dân.

Số phòng chuyên môn, nghiệp vụ của Sở Y tế không quá 8 phòng đối với Tp. Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh và không quá 6 phòng đối với các tỉnh còn lại. Số lượng, tên gọi các Phòng chuyên môn, nghiệp vụ của Sở do Giám đốc Sở Y tế phối hợp với Giám đốc Sở Nội vụ trình Chủ tịch UBND cấp tỉnh quyết định.

Giám đốc Sở Y tế quy định nhiệm vụ, quyền hạn của Văn phòng, các Phòng chuyên môn, nghiệp vụ thuộc Sở và quy định trách nhiệm của người đứng đầu các đơn vị thuộc Sở theo quy định của pháp luật.

- Các đơn vị sự nghiệp:
 - + Về khám chữa bệnh: Bệnh viện đa khoa tỉnh; các Bệnh viện chuyên khoa; các Bệnh viện đa khoa khu vực và các Bệnh viện đa khoa huyện (kể cả các Phòng khám đa khoa khu vực)
 - + Về y tế dự phòng, bao gồm các Trung tâm: Y tế dự phòng, Phòng chống HIV/AIDS; chăm sóc sức khỏe sinh sản; Nội tiết; Phòng chống bệnh xã hội (gồm các bệnh lao, phong, da liễu, tâm thần, mắt) ở các tỉnh không có các Bệnh viện chuyên khoa tương ứng; Phòng chống Sốt rét ở những tỉnh được phân loại có sốt rét trọng điểm; Kiểm dịch y tế quốc tế ở những tỉnh

có cửa khẩu quốc tế; Sức khỏe lao động và môi trường ở những tỉnh có nhiều khu công nghiệp; Trung tâm y tế dự phòng huyện thực hiện công tác chuyên môn, kỹ thuật chuyên ngành.

- + Trung tâm truyền thông - Giáo dục sức khỏe.
- + Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm.
- + Trung tâm Giám định pháp y, Giám định pháp y tâm thần, Giám định Y khoa.
- + Trường Trung học hoặc Cao đẳng Y tế.

Giám đốc Sở Y tế quy định cụ thể chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức và mối quan hệ của các đơn vị sự nghiệp theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

1.1.3.3. Biên chế:

Biên chế của Văn phòng, Thanh tra, các Phòng chuyên môn, nghiệp vụ là biên chế hành chính do UBND cấp tỉnh quyết định theo quy định của pháp luật.

Biên chế của các đơn vị sự nghiệp y tế là biên chế sự nghiệp; việc quản lý, sử dụng biên chế sự nghiệp y tế thực hiện theo quy định của pháp luật.

Giám đốc Sở Y tế bố trí, sử dụng cán bộ, công chức, viên chức của Sở phải phù hợp với chức danh, tiêu chuẩn ngạch công chức, viên chức Nhà nước theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức.

1.2. Phòng Y tế⁵

1.2.1. Chức năng

Phòng y tế là cơ quan chuyên môn thuộc UBND huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (gọi chung là UBND cấp huyện) có chức năng tham mưu, giúp UBND cấp huyện thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trên địa bàn huyện, gồm: y tế dự phòng, KCB, phục hồi chức năng, y dược học cổ truyền, thuốc phòng chữa bệnh cho người, mỹ phẩm ảnh hưởng đến sức khỏe con người, an toàn vệ sinh thực phẩm, trang thiết bị y tế, thực hiện một số nhiệm vụ, quyền hạn theo phân cấp của UBND cấp tỉnh và ủy quyền của Sở Y tế.

Phòng y tế chịu sự chỉ đạo, quản lý về tổ chức, biên chế và công tác của UBND cấp huyện, đồng thời chịu sự chỉ đạo, kiểm tra về chuyên môn, nghiệp vụ của Sở Y tế.

1.2.2. Nhiệm vụ và quyền hạn

Phòng Y tế thực hiện các nhiệm vụ, quyền hạn quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn huyện theo hướng dẫn của UBND cấp tỉnh.

Tham mưu cho Chủ tịch UBND cấp huyện chỉ đạo và tổ chức thực hiện công tác vệ sinh phòng bệnh, vệ sinh môi trường; quản lý các trạm y tế xã, phường, thị trấn và thực hiện một số nhiệm vụ, quyền hạn khác theo sự ủy quyền của Sở Y tế.

⁵ Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29-9-2004 của Chính phủ; Thông tư liên tịch số 11/ 2005 / TTLT - BYT - BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ ngày 12 /4/2005

1.2.3. Biên chế

Căn cứ đặc điểm, tình hình phát triển sự nghiệp chăm sóc và BVSK nhân dân ở địa phương, Chủ tịch UBND cấp huyện quyết định biên chế để đáp ứng nhiệm quản lý Nhà nước về chăm sóc và BVSK nhân dân trong tổng biên chế hành chính được UBND cấp tỉnh giao cho huyện.

1.3. Trạm y tế xã, phường, thị trấn (gọi chung là Trạm y tế xã)

1.3.1. Định nghĩa

Trạm y tế là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc sức khỏe ban đầu, phát hiện dịch sớm và phòng chống dịch bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu và đỡ đẻ thông thường, cung ứng thuốc thiết yếu, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp kế hoạch hoá gia đình, tăng cường sức khỏe.

Trạm y tế xã chịu sự quản lý Nhà nước của Phòng Y tế huyện, quận và chịu sự quản lý, chỉ đạo của Chủ tịch UBND xã trong việc xây dựng kế hoạch phát triển y tế trên địa bàn. Về chuyên môn nghiệp vụ: Trạm y tế xã chịu sự chỉ đạo của Trung tâm y tế dự phòng huyện về công tác vệ sinh phòng bệnh, vệ sinh môi trường, phòng chống dịch và các chương trình y tế quốc gia; chịu sự chỉ đạo của bệnh viện đa khoa về công tác khám chữa bệnh. Trạm Y tế xã còn quan hệ, phối hợp với các Ban, Ngành, Đoàn thể trong xã tham gia vào công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân.

1.3.2. Nhiệm vụ của trạm y tế xã

Nhiệm vụ 1: Lập kế hoạch các mặt hoạt động và lựa chọn những chương trình ưu tiên về chuyên môn y tế trình UBND xã, phường, thị trấn duyệt, báo cáo Phòng y tế huyện, quận, thị xã, và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch đã được phê duyệt.

Nhiệm vụ 2: Phát hiện, báo cáo kịp thời các bệnh dịch lên tuyến trên và giúp chính quyền địa phương thực hiện các biện pháp về công tác vệ sinh phòng bệnh, phòng chống dịch, giữ vệ sinh những nơi công cộng và đường làng, xã; tuyên truyền ý thức bảo vệ sức khỏe cho mọi đối tượng tại cộng đồng.

Nhiệm vụ 3: Tuyên truyền vận động, triển khai thực hiện các biện pháp chuyên môn về bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, bảo đảm việc quản lý thai, khám thai và đỡ đẻ thường cho sản phụ.

Nhiệm vụ 4: Tổ chức sơ cứu ban đầu, khám chữa bệnh thông thường cho nhân dân tại trạm y tế và mở rộng dân việc quản lý sức khỏe tại hộ gia đình.

Nhiệm vụ 5: Tổ chức khám sức khỏe và quản lý sức khỏe cho các đối tượng trong khu vực mình phụ trách, tham gia khám tuyển nghĩa vụ quân sự.

Nhiệm vụ 6: Xây dựng vốn tủ thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn và hợp lý, có kế hoạch quản lý các nguồn thuốc. Xây dựng, phát triển thuốc nam, kết hợp ứng dụng y học dân tộc trong phòng và chữa bệnh.

Nhiệm vụ 7: Quản lý các chỉ số sức khỏe và tổng hợp báo cáo, cung cấp thông tin kịp thời, chính xác lên tuyến trên theo quy định thuộc đơn vị mình phụ trách.

Nhiệm vụ 8: Bồi dưỡng kiến thức chuyên môn kỹ thuật cho cán Bộ Y tế thôn, làng, ấp, bản và nhân viên y tế cộng đồng.

Nhiệm vụ 9: Tham mưu cho chính quyền xã, phường, thị trấn và Trưởng phòng y tế huyện chỉ đạo thực hiện các nội dung CSSKBD và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.

Nhiệm vụ 10: Phát hiện, báo cáo UBND xã và cơ quan quản lý y tế cấp trên các hành vi hoạt động y tế phạm pháp trên địa bàn để kịp thời ngăn chặn và xử lý.

Nhiệm vụ 11: Kết hợp chặt chẽ với các đoàn thể quần chúng, các ngành trong xã, để tuyên truyền và cùng tổ chức thực hiện các nội dung công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

1.3.3. Tổ chức trạm y tế

Căn cứ vào nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng và địa bàn cụm dân cư, địa giới hành chính và khả năng ngân sách để thành lập một trạm y tế.

Việc thành lập, sát nhập, giải thể trạm y tế xã, phường, thị trấn do UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quyết định trên cơ sở đề nghị của UBND xã, Phòng Y tế huyện và đề nghị của Giám đốc Sở Y tế.

Những xã, phường, thị trấn có phòng khám khu vực và bệnh viện huyện thì không cần thành lập trạm y tế, số cán bộ và các nội dung công việc chăm sóc sức khỏe, tiêm chủng, tuyên truyền giáo dục sức khỏe... do phòng khám hoặc bệnh viện huyện đảm nhiệm

1.3.4. Cán bộ y tế xã

Cán Bộ Y tế xã phải có trình độ theo tiêu chuẩn nghiệp vụ ngành viên chức ngành y tế của Nhà nước quy định. Cán bộ phụ trách y tế xã phải có kiến thức về y tế cộng đồng và năng lực quản lý để chỉ đạo thống nhất các mặt hoạt động y tế đạt chất lượng và hiệu quả.

Số lượng cán bộ y tế xã được xác định theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng, số dân và địa bàn hoạt động của từng khu vực mà bố trí như sau:

1.3.4.1. Khu vực đồng bằng, trung du

Những xã từ 8000 dân trở xuống được bố trí 3-4 cán bộ y tế gồm:

- 01-02 bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
- 01 y sỹ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học, khi chưa có điều kiện thì bố trí nữ hộ sinh sơ học.
- 01 y tá trung học hoặc sơ học.

Những xã trên 8000 đến 12000 dân bố trí 4 - 5 cán bộ y tế gồm:

- 01-02 bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
- 01 y sỹ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học.

- 01 nữ hộ sinh trung học hoặc sơ học.
- 01 y tá trung học hoặc sơ học.

Những xã trên 12000 dân được bố trí tối đa 06 cán bộ y tế:

- 02-03 bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
- 01 y sỹ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học.
- 01 nữ hộ sinh trung học hoặc sơ học.
- 01-02 y tá trung học hoặc sơ học.

1.3.4.2. Khu vực miền núi, Tây Nguyên, biên giới và hải đảo

Xã dưới 3000 dân được bố trí 4 cán bộ y tế gồm:

- 01 bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm.
- 01 y sỹ đa khoa (biết về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.
- 02 y tá trung học hoặc sơ học biết về nữ hộ sinh.

Xã có 3000 dân trở lên được bố trí 5-6 cán bộ y tế gồm:

- 01-02 bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm).
- 01 y sỹ đa khoa (biết về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.
- 02-03 y tá trung học hoặc sơ học biết về nữ hộ sinh.

Ở vùng cao, vùng sâu, miền núi, nơi xa xôi hẻo lánh chỉ cần bố trí 1 hoặc 2 bác sỹ hay y sỹ thường xuyên có mặt tại trạm y tế để làm nhiệm vụ theo dõi, tổng hợp tình hình công tác y tế trong xã, thực hiện các dịch vụ y tế cho nhân dân tại các bản, buôn, làng gần cơ sở y tế và nhu cầu của nhân dân trong xã; số cán bộ y tế còn lại được phân công về công tác tại các bản, buôn, làng, ấp và định kỳ tổ chức giao ban tại trạm.

1.3.4.5. Khu vực thành phố, thị xã, thị trấn

Các phường, thị trấn và những xã có phòng khám khu vực đóng, số lượng cán bộ được bố trí 02 - 03 người.

Những nơi có bác sỹ thì bố trí vào vị trí chủ chốt, nơi chưa có thì phải xây dựng kế hoạch đào tạo bác sỹ đa khoa có kiến thức y tế cộng đồng để đưa về xã công tác.

1.4. Y tế thôn, bản

Y tế thôn bản không có tổ chức, chỉ có nhân lực bán chuyên trách, có tên là nhân viên y tế thôn bản. Nhân viên y tế thôn bản do nhân dân chọn cử, được ngành y tế đào tạo và cấp chứng chỉ để chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn. Nhân viên y tế thôn bản có các nhiệm vụ:

- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn nhân dân thực hiện vệ sinh phòng dịch bệnh, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, sơ cứu ban đầu và chăm sóc bệnh thông thường, thực hiện các chương trình y tế trong thôn bản.

- Nhân viên y tế thôn bản chịu sự quản lý và chỉ đạo của Trạm y tế xã và chịu sự quản lý của Trưởng thôn, Trưởng bản.

1.5. Y tế ngành

1.5.1. Tổ chức

Y tế ngành (thường theo các bộ), ví dụ y tế ngành năng lượng, ngành giao thông vận tải, ngành bưu điện... Tổ chức y tế ngành hết sức năng động tùy thuộc khả năng của ngành và tùy thuộc tính chất các bệnh nghề nghiệp của mỗi ngành. Những ngành có quy mô lớn như ngành Giao thông vận tải thì có tổ chức Sở Y tế, còn các ngành có quy mô nhỏ như công nghiệp, năng lượng... thì có tổ chức Trung tâm y tế. Các đơn vị trong ngành có tổ chức y tế như Trung tâm y tế, Trạm y tế cơ quan, công, nông trường, xí nghiệp; y tế phân xưởng. Ngoài ra có hai y tế ngành rất đặc biệt mà không có điều kiện đề cập ở đây: Y tế Quân đội và y tế ngành Công an.

1.5.2. Nhiệm vụ y tế công nghiệp

Phòng chống các bệnh tật nói chung, đặc biệt các bệnh nghề nghiệp cho công nhân viên chức.

Giảm các yếu tố tác hại nghề nghiệp tới sức khỏe. Đảm bảo an toàn sản xuất, đề phòng tai nạn lao động.

Thực hiện giáo dục sức khỏe, phòng chống dịch, vệ sinh môi trường (nước, không khí, đất, thực phẩm...).

1.5.3. Y tế doanh nghiệp

Thông tư liên tịch 14/ 1998/ TTLT, 31-10-1998 của Bộ Y tế, các doanh nghiệp phải tổ chức bộ phận y tế hay bố trí cán bộ làm công tác y tế doanh nghiệp, đảm bảo thường trực theo ca sản xuất, sơ cứu và cấp cứu có hiệu quả. Đây là tổ chức y tế sát người lao động nhất (bảng 2.1).

Bảng 2.1. Biên chế y tế doanh nghiệp theo số lao động

Số lao động	Doanh nghiệp ít yếu tố độc hại	Doanh nghiệp nhiều yếu tố độc hại
<150	0	1 y tá
150-300	1 y tá	1 y sỹ
301-500	1 y sỹ , 1 y tá	1 bác sỹ, 1 y tá
501-1000	1 bác sỹ , 1 y sỹ	1 bác sỹ, mỗi ca 1 y tá
>1000	Trạm y tế	Trạm y tế

Nhiệm vụ y tế doanh nghiệp:

- Huấn luyện cho người lao động cách sơ cứu cấp cứu.
- Tổ chức thường trực theo ca sản xuất để cấp cứu kịp thời tai nạn lao động.
- Theo dõi sức khỏe, tổ chức khám sức khỏe định kỳ và bệnh nghề nghiệp.

- Kiểm tra việc chấp hành điều lệ vệ sinh, phòng chống bệnh dịch. Phối hợp với bảo hiểm lao động kiểm tra, đánh giá, giám sát các yếu tố có hại tới sức khỏe, hướng dẫn các biện pháp vệ sinh lao động.
- Quản lý hồ sơ vệ sinh lao động, môi trường lao động.
- Tham gia điều tra các vụ tai nạn lao động.
- Thực hiện các thủ tục giám định thương tật.
- Đăng ký với cơ quan y tế địa phương để nhận sự chỉ đạo về chuyên môn nghiệp vụ.
- Tổ chức quản lý sức khỏe, bệnh nghề nghiệp.

2. MỘT SỐ NỘI DUNG QUẢN LÝ CHÍNH CỦA Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

2.1. Quản lý y tế dự phòng

Công tác dự phòng bệnh là nhằm ngăn ngừa không để bệnh xảy ra hay làm giảm hoặc loại bỏ nguy cơ gây bệnh, ngoài ra còn nhằm tạo ra sức khỏe ở mức độ cao.

Hiện nay quản lý công tác y tế dự phòng tập trung vào các nội dung chủ yếu sau:

- Truyền thông giáo dục sức khỏe và tư vấn sức khỏe.
- Lối sống ảnh hưởng đến sức khỏe (hút thuốc lá, nghiện rượu, ma túy).
- Phòng bệnh và 28 bệnh dịch lây và bệnh dịch quan trọng.
- Phòng chống các bệnh xã hội.
- Tình hình ô nhiễm môi trường, tình hình cung cấp nước sạch và tình hình ba công trình vệ sinh
- Quản lý an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trong khi quản lý các nội dung trên, hàng năm phải tiến hành phân tích tình hình, xác định nhu cầu, các vấn đề tồn tại và nguyên nhân để chọn các vấn đề ưu tiên lập kế hoạch can thiệp. Đồng thời phải thường xuyên tiến hành giám sát, đánh giá để không ngừng nâng cao chất lượng và hiệu quả của các hoạt động y tế dự phòng.

2.2. Quản lý khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng

Quản lý khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng cần tập trung vào việc xác định nhu cầu KCB và phục hồi chức năng. Nhu cầu KCB, phục hồi chức năng được thể hiện qua tình hình mắc bệnh, tử vong và tình hình tàn tật, tàn phế. Khi xác định nhu cầu KCB, phục hồi chức năng cần tập trung vào các nội dung:

- Tình hình mắc, chết của 28 bệnh dịch lây và bệnh quan trọng.
- Tình hình mắc, chết 10 bệnh cao nhất.
- Cơ cấu bệnh tật và tử vong theo 21 nhóm bệnh theo phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ X (ICD- X).
- Tình hình tử vong trẻ em dưới 5 tuổi và dưới 1 tuổi.

- Tình hình tử vong chu sinh.
- Tình hình tử vong mẹ
- Hy vọng sống (Tuổi thọ) trung bình của dân cư.

Nhu cầu KCB còn được thể hiện qua tình hình cung cấp dịch vụ KCB ở các tuyến, bao gồm:

- Tình hình khám bệnh, chữa bệnh nội trú, điều trị ngoại trú và khám chữa bệnh cho đối tượng bảo hiểm y tế.
- Tình hình nguồn lực và sử dụng nguồn lực khám chữa bệnh (nhân lực, kinh phí, giường bệnh, trang thiết bị theo quy định của BHYT v.v...).
- Tình hình phẫu thuật, thủ thuật.

Quản lý khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng còn tập trung vào việc phân tích xác định các vấn đề tồn tại và các vấn đề ưu tiên để lập kế hoạch giải quyết. Thông qua việc phân tích so sánh nhu cầu và tình hình công tác khám chữa bệnh giữa các năm và giữa các địa phương khác nhau trong tỉnh, huyện, xã để phát hiện các vấn đề tồn tại, xác định các vấn đề ưu tiên của địa phương. Từ đó tiến hành lập kế hoạch can thiệp, giám sát và đánh giá.

2.3. Quản lý nhân lực, tài chính và trang thiết bị y tế

(Xem bài quản lý nhân lực và bài quản lý tài chính, trang thiết bị y tế).

2.4. Quản lý thuốc phòng chữa bệnh cho người

Quản lý thuốc phòng chữa bệnh cho người tại các địa phương là đảm bảo cung cấp đủ thuốc thiết yếu có chất lượng và đảm bảo an toàn, hợp lý trong sử dụng thuốc. Trong quản lý thuốc phòng chữa bệnh cho người cần chú ý tới tình trạng người ốm tự mua thuốc về chữa rất cao (khoảng 30-70% số trường hợp ốm). Trong khi tình trạng thiếu thuốc chữa bệnh đã không còn là vấn đề lớn nữa, quản lý thuốc trên thị trường cần chú ý tới các hậu quả của lạm dụng thuốc và sử dụng thuốc không an toàn.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Sở Y tế tỉnh/ thành phố
2. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Phòng Y tế huyện/ quận
3. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã/ phường.
4. Nêu 6 lĩnh vực tổ chức của hệ thống y tế Việt Nam.
5. Trình bày tổ chức và biên chế của Sở Y tế tỉnh.
6. Trình bày tổ chức và biên chế của Phòng Y tế huyện.
7. Trình bày mối quan hệ quản lý giữa Sở Y tế - UBND tỉnh; Sở Y tế -UBND huyện; Phòng Y tế huyện - UBND huyện; Sở Y tế - Phòng Y tế huyện.
8. Trình bày nội dung quản lý khám, chữa bệnh; công tác y tế dự phòng và quản lý nguồn lực y tế địa phương.

TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN ĐA KHOA

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa và vai trò của bệnh viện.
2. Trình bày được mô hình tổ chức, nhiệm vụ và một số quy chế chủ yếu của bệnh viện.

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA, VAI TRÒ BỆNH VIỆN

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Bệnh viện là một bộ phận của một tổ chức mang tính chất y học và xã hội, có chức năng đảm bảo cho nhân dân được săn sóc toàn diện về y tế cả chữa bệnh và phòng bệnh. Công tác ngoại trú của bệnh viện tỏa tới tận gia đình đặt trong môi trường của nó. Bệnh viện còn là trung tâm giảng dạy y học và nghiên cứu sinh vật xã hội. Với quan niệm này, bệnh viện không tách rời, biệt lập và phiến diện trong công tác chăm sóc sức khỏe nói chung, mà bệnh viện đảm nhiệm một chức năng rộng lớn, gắn bó hài hoà lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và xã hội. Quan niệm mới đã làm thay đổi nhiệm vụ, chức năng, cơ cấu tổ chức và phương thức quản lý bệnh viện.

Bệnh viện đóng một vai trò quan trọng trong công tác khám chữa bệnh vì bệnh viện có thầy thuốc giỏi, có trang thiết bị, máy móc hiện đại nên có thể thực hiện được công tác khám bệnh, chẩn đoán và điều trị tốt nhất. Đến năm 2003, toàn quốc có gần 900 bệnh viện, các cơ sở khám chữa bệnh đã khám khoảng 155 680 300 lượt người, điều trị nội trú khoảng 7 075 300 lượt người bệnh. Nhờ đội ngũ cán bộ và trang thiết bị tốt, bệnh viện còn là cơ sở nghiên cứu y học và đào tạo cán Bộ Y tế cho ngành y tế.

Trước đây bệnh viện chỉ được coi là một cơ sở khám và điều trị bệnh nhân đơn thuần. Bước sang thế kỷ XX, cách mạng khoa học kỹ thuật trên thế giới đã phát triển như vũ bão và đạt được nhiều thành tựu rực rỡ, tác động sâu sắc làm thay đổi quan niệm về bệnh viện. Bệnh viện không chỉ đơn thuần làm công tác khám và điều trị mà còn thực hiện những chức năng khác trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân như giáo dục sức khỏe, phòng chống dịch bệnh, chăm sóc sức khỏe tại nhà, và đồng thời còn là trung tâm đào tạo cán bộ y tế và tiến hành các nghiên cứu y học về khám chữa bệnh và phòng bệnh.

2. TỔ CHỨC VÀ CẤU TRÚC CỦA BỆNH VIỆN

2.1. Vị trí xây dựng bệnh viện

Một số tiêu chuẩn cần được xem xét về vị trí xây dựng bệnh viện như sau:

- Bệnh viện cần được xây dựng ở trung tâm của khu dân cư do bệnh viện phụ trách. Nếu vùng dân cư do bệnh viện phụ trách nằm rải rác, thưa thớt như ở miền núi hay không tập trung thì cần phải xây dựng thêm cơ sở thứ hai của bệnh viện để đảm bảo điều kiện tốt nhất chăm sóc sức khỏe cho khu dân cư.
- Bệnh viện cần được xây dựng gần đường giao thông của khu dân cư do bệnh viện phụ trách để đảm bảo cho nhân dân tới bệnh viện được nhanh chóng và thuận lợi nhất. Nhiều bệnh viện được xây dựng gần ngã ba, ngã tư trong khu vực trung tâm của dân cư. Tuy nhiên, không xây dựng bệnh viện cạnh đường giao thông lớn vì dễ gây ô nhiễm tiếng ồn và bụi cho bệnh viện.

- Bệnh viện cần phải nằm xa những nơi gây ra tiếng ồn và những nơi gây ô nhiễm như chợ, bến xe, bãi rác, nghĩa trang, khu chăn nuôi gia súc, các nhà máy xí nghiệp...

Tuy nhiên bệnh viện cũng không nên xây dựng quá xa các bến xe, bến tàu, nhà bưu điện, công viên... Vì có thể gây khó khăn cho người bệnh và nhân dân đi lại, thông tin, liên lạc và giải trí.

2.2. Các bộ phận tổ chức chính của bệnh viện nói chung (Xem hình 3.1)

2.2.1. Bộ phận hành chính lãnh đạo gồm

Ban giám đốc và các phòng quản lý chức năng như: phòng tổ chức cán bộ, phòng kế hoạch tổng hợp, phòng hành chính quản trị, phòng tài chính kế toán, phòng y tá trưởng bệnh viện

2.2.2. Bộ phận chuyên môn gồm

Các khoa lâm sàng và các khoa cận lâm sàng. Các bệnh viện tuyến huyện không có các khoa chuyên sâu như ở hình 3.1. Trong khu vực lâm sàng thường chỉ gồm các khoa: nội, ngoại, sản, nhi, lây. Các khoa xét nghiệm thường dồn lại thành khu xét nghiệm tổng hợp gồm điện quang, huyết học, sinh hoá, vi sinh và giải phẫu bệnh.

Các khoa của bệnh viện được tổ chức căn cứ vào:

- Nhiệm vụ và số giường của bệnh viện.
- Nhu cầu điều trị của bệnh tật.
- Nguyên tắc phân công trong bậc thang điều trị.
- Tình hình cán bộ, cơ sở trang thiết bị.

Các khoa trong bệnh viện được chia thành các đơn nguyên điều trị. Đơn nguyên điều trị có chức năng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc toàn diện cho một số bệnh nhất định, thường có từ 25-30 giường bệnh.

2.2.3. Bộ phận phục vụ gồm

Các kho, bộ phận sửa chữa, bảo vệ chăn nuôi gia súc, nhà giặt... các bộ phận này có thể nằm trong phòng vật tư, trang thiết bị y tế.

2.2.4. Biên chế cán bộ và giường bệnh của bệnh viện

Biên chế cán bộ và giường bệnh của bệnh viện do Bộ Y tế, Ủy ban kế hoạch Nhà nước, Ủy ban nhân dân các cấp, các Bộ, các ngành ấn định và căn cứ vào:

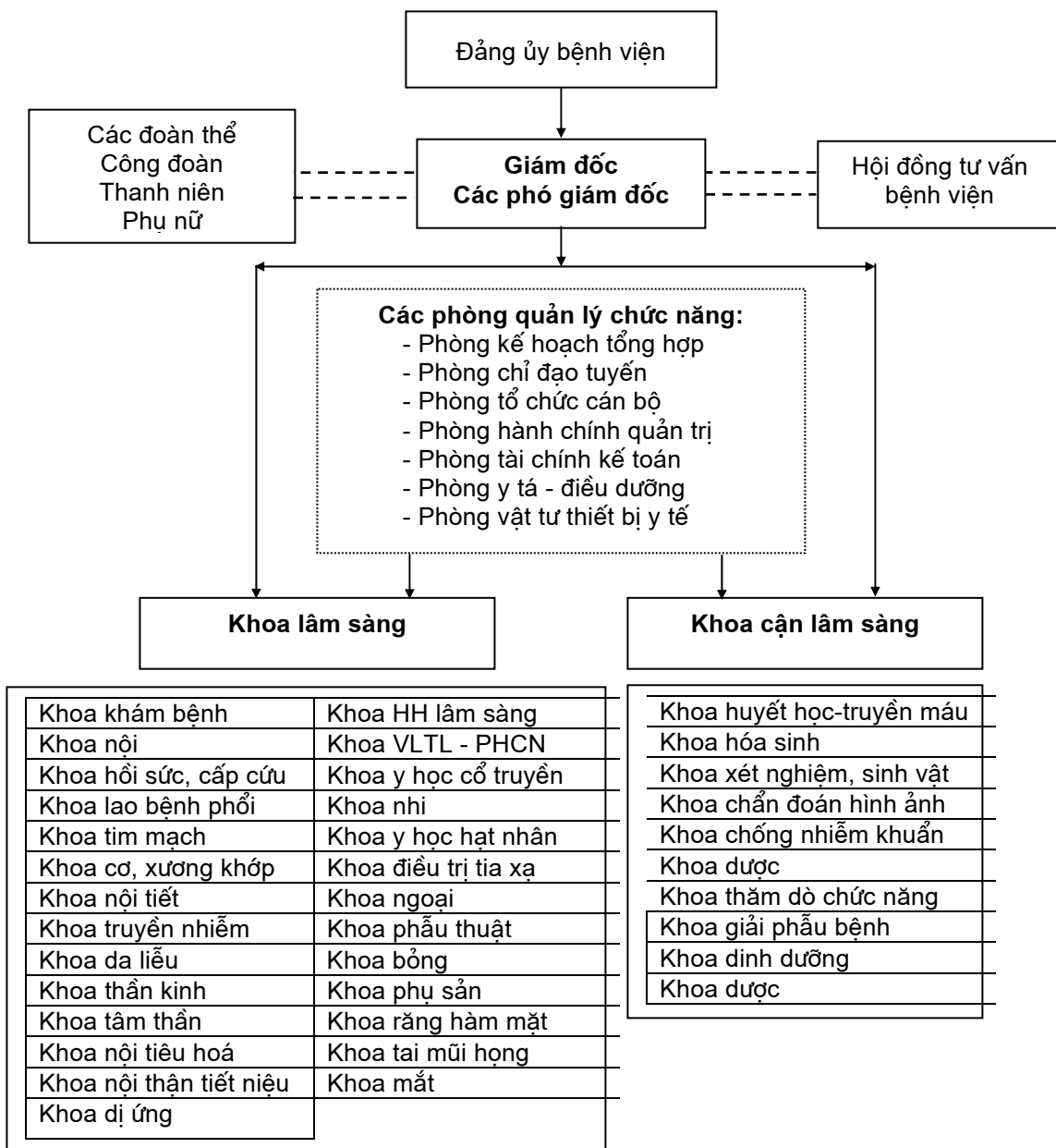
- Nhiệm vụ của bệnh viện.
- Dân số trong khu vực phụ trách của bệnh viện.
- Tình hình bệnh tật ở địa phương.
- Khả năng điều trị ở các cơ sở tuyến trước.

Tỷ số giường của các khoa được ấn định và thay đổi căn cứ vào:

- Cơ cấu bệnh tật của địa phương.

- Nhu cầu điều trị nội trú và thời gian điều trị trung bình của các bệnh.
- Nhiệm vụ đặc biệt của bệnh viện.
- Khả năng kỹ thuật của cán bộ chuyên môn.

Số giường trong mỗi khoa không nên ít quá và cũng không nên nhiều quá khó quản lý. Số giường trong khoa ít nhất ngang với một đơn nguyên điều trị (25-30 giường). Trung bình từ 50-60 giường và cũng không nên quá 4 đơn nguyên điều trị. Các bộ phận ít giường có thể ghép thành một khoa (Ví dụ: mắt, răng-hàm-mặt, tai-mũi-họng). Nhưng không nên ghép nhiều quá ảnh hưởng đến tính chất chuyên khoa của công tác.



Hình 3.1. Mô hình tổ chức bệnh viện đa khoa

3. NHIỆM VỤ CỦA BỆNH VIỆN

Theo quan niệm mới về bệnh viện đã trình bày trên đây, hiện nay bệnh viện không chỉ là nơi khám và điều trị bệnh nhân mà còn thực hiện những nhiệm vụ khác của một cơ quan quản lý tích cực. Theo Quy chế bệnh viện ban hành tại quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ ngày 19-9-1997 của Bộ Y tế, bệnh viện có những nhiệm vụ như sau:

- Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh.
- Đào tạo cán Bộ Y tế.
- Nghiên cứu.
- Chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn kỹ thuật.
- Phòng bệnh.
- Hợp tác quốc tế.
- Quản lý kinh tế trong bệnh viện.

3.1. Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng

Nhiệm vụ này là nhiệm vụ quan trọng bậc nhất của bệnh viện. Muốn thực hiện nhiệm vụ này bệnh viện cần phải có đội ngũ thầy thuốc lâm sàng giỏi, có tổ chức chặt chẽ, có trang thiết bị và thuốc đảm bảo cho nhu cầu khám chữa bệnh, điều dưỡng và phục hồi chức năng. Mục tiêu của nhiệm vụ này là khám và chẩn đoán đúng bệnh, sớm, điều trị đúng, kịp thời, chăm sóc điều dưỡng phù hợp tránh được các tai nạn điều trị, phục hồi chức năng nhanh, mau chóng trả bệnh nhân về với cuộc sống lao động, sản xuất và sinh hoạt bình thường càng sớm càng tốt.

Có hai loại hình thức khám và điều trị: Khám và điều trị nội trú trong bệnh viện thì bệnh nhân bắt buộc phải nằm nội trú tại bệnh viện trong suốt thời gian điều trị và được theo dõi 24/24 giờ. Khám và điều trị ngoại trú thì bệnh nhân chỉ đến khám theo sự chỉ dẫn của thầy thuốc hoặc bản thân bệnh nhân thấy cần, không nhất thiết phải nằm viện theo dõi trong thời gian điều trị. Ngày nay công tác khám và điều trị ngoại trú bệnh viện ngày càng được chú trọng và phát triển bởi vì nhờ đó mà bệnh viện có thể phát hiện sớm bệnh qua các đợt khám sàng tuyển và mang lại lợi ích kinh tế cao cho bệnh nhân do điều trị sớm hoặc không cần nằm trong bệnh viện để điều trị. Thông qua nhiệm vụ khám và điều trị, bệnh viện tiến tới quản lý được bệnh tật trong khu dân cư do bệnh viện phụ trách. Ngoài ra bệnh viện còn thực hiện giám định tình trạng sức khỏe, tiêu chuẩn mất sức lao động, về hưu cho nhân dân.

3.2. Phòng bệnh

Đây là quan điểm trong phân biệt bệnh viện ngày nay với trước kia. Nhiệm vụ phòng bệnh bao gồm:

- Phòng lây chéo các khoa: Ví dụ bệnh từ khoa truyền nhiễm lây chéo sang khoa ngoại, nội, nhi...
- Phòng không cho bệnh từ bệnh viện lây ra ngoài dân cư, muốn vậy việc xử lý nước thải, rác thải của bệnh viện phải được củng cố. Hiện nay còn rất nhiều

bệnh viện nhất là các bệnh viện tuyến huyện chưa xử lý tốt nước thải và rác nên gây ô nhiễm nặng và gây bệnh cho dân.

- Tham gia phát hiện dịch và dập tắt vụ dịch trong phạm vi được phân công.
- Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân và nhân dân trong phạm vi phụ trách để họ tự phòng bệnh và bảo vệ sức khỏe cho chính bản thân họ và cộng đồng (dự phòng cấp I)
- Phát hiện sớm bệnh, điều trị sớm tránh các biến chứng cho người bệnh là thực hiện tốt dự phòng cấp II. Ngăn chặn các biến chứng nặng và phục hồi chức năng là dự phòng cấp III.

3.3. Đào tạo huấn luyện cán bộ y tế.

Bệnh viện phải có nhiệm vụ đào tạo cho mọi cán bộ của bệnh viện, không ngừng nâng cao kiến thức và khả năng về chuyên môn cũng như lĩnh vực khác. Bệnh viện còn xây dựng kế hoạch để lần lượt cử cán bộ đi học chuyên khoa sâu ngoài khả năng đào tạo của bệnh viện. Bệnh viện còn có trách nhiệm đào tạo sinh viên và học viên y khoa, đào tạo cán bộ cho tuyến trước về chuyên môn nghiệp vụ.

Các hình thức đào tạo có thể dưới dạng:

- Chính quy dài hạn.
- Bổ túc ngắn hạn.
- Kiểm tra, đánh giá, giám sát.
- Tự học...

Bệnh viện phải là một cơ sở đào tạo về y- xã hội học. Chính nhờ công tác đào tạo mà bệnh viện ngày càng phát triển.

3.4. Nghiên cứu khoa học về y tế

Đây là một nhiệm vụ sống còn của bệnh viện vì nó góp phần tích cực nâng cao chất lượng của bệnh viện. Nhiệm vụ nghiên cứu khoa học của bệnh viện thể hiện như sau:

- Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân tới khám, điều trị theo mùa, vùng địa lý, dân tộc, tôn giáo, kinh tế, văn hoá...
- Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật hay phương pháp mới, các thuốc mới phục vụ cho nhiệm vụ của bệnh viện.
- Phát huy sáng kiến cải tiến hay các phát minh nếu có.

3.5. Chỉ đạo tuyến dưới

Nhiệm vụ này thể hiện quan điểm rất mới về bệnh viện vì thông qua nhiệm vụ này bệnh viện thể hiện rõ chức năng trong chỉ đạo, quản lý công tác dự phòng tại địa phương do bệnh viện phụ trách. Nội dung chỉ đạo cụ thể là:

- Đào tạo cán bộ về các chuyên khoa lâm sàng và cận lâm sàng (như trên đã đề cập).
- Cố vấn, hỗ trợ, chuyên gia hoặc giúp tuyến dưới về công nghệ, cơ sở vật chất.

- Đặc biệt chỉ đạo tuyến dưới thực hiện 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Nếu bệnh viện chỉ đạo tốt tuyến dưới thì bệnh viện có điều kiện đi sâu vào các mũi nhọn khoa học kỹ thuật mà bệnh viện quan tâm.

3.6. Quản lý kinh tế

Nhiệm vụ quản lý kinh tế là một nhiệm vụ hết sức nặng nề do bệnh viện có cơ sở vật chất rất lớn. Thêm vào nữa, ngày nay ở nước ta bệnh viện chuyển hướng từ cơ chế bao cấp sang cơ chế hạch toán. Theo Nghị định 10 của Chính Phủ, bệnh viện tự chủ về tài chính cho nên nhiệm vụ quản lý kinh tế của bệnh viện là rất nặng nề. Nhiệm vụ quản lý kinh tế trong bệnh viện thể hiện cụ thể ở những mặt sau đây:

- Quản lý cơ sở trang thiết bị: Gồm quản lý đất đai, nhà cửa, máy móc, xe cộ và những dụng cụ, hoá chất. Tất cả đều phải có sổ sách theo dõi. Đối với máy móc phải có lý lịch. Mọi tài sản vật chất đều có quy định sử dụng riêng, bảo dưỡng và duy trì riêng. Cần lập kế hoạch mua, sắm, thay thế và bảo dưỡng các trang thiết bị, máy móc. Hiện đại hóa dần các trang thiết bị bệnh viện.
- Quản lý tài chính: Đây là khâu quan trọng và khó khăn nhất đối với bệnh viện và mọi tổ chức. Xoá bỏ bao cấp, chuyển sang hạch toán, bệnh viện cần năng động và chủ động sáng tạo để tạo ra nhiều nguồn thu cho mình. Nhiều nguồn thu và khoản thu lớn là một chỉ số quan trọng trong đánh giá công tác quản lý của bệnh viện. Thông thường có các nguồn thu sau đây:
 - + Kinh phí Nhà nước cấp theo kế hoạch ngân sách.
 - + Nguồn thu huy động từ chính quyền, đoàn thể địa phương.
 - + Nguồn tài trợ của các dự án, chương trình y tế.
 - + Nguồn giúp đỡ của các tổ chức và các nhà hảo tâm, kiều bào...
 - + Nguồn bảo hiểm y tế.
 - + Nguồn do dân đóng góp.
 - + Nguồn thu từ hợp tác nghiên cứu khoa học...

Quản lý chi tiêu cũng hết sức quan trọng, đảm bảo đúng quy định của Nhà nước, có hiệu quả cao và tiết kiệm.

Trong quản lý kinh tế cần chú ý tới hiệu quả sử dụng giường bệnh tránh thất thoát do để giường trống.

3.7. Phát triển hợp tác

Bệnh viện muốn tồn tại và phát triển cần mở rộng hợp tác sâu rộng.

- Hợp tác trong ngành:
 - + Giữa các bệnh viện với nhau
 - + Giữa bệnh viện với tuyến trên và tuyến dưới.
 - + Giữa bệnh viện với các tổ chức phòng bệnh và quản lý sức khỏe.

- + Giữa bệnh viện với các thầy thuốc tư nhân và lương y để tạo ra một môi trường và hệ thống tốt cho công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.
- Hợp tác với các tổ chức và cá nhân ngoài ngành y tế, các tổ chức quốc tế, các tổ chức chính phủ và phi chính phủ. Nội dung hợp tác chủ yếu về:
 - + Chuyên môn kỹ thuật.
 - + Hỗ trợ tài chính.
 - + Đào tạo quản lý.
 - + Cung cấp trang thiết bị - thuốc.
 - + Đào tạo ngoại ngữ...

4. QUY CHẾ BỆNH VIỆN

4.1. Ý nghĩa, tầm quan trọng của các quy chế bệnh viện

Tại quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/09/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành “Quy chế bệnh viện” gồm 153 quy chế và quy định cho toàn ngành thực hiện. Quy chế bệnh viện có ý nghĩa và tầm quan trọng như sau:

- Quy chế bệnh viện là xương sống của bệnh viện vì mọi hoạt động đều dựa vào Quy chế chuyên môn của bệnh viện.
- Quy chế còn là pháp lệnh của Nhà nước thể hiện: Quan điểm đường lối của Đảng và Nhà nước; tính nhân đạo của ngành y tế và là cơ sở cho cán Bộ Y tế rèn luyện đạo đức, chuyên môn, củng cố đoàn kết nội bộ, động viên người tốt việc tốt, xét xử người vi phạm sai trái đảm bảo quyền lợi cho cán bộ và bệnh nhân góp phần chiến thắng bệnh tật bảo vệ con người.
- Mỗi cán bộ y tế phải thường xuyên rèn luyện, học tập nâng cao phẩm chất đạo đức của người thầy thuốc, nâng cao trình độ chuyên môn và quản lý dựa trên các quy chế chuyên môn công tác bệnh viện và chức trách cá nhân.

4.2. Một số quy chế chuyên môn

4.2.1. Quy chế thường trực

- Quy định chung:
 - + Trực ngoài giờ hành chính và ngày nghỉ đảm bảo 24/24 giờ,
 - + Danh sách trực được ký duyệt trước 1 tuần và treo đúng nơi quy định.
 - + Các phương tiện trực phải đầy đủ như thuốc, trang thiết bị vận chuyển, cấp cứu.
 - + Nơi trực phải có biển chỉ, đèn sáng, số điện thoại cần thiết.
 - + Người trực phải có mặt đầy đủ đúng giờ, bàn giao ca, không được bỏ trực.
 - + Không phân công bác sỹ đang tập sự trực chính.

- Quy định cụ thể:
 - + Tổ chức thường trực gồm trực lãnh đạo, trực lâm sàng, trực cận lâm sàng, trực hành chính, bảo vệ...
 - + Trực lãnh đạo: Do giám đốc, phó giám đốc, trưởng và phó trưởng khoa, phòng đảm nhận; có trách nhiệm kiểm tra đôn đốc việc thường trực bệnh viện, giải quyết các việc bất thường và báo cáo lên trên việc vượt quá quyền hạn của mình giải quyết.
 - + Trực lâm sàng: Trưởng phiên trực là trưởng hay phó trưởng khoa lâm sàng hay bác sỹ lâm sàng. Các bác sỹ phiên trực có nhiệm vụ tiếp nhận người bệnh cấp cứu, theo dõi và xử trí người bệnh được bàn giao, thăm người bệnh nặng (chăm sóc cấp I) 2 giờ một lần rồi ghi hồ sơ bệnh án. Y tá có nhiệm vụ thực hiện y lệnh chăm sóc và điều trị, đôn đốc người bệnh thực hiện quy chế và y lệnh; bảo quản tủ thuốc, hồ sơ, tài sản; theo dõi người bệnh chặt chẽ và ghi chép đủ vào bệnh án. Ngày hôm sau, kíp trực phải ghi chép vào sổ giao ban và báo cáo toàn bộ tình hình trực và bàn giao lại cho kíp trực sau.

4.2.2. Quy chế cấp cứu

- Quy định chung:
 - + Là nhiệm vụ rất quan trọng.
 - + Tổ chức cấp cứu trong mọi trường hợp: Trong và ngoài bệnh viện.
 - + Tập trung và ưu tiên mọi phương tiện và nhân lực tốt nhất cho cấp cứu.
 - + Đảm bảo 24/ 24 giờ.
- Quy định cụ thể:
 - + Người bệnh cấp cứu vào bất kì khoa nào cũng phải được đón tiếp ngay.
 - + Bác sỹ, y tá thực hiện khám, lấy mạch, đo huyết áp ngay...Mỗi chuyên khoa hồi sức khi cần. Xét thấy không đủ khả năng cấp cứu thì chuyển ngay.
 - + Xin hội chẩn khi cần.
 - + Bệnh viện phải tổ chức buồng cấp cứu tại khoa khám bệnh, khoa hồi sức cấp cứu trong bệnh viện, khoa lâm sàng có bệnh nhân nặng thường xuyên phải có buồng cấp cứu.
 - + Buồng, khoa cấp cứu phải có biển báo, đèn sáng, đường đi thuận tiện, máy phát điện dự trữ, nước đầy đủ, đủ các danh mục và cơ số thuốc theo quy định, các phác đồ cấp cứu, phương tiện cấp cứu như ô-xy, bóng bóp, nội khí quản...
 - + Cấp cứu ngoài viện: Bệnh viện luôn sẵn sàng có một đội cấp cứu ngoại viện với đầy đủ nhân lực, cơ số thuốc, trang thiết bị. Khi có tin báo cấp cứu phải hỏi rõ địa điểm, số lượng người bị thương, tình trạng hiện tại, rồi lên đường cấp cứu ngay. Đội cấp cứu phải có máy điện thoại di động, bản đồ khu vực. Khi quá khả năng cấp cứu của đội phải điện ngay cho giám đốc bệnh viện và cấp cứu 115 để hỗ trợ.

4.2.3. Quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị

- Quy định chung:
 - + Là quy chế quan trọng vì chẩn đoán sai sẽ không chữa được bệnh và gây biến chứng nặng
 - + Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học và tài liệu pháp y, đảm bảo tính khách quan, thận trọng chính xác và khoa học.
 - + Khi khám bệnh phải kết hợp chặt chẽ các yếu tố triệu chứng lâm sàng, tiền sử bệnh, yếu tố gia đình và xã hội.
- Quy định cụ thể:
 - + Khám bệnh: Với người bệnh mới đến, cần nghiên cứu kỹ các tài liệu có liên quan như bệnh án của tuyến dưới kết hợp khám kỹ, khám toàn diện. với người bệnh nội trú cần nghiên cứu kỹ bệnh án, quá trình diễn biến của bệnh.
 - + Chẩn đoán: Ghi chép đầy đủ vào bệnh án, phân tích kỹ các thông tin từ người bệnh để đưa ra chẩn đoán. Nếu cần, có thể làm thêm các xét nghiệm và mời hội chẩn. Y tá (điều dưỡng) phải giúp bác sỹ khi khám và chẩn đoán bệnh như chuẩn bị dụng cụ, đưa đi làm xét nghiệm, theo dõi người bệnh...
 - + Làm hồ sơ bệnh án: Bác sỹ điều trị có nhiệm vụ làm bệnh án. Với người bệnh cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án với đủ xét nghiệm trước 24 giờ, người không diện cấp cứu trước 36 giờ. Phải ghi đầy đủ các mục trong bệnh án và đúng quy định, không tẩy xóa hay làm nhòe. Ghi đúng danh pháp thuốc theo quy định, thuốc độc A, B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số. Sau 15 ngày điều trị phải tóm tắt bệnh án theo mẫu. Chỉ định rõ chế độ dinh dưỡng, chăm sóc, hộ lý... Sắp xếp các giấy tờ theo quy định: Các giấy tờ hành chính; tài liệu của tuyến dưới (nếu có); các kết quả xét nghiệm; phiếu theo dõi; phiếu chăm sóc; biên bản hội chẩn, giấy cam đoan; các tờ điều trị. Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai, đặt trong bì cứng. Không cho người bệnh và người nhà xem bệnh án. Phải có sự đồng ý của trưởng khoa sinh viên mới được xem bệnh án, xem tại chỗ và bàn giao cho điều dưỡng quản lý.
 - + Kê đơn: Bác sỹ được giao nhiệm vụ mới được kê đơn và chịu trách nhiệm với đơn thuốc. Kê đơn thuốc độc, nghiện, thuốc quý hiếm phải do giám đốc hay trưởng khoa duyệt. Ghi đầy đủ các mục trong đơn, ghi rõ ràng, không viết tắt và tẩy xóa, không viết bằng mực đỏ. Đơn còn thừa phải gạch chéo. Đơn thuốc độc phải đóng dấu bệnh viện.

4.2.4. Quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện

- Quy định chung: Mọi cán bộ nhân viên phải có trách nhiệm niềm nở đón tiếp người bệnh từ khoa khám bệnh và ở mọi khoa tạo điều kiện cho người bệnh yên tâm và tin tưởng.
- Quy định cụ thể:

- + Vào viện: Bác sỹ khoa khám bệnh có trách nhiệm thăm khám, cho làm xét nghiệm, chẩn đoán, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị. Điều dưỡng có trách nhiệm đón tiếp người bệnh, làm thủ tục vào viện và thông báo cho khoa nhận người bệnh (người bệnh cấp cứu có quy định riêng). Chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng các phương tiện quy định không để người bệnh tự vào. Tại khoa điều trị phải có sự bàn giao người bệnh cho điều dưỡng trưởng khoa. Điều dưỡng đưa người bệnh tới giường bệnh, hướng dẫn các nội quy, lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ và mời bác sỹ khám. Bác sỹ phải thăm khám ngay, ghi vào hồ sơ, làm xét nghiệm bổ sung ra y lệnh.
- + Chuyển khoa: Tổ chức hội chẩn trong khoa và liên khoa để quyết định chuyển khoa. Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh. Điều dưỡng làm nhiệm vụ chuyển người bệnh kèm theo hồ sơ, bệnh án. Chuyển trong giờ hành chính, trừ cấp cứu. Khoa mới tiếp nhận người bệnh phải khám ngay.
- + Chuyển viện khi quá khả năng điều trị của bệnh viện, đã có kết quả hội chẩn theo quy định. Thủ tục: Giải thích lý do chuyển viện cho người bệnh, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phải liên hệ trước (trừ cấp cứu), có bệnh án tóm tắt nói rõ chẩn đoán, thuốc và xét nghiệm đã dùng, điều dưỡng phải đi kèm để bàn giao, nếu bệnh cấp cứu phải có bác sỹ đi kèm.
- + Ra viện: Bác sỹ có nhiệm vụ đánh giá tình trạng sức khỏe của người bệnh, thông báo cho người bệnh về kết quả điều trị. Điều dưỡng làm thủ tục ra viện, dặn dò người bệnh về tự chăm sóc cần thiết. Nộp hồ sơ bệnh án cho phòng kế hoạch tổng hợp.

4.2.5. Quy chế sử dụng thuốc

- Quy định chung: Đảm bảo an toàn, hợp lý, hiệu quả và kinh tế, thực hiện đúng quy chế cấp phát, bảo quản, sử dụng và thanh toán tài chính.
- Quy định cụ thể:
 - + Chỉ định sử dụng và đường dùng thuốc cho người bệnh: Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào bệnh án. Sử dụng thuốc phù hợp với bệnh, lứa tuổi, cân nặng, có mục đích, có kết quả cao nhất và ít tốn kém. Không sử dụng đồng thời các loại thuốc tương kỵ. Giải thích rõ cho người bệnh cách dùng thuốc. Tiêm thuốc vào mạch máu phải có mặt bác sỹ điều trị, cấm tiêm tĩnh mạch thuốc có dầu, nhũ tương và làm tan máu.
 - + Lĩnh và phát thuốc: Điều dưỡng hành chính của khoa có trách nhiệm tổng hợp thuốc. Phiếu lĩnh thuốc phải rõ ràng và có chữ kí của trưởng khoa (thuốc độc A-B, gây nghiện có phiếu lĩnh riêng). Nhận thuốc phải kiểm tra số và chất lượng, hàm lượng, hạn dùng, nhãn mác...
 - + Bảo quản thuốc: Bảo quản theo đúng quy định, nghiêm cấm cho vay, mượn thuốc. Mất hay làm hỏng thuốc phải xử lý theo chế độ bồi thường.
 - + Theo dõi người bệnh sau dùng thuốc: Theo dõi chặt chẽ và xử lý kịp thời các biến chứng sau dùng thuốc.

- + Chống nhầm lẫn thuốc: Đơn thuốc viết rõ ràng, dùng chữ Việt Nam, La Tinh hoặc tên biệt dược. Ghi theo thứ tự thuốc tiêm, viên, nước rồi đến phương pháp điều trị khác. Phải đánh số cho thuốc độc, gây nghiện và kháng sinh. Điều dưỡng phải đảm bảo thuốc đến người bệnh, công khai thuốc hàng ngày, khi gặp thuốc mới phải hỏi lại cẩn thận trước khi phát. Thực hiện 3 kiểm tra: Họ tên người bệnh, tên thuốc, liều dùng; 5 đối chiếu: Số giường, nhãn thuốc, đường dùng, chất lượng thuốc, thời gian dùng. Bàn giao cụ thể và cẩn thận thuốc cho kíp sau.

4.2.6. Quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật

- Quy định chung:
 - + Bao gồm: Quản lý hoạt động chuyên môn, người bệnh, nhân lực, và tài sản.
- Quy định cụ thể:
 - + Trách nhiệm của các thành viên trong khoa: Trưởng khoa chỉ đạo mọi hoạt động của khoa. Bác sỹ điều trị thực hiện khám, chẩn đoán và điều trị người bệnh được phân công, tham gia công tác quản lý được phân công. Y tá trưởng khoa thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện, quản lý y tá, hộ lý, quản lý tài sản... Y tá chăm sóc thực hiện chăm sóc người bệnh và quản lý buồng khi được phân công. Hộ lý thực hiện vệ sinh và chăm sóc người bệnh theo quy định.
 - + Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chuyên môn: Đảm bảo đủ thuốc, dụng cụ cấp cứu, phác đồ cấp cứu. Đảm bảo buồng bệnh trật tự, vệ sinh, không lạnh về mùa đông và nóng về mùa hè. Phòng hành chính khoa phải có bảng tổng hợp hàng ngày về tình hình nhân lực, thuốc và người bệnh; bảng phân công trực hàng ngày, bảng chấm công, quy định về y đức... Tổ chức phòng truyền thông giáo dục sức khỏe.
 - + Quản lý người bệnh: Nắm được số lượng người bệnh hàng ngày, tổ chức xin ý kiến đóng góp của người bệnh, phổ biến nội quy buồng bệnh cho mọi người bệnh, theo dõi bệnh và điều trị người bệnh toàn diện.
 - + Quản lý nhân lực, tài sản: Lập bảng phân công nhiệm vụ cho mỗi thành viên, bảng phân trực, theo dõi ngày công. Quản lý vật tư thiết bị theo quy chế.

4.2.7. Quy chế giải quyết người bệnh tử vong

- Quy định chung: Người bệnh tử vong là người bệnh chết sinh học, các thủ tục phải được thực hiện khẩn trương, nghiêm túc và trân trọng.
- Quy định cụ thể:
 - + Giải quyết thi thể người bệnh tử vong: Điều dưỡng phải thực hiện công tác vệ sinh thi thể người bệnh. Trưởng khoa hay bác sỹ điều trị báo cho khoa giải phẫu bệnh. Nhà đại thể phải trang nghiêm, an toàn, vệ sinh và đủ ánh sáng. Lưu giữ lâu hơn 24 giờ phải có nhà lạnh. Tẩy uế sạch nơi người bệnh tử vong nằm.

- + Giải quyết tư trang của người bệnh tử vong: Nếu có người nhà thì trực tiếp kí nhận tư trang. Nếu không có người nhà thì điều dưỡng thu thập, thống kê và lập biên bản rồi lưu giữ tại kho và giao cho gia đình sau.
- + Hồ sơ tử vong: Bác sỹ điều trị hay trực phải hoàn thiện hồ sơ, ghi rõ ngày, giờ, diễn biến bệnh, cách xử lý, phút tử vong... rồi lưu theo quy chế.
- + Kiểm điểm tử vong: Bác sỹ trưởng khoa có nhiệm vụ tiến hành kiểm điểm tử vong các khâu như tiếp đón, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc không quá 15 ngày sau tử vong. Bác sỹ trực hay điều trị có trách nhiệm viết kiểm điểm tử vong theo mẫu quy định. Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm chủ trì kiểm điểm tử vong liên khoa hay toàn viện.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu tầm quan trọng của bệnh viện trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân?
2. Nêu và giải thích định nghĩa bệnh viện?
3. Nêu tiêu chuẩn về vị trí xây dựng bệnh viện.
4. Nêu các bộ phận tổ chức chính của bệnh viện nói chung?
5. Kể tên 7 nhiệm vụ của bệnh viện và nêu nội dung cơ bản mỗi nhiệm vụ đó
6. Nêu ý nghĩa, tầm quan trọng của quy chế bệnh viện.
7. Trình bày quy chế thường trực bệnh viện.
8. Nêu tóm tắt quy chế cấp cứu bệnh viện.
9. Trình bày quy chế sử dụng thuốc.

ĐẠI CƯƠNG QUẢN LÝ, QUẢN LÝ Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các định nghĩa quản lý và quản lý y tế. Qua đó hiểu được bản chất quản lý.
2. Phân biệt được khái niệm: Khoa học quản lý và Thực hành, nghệ thuật quản lý.
3. Trình bày được chu trình và các chức năng cơ bản của quản lý.
4. Nêu được lý thuyết mô hình quản lý theo hệ thống.

NỘI DUNG

Hàng ngày trên báo chí hoặc trong các Hội nghị tổng kết công tác chúng ta thường nghe: "*Nguyên nhân của vấn đề là do quản lý yếu kém chưa tốt*".

Ngân hàng châu Mỹ trong "Báo cáo về kinh doanh nhỏ" đã nêu: "Theo sự phân tích cuối cùng thì hơn 90 % các thất bại kinh doanh là do sự thiếu năng lực và thiếu kinh nghiệm quản lý".

Những yếu kém trong quản lý phải kể đến nguyên nhân là rất nhiều cán Bộ Y tế của ta chưa được đào tạo về quản lý nên trong công tác gặp rất nhiều khó khăn, lúng túng.

Việc quản lý là thiết yếu trong mọi tổ chức và mọi cơ sở. Các nhà thực hành quản lý mà không được trang bị kiến thức khoa học quản lý thì họ phải trông chờ vào vận may, vào trực giác hoặc vào những kinh nghiệm từng làm trước đây.

1. QUẢN LÝ LÀ GÌ

1.1. Các định nghĩa và bản chất quản lý

Quản lý là một hiện tượng xã hội xuất hiện cùng một lúc với con người, trong quan hệ giữa con người với con người. Xã hội càng phát triển thì quản lý càng phát triển theo, từ việc quản lý mang tính tự nhiên, tự phát đến tính khoa học và nghệ thuật hiện đại. Những người sau đây được coi là mở đầu cho khoa học và nghệ thuật hiện đại:

- Frederick W. Taylor (Mỹ) năm 1911 viết cuốn "*Những nguyên lý và phương pháp quản lý khoa học*" theo quan điểm của người dùng dụng cụ đo lường với mục đích cải tiến lao động để tăng năng suất.
- Henri Fayol (Pháp) năm 1922 viết cuốn "*Quản lý đại cương và công nghiệp*" xác định chức năng cơ bản của việc quản lý đang được áp dụng hiện nay.

Còn có rất nhiều tác giả và tác phẩm nữa về quản lý tổng quát và quản lý chuyên ngành trong đó có quản lý y tế, làm cho khoa học quản lý ngày càng phong phú và góp phần rất quan trọng để thúc đẩy sự phát triển xã hội.

Không có một định nghĩa duy nhất cho thuật ngữ quản lý. Tùy từng tình huống cụ thể mà có các định nghĩa về quản lý khác nhau. Một số định nghĩa quản lý thường được sử dụng:

- *Quản lý là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả:* Trong khái niệm quản lý này đề cập đến quản lý con người và điều kiện làm việc của con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo kế hoạch một cách tích cực, có trách nhiệm để đạt được mục tiêu đề ra.
- *Quản lý là làm cho mọi người biết việc cần làm và làm cho việc đó hoàn thành:* Những việc, hoạt động, dịch vụ y tế hoặc chăm sóc sức khỏe được ghi trong kế hoạch hoặc được thông qua phải được thực hiện.
- *Quản lý còn là quá trình làm việc cùng nhau và thông qua các cá nhân, các nhóm cũng như những nguồn lực khác để hoàn thành mục tiêu của tổ chức.*
- *Quản lý là biết kết hợp những nỗ lực, sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả, động viên con người, tạo ra bộ máy lãnh đạo, chỉ đạo và kiểm tra một tổ chức hoặc một hệ thống nhằm đạt tới một loạt các mục tiêu:* Nguồn lực chính để thực hiện các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hay giải quyết mọi công việc khác là nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và kể cả thời gian. Tuy nhiên nguồn lực không phải là vô tận, nên việc sử dụng các nguồn lực đòi hỏi phải như thế nào để có hiệu quả nhất, nghĩa là với chi phí về nguồn lực nhỏ nhất mà vẫn đạt được mục tiêu đề ra.
- *Quản lý y tế là chức năng của hệ thống y tế, đảm bảo cho sự phát triển cân đối và năng động của hệ thống đó, giữ gìn cơ cấu tổ chức tối ưu đã được xác định, duy trì chế độ hoạt động có hiệu quả, thực hiện những chương trình khác nhau nhằm đạt được mục đích và mục tiêu về bảo vệ sức khỏe nhân dân.*

1.2. Khái niệm khoa học quản lý, lý thuyết quản lý, kỹ thuật quản lý và thực hành/ nghệ thuật quản lý

1.2.1. Khái niệm khoa học quản lý

Khoa học quản lý là ngành khoa học tổng hợp về những quy luật, phương pháp luận, nguyên lý và kỹ thuật học của hoạt động quản lý. Như vậy khoa học quản lý bao gồm những kiến thức có tổ chức làm cơ sở cho thực hành quản lý.

Quản lý với cách tiếp cận khoa học đòi hỏi sự rõ ràng của các khái niệm (những từ, thuật ngữ chính xác, thích hợp), áp dụng các phương pháp khoa học để phát triển kiến thức, lý thuyết về quản lý. Lý thuyết là một nhóm hệ thống các khái niệm và các nguyên tắc phụ thuộc lẫn nhau, hoặc ràng buộc lại với nhau tạo nên một bộ khung cho một mảng lớn kiến thức.

Các nguyên tắc trong quản lý có tính chất mô tả hoặc tiên đoán chứ không có tính tất yếu, có nghĩa là cái gì sẽ xảy ra khi các biến số (quản lý có nhiều biến số tác động) tác động qua lại.

1.2.2. Khái niệm kỹ thuật quản lý

Kỹ thuật quản lý là những cách thức thực hiện các công việc, là những phương pháp trong việc thực hiện một kết quả định trước (Kỹ thuật lập kế hoạch, lập ngân sách v.v...).

1.2.3. Khái niệm thực hành/ nghệ thuật quản lý

Thực hành quản lý đòi hỏi phải xét tới thực tại của một tình huống/ điều kiện khi áp dụng lý thuyết, nguyên tắc hoặc các kỹ thuật quản lý. Quản lý có hiệu quả luôn luôn là quản lý theo điều kiện hoặc theo tình huống. Cách quản lý với tư cách thực hành là nghệ thuật quản lý. Nghệ thuật quản lý còn được hiểu là sự vận dụng linh hoạt những kinh nghiệm thành công và thất bại, cách ứng xử của con người v.v...

1.3. Đối tượng của khoa học quản lý

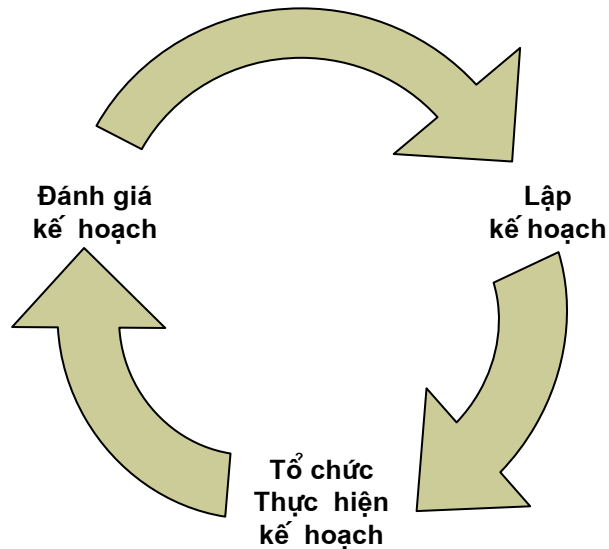
Khoa học quản lý là ngành khoa học tổng hợp về những quy luật, phương pháp luận, nguyên lý và kỹ thuật của hoạt động quản lý. Khoa học quản lý nghiên cứu tính quy luật của việc hình thành và phát triển các quan hệ quản lý. Các quan hệ quản lý bao gồm:

- Quan hệ chủ thể (có quyền uy) tác động vào khách thể (dưới quyền).
- Quan hệ giữa hoạt động chủ quan của chủ thể với tính khách quan của đối tượng.
- Quan hệ giữa tính khoa học và nghệ thuật: tính khoa học được thể hiện bởi các luật lệ, nguyên tắc, công thức. Nghệ thuật được thể hiện bởi kinh nghiệm thành bại; sự linh hoạt trước nhiều tình huống khác nhau; cách ứng xử của con người (thương lượng, thuyết phục, vận động con người nhằm đạt được mục tiêu đề ra).
- Quan hệ giữa cá thể với tập thể.
- Quan hệ giữa các bộ phận của một hệ thống và giữa hệ thống với môi trường và với các hệ thống khác.

Khoa học quản lý còn nghiên cứu nhằm xác định những nguyên tắc chỉ đạo của hoạt động quản lý, nghiên cứu hình thức, phương pháp, công cụ tác động của chủ thể quản lý vào đối tượng quản lý và nghiên cứu quá trình hoạt động lao động quản lý.

2. QUÁ TRÌNH (CHU TRÌNH QUẢN LÝ)

2.1. Quá trình (Chu trình) quản lý cơ bản



Hình 4.1. Chu trình quản lý cơ bản

2.2. Các chức năng cơ bản của Chu trình quản lý

2.2.1. Lập kế hoạch

Lập kế hoạch là chức năng mang tính chất kỹ thuật giúp cho các cơ sở y tế và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có khả năng đương đầu với hiện tại và dự kiến tương lai. Điều đó bao gồm việc xác định làm việc gì, lúc nào và làm như thế nào. Chức năng lập kế hoạch là chức năng khởi đầu vì chức năng quản lý về tổ chức, nhân sự, điều hành, kiểm tra giám sát đều triển khai sau khi lập kế hoạch.

Khi lập kế hoạch, người quản lý tiến hành:

- + Thu thập các thông tin cần và đủ
- + Phân tích xác định các vấn đề sức khỏe
- + Chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên
- + Xác định các mục tiêu
- + Chọn giải pháp thích hợp
- + Liệt kê các hoạt động cần làm.
- + Phối hợp các nguồn lực cần thiết và lập lịch trình công tác
- + Viết bản kế hoạch, chuyển lên cấp trên duyệt kế hoạch

2.2.2. Lập tổ chức

Lập tổ chức nghĩa là xác định các mối quan hệ về quyền hạn và trách nhiệm, quan hệ về cấu trúc và sự phụ thuộc. Công tác tổ chức nhằm tập hợp các nguồn lực và các hoạt động một cách hợp lý, bao gồm việc phân công, mô tả công việc, các phương pháp và quá trình lao động, điều phối các bộ phận, sử dụng hệ thống thông tin và phản hồi. Công tác tổ chức ấn định chính thức các hoạt động của các cá nhân và các nhóm. Các hoạt động có những yếu tố: cấu trúc, nhiệm vụ, công nghệ, quan hệ con người và tác động giữa các yếu tố đó với nhau.

2.2.3. Lãnh đạo

Lãnh đạo cũng có thể được xem là một chức năng của quản lý. Lãnh đạo là sự tác động đến con người, xuất hiện bất cứ lúc nào khi người ta muốn gây ảnh hưởng đến hành vi của một cá nhân hay một nhóm người vì bất cứ lý do gì có thể không tương hợp với mục đích của tổ chức. Như vậy để đạt được mục tiêu của tổ chức, công tác quản lý rất cần thiết phải lãnh đạo.

2.2.4. Ra quyết định

Ra quyết định nghĩa là chọn lựa. Mọi nhà quản lý đều phải thực hiện chức năng này. Tuy vậy phạm vi, tính chất, tầm quan trọng của quyết định thay đổi tùy theo vị trí, mức độ, quyền hạn và trách nhiệm của người quản lý.

2.2.5. Điều khiển

Điều khiển nhằm vào việc thúc đẩy hành động trong tổ chức, hướng về con người. Những hoạt động điều khiển chính là: động viên, chỉ đạo và giao tiếp cùng với các hoạt động khác tác động vào hành vi của nhân viên. Những người quản lý ở mọi cấp đều sử dụng mối quan hệ con người và các kỹ năng hành vi.

2.2.6. Kiểm tra và giám sát

Kiểm tra tập trung vào việc theo dõi, điều chỉnh và nâng cao năng lực thực hiện. Kiểm tra có nghĩa là thiết lập các tiêu chuẩn để đo lường kết quả, các kỹ thuật, hệ thống theo dõi và can thiệp. Ví dụ: Kiểm tra việc ghi chép sổ sách thống kê báo cáo của nhân viên; kiểm tra việc thực hiện giờ trực tại các cơ sở y tế của nhân viên y tế v.v...

Giám sát: Giữa kiểm tra và giám sát thường rất khó phân biệt trong thực tiễn. Có thể phân biệt một cách tương đối: Kiểm tra là xem xét việc thực hiện theo quy định, còn giám sát về mục đích và việc làm có khi cũng như kiểm tra nhưng thường xem xét về kỹ thuật chuyên môn. Về bản chất giám sát là một hình thức quản lý trực tiếp: thu thập thông tin liên tục, phân tích thông tin để đưa ra những quyết định, những giải pháp hợp lý để giải quyết vấn đề. Giám sát còn có nghĩa là trong khi thực hiện, người giám sát xem xét và tìm ra các vấn đề rồi cùng với người được giám sát và những người có liên quan tìm cách giải quyết các vấn đề đó. Như vậy giám sát là một quá trình hỗ trợ, đào tạo con người tại chỗ liên tục trong khi triển khai các hoạt động y tế nhằm hoàn thành và nâng cao hiệu quả, chất lượng phục vụ.

QUẢN LÝ MÀ KHÔNG GIÁM SÁT LÀ THẢ NỔ QUẢN LÝ

2.2.7. Nhân sự

Chức năng nhân sự là thu nhận và củng cố nguồn nhân lực. Nó thể hiện ở việc lập kế hoạch nhân lực, phân tích việc làm, tuyển dụng, đánh giá trình độ, trợ giúp nhân viên, an toàn và sức khỏe. Đồng thời thể hiện ở các hoạt động có ảnh hưởng đến hành vi và năng lực của các thành viên của tổ chức: đào tạo và phát triển, động viên, tư vấn và kỷ luật.

2.2.8. Đánh giá

Đánh giá là chức năng quản lý y tế nhằm đo lường và xem xét, so sánh, đối chiếu các kết quả đạt được của một chương trình/ hoạt động trong một giai đoạn nhất định nào đó với mục đích:

- + Đối chiếu kết quả với mục tiêu.
- + Xem xét các vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hiện.
- + Ra quyết định điều chỉnh.
- + Chuẩn bị cho việc lập kế hoạch.

3. QUẢN LÝ THEO QUAN ĐIỂM HỆ THỐNG

Quản lý theo quan điểm hệ thống là phân tích các yếu tố của một hệ thống cụ thể để trên cơ sở đó thực hiện các chức năng quản lý nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra một cách hiệu quả nhất, tốt nhất. Những yếu tố cần được xem xét của hệ thống quản lý y tế:

3.1. Môi trường của hệ thống

Đó là tất cả những biểu hiện mà hệ thống không khống chế trực tiếp nhưng lại chịu tác động nhiều và có thể khai thác được. Ví dụ: Môi trường của bệnh viện huyện là hệ thống dân số, kinh tế, văn hóa, giáo dục huyện ...

3.2. Đầu vào (inputs)

Đó là những nguồn lực được đưa vào hệ thống cung cấp năng lượng cơ bản cho sự vận hành và chuyển đổi. Khác với những biểu hiện của môi trường, những biểu hiện của đầu vào lệ thuộc vào sự khống chế trực tiếp của bộ phận xử lý. Người xử lý trong khi lệ thuộc vào ép buộc của môi trường lại tự do quyết định các nguồn lực là gì, bao nhiêu, khi nào, ở đâu và ra sao. Ví dụ: Nguồn lực của hệ thống bệnh viện huyện là số lượng, chất lượng chuyên môn, cơ cấu các loại cán bộ và nhân viên y tế; trang thiết bị y tế và tài chính bệnh viện...

3.3. Đầu ra (outputs)

Là kết quả, sản phẩm do hoạt động xử lý của hệ thống. Có hai loại đầu ra riêng biệt nhưng phụ thuộc lẫn nhau do hệ thống tạo ra:

- Đầu ra mong muốn (desired outputs) là những sản phẩm mà hệ thống định ra, có liên quan trực tiếp và tích cực tới mục tiêu của hệ thống. Thí dụ tỷ lệ tiêm chủng cao, dân số hạ, bệnh nhân khỏi, tỷ lệ mắc bệnh giảm, tỷ lệ tử vong giảm...
- Đầu ra ngẫu nhiên (incidental outputs) là sản phẩm phụ của hệ thống. Ví dụ: Chương trình dân số KHHGD có đầu ra là tỷ số giới khi sinh tăng lên, nghĩa là số con trai nhiều hơn con gái khi sinh. Người quản lý giỏi là người lường được những kết quả ngẫu nhiên này.

3.4. Mạng lưới thông tin

Trong hệ thống quản lý thông tin có chức năng như thần kinh hay giác quan trong cơ thể con người. Sự truyền đạt thông tin cũng giống như liên hệ giữa bộ phận này với bộ phận khác trong cơ thể. Điều đó giúp cơ thể điều chỉnh, đương đầu và hướng sự phát triển mới. Mạng lưới thông tin rộng khắp, chính xác và nhạy bén đảm bảo sự vận hành có hiệu quả và cả sự sống còn của hệ thống.

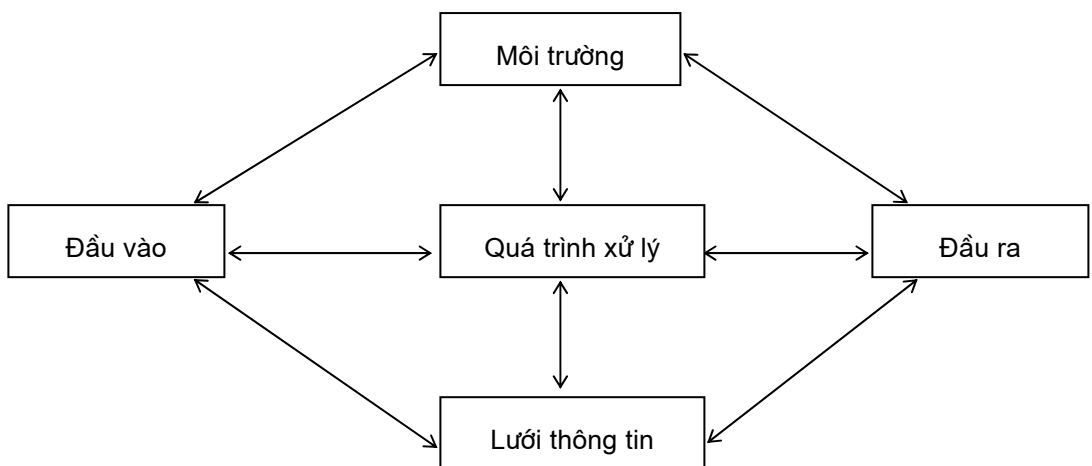
Mạng lưới thông tin có 3 kênh:

- Kênh chính thức: Là kênh thông tin qua sự kiểm soát của cơ quan quản lý Nhà nước, tạo nên những báo cáo và số liệu chính thức. Đó là những số liệu thống kê, báo cáo của các cơ sở y tế theo hệ thống thống kê nghiệp vụ.
- Kênh không chính thức, có tổ chức: Là kênh thông tin không lệ thuộc vào sự kiểm soát trực tiếp của quản lý Nhà nước. Đó là thông tin của các nhà khoa học hay báo chí.
- Kênh không chính thức, không có tổ chức: Thường là những dư luận, tin đồn hoặc phát ngôn cá nhân.

3.5. Quá trình vận hành và chuyển đổi các yếu tố (Process)

Đó chính là quá trình quản lý, trong đó các chức năng quản lý của hệ thống được thực hiện nhằm:

- Làm cho môi trường thuận lợi hơn cho sự phát triển của hệ thống. Khai thác được nhiều nguồn lực ở môi trường.
- Cuốn hút các nguồn lực một cách hợp lý vào hệ thống.
- Huy động đầu vào trong thời gian tốt nhất cho các chương trình sức khỏe.
- Đảm bảo các số liệu của mạng lưới thông tin kịp thời được xử lý có hiệu quả.
- Giúp cho hệ thống được tinh tế.



Hình 4.2. Sơ đồ một hệ thống và các yếu tố

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu và giải thích các định nghĩa quản lý.
2. Giải thích: “Quản lý là khoa học và nghệ thuật”.
3. Nêu các đối tượng của khoa học quản lý.
4. Vẽ sơ đồ và giải thích chu trình quản lý y tế.
5. Trình bày các chức năng cơ bản của chu trình quản lý y tế.
6. Trình bày lý thuyết quản lý theo hệ thống. Cho ví dụ minh họa.

NGƯỜI CÁN BỘ QUẢN LÝ LÃNH ĐẠO VÀ CÁC KỸ NĂNG QUẢN LÝ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được vai trò, kỹ năng và phẩm chất cơ bản của người cán bộ quản lý lãnh đạo.
2. Nêu được khái niệm quyền lực và các loại quyền lực của người quản lý lãnh đạo.
3. Nêu được khái niệm xung đột và cách giải quyết xung đột trong tổ chức.

NỘI DUNG

1. NGƯỜI CÁN BỘ QUẢN LÝ, LÃNH ĐẠO

1.1. Loại cán bộ quản lý

Người cán bộ quản lý theo nghĩa rộng bao gồm:

- Những cán bộ quản lý lãnh đạo.
- Những người tham gia, hoạt động, làm việc quản lý.

1.2. Vai trò, nhiệm vụ của người cán bộ quản lý lãnh đạo

Trong một tổ chức người lãnh đạo là người có vai trò quan trọng quyết định sự thành bại của tổ chức. Vai trò đó được thể hiện trong các nhiệm vụ chính của người lãnh đạo sau:

- Xác định phương hướng, mục đích của cơ quan tổ chức và thiết lập chiến lược hoạt động để đạt được mục đích.
- Huy động và sử dụng tối ưu các nguồn tài nguyên để thực hiện mục đích.
- Dự báo những thay đổi, quá trình phát triển và vạch ra các kế hoạch ngắn hạn và dài hạn.
- Xây dựng hệ thống thông tin báo cáo hợp lý.
- Xây dựng các quy định, luật lệ và điều kiện làm việc tạo môi trường thuận lợi cho các thành viên trong tổ chức hoàn thành nhiệm vụ và đáp ứng nhu cầu của họ.
- Xây dựng chế độ động viên khen thưởng kịp thời.
- Đánh giá việc hoàn thành nhiệm vụ từng giai đoạn cụ thể.

Để hoàn thành nhiệm vụ trên đòi hỏi người lãnh đạo cần có trình độ và kỹ năng nhất định trong công tác quản lý lãnh đạo .

Người lãnh đạo phải tập hợp được những cán bộ dưới quyền, tạo điều kiện để họ tham gia tích cực vào mọi hoạt động của tổ chức.

2. KỸ NĂNG VÀ PHẨM CHẤT NGƯỜI CÁN BỘ QUẢN LÝ, LÃNH ĐẠO

2.1. Kỹ năng quản lý, lãnh đạo

Kỹ năng của người lãnh đạo và người quản lý khó có thể tách biệt một cách rạch ròi nhưng trên cơ sở sự khác nhau giữa khái niệm lãnh đạo và quản lý, chúng ta cũng có thể tách biệt kỹ năng của hai loại cán bộ này như sau:

2.1.1. Ba nhóm kỹ năng lãnh đạo

- Chẩn đoán (dự đoán, tiên đoán) là khả năng thuộc về nhận thức hoặc lý trí. Đó là khả năng hiểu được tình huống hiện tại và nhận thức được những gì có thể hy vọng xảy ra trong tương lai.
- Thích ứng là khả năng thuộc về hành vi. Nó bao hàm việc thích ứng các hành vi của người lãnh đạo và các nguồn lực khác sẵn có để đáp ứng được những bất ngờ của tình huống và để có thể giảm bớt sự cách biệt giữa tình huống hiện tại và mục đích hay mục tiêu muốn đạt được.
- Giao tiếp là khả năng xử lý làm cho mọi người dễ dàng hiểu và chấp nhận.

2.1.2. Ba nhóm kỹ năng quản lý

- Kỹ năng kỹ thuật là khả năng sử dụng tri thức, các phương pháp, kỹ thuật và thiết bị cần thiết cho việc thực hiện các nhiệm vụ nhất định có được từ kinh nghiệm, giáo dục và đào tạo.
- Kỹ năng làm việc với con người (Human skill) là năng lực và cách nhìn khi làm việc với con người và thông qua con người, bao gồm cả cách thức động viên thúc đẩy và áp dụng phương pháp lãnh đạo hữu hiệu.
- Kỹ năng lý luận (nhận thức) là khả năng hiểu được sự phức tạp của toàn thể tổ chức và biết được vị trí mà hoạt động riêng của nó phù hợp với tổ chức.

Khi tiến từ cấp quản lý thấp nhất tới các chức vụ cao nhất, ba nhóm kỹ năng trên được pha trộn theo tỷ lệ rất khác nhau cho những người quản lý ở các cấp khác nhau. Để quản lý có hiệu quả, cấp quản lý càng cao có xu hướng càng ít cần đến kỹ năng kỹ thuật nhưng cần nhiều kỹ năng lý luận. Các cán bộ điều hành ở cấp thấp có thể cần nhiều kỹ năng kỹ thuật vì họ thường phải đào tạo và hỗ trợ các cán bộ kỹ thuật và nhân viên dưới quyền. Ngược lại, các cán bộ quản lý cấp cao trong một số tổ chức y tế cụ thể lại thường không cần biết làm thế nào để thực hiện tất cả các công việc cụ thể ở mức vận hành. Tuy nhiên, họ phải có khả năng theo dõi để các chức năng này tác động lẫn nhau nhằm hoàn thành các mục tiêu của toàn thể tổ chức.

2.1.3. Những kỹ năng quản lý cụ thể

2.1.3.1. Kỹ năng nhận thức

Là khả năng thấy được “bức tranh khái quát”, nhận ra được những nhân tố chính trong mỗi hoàn cảnh; nhận thức được những mối quan hệ giữa các phần tử.

2.1.3.2. *Kỹ năng kỹ thuật (technological skills)*

Là kiến thức và tài năng trong các hoạt động, bao gồm phương pháp, quá trình và quy trình. Như vậy nó gắn công việc với các công cụ và các kỹ thuật cụ thể. Như vậy kỹ năng kỹ thuật chính là:

- Hiểu biết các yếu tố kỹ thuật phong phú của hệ thống kỹ thuật.
- Sử dụng các kỹ thuật thích hợp, hợp lý.
- Có khả năng về các kỹ thuật chuyên biệt.

2.1.3.3. *Kỹ năng xã hội và quan hệ*

Là khả năng lôi kéo sự tham gia của tập thể, của cộng đồng vào công tác chăm sóc sức khỏe. Là khả năng quan hệ tốt với các cơ quan tổ chức có liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Đó là kỹ năng hoạt động chính trị, kỹ năng thông tin, giao tiếp v.v...

Là khả năng có thể làm việc được với mọi người, đó là năng lực hợp tác, là khả năng tham gia vào công việc tập thể, khả năng tạo ra một môi trường trong đó mọi người cảm thấy an toàn và dễ dàng bộc bạch ý kiến của mình.

2.1.3.4. *Kỹ năng thiết kế*

Khả năng thực hành xây dựng giải pháp khả thi cho mỗi vấn đề, căn cứ vào thực tế mà người quản lý gặp phải.

2.1.3.5. *Khả năng phân tích và giải quyết vấn đề*

Khả năng xác định rõ các vấn đề, phân tích được các tình huống phức tạp và qua việc giải quyết những vấn đề vướng mắc, có khả năng làm lộ ra những cơ hội đang tồn tại và khả năng thực thi các giải pháp của vấn đề.

2.1.3.6. *Kỹ năng quản lý hoạt động chăm sóc sức khoẻ*

Kỹ năng lập kế hoạch; kỹ năng thực hiện kế hoạch; kỹ năng giám sát; đánh giá v.v...

2.1.3.7. *Kỹ năng ra quyết định (decision making)*

Kỹ năng ra quyết định được coi là khả năng làm việc sáng tạo của người quản lý chủ yếu là để giải quyết các vấn đề nảy sinh trong quá trình quản lý. Để có kỹ năng này người quản lý phải có nhiều kỹ năng khác đã được nêu ở trên.

2.2. Phẩm chất của người quản lý, lãnh đạo

2.2.1. Có 3 loại phẩm chất

- Phẩm chất chính trị.
- Phẩm chất cá nhân.
- Phẩm chất công tác.

2.2.2. Các phẩm chất cơ bản cần có của người quản lý, lãnh đạo

2.2.2.1. Có lòng say mê, có mục tiêu rõ ràng, có định hướng trong hoạt động

Bất kỳ một người nào muốn tiến bộ cũng cần có mục tiêu lý tưởng phấn đấu của mình. Việc xác định rõ ràng mục tiêu hoạt động và phấn đấu để đạt được mục tiêu của mình chính là động lực quan trọng bậc nhất của người quản lý lãnh đạo. Mục tiêu và lý tưởng chính đáng của người lãnh đạo là phấn đấu để tổ chức của mình đạt được mục tiêu chiến lược của tổ chức. Để phấn đấu vì mục tiêu chung người lãnh đạo phải đặt lợi ích của tổ chức lên trên lợi ích cá nhân, luôn tìm tòi, sáng tạo, vượt qua các khó khăn thử thách trong công việc. Mục tiêu và lý tưởng của người lãnh đạo không chỉ ảnh hưởng đến hoạt động của chính họ mà còn ảnh hưởng đến các cá nhân cũng như nhóm và tập thể trong tổ chức, đó cũng chính là động lực thúc đẩy tổ chức phát triển.

2.2.2.2. Làm việc có tính nguyên tắc

Tính nguyên tắc thể hiện trong việc tôn trọng các luật lệ trong tổ chức, gương mẫu thực hiện các luật lệ quy định. Đảm bảo nguyên tắc đối xử công bằng với mọi người, khen thưởng và kỷ luật đúng thực chất, không thiên vị, tránh sự chi phối tình cảm cá nhân. Tránh định kiến và trù dập những người không ăn ý hoặc đã có những tiền sự không tốt trước đây.

2.2.2.3. Nhạy cảm, sáng tạo trong lãnh đạo quản lý

Lãnh đạo quản lý là quá trình động, hoàn cảnh và con người trong tổ chức luôn biến đổi vì thế người lãnh đạo phải nhạy bén với các thay đổi của môi trường bên trong và bên ngoài tổ chức. Người lãnh đạo cần kịp thời đưa ra các quyết định hợp lý để ứng phó với các thay đổi, đáp ứng các tâm tư nguyện vọng chính đáng của cấp dưới. Phát hiện và phát huy được các nhân tố mới trong tổ chức sẽ tạo điều kiện cho tổ chức phát triển. Tính nhạy cảm trong lãnh đạo đòi hỏi người lãnh đạo phải có các kiến thức về tâm lý quản lý lãnh đạo, có khả năng phát hiện các diễn biến tâm lý của cấp dưới để kịp thời ứng xử giải quyết các khó khăn vướng mắc của cá nhân cũng như của nhóm, tránh được các căng thẳng giữa cá nhân với cá nhân, cá nhân với nhóm, cấp dưới với cấp trên. Người lãnh đạo cần tạo ra không khí thi đua lành mạnh trong tổ chức tránh đổ kỵ và bè phái trong giải quyết công việc.

2.2.2.4. Quan hệ đúng mực với người dưới quyền

Tạo và giữ được uy tín với người dưới quyền là bí quyết cho lãnh đạo thành công. Muốn tạo và giữ được uy tín với cấp dưới trước tiên người lãnh đạo phải gương mẫu, đối xử đúng mực với cấp dưới, kiềm chế sự bột phát của tình cảm, biết lắng nghe và nói đúng lúc đúng chỗ. Người lãnh đạo luôn luôn phải đòi hỏi sự cố gắng của cấp dưới, tôn trọng, tin tưởng vào cấp dưới quyền, động viên khuyến khích cấp dưới hoàn thành nhiệm vụ. Đi đôi với đòi hỏi cấp dưới hoàn thành nhiệm vụ thì bản thân người lãnh đạo cũng phải đòi hỏi sự nỗ lực học hỏi và phấn đấu của bản thân mình.

2.2.2.5. Tính trung thực, giản dị, có văn hoá trong cuộc sống

Người lãnh đạo thường có những quyền lực nhất định, những quyền lực này có thể liên quan đến người khác và đến lợi ích vật chất của cá nhân và tập thể. Trung thực trong lãnh đạo thể hiện tính không vụ lợi cá nhân, không thiên vị, không dối trên, lừa dưới, biết phân tích, sử dụng và cung cấp thông tin về các vấn đề một cách khách quan.

Bản thân người lãnh đạo cũng là một thành viên trong tập thể, trong cộng đồng như những người bình thường khác vì thế họ cũng phải là người có nếp sống văn hoá phù hợp với đạo đức, lối sống, phong tục, truyền thống văn hoá của cộng đồng xã hội. Sống trung thực là một phẩm chất không thể thiếu của người lãnh đạo được thể hiện trong khi thực hiện công việc tại cơ quan cũng như trong cuộc sống hàng ngày tại gia đình hay trong xã hội. Tự chủ, tự tin, giản dị, mẫu mực và có văn hoá trong ăn nói, đi đứng, trang phục làm tôn vinh thêm uy tín trong công tác của người lãnh đạo, đây chính là yếu tố tạo nên quyền lực cá nhân cho người lãnh đạo.

3. QUYỀN LỰC

3.1. Khái niệm về quyền lực

Có thể định nghĩa một cách đơn giản: Quyền lực là nhiệm vụ kiểm soát hay ảnh hưởng đến người khác hay đến nhóm trong một cơ quan, tổ chức. Quyền lực có sức mạnh giúp đỡ và hỗ trợ về tinh thần. Tuy nhiên các nhà nghiên cứu đã phân tích và đưa ra các lý thuyết khác nhau và phân loại sâu hơn về quyền lực trong xã hội cũng như trong cơ quan hay một tổ chức cụ thể nào đó.

Trước đây có một số tác giả định nghĩa quyền lực là sức ép có chủ định hay là sự kiểm soát (Adler 1938, 1964, ansbacher 1956, 1964; Bienrstedt 1950, Russell 1938, Wrong 1968). Các tác giả khác thì cho quyền lực là sức mạnh, ảnh hưởng qua quá trình giám sát hiệu quả của các mối tác động qua lại trong quan hệ công việc. Tác giả Simon (1957) thì gọi sự tác động này là mối quan hệ ảnh hưởng hệ thống. Có những tác giả đưa ra định nghĩa quyền lực là những thay đổi qua lại trong xã hội do quan hệ nhiệm vụ. Các thuyết khác dựa theo khái niệm hoá coi quyền lực là khả năng tạo ra ảnh hưởng của một người đến những người hay nhóm người khác. Như vậy chúng ta có thể nhận thấy là quyền lực có sức mạnh giúp cho các nhà quản lý lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ của mình nhằm đạt được mục tiêu của tổ chức họ.

3.2. Phân loại quyền lực

Theo tác giả Etzioni (1961) chia ra 2 loại quyền lực:

3.2.1. Quyền lực địa vị

Quyền lực địa vị còn được gọi là quyền lực chính thức, có nguồn gốc từ bên trong tổ chức. Người quản lý có ảnh hưởng đến một nhóm người để thực hiện mục tiêu bởi vì người đó được đặt vào vị trí đó trong tổ chức để sử dụng quyền lực điều hành các hoạt động của tổ chức. Người ta cho rằng quyền lực địa vị giảm dần trong một tổ chức từ trên xuống dưới: những người có địa vị cao ủy quyền và trách nhiệm cho những người ở địa vị thấp hơn và những người có địa vị thấp hơn lại ủy quyền và trách nhiệm cho những người thấp hơn nữa.

3.2.2. Quyền lực cá nhân

Quyền lực cá nhân bắt nguồn từ những người dưới quyền. Quyền lực cá nhân theo hướng từ cấp dưới ảnh hưởng đến cấp trên và nhà quản lý. Quyền lực cá nhân được mở rộng ảnh hưởng qua sự kính trọng của cấp dưới đối với cấp trên và thể hiện sự cam kết của họ đối với người lãnh đạo cấp trên của mình. Quyền lực cá nhân còn được gọi là quyền lực không chính thức. Quyền lực không chính thức được coi là phạm trù thể hiện trong cuộc sống hàng ngày bởi vì nó có thể dần dần thu được từ cấp dưới,

đồng thời cá nhân cũng có thể bị mất đi dần dần do uy tín của người quản lý giảm đi. Người lãnh đạo không chính thức trong một nhóm, được nhóm tin cậy là một ví dụ về người có thể được trao hay mất đi quyền lực cá nhân của mình.

Mỗi cá nhân có thể kiểm soát quyền lực riêng của mình - tuy nhiên cũng có thể họ không hoàn toàn kiểm soát được toàn bộ hệ thống các mối quan hệ xã hội, nhưng họ cũng kiểm soát được rất nhiều các quan hệ do quyền lực mà họ tạo ra.

Các nhà lãnh đạo cấp cao trao quyền lực địa vị bằng cách ủy quyền và trách nhiệm cho các nhà quản lý, các nhà quản lý lại chiếm được lòng tin của cấp trên thông qua khả năng làm việc, cách ứng xử, sự tự tin và sự trung thành. Cấp dưới tạo nên quyền lực cá nhân cho các nhà quản lý, họ cho phép họ chấp nhận hay phục tùng quyền lãnh đạo của cấp trên.

Các nhà quản lý tạo dựng được quyền lực cá nhân thông qua giải quyết các vấn đề của con người với sự tôn trọng họ, qua cử chỉ hành vi thân thiện với sự hiểu biết và sử dụng kiến thức, kinh nghiệm cần thiết để lãnh đạo người khác hoàn thành các mục tiêu đề ra.

Trên thực tế quyền lực là sức mạnh quan hệ giữa những con người với nhau. Có thể nói một người trao quyền lực cho người khác và lại dùng quyền lực để kiểm soát người mà mình đã trao quyền lực. Quyền lực thường tồn tại trong hệ thống tổ chức. Các bằng chứng về hành vi quyền lực tồn tại có thể quan sát thấy được nhưng việc nhận biết các hành vi quyền lực phụ thuộc vào từng người khác nhau ở các thời điểm khác nhau, trong các phạm vi khác nhau.

Để thực hiện tốt nhiệm vụ của nhà quản lý thì tốt nhất là có cả hai loại quyền lực địa vị và quyền lực cá nhân. Có thể nói nôm na là cùng một lúc vừa được người ta sợ và được người ta quý mến để làm cho người khác phải thực hiện tốt nhiệm vụ.

3.3. Sử dụng quyền lực

Sử dụng quyền lực như thế nào đó chính là nghệ thuật và trình độ của người quản lý. Biết sử dụng tốt quyền lực sẽ tạo điều kiện để củng cố và tăng cường quyền lực. Các tài liệu về quản lý đã đưa ra rất nhiều khuyến cáo là quyền lực phải là một khía cạnh quan trọng mang đặc tính của cá nhân những người quản lý. Các nhà quản lý phải biết sử dụng quyền lực hợp lý. Hơn nữa từ các nguồn của quyền lực có được, người quản lý cần phải có chiến lược sử dụng các nguồn của quyền lực để hoàn thành các mục tiêu trong cương vị lãnh đạo và nhiệm vụ, mục tiêu của cơ quan tổ chức. Dưới đây xin nêu một số chiến lược sử dụng quyền lực quan trọng:

- Các nội quy và luật lệ có thể được sử dụng để tạo những nỗ lực nhằm thay đổi ở những người cấp dưới tuân theo những quy định chung.
- Đối mặt trực tiếp với thực tế công việc và các con số là những thử thách có thể sử dụng để nêu ra các mục tiêu mong muốn cuối cùng sẽ đạt được.
- Các đóng góp quan trọng của cá nhân có thể được nhân rộng khi họ được thăng tiến và sử dụng họ vào vị trí thích hợp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nếu như người nào đó có khả năng cá nhân và có những đóng góp quan trọng thì người đó có ảnh hưởng nhiều đến những người khác.
- Hợp tác và liên kết các thành viên trong nhóm được hình thành sẽ là biện pháp quan trọng để huy động các nguồn lực khác nhau hay hợp tác tạo nên sức mạnh tổng hợp vượt qua các trở ngại đối ngược.

- Không gian là một phạm trù đã được tác giả Kodar nghiên cứu năm 1975. Vị trí và sắp xếp bàn ghế có thể là một chiến lược để đạt được sức mạnh quyền lực. Ngôi cạnh bàn có khoảng không rộng rãi trong khi chỗ của người đến thăm hay của cấp dưới ở khu vực chật hẹp sẽ giảm đi sự thoải mái về tâm lý của người đến thăm. Ngôi ở vị trí "giữa các sự việc" tạo ra kết quả của quyền lực bởi vì sẽ tiếp cận được các thông tin.
- Quyết đoán là một phương pháp truyền thông có sức mạnh mà nhiều người đã biết để sử dụng trong công tác hàng ngày. Đó chính là một trong các điểm cơ bản trong quản lý cần được phát huy tối ưu.
- Hội đàm qua lại giữa những người quản lý và người dưới quyền sẽ có ảnh hưởng lẫn nhau. Sự bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau trong trao đổi hai chiều là đặc trưng cần thiết của chiến lược sử dụng hội đàm để sử dụng quyền lực.
- Quyền lực được duy trì và phát huy khi người quản lý lãnh đạo không lạm dụng và sử dụng quyền lực bất chấp luật lệ quy định.

4. NGƯỜI LÃNH ĐẠO VỚI VIỆC QUẢN LÝ XUNG ĐỘT TRONG TỔ CHỨC

Trong một tổ chức rất khó có thể tránh được xung đột xảy ra. Quản lý xung đột là một nội dung quan trọng và thể hiện năng lực của người lãnh đạo quản lý.

4.1. Khái niệm về xung đột

Xung đột là sự bất đồng hoặc chiến tranh xảy ra khi sự cân bằng về cảm giác, suy nghĩ, mong muốn và hành vi bị đe dọa (Deutch 1969). Xung đột xảy ra dẫn đến kết quả là các hành vi xung khắc cản trở thực hiện mục tiêu của tổ chức.

4.2. Nguyên nhân xung đột

Xung đột có thể xuất hiện trong số người, do có sự khác nhau về quan điểm, quyền lực, mục tiêu, giá trị quyền lợi v.v... Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến xung đột:

- Do chuyên môn hóa.
- Do thực hiện nhiều nhiệm vụ.
- Do sự phụ thuộc lẫn nhau.
- Do nhiệm vụ không được phân công rõ ràng.
- Do sự khác nhau giữa cá nhân và nhóm.
- Do khan hiếm nguồn lực.
- Do những thay đổi xảy ra: Nhiệm vụ, tổ chức, lãnh đạo.
- Do chế độ thưởng phạt thiếu công bằng.
- Do thiếu thông tin.
- Do thiếu các nội quy và quy định chặt chẽ trong tổ chức.
- Do phương thức lãnh đạo quản lý không thích hợp v.v...

4.3. Giải quyết xung đột

Trong thực tế không có một cách giải quyết xung đột tốt nhất nào cho mọi xung đột. Cách giải quyết phụ thuộc rất nhiều vào khả năng, uy tín và kinh nghiệm của người lãnh đạo và người quản lý. Một nguyên tắc quan trọng trong giải quyết xung đột là: Tạo nên môi trường tổng hợp thuận lợi để giải quyết xung đột. Có hai chiến lược quản lý quan trọng để phòng xung đột:

4.3.1. Quản lý chặt chẽ các sự kiện xảy ra bất ngờ theo các mức độ khác nhau

- Người lãnh đạo luôn giám sát kiểm tra.
- Người dưới quyền kiểm tra một phần.
- Người lãnh đạo và người dưới quyền cùng kiểm tra.
- Người lãnh đạo kiểm tra một phần.
- Người dưới quyền kiểm tra.

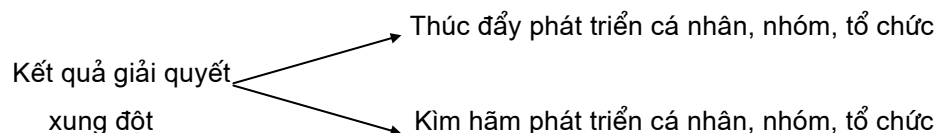
4.3.2. Quản lý bằng mục tiêu

Quá trình mà những người quản lý giám sát và cấp dưới cùng tham gia xác định mục tiêu, xác định các lĩnh vực theo trách nhiệm cá nhân, lập kế hoạch chiến lược, thiết kế nhiệm vụ để đạt mục tiêu, thực hiện và đánh giá kết quả là một chiến lược có thể sử dụng để thu hút sự tham gia của mọi người trong tổ chức, tránh được các xung đột có thể xảy ra do bất đồng và thiếu dân chủ.

4.3.3. Cách giải quyết khác

- Nói ra và sau đó hành động trên cơ sở thảo luận giải quyết.
- Nói ra để bàn cách giải quyết hơn là hành động trước.
- Tham vấn, hướng dẫn cá nhân có tác dụng giải quyết xung đột cá nhân.
- Theo Kilman: Xác định 5 hình thái giải quyết xung đột: (1) Bàn bạc; (2) Tránh; (3) Thỏa hiệp; (4) Thi đua và (5) Phối hợp.

Sơ đồ kết quả giải quyết xung đột



Như vậy giải quyết xung đột có vai trò vô cùng quan trọng, nếu giải quyết không đúng đắn có thể làm xung đột phát triển ở giai đoạn mới và tạo ra mâu thuẫn nặng hơn vì thế việc phát hiện và tìm giải pháp hợp lý để giải quyết xung đột thể hiện năng lực của người lãnh đạo.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu vai trò và nhiệm vụ của người quản lý lãnh đạo.
2. Nêu các kỹ năng chủ yếu của người quản lý lãnh đạo.
3. Nêu phẩm chất cần có của người quản lý lãnh đạo.

4. Nêu khái niệm quyền lực và các loại quyền lực.
5. Trình bày một số chiến lược sử dụng quyền lực.
6. Nêu khái niệm xung đột và nguyên nhân của xung đột trong tổ chức.
7. Trình bày cách giải quyết xung đột trong tổ chức.

THÔNG TIN VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ CÔNG CỘNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các khái niệm thông tin y tế; chỉ số, chỉ tiêu y tế sức khỏe, vai trò và các yêu cầu của thông tin trong quản lý y tế.*
2. *Trình bày được hệ thống phân loại thông tin y tế áp dụng trong quản lý.*
3. *Trình bày được phương pháp và công cụ thu thập thông tin*
4. *Trình bày được nội dung quản lý thông tin và ý nghĩa các nguồn thông tin hiện có.*
5. *Trình bày được cách tính các chỉ số sức khỏe công cộng cơ bản.*

NỘI DUNG

1. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN, VAI TRÒ, YÊU CẦU VÀ DẠNG THỨC CỦA THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ Y TẾ

1.1. Khái niệm thông tin y tế

Thông tin y tế có 2 nghĩa: Nghĩa thứ nhất: Thông tin y tế là truyền tin/ thông điệp về sức khỏe và công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe giữa các cơ quan/ cơ sở y tế, người bệnh, nhân dân, các cơ quan/ cơ sở khác v.v... với nhau. Nghĩa thứ hai: Thông tin y tế là những tin tức/ thông điệp, số liệu, chỉ tiêu/ chỉ số về sức khỏe, bệnh tật và công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe.

1.2. Khái niệm chỉ số y tế/sức khỏe

Chỉ số y tế /sức khỏe là "Số đo giúp đo lường và so sánh những sự thay đổi. Sự thay đổi có thể được thể hiện theo chiều hướng (tăng hay giảm), mức độ (ít hay nhiều) và phạm vi (rộng hay hẹp)." ⁶ về lĩnh vực y tế/ sức khỏe. Như vậy chỉ số thường được hiểu là một số tương đối biểu hiện quan hệ so sánh giữa hai hay nhiều mức độ nào đó của một hiện tượng thuộc lĩnh vực y tế/ sức khỏe. Những số đo về y tế/ sức khỏe ở đây được hiểu bao gồm cả những số đo về một khía cạnh y tế nào đó có liên quan đến cộng đồng, liên quan đến nguy cơ sức khỏe, liên quan đến bản thân sức khỏe và liên quan đến phân phục vụ cho sức khỏe.

1.3. Khái niệm chỉ tiêu y tế/sức khỏe

Chỉ tiêu y tế/sức khỏe là "thước đo giá trị các mục tiêu, kết quả và hoạt động y tế xã hội " (Theo TCYT thế giới) hoặc "Tiêu chí được biểu hiện bằng số ". Như vậy chỉ tiêu được biểu hiện bằng số về quy mô, tốc độ phát triển, cơ cấu, quan hệ tỷ lệ của các hiện tượng kinh tế - xã hội trong điều kiện không gian và thời gian cụ thể.

⁶ Bộ Y tế. Vụ kế hoạch. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Từ điển chỉ số thống kê y tế cơ bản. Phòng thống kê tin học 1/1998. tr.7

1.4. Một số yêu cầu (đặc tính) của thông tin trong quản lý y tế

1.4.1. Tính sử dụng

Thông tin phải cần thiết và được sử dụng trong việc hoạch định chính sách y tế, xây dựng kế hoạch, quản lý, giám sát và lượng giá các hoạt động y tế v.v... Như vậy thông tin phải đầy đủ và toàn diện.

1.4.2. Tính chính xác, khách quan

Thông tin phản ánh một cách đúng đắn, trung thực bản chất, thực trạng của vấn đề sức khỏe/ y tế của địa phương.

Thông tin không phụ thuộc vào ý thức, ý chí của con người. Thông báo thông tin đúng sự thật không thêm bớt, làm sai lệch thông tin. Những người khác nhau khi sử dụng thông tin đều có nhận định tương tự như nhau. Thông tin thu được từ nhiều nguồn khác nhau nhưng vẫn cho kết quả về sức khỏe, bệnh tật giống nhau.

1.4.3. Tính nhạy

Thông tin phải nhạy cảm với sự thay đổi của đối tượng. Thông tin có thể đo lường được những thay đổi rất nhỏ của đối tượng hoặc với lượng rất ít thông tin nhưng vẫn đo lường được sự thay đổi của vấn đề.

1.4.4. Tính cập nhật

Thông tin của vấn đề sức khỏe xảy ra gần nhất với mốc thời gian sử dụng thông tin. Thông tin càng cập nhật càng có ý nghĩa trong quản lý, nhất là khi lập kế hoạch y tế. Ví dụ: Lập kế hoạch y tế năm 2004 cần phải có thông tin y tế năm 2003.

1.4.5. Tính đặc hiệu

Sự thay đổi của thông tin phản ánh sự thay đổi của đối tượng/vấn đề, chứ không phải do ảnh hưởng của các yếu tố khác. Ví dụ tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi thay đổi phản ánh sự thay đổi của mức sinh.

1.4.6. Tính thực thi và đơn giản

Việc thu thập thông tin dễ dàng và có thể tính được các chỉ số/ chỉ tiêu một cách đơn giản trong các điều kiện nguồn lực cho phép.

1.5. Tầm quan trọng của thông tin trong công tác quản lý y tế

Trong công tác quản lý y tế không thể thiếu thông tin nói chung và thông tin y tế nói riêng. Thông tin cần cho mọi giai đoạn trong quá trình quản lý cũng như từng chu trình quản lý. Không có thông tin sẽ không xác định được các vấn đề sức khỏe, lựa chọn ưu tiên, lập kế hoạch, theo dõi giám sát và đánh giá.

Trong công tác quản lý thông tin cần khắc phục một số vấn đề theo "Luật Finagle":

- Thông tin đang có thì không phải là thông tin muốn có.
- Thông tin muốn có không phải thông tin cần có.

- Thông tin cần có thì không phải là thông tin chúng ta có thể thu thập được.
- Thông tin có thể thu thập được thì đắt hơn khả năng có thể chi trả.

Thu thập, lưu trữ, trình bày thông tin là một trong các hoạt động quan trọng trong công tác quản lý thông tin y tế. Vấn đề cơ bản được nêu ra trong công tác quản lý thông tin là thông tin được thu thập và sử dụng như thế nào? trong phạm vi nào, vào thời điểm nào và do ai sử dụng?.

Nếu ta cần thêm các thông tin để đưa ra quyết định thì những thông tin nào cần được khẳng định, dạng thông tin nào cần có, thông tin được sử dụng thực sự là gì? Thông tin có thể dưới một số dạng như: Số liệu định lượng về các sự việc cụ thể, có thể là số tuyệt đối hay số tương đối, ví dụ như số lượng bác sỹ tại một cơ sở y tế, tỷ lệ bệnh nhân tử vong của một loại bệnh trong năm, hay số liệu định tính như nhận thức của cộng đồng về chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Một số thông tin quan trọng như các trường hợp bệnh mới mắc của một vụ dịch cần phải được cập nhật thường xuyên, trong khi một số chỉ số như cung cấp nước cho hộ gia đình hay trình độ văn hóa ở người lớn thường thay đổi chậm nên cần được báo cáo định kỳ. Một số thông tin có được từ các số liệu ghi chép hàng ngày của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và được báo cáo theo một hệ thống qui định.

1.6. Các dạng thức của thông tin y tế

- Tỷ số (Ratio): Tỷ số là một phân số, trong đó tử số có thể không thuộc mẫu số:

$$\text{Tỷ số} = \frac{A}{B}; \text{ (trong đó A khác B)}$$

- Tỷ trọng (Proportion): Tỷ trọng là một phân số, trong đó tử số là một phần của mẫu số và có cùng đơn vị đo lường như nhau:

$$\text{Tỷ trọng} = \frac{A}{A + B}$$

- Tỷ lệ phần trăm (Percentage): Tỷ lệ phần trăm giống như tỷ trọng, nhưng được nhân với 100%. Tỷ lệ phần trăm cho biết số lượng của tử số tính cho 100 đơn vị của mẫu số:

$$\text{Tỷ lệ \%} = \frac{A}{A + B} \times 100$$

- Tỷ suất (Rate): Tỷ suất là một phân số dùng để đo lường tốc độ thay đổi, trong đó tử số là các sự kiện (sinh, chết, bệnh tật...) và mẫu số là số lượng cá thể có khả năng sinh ra “sự kiện” đó (dân số chung, số trẻ em < 5 tuổi, số phụ nữ 15-49 tuổi...) trong một khoảng thời gian nhất định:

$$\text{Tỷ suất} = \frac{\text{Số “sự kiện” xảy ra trong khoảng thời gian xác định thuộc 1 khu vực}}{\text{Số lượng trung bình cá thể có khả năng sinh ra “sự kiện” đó trong khu vực đó cùng thời gian}}$$

Xác suất (Probability): Công thức tính tương tự như tỷ suất, nhưng mẫu số là số lượng cá thể có khả năng sinh ra “sự kiện” đó vào thời điểm bắt đầu quan sát, không phải là số lượng cá thể trung bình của thời kỳ quan sát.

$$\text{Xác suất} = \frac{\text{Số "sự kiện" xảy ra trong khoảng thời gian xác định thuộc 1 khu vực}}{\text{Số lượng cá thể có khả năng sinh ra "sự kiện" đó vào thời điểm bắt đầu quan sát trong khu vực đó cùng thời gian}}$$

– Số trung bình (Mean): Có công thức tính:

$$\text{Số trung bình} = \frac{X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n}{n}$$

2. HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THÔNG TIN Y TẾ VÀ CÁC CHỈ SỐ/ CHỈ TIÊU Y TẾ CƠ BẢN

Có nhiều cách phân loại thông tin y tế khác nhau tùy thuộc vào mục đích của người sử dụng, đặc tính của các thông tin và các lĩnh vực y tế/ sức khỏe. Thường có các nhóm thông tin y tế/ sức khỏe sau:

2.1. Nhóm thông tin về tình hình sức khỏe và các yếu tố tác động đến sức khỏe

2.1.1. Nhóm thông tin về dân số

Dân số trung bình giữa năm, số phụ nữ 15-49 tuổi, tổng số trẻ em 0-4 tuổi, tổng số dân số từ 5-14 tuổi, tổng số dân số trên 65 tuổi, tổng số hộ gia đình, tỷ suất sinh thô, tổng tỷ suất sinh, tỷ suất chết thô, tỷ suất tăng dân số tự nhiên, tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ suất chết của trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ số chết mẹ, tỷ lệ phát triển dân số hàng năm, tỷ lệ phần trăm dân số người lớn biết chữ theo giới, tỷ lệ dân số phụ thuộc, triển vọng sống trung bình khi sinh v.v...

2.1.2. Nhóm thông tin về kinh tế- văn hoá - xã hội

Kinh tế (chỉ số phát triển con người - HDI, chỉ số đói nghèo, chỉ số thu nhập v.v...), trình độ văn hoá, giáo dục, giáo dục sức khỏe, nước sạch và vệ sinh môi trường (tỷ lệ tiếp cận với nước sạch, tỷ lệ dân số có hố xí hợp vệ sinh v.v...), lối sống (chỉ số về hút thuốc lá và liên quan giữa bệnh tật và hút thuốc lá v.v...).

2.1.3. Nhóm thông tin về sức khỏe, bệnh tật

Tuổi thọ trung bình, sức khỏe trẻ em (Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi, tỷ lệ tử vong chu sinh, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, tỷ lệ trẻ sơ sinh thấp cân v.v...), sức khỏe sinh sản (Tỷ lệ tử vong mẹ, tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi, tổng tỷ suất sinh), mô hình bệnh tật, tử vong v.v...

2.1.4. Nhóm thông tin về dịch vụ y tế

Tỷ lệ tiếp cận, sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh, phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, nguồn lực và tổ chức quản lý hệ thống y tế v.v...

2.2. Nhóm thông tin đầu vào, hoạt động, tác động, đầu ra

2.2.1. Nhóm thông tin về đầu vào

Gồm các chỉ số phản ánh các loại và số lượng nguồn lực của ngành (số lượng cơ sở y tế, giường bệnh, nhân lực, kinh phí, trang thiết bị và thuốc men).

2.2.2. Nhóm thông tin về hoạt động

Gồm các chỉ số phản ánh các hoạt động của ngành Y tế (hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình, hoạt động của các chương trình y tế).

2.2.3. Nhóm thông tin về đầu ra

Gồm các chỉ số phản ánh kết quả đầu ra trước mắt của các hoạt động y tế (các chỉ số mức sử dụng dịch vụ y tế, khả năng tiếp cận, chất lượng dịch vụ y tế, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong) .

2.2.4. Nhóm thông tin về tác động

Gồm các chỉ số phản ánh tác động lâu dài và tổng thể của các hoạt động y tế (Tuổi thọ trung bình khi sinh, mô hình bệnh tật và tử vong, chiều cao trung bình). Các chỉ số này thường thay đổi chậm, nên cần đánh giá 5 - 10 năm / lần.

2.3. Nhóm thông tin định tính và định lượng

2.3.1. Thông tin định lượng

Khi giá trị của những thông tin được biểu thị bằng các con số (8 % trẻ em sơ sinh có cân nặng < 2500 gam).

2.3.2. Thông tin định tính

Khi giá trị của những thông tin được biểu thị bằng các chữ hoặc ký hiệu (Trình độ văn hoá: mù chữ, biết chữ. Hoạt động của Trạm y tế xã: Tốt, khá, trung bình, kém v.v...).

2.4. Các chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở

Quyết định số 2553/2002/QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành 121 chỉ tiêu cơ bản ngành y tế Việt Nam và 97 chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở. Những chỉ tiêu y tế này được phân cấp quản lý theo các tuyến y tế khác nhau từ tuyến y tế Trung ương (Bộ Y tế), tuyến tỉnh, tuyến huyện và đến tuyến xã. Dưới đây là cách tính và ý nghĩa của một số chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở:

2.4.1. Các chỉ tiêu về tình hình bệnh tật, tử vong

- Tỷ suất mắc, chết các bệnh dịch lây và bệnh quan trọng/10 000 dân.
- Tỷ lệ mắc, chết 10 bệnh cao nhất của huyện/10 000 dân.
- Cơ cấu bệnh tật và tử vong tại huyện (% mỗi nhóm bệnh theo ICD-X).

Các chỉ tiêu này dùng để phân tích mô hình bệnh tật và xác định nhu cầu sức khỏe của nhân dân mỗi vùng trong khoảng thời gian xác định.

2.4.2. Các chỉ tiêu về hoạt động khám chữa bệnh

2.4.2.1. Các chỉ tiêu chung về hoạt động khám chữa bệnh

- Số lần khám bệnh trung bình/ người/ năm: Là số lần khám bệnh trung bình cho 1 người dân trong năm báo cáo. Chỉ tiêu này được tính bằng chia tổng số lần khám của tất cả các loại khám trong năm báo cáo cho dân số trung bình của năm đó.
- Tỷ lệ lượt BN điều trị nội trú/ 1000 dân.
- Tỷ lệ lượt BN điều trị ngoại trú/ 1000 dân.

Các chỉ tiêu này dùng để đánh giá tình hình sức khỏe của mỗi quốc gia, mỗi vùng và tình hình hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân, tính toán nhu cầu dịch vụ y tế, cân đối nguồn lực phục vụ nhu cầu KCB.

2.4.2.2. Các chỉ tiêu về hoạt động ngoại trú bệnh viện

Tổng số lượt người khám bệnh: Một lần khám bệnh là một lần bệnh nhân được thầy thuốc thăm khám về lâm sàng hoặc kết hợp với cận lâm sàng hay với các thủ thuật thăm dò khác nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị. Chỉ tiêu này dùng để đánh giá lưu lượng bệnh nhân đến bệnh viện, trên cơ sở đó xác định nhu cầu về khám bệnh của từng vùng dân cư.

Tổng số lượt bệnh nhân điều trị ngoại trú: Bệnh nhân điều trị ngoại trú là những BN sau khi đến khám lần đầu được lập hồ sơ bệnh án, có kế hoạch điều trị từng đợt, bệnh nhân có thể điều trị tại nhà hoặc vẫn làm việc nhưng được thầy thuốc theo dõi định kỳ, tiếp tục khám lại nhiều lần và điều trị theo đơn có ghi chép vào bệnh lịch giữa các lần khám cho đến khi khỏi bệnh hoặc ổn định.

2.4.2.3. Các chỉ tiêu về hoạt động nội trú bệnh viện

- Công suất sử dụng giường bệnh: Là tỷ lệ phần trăm sử dụng giường bệnh so với kế hoạch được giao của một bệnh viện hoặc là số ngày sử dụng bình quân một giường bệnh (Sn) trong năm báo cáo. Cách tính như sau:

$$\text{TS ngày điều trị nội trú thực tế trong một năm xác định của bệnh viện} \\ = \frac{\text{Số giường được duyệt theo kế hoạch trong một năm xác định} \times 365 \text{ ngày}}{\text{Số giường bình quân trong cùng kỳ báo cáo}} \times 100\%$$

Hoặc:

$$\text{Sn} = \frac{\text{TS ngày điều trị nội trú thực tế trong một năm xác định của bệnh viện}}{\text{Số giường bình quân trong cùng kỳ báo cáo}}$$

Số ngày sử dụng bình quân một giường bệnh là chỉ tiêu quan trọng dùng để đánh giá hiệu quả hoạt động của bệnh viện. Nếu số ngày sử dụng giường bình quân tăng lên chứng tỏ rằng số giường bệnh viện đã được sử dụng triệt để không lãng phí. Tuy nhiên không có nghĩa là để đảm bảo đạt chỉ tiêu ngày sử dụng giường mà bệnh viện phải

nhận cả những bệnh nhân không đúng tuyến, nhận những bệnh nhân không cần thiết phải điều trị nội trú cũng như kéo dài ngày điều trị của bệnh nhân. Do đó khi phân tích đánh giá hiệu quả của bệnh viện cần kết hợp nhiều chỉ tiêu phản ánh từng mặt hoạt động của bệnh viện.

- Số ngày điều trị trung bình của một bệnh nhân được tính bằng cách chia tổng số ngày điều trị trong kỳ báo cáo cho tổng số bệnh nhân điều trị nội trú trong kỳ báo cáo.
- Số ngày điều trị trung bình của một bệnh nhân ra viện được tính bằng cách chia tổng số ngày điều trị của những bệnh nhân ra viện và chết cho tổng số bệnh nhân ra viện và chết trong kỳ báo cáo.

Hai chỉ tiêu này phản ánh chất lượng công tác của bệnh viện. Tùy theo từng bệnh, nhóm bệnh, mức độ bệnh, nhóm tuổi hay các đặc điểm khác của người bệnh và chất lượng công tác khám chữa bệnh của bệnh viện mà ngày điều trị trung bình của một bệnh nhân hay ngày điều trị trung bình của một bệnh nhân ra viện được rút ngắn hay kéo dài. Nếu số ngày điều trị trung bình của một bệnh nhân càng rút ngắn thì bệnh nhân càng chóng được trở lại với cuộc sống bình thường. Không phải vì rút ngắn thời gian điều trị mà thầy thuốc cho bệnh nhân ra viện sớm. Ngày điều trị của bệnh nhân phụ thuộc vào chất lượng chẩn đoán chính xác bệnh đến chế độ phục vụ thuốc men ăn uống nghỉ ngơi và chế độ hộ lý. Do đó việc rút ngắn ngày điều trị là rất cần thiết .

- Vòng quay giường bệnh: là số bệnh nhân trung bình tính trên 1 giường bệnh của một bệnh viện trong một năm xác định

$$\text{Vòng quay giường bệnh} = \frac{\text{Tổng số BN điều trị nội trú của 1 BV trong năm xác định}}{\text{Số giường bệnh kế hoạch trong cùng năm}}$$

Chỉ tiêu này dùng để tính toán khả năng thu dung bệnh nhân và điều trị của bệnh viện

2.4.3. Các chỉ tiêu về sức khỏe sinh sản

- Tỷ lệ phụ nữ (PN) 15-35 tuổi được tiêm phòng uốn ván (UV) từ 2 mũi trở lên (%).

$$= \frac{\text{PN 15-35 tuổi đã tiêm UV} \geq 2 \text{ mũi của một khu vực trong thời gian xác định}}{\text{Tổng số phụ nữ 15-35 tuổi của khu vực đó cùng thời gian}} \times 100\%$$

Chỉ tiêu này dùng để đánh giá kết quả thực hiện chương trình phòng uốn ván cho trẻ sơ sinh.

- Tỷ lệ phụ nữ (PN) có thai được tiêm phòng uốn ván (UV) từ 2 mũi trở lên (%).

$$= \frac{\text{PN có thai đã tiêm UV} \geq 2 \text{ mũi của một khu vực trong thời gian xác định}}{\text{Tổng số phụ nữ có thai của khu vực đó cùng thời gian}} \times 100\%$$

Chỉ tiêu này dùng để đánh giá tình hình phòng ngừa uốn ván sơ sinh của một khu vực hoặc địa phương.

- Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 3 lần trở lên (%).

$$= \frac{\text{Phụ nữ đẻ được khám thai } \geq 3 \text{ lần của một khu vực trong thời gian xác định}}{\text{Tổng số phụ nữ đẻ của khu vực đó cùng thời gian}} \times 100\%$$

$$= \frac{\text{Tổng số bà mẹ đẻ trong kỳ báo cáo được cán bộ y tế chăm sóc}}{\text{Tổng số bà mẹ đẻ của khu vực đó cùng thời gian}} \times 100\%$$

- Tỷ lệ phụ nữ sinh tại cơ sở y tế (%)

$$= \frac{\text{Tổng số bà mẹ đẻ tại cơ sở y tế trong kỳ báo cáo}}{\text{Tổng số bà mẹ đẻ tại tất cả các địa điểm khác nhau cùng thời gian}} \times 100\%$$

Bốn chỉ tiêu này phản ánh tình hình chăm sóc thai sản của một khu vực hoặc địa phương và dùng để phát hiện sớm yếu tố nguy cơ đến mẹ và thai nhi.

- Tỷ lệ vị thành niên có thai (%).

$$= \frac{\text{Tổng số phụ nữ } < 19 \text{ tuổi có thai của một khu vực trong thời gian xác định}}{\text{Tổng số phụ nữ phát hiện có thai của khu vực đó cùng thời gian}} \times 100\%$$

Chỉ tiêu này dùng để đánh giá công tác tuyên truyền và vận động phụ nữ trong việc bảo vệ sức khỏe và hạnh phúc gia đình.

- Tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai (BPTT) (%).

$$= \frac{\text{Tổng số cặp vợ (chồng) chấp nhận BPTT có đến thời điểm xác định ở một khu vực}}{\text{Tổng số phụ nữ 15-49 tuổi có chồng của khu vực đó cùng thời điểm}} \times 100\%$$

Chỉ tiêu này đánh giá kết quả của công tác KHHGD của một địa phương, khu vực và một nước.

2.4.4. Các chỉ tiêu về chăm sóc sức khỏe trẻ em

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi (%).

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dùng để đánh giá tình hình kinh tế của một khu vực, quốc gia và tình hình chăm sóc sức khỏe trẻ em.

- Tỷ lệ trẻ đẻ thấp cân (có cân nặng dưới 2500 gam): Là tỷ lệ (%) trẻ đẻ ra có cân nặng dưới 2.500 gam trên tổng số trẻ đẻ sống được cân thuộc một khu vực trong một thời gian xác định.

Tỷ lệ này dùng để đánh giá tình hình kinh tế của một khu vực, quốc gia và tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ khi mang thai.

- Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ phòng 6 bệnh (%).

Trẻ dưới một tuổi được tiêm và uống đầy đủ 6 vaccin: lao (BCG), bạch hầu, uốn ván, ho gà (DPT3), bại liệt (OPV) và sởi trước ngày sinh nhật lần thứ nhất

Tổng số trẻ em dưới 1 tuổi = số trẻ đẻ sống - số trẻ chết < 1 tuổi tại khu vực trong một năm xác định.

Chỉ tiêu này phản ánh kết quả hoạt động của công tác tiêm chủng mở rộng và đánh giá tình hình chăm sóc trẻ em của ngành y tế.

- Số lần mắc tiêu chảy (TC) bình quân cho một trẻ em (TE) < 5 tuổi.

TS lần mắc bệnh TC của TE < 5 tuổi của một khu vực trong thời gian xác định

= -----

Số trẻ em < 5 tuổi trung bình của khu vực đó cùng thời gian

- Tỷ lệ tiêu chảy được điều trị bằng uống ORS(%).

Tổng số lần bị tiêu chảy của TE < 5 tuổi điều trị ORS
của một khu vực trong thời gian xác định

= ----- x 100 %

Tổng số lần tiêu chảy của TE < 5 tuổi của khu vực đó cùng thời gian

Hai chỉ tiêu này dùng để đánh giá hoạt động của chương trình phòng chống tiêu chảy và sự hiểu biết của cộng đồng trong việc phòng chống bệnh tiêu chảy

- Số lần mắc NKHHCT / 1 trẻ < 5 tuổi

TS lần NKHHCT của TE < 5 tuổi của một khu vực trong thời gian xác định

= -----

Số trẻ em < 5 tuổi trung bình của khu vực đó cùng thời gian

Chỉ tiêu này dùng để đánh giá tác động của chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và sự tham gia của cộng đồng trong công tác chăm sóc sức khỏe trẻ em.

2.4.5. Các chỉ tiêu về phòng chống các bệnh xã hội

- Tỷ suất mắc (chết) do lao (%).
- Tỷ suất mắc (chết) do bệnh sốt rét (%).
- Số người nhiễm HIV & AIDS mới phát hiện: Là số người mới được phát hiện nhiễm HIV và AIDS của một khu vực trong thời kỳ báo cáo.
- Số người chết do AIDS: Là tổng số người chết do bị AIDS của một khu vực trong thời gian báo cáo.

Bốn chỉ tiêu này dùng để đánh giá kết quả hoạt động của chương trình phòng chống Lao, phòng chống sốt rét và nguy cơ của HIV/AIDS, đánh giá kết quả công tác tuyên truyền về phòng chống HIV/AIDS.

3. NGUỒN SỐ LIỆU/ THÔNG TIN Y TẾ VÀ PHƯƠNG PHÁP, CÔNG CỤ THU THẬP

3.1. Thông tin từ sổ sách báo cáo

Đây là nguồn thông tin thường xuyên, việc thu thập thông tin từ sổ sách thường không khó khăn, tương đối đơn giản và ít tốn kém, có thể thu thập vào bất kỳ thời gian nào.

Các nguồn số liệu từ sổ sách báo cáo được tổng hợp sẽ giúp ta có được các thông tin liên tục. Thông tin từ sổ sách là một nguồn thông tin liên quan chủ yếu đến công tác quản lý và thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hàng ngày của các cơ sở y tế. Tuy nhiên để phục vụ cho chăm sóc sức khỏe toàn diện và xác định những vấn đề sức khỏe ưu tiên thì thông tin từ sổ sách chưa đủ mà cần phải bổ sung thêm các thông tin bằng các nguồn khác.

Khai thác các thông tin từ sổ sách tùy thuộc vào mục đích của người quản lý. Để sổ sách, báo cáo là nguồn thông tin đáng tin cậy thì yêu cầu cơ bản là phải có các mẫu sổ sách báo cáo thống nhất, quản lý việc ghi chép số liệu hàng ngày vào sổ sách đầy đủ, tính toán các chỉ số/chỉ tiêu y tế phải theo công thức thống nhất.

3.2. Thông tin từ các cuộc điều tra phỏng vấn

Đây là nguồn thông tin quan trọng vì nó cung cấp các số liệu tương đối chính xác, kịp thời, đáp ứng được các yêu cầu của công tác quản lý nhất là quản lý các chương trình y tế.

Các cuộc điều tra phỏng vấn thường tập trung vào các chủ đề cụ thể tùy thuộc mục đích của cuộc điều tra nghiên cứu, đánh giá tình hình sức khỏe bệnh tật hay các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tổ chức các cuộc điều tra nghiên cứu thường tốn kém, cần chuẩn bị nguồn lực và phải chuẩn bị chu đáo các công cụ để thu thập thông tin như các bộ câu hỏi để phỏng vấn cá nhân hay hộ gia đình, các bảng kiểm để quan sát đánh giá thu thập thông tin. Để thu thập thông tin trong các cuộc điều tra người ta dùng hai loại phương pháp:

- Phương pháp định lượng: Ví dụ như dùng các bộ câu hỏi bao gồm cả câu hỏi đóng và câu hỏi mở để phỏng vấn cá nhân hay hộ gia đình.
- Phương pháp định tính: Dùng một số câu hỏi gợi ý để thảo luận với một nhóm người nào đó để thu thập thông tin. Sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc để thu thập thông tin sâu của cá nhân các nhà quản lý, lãnh đạo về một vấn đề nào đó cần quan tâm.

3.3. Quan sát, bảng kiểm

Quan sát là trực tiếp nhìn thấy bằng mắt, đây là cách thu thập thông tin chính xác. Thường sau khi quan sát thông tin phải được ghi lại vào các bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn hay vào các bảng kiểm.

Bảng kiểm cũng là một bộ câu hỏi nhưng có cấu trúc không như một bộ câu hỏi thông thường mà thường theo một chủ đề chuyên môn nhất định. Các câu hỏi trong bảng kiểm bao quát toàn bộ nội dung một vấn đề chuyên môn cụ thể, theo tuần tự các bước trước sau của vấn đề chuyên môn đó.

3.4. Máy vi tính (truy cập thông tin trên mạng; ghi nhận trên thực địa)

Hiện nay trong lĩnh vực quản lý thông tin y tế đã bắt đầu sử dụng đến máy vi tính. Dựa vào các chương trình phần mềm chúng ta có thể xử lý được một lượng thông tin rất lớn chỉ trong một khoảng thời gian ngắn, hình thành được các chỉ tiêu/chỉ số y tế theo các cách tính toán thống nhất, đồng thời có thể truyền thông tin đi hoặc truy cập được thông tin nhanh chóng thông qua mạng. Chúng ta cũng có thể lưu giữ thông tin trên các máy vi tính.

4. CÁC NỘI DUNG CƠ BẢN TRONG QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

4.1. Thu thập số liệu

Số liệu có thể được thu thập từng ngày từ các hoạt động của các cơ sở y tế. Vấn đề cơ bản trong quản lý thông tin ở đây là phải quản lý thống nhất các biểu mẫu sổ sách ghi chép ban đầu và tính toán đúng các chỉ số theo cách tính đã được thống nhất. Với y tế tuyến cơ sở, nhất là tuyến xã thì việc thu thập và cung cấp cho tuyến trên các số liệu ban đầu chính xác, đầy đủ về tình hình sức khỏe, bệnh tật và các hoạt động y tế sẽ có ảnh hưởng đến hoạch định các kế hoạch hoạt động chung của ngành y tế.

Số liệu có thể được thu thập từ các chương trình y tế. Cần phối hợp các biểu mẫu báo cáo của các chương trình để có thể sử dụng chung một số thông tin cho nhiều chương trình, tránh trùng lặp, lãng phí.

Số liệu có thể được thu thập qua các cuộc điều tra. Vấn đề quản lý thông tin ở đây là xác định rõ các loại thông tin cần thu thập, chuẩn bị tốt các công cụ thu thập thông tin và thử nghiệm công cụ trước khi thu thập chính thức. Tổ chức tập huấn đội ngũ cán bộ tham gia các cuộc điều tra là cần thiết để tránh các sai lệch do thu thập thông tin. Nhằm đảm bảo tính trung thực, khách quan trong quá trình thu thập thông tin, nhất là các cuộc điều tra lớn cần tổ chức hệ thống giám sát chặt chẽ chất lượng trong quá trình thu thập và xử lý thông tin. Các hoạt động thu thập thông tin thường xuyên của các cơ sở y tế cũng cần được theo dõi, giám sát định kỳ hoặc đột xuất để nâng cao chất lượng thông tin nói chung.

4.2. Phân tích số liệu

Phân tích số liệu là một bước hết sức quan trọng nhằm chuyển các số liệu thô thành các chỉ số biểu thị các vấn đề mà nhà quản lý quan tâm, ví dụ như các tỷ lệ về sử dụng các dịch vụ y tế, tỷ lệ tiếp cận, tỷ lệ bao phủ, hoặc các mối tương quan giữa các yếu tố như môi trường và sức khỏe, văn hóa và sức khỏe, tuổi và bệnh tật v.v. Hiện nay máy tính đã đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc sử lý và phân tích thông tin nhất là các cuộc điều tra nghiên cứu về tình hình sức khỏe và các hoạt động y tế trong phạm vi rộng.

4.3. Trình bày số liệu

Trình bày các số liệu là một khâu quan trọng của quản lý thông tin. Số liệu được trình bày rõ ràng, đầy đủ sẽ cung cấp cho người sử dụng những thông tin cần thiết. Thông thường các số liệu có thể được biểu thị dưới dạng các bảng số liệu hay các biểu đồ.

4.3.1. Bảng số liệu

Bảng thường được dùng để trình bày các số liệu dưới dạng tần suất và tỷ lệ %. Bảng có thể trình bày số liệu của một biến số hoặc một số biến số. Ví dụ bảng trình bày một biến số:

Bảng 6.1. Phân bố số người đến khám bệnh theo trình độ văn hoá

Trình độ văn hoá	Số lượng	Tỷ lệ %
1. Không biết chữ	4	2%
2. Biết đọc biết viết	10	5%
3. Cấp I	36	18%
4. Cấp II	90	45%
5. Cấp III	40	20%
6. Đại học/Sau đại học	20	10%
Tổng số	200	100%

Ví dụ bảng trình bày hai biến số:

Bảng 6.2. Phân bố số trẻ em đến khám bệnh theo tuổi và giới

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Chung	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 1 tuổi	25	8,3	25	8,3	50	16,7
1- < 2 tuổi	25	8,3	25	8,3	50	16,7
2-< 3 tuổi	30	10,0	25	8,3	55	18,3
3-< 4 tuổi	30	10,0	30	10,0	60	20,0
4-<5 tuổi	40	13,3	45	15,0	85	28,3
Tổng số	150	50%	150	50%	300	100%

Khi trình bày theo bảng cần chú ý ghi số bảng, tên bảng, tiêu đề của các hàng, cột trong bảng phải rõ ràng.

4.3.2. Biểu đồ

Biểu đồ thường được sử dụng để biểu thị các số liệu có thể so sánh được về tần số, tỷ lệ giữa các nhóm đối tượng theo thời gian, theo khu vực, theo tiêu thức phân loại... Biểu đồ thông thường được sử dụng là biểu đồ dạng hình cột đứng, cột nằm ngang hoặc hình tròn. Nếu biểu thị các biến số biến thiên theo thời gian liên tục có thể sử dụng biểu đồ đường thẳng (còn gọi là hình dây).

Tùy theo từng trường hợp cụ thể cần chọn các bảng hay biểu đồ để trình bày số liệu cho thích hợp. Kèm theo các bảng, biểu đồ cần có những ý kiến phân tích nhận định kết quả các thông tin có được từ các bảng biểu.

4.4. Báo cáo và thông báo các thông tin y tế

Việc báo cáo và cung cấp đầy đủ các thông tin y tế đến đúng nơi, đúng người và đúng thời gian là một trong những chức năng cơ bản của người thu thập và quản lý thông tin. Các thông tin y tế cần được cung cấp theo tuyến, tới những người quản lý ra quyết định về CSSK và cho những tổ chức có liên quan của địa phương. Các vấn đề phát hiện ra không được thông báo hoặc thông báo quá chậm thì sẽ không có giá trị. Cung cấp thông tin đúng thời gian và đúng kênh là một yếu tố hết sức quan trọng, ví dụ trong trường hợp xảy ra các vụ dịch. Mỗi tuyến cần xác định rõ các thông tin nào cần báo cáo, dưới dạng nào và qua kênh nào. Các thông tin quan trọng cần được lưu trữ, phân tích, thông báo và có người chịu trách nhiệm quản lý các thông tin này.

4.5. Sử dụng và lưu giữ thông tin

Những cơ sở thống kê báo cáo thông tin cũng như những nơi nhận báo cáo thống kê cần sử dụng ngay những thông tin để quản lý các hoạt động y tế. Cụ thể các thông tin có thể sử dụng cho các hoạt động quản lý chính như: Lập kế hoạch, điều chỉnh kế hoạch, xác định vấn đề cần ưu tiên theo dõi, giám sát, đánh giá. Các thông tin báo cáo còn cần cho các nhà quản lý hoạch định các chính sách, chiến lược, kế hoạch lâu dài trong phát triển ngành y tế.

Những nơi báo cáo thông tin và nơi nhận báo cáo thông tin đều cần phải lưu giữ các thông tin một cách hệ thống để sử dụng lâu dài cho công tác quản lý ngành y tế ở mọi tuyến.

4.6. Một số nguyên tắc trong phát triển hệ thống thông tin y tế

Phát triển hệ thống thông tin phải là một bộ phận không thể tách rời của toàn bộ sự nghiệp phát triển y tế ở mọi tuyến. Thu thập thông tin không thể tách rời với công tác quản lý. Một số nguyên tắc dưới đây cần được xem xét trong phát triển hệ thống thông tin.

- Tất cả các thông tin đều phải đầu tư nguồn lực vì thế phải được sử dụng.
- Tăng cường thu thập và sử dụng thông tin cần được xem như một hoạt động không thể thiếu để tăng cường các dịch vụ và các chương trình y tế.
- Tất cả các thông tin được báo cáo ở các cấp cần được sử dụng cho công tác quản lý ở cấp đó.
- Thay đổi các thông tin cần thu thập chỉ khi nào thấy các thay đổi đó là thực sự cần thiết để tăng cường các dịch vụ y tế.

Khi chọn các chỉ số y tế để sử dụng trong quản lý y tế ở các tuyến cần lưu ý một số vấn đề sau:

- Các chỉ số có dễ dàng tính toán từ các nguồn số liệu thu thập hàng ngày không?
- Các chỉ số có thể hiện được sự thay đổi trong một thời gian ngắn không?

- Các chỉ số có đại diện cho nhóm dân được quan tâm không?
- Các chỉ số có dễ dàng khi sử dụng để so sánh giữa các cơ sở không?
- Các chỉ số có đo đạc được các tiến bộ theo hướng thực hiện được các chỉ tiêu và mục tiêu của các chương trình chăm sóc sức khỏe không?

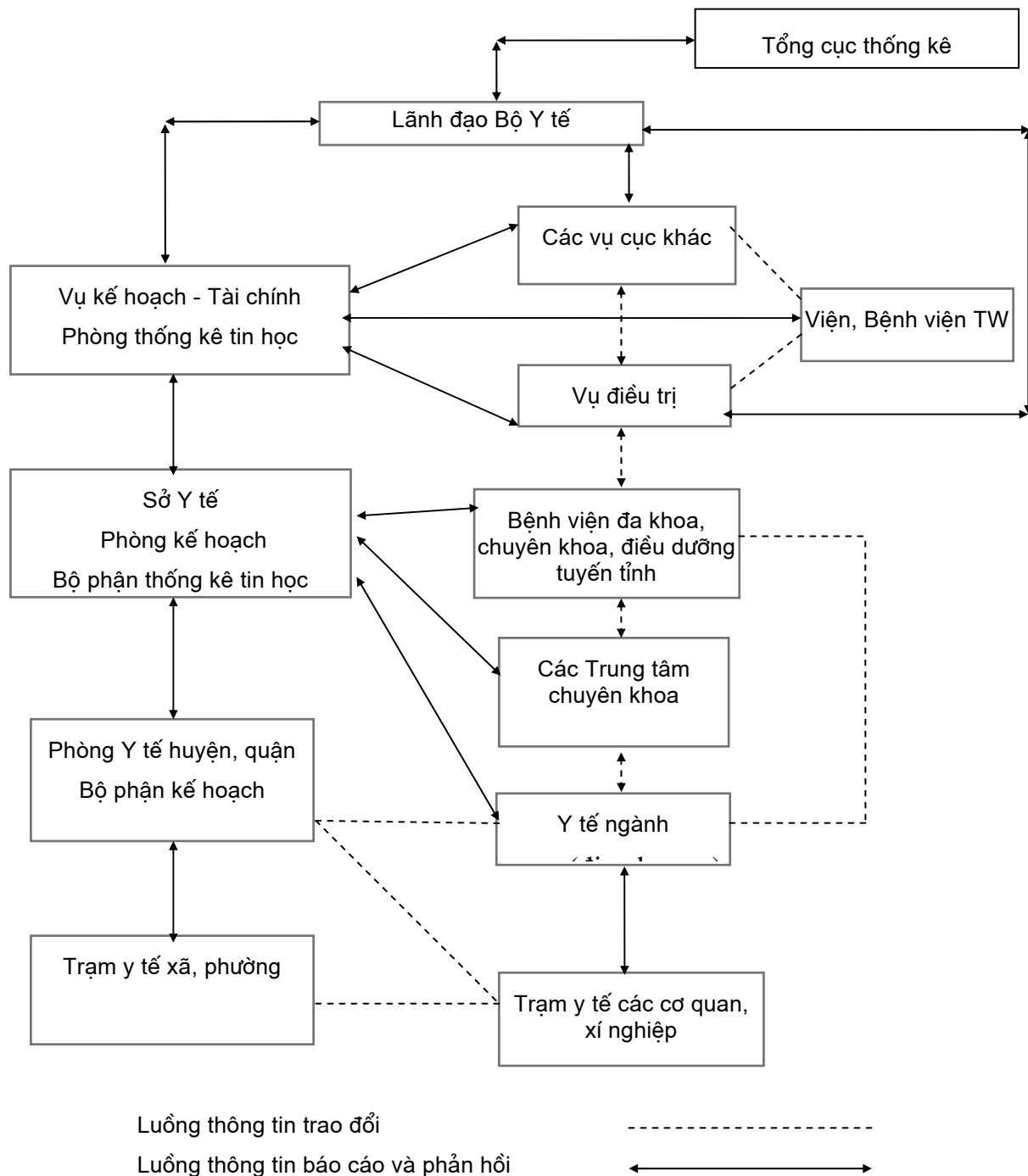
5. KHÁI QUÁT VỀ HỆ THỐNG THÔNG TIN BÁO CÁO TRONG NGÀNH Y TẾ

5.1. Hệ thống tổ chức thống kê y tế Việt Nam

Thống kê báo cáo y tế được tiến hành trong tất cả các cơ sở y tế và các cơ quan có liên quan. Trong hệ thống tổ chức bộ máy ngành y tế, mỗi tuyến y tế đều có cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm công tác thống kê y tế. Việc đăng ký, thu thập thông tin, tổng hợp báo cáo được tiến hành tại các cơ sở và tuân tự báo cáo từ thấp lên cao theo bậc thang của các tuyến y tế. Thống kê báo cáo còn được tiến hành theo từng chuyên môn hẹp của ngành. Ví dụ báo cáo thống kê bệnh viện, hệ y học dự phòng v.v...

Các bộ phận tổ chức chịu trách nhiệm công tác thống kê báo cáo y tế: (*xem hình 6.1*).

- Bộ Y tế: Vụ kế hoạch - Tài chính, trong đó có Phòng thống kê tin học
- Sở Y tế: Bộ phận thống kê tổng hợp
- Phòng y tế huyện có cán bộ làm thống kê tổng hợp, khám chữa bệnh, thống kê y tế dự phòng và sức khỏe sinh sản
- Trạm y tế xã, phường: Trưởng trạm y tế xã chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện ghi chép các thông tin ban đầu và hoàn thiện báo cáo thống kê theo quy định.
- Tổ chức thống kê của Sở y tế giao thông vận tải.
- Tổ chức thống kê của các cơ sở y tế bán công, dân lập, tư nhân: phải có người làm thống kê, báo cáo tình hình hoạt động theo quy định của Bộ Y tế.



Hình 6.1. Sơ đồ hệ thống thống kê, báo cáo y tế Việt Nam

5.2. Sổ ghi chép ban đầu tại trạm y tế xã

Theo Quyết định của Bộ Y tế số 2554/2002/QĐ-BYT ngày 04 tháng 07 năm 2002, trạm y tế xã sử dụng 9 mẫu sổ và 01 mẫu phiếu theo dõi bệnh do Bộ Y tế ban hành:

- Sổ A1/YTCS: Sổ khám bệnh.
- Sổ A2.1/YTCS: Sổ tiêm chủng vaccin trẻ em.
- Sổ A2.2/YTCS: Sổ tiêm chủng vaccin viêm não, tả, thương hàn.
- Sổ A3/YTCS: Sổ khám thai.
- Sổ A4/YTCS: Sổ đẻ.
- Sổ A5/YTCS: Sổ nạo hút thai và kế hoạch hoá gia đình.
- Sổ A6/YTCS: Sổ theo dõi nguyên nhân tử vong.
- Sổ A7/YTCS: Sổ phòng chống bệnh sốt rét.
- Sổ A8/YTCS: Sổ theo dõi bệnh nhân tâm thần.
- Sổ A9/YTCS: Sổ quản lý bệnh nhân lao.
- Sổ A10/YTCS: Phiếu theo dõi bệnh phong.

Các sổ ghi chép ban đầu của trạm y tế xã là nguồn cung cấp thông tin thường xuyên, quan trọng. Dựa vào các số liệu từ các sổ sách ghi chép ban đầu này để tính các chỉ tiêu thống kê cơ bản quy định cho y tế cơ sở. Do vậy mỗi trạm y tế cần phân công cụ thể trách nhiệm cho cán bộ ghi chép đầy đủ các thông tin hàng ngày và tổng hợp báo cáo theo quy định chung.

Phải căn cứ vào Quy chế thống kê mà Bộ Y tế đã ban hành để tính toán đúng các chỉ tiêu y tế ở tuyến cơ sở. Mỗi chỉ tiêu y tế phải xác định rõ tử số và mẫu số là gì, giai đoạn thời gian thu thập số liệu.

5.3. Hướng dẫn sử dụng báo cáo thống kê y tế xã

Báo cáo thống kê y tế xã theo 7 biểu đã được Bộ Y tế ban hành như sau:

Biểu 1: Dân số và sinh tử. Nguồn số liệu khai thác từ sổ đẻ A4, sổ tử vong A6 và số liệu thống kê của ủy ban nhân dân xã. Kỳ báo cáo là 12 tháng.

Biểu 2: Kinh phí, cán Bộ Y tế, cơ sở trang thiết bị tại trạm. Nguồn số liệu khai thác từ danh sách cán bộ của trạm, chứng từ thu chi, báo cáo của y tế thôn. Kỳ báo cáo kinh phí hoạt động tại trạm hàng quý (3,6,9 và 12 tháng), báo cáo cán Bộ Y tế là 6 - 12 tháng.

Biểu 3: Tình hình chăm sóc sức khỏe trẻ em. Nguồn số liệu khai thác từ sổ tiêm chủng A2.1, A2.2, sổ đẻ A4, sổ tử vong A6. Kỳ báo cáo hàng quý (3,6,9 và 12 tháng).

Biểu 4: Bảo vệ sức khỏe bà mẹ và kế hoạch hoá gia đình. Nguồn số liệu khai thác từ sổ khám bệnh A1, sổ khám thai A3, sổ đẻ A4, sổ nạo hút thai và KHHGD A5. Kỳ báo cáo hàng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 5: Hoạt động khám chữa bệnh. Nguồn số liệu từ sổ khám A1. Kỳ báo cáo hàng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 6: Hoạt động phòng bệnh. Nguồn số liệu từ sổ A7, A8, A9, Phiếu A10, chương trình HIV/AIDS, thống kê UBND xã. Kỳ báo cáo hàng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 7: Các bệnh dịch lây và các bệnh quan trọng: Nguồn số liệu từ sổ khám bệnh A1 và sổ tử vong A6. Kỳ báo cáo hàng quý (3,6,9,12 tháng).

5.4. Hướng dẫn sử dụng báo cáo thống kê y tế quận, huyện

Theo quy định của Bộ Y tế, báo cáo thống kê y tế quận huyện theo định kỳ gồm 15 biểu, trong đó báo cáo hàng quý từ biểu 9 đến biểu 15. Báo cáo 6 tháng với các biểu 5,6,7 và biểu 9 đến biểu 15. Báo cáo cả năm với tất cả 15 biểu.

Biểu 1: Thông tin về dân số, hành chính và cơ sở trạm y tế xã phường. Nguồn số liệu từ cục thống kê tỉnh thành phố, phòng thống kê huyện, báo cáo của huyện. Kỳ báo cáo 12 tháng.

Biểu 2: Thông tin về sinh tử. Nguồn số liệu từ báo cáo xã, phòng thống kê xã-huyện. Kỳ báo cáo 12 tháng.

Biểu 3: Tình hình thu chi ngân sách của ngành y tế địa phương. Nguồn số liệu từ báo cáo tài chính của bệnh viện huyện, đối chiếu với phòng tài chính huyện. Kỳ báo cáo 12 tháng.

Biểu 4: Tình hình thu chi ngân sách của y tế xã. Nguồn số liệu từ biểu 2, phần 1 của báo cáo xã. Kỳ báo cáo 12 tháng.

Biểu 5: Tình hình cơ sở y tế và giường bệnh. Nguồn số liệu từ báo cáo đơn vị trực thuộc và xã. Kỳ báo cáo 6 tháng và 12 tháng.

Biểu 6: Tình hình nhân lực y tế toàn huyện. Nguồn số liệu từ báo cáo xã và đơn vị trực thuộc trung tâm y tế huyện. Kỳ báo cáo 6 và 12 tháng.

Biểu 7: Tình hình sản xuất kinh doanh dược của huyện. Nguồn số liệu từ báo cáo xã, hiệu thuốc huyện, báo cáo khoa dược bệnh viện. Kỳ báo cáo 6 và 12 tháng.

Biểu 8: Tình hình trang thiết bị y tế của địa phương. Nguồn số liệu từ báo cáo thống kê y tế xã, báo cáo bộ phận quản lý trang thiết bị của bệnh viện huyện. Kỳ báo cáo 12 tháng.

Biểu 9: Tình hình chăm sóc sức khỏe trẻ em. Nguồn số liệu từ báo cáo thống kê y tế xã, báo cáo khoa Sản, Nhi, của bệnh viện huyện, báo cáo của các chương trình: Tiêm chủng mở rộng, Bảo vệ Bà mẹ Trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 10: Tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ. Nguồn số liệu từ báo cáo thống kê y tế xã, khoa Sản bệnh viện huyện, phối hợp chương trình Bảo vệ Bà mẹ Trẻ em cục thống kê tỉnh, thành phố, phòng thống kê huyện, báo cáo của huyện. Kỳ báo cáo theo quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 11: Thực hiện công tác kế hoạch hoá gia đình. Nguồn số liệu từ báo cáo thống kê y tế xã, khoa Sản bệnh viện, đội sinh đẻ kế hoạch. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 12: Công tác khám chữa bệnh và dịch vụ y tế. Nguồn số liệu từ bệnh viện huyện và báo cáo thống kê trạm y tế xã. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 13: Thực hiện công tác phòng bệnh. Nguồn số liệu từ báo cáo bệnh viện huyện, báo cáo thống kê y tế xã. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 14: Các bệnh lây và các bệnh quan trọng. Nguồn số liệu từ báo cáo bệnh viện huyện, báo cáo thống kê y tế xã. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

Biểu 15: Tình hình bệnh tật, tử vong tại bệnh viện theo ICD10. Nguồn số liệu từ bệnh viện huyện. Kỳ báo cáo theo từng quý (3,6,9,12 tháng).

5.5. Hướng dẫn sử dụng báo cáo thống kê y tế tỉnh, thành phố

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, báo cáo thống kê y tế tỉnh, thành phố dùng cho các Sở Y tế tỉnh, thành phố gồm 16 biểu,

- Biểu 10 đến biểu 16 báo cáo hàng quý.
- Biểu 1,2,6,7, và biểu từ 10 đến 16 báo cáo 6 tháng.
- Báo cáo cả năm với tất cả 16 biểu.
- Thời gian nhận báo cáo: từ ngày 15 đến 20 đầu quý tiếp theo.
- Nơi báo cáo: Phòng kế hoạch các Sở Y tế tỉnh, thành phố.
- Nơi nhận báo cáo: Bộ phận Thống kê y tế và Tin học, Vụ kế hoạch-Tài chính Bộ Y tế.

Các biểu báo cáo thống kê của tỉnh, thành phố tương tự như biểu báo cáo thống kê của huyện, quận, trừ tỉnh có thêm biểu 8 báo cáo về tình hình đào tạo cán Bộ Y tế do Trường Trung học Y tế tỉnh, thành phố và phòng tổ chức cán bộ của Sở Y tế báo cáo. Biểu báo cáo thống kê của Sở Y tế tỉnh, thành phố được tổng hợp từ báo cáo thống kê của các huyện, quận trong tỉnh, thành phố và các đơn vị y tế trực thuộc như các bệnh viện, các trạm chuyên khoa.

Để chỉ đạo công tác trong toàn ngành, Bộ Y tế cần có đầy đủ số liệu thống kê báo cáo một cách hệ thống và đồng bộ từ các Trạm y tế xã/ phường lên Phòng y tế huyện, quận, từ Phòng y tế huyện/ quận lên Sở Y tế và từ Sở Y tế lên Bộ Y tế. Yêu cầu các thống kê báo cáo phải đúng thời gian quy định, theo đúng biểu mẫu và ghi chép đầy đủ thông tin.

6. MỘT SỐ YÊU CẦU VỚI NGƯỜI THU THẬP VÀ XỬ LÝ THÔNG TIN

Để đảm bảo thông tin thực sự là huyết mạch của công tác quản lý thì những cán bộ cung cấp và xử lý thông tin phải là những người có trình độ chuyên môn về công tác thống kê báo cáo, hiểu rõ vai trò của hệ thống thống kê báo cáo trong ngành y tế. Những cán bộ này phải hiểu rõ được vai trò quan trọng của việc cung cấp các thông tin chính xác, đầy đủ, kịp thời cho các nhà quản lý ra quyết định. Trung thực, tỉ mỉ, thận trọng, chính xác là những đức tính cơ bản cần có của người thu thập và xử lý thông tin. Các cán bộ làm công tác thu thập, xử lý thông tin cần được các cơ sở y tế lựa chọn phù hợp và phân công trách nhiệm rõ ràng. Họ phải được đào tạo chuyên môn nghiệp vụ thường xuyên và được tạo các điều kiện cần thiết để đảm bảo hoàn thành nhiệm vụ của mình.

Tóm lại: Quản lý tốt thông tin y tế là một trong các nội dung quan trọng của công tác quản lý y tế, góp phần tăng cường chất lượng, hiệu quả công tác quản lý y tế ở mọi tuyến.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các khái niệm thông tin y tế; chỉ số, chỉ tiêu y tế/ sức khỏe.
2. Nêu vai trò của thông tin trong quản lý y tế.
3. Nêu các yêu cầu (đặc tính) của thông tin trong quản lý y tế.
4. Nêu các dạng thức cơ bản của thông tin y tế.
5. Trình bày 3 cách phân loại thông tin y tế áp dụng trong quản lý.
6. Trình bày ý nghĩa các nguồn thông tin hiện có.
7. Trình bày các phương pháp thu thập thông tin y tế.
8. Trình bày các nội dung quản lý thông tin y tế.
9. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về dinh dưỡng.
10. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về khám chữa bệnh.
11. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về sức khỏe sinh sản.
12. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về sức khỏe trẻ em.
13. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về phòng chống các bệnh xã hội.
14. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về hoạt động bệnh viện.
15. Trình bày hệ thống quản lý thông tin trong ngành y tế.
16. Bài tập:
 - 16.1. Từ mẫu Sổ A2.1/YTCS: Sổ tiêm chủng vaccin trẻ em và Sổ A3/YTCS: Sổ khám thai, Anh/ chị hãy nêu các chỉ tiêu y tế cơ sở có thể tính toán được từ các mẫu sổ này và nêu ý nghĩa của các chỉ tiêu này?
 - 16.2. Tại Trung tâm y tế huyện M: sau khi tổng hợp báo cáo của các trạm y tế xã, ông trưởng phòng kế hoạch nêu: Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị viêm đường hô hấp cấp tính của toàn huyện là 35% (12/ 2004). Song theo báo cáo của một nghiên cứu thì tỷ lệ này là 48% cùng thời điểm. Anh (chị) quyết định lấy số liệu nào để phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch y tế. Tại sao? Biết rằng không có đủ điều kiện đi thẩm tra lại số liệu.
 - 16.3. Trung tâm y tế huyện K lập kế hoạch y tế về phòng chống tiêu chảy cho năm 2005 đã sử dụng các nguồn số liệu sau: Tỷ lệ mắc, chết tại báo cáo 3/ 2004; Tỷ lệ hộ gia đình có hố xí hợp vệ sinh và có nước sạch tại kết quả nghiên cứu tháng 6/ 2003; Thông tin về cung cấp thuốc, dụng cụ y tế tại báo cáo 12/ 2003; Các thông tin khác lấy tại báo cáo 12/ 2004. Anh/ Chị cho ý kiến về việc sử dụng thông tin trên cho lập kế hoạch y tế.
 - 16.4. Một trưởng trạm y tế đã thu thập được các thông tin năm 2004 tại xã N như sau: Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng là 95%; 52% số hộ gia đình có hố xí hai ngăn; Tất cả phụ nữ được tư vấn về dùng sữa mẹ cho trẻ dưới 1 tuổi; 80% phụ nữ có thai được tiêm AT đúng lịch. Anh/ Chị cho nhận xét về các thông tin trên.

PHÂN TÍCH VÀ XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE, VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN CỦA CỘNG ĐỒNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm "vấn đề sức khỏe".
2. Trình bày được vai trò, mục đích của phân tích các vấn đề sức khỏe và xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên.
3. Trình bày được các phương pháp xác định vấn đề sức khỏe, vấn đề sức khỏe ưu tiên và phân tích nguyên nhân.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM VẤN ĐỀ SỨC KHỎE VÀ PHÂN TÍCH XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE

1.1. Vấn đề sức khỏe

Vấn đề sức khỏe được hiểu rất khác nhau tùy thuộc vào từng lĩnh vực chuyên môn trong ngành y tế. Hiện nay thường có hai cách hiểu về “vấn đề sức khỏe”

- Cách thứ nhất: “Vấn đề sức khỏe” được hiểu theo định nghĩa sức khỏe của Tổ chức y tế thế giới, đó là tình trạng thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không bó hẹp ở tình trạng ốm đau, bệnh tật. Với cách hiểu này, vấn đề sức khỏe công cộng đề cập đến những vấn đề sức khỏe của một quần thể, tình trạng sức khỏe của tập thể, những dịch vụ vệ sinh môi trường, những dịch vụ y tế tổng quát và quản lý dịch vụ chăm sóc v.v...
- Cách thứ hai: “Vấn đề sức khỏe” được hiểu là “Vấn đề tồn tại của sức khỏe cộng đồng” có nghĩa là tình trạng bệnh, tật, thiếu hụt về thể lực, dinh dưỡng, những tồn tại về vệ sinh môi trường hoặc những tồn tại trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của ngành y tế cũng như toàn xã hội.

1.2. Xác định vấn đề sức khỏe công cộng

Xác định vấn đề sức khỏe là tìm ra được những vấn đề sức khỏe trong một cộng đồng cụ thể. Khái niệm xác định vấn đề sức khỏe công cộng được mở rộng cả việc xác định những nguyên nhân, những giải pháp can thiệp một cách khoa học, thích hợp cho từng vấn đề sức khỏe công cộng cụ thể. Tùy theo mục đích can thiệp mà người ta chú ý nhiều hơn đến xác định vấn đề sức khỏe công cộng theo cách hiểu thứ nhất hay thứ hai. Tuy nhiên, trong khi xác định vấn đề sức khỏe của một cộng đồng khó tách riêng biệt vấn đề sức khỏe theo cách hiểu nào vì trong một vấn đề sức khỏe công cộng được đưa ra để can thiệp bao gồm cả giải quyết những tồn tại và những yếu tố nâng cao trình độ sức khỏe của cộng đồng đó.

Trước đây, nhất là trong thời kỳ bao cấp, song song với cách quản lý theo phương thức chỉ đạo từ trên xuống (nhất nhất là mọi hoạt động y tế đều thực hiện theo “chỉ tiêu kế hoạch được giao”) việc xác định vấn đề sức khỏe của một cộng đồng là từ những chỉ tiêu được đưa từ Bộ Y tế xuống Sở Y tế rồi xuống Phòng y tế huyện và cuối cùng là xuống Trạm y tế xã. Như

vậy Phòng y tế huyện thực hiện chỉ tiêu của Sở Y tế, Trạm y tế xã thực hiện chỉ tiêu của Phòng y tế huyện. Cả một dây chuyền “Thực hiện chỉ tiêu kế hoạch” tạo ra tâm lý thụ động, làm vì cấp trên nhiều hơn cho chính cộng đồng của mình.

Với cách giải quyết các vấn đề sức khỏe công cộng do từ trên đưa xuống đã dẫn đến những vấn đề sức khỏe không sát thực với các cộng đồng; việc giải quyết các vấn đề sức khỏe thụ động, không khoa học, không thích hợp, các cơ sở y tế tuyến dưới ít khi nghĩ tới việc cần phải xác định xem mình cần làm gì để giải quyết những vấn đề tồn tại mà cộng đồng của mình yêu cầu v.v... Đặc biệt trong mỗi cộng đồng có rất nhiều vấn đề sức khỏe phải giải quyết, nếu không xác định được vấn đề sức khỏe thực sự cần thiết phải can thiệp và có khả năng giải quyết cũng như khả năng duy trì kết quả, thì sẽ có các quyết định sai, làm lãng phí nguồn lực và thời gian.

1.3. Phân tích vấn đề sức khỏe

Phân tích vấn đề sức khỏe là sử dụng những thông tin đủ, có giá trị từ cộng đồng và các nguồn thông tin khác; sử dụng những phương pháp khoa học khác nhau để phân tích nhằm xác định được những vấn đề tồn tại, vấn đề sức khỏe, những vấn đề sức khỏe ưu tiên trong cộng đồng, đồng thời phân tích những yếu tố, những nguyên nhân dẫn đến vấn đề sức khỏe đó. Phân tích vấn đề sức khỏe công cộng còn được đề cập đến cả phân tích khả năng của các quyết định can thiệp đúng và hiệu quả cho các vấn đề sức khỏe đã được xác định.

Mục đích của phân tích vấn đề sức khỏe: Trong giải quyết các vấn đề sức khỏe công cộng, không có một nước nào có đủ nguồn lực để giải quyết một lúc tất cả các vấn đề, ngay cả đối với các nước phát triển. Trong hoàn cảnh nguồn lực không bao giờ đủ mà yêu cầu về chăm sóc sức khỏe lại cao. Làm thế nào để giải quyết mâu thuẫn này? Người quản lý phải cân nhắc việc đầu tư vào đâu, đầu tư vào khâu nào có hiệu quả nhất. Để giải quyết việc đầu tư vào đâu, để giải quyết vấn đề có hiệu quả trước hết chúng ta phải biết được nguồn gốc của vấn đề sức khỏe là ở đâu: do môi trường hay tập quán; hoặc do các yếu tố khác? Mục đích của phân tích vấn đề sức khỏe là để giải quyết một cách có hiệu quả các vấn đề sức khỏe đó. Cụ thể khi phân tích vấn đề sức khỏe chúng ta cần phải làm các việc sau đây:

- Xác định được các vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên trong cộng đồng.
- Phân tích các nguyên nhân dẫn đến tình trạng sức khỏe đó, xác định các nguyên nhân chính, các yếu tố góp phần dẫn đến vấn đề sức khỏe trên.
- Phân tích các giải pháp, các quyết định can thiệp cũng như khả năng về nguồn lực.
- Phân tích, theo dõi, đánh giá chương trình can thiệp.

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE

2.1. Kỹ thuật Delphi

Một nhóm người được coi là hiểu biết vấn đề liên quan ngồi cùng nhau bàn bạc, thống nhất với nhau để xác định xem hiện nay ở địa phương mình đang có những vấn đề sức khỏe gì. Đây là cách làm hoàn toàn được tính đến, mang nặng tính chủ quan. Trong kỹ thuật này, có thể không sử dụng hoặc có sử dụng đến các số liệu, thông tin của báo cáo để xác định vấn đề sức khỏe, nên dẫn đến không cân nhắc hết xem công

việc đó thực sự là "vấn đề" hay không. Ví dụ: Ở một thành phố lớn, ban giám đốc Sở Y tế vì thấy các tỉnh khác đều chọn tình hình uốn ván rốn là vấn đề sức khỏe nên cũng coi đây là vấn đề sức khỏe của địa phương mình. Vì không sử dụng thống kê y tế nên đã không tính đến thực tế là trong nhiều năm lại đây, một năm chỉ có 1-2 trường hợp uốn ván rốn.

Ví dụ: Để xác định vấn đề sức khỏe của một xã, người ta đã tổ chức một cuộc họp gồm các thành phần: Đại diện của lãnh đạo xã (Chủ tịch hoặc phó chủ tịch xã); đại diện của Hội phụ nữ, Hội nông dân tập thể, Đoàn thanh niên và các cán bộ chuyên môn chủ chốt ở Trạm y tế xã thảo luận và đưa ra được các vấn đề sức khỏe cần phải giải quyết trong một năm. Đó chính là **Kỹ thuật Delphi**.

2.2. Dựa trên gánh nặng bệnh tật

Đây là phương pháp hoàn toàn dựa vào các số liệu của báo cáo. Phương pháp này có sử dụng thông tin song lại thiếu phân tích định tính. Ví dụ: Tỷ lệ bệnh giun trong cộng đồng nông nghiệp là rất phổ biến, nếu chỉ nhìn vào tỷ lệ nhiễm giun mà coi đó là vấn đề sức khỏe thì chưa hợp lý vì trong điều kiện sản xuất nông nghiệp, cũng như thiếu hố xí hợp vệ sinh và khó khăn kinh tế như hiện nay, rất khó can thiệp để hạ thấp tỷ lệ nhiễm giun.

2.3. Cách cho điểm dựa vào 4 tiêu chuẩn

Trong phương pháp này, các nhà quản lý đưa ra 4 tiêu chuẩn để lựa chọn VĐSK. Mỗi tiêu chuẩn được cân nhắc theo một thang điểm, lần lượt cho từng công việc (Bảng 7.1).

Bảng 7.1. Xác định vấn đề sức khỏe

Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe	Chấm điểm các việc, đầu việc		
	Sốt rét	Tiêu chảy TE < 5 tuổi	...
1. Các chỉ số biểu hiện đã vượt quá mức bình thường (Ví dụ: tỷ lệ mắc...).			
2. Cộng đồng đã biết tên của vấn đề đó và có phản ứng rõ ràng.			
3. Đã có dự kiến hành động của nhiều ban ngành đoàn thể.			
4. Ngoài số CBYT, trong cộng đồng đã có một nhóm người khá thông thạo về vấn đề đó.			
Cộng			

Trong tiêu chuẩn 1: Xác định mức bình thường của công việc là rất khó. Thông thường ta dựa vào các cơ sở sau:

- Dựa vào các chỉ số của công việc đó trong cộng đồng mình các năm trước để xem có xu hướng tăng lên, giảm đi, hay duy trì.
- Dựa vào chỉ số của công việc đó tại các cộng đồng bên cạnh vào thời điểm hiện tại.

- Dựa vào các chuẩn quy định của VĐSK do Bộ Y tế quy định cho mỗi vùng địa lý.
- Dựa vào chỉ tiêu trên giao.
- Dựa vào kế hoạch dài hạn của cộng đồng mình trước đây đã làm.
- Họp nhóm hay đội lập kế hoạch để cùng xác định chỉ số bình thường của công việc tại cộng đồng dựa vào 4 tiêu chuẩn trong bảng trên.

Chú ý: Nếu một yếu tố nào đó thiếu thông tin thì dựa vào các yếu tố còn lại để xác định mức bình thường của cộng đồng mình.

Thang điểm được tính đồng đều với cả 4 tiêu chuẩn như sau:

- 3 điểm: Rất rõ ràng, vượt nhiều.
- 2 điểm: Rõ ràng, vượt ít.
- 1 điểm: Có thể, không rõ lắm.
- 0 điểm: Không rõ, không có.

Cộng điểm của 4 tiêu chuẩn trên, nếu: Từ 9 - 12 điểm: Công việc đó là một tồn tại cần giải quyết, nó là VĐSK. Từ 8 điểm trở xuống: Công việc đó chưa rõ là VĐSK.

Mỗi cột ở bảng 7.1 ta viết tên một công việc (còn gọi là đầu việc). Phải liệt kê hết các đầu việc vào bảng này. Có khi tới 20 - 30 cột ứng với 20 - 30 đầu việc. Giả dụ ta bỏ sót công việc "sốt rét" không liệt kê vào bảng, có thể dẫn đến sai lầm, vì biết đầu sau khi chấm điểm thì sốt rét lại có điểm cao hơn 9 và nó là VĐSK.

Mỗi đầu việc (ở mỗi cột) không nên quá to, hay quá nhỏ trở thành vụn vặt. Ví dụ: "vệ sinh môi trường" nếu được coi là một đầu việc thì quá to, sẽ khó cho viết kế hoạch sau này. Cần tách nó thành các đầu việc bé hơn: Hồ xí hợp vệ sinh, nước sạch, rác...

Xác định VĐSK rõ ràng là rất quan trọng, vì nó chỉ ra công việc nào phải làm và công việc nào chưa cần làm. Công việc nào trên thực tế cần phải làm mà ta không chọn nó là vấn đề sức khỏe có thể dẫn đến những thiệt hại nghiêm trọng (ví dụ: Tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ chết tăng cao...).

2.4. Dựa trên cách tính toán của chương trình CBM (Community Based Monitoring)

Với phương pháp của CBM, trên thực tế ta không xác định được VĐSK. CBM giúp ta phát hiện những tồn tại bên trong của mỗi VĐSK. Ví dụ: Sốt rét của địa phương A còn cao là do tại cán Bộ Y tế hoạt động chưa tốt, hay tại chính quyền địa phương chưa quan tâm, hay tại người dân chưa thực hiện các biện pháp phòng chống.

3. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN

Sau khi xác định các vấn đề sức khỏe, chúng ta có thể thấy trong cộng đồng tồn tại nhiều vấn đề sức khỏe. Lúc này chúng ta phải lựa chọn ưu tiên, vì không thể giải quyết mọi vấn đề sức khỏe cùng một lúc được.

3.1. Cách cho điểm dựa vào 6 tiêu chuẩn

Trong phương pháp này, các nhà quản lý đưa ra 6 tiêu chuẩn để lựa chọn VĐSK ưu tiên. Mỗi tiêu chuẩn được cân nhắc theo một thang điểm, lần lượt cho từng VĐSK đã được lựa chọn ở phần trên (Bảng 7.2).

Chấm điểm từng yếu tố theo thang điểm từ 0-3 như khi xác định vấn đề sức khỏe. Cộng dồn điểm của từng vấn đề sức khỏe theo mỗi cột, xét giải quyết ưu tiên từ vấn đề sức khỏe có điểm cao đến thấp.

Chú ý: Tiêu chuẩn 1 ở bảng này được chấm giống như tiêu chuẩn 1 của bảng 7.1; và tiêu chuẩn 6 ở bảng này phải chấm giống như tiêu chuẩn 2, 3, 4 của bảng 7.1. Mọi cân nhắc trên đều thực hiện bởi đội lập kế hoạch.

Bảng 7.2. Bảng chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên

Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên	Chấm điểm cho các VĐSK		
	VĐSK 1	VĐSK 2	...
1. Mức độ phổ biến của vấn đề (nhiều người mắc hoặc liên quan).			
2. Gây tác hại lớn (tử vong, tổn hại kinh tế, xã hội...)			
3. Ảnh hưởng đến lớp người có khó khăn (nghèo khổ, mù chữ...)			
4. Đã có kỹ thuật, phương tiện giải quyết.			
5. Kinh phí chấp nhận được.			
6. Công đồng sẵn sàng tham gia giải quyết			
Cộng			

3.2. Dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản. (BPRS: Basic Priority Rating System)

Đây là cách xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên có cơ sở khoa học vững chắc thông qua việc cân nhắc các yếu tố A, B, C, biểu diễn bởi công thức sau:

$$BPRS = (A + 2B) * C.$$

Trong đó:

3.2.1. Yếu tố A: Diện tác động của vấn đề sức khỏe

Chấm điểm cho yếu tố A là dựa trên tỷ lệ dân cư trực tiếp bị ảnh hưởng bởi vấn đề sức khỏe (tỷ lệ mắc chẳng hạn). Diện tác động của vấn đề có thể được cân nhắc dựa vào toàn bộ dân cư hoặc lựa chọn nhóm dân cư đích. Với mỗi vấn đề sức khỏe đều phải cân nhắc và sau đó cho điểm theo thang điểm 0 - 10 dựa vào tỷ lệ dân cư bị tác động bởi vấn đề này. Nếu tỷ lệ lớn dân cư bị tác động của vấn đề sức khỏe thì sẽ cho điểm cao.

Khi chấm điểm, mỗi cá nhân trong đội lập kế hoạch chấm riêng rẽ. Sau đó đội họp lại, lấy quyết định của tập thể, dĩ nhiên là phải dựa vào số liệu trong các báo cáo tin cậy, như vậy chấm điểm sẽ có độ chính xác cao.

Khi cho điểm phải thiết lập sự cân bằng, nó phải thích hợp với mức độ tác động của vấn đề sức khỏe trong cộng đồng. Có thể dựa vào các mức độ được phân chia trong bảng sau:

Bảng 7.3. Cho điểm yếu tố A

Tỷ lệ dân chúng bị tác động của vấn đề sức khỏe	Phạm vi của vấn đề. Thang điểm
≥ 25%	9 hoặc 10
10% - cận 25%	7 hoặc 8
1% - cận 10%	5 hoặc 6
0,1- cận 1%	3 hoặc 4
0,01- cận 0,1	1 hoặc 2
ít hơn 0,01%	0

Đội lập kế hoạch tiến hành cho điểm yếu tố A:

Vấn đề sức khỏe	Điểm 0 - 10	
	Cá nhân chấm	Đội lập kế hoạch chấm
1.		
2.		

3.2.2. Yếu tố B: Mức độ trầm trọng của vấn đề.

Mức độ trầm trọng của vấn đề sẽ được xác định dựa vào 4 tính chất sau:

- Tính cấp bách: Tính cấp bách thực tế của vấn đề sức khỏe, mức liên quan tới cộng đồng.
- Tính khốc liệt: Tỷ lệ chết, số năm sống bị mất đi, sự ốm yếu tàn tật.
- Thiệt hại kinh tế của cộng đồng, của cá nhân.
- Liên quan tới những yếu tố khác: Khả năng tác động đến dân cư (Ví dụ: Bệnh sởi) hoặc tác động tới những nhóm gia đình (Ví dụ: Ngược đãi trẻ em, hành động giết người).

Yếu tố B cũng được cho điểm từ 0 - 10. Mức độ trầm trọng của vấn đề càng lớn thì cho điểm càng cao. Trong xếp loại ưu tiên, mức độ trầm trọng của vấn đề sức khỏe được coi là quan trọng hơn diện tác động của vấn đề sức khỏe. Chính vì lý do này mà trong công thức BPRS yếu tố B được coi là quan trọng gấp 2 lần yếu tố A.

Bảng 7.4. Cho điểm yếu tố B

Mức độ trầm trọng của vấn đề sức khỏe	Chấm điểm
Rất trầm trọng (Tỷ lệ chết rất cao, tỷ lệ chết non, thiệt hại kinh tế lớn ảnh hưởng lớn trên các mặt khác...)	9 hoặc 10
Trầm trọng	6 - 8
Vừa phải	3 - 5
Không trầm trọng	0 - 2

Đội lập kế hoạch tiến hành cho điểm yếu tố B:

Vấn đề sức khỏe	Cho điểm	
	Cá nhân	Nhóm (đội)
1.		
2.....		

3.2.3. **Yếu tố C:** Hiệu quả của chương trình can thiệp

Hiệu quả của các chương trình can thiệp được biểu hiện bởi sự giảm độ lớn của vấn đề sức khỏe do chương trình can thiệp đó tác động. Đây là yếu tố quan trọng nhất trong xếp loại vấn đề sức khỏe ưu tiên (nếu cho yếu tố C là 0 điểm thì BPRS = 0). Để đánh giá chính xác hiệu quả là rất khó khăn. Hiệu quả bao giờ cũng được xác định trong một giới hạn (có điểm cao nhất và điểm thấp nhất) và đánh giá mỗi chương trình can thiệp cũng dựa trên khoảng giới hạn này. Thực tế hiện nay, rất nhiều chương trình can thiệp chúng ta không đánh giá được hiệu quả. Để sử dụng được công thức trên ta cần tìm hiểu hiệu quả của chương trình ở những địa phương đã đánh giá được. Một cách khác là ta cứ mạnh dạn ước lượng hiệu quả, sau đó tổ chức theo dõi và đánh giá hiệu quả của chương trình để phục vụ cho năm sau. Ví dụ: Vaccin có hiệu quả cao nhất trong tất cả các chương trình can thiệp để phòng bệnh, nhưng cũng có thể có hiệu quả thấp đáng kể. Hiệu quả của các chương trình can thiệp cho các vấn đề sức khỏe có thể được cho điểm như sau:

Bảng 7.5. Cho điểm yếu tố C

Hiệu quả của các giải pháp can thiệp	Thang điểm
Rất hiệu quả Hiệu quả từ 80% đến 100% (Ví dụ tiêm chủng)	9 hoặc 10
Hiệu quả. Hiệu quả từ 60% đến cận 80%	7 hoặc 8
Tương đối Hiệu quả Hiệu quả từ 40% đến cận 60%	5 hoặc 6
Tương đối ít hiệu quả Hiệu quả từ 20% đến cận 40%	3 hoặc 4
Hiệu quả rất thấp Hiệu quả chỉ đạt 5% đến cận 20%	1 hoặc 2
Hầu như không có hiệu quả	0

Mỗi vấn đề sức khỏe có một hay nhiều chương trình can thiệp, do vậy ta phải chấm điểm cho tất cả các chương trình can thiệp của các vấn đề sức khỏe. Lẽ dĩ nhiên, với mỗi vấn đề sức khỏe ta chỉ chọn một chương trình can thiệp có số điểm cao nhất để đưa vào tính BPRS. Xếp loại ưu tiên.

Đội lập kế hoạch tiến hành cho điểm yếu tố C:

Hiệu quả của các chương trình can thiệp	Cho điểm	
	Cá nhân	Nhóm (đội)
1.		
2.		

Chú ý: nếu lần đầu tiên ta áp dụng chương trình can thiệp nào đó thì cần đi xem xét và học tập ở những nơi đã áp dụng chương trình can thiệp đó mới chấm điểm được cho yếu tố C. Các lần sau dựa vào kinh nghiệm và tổng kết của lần trước để đánh giá và chấm điểm yếu tố này.

3.2.4. Các yếu tố P.E.A.R.L

Hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản được tính toán dựa trên các yếu tố A, B và C như trình bày ở trên. Song 3 yếu tố này chưa đảm bảo đủ điều kiện cho chọn ưu tiên, mà còn bị phụ thuộc các yếu tố PEARL: Sự thích hợp, tính kinh tế, sự chấp nhận, nguồn lực và tính hợp pháp. P.E.A.R.L mặc dù không trực tiếp liên quan tới vấn đề sức khỏe nhưng nó cũng có vai trò lớn trong việc xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên.

- P (Propriety): Sự thích hợp: Việc giải quyết vấn đề sức khỏe đó có thích hợp với phạm vi hoạt động của tổ chức chăm sóc sức khỏe không. Ví dụ: Việc giảm tỷ lệ hộ gia đình dùng nước bị ô nhiễm có phù hợp với nhiệm vụ hoạt động của trung tâm bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em của tỉnh không hay nó là nhiệm vụ của Trung tâm y học dự phòng.

- E (Economic feasibility): Khả năng về kinh tế: Có đảm bảo thực hiện giải quyết được vấn đề sức khỏe không hoặc vấn đề sức khỏe này được giải quyết có mang lại ý nghĩa kinh tế không, có lợi ích về kinh tế không.
- A (Acceptability) Được chấp nhận: Chương trình can thiệp vào vấn đề sức khỏe ưu tiên phải được cộng đồng hoặc nhóm dân cư đích chấp nhận làm. Nhiều trường hợp, người dân hay người lãnh đạo cộng đồng không thích làm hay ngại không muốn làm thì chương trình can thiệp có hiệu quả đến mấy cũng không được áp dụng.
- R (Resource availability): Nguồn lực: Nguồn lực có sẵn để giải quyết vấn đề sức khỏe này không.
- L (Legality): Tính hợp pháp: Luật pháp hiện hành có cho phép giải quyết vấn đề sức khỏe này không.

Với từng yếu tố PEARL ta không chấm điểm mà chỉ trả lời câu hỏi "Có" hoặc "Không". Nếu như câu trả lời là "Không" thì vấn đề sức khỏe này sẽ bị xếp dưới bảng ưu tiên và xem xét sau.

Như vậy những VĐSK nào mà các yếu tố P.E.A.R.L. đều trả lời "Có" ("5 có") thì được xem xét ưu tiên trước, dĩ nhiên các VĐSK với "5 có" này được xếp ưu tiên theo số điểm của BPRS. BPRS cao nhất là ưu tiên một. Tương tự như vậy ta xét tiếp đến các VĐSK "4 có"; "3 có"... Nhiều khi những VĐSK từ "4 có" trở xuống đều bị loại, không được xếp vào vấn đề sức khỏe vì không đủ tiêu chuẩn, đặc biệt không có khả năng thực thi.

Xếp loại ưu tiên: P.E.A.R.L

VĐSK	P	E	A	R	L	PEARL	
						Cá nhân	Đội
1.							
2.							

Sau khi đã cho điểm từng yếu tố A,B,C và cân nhắc các yếu tố P.E.A.R.L chúng ta sẽ tính toán để xếp loại ưu tiên theo bảng sau:

VĐSK	PEARL	Yếu tố cấu thành			BPRS (A+2B)C	Xếp hạng ưu tiên	
		A	B	C		Cá nhân	Đội, nhóm
.	"5 có "						
.							

Xếp hạng ưu tiên dựa vào tổng số điểm của các vấn đề sức khỏe. Nếu vấn đề sức khỏe có tổng số điểm cao thì được ưu tiên giải quyết trước. Vấn đề sức khỏe ưu tiên số 1 sẽ thuộc PEARL "5 có" và tổng số điểm BPRS cao nhất.

Với các VĐSK thuộc PEARL “4 có”; “3 có”... cần xem xét kĩ lại việc chấm điểm từ đâu. Nếu điểm số không thay đổi thì loại khỏi danh sách ưu tiên.

Trên thực tế, trong chu trình lập kế hoạch nhiều khi ta bỏ qua bước xác định vấn đề sức khoẻ và thực hiện việc chọn ưu tiên luôn. Khi xét chọn ưu tiên chúng ta đã có nhiều tiêu chí để xét chọn một công việc y tế là VĐSK rồi.

3. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH NGUYÊN NHÂN CỦA MỘT VẤN ĐỀ SỨC KHỎE

3.1. Vẽ cây căn nguyên theo sơ đồ xương cá

Dựa vào những số liệu cụ thể, kết hợp với kinh nghiệm cá nhân và cách làm việc theo nhóm có thể vẽ cây căn nguyên cho một vấn đề. Sơ đồ xương cá cho thấy mối quan hệ giữa hậu quả (vấn đề tồn tại) với các nhóm nguyên nhân độc lập. Trong mỗi nhóm nguyên nhân có các nguyên nhân hoàn toàn độc lập hoặc quan hệ lẫn nhau qua tác động âm tính hoặc dương tính.

Ví dụ: Vẽ cây căn nguyên dẫn đến tình trạng các trạm y tế xã ít bệnh nhân đến khám chữa bệnh của tỉnh A (*Sơ đồ ở trang 83*). Trong sơ đồ này, cần chú ý là có nhiều nguyên nhân khi đã nêu ra phải lượng hoá bằng các chỉ số để tránh các nhận định chung chung, thiếu căn cứ. Vì vậy, cần phải sử dụng tối đa các nguồn số liệu từ hệ thống báo cáo hiện nay để có bằng chứng khi đưa ra các nhận định cũng như quyết định: Khi nói trạm y tế xã thiếu trang thiết bị, phải lượng hoá từ “thiếu” bằng chỉ số: Tỷ lệ trạm có đủ trang thiết bị. Có những nguyên nhân khó có thể lượng hoá trực tiếp như: Dân chưa tin, thái độ kém, kỷ luật lao động kém... thường phải qua các cuộc điều tra nghiên cứu mới đưa ra nhận định.

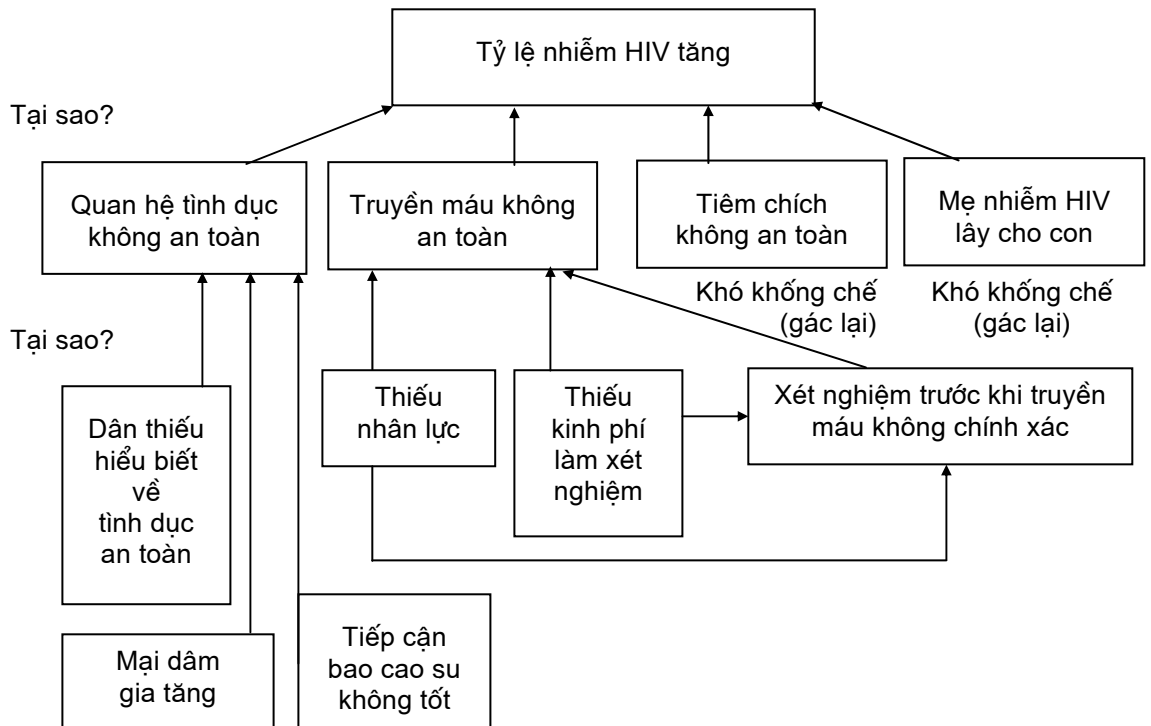
3.2. Cách phân tích nguyên nhân bằng kỹ thuật đặt câu hỏi "Nhưng vì sao vậy?"

Trước khi bước vào phân tích các nguyên nhân, ta đều biết không thể giải quyết mọi nguyên nhân có thể can thiệp được. Để làm được kỹ thuật này cần hiểu rõ hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS). Từ vấn đề xác định được, đặt câu hỏi "Nhưng tại sao vậy" hoặc "Tại sao" lại dẫn đến vấn đề này? Sau câu hỏi đầu, ta có một số câu trả lời. Chọn trong số các câu trả lời những lý do có thể can thiệp được, rồi đặt câu hỏi tiếp "Tại sao". Còn những câu trả lời không đưa ra được lý do giải quyết được ngay hãy tạm thời gác lại. Cứ tiếp tục đặt các câu hỏi "Tại sao" cho các câu trả lời sau được chọn cuối cùng sẽ tìm được công việc cần làm hay giải pháp cần can thiệp để đưa vào bản kế hoạch hành động. Ví dụ sử dụng cây căn nguyên và kỹ thuật "Nhưng tại sao" phân tích nguyên nhân dẫn đến "Tỷ lệ nhiễm HIV tăng" (*Trang 83*).

Nếu ở một cơ sở y tế tạm thời dừng ở lần thứ 2 đặt câu hỏi "tại sao" và gác lại các nguyên nhân không trong phạm vi trách nhiệm của ngành y hoặc điều kiện kỹ thuật, cơ sở vật chất chưa cho phép xét nghiệm máu cho tất cả các bà mẹ có thai xem có nhiễm HIV không. Cần tìm được các số liệu minh họa, chứng minh cho nhận định trên từ hệ thống thông tin, báo cáo. Một khi có số liệu minh họa, việc đặt mục tiêu sẽ cụ thể hơn, dễ dàng hơn và nhất là khả thi hơn.

Ngành y tế không tác động được (gác lại không phân tích).

Sau khi phân tích có thể liệt kê được những việc cần thực hiện để giảm nhiễm HIV trong cộng đồng là:



CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm "Vấn đề sức khỏe".
2. Trình bày vai trò, mục đích của phân tích các vấn đề sức khỏe và xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên.
3. Trình bày phương pháp xác định vấn đề sức khỏe theo 4 tiêu chuẩn.
4. Trình bày phương pháp xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên theo 6 tiêu chuẩn.
5. Trình bày phương pháp xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS).
6. Trình bày phương pháp xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên theo 5 yếu tố P.E.A.R.L.
7. Trình bày phương pháp phân tích nguyên nhân của vấn đề sức khỏe.

KẾ HOẠCH VÀ LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm về kế hoạch và lập kế hoạch.
2. Trình bày được nội dung các bước lập kế hoạch.
3. Lập được bản kế hoạch hoạt động cho vấn đề sức khỏe ưu tiên cụ thể.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM CƠ BẢN VỀ KẾ HOẠCH Y TẾ

1.1. Kế hoạch

Xây dựng kế hoạch là phương pháp có hệ thống nhằm đạt các mục tiêu trong tương lai nhờ việc sử dụng nguồn lực hiện có và sẽ có một cách hợp lý và có hiệu quả.

1.2. Các loại kế hoạch y tế

Có thể chia kế hoạch y tế thành các loại như sau: Kế hoạch chiến lược hay quy hoạch, kế hoạch dài hạn, kế hoạch một năm và kế hoạch hành động.

Kế hoạch chiến lược: Là định hướng phát triển cho một đơn vị, một chuyên ngành. Kế hoạch dài hạn là bước cụ thể hoá định hướng phát triển theo lịch trình thời gian nhiều năm với các hoạt động và phân bổ nguồn lực cần thiết.

Khi đưa ra một quy hoạch phát triển cho một cơ quan, một lĩnh vực chuyên ngành phải dựa trên chiến lược phát triển và chính sách chung, phải xuất phát từ việc phân tích tình hình thực tế, các bài học kinh nghiệm trước đây và khả năng tài chính cũng như nguồn nhân lực, thiết bị kỹ thuật có thể huy động được. Quy hoạch y tế phải dựa trên các tiêu chí cơ bản sau:

- Công bằng.
- Hiệu quả.
- Chất lượng.
- Khả thi và bền vững.

Quy hoạch y tế của một địa phương cũng như định hướng phát triển của một lĩnh vực phải nằm trong tổng thể quy hoạch phát triển kinh tế xã hội của địa phương, của ngành y tế và của từng chuyên ngành. Không những thế, phải cân nhắc đến tiềm năng nguồn lực và môi trường pháp lý hiện tại và trong tương lai.

Xa rời mục tiêu chính trị sẽ dẫn các bản quy hoạch không có tính lô-gíc. Ví dụ: Trong khi mục tiêu là cung cấp các dịch vụ cơ bản tối thiểu đến với tất cả mọi tầng lớp dân cư, đặc biệt là nhóm dân nghèo và cận nghèo, một địa phương lại đưa ra quy hoạch phát triển hiện đại hoá các khoa phòng ở bệnh viện với số vốn chiếm 80% tổng ngân sách dự kiến, chỉ 15% vốn dành cho phát triển các trạm y tế cơ sở. Như vậy định hướng đầu tư đã hướng về phía các dịch vụ chữa bệnh có chất lượng

cao ở bệnh viện nhiều hơn là dịch vụ ở tuyến xã nơi mà nhóm dân nghèo và cận nghèo có thể tiếp cận được.

Về kế hoạch 5 năm: Kế hoạch 5 năm có thể coi là kế hoạch dài hạn cơ bản của một địa phương, một đơn vị. Không phải chỉ các nước XHCN mới có kế hoạch 5 năm mà nhiều nước trên thế giới cũng xây dựng kế hoạch 5 năm. Điểm khác nhau trong kế hoạch 5 năm với kế hoạch chiến lược là có sự bố trí các nguồn lực để thực hiện các mục tiêu được xác định khá rõ, cụ thể hàng năm. Dựa trên bản kế hoạch này sẽ xây dựng kế hoạch hàng năm để tổng hợp nhu cầu vốn trình Quốc hội thông qua vào tháng 10 cũng như phát triển các dự án đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất trình cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Ví dụ: Trong giai đoạn từ nay đến năm 2010, khi thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân, các trạm y tế cơ sở (TYT xã) sẽ phải gánh vác một khối lượng công việc lớn hơn hiện nay rất nhiều. Trong khi vẫn tiếp tục duy trì các hoạt động phòng bệnh và chống dịch, hoạt động khám chữa bệnh sẽ tăng lên, nhất là khi phải thực hiện KCB bảo hiểm y tế ở xã, trước hết là BHYT người nghèo. Với tình hình này, quy hoạch mạng lưới KCB ở tuyến xã cho một tỉnh, huyện sẽ phải đạt được các mục tiêu cụ thể gì về đội ngũ cán bộ, cơ sở vật chất, năng lực quản lý hoạt động BHYT, bệnh viện huyện sẽ phải đầu tư vào các khoa phòng nào, cần có bao nhiêu bác sỹ, cần có các loại phương tiện chẩn đoán gì, hỗ trợ các TYT xã ra sao v.v... Nếu không có quy hoạch từ bây giờ sẽ không thể thực hiện được mục tiêu trên. Trên cơ sở quy hoạch trên sẽ xây dựng kế hoạch dài hạn từ 2006 đến 2010, trong đó hàng năm sẽ phải thực hiện được những nhiệm vụ gì và cần có nguồn lực nào, bao nhiêu. Các chỉ tiêu kế hoạch 5 năm cũng được xác định rõ. Trên cơ sở kế hoạch 5 năm sẽ xây dựng kế hoạch từng năm theo một lịch trình xác định.

1.3. Các yêu cầu khi lập kế hoạch dài hạn và kế hoạch hàng năm

1.3.1. Kế hoạch phải đáp ứng ở mức cao nhất nhu cầu CSSK hiện tại và trong tương lai

Mỗi nhóm dân cư có những nhu cầu không hoàn toàn giống nhau. Nhóm dân càng nghèo nhu cầu chăm sóc sức khỏe càng cao. Nhu cầu CSSK thể hiện chủ yếu bằng gánh nặng bệnh tật. Gánh nặng bệnh tật bao gồm tình hình mắc bệnh, tình hình tử vong hay phối hợp cả hai và bằng các nguy cơ từ môi trường sống, môi trường làm việc, nguy cơ tai nạn, bạo lực, lối sống phản vệ sinh, có hại cho sức khỏe...

Xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe của một cộng đồng sẽ giúp bố trí các dịch vụ CSSK phù hợp với nhu cầu đó, cũng giống như việc tìm hiểu thị trường trước khi đưa một loại hàng vào bán ở một địa phương.

Nhu cầu CSSK bao gồm nhu cầu khi chưa ốm: Phòng bệnh, giáo dục và tư vấn sức khỏe; nhu cầu khi bị ốm: Khám chữa bệnh và khi ốm nhưng chưa không khỏi hẳn: Phục hồi chức năng.

1.3.2. Các giải pháp và hoạt động phải được cộng đồng chấp nhận, sử dụng ở mức cao nhất:

Sử dụng dịch vụ y tế phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: Nhu cầu CSSK; khả năng cung ứng dịch vụ CSSK của cơ sở y tế; khả năng chi trả của người dân; khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (tiếp cận về khoảng cách xa-gần; tiếp cận về kinh tế: Đất - phù hợp -

rẻ - cho không; tiếp cận về dịch vụ thuận tiện, thái độ phục vụ, sự hài lòng hay yêu cầu CSSK được thoả mãn; tiếp cận về văn hoá: Các tập quán sử dụng dịch vụ KCB...).

Phải thể hiện các giải pháp bằng những nội dung hoạt động nhằm đạt các chỉ tiêu của ngành do tuyến trên yêu cầu đồng thời phải giải quyết được những yêu cầu riêng của địa phương, những tồn tại của những năm trước.

1.3.3. Kế hoạch phải hài hòa giữa các lĩnh vực KCB, phòng bệnh và trong từng lĩnh vực

1.3.4. Kế hoạch phải có các nội dung phát triển

Khi lập kế hoạch đảm bảo duy trì các hoạt động thường quy cũng cần có các giải pháp và hoạt động nhằm tạo ra các bước chuyển biến mới thông qua các chương trình, dự án đầu tư phát triển và tăng cường các nội dung hoạt động đang thực hiện.

1.3.5. Kế hoạch phải dựa trên các quy định hành chính và quy chế chuyên môn. Không tách rời các yếu tố đang chi phối sự phát triển kinh tế, xã hội của địa phương.

1.3.6. Kế hoạch phải hướng trọng tâm phục vụ cho những nhóm cộng đồng dễ bị tổn thương, khả năng chi trả thấp

Những người được hưởng lợi: Là những người dân thuộc diện bao phủ của một kế hoạch, của dự án hoặc một dịch vụ y tế.

Câu hỏi cho mỗi một dịch vụ y tế, một dự án y tế, một quyết định về chính sách y tế hay quyết định thay đổi tổ chức quản lý của một cơ sở y tế là: Ai sẽ được hưởng lợi. Không ít người quản lý y tế vẫn chỉ chú ý tới việc tìm cách nào duy trì và phát triển cơ sở y tế của mình mà ít hoặc không chú ý tới hoạt động của cơ sở y tế này sẽ mang lại lợi ích cho những ai. Nếu vì cơ sở y tế đó thì người được hưởng lợi sẽ là các nhân viên y tế. Nếu vì dân, cho dân thì người hưởng lợi phải là dân. Câu hỏi tiếp theo là: Trong dân có rất nhiều nhóm người khác nhau, việc mang lại lợi ích đồng đều cho tất cả mọi người là rất khó khăn về tài chính, vì vậy đối tượng hưởng lợi cũng phải được sắp xếp ưu tiên theo các tiêu chí: nhóm dễ bị tổn thương (hay bị ốm đau, dễ bị bệnh nặng) nhóm có khả năng chi trả thấp (nghèo, nhóm dân tộc thiểu số, vùng núi cao) và nhóm ưu đãi xã hội - gia đình chính sách. Nếu một sự thay đổi trong tổ chức quản lý cũng như chính sách y tế mà người hưởng lợi thuộc ba tiêu chí trên càng nhiều thì mục tiêu "Vì dân" càng được thể hiện rõ.

1.3.7. Kế hoạch phải chú trọng tới hiệu quả khi sử dụng các nguồn lực y tế

Hiệu quả gồm: Hiệu quả chi phí, hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả đầu tư.

- Hiệu quả kỹ thuật: Hiệu quả kỹ thuật đòi hỏi không để lãng phí các nguồn lực, hay nói cách khác càng tiết kiệm nguồn lực càng có hiệu quả kỹ thuật cao. Một cơ sở y tế quản lý kém, các nguồn lực không được bố trí hợp lý, khắp khẽnh, nhân viên y tế thiếu kỷ luật lao động, gây phiền hà cho người bệnh cũng là tình trạng hiệu quả kỹ thuật thấp. Sử dụng kỹ thuật không thích hợp như trong trường hợp bệnh nhân ốm nhẹ cũng được chữa ở bệnh viện tuyến trên (vượt tuyến), nơi mọi chi phí đều cao hơn, làm cho tiêu phí nhiều nguồn lực mà không hẳn chất lượng KCB đã cao hơn so với khi được chữa ở tuyến

dưới. Thiếu trách nhiệm trong quản lý, thiếu quy chế quản lý khoa học, thiếu chỉ đạo hướng dẫn từ tuyến trên cũng làm lãng phí nguồn lực. Giảm chi phí y tế bằng sử dụng tối ưu nguồn lực, không để thất thoát, lãng phí là góp phần nâng cao hiệu quả kỹ thuật.

- Hiệu quả chi phí (chi tiêu): Các chi phí đầu vào thấp nhất để có được một mức đầu ra nhất định. Khái niệm này chỉ dùng khi có ít nhất hai giải pháp can thiệp có cùng mục tiêu được so sánh với nhau về đơn giá đầu ra. Từ đây chọn được giải pháp nào có đơn giá chi phí đầu ra thấp nhất. Ví dụ: Phương pháp tổ chức tiêm chủng vào một ngày cố định trong tháng, ở một địa điểm cố định trong xã có mức chi phí 1 trẻ được tiêm đủ là 12 000 đồng chi phí này lớn hơn so với khi tổ chức tiêm chủng tại nhà và theo chiến dịch là 8000đ/ trẻ. Như vậy, nếu giải pháp thứ hai là khả thi và duy trì được thì người quản lý phải khuyến cáo chọn cách tổ chức này. Giống như hiệu quả kỹ thuật, hiệu quả chi phí thuần túy xem xét dưới góc độ kinh tế - kỹ thuật và vì vậy rất quan trọng đối với người quản lý y tế ở cấp xã, huyện, bệnh viện.
- Hiệu quả đầu tư: Đòi hỏi đầu tư vào đâu, đầu tư như thế nào để đạt được các mục tiêu, các chỉ tiêu sức khỏe đã đặt ra cho ngành y tế. Đây là yêu cầu hàng đầu trong ba loại hiệu quả.

1.3.8. Kế hoạch phải hướng ưu tiên các nguồn lực và hoạt động cho các vấn đề sức khỏe thuộc loại hàng hoá y tế công cộng

Cho dù không nên dùng từ "hàng hoá y tế", trên thực tế các dịch vụ KCB vẫn ít nhiều mang dáng dấp của hàng hoá: Có nhu cầu, có người cung cấp và có người sử dụng phải trả tiền.

Hàng hoá y tế khác với hàng hoá thông thường ở chỗ người mua (người sử dụng dịch vụ y tế) ít khi hiểu hết giá trị của hàng hoá mà mình định mua, hoặc đã mua. Người "bán" (người cung cấp) nhất là y tế tư nhân dễ lợi dụng đặc điểm này vì chẳng mấy khi người mua được quyết định giá phải trả. Hàng hoá y tế chia làm ba loại:

- Hàng hoá y tế tư nhân: Là dịch vụ y tế mà một khi người sử dụng nhận được chỉ chính người đó, gia đình đó được hưởng lợi. Ví dụ: Việc chữa bệnh cao huyết áp cho một người, khám phát hiện bệnh viêm thận cho một bệnh nhân...
- Hàng hoá y tế công cộng: Là dịch vụ y tế mà một khi người sử dụng nhận được thì không chỉ họ, gia đình họ được hưởng lợi mà còn cả những người sống xung quanh, cả cộng đồng được hưởng lợi từ dịch vụ đó. Ví dụ: Việc chữa cho bệnh nhân lao, bệnh nhân tả, bệnh nhân bị bệnh lây nhiễm, người bệnh khỏi được lợi, còn cộng đồng giảm được một nguồn lây, giảm nguy cơ mắc bệnh.
- Hàng hoá y tế có mức độ công - tư khác nhau: Là dịch vụ y tế nằm giữa hai cực trên, vừa công cộng vừa tư nhân. Khi một người nhận được dịch vụ có thể cả họ, cả cộng đồng đều được hưởng lợi ở các mức độ khác nhau. Ví dụ: Bệnh suy dinh dưỡng ở trẻ em khi được chữa chỉ trẻ đó được lợi. Tuy nhiên, nếu trong cộng đồng mà trẻ em bị suy dinh dưỡng ít đi thì cả xã hội cũng được hưởng nhờ lực lượng lao động trong tương lai khỏe mạnh hơn.

Với loại hàng hoá y tế công cộng, Nhà nước, cơ sở y tế phải tập trung mọi ưu tiên để cung cấp các dịch vụ cần thiết, kể cả dịch vụ miễn phí, thu phí thấp. Với hàng hoá y tế tư nhân, Nhà nước cần có cơ chế thu phí thích hợp cùng với việc cung ứng dịch vụ theo yêu cầu và đúng với nhu cầu của họ. Với các hàng hoá có mức độ công-tư khác nhau, tùy thuộc vào khả năng tài chính mà Nhà nước cung cấp dịch vụ y tế phù hợp với các mức thu khác nhau hoặc không thu phí.

1.3.9. Kế hoạch phải hướng về các giải pháp thực hiện công bằng y tế

Công bằng y tế không có nghĩa là sự đồng đều trong sự hưởng lợi từ ngân sách Nhà nước của mọi thành viên trong cộng đồng. Cũng hoàn toàn không phải là sự sòng phẳng như mua và bán.

Trong xã hội có những cộng đồng chịu nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe hơn, có những nhóm người dễ bị tổn thương hơn và vì vậy ốm đau nhiều hơn. Như một quy luật, trẻ em và người già ốm nhiều hơn các nhóm tuổi khác. Phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ ốm nhiều hơn nam cùng nhóm tuổi. Cùng giới các nhóm tuổi có đời sống kinh tế - văn hoá hoặc ở vùng địa lý khác nhau lại có các chỉ số sức khỏe không như nhau. Giới nữ ốm nhiều hơn, vùng nghèo ốm nhiều- ốm nặng hơn vùng giàu, nhóm người có văn hoá cao ít ốm hơn nhóm người có văn hoá thấp... tất cả thể hiện một phần của sự thiếu công bằng trong hưởng lợi các dịch vụ y tế và các dịch vụ phúc lợi công cộng liên quan tới sức khỏe.

Người nghèo khả năng chi trả thấp hơn, người vùng núi, vùng sâu vùng xa tiếp cận với dịch vụ y tế khó khăn hơn (về kinh tế, về khoảng cách) vì vậy họ cần được toàn xã hội quan tâm hơn, ưu tiên hơn, bao cấp y tế nhiều hơn. Người giàu hơn phải trả phí cao hơn để có thể bao cấp chéo cho những người nghèo. Cải cách phương thức phân bổ ngân sách và hệ thống thu phí dịch vụ y tế là yêu cầu đối với công bằng về mặt tài chính.

Bất kể người giàu hay người nghèo, khi bị một bệnh như nhau, cần được chăm sóc chữa chạy như nhau. Các nhu cầu khác nhau về dịch vụ y tế cần được chăm sóc theo nhu cầu phù hợp. Đó là công bằng về mặt cung cấp dịch vụ y tế.

Một số câu hỏi cho người ra quyết định khi chọn ưu tiên một cách công bằng là:

- Ai sẽ được ưu tiên? nếu câu trả lời là người nghèo và vùng nghèo thì bản kế hoạch đã theo đúng định hướng công bằng.
- Ưu tiên đối với dịch vụ gì? nếu câu trả lời là các dịch vụ đó khi cung cấp thì đa số người nghèo được hưởng lợi thì đó là định hướng công bằng.
- Ở từng vùng địa lý, dân cư khác nhau mức cấp ngân sách ưu tiên bao nhiêu là phù hợp. Sự cam kết tài chính đối với chính sách công bằng y tế và phải được thể hiện trong bản kế hoạch y tế của địa phương.

1.3.10. Kế hoạch phải đảm bảo tính khả thi và bền vững

Muốn một kế hoạch y tế đảm bảo tính bền vững cần phải chú ý đến nguyện vọng và đời sống của cán bộ y tế, đây là một phần quan trọng của quản lý chất lượng toàn diện. Phải có tính khả thi. Muốn khả thi trước hết phải có nguồn lực cần thiết và có phương án sử dụng hợp lý nguồn lực đó để đạt mục tiêu. Sau đó cũng cần chú ý tới sự cam kết chính trị của các cấp uỷ Đảng, chính quyền và Hội đồng nhân dân. Một bản kế hoạch khả thi cần có sự cân nhắc rất kỹ càng các tình huống, khả năng có thể gặp phải các cản trở từ

trong cơ quan và ngoài cơ quan mình. Nếu kế hoạch được thực hiện nhưng làm ảnh hưởng đến các bên có liên quan có thể sẽ gặp phải sự phản ứng tiêu cực. Nếu nguồn lực từ ngành y tế chưa đủ cần nghĩ tới các giải pháp tìm nguồn lực hỗ trợ khác.

2. CÁC BƯỚC LẬP KẾ HOẠCH

2.1. Các câu hỏi đặt ra cho những người lập kế hoạch

- Tình hình y tế của cơ sở hiện nay ra sao? có những vấn đề gì tồn tại?
- Trong số các vấn đề tồn tại, những vấn đề nào được chọn là vấn đề ưu tiên giải quyết?
- Khi giải quyết các vấn đề ưu tiên đó phải đặt ra các mục tiêu gì?
- Sẽ áp dụng những giải pháp nào?
- Khi thực hiện các giải pháp đó phải thông qua các hoạt động cụ thể nào?
- Để thực hiện các hoạt động đó cần quỹ thời gian bao nhiêu, khi nào bắt đầu, khi nào kết thúc? cần có các nguồn lực nào, bao nhiêu và ở đâu?
- Cần chuẩn bị gì để bảo vệ kế hoạch?
- Cần chuẩn bị gì để thực hiện kế hoạch và điều chỉnh kế hoạch trong khi triển khai?

2.2. Các bước lập kế hoạch

Tương ứng với các câu hỏi đặt ra trên đây, có 5 bước lập kế hoạch cho từng lĩnh vực công tác hoặc/và cho kế hoạch chung của một địa phương, một tuyến y tế như sau:

Bước 1: Phân tích tình hình thực tế và xác định các vấn đề ưu tiên.

Bước 2: Xác định các mục tiêu.

Bước 3: Chọn các giải pháp phù hợp.

Bước 4: Đưa ra các nội dung hoạt động và sắp xếp, xác định nguồn lực và bố trí các nguồn lực theo thời gian.

Bước 5: Bảo vệ kế hoạch, chuẩn bị triển khai và các phương án điều chỉnh kế hoạch.

2.3. Phân tích, đánh giá tình hình y tế

2.3.1. Đặc điểm địa lý, dân cư liên quan tới sức khoẻ và dịch vụ y tế

Kế hoạch y tế phải phù hợp với đặc điểm địa lý dân cư nơi các đối tượng cần được phục vụ sinh sống. Trong phần này cần nêu được những nét lớn về:

- Đặc điểm địa lý: Diện tích, địa hình phân bố diện tích đồng bằng, vùng núi thấp, vùng núi cao, vùng ven biển, biên giới hoặc hải đảo, đặc điểm khí hậu, sinh thái các loại vectơ truyền bệnh, các mầm bệnh tự nhiên. Các yếu tố này tạo điều kiện thuận lợi cho việc lan truyền các bệnh dịch như thế nào. Bên cạnh đó cũng phải nêu lên những đặc điểm địa lý, giao thông, thông tin liên lạc có thể gây một số khó khăn hay tạo điều kiện thuận lợi trong việc cung cấp các dịch vụ y tế.

- Đặc điểm dân cư: Tổng dân số (tính đến mốc thời gian xác định), tháp dân số, tỷ lệ trẻ em dưới một tuổi, năm tuổi, tỷ lệ phụ nữ 15-49, tỷ suất tăng dân số tự nhiên, tăng dân số cơ học (do di dân), mật độ dân số theo từng vùng, tỷ lệ và phân bố các dân tộc ít người. Khi mô tả tình hình địa lý dân cư cần tìm ra, nêu lên những vùng nào có những nguy cơ gì cho sức khỏe và vùng nào, dân tộc nào cần được ưu tiên đầu tư.

2.3.2. Đặc điểm và dự báo tình hình phát triển kinh tế xã hội, văn hoá của địa phương

Điểm qua những nét lớn về tình hình phát triển kinh tế, các ngành nghề trong năm trước để thấy được những khó khăn, những thuận lợi trong đời sống kinh tế các cộng đồng.

Đối với khu vực đô thị, việc phát triển sản xuất đi kèm với phát triển các cơ sở sản xuất công nghiệp, các dịch vụ và du lịch có thể là nguyên nhân dẫn tới: Ô nhiễm môi trường; đô thị hoá; di dân; tệ nạn xã hội; thay đổi cơ cấu nghề nghiệp. Phát triển kinh tế làm tăng thu nhập bình quân đầu người, thể hiện bằng thu nhập bình quân đầu người biến động theo các năm; tỷ lệ hộ nghèo/ hộ đói (theo tiêu chuẩn phân loại của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội).

Khi phân tích tình hình phát triển kinh tế không chỉ nêu lên các con số mô tả định lượng mà còn chú ý tới xu hướng tăng trưởng kinh tế hàng năm. Việc mô tả tình hình phát triển kinh tế chung và so sánh giữa các khu vực dân cư, các vùng địa lý, tìm ra sự khác biệt để từ đó giúp cho việc xác định vùng cần ưu tiên đầu tư phân bổ ngân sách nhiều hơn những vùng khác.

Về phát triển văn hoá, giáo dục, cần nêu ra được các chỉ số về tỷ lệ mù chữ, tỷ lệ trẻ em trong độ tuổi đến trường được đi học, tỷ lệ dân được phổ cập phổ thông cơ sở, tỷ lệ trẻ bỏ học, tỷ lệ trẻ em sống lang thang, tỷ lệ trẻ em phạm pháp ở tuổi vị thành niên. Ngoài các chỉ số trên cũng cần nêu ra những tập tục lạc hậu ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng cũng như ảnh hưởng tới việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế công cộng. Các chỉ số trên cần lập thành bảng diễn đạt các xu hướng trong một số năm, sự chênh lệch giữa các vùng địa lý, nhóm dân cư để thấy được một số yếu tố thuận lợi hoặc cản trở đối với những tác nhân gây bệnh trong các cộng đồng dân cư. Từ đó có những kế hoạch cho các hoạt động hỗ trợ cho công tác y tế địa phương cũng như trực tiếp cho công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, cho công tác vận động quần chúng tham gia các phong trào vệ sinh phòng bệnh.

Kế hoạch phát triển tổng thể của một chuyên ngành trong lĩnh vực y tế (các Viện đầu ngành, các trung tâm) cũng là những yếu tố rất quan trọng cần nêu ra làm định hướng cho kế hoạch phát triển từng lĩnh vực chuyên ngành của địa phương.

2.3.3. Tình hình sức khỏe và nhu cầu CSSK nhân dân

Tình hình sức khỏe được thể hiện qua các chỉ tiêu sức khỏe cơ bản, số liệu có được từ tổng kết tình hình mắc bệnh và tử vong qua các năm.

Trường hợp thấy số liệu báo cáo tình hình mắc bệnh hoặc tử vong giống nhau giữa các năm cho thấy không có sự thay đổi đáng kể về yếu tố gây bệnh, yếu tố ngăn ngừa bệnh tật cũng như các hoạt động y tế và hoạt động có liên quan tới y tế (kinh tế, giáo dục, thông tin đại chúng...).

Do nhiều bản kế hoạch khi đưa ra nhận định tình hình sức khỏe và giải thích chỉ dựa trên các số liệu thiếu độ tin cậy cần thiết đã làm cho bản kế hoạch không khách quan. Vì thế, các định hướng công tác cho tương lai có thể không chính xác.

2.3.4. Tình hình và khả năng cung cấp dịch vụ y tế

Trong khi phân tích tình hình sức khỏe nhân dân trong địa phương đã đề cập tới nhu cầu chăm sóc sức khỏe các cộng đồng dân cư với những đặc điểm khác nhau. Ở phần mục này sẽ phân tích tình hình cung cấp dịch vụ y tế và qua đó nhận định khả năng đáp ứng nhu cầu CSSK cộng đồng của mạng lưới y tế trong địa bàn.

Để phân tích một cách có hệ thống, nên lần lượt phân tích từ các chỉ số đầu vào, chỉ số về tổ chức hoạt động và chỉ số thể hiện kết quả đầu ra.

Người làm công tác quản lý cần đặc biệt chú ý đặt các chỉ số đầu vào bên cạnh chỉ số đầu ra để thấy sự không đồng biến hoặc có thể nghịch biến (đầu vào tăng nhưng đầu ra giảm) và từ đó đi tìm nguyên nhân. Điều này cũng hay gặp đối với cán bộ phụ trách chương trình.

2.4. Những tồn tại cơ bản và xác định vấn đề ưu tiên

2.4.1. Những vấn đề tồn tại cơ bản

Những vấn đề tồn tại được xem xét và nhận biết dưới nhiều góc độ. Vấn đề tồn tại có thể được mô tả theo thứ tự sau:

- Các vấn đề về sức khỏe: Thể hiện bằng tình hình mắc bệnh hoặc/ và tử vong tính chung và theo các nhóm cộng đồng có đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau, hoặc có thể phối hợp các đặc điểm này với các loại đối tượng. Những vấn đề sức khỏe cũng đạt được thể hiện dưới hình thức các tỷ lệ mắc hoặc chết chung và do một số bệnh cao hẳn lên ở một số địa phương, hay có sự tăng lên vào một giai đoạn thời gian, một mùa, có thể là tình hình dịch bệnh.
- Các vấn đề về nguồn lực y tế: Như thiếu hụt nhân lực; phân bố nhân lực y tế bất hợp lý; thiếu ngân sách hoặc phân bổ ngân sách không hợp lý, cung cấp tài chính không kịp thời; thiếu trang thiết bị, cơ sở hạ tầng không đảm bảo.
- Các vấn đề tiếp cận với dịch vụ y tế: Cơ sở y tế bố trí ở xa dân, nơi không thuận tiện giao thông. Cũng có thể là những cản trở làm cho ngay cả có sẵn các nguồn lực, ở không xa dân song người dân vẫn khó tiếp cận vì nghèo mà giá hoạt động y tế lại cao; hoặc bố trí giờ giấc không thuận tiện; hoặc thái độ phục vụ kém; hoặc phối hợp nhiều yếu tố cản trở.
- Các vấn đề về sử dụng: Mục tiêu của ngành y tế là người khỏe được phòng bệnh và giáo dục sức khỏe, người ốm được chữa bệnh và tư vấn y tế vì vậy vấn đề là ở chỗ liệu người ốm có được chữa bệnh hợp lý không? Làm thế nào để nguồn lực y tế sẵn có được người dân chấp nhận nhiều hơn để không bị lãng phí nguồn lực đó?
- Các vấn đề liên quan tới chất lượng dịch vụ y tế: Chất lượng dịch vụ được thể hiện qua các chỉ số gián tiếp như cơ sở vật chất cho KCB, trình độ cán Bộ Y tế và tính sẵn có của các nguồn thuốc. Chất lượng còn được thể hiện trực tiếp như tỷ lệ điều trị khỏi, tỷ lệ biến chứng do điều trị, tỷ lệ chẩn đoán đúng và tỷ lệ phải chuyển viện hoặc sâu hơn là tỷ lệ bệnh chữa được nhưng phải chuyển viện hoặc tử vong.

Các vấn đề sức khỏe cũng như vấn đề tồn tại trong cung cấp dịch vụ y tế nêu trên sẽ được phân tích bằng các kỹ thuật vẽ “*Cây căn nguyên*” hay kỹ thuật “*Nhưng tại sao*”.

2.4.2. Những vấn đề ưu tiên

Xác định ưu tiên cho những nội dung hoạt động ngoài các chỉ tiêu kế hoạch cấp trên giao là một khâu trong xây dựng kế hoạch và được tiến hành theo nhiều phương thức khác nhau (*Xem bài phân tích xác định VĐSK và VĐSK ưu tiên*).

Tuy các cách chọn ưu tiên trên dựa trên việc đo lường, lượng hoá các vấn đề để tránh tùy tiện song lại cứng nhắc và không phân biệt giữa các nhóm yếu tố không phải lúc nào, nơi nào, vấn đề loại nào cũng có tầm quan trọng như nhau, hơn nữa các tiêu chuẩn nhận định không dễ dàng thống nhất, vì vậy trong thực tế các cách trên chưa thấy áp dụng khi lập kế hoạch.

Để chọn hoạt động ưu tiên cần cân nhắc những yếu tố sau đây:

- Liệu đã có giải pháp hữu hiệu và khả thi chưa?
- Nếu có giải pháp rồi, liệu còn giải pháp nào khác cho ta hiệu quả tốt hơn nhưng chi phí ít hơn hay không?
- Liệu giải pháp dự định sẽ áp dụng có được cộng đồng hoặc lãnh đạo cộng đồng chấp nhận không?
- Ai là người sẽ ủng hộ, ai là người sẽ phản ứng lại?
- Giải pháp dự kiến áp dụng đã có đủ nguồn lực để thực hiện chưa? có duy trì được không?
- Vấn đề ưu tiên được chọn cũng phải là một trong những vấn đề chung của địa phương và có sự chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở Y tế.

2.5. Các mục tiêu và chỉ tiêu kế hoạch

2.5.1. Mục tiêu

Mục tiêu của bản kế hoạch phải đảm bảo các tiêu chí: Đặc thù, đo lường được, thích hợp, khả thi và trong phạm vi thời gian cho phép. Mục tiêu nên viết dưới dạng nghịch đảo của vấn đề tồn tại. Ví dụ: Nếu vấn đề tồn tại là các trạm y tế xã xuống cấp thì mục tiêu là... nâng cấp các trạm y tế...

Mục tiêu tổng quát: Là cái đích cần đạt được của bản kế hoạch được phát biểu một cách khái quát nhất. Ví dụ: Giảm tỷ lệ mắc và chết vì 6 bệnh có vaccin trên trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta xuống dưới mức trung bình của khu vực sau 5 năm.

Mục tiêu cụ thể: Là sự chi tiết hoá mục tiêu tổng quát. Ví dụ: Sau 5 năm tỷ lệ tiêm chủng đủ 6 loại vaccin đạt 95%; Sau 2 năm các khoa cấp cứu nhi được thiết lập và hoạt động có chất lượng ở 100% bệnh viện huyện v.v...

2.5.2. Các chỉ tiêu kế hoạch

Căn cứ vào các mục tiêu để viết các chỉ tiêu kế hoạch. Về mặt lý thuyết, làm kế hoạch phải hài hoà giữa các chỉ tiêu kế hoạch được giao và chỉ tiêu kế hoạch riêng hoặc mức phấn đấu của địa phương tùy theo vấn đề ưu tiên và khả năng nguồn lực sẽ có được.

2.6. Chọn các giải pháp phù hợp

Giải pháp là con đường đi tới mục tiêu. Mỗi một mục tiêu có thể thực hiện bằng một hoặc nhiều giải pháp. Mỗi giải pháp có thể coi như một kế hoạch nhỏ. Có những giải pháp cụ thể và có những giải pháp hỗ trợ. Giải pháp cụ thể như phòng 6 bệnh hay gặp ở trẻ em, khám chữa bệnh cho người nghèo v.v... Giải pháp hỗ trợ như: Nâng cao năng lực cán bộ chuyên ngành vệ sinh dịch tễ, cán bộ lâm sàng và xét nghiệm; tìm nguồn ngân sách bổ sung v.v...

2.7. Nội dung hoạt động và phân bổ nguồn lực

Mỗi giải pháp lại được thực hiện bằng một hoặc nhiều nội dung hoạt động. Ví dụ: Nâng cấp la bê vi sinh và kho dự trữ vaccin, đào tạo kỹ thuật viên xét nghiệm, đào tạo trình độ sau đại học cho các trưởng khoa v.v...

Từng hoạt động cần bố trí nguồn nhân lực, vật lực và tài lực phù hợp. Phải xác định thời gian bắt đầu và thời gian kết thúc cho từng hoạt động. Không nên quên đưa vào bản kế hoạch các kết quả dự kiến hay kết quả đầu ra. Nếu không nêu rõ kết quả đầu ra thì không thể biết được liệu các chỉ tiêu kế hoạch đặt ra có đạt được hay không. Cũng nhờ việc đưa ra các kết quả đầu ra rõ ràng tương ứng với khả năng nguồn lực huy động mà người làm kế hoạch có thể lập một bản kế hoạch khả thi, dễ theo dõi tiến độ, dễ đánh giá khi kết thúc.

Trong mục này cần đưa ra bảng tổng hợp cho bản kế hoạch. Tùy loại kế hoạch với quy mô khác nhau mà các mục được cụ thể ở mức khác nhau.

2.8. Chuẩn bị bảo vệ kế hoạch và điều chỉnh kế hoạch

Một bản kế hoạch muốn thực thi được phải được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Hàng năm, kế hoạch thường được xây dựng vào tháng 9. Trong quá trình xây dựng kế hoạch y tế có sự tham gia của ngành kế hoạch và đầu tư, ngành tài chính các cấp. Vai trò của các ngành này rất quan trọng, đây là cơ quan tổng hợp các kế hoạch cũng như nguồn ngân sách cho ngành và cho từng tỉnh để đảm bảo kế hoạch y tế nằm chung trong kế hoạch phát triển kinh tế, xã hội. Thêm vào đó, ngân sách luôn luôn bị hạn chế vì vậy phải biết chọn ưu tiên một cách hợp lý.

Khi chuẩn bị bảo vệ kế hoạch không chỉ chuẩn bị các nội dung chuyên môn mà còn có sự thống nhất của các cơ quan tổng hợp về lĩnh vực đầu tư và nguồn ngân sách cần thiết.

Đối với kế hoạch chiến lược và kế hoạch 5 năm, việc điều chỉnh kế hoạch là rất phổ biến và cũng rất cần thiết vì nhu cầu CSSK cũng như khả năng cung cấp nguồn lực có thể chưa xác định chính xác lúc xây dựng kế hoạch. Đối với kế hoạch một năm, điều chỉnh kế hoạch chỉ rất hạn chế và thường tiến hành vào quý cuối của năm kế hoạch. Điều chỉnh kế hoạch năm chủ yếu do khả năng thực hiện kế hoạch không đồng đều giữa các lĩnh vực, nên phải điều chỉnh một số hoạt động và nguồn ngân sách để thực hiện giải ngân ở mức cao nhất và có hiệu quả nhất. Cấp nào phê duyệt kế hoạch thì cấp đó xem xét quyết định cho điều chỉnh kế hoạch.

3. VIẾT KẾ HOẠCH Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

Trong phần này trình bày dàn ý của một bản kế hoạch y tế 5 năm và 1 năm cho địa phương. Các đơn vị chuyên ngành như các trung tâm, bệnh viện trực thuộc Sở Y tế cũng có thể áp dụng dàn ý này với một số sửa đổi cho phù hợp.

3.1. Dàn ý viết kế hoạch y tế địa phương

1. Tình hình chung.
 - 1.1. Đặc điểm địa lý dân cư.
 - 1.2. Đặc điểm và dự kiến tình hình phát triển kinh tế-văn hoá-xã hội địa phương trong 5 năm.
 - 1.3. Tình hình sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe.
 - 1.4. Tình hình và khả năng cung cấp dịch vụ y tế.
 - 1.5. Những thuận lợi, tồn tại cơ bản và vấn đề ưu tiên.
2. Mục tiêu tổng thể và các chỉ tiêu kế hoạch:
 - 2.1. Mục tiêu tổng thể.
 - 2.2. Các chỉ tiêu kế hoạch cơ bản.
3. Nội dung công tác trọng tâm:
 - 3.1. Công tác phòng chống dịch bệnh và tăng cường sức khỏe.
 - 3.2. Công tác khám chữa bệnh và phục hồi chức năng.
 - 3.3. Thực hiện các chương trình y tế của ngành, địa phương.
 - 3.4. Công tác CSSK bà mẹ, trẻ và KHHGD.
 - 3.5. Xây dựng cơ bản, bảo dưỡng, nâng cấp cơ sở, cung cấp vật tư, thiết bị và công tác dược.

Tùy địa phương với những vấn đề ưu tiên giải quyết khác nhau mà những công tác trên được cụ thể hoá bằng những hoạt động trọng tâm phù hợp cho từng năm.
4. Dự kiến các nguồn tài chính và phân bổ ngân sách.
(trình bày dưới dạng bảng tổng hợp tài chính)
5. Công tác cán bộ và cải tiến tổ chức, hành chính.
6. Quản lý tài chính, vật tư, thiết bị. Công tác tài vụ, kế toán.
7. Các hoạt động hỗ trợ khác.
8. Những ý kiến kiến nghị và đề xuất.
9. Giao chỉ tiêu kế hoạch cho tuyến dưới và đơn vị trực thuộc.

3.2. Bảng tổng hợp kế hoạch y tế một năm

Hoạt động	Dự kiến kinh phí	Quý			
		I	II	III	IV
1. Khám chữa bệnh và cung ứng thuốc					
1.1					
....					
2. Phòng bệnh, chống dịch					
2.1					
....					
3. Chương trình y tế quốc gia					
3.1. Phòng chống sốt rét					
.....					
4. Mua sắm					
4.1					
.....					
5. Xây dựng cơ bản					
5.1					
.....					
6. Đào tạo và NCKH					
6.1					
.....					
7. Hỗ trợ tuyến dưới					

3.3. Kế hoạch hành động

Mỗi một hoạt động trong bản kế hoạch hàng năm được cụ thể hoá bằng kế hoạch hành động. Mỗi bản kế hoạch hành động đều có tên gọi của nó. Bản thân tên gọi phải bao hàm mục tiêu sẽ phải đạt sau khi kết thúc hoạt động đó, song được viết ra một cách khái quát. Ví dụ: “Chương trình phục hồi dinh dưỡng cho trẻ em bị suy dinh dưỡng độ II trở lên tại tuyến xã”.

3.3.1. Mục tiêu

Mục tiêu của một kế hoạch hành động rất cụ thể và gắn liền với các giải pháp.

3.3.2. Giải pháp

Giải pháp là phương tiện, phương thức để đạt tới mục tiêu.

Ví dụ: Khi muốn đi từ nhà tới cơ quan, ta có thể đi xe đạp, xe máy hay ô tô, chọn giải pháp chính là chọn phương tiện nào sẽ sử dụng.

Ví dụ cụ thể hơn: Để đạt mục tiêu là giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh bị uốn ván rốn, có thể bằng nhiều giải pháp như: Tiêm vaccin uốn ván cho bà mẹ khi mang thai, thực hiện vô trùng khi đỡ đẻ, vận động đến đẻ tại trạm y tế xã... Không dứt khoát chỉ chọn một giải pháp, song cũng khó có thể thực hiện một lúc nhiều giải pháp.

3.3.3. Hoạt động: Hoạt động là những việc sẽ làm, mô tả chi tiết hơn các giải pháp.

Ví dụ: Nếu ta chọn giải pháp là “tiêm vaccin uốn ván cho bà mẹ khi mang thai” các hoạt động để thực hiện giải pháp này có thể là:

- Lập danh sách các bà mẹ khi họ mới khám thai.
- Vận động bà mẹ đi khám thai và tiêm vaccin uốn ván.
- Tổ chức các điểm tiêm vaccin uốn ván cho phụ nữ có thai
- Dự trữ đủ vaccin uốn ván...

Khác với giải pháp, khi đã liệt kê đủ các hoạt động phải lập kế hoạch để các hoạt động đó đều được thực thi. Một trong những hoạt động đã đặt ra không thực hiện được hoặc không đảm bảo kỹ thuật sẽ làm ảnh hưởng tới kết quả của các hoạt động tiếp sau đó.

3.3.4. Thời gian, người chủ trì, người phối hợp, người thực thi, người giám sát là những yếu tố cần cân nhắc và viết trong từng hoạt động

3.3.5. Nguồn kinh phí, vật tư và mức kinh phí

Tương ứng với mỗi hoạt động đều cần những nguồn kinh phí và vật tư, thiết bị, thuốc men nhất định. Trong bản kế hoạch phải nêu đầy đủ các mục này. Nhiều khi chỉ việc lập kế hoạch chi tiết đã phát hiện ra sự thiếu hụt các nguồn lực và vì thế mà phải điều chỉnh lại mục tiêu và hoặc giải pháp của bản kế hoạch.

3.3.6. Kết quả dự kiến

Thông thường, mục này hay bị bỏ quên trong khi lập kế hoạch, song lại hết sức quan trọng và không thể thiếu được.

Đối với người thực thi, kết quả dự kiến là cái đích cần đạt được một cách cụ thể. Đối với người quản lý, đây là cơ sở để theo dõi tiến độ thực hiện và đánh giá khi kết thúc kế hoạch.

Kết quả dự kiến được nêu lên dưới dạng các con số cụ thể hay bằng tỷ lệ. Cũng có thể bằng tên những sản phẩm được hoàn thành.

Ví dụ: Lập được danh sách của tất cả phụ nữ có thai ngay từ tháng thai thứ hai. Kết quả dự kiến cũng có thể được nêu lên dưới dạng các chỉ số đánh giá. Ví dụ: Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ đạt 90%, không còn dịch sởi, không còn các trường hợp mới mắc bại liệt, 80% bà mẹ có kiến thức dinh dưỡng...

Dựa vào kết quả dự kiến với các mốc thời gian hoàn thành, giám đốc trung tâm y tế huyện có thể theo dõi tiến độ thực hiện kế hoạch, dựa vào các kết quả đạt được đối chiếu với kết quả dự kiến cho phép ta đánh giá tình hình sức khỏe, tình hình công tác y tế trong năm.

Dựa vào việc theo dõi tiến độ thực hiện kế hoạch, giám đốc trung tâm sẽ có một công cụ rất tốt để điều phối mọi hoạt động.

Ví dụ: Phân bố nội dung hoạt động, thời gian, nguồn lực và dự kiến kết quả trong kế hoạch hoạt động: “*Hạ thấp tỷ lệ uốn ván rốn ở các xã miền núi*”.

Mục tiêu: “*Hạ thấp tỷ lệ uốn ván rốn xuống dưới 1‰ tại các xã miền núi vào cuối năm 2003*”.

Giải pháp 1: Tiêm vaccin uốn ván cho các thai phụ.

Giải pháp 2: Huấn luyện cho bà đỡ biết làm rốn vô trùng.

Hoạt động	Thời gian (Ngày, tháng)		Người chủ trì	Người phối hợp	Người thực thi	Người giám sát	Nguồn và mức kinh phí vật tư	Kết quả dự kiến
	Từ	Đến						
Giải pháp 1 1.1 Lập danh sách thai phụ	12/01	20/01	Trưởng khoa sản BVH	Đội trưởng đội VSPD	Y sỹ/nữ hộ sinh trạm y tế các xã	Trưởng khoa sản BVH	-----	Có bản danh sách tất cả các thai phụ
1.2 Vận động bà mẹ đi khám thai	1/02	1/03	Trạm trưởng y tế xã	Hội trưởng phụ nữ nữ xã	Y sỹ/nữ hộ sinh trạm y tế xã	Trạm trưởng y tế xã	5 triệu, TTYT địa phương cấp	90% bà mẹ có thai đến khám và tiêm
1.3 Tổ chức điểm tiêm và tiến hành tiêm	2/03	30/04	Trạm trưởng trạm y tế xã	Cộng tác viên dân số	Y tế trạm y tế xã	Trạm trưởng y tế xã	500 liều vaccin, 10 triệu do TTYT địa phương cấp	90% bà mẹ có thai được tiêm đủ 3 mũi trước khi sinh
Giải pháp 2 2.1. Lập danh sách các bà đỡ trong vùng	15/04	30/04	Phụ trách	Trạm trưởng các trạm y tế xã	Cán Bộ Y tế các xã	Phụ trách công tác BVBMT		Có bản danh sách các bà đỡ sẵn sàng dự lớp
2.2. Tổ chức lớp đào tạo cho bà đỡ	16/05	30/05	Trưởng khoa sản BV địa phương	Nhân viên trong khoa sản	Khoa sản	Giám đốc TTYT địa phương	10 triệu	20 bà đỡ còn 5 xã vùng nên được học
2.3. Hướng dẫn bà đỡ đã được đào tạo tại TYT xã biết đỡ đẻ sạch	1/06	26/12	Trạm trưởng y tế xã	NHS trạm y tế xã	NHS trạm y tế xã	Trạm trưởng y tế xã		20 bà đỡ biết đỡ đẻ sạch

4. BÀI TẬP THỰC HÀNH

4.1. Bài tập tình huống tại lớp

Tình huống: Tại huyện A theo thống kê tình hình mắc sởi trong trẻ em ở 20 xã cho thấy: 15 xã không có dịch sởi trong 5 năm lại đây. Có 5 xã trong 3 năm lại đây có dịch nhỏ xảy ra cả trên trẻ lớn. Tỷ lệ tiêm phòng đủ 6 loại vắc xin chỉ đạt dưới 80% trong nhiều năm. 5 xã này đều là xã miền núi, dân nghèo, chủ yếu là người dân tộc thiểu số. Các trạm y tế đều có đủ biên chế, đủ trang thiết bị và thuốc theo quy định. Ở đây nguồn ngân sách hàng năm đều được cấp cao hơn so với 15 xã kia.

Bài tập: Hãy nêu vấn đề tồn tại và các nguyên nhân có thể gây ra vấn đề trên là gì? Sau khi đưa ra giả định về các nguyên nhân, hãy chọn vấn đề ưu tiên và giải pháp phù hợp. Lập kế hoạch hành động để giải quyết tình trạng trên.

4.2. Bài tập cho nội dung thực địa tại Trạm y tế xã

Thu thập các số liệu sẵn có về tình hình khám chữa bệnh và các hoạt động phòng bệnh của TYT xã trong 3-5 năm lại đây để mô tả thực trạng công tác y tế ở đây. Đối chiếu với những hoạt động hiện nay của TYT để nhận xét về tính hợp lý của kế hoạch hoạt động ở đây trong năm nay.

Hãy đề xuất một bản kế hoạch y tế hoạt động nhằm giải quyết một vấn đề tồn tại trong công tác y tế của xã này.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu khái niệm lập kế hoạch y tế.
2. Phân loại kế hoạch y tế.
3. Nêu tên 5 bước lập kế hoạch y tế.
4. Trình bày nội dung từng bước lập kế hoạch y tế.

ĐIỀU HÀNH VÀ GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ CÔNG CỘNG

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được các khái niệm điều hành, giám sát, kiểm tra, thanh tra, đánh giá.
2. Trình bày được các phương pháp điều hành, giám sát.
3. Mô tả được quy trình giám sát và các tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của giám sát viên.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM VÀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU HÀNH GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG Y TẾ

Lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch và đánh giá kế hoạch là ba hoạt động chính của chu trình quản lý kế hoạch. Cả ba hoạt động này đều rất quan trọng và đòi hỏi người quản lý có những kỹ năng và phương pháp nhất định. Một kế hoạch đưa ra dù có tốt đến đâu mà việc tiến hành không được theo dõi và giám sát thường xuyên thì cũng khó có thể đạt được kết quả tốt.

Điều hành là một hoạt động thường xuyên trong quá trình thực hiện kế hoạch, người quản lý phải xem xét các nguồn lực, các hoạt động, các điều kiện cho thực hiện kế hoạch nhằm đảm bảo cho các hoạt động được thực hiện theo đúng kế hoạch, đạt được mục tiêu đã đặt ra. Như vậy, quản lý thực hiện kế hoạch thực chất là hoạt động điều hành.

1.1. Phân biệt khái niệm điều hành, giám sát, kiểm tra, thanh tra và đánh giá

Điều hành thực chất gồm nhiều hoạt động như theo dõi, kiểm tra, giám sát, thanh tra và đánh giá các công việc đang được thực hiện theo kế hoạch. Các hoạt động này thực chất là hoạt động thu thập, xử lý, phân tích thông tin và ra quyết định với các mục đích khác nhau, hoạt động thường lồng ghép nhưng vẫn có những điểm khác nhau cơ bản.

Kiểm tra là xem xét việc thực hiện kế hoạch đến đâu, việc thực hiện mọi công việc có đúng quy định không, việc nào hoàn thành, việc nào chưa hoàn thành và lý do tại sao v.v. Theo dõi là quá trình thu thập thông tin liên quan đến tiến độ thực hiện các nội dung hoạt động đã vạch ra theo tiến trình thời gian. Theo dõi nhằm vào tiến độ thực hiện các nội dung công việc.

Giám sát là hoạt động để xem xét các công việc có được tiến hành theo đúng kỹ thuật hay không, có sai sót ở khâu nào và cần nhắc xem làm thế nào cho tốt. Thực tế đây là hoạt động hỗ trợ của người quản lý đối với người thực hiện. Giám sát nhằm vào mục tiêu kiểm soát chất lượng các nội dung công việc của một cá nhân, một đơn vị.

Thanh tra là những hoạt động để xem xét các công việc được tiến hành có đúng với các quy chế, hợp đồng, và pháp luật quy định hay không.

Đánh giá là hoạt động đo lường các kết quả đạt được của một chương trình hay một hoạt động nhằm mục đích xem xét các kết quả có đạt được như mục tiêu đặt ra hay không để từ đó có những quyết định điều chỉnh cho việc thực hiện tiếp theo hoặc chuẩn bị kế hoạch lần sau. Đánh giá trong quá trình điều hành thường là các đánh giá nhanh, đánh giá giữa kỳ, đánh giá giai đoạn để xem xét nhận định các công việc nhiệm vụ sau một thời gian thực hiện kế hoạch, từ đó có điều chỉnh để hướng các hoạt động tới việc hoàn thành mục tiêu hoặc điều chỉnh mục tiêu và hoạt động cho phù hợp với tình hình thực tế.

1.2. Khái niệm giám sát

Trên thực tế có nhiều khái niệm về giám sát đã được sử dụng. Giám sát có thể được định nghĩa là:

- Quá trình quản lý, chủ yếu là hỗ trợ/giúp đỡ về mặt kỹ thuật, tạo điều kiện để mọi người hoàn thành và nâng cao hiệu quả công việc. Như vậy giám sát về cơ bản là nhằm vào con người với khả năng và điều kiện làm việc và cả điều kiện sống của họ.
- Quá trình quản lý (thường là quản lý trực tiếp) trong đó giám sát viên xem xét tìm ra những khó khăn về mặt kỹ thuật của tuyến dưới rồi cùng bàn bạc với người được giám sát và người quản lý của tuyến dưới để cùng tìm ra các giải pháp để thực hiện hoạt động đó đúng kỹ thuật. Do vậy giám sát là một quá trình đào tạo tại chỗ.
- Giám sát là một hoạt động liên kết công việc giữa giám sát viên và người được giám sát mà qua đó người được giám sát thể hiện, mô tả, tiến hành và trao đổi về công việc của họ rồi nhận được phản hồi và những lời chỉ dẫn thích hợp từ giám sát viên. Như vậy mục đích của giám sát là nhằm giúp cho người được giám sát tăng cường những khả năng về đạo đức, niềm tin và tính sáng tạo trong công việc để từ đó đạt được kết quả tốt nhất trong công việc/ nhiệm vụ của họ.

Giám sát là một phần quan trọng của hoạt động điều hành, nó đóng góp vào việc hoàn thành kế hoạch thông qua việc nâng cao trình độ về chuyên môn kỹ thuật cho các nhân viên, thông qua quá trình tìm hiểu, chia sẻ và động viên giúp họ thực hiện tốt công việc được giao. Như các nhà chuyên môn đã nói *quản lý mà không giám sát là thả nổi quản lý*.

1.3. Vai trò của giám sát

Thực chất giám sát là quá trình đào tạo tại chỗ nên giám sát giúp cho cấp dưới thực hiện đúng các quy định về kỹ thuật (uốn nắn, đào tạo tại chỗ). Cấp trên nhiều khi không biết cấp dưới cần hỗ trợ về mặt nào và hỗ trợ như thế nào nếu không thông qua hoạt động giám sát vì mỗi cá thể trong mỗi hoàn cảnh có những khó khăn riêng trong quá trình thực hiện nhiệm vụ của mình mặc dù đó là những công việc mang tính chất kỹ thuật. Giám sát giúp người quản lý phát hiện và xác định được nhu cầu đào tạo của các cán bộ cấp dưới. Thông qua hoạt động giám sát người quản lý cũng phát hiện được các khó khăn gặp phải trong quá trình thực hiện để điều chỉnh, giải quyết hoặc đề xuất biện pháp giải quyết.

Thông qua việc thu thập, phân tích và xử lý thông tin trong quá trình giám sát, người quản lý có được những thông tin cần thiết cho việc lập kế hoạch tiếp theo.

Giám sát hỗ trợ cho việc triển khai kế hoạch đảm bảo cho kế hoạch được hoàn thành vì giám sát đào tạo, hỗ trợ người thực hiện kế hoạch.

Giám sát góp phần giúp thực hiện công việc theo đúng kế hoạch, đúng pháp luật/quy định.

Trong hệ thống y tế có sự phân cấp về kỹ thuật rõ ràng, ở tuyến dưới trình độ chuyên môn hoá thấp hơn so với tuyến trên nên giám sát từ tuyến trên giúp phát triển các kỹ năng ở tuyến dưới, từ đó giúp cho việc phát triển hệ thống y tế. Ngày nay diện phục vụ ở các tuyến dưới được mở rộng hơn (ví dụ như đưa bảo hiểm y tế về xã), giám sát giúp đảm bảo chất lượng phục vụ y tế ở tuyến dưới là không quá khác so với tuyến trên về cùng một loại dịch vụ.

Chú ý: Giám sát tình hình bệnh tật, dịch tễ học. Giám sát nguy cơ môi trường không nằm trong khái niệm giám sát thuộc lĩnh vực quản lý.

2. PHƯƠNG PHÁP GIÁM SÁT

Giám sát có thể được tiến hành đột xuất hay định kỳ. Giám sát có thể là giám sát trực tiếp, tức là giám sát viên giao việc và quan sát cấp dưới thực hiện công việc một cách trực tiếp; hoặc là giám sát gián tiếp khi giám sát viên chủ yếu xem xét, phân tích các sổ sách, báo cáo từ đó nhận định chất lượng và tìm ra những điểm yếu của tuyến dưới, cấp dưới để hỗ trợ, uốn nắn.

Giám sát thực chất là quá trình thu thập, phân tích, xử lý và trao đổi thông tin giữa giám sát viên với người được giám sát. Phương pháp giám sát là cách thức để thu thập và trao đổi thông tin. Có nhiều phương pháp giám sát nhưng có thể chia thành các nhóm như sau:

2.1. Quan sát

Với phương pháp này, giám sát viên phải trực tiếp quan sát các thao tác kỹ thuật của một hoạt động y tế cụ thể được thực hiện bởi đối tượng giám sát. Trong khi quan sát giám sát viên còn phải lắng nghe từ phía đối tượng để từ đó xem đối tượng đã làm đúng kỹ thuật hay chưa, có gì làm chưa đúng, cần uốn nắn, giúp đỡ thì giám sát viên có thể tham gia vào một thời điểm thích hợp. Điều quan trọng là giám sát viên cần gợi ý, hướng dẫn, động viên đối tượng hơn là làm thay cho đối tượng. Trong quá trình quan sát, giám sát viên có thể sử dụng các bảng kiểm hoặc không sử dụng tùy theo từng trường hợp cụ thể. Sử dụng bảng kiểm có rất nhiều ưu điểm, trong đó giám sát viên biết rõ được nội dung và yêu cầu đúng của quy trình kỹ thuật cần thực hiện.

2.2. Phỏng vấn

Khi cần thu thập thông tin thì có thể tiến hành phỏng vấn. Có thể phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn hoặc phỏng vấn sâu, phỏng vấn tự do. Đối tượng phỏng vấn có thể là

cán Bộ Y tế, người thực hiện các hoạt động y tế công cộng hay những người có liên quan đến các hoạt động cần giám sát. Để thu thập đủ và đúng các thông tin cần thiết, người phỏng vấn phải có kỹ năng phỏng vấn tốt.

2.3. Thảo luận

Có thể tổ chức thảo luận sau khi quan sát, sau khi phỏng vấn hoặc chỉ thảo luận đơn thuần. Thảo luận có thể được thực hiện khi có giám sát của tuyến trên hoặc có thể là những cuộc họp thông thường mà qua đó báo cáo, xem xét quá trình thực hiện các công việc trong bối cảnh cụ thể đang có gì diễn ra, có những thuận lợi và khó khăn gì, nguyên nhân và cách giải quyết v.v...

2.4. Xem xét các báo cáo

Báo cáo có thể là báo cáo có sẵn trên giấy tờ, hoặc báo cáo miệng. Việc này có thể làm tại cơ sở hoặc tại tuyến trên. Từ những thông tin trên báo cáo, giám sát viên phân tích và rút ra những nhận xét, kết luận, gợi ý giúp cho các cơ sở hoạt động tốt hơn. Phương pháp này có thể được thực hiện ngay cả khi giám sát viên không được tiếp xúc với đối tượng. Phương pháp xem xét các báo cáo thường nhanh.

3. TIÊU CHUẨN VÀ CHỨC NĂNG CỦA GIÁM SÁT VIÊN

3.1. Thành phần giám sát viên

Nhiều người có thể tham gia công việc giám sát. Giám sát viên thường là:

- Những người quản lý, lãnh đạo.
- Cán bộ, chuyên viên về chuyên môn kỹ thuật cùng với nội dung giám sát được đào tạo về kỹ năng nghiệp vụ giám sát.
- Các cán bộ liên quan đến công việc giám sát
- Các cán bộ địa phương liên quan tới công việc giám sát

3.2. Tiêu chuẩn của giám sát viên

Là người nắm vững nội dung công tác chuyên môn liên quan đến công việc được giám sát cũng như có kỹ năng tốt trong nội dung chuyên môn đó. Giám sát viên phải biết trình diễn, mô phỏng và hướng dẫn cho nhân viên của mình tiến hành công việc. Không có giám sát viên nào có thể làm tốt công việc giám sát nếu như giám sát viên đó không làm được những việc mà người được giám sát mong đợi.

Có hành vi ứng xử tốt, có khả năng nói chuyện và đối xử thân mật với cấp dưới, lịch sự trong giao tiếp với cấp dưới và là người vững vàng, kiên quyết trong những lúc cần thiết. Giám sát viên phải là người biết lắng nghe ý kiến của người được giám sát. Chỉ với những đức tính đó giám sát viên mới có khả năng tìm hiểu, phát hiện và xác định vấn đề hiện có của cấp dưới để hỗ trợ, giúp đỡ và cùng với họ giải quyết vấn đề.

Là người đã, đang làm công việc được giám sát và được đào tạo thêm về chuyên môn và nghiệp vụ giám sát.

Là người có khả năng lãnh đạo:

- Liên hệ, phối hợp với nhân viên dưới quyền.

- Có trách nhiệm với công việc, gương mẫu.
- Khách quan.
- Hiểu cấp dưới.
- Có khả năng quyết định và giải quyết các tồn tại và yêu cầu của cấp dưới.
- Đi sâu và hướng dẫn hơn là tìm ra lỗi của cấp dưới để chỉ trích và truy xét.
- Gần gũi, giúp đỡ cấp dưới nhiệt tình, có trách nhiệm.

Đối với giám sát viên quản lý thì phải là nhà quản lý tốt, biết lập kế hoạch, tổ chức, theo dõi và điều hành các hoạt động.

Hiện nay, giám sát viên thường là cán bộ chuyên môn hoặc quản lý của tuyến trên được giao nhiệm vụ chỉ đạo tuyến đối với một địa bàn hoặc lĩnh vực chuyên môn nhất định. Còn nhiều giám sát viên loại này chưa được trang bị đầy đủ kiến thức cũng như kỹ năng giám sát.

3.3. Chức năng nhiệm vụ của giám sát viên

Hỗ trợ các đối tượng được giám sát về các vấn đề chuyên môn kỹ thuật. Cụ thể là giám sát viên cùng với đối tượng, cơ sở được giám sát tìm hiểu, phát hiện các vấn đề, các khó khăn, tồn tại rồi giúp họ đưa ra các biện pháp giải quyết và thực hiện các biện pháp đó.

Chia sẻ động viên đối tượng nhằm giúp đối tượng hoàn thành tốt công việc.

Hỗ trợ các đối tượng được giám sát trong chăm sóc sức khỏe và quản lý kỹ thuật.

Giúp đỡ tạo nên uy tín của đối tượng giám sát trong cộng đồng.

Giải quyết các thắc mắc, xung đột và các vấn đề kỷ luật.

4. QUY TRÌNH GIÁM SÁT

4.1. Chuẩn bị

Xác định các vấn đề dịch vụ cần giám sát: Trong thực tế để thực hiện kế hoạch có thể có rất nhiều hoạt động được tiến hành trong cùng một khoảng thời gian, ở cùng một địa điểm vì vậy người quản lý cần xác định xem những vấn đề nào cần thiết được giám sát. Các vấn đề cần giám sát thường là những công việc, hoạt động hay có sai phạm trong khi thực hiện, kỹ thuật khó hoặc các nhân viên được nhận định là chưa thành thạo về công việc và hoạt động đó hoặc ý thức của nhân viên chưa tốt hoặc công việc đó lần đầu được áp dụng.

Chọn ưu tiên giám sát: Với những nguồn lực hạn chế chúng ta không thể tiến hành giám sát mọi hoạt động, ở mọi nơi. Vì vậy phải chọn ưu tiên giám sát những hoạt động cần thiết nhất, quan trọng nhất. *(Xem ví dụ ở Bảng chọn các ưu tiên các hoạt động giám sát ở trang 126).*

Đọc tài liệu liên quan đến nội dung giám sát, đặc điểm của nơi giám sát và đối tượng của giám sát.

Dự kiến giải pháp giải quyết phù hợp, chuẩn bị nguồn lực.

Chuẩn bị nguồn lực cho thực hiện giám sát. Nguồn lực ở đây bao gồm con người, cơ sở vật chất, tiền bạc và các trang thiết bị cần thiết cho quá trình giám sát.

Ví dụ: Bảng chọn các ưu tiên các hoạt động giám sát

Vấn đề tồn tại	Các nguyên nhân có thể	Những ưu tiên của hoạt động giám sát
Tỷ lệ khám thai thấp	<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục sức khoẻ cho bà mẹ chưa tốt. - Tổ chức khám thai chưa thuận tiện. - Y sỹ sản nhi dành ít thời gian cho việc khám thai. - Trạm trưởng, uỷ ban nhân dân và hội phụ nữ chưa quan tâm đúng mức. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giám sát hoạt động giáo dục sức khoẻ. - Xem xét tổ chức khám thai. - Xem thời gian biểu của y sỹ sản nhi. - Nhắc nhở trạm trưởng gặp uỷ ban nhân dân, hội phụ nữ đề xuất ý kiến hỗ trợ.
Tỷ lệ sinh con thứ 3 cao	<ul style="list-style-type: none"> - Giáo dục dân số chưa tốt. - Tổ chức đặt vòng chưa tốt. - Thiếu các phương tiện tránh thai thay thế đặt vòng. - Chưa triển khai hút ĐHKH, nạo thai ở trạm y tế cơ sở. - Phối hợp các ngành yếu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra hình thức giáo dục sức khoẻ. - Xem xét khó khăn trong tổ chức đặt vòng. - Xem xét việc cung cấp bao cao su, thuốc tránh thai. - Xem xét khả năng tổ chức hút điều hoà kinh nguyệt ở xã. - Gặp hội phụ nữ xã đề nghị hỗ trợ

Xây dựng danh mục giám sát (bảng kiểm giám sát): trong giám sát, các giám sát viên thường sử dụng các bảng kiểm để hỗ trợ cho quá trình quan sát trực tiếp cũng như xem xét các báo cáo. Bảng kiểm giúp cho người giám sát không bỏ sót các nội dung cần giám sát cũng như lưu lại các thông tin thu thập được trong quá trình giám sát. Khi xây dựng bảng kiểm cần chú ý những điểm sau:

- Nguyên tắc cơ bản là các danh mục được soạn thảo đầy đủ ở mức độ cần thiết, phù hợp với điều kiện cụ thể của đối tượng được giám sát.
- Bảng kiểm không phải là để đánh giá thi đua mà là để rà soát lại công việc, kỹ thuật xem có đủ, đúng không để phát hiện những chỗ cần sửa, những điểm cần làm tốt để động viên.
- Cuối bảng kiểm bao giờ cũng có phần ghi biên bản, thống nhất về những điểm làm được, những điểm sai cần hỗ trợ, thời hạn hỗ trợ.

- Mức độ và tính chất của bảng kiểm giám sát khác nhau tùy theo đơn vị được giám sát. Không nên đặt sẵn một bảng kiểm giám sát chung cho mọi cơ sở, mọi nội dung.

Ví dụ 1:

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ THAI NGHÉN

Trung tâm y tế huyện:

Xã :

Người được giám sát :

Giám sát viên :

Thời gian giám sát : NgàyThángNăm

Hoạt động	Không làm	Có làm	
		Đúng	Sai
Khám thai:			
1. Hỏi ít nhất 3 câu về tiền sử thai nghén			
2. Hỏi tỷ mỉ về biểu hiện thai nghén lần này			
3. Đo chiều cao tử cung, vòng bụng			
4. Nghe tim thai			
5. Khám phụ			
6. Đo huyết áp			
7. Khám thiếu máu			
.....			
10. Dặn dò bà mẹ phải ăn nhiều hơn, đủ chất			
12. Dặn dò: Khi thấy có những biểu hiện khác thường (đau bụng, ra máu, phù...) phải đi khám ngay			

Nhận xét và rút kinh nghiệm

Ví dụ 2:

**BẢNG KIỂM NHỮNG YÊU CẦU CỦA MỘT BẢN KẾ HOẠCH
HÀNH ĐỘNG Y TẾ XÃ/ PHƯỜNG**

Cơ sở được giám sát : Xãhuyện..... tỉnh.....

Đối tượng giám sát :

Họ và tên giám sát viên:

Ngày giám sát : Ngày.....tháng.....năm 200

TT	Những yêu cầu	Không làm	Có làm với mức độ		
			1	2	3
1	Bản kế hoạch có tên gọi rõ ràng				
2	Tên bản kế hoạch phù hợp với vấn đề sức khỏe cần giải quyết				
3	Có xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên cho kế hoạch.				
4	Có sử dụng số liệu thống kê và bảng chứng để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên				
5	Vấn đề sức khỏe ưu tiên có phù hợp với thực tế cộng đồng				
6	Có phân tích & xác định nguyên nhân				
7	Bản kế hoạch có mục tiêu				
8	Mục tiêu viết đúng, đầy đủ các yêu cầu kỹ thuật				
9	Mục tiêu đặc thù cho vấn đề sức khỏe ưu tiên				
10	Mục tiêu có tính thực thi/ khả thi				
11	Bản kế hoạch có các giải pháp				

12	Giải pháp phù hợp với mục tiêu				
13	Giải pháp đã có đủ các nguồn lực để thực hiện				
14	Hoạt động phù hợp và khả thi với từng giải pháp				
15	Từng hoạt động có phân bố thời gian, hoặc có mốc thời gian thực hiện				
16	Từng hoạt động có địa điểm thực hiện				
17	Từng hoạt động có người chủ trì				
18	Từng hoạt động có người thực thi				
19	Từng hoạt động có người giám sát				
20	Từng hoạt động có dự trù kinh phí và vật tư/ tài sản				
21	Từng hoạt động có dự kiến kết quả cụ thể				
22	Bản kế hoạch được duyệt bởi lãnh đạo các cấp có thẩm quyền.				
23	Bản kế hoạch được triển khai thực hiện				

Các nhận xét bổ sung thêm:

Ví dụ 3:

BẢNG KIỂM NỘI DUNG QUẢN LÝ THÔNG TIN CỦA TRẠM Y TẾ XÃ

Trạm y tế xãhuyện..... tỉnh.....

Đối tượng được giám sát:

Họ và tên giám sát viên :

Ngày giám sát: Ngày.....tháng.....năm 200

TT	Những yêu cầu	Không làm	Có làm với mức độ		
			1	2	3
1	Trạm y tế có bản phân công công việc thống kê y tế cho cán Bộ Y tế				
2	Trạm y tế có bản quy định nhiệm vụ, trách nhiệm về ghi chép, làm báo cáo, gửi báo cáo, lưu giữ, bảo quản sổ sách, số liệu thống kê y tế				
3	TYTX có đầy đủ 10 loại sổ ghi chép ban đầu (A ₁ YTCS - A ₁₀ YTCS) theo đúng mẫu quy định của Bộ Y tế.				
4	Các sổ ghi chép ban đầu (A ₁ YTCS - A ₁₀ YTCS) có ghi chép và ghi đầy đủ, đúng, rõ ràng các cột mục				
5	TYTX có đầy đủ báo cáo thống kê y tế xã theo kỳ hạn & đầy đủ số liệu, thông tin trong 7 biểu mẫu quy định của Bộ Y tế.				
6	TYTX có cán bộ chuyên trách về thống kê y tế.				
7	Các cán bộ không chuyên trách về thống kê y tế được đào tạo về thống kê y tế.				
8	Trạm y tế xã có sách “ <i>Hướng dẫn tính toán chỉ tiêu cơ bản ngành y tế</i> ” do Bộ Y tế xuất bản năm 2003				
9	TYTX có “ <i>Danh mục chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở</i> ” do Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 2553/ 2002/ QĐ-BYT ngày 04/ 7/ 2002				
10	Các chỉ tiêu y tế xã được tính theo cách tính trong “ <i>Hướng dẫn tính toán chỉ tiêu cơ bản ngành y tế</i> ”				
11	Trạm y tế có nơi lưu giữ và bảo quản các sổ sách báo cáo thống kê y tế				
12	Thường xuyên có giám sát và kiểm tra việc ghi chép, làm báo cáo thống kê y tế của cán bộ chuyên trách hay cán bộ kiêm nhiệm				

Các nhận xét bổ sung thêm:

Ví dụ 4:

**BẢNG KIỂM VỀ NỘI DUNG BÁO CÁO TỔNG KẾT CÔNG TÁC Y TẾ NĂM
CỦA Y TẾ XÃ/ PHƯỜNG**

Trạm y tế xãhuyện..... tỉnh.....

Trạm y tế xã có Bản báo cáo tổng kết công tác y tế năm không? Có Không

Tên của Bản báo cáo tổng kết công tác y tế năm :

Họ & tên người được giám sát :

Ngày giám sát: Ngày.....tháng.....năm 200

TT	Những yêu cầu	Không làm	Có làm với mức độ		
			1	2	3
1	TYTX có “ <i>Báo cáo tổng kết công tác y tế xã năm X.</i> ”				
2	Báo cáo có phần <i>mở đầu</i>				
3	Trong phần <i>mở đầu</i> có nêu những lý do và mục đích của báo cáo				
4	Báo cáo có phần <i>Tình hình và đặc điểm của xã</i>				
5	Trong phần <i>Tình hình và đặc điểm của xã</i> có nêu những đặc điểm về dân số, KT-VH-XH				
6	Trong phần <i>Tình hình và đặc điểm của xã</i> có nêu những điểm nổi bật về sức khỏe, bệnh tật và công tác CSSK của xã năm trước.				
7	Trong phần <i>Tình hình và đặc điểm của xã</i> có nêu mục tiêu và chỉ tiêu y tế của năm X				
8	Trong phần <i>Tình hình và đặc điểm của xã</i> có nêu những khó khăn, thuận lợi thực hiện kế hoạch năm X				
9	Báo cáo có phần <i>Tình hình thực hiện kế hoạch y tế năm X</i>				
10	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện công tác vệ sinh, phòng chống dịch bệnh và giáo dục sức khỏe.</i>				

11	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện công tác khám chữa bệnh và phục hồi chức năng.</i>				
12	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện các chương trình y tế của ngành, địa phương.</i>				
13	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện công tác CSSK trẻ em.</i>				
14	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện công tác CSSK Bà mẹ và KHHGD.</i>				
15	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện công tác tổ chức và quản lý Trạm y tế xã; y tế thông bản; y tế tư nhân</i>				
16	Báo cáo có nội dung <i>Thực hiện các chế độ chính sách y tế trên địa bàn xã</i>				
17	Báo cáo có nội dung <i>Sự tham gia của cộng đồng vào công tác chăm sóc sức khỏe</i>				
18	Báo cáo có nội dung <i>Sự chỉ đạo của tuyến trên: TTYT huyện</i>				
19	Trong các nội dung: <i>Tình hình thực hiện kế hoạch y tế năm X</i> có đưa ra các chỉ số sức khỏe đặc thù cho từng nội dung				
20	Các chỉ số sức khỏe sử dụng trong từng nội dung có được tính từ số liệu trong các sổ sách thống kê y tế xã				
21	Các chỉ số SK được sử dụng trong từng nội dung có được trình bày thành bảng, biểu đồ hay đồ thị				
22	Các chỉ số sức khỏe được sử dụng trong từng nội dung có so sánh, đối chiếu với mục tiêu kế hoạch .				
23	TYTX có “ <i>Báo cáo tổng kết công tác y tế xã năm X</i> ”				
24	Các chỉ số sức khỏe được sử dụng trong từng nội dung có so sánh, đối chiếu với các năm khác hoặc với các xã khác trong huyện				
25	Báo cáo có mục <i>Đánh giá chung: Những ưu điểm, tồn tại chính và những kiến nghị</i>				
26	Báo cáo có mục <i>Phương hướng chính của năm tới</i>				

Các nhận xét bổ sung thêm:

4.2. Triển khai giám sát

Dựa trên kế hoạch đã lập, tổ chức triển khai giám sát. Trong khi thực hiện giám sát phải trả lời các câu hỏi sau:

- Đối tượng có hiểu rõ mục tiêu công việc của họ và trách nhiệm của họ đối với công việc đó không?
- Các công việc được đối tượng tổ chức như thế nào và nhiệm vụ của họ là gì?
- Đối tượng giải quyết các vấn đề và các khó khăn trong công việc như thế nào?
- Đối tượng có áp dụng được các kỹ thuật cao, các quy định về đạo đức và luật pháp trong công việc của họ không?
- Cần thiết phải hỗ trợ gì về kỹ thuật, về con người để đối tượng làm việc một cách có hiệu quả.
- Những biện pháp nào có thể tăng cường khả năng làm việc của đối tượng?

4.3. Những hoạt động sau giám sát

- Phân tích thông tin thu được qua giám sát.
- Đánh giá.
- Viết báo cáo giám sát, thông báo cho các cơ quan liên quan về kết quả của giám sát.
- Lập kế hoạch hỗ trợ, tìm cách hỗ trợ, giúp đỡ cơ sở giải quyết khó khăn (đã phát hiện qua giám sát) để hoàn thành kế hoạch, nhiệm vụ.
- Gửi báo cáo thông tin tới nơi cần thiết: Lãnh đạo, cơ sở/ cấp dưới, cấp trên (nếu cần).
- Lập kế hoạch can thiệp tiếp nếu vấn đề vẫn còn tồn tại.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Phân biệt các khái niệm điều hành, giám sát, kiểm tra, thanh tra, đánh giá.
2. Trình bày tiêu chuẩn và chức năng của giám sát viên.
3. Trình bày các phương pháp giám sát.
4. Trình bày nội dung chuẩn bị cho cuộc giám sát chương trình/ hoạt động y tế.
5. Trình bày nội dung triển khai giám sát chương trình/ hoạt động y tế.
6. Trình bày hoạt động sau giám sát chương trình/ hoạt động y tế.

QUẢN LÝ NHÂN LỰC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng và một số nguyên tắc quản lý nhân lực y tế.
2. Liệt kê được các nội dung cơ bản của quản lý nhân lực.
3. Trình bày được một số phương pháp quản lý nhân lực.
4. Phân tích được vai trò cơ bản của làm việc nhóm và các yếu tố chính ảnh hưởng đến làm việc nhóm.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ NHÂN LỰC

1.1. Tầm quan trọng của nhân lực trong chăm sóc sức khỏe

Thực hiện chăm sóc sức khỏe cần nhiều loại nguồn lực khác nhau nhưng nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất trong các nguồn lực. Nguồn nhân lực quyết định toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các hoạt động và dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Các cơ sở y tế, các nhà quản lý nếu không chú ý đến quản lý và phát triển nhân lực đúng mức sẽ không thể hoàn thành được nhiệm vụ của cơ sở mình, vì thế nhiệm vụ quản lý nhân lực cần được mọi cán bộ, đặc biệt là các cán bộ quản lý có nhận thức đầy đủ và quan tâm đúng mức đến công tác quản lý nhân lực.

Quản lý nhân lực chặt chẽ nhằm góp phần thực hiện công tác quy hoạch và phát triển, bồi dưỡng cán bộ ngày càng hợp lý, góp phần đảm bảo số lượng, chất lượng cán bộ, nâng cao chất lượng toàn diện mọi mặt công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Mọi cá nhân, mọi cơ sở đều cần thực hiện quản lý nhân lực trong phạm vi trách nhiệm của mình. Quản lý tốt nguồn nhân lực cũng có nghĩa là phải xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực hợp lý, xác định các loại hình cán bộ và tổ chức đào tạo, triển khai và sử dụng đúng số lượng, đúng khả năng và trình độ ngành đào tạo của cán bộ.

1.2. Một số nguyên tắc trong quản lý nhân lực

1.2.1. Đảm bảo tuyển dụng nhân lực và bố trí nhân lực theo quy định chung

Thực hiện các quy định về hợp đồng, tuyển dụng nhân lực theo luật lao động của Nhà nước. Tuyển dụng và bố trí cán bộ công chức phải phù hợp với ngành nghề được đào tạo và có quan tâm đến khả năng của họ. Đảm bảo số biên chế theo quy định hiện hành của Nhà nước và nghĩa vụ quyền lợi của cán bộ công chức trong cơ quan, tổ chức. Quy hoạch đội ngũ cán bộ công chức, tiến tới thực hiện đồng bộ tiêu chuẩn hoá cán bộ công chức cho các vị trí công tác để đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân.

1.2.2. Quyết định phân công nhiệm vụ cho cán bộ hợp lý để phát huy tối đa hiệu quả của nguồn nhân lực hiện có

Phân công nhiệm vụ một cách hợp lý là một trong các nội dung cơ bản của quản lý nhân lực y tế. Phân công nhân lực hợp lý nhằm phát huy tối đa khả năng của cán bộ và đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ của tổ chức, đồng thời đảm bảo tính công bằng, từ đó động viên được cán bộ thực hiện nhiệm vụ của mình.

1.2.3. Chú trọng quy hoạch bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực

Làm tốt công tác quy hoạch, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực là một yêu cầu nhằm đảm bảo cho quá trình phát triển cơ quan tổ chức. Các nhà quản lý phải thấy được tầm quan trọng của vấn đề này để có kế hoạch bồi dưỡng, phát triển nguồn nhân lực hợp lý, vừa đảm bảo hoàn thành nhiệm vụ của cơ quan tổ chức, vừa tạo điều kiện thuận lợi động viên khuyến khích cán bộ có thể học tập nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ và tổ chức quản lý. Cần chủ động trong đào tạo cán bộ, tránh tình trạng hụt hẫng cán bộ trong các giai đoạn chuyển giao cán bộ. Bản thân mỗi cán bộ cũng cần có kế hoạch tự học tập vươn lên để tự khẳng định khả năng, năng lực của mình, đáp ứng được yêu cầu, nhiệm vụ trong cơ quan, tổ chức.

2. CÁC NỘI DUNG CHỦ YẾU CỦA QUẢN LÝ NHÂN LỰC

2.1. Nắm chắc tất cả nguồn nhân lực hiện có

Bộ phận quản lý nhân lực trong mỗi đơn vị y tế cần nắm được các loại nhân lực hiện có về các đặc tính cá nhân như tuổi, giới, nghề nghiệp, quá trình đào tạo, năm tuyển dụng, quá trình công tác, vị trí chức năng nhiệm vụ của mỗi cán bộ v.v..., đây là các thông tin cơ bản, cần thiết về nhân lực y tế, cho biết tổng thể về nhân lực, làm cơ sở cho mọi hoạt động quản lý và phát triển nhân lực của cơ quan tổ chức.

2.2. Sử dụng tốt nguồn nhân lực hiện có

Một nội dung quản lý nhân lực quan trọng là sử dụng tốt nguồn nhân lực hiện có và có kế hoạch bồi dưỡng nhân lực hợp lý để hoàn thành tốt chức năng, nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức và có thể đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe hiện tại và tương lai. Để sử dụng tốt nguồn nhân lực cần có bản mô tả rõ chức năng nhiệm vụ của mỗi cá nhân, mỗi bộ phận. Sự phân công nhiệm vụ phải cụ thể, rõ ràng, dựa trên nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức và khả năng cán bộ, có cân nhắc đến nguyện vọng cá nhân. Khi phân công nhiệm vụ cần phải trả lời câu hỏi: Ai làm nhiệm vụ gì, chịu sự chỉ đạo, giám sát điều hành của ai. Phân công nhiệm vụ cho cán bộ một cách công bằng và hợp lý cũng là một động lực quan trọng để cán bộ tin tưởng vào lãnh đạo trong tổ chức và làm việc tự nguyện, tự giác. Trực tiếp quản lý, sử dụng cán bộ là thủ trưởng các đơn vị. Cán Bộ Y tế thuộc cơ sở nào thì chịu sự phân công nhiệm vụ của thủ trưởng trực tiếp cơ sở đó.

2.3. Có kế hoạch phát triển nhân lực

Quản lý tốt nguồn nhân lực cũng có nghĩa là phải có kế hoạch phát triển nhân lực hợp lý, bao gồm cả việc bồi dưỡng đào tạo tại chỗ, đào tạo lại cho cán bộ. Cần xác định các hình thức đào tạo phù hợp cho mỗi loại cán bộ. Triển khai và sử dụng đúng số lượng, đúng khả năng, trình độ ngành nghề mà cán bộ đã được đào tạo. Đảm bảo cơ cấu tỷ lệ hợp lý các loại cán bộ như y tá/bác sỹ, kỹ thuật viên y/ bác sỹ, nữ hộ sinh/ bác sỹ, trung cấp, đại học và sau đại học. Mỗi đơn vị cần xác định nhu cầu cán bộ và

xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển nhân lực y tế cụ thể. Kế hoạch phát triển nhân lực y tế cần được lồng vào toàn bộ kế hoạch y tế, đảm bảo được sự phát triển cân đối hài hoà giữa số lượng, trình độ cán bộ với cơ sở vật chất kỹ thuật, trang thiết bị. Phát triển nhân lực y tế phải được thực hiện ở tất các cấp khác nhau của dịch vụ chăm sóc sức khỏe và có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ sở đào tạo với cơ sở tiếp nhận và cung cấp dịch vụ y tế.

Các cơ quan đào tạo cần nhạy bén trong xác định nhu cầu đào tạo để có thể đáp ứng kịp thời những đổi mới trong hệ thống chăm sóc sức khỏe và thực hiện các hoạt động phù hợp với đường lối kế hoạch phát triển chung của ngành y tế cũng như của xã hội. Chương trình đào tạo của các cơ sở đào tạo cần được sửa đổi, bổ sung, chú trọng đến đào tạo kỹ năng, tạo ra và sử dụng môi trường cho sinh viên học tập giống như môi trường sau này họ hành nghề trong tương lai.

Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực định hướng cho cán bộ là tạo điều kiện thuận lợi để nhân viên y tế có thể tự rèn luyện nâng cao kiến thức, kỹ năng, thái độ, đáp ứng tối đa đòi hỏi của thực tế trong hoạt động của hệ thống y tế hiện tại và trong tương lai. Xây dựng kế hoạch phát triển nhân lực là một trong các nội dung quản lý nhân lực quan trọng nhằm động viên cán bộ và tạo ra động lực để nâng cao năng lực cán bộ, không ngừng đáp ứng nhu cầu ngày càng cao về công tác chăm sóc sức khỏe. Yêu cầu của kế hoạch phát triển nhân lực nhằm:

- Đáp ứng tối đa nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.
- Xây dựng năng lực cho cán bộ làm việc có hiệu quả, với những kỹ năng chuyên môn và quản lý thích hợp, phù hợp với tổ chức, nhóm công tác cũng như khi làm việc độc lập.
- Đào tạo các cá nhân làm việc có hiệu quả trong các nhóm y tế tổng hợp như một thành viên tích cực hay như một người lãnh đạo trong nhóm.
- Nâng cao kỹ năng giao tiếp của cán Bộ Y tế với những người lãnh đạo cộng đồng, cộng đồng và với những người sử dụng dịch vụ để có được sự tham gia của họ vào các chương trình và hoạt động chăm sóc sức khỏe.
- Động viên cách sống lành mạnh thông qua việc nâng cao sức khỏe, phòng bệnh và các chương trình giáo dục sức khỏe trên cơ sở cá nhân và cộng đồng cùng chia sẻ trách nhiệm.
- Theo dõi và áp dụng những tiến bộ mới nhất của khoa học sức khỏe và đánh giá có phê phán sự thích hợp của các kỹ thuật chăm sóc sức khỏe.
- Đưa ra những quyết định chính xác, khả thi phù hợp với thực tế trong lĩnh vực công tác của mỗi cán Bộ Y tế.
- Làm cho mỗi cán Bộ Y tế tự phát triển vươn lên, đáp ứng nhu cầu thay đổi khác nhau trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
- Đảm bảo sự đoàn kết nhất trí trong mỗi đơn vị, phấn đấu vì mục tiêu của tổ chức.

2.4. Động viên khuyến khích cán bộ

Động viên khuyến khích cán bộ là một nội dung không thể thiếu trong công tác quản lý cán bộ, là động cơ thúc đẩy cán bộ vươn lên hoàn thành nhiệm vụ và phát triển

năng lực cá nhân. Mỗi người trong cuộc sống đều có những nhu cầu theo thứ tự từ thấp lên cao, đó là các nhu cầu về sinh lý, nhu cầu an toàn, nhu cầu xã hội, nhu cầu xác định mình và tự khẳng định hoàn thiện mình. Khi thực hiện nhiệm vụ các cán bộ đều mong muốn được thoả mãn những nhu cầu của mình. Động viên khuyến khích cán bộ là làm cho cán bộ được hài lòng, phấn đấu vươn lên để hoàn thành nhiệm vụ, có nghĩa là làm thoả mãn nhu cầu của cán bộ. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến động cơ làm việc của một người, thông thường đó là các yếu tố: Nhu cầu về sự thành đạt, nhu cầu được xác định vai trò của mình trong nhóm, được ủy quyền, nhu cầu địa vị, sự kính trọng, tin tưởng v.v... Người quản lý có trách nhiệm động viên, khuyến khích cán bộ thực hiện mục tiêu của tổ chức bằng nhiều biện pháp thích hợp. Phát huy vai trò của người quản lý trong tổ chức để kịp thời động viên cán bộ như:

- Đổi mới, sáng tạo trong quản lý;
- Chia sẻ thông tin, truyền thông rõ ràng trong tổ chức;
- Khuyến khích động viên cán bộ kịp thời bằng các biện pháp:
 - + Đối xử công bằng và bình đẳng với mọi người;
 - + Đánh giá đúng các thành công của cán bộ;
 - + Khen thưởng kịp thời;
 - + Đề bạt kịp thời những người có khả năng;
 - + Đào tạo bồi dưỡng cán bộ thường xuyên;
 - + Khuyến khích, phối hợp hoạt động trong nhóm;
 - + Phát hiện và giải quyết xung đột hợp lý để đảm bảo tính bền vững và phát triển của tập thể.

3. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ NHÂN LỰC

3.1. Quản lý theo công việc

Để quản lý theo công việc phải thực hiện phân công nhiệm vụ cho cán bộ một cách hợp lý, đây chính là một nội dung cơ bản của quản lý nhân lực y tế. Khi phân công nhiệm vụ cho cán bộ cần chú ý một số vấn đề sau:

- Hiểu rõ chức năng nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức là gì.
- Nguồn nhân lực hiện có của cơ sở là bao nhiêu.
- Trình độ và năng lực của cán bộ như thế nào.
- Các điều kiện có ảnh hưởng đến sự phân công nhân lực (nhu cầu chăm sóc sức khỏe, dịch bệnh, tình hình kinh tế, xã hội, địa lý).
- Dự kiến khả năng thay đổi, phát triển của cơ quan, tổ chức trong tương lai gần cũng như tương lai xa.
- Nhu cầu về thay thế, bồi dưỡng, bổ sung nhân lực của từng bộ phận trong tổ chức.
- Những đơn vị, bộ phận mới sẽ hình thành và phát triển trong tương lai.
- Những chủ trương chính sách về nhân lực của Nhà nước và địa phương.

Từ chức năng nhiệm vụ, đặc điểm, số lượng, trình độ cán bộ của cơ sở, thủ trưởng đơn vị sẽ quyết định việc phân công công việc cho từng cán bộ trong một giai đoạn thời gian nhất định, phù hợp với nguồn nhân lực và khả năng cán bộ.

Mỗi cán bộ cần lập một bản chức trách cá nhân, xác định quyền hạn và trách nhiệm nhiệm vụ của mình, liệt kê các công việc phải làm, phải phối hợp với ai, chịu trách nhiệm trước ai và có bản lịch trình thực hiện công việc.

Với phương pháp quản lý nhân lực theo công việc thì đánh giá cán bộ chủ yếu là thông qua kết quả hoàn thành công việc đã được giao.

Quản lý nhân lực theo công việc thường đem lại hiệu quả cao, cán bộ có trách nhiệm trong công việc được giao, phát huy được tính chủ động hoàn thành nhiệm vụ. Tuy vậy quản lý theo công việc đôi khi có thể khó huy động được cán bộ thực hiện các công việc mới phát sinh, khi đã hoàn thành công việc được giao, cán bộ có thể sử dụng thời gian làm các việc khác mà người quản lý không quản lý được.

3.2. Quản lý theo thời gian

Quản lý theo thời gian là yêu cầu cán bộ lập lịch công tác của mình dựa trên các nhiệm vụ, chức trách được giao. Thường có các loại lịch sau:

- Lịch công tác năm: Ghi các hoạt động chính của năm.
- Lịch công tác theo tháng: Chú ý các công việc cần được ưu tiên thực hiện theo từng tháng.
- Lịch tuần: Là loại lịch hay được sử dụng nhất. Lịch tuần có thể ghi chi tiết các công việc được thực hiện các ngày trong tuần.

Với phương pháp quản lý theo thời gian, việc đánh giá cán bộ thông qua sự chấp hành thời gian theo lịch và kết quả công việc.

Quản lý theo lịch công tác hay theo thời gian giúp người quản lý biết chắc cán bộ đang làm việc gì, ở đâu vào các thời gian cụ thể, nếu phân công công việc thích hợp thì hiệu quả cao, nhưng phương pháp quản lý này có thể làm cho cán bộ cảm thấy gò bó, có thể gây lãng phí thời gian của cán bộ.

Quản lý theo thời gian đặc biệt quan trọng đối với các cơ sở khám chữa bệnh trong ngành y tế, nhất là các đơn vị, cá nhân thực hiện nhiệm vụ thường trực cấp cứu tại các khoa, phòng ở bệnh viện để đảm bảo luôn sẵn sàng phục vụ các yêu cầu chăm sóc sức khỏe đột xuất xảy ra.

3.3. Quản lý thông qua điều hành giám sát

Điều hành và giám sát nhằm nâng cao trình độ cho cán bộ, người điều hành giám sát trực tiếp giúp đỡ, hỗ trợ cán bộ thực hiện tốt nhiệm vụ được giao.

Người quản lý phân công nhiệm vụ chính là đã giao trách nhiệm, ủy quyền cho từng bộ phận hoặc cá nhân chịu trách nhiệm các công việc được giao. Tuy nhiên thủ trưởng cần điều hành giám sát công việc một cách định kỳ hoặc đột xuất để đảm bảo là công việc được thực hiện theo đúng kế hoạch, đạt tiến độ và các tiêu chuẩn chuyên môn.

Giám sát là các hoạt động theo dõi và giúp đỡ cấp dưới hoàn thành tốt các nhiệm vụ. Nó không phải là hình thức kiểm tra hay đánh giá cán bộ mà là quá trình đào tạo liên tục tại chỗ, giúp cán bộ nâng cao trình độ kỹ năng thực hiện nhiệm vụ.

Thường có hai loại giám sát: giám sát trực tiếp và giám sát gián tiếp.

- Giám sát trực tiếp là giao việc, quan sát quá trình thực hiện việc đó, thảo luận các vấn đề vướng mắc trong thực hiện công việc, uốn nắn bổ sung các sai sót.
- Giám sát gián tiếp là thông qua việc nghiên cứu, phân tích các báo cáo, ý kiến nhận xét về kết quả công việc, từ đó góp ý kiến đóng góp hoặc tổ chức đào tạo huấn luyện lại cho cán bộ.

Điều hành và giám sát là một hình thức quản lý có hiệu quả nguồn nhân lực và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực. Qua hoạt động này giúp phát triển tốt mối quan hệ giữa cấp trên và cấp dưới, giữa người lãnh đạo và nhân viên. Yêu cầu là người giám sát phải có khả năng chuyên môn để uốn nắn giúp đỡ cán bộ khi giám sát và có đủ kiến thức, kỹ năng thực hiện giám sát.

3.4. Quản lý bằng cách phối hợp các hình thức

Để quản lý sử dụng tốt nguồn nhân lực các nhà quản lý có thể phối hợp sử dụng các phương pháp quản lý nhân lực với nhau, vừa để người quản lý nắm chắc thời gian, công việc của cán bộ, vừa tạo điều kiện phát huy tính chủ động sắp xếp thời gian thực hiện nhiệm vụ cho cán bộ. Ví dụ một trưởng trạm y tế có thể giao một công việc cho một cán bộ nào đó trong trạm y tế và quy định thời hạn phải hoàn thành công việc đó, đồng thời yêu cầu cán bộ đó báo cáo lịch trình thực hiện công việc cho trưởng trạm biết. Dựa vào lịch trình thực hiện công việc mà cán bộ đã báo cáo, trưởng trạm có thể thực hiện giám sát giúp đỡ một công việc nào đó khi cán bộ thực hiện nhiệm vụ được giao. Kết hợp các hình thức quản lý nhân lực đòi hỏi người cán bộ quản lý phải linh hoạt, nắm chắc các loại công việc và đặc điểm của từng cán bộ trong đơn vị của mình để lựa chọn thời gian, công việc thích hợp cho phù hợp với phương pháp quản lý nhân lực thì mới có hiệu quả cao.

4. KHÁI NIỆM VỀ NHÓM LÀM VIỆC VÀ VAI TRÒ CỦA NHÓM LÀM VIỆC

Trong công tác chăm sóc sức khỏe, các cán bộ thường phải phối hợp hoạt động với nhau trong một nhóm công tác. Tổ chức tốt hoạt động nhóm là yếu tố quan trọng nhằm hoàn thành nhiệm vụ của tổ chức.

4.1. Hình thành nhóm làm việc

Trên cơ sở nhiệm vụ, mục đích, mục tiêu đã xác định, nhóm làm việc sẽ được tổ chức. Các thành viên trong nhóm có thể khác nhau về giới, tuổi, trình độ chuyên môn nhưng họ sẽ cùng nhau làm việc để đạt được mục tiêu chung đã đặt ra của tổ chức. Mỗi thành viên có trách nhiệm và nhiệm vụ cụ thể khác nhau trong nhóm. Nhóm được thành lập để giải quyết một hoặc nhiều mục tiêu, các mục tiêu có thể dài hạn hoặc ngắn hạn, vì thế nhóm có thể tồn tại lâu dài hay trong thời gian ngắn tùy thuộc nhiệm vụ được giao.

4.2. Nội quy hoạt động trong nhóm

Nhóm hình thành để thực hiện các nhiệm vụ cụ thể theo những mục tiêu đặt ra. Các thành viên trong nhóm có trách nhiệm gì? Họ sẽ hoạt động như thế nào? Làm thế nào để phối hợp hoạt động nhóm một cách tốt nhất? Giải quyết các vấn đề phát sinh trong quá trình hoạt động ra sao?... Để giải quyết những vấn đề cho hoạt động nhóm diễn ra tốt nhất, nhóm cần có những nội quy, qui chế, làm cơ sở cho hoạt động nhóm. Các nội quy, quy chế có thể do nhóm cùng bàn bạc, thống nhất đưa ra, cũng có thể các nội quy, quy chế do bản thân yêu cầu của công việc hay tổ chức đòi hỏi. Mỗi thành viên trong một nhóm nhất thiết phải tôn trọng và thực hiện các nội quy của nhóm đã được xây dựng và thống nhất để tránh xung đột, đảm bảo quan hệ trong công việc, duy trì phát triển bền vững nhóm.

4.3. Các đặc điểm của một nhóm làm việc hiệu quả

4.3.1. Tính tập thể

Nhóm sẽ không thể hoàn thành tốt nhiệm vụ nếu các thành viên trong nhóm thiếu tính tập thể. Mọi thành viên trong nhóm phải xác định và có trách nhiệm với công việc của nhóm. Các thành viên đều cảm thấy mọi người thực sự tham gia trong quá trình hoạt động nhóm như lập kế hoạch và giải quyết vấn đề liên quan đến nhóm. Mỗi người cần nhận thức rõ vai trò cụ thể của mình trong các công việc chung của nhóm. Đoàn kết thực sự không phân biệt vị trí chức vụ, tuổi tác, có trách nhiệm với nhau và với công việc nhóm là một đặc điểm quan trọng của một nhóm có tính tập thể.

4.3.2. Gắn bó trong thực hiện nhiệm vụ

Mọi thành viên thực sự cam kết thực hiện mục đích và vì sự phát triển nhóm. Khi hành động mọi người trong nhóm đều phải cân nhắc, trên cơ sở tôn trọng các nội quy của nhóm. Quan tâm đến kết quả làm việc của nhóm và xác định trách nhiệm cá nhân khi nhóm không đạt được mục tiêu. Cách thông thường và có hiệu quả là các thành viên nhóm cùng bàn bạc đóng góp ý kiến để giải quyết các vấn đề phát sinh trong nhóm. Chân thành giúp đỡ lẫn nhau: Mọi thành viên nhóm thể hiện sự chân thành với các thành viên khác trong nhóm. Thể hiện tinh thần một thành viên vì mọi thành viên trong nhóm và nhóm vì từng thành viên. Các thành viên tôn trọng lẫn nhau, sẵn sàng giúp đỡ hỗ trợ nhau trong hoạt động vì mục đích chung của nhóm.

4.3.3. Tin tưởng, tự hào về nhóm

Các thành viên nhóm làm việc một cách chăm chỉ cho đến khi công việc hoàn thành và họ luôn tin vào sức mạnh của nhóm. Mọi thành viên hiểu rõ nhóm của mình làm việc như thế nào, những điểm mạnh cần phát huy và các điểm yếu cần khắc phục. Các thành viên nhóm tự hào về các kết quả mà nhóm của mình đã đạt được và tin rằng khả năng làm việc của nhóm sẽ đạt được kết quả tốt hơn. Mỗi cá nhân trong nhóm đều có những năng lực, khả năng riêng cần được khai thác sử dụng đúng. Trong quá trình hoạt động, khi có sự tin tưởng, chân thành, chia sẻ thông tin, thảo luận thì sức mạnh của nhóm sẽ được phát huy.

4.3.4. Người lãnh đạo nhóm

Vai trò của người đứng đầu của nhóm rất quan trọng. Họ thực sự thể hiện được năng lực trong nhiệm vụ dẫn dắt, điều hành nhóm làm việc. Người lãnh đạo cần tập trung vào

sự phát triển của nhóm và sự thực hiện công việc của nhóm, tạo cơ hội cho các thành viên hợp lực, cộng tác. Tập trung vào hoạt động của cả nhóm nhằm đạt được mục tiêu chung. Hoạt động giám sát của người lãnh đạo cần thực hiện thường xuyên để hỗ trợ các thành viên nhóm hoàn thành nhiệm vụ để đạt được mục tiêu nhóm. Người lãnh đạo phải luôn coi mình là một thành viên của nhóm. Khi gặp khó khăn trong việc đưa ra quyết định nhóm, người lãnh đạo cần có sự thảo luận chân thành, cởi mở với các thành viên nhóm và cố gắng tìm đến những giải pháp được đa số chấp nhận.

Người lãnh đạo nhóm cần tạo ra cơ chế thuận lợi trong quan hệ công việc. Thường xuyên cung cấp đầy đủ thông tin, trao quyền, ủy quyền hợp lý cho các cán bộ có năng lực và khuyến khích sự tham gia của mọi thành viên nhóm. Sự tham gia được xem như là cơ hội cho các thành viên thể hiện những ảnh hưởng của họ đến công việc chung của nhóm. Người lãnh đạo cần kịp thời động viên, khen thưởng các thành quả tốt mà các cá nhân đã đóng góp cho nhóm.

4.4. Vai trò của làm việc nhóm và các yếu tố ảnh hưởng đến làm việc nhóm

4.4.1. Vai trò của làm việc nhóm

Làm việc theo nhóm là một phương thức làm việc tập thể, đem lại hiệu quả cao, phát huy được khả năng của mỗi cá nhân cũng như sức mạnh của tập thể. Trong nhiều hoạt động chăm sóc sức khỏe nếu không có tổ chức nhóm làm việc thì không thể giải quyết được vấn đề và hoàn thành được nhiệm vụ. Những ví dụ đơn giản về tổ chức làm việc nhóm trong công tác chăm sóc sức khỏe hàng ngày như một nhóm trực ở bệnh viện, một kíp mổ, một nhóm tham gia phòng chống dịch, một nhóm trong dây truyền sản xuất thuốc v.v... Chúng ta cũng có thể coi các cán bộ công tác ở một trạm y tế xã, một đội y tế dự phòng huyện, một buồng bệnh, một khoa trong bệnh viện v.v... là những nhóm làm việc. Các cán bộ trong nhóm phải phối hợp chặt chẽ với nhau trong công việc hàng ngày để hoàn thành nhiệm vụ của đơn vị, của tổ chức.

Làm việc nhóm sẽ khắc phục được các khó khăn, hạn chế, yếu điểm của từng cá nhân trong nhóm, tạo điều kiện cho mỗi cá nhân phát triển năng lực, sở trường của mình trong công việc, làm giảm sức ép và gánh nặng công việc cho cả cá nhân và tập thể. Khi được tổ chức tốt, phân công nhiệm vụ phù hợp với từng cá nhân chắc chắn kết quả làm việc sẽ tốt hơn, các cá nhân có điều kiện đi sâu vào công việc chuyên môn của mình. Qua làm việc nhóm mỗi cá nhân cũng sẽ học tập và chia sẻ những kiến thức, kinh nghiệm của mình với các đồng nghiệp.

Qua làm việc nhóm mỗi cá nhân trong nhóm phát triển được tinh thần làm chủ tập thể, ý thức mình vì mọi người, mọi người vì mình, chia sẻ quyền lợi và trách nhiệm trong nhóm. Mỗi cá nhân trong nhóm cũng có vai trò tác động đến các thành viên nhóm phấn đấu vì mục đích và nhiệm vụ chung của đơn vị, tổ chức.

Một nhóm làm việc gắn bó cũng sẽ tạo nên môi trường tâm lý thuận lợi cho thực hiện công việc và phát triển mối quan hệ tình cảm tốt đẹp, gần gũi, sống chân thành và cởi mở với nhau. Đây là một trong những yếu tố đáp ứng nhu cầu tình cảm của mỗi người, vì thế có vai trò rất quan trọng để động viên từng cá nhân và thúc đẩy sự phát triển của nhóm, làm cho các cá nhân trong nhóm ngày càng gắn bó hơn trong công việc và cả trong cuộc sống hàng ngày.

Một nhóm được tổ chức tốt, có mục đích rõ ràng, phân công nhiệm vụ phù hợp sẽ làm cho mọi thành viên nhóm tôn trọng lẫn nhau, tôn trọng mục đích nhiệm vụ nhóm, phát huy được tính dân chủ và kích thích các cá nhân trong nhóm tích cực làm việc sáng tạo, chủ động để có nhiều đóng góp cho nhóm.

Có thể nói làm việc nhóm đem lại lợi ích cho cả cá nhân và tập thể. Cá nhân có điều kiện đóng góp và phát triển năng lực, kích thích suy nghĩ, làm việc sáng tạo. Tập thể phát triển tạo được sức mạnh tổng hợp, tập hợp được trí tuệ và nguồn lực, giải quyết được các khó khăn tưởng chừng như không giải quyết được và hoàn thành tốt nhiệm vụ, đồng thời là chỗ dựa tinh thần tin cậy cho mỗi cá nhân trong nhóm làm việc.

4.4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến làm việc nhóm

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến làm việc nhóm. Trước hết một nhóm được hình thành phải dựa trên nhu cầu công việc, có nhiệm vụ và mục đích rõ ràng, được tổ chức chặt chẽ, với số lượng thành viên thích hợp, có trình độ hiểu biết, ngành nghề phù hợp để có thể hoàn thành được nhiệm vụ nhóm. Mỗi cá nhân trong nhóm phải xác định được vai trò và trách nhiệm của mình trước nhóm, nhận thức được mỗi người là một mắt xích trong dây truyền làm việc, ai cũng có nhiệm vụ và vai trò quan trọng trong nhóm. Cam kết, tôn trọng lẫn nhau trong nhóm làm việc của tất cả các thành viên trong nhóm là yếu tố ảnh hưởng lớn đến sự phối hợp và hoàn thành nhiệm vụ của nhóm làm việc. Ngoài ra các cá nhân trong nhóm phải có lòng tin, niềm tự hào về nhóm làm việc của mình.

Sự phân công nhiệm vụ phù hợp với khả năng và trình độ của mỗi thành viên nhóm, đảm bảo tính công bằng sẽ là cơ sở động lực cho sự phát triển nhóm.

Có luật lệ, nội quy, kế hoạch công việc rõ ràng cho tất cả mọi thành viên trong nhóm phải tuân theo là yếu tố không thể thiếu để đảm bảo cho nhóm hoạt động tốt.

Đảm bảo sự công bằng trong hưởng thụ quyền lợi cho các thành viên trong nhóm là yếu tố để đảm bảo sự phát triển lâu dài và bền vững của nhóm,

Ngoài quan hệ công việc, tạo quan hệ tình cảm tốt đẹp giữa các thành viên trong nhóm cũng là một yếu tố có ảnh hưởng lớn đến sự tồn tại và phát triển của một nhóm làm việc.

Có cơ chế làm việc đúng đắn, chế độ động viên khen thưởng kịp thời, tạo điều kiện cho mọi thành viên trong nhóm phát triển và cống hiến là động lực cho nhóm phát triển tốt.

Để một nhóm có tính tập thể, các cá nhân sẵn sàng chia sẻ trách nhiệm và quyền lợi chung trong nhóm thì không thể thiếu được vai trò quan trọng của người lãnh đạo nhóm. Nói chung, bất kỳ người lãnh đạo nhóm nào cũng phải là người có trình độ chuyên môn cần thiết, có năng lực quản lý và lãnh đạo nhóm, biết phát huy vai trò làm chủ tập thể của cá nhân, ra quyết định đúng đắn, được các thành viên trong nhóm tin tưởng và kính trọng.

Tóm lại: Nhân lực là nguồn lực quý giá nhất trong chăm sóc sức khỏe. Quản lý nhân lực không chỉ là phân công nhiệm vụ và giao khoán công việc mà còn có các nội dung quan trọng là đào tạo, xây dựng năng lực cho cán bộ thông qua kế hoạch bồi dưỡng và phát triển nhân lực, xây dựng nhóm làm việc, nâng cao năng lực của người cán bộ quản lý. Quản lý nhân lực còn phải dự báo và chuẩn bị kế hoạch đào tạo nhân

lực cho tương lai một cách thích hợp. Phát triển nhân lực y tế cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa ngành y tế với chính quyền các cấp, các cơ sở đào tạo cán Bộ Y tế, các cơ sở cung cấp dịch vụ sử dụng nhân lực y tế. Mọi cơ sở y tế cần quản lý tốt nguồn nhân lực của mình bằng các phương pháp thích hợp, kết hợp quản lý hành chính với khuyến khích động viên để không ngừng nâng cao chất lượng hoạt động của ngành y tế trong thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày tầm quan trọng của nhân lực y tế
2. Trình bày một số nguyên tắc quản lý nhân lực y tế
3. Trình bày một số phương pháp quản lý nhân lực.
4. Liệt kê các nội dung cơ bản của quản lý nhân lực.
5. Liệt kê các đặc điểm của một nhóm làm việc hiệu quả.
6. Phân tích vai trò cơ bản của làm việc nhóm
7. Phân tích các yếu tố chính ảnh hưởng đến làm việc nhóm.

QUẢN LÝ TÀI CHÍNH VÀ VẬT TƯ Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm: Tài chính y tế, vật tư y tế và quản lý tài chính vật tư y tế.
2. Trình bày được hệ thống và cơ chế hoạt động của tài chính y tế.
3. Trình bày được nguyên tắc và nội dung cơ bản trong quản lý tài chính và vật tư của cơ sở y tế công.

NỘI DUNG

Để thực hiện chăm sóc sức khỏe nhân dân theo phương châm công bằng và hiệu quả, cần sử dụng một cách có hiệu quả các nguồn tài chính y tế. Tạo kinh phí cho hoạt động y tế từ nhiều nguồn khác nhau được coi là một phần quan trọng trong quản lý tài chính y tế quốc gia. Cùng với quản lý tài chính, quản lý vật tư tài sản cũng là một dung cơ bản trong quản lý y tế, vì quản lý tốt công tác này sẽ làm cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe đạt được hiệu quả cao.

1. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN

1.1. Khái niệm tài chính và tài chính y tế

Tài chính là một hệ thống các quan hệ kinh tế phát sinh trong quá trình phân phối và sử dụng dưới hình thức giá trị nguồn của cải vật chất xã hội, thông qua đó các quỹ tiền tệ tập trung và không tập trung được hình thành và sử dụng nhằm đạt được các mục tiêu về tái sản xuất và thoả mãn nhu cầu đời sống của các cá nhân và cộng đồng.

Tài chính y tế là một bộ phận của hệ thống tài chính quốc gia hoạt động trong lĩnh vực y tế.

1.2. Khái niệm vật tư, trang thiết bị y tế

Vật tư y tế là những phương tiện kỹ thuật hay vật liệu được sử dụng một cách trực tiếp hay gián tiếp cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Có hai loại vật tư y tế: vật tư kỹ thuật và vật tư thông dụng.

Vật tư kỹ thuật là những phương tiện kỹ thuật giúp cho người thầy thuốc phát triển kỹ thuật nâng cao chất lượng trong công tác phòng bệnh, chữa bệnh, đào tạo cán bộ và nghiên cứu khoa học của mình, như các loại máy móc xét nghiệm và chẩn đoán (XN máu, siêu âm, x-quang, điện tim, v.v...) hay những máy phục vụ điều trị, như máy điện châm, máy chạy tia xạ, máy hút, ...). Nhiều loại vật tư kỹ thuật phải nhập từ nước ngoài nên thường quý hiếm và đắt, cần phải có kế hoạch quản lý tốt để khỏi mất mát hư hỏng.

Vật tư thông dụng là những vật tư nhiều ngành kinh tế kỹ thuật dùng đến như vải, gỗ, xi măng, sắt, thép, hay các nhiên liệu như xăng, dầu hoả hoặc các vật tư chuyên dụng như bông băng, cồn, gạc... Các loại vật tư này hoặc nhập hoặc sản xuất trong nước.

Trang thiết bị y tế được dùng để chỉ tất cả các dụng cụ, thiết bị kỹ thuật, phương tiện vận chuyển, vật tư chuyên dụng và thông dụng phục vụ cho các hoạt động phòng bệnh, chẩn đoán và chữa bệnh của ngành y tế⁷.

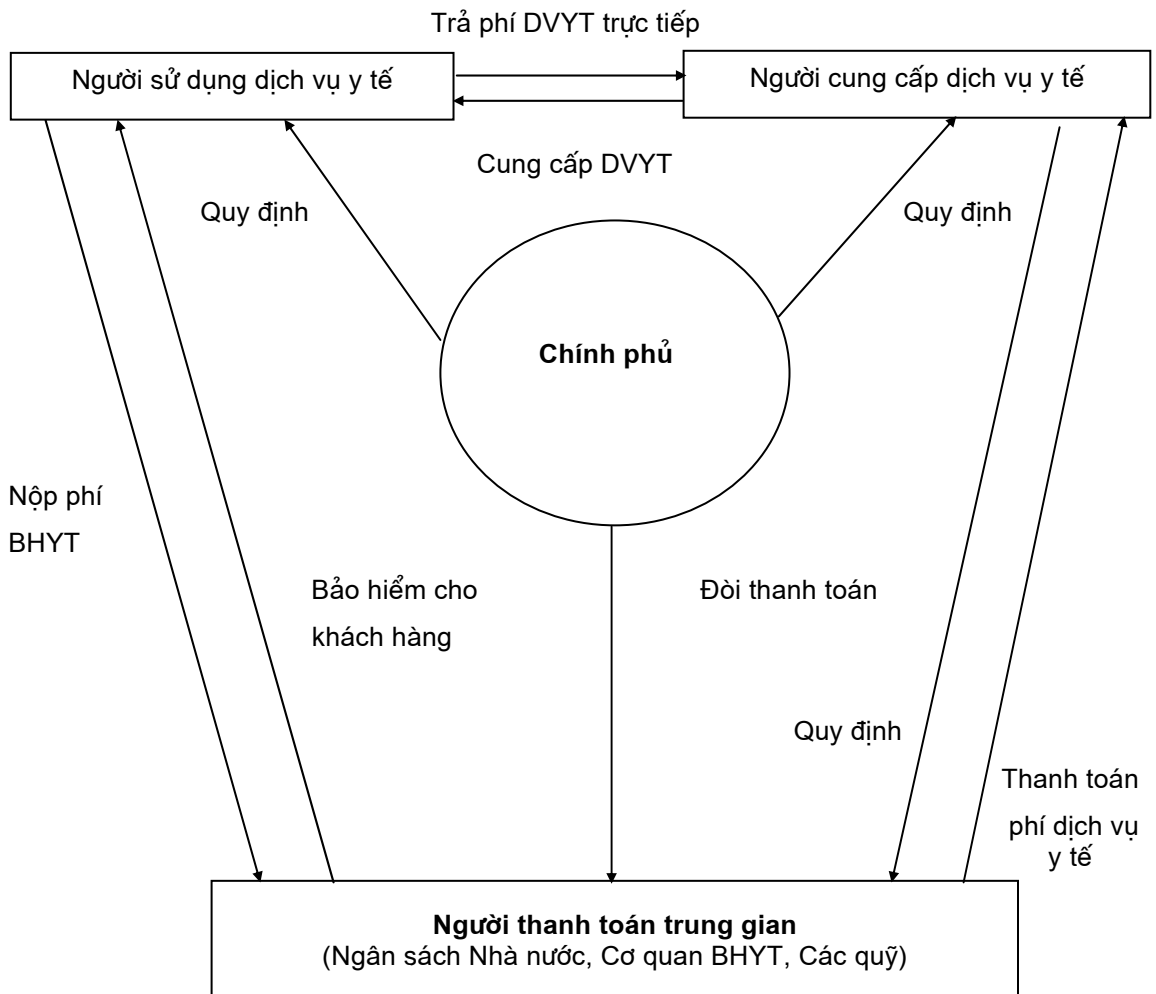
1.3. hái niệm quản lý tài chính và vật tư y tế

Quản lý tài chính vật tư y tế là việc sử dụng các phương pháp quản lý tài chính và vật tư y tế phù hợp, khoa học để phục vụ hiệu quả cho các hoạt động cần thiết của các cơ sở y tế theo đúng pháp luật và đúng các nguyên tắc của Nhà nước đã quy định.

2. HỆ THỐNG VÀ CƠ CHẾ HOẠT ĐỘNG CỦA HỆ THỐNG TÀI CHÍNH Y TẾ VIỆT NAM

2.1. Cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế

Hệ thống tài chính y tế gồm có 4 phần cơ bản: Người cung cấp dịch vụ, người sử dụng dịch vụ, người thanh toán trung gian và Chính phủ giữ vai trò hạt nhân của hệ thống.



Hình 11.1. Sơ đồ hệ thống và cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế

⁷ Bộ Y tế. Thông tư số 13/2002/TT-BYT ngày 13/ 12/ 2002 về việc hướng dẫn điều kiện kinh doanh trang thiết bị y tế.

- Chính phủ: Chính phủ giữ vai trò ban hành luật pháp, giám sát và điều hành tài chính giữa người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ thông qua chính sách, nội dung chi của ngân sách quốc gia và các quy định về kiểm soát hoạt động chu chuyển và thanh toán tiền tệ trong hệ thống tài chính y tế. Chính phủ cũng có thể điều chỉnh cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế trong những trường hợp cần thiết.
- Người cung cấp dịch vụ y tế: Người cung cấp dịch vụ y tế giữ vai trò đảm bảo các dịch vụ y tế cho nhân dân và nhận tiền từ người sử dụng dịch vụ hay người thanh toán trung gian.
- Người sử dụng dịch vụ y tế: Người sử dụng dịch vụ y tế giữ vai trò nhận (hưởng) các dịch vụ và thanh toán trực tiếp hoặc gián tiếp cho người cung cấp dịch vụ y tế. Người sử dụng dịch vụ y tế có thể thanh toán một phần hoặc toàn bộ giá thành của các dịch vụ, phần còn lại có thể do Chính phủ, người thanh toán trung gian hoặc một quỹ nào đó khác thanh toán tùy theo quy định.
- Người thanh toán trung gian: Người thanh toán trung gian giữ vai trò nhận tiền từ người sử dụng dịch vụ y tế hay từ Chính phủ để thanh toán cho người cung cấp dịch vụ y tế.

Trong hoạt động tài chính, 4 bộ phận cơ bản này quan hệ với nhau một cách chặt chẽ.

3. QUẢN LÝ TÀI CHÍNH Y TẾ

Quản lý tài chính trong các cơ sở y tế với phương châm là sử dụng các nguồn lực đầu tư cho y tế để cung cấp các dịch vụ y tế cho nhân dân một cách hiệu quả và công bằng. Tính hiệu quả chú trọng đến trình độ trang bị kỹ thuật, phương pháp phân phối nguồn lực, hiệu lực quản lý hành chính và chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho nhân dân. Tính công bằng đòi hỏi phải cung cấp các dịch vụ y tế bằng nhau cho những người có cùng mức độ bệnh tật như nhau. Nói cách khác, ai có nhu cầu cần được chăm sóc y tế nhiều hơn thì được đáp ứng nhiều hơn.

3.1. Định nghĩa

Quản lý tài chính y tế là việc quản lý toàn bộ các nguồn vốn (vốn do Chính phủ cấp, vốn viện trợ, vốn vay và các nguồn vốn khác), tài sản, vật tư của đơn vị để phục vụ công tác phòng bệnh, khám chữa bệnh, chăm sóc y tế ban đầu và tuyên truyền, huấn luyện.

3.2. Nguyên tắc

Trong quản lý tài chính, người quản lý tài chính ở bất kỳ cơ sở y tế nào cũng phải đảm bảo các nguyên tắc sau:

- Tạo nguồn kinh phí cho các hoạt động từ nhiều nguồn khác nhau. Ngoài Ngân sách Nhà nước cấp là nguồn kinh phí chính phục vụ cho các hoạt động của cơ sở y tế công, còn có các nguồn khác có thể tạo ra được như từ viện phí, huy động tham gia bảo hiểm y tế, các khoản viện trợ, v.v...
- Phân bổ hợp lý cho các khoản chi tiêu, tập trung nguồn kinh phí cho các nội dung hoạt động chính. Trong một cơ sở y tế công, có rất nhiều lĩnh vực hoạt

động cần chi như chi cho sự nghiệp y tế, chi cho hành chính, quản lý, chi cho đào tạo, chi cho nghiên cứu khoa học. Cần ưu tiên chi cho các hoạt động trực tiếp phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân, giảm các khoản chi hành chính, quản lý.

- Trong từng hoạt động y tế phải chú ý tới các mặt hiệu quả. Hiệu quả cần được hiểu là hiệu quả về mặt y học (sức khỏe), hiệu quả về kinh tế (tiết kiệm được chi phí) và hiệu quả về mặt xã hội (đem lại nhiều lợi ích cho xã hội).
- Phải mềm dẻo trong sử dụng các nguồn tài chính. Thông thường khi sử dụng các khoản kinh phí cho các hoạt động phải theo kế hoạch đã lập trước đó. Tuy nhiên, trên thực tế không nên cứng nhắc máy móc, trong nhiều trường hợp cần thiết phải thay đổi và cân đối lại kinh phí cho từng hoạt động để đảm bảo hiệu quả.
- Quan trọng nhất là với nguồn tài chính có hạn, làm thế nào để đảm bảo được mọi hoạt động y tế, đảm bảo sức khỏe của nhân dân không ngừng được cải thiện. Nguồn lực, đặc biệt là nguồn tài chính của cơ sở y tế công luôn hạn chế, cần phân bổ hợp lý chi tiêu để đảm bảo các hoạt động chăm sóc sức khỏe đều có khoản kinh phí nhất định thích hợp duy trì hoạt động đó một cách hiệu quả.

3.3. Nội dung quản lý tài chính bệnh viện

3.3.1. Quản lý các nguồn thu của bệnh viện

Các nguồn thu của bệnh viện bao gồm: Ngân sách Nhà nước; viện phí (thu trực tiếp từ người bệnh và thu từ bảo hiểm y tế); viện trợ và các khoản thu khác.

3.3.2. Quản lý các khoản chi thường xuyên

Các khoản chi cơ bản trong bệnh viện gồm có 20 khoản. Ngoài khoản chi sửa chữa lớn tài sản cố định và khoản chi mua sắm tài sản cố định là các khoản chi đầu tư, còn các khoản chi khác đều là chi thường xuyên. Trong các khoản chi thường xuyên có thể tập hợp thành các nhóm chi hoặc tính cho từng khoản chi cụ thể.

3.4. Nội dung quản lý tài chính của y tế huyện

3.4.1. Quản lý các khoản thu chi y tế huyện

Tài chính y tế huyện có 6 khoản thu và 11 khoản chi cơ bản cần báo cáo gồm:

- 6 khoản thu là: Thu từ ngân sách Trung ương; từ ngân sách địa phương; từ BHYT; từ viện phí; từ nguồn viện trợ và từ nguồn thu khác.
- 11 khoản chi: Chi lương và phụ cấp cán Bộ Y tế; chi đào tạo, giáo dục; chi nghiên cứu khoa học; chi phòng bệnh; chi chữa bệnh; chi công tác KHHGD; chi quản lý hành chính; chi chương trình y tế khác; chi xây dựng cơ bản; chi nâng cấp trang thiết bị y tế và khoản chi khác.

Nếu lấy tổng thu hoặc tổng chi của trung tâm y tế huyện trừ đi tổng thu hoặc tổng chi của bệnh viện sẽ được mức thu hoặc chi tương ứng cho hoạt động khác ngoài công tác KCB của huyện (tạm gọi là chi cho y tế công cộng).

Có thể phân tích được tình hình tài chính cho toàn bộ các hoạt động trên địa bàn huyện, trong đó có tài chính bệnh viện, tài chính cho các hoạt động y tế công cộng của y tế huyện và tài chính của tuyến xã.

Do cấp phân bổ ngân sách ở các địa phương không thống nhất: Có tỉnh ngân sách y tế xã, huyện được UBND địa phương cấp; có tỉnh, ngân sách y tế được Sở Y tế cấp xuống y tế huyện, và từ y tế huyện được cấp xuống xã. Như vậy, cách ghi chép nguồn ngân sách Nhà nước cho y tế xã từ Trung ương, tỉnh, huyện và xã có sự khác nhau. Trong ngân sách cấp cho TYT xã khó nhận thấy các khoản chi từ UBND xã (đóng góp thêm). Nếu cấp từ huyện có thể thấy được các khoản chi từ UBND xã.

3.4.2. Các khoản thu chi của y tế xã

- Các khoản thu của y tế xã gồm: Ngân sách Nhà nước (Trung ương, tỉnh, huyện, xã); BHYT; phí dịch vụ KCB; viện trợ; lãi do bán thuốc; nhân dân đóng góp và các nguồn khác.
- Các khoản chi của y tế xã gồm: Chi lương và phụ cấp; mua sắm; xây dựng cơ bản; chi cho bệnh nhân miễn phí và các khoản chi khác.

3.5. Nhiệm vụ quản lý tài chính trong một cơ sở y tế

Quản lý tài chính trong một cơ sở y tế tốt sẽ góp phần đạt được mục tiêu chung là sử dụng các nguồn lực đầu tư cho hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân một cách hiệu quả và công bằng. Trong công tác quản lý tài chính có những nhiệm vụ sau:

3.5.1. Dự toán thu chi

Dự toán thu là tính hết các nguồn thu sẵn có và thường xảy ra trong năm, đồng thời dự toán các nguồn thu mới.

Dự toán chi là một kế hoạch đảm bảo kinh phí cho đơn vị hoạt động, đòi hỏi kịp thời, sát thực tế và toàn diện cần chú ý:

- Về thời gian dự toán của năm phải hoàn toàn trước một quý, của một quý phải trước một tháng.
- Về tính toàn diện: đòi hỏi tất cả các cá nhân, các khoa, phòng, các bộ phận nhỏ trong đơn vị xây dựng lên để đơn vị tổng hợp thành nhu cầu của đơn vị.
- Về tính chính xác: cần có những dự toán xuất phát từ những yêu cầu cụ thể của từng việc cụ thể của từng việc làm.

Những căn cứ để xây dựng dự toán một cách thực tế và toàn diện:

- Phương hướng nhiệm vụ của đơn vị.
- Chỉ tiêu kế hoạch có thể thực hiện được.
- Kinh nghiệm thực hiện của các năm trước, quý trước.
- Khả năng ngân sách Nhà nước cho phép.
- Khả năng cung cấp vật tư của Nhà nước và của thị trường.
- Khả năng tổ chức quản lý và kỹ thuật của đơn vị.

3.5.2. Thực hiện dự toán

Sau khi đã được Nhà nước và cơ quan tài chính xem xét thông báo cấp vốn hạng mức, vốn sản xuất hay vốn lưu động. Ngoại tệ để nhập thuốc men, hoá chất, trang thiết bị, từng cơ quan đơn vị theo chức năng đã phân cấp, phân bổ ngân sách cho từng đơn vị, từng bộ phận trong lĩnh vực quản lý cơ sở để chủ động sử dụng cho nhiệm vụ kế hoạch.

Tổ chức thực hiện thu nhận từ các nguồn theo kế hoạch và quyền hạn.

Tổ chức thực hiện các khoản chi theo:

- Chế độ.
- Tiêu chuẩn.
- Định mức Nhà nước đã quy định.

Trong chi tiêu để thực hiện dự án ban đầu cần lưu ý:

- Chi theo dự toán: Nếu không có dự toán mà cần chi thì phải có quyết định đặc biệt của thủ trưởng.
- Có thứ tự ưu tiên việc gì trước việc gì sau.

3.5.3. Thanh tra và kiểm tra

Công tác thanh tra, kiểm tra và tự kiểm tra phải được thường xuyên chú ý để phát hiện những sai sót, uốn nắn và đưa công tác đi vào nề nếp. Mỗi tháng đơn vị tự kiểm tra một lần, ba tháng cấp trên xuống kiểm tra một lần, có thể kiểm tra đột xuất, kiểm tra điểm hoặc thông báo trước.

3.5.4. Quyết toán và đánh giá

Quyết toán tài chính là tập hợp các báo cáo tài chính theo hệ thống, tổng hợp và trình bày một cách tổng quát, toàn diện tình hình tài sản, tình hình cấp phát, tiếp nhận kinh phí của Nhà nước, kinh phí viện trợ, tài trợ và tình hình sử dụng của từng loại kinh phí có tại đơn vị; tổng hợp tình hình thu, chi và kết quả từng loại hoạt động kinh doanh, dịch vụ của đơn vị. Khi quyết toán phải lập bảng báo cáo kết quả việc quản lý sử dụng vốn bằng số liệu cụ thể, trên cơ sở số liệu đó đánh giá hiệu quả phục vụ chính của đơn vị, đánh giá ưu khuyết điểm của từng bộ phận sau một năm hoặc một quý. Muốn đánh giá phải:

- Tổ chức bộ máy kế toán theo quy định.
- Mở sổ sách theo dõi đầy đủ và đúng quy định.
- Ghi chép cập nhật, phản ánh kịp thời và chính xác.
- Đối chiếu kiểm tra thường xuyên.
- Cuối kỳ báo cáo theo mẫu biểu thống nhất và xử lý những trường hợp trái với chế độ để tránh tình trạng trên phải ra lệnh xuất toán.
- Báo cáo quý sau 15 ngày và báo cáo năm sau 45 ngày theo quy định của Nhà nước.

Các chỉ số tài chính thường sử dụng để đánh giá nguồn thu của bệnh viện:

- Tỷ lệ và mức tăng, giảm thu so với các năm trước.
- Tỷ lệ ngân sách Nhà nước so với tổng thu
- Tỷ lệ thu trực tiếp (viện phí) từ người bệnh so với tổng thu và tỷ số thu từ BHYT
- Tỷ lệ tăng, giảm thu viện phí so với các năm trước
- Phân bổ tỷ lệ các nguồn thu tổng cộng từ các khoản 1 đến 16 (theo biểu 10.2-TC).
- Phân bổ tỷ lệ các nhóm thu: cho chẩn đoán (1+6+7+8+9+10+11+12+13+15) cho chữa bệnh (3+4+5+14)
- Bình quân thu từ ngân sách Nhà nước và từ khoản thu khác cho một giường bệnh/năm.

Ý nghĩa của một số chỉ số trong đánh giá nguồn thu của bệnh viện:

- Chỉ số “*Tỷ lệ và mức tăng, giảm thu so với các năm trước*” nói lên mức tăng thu với các năm trước. Nếu lưu lượng bệnh nhân không giảm, thông thường phải có mức thu tăng hàng năm tương ứng với mức tăng đầu tư cho y tế của địa phương. Trường hợp tăng quá nhiều hoặc không tăng tương ứng với lưu lượng bệnh nhân cần phải tìm hiểu nguyên nhân.
 - + Nguồn thu từ ngân sách và BHYT càng chiếm tỷ trọng lớn thì mức tăng thu càng nhiều, khả năng đảm bảo hoạt động bệnh viện càng cao và ngược lại, nếu tăng từ thu trực tiếp của người bệnh thì tăng nguy cơ người nghèo không đến được bệnh viện để chữa bệnh (ảnh hưởng đến tính công bằng trong tiếp cận với bệnh viện).
 - + Nếu song song với phân tích các nguồn thu, mức thu, nếu phân tích các khoản chi hoặc/ và các hoạt động sẽ cho thấy mức độ hiệu quả của việc sử dụng các nguồn lực cũng như các yếu tố liên quan đến công bằng trong cung cấp dịch vụ y tế.
- Chỉ số “*Bình quân thu từ ngân sách Nhà nước và từ khoản thu khác cho một giường bệnh/ năm*” cho thấy: Bình quân 1 giường bệnh/ năm nhận được bao nhiêu tiền từ ngân sách, bao nhiêu từ thu trực tiếp. Thông thường, một giường bệnh tuyến huyện mỗi năm nhận được từ 8 - 10 triệu đồng, tùy từng khu vực mà mức này tăng giảm khác nhau. Nếu vùng nghèo, thu viện phí và thu BHYT được ít nhưng mức thu từ ngân sách Nhà nước không cao hơn hoặc có cao hơn nhưng không làm cho tổng thu/1 giường bệnh/ năm đảm bảo cho các hoạt động thì cần đề xuất tăng mức phân bổ từ ngân sách Nhà nước để bù lại sự chênh lệch tổng thu so với mặt bằng chung.

3.6. Một số phép đo lường công bằng y tế xét về góc độ phân bổ ngân sách y tế hàng năm

Quản lý tài chính cũng là làm thế nào cho đồng tiền được sử dụng vừa có hiệu quả, vừa công bằng. Vậy thế nào là công bằng trong phân bổ tài chính? Các tiêu chí sau đây giúp chúng ta hiểu cụ thể hơn về quản lý tài chính một cách công bằng.

3.6.1. Trả phí dịch vụ y tế được gọi là công bằng khi

Mức trả phí cho cùng một dịch vụ tỷ lệ thuận với mức thu nhập. Người giàu phải đóng góp (trả phí) nhiều hơn và ngược lại, người nghèo phải đóng góp ít hơn.

Như vậy sẽ không công bằng khi:

- Người giàu và nghèo phải trả phí cho cùng một dịch vụ như nhau.
- Vùng giàu và nghèo (huyện) trong một địa phương (tỉnh) cùng có chung một mức phân bổ ngân sách hoặc mức ưu tiên theo đầu người không khác nhau rõ.

Hiện nay các bệnh viện chưa có cơ chế thu phí rõ ràng và chưa có cơ sở pháp lý để thu thấp hơn đối với những bệnh nhân nghèo. Người nghèo thường trả phí thấp hơn do hạn chế xét nghiệm và dịch vụ cũng như dùng thuốc nội, thuốc rẻ tiền hơn so với những người có khả năng chi trả cao. Điều này thực chất là mất công bằng.

3.6.2. Mỗi hộ gia đình một năm phải chi cho y tế bằng bao nhiêu (%) so với thu nhập?

Các hộ nghèo phải chi ra một số tiền với tỷ lệ cao so với mức thu nhập của họ. Ví dụ: Bình quân thu nhập đầu người của hộ gia đình thuộc nhóm nghèo là 1 triệu đồng/ năm. Qua điều tra hộ gia đình cho thấy nhóm nghèo trung bình 1 năm chi cho y tế là 100 000đ/ người nghĩa là bằng 10% so với thu nhập. Tương tự như thế đối với nhóm giàu nhất, tỷ lệ này là 2%. Hai tỷ lệ trên có khoảng cách khá xa nhau, đó là sự mất công bằng.

3.6.3. Có bằng chứng nào cho thấy người dân gặp khó khăn hoặc không thể trả viện phí, tiền thuốc hoặc phải vay nợ để chi cho KCB, không chữa gì khi ốm hoặc tự mua thuốc về chữa mà không khám hay không?

Để trả lời câu hỏi này cần tổ chức điều tra hộ gia đình. Tuy nhiên, với số liệu thống kê bệnh viện, biểu 10.3.TC cho thấy số tiền và số người không thu được vì nghèo, vì không có người nhận, trốn viện và vì lý do khác không phải cho diện chính sách. Số liệu từ biểu này có thể tính thành chỉ số % bệnh nhân không có khả năng chi trả (trong số các bệnh nhân nội trú bệnh viện)

3.6.4. Tỷ lệ phân bổ ngân sách cho tuyến cơ sở (xã và huyện), tỉnh là bao nhiêu?

Nếu người nghèo là đối tượng đang được Nhà nước tập trung ngân sách y tế để hỗ trợ thì có nghĩa là tỷ lệ % ngân sách cho tuyến cơ sở phải nhiều hơn cho tuyến tỉnh và Trung ương.

Mức phân bổ ngân sách y tế hiện nay dựa vào quy mô của cơ sở y tế là chính. Quy mô này đôi khi không hoàn toàn phù hợp với quy mô dân số và nhu cầu CSSK. Khá khó xác định tỷ lệ nào là phù hợp, nhưng có thể nhận biết qua sự biến động theo thời gian và địa điểm. Ví dụ: Nếu có xu hướng tỷ lệ ngân sách dùng cho tuyến tỉnh ngày càng tăng, ngân sách dùng cho tuyến huyện và xã ngày càng giảm (ở cùng một tỉnh trong thời gian 5 năm) thể hiện sự thiếu công bằng trong phân bổ ngân sách. Tương tự như thế, khi đối chiếu tỷ lệ ngân sách dành cho tuyến cơ sở của các địa phương nghèo lại thấp hơn so với ngân sách dành cho tuyến cơ sở của các địa phương không nghèo cũng cho thấy một cách tương đối hiện tượng mất công bằng trong phân bổ ngân sách.

3.6.5. Tỷ lệ % của ngân sách Nhà nước và % của các chi phí cá nhân của người dân trong tổng chi phí y tế là bao nhiêu?

Nếu % chi phí cá nhân ngày càng tăng (theo thời gian) hoặc cao hơn ở vùng nghèo hơn (theo địa điểm) là dấu hiệu của thiếu công bằng. Để có số liệu phân tích, cần phối hợp hai nguồn số liệu; báo cáo tài chính Nhà nước về tổng chi ngân sách y tế; điều tra chi tiêu y tế hộ gia đình.

Trường hợp không có đủ 2 nguồn trên, có thể đánh giá gián tiếp qua tỷ lệ % của thu viện phí tại các bệnh viện so với tổng chi của bệnh viện. Nếu tính cho nhiều năm và so sánh nhiều địa phương có điều kiện kinh tế khác nhau trong từng năm sẽ cho thấy xu hướng tăng, giảm mất công bằng. Nếu vùng càng nghèo, tỷ lệ % viện phí trong tổng chi của bệnh viện càng lớn thì mức độ thiếu công bằng cũng càng lớn. Nếu tại một địa phương, tỷ lệ % viện phí trong tổng chi bệnh viện ngày một tăng thì nguy cơ người nghèo sẽ bị thiệt thòi nhiều hơn và dẫn tới mất công bằng. Tuy nhiên, nếu mức thu từ BHYT người nghèo càng tăng thì diễn biến lại theo chiều tốt hơn, công bằng hơn. Trong khi thực hiện Quyết định 139 của Thủ tướng Chính phủ về KCB cho người nghèo, nếu thấy tỷ lệ nhập viện của đối tượng "139" càng tăng thì càng chứng tỏ hiệu quả của quyết định trên trong việc giảm mất công bằng y tế.

3.6.6. Có bằng chứng nào cho thấy có sự khác nhau trong sử dụng dịch vụ y tế theo các nhóm thu nhập hay không?

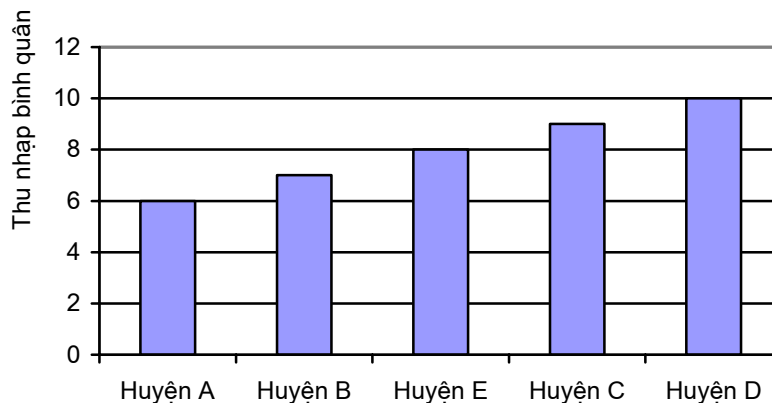
Để trả lời câu hỏi này nằm ngoài các số liệu báo cáo của bệnh viện. Thông thường số liệu chỉ có được qua điều tra y tế hộ gia đình và sử dụng đồ thị Lorenz để phân tích. Không thể ngoại suy từ số liệu báo cáo bệnh viện vì không có thông tin về thu nhập của hộ gia đình. (đồ thị Lorenz được trình bày trong phần thực hành).

3.6.7. Liệu sự phân bố nguồn lực giữa các vùng này có dựa trên nhu cầu hay không?

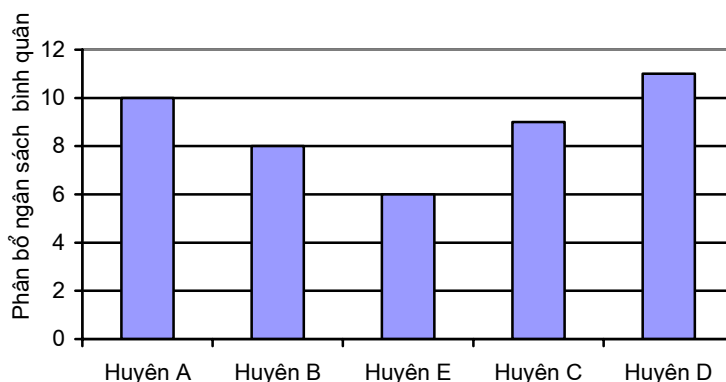
Kinh phí là một bộ phận của nguồn lực, song nó phản ánh gián tiếp mức phân bố các nguồn lực khác bởi vì việc mua sắm, xây dựng, trả công cho cán Bộ Y tế đều cần tiền.

Thông thường, vùng càng nghèo nhu cầu CSSK càng lớn một cách tương đối so với khả năng chi trả của họ. Vì vậy nếu phân bố nguồn lực theo đầu dân cho vùng nghèo nhiều hơn vùng giàu sẽ là cách phân bổ công bằng.

So sánh mức phân bổ ngân sách y tế đầu dân/ năm giữa các vùng có mức thu nhập bình quân hàng năm khác nhau sẽ cho thấy sự không phù hợp hay phù hợp với nguyên tắc phân bổ nguồn lực một cách công bằng. Có thể sử dụng phương pháp vẽ biểu đồ để phân tích như ví dụ sau:



Hình 11.2. Biểu đồ mức thu nhập bình quân/ người/ năm của các huyện



Hình 11.3. Biểu đồ phân bổ ngân sách bình quân/ người/ năm của các huyện

Lẽ ra huyện C và D có mức thu nhập bình quân cao nhất thì không được nhận ngân sách y tế cao hơn các huyện nghèo khác. Kết quả trong 2 biểu đồ trên cho thấy tình trạng mất công bằng trong phân bổ ngân sách y tế. Cần giảm mức cấp ngân sách cho huyện C và D để phân bổ lại cho các huyện nghèo trong tỉnh. Bù vào đó, cần cho các huyện giàu thu phí nhiều hơn để đảm bảo ngân sách chi thường xuyên và cả xây dựng cơ bản. Biểu đồ trên cũng có thể phân tích theo thành thị và nông thôn.

4. NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ VẬT TƯ, TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

Vật tư, trang thiết bị y tế là tài sản của xã hội, là nền tảng, sức mạnh của đất nước. Vật tư, trang thiết bị y tế có được từ kết quả lao động của nhân dân và từ sự giúp đỡ bên ngoài.

Trong quản lý vật tư, trang thiết bị y tế cần tuân thủ các nguyên tắc sau:

4.1. Nắm chắc tình hình vật tư, trang thiết bị y tế cả về số lượng và chất lượng, trị giá trên cơ sở đó có kế hoạch sản xuất, mua sắm, sửa chữa phân phối và điều hoà

4.2. Bảo quản việc nhập, xuất và giữ theo đúng chế độ

Nhập vật tư, trang thiết bị y tế: Tất cả những tài sản mua về, nhập về đều phải tổ chức kiểm nhận nhằm đảm bảo số lượng, chất lượng, phải có phiếu nhập hợp lệ và biên bản cụ thể khi có hàng thừa thiếu.

Xuất vật tư, trang thiết bị y tế: Các bộ phận sử dụng tài sản vật tư phải có dự trù trước, khi xuất phải có phiếu hợp lệ và đúng chế độ. Về xuất hàng để dùng, để nhượng bán điều chuyển và huỷ bỏ.

Bảo quản vật tư, trang thiết bị y tế: Tất cả các loại tài sản vật tư dù mua hay nhận từ bất cứ nguồn nào, đều phải tổ chức kho tàng, phương tiện, người chịu trách nhiệm vào sổ theo dõi để giữ gìn và sớm phát hiện ra sự mất mát, thất lạc hoặc hư hỏng kém phẩm chất để xử lý kịp thời.

Dự trữ: vừa đủ để đảm bảo cho nhiệm vụ thường xuyên của đơn vị: Mọi loại vật tư tài sản đều cần phải có một lượng dự trữ vừa đủ để đảm bảo nhiệm vụ thường xuyên của các cơ quan không bị ngắt quãng do cung cấp chưa kịp hoặc dự trữ quá lớn gây ra tình trạng hư hỏng và lãng phí. Ví dụ: Trong các bệnh viện thuốc thông thường chỉ cần dự trữ 3 tháng, thuốc đặc hiệu cần dự trữ 6 tháng, ...

4.3. Phải thường xuyên kiểm tra đối chiếu và kiểm kê để xác định tình hình vật tư, trang thiết bị y tế

Để tránh tình trạng thất thoát tài sản nên thường xuyên hoặc đột xuất có tổ chức kiểm tra kho, đối chiếu sổ sách để phát hiện những sai sót trong quản lý bảo quản vật tư tài sản của đơn vị. Tổ chức kiểm kê đột xuất, kiểm kê khi bàn kho, bàn giao thủ kho hoặc kiểm kê định kỳ.

4.3.1. Mục đích của kiểm kê

- Đảm bảo việc nắm vật tư tài sản được chính xác.
- Đảm bảo quyết toán có căn cứ.

4.3.2. nguyên tắc kiểm kê

- Khi kiểm kê phải cân, đong, đo, đếm bằng những dụng cụ đo lường hợp pháp.
- Khi kiểm kê phải xét, đánh giá tình hình vật chất tài sản vật tư.
- Phải đối chiếu giữa sổ sách với thực tế kiểm kê để xác định đúng mức tồn kho hoặc thừa thiếu.
- Phải giải quyết dứt điểm khi có tình trạng thừa thiếu.
 - + Nếu thừa thiếu do ghi chép nhầm lẫn thì cho điều chỉnh sổ sách.
 - + Nếu thiếu giấy tờ hợp lệ thì cho tìm kiếm đầy đủ để ghi bổ sung.
 - + Nếu thiếu thừa do người nào đó sử dụng hoặc thủ kho thiếu trách nhiệm thì phải xử lý theo chế độ trách nhiệm vật chất.
 - + Thiếu thừa do tự nhiên thì đối chiếu với định mức hao hụt để xem có vượt trội hay không, phần nào xử lý theo trách nhiệm vật chất, còn trong định mức hao hụt thì phải làm thủ tục ghi nhập hoặc xuất.

4.4. Tất cả các cán bộ trong đơn vị đều phải có trách nhiệm bảo vệ tài sản vật tư

Bảo vệ tài sản, vật tư được coi là nghĩa vụ, là quyền lợi thiết thân của mỗi cán bộ trong từng cơ sở y tế. Những người được trực tiếp phân công quản lý, sử dụng, bảo quản, vận chuyển thì phải luôn chú ý tính toán sử dụng cho thật hợp lý, hết công suất bảo đảm cho tài sản được an toàn về số lượng và chất lượng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu khái niệm tài chính, tài chính y tế, quản lý tài chính.
2. Trình bày cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế.
3. Nêu vai trò của chính phủ, vai trò của người cung cấp dịch vụ y tế, vai trò của người sử dụng dịch vụ y tế và vai trò của người thanh toán trung gian trong hệ thống tài chính y tế.
4. Nêu khái niệm quản lý tài chính và trình bày nguyên tắc quản lý tài chính cơ sở y tế công.
5. Trình bày nhiệm vụ quản tài chính của một cơ sở y tế.
6. Trình bày các tiêu chí công bằng trong quản lý tài chính hiện nay.
7. Hãy trình bày 4 nguyên tắc trong quản lý vật tư, trang thiết bị y tế.

ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH/ HOẠT ĐỘNG Y TẾ CÔNG CỘNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, mục đích và phân loại đánh giá các hoạt động y tế.
2. Trình bày được các phương pháp đánh giá các hoạt động y tế.
3. Nêu được các bước cơ bản của đánh giá hoạt động y tế.
4. Liệt kê được các nhóm chỉ số chính và nêu tiêu chuẩn lựa chọn chỉ số cho đánh giá hoạt động y tế.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM VỀ ĐÁNH GIÁ VÀ VAI TRÒ CỦA ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG Y TẾ

1.1. Khái niệm

Đánh giá nhằm góp phần nâng cao chất lượng trong mọi mặt hoạt động chăm sóc sức khỏe của ngành y tế. Đánh giá là hoạt động không thể thiếu trong công tác quản lý ngành y tế, là một trong 3 chức năng cơ bản của quản lý (lập kế hoạch, thực hiện, đánh giá) hay một khâu quan trọng trong chu trình quản lý.

Đánh giá là đo lường kết quả đạt được và xem xét giá trị, hiệu quả của một hoạt động hay một chương trình y tế trong một giai đoạn kế hoạch xác định nào đó. Đánh giá nhằm rút ra các bài học kinh nghiệm và cung cấp thông tin cho các nhà quản lý, những người thực hiện hoạt động/chương trình y tế hay những người có liên quan để đưa ra các quyết định đúng đắn cho kế hoạch hoạt động tiếp theo.

Đánh giá là công việc cần thiết đối với mọi hoạt động, dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung. Bất kỳ người quản lý các chương trình hay hoạt động y tế ở cấp nào, cơ sở nào cũng cần phải biết được tiến độ hoạt động, kết quả, hiệu quả của hoạt động đã đạt được, vì thế cần thực hiện đánh giá.

Đánh giá có thể được tiến hành định kỳ hay đột xuất theo yêu cầu của công tác quản lý các hoạt động, chương trình hay dự án chăm sóc sức khỏe. Hoạt động đánh giá được thực hiện liên tục trong suốt quá trình quản lý, nhưng trong một chu kỳ hay giai đoạn kế hoạch cụ thể, đánh giá thường được thực hiện vào cuối chu kỳ hay giai đoạn. Một chu kỳ có thể dài hay ngắn tùy theo từng loại hoạt động/ chương trình cụ thể, ví dụ một cơ sở y tế có thể có chu kỳ kế hoạch cho các hoạt động trong thời gian 6 tháng, một năm hay lâu hơn.

Trong phạm vi quản lý của mỗi tuyến y tế có rất nhiều hoạt động, chương trình y tế cần được đánh giá. Ví dụ hàng năm nhiều chương trình mục tiêu y tế ở tuyến Trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hay tuyến xã cần được đánh giá để làm cơ sở cho lập kế hoạch y tế giai đoạn tới. Các hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện Trung ương, bệnh viện tỉnh, bệnh viện huyện, hoạt động của các trạm y tế cần được đánh giá, các hoạt động y tế dự phòng, hoạt động được, cung ứng vật tư trang thiết bị cũng cần được đánh giá...

Nói khác đi nhu cầu đánh giá các hoạt động, dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe ở các tuyến rất lớn và đa dạng. Thực chất của đánh giá các hoạt động, chương trình y tế cũng là các công trình nghiên cứu khoa học có giá trị nếu được thực hiện nghiêm túc, vì nó cung cấp các thông tin chính xác, cho biết các nguyên nhân của sự thành công và tồn tại, đề ra các giải pháp, kế hoạch giải quyết các vấn đề trong tương lai.

1.2. Mục đích của đánh giá

Đánh giá nhằm xem xét kết quả cụ thể đạt được của các hoạt động, chương trình và xem xét hiệu quả của các hoạt động hay chương trình y tế đó;

Từ kết quả đánh giá cho biết tiến độ hoạt động có đảm bảo theo kế hoạch hay không, qua đó thúc đẩy các hoạt động điều hành, giám sát chương trình.

Qua đánh giá có thể phát hiện và giải quyết các vướng mắc, khó khăn trong thực hiện các hoạt động và có thể giúp người quản lý điều chỉnh kế hoạch nếu thấy cần thiết, trong đó có phân phối lại nguồn lực cho phù hợp với điều kiện thực tế, đảm bảo thực thi được các hoạt động hay chương trình y tế.

Đánh giá là cách học có hệ thống từ các kinh nghiệm và sử dụng bài học rút ra để cải thiện các hoạt động hiện tại và thúc đẩy thực hiện kế hoạch tốt hơn, qua lựa chọn hợp lý các hoạt động trong tương lai.

Qua đánh giá các cán bộ thực hiện hoạt động, chương trình và các nhà quản lý y tế có được các thông tin đầy đủ, chính xác, giúp cho việc ra quyết định và lập kế hoạch mới sát thực, khả thi hơn.

Đánh giá giúp các cán Bộ Y tế có thể chia sẻ những kinh nghiệm với các đồng nghiệp của mình để tránh các thiếu sót tương tự đã mắc phải trong các hoạt động hay chương trình y tế.

Đánh giá còn đáp ứng yêu cầu của các cấp lãnh đạo, các nhà tài trợ, liên quan đến hoạt động, chương trình, dự án y tế. Khuyến khích, động viên được các cán bộ đã có những đóng góp cho sự thành công của hoạt động và có thể xem xét trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ của cán Bộ Y tế.

2. PHÂN LOẠI ĐÁNH GIÁ

Cách phân loại thông thường và đơn giản nhất là phân loại đánh giá theo thời gian, có thể chia làm 4 loại đánh giá như sau:

2.1. Đánh giá ban đầu

Đánh giá ban đầu được tiến hành trước khi thực hiện một hoạt động hay một chương trình can thiệp y tế hoặc một chu kỳ kế hoạch y tế.

Mục đích của đánh giá ban đầu là thu thập và cung cấp các thông tin cần thiết làm cơ sở cho lập kế hoạch, xác định điểm xuất phát, xây dựng mục tiêu, và lập kế hoạch hành động cụ thể và phân bổ nguồn lực cho hoạt động. Xác định phạm vi và xây dựng các chỉ tiêu/ chỉ số sử dụng cho đánh giá ban đầu là rất quan trọng vì đó cũng là phạm vi và chỉ số cơ bản sử dụng cho đánh giá khi kết thúc hoạt động chương trình/ dự án can thiệp.

2.2. Đánh giá tức thời

Đánh giá trong khi thực hiện các hoạt động, chương trình can thiệp được gọi là đánh giá tức thời hay đánh giá tiến độ. Mục đích của đánh giá tức thời là xem xét tiến độ các hoạt động, các chỉ tiêu đạt được so với kế hoạch đặt ra, nhằm điều hành hoạt động chương trình tốt hơn để đảm bảo đạt được tiến độ công việc và mục tiêu ban đầu của kế hoạch đã đề ra.

2.3. Đánh giá sau cùng

Đánh giá sau cùng là đánh giá được thực hiện ngay sau khi kết thúc hoạt động chương trình can thiệp. Mục đích của đánh giá sau cùng là thu thập đủ thông tin để xem xét toàn bộ các kết quả đạt được hay sản phẩm của hoạt động hay chương trình can thiệp. So sánh kết quả đạt được với các mục tiêu, chỉ tiêu đã xây dựng, phân tích nguyên nhân thành công và thất bại cũng như giá trị, hiệu quả của hoạt động/ chương trình can thiệp. Đánh giá sau cùng chính xác, chi tiết, với các kinh nghiệm và các bài học cụ thể là rất cần thiết và có giá trị thực tiễn cho các nhà quản lý y tế xây dựng các kế hoạch hoạt động tiếp theo, nhằm đạt kết quả và hiệu quả tốt hơn.

2.4. Đánh giá dài hạn

Thực hiện sau khi kết thúc hoạt động/ chương trình y tế một thời gian nhất định. Mục đích của đánh giá dài hạn là xem xét tác động lâu dài của hoạt động hay chương trình dự án y tế đến tình trạng bệnh tật, sức khỏe của cộng đồng. Đánh giá dài hạn thường không dễ dàng vì chúng ta đã biết có nhiều yếu tố tác động đến tình trạng sức khỏe như các yếu tố kinh tế, văn hoá xã hội, hoạt động của nhiều ngành, nhiều chương trình chứ không chỉ là tác động của các can thiệp y tế.

2.5. Đánh giá với sự tham gia của cộng đồng

Đánh giá với sự tham gia của cộng đồng là quá trình thu thập thông tin bằng phương pháp định lượng hay định tính từ cộng đồng một cách hệ thống về các hoạt động chăm sóc sức khỏe, tình hình sức khỏe, bệnh tật, các ý kiến, khuyến nghị của cộng đồng. Với các hoạt động hay chương trình y tế can thiệp tại cộng đồng thì việc cộng đồng tham gia đánh giá sẽ cung cấp cho người quản lý rất nhiều thông tin bổ ích. Sự tham gia của cộng đồng trong đánh giá hoạt động y tế còn giúp hình thành mối quan hệ tốt giữa ngành y tế, cán Bộ Y tế với cộng đồng, thúc đẩy cộng đồng tích cực tham gia trong công tác chăm sóc sức khỏe. Cán Bộ Y tế có thể biết được suy nghĩ của cộng đồng về cán Bộ Y tế, hoạt động của ngành y tế và những mong đợi của cộng đồng, của các đối tượng phục vụ. Các thông tin này sẽ rất cần cho việc rút kinh nghiệm, cải tiến các hoạt động và lập kế hoạch thực hiện các hoạt động chương trình y tế tiếp theo đáp ứng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

3. CHỈ SỐ TRONG ĐÁNH GIÁ

3.1. Khái niệm về chỉ số

Chỉ số là công cụ, thước đo (ước lượng được, so sánh được) giúp người quản lý theo dõi đánh giá các chương trình/ hoạt động y tế. Chỉ số đồng thời cũng là các điểm mốc quan trọng giúp các nhà quản lý theo dõi, giám sát để thấy được những thay đổi xảy ra do tác động của hoạt động/ chương trình y tế. Chỉ số thường được biểu thị dưới

dạng tỷ lệ, tỷ số, số trung bình để có thể ước lượng và so sánh được. Các chỉ số khi được sử dụng đều cần xác định rõ cách tính.

Khi đánh giá một chương trình hoạt động y tế cần xác định rõ các chỉ số nào cần thu thập tính toán, thu thập chỉ số đó bằng phương pháp nào, thu thập chỉ số đó ở đâu.

Kinh nghiệm đã chỉ ra rằng việc xây dựng các chỉ số cho đánh giá cũng như cho theo dõi, điều hành các chương trình, hoạt động y tế cần thực hiện ngay từ khi bắt đầu thực hiện hoạt động/ chương trình. Đôi khi việc xác định chính xác các chỉ số cho đánh giá không phải là dễ, nhất là các chỉ số để đánh giá tác động của chương trình hoạt động y tế. Tùy theo từng hoạt động chương trình y tế, tùy từng loại đánh giá cũng như khả năng nguồn lực mà người đánh giá quyết định sẽ chọn chỉ số nào cho phù hợp. Khi chọn các chỉ số cho đánh giá có thể xác định 3 loại chỉ số sau:

- Các chỉ số đầu vào: Các chỉ số đầu vào bao gồm các con số về các nguồn lực được sử dụng cho hoạt động y tế. Ví dụ: Chi phí tính bình quân cho một người dân trong năm của huyện; tỷ lệ cán bộ các ban ngành trong xã tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe trẻ em...
- Các chỉ số về quá trình hoạt động: Bao gồm các chỉ số cho biết tỷ lệ các hoạt động đã được thực hiện. Ví dụ: Số lớp đào tạo lại được mở cho cán Bộ Y tế thôn, xã so với chỉ tiêu kế hoạch đề ra; Số buổi khám quản lý thai đã được thực hiện tại trạm y tế xã; Tỷ lệ đối tượng đích đã tham dự đầy đủ các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp...
- Chỉ số đầu ra: Chỉ số đầu ra cho biết về kết quả khi kết thúc hoạt động/chương trình. Ví dụ: Số cán Bộ Y tế thôn, xã được đào tạo lại về truyền thông giáo dục sức khỏe trong năm; Tỷ lệ cán bộ được đào tạo đạt mục tiêu của khóa đào tạo lại. Chỉ số đầu ra về giảm nguy cơ mắc bệnh. Ví dụ: Số lượng và tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đủ 6 loại vaccin trong năm, chỉ số đầu ra về giảm hậu quả xấu đến sức khỏe (mắc bệnh, tử vong, tàn phế). Ví dụ: Giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong. Chỉ số đầu ra cũng có thể là chỉ số phản ánh tình trạng sức khỏe được tăng cường, tăng thể lực.

3.2. Các tiêu chuẩn cơ bản khi chọn chỉ số

Để đảm bảo đánh giá chính xác hoạt động, chương trình y tế, cần xác định các chỉ số thích hợp cho đánh giá, với việc quan tâm đến các tiêu chuẩn chính sau đây:

- Tính giá trị: Phản ánh đúng vấn đề cần đánh giá, đúng mức độ đạt được của hoạt động chương trình y tế.
- Tính đáng tin cậy: Chỉ số mang tính khách quan, phản ánh đúng thực trạng của hoạt động, không có sự khác nhau khi những người khác nhau thu thập và tính toán chỉ số.
- Tính nhạy: Phản ánh được kịp thời những thay đổi do kết quả thực hiện của các hoạt động, chương trình.
- Có thể thực hiện được/ sát hợp (khả thi): Có đủ điều kiện để thu thập được chỉ số, phù hợp với khả năng thực tế về nguồn lực.

Kết hợp chỉ số về lượng và chất: Các chỉ số về lượng cũng quan trọng nhưng quan trọng hơn là tính các chỉ số về chất. Ví dụ: Khi đánh giá các hoạt động đào tạo có thể tính số lượng cán Bộ Y tế được đào tạo lại, nhưng quan trọng hơn là tính số lượng hay tỷ lệ cán bộ được đào tạo đạt mục tiêu của các khoá đào tạo lại.

3.3. Các nhóm chỉ số chung có thể thu thập để sử dụng cho đánh giá

Tùy theo từng chương trình, hoạt động y tế, người đánh giá quyết định chọn các chỉ số đánh giá cho phù hợp, nhưng khi chọn chỉ số cụ thể thì cần chú ý xem xét các chỉ số trong từng nhóm chỉ số chính dưới đây để tránh bỏ sót chỉ số thích hợp.

- Nhóm chỉ số dân số;
- Nhóm chỉ số về kinh tế văn hóa, xã hội, môi trường;
- Nhóm chỉ số về sức khỏe, bệnh tật;
- Nhóm chỉ số về nguồn lực, dịch vụ y tế.

Ví dụ về một số chỉ số cụ thể có thể chọn để đánh giá và lập kế hoạch cho công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em tại một địa phương như sau:

- Số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ của địa phương;
- Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ thực hiện các biện pháp tránh thai.
- Tỷ lệ phụ nữ có thai được theo dõi và tiêm phòng uốn ván đầy đủ trong năm.
- Tỷ lệ trẻ đẻ ra trong tháng trong quý/ trong năm được cán Bộ Y tế giúp đỡ.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh được tiêm phòng vaccin BCG.
- Tỷ lệ trẻ dưới một tuổi được tiêm đủ 6 loại vaccin trong năm.
- Tỷ lệ trẻ đẻ ra có cân nặng dưới 2500 gam trong năm.
- Tỷ lệ trẻ dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng trong năm.
- Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong tháng, trong năm.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP THU THẬP THÔNG TIN CHO ĐÁNH GIÁ

4.1. Phương pháp thu thập thông tin định lượng

Có 3 nhóm phương pháp chính để thu thập thông tin định lượng cho đánh giá:

- Thu thập các thông tin thứ cấp qua sổ sách báo cáo: Dựa vào các sổ sách, biểu mẫu báo cáo thống kê của các cơ sở y tế ở các tuyến, người đánh giá tổng hợp thông tin và tính toán các chỉ số cần thiết. Phương pháp này dễ thực hiện nhưng thường có hạn chế là thông tin không theo ý muốn và độ tin cậy có thể không cao, không cho biết được các nguyên nhân của vấn đề cần đánh giá.
- Thu thập thông tin qua phỏng vấn: Người đánh giá chuẩn bị các công cụ để phỏng vấn như các bộ câu hỏi để hỏi các đối tượng cung cấp thông tin. Đây là phương pháp thu được thông tin chính xác nhưng thường phải chuẩn bị công phu và khá tốn kém nguồn lực cho phát triển công cụ thu thập thông tin, đào tạo cán bộ tham gia và tổ chức điều tra thu thập và xử lý thông tin.

- Thu thập thông tin qua quan sát: Người đánh giá xây dựng các bảng kiểm hay biểu mẫu cần thiết để thu thập thông tin. Các thông tin được ghi chép vào các bảng kiểm, biểu mẫu qua quan sát trực tiếp và sử dụng các kỹ thuật đo đạc các yếu tố môi trường, các yếu tố nguy cơ hay các yếu tố tác động đến sức khỏe, tổ chức khám lâm sàng và làm xét nghiệm cận lâm sàng để sàng lọc. Phương pháp này cho thông tin chính xác, nhưng việc tổ chức thực hiện khó khăn và cần có đủ các nguồn lực như con người, trang thiết bị máy móc, hoá chất, thuốc men. Để đảm bảo thông tin thu thập bằng phương pháp quan sát trực tiếp chính xác, những người tham gia thu thập thông tin cần phải tập huấn để thống nhất các tiêu chuẩn đánh giá thông tin cần thu thập và ghi chép vào biểu mẫu đã chuẩn bị.

4.2. Phương pháp đánh giá định tính

Thu thập thông tin định tính nhằm xác định nhanh vấn đề để gợi ý, định hướng trước khi tổ chức thu thập thông tin định lượng. Cũng có thể thu thập thông tin định tính để bổ sung thêm thông tin, giúp xác định nguyên nhân của vấn đề đằng sau các con số mà các thông tin định lượng đã cung cấp và kiểm tra lại các thông tin còn chưa rõ. Có nhiều phương pháp có thể giúp thu nhận được các thông tin định tính như tổ chức thảo luận nhóm trọng tâm, phỏng vấn sâu những người liên quan, phỏng vấn bán cấu trúc những nhà lãnh đạo quản lý y tế, lãnh đạo chính quyền, đoàn thể các cấp, đại diện dân trong cộng đồng. Sự tham gia của cộng đồng trong đánh giá định tính rất quan trọng trong công tác y tế vì chúng ta có thể biết được nguyện vọng của cộng đồng, các giải pháp đề xuất của cộng đồng để giải quyết các vấn đề sức khỏe bệnh tật, cải tiến dịch vụ y tế.

Tùy theo khả năng và nguồn lực và vấn đề cần đánh giá mà người lập kế hoạch đánh giá chọn phương pháp thu thập thông tin nào cho thích hợp.

5. CÁC BƯỚC CƠ BẢN CỦA ĐÁNH GIÁ

5.1. Chuẩn bị trước khi đánh giá

5.1.1. Xác định vấn đề và mục tiêu của đánh giá

Trong công tác y tế có rất nhiều hoạt động đa dạng và phức tạp. Mọi hoạt động đều cần được đánh giá để nâng cao chất lượng phục vụ, tuy nhiên nguồn lực và thời gian có hạn vì thế các nhà quản lý phải xác định các vấn đề ưu tiên cho đánh giá theo từng thời gian, từng nơi cụ thể.

Công việc đầu tiên của đánh giá là xác định hoạt động nào, chương trình nào cần đánh giá, đánh giá đó nhằm mục tiêu gì, kết quả của đánh giá sẽ được ai sử dụng, sử dụng vào mục đích gì. Ví dụ: Tại một huyện, công tác chăm sóc trước sinh chưa tốt, để lập kế hoạch tăng cường công tác chăm sóc trước sinh trong huyện cho năm tới cần tiến hành đánh giá công tác này trong huyện nhằm mục tiêu:

- Xác định những vấn đề tồn tại trong công tác chăm sóc trước sinh.
- Tìm hiểu các nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng tốt và chưa tốt đến công tác chăm sóc trước sinh.

- Đề xuất các giải pháp để tăng cường công tác chăm sóc trước sinh trong kế hoạch những năm tới.

Việc xác định mục tiêu của đánh giá tùy thuộc vào nhu cầu ưu tiên, khả năng về nguồn lực và trình độ cán bộ tham gia đánh giá.

5.1.2. Xác định phạm vi đánh giá

Dựa vào vấn đề, mục tiêu đã đề ra và nhất là khả năng nguồn lực thực tế mà người quản lý xây dựng kế hoạch đánh giá cho phù hợp. Người xây dựng kế hoạch đánh giá cần trả lời rõ các câu hỏi sau:

- Đánh giá sẽ được thực hiện ở những cơ sở nào?
- Đánh giá thực hiện trên địa bàn nào?
- Cần thu thập thông tin từ những đối tượng nào, nguồn nào?
- Thu thập thông tin từ thời gian nào đến thời gian nào?

Chọn phạm vi đánh giá thích hợp phụ thuộc vào khả năng của người quản lý. Một nguyên tắc quan trọng là cần đảm bảo được tính giá trị, đại diện và tin cậy của thông tin thu được trong đánh giá. Sử dụng các kiến thức dịch tễ học để xác định phạm vi đánh giá, trong đó có xác định cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu là rất cần thiết để đảm bảo tính tin cậy và giá trị của kết quả đánh giá.

5.1.3. Xác định các chỉ số cho đánh giá

Xác định các chỉ số nào cần thiết cho đánh giá, từ đó quyết định thiết kế các công cụ thu thập và tính toán chỉ số, đồng thời quyết định chỉ số sẽ được thu thập ở đâu, vào thời điểm nào, các phương pháp nào sử dụng để đảm bảo tính chính xác của chỉ số (xem phần chỉ số trong đánh giá).

5.1.4. Xác định mô hình đánh giá

Đánh giá cần chỉ ra được các thay đổi hay kết quả của kế hoạch hoạt động hay chương trình can thiệp. Nếu như mục tiêu và các chỉ số, chỉ tiêu của kế hoạch hoạt động hay chương trình được xây dựng rõ ngay từ khi bắt đầu hoạt động hay chương trình can thiệp thì không khó khăn trong việc chỉ ra các kết quả hay các thay đổi. Tuy nhiên chứng minh các thay đổi là do thực hiện kế hoạch hay chương trình riêng nào đó thì không phải dễ dàng vì kết quả đạt được có thể do tác động của một số yếu tố khác.

Thông thường có hai mô hình đánh giá để có thể chỉ ra các thay đổi do thực hiện kế hoạch hoạt động hay chương trình can thiệp.

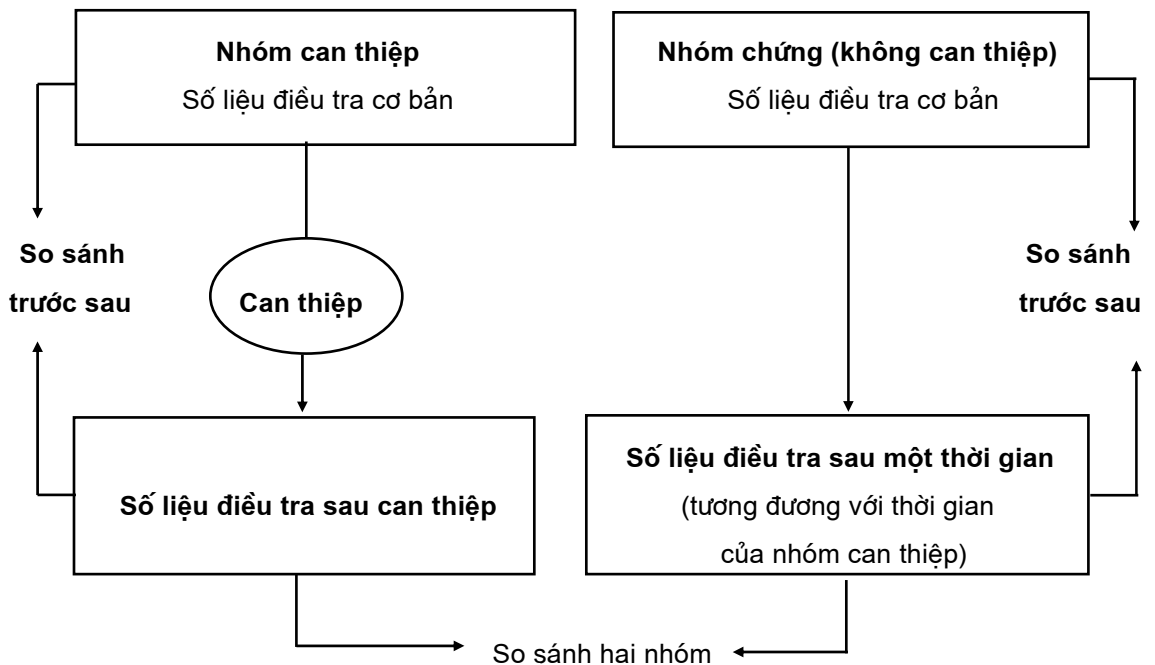
5.1.4.1. Đánh giá có sử dụng nhóm đối chứng

Người đánh giá có thể thiết kế mô hình đánh giá với một nhóm can thiệp và một nhóm chứng, bằng cách chọn nhóm chứng càng giống với nhóm can thiệp càng tốt (đặc điểm cá nhân, địa dư, đặc điểm kinh tế, văn hoá, xã hội, điều kiện làm việc, phương tiện kỹ thuật, chuyên môn v.v..., nhóm chứng là nhóm không có hoạt động can thiệp).

Trong mô hình này trước khi thực hiện hoạt động can thiệp, cả nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp đều được điều tra cơ bản. Sau thời gian hoạt động can thiệp cả nhóm có can thiệp và nhóm không can thiệp lại được điều tra lại. Đối tượng, phương pháp tiến hành và công cụ điều tra trước và sau can thiệp cho cả hai nhóm là giống nhau, nói cách khác các thông tin hay biến số được thu thập như nhau giữa nhóm có can thiệp và không can thiệp, giữa trước can thiệp và sau can thiệp.

Kết quả được so sánh giữa hai nhóm sau hoạt động can thiệp. Nếu nhóm can thiệp có được kết quả tốt hơn so với nhóm không can thiệp sẽ là bằng chứng khách quan thể hiện sự thành công của chương trình can thiệp.

Với mô hình này cũng có thể so sánh kết quả trước và sau thời gian can thiệp của nhóm có can thiệp cũng như của nhóm không can thiệp để có thêm thông tin bổ sung đánh giá kết quả của hoạt động can thiệp.



Hình 12.1. Sơ đồ mô hình đánh giá so sánh trước sau và với nhóm chứng

Khi so sánh trước (T) và sau (S) khi can thiệp đối với nhóm có can thiệp hay so sánh T và S một thời gian cùng kỳ với thời gian can thiệp ở nhóm chứng ta có thể tính được giá trị dự phòng (Preventive value -PV).

Giá trị PV được tính như sau:

$$PV = \frac{|P_T - P_S|}{P_T} \times 100 (\%)$$

Trong đó: P_T = tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm trước can thiệp.

P_S = tỷ lệ hoặc giá trị trung bình ở thời điểm sau can thiệp.

PV có thể tính bằng % hoặc bằng số tuyệt đối $P_T - P_S$

Trong quá trình can thiệp có thể tình hình đã thay đổi một cách tự nhiên hoặc do nhiều tác nhân khác, những tác động của thay đổi khách quan có thể đo lường được bằng giá trị PV ở nhóm chứng. Hiệu quả can thiệp (HQCT) thực sự được tính bằng PV của nhóm can thiệp trừ PV của nhóm chứng.

$$HQCT = PV_{(Can\ thi\ ep)} - PV_{(ch\ ung)}$$

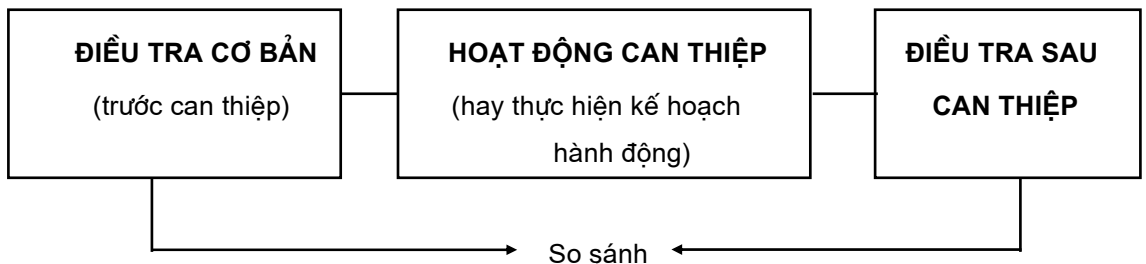
Hiệu quả can thiệp có thể tính bằng giá trị tương đối (tỷ lệ %) hoặc giá trị tuyệt đối.

Cũng có thể đánh giá một nhóm chứng với các nhóm can thiệp khác nhau. Trong phương pháp này ta có thể so sánh được hiệu quả của giải pháp can thiệp này với hiệu quả của giải pháp can thiệp khác.

Đánh giá có nhóm chứng là một mô hình đánh giá mang tính khoa học, có giá trị cao, nhất là cho nghiên cứu thử nghiệm áp dụng những giải pháp hay hoạt động can thiệp mới. Trong thực tế các địa phương đều có kế hoạch thực hiện hoạt động hay chương trình y tế hàng năm. Các hoạt động hay chương trình y tế này thường được thực hiện trên cả địa bàn một địa phương, vì thế áp dụng mô hình đánh giá các kế hoạch hoạt động hay chương trình y tế với nhóm chứng hàng năm nhiều khi không thích hợp. Mô hình đánh giá trước sau có thể sẽ thích hợp hơn với việc thực hiện các hoạt động hay chương trình y tế khi không có đủ kinh phí và điều kiện kỹ thuật.

5.1.4.2. Mô hình đánh giá trước và sau can thiệp không có nhóm chứng

Trong mô hình này điều tra cơ bản ban đầu được thực hiện, các thông tin thu được là cơ sở để xây dựng mục tiêu của kế hoạch hay chương trình can thiệp. Sau khi thực hiện các hoạt động can thiệp, điều tra lại với các nội dung và phương pháp như điều tra cơ bản ban đầu được thực hiện, kết quả của cuộc điều tra này được so sánh với kết quả điều tra ban đầu. Các thay đổi giữa hai cuộc điều tra thường được coi là kết quả của chương trình can thiệp. Tuy nhiên người đánh giá cần thận trọng và có bằng chứng để loại trừ các nguyên nhân khác khi kết luận về những thay đổi là do hoạt động can thiệp, vì trên thực tế có thể có những thay đổi là do kết quả của các yếu tố khác chứ không phải là do kết quả của hoạt động can thiệp.



Hình 12.2. Sơ đồ mô hình đánh giá không có nhóm chứng

Trong nhiều trường hợp không thực hiện được điều tra cơ bản ban đầu, lúc này phải dựa vào các chỉ tiêu kế hoạch để đánh giá các hoạt động y tế.

5.1.5. Chọn phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá

Có thể quyết định chọn phương pháp thu thập thông tin thứ cấp qua sổ sách báo cáo, thu thập thông tin qua phỏng vấn cấu trúc hoặc bán cấu trúc hoặc thu thập thông tin qua quan sát. Tùy theo khả năng và nguồn lực và vấn đề cần đánh giá mà người lập kế hoạch đánh giá chọn

phương pháp thu thập thông tin nào cho thích hợp. Có thể quyết định kết hợp nhiều phương pháp thu thập thông tin để đáp ứng được nhu cầu và mục tiêu của đánh giá đã xác định.

5.1.6. Lập kế hoạch cho đánh giá

Sau khi đã xác định được vấn đề, phạm vi, mục tiêu và chuẩn bị các yêu cầu kỹ thuật cho đánh giá như xác định chỉ số, phương pháp, công cụ thu thập thông tin, người lập kế hoạch cho đánh giá cần có kế hoạch cụ thể về nguồn lực cần thiết cho đánh giá bằng cách trả lời các câu hỏi cơ bản sau:

- Ai sẽ tham gia vào đánh giá?
- Họ cần được đào tạo như thế nào?
- Kinh phí cần thiết cho đánh giá là bao nhiêu?
- Các phương tiện, công cụ nào cần có phục vụ cho đánh giá?
- Đánh giá cần thực hiện khi nào, thời gian cụ thể ra sao?
- Lập kế hoạch chi tiết phân công nhiệm vụ đánh giá như thế nào ?

Kế hoạch cho đánh giá cần được chuẩn bị chi tiết cũng giống như khi xây dựng một bản kế hoạch hành động cụ thể.

5.2. Thực hiện thu thập thông tin

Hoạt động quan trọng nhất của thực hiện đánh giá là tổ chức thu thập thông tin cần thiết. Các thông tin thu thập cho đánh giá cần đảm bảo các yêu cầu chung là chính xác, kịp thời và đầy đủ. Trước khi tổ chức thu thập thông tin chính thức cần kiểm tra lại các công cụ hay phương tiện thu thập thông tin một lần nữa bằng cách thử nghiệm lại các công cụ thu thập thông tin, kiểm định lại tính thực thi của kế hoạch đánh giá và sửa đổi cho thích hợp. Những người tham gia thu thập thông tin cho đánh giá cần được tập huấn trước, thông thạo các phương pháp và công cụ sử dụng cho thu thập thông tin.

Trong quá trình thu thập thông tin cần tổ chức giám sát chặt chẽ để đảm bảo tính thống nhất, chính xác, trung thực của thông tin và giải quyết các khó khăn nảy sinh trong việc thu thập thông tin. Thông thường cứ 5 người điều tra nghiên cứu thì có một người giám sát. Người giám sát phải được đào tạo trước khi thực hiện nhiệm vụ và có trách nhiệm cao với công việc của mình.

5.3. Xử lý thông tin, trình bày kết quả đánh giá

Khi thông tin đã được thu thập đầy đủ, bước quan trọng tiếp theo là xử lý thông tin. Thông tin cần được xử lý bằng các phương pháp và chương trình thích hợp để có các số liệu, chỉ số phản ánh đúng thực chất của các chương trình hoạt động y tế theo mục tiêu đã đề ra. Các chương trình xử lý số liệu trên máy vi tính với các thuật toán thống kê thích hợp có thể được sử dụng để phân tích xử lý số liệu như EPI INFO, SPSS, STATA v.v... tùy thuộc vào khả năng và kinh nghiệm của người đánh giá.

Kết quả của đánh giá cần được trình bày và phiên giải hợp lý bằng các bảng số liệu, các sơ đồ, biểu đồ so sánh với các bản luận ngắn gọn và đầy đủ để giúp người đọc dễ dàng nhận ra các kết quả đạt được và vấn đề chưa đạt hay các tồn tại của hoạt động chương trình, dự án can thiệp.

Đánh giá giá trị, hiệu quả của kết quả thu được và phân tích tại sao lại có các kết quả như vậy là nội dung hết sức quan trọng cần được thể hiện trong báo cáo đánh giá.

5.4. Sử dụng kết quả đánh giá

Bản báo cáo đánh giá được trình bày như một bản báo cáo khoa học. Báo cáo cần nêu ra các kết luận cụ thể chính xác dựa trên các thông tin thu được, các bài học kinh nghiệm quan trọng rút ra từ kết quả hoạt động của chương trình để giúp những người khác có các kinh nghiệm cho các chương trình hoạt động y tế tương tự hay các hoạt động có liên quan trên địa bàn.

Kết quả của báo cáo đánh giá trước tiên được những nhà quản lý, các cán bộ thực hiện hoạt động, chương trình sử dụng để xác định các vấn đề tồn tại, lập kế hoạch cho các hoạt động, chương trình trong giai đoạn kế hoạch tới của cá nhân hay đơn vị liên quan.

Kết quả đánh giá đồng thời được gửi đến cơ quan có thẩm quyền ở cấp trên kịp thời để sử dụng cho mục đích rộng hơn như ra các chính sách, quyết định mới nhằm nâng cao chất lượng, hiệu quả của các chương trình, hoạt động y tế.

Các báo cáo đánh giá hoạt động y tế cần được lưu trữ để làm cơ sở dữ liệu cho xây dựng các kế hoạch hoạt động y tế của cá nhân và đơn vị, cả trước mắt và lâu dài và làm tài liệu tham khảo cho những cá nhân hay đơn vị khác nếu cần.

Tóm lại công tác quản lý y tế không thể thiếu hoạt động đánh giá. Đánh giá là một khâu quan trọng cần thiết cho mọi hoạt động, mọi chương trình y tế. Ngay từ khi xây dựng kế hoạch cho các hoạt động y tế cần dành các nguồn lực thích hợp cho hoạt động đánh giá. Phải thực hiện đánh giá theo kế hoạch đã xây dựng một cách nghiêm túc để đảm bảo đánh giá là một chức năng quan trọng trong quản lý các hoạt động và chương trình y tế, góp phần không ngừng tăng cường chất lượng, hiệu quả trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm đánh giá chương trình/ hoạt động y tế.
2. Trình bày mục đích và phân loại đánh giá.
3. Trình bày mô hình đánh giá trước và sau can thiệp không có nhóm chứng.
4. Trình bày mô hình đánh giá so sánh trước sau và với nhóm chứng.
5. Nêu các bước cơ bản của đánh giá.
6. Nêu tiêu chuẩn lựa chọn chỉ số cho đánh giá.

ĐẠI CƯƠNG VỀ CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các bước trong quá trình hình thành chính sách.
2. Nêu được các yếu tố chính làm căn cứ xây dựng chính sách y tế công cộng.

NỘI DUNG

1. CHÍNH SÁCH Y TẾ LÀ GÌ

“Chính sách y tế gồm những quá trình hành động tác động đến một loạt các cơ quan, tổ chức, các dịch vụ y tế và việc phân bổ kinh phí của hệ thống y tế. Tuy nhiên nó không chỉ dừng ở mức các dịch vụ y tế mà bao gồm cả các chủ trương đã được thực hiện hoặc dự kiến thực hiện bởi các tổ chức Nhà nước, tư nhân, và tình nguyện nhằm tác động đến sức khỏe”⁸.

Cũng có thể nói: *Chính sách y tế là các định hướng chiến lược chăm sóc sức khoẻ từ Trung ương đến địa phương nhằm đáp ứng nhu cầu đa dạng của các tầng lớp nhân dân một cách công bằng, hiệu quả nhất và đảm bảo cho sự phát triển.*

Chính sách y tế không chỉ là của riêng ngành y tế mà của toàn xã hội, trong đó các cơ sở y tế đóng vai trò chủ đạo và thực hiện cung cấp các dịch vụ y tế. Chính sách y tế là một bộ phận không tách rời của các chính sách xã hội của Đảng và Nhà nước. Ví dụ: chính sách hỗ trợ người nghèo trong khám chữa bệnh (Quyết định 139 của Thủ tướng chính phủ) là một định hướng cho nền y tế công bằng hơn, do Chính phủ ban hành, các bộ ngành (Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Kế hoạch đầu tư và Bộ lao động thương binh & xã hội cùng chính quyền các cấp) phối hợp thực hiện.

Có hai cấp độ chính sách khác nhau: Cấp vĩ mô, hay còn gọi là các chính sách mang tính thể chế (institutional policy) và Cấp kỹ thuật, hay còn gọi là các chính sách mang tính kỹ thuật (technical policy). Ví dụ: Hướng tới bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2010 là một chính sách lớn của chính phủ và ngành y tế, thực hiện chính sách này không chỉ riêng ngành y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam mà còn là nhiệm vụ của các cấp chính quyền và bộ ngành khác. Đây là một chính sách vĩ mô. Trong khi đó, quyết định chính sách trong phòng chống sốt rét ở một địa phương, người ta có thể coi trọng việc diệt vector truyền bệnh bằng nằm màn, phun tồn lưu hoá chất diệt muỗi, khai quang bụi rậm, cống rãnh quanh nhà v.v... hay dùng thuốc uống phòng bệnh cho người đi rừng. Đây là các chính sách mang tính kỹ thuật, hay còn gọi là chiến lược. Bài này chỉ giới hạn trong các chính sách về mặt thể chế. Các chính sách về kỹ thuật sẽ học trong môn học về các chương trình mục tiêu quốc gia.

Chính sách được đưa ra ở các cấp khác nhau, từ Trung ương đến địa phương. Từ các chủ trương lớn của Đảng và Nhà nước về công bằng và hiệu quả trong cung ứng các dịch vụ y tế, mỗi địa phương phải cụ thể hoá bằng các chính sách phù hợp với nhu

⁸ Gill Walt (1996). Chính sách y tế. Quá trình và quyền lực

cầu của cộng đồng, điều kiện kinh tế, xã hội và khả năng của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế của tỉnh mình. Cùng là chính sách hỗ trợ người nghèo trong khám chữa bệnh, các tỉnh lại thực hiện không hoàn toàn giống nhau: cấp thẻ người nghèo, cấp thẻ bảo hiểm y tế, thực thanh thực chi hay hỗn hợp các biện pháp với nhau. Có tỉnh thực hiện ngay tại tuyến xã, có tỉnh chỉ thực hiện ở các bệnh viện từ huyện trở lên.

Khi đề xuất chính sách người ta đều mong muốn mang lại quyền lợi cho các nhóm nghèo, nhóm dân số dễ bị tổn thương (phụ nữ, trẻ em, người cao tuổi) song trong quá trình thực hiện chính sách do có những nguyên nhân khác quan và chủ quan các mục tiêu chính sách không thực hiện được hoặc chỉ thực hiện một phần, vì vậy cần phải phân tích đánh giá các chính sách để điều chỉnh giải pháp hay điều chỉnh mục tiêu kịp thời. Như vậy, chính sách vừa có tính thống nhất, vừa có tính linh hoạt, mềm dẻo. Chính sách không bất biến mà cần được điều chỉnh, thay đổi cho phù hợp với những thay đổi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe cũng như khả năng tài chính của quốc gia và năng lực kinh tế của các tầng lớp nhân dân.

Hiện nay các tài liệu nước ngoài viết về chính sách y tế không ít, song mỗi nước có các đặc điểm khá riêng, nhiều khi không thể áp dụng chính sách cũng như cách làm chính sách của nước này cho một nước khác, cho dù kinh nghiệm của các nước đều có thể chia sẻ cho nhau. Tương tự như thế cho các tỉnh trong một nước, thậm chí ngay cả các kinh nghiệm vào thời gian trước đây có thể bị lạc hậu, nhất là khi các điều kiện kinh tế văn hoá, xã hội cũng như năng lực cung cấp dịch vụ y tế của hệ thống y tế công cũng như tư nhân đã thay đổi.

Trong quá trình phát triển kinh tế xã hội, ngành y tế đóng một vai trò quan trọng không chỉ là phòng bệnh, khám chữa bệnh, tăng cường sức khỏe, hồi phục chức năng và tư vấn sức khỏe mà còn góp phần xây dựng một xã hội công bằng, văn minh. Trong quá trình cải cách kinh tế theo cơ chế thị trường có định hướng XHCN một loạt các vấn đề mới nảy sinh như:

- Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của các nhóm dân cư (theo các đặc điểm giới; tuổi; nông thôn- thành thị; giàu - nghèo; dân tộc; văn hoá; nghề nghiệp v.v...) khác nhau tới mức tạo nên sự cách biệt và dần dần sự cách biệt đó cũng gia tăng giữa nhóm giàu và nghèo, giữa nông thôn và thành thị, giữa miền núi và miền xuôi. Điều này đặt ra yêu cầu làm thế nào vừa phải đáp ứng với những yêu cầu CSSK với chất lượng khác nhau tùy theo khả năng chi trả của mỗi người, đồng thời phải giảm bớt sự cách biệt đó để mỗi người trong xã hội đều được CSSK gần như nhau hoặc ít ra cũng không tạo ra sự mất công bằng trong tiếp cận với các dịch vụ có chất lượng như nhau và chỉ phải trả phí theo khả năng tài chính của gia đình mình.
- Các tiến bộ trong y sinh học tạo thêm các cơ hội nâng cao năng lực phòng bệnh và chữa bệnh, song cũng làm tăng chi phí y tế. Điều này đặt ra nhu cầu cho chúng ta phải đưa ra chiến lược phù hợp sao cho hiệu quả CSSK cao nhất mà chi phí tăng ít nhất.
- Trong khi vừa phải chú ý đến việc nâng cao chất lượng của các dịch vụ y tế cơ bản ở tuyến cơ sở, vừa phải chú ý đến việc phát triển kỹ thuật cao để đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng cao của các tầng lớp nhân dân và để không bị tụt hậu so với các nước trong khu vực và trên thế giới. Như vậy cần phải chú ý đến tuyến huyện và xã (tuyến cơ sở) và tuyến tỉnh và Trung ương, chú ý đến CSSK ban đầu và sử dụng các kỹ thuật cao trong phòng bệnh và chữa bệnh.

- Chúng ta có một nền y học cổ truyền rất mạnh, song trong thời đại khoa học kỹ thuật phát triển mạnh mẽ như hiện nay cần phải định hướng lại sao cho vừa phải kế thừa nền y học cổ truyền, vừa phải ứng dụng và phát triển y sinh học hiện đại để hiện đại hoá các phương pháp chữa bệnh của y học cổ truyền.
- Trong cơ chế thị trường lực lượng y dược tư nhân phát triển mạnh mẽ, song do bị thị trường chi phối (vì lợi nhuận) hệ thống này bên cạnh các ưu điểm (cung cấp các dịch vụ KCB theo yêu cầu đa dạng của cộng đồng) lại xuất hiện các xu thế lạm dụng kỹ thuật (xét nghiệm, thuốc) vì bị lợi nhuận chi phối. Vấn đề đặt ra là làm thế nào để khai thác thế mạnh của y tế tư nhân trong việc đáp ứng nhu cầu CSSK của nhân dân, chia sẻ gánh nặng với hệ thống KCB vừa phải hạn chế mặt trái của hệ thống này.

2. CÁC BƯỚC XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH

Có bốn bước tiếp nối nhau trong quá trình xây dựng chính sách.

- Khởi xướng các chính sách;
- Soạn thảo chính sách;
- Thực hiện các giải pháp chính sách;
- Đánh giá chính sách và điều chỉnh chính sách.

2.1. Khởi xướng chính sách

Những người ra quyết định chính sách (lãnh đạo ngành y tế, lãnh đạo Đảng chính quyền ở Trung ương và địa phương) khởi xướng một chính sách dựa trên quá trình xác định những vấn đề tồn tại trong CSSK cộng đồng hoặc những yếu kém trong khi thực hiện những chủ trương chính sách lớn về y tế, từ đây đặt ra các mục tiêu để khắc phục vấn đề đó. Ví dụ: Tình hình tăng chi phí y tế vượt quá mức tăng trưởng kinh tế nhiều lần, tình trạng người nhiễm HIV tăng nhanh trong khi đầu tư cho lĩnh vực này đã được tập trung rất cao hoặc, tỷ lệ người nghèo chưa đến được bệnh viện để nhận dịch vụ KCB không mất tiền còn quá thấp hoặc ngược lại tình trạng các bệnh viện quá tải trong khi tăng tỷ lệ dân số có bảo hiểm y tế v.v... Các vấn đề trên cần giải quyết thông qua những chính sách và chiến lược, mục đích cụ thể.

2.2. Soạn thảo chính sách

Dựa trên các mục đích và các định hướng chiến lược được cấp ra chính sách đặt ra, những chuyên gia xây dựng chính sách bao gồm các nhà khoa học, những nhà quản lý, những người chủ chốt tham gia thực thi chính sách cùng ngồi lại với nhau để đưa ra các mục tiêu cụ thể hơn, các giải pháp lớn, xác định các cơ sở lý luận và thực tiễn, các điều kiện về nguồn lực để đạt được các mục tiêu chính sách. Ví dụ: để đạt được mục tiêu công bằng trong khám chữa bệnh, các chuyên gia xây dựng chính sách đề xuất các giải pháp như sau:

- Cấp thẻ người nghèo cho các gia đình có thu nhập dưới mức nghèo của Bộ Lao động và Thương binh Xã hội quy định.
- Cấp thẻ bảo hiểm y tế cho các thành viên trong các hộ nghèo để họ có thể đến KCB ở bất cứ cơ sở KCB nào của Nhà nước.
- Thực hiện thực thanh thực chi (chi hết bao nhiêu cho người bệnh, Nhà nước cấp bù lại bấy nhiêu cho bệnh viện).

Các giải pháp trên lại yêu cầu các giải pháp cụ thể hơn với các nguồn lực được tính toán và phân bổ tương ứng. Các quy định về hành chính cũng được đề xuất và được các bộ ngành ở cấp Trung ương ban hành và cấp địa phương cụ thể hoá trong hoạt động.

2.3. Thực hiện các giải pháp chính sách

Việc triển khai chính sách tại các địa phương, không chỉ là việc tổ chức thực hiện các chính sách, lên kế hoạch hàng năm mà còn chỉ đạo các tuyến, các đơn vị thực hiện, trong đó có theo dõi và giám sát quá trình thực thi nhằm đạt được tiến độ cũng như đúng yêu cầu chất lượng.

2.4. Đánh giá và điều chỉnh chính sách

Chính sách sau khi thực hiện cần được đánh giá, qua đó xem xét các mục tiêu có đạt được hay không, có những tiến bộ nào, nguyên nhân thất bại và thành công là gì, chính sách có cần phải điều chỉnh không, điều chỉnh gì và ở cấp thực thi nào hay cấp ra chính sách. Có thể sau một thời gian thực hiện cần ra đời một chính sách mới, phù hợp hơn. v.v...

3. NHỮNG YẾU TỐ CƠ BẢN QUYẾT ĐỊNH TỚI CHÍNH SÁCH Y TẾ

Chính sách y tế có thể ở tầm vĩ mô cho cả nước như bản “Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian từ nay tới năm 2000 và 2020 ” (Nghị quyết 37/CP ngày 20/6/1996 của Thủ tướng chính phủ), hay cũng có thể theo từng vùng như trong “ Chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên trong thời gian 1997 - 2000 và 2020” (Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 13/2/1997). Để triển khai các bản chính sách này, tại mỗi địa phương (thông thường là cấp tỉnh) Sở Y tế làm tham mưu cho UBND tỉnh để đưa ra các thông tư hướng dẫn hoạt động y tế cho địa phương mình. Như vậy, việc triển khai chính sách quốc gia thành chính sách địa phương là quá trình cụ thể hoá bản chính sách y tế để đi từ chính sách thành hành động cụ thể. Dù bản chính sách được xây dựng ở cấp nào thì yếu tố quyết định tới sự hình thành bản chính sách cũng rất giống nhau.

Nhìn vào sơ đồ dưới đây cho thấy có rất nhiều yếu tố cần phải xem xét khi xác định mục tiêu của một bản chính sách y tế.

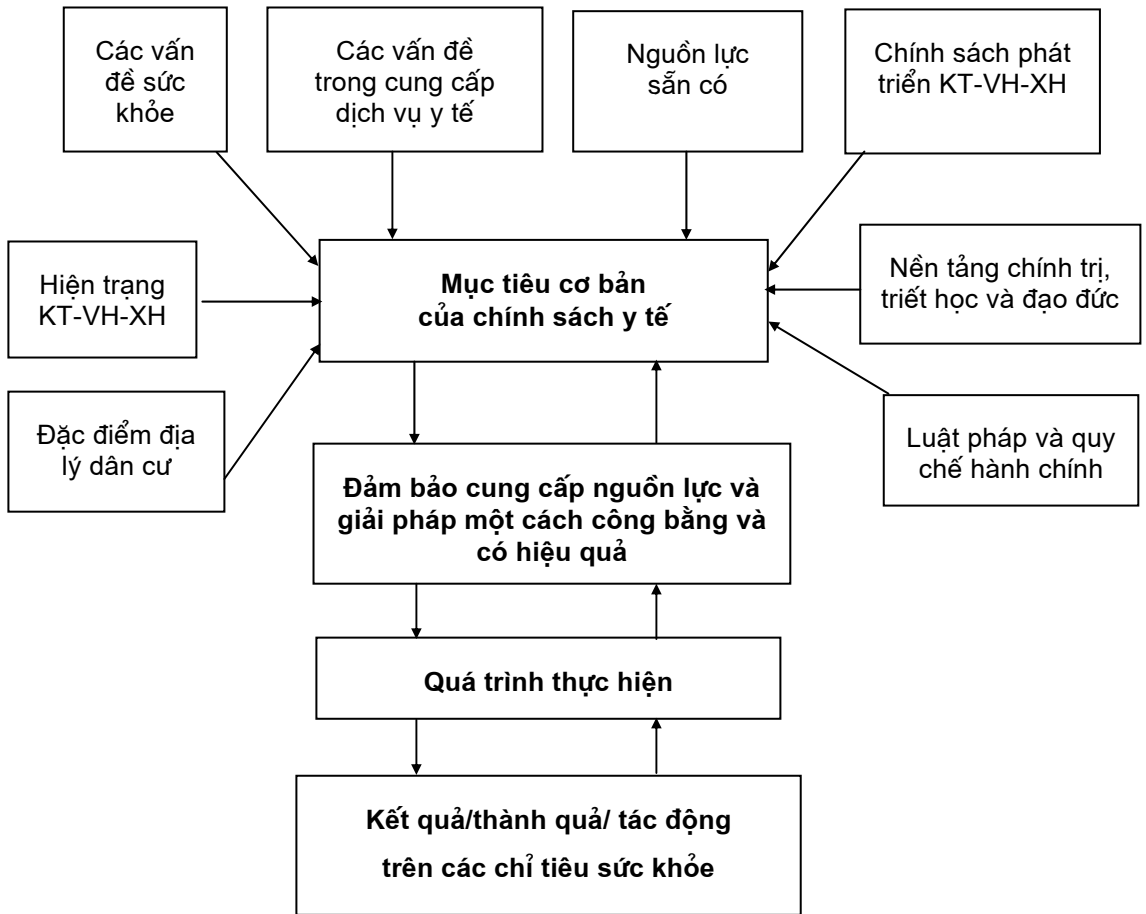
Mục tiêu của một bản chính sách y tế không thể chỉ coi trọng việc giải quyết các vấn đề sức khỏe một cách công bằng và có hiệu quả mà bỏ qua hoặc coi nhẹ các yếu tố khác nhằm làm cho bản chính sách hoà hợp với chiến lược phát triển KT-VH-XH, với nền tảng chính trị, triết học qua các quan điểm của Đảng, luật pháp của Nhà nước và nhất là khả năng đảm bảo, duy trì các nguồn lực và khả năng của mạng lưới y tế.

3.1. Các vấn đề sức khỏe

Tại mỗi quốc gia, mỗi địa phương, trong những thời gian khác nhau có những vấn đề sức khỏe tồn tại ở các mức trầm trọng khác nhau. Trong đó có những vấn đề từ lịch sử và còn kéo dài nhiều năm tới hàng thập kỷ mà việc giải quyết nó gắn chặt với quá trình phát triển KT-VH-XH. Chính sách y tế đặt ra mục tiêu cho mình không phải là giải quyết hoàn toàn vấn đề đó trong một thời gian ngắn mà giảm nhẹ hoặc bảo vệ những đối tượng có nguy cơ cao, đối tượng nghèo, gia đình chính sách.

Để nhận biết vấn đề sức khỏe cần dựa vào gánh nặng bệnh tật trong đó có các số liệu từ thống kê y tế, trong đó chú ý tới 10 bệnh mắc với tỷ lệ cao nhất, 10 nguyên nhân gây chết cao nhất, tới các bệnh dịch địa phương. Các vấn đề sức khỏe cũng còn dựa trên những dự báo về tình hình sức khỏe- bệnh tật trong cộng đồng (vì chính sách y tế nhằm giải quyết những vấn đề sức khỏe trong tương lai gần) và phân tích vấn đề sức khỏe theo 3 nhóm bệnh:

- Các bệnh truyền nhiễm, tai biến sản khoa, chết chu sinh và suy dinh dưỡng;
- Các bệnh không truyền nhiễm;
- Các loại chấn thương, tai nạn;



Hình 13.1. Sơ đồ các yếu tố liên quan đến quá trình xây dựng chính sách y tế.

3.2. Các vấn đề cung cấp dịch vụ y tế

Thực chất đây là khả năng hiện tại và trong tương lai của mạng lưới y tế để giải quyết các vấn đề sức khỏe. Bản chính sách cũng đề cập đến các mục tiêu khắc phục những vấn đề trong hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế, kể cả tư nhân.

3.3. Nguồn lực y tế

Nguồn lực ở đây bao gồm nhân lực, kinh phí (đầu tư y tế quốc gia và địa phương), cơ sở vật chất (bao gồm cả thuốc) trong thời gian hiện tại và trong tương lai.

Nguồn nhân lực y tế không chỉ ở số lượng mà ở cả trình độ, khả năng điều động nhân lực. ở nước ta số lượng cán Bộ Y tế trên dân số khá cao so với những nước có thu nhập hơn ta vài lần. Tuy nhiên, trình độ còn hạn chế, ít được đào tạo liên tục và điều kiện làm việc còn thiếu thốn. Mặt khác lại phân bố không hợp lý do chế độ đãi ngộ chưa thoả đáng và mức sống chênh lệch giữa các vùng. Nói đến nguồn nhân lực cần phải coi hệ thống y dược tư nhân cũng là một thành tố quan trọng. Hiện nay, bắt đầu xuất hiện tình trạng "chảy máu chất xám", trong đó thể hiện rất rõ trong ngành dược, các dược sỹ đại học sau khi ra trường có xu hướng muốn làm việc cho các cơ sở tư nhân nhiều hơn, dẫn tới tình trạng thiếu dược sỹ trầm trọng ở một số tỉnh, đặc biệt là tỉnh có nền kinh tế khó khăn. Sự cân đối giữa các loại hình cán Bộ Y tế cũng đang gia tăng trong khu vực y tế công, trong đó tỷ số điều dưỡng trên bác sỹ chỉ mới bằng 1,7 và dược sỹ trên bác sỹ dưới 1/5 nghĩa là đang mất cân đối rất rõ. điều này cũng gặp ở nhiều nước có nền kinh tế chậm phát triển. Dưới góc độ công bằng, phân bố nhân lực y tế (cả về số lượng và chất lượng) phải giảm thiểu tối đa sự chênh lệch giữa các khu vực có sự chênh lệch về thu nhập cũng như giữa nông thôn và thành thị, giữa vùng núi và miền xuôi.

Về nguồn lực tài chính, do vùng nghèo có khả năng thu phí thấp, ngân sách y tế chủ yếu từ Nhà nước vì vậy bình quân chi phí y tế trên đầu dân thấp hơn so với bình quân chung cả nước, vì vậy Nhà nước đã ưu tiên đầu tư cho vùng nghèo bằng cách tăng mức đầu tư ngân sách trên đầu người cao hơn hẳn (tối đa đến 1,7 lần), tuy nhiên mức này vẫn chưa đủ xóa đi sự cách biệt. Ví dụ: Bình quân chi cho một giường bệnh tuyến tỉnh ở thành phố lớn lên tới trên 100 triệu đồng trong khi đó nhiều tỉnh chỉ đạt 40 đến 50 triệu đồng. Để đảm bảo đầu tư có hiệu quả, cân đối mức đầu tư cho các lĩnh vực khác nhau là hết sức quan trọng.

- Tính công bằng thể hiện trong một bản chính sách: Bao gồm công bằng trong cung cấp các dịch vụ y tế (cung cấp dịch vụ mà người dân cần) và công bằng trong phân bổ các nguồn lực y tế.
- Tính hiệu quả thể hiện trong một bản chính sách: Hiệu quả về kỹ thuật, hiệu quả về đầu tư và hiệu quả về chi phí.

3.4. Hiện trạng kinh tế-văn hóa-xã hội

Đây là yếu tố rất quan trọng tác động tới quá trình phát triển ngành y tế và quá trình sử dụng các cơ sở y tế của Nhà nước.

3.5. Đặc điểm địa lý, dân cư

Đặc điểm địa lý khí hậu quyết định tới việc bố trí mạng lưới y tế sao cho dễ tiếp cận với người dân. Đồng thời liên quan tới tình hình sức khỏe, bệnh tật của một địa phương.

3.6. Chính sách và các chương trình phát triển tổng thể KT-VH-XH

Các chính sách kinh tế, xã hội của một đất nước tác động mạnh mẽ tới chính sách y tế. Không dựa trên chính sách này, chính sách y tế sẽ không thể khả thi, cũng như không thể đáp ứng nhu cầu phát triển xã hội (đầu tư cho y tế là đầu tư cho phát triển).

3.7. Luật pháp và các quy chế hành chính hiện hành

Luật pháp và các quy định hành chính là những cơ sở pháp lý cho việc đề ra chính sách y tế. Càng dựa vào luật pháp bao nhiêu, khả năng thực thi chính sách càng nhiều bấy nhiêu. Nhà nước ta đã ra các luật bảo vệ và CSSK, luật môi trường, luật lao động, luật bảo vệ phụ nữ, trẻ em... Cần nghiên cứu kỹ các bộ luật này trước khi quyết định một bản chính sách.

3.8. Nền tảng chính trị, triết học và các chủ trương Nghị quyết của Đảng, các Thông tư, Chỉ thị của Chính phủ về công tác y tế

Những phương châm lớn của Đảng về đảm bảo công bằng xã hội, về phát triển KT-VH-XH, về chính sách dân vận của Đảng, về 5 quan điểm cơ bản của Đảng trong phát triển y tế là cơ sở để huy động phối hợp mọi ngành, mọi nguồn lực cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Chính sách y tế có tính kế thừa những ưu điểm của chính sách trước đó. Chính sách với nội dung chủ yếu là những cam kết của Nhà nước đảm bảo cung cấp các nguồn lực một cách công bằng, hiệu quả, có chất lượng và huy động toàn thể xã hội, các ngành khác có liên quan tham gia CSSK, chính sách cũng đề cập tới những giải pháp ở tầm vĩ mô đối với ngành y tế để sử dụng tối ưu các nguồn lực mà Nhà nước cung cấp nhằm đạt tới mục tiêu. Tuy nhiên chính sách không bất biến mà luôn được điều chỉnh ngay từ trong quá trình thực thi, luôn cần nhận được các thông tin phản hồi từ cộng đồng và kết quả đánh giá các thành quả mang lại.

4. XÁC ĐỊNH NHỮNG MỤC TIÊU CƠ BẢN CỦA BẢN CHÍNH SÁCH

Dựa trên những vấn đề sức khỏe hiện tại, dự báo trong tương lai và phân tích tình hình có tính đến tất cả các yếu tố đã nêu ở trên để đưa ra mục tiêu cơ bản của bản chính sách. Trong đó cần chú ý tới tính hợp pháp, tính khả thi, tính hiệu quả, sự ủng hộ cộng đồng và dựa vào 5 quan điểm cơ bản của Đảng về phát triển sự nghiệp y tế.

Mục tiêu cơ bản của bản chính sách y tế cho dù đã được soạn thảo do các chuyên gia phân tích chính sách, những người có thẩm quyền ra quyết định trong ngành y tế, cũng rất cần (và gần như bắt buộc) phải đưa ra lấy ý kiến rộng rãi qua các chương trình nghị sự với các địa phương, người lãnh đạo cộng đồng, người xây dựng chính sách đầu tư và phát triển, cũng như những người sẽ thực thi bản chính sách này ở các cấp.

Mục tiêu tổng quát của một bản chính sách hay một thông tư, chỉ thị của ngành y tế đều nhằm vào việc tăng cường hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế và đảm bảo công bằng, sao cho những cộng đồng nghèo, chậm phát triển nhận được sự ưu tiên nhiều nhất.

Mục tiêu cụ thể của bản chính sách phải được nêu rõ ràng, có thể đo lường, ước lượng được sự tiến bộ sau một khoảng thời gian. Ví dụ: Giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi từ 64‰ xuống còn 40‰ sau 5 năm (không thể nói: cố gắng/ phấn đấu giảm tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi...).

Sở dĩ ở địa phương A đặt ra mục tiêu trên vì với tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trong quá khứ và hiện tại là rất cao, song đã có chiều hướng giảm xuống cùng với quá trình phát triển kinh tế và đời sống văn hoá đang trở nên tốt hơn. Người đặt ra mục tiêu đã nhìn thấy cả khả năng của ngành y tế trong CSSK trẻ em và cả mối liên quan giữa các chỉ số phát triển kinh tế với tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trong các năm qua. Về

chủ trương, phù hợp với đường lối của Đảng. Về mặt pháp lý đã dựa trên Luật bảo vệ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em... Như vậy, khi đặt mục tiêu đã chú trọng tới tình hình, tính khả thi, có khả năng duy trì tới tính hợp pháp và theo đúng đường lối Đảng và Nhà nước thì khả năng sẽ nhận được sự ủng hộ của cộng đồng.

Về cách hành văn không nên dùng từ có tính giả định hoặc có chữ “sẽ”, “nên”. Ví dụ: Không nên nói “chính quyền địa phương sẽ đóng vai trò...” mà là nói: “chính quyền địa phương đóng vai trò...” mỗi câu trong bản chính sách thường để ở thể khẳng định.

5. ĐỀ XUẤT CHIẾN LƯỢC (GIẢI PHÁP) THỰC HIỆN CÁC MỤC TIÊU

Khi đề xuất các giải pháp cần dựa trên khả năng đảm bảo các nguồn lực. Không có sự cam kết đảm bảo các nguồn lực từ phía Nhà nước hoặc/ và từ cộng đồng thì bất cứ giải pháp nào đặt ra cũng sẽ khó hoặc không thực hiện được.

Những giải pháp có thể ở tầm vĩ mô để bao quát toàn bộ các lĩnh vực, song cũng cần có những giải pháp ở mức vi mô để giải quyết từng vấn đề rất cụ thể của một lĩnh vực, một địa phương và trong một thời gian xác định. Ví dụ: ở tầm vĩ mô người ta đưa ra giải pháp đảm bảo lương cho cán Bộ Y tế xã nhằm củng cố nguồn nhân lực (qua quyết định 58/TTg), song do đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau giữa các vùng, chế độ lương ở miền núi phải cao hơn ở miền xuôi để tăng tính hấp dẫn cán bộ lên làm việc ở vùng khó khăn. Thêm vào đó, mỗi tỉnh lại có cách vận dụng Quyết định này không hoàn toàn giống nhau để đảm bảo trả lương công bằng cho cán Bộ Y tế.

Việc đề xuất chiến lược y tế có thể dựa trên những quan điểm khác nhau.

- Quan điểm đặt yếu tố hiệu quả lên trên nghĩa là bằng mọi cách để có chi phí thấp nhất nhưng lại cải thiện được tình trạng sức khỏe cao nhất (hiệu quả trong chi phí). Chi phí hợp lý nhất để không lãng phí nguồn lực (hiệu quả về kỹ thuật) và sử dụng hợp lý nhất các nguồn lực y tế vẫn bị hạn chế để mang lại lợi ích nhiều nhất (hiệu quả trong đầu tư, phân bổ nguồn lực). Cần lưu ý rằng, không bao giờ coi hiệu quả là yếu tố quyết định đầu tư, vì dịch vụ y tế rất đặc biệt, không phải là hàng hoá, không có mua bán, mà điều quan trọng là tìm giải pháp nào để đạt được mục tiêu công bằng với hiệu quả cao nhất. Về quan điểm này, Ngân hàng thế giới là cơ quan chủ xướng, đề xuất hai tổ hợp dịch vụ.
 - + Tổ hợp dịch vụ y tế công cộng: Gồm tiêm chủng mở rộng, chăm sóc sức khỏe học đường (tẩy giun, dinh dưỡng, giáo dục sức khỏe), tăng cường kiến thức của cộng đồng về dân số KHHGĐ, tự chữa bệnh hay chỉ dẫn tới nơi khám chữa bệnh và khống chế các bệnh truyền nhiễm, các chương trình chống hút thuốc lá, uống rượu và nghiện hút, khống chế các bệnh hoa liễu, AIDS.
 - + Tổ hợp lâm sàng gồm: Chăm sóc thai sản, KHHGĐ, quản lý trẻ ốm, điều trị bệnh lao và quản lý các trường hợp bị bệnh lây qua đường tình dục.
 - + Cũng nhờ chú trọng tới 2 tổ hợp các dịch vụ trên mà sức khỏe của nhóm dân nghèo cũng được chăm sóc tốt hơn (vì đó là bệnh, các vấn đề gắn liền với nghèo đói). Tuy nhiên ở mỗi nước cần xác định cho mình những chăm sóc thiết yếu phù hợp với nhu cầu cụ thể trong các thời điểm và địa phương khác nhau.

- Quan điểm đặt mục tiêu công bằng lên trên hết: Nghĩa là chú trọng, dành ưu tiên cao cho các đối tượng nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn chậm phát triển KT-VH-XH... Nghĩa là cung cấp những dịch vụ y tế mà những người nghèo cần nhưng khó tiếp cận với mức bao cấp cao nhất mà Nhà nước có thể chi trả được. Đây cũng chính là mục tiêu của CNXH. Ví dụ: Nếu ưu tiên đầu tư cho y tế miền núi, vùng khó khăn nơi có ít dân và mật độ thưa hơn thì sẽ phải giảm bớt kinh phí phân bổ cho vùng đồng bằng, đô thị nơi đông dân hơn. Trong khi đó, cùng một dịch vụ kỹ thuật, ở miền núi sẽ có chi phí cao hơn. Về tổng thể, giảm tỷ lệ mắc hoặc/ và chết ở miền núi sẽ tốn kém hơn so với đồng bằng với cùng mức đầu tư trên một đầu người, nhưng vẫn phải đảm bảo cung cấp các dịch vụ đó.
- Quan điểm coi trọng giải pháp vĩ mô, giải pháp tối ưu dựa trên mục tiêu chủ quan, kinh nghiệm và áp đặt mệnh lệnh. Quan điểm này cần phải phê phán.
- Quan điểm coi trọng giải pháp vi mô, bổ sung từng bước, hoàn thiện dần các giải pháp đã có trước đó. Vừa làm chính sách, vừa sửa đổi để dò tìm ra các chính sách và giải pháp mới mà không gây nên xáo trộn hoặc tạo ra các bước nhảy vọt.
- Quan điểm hỗn hợp vừa coi trọng giải pháp vĩ mô, vừa coi trọng giải pháp vi mô. Quan điểm này phần nào phù hợp hơn với hoàn cảnh nước ta, nhất là khi sự biến chuyển về kinh tế đang diễn ra rất nhanh. Chính sách phải vừa đảm bảo quan điểm cơ bản, tư tưởng chỉ đạo của Đảng, vừa phải linh hoạt ứng phó với tình hình biến đổi trong từng giai đoạn thời gian, hoặc sự khác biệt giữa các vùng địa lý kinh tế khác nhau.

Cho dù dựa trên quan điểm nào, việc ưu tiên bảo vệ sức khỏe cho những tầng lớp dân cư nghèo, nhóm dễ bị tổn thương khác nhau (phụ nữ, trẻ em, người già) luôn được coi là cái đích tối cao cho một đường lối y tế.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu và giải thích khái niệm chính sách y tế.
2. Nêu tên 4 bước trong quá trình hình thành chính sách.
3. Nêu nội dung cơ bản bước soạn thảo chính sách y tế.
4. Nêu nội dung cơ bản bước đánh giá chính sách y tế.
5. Trình bày nội dung cơ bản 8 yếu tố chính làm căn cứ xây dựng chính sách y tế công cộng.
6. Vẽ sơ đồ các yếu tố liên quan đến quá trình xây dựng chính sách y tế.

ĐÁNH GIÁ, PHÂN TÍCH VÀ ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được những chủ đề chính trong phân tích chính sách y tế.*
- 2. Nêu được những nhiệm vụ chính khi phân tích chính sách.*
- 3. Trình bày được những chỉ số sử dụng trong phân tích tính công bằng và hiệu quả của chính sách y tế.*

NỘI DUNG

1. SỰ CẦN THIẾT PHẢI ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ

Chính sách y tế không phải là một điều luật không thể thay đổi được.

Chính sách y tế quốc gia lấy cơ sở là công bằng và hiệu quả. Mỗi thời kỳ phát triển kinh tế- xã hội (trong đó có y tế), tính công bằng và hiệu quả được thể hiện ở các mức độ khác nhau. Mỗi vùng địa lý, mỗi cộng đồng dân cư có những đặc điểm phát triển kinh tế xã hội và tốc độ tăng trưởng khác nhau, vì vậy cũng cần có chính sách y tế phù hợp.

Khi xây dựng chính sách cho một giai đoạn phát triển, các mục tiêu và giải pháp dựa trên sự phân tích chính sách trước đó. Chính sách là đường lối y tế cho tương lai dựa trên sự phân tích quá trình phát triển y tế trong bối cảnh kinh tế xã hội trước đó và dự kiến trong tương lai. Vì vậy khi dự kiến đó không còn phù hợp, chính sách y tế cũng phải thay đổi, điều chỉnh.

Trong quá trình thực thi chính sách y tế, có rất nhiều yếu tố tác động làm cho tính khả thi, tính hiệu quả và công bằng của chính sách thay đổi, vì vậy cần phải điều chỉnh lại chính sách cho phù hợp.

2. NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH Y TẾ DƯỚI GÓC ĐỘ CHÍNH SÁCH

Để phân tích được hoạt động y tế dưới góc độ chính sách, cần có những nghiên cứu chính sách.

Mục tiêu tổng quát của một nghiên cứu chính sách có thể là: Mô tả những yếu tố trong nội dung chính sách (từ mục tiêu đến giải pháp), những nguồn lực và việc phân bổ- sử dụng nguồn lực cũng như giải pháp thực thi chính sách, những thành quả mà việc thực thi chính sách mang lại. Những khó khăn và thuận lợi, những nguyên nhân bên trong và bên ngoài, nguyên nhân có thể giải quyết được và nguyên nhân không giải quyết được. Tất cả đều nhằm tìm ra các cơ sở khoa học để dựa vào đó các nhà chính sách đưa ra các quyết định mới làm chuyển đổi các hoạt động y tế sao cho công bằng hơn, hiệu quả hơn và có chất lượng cao hơn.

2.1. Nguyên tắc cơ bản trong nghiên cứu chính sách

Ngay cả nghiên cứu mô tả, nguyên tắc rất cơ bản là phải so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu theo thời gian và xu hướng biến động của chỉ tiêu đó theo các địa phương khác nhau.

Nghiên cứu phân tích cũng dựa trên nguyên tắc trên, thêm vào đó cần đối chiếu giữa các nhóm chỉ tiêu nghiên cứu thuộc ba nhóm: đầu vào, hoạt động, đầu ra. So sánh và tìm mối quan hệ giữa các nhóm chỉ tiêu nghiên cứu thuộc về người hưởng lợi từ chính sách, người cung cấp dịch vụ y tế, người ra chính sách. Tất cả các nhóm chỉ tiêu trên kết hợp với nhau theo các ma trận của nhiều yếu tố theo thời gian và địa điểm.

2.2. Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế

Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế nhằm cung cấp thông tin về các hoạt động chăm sóc sức khỏe trong đó có đánh giá việc thực thi chính sách hiện hành, xem xét lại nền tảng và quan niệm của chính sách trước đó có đúng quan điểm của Đảng chưa, có phù hợp với quá trình phát triển kinh tế văn hoá xã hội không.

Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế bao gồm:

- Nghiên cứu đặc điểm và cách ứng xử của người sử dụng dịch vụ y tế. Nghiên cứu các yếu tố quyết định việc lựa chọn các dịch vụ y tế của người dân.
- Nghiên cứu đặc điểm và cách ứng xử của người cung cấp dịch vụ y tế.
- Đánh giá hoạt động điều trị và phòng bệnh.
- Nghiên cứu các nguồn tài chính cho y tế và các phương thức phân bổ, sử dụng ngân sách y tế.
- Đánh giá các nguồn thông tin dùng để ra quyết định trong các dịch vụ y tế.
- Đánh giá tính hợp lý và khả năng triển khai các chính sách y tế hiện hành cũng như các thông tư chỉ thị liên quan tới việc chỉ đạo công tác y tế.
- Nghiên cứu các mối quan hệ chi phí- hiệu quả, chi phí- ích lợi và chi phí-sử dụng của các loại hình dịch vụ y tế công cộng, tư nhân. Các hình thức thu và trả phí, khả năng và nguyện vọng trả chi phí dịch vụ y tế.

2.3. Nghiên cứu một hoạt động hoặc nhóm các hoạt động dưới góc độ chính sách y tế

Bao gồm những nghiên cứu chi tiết vào một hướng ưu tiên, một nhóm hoạt động ưu tiên, một thông tư chỉ thị hay một bản chính sách y tế trong một lĩnh vực, một dự án can thiệp có tính tổng thể để biết:

- Liệu có cần thiết không, khi nào thì cần?
- Liệu có khả thi không?
- Thành quả, hiệu quả của can thiệp đó là gì?

Thông thường có 3 lĩnh vực cần chú trọng trong nghiên cứu:

- Các phương thức đầu tư và phân bổ nguồn tài chính cho một lĩnh vực, một chiến lược can thiệp.
- Nghiên cứu sự bố trí hệ thống điều trị, mối quan hệ giữa hệ thống Nhà nước và tư nhân sao cho chi phí công cộng ít mà vẫn đáp ứng tối đa nhu cầu khám chữa bệnh của các cộng đồng dân cư khác nhau.

- Nghiên cứu các chương trình y tế công cộng nào được triển khai nhằm đạt mục tiêu công bằng và hiệu quả ở mức độ chấp nhận được, phù hợp với các vùng, các nhóm dân cư khác nhau.

2.4. Nghiên cứu chính sách y tế dựa trên quy trình "giản đồ chính sách"

Giản đồ chính sách hay hiện nay được gọi là “ Người xây dựng chính sách ” do một nhóm các chuyên gia nghiên cứu chính sách y tế của trường y tế công cộng Harvard (USA) xây dựng trong những năm gần đây (Michael R.R và David M.C) nhằm hệ thống hoá các bước trong quá trình nghiên cứu chính sách. Quy trình này đã được vi tính hoá và có thể sao chép được để phổ biến ở Việt Nam. Đây là một trong những công cụ nghiên cứu chính sách bổ sung cho những phương pháp khác, đặc biệt là trong nghiên cứu chính sách của một chuyên ngành. Ví dụ: Chính sách dinh dưỡng, bảo hiểm y tế v.v...

Quy trình nghiên cứu gồm các bước:

2.4.1. Mô tả chính sách y tế

Xác định và phân tích các thành phần trong chính sách y tế hiện hành. Bao gồm mục tiêu, các cơ chế và biện pháp thực thi nhằm đạt được các mục tiêu đó. Xem xét để biết liệu các mục tiêu đã thể hiện đầy đủ trong các kế hoạch y tế hay chưa và đối tượng được hưởng lợi đã nhận được gì từ chính sách này.

2.4.2. Những người thực thi

Xác định những tổ chức đóng vai trò quan trọng nhất, phân tích cương vị và vị trí của cơ quan, tổ chức, bộ ngành đó về quyền hạn, lợi ích. Đánh giá những kết quả của chính sách mang lại cho những cơ quan thực thi. Phân tích bố trí cơ cấu tổ chức, các mối quan hệ hợp tác giữa những tổ chức thực thi đó. Trong khi nghiên cứu những người thực thi chính sách, cần nghiên cứu cả những người khác có liên quan tới chính sách:

- Người hỗ trợ.
- Người thờ ơ.
- Người không đồng ý hoặc bị ảnh hưởng.

2.4.3. Những thuận lợi và khó khăn

Đánh giá những thuận lợi, khó khăn tác động đến khả năng thực thi chính sách y tế nhờ việc phân tích các điều kiện trong từng cơ quan tổ chức và trong bối cảnh chính trị xã hội nói chung.

2.4.4. Những chiến lược, giải pháp

Đề xuất chiến lược và giải pháp nhằm cải thiện khả năng thực thi chính sách qua tham khảo ý kiến của những người có kinh nghiệm, có thẩm quyền trong một dự án. Sau đó đánh giá lại những giải pháp, đưa ra những giải pháp mới, cách lựa chọn mới dưới dạng các bản kế hoạch hành động dự kiến hoặc một bản quy hoạch, một chương trình với nhiều dự án trong đó.

2.4.5. Những hiệu quả, tác động của chính sách trên sức khỏe cộng đồng

Ước tính những hiệu quả tác động của các giải pháp dựa trên vị trí chức năng của các cơ quan tổ chức thực thi, quyền hạn và mức độ huy động nguồn lực, phối hợp giữa các cơ quan thực hiện. Hiệu quả của một chính sách, một giải pháp được thể hiện ở cả 3 yếu tố đồng thời:

- Hiệu quả về kỹ thuật: sao cho không lãng phí nguồn lực.
- Hiệu quả về chi phí: sao cho cùng một đơn vị kết quả phải chi phí ít nhất.
- Hiệu quả về đầu tư: sao cho kết quả mang lại có hiệu quả cao nhất, đúng đối tượng phục vụ ưu tiên, đúng mục tiêu.

Bằng phần mềm vi tính có thể vẽ nên các biểu đồ, bảng thể hiện những số liệu phân tích về tình hình hiện tại dự kiến trong tương lai.

3. PHÂN TÍCH CHÍNH SÁCH Y TẾ

3.1. Giới thiệu

Phân tích chính sách (PTCS) là hoạt động nghiên cứu nối kết giữa một bên là nền tảng chính trị, bên kia là quá trình thực thi và đưa ra các quyết định.

Phân tích chính sách đề cập đến những câu hỏi nhất định liên quan tới các chính sách đã được hoạch định ở Trung ương và địa phương qua các Nghị quyết Đại hội Đảng, các văn bản chính sách của Chính phủ và cả những chính sách của Bộ Y tế, chủ trương của Sở Y tế. Phân tích chính sách cũng đề cập tới những vấn đề liên quan tới việc ra quyết định cũng như sự phối hợp lồng ghép của các Bộ, Ngành, UBND địa phương, trong đó có Bộ Y tế nhằm đạt các mục tiêu sức khỏe.

Nhiệm vụ của Phân tích chính sách là cung cấp thông tin để cho thấy một số hoạt động thực thi chính sách như đã đề ra có phù hợp hay không, có được chấp nhận hay không hay đang bị chậm trễ. Thông tin thu được sẽ giúp cho việc ra các quyết định tiếp theo.

Phân tích chính sách cũng còn chỉ ra đối với một quyết định (một điểm trong chính sách) phải chi phí bao nhiêu để có được hiệu quả cao nhất và có công bằng hay không. Nếu một quyết định đưa ra cải thiện được điều kiện sức khỏe, có nghĩa là chính sách đó phù hợp.

Phân tích chính sách phải dự báo được liệu chính sách có thể sẽ gặp phải phản ứng ở đâu, ở khu vực tư nhân hay Nhà nước, về phía người cung cấp dịch vụ y tế hay người sử dụng, hoặc trong phạm vi thực thi, yếu tố nào cản trở, yếu tố thuận lợi là gì.

Phân tích chính sách là đưa ra bằng chứng cho thấy một bản chính sách đưa ra đã hoặc sẽ được thực hiện làm cho đối tượng nào được lợi và cho những ai không được lợi và phản ứng của những nhóm này đối với việc thực thi chính sách được đề xuất ra sao.

Phân tích chính sách chỉ ra các vấn đề trong quá trình thực thi liên quan tới chính sách trong khoảng thời gian ngắn cũng như trong tương lai xa hơn.

Phân tích chính sách cho thấy những chính sách, những thông tư liên quan đến việc phân bổ lại ngân sách y tế, có nên cắt bỏ hay bổ sung để mở rộng các dịch vụ y tế hoặc cần phải đưa ra các văn bản pháp lý để cải thiện tình hình y tế công cộng cũng như hoạt động của hệ thống y tế tư nhân...

3.2. Những hướng của phân tích chính sách

Phân tích chính sách y tế nhằm vào:

- Phân tích những tác động của bản chính sách hoặc các văn bản pháp quy mang tính chiến lược để đi đến quyết định tăng hay cắt bớt, từ bỏ hẳn không đầu tư vào lĩnh vực nào. Để trả lời cho câu hỏi này, cần dựa trên:
 - + Việc đầu tư trước đây đã mang lại lợi ích gì để chứng minh được rằng vì đầu tư hợp lý đã tác động tích cực trên mối quan hệ chi phí- hiệu quả hoặc chi phí-thành quả, tối tính công bằng trong cung cấp các dịch vụ y tế.
 - + Những bằng chứng về tình trạng sức khoẻ cộng đồng được cải thiện, về hiệu quả và công bằng có còn tiếp tục cải thiện nữa hay không, nếu như sẽ không gặp những cản trở gì lớn trong tương lai.
 - + Chi phí công cộng sẽ bớt căng thẳng như thế nào nhờ huy động, phát huy vai trò của y tế tư nhân và các hình thức đóng góp của người sử dụng.
- Phân tích khả năng của các cơ sở y tế dưới tác động của những chính sách nhằm tăng cường mở rộng các dịch vụ y tế, đặc biệt là của các bệnh viện. Để đối phó với tình trạng “không đáp ứng nhu cầu” Bộ Y tế có trách nhiệm thông báo với những người ra chính sách, ra quyết định về tình hình thực tế cũng như nhu cầu CSSK là gì. Để phân tích các yếu kém, cần phải thu thập thông tin để trả lời những câu hỏi sau:
 - + Thực chất của tình trạng yếu kém trong chăm sóc y tế của dân là gì, lý do tại sao (cho từng loại dịch vụ) còn chưa đáp ứng được nhu cầu của dân, trong đó bao nhiêu là do người dân không tiếp cận được (không tới để sử dụng dịch vụ của ngành y tế cung cấp)?
 - + Nêu ra các đặc điểm về tình trạng yếu kém, không đáp ứng được nhu cầu CSSK, các hoạt động cần thiết nhằm khắc phục thiếu sót này là gì?
 - + Khả năng cung cấp dịch vụ y tế hiện nay là gì (cả tư nhân, cả công cộng) ?
 - + Cơ sở y tế tuyến nào, loại hoạt động y tế nào cần được phát triển hoặc cải tổ và ai sẽ làm việc đó?

3.3. Những nhóm thông tin sử dụng trong phân tích, đánh giá tình hình y tế dưới góc độ chính sách

3.3.1. Những thuật ngữ trong đánh giá phân tích điều chỉnh chính sách

Để tiếp cận với các phương pháp đánh giá phân tích điều chỉnh chính sách, sau đây là một số định nghĩa, một số khái niệm của Việt Nam cũng như của quốc tế về những thuật ngữ thông dụng.

3.3.1.1. Hệ thống y tế

Hệ thống y tế khác với mạng lưới y tế ở chỗ: mạng lưới y tế là tổ chức cấu thành của những người cung cấp dịch vụ y tế. Ví dụ: Mạng lưới y tế từ thôn xóm đến Bộ Y tế, trong đó bao gồm cả y tế Nhà nước, y tế tư nhân và dân lập.

Hệ thống y tế được cấu thành từ người sử dụng dịch vụ y tế, người cung cấp dịch vụ y tế, các ngành, các tổ chức cơ quan kiểm soát, quản lý Nhà nước, tham gia hoặc hỗ

trợ dịch vụ y tế, trong đó bao gồm cả thể chế chính trị và các quan điểm triết học, cả quá trình phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội.

Trong hệ thống y tế, có người "mua" dịch vụ y tế và người "bán" dịch vụ y tế, có các luật lệ kiểm soát quá trình "mua" và "bán" đó. Điều khác nhau cơ bản trong việc "mua" và "bán" này với hệ thống thị trường là người "mua" không hoàn toàn định rõ "hàng" của mình định mua (bệnh nhân khó biết được mình mắc bệnh gì, sẽ phải chữa như thế nào và tốn kém hết bao nhiêu), còn người "bán" lại không có quyền thu lợi nhuận tối đa "hàng" mà họ bán ra nhiều khi không định được giá. Giữa người cung cấp dịch vụ y tế và người sử dụng dịch vụ y tế có sự ràng buộc về đạo đức. Y đức là đạo đức của thầy thuốc, là bổn phận, là trách nhiệm đối với bệnh nhân, không phân biệt sang hèn, giàu nghèo, đều phải khám và điều trị như nhau, cùng dùng một phác đồ cho một loại bệnh. Một hệ thống y tế dựa trên mua bán dịch vụ y tế rất dễ dàng làm mất đi bản chất nhân đạo và tính xã hội của y tế. Từ "mua" có thể thay bằng "sử dụng", từ "bán" có thể thay bằng "cung cấp". Kinh tế trong y tế không phải là tìm nguồn "hàng rẻ nhất" để "mua" hay tìm khách hàng "mua đắt nhất" để "bán". Vấn đề là làm sao đạt được mục tiêu, công bằng trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả cao nhất có thể chấp nhận được.

3.3.1.2. Công bằng trong y tế

Công bằng có nghĩa là ai có nhu cầu nhiều hơn thì được chăm sóc nhiều hơn, ai chịu thiệt thòi (về kinh tế, xã hội) phải được quan tâm nhiều hơn, công bằng không có nghĩa là cào bằng hay ngang bằng.

Khi nói đến công bằng nghĩa là đề cập tới những dịch vụ nào được cung cấp và ai là người trả tiền cho dịch vụ đó đối với những cộng đồng dân cư có điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội khác nhau, theo các vùng địa lý khác nhau.

Về lý luận, công bằng thể hiện dưới hai hình thái: công bằng theo chiều ngang và công bằng theo chiều dọc.

- Công bằng theo chiều ngang có nghĩa là: cung cấp những dịch vụ y tế giống nhau cho những cộng đồng cá nhân có nhu cầu CSSK như nhau và thu phí như nhau đối với những cộng đồng cá nhân nào có khả năng trả phí dịch vụ như nhau.
- Công bằng theo chiều dọc có nghĩa là: cung cấp những dịch vụ y tế nhiều hơn cho những cộng đồng và cá nhân có nhu cầu CSSK nhiều hơn (so với cộng đồng và cá nhân có nhu cầu CSSK ít hơn); mức thu phí sẽ phải cao hơn với những cộng đồng người có khả năng chi trả cao hơn (so với cộng đồng người nghèo hơn). Ví dụ: Trong một cộng đồng, có những nhóm người cần dịch vụ y tế nhiều hơn như trẻ em, phụ nữ và người già, tàn tật song khi trả phí điều trị, nhóm hộ gia đình giàu hơn sẽ phải trả phí nhiều hơn, cho dù đó là trẻ em, phụ nữ... Một hệ thống công bằng y tế tốt nhất phải có cả hai hình thái trên.

Khi xã hội phát triển có sự phân hoá giàu nghèo, người giàu khả năng chi trả cho dịch vụ y tế dễ dàng hơn, người nghèo thường hay gặp khó khăn hơn, nhất là khi phải chữa bệnh ở bệnh viện. Công bằng trong y tế là trợ giúp cho người nghèo, vùng nghèo để họ có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản, thiết yếu và khi bị ốm phải đi nằm viện. Trong khi đó phải thu một phần viện phí hoặc toàn bộ viện phí với người không nghèo, không giàu. Còn người giàu thì phải chi viện phí cao hơn (nghĩa là có công bằng trong chi trả). Vì vậy, việc thu nhưng thu không đủ viện phí đối với mọi đối tượng đã làm cho người nghèo gặp khó khăn, còn người có khả năng và nguyện vọng muốn trả phí điều trị (và có cả dịch vụ phòng bệnh khác như tiêm chủng) lại không

phải trả đủ, tạo nên sự mất công bằng trong y tế. Các hình thức miễn phí, giảm phí, thẻ bảo hiểm y tế phát cho người nghèo, thẻ người nghèo, bệnh viện miễn phí cho người nghèo, phòng khám nhân đạo... là những giải pháp nhằm trợ giúp người nghèo khi phải nằm viện. Mỗi hình thức trên có một phạm vi ứng dụng và có những ưu nhược điểm của nó. Tổ chức cùng một lúc hai hoặc nhiều hình thức trên trong một cơ sở điều trị là một giải pháp khá tốt song lại gặp những nhược điểm của tất cả các hình thức đó cộng lại. Có thể thấy không thể quay lại hình thức bao cấp toàn bộ cho các hoạt động bệnh viện trong cơ chế thị trường hiện nay. Cũng không thể xây dựng các bệnh viện từ thiện ở mọi nơi, nhất là các vùng dân xa xôi, hẻo lánh nơi có nhiều người nghèo hơn mà mới chỉ có một số bệnh viện từ thiện ở thành phố- nơi đa số người nghèo lại ở xa đó. Một bệnh viện có nhiều cách, nhiều mức thu viện phí cho các đối tượng nhiều khi khó phân biệt thuộc diện nào lại làm cho công tác y vụ trở nên phức tạp, có nguy cơ bị lợi dụng.

3.3.1.3. Khả năng chi trả và nguyện vọng chi trả

Khả năng chi trả: Là khả năng kinh tế của cá nhân hoặc một tổ chức đối với mức chi tiêu (bằng tiền) để nhận được một loại dịch vụ y tế. Ví dụ: Khả năng chi trả của nông dân khi bị ốm chữa bệnh tại bệnh viện:

- Trả được ngay.
- Phải bán một số vật phẩm để trả.
- Phải vay mượn.
- Không thể vay mượn được.

Nguyện vọng chi trả: Là mức tiền tối đa mà một người sẵn sàng chi để nhận được một dịch vụ y tế. Ví dụ: Để nhận được một mũi tiêm phòng cho con mình, người nông dân ở xã A chỉ có thể chi ra 200 đồng trong khi đó người thành phố có thể chi 2000 đồng.

Khái niệm này cần khi tính giá dịch vụ y tế, nhất là khi tính mức bao cấp thế nào là đủ và hợp lý.

3.3.1.4. Hiệu quả trong y tế

Hiệu quả chi phí: Là hệ thống đánh giá mức chi phí nào làm tăng được tình trạng sức khỏe của cộng đồng. Để tính được hiệu quả chi phí phải có các số liệu về tình trạng sức khỏe cộng đồng. Cách tính hiệu quả chi phí chỉ phù hợp khi so sánh giữa hai hoặc nhiều chương trình y tế mà những chương trình này mang lại những hiệu quả đầu ra giống nhau (ví dụ tác động lên tỷ suất chết mẹ, chết trẻ em dưới 1 tuổi...)

Hiệu quả kỹ thuật: được nói tới khi chương trình, hoạt động y tế không lãng phí nguồn lực, sao cho các nguồn lực (người, tiền, phương tiện, thời gian...) mang ra sử dụng ít nhất nhưng cũng đủ đưa lại lợi ích, kết quả như mong muốn. Ví dụ: Số thầy thuốc/ một giường bệnh; số bệnh nhân một bác sỹ khám/ ngày; tỷ lệ sử dụng giường bệnh v.v...

Hiệu quả đầu tư phân bổ các nguồn lực: Cùng những nguồn lực có được phân bổ sao cho có thể mang lại các giá trị lợi ích cao nhất, các mục tiêu của ngành (cải thiện các chỉ số sức khỏe, đáp ứng được nhu cầu, nguyện vọng của người dân).

3.3.1.5. Đạo đức (tính nhân đạo trong y tế)

Khái niệm này có phần đi xa hơn những quy định về đạo đức của một người thầy thuốc trước bệnh nhân (như trong Chỉ thị 12 điều y đức trong KCB của ngành y tế), tính nhân đạo ở đây là trách nhiệm của người quản lý, người ra quyết định trong sự phân bổ các nguồn lực y tế để với các nguồn lực hạn chế được đưa ra phục vụ cho nhiều người nhất, làm cho nhiều người hài lòng nhất.

Một ví dụ đơn giản là: Đối với một bệnh nhân ung thư máu khi khả năng điều trị khỏi gần như không có (kể cả trường hợp ghép tủy) nếu vì "còn nước còn tát" mà truyền máu cho người đó, chúng ta đã làm một việc "nhân đạo". Song vấn đề là ở chỗ chi phí là rất lớn mà kết quả là bệnh nhân vẫn chết. Ai sẽ trả tiền cho dịch vụ này? Nếu Nhà nước trả tiền, có nghĩa là một khoản chi phí bỏ ra nhưng mang lại hiệu quả rất thấp, và vì truyền máu đã giảm ngân sách chi phí cho các hoạt động khác, kể cả làm thiếu nguồn máu dự trữ cho các cuộc phẫu thuật do chấn thương và biết đâu vì thế mà nạn nhân chấn thương lẽ ra sống sẽ bị chết. Đứng về góc độ quản lý, nhân đạo có nghĩa là bệnh nhân ung thư máu phải trả tiền cho các dịch vụ đắt tiền.

3.3.1.6. Hàng hoá y tế

Có thể nhiều người không chấp nhận dịch vụ y tế bị coi là hàng hoá, bị trao đổi trong thị trường. ở một chừng mực nhất định dịch vụ y tế cần được coi là một loại hàng hoá đặc biệt, trong đó có người cung cấp và người mua. Người cung cấp hàng hoá y tế có thể hoàn toàn là Nhà nước hoặc hoàn toàn tư nhân hoặc cả hai.

Hàng hoá y tế công cộng: Người mua dịch vụ y tế công cộng khác với người mua hàng hoá thông thường ở chỗ họ cũng được lợi và người khác trong cộng đồng cũng được lợi. Ví dụ khi được điều trị bệnh lao, người bệnh có thể phải trả tiền, lợi ích mang lại là họ khỏi, song cho những người khác trong cộng đồng là bớt đi một nguồn lây. Trường hợp người đó chữa không đến nơi đến chốn, không những họ mà cả người xung quang cũng bị ảnh hưởng.

Hàng hoá y tế cá nhân: Dịch vụ y tế mà chỉ người mua được hưởng. Ví dụ chữa cao huyết áp, chạy thận nhân tạo.

Từ điểm này cho thấy tính hợp lý của việc bao cấp, trợ giá cho một số dịch vụ y tế. Một khía cạnh khác, nếu một loại dịch vụ y tế mà người dân ít muốn bỏ tiền ra mua, trong khi thiếu dịch vụ đó sẽ gây ảnh hưởng xấu tới sức khoẻ cộng đồng. Lúc này tùy khả năng của Nhà nước bao cấp một phần hay toàn bộ. Có những mối quan hệ giữa người "bán" và người "mua" dịch vụ y tế không giống như trong thị trường, đặc biệt là phí khám chữa bệnh. Khi bệnh nhân đến với thầy thuốc "hàng" mà họ định mua cả họ và thầy thuốc cùng chưa biết. Sau khi khám bệnh, người mua cũng không hoàn toàn được thoả thuận sẽ mua "hàng" gì (phác đồ điều trị nào) và thậm chí giá cả bao nhiêu. Thầy thuốc nếu vụ lợi sẽ làm nhiều xét nghiệm, dùng nhiều phác đồ không cần thiết, lạm dụng thuốc, thậm chí mổ khi không cần mổ. Điều này xảy ra gần như một cách tự nhiên và tạo ra sự không công bằng, suy thoái đạo đức của người thầy thuốc. Lỗi thuộc về cơ chế chi trả mua bán hàng hoá y tế như trong thị trường tự do. Để loại tác dụng xấu, không phải chỉ bằng giáo dục, mà phải bằng luật lệ kiểm soát và nhất là bằng việc loại bỏ cách mua bán trực tiếp này, hoặc hạn chế nó ở mức độ tối đa bằng con đường bảo hiểm y tế. Khi bảo hiểm y tế, người mua bảo hiểm trả tiền trước cho công ty bảo hiểm, người thầy thuốc chữa bệnh nhận tiền công từ cơ quan bảo hiểm nên sẽ hạn chế lạm dụng thuốc, lạm dụng xét nghiệm, điều trị vì mục đích tăng lợi nhuận. Tất nhiên

khi không phải trả tiền trực tiếp, nếu mức trả tiền công của công ty bảo hiểm cho thầy thuốc không xứng đáng sẽ nảy sinh các vấn đề khác nhau như thái độ không tốt, móc ngoặc, thầy thuốc không muốn làm việc, làm bệnh nhân phải chờ đợi... Câu hỏi đặt ra cho người quản lý là sẽ chấp nhận phương án nào để "hàng hoá y tế" phát huy tác dụng nhất. Bảo hiểm y tế toàn dân hay thị trường tự do cho khám chữa bệnh, hay vừa bảo hiểm vừa khám chữa bệnh tự do? Nếu chọn phương án cuối ta sẽ có cả mặt lợi và mặt hại của hai phương án kia- lúc này sẽ khó kiểm soát hơn. Vì vậy, rất nhiều nước chọn bảo hiểm toàn dân (Anh) và có một số nước tư nhân hoá dịch vụ khám chữa bệnh (Mỹ). ở nước ta mới có 12% người dân mua bảo hiểm y tế, song cũng đã nảy sinh không ít vấn đề.

3.3.2. Các nhóm chỉ số sử dụng trong theo dõi việc thực thi chính sách và đánh giá chính sách y tế.

Đánh giá chính sách y tế hay theo dõi, đề xuất một chương trình chính sách đổi mới ngành y tế dựa vào các nhóm chỉ số sau:

- Hiệu quả của phân bổ nguồn ngân sách.
- Hiệu quả về mặt kỹ thuật
- Công bằng trong tiếp cận với các dịch vụ y tế.
- Công bằng trong đầu tư y tế và
- Sự ổn định bền vững trong đầu tư.

Không phải lúc nào các nhóm chỉ số trên cũng được sử dụng toàn bộ mà tùy thuộc vào mục tiêu của việc theo dõi, đánh giá quá trình đổi mới ngành y tế hay một lĩnh vực trong y tế. Mỗi nhóm chỉ số bao gồm nhiều chỉ số trong đó. Cách thu thập, nguồn thông tin để tính các chỉ số này khác nhau, làm cho độ tin cậy của thông tin khác nhau. Không nhận biết được điều này sẽ dễ dàng có những giải thích sai, suy luận sai, dẫn đến ra quyết định sai. Ra quyết định sai trong lâm sàng có thể gây tai hại nhiều nhất là làm cho một bệnh nhân chết oan. Ra quyết định sai trong chính sách làm suy sụp cả một hệ thống, một lĩnh vực, một cơ sở y tế địa phương và gây lãng phí rất lớn cho xã hội và qua đó rất nhiều người có thể bị chết oan, bị tổn thương và ít ra cũng gây tổn thất nguồn lực. Vì vậy người quản lý phải hết sức thận trọng trong khi ra quyết định.

Sau đây sẽ trình bày khái niệm và ý nghĩa của các nhóm chỉ số :

3.3.2.1. Hiệu quả của phân bổ ngân sách

Ngân sách phải được phân bổ ưu tiên cho những hoạt động có thể mang lại lợi ích nhiều nhất. Khi phân bổ ngân sách để thực hiện các hoạt động đáng ra ít được ưu tiên nhất, vì không có hiệu quả mấy trên sức khỏe cộng đồng trong khi các hoạt động có ưu tiên cao lại đầu tư không đầy đủ sẽ tạo nên hậu quả là ít hoặc không có hiệu quả trong đầu tư.

- Ở tuyến Trung ương các chỉ số mô tả việc phân bổ các khoản chi ngân sách có thể gồm :
 - + % chi ngân sách cho bệnh viện các tuyến. Nếu dành nhiều ngân sách cho tuyến trên hơn sẽ làm giảm một cách tương đối cho các bệnh viện huyện, nơi người nghèo sử dụng nhiều nhất.

- + Tỷ lệ phân bổ các nguồn lực cho các tuyến bệnh viện. Tương tự như trên cho nguồn nhân lực.
- + % chi ngân sách cho các chương trình y tế quốc gia.
- Ở tuyến địa phương:
 - + Tỷ lệ % chi ngân sách y tế cho từng loại hoạt động có mức độ ưu tiên từ thấp đến cao.
 - + Các chỉ số liên quan đến sử dụng dịch vụ y tế:
 - . Tỷ lệ % người đã từng đến y tế xã và được chuyển viện tuyến trên.
 - . Thời gian nằm viện trung bình và tỷ lệ sử dụng giường bệnh.
 - . Tỷ lệ % phân bổ nguồn trang thiết bị y tế theo các tuyến, các nhóm dịch vụ.
 - + Chỉ số liên quan đến bảo hiểm y tế :
 - . Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế đã sử dụng thẻ bảo hiểm đi khám chữa bệnh so với những người không có thẻ bảo hiểm.
 - . Chi phí trung bình cho một trường hợp có thẻ bảo hiểm so với chi phí trung bình chung toàn ngành.
 - . Tính sẵn có của nguồn lực cho người được bảo hiểm y tế so với mức chung toàn ngành.

3.3.2.2. Hiệu quả về mặt kỹ thuật

Khi nói đến hiệu quả về mặt kỹ thuật nghĩa là không để lãng phí các nguồn lực và với giá chi phí thấp nhất có thể tiến hành được một hoạt động hay phức hợp các hoạt động.

Một nguồn lực (đầu vào) quan trọng nhất là số lượng cán Bộ Y tế và thuốc. Vì vậy, các thông tin nói lên phân bổ nhân lực hợp lý và sử dụng thuốc hợp lý là các số liệu quan trọng trong hiệu quả về mặt kỹ thuật.

Các nhóm chỉ số sau đây được đề xuất:

- Các chỉ số thể hiện quản lý thuốc và sử dụng thuốc:
 - + Số thuốc trung bình cho một lần kê đơn. Nếu con số này tăng nhanh qua các năm có thể cho thấy nguy cơ lạm dụng thuốc. Thông thường ở tuyến xã, số thuốc trung bình cho một trường hợp kê đơn không nên quá hai thuốc.
 - + % đơn thuốc có thuốc tiêm. Các thuốc tiêm ở tuyến cơ sở cần sử dụng hạn chế, vì vậy, khi xu hướng tăng thuốc tiêm trong các đơn thuốc phản ánh gián tiếp việc kê đơn chưa phù hợp.
 - + Tỷ lệ % trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy đã dùng ORS so với tỷ lệ dùng thuốc cầm ỉa chảy. Tỷ lệ này càng cao càng phù hợp.
 - + Tỷ lệ thời gian các cơ sở y tế thiếu thuốc chống tiêu chảy như ORS.
- Các chỉ số dựa trên số liệu từ cơ sở y tế:
 - + Mức chi phí trung bình của bất cứ một đơn vị dịch vụ nào (ví dụ chi phí trung bình cho một lần bệnh nhân tiếp xúc với cơ sở y tế trong điều trị nội

hoặc ngoại trú, giá trung bình một xét nghiệm, một đơn thuốc). Nếu có xu hướng gia tăng giữa các năm, cần phải phân tích cụ thể để biết liệu có sự lạm dụng hay không.

- + Những chỉ số thống kê bệnh viện (công suất sử dụng giường bệnh, chỉ số luân đổi, số ngày điều trị trung bình). Hiệu quả cao khi công suất sử dụng giường bệnh tăng trên 90%, chỉ số luân đổi cao và số ngày điều trị trung bình không tăng.

3.3.2.3. Công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế

Cần tạo cho mọi người có cơ hội tiếp cận được với các dịch vụ y tế mà họ cần. Công bằng trong tiếp cận được thể hiện qua các chỉ số sau:

- Các chỉ số về sử dụng dịch vụ y tế, cơ sở y tế:
 - + Tỷ lệ người dân đến sử dụng cơ sở y tế phân theo các nhóm thu nhập. Thường sử dụng phương pháp vẽ đồ thị Lorenz, so sánh giữa các năm và giữa các vùng địa lý dân cư (trong phần thực hành)
 - + Tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế của từng nhóm dân cư theo khu vực địa lý có thu nhập đầu người khác nhau. Nếu người sử dụng dịch vụ y tế ở một cơ sở nào đó chỉ tập trung vào những vùng có kinh tế khá hơn là một biểu hiện thiếu công bằng.
 - + Sự khác nhau trong sử dụng dịch vụ y tế của cộng đồng đô thị và nông thôn. Nếu người nông thôn tỷ lệ ốm đi bệnh viện ít hơn hẳn so với dân thành phố là tình trạng thiếu công bằng trong sử dụng dịch vụ bệnh viện.
 - + Nơi được khám và điều trị trước khi chết phân bố theo các nhóm thu nhập và vùng địa lý. Nếu người nghèo, vùng nghèo tỷ lệ người được cán Bộ Y tế khám, chăm sóc trước khi chết thấp hơn vùng giàu, người giàu là tình trạng thiếu công bằng.
- Các chỉ số về miễn giảm phí:
 - + % người được miễn phí, giảm phí hoặc được trả chậm hoặc được nhận thẻ khám chữa bệnh không mất tiền. Nếu tỷ lệ này giảm dần chứng tỏ người nghèo ít được ưu tiên.
 - + Mối liên quan giữa các chỉ số trên với yếu tố thu nhập hoặc theo vùng địa lý và với đặc điểm của những người được hưởng ưu đãi.
- Các chỉ số về bảo hiểm y tế:
 - + Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế trong nhóm dân cư sống trong khu vực gặp khó khăn. Mức chênh lệch giữa các vùng giàu và nghèo cho thấy mức độ mất công bằng trong tiếp cận với BHYT.
 - + Các đặc điểm kinh tế, xã hội, địa dư của những nhóm người có bảo hiểm và không có bảo hiểm. Ví dụ, chỉ có người ăn lương được mua BHYT trong khi họ không phải là nhóm nghèo nhất trong xã hội, tương tự như thế cho những người cao tuổi ở nông thôn không được mua BHYT trong khi họ là nhóm hay ốm nhất, cần được chăm sóc ưu tiên nhất.

3.3.2.4. Công bằng trong đầu tư y tế

Công bằng trong đầu tư y tế có nghĩa là mức đầu tư dựa vào khả năng chi trả của người dân hơn là dựa vào tình trạng sức khỏe. Sự bao cấp phải dành ưu tiên cho người nghèo, không bao cấp cho người giàu. Câu hỏi thường đặt ra ở đây là "ai trả tiền" và "ai nhận dịch vụ". Công bằng trong đầu tư y tế gắn liền với công bằng trong sử dụng (cung cấp dịch vụ y tế).

Các chỉ số bao gồm:

- Cơ cấu phân bổ nguồn tài chính
- Phân bổ nguồn tài chính (tính theo đầu dân) giữa các vùng dân cư có mức sống khác nhau. Sẽ công bằng hơn khi vùng càng nghèo mức phân bổ ngân sách y tế cao hơn vùng giàu.
- Cấu trúc nguồn tài chính của một cơ sở y tế từ các nguồn: Nhà nước, bảo hiểm, viện phí và nguồn khác. Nếu nguồn tài chính chủ yếu từ viện phí sẽ cho thấy nguy cơ người nghèo bị nghèo thêm vì ốm đau.
- Cấu trúc các nguồn tài chính cho ngành y tế nói chung cho các lĩnh vực: Chi thường xuyên cho KCB, phòng bệnh truyền thông GDSK; chi đầu tư xây dựng lớn sửa chữa nhỏ; chi khác. Nếu chi cho phòng bệnh ngày càng giảm trong khi chi cho KCB tăng nhanh sẽ dễ dẫn đến bất công bằng vì nhóm nghèo được lợi nhiều hơn từ các dịch vụ phòng bệnh.
- Các chỉ số về phân bổ, các chi phí:
 - + Phân bổ ngân sách y tế từ nguồn của Nhà nước theo các khu vực địa lý. Nếu hệ số ưu tiên cho vùng núi, vùng khó khăn không đủ lớn sẽ không bù được sự chênh lệch về khả năng chi trả.
 - + Tỷ lệ % chi phí bảo hiểm y tế theo vùng địa lý. Bình quân chi cho một trường hợp có BHYT vào viện nằm nội trú chênh lệch giữa các vùng giàu nghèo nghĩa là có sự phân biệt ngay trong những người có BHYT (nếu không bị hạn chế bởi yếu tố trình độ chuyên môn)
 - + Phân bổ tỷ lệ sử dụng các loại hình dịch vụ y tế của các nhóm dân cư có đặc tính kinh tế xã hội khác nhau. Ví dụ, các dịch vụ có chất lượng cao tập trung cho thành thị và nhóm giàu là thiếu công bằng.
- Các chỉ số về bao cấp chéo: Mức độ bao cấp chéo trong một cơ sở qua việc lấy khoản thu của người giàu hơn để bù chi cho những người nghèo không có khả năng chi trả viện phí.

3.3.2.5. Tính ổn định bền vững trong đầu tư

Tính bền vững ở đây được thể hiện qua khả năng của một cơ sở y tế vẫn hoạt động có hiệu quả ngay cả khi nguồn hỗ trợ từ bên ngoài chỉ còn ở mức tối thiểu hoặc kết thúc. (Các chỉ số đưa ra sau đây thường chỉ áp dụng cho tổng thể của ngành mà không áp dụng cho riêng rẽ từng cơ sở y tế). Các chỉ số bao gồm:

- Các xu hướng biến động tỷ lệ các nguồn ngân sách y tế từ Chính phủ, các nhà tài trợ, nhân dân và nguồn khác.
- Các tỷ số về chi phí thường xuyên và mức tăng giảm hàng năm, xu hướng trong 5 năm.

- Các số liệu thể hiện tăng trưởng của chi phí toàn ngành y tế so sánh với các chỉ số chỉ tiêu hoặc tiêu dùng của xã hội.

Ngoài các nhóm chỉ số nói trên còn có các chỉ số dùng để mô tả chất lượng dịch vụ y tế.

4. ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ

Điều chỉnh chính sách y tế là làm cho bản chính sách hoàn thiện hơn, khả thi hơn về mục tiêu và giải pháp.

4.1. Điều chỉnh nguồn lực cho chăm sóc y tế

Ví dụ: Khi chuyển sang cơ chế thị trường, các biến động kinh tế-xã hội buộc ngành y tế công cộng thuần túy chuyển sang đa dạng hoá các dịch vụ y tế và phối hợp y tế công cộng với y tế tư. Nguồn tài chính cho y tế cũng thay đổi từ Nhà nước cung cấp hoàn toàn sang phối hợp tài chính Nhà nước, tư nhân và cá nhân.

Một ví dụ khác: Khi xã hội có sự phân cấp giàu nghèo và xu hướng phân tầng xã hội gia tăng, bộ phận dân chúng nghèo, ở các vùng khó khăn sẽ khó tiếp cận các dịch vụ y tế, nhất là khi bị ốm phải đi đến các bệnh viện. Trong bối cảnh đó chính sách công bằng trong y tế như Quyết định 139 TTg của Chính phủ (năm 2002) đã đặt ra nhằm bảo vệ những nhóm dân cư nghèo, vùng khó khăn để chịu hậu quả tiêu cực của nền kinh tế thị trường.

Trên đây là hai ví dụ về những thay đổi chính sách y tế ở tầm vĩ mô.

Một ví dụ khác: Việc đầu tư cơ sở vật chất, tăng cường nhân lực ở các phòng khám đa khoa liên xã khu vực đồng bằng trước đây là thích hợp. Tuy nhiên khi đường sá từ xã lên huyện tốt hơn, phương tiện vận chuyển bệnh nhân lên bệnh viện huyện không còn khó khăn như trước nữa, phòng khám đa khoa liên xã ở nhiều vùng đồng bằng đã không phát huy được tác dụng. Sở y tế địa phương quyết định xoá bỏ các phòng khám đa khoa liên xã. Đây là thay đổi ở tầm vi mô. Tại các huyện miền núi hệ thống này vẫn phát huy tác dụng nên lại phải tăng cường.

Để điều chỉnh nguồn lực hợp lý cần thiết phải tính giá thành hiệu quả cho từng loại dịch vụ (cost-effectiveness). Muốn tính được hiệu quả - chi phí, phải biết tính gánh nặng bệnh tật (ví dụ DALY) và mức chi phí để giảm một DALY là bao nhiêu. Kinh phí y tế càng hạn hẹp càng cần tính toán cẩn thận. Đây là bài toán kinh tế y tế.

4.2. Điều chỉnh cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phù hợp

Đây là hợp lý hoá việc cung cấp dịch vụ y tế sao cho ở đâu, ai và khi nào cần loại dịch vụ y tế nào hơn thì ở đó, khi đó, những đối tượng đó phải nhận được loại dịch vụ ấy. Hay nói cách khác hệ thống y tế phải cung cấp dịch vụ y tế một cách có trọng tâm, trọng điểm và kịp thời, lấy nhu cầu của cộng đồng làm trung tâm. Cơ sở quan trọng nhất là làm tăng sự công bằng và giảm bớt sự thiếu công bằng trong y tế. Ví dụ:

- Hoạt động phòng chữa bệnh sốt rét phải ưu tiên cho vùng núi và vùng có sốt rét lưu hành.
- Chương trình chống lao cấp 2 phải là một trọng tâm công tác tại vùng nghèo.
- Chương trình phòng chống uốn ván rốn ở các khu vực thành phố không phải là trọng tâm. Song ở vùng nông thôn (nơi tỷ lệ sinh tại nhà cao, nơi thiếu cán Bộ Y tế) lại là rất cần thiết.

4.3. Một số thiếu sót có thể gặp phải trong điều chỉnh chính sách ở tầm vĩ mô

Một nhược điểm khá rõ nét trong việc điều chỉnh chính sách y tế của nhiều nước là chú ý đến điều chỉnh mục tiêu hơn là chú ý tới điều chỉnh các nguồn lực và giải pháp để đạt các mục tiêu đó. Ví dụ: trước đây, khi đã có chủ trương trẻ em dưới 6 tuổi được chữa bệnh không mất tiền ở các bệnh viện, song không có nguồn kinh phí bổ sung hoặc đưa ra cơ chế thu viện phí đối với một số bệnh khác, hoặc lấy từ nguồn bảo hiểm y tế... làm nguồn ngân sách cố định cho việc bao cấp trên, vì vậy ở bệnh viện trẻ em vẫn phải nộp viện phí ở một chừng mực nhất định, hoặc bệnh viện sẽ bị lâm vào tình trạng thâm hụt ngân sách. Điều chỉnh chính sách này chính bằng Quyết định của Quốc Hội duyệt ngân sách y tế có khoản dành riêng cho KCB không mất tiền cho tất cả trẻ em dưới 6 tuổi.

Nhược điểm thứ hai của việc điều chỉnh chính sách là có một số mục tiêu đưa ra, song cơ sở để đạt được các mục tiêu đó chưa hợp lý, vì ngành y tế chỉ góp phần nhỏ trong việc đạt tới mục tiêu đó. Ví dụ: mục tiêu nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em; mục tiêu nhằm làm cho tỷ lệ gia đình có nước sạch và công trình vệ sinh tăng lên; nhằm giảm số người chết vì tai nạn giao thông... khó thành công vì tình trạng dinh dưỡng trẻ em tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, phát triển văn hoá giáo dục nhiều hơn là vào việc điều trị suy dinh dưỡng tại cộng đồng, tương tự như thế, với mục tiêu về nước sạch và công trình vệ sinh. Trường hợp giảm số người chết vì tai nạn giao thông sẽ có thể thực hiện được một phần tại bệnh viện nhờ việc tổ chức lại hệ thống sơ cấp cứu, chuyển viện, truyền máu, song sự gia tăng xe cộ làm số người bị tai nạn giao thông tăng nhưng ngành y tế không thể tác động làm giảm số mắc được.

Nhược điểm thứ ba là: chính sách thay đổi nhưng việc lập kế hoạch để thực thi lại không có hoặc không kịp thời, không hợp lý, người ta không biết cách theo dõi, giám sát, đánh giá hiệu quả của việc thay đổi đó như thế nào. Nhiều khi, do không làm thí điểm hoặc nghiên cứu kỹ trước khi thực thi một thay đổi về chính sách, nên không biết việc thay đổi đó có chi phí quá cao hay không, liệu sẽ phù hợp với những cộng đồng nào và không phù hợp với những cộng đồng nào và có duy trì được không.

Nhược điểm thứ tư là: thay đổi chính sách y tế ở nhiều địa phương đã không dựa trên dự báo trong tương lai. Ai cũng nhận thức được rằng thay đổi chính sách là làm cho tương lai tốt hơn. Tương lai lại không hoàn toàn như hiện tại, vì vậy phải dự đoán những nhu cầu CSSK cho tương lai thật khoa học trước khi điều chỉnh chính sách. Nói một cách cụ thể hơn, chính sách phải phù hợp với từng giai đoạn phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội. Một ví dụ minh hoạ: Hà Nội cách đây 10 năm tỷ lệ trẻ SDD là 40%, hiện nay tỷ lệ trẻ SDD chỉ khoảng 5% và có tới gần 10% trẻ có cân nặng cao hơn mức cần thiết (xu hướng bị béo phì). ở đây có thể thấy mức sống của dân Hà nội cách đây 10 năm gần như nông thôn hiện nay và nhìn dưới góc độ phát triển, trong một khoảng thời gian không xa, khi kinh tế nông thôn tốt hơn, vấn đề suy dinh dưỡng trẻ em bớt đi và có lẽ phải bắt đầu chú ý đến vấn đề thừa dinh dưỡng, bệnh cao huyết áp ở nông thôn. Có lẽ việc thay đổi chính sách hợp lý đối với khu vực đô thị cần đưa thêm giáo dục dinh dưỡng hợp lý cho trẻ em ngay từ bây giờ và vấn đề này có thể sẽ đặt ra cho khu vực nông thôn trong vòng 5 - 10 năm tới. Cũng tương tự như thế, vấn đề chăm sóc người cao tuổi ở thành phố cũng được đặt ra.

Nhược điểm thứ năm là: khi dự định thay đổi chính sách hay phương hướng hoạt động của một lĩnh vực, người ta dễ bỏ qua việc tác động dây chuyền của những thay đổi đó đối với những nhóm đối tượng khác nhau và các bên có liên quan. Vì vậy khi

thực hiện một chủ trương mới, hay chính sách mới đã dẫn đến những phản ứng hoặc về phía cộng đồng, hoặc về phía các nhà quản lý y tế, cơ sở y tế và có thể cả các cơ quan chính quyền, cơ quan Đảng. Ví dụ: Khi quỹ bảo hiểm y tế bị thâm hụt vì mệnh giá thấp, chi phí cao và người có thể lạm dụng thẻ bảo hiểm y tế, ngành bảo hiểm y tế muốn bảo tồn quỹ đã đề nghị Chính phủ thông qua quyết định thu thêm 20% phí dịch vụ cho mỗi trường hợp ốm. Sau này (2005) quy định này lại bị bãi bỏ (và nguy cơ thâm hụt quỹ lại xuất hiện ?).

5. BÀI TẬP LƯỢNG GIÁ

Bài tập 1: Dựa vào số liệu điều tra tình hình sử dụng dịch vụ y tế của nông dân tỉnh NB (điều tra 2000 hộ gia đình năm 1998) trong bảng dưới đây để đưa ra nhận định về tính công bằng trong y tế và đề xuất giải pháp hạn chế sự thiếu công bằng trong tương lai.

Bảng. Tỷ lệ người ốm đến cơ sở y tế công cộng theo ba nhóm giàu, nghèo và trung bình (đơn vị: lượt/ 100 người/ năm)

Cơ sở y tế công cộng	Nhóm thu nhập		
	Nghèo nhất (20% dân)	Trung bình (60% dân)	Giàu nhất (20% dân)
Bệnh viện (nội trú)	2,8	6,5	14,7
Bệnh viện (ngoại trú)	5,5	5,7	10,6
Trạm y tế xã	5,4	12,3	1,3

Bài tập 2: Hãy sử dụng các số liệu sau đây để phân tích tính và đưa ra nhận xét về hiệu quả và tính công bằng của việc thực hiện bảo hiểm y tế ở các BV huyện của một tỉnh.

Bảng. Tình hình sử dụng BHYT trong điều trị nội trú của người bệnh tại các BV huyện qua các năm*

	2000		2001		2002		2003		TB 4 năm	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Y Khánh	2332	61,14	2316	61,24	2122	58,89	2129	60,45	2225	60,19
Y Mô	1481	51,36	1755	52,35	1888	53,21	2196	54,11	1830	52,76
Kim S	3661	56,31	4422	61,55	3298	49,25	3000	45,74	3595	53,21
G Viễn	1222	49,14	1604	53,59	1621	55,32	2312	71,76	1690	57,45
N Quan	1799	30,94	1799	30,94	1870	30,02	1836	27,64	1826	29,88
Hoa L	1698	57,02	1675	55,15	1615	61,10	1615	59,81	1651	58,27
Tam Đ	4062	52,89	4772	56,17	4453	55,57	3584	50,16	4218	53,70
TB 7huyện	2322	51,26	2620	53,00	2410	51,91	2382	52,81	2434	52,21

Ghi chú:

Từ 2000 đến 2003 tỷ lệ dân số có BHYT tương ứng là 15%, 17%, 17% và 19%.

N: Số bệnh nhân nội trú

?: Tỷ lệ so với tổng lượt bệnh nhân điều trị nội trú

Bài tập 3: Sử dụng kết quả trong bảng sau để phân tích tính công bằng trong sử dụng dịch vụ KCB qua điều tra hộ gia đình:

Bảng. Các cách xử trí đầu tiên của hộ gia đình khi có người ốm theo nhóm thu nhập (% so với số người sử dụng từng loại dịch vụ/ cách xử trí)

Các cách xử trí	Nhóm thu nhập					p	Tổng (%)
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
Không chữa gì	29,0	23,9	24,2	13,9	9,0	<0,05	100
Mua thuốc về tự chữa	21,8	19,3	21,8	17,3	19,8	>0,05	100
Tự chữa theo cách dân gian, thuốc lá cây	14,3	0	28,6	38,1	19,0	<0,05	100
Đến y tế thôn, xóm ấp	32,0	26,0	12,0	20,0	10,0	>0,05	100
Đến khám chữa ở TYTX	37,8	20,6	17,8	20,1	13,7	<0,05	100
Đến thầy lang, lương y (tư nhân)	23,0	23,0	23,3	10,5	20,5	>0,05	100
Đến y tế tư nhân (tây y)	11,0	16,5	24,2	18,6	29,7	<0,05	100
Ngoại trú BV	9,3	11,6	14,8	25,0	39,3	<0,05	100
Nội trú BV	13,5	21,6	17,6	17,6	29,7	<0,05	100
Phòng khám liên xã	40,0	15,7	12,0	23,3	19,0	>0,05	100

(Gợi ý: Nhận xét qua các tỷ lệ và vẽ đường cong Lorenz cho từng cách xử trí)

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu sự cần thiết phải điều chỉnh chính sách y tế.
2. Nêu những nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế.
3. Phân tích chính sách y tế nhằm vào các hướng nội dung nào?
4. Nêu những nhiệm vụ chính khi phân tích chính sách.
5. Trình bày các bước của quy trình nghiên cứu chính sách y tế.
6. Trình bày những chỉ số sử dụng trong phân tích tính công bằng và hiệu quả của chính sách y tế.

MỘT SỐ CHÍNH SÁCH LỚN VỀ Y TẾ CỦA VIỆT NAM HIỆN NAY

MỤC TIÊU

1. *Nêu được những thách thức và các chiến lược lớn của ngành.*
2. *Phân tích được các quan điểm chỉ đạo của Đảng về y tế.*
3. *Hệ thống được các chính sách lớn.*

NỘI DUNG

1. CHÍNH SÁCH XÃ HỘI VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bất cứ một quốc gia dân chủ nào, việc Nhà nước quan tâm hàng đầu là đảm bảo công bằng xã hội. Cho dù Việt Nam đã chuyển từ cơ chế kế hoạch hoá tập trung của thời kỳ quan liêu, bao cấp sang cơ chế thị trường, định hướng XHCN vẫn được coi trọng và là tư tưởng xuyên suốt của các chính sách xã hội, trong đó có chính sách y tế. Tại sao cần có công bằng xã hội?

Trong thời kỳ bao cấp, mọi người được hưởng các dịch vụ xã hội gần như nhau. Sự cách biệt giàu nghèo trong xã hội không lớn và không phải là vấn đề bức xúc. Trong cơ chế thị trường, phân hoá giàu nghèo ngày càng lớn. Người có thu nhập cao dễ dàng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ xã hội nhiều hơn nhóm có thu nhập thấp nhiều lần. Vì vậy, Nhà nước có trách nhiệm điều hoà sự cách biệt đó, giảm bớt sự phân hoá giàu nghèo trong thu nhập bằng các chương trình xoá đói giảm nghèo, giảm bớt khó khăn khi tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhóm thu nhập thấp bằng thực hiện khám chữa bệnh (KCB) không mất tiền cho họ và một loạt các chính sách khác.

1.1. Chương trình xoá đói giảm nghèo và vị trí của sự nghiệp y tế

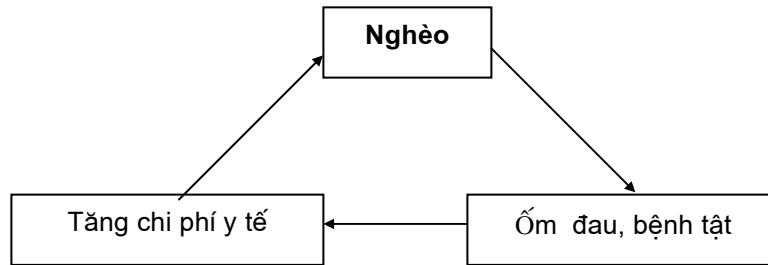
Chương trình mục tiêu quốc gia (CTMTQG) là một trong những giải pháp nhằm hỗ trợ các nhóm dân cư nghèo nhất trong xã hội thông qua hỗ trợ việc làm, hỗ trợ phát triển kinh tế, hỗ trợ kế hoạch hoá gia đình, cung cấp nước sạch và đảm bảo vệ sinh môi trường, hỗ trợ giáo dục đào tạo, bảo tồn văn hoá và hỗ trợ trong y tế. Nếu không có các chương trình này, những người dân nghèo, dân sống ở các vùng khó khăn, vùng núi và vùng sâu, vùng xa sẽ khó tránh khỏi tụt hậu so với các vùng khác.

Vào đầu những năm 90 của thế kỷ trước, bên cạnh sự hỗ trợ ngân sách Trung ương thông qua bổ xung ngân sách hỗ trợ, Chính phủ đã thiết lập một loạt các CTMTQG, trong đó có chương trình xoá đói giảm nghèo và tạo việc làm (XĐGN-TVL). Các chương trình XĐGN-TVL đã phát huy hiệu quả.

Một trong những nguyên nhân dẫn tới đói nghèo phải kể đến là gánh nặng chi phí y tế của các hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo và cận nghèo. Một lần nữa, khi sống trong nghèo đói người ta lại dễ bị ốm đau và bệnh tật thường nặng nề hơn. Như vậy tạo nên vòng xoắn của sự đói nghèo. (Xem sơ đồ trang 185).

Người ta còn đề cập tới hiện tượng "bẫy nghèo", nghĩa là tình trạng trở nên nghèo một khi bị ốm và phải chi phí ở những mức độ nhất định.

Để đạt được các mục tiêu của chủ nghĩa xã hội, chống lại sự mất công bằng là cả một quá trình đấu tranh lâu dài và rất nhiều khó khăn, trở ngại rất khó vượt qua. Đạt được công bằng trong y tế cũng là một mặt trận, trong đó người chiến sỹ không chỉ là các cán Bộ Y tế mà cả các Bộ, ngành khác, các đoàn thể xã hội và chính người dân.



1.1.1. Hiện nay, ngành y tế đang đứng trước những khó khăn, thách thức lớn như sau

Mô hình bệnh tật kép, nghĩa là trong lúc các bệnh lây nhiễm vẫn đang chiếm tỷ lệ không nhỏ thì nguy cơ cũng như tỷ lệ hiện mắc các bệnh không lây nhiễm lại khá cao.

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng ngày càng tăng và đa dạng nhưng mức độ đáp ứng còn chậm không chỉ đối với khu vực kinh tế phát triển hơn mà còn ở cả các vùng nghèo, vùng khó khăn.

Sự mất công bằng trong tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế đang có xu hướng gia tăng.

Hiệu quả của đầu tư cho y tế còn hạn chế, nhiều mục tiêu đã đạt được theo tiến độ, nhiều mục tiêu chưa đạt.

Các cơ sở y tế được đầu tư chưa thật hợp lý và vẫn chậm chuyển đổi trong nền kinh tế thị trường.

Chất lượng dịch vụ còn hạn chế không chỉ do thiếu nguồn lực mà còn do quá trình hoạt động sử dụng các nguồn lực kém hiệu quả.

Năng lực sản xuất, cung ứng, phân phối thuốc còn nhiều bất cập. Giá thuốc trên thị trường thường bất ổn định.

Người dân chưa thực sự tham gia để giải quyết các vấn đề tồn tại của chính cộng đồng mình.

Nhiều chính sách chưa chuyển đổi kịp thời và thiếu sự cam kết một cách mạnh mẽ về tài chính.

1.1.2. Những chiến lược lớn nhằm giải quyết các vấn đề trên

Phát triển và hoàn thiện hệ thống các cơ sở y tế phục vụ sự nghiệp bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Đổi mới chính sách tài chính y tế theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (bao gồm ngân sách Nhà nước và BHYT), giảm dần hình thức trả phí trực tiếp.

Phát triển nguồn nhân lực y tế. Kiện toàn đội ngũ cán Bộ Y tế cả về số lượng, chất lượng, cơ cấu và phân bố giữa các lĩnh vực, giữa các vùng miền.

Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp uỷ Đảng, chính quyền.

Nâng cao hiệu quả quản lý Nhà nước.

Đẩy mạnh xã hội hoá.

Nâng cao hiệu quả thông tin - giáo dục - truyền thông.

1.3. Quá trình xây dựng một văn bản chính sách y tế ở Việt Nam

Quá trình xây dựng chính sách y tế ở Việt Nam về cơ bản không khác với các nước khác trên thế giới. Tuy nhiên cũng có những đặc điểm khá đặc trưng, đó là vai trò lãnh đạo của Đảng, nghĩa là mang màu sắc chính trị rất rõ, hay nói cách khác, đó là sự cam kết chính trị của cấp lãnh đạo xã hội cao nhất, không chỉ ở Trung ương mà cả các địa phương.

Xuất phát điểm của một chính sách thường là những phát hiện về các vấn đề tồn tại trong công tác y tế mà các tài liệu nước ngoài thường gọi là "vấn đề sức khoẻ". Các vấn đề này có thể nhận biết qua phân tích số liệu thống kê khách quan dựa vào bằng chứng và cũng có thể là từ ý chí quyết tâm thực hiện đường lối chính trị nhất quán về công bằng xã hội của Đảng và Chính phủ. Trong khi xây dựng Nhà nước pháp quyền, vai trò của Quốc hội rất lớn. Nhiều chính sách y tế có xuất phát từ nguyện vọng của nhân dân và được thể hiện qua các đại biểu Quốc hội. Quốc hội cũng đề xuất các nghị quyết, pháp lệnh như một chính sách lớn để toàn dân thực hiện thông qua bộ máy hành chính các cấp.

Thông thường, Bộ Y tế phát hiện các vấn đề tồn tại mà vấn đề này thông thường chỉ riêng ngành y tế không thể giải quyết được, để đề xuất lên Chính phủ, xin phép xây dựng các chính sách. Sau khi có ý kiến tham mưu của các Bộ, ngành liên quan, Chính phủ quyết định cho xây dựng chính sách đó. Nếu chính sách lớn và tổng thể, Ban Bí thư Trung ương Đảng hoặc Bộ Chính trị sẽ quyết định và cho phép xây dựng các văn bản có tính chính sách của Đảng (ví dụ Nghị quyết Đại hội Ban Chấp hành Trung ương Đảng Khoá IV năm 1994 hay Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị năm 2005). Nếu vấn đề không quá lớn, Chính phủ sẽ ra các văn bản chính sách, hoặc giao cho BHYT ra các văn bản chính sách của ngành.

Dựa trên quyết định của Đảng và Chính phủ, các Vụ, Cục của Bộ Y tế, các cơ sở nghiên cứu, các chuyên gia về chính sách và có cả sự tham gia của những người lãnh đạo các ban ngành, các cấp chính quyền địa phương sẽ xây dựng bản dự thảo chính sách dưới dạng các văn bản pháp quy của Chính phủ như: Quyết định, Nghị định, Chỉ thị. Bản dự thảo trên sẽ được Chính phủ, Ban Bí thư hoặc Bộ Chính trị phê chuẩn sau khi có ý kiến của các Bộ, ngành liên quan.

Bộ Y tế sẽ cùng các Bộ, ngành liên quan ban hành các thông tư hướng dẫn thực hiện chính sách. Đó là các thông tư liên bộ hoặc thông tư liên tịch có hiệu lực của các quyết định chính sách rất mạnh. Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính cùng Bộ Y tế triển khai kế hoạch hàng năm, có đảm bảo về tài chính, có sự chỉ đạo thực hiện của UBND địa phương. Trường hợp liên quan tới tổ chức và nhân lực, sẽ có sự tham gia của Bộ Nội vụ trong các thông tư liên bộ. Bộ Y tế ra các văn bản như thông tư, quyết định, chỉ thị, quy chế, hướng dẫn v.v...

Việc triển khai các chính sách được theo dõi và giám sát bởi cơ quan y tế và các cấp chính quyền địa phương. Qua đây phát hiện các vấn đề tồn tại cần điều chỉnh hàng năm hoặc sửa đổi nội dung các giải pháp ở tầm vĩ mô để trình Chính phủ phê duyệt.

Việc thực hiện chính sách có thể thông qua các chương trình, dự án và cũng có thể dựa trên các hoạt động thường quy trước đó. Sau đây là các quan điểm và một số chính sách lớn về y tế hiện nay.

2. CÁC QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO CƠ BẢN CỦA ĐẢNG VỀ Y TẾ

Ở Việt Nam, Nghị quyết của Đảng là chính sách có hiệu lực mạnh nhất.

Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị ngày 23 tháng 2 năm 2005 là một văn bản về chính sách y tế. Có thể coi đây là chính sách của các chính sách y tế. Trong Nghị quyết 46 đã đưa ra năm quan điểm chỉ đạo công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.

- *Quan điểm 1:* Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư cho phát triển, quan điểm này thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ.
- *Quan điểm 2:* Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển. Đây là một quan điểm mới của Đảng nhằm chỉ rõ đường lối xây dựng hệ thống y tế theo định hướng xã hội chủ nghĩa mà tiêu chí đầu tiên là công bằng, hiệu quả và phát triển, đồng thời là một định hướng lớn để phát triển y tế trong điều kiện kinh tế thị trường. Công bằng phải đi đôi với hiệu quả và phát triển. Không chia đều sự nghèo khó cho mọi người. Chúng ta phải hình thành hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân, thuận lợi, dễ tiếp cận, đáp ứng được những yêu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng đa dạng của các tầng lớp xã hội; xây dựng nền y học có trình độ tiên tiến ngang hàng với các nước tiên tiến trong khu vực và tiến tới trình độ thế giới.
 - + Tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế-xã hội của đất nước. Khi kinh tế đất nước phát triển thì chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thiết yếu cũng sẽ được nâng lên; người dân sẽ được hưởng thêm các dịch vụ mà giai đoạn trước chưa có điều kiện đảm bảo, chưa có khả năng tiếp cận các kỹ thuật cao hơn thông qua ứng dụng các tiến bộ kỹ thuật hiện đại nhất.
 - + Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân, nhằm từng bước đạt tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe, thực hiện sự chia sẻ giữa người khỏe với người ốm, người giàu với người nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ em, người già.
 - + Thực hiện công bằng trong đãi ngộ đối với cán Bộ Y tế. Quan điểm của Đảng khẳng định: thực hiện chế độ đãi ngộ đối với thầy thuốc tương đương như đối với người thầy giáo. Mặt khác ngay trong ngành y tế, các chuyên ngành khác nhau cũng cần được đãi ngộ một cách công bằng tương đối. Ví dụ như các thầy thuốc chuyên khoa tâm thần, phong, lao, điều trị HIV/AIDS...; các thầy thuốc ở vùng sâu, vùng xa còn gặp rất nhiều khó khăn trong cuộc sống sẽ có các chế độ ưu tiên về lương hơn các vùng khác.
- *Quan điểm 3:* Thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn diện, gắn phòng bệnh với chữa bệnh, phục hồi chức năng và rèn luyện nâng cao sức khỏe. Đây là khái

niệm mới phù hợp với định nghĩa về sức khỏe của tổ chức y tế thế giới "Sức khỏe là sự thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là trạng thái không có bệnh tật". Chăm sóc sức khỏe toàn diện, bao gồm 4 yếu tố, đó là: phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe.

- + Phát triển đồng thời y tế phổ cập với phát triển y tế chuyên sâu. Phát triển y tế phổ cập để mọi người dân đều có thể tiếp cận với dịch vụ y tế; phát triển y tế chuyên sâu để khắc phục tình trạng tụt hậu ngày càng xa với trình độ y học và y tế của các nước trong khu vực và trên thế giới, góp phần đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng cao của các tầng lớp dân cư có mức thu nhập khác nhau.
- + Kết hợp đông y và tây y là quan điểm được duy trì và ngày càng được củng cố, cụ thể hoá qua các thời kỳ.
- *Quan điểm 4: Xã hội hoá các hoạt động chăm sóc sức khoẻ gắn với tăng cường đầu tư của Nhà nước.*
 - + Hiện nay vẫn còn không ít người khi nói tới xã hội hóa là hiểu rằng tăng cường thu tiền của dân. Như thế là chưa hiểu đúng và đầy đủ thuật ngữ này. Quan điểm này cũng đã khẳng định "xã hội hoá... gắn với tăng cường đầu tư của Nhà nước", xã hội hoá gắn với đa dạng hoá các loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thực hiện tốt việc trợ giúp cho các đối tượng chính sách và người nghèo trong chăm sóc và nâng cao sức khỏe trong khi huy động các nguồn tài chính của các nhóm dân cư có khả năng chi trả cao hơn, góp phần đảm bảo công bằng xã hội.
 - + Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là bổn phận của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng, là trách nhiệm của các cấp uỷ Đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội, trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn và kỹ thuật.
 - + Khuyến khích và tạo mọi điều kiện thuận lợi, đối xử bình đẳng với hệ thống y tế tư nhân để các thành phần kinh tế đầu tư phát triển các dịch vụ chăm sóc và nâng cao sức khỏe.
- *Quan điểm 5: Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt. Mỗi cán bộ, nhân viên y tế phải không ngừng nâng cao đạo đức nghề nghiệp và năng lực chuyên môn, xứng đáng với sự tin cậy và tôn vinh của xã hội, thực hiện lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh: " Người thầy thuốc giỏi đồng thời phải là người mẹ hiền". Trong thực tế, y đức chỉ thực sự được đảm bảo một khi vừa đảm bảo các nguyên tắc nghề nghiệp (không vụ lợi) và đảm bảo đời sống cho CBYT.*

3. CÁC CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN TỚI TÀI CHÍNH Y TẾ

Để đạt được mục tiêu công bằng và hiệu quả, một loạt các chính sách về tài chính (là một trong những công cụ quan trọng nhất của chính sách) đang được thực hiện. Bao gồm chính sách thu viện phí, chính sách bảo hiểm y tế, chính sách trao quyền tự chủ trong tài chính.

3.1. Viện phí

Chính sách thu một phần viện phí được Chính phủ ban hành từ năm 1989 trong bối cảnh hệ thống bệnh viện công không còn nhận toàn bộ kinh phí hoạt động như thời kỳ bao cấp trước đó.

Viện phí thực chất là thu để chi cho bệnh nhân. Thu để tăng chi cho người bệnh qua bổ sung chi phí cho các xét nghiệm, thủ thuật, giường bệnh, vật tư tiêu hao và nhất là mua thuốc, dịch truyền. Thu viện phí không nhằm tăng thu nhập cho cán Bộ Y tế. Mức thu hiện nay cho đa phần các dịch vụ chỉ bằng 30% - 80% mức thực chi. Như vậy, thu viện phí để bù lại một phần các khoản chi phí mà ngân sách Nhà nước chưa cấp đủ cho các bệnh viện. Thu viện phí có tác dụng nâng cao chất lượng KCB tại bệnh viện. Cũng chính vì chỉ thu một phần chi phí thực tế nên dẫn tới tình trạng bao cấp cho tất cả những ai đến bệnh viện, đây là mặt trái của viện phí. Trong khi người giàu đến sử dụng bệnh viện nhiều hơn gấp 2-3 lần so với người nghèo, nhất là bệnh viện tỉnh và Trung ương, vô hình dung Chính phủ dành mức bao cấp nhiều hơn cho nhóm giàu trong cộng đồng. Từ đây, Chính phủ đã có quyết định cho phép điều chỉnh mức thu viện phí trên nguyên tắc thu đúng, thu đủ bù chi đối với nhóm giàu và miễn giảm viện phí cho nhóm nghèo.

Một điểm bất cập nữa của viện phí là tạo nên gánh nặng chi trả đáng kể đối với nhóm nghèo. Qua Điều tra y tế quốc gia (2001) cho thấy đối với nhóm nghèo nhất mức chi cho y tế bằng 22,8% chi cho lương thực thực phẩm và bằng 11,4% thu nhập, các tỷ lệ tương ứng với nhóm giàu nhất chỉ bằng một nửa, 10,9% và 6,4% tương ứng.

Do phải trả viện phí cũng như các chi phí khác khi có người nằm viện nhóm nghèo nhất rất khó đến được các cơ sở khám chữa bệnh có kỹ thuật cao. Chính vì vậy, chính sách bảo hiểm y tế toàn dân được khởi xướng nhằm khai thác thế mạnh của bảo hiểm y tế - cơ chế trả trước và bao cấp chéo, chia sẻ rủi ro của nhóm có thu nhập cao cho nhóm có thu nhập thấp.

3.2. Bảo hiểm y tế

3.2.1. Khái niệm bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế (BHYT) được coi là một giải pháp quan trọng giảm bớt sự mất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Bảo hiểm y tế dựa trên nguyên tắc sau:

- Trả trước khi chưa ốm để được phục vụ khi ốm.
- Người giàu hơn hỗ trợ người nghèo hơn do mức đóng tỷ lệ thuận với mức thu nhập cá nhân (người lao động đóng góp 1% thu nhập, người sử dụng lao động đóng 2% thu nhập của cá nhân). Người thu nhập càng cao càng phải đóng (bắt buộc) nhiều hơn, ngược lại với người có thu nhập thấp mức phải đóng ít hơn một cách tương đối.
- Hưởng lợi đồng đều như nhau, tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh. Không phân biệt người đã đóng nhiều hay ít trước đó.

Ở nhiều nước, đặc biệt là các nước Châu Âu, Bảo hiểm y tế là một trong những công cụ để đạt tới công bằng y tế.

Bảo hiểm y tế bao gồm các loại sau:

- Bảo hiểm y tế bắt buộc: ở nước ta, đối với tất cả các cá nhân thuộc diện thu nhập từ lương trong các cơ sở Nhà nước, tư nhân, cơ sở doanh nghiệp và sản xuất có sử dụng từ 10 lao động trở lên là công dân Việt Nam và từ trên 3 tháng.
- Bảo hiểm y tế tự nguyện: Tới nay BHYT tự nguyện chủ yếu áp dụng đối với các đối tượng là học sinh phổ thông, sinh viên các trường đại học, cao đẳng, trung và sơ học. Trong các quy định mới, bảo hiểm tự nguyện còn áp dụng cho các đối tượng muốn mua bảo hiểm y tế với các mệnh giá khác nhau tùy theo mức yêu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe cao hơn mà họ lựa chọn. Thực chất đây là Bảo hiểm y tế theo yêu cầu. Cho tới nay, không phải ai tự nguyện mua BHYT đều mua được thẻ Bảo hiểm y tế, kể cả người cao tuổi.
- Bảo hiểm y tế người nghèo và các đối tượng chính sách, kể cả BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi. Đây là các đối tượng nhận thẻ BHYT nhưng không phải trả tiền.
- Bảo hiểm y tế tư nhân, Nhà nước đã cho phép các cơ sở y tế tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, nếu tư nhân bán BHYT với mệnh giá cao và mức phục vụ tốt hơn, chất lượng cao hơn sẽ có nguy cơ kéo nhóm có thu nhập cao mua BHYT tư nhân, như vậy ý nghĩa nhân đạo do bao cấp chèo sẽ không còn. Mặt khác, nếu mệnh giá bán BHYT như hiện nay sẽ không đủ chi phí và các cơ sở y tế tư nhân sẽ không tham gia hệ thống BHYT.

Ở nước ta, Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý quỹ BHYT, ngành y tế quản lý và đề xuất các chính sách (Bộ Y tế có Vụ Bảo hiểm y tế), chỉ đạo thực hiện cung cấp các dịch vụ BHYT tại các cơ sở y tế.

3.2.2. Tình hình BHYT ở Việt Nam

Bảo hiểm y tế được bắt đầu từ năm 1993 với 4 triệu thẻ BHYT (chiếm 5,3% dân số). Đến năm 2003 số người có thẻ BHYT đã tới trên 16 triệu (trên 20% dân số).

Về cơ cấu các đối tượng có BHYT, đến năm 2002 số người tham gia BHYT bắt buộc đã lên tới 11 triệu, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ nhất định các chủ doanh nghiệp tư nhân chưa mua BHYT cho công nhân. Số người tham gia BHYT tự nguyện tới 98% là học sinh, sinh viên và luôn thấp hơn số người có thẻ BHYT bắt buộc.

Bảo hiểm y tế người nghèo và sắp tới khi thực hiện BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi sẽ làm cho tỷ lệ người có thẻ BHYT trong xã hội tăng lên rất nhanh, ước tính trên 20 triệu người có thẻ BHYT.

Các hình thức BHYT cộng đồng ở nông thôn chưa định hình, vì vậy một tỷ lệ khá lớn (trên 50% dân số) khó có thể có thẻ BHYT trong thời gian tới.

Về độ bao phủ của BHYT đối với nhóm dân cư có thu nhập khác nhau thể hiện sự mất công bằng khá rõ rệt: tỷ lệ người càng giàu càng có thẻ BHYT nhiều hơn (khi chưa có chính sách BHYT người nghèo). Khi có chính sách BHYT người nghèo, nhóm cận nghèo vẫn không có thẻ BHYT, đây chính là nhóm cần được ưu tiên trong chính sách trong thời gian tới.

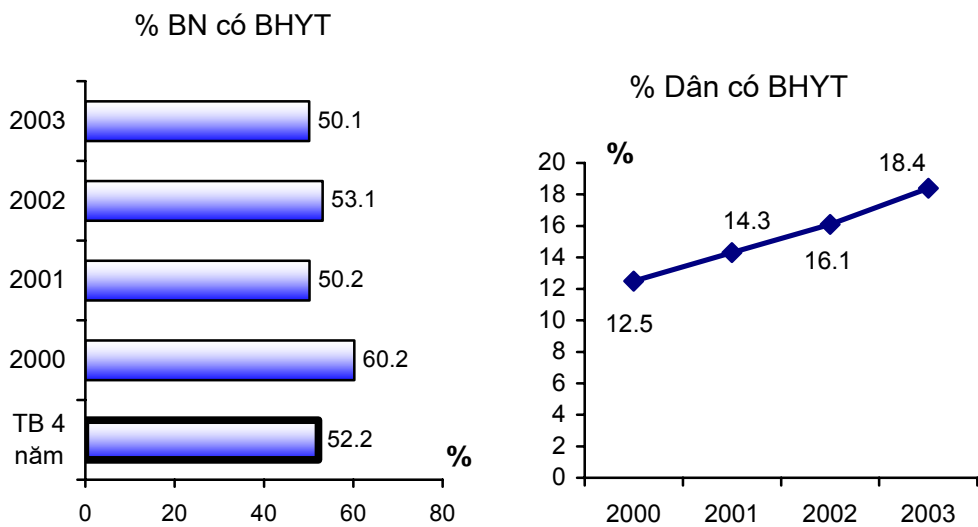
3.2.3. Một số vấn đề còn tồn tại trong BHYT

Ngoài yếu điểm vừa nêu ở trên, BHYT chưa thực sự là cứu cánh của người nghèo khi ngoài các khoản chi trước đây được BHYT thanh toán (viện phí và thuốc) người nghèo vẫn

phải chi phí các khoản khác ngoài bệnh viện mỗi khi có người ốm. Vì vậy, họ chỉ sử dụng bệnh viện bằng 1/2 so với người có thẻ BHYT bắt buộc (nhóm ăn lương).

Do khi có thẻ BHYT, người dân đến sử dụng bệnh viện nhiều hơn rất nhiều so với nhóm không có BHYT, theo một điều tra của T. V. Dũng và cộng sự tại các bệnh viện huyện ở tỉnh NB (2003) trong khi dân số có BHYT dưới 20% thì có tới 50%-60% số người nằm nội trú tại bệnh viện huyện là người có thẻ BHYT. Như vậy, nếu số người có thẻ BHYT tăng lên gấp đôi, nhu cầu giường bệnh sẽ tăng lên gấp 4-5 lần. Nguy cơ quá tải ở các bệnh viện rất rõ, nhất là khi hệ số sử dụng giường bệnh hiện nay đã đạt trên 90% và tỷ lệ người có thẻ BHYT đang gia tăng rất nhanh, số giường bệnh cũng như đầu tư trang thiết bị y tế cho các bệnh viện tăng rất chậm như hiện nay. Cần có các chương trình nâng cấp, mở rộng hệ thống bệnh viện để đáp ứng với mức tăng tỷ lệ dân có thẻ BHYT trong bối cảnh hiện nay.

Kết quả nghiên cứu sau mô tả tỷ lệ dân có BHYT và % bệnh nhân nội trú có BHYT ở các bệnh viện tuyến huyện của tỉnh NB.



Do mệnh giá của một thẻ BHYT trung bình còn khá thấp so với mức chi phí thực tế tại các bệnh viện, các quy chế khống chế trần như hiện nay sẽ dẫn tới lạm chi hoặc bệnh nhân phải bỏ thêm tiền ra mua thuốc ngoài thuốc được cấp trong danh mục thuốc BHYT.

Trong thời gian tới, khi không yêu cầu người có thẻ BHYT đồng chi trả 20% phí và trần chi trả tăng lên, cho phép thanh toán một phần dịch vụ kỹ thuật cao có thể dẫn tới thâm hụt quỹ, tình trạng kết dư sẽ kết thúc và nguy cơ vỡ quỹ BHYT có thể xảy ra.

Như vậy, vẫn còn rất nhiều vấn đề cần được xem xét, điều chỉnh để BHYT thực sự mang lại lợi ích cho cả người nghèo và những người có BHYT khác.

3.3. Tự chủ quản lý (Nghị định 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002)

Nghị định 10/2002/NĐ-CP (NĐ-10) giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp có thu, trong đó có các cơ sở y tế.

Khi thực hiện Nghị định-10 các đơn vị sẽ được giao ngân sách chi thường xuyên trong thời kỳ 3 năm một cách ổn định và vẫn được tăng hàng năm theo tỷ lệ do cấp có thẩm quyền quyết định. Theo Nghị định -10, các nhà quản lý có được thẩm quyền rộng rãi hơn trong quản lý thu chi, qua đây tiết kiệm chi phí không cần thiết và tăng thu từ những dịch vụ không cơ bản trong đó có các kỹ thuật cao, dịch vụ theo yêu cầu, tạp vụ. Về mặt nhân sự, giám đốc có quyền tuyển dụng lao động dưới hình thức hợp đồng (ngoài biên chế chính thức). Về các nguồn vốn, được phép vay ngân hàng và mở tài khoản tại ngân hàng (ngoài sự quản lý của kho bạc đối với nguồn ngân sách từ Nhà nước) để mở rộng phạm vi hoạt động, vì vậy việc thực hiện chi tiêu thông thoáng hơn, trong khi trách nhiệm nặng nề hơn.

Do được quyền tự chủ trong tài chính, tự quyết định mức thu dịch vụ (ngoài các dịch vụ cơ bản) theo nguyên tắc thu để bù chi và có tích lũy, được phép xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ (vẫn có cấp quản lý phê duyệt, nghĩa là chưa được toàn quyền).

Tình hình thực hiện Nghị định -10:

Đến cuối 2004, cả nước có 28 bệnh viện thuộc các bộ, ngành, bệnh viện tuyến Trung ương và 3/4 bệnh viện tỉnh, thành phố mới triển khai NĐ-10. Các địa phương có mức sống cao, các thành phố lớn việc thực hiện dễ hơn, trong khi đó ở các vùng kinh tế chậm phát triển, vùng đông bào dân tộc ít người, khả năng chi trả của nhân dân thấp, các bệnh viện gặp nhiều khó khăn khi thực hiện NĐ-10.

Một trong những nguyên nhân cản trở việc thực hiện NĐ-10 là ở chỗ các văn bản hướng dẫn chưa đồng bộ, chưa cụ thể và còn phụ thuộc vào nhiều văn bản ban hành trước đó (từ năm 1995) vẫn còn hiệu lực. Ngoài lợi ích của NĐ-10 mang lại, vẫn còn có nhiều điểm cần được lưu ý:

- Các bệnh viện có xu hướng sử dụng các nguồn tài chính có được (kể cả từ ngân sách) nhằm mở rộng các dịch vụ có thu và tăng chất lượng của các dịch vụ này để thu hút khách hàng có khả năng chi trả cao.
- Có thể chất lượng dịch vụ cho các đối tượng chính sách và các dịch vụ cơ bản có thể giảm sút vì sự điều chỉnh chi phí cho các dịch vụ có thu.
- Có thể xảy ra tình trạng như ở Trung Quốc, tại đó các bệnh viện bị coi là một doanh nghiệp Nhà nước, bị cuốn hút bởi cơ chế thị trường, trong khi vẫn nhận được ưu đãi của Nhà nước.
- Năng lực quản lý tài chính của các giám đốc bệnh viện đến nay còn khá yếu do quá quen với phương thức quản lý của thời kỳ bao cấp trước đây hoặc hiểu nhầm rằng tự chủ là có toàn quyền tăng giá viện phí .

Trên thực tế, khi đã có thể bảo hiểm y tế cho nhóm nghèo thì việc thu phí ở mức đủ bù vào các khoản chi là hợp lý vì tránh được tình trạng bao cấp tràn lan cả cho nhóm không nghèo.

4. MỘT SỐ CHÍNH SÁCH LIÊN QUAN TỚI HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH

4.1. Khám chữa bệnh cho người nghèo (Quyết định 139/2002/QĐ-TTg)

Do viện phí là một rào cản đối với người nghèo (vì nghèo mà hạn chế đến sử dụng bệnh viện, từ 1995 Chính phủ đã có chủ trương miễn giảm viện phí cho các đối tượng nghèo tại bệnh viện. Do các bệnh viện phải tự lấy ngân sách của mình để miễn

giảm cho người nghèo vì vậy họ phải hạn chế đến mức tối đa. Vì vậy, năm 1999 Chính phủ lại đưa ra quyết định mua thẻ BHYT người nghèo song với mệnh giá thấp hơn mức bình quân rất nhiều và dựa vào ngân sách của các tỉnh nên giải pháp này thiếu bền vững, nhất là với tỉnh nghèo, thu không đủ chi ngân sách.

Năm 2002, Chính phủ ra Quyết định 139/2002/QĐ-TTg (QĐ-139) cho phép lấy ngân sách Nhà nước (từ Trung ương) để xây dựng Quỹ Khám chữa bệnh cho người nghèo. Trong đó các tỉnh tự quản lý quỹ này và sử dụng để mua thẻ BHYT hoặc thực hiện thực thanh thực chi cho người ốm khi phải đến bệnh viện. Quỹ này tăng hàng năm, không cho phép kết dư trong quỹ BHYT đối với các thẻ BHYT cấp cho người nghèo. Thực hiện QĐ-139 với sự tham gia của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (xác định hộ nghèo), UBND tỉnh (quản lý quỹ) và Bộ Y tế (cung cấp dịch vụ).

QĐ-139 đã làm tăng đáng kể chi phí cho người nghèo từ ngân sách Nhà nước. Đây là một quyết định hết sức đúng đắn nhằm giảm bớt sự mất công bằng trong tiếp cận với bệnh viện của người nghèo. Không những thế, nhiều địa phương tổ chức KCB cho người nghèo ngay tại trạm y tế xã (TYTX) càng làm cho mức hưởng lợi của đối tượng nghèo tăng thêm đáng kể, đặc biệt là tại vùng núi, vùng sâu, vùng xa nơi đi đến bệnh viện huyện khá xa.

Vấn đề còn lại cần giải quyết tốt QĐ-139 là làm thế nào kiểm soát được chất lượng KCB cho đối tượng hưởng lợi ở cả TYTX và các bệnh viện. Một số địa phương quy định mức trần và hạn chế danh mục thuốc cho BHYT ở xã, có thể chỉ nhằm giảm tình trạng lạm dụng thẻ BHYT, nhưng có thể vì thế mà gây phiền phức (phải bỏ tiền mua thêm thuốc ngoài danh mục) hoặc giảm chất lượng KCB (do hạn chế chi phí cho thuốc và xét nghiệm).

Trong QĐ.139, ngân sách Trung ương chỉ đảm bảo 75% mức quy định, 25% còn lại địa phương phải tự lo hoặc tìm nguồn viện trợ, vì vậy các tỉnh nghèo vẫn gặp khó khăn.

4.2. Thực hiện khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi

Hiện nay, cả nước có khoảng 8,5 triệu trẻ em dưới 6 tuổi. Nhóm tuổi này có tỷ lệ ốm đau cao nhất (trung bình 1 tháng 50% bị ốm). Thực hiện Công ước quốc tế về Quyền trẻ em, từ năm 1994 trong Nghị định 95/ CP đã có quy định miễn phí KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi, nhưng do không có ngân sách bù vào khoản này nên thực tế rất ít trẻ em được miễn phí (khoảng 12%). Vì vậy, Quốc hội đã thông qua chính sách KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi từ ngày 1/1/2005 (có nguồn ngân sách cấp bù cho các bệnh viện từ Trung ương khoảng 810 tỷ đồng). Hiện nay, Chính phủ đang chỉ đạo các địa phương chuyển từ hình thức thực thanh thực chi sang mua BHYT cho trẻ em, như vậy sẽ tránh được những thủ tục rườm rà như xuất trình giấy khai sinh của trẻ,... tại các bệnh viện.

5. CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG MỘT SỐ BỆNH XÃ HỘI, BỆNH DỊCH NGUY HIỂM VÀ HIV/AIDS

Chương trình này gồm 10 dự án thành phần, nhằm vào 10 vấn đề nổi cộm nhất của y tế công cộng. Về mặt lý luận, những vấn đề sức khỏe có mức ảnh hưởng rộng, nặng nề các giải pháp đòi hỏi đầu tư tập trung từ nguồn ngân sách Trung ương và quá trình thực hiện cần theo những kế hoạch thống nhất trong toàn quốc.

Để huy động một lực lượng lớn các nguồn lực y tế, phương thức đầu tư và quản lý theo dự án là rất hiệu quả. Các dự án sau khi đạt được mục tiêu sẽ được duy trì bởi các hoạt động thường xuyên của các cơ sở y tế, ví dụ chương trình Phòng chống tiêu chảy (CDD) và Phòng chống viêm đường hô hấp cấp (ARI).

Thông qua các chương trình mục tiêu nguồn lực của Nhà nước tập trung vào các mục tiêu cơ bản với các dự án sau:

- Phòng chống sốt rét;
- Phòng chống lao;
- Phòng chống sốt xuất huyết;
- Phòng chống phong;
- Phòng chống bấu cổ;
- Phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em;
- Tiêm chủng mở rộng;
- Đảm bảo chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm;
- Phòng chống HIV/AIDS.

Tất cả các dự án trên đều có đối tượng ưu tiên là trẻ em và bà mẹ và cũng là cho các đối tượng nghèo. Có thể nói chương trình mục tiêu quốc gia là một công cụ rất hữu ích thực hiện chính sách công bằng xã hội.

Cho tới nay, khá nhiều mục tiêu đặt ra từ năm 2000 đến năm 2005 đã đạt được. Ví dụ: Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi mục tiêu đến năm 2010 là 25‰ trẻ đẻ ra sống, song năm 2002 đã là 26‰ và 2003 là 21‰. Tỷ lệ chết mẹ năm 1991 là 160/100 000 trẻ đẻ ra sống, nhưng đến năm 2003 con số này đã là 85/100 000 song vẫn còn cao hơn so với mục tiêu 70/100 000 vào năm 2010. Hầu hết các chương trình mục tiêu quốc gia đều đạt mục tiêu, duy chỉ có chương trình Phòng chống HIV/AIDS là tốc độ gia tăng còn rất cao và chưa có dấu hiệu dừng lại. Chương trình Phòng chống suy dinh dưỡng cũng có tiến bộ chậm đối với mục tiêu hạ thấp tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng (thể thiếu protein năng lượng), trong khi lại xuất hiện tình trạng thừa dinh dưỡng và béo phì ở các nhóm không nghèo. Điều này khác với tình hình ở các nước phát triển, tỷ lệ béo phì cao ở nhóm nghèo do nhóm này hiểu biết về dinh dưỡng kém hơn nhóm giàu. Như vậy ở nước ta ngay cả những người thuộc diện khá giả, kiến thức về dinh dưỡng hợp lý cũng ở mức giới hạn, hoặc do chúng ta quá chú trọng tới suy dinh dưỡng do thiếu ăn hơn là tới nguy cơ thừa dinh dưỡng.

Ngoài 10 chương trình mục tiêu trên, Chính phủ đã phê duyệt và giao cho Bộ Y tế chỉ đạo thực hiện một số chương trình có tầm quốc gia như:

- Chiến lược Chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- Chiến lược Phòng chống tai nạn thương tích.
- Chiến lược Phòng chống tác hại của thuốc lá.

Các chiến lược trên đều được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt, Bộ Y tế chủ trì, các bộ, ngành phối hợp thực hiện, vì vậy hiệu lực khá mạnh.

Ngoài các thế mạnh mang lại từ các chương trình mục tiêu quốc gia trong lĩnh vực y tế, còn có sự hỗ trợ của các chương trình mục tiêu quốc gia do các bộ, ngành khác chủ trì thực hiện. Ví dụ: Chương trình 135 với mục tiêu hỗ trợ 1000 xã nghèo nhất, trong đó cũng có các nội dung hỗ trợ TYT xã, tuy nhiên tỷ lệ hỗ trợ rất thấp.

Những khó khăn và hạn chế:

- Một trong những khó khăn hiện nay khi thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế là sự đầu tư còn rất hạn chế. Ngay cả chương trình Phòng chống HIV/AIDS hàng năm Nhà nước đầu tư từ ngân sách Trung ương cho mỗi tỉnh mới trên dưới 1 tỷ đồng, rõ ràng là kinh phí này chỉ đủ duy trì bộ máy. Trong những năm tới, khi mỗi tỉnh sẽ hình thành một trung tâm phòng chống HIV/AIDS riêng, ngoài trung tâm y tế dự phòng hiện có thì mức cấp ngân sách như hiện nay sẽ còn hạn chế hơn. Nguồn chi phí cho các hoạt động phòng chống HIV/AIDS từ các khoản viện trợ nước ngoài chiếm một tỷ trọng lớn, vì vậy các hoạt động sẽ khá bị động và thiếu tính bền vững.
- Hạn chế thứ hai là mức phân bổ ngân sách chưa thật hợp lý. Ví dụ: Có những tỉnh đồng bằng (không có dịch sốt rét) song vẫn được nhận một khoản kinh phí cấp từ Trung ương cho chương trình phòng chống sốt rét. Đây là ví dụ của tình trạng phân bổ ngân sách chưa hoàn toàn dựa trên nhu cầu (tỷ lệ mắc và chết, điều kiện dân tộc và miền núi, khả năng cung cấp dịch vụ,...).
- Thứ ba là các tỉnh càng nghèo, càng khó khăn yêu cầu sự hỗ trợ từ các chương trình mục tiêu quốc gia càng lớn, trong khi đó, năng lực của các cơ sở y tế ở đây lại khá yếu. Khả năng huy động cộng đồng lại càng hạn chế, vì vậy nhiều vấn đề vẫn tồn tại trong nhiều năm nhưng chưa có giải pháp hiệu quả.
- Một số chương trình như Phòng chống lao và HIV/AIDS gặp rất nhiều khó khăn không chỉ do nguyên nhân từ những yếu kém của các cơ sở y tế, mà còn do các yếu tố kinh tế, xã hội, lối sống thiếu lành mạnh của một nhóm dân cư, tình trạng gia tăng của HIV/AIDS góp phần làm tăng tỷ lệ mới nhiễm lao.
- Các bệnh không lây nhiễm đang gia tăng, song chương trình y tế quốc gia chưa có mục tiêu này. Chiến lược phòng chống các bệnh không lây nhiễm được Chính phủ phê duyệt, song lại thiếu kinh phí đầu tư cho các dự án (ngoài phòng chống bướu cổ, phòng chống tai nạn thương tích, phòng chống tác hại của thuốc lá được nhận một khoản kinh phí chi thường xuyên rất hạn hẹp).
- Sau cùng, có thể kể đến năng lực quản lý và điều hành ở các tuyến còn yếu. Thiếu hệ thống theo dõi và đánh giá chính sách, khiến cho việc điều hành hiệu quả thấp.

Trong bài này chúng tôi không trình bày chi tiết từng chương trình mục tiêu quốc gia vì có một môn học riêng cho phần này.

6. CHÍNH SÁCH THUỐC THIẾT YẾU

6.1. Tại sao lại cần có chính sách thuốc thiết yếu?

Vào thập kỷ 80 và 90, khi nền kinh tế nước ta trong giai đoạn khủng hoảng và khởi đầu chương trình cải cách kinh tế, nguồn ngân sách dành cho y tế giảm sút mạnh, khiến cho các cơ sở y tế xuống cấp rất nghiêm trọng, đặc biệt là cơ sở y tế xã. Trong khi đó, tình trạng thiếu thuốc chữa bệnh hết sức nghiêm trọng (bình quân đầu người

dưới 10 000đ tiền thuốc/ năm), chưa kể còn phát sinh nạn thuốc giả do thuốc được bán tự do trên thị trường mà không cần đơn của thầy thuốc. Với bối cảnh như trên, nước ta ở vào điều kiện giống như nhiều nước nghèo khác ở châu Phi và châu Á, châu Mỹ La Tinh, cần có chính sách về thuốc thiết yếu để đảm bảo nhu cầu tối thiểu về thuốc chữa bệnh cho tuyến xã và tại các bệnh viện.

Nhà nước ban hành chính sách thuốc thiết yếu với những mục tiêu cơ bản là đảm bảo cung ứng thường xuyên và đủ thuốc đến người dân, thực hiện sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả. Củng cố và kiện toàn hệ thống tổ chức quản lý Nhà nước về dược từ Trung ương đến địa phương. Để đảm bảo thuốc thiết yếu cho tuyến xã, Chính phủ chỉ đạo Bộ Y tế ban hành danh mục thuốc thiết yếu.

6.2. Đặc điểm của danh mục thuốc thiết yếu ở Việt Nam như sau

- Thuốc được đưa vào danh mục là những thuốc cơ bản nhất để sử dụng cho phòng và chữa bệnh thông thường theo phân cấp kỹ thuật cho tuyến xã.
- Thuốc được quy định tùy theo cơ cấu cán bộ của các TYT xã: y tá (điều dưỡng), y sỹ và bác sỹ. Như vậy, danh mục này đảm bảo đủ thuốc cơ bản cho cả các xã chỉ có điều dưỡng và y sỹ. Khi có bác sỹ làm việc tại trạm, số thuốc được quy định tăng lên.
- Với danh mục này, đảm bảo cho việc kê đơn theo bệnh và theo trình độ của người kê đơn.
- Danh mục này chưa tính đến lực lượng thầy thuốc tư nhân tại xã, trong khi người dân khi ốm đến sử dụng phòng khám tư nhân đôi khi còn thường xuyên hơn đến TYT. Mặt khác, danh mục này không quy định hạn chế gì đối với các quầy thuốc tư nhân tại địa phương. Người dân khi cần mua thuốc cũng đến các quầy thuốc tư nhân nhiều hơn là đến quầy thuốc của TYT xã, trừ một số xã miền núi, nơi y tế tư nhân (kể cả thầy thuốc và dược sỹ) hiếm hơn.

Một trong những mục tiêu của chính sách thuốc thiết yếu là sử dụng thuốc an toàn và hợp lý. Với cách phân 3 nhóm danh mục thuốc theo trình độ cán Bộ Y tế tại trạm, thuốc sẽ được sử dụng an toàn và hợp lý khi người ốm được thầy thuốc khám. Tuy nhiên, có tới xấp xỉ 50% số trường hợp ốm tại hộ gia đình đã tự đi mua thuốc về chữa mà không qua khám bệnh (Điều tra y tế quốc gia-2001). Tình trạng tự mua thuốc về chữa, trong đó có cả những thuốc ngoài danh mục những thuốc không cần kê đơn (OTC) đặt ra yêu cầu giáo dục kiến thức dùng thuốc tại nhà và đề xuất quy chế bán thuốc theo đơn nghiêm ngặt hơn. Hiện nay, rất nhiều hiệu thuốc bán thuốc không theo đơn, ai mua thuốc gì, mua bao nhiêu đều bán, cho dù có đưa ra một số lời dặn dò kể cả khi không biết mua thuốc có đúng bệnh hay không.

Do y tá (điều dưỡng viên) cũng kê thuốc tại TYT xã nếu không có y bác sỹ, chất lượng kê đơn cũng rất hạn chế. Trong một cuộc điều tra (Đ.V. Phan và cộng sự, 1995) cho thấy có tới xấp xỉ 40% nhân viên TYT xã không nhận biết được thuốc có chứa Corticoides là một loại thuốc buộc phải kê đơn và sử dụng theo chỉ dẫn của y bác sỹ.

Thực hiện đường lối kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, Bộ Y tế đã ban hành danh mục thuốc thiết yếu đối với y dược học cổ truyền. Danh mục này cũng nhằm vào việc tiêu chuẩn hoá những thuốc được sử dụng để chữa các bệnh có thể dùng y học cổ truyền ở tuyến xã theo phân tuyến kỹ thuật.

Bên cạnh đó, Bộ Y tế đã ra các chỉ thị nhằm củng cố hoạt động y học cổ truyền ở tuyến xã và từng hộ gia đình. Các quy định về " tử thuốc xanh" đã hướng dẫn các cơ

sở y tế vận động nhân dân sử dụng các cây con làm thuốc ngay trong vườn nhà. Đây là một đặc điểm khá độc đáo của Việt Nam, nhất là trong điều kiện lạm dụng thuốc tây y khá phổ biến như hiện nay, sử dụng thuốc y học cổ truyền và châm cứu bấm huyệt ở tuyến xã sẽ góp phần giảm bớt tác hại của việc sử dụng thuốc không an toàn, giảm nhẹ gánh nặng chi phí do sử dụng thuốc tân dược không hợp lý hiện nay.

7. CÁC CHỈ SỐ CƠ BẢN TRONG THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bất cứ một chính sách, một bản chiến lược hay bản quy hoạch nào mang tính tổng thể đều cần được theo dõi, đánh giá để biết:

- Trong từng giai đoạn thời gian những mục tiêu nào đã đạt được hoặc có những hoạt động nào đã được thực hiện?
- Nguyên nhân của những thành công hay thất bại là gì?
- Có những giải pháp nào sẽ được đề xuất để làm cho những việc chưa làm được sẽ được thực hiện và những mục tiêu nào chưa thành hiện thực sẽ đạt được trong tương lai?

Để trả lời cho các câu hỏi trên, cần có các bằng chứng.

Bằng chứng chủ yếu phải là các số liệu thu thập qua hệ thống thống kê, báo cáo, các kết quả điều tra nghiên cứu người sử dụng dịch vụ (hay đối tượng hưởng lợi) và người cung cấp dịch vụ y tế. Các văn bản chỉ đạo công tác y tế ở các cấp cũng là những bằng chứng (định tính) rất quan trọng.

Mục tiêu quan trọng nhất của chính sách y tế là đạt được sự công bằng trong khi sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả nhất.

Các chỉ số sử dụng để mô tả mức độ công bằng trong cung cấp các nguồn lực có thể liệt kê như sau:

- Mức cấp ngân sách bình quân/người/năm: nếu mức cấp ngân sách đồng đều theo đầu người sẽ dẫn đến tình trạng vùng dân nghèo, nơi khả năng chi trả thấp song vẫn chỉ được nhận hỗ trợ từ Chính phủ ngang bằng nhóm dân giàu. Đây là tình trạng thiếu công bằng. Ví dụ: Tỉnh TH đã cấp ngân sách cho các huyện bình quân theo đầu người bằng 30000đ/ người/ năm. Trong khi đó, chỉ số mức chi phí trung bình cho y tế của một người/năm dao động từ 500 000đ đến 50 000đ, vùng càng nghèo, mức chi phí trung bình càng thấp. Ở đây thể hiện sự thiếu công bằng trong cấp kinh phí y tế.
- Tương tự như thế, đối với nguồn nhân lực y tế, số giường bệnh: nếu phân bố ưu tiên nhiều hơn cho vùng nghèo nghèo là chúng ta đã thực hiện công bằng.

Việc phân bổ ngân sách cho các bệnh viện hiện nay phụ thuộc phần lớn vào số giường bệnh theo kế hoạch. Vì vậy, nếu chỉ số bình quân số dân có 1 giường bệnh không đồng đều giữa các địa phương, nhất là theo xu hướng bất hợp lý như vùng dân cư càng tập trung, càng có thu nhập cao thì số giường bệnh theo đầu dân càng nhiều sẽ càng thể hiện sự mất công bằng.

- Chúng ta đặt mục tiêu: không phân biệt giàu nghèo, mọi người dân đều nhận được dịch vụ theo nhu cầu của họ khi đến với cơ sở y tế công lập. Để biết mục tiêu này có đạt được hay không, người ta sử dụng một số chỉ số sau:
 - + Tỷ lệ người ốm nội trú ở bệnh viện (theo từng tuyến) không khác nhau giữa các nhóm thu nhập khác nhau. Nếu càng lên tuyến trên, phân bố bệnh

nhân nghèo nằm nội trú bệnh viện càng giảm và bệnh nhân thuộc nhóm khá giả, giàu có càng tăng là biểu hiện sự mất công bằng. Một trong những phương pháp đánh giá, biểu thị sự mất công bằng là thông qua đồ thị Lorenz và tính chỉ số Ghini (chúng ta sẽ được thực hành vẽ đồ thị Lorenz trong phần thực tập).

- + Bình quân chi phí cho 1 trường hợp mắc một bệnh nhất định khi phải đến KCB tại bệnh viện. Mức chênh lệch giữa nhóm giàu và nhóm nghèo càng lớn càng mất công bằng.
 - + Tỷ lệ người dân có BHYT theo các nhóm thu nhập. Hiện nay, nhóm nghèo nhất mới có thể BHYT khoảng 10% trong khi nhóm giàu nhất lại có BHYT tới trên 40%. Tình trạng này cũng thể hiện sự mất công bằng. Vì vậy, nếu bán BHYT tự nguyện cho các thành viên khác trong gia đình người có thể BHYT bắt buộc như hiện nay (là nhóm dân phi nông nghiệp, nghĩa là không phải nhóm nghèo nhất trong xã hội) có thể sẽ làm cho nhóm giàu tỷ lệ có thể BHYT còn cao hơn nữa. Đây là một ví dụ về một quyết định điều chỉnh không phù hợp của cơ quan Bảo hiểm xã hội trong chính sách BHYT.
 - + Các chỉ số về chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho các nhóm dân có mức thu nhập khác nhau cũng sử dụng phân tích tính công bằng trong chính sách y tế. Thông thường, người càng giàu càng tiếp cận và sử dụng dịch vụ có chất lượng càng cao. Nhiệm vụ của Chính phủ là giảm bớt sự chênh lệch này bằng các chế độ bao cấp, hỗ trợ viện phí, không thu phí đối với nhóm nghèo.
 - + Mức độ đạt các mục tiêu của chương trình cấp thẻ bảo hiểm cho người nghèo, KCB miễn phí đối với trẻ em dưới 6 tuổi; tỷ lệ TYT xã đạt chuẩn quốc gia; tỷ lệ thôn xóm được công nhận "làng văn hoá - sức khoẻ", tỷ lệ dân tiếp cận với nước sạch và các công trình vệ sinh; tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đầy đủ trong năm đầu v.v... Các chỉ số này được so sánh giữa các vùng, miền có trình độ kinh tế, văn hoá khác nhau để thấy có sự cách biệt hay không. Mức cách biệt ra sao? Nguyên nhân có phải do đầu tư nguồn lực chưa phù hợp, mức độ tiếp cận thấp hay do quá trình tổ chức thực hiện không hiệu quả; cũng có thể là do người dân chưa giác ngộ, chưa tự giác tham gia hoặc tổng hợp của nhiều yếu tố với nhau. (Trong bài thực hành sẽ làm các bài tập minh hoạ).
- Theo dõi, phân tích, đánh giá chính sách không chỉ để biết tình hình thực hiện chính sách ra sao, mà ngay sau đó cần có những đề xuất để hoàn thiện chính sách hoặc thay đổi các giải pháp một khi đã xác định được những nguyên nhân dẫn đến mất công bằng, thiếu hiệu quả, thiếu tính bền vững.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu mối liên hệ giữa bệnh tật và nghèo đói.
2. Liệt kê những thách thức chính hiện nay đối với sự nghiệp CSSK.
3. Nhận xét gì về vai trò quyết định chính sách của Đảng.
4. Chọn và mô tả một chính sách mà bạn cho rằng có ý nghĩa nhất nhằm đạt mục tiêu công bằng trong y tế.

XÃ HỘI HOÁ VÀ LỒNG GHÉP CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được khái niệm xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế.*
2. *Nêu được mục đích của xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế.*
3. *Trình bày được nguyên tắc chỉ đạo và các biện pháp thực hiện xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế tại tuyến cơ sở.*

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM CƠ BẢN

1.1. Xã hội hoá công tác y tế

Sức khỏe là tài sản quý giá nhất của mỗi người, đồng thời cũng là tài sản chung của xã hội và của mỗi quốc gia. Sức khỏe do nhiều yếu tố tác động. Để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho mỗi người và cả cộng đồng không phải chỉ ngành y tế, cán Bộ Y tế mà là nhiệm vụ của chính mỗi cá nhân, mỗi cộng đồng và của toàn xã hội. Điều đó có nghĩa là mọi người, mọi cộng đồng, mọi ban ngành đoàn thể đều cần nhận thức và có trách nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe. Trên thực tế ngành y tế cần tổ chức, vận động, huy động mọi cá nhân, gia đình, cộng đồng, các ban ngành đoàn thể, tổ chức xã hội tham gia công tác chăm sóc sức khỏe, đó chính là hoạt động xã hội hóa công tác y tế.

Xã hội hóa công tác y tế là một quá trình vận động nhân dân tự giác, chủ động tham gia vào các lĩnh vực hoạt động y tế, huy động hợp lý và sử dụng có hiệu quả các nguồn lực cộng đồng, phối hợp với các nguồn lực của Nhà nước, nhằm đạt được các mục tiêu của các chương trình phát triển y tế.

- Xã hội hoá là một phong trào quần chúng rộng lớn, có vai trò và ý nghĩa quan trọng trong việc chủ động giải quyết những vấn đề liên quan đến bệnh tật, sức khỏe đòi hỏi phải có sự tham gia đa phương.
- Xã hội hoá mang tính chiến lược để chủ động thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe, cả trước mắt cũng như lâu dài.
- Xã hội hoá y tế là phong trào cần sự tổ chức hướng dẫn, quản lý của ngành y tế và các ngành liên quan, các tổ chức quần chúng, xã hội tham gia.
- Xã hội hóa y tế là một biện pháp nhằm đáp ứng nhu cầu thực tiễn của công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Trong hoạt động thực tiễn của ngành y tế nước ta, cả trong thời chiến và thời bình, nhờ có sự lãnh đạo của Đảng, ngành y tế đã đạt được các thành tích to lớn đó

chính là kết quả của sự vận động nhân dân tham gia vào các phong trào chăm sóc sức khỏe. Ngành y tế luôn coi trọng công tác tuyên truyền, giáo dục vệ sinh phòng bệnh, phòng chống dịch, vệ sinh môi trường. Đó chính là những hoạt động xã hội hóa công tác y tế đã được thực hiện và đưa đến các kết quả khả quan. Đã từ lâu, Bộ Y tế chủ trương đẩy mạnh các phong trào vệ sinh phòng bệnh, phòng dịch cả ở nông thôn và thành thị, chú trọng vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống, phòng bệnh theo mùa. Nhân dân tích cực tham gia các phong trào: "Vệ sinh yêu nước", "Sạch làng tốt ruộng", "Sạch bản tốt nương", "Gọn nhà sạch phố", "Thể dục vệ sinh", "Ba sạch bốn diệt", "5 dứt điểm trong công tác y tế", "làng văn hoá sức khỏe", v.v... Sự tham gia của cộng đồng vào các phong trào này đã đóng góp to lớn cho công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Tuy đã đạt được nhiều kết quả tốt nhưng hiện nay chúng ta vẫn cần phải kiên trì truyền thông, giải thích vai trò của vệ sinh phòng bệnh, bảo vệ môi trường trong phát triển xã hội bền vững. Tích cực vận động cộng đồng tham gia công tác bảo vệ môi trường, bảo vệ sức khỏe mà trước tiên là giải quyết vấn đề ô nhiễm môi trường tại từng gia đình và từng cộng đồng. Khuyến khích các hoạt động có lợi cho sức khỏe, nhiều hoạt động cần mọi người cùng làm có thể làm được, không có nhiều khó khăn, chỉ cần phát huy tính tự giác của mỗi cá nhân, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng, dựa vào các tổ chức và cấu trúc sẵn có của cộng đồng, dưới sự chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương, chắc chắn sẽ có kết quả tốt. Cần lồng ghép và xã hội hóa công tác bảo vệ sức khỏe, gắn liền với giáo dục về phòng chống các nguy cơ về bệnh tật do ô nhiễm môi trường gây ra. Biết tận dụng nguồn lực sẵn có của cộng đồng để thực hiện giáo dục nâng cao sức khỏe. Truyền thông giáo dục bảo vệ môi trường phải làm thường xuyên, liên tục có tổ chức, theo kế hoạch đã định. Trước mắt tiếp tục tập trung vào ngăn chặn các vấn đề ô nhiễm đất, nước, không khí, thực vật, giải quyết các công trình vệ sinh cơ bản như nhà xí, nguồn nước, nhà tắm, xử lý rác thải, nước thải, cải thiện vệ sinh môi trường gia đình vì qua các nghiên cứu tỷ lệ gia đình có công trình vệ sinh đạt tiêu chuẩn còn rất thấp. Trong thực hiện các phong trào chăm sóc sức khỏe cần phát huy vai trò của chính quyền địa phương, các tổ chức đoàn thể, tổ chức chính trị, biết dựa vào cộng đồng, vận động người dân tích cực chăm sóc sức khỏe cho cá nhân, gia đình mình và cộng đồng. Các hành động thiết thực như xây dựng và sử dụng các công trình vệ sinh, thực hành ngăn chặn các bệnh tật thông thường do ô nhiễm môi trường gây ra... đó chính là các hoạt động thực tiễn của xã hội hóa công tác y tế cần được đẩy mạnh.

1.2. Lồng ghép hoạt động y tế

Lồng ghép hoạt động y tế là sự phối hợp các hoạt động trong ngành y tế cũng như các hoạt động của ngành y tế với các ngành, các đoàn thể, tổ chức xã hội khác thành quá trình chung nhằm biến các mục tiêu y tế thành các hoạt động cụ thể với sự tham gia thực hiện của nhân dân với sự quản lý và điều phối của các cấp trong ngành y tế và các ngành liên quan khác.

1.2.1. Các loại lồng ghép

1.2.1.1. Lồng ghép trong ngành y tế

- Ngành y tế có nhiều lĩnh vực hoạt động như y học dự phòng, y tế công cộng, khám chữa bệnh, dược, trang thiết bị y tế, hệ thống đào tạo nhân lực y tế, các chương trình, dự án y tế/chăm sóc sức khỏe, với sự hỗ trợ kinh phí của chính phủ hay các tổ chức quốc tế v.v... Các lĩnh vực công tác y tế trong ngành y tế cần được phối hợp với nhau để tránh hoạt động chồng chéo và lãng phí nguồn lực.
- Lồng ghép còn là sự phối hợp một số hoạt động của các chương trình y tế triển khai theo ngành dọc, nhưng có tính chất giống nhau hoặc có liên quan mật thiết với nhau, do một nhân viên y tế thực hiện dưới sự điều hành chung của các chương trình đó, nhằm tạo điều kiện cho sự hỗ trợ và tăng cường lẫn nhau để đạt hiệu quả chung tốt hơn.

1.2.1.2. Lồng ghép liên ngành

Sức khỏe liên quan đến nhiều ngành, vì thế để nâng cao sức khỏe cần có sự lồng ghép hoạt động của ngành y tế với các ngành có liên quan như giao thông, nông nghiệp, giáo dục, văn hóa thông tin v.v...

1.2.1.3. Lồng ghép giữa các cấp

Ngành y tế chia ra làm nhiều tuyến, mỗi tuyến có các nhiệm vụ khác nhau nhưng các công việc liên quan mật thiết với nhau trong một hệ thống thống nhất. Các tuyến y tế không thể hoạt động độc lập mà phải có sự phối hợp và hợp tác trong mọi lĩnh vực để thực hiện nhiệm vụ chung là bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.

1.2.2. Mục đích của xã hội hóa và lồng ghép

- Huy động và tận dụng các nguồn lực cho hoạt động y tế.
- Phát huy sáng tạo, làm tăng hiệu quả các hoạt động y tế.
- Tăng lòng tin cho quần chúng nhân dân đối với ngành y tế.
- Tạo sức mạnh tổng hợp giải quyết các khó khăn, các chương trình khó.
- Tăng cường hiểu biết, trình độ năng lực cán bộ.
- Phát huy vai trò cộng đồng, tinh thần tập thể, hoạt động nhóm.
- Giúp các chương trình đi sâu vào các hoạt động nghiệp vụ.
- Thống nhất chỉ đạo từ trên xuống.
- Giảm nhẹ một số công việc (việc làm trùng lặp).
- Tác động hỗ trợ giữa các tuyến với nhau.

2. MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CƠ BẢN CHỈ ĐẠO QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN XÃ HỘI HOÁ VÀ LỒNG GHÉP CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ CƠ SỞ

2.1. Vận động toàn thể nhân dân và các hội viên của các đoàn thể đang sống trong bối cảnh xã hội thường ngày của họ chứ không chỉ tập trung vào một số người có nguy cơ

mắc bệnh, nhằm giúp họ tự chịu trách nhiệm và chủ động tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho chính mình và cộng đồng.

2.2. Tác động đến những nhân tố quyết định có ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng, bằng cách phối hợp mọi nỗ lực của các cơ quan Nhà nước, với các ban ngành, đoàn thể, các tổ chức quần chúng từ Trung ương đến địa phương cùng chịu trách nhiệm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân, bảo vệ môi trường sống lành mạnh về mọi mặt cho cộng đồng xã hội.

2.3. Vận dụng phối hợp các giải pháp và biện pháp kỹ thuật thích hợp: gồm truyền thông và giáo dục sức khỏe, luật pháp, tài chính, thay đổi tổ chức, phát triển cộng đồng ... nhằm chống lại các nguy cơ tác hại đến sức khỏe nhân dân.

2.4. Vận động nhân dân tham gia một cách cụ thể, thiết thực và có hiệu quả bằng cách tăng cường cho các cá nhân và cộng đồng những hiểu biết và kỹ năng phát hiện vấn đề và đề ra các quyết định giải quyết các vấn đề sức khỏe của họ.

2.5. Xác định vai trò nòng cốt của ngành y tế và của các nhân viên sức khỏe cộng đồng trong việc phối hợp, liên kết, lồng ghép mọi hoạt động chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân (lồng ghép trong ngành y tế và lồng ghép liên ngành, lồng ghép dọc và lồng ghép ngang).

2.6. Xác định vai trò trách nhiệm của những người tham gia và của những người lãnh đạo cộng đồng (Lãnh đạo Đảng, chính quyền, già làng, trưởng bản, lãnh đạo các tổ chức đoàn thể quần chúng...). Đây là nhân tố hàng đầu có tầm quan trọng và có tác động quyết định.

3. CÁC LỰC LƯỢNG THAM GIA THỰC HIỆN XÃ HỘI HOÁ VÀ LỒNG GHÉP CÔNG TÁC Y TẾ CƠ SỞ

3.1. Các cán bộ lãnh đạo Đảng, chính quyền và đoàn thể, tổ chức quần chúng tại địa phương giữ vai trò to lớn trong việc tập hợp và điều phối mọi lực lượng xã hội, định hướng đúng đắn cho các hoạt động xã hội có liên quan đến y tế, tạo mọi thuận lợi cho các hoạt động y tế bằng cách huy động cộng đồng cùng tham gia và giải quyết các khó khăn của ngành y tế địa phương, nhất là các Phòng y tế huyện và Trạm y tế xã .

3.2. Những người lãnh đạo dư luận xã hội: bao gồm những người có uy tín trong cộng đồng, được mọi người tôn trọng và noi gương, do họ thường có tiếng nói tác động ảnh hưởng mạnh mẽ đến các phong trào quần chúng, như các nhà hoạt động xã hội, tôn giáo, những người cao tuổi... họ không nhất thiết phải là những người lãnh đạo Đảng hay chính quyền, đoàn thể hay tổ chức nào.

3.3. Các nhà kinh doanh, các kỹ nghệ gia trong và ngoài tỉnh, huyện, họ có khả năng hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật thích hợp và các phương tiện vật chất cần thiết cho mọi hoạt động y tế của cơ sở địa phương, nguồn lực này nhiều khi giữ vai trò rất quan trọng để phát triển các dự án y tế địa phương, mặc dù đã có sự đầu tư của các chương trình, dự án y tế theo ngành dọc.

3.4. Các đoàn thể, các tổ chức xã hội và tôn giáo, các hội quần chúng, những người tình nguyện thuộc mọi lứa tuổi... họ cần được tổ chức lại, cùng nhau phân công trách nhiệm, cùng nhau cam kết phối hợp mọi nguồn lực có thể khai thác được trong cộng đồng. Đây là lực lượng chủ yếu không bao giờ cạn kiệt và sẵn có trong cộng đồng, cần được khai thác triệt để cho mọi nỗ lực xã hội vì lợi ích của chính các cá nhân và của cả cộng đồng.

3.5. Những người hưởng thụ hay tiêu thụ các dịch vụ xã hội, họ là những người được hưởng các quyền lợi về chăm sóc và bảo vệ, nâng cao sức khỏe cho chính mình nên phải có nghĩa vụ đóng góp và tham gia tích cực vào việc xã hội hoá công tác y tế, trước hết bằng cách thay đổi hành vi sức khỏe của bản thân và giúp đỡ những người khác trong cộng đồng thay đổi lối sống nhằm đem lại lợi ích chung cho sức khỏe nhân dân, đây là một lực lượng trực tiếp thực hiện quá trình xã hội hoá công tác y tế và đồng thời họ cũng là đối tượng đích của quá trình này.

3.6. Những người trực tiếp làm công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, bao gồm các nhân viên y tế, nhân viên sức khỏe cộng đồng, họ cần được đào tạo bổ túc về phương pháp và kỹ năng thực hiện và mở rộng hoạt động xã hội hoá công tác y tế tại tuyến cơ sở một cách có hệ thống và có hiệu quả.

4. MỘT SỐ BIỆN PHÁP CHỦ YẾU ĐỂ THỰC HIỆN XÃ HỘI HOÁ VÀ LỒNG GHÉP CÔNG TÁC Y TẾ CƠ SỞ

4.1. Vận động quần chúng là biện pháp cơ bản nhất và có hiệu quả nhất

Mục đích chủ yếu là nhằm làm thay đổi cách nghĩ và cách làm của họ trong việc tự giác, tự nguyện, tích cực và sáng tạo thực hiện các biện pháp thích hợp nhất với điều kiện hoàn cảnh của riêng họ, để tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho mỗi cá nhân và cho cả cộng đồng.

Cộng đồng phải được bàn bạc dân chủ để tham gia vào việc lập kế hoạch y tế cho địa phương của họ, thực hiện kế hoạch đó với sự đóng góp các nguồn lực mà họ có thể có được kể cả việc đánh giá kết quả của các chương trình y tế đó. Đây là cách làm mới đòi hỏi những nhà lãnh đạo y tế phải thay đổi cách nghĩ và cách làm của chính mình trước đã; không áp đặt một kế hoạch y tế dội từ trên xuống bắt nhân dân địa phương phải thực theo, mà giúp họ lập kế hoạch từ dưới lên chắc lẽ phù hợp hơn và dễ được địa phương chấp nhận hơn để rồi tích cực hoàn thành chương trình do kế hoạch đó vạch ra vì lợi ích của chính họ và do đó họ ý thức được đầy đủ trách nhiệm của mình.

4.2. Tranh thủ sự hỗ trợ, đồng tình của các cấp lãnh đạo Đảng, chính quyền và các tổ chức, đoàn thể địa phương

Ủy ban nhân dân xã, huyện có trách nhiệm phối hợp và điều hành mọi hoạt động liên ngành, mọi hoạt động quần chúng rộng lớn, dưới sự lãnh đạo của các cấp uỷ Đảng và sự hỗ trợ của lãnh đạo các ngành, các giới, nhằm cung cấp các nguồn lực sẵn

có và tạo ra các nguồn lực mới đảm bảo cho việc tạo ra, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân địa phương. Các chỉ thị nghị quyết của các cấp uỷ Đảng và chính quyền là chỗ dựa vững chắc cho ngành y tế địa phương hoạt động đúng hướng và đi theo quỹ đạo chung của toàn thể cộng đồng và của xã hội.

4.3. Tập trung các hoạt động của phòng y tế, các đơn vị y tế trong huyện và trạm y tế xã vào các chương trình mục tiêu

Chọn các mục tiêu chiến lược cho từng giai đoạn phát triển xã hội để có thể tập trung mọi nguồn lực có hạn tại địa phương vào việc giải quyết một số nhu cầu bức thiết nhất của nhân dân và phù hợp với các bước triển khai của các chương trình y tế theo ngành dọc.

Chọn đối tượng đích cho phù hợp với các mục tiêu chiến lược đó, bao gồm những người có nhu cầu sức khỏe cần được giải quyết ưu tiên và kết quả sẽ mang lại lợi ích to lớn cho cộng đồng, như các trẻ em dưới 5 tuổi, các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, các thanh thiếu niên có hành vi nguy cơ nhiễm HIV/AIDS, những người nghèo nhất...

Chọn vùng dân cư trọng điểm, tùy theo các đặc điểm về địa lý, kinh tế, xã hội, chính trị... tập trung vào các vùng xa, vùng sâu, vùng bị thiên tai, cũng như vùng tập trung đông dân có nhiều vấn đề y tế, xã hội phức tạp như các thị trấn.

Chọn thời gian thích hợp: Chú ý đến các mùa để có các dịch bệnh phát sinh, những thời gian nông dân nhàn rỗi để dễ dàng huy động được nhiều người cùng tham gia, đem lại nhiều lợi ích về sức khỏe cho họ mà không ảnh hưởng đến sản xuất chung.

Chọn các công việc mấu chốt phân công cho từng người tham gia để cùng đạt các mục tiêu chung đã định, cần phải hoàn thành trong một thời gian nhất định.

4.4. Sử dụng kỹ thuật thích hợp

Sử dụng các kỹ thuật phù hợp với khả năng và nguồn lực của cơ sở, đồng thời áp dụng các thuật y học hiện đại phù hợp với địa phương, đây là xu hướng quan trọng nhất của y tế cộng đồng khắp trên thế giới hiện nay.

Kỹ thuật thích hợp là kỹ thuật phải:

- Đơn giản, dễ thực hiện tại địa phương có kết quả tốt.
- Với các phương tiện sẵn có và dễ kiếm được.
- Không tốn nhiều tiền hoặc có thể được trợ cấp.
- Có người thực hiện được tại chỗ, sau khi được đào tạo.
- Đáp ứng được các mục tiêu, giải quyết được vấn đề y tế địa phương.

Như vậy sử dụng các kỹ thuật thích hợp là dựa vào sức mình là chính, tận dụng những gì sẵn có tại địa phương và tạo ra thêm các nguồn vật tư, kỹ thuật làm phong

phụ thêm cho các điều kiện làm việc của các cơ sở y tế địa phương. Trong điều kiện cần thiết thì chuyển người bệnh lên tuyến trên để giải quyết.

4.5. Tổ chức tốt ngày sức khỏe tại địa phương

Nếu tổ chức tốt được "Ngày sức khỏe" hàng tháng thì trên 50 % các chỉ tiêu hoạt động trong tháng đã được thực hiện, chủ yếu nhằm đáp ứng các vấn đề bảo vệ sức khỏe các bà mẹ và trẻ em, hoặc tập trung vào một số vấn đề nổi trội nhất tùy từng thời kỳ. Để tổ chức tốt "Ngày sức khỏe" cần:

- Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện kỹ thuật y tế cho các hoạt động.
- Thông báo trước cho các nhóm đối tượng phục vụ.
- Chọn địa điểm thuận lợi cho mọi người, có thể tổ chức một vài địa điểm trên một địa bàn xã huyện rộng.
- Cần cố định thời gian (ngày, giờ) trong một tháng để gây thành thói quen tham gia của mọi người.
- Tận dụng mạng lưới y tế sẵn có, với sự phối hợp của các nhân viên sức khỏe cộng đồng là những người tình nguyện từ các tổ chức quần chúng, với sự hỗ trợ của chính quyền địa phương.
- Đảm bảo thực hiện đúng kỹ thuật chuyên môn đi kèm với việc truyền thông và giáo dục sức khỏe có liên quan.
- Mỗi "Ngày sức khỏe" phải là một phần của cả một kế hoạch tổng thể kế tiếp với nhau thành một loạt các chiến dịch ngắn hạn trong một chiến lược y tế chung của một năm hoạt động.

Đối với các vùng xa, vùng sâu, nhân dân sống không tập trung thì cần tổ chức nhiều hoạt động lồng ghép các nội dung của các chương trình y tế có thể thực hiện dứt điểm trong vài ngày chứ không chỉ tập trung vào một ngày cố định.

4.6. củng cố hoạt động của Ban chăm sóc sức khỏe ban đầu của huyện và xã để có thể đảm nhận chức năng làm nòng cốt trong quá trình xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế tại địa phương, chứ không cần thành lập thêm một tổ chức nào khác.

Tóm tắt: Xã hội hóa và lồng ghép là một giải pháp quan trọng hiện nay cũng như lâu dài của ngành y tế để huy động các nguồn lực, thu hút sự tham gia của các ngành, các đoàn thể, tổ chức xã hội và cộng đồng nói chung vào các hoạt động thiết thực, chủ động nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu khái niệm xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế.
2. Nêu mục đích của xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế.
3. Trình bày các nguyên tắc chỉ đạo công tác xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế tại tuyến cơ sở.
4. Trình bày các lực lượng tham gia thực hiện công tác xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế tại tuyến cơ sở.
5. Hãy trình bày các biện pháp thực hiện xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế tại tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Ban chấp hành Trung ương (2002), số 06-CT/TW ngày 22 tháng 1 năm 2002, *Chỉ thị về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở*.
2. Ban chấp hành Trung ương Đảng công sản Việt Nam (2005). Nghị quyết số 46 ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới
3. Ban tổ chức cán bộ chính phủ- Bộ Y tế (2001), Thông tư liên tịch số 20/2001/ TTLB - BTCCBCP-BYT, ngày 27-4-2001 hướng dẫn thực hiện chuyển nhiệm vụ quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn từ trung tâm y tế quận, huyện, thị xã và thành phố thuộc tỉnh về Ủy ban nhân dân cùng cấp.
4. Bộ Tài chính - Y tế - Lao động Thương binh Xã hội - Ban Tổ chức cán bộ Chính phủ (1995), Thông tư liên bộ số 08/ TT-LB, ngày 20 - 04 - 1995 hướng dẫn một số vấn đề về tổ chức y tế, chế độ chính sách đối với y tế cơ sở.
5. Bộ Tài chính. Văn bản pháp quy về Cơ chế tài chính áp dụng cho các cơ quan hành chính và đơn vị sự nghiệp. NXB thống kê, Hà Nội, 5/2003
6. Bộ Y tế (1997), *Quy chế bệnh viện* (ban hành kèm theo quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19-9- 1997), Nhà xuất bản Y học.
7. Bộ Y tế (2004), Thông tư số 03/2004/ TT-BYT, ngày 03 tháng 3 năm 2004 về phân hạng bệnh viện
8. Bộ Y tế - Tổ chức Y tế thế giới - Dự án phát triển hệ thống y tế. *Quản lý y tế*. NXB Y học, Hà Nội 2001.
9. Bộ Y tế - UNICEF (1998), *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở*, NXB Y học Hà Nội.
10. Bộ Y tế (1996). *Nghị quyết của Chính phủ số 37/CP ngày 20 tháng 6 năm 1996 về Định hướng Chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam đến năm 2000 và 2020*. NXB Y học, Tr. 3-28
11. Bộ Y tế (2002). Quyết định của Thủ tướng chính phủ số 35/2001/QĐ - TTg ngày 19 tháng 3 năm 2001 về việc phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010. Trong sách “Các Chính sách và giải pháp thực hiện CSSKBĐ”. Tr. 8-16.

12. Bộ Y tế (1997), Niên giám thống kê y tế, Phòng thống kê tin học.
13. Bộ Y tế (1998), Thông tư liên tịch số 14/ 1998/ TTLT, 31-10-1998 về tổ chức y tế doanh nghiệp.
14. Bộ Y tế (2000), *Niên giám thống kê y tế*, Phòng thống kê tin học.
15. Bộ Y tế (2002), *Niên giám thống kê y tế*, Phòng thống kê tin học.
16. Bộ Y tế (2002), *Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 2554/ 2002 QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2002 về việc ban hành mẫu sổ sách và mẫu báo cáo thống kê y tế*. Trong sách Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu NXB Y học 8/2002.
17. Bộ Y tế (2002), Quyết định số 370/2002/QĐ-BYT, ngày 7 tháng 2 năm 2002 của Bộ Trưởng Bộ Y tế *Ban hành Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001- 2010* .
18. Bộ Y tế (2002), *Tài liệu tham khảo thi nâng ngạch giảng viên lên giảng viên chính*, Hà Nội 2002.
19. Bộ Y tế (2002). *Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 2553/ 2002 QĐ-BYT ngày 4 tháng 7 năm 2002 về việc ban hành Danh mục Chỉ tiêu cơ bản Ngành y tế và Danh mục Chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở*. Trong sách Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu, NXB Y học, 8/2002.
20. Bộ Y tế (2002). Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 379/2002/QĐ-BYT ngày 08 tháng 02 năm 2002. *Quy chế về thống kê y tế*.
21. Bộ Y tế (2002): *Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu*; Hà nội.
22. Bộ Y tế (2003), *Niên giám thống kê y tế*, Phòng thống kê tin học.
23. Bộ Y tế (2003). *Xây dựng y tế Việt Nam công bằng và phát triển*. NXB Y học, 251 tr.
24. Bộ Y tế, UNICEF (1996), *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở*, NXB Y học.
25. Bộ Y tế- Tổ chức y tế thế giới (2001), *Kinh tế Y tế*, NXB Y học.
26. Bộ Y tế- Tổ chức y tế thế giới. Dự án phát triển hệ thống y tế (2001). *Quản lý y tế*. NXB Y học, Tr. 5-12
27. Bộ Y tế- Tổ chức y tế thế giới. Dự án phát triển hệ thống y tế (2001). *Quản lý y tế*. NXB Y học, Tr. 5-12
28. Bộ Y tế- Trường Cán bộ quản lý Y tế (2001), *Quản lý bệnh viện*, NXB Y học.

29. Bộ Y tế, (1997). *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân miền núi phía Bắc và Tây nguyên*
30. Bộ Y tế, Ngân hàng Thế giới, Tổ chức Sida, AusAID, và Đại Sứ quán Hà Lan (2001). *Phát triển y tế, đánh giá nền y tế Việt Nam*
31. Bộ Y tế, *Sơ lược lịch sử Việt Nam, tập 1.*
32. Bộ Y tế, *Tóm tắt số liệu thống kê y tế 1998 – 2002*, Phòng thống kê tin học.
33. Bộ Y tế, UNFPA (2003). *Hướng dẫn tính toán chỉ tiêu cơ bản ngành y tế. Thống kê - tin học, Vụ kế hoạch, Hà Nội 2003, 96 tr.*
34. Bộ Y tế, Vụ kế hoạch. Tổ chức y tế thế giới (WHO) (1998). *Từ điển chỉ số thống kê y tế cơ bản.* Phòng thống kê tin học.
35. Bộ Y tế-Tổ chức Y tế Thế giới, Dự án phát triển hệ thống y tế (2002). *Quản lý y tế; NXB Y học, Hà nội.*
36. Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (1989). *Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam.* NXB pháp lý, 27 tr.
37. Chính phủ (2003), *Nghị định số 49/2003/NĐ-CP, ngày 15-5-2003 của Chính phủ Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.*
38. Chính phủ (2004). *Nghị định số 171/2004/NĐ-CP ngày 29/9/2004 của Chính phủ Quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương*
39. Chính phủ (2004). *Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29/9/2004 của Chính phủ Quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh*
40. Gill Walt (1996). *Chính sách y tế. Quá trình và quyền lực.* Người dịch: TS Phan Thục Anh và BS Thành Xuân Nghiêm. NXB Y học, Tr. 47-71
41. Harold Koontz, Cyril Odonnell, Heinz Weihrich (1992). *Những vấn đề cốt yếu của quản lý (Quyển 1).* NXB Khoa học và kỹ thuật.
42. Lê Hùng Lâm (1998), *Lịch sử y học* , NXB Y học, 172 trang.
43. Lê Hùng Lâm, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Mong và CS (1991), *Bài giảng Y xã hội học và Tổ chức y tế tập 1*, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. Ủy ban thường vụ Quốc hội (2003). *Pháp lệnh số 07/2003/PL-UBTVQH, ngày 25 –2-2003. Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân.*

45. Thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT-BYT-BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội Vụ ngày 12/4/2005 *Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan chuyên môn giúp UBND quản lý Nhà nước về y tế địa phương.*
46. Trần Chí Liêm, Trương Việt Dũng, Đặng Thế Tháp, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Văn Hiến (2004). *Hướng dẫn thực hành sử dụng số liệu trong điều hành chăm sóc sức khỏe ban đầu tuyến cơ sở.* NXB Y học, 104 tr.
47. Trần Chí Liêm, Trương Việt Dũng, Đặng Thế Tháp, Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Văn Hiến (2004). *Hướng dẫn thực hành kế hoạch và quản lý y tế.* NXB Y học, 121 tr.
48. Trường Đại học Luật Hà Nội (2004). *Giáo trình Lý luận Nhà nước và pháp luật.* NXB Công an nhân dân, Hà nội, 559 tr.
49. Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ Môn Tổ chức và quản lý y tế (2002), *Bài giảng Quản lý và Chính sách y tế (Dùng cho đối tượng sau đại học),* NXB Y học.
50. Trường Đại Y Thái Bình (1997). *Y tế Công cộng và chăm sóc sức khỏe ban đầu,* NXB Y học.
51. Viện nghiên cứu phát triển y tế- Ngân hàng thế giới, (1997). *Các Module 1,2,3,4,5.*
52. Viện nghiên cứu và đào tạo về quản lý (2005). *Phương pháp & kỹ năng quản lý nhân sự.* NXB Lao động - Xã hội, 494 tr.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

1. Andrew Green (1992), *An Introduction to Health Planning in Developing,* Oxford University Press.
2. Andrew Green (2001). *An introduction to Health Planning in Developing Countries.* OXFORD University press.
3. Brian Abel-Smith (1994). *An introduction to health: Policy, Planning and Financing.* LONGMAN, London.
4. Charles Collins (1994). *Management and Organization of Developing Health Systems.* Oxford university press.
5. Elaine La Monica (1994). *Management in Health Care, A theoretical and experiential approach,* Macmillan.

6. *Management - A manual for distance learning. The wellcome Tropical Institute.*
7. WB - (1997). *Health sector reform and Sustainable financing - Các Module 1, 2, 3, 4, 5.*
8. WHO. (1993). *Training manual on management of human resources for health, section I, Geneva.*
9. WHO. (1997). ARA paper N.13. *Methods for evaluating effects of health reforms.*
10. WHO.(1996). *Health policy and systems development An agenda for research.*