

YH2.04

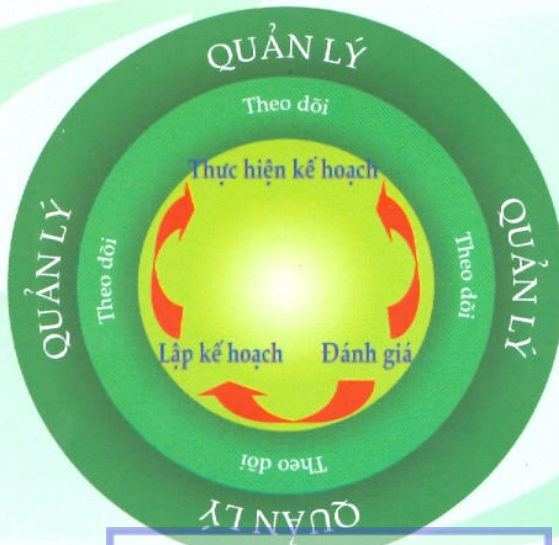
# TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ ĐA KHOA

Chủ biên:

GS.TS. TRƯƠNG VIỆT DŨNG

TS. NGUYỄN DUY LUẬT



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



THƯ VIỆN  
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

**BỘ Y TẾ**

# **TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ**

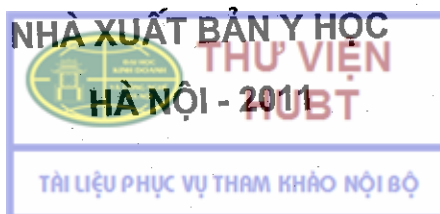
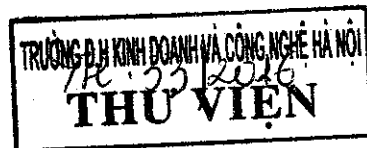
**SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ ĐA KHOA**

**Mã số: Đ.01.Z.33**

**Chủ biên:**

**GS. TS. TRƯƠNG VIỆT DŨNG**

**TS. NGUYỄN DUY LUẬT**



**CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:**

Vụ Khoa học & Đào tạo, Bộ Y tế

**CHỦ BIÊN:**

GS. TS. Trương Việt Dũng

TS. Nguyễn Duy Luật

**NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:**

GS. TS. Trương Việt Dũng

TS. Nguyễn Văn Hiến

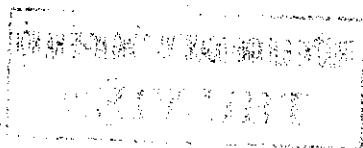
TS. Nguyễn Duy Luật

TS. Vũ Khắc Lương

**THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO**

ThS. Phí Văn Thâm

BS. Nguyễn Ngọc Thịnh



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



## LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Bác sĩ đa khoa. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Tổ chức và quản lý y tế* được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách *Tổ chức và quản lý y tế* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành bác sĩ đa khoa của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2006, là tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của Ngành Y tế trong giai đoạn 2006 - 2010. Trong quá trình sử dụng sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các nhà giáo, các chuyên gia của Bộ môn Tổ chức và Quản lý y tế, Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ





**THƯ VIỆN  
HUBT**

**TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ**

## LỜI NÓI ĐẦU

Trong những năm gần đây, cùng với sự đổi mới quản lý kinh tế, xã hội, lĩnh vực quản lý chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân cũng đã không ngừng phát triển. Việc đào tạo cán bộ cho ngành y tế hiện nay không chỉ là đào tạo về kiến thức và kỹ năng chuyên môn kỹ thuật chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe mà còn cần được đào tạo những kiến thức và kỹ năng về tổ chức và quản lý y tế. Có khá nhiều tài liệu dạy - học về tổ chức và quản lý kinh tế xã hội nói chung bằng tiếng Việt và tiếng nước ngoài, nhưng tài liệu dạy - học về tổ chức và quản lý y tế còn ít và chưa thống nhất, đặc biệt trong Trường Đại học Y Hà Nội và các trường đại học y khác trong cả nước chỉ mới có một vài giáo trình về tổ chức và quản lý y tế nhưng chưa đáp ứng được nhu cầu giảng dạy và học tập của giảng viên, sinh viên đại học và sau đại học.

Trường đại học Y Hà Nội trong những năm vừa qua đã chú ý tới việc hoàn thiện chương trình và biên soạn tài liệu dạy - học cho nhiều đối tượng khác nhau, trong đó có đối tượng sinh viên đa khoa, một trong những đối tượng đào tạo chính của nhà trường. Nhiều môn học đã bắt đầu biên soạn lại tài liệu dạy - học cho phù hợp với tình hình và chương trình mới, trong đó có môn học *Tổ chức và quản lý y tế*.

Với sự chỉ đạo của lãnh đạo nhà trường và sự nỗ lực của tất cả các cán bộ giảng dạy của bộ môn, chúng tôi đã hoàn thành tập tài liệu dạy - học "*Tổ chức và quản lý y tế*" cho đối tượng bác sĩ đa khoa theo các tiêu chuẩn của Hội đồng thẩm định tài liệu dạy - học Bộ Y tế đưa ra. Tập tài liệu này giúp cho việc dạy - học của thầy và của sinh viên theo những mục tiêu lý thuyết của chương trình. Phần mục tiêu thực hành sẽ có tập tài liệu thực hành riêng.

Tập tài liệu "*Tổ chức và quản lý y tế*" gồm 12 bài, đề cập đầy đủ đến các nội dung về tổ chức và quản lý các hoạt động y tế, là một tài liệu hướng dẫn học tập về tổ chức và quản lý y tế cho sinh viên đa khoa, cho đối tượng sinh viên chuyên ngành Y học cổ truyền. Tài liệu này còn được dùng để tham khảo cho sinh viên chuyên ngành y tế công cộng, điều dưỡng và kỹ thuật y học, cũng như cho tất cả các cán bộ y tế nói chung và đặc biệt cho các cán bộ làm công tác quản lý y tế nói riêng.



Với ý nghĩa trên chúng tôi đã biên soạn tập tài liệu "*Tổ chức và quản lý y tế*", mặc dù tập tài liệu đã được chỉnh lý nhiều lần và sử dụng giảng dạy cho sinh viên y đa khoa, nhưng với lĩnh vực khoa học mới phát triển, hơn nữa những vấn đề tổ chức và quản lý của Ngành Y tế Việt Nam đang dần từng bước hoàn thiện thì những nội dung trong tập tài liệu này không tránh khỏi những thiếu sót cần thường xuyên được cập nhật bổ sung. Chúng tôi hy vọng sẽ nhận được nhiều ý kiến đóng góp của tất cả các độc giả và đồng nghiệp. Những ý kiến đóng góp này sẽ là nguồn khích lệ để chúng tôi tiếp tục hiệu chỉnh và bổ sung đầy đủ hơn trong những lần tái bản sau.

Thay mặt tập thể tác giả

**GS.TS. TRƯƠNG VIỆT DŨNG**

# MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
Các chữ viết tắt	9
<b>Bài 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ</b>	11
1. Các khái niệm cơ bản	11
2. Khoa học tổ chức và quản lý y tế	13
3. Phương pháp nghiên cứu ý xã hội học, tổ chức và quản lý y tế	16
<b>Bài 2. TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ HỆ THỐNG Y TẾ</b>	20
1. Các nguyên tắc cơ bản trong tổ chức hệ thống ngành y tế Việt Nam	20
2. Mô hình chung của tổ chức hệ thống y tế (TCHTYT) ở Việt Nam	22
3. Tổ chức y tế theo các tuyến	24
4. Một số nội dung quản lý chính của y tế địa phương	38
<b>Bài 3. NHỮNG QUAN ĐIỂM, CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ VIỆT NAM</b>	41
1. Khái niệm quan điểm, chiến lược, chính sách y tế	41
2. Các điểm cơ bản trong lịch sử phát triển quan điểm y tế của đảng ta	42
3. Các quan điểm chỉ đạo công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân hiện nay	46
4. Các yếu tố hình thành chính sách y tế	58
5. Các mục tiêu phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân	60
6. Các nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu	61
<b>Bài 4. LUẬT PHÁP Y TẾ VIỆT NAM</b>	65
1. Luật pháp XHCN Việt Nam	65
2. Luật pháp y tế Việt Nam	67
3. Quyền và nghĩa vụ của công dân, nhà nước, các tổ chức nhà nước, tập thể và tư nhân trong công tác BVSK nhân dân	72
4. Pháp luật trong các nội dung hoạt động y tế	73
<b>Bài 5. CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU</b>	83
1. Mục tiêu Hội nghị Alma Ata về chăm sóc sức khỏe ban đầu	83
2. Các khuyến cáo của Hội nghị Alma Ata	84
3. Ý nghĩa của Hội nghị Alma Ata về chăm sóc sức khỏe ban đầu	88
4. Khái niệm, nội dung, nguyên lý về chăm sóc sức khỏe ban đầu	89
5. Các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam	92
6. Các giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu	97
<b>Bài 6. TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN</b>	101
1. Lịch sử, khái niệm và vai trò của bệnh viện	101
2. Tổ chức và cấu trúc của bệnh viện	103





3. Phân hạng bệnh viện	105
4. Nhiệm vụ của bệnh viện	108
5. Các nội dung quản lý chính trong bệnh viện	111
6. Đại cương về Quy chế bệnh viện	112
<b>Bài 7. CÁC CHỈ SỐ SỨC KHỎE VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ</b>	119
1. Các khái niệm về thông tin y tế	119
2. Ý nghĩa, vai trò của thông tin y tế	120
3. Các dạng thức của thông tin y tế	121
4. Một số đặc tính của thông tin y tế	122
5. Các loại thông tin y tế	122
6. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin	130
7. Quản lý thông tin y tế	131
<b>Bài 8. LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ</b>	138
1. Khái niệm cơ bản về kế hoạch y tế	138
2. Các bước lập kế hoạch	143
3. Viết kế hoạch y tế địa phương	149
<b>Bài 9. ĐIỀU HÀNH VÀ GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ</b>	153
1. Khái niệm và vai trò của điều hành	153
2. Phương pháp giám sát	155
3. Tiêu chuẩn và chức năng của giám sát viên	156
4. Quy trình giám sát	158
<b>Bài 10. QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ</b>	165
1. Khái niệm về quản lý nhân lực	165
2. Các nội dung chủ yếu của quản lý nhân lực	166
3. Một số phương pháp quản lý nhân lực	169
4. Khái niệm về nhóm làm việc và vai trò của nhóm làm việc	171
<b>Bài 11. QUẢN LÝ TÀI CHÍNH VÀ VẬT TƯ Y TẾ</b>	176
1. Các khái niệm cơ bản	176
2. Hệ thống và cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế Việt Nam	177
3. Quản lý tài chính y tế	178
4. Nguyên tắc quản lý vật tư tài sản	187
<b>Bài 12. ĐÁNH GIÁ CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ</b>	190
1. Khái niệm về đánh giá và vai trò của đánh giá hoạt động y tế	190
2. Phân loại đánh giá	192
3. Chỉ số trong đánh giá	193
4. Các phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá	195
5. Các bước cơ bản của đánh giá	196
<i>Tài liệu tham khảo</i>	203

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG TÀI LIỆU

BHYT	Bảo hiểm y tế
BV	Bệnh viện
BVSK	Bảo vệ sức khỏe
BVSKND	Bảo vệ sức khỏe nhân dân
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CHXHCN	Cộng hòa xã hội chủ nghĩa
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
KCB	Khám chữa bệnh
KHHGD	Kế hoạch hóa 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
TCHTYT	Tổ chức hệ thống y tế
TCYT	Tổ chức y tế
TE	Trẻ em
Tp.	Thành phố
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
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





**THƯ VIỆN  
HUBT**

**TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ**

## Bài 1

# ĐẠI CƯƠNG VỀ TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

### MỤC TIÊU

1. Nêu và giải thích được khái niệm Y xã hội học, Y tế công cộng, Tổ chức và quản lý y tế.
2. Trình bày được vị trí, vai trò của khoa học Tổ chức y tế và quản lý y tế trong việc chăm sóc, bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân cũng như trong hệ thống khoa học Y học.
3. Nêu được đối tượng, nội dung cơ bản và các phương pháp nghiên cứu của môn khoa học này.

## 1. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN

Bước sang thế kỷ XX trong y học có một xu thế phát triển mới, trong các Trường đại học y có một môn học mới: Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế. Thuật ngữ Y xã hội học, tổ chức y tế, quản lý y tế và y tế công cộng tuy không hoàn toàn là một song rất gần nhau về nội dung.

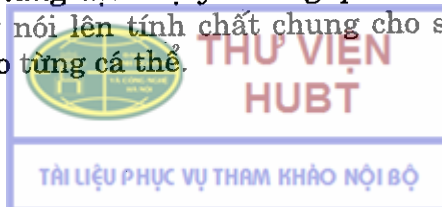
### 1.1. Y xã hội học

Y xã hội học nghiên cứu tình trạng sức khỏe và bệnh tật của xã hội, của cộng đồng, nghiên cứu môi trường xã hội cùng những điều kiện sống và lao động ảnh hưởng đến tình trạng đó. Mục đích chủ yếu của sự nghiên cứu đó là: trên cơ sở phân tích y xã hội học ta có thể xác lập đúng đắn những biện pháp y tế và xã hội để ngăn ngừa sự phát triển những yếu tố nguy hại và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của sức khỏe.

### 1.2. Y tế công cộng

Thuật ngữ này có thể được hiểu theo 2 nghĩa:

Sức khỏe công cộng theo định nghĩa của WHO là sự "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". Từ công cộng ở đây nói lên tính chất chung cho số đông, ngược với tính chất chăm sóc riêng lẻ cho từng cá thể.



Một nghĩa khác gắn với tổ chức và quản lý y tế, y tế công cộng được định nghĩa là "việc tổ chức các nỗ lực của xã hội để phát triển các chính sách sức khỏe công cộng, để tăng cường sức khỏe, đề phòng bệnh và để cố vũ công bằng xã hội trong khuôn khổ sự phát triển bền vững" ( Hội nghị quốc tế của WHO họp ở Geneve 11/ 1995 về " Những thách thức mới cho YTCC " )

### 1.3. Tổ chức và quản lý y tế

Rất khó tách ra hai khái niệm này. Cũng có lúc người ta hiểu Tổ chức y tế là một chức năng của quản lý. Một cách hiểu chung nhất: *Tổ chức và quản lý y tế là khoa học nghiên cứu nhu cầu y tế, vạch kế hoạch xây dựng hệ thống tổ chức và các cơ sở y tế, phân tích và quản lý các hoạt động y tế, các cơ sở y tế.* Mục đích của sự nghiên cứu này là tạo ra một cách khoa học cơ cấu y tế mà sự phát triển và hoạt động của nó vừa có hiệu suất lớn vừa có tính kinh tế và tạo ra những phương pháp công tác y tế đạt tới đích tốt nhất.

Quản lý y tế cần được hiểu chi tiết hơn. 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:

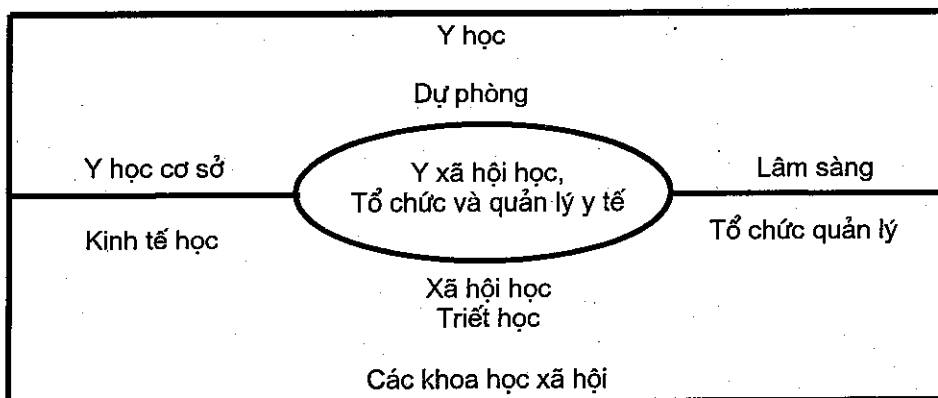
*Quản lý là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả:* Trong khái niệm quản lý này đề cập đến quản lý con người và điều kiện làm việc của con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo 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.*

## 2. KHOA HỌC TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

### 2.1. Vị trí và vai trò

Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế vừa là khoa học vừa là hoạt động thực tiễn về bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Về khoa học, Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế liên quan đến rất nhiều lĩnh vực khoa học khác nhau (xem hình 1.1).



Hình 1.1: Sơ đồ mối liên quan giữa y xã hội học, tổ chức y tế và các khoa học khác

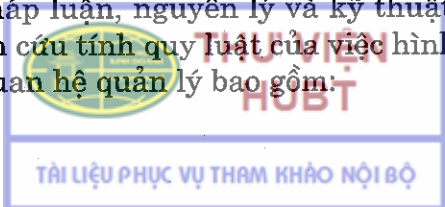
Nghiên cứu Y xã hội học, Y tế công cộng và Tổ chức quản lý y tế có vai trò quan trọng trong việc phát hiện các yếu tố nguy cơ đến sức khỏe của xã hội, cộng đồng. Đồng thời nó đảm bảo tính khả thi, tính hiệu quả, tính kinh tế, tính xã hội cũng như công bằng cho các hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong những điều kiện cụ thể nhất định

### 2.2. Đối tượng của khoa học Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế

Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế khác với y sinh học. Các môn y sinh học và y học lâm sàng chú ý tới sức khỏe, bệnh tật và cách phòng bệnh, chữa bệnh của từng người cụ thể. Còn môn khoa học này chú ý tới tác động của môi trường xã hội đối với sức khỏe. Nó nghiên cứu những điều kiện sống và làm việc của con người trong xã hội, phân tích tình hình sức khỏe của các tầng lớp, các giai cấp trong mối tương quan với hoàn cảnh xã hội, chính trị, kinh tế, từ đó có thể đề ra những biện pháp thích đáng về tổ chức và xã hội để bảo vệ sức khỏe cho nhân dân. Đồng thời còn nghiên cứu nhu cầu y tế, vạch kế hoạch xây dựng hệ thống tổ chức và các cơ sở y tế, xây dựng các kế hoạch hoạt động y tế và phân tích, đánh giá các hoạt động y tế, các cơ sở y tế.

### 2.3. Đối tượng của khoa học quản lý y tế

Xét riêng về khoa học quản lý y tế: Đó 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.

## **2.4. Nội dung cơ bản**

### **2.4.1. Những lĩnh vực/ ngành khoa học cơ bản**

Nội dung của môn khoa học Y xã hội học và Tổ chức quản lý y tế rất rộng. Các nội dung thường được nghiên cứu và giảng dạy gồm:

- Những cơ sở lý luận của công tác bảo vệ sức khỏe.
- Lịch sử y học và y tế.
- Thống kê y tế.
- Tình hình sức khỏe nhân dân và các yếu tố xã hội.
- Tổ chức các cơ sở y tế
- Quản lý hoạt động và các cơ sở y tế: (Kế hoạch y tế, điều hành và đánh giá...)
- Chính sách y tế
- Kinh tế y tế. Bảo hiểm y tế
- Đạo đức y học.
- Luật pháp y tế.
- Tuyên truyền giáo dục y tế.
- Đào tạo, bổ túc cán bộ y tế.
- Y tế thế giới

## 2.4.2. Những chức năng cơ bản của quản lý y tế

### 2.4.2.1. Quá trình (Chu trình) quản lý cơ bản (hình 1.2)

### 2.4.2.2. Các chức năng cơ bản của chu trình quản lý

#### - 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.

#### - 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.

#### - Lãnh đạo:

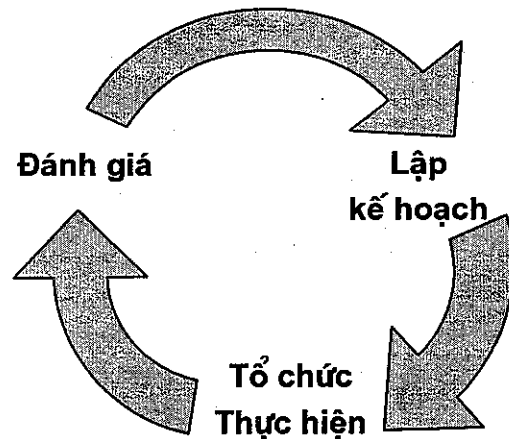
Lãnh đạo cũng có thể được xem là một chức năng của quản lý. Lãnh đạo là sự tác động đến con người, xuất hiện bất cứ lúc nào khi người ta muốn gây ảnh hưởng đến hành vi của một cá nhân hay một nhóm người vì bất cứ lý do gì có thể không tương hợp với mục đích của tổ chức. Như vậy để đạt được mục tiêu của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

#### - 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.

#### - 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.



Hình 1.2: Chu trình quản lý cơ bản



– 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 nổi quản lý***

– 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.

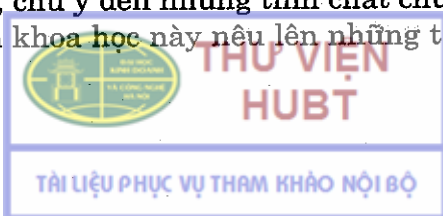
– Đánh giá

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. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU Y XÃ HỘI HỌC, TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ**

Y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế nghiên cứu những nhóm người rộng lớn, những cộng đồng, chú ý đến những tính chất chung: giới, tuổi, nghề nghiệp, địa phương v.v... Môn khoa học này nêu lên những tác động của điều kiện kinh



tế xã hội lên thể trạng con người, sự thích ứng và chống đỡ của cơ thể, các tầng lớp và giai cấp khác nhau, từ đó tìm ra nhu cầu y tế, các giải pháp tổ chức và quản lý tối ưu để đáp ứng các nhu cầu đó. Để tiến hành những nghiên cứu y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế phải có những phương pháp nghiên cứu riêng của nó.

Vào năm 1960 WHO đã xác định Tổ chức y tế là một khoa học độc lập vì: "Nó dùng những phương pháp khoa học: quan sát, lập các giả thiết trên cơ sở quan sát, kiểm tra lại các giả thiết và sau đó áp dụng vào thực tế". Cũng như các khoa học khác, lĩnh vực khoa học này:

- Thực hiện những phương pháp đo lường về lượng và chất bằng thống kê.
- Có thể dự đoán những kết quả có thể thu được khi áp dụng những quy luật do nó dựng lên. Bằng cách đó, người ta có thể xác định được những mức độ có thể về khả năng tử vong sơ sinh, tử vong do bệnh tật.
- Dùng phương pháp thực nghiệm hơn là những kinh nghiệm thường dùng trước đây.
- Dùng đăng ký liên tục các dữ kiện là phương pháp chủ yếu.

Năm 1965 WHO nhấn mạnh "trong thực tế tổ chức và quản lý các cơ quan y tế đang trở thành một chuyên khoa mới trong y học, nó có những cơ sở và phương pháp khoa học, có những phương tiện giảng dạy và hoạt động riêng".

Dù y xã hội học và tổ chức y tế áp dụng những phương pháp nghiên cứu riêng so với các lĩnh vực y học khác, nó vẫn cần hiểu biết, vận dụng những phương pháp và thành tựu y học khác cũng như tự đóng góp vào sự hoàn thiện của các công trình nghiên cứu y học.

### 3.1. Phương pháp thống kê

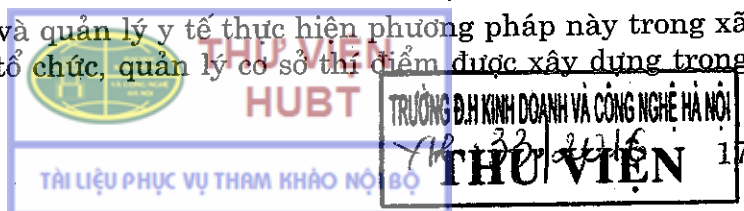
Thống kê là phương pháp thông dụng nhất trong các nghiên cứu về tương quan giữa tình trạng sức khỏe và hoàn cảnh xã hội của các nhóm người trong xã hội, trong việc xác định tình hình công tác y tế, tính toán nhu cầu về cán bộ, thuốc men, tài chính, vật tư, trong việc đánh giá hoạt động của các cơ quan y tế, nhất là các cơ sở mới để xác định hình thức tổ chức như thế nào là tốt nhất.

Phương pháp thống kê y tế bao gồm việc thu thập, đăng ký, tổng hợp và phân tích những số liệu về sức khỏe, bệnh tật của nhân dân và các hoạt động của Ngành Y tế trong mối quan hệ chặt chẽ giữa các hiện tượng y sinh học và kinh tế xã hội.

### 3.2. Phương pháp thực nghiệm

Một số môn y học khác thực hiện phương pháp này trong các phòng thí nghiệm hoặc trong lâm sàng về phương diện sinh vật học.

Y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế thực hiện phương pháp này trong xã hội để nghiên cứu về mặt tổ chức, quản lý cơ sở thí điểm được xây dựng trong



một thời gian nhất định. Những kết quả cụ thể của hình thức tổ chức mới được xác định có thể mang áp dụng rộng rãi. Vì hoàn cảnh kinh tế, xã hội mỗi nơi mỗi lúc có thể khác nhau nên công tác thực nghiệm đòi hỏi có sự kiểm tra kết quả nhiều lần, nhiều mặt ở nhiều trạng thái khác nhau.

### 3.2. Phương pháp lịch sử

Phương pháp này dùng để nghiên cứu các vấn đề lý luận và tổ chức, quá trình hình thành và phát triển trong bối cảnh lịch sử của chúng. Từ đó xác định được quy luật phát triển, hiểu rõ hơn tình hình hiện tại và phán đoán được triển vọng của tương lai, phát huy được những truyền thống tốt ngăn chặn những thói quen xấu.

### 3.3. Phương pháp phân tích kinh tế

Phương pháp này được áp dụng trong việc nghiên cứu hoàn cảnh kinh tế xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe, hiệu quả công tác y tế đối với nền kinh tế quốc dân, hiệu quả hoạt động của các cơ sở y tế hay các giải pháp/ hoạt động chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân hoặc nghiên cứu tìm ra hình thức tổ chức y tế sử dụng một cách tối ưu nguồn lực của Ngành Y tế.

### 3.4. Phương pháp phỏng vấn

Bằng từng câu hỏi rõ ràng gửi tới đối tượng nghiên cứu hoặc trực tiếp hỏi các chuyên gia để tìm hiểu các vấn đề y tế và sức khỏe. Tùy theo nội dung nghiên cứu, câu hỏi có thể là những câu hỏi đóng, câu hỏi mở, câu hỏi định lượng hay định tính v.v...

### 3.5. Phương pháp lâm sàng, cận lâm sàng

Phương pháp này thường dùng khi kiểm tra sức khỏe và bệnh tật hàng loạt người để nghiên cứu tình hình sức khỏe nhân dân, hiệu quả của công tác y tế hoặc tác động của các yếu tố kinh tế, xã hội trên sức khỏe.

### 3.6. Phương pháp dịch tễ học

Vì thường quan tâm đến những bệnh dịch, bệnh nhiễm trùng nên theo thói quen người ta dùng từ "dịch tễ học" cho các bệnh đó. Hiện nay trên thế giới những bệnh nhiễm trùng có khuynh hướng ngày càng giảm (trừ các nước đang phát triển), người ta ngày càng chú ý nhiều hơn đến bệnh không nhiễm trùng có tỉ lệ tử vong lớn nên cũng phải dùng phương pháp dịch tễ học để nghiên cứu và từ đó sử dụng từ "dịch tễ học" với đúng nghĩa của nó.

Trong khi nghiên cứu người ta thường dùng phối hợp nhiều phương pháp kể trên. Ngoài ra khi cần thiết những phương pháp khoa học khác cũng được áp dụng.

## Tóm lại

Y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế không những là khoa học mà còn là môn học cần thiết cho sinh viên y khoa.

Y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế liên quan chặt chẽ với các lĩnh vực y học, cũng như liên quan chặt chẽ với các môn khoa học xã hội, đặc biệt là xã hội học, kinh tế học, lịch sử, triết học v.v..., nó góp phần quan trọng trong việc hình thành quan điểm Mác-Lênin cho cán bộ y tế, giúp họ nắm vững đường lối cách mạng XHCN tiến lên Cộng sản chủ nghĩa vận dụng trong Ngành Y tế, kết hợp nhuần nhuyễn chính trị và chuyên môn.

Có thể nói Y xã hội học, tổ chức và quản lý y tế là khoa học giáp ranh, nối y học với các khoa học xã hội. Khoa học này đang ngày càng được phát triển và được quan tâm một cách đúng mức hơn trong lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe con người.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu và giải thích khái niệm Y xã hội học
2. Nêu và giải thích khái niệm Y tế công cộng
3. Nêu và giải thích khái niệm Tổ chức y tế và quản lý y tế.
4. Vẽ sơ đồ và giải thích vị trí của khoa học Tổ chức y tế và quản lý y tế trong hệ thống khoa học Y học
5. Nêu chu trình quản lý y tế cơ bản
6. Nêu nội dung chính của 8 chức năng cơ bản của chu trình quản lý y tế
7. Nêu các phương pháp nghiên cứu của môn khoa học Tổ chức y tế và quản lý y tế

# TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ HỆ THỐNG Y TẾ

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên tắc cơ bản về tổ chức hệ thống Ngành Y tế Việt Nam.
2. Nêu được khái niệm, vị trí, vai trò, chức năng, nhiệm vụ của các tuyến trong hệ thống y tế Việt Nam.
3. Trình bày khái quát bộ phận tổ chức của các tuyến trong hệ thống tổ chức Y tế Việt Nam, mối quan hệ và cơ chế quản lý giữa các tuyến với nhau và với tổ chức hành chính.
4. Trình bày được các nội dung quản lý chính của các tuyến trong hệ thống y tế Việt Nam.

## 1. CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN TRONG TỔ CHỨC HỆ THỐNG NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

### 1.1. Đảm bảo phục vụ nhân dân tốt nhất và có hiệu quả cao

Trên cơ sở của nguyên tắc này, các cơ sở y tế đã được tổ chức gần dân, rộng khắp ở mọi khu vực (Thành thị, nông thôn, miền núi, hải đảo v.v...). Thực hiện đa dạng hoá các loại hình dịch 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 CSSKBD.

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

Hệ thống Ngành 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 tỉ lệ tai biến, tỉ 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.

### 1.3. 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 y tế về mọi mặt.
- Phát triển cân đối giữa các khu vực y tế phổ cập và y tế chuyên sâu, phòng bệnh và chữa bệnh, y và dược, chuyên môn và hành chính, hậu cần.

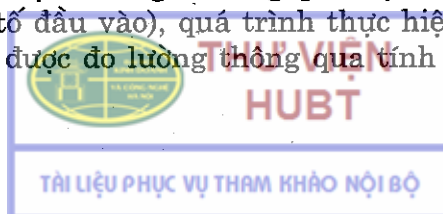
### 1.4. Các cơ sở y tế xây dựng phù hợp trình độ khoa học kỹ thuật, khả năng quản lý

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.

### 1.5. 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 việc 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 vào<sup>1</sup>.

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.

## **2. MÔ HÌNH CHUNG CỦA TỔ CHỨC HỆ THỐNG Y TẾ (TCHTYT) Ở VIỆT NAM**

### **2.1. Mô hình TCHTYT theo tổ chức hành chính Nhà nước**

- Tuyến y tế trung ương.
- Tuyến y tế địa phương bao gồm:
  - + Tuyến y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.
  - + Tuyến y tế cơ sở: Phòng Y tế huyện, quận, thị xã; Trạm Y tế xã, phường, cơ quan, nhà máy, trường học v.v...

### **2.2. Mô hình TCHTYT theo thành phần kinh tế**

- Cơ sở y tế nhà nước
- Cơ sở y tế tư nhân

### **2.3. Mô hình TCHTYT theo các lĩnh vực hoạt động**

#### **2.3.1. 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 của Bộ Công an, Bộ Quốc phòng và

<sup>1</sup> 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

các ngành khác. Theo Niên giám thống kê y tế 2003 của Bộ Y tế, cả nước có 13102 cơ sở KCB, điều dưỡng, phục hồi chức năng với 184440 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 22,80/10000 dân.

### **2.3.2. Lĩnh vực y tế dự phòng, y tế công cộng**

Tại tuyến trung ương, lĩnh vực 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.

### **2.3.3. 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)<sup>2</sup>.

### **2.3.4. 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.

### **2.3.5. 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

<sup>2</sup> 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



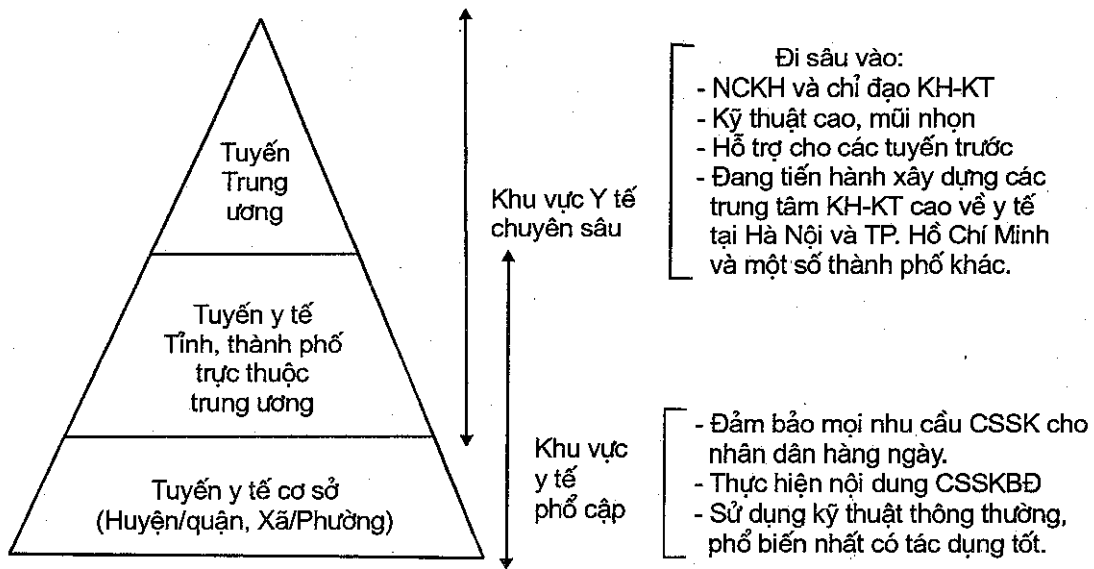


doanh nghiệp dược trung ương, 132 công ty, xí nghiệp dược địa phương, các doanh nghiệp tư nhân, công ty cổ phần, công ty trách nhiệm hữu hạn, các dự án đầu tư liên doanh sản xuất dược (đã được cấp giấy phép).

### 2.3.6. 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 ...).

### 2.4. Mô hình hệ thống tổ chức y tế Việt Nam theo hai khu vực và các tuyến



Hình 2.1. Mô hình chung tổ chức bộ máy y tế Việt Nam.

## 3. TỔ CHỨC Y TẾ THEO CÁC TUYẾN

### 3.1. Tuyến trung ương<sup>3</sup>

#### 3.1.1. Vị trí, chức năng

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.

#### 3.1.2. Nhiệm vụ, quyền hạn của Bộ Y tế

Bộ Y tế có 23 chức năng quản lý Nhà nước về các lĩnh vực được tóm tắt như sau:

<sup>3</sup> (Theo Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15-5-2003 của Thủ tướng Chính phủ)

- Trình Chính phủ dự án luật, pháp lệnh, quy phạm pháp luật, quy hoạch, kế hoạch về chăm sóc và BVSKND. Ban hành chỉ thị thông tư về chăm sóc và BVSKND.
- Chỉ đạo, hướng dẫn việc thực hiện các văn bản pháp luật về chăm sóc và BVSKND
- Về y tế dự phòng: Trình chính phủ phê duyệt kế hoạch, quy định tiêu chuẩn ngành nghề chuyên môn, phòng chống dịch, phân hạng cơ sở y tế dự phòng, làm thường trực về lĩnh vực HIV/AIDS và phòng chống tệ nạn ma túy mại dâm...
- Về khám chữa bệnh và phục hồi chức năng: Xây dựng quy hoạch, tổ chức hệ thống bệnh viện, quy định tiêu chuẩn quy chế và kỹ thuật chuyên môn khám chữa bệnh...
- Về y học cổ truyền: củng cố mạng lưới y học cổ truyền, quy định tiêu chuẩn hành nghề, quy chế chuyên môn kỹ thuật...
- Về thuốc và mỹ phẩm: Quy định tiêu chuẩn, điều kiện sản xuất, lưu thông, sử dụng thuốc và mỹ phẩm; chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra việc thực hiện trên đây.
- Về an toàn thực phẩm: Ban hành tiêu chuẩn an toàn thực phẩm; chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn việc thực hiện tiêu chuẩn trên.
- Về trang thiết bị và công trình y tế: Quy định danh mục và tiêu chuẩn kỹ thuật, ban hành thiết kế mẫu công trình, thẩm định các dự án, quy định các dự án đầu tư...
- Về đào tạo cán bộ y tế: Chỉ đạo việc biên soạn chương trình đào tạo, quản lý các trường y, dược...
- Các nhiệm vụ khác: Tổ chức việc thực hiện kế hoạch, hợp tác quốc tế, cải cách hành chính, quản lý về tổ chức bộ máy Ngành Y tế, quản lý tài chính...

### **3.1.3. Cơ quan 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 y tế, 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.

Các tổ chức giúp Bộ trưởng y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước gồm có :

Văn phòng Bộ;

Vụ Y học cổ truyền,

Thanh tra Bộ,

Vụ Sức khỏe sinh sản

Vụ Kế hoạch - Tài chính

Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế,



Vụ Tổ chức cán bộ,  
Vụ Khoa học và Đào tạo,  
Vụ Pháp chế,  
Vụ Hợp tác quốc tế,  
Vụ Điều trị,

Cục Quản lý Dược Việt Nam,  
Cục An toàn vệ sinh thực phẩm,  
Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS

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 2.3).

### **3.2. Tổ chức y tế địa phương và y tế ngành**

Tổ chức y tế địa phương bao gồm các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, các đơn vị trực thuộc Sở Y tế, Phòng Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh và các Trạm Y tế xã phường, thị trấn.

#### **3.2.1. Sở Y tế<sup>4</sup>**

##### **3.2.1.1. 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.

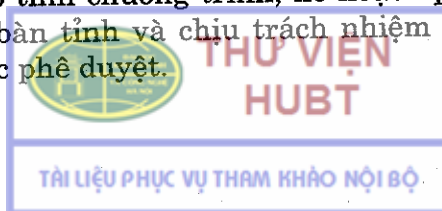
##### **3.2.1.2. Nhiệm vụ, quyền hạn Sở Y tế**

- 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.
- 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.

<sup>4</sup> 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



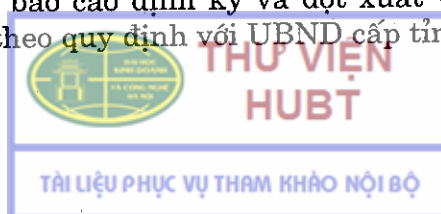
- Trình UBND cấp tỉnh quy hoạch mạng lưới KCB, mạng lưới y tế dự phòng để Chủ tịch UBND cấp tỉnh trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định phù hợp với định hướng quy hoạch phát triển Ngành Y tế.
- Tổ chức chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và chịu trách nhiệm về việc thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật, 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, vắc xin, 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, vắc xin, 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.

### 3.2.1.3. Tổ chức và biên chế

- Lãnh đạo Sở Y tế :
  - + 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 Y tế 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.
- 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.

- 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.

### 3.2.2. Phòng Y tế<sup>5</sup>

#### 3.2.2.1. 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

<sup>5</sup> 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





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.

### 3.2.2.2. *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.

### 3.2.2.3. *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 vụ quản lý nhà nước về chăm sóc và BVSK nhân dân trong tổng biên chế hành chính được UBND cấp tỉnh giao cho huyện.

## 3.2.3. *Trạm Y tế xã, phường, thị trấn (gọi chung là Trạm Y tế xã)*

### 3.2.3.1. *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.

### 3.2.3.2. *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 khỏe 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 dần 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 tuyến 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.

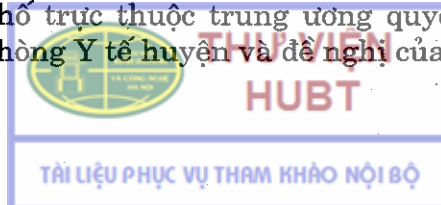
Nhiệm vụ 9: Tham mưu cho chính quyền xã, phường, thị trấn và Trưởng Phòng Y tế huyện chỉ đạo thực hiện các nội dung CSSKBD và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.

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.

### 3.2.3.3. 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

#### 3.2.3.4. Cán bộ y tế xã

Cán bộ y tế xã phải có trình độ theo tiêu chuẩn nghiệp vụ ngạch 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:

- 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 sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
    - 01 y sĩ 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 sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
    - 01 y sĩ 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 sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc).
    - 01 y sĩ 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.
- 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 sĩ hoặc y sĩ đa khoa sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm.
    - 01 y sĩ 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 sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm).
  - 01 y sĩ 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 sĩ hay y sĩ 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.

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

### 3.2.3.5. Y tế thôn, bản

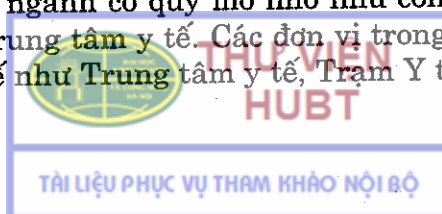
Y tế thôn bản không có tổ chức, chỉ có nhân lực bán chuyên trách, có tên là nhân viên y tế thôn bản.

- 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.

Nhìn chung, hệ thống tổ chức Ngành Y tế hiện nay cần được tiếp tục đổi mới, thu gọn đầu mối hành chính để hoạt động có hiệu quả hơn.

### 3.2.4. Y tế ngành

- Tổ chức: Y tế ngành (thường theo các bộ), ví dụ y tế 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 v.v... thì có tổ chức Trung tâm y tế. Các đơn vị trong ngành thường có các hình thức 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 còn có y tế trong lực lượng vũ trang: Y tế quân đội (các tổ chức quân y) và y tế ngành công an.

- **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 ...).

- **Y tế doanh nghiệp:**

Thông tư liên tịch 14/ 1998/ TTLT, 31-10-1998 của Bộ Y tế, tất cả các doanh nghiệp phải có tổ chức 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):

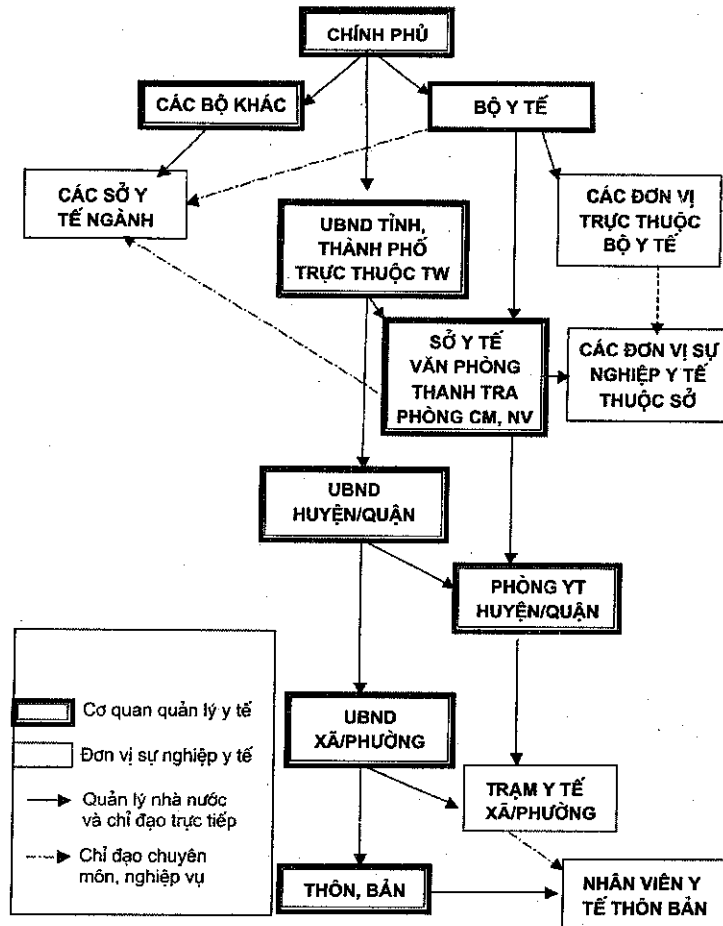
**Bảng 2.1. Biên chế y tế doanh nghiệp theo số lao động**

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 sĩ
301-500	1 YS, 1 y tá	1 BS, 1 y tá
501-1000	1 BS, 1 YS	1 BS, mỗi ca 1 y tá
>1000	Trạm Y tế	Trạm Y tế

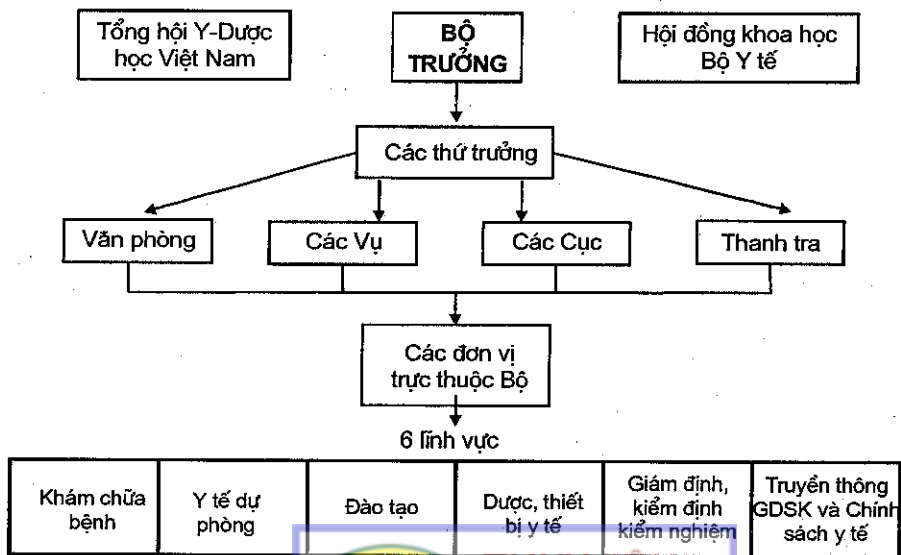
**Nhiệm vụ y tế doanh nghiệp:**

- + 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.





Hình 2.2. Sơ đồ hệ thống tổ chức Ngành Y tế (Từ trung ương đến cơ sở)



Hình 2.3. Sơ đồ tổ chức bộ máy Bộ Y tế

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

### 4.1. 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 nói chung 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.

### 4.2. 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 chương 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
- 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 vùng 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

#### 4.3. 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)

#### 4.4. 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.

**Tóm lại:** Hệ thống Ngành Y tế Việt Nam được tổ chức theo những nguyên tắc tiến bộ là đảm bảo phục vụ cho quảng đại quần chúng nhân dân, theo hướng dự phòng và đảm bảo không ngừng nâng cao chất lượng. Mạng lưới y tế đã được tỏa rộng khắp đến tận nơi ở và nơi làm việc của người dân. Hệ thống tổ chức Ngành Y tế ngày một hoàn thiện về cơ cấu tổ chức, chức năng nhiệm vụ, trên cơ sở đó đáp ứng được nhu cầu của nhân dân về sức khỏe và chăm sóc bảo vệ sức khỏe theo hướng công bằng và hiệu quả.

### TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày 5 nguyên tắc cơ bản về tổ chức hệ thống Ngành Y tế Việt Nam.
2. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Bộ Y tế
3. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Sở Y tế tỉnh/ thành phố
4. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Phòng Y tế huyện/ quận





5. Nêu chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã/ phường.
6. Nêu 6 lĩnh vực tổ chức của hệ thống y tế Việt Nam.
7. Trình bày tổ chức và biên chế của Sở Y tế tỉnh
8. Trình bày tổ chức và biên chế của Phòng Y tế huyện
9. 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
10. Trình bày nội dung quản lý khám, chữa bệnh; công tác y tế dự phòng và quản lý nguồn lực y tế địa phương

## Bài 3

# NHỮNG QUAN ĐIỂM, CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ VIỆT NAM

### MỤC TIÊU

1. Nêu được các điểm cơ bản trong lịch sử phát triển quan điểm y tế của Đảng ta.
2. Trình bày được ý nghĩa và nội dung những quan điểm cơ bản chỉ đạo công tác y tế hiện nay.
3. Nêu được các yếu tố hình thành chính sách y tế.
4. Nêu được những mục tiêu chiến lược và những giải pháp chủ yếu về công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

## 1. KHÁI NIỆM QUAN ĐIỂM, CHIẾN LƯỢC, CHÍNH SÁCH Y TẾ

### 1.1. Khái niệm quan điểm y tế

Quan điểm y tế là cách nhìn nhận hay thế giới quan của Đảng, Ngành Y tế hay của toàn xã hội về sức khỏe và công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe trong từng giai đoạn lịch sử xã hội nhất định. Có thể nói quan điểm y tế hiện nay của Đảng chỉ ra phương hướng cho các chương trình hành động và cho các chính sách cụ thể về công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân.

### 1.2. Khái niệm chiến lược y tế

Chiến lược là một chương trình hành động tổng quát hướng tới việc đạt được những mục tiêu cụ thể hay chiến lược là những nét lớn về hành động cần thiết của một lĩnh vực nào đó trong giai đoạn nhất định, chỉ ra được các vấn đề và phương pháp giải quyết các vấn đề đó. Chiến lược về y tế chứa đựng những mục tiêu, những cam kết về nguồn lực, bao gồm cả những chính sách chủ yếu cần được tuân theo trong khi sử dụng những nguồn lực này để đạt được mục tiêu về sức khỏe và chăm sóc bảo vệ sức khỏe. Bản chất của chiến lược là đề cập đến phương hướng, trên cơ sở đó các nguồn lực được sử dụng để làm tăng cơ hội đạt được mục tiêu đã lựa chọn.



### 1.3. Khái niệm chính sách y tế

"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" <sup>6</sup>.

Chính sách y tế quốc gia phản ánh đường lối chính trị của một quốc gia trong lĩnh vực y tế. Có thể nói chính sách y tế là những quy định của những cơ quan có thẩm quyền về tổ chức và cung cấp dịch vụ y tế, cung cấp nguồn lực cho các dịch vụ đó. Để xây dựng và thực hiện chính sách y tế cần có sự tham gia không chỉ của hệ thống Ngành Y tế mà còn của nhiều ngành, nhiều cấp, các tổ chức xã hội, cá nhân, cộng đồng và sự hỗ trợ quốc tế. Chính sách y tế có thể ở tầm vĩ mô cho cả nước cũng như ở tầm vi mô cho mỗi vùng địa lý, mỗi cộng đồng dân cư.

Việc đề ra chính sách không phải chỉ do cấp quản lý cao nhất. Tuy nhiên người quản lý cao nhất có vai trò chính trong việc định ra toàn bộ các chính sách của một tổ chức y tế. Người quản lý cấp thấp trong khi thực thi các chính sách do cấp trên xác định, họ có thể tự định ra các chính sách cho riêng mình để tự định hướng và hướng dẫn cấp dưới thực hiện.

## 2. CÁC ĐIỂM CƠ BẢN TRONG LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN QUAN ĐIỂM Y TẾ CỦA ĐẢNG TA

Đề cương Cách mạng văn hoá của Đảng cộng sản Đông Dương (năm 1943) đưa ra khẩu hiệu: " Dân tộc - Khoa học - Đại chúng " đã soi sáng cho những bước đi ban đầu của nền y học, y tế Việt Nam. Từ cơ sở đó những quan điểm về y tế sau này đã được không ngừng phát triển.

### 2.1. Quan điểm xây dựng Ngành Y tế của Chủ tịch Hồ Chí Minh sau Cách mạng tháng Tám năm 1945

Quan điểm của Hồ Chủ tịch về xây dựng nền y tế nước ta là nền y tế nhân dân. Bác nói "Xây dựng một nền y học của ta" thể hiện quan điểm rất sâu sắc về nền y học mang bản sắc Việt Nam, bản sắc nhân dân: xuất phát từ nhân dân, của dân, vì dân. Quan điểm đó còn được Hồ Chủ tịch chỉ rõ "... Xây dựng một nền y tế thích hợp với nhu cầu của nhân dân ta; y học cũng phải dựa trên nguyên tắc: khoa học, dân tộc và đại chúng". Nguyên tắc xây dựng nền y học của Hồ Chủ tịch đã thể hiện được nhân tố dân tộc và nhân tố nhân dân. Hai nhân tố này kết hợp với nhân tố khoa học tạo nên một chỉnh thể y học Việt Nam.

<sup>6</sup> Gill Walt (1996). Chính sách y tế. Quá trình và quyền lực



Hồ Chủ tịch còn có quan điểm xây dựng nền y học trên cơ sở kết hợp Đông y và Tây y: "Ông cha ta ngày trước có nhiều kinh nghiệm quý hoá về cách chữa bệnh bằng thuốc ta, thuốc bắc. Để mở rộng phạm vi y học, các cô, các chú cũng nên chú trọng nghiên cứu thuốc "Đông" và thuốc "Tây"<sup>7</sup>. Hồ Chủ tịch đã nhìn nhận Đông y và Tây y không phải là hai mặt mâu thuẫn với nhau mà có sự thống nhất với nhau, hỗ trợ cho nhau: "Thuốc tây chữa được nhiều bệnh, nhưng có bệnh chữa không được mà thuốc ta chữa được. Thuốc ta cũng chữa được nhiều bệnh nhưng có bệnh cũng không chữa được mà thuốc tây chữa được. Bên nào cũng có cái ưu điểm, hai cái ưu điểm cộng lại thì chữa bệnh tốt cho đồng bào cho nhân dân phục vụ cho xây dựng chủ nghĩa xã hội. Thầy thuốc tây phải học đông y, thầy thuốc ta cũng phải học thuốc tây... Thầy thuốc ta và thầy thuốc tây đều phục vụ nhân dân, như người có hai tay cùng làm việc thì làm việc được tốt. Cho nên phải đoàn kết từ trên xuống dưới từ dưới lên trên, đoàn kết thuốc ta và thuốc tây thành một khối để chữa bệnh cho đồng bào".

Quan điểm về y học dự phòng của Hồ Chủ tịch rất toàn diện: "Phòng bệnh cũng cần thiết như chữa bệnh". Người nhấn mạnh vệ sinh là yêu nước. Khái niệm "vệ sinh" của Người rất rộng, rất đầy đủ: Mọi người từ già trẻ, trai gái đều phải quan tâm đến vấn đề vệ sinh, giữ gìn sức khỏe.

Quan điểm của Hồ Chủ tịch về đạo đức người thầy thuốc là: "Lương y phải như từ mẫu" nghĩa là: "Thầy thuốc phải như mẹ hiền".

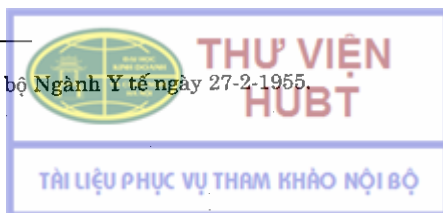
## 2.2. Quan điểm về y tế trong các Nghị quyết của Đại hội Đảng toàn quốc và các Nghị quyết của Bộ Chính Trị và Trung ương Đảng

**2.2.1. Nghị quyết Đại hội Đảng lao động Việt Nam lần thứ III (1960)**  
khẳng định: "Con người là vốn quý nhất của XHCN. Bảo vệ và bồi dưỡng sức khỏe của con người là nghĩa vụ và mục tiêu cao quý của Ngành Y tế và thể dục thể thao dưới chế độ ta, chính vì thế mà Đảng và chính phủ ta rất coi trọng công tác y tế và công tác thể dục, thể thao. Các Ngành Y tế và Thể dục Thể thao có một tác dụng trong việc phục vụ sản xuất, phục vụ dân sinh, phục vụ xây dựng cơ bản và phục vụ quốc phòng".

**2.2.2. Nghị quyết Đại hội Đảng lao động Việt Nam lần thứ IV (12-1976 Đảng lao động Việt Nam được đổi tên thành Đảng cộng sản Việt Nam)**  
khẳng định: "Bảo vệ và tăng cường sức khỏe của nhân dân là một vấn đề rất quan trọng, gắn liền với sự nghiệp xây dựng và bảo vệ chủ nghĩa xã hội, với hạnh phúc của nhân dân. Đó là một trong những mối quan tâm hàng đầu của chế độ ta, là trách nhiệm cao quý của Đảng và Nhà nước ta, trước hết là của Ngành Y tế và thể dục thể thao".

Chỉ thị 226 / CT- TW của Ban bí thư Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam khoá IV (1976) đã nêu cụ thể: "Nắm vững quan điểm y tế phục vụ sản xuất, đòi

<sup>7</sup> Thư Hồ Chủ tịch gửi Hội nghị cán bộ Ngành Y tế ngày 27-2-1955.



sống, quốc phòng, phục vụ nhân dân lao động, phục vụ sự nghiệp xây dựng XHCN, y tế theo đúng hướng y học dự phòng, kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc, dựa vào quần chúng, lấy tự lực là chính đồng thời tranh thủ sự viện trợ và mở rộng hợp tác quốc tế về y tế "

### **2.2.3. Nghị quyết Đại hội Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ VI (1986):**

*"Sức khỏe của nhân dân, tương lai của giống nòi là mối quan tâm thường xuyên của Đảng và Nhà nước ta, là trách nhiệm của tất cả các ngành, các đoàn thể, là trách nhiệm và lợi ích thiết thân của mỗi công dân. Trên cơ sở tiếp tục quán triệt các quan điểm y học dự phòng, kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền và phương châm "Nhà nước và nhân dân cùng làm" ... "*

### **2.2.4. Nghị quyết đại hội Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ VII (1991):**

*"Bảo vệ sức khỏe, nâng cao thể lực của nhân dân phải trở thành hoạt động tự giác của mỗi người, với sự quan tâm của Nhà nước và của toàn xã hội. Phát triển các hoạt động y tế bằng khả năng của Nhà nước và của nhân dân, theo hướng dự phòng là chính, kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc".*

Trên cơ sở của Nghị quyết Đại hội VII, Hội nghị lần thứ 4 của Ban chấp hành Trung ương Đảng đã ra Nghị quyết về "Những vấn đề cấp bách trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam". Trong đó đã đưa ra những quan điểm cơ bản chỉ đạo công tác y tế, làm tiền đề quan trọng cho những quan điểm y tế hiện nay.

### **2.2.5. Nghị quyết Đại hội Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ VIII (6/1996)**

đưa ra những mục tiêu và chỉ tiêu y tế trên cơ sở tiếp tục những quan điểm đã được đề ra trong Nghị quyết của Đại hội VII và trên cơ sở cho rằng tăng trưởng kinh tế phải gắn liền với tiến bộ và công bằng xã hội; phát triển, quản lý nguồn nhân lực (con người) vừa là mục tiêu vừa là động lực của sự phát triển kinh tế, xã hội. Xây dựng một Ngành Y tế phát triển và xác định được mối quan hệ giữa y tế và phát triển kinh tế xã hội.

### **2.2.6. Nghị quyết đại hội Đảng cộng sản Việt Nam lần thứ IX (2001) nêu rõ**

*"Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân là sự nghiệp của toàn Đảng, toàn dân. Thực hiện nhiệm vụ chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân là trách nhiệm của tất cả các bộ ngành, các cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương, trong đó Ngành Y tế là tham mưu tổ chức thực hiện. Nâng cao tính công bằng và hiệu quả trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân... Hoàn chỉnh quy hoạch, củng cố và nâng cấp mạng lưới y tế cơ sở, nâng cấp bệnh huyện, tỉnh ... "*

### **2.2.7. Nghị quyết của Bộ Chính Trị số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới**

Nghị quyết số 46 của Bộ Chính Trị đã nêu rõ những thành tựu, bất cập và yếu kém trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe ở nước ta, cũng như những



nguyên nhân của yếu kém đó. Trên cơ sở đó, Nghị quyết đã chỉ ra năm quan điểm chỉ đạo, những mục tiêu quan trọng và bảy nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu của công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình hiện nay.

Rõ ràng từ Nghị quyết Đại hội Đảng lần thứ III đến Đại hội Đảng lần thứ IX và Nghị quyết 46 của Bộ Chính Trị đã có những chuyển biến rõ nét trong cách nhìn nhận về công tác y tế: *từ chỗ nhấn mạnh việc bảo vệ, bồi dưỡng, tăng cường sức khỏe của nhân dân là sự quan tâm, là trách nhiệm của Đảng, Nhà nước và Ngành Y tế đã chuyển sang nhấn mạnh bảo vệ sức khỏe nhân dân là sự nghiệp của toàn Đảng, toàn dân, phải trở thành hoạt động tự giác của mỗi người, với sự quan tâm và bằng khả năng của Nhà nước và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển. Đó là cách nhìn nhận đúng đắn, phù hợp với từng giai đoạn phát triển của đất nước, phù hợp với sự phát triển của khoa học y học và những kinh nghiệm lâu dài trong quá trình thực hiện sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Đó chính là những cơ sở lý luận cho sự phát triển nền y tế Việt Nam.*

### 2.3. Quan điểm về y tế trong những văn bản quan trọng của Nhà nước

Hiến pháp nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992, Luật bảo vệ sức khoẻ nhân dân Việt Nam là những văn bản pháp lý cao nhất cũng đã đề cập đến những quan điểm chỉ đạo về y tế ở Việt Nam: " ... *Xây dựng và phát triển nền y học Việt Nam theo hướng dự phòng, kết hợp phòng bệnh với chữa bệnh; phát triển và kết hợp y dược học cổ truyền với y dược học hiện đại; kết hợp phát triển y tế Nhà nước với y tế nhân dân; thực hiện bảo hiểm y tế, tạo điều kiện để mọi người dân được chăm sóc sức khỏe* " <sup>8</sup>.

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 trong thời gian 1996 - 2000 đã cụ thể hoá những quan điểm mà Nghị quyết Hội nghị Ban chấp hành Trung ương lần thứ 4 khoá VII đưa ra, đồng thời đã đưa ra những mục tiêu phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân 2020.

Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 35/ 2001/ QĐ-TTg ngày 19 tháng 3 năm 2001 phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010 đã đưa ra các mục tiêu và giải pháp cho công tác chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn này.

<sup>8</sup> Hiến pháp nước Cộng hoà Xã hội chủ nghĩa Việt nam năm 1992, điều 39

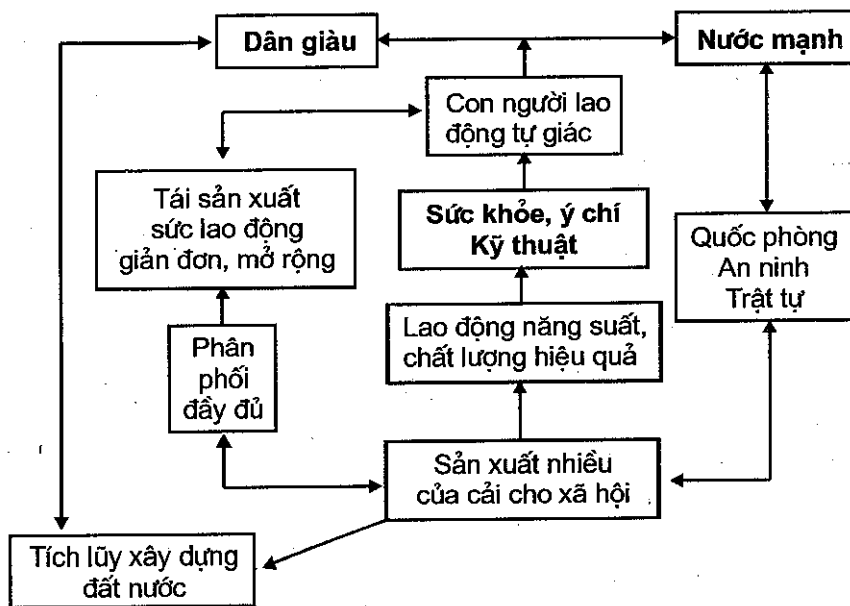


### 3. CÁC QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO CÔNG TÁC CHĂM SÓC VÀ BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN HIỆN NAY

#### 3.1. Quan điểm thứ nhất

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 phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ.

Quan điểm này khẳng định giá trị sức khỏe của con người (Hình 3.1).



Hình 3.1. Sơ đồ mối liên quan giữa sức khỏe và xã hội

Khi đánh giá vai trò của con người, Đại hội VIII của Đảng cộng sản Việt Nam cho rằng: Con người vừa là động lực, vừa là mục tiêu của sự phát triển. Phải phát triển con người toàn diện: cả về thể chất và tinh thần. Phát triển sức khỏe của con người là một trong những nội dung phát triển con người toàn diện. Đảng ta coi trọng sức khỏe của con người: "Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, đây cũng là một trong những niềm hạnh phúc lớn nhất của mỗi người, mỗi gia đình"<sup>9</sup>. Chính coi trọng sức khỏe của con người nên Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị đã nhấn mạnh "Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước", coi đầu tư cho sức khỏe chính là đầu tư cho sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, nâng cao chất lượng cuộc sống của mỗi gia đình và cá nhân.

<sup>9</sup> Nghị quyết 37 CP

Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo. Bản chất nhân đạo được thể hiện đầy đủ nhất là đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc khỏe một cách công bằng và hiệu quả bởi vì trong điều kiện một đất nước vừa thoát khỏi cuộc khủng hoảng kinh tế xã hội nghiêm trọng và kéo dài, vừa là một nước nghèo và kém phát triển không thể đáp ứng được mọi mong muốn của người dân.

Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Phát triển sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân là một bộ phận rất quan trọng và không thể tách rời của cuộc Cách mạng XHCN Việt Nam. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là nhằm tái sản xuất sức lao động cả về số lượng và chất lượng, trên cơ sở đó làm tăng lực lượng lao động cho xã hội. Nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc Việt Nam hiện tại và tương lai là nguồn nhân lực phát triển toàn diện, vừa có sức khỏe, có đạo đức vừa tinh thông nghiệp vụ. Chính vì vậy việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nhằm giải quyết một trong ba yêu cầu đó.

### **3.2. Quan điểm thứ hai**

*Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển. Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân.*

Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế là một quá trình thay đổi căn bản, bền vững về chính sách, tổ chức quản lý, các chức năng hoạt động và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe v.v... do Đảng chỉ đạo về đường lối, Nhà nước và Chính phủ chỉ đạo thực hiện.

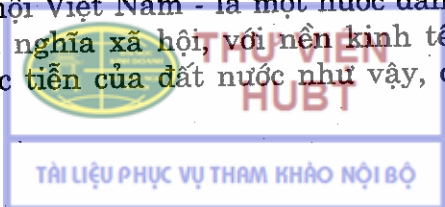
Thực hiện tốt việc đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế, thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân là cơ sở nhằm:

- 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.
- Từng bước đạt tới công bằng trong CSSK, 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; công bằng trong đãi ngộ đối với cán bộ y tế.
- Tạo tiền đề để cải thiện tình trạng sức khỏe của nhân dân.

Để quán triệt quan điểm này cần phải hiểu một cách đúng đắn khái niệm hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

#### **3.2.1. Hệ thống y tế theo hướng công bằng**

Công bằng trong CSSK cần được hiểu là công bằng xã hội, có nghĩa là công bằng trong điều kiện xã hội Việt Nam - là một nước đang phát triển, ở thời kỳ bước đi ban đầu của chủ nghĩa xã hội, với nền kinh tế thị trường theo định hướng XHCN. Trong thực tiễn của đất nước như vậy, chưa thể có bình đẳng





tuyệt đối và phải từng bước thực hiện công bằng. Công bằng trong chăm sóc sức khỏe không có nghĩa là cân bằng, bình đẳng, đồng đều hay ngang bằng. Công bằng có nghĩa là mức độ chăm sóc và điều trị phải căn cứ vào tình trạng nặng nhẹ, bệnh tật của người bệnh, đồng thời phải quan tâm đến người chịu thiệt thòi nhiều hơn phải được quan tâm nhiều hơn. Còn ngang bằng, bình đẳng có nghĩa là dù người có nhu cầu nhiều hay ít cũng được chăm sóc như nhau.

**Cần phải hiểu hệ thống y tế theo hướng công bằng trên các yếu tố sau:**

*Thứ nhất*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng phải hướng tới thực hiện từng bước nhu cầu sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Nhu cầu là sự cần thiết được chăm sóc sức khỏe theo chuyên môn. Như vậy mọi người dù giàu hay nghèo, dù ở miền núi cao hay ở đồng bằng, dù thành thị hay nông thôn v.v... đều có nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Mọi người dân đều được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế cơ bản thiết yếu. Như vậy công bằng có nghĩa là sự thoả mãn nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho mọi người. Trách nhiệm của hệ thống y tế và xã hội là phải thoả mãn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

*Thứ hai*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng phải đảm bảo ưu tiên trong CSSK cho một số đối tượng chịu thiệt thòi nhiều hơn như người nghèo, người có công với Cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi, người dân ở vùng sâu, vùng xa v.v... Ưu tiên hợp lý và những đối tượng ưu tiên được toàn xã hội nhận thấy là cần thiết, chúng ta coi đó là biểu hiện của công bằng. Ưu tiên cũng chính là để cho những đối tượng này có đủ điều kiện để tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSK cơ bản thiết yếu mà bản thân họ không có khả năng giải quyết được các vấn đề CSSK cho mình. Ưu tiên có thể được thực hiện theo nhiều giải pháp khác nhau như: Trong những trường hợp người nghèo không có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thì Nhà nước phải có chính sách quan tâm ưu tiên nhiều hơn với đối tượng này. Có thể thực hiện miễn phí và giảm phí đối với người có công với nước, người nghèo, người sống ở các vùng có nhiều khó khăn và đồng bào dân tộc thiểu số. Không để người nghèo phải hy sinh nhu cầu thiết yếu khác (ăn, ở, học hành... ) để chi trả cho các dịch vụ CSSK

*Thứ ba*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng phải đảm bảo được các phẩm chất đạo đức của người cán bộ y tế trong hoạt động nghề nghiệp. Công bằng và đạo đức nghề nghiệp luôn luôn đi đôi với nhau. Khi hoạt động nghề nghiệp tuân thủ đầy đủ các quy tắc đạo đức, điều đó đồng nghĩa với việc tạo những điều kiện tốt cho người dân được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSK tốt, trong đó không có sự phân biệt đối xử khác nhau giữa những tầng lớp nhân dân khác nhau như người nghèo với người giàu, thành thị với nông thôn v.v...

*Thứ tư*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng phải đảm bảo cho mọi người được chăm sóc sức khỏe theo luật pháp, có nghĩa là thực hiện được quyền của con người về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe. Đây cũng là khía cạnh của công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Mỗi con người sinh ra đều có những quyền nhất định, trong đó có quyền được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Quyền của con người



về chăm sóc sức khỏe được nêu rất rõ trong Tuyên ngôn chung về quyền con người của Liên hiệp quốc: "Mỗi người đều có quyền hưởng mức sống bao gồm cơm ăn áo mặc, nhà ở, chăm sóc y tế và phục vụ xã hội để duy trì sức khỏe và thoả mãn nhu cầu của chính bản thân và gia đình" Ngoài ra, những quyền đã được Hiến pháp, Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân, Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân v.v... quy định được thực hiện một cách đầy đủ và đúng đắn cũng được coi là công bằng.

*Thứ năm*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng phải đảm bảo cho mọi người dân có khả năng chi trả chi phí cho các dịch vụ CSSK cơ bản thiết yếu. Một quan điểm cho rằng, công bằng trong CSSK chỉ được đảm bảo trong xã hội có nền kinh tế đã phát triển, người dân có thu nhập cao. Điều đó hoàn toàn đúng, song trong điều kiện một đất nước còn chưa phát triển, không phải chúng ta hoàn toàn bó tay trong việc giải quyết công bằng. Chúng ta có thể tạo nên những chính sách để những người có thu nhập thấp vẫn có khả năng chi trả cho các dịch vụ CSSK cơ bản thiết yếu như Bảo hiểm y tế, thu một phần viện phí, cấp thẻ BHYT cho người nghèo, miễn phí hay giảm phí KCB v.v... Đối với những người có thu nhập cao, tất nhiên họ có khả năng tự chi trả cho các dịch vụ CSSK cơ bản thiết yếu và các dịch vụ CSSK cao hơn mà không cần đến sự trợ giúp nào.

*Cuối cùng*, Hệ thống y tế theo hướng công bằng còn là hệ thống y tế hiệu quả. Công bằng luôn luôn đi đôi với hiệu quả. Việc đảm bảo cho mọi người dân Việt Nam được chăm sóc sức khỏe công bằng còn phải coi trọng chất lượng và hiệu quả dịch vụ CSSK. Chất lượng và hiệu quả dịch vụ CSSK phải được đảm bảo như nhau ở người nghèo cũng như người không nghèo .

### **3.2.2. Hệ thống y tế theo hướng hiệu quả**

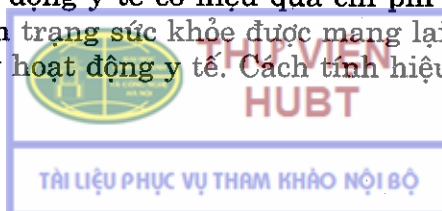
Một hệ thống y tế theo hướng hiệu quả được hiểu theo nhiều mặt hiệu quả khác nhau như :

- Hiệu quả xã hội, hiệu quả y học và hiệu quả kinh tế.
- Hiệu quả kỹ thuật, hiệu quả chi phí và hiệu quả đầu tư.

**Trong phạm vi tài liệu này chúng ta đề cập đến các mặt hiệu quả sau:**

*Hiệu quả kỹ thuật:* là những kết quả, lợi ích của chương trình, hoạt động y tế đạt được như mong muốn trong khi chương trình, hoạt động y tế đó không lãng phí nguồn lực và sử dụng với một lượng ít nhất các nguồn lực (người, tiền, phương tiện, thời gian...) vẫn đủ để đạt kết quả đó.

*Hiệu quả chi phí:* có thể được hiểu là với mức chi phí thấp nhất có thể làm tăng được tình trạng sức khỏe của cộng đồng. Để biết được một hệ thống y tế, một chương trình hay hoạt động y tế có hiệu quả chi phí cần phải so sánh chi phí bỏ ra và kết quả về tình trạng sức khỏe được mang lại giữa hai hoặc nhiều hệ thống, chương trình hay hoạt động y tế. 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 giống nhau (ví dụ tác động lên tỷ suất chết mẹ, chết trẻ em dưới 1 tuổi...).

*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 (cải thiện các chỉ số sức khỏe, đáp ứng được nhu cầu, nguyện vọng của người dân).

### **3.2.3. Hệ thống y tế theo hướng phát triển**

Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng phát triển cả về chính sách, tổ chức quản lý, các chức năng hoạt động và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe v.v... Mục đích cuối cùng của phát triển là phát triển con người nói chung và sức khỏe của con người nói riêng.

### **3.2.4. Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân**

Phát triển bảo hiểm y tế là một chủ trương nhằm huy động sự đóng góp tài chính của nhiều người để hỗ trợ giúp đỡ cho một số ít người bị rủi ro trong sức khỏe. Bảo hiểm y tế rất có hiệu quả với những người có thu nhập thấp trong xã hội, khi tự họ đã không có đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ CSSK cơ bản thiết yếu. Phát triển bảo hiểm y tế từ bảo hiểm y tế bắt buộc (cho cán bộ công chức có lương) dần dần tiến tới cho toàn dân. Thực hiện tốt chính sách này trên cơ sở của việc giải quyết tốt mối quan hệ của 3 bộ phận: người tham gia bảo hiểm, cơ quan y tế và cơ quan quản lý quỹ bảo hiểm. Người bảo hiểm phải nhận thức được nghĩa vụ, trách nhiệm và quyền lợi trong việc tham gia bảo hiểm, cơ quan y tế phải đảm bảo việc CSSK có chất lượng và đúng đối tượng còn cơ quan quản lý bảo hiểm phải quản lý tốt quỹ bảo hiểm trên cơ sở của việc ban hành các chính sách hợp lý, bán đúng đủ, chi đúng, đủ theo quy định và quản lý tránh thất thoát, bảo tồn quỹ để không ngừng phát triển, đáp ứng được yêu cầu về tài chính cho hoạt động bảo hiểm y tế.

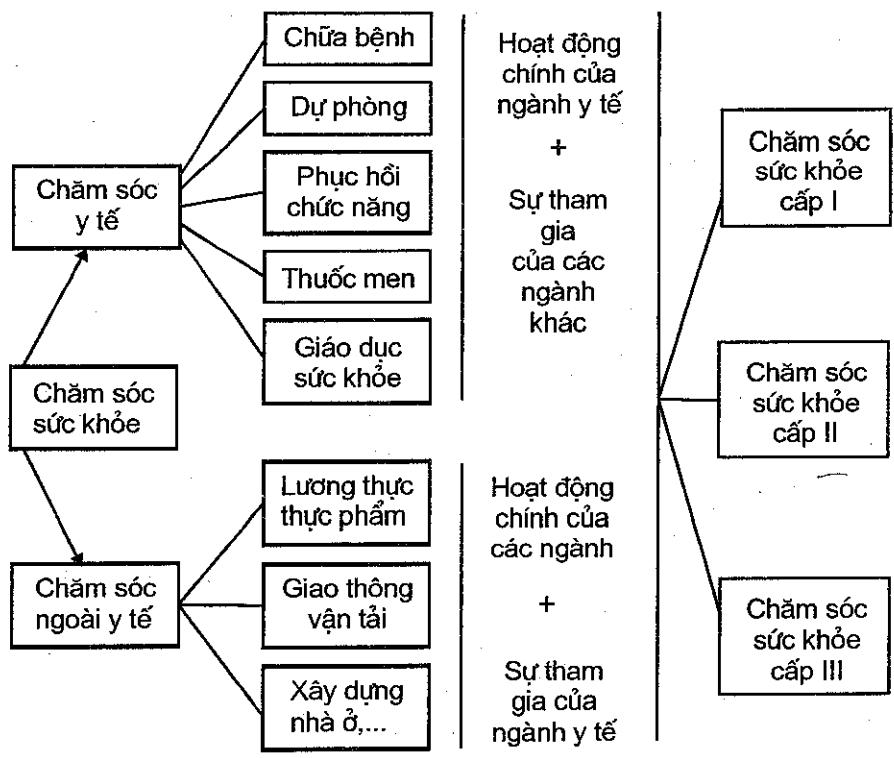
## **3.3. Quan điểm thứ ba**

*Thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn diện: Giảm phòng bệnh với chữa bệnh, phục hồi chức năng và tập luyện thể dục thể thao nâng cao sức khỏe. Phát triển đồng thời y tế phổ cập và y tế chuyên sâu; kết hợp Đông y và Tây y.*

### **3.3.1. Khái niệm chăm sóc sức khỏe toàn diện**

Chăm sóc sức khỏe toàn diện được hiểu bao gồm cả chăm sóc y tế (chăm sóc do Ngành Y tế đảm nhiệm chính như chăm sóc về phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và tập luyện thể dục thể thao nâng cao sức khỏe ...) và ngoài y tế (do các ngành khác đảm nhiệm chính như chăm sóc về lương thực thực phẩm, giao thông vận tải v.v...); cả chăm sóc sức khỏe cấp I, cấp II, cấp III mà trung tâm là chăm sóc sức khỏe cấp I (chăm sóc sức khỏe ban đầu) (Hình 3.2).





Hình 3.2. Sơ đồ khái niệm chăm sóc sức khỏe

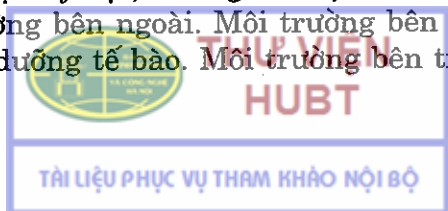
### 3.3.2. Gắn phòng bệnh với chữa bệnh, phục hồi chức năng và tập luyện thể dục thể thao nâng cao sức khỏe

Chăm sóc sức khỏe toàn diện phải được hiểu trong mối liên hệ chặt chẽ giữa phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng. Có thể coi đây là quá trình dự phòng tích cực và chủ động (dự phòng hiện đại). Dự phòng hiện đại mang lại nhiều lợi ích về y học và kinh tế- xã hội như: Làm giảm tỷ lệ tử vong, bệnh tật, biến chứng, di chứng; tăng cường và phát triển sức khỏe; giảm chi phí cho công tác khám chữa bệnh; lôi kéo được sự tham gia của nhiều tổ chức xã hội, nhiều cơ quan, ngành nghề và đông đảo mọi người vào công tác bảo vệ sức khỏe.

Cần phải nhận thức sâu sắc và vận dụng quan điểm này trong việc tạo ra lối sống lành mạnh và văn minh, đảm bảo môi trường sống, lao động và học tập có lợi cho việc phòng bệnh và tăng cường sức khỏe, chủ động phòng chống các tác nhân có hại cho sức khỏe trong quá trình phát triển công nghiệp hoá và hiện đại hoá đất nước.

#### 3.3.2.1. Cơ sở khoa học dự phòng hiện đại

- *Mối quan hệ giữa con người với thiên nhiên:* Quan hệ giữa con người với thiên nhiên là quan hệ duy vật, con người chịu ảnh hưởng của môi trường bên trong và môi trường bên ngoài. Môi trường bên trong gồm tất cả các chất bao bọc và nuôi dưỡng tế bào. Môi trường bên trong chịu ảnh hưởng



của môi trường bên ngoài nhưng nó phải được ổn định trong những mức độ nhất định.

- *Con người và môi trường xã hội*: Sự xuất hiện và lan tràn nhiều bệnh tật cũng như ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của nhân dân còn chịu ảnh hưởng bởi những nguyên nhân kinh tế- xã hội và sinh học phức tạp cùng những mối liên quan và sự phụ thuộc lẫn nhau giữa những nguyên nhân đó.

Con người không những sống trong môi trường tự nhiên mà còn trong môi trường xã hội do loài người tạo ra. Để đảm bảo sức khỏe của con người về thể chất, tâm thần và xã hội cần thiết có môi trường tự nhiên thuận lợi và môi trường xã hội tốt đẹp. V.I.Lê Nin đã nêu lên tư tưởng mới cho quan điểm dự phòng trên cơ sở này: "*Con đường để bồi dưỡng sức khỏe cho xã hội nói chung và để thanh toán bệnh tật chính là những cải tạo xã hội bằng Cách mạng, là tiến bộ kỹ thuật và điện khí hoá đất nước*".

- *Quy luật diễn biến tình trạng sức khỏe của con người*: Sức khỏe của con người diễn biến theo các giai đoạn khác nhau: khỏe mạnh, ốm đau, tàn tật, tử vong. Những giai đoạn diễn biến của tình trạng sức khỏe đó bị tác động của rất nhiều yếu tố của môi trường bên trong và bên ngoài, tự nhiên và xã hội. Dự phòng theo quan điểm hiện đại có thể tác động đến tất cả các yếu tố để cải thiện các tình trạng sức khỏe của con người đã nêu. Mục đích cuối cùng là con người khỏe mạnh, sống lâu.

### 3.3.2.2. Nội dung dự phòng hiện đại

Dự phòng hiện đại là hệ thống các biện pháp y học, vệ sinh, xã hội và Nhà nước nhằm đảm bảo sức khỏe ở mức độ cao và đề phòng bệnh tật.

- *Hoạt động dự phòng hiện đại theo ba hướng*:

*Dự phòng y học*: là tổng hợp các biện pháp chuyên môn nhằm loại trừ những nguyên nhân và điều kiện phát sinh ra bệnh tật. Những biện pháp này được tiến hành bởi cơ quan y tế để đề phòng sự phát sinh ra bệnh tật, phát hiện sớm bệnh tật, điều trị kịp thời và phục hồi sức khỏe cho bệnh nhân.

*Dự Phòng Y tế*: là những biện pháp mang tính chất tổ chức, đó là những chức năng, hình thức tổ chức và phương pháp hoạt động của cơ quan y tế với mục đích đề phòng, phát hiện sớm bệnh tật và đồng thời cải thiện sức khỏe của nhân dân.

*Dự phòng xã hội*: là hướng của các chính sách xã hội có mục đích tạo ra điều kiện cần thiết có ảnh hưởng thuận lợi đến sức khỏe của mỗi người và toàn bộ xã hội (hoàn cảnh tối ưu của xã hội, quyền lao động sáng tạo và nghỉ ngơi; niềm tin được đảm bảo khi tuổi già; quyền được đảm bảo khi mất khả năng lao động và bệnh tật; chế độ lao động đúng và nghỉ ngơi; bảo vệ môi trường xung quanh v.v ...).

- **Hoạt động dự phòng hiện đại theo ba cấp:**

**Dự phòng cấp I:** là một trong 3 giai đoạn của dự phòng. Dự phòng cấp I nhằm bảo vệ người khỏe không bị ốm đau, tai nạn, có sức khỏe tốt. Dự phòng này có 2 tính chất:

- Cá thể: vệ sinh cá nhân, rèn luyện thân thể, lối sống khỏe, lành mạnh v.v...
- Xã hội: sử dụng tổng thể các biện pháp y học, kinh tế- xã hội, vệ sinh, giáo dục v.v... . Đây là biện pháp do Nhà nước, các tổ chức xã hội, cơ quan y tế v.v... tổ chức thực hiện. Việc cải tạo môi trường xung quanh (thiên nhiên, xã hội, lao động, tập thể, gia đình) là rất quan trọng.

**Dự phòng cấp II:** là dự phòng đối với người ốm, bị tai nạn, rủi ro khỏi bị biến chứng, di chứng và mạn tính. Thực chất đây là công tác phát hiện, điều trị bệnh cho những người ốm đau chưa thành mạn tính. Để dự phòng cho người ốm cần phải thực hiện được:

- Mong muốn của người ốm đau, tai nạn, rủi ro: Được cứu sống; được phục hồi sức khỏe như cũ; không trở thành mạn tính; không bị di chứng gây nên tàn tật; trở về với đời sống xã hội, lao động, gia đình nhanh nhất, với thời gian cứu chữa ngắn nhất; chi phí kinh tế ít nhất, phù hợp với khả năng của bản thân và gia đình.
- Yêu cầu đối với công tác khám chữa bệnh: Phát hiện sớm, chẩn đoán sớm, đúng bệnh; chữa bệnh kịp thời, toàn diện, tích cực; chữa khỏi hẳn, không để thành mạn tính, di chứng; chữa nhanh chóng, khẩn trương nhưng phải thận trọng, chắc chắn, chính xác, an toàn.

**Dự phòng cấp III:** là dự phòng những biến chứng và giảm chết ở người bệnh không chữa khỏi được. Để đạt được điều này chúng ta cần thực hiện:

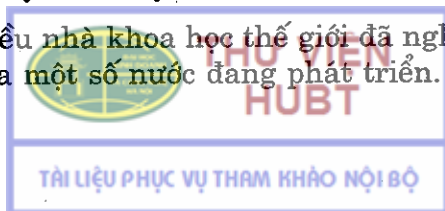
- Đối với những người mắc bệnh mạn tính: cần tuân theo những yêu cầu của công tác khám chữa bệnh, nghĩa là phải phát hiện sớm những đợt cấp của bệnh và xử lý kịp thời.
- Đối với những trường hợp tàn tật: Phải phục hồi chức năng và chức năng lao động. Đào tạo mới lao động và giáo dục đặc biệt giúp bệnh nhân trở lại làm việc có ích và hoà nhập vào cộng đồng.

### **3.3.3. Phát triển đồng thời y tế phổ cập và y tế chuyên sâu**

Phát triển y tế phổ cập nhằm đảm bảo thực hiện hoạt động chăm sóc sức khỏe hàng ngày cho nhân dân. Phát triển y tế chuyên sâu nhằm đi sâu vào các mũi nhọn y học và nghiên cứu khoa học y học để hỗ trợ cho y tế phổ cập không ngừng được nâng cao chất lượng.

### **3.3.4. Kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền dân tộc**

Từ đầu thế kỷ XX nhiều nhà khoa học thế giới đã nghiên cứu nền y học cổ truyền phương Đông và của một số nước đang phát triển. Tổ chức y tế thế giới



cũng đã đặt vấn đề nghiên cứu nền y học cổ truyền dân tộc của tất cả các nước trên thế giới.

Trong nước: Chủ trương nghiên cứu y học cổ truyền dân tộc và kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc đã được Chủ tịch Hồ Chí Minh nêu ra vào những năm 50 của thế kỷ trước.

Y học cổ truyền là một di sản quý báu của dân tộc cần được bảo vệ, phát huy và phát triển. Triển khai mạnh mẽ việc nghiên cứu ứng dụng và hiện đại hoá y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại, nhưng không làm mất đi bản sắc của y học cổ truyền Việt Nam.

Kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền dân tộc là lồng ghép, phối hợp giữa các xu hướng khác nhau về y học trong nước ta. Đó là sự kết hợp những ưu điểm của nền y học hiện đại và nền y học cổ truyền dân tộc, sự soi sáng cho nhau cả về lý luận khoa học, thực tiễn và kinh nghiệm trong công tác khám chữa bệnh, phòng bệnh, phục hồi chức năng, được v.v...

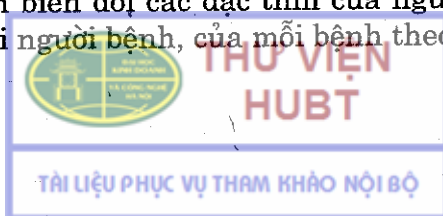
Để tiến hành việc kết hợp một cách có hiệu quả cần thiết nghiên cứu kỹ lưỡng các đặc điểm của từng nền y học để rút ra những ưu, nhược điểm mà phát huy, khắc phục, bổ sung cho nhau.

#### 3.3.4.1. Đặc điểm của các nền y học Việt Nam

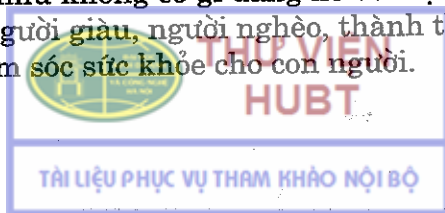
- *Nền y học dân gian dưới hình thức các phương thuốc gia truyền*: Đó là những thuốc gia truyền, kinh nghiệm phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân trong quá trình lao động sản xuất được truyền miệng từ đời này qua đời khác nên có xu hướng mất mát dần. Không có lý luận giải thích, chỉ được sàng lọc qua thực tế.
- *Nền Trung y (thuốc bắc)* được xâm nhập vào nước ta rất sớm với kho tàng lý luận phong phú tinh vi. *Nền Nam y (thuốc nam)* dựa vào lý luận của Trung y, sử dụng dược liệu ở Việt Nam. Hai nền y học này có những ưu và nhược điểm sau:

##### - Ưu điểm:

- + Đều là những y học lâm sàng. Xây dựng dựa trên các kinh nghiệm lâm sàng, xuất phát từ các giác quan của người thầy thuốc (Văn - Vấn - Vọng - Thiết).
- + Không có sự hỗ trợ của các khoa học kỹ thuật cơ bản, cơ sở, không có các xét nghiệm cận lâm sàng.
- + Các bệnh tật đều được tổng hợp khái quát thành các hội chứng chức năng lớn, theo một phương pháp suy luận biện chứng rất logic (biện chứng luận trị) dựa vào triết học của thời xưa.
- + Sử dụng dược liệu có trong thiên nhiên: cây cỏ, động vật khoáng sản v.v... Nguyên liệu được chế biến theo một phương pháp bào chế rất tinh vi, làm biến đổi các đặc tính của nguyên liệu cho phù hợp với yêu cầu của mỗi người bệnh, của mỗi bệnh theo một qui trình rất chính xác.



- + Dự phòng cũng rất phát triển: dưỡng sinh, khí công, xoa bóp. "Vệ sinh yếu quyết" của Hải Thượng Lãn Ông được coi là một công trình có giá trị về phòng bệnh.
- Nhược điểm:
  - + Toàn bộ hệ thống lý luận dựa vào triết học cổ xưa. Biện chứng luận trị dựa hoàn toàn vào các giác quan của người thầy thuốc.
  - + Đông y không có sự hỗ trợ của khoa học kỹ thuật hiện đại (sinh học, hoá học, vật lý v.v...)
  - + Chế biến dược liệu theo phương pháp thủ công, với tất cả hạn chế của nó ( qui mô nhỏ, bị động với thiên nhiên, không tiết kiệm trong sử dụng khó bảo quản...)
- *Nền y học hiện đại* bắt đầu xâm nhập vào Việt Nam vào cuối thế kỷ XIX và phát triển nhanh chóng, đạt được nhiều tiến bộ to lớn và thành tích rực rỡ trong sự nghiệp BVSK cho loài người:
  - Thanh toán được nhiều bệnh nguy hiểm: đậu mùa, sốt phát ban v.v....
  - Giải quyết được một số bệnh hiểm nghèo: lao, phong v.v...
  - Kéo dài tuổi thọ trung bình của con người > 70 tuổi
  - Giải quyết được nạn hữu sinh vô dưỡng, giảm tỉ lệ tử vong, làm tăng dân số.
  - Là nền y học lâm sàng có sự phối hợp với nhiều ngành khoa học kỹ thuật khác để phát triển.
  - Y học thực nghiệm trở thành một bộ phận không thể thiếu được của y học hiện đại.
  - Vận dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật mới nhất: quan điểm mới trong khoa học xã hội, kinh tế v.v... .
  - Trong phòng bệnh, chữa bệnh sử dụng nhiều biện pháp riêng biệt hoặc phối hợp, sản xuất thuốc, chữa bệnh không dùng thuốc, mổ xẻ v.v ... .
- Hạn chế:
  - Chưa giải quyết được mọi yêu cầu về phòng bệnh, chữa bệnh cho ngành.
  - Sự chuyên khoa hóa sâu, hẹp dẫn đến làm cho Ngành Y tế có cách nhìn phiến diện, thiếu tổng quát, giải quyết các vấn đề y tế nặng về các biện pháp đơn thuần. Điều này mâu thuẫn với nhu cầu đa dạng của nhân dân về sức khỏe và BVSK.
  - Xu hướng tập trung cao độ các cơ sở y tế hiện đại ở các thành phố lớn thu hút hầu hết ngân sách, dẫn đến bỏ quên nông thôn, nơi có số lượng nhân dân đông nhất, hầu như không có gì đáng kể về mặt tổ chức y tế. Điều này dẫn đến ngăn cách người giàu, người nghèo, thành thị, nông thôn, làm mất công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho con người.





- *Nền y học Việt Nam sau 1945*: là nền y học tổng hợp cả y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc, ta vẫn gọi là Tây y và Đông y.

#### **3.3.4.2. Mục tiêu tổng quát của việc kết hợp**

Xây dựng nền y học Việt Nam XHCN thống nhất, không còn Đông y, Tây y riêng biệt. Đào tạo một đội ngũ cán bộ y tế thống nhất, có thể sử dụng thành thạo, trong vị trí công tác của mình, các biện pháp phòng bệnh, chữa bệnh thích hợp nhất, tốt nhất rút ra từ y học cổ truyền dân tộc hay từ y học hiện đại thế giới.

### **3.4. Quan điểm thứ tư**

*Xã hội hoá các hoạt động chăm sóc sức khỏe gắn với tăng cường đầu tư của Nhà nước; thực hiện tốt việc trợ giúp cho các đối tượng chính sách và người nghèo trong chăm sóc và nâng cao sức khỏe.*

Xã hội hóa trong chăm sóc sức khỏe được hiểu là hoạt động CSSK nhân dân không chỉ là của Ngành Y tế mà còn là trách nhiệm của mỗi cá nhân, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng; của các cấp uỷ Đảng, chính quyền; các Ngành, đoàn thể và các tổ chức xã hội.

Đa dạng hoá các hình thức tổ chức chăm sóc sức khỏe trong đó y tế Nhà nước giữ vai trò chủ đạo, khuyến khích các hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân, bán công và liên doanh - đó cũng là một loại hình xã hội hóa CSSK.

Xã hội hoá hoạt động chăm sóc sức khỏe còn là huy động nguồn lực của toàn xã hội cho công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân. Như vậy công tác y tế không còn bị bó hẹp trong phạm vi giải quyết của Ngành Y tế, mà trở thành trách nhiệm của toàn xã hội. Đó là cơ sở đảm bảo cho sự thành công của việc giải quyết các vấn đề sức khỏe của mọi người.

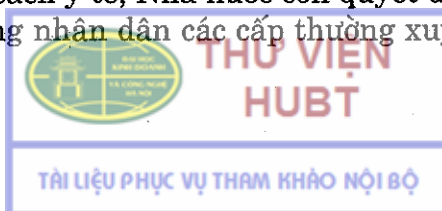
Xã hội hóa còn được mở rộng trong quan hệ hợp tác quốc tế về y tế.

#### **3.4.1. Trách nhiệm của mỗi người dân và của cộng đồng**

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho mình và cho mọi người, mỗi người dân có trách nhiệm tự giác tham gia và thực hiện. Mỗi công dân Việt Nam không những được hưởng quyền bảo vệ sức khỏe, phục vụ y tế v.v... mà còn phải có nghĩa vụ thực hiện nghiêm chỉnh những qui định của pháp luật về BVSK nhân dân.

#### **3.4.2. Trách nhiệm của các cấp uỷ Đảng và chính quyền, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội**

Các cấp uỷ Đảng đề ra đường lối quan điểm, lãnh đạo, chỉ đạo toàn diện công tác y tế. Các cấp chính quyền có trách nhiệm lãnh đạo và chỉ đạo công tác y tế (Nhà nước có trách nhiệm đưa công tác y tế vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và cấp ngân sách y tế; Nhà nước còn quyết định chế độ chính sách, biện pháp BVSK). Hội đồng nhân dân các cấp thường xuyên giám sát, kiểm tra việc



tuân theo pháp luật về BVSK nhân dân của Ủy ban nhân dân cùng cấp, của các cơ quan, các tổ chức xã hội, cơ sở sản xuất kinh doanh của Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân trong địa phương. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm thực hiện các biện pháp để bảo đảm vệ sinh; lãnh đạo các cơ quan y tế, chỉ đạo sự phối hợp giữa các ngành, các tổ chức xã hội trong địa phương để thực hiện những qui định về BVSK nhân dân. Các tổ chức Nhà nước, các cơ sở sản xuất kinh doanh của tập thể và tư nhân có trách nhiệm trực tiếp chăm lo, bảo vệ, tăng cường sức khỏe của những thành viên trong cơ quan, đơn vị mình và đóng góp tiền của, công sức theo khả năng cho công tác BVSK nhân dân. Các tổ chức xã hội có trách nhiệm động viên, giáo dục các thành viên trong tổ chức thực hiện những qui định của pháp luật về BVSK nhân dân và tham gia tích cực vào sự nghiệp BVSK nhân dân. Hội chữ thập đỏ Việt Nam tuyên truyền, phổ biến những kiến thức y học thường thức cho hội viên và nhân dân, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp giữ gìn sức khỏe cho bản thân và cho mọi người; hiến máu cứu người; tổ chức cứu trợ nhân dân khi có tai nạn, thiên tai, dịch bệnh và chiến tranh xảy ra.

### **3.4.3. Trách nhiệm của Ngành Y tế**

Ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt trong sự nghiệp BVSK nhân dân, bảo đảm cho người dân lúc cần là có thầy thuốc và thuốc đầy đủ, thuận tiện và chất lượng phục vụ không ngừng được nâng cao. Ngành Y tế lãnh đạo, chỉ đạo, chịu trách nhiệm về chất lượng công tác vệ sinh phòng dịch; chữa bệnh; đào tạo cán bộ, phát triển khoa học kỹ thuật, chất lượng thuốc men v.v... Ngành Y tế nghiên cứu và tham gia xây dựng công tác bảo hiểm y tế.

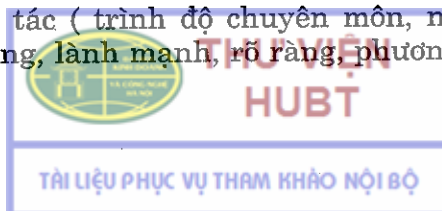
### **3.4.4. Đa dạng hoá các hình thức tổ chức chăm sóc sức khỏe**

Đây là thể hiện sự đổi mới trong Ngành Y tế: xoá bỏ bao cấp trong một số bộ phận hoạt động y tế. Huy động xã hội trong việc cung ứng về tài chính y tế, mở rộng các hình thức dịch vụ y tế: công cộng, bán công, dân lập, tư nhân, bảo hiểm y tế. Đồng thời thể hiện tinh thần tự lực tự cường là điều quyết định; viện trợ, hợp tác quốc tế là rất quan trọng và có ý nghĩa lớn.

### **3.4.5. Mở rộng hợp tác quốc tế**

Hợp tác quốc tế trước đây theo phương thức nhận viện trợ, giúp đỡ từ bên ngoài (các nước XHCN anh em, các nước bạn bè, các tổ chức quốc tế... mỗi năm gần 25 triệu USD). Hiện nay hợp tác quốc tế theo phương thức 2 chiều, 2 bên cùng có lợi. Để thực hiện tốt hợp tác quốc tế cần:

- Nhanh chóng tích cực xây dựng nền y học, Ngành Y tế VN vững mạnh, làm cơ sở cho sự trao đổi hợp tác
- Việt Nam tham gia hòa nhập vào nhiều chương trình sức khỏe Quốc tế.
- Chuẩn bị cơ sở vật chất và chuẩn bị đội ngũ cán bộ khoa học kỹ thuật thích hợp cho sự hợp tác ( trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, ngoại ngữ, quan điểm hợp tác đúng, lành mạnh, rõ ràng, phương pháp làm việc khoa học v.v..)



### 3.5. Quan điểm thứ năm

*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"*

Quan điểm này đề cập đến việc phát triển nhân lực y tế theo hai tiêu chí cơ bản là năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp (xem bài Quản lý nhân lực y tế)

Nghề y là nghề trực tiếp liên quan đến sức khỏe và tính mạng con người. Một sơ suất nhỏ, thiếu tinh thần trách nhiệm, thiếu lương tâm, thiếu kiến thức và kỹ năng CSSK đều dẫn đến làm tổn hại đến sức khỏe và tính mạng con người. Khi đã xác định nghề y là nghề đặc biệt thì việc tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ cũng phải đặc biệt. Xã hội sẽ không chấp nhận sản phẩm của đào tạo CBYT có thứ phẩm, sẽ không chấp nhận tuyển dụng những cán bộ y tế năng lực kém và đạo đức tồi, đồng thời xã hội sẵn sàng dành phần đãi ngộ thích đáng với lao động đặc biệt này của CBYT.

## 4. CÁC YẾU TỐ HÌNH THÀNH CHÍNH SÁCH Y TẾ

### 4.1. 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. Để nhận biết vấn đề sức khỏe cần dựa vào gánh nặng bệnh tật, 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:

Nhóm 1: Các bệnh truyền nhiễm, tai biến chữa dễ, chết chu sinh và suy dinh dưỡng.

Nhóm 2: Các bệnh không truyền nhiễm.

Nhóm 3: Các loại chấn thương, tai nạn.

### 4.2. 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 khác phục những vấn đề trong hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế, kể cả tư nhân.

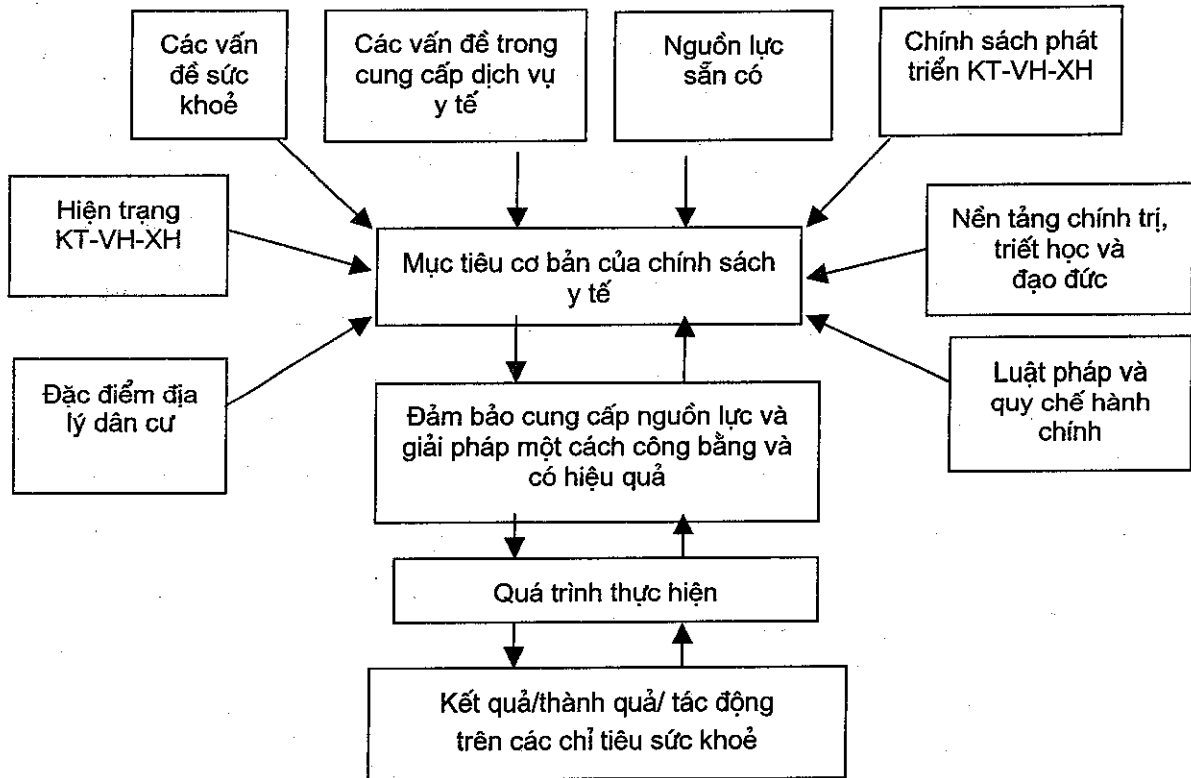
### 4.3. Nguồn lực y tế

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.



#### 4.4. 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.



Hình 3.3. Sơ đồ các yếu tố hình thành chính sách y tế

#### 4.5. 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.

#### 4.6. Chính sách và các chương trình phát triển KT-VH-XH của một đất nước

Yếu tố này 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).

#### 4.7. Luật pháp và các quy chế hành chính hiện hành

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 v.v... . Cần nghiên cứu kỹ các bộ luật này trước khi quyết định một bản chính sách.

#### 4.8. Nền tảng chính trị, triết học

Sau cùng, nhưng bao trùm lên cả các yếu tố đó là 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 và 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 CSSK nhân dân.

### 5. CÁC MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN SỰ NGHIỆP CHĂM SÓC VÀ BẢO VỆ SỨC KHOẺ NHÂN DÂN

#### 5.1. Mục tiêu tổng quát

Mục tiêu tổng quát là giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật và tử vong, nâng cao sức khỏe, tăng tuổi thọ, cải thiện chất lượng giống nòi góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, chất lượng nguồn nhân lực, hình thành hệ thống CSSK đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở và thói quen giữ gìn sức khỏe nhân dân, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

#### 5.2. Mục tiêu cụ thể (ưu tiên)

##### 5.2.1. Các chỉ tiêu cơ bản về sức khỏe của nhân dân ta năm 2005 - 2020

Chỉ tiêu	Năm 2005	Năm 2010	Năm 2020
- Tuổi thọ trung bình (tuổi)	70	71	75
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi (%)	30	25	15-18
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi (%)	37	32	20
- Tỷ số chết mẹ / 100 000 trẻ đẻ sống	80	70	-
- Tỷ lệ trẻ mới đẻ có trọng lượng dưới 2500g	6,5	6,0	5,0
- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng(%) Không còn suy dinh dưỡng nặng.	25-27	20-22	15
- Chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam (mét)			
- Thanh toán các rối loạn do thiếu iod vào năm 2005. Tỷ lệ bướu cổ ở trẻ em 8-12 tuổi còn dưới 5%	1,59	1,60	1,65

5.2.2. *Làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh truyền nhiễm gây dịch, không để dịch lớn xảy ra.* Không chế tới mức thấp nhất tỷ lệ mắc và chết của các bệnh tả, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt rét, dịch hạch, viêm gan B và viêm não Nhật bản B, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.... Duy trì kết quả



thanh toán bệnh bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh. Hạn chế tốc độ gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS.

Tích cực phòng chống và quản lý các bệnh không nhiễm trùng như bệnh tim mạch, ung thư, tai nạn và thương tích, đái tháo đường, bệnh nghề nghiệp, tâm thần, ngộ độc, tự tử; các bệnh do lối sống không lành mạnh mang lại như nghiện hút, nghiện rượu, béo phì ...

**5.2.3. Nâng cao một cách có hiệu quả tính công bằng trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các dịch vụ khám chữa bệnh.** Có chính sách và biện pháp thích hợp để tất cả mọi người, đặc biệt là các đối tượng chính sách, người nghèo, dân tộc thiểu số, bà mẹ, trẻ em và người già được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

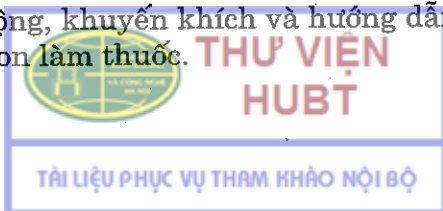
**5.2.4. Phát huy truyền thống dân tộc trong tương trợ và giúp đỡ nhau khi bị hoạn nạn, ốm đau.** Phải giảm bớt và tiến tới loại bỏ nguy cơ dẫn đến nghèo đói của các hộ gia đình do chi phí y tế cao bằng các chế độ, chính sách trợ giúp cụ thể.

**5.2.5. Tăng cường hiệu quả các hoạt động của Ngành Y tế để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe** ở tất cả các tuyến trong các lĩnh vực phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe. Phát triển và ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật tiên tiến trên thế giới để Ngành Y tế nước ta ngang bằng với các nước khác trong khu vực.

## 6. CÁC NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP CHỦ YẾU

### 6.1. Phát triển và hoàn thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân

- Tiếp tục phát triển và hoàn thiện hệ thống y tế dự phòng.
- củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ. Tiến tới năm 2010 bảo đảm 100 % số xã có Trạm Y tế phù hợp với điều kiện kinh tế, địa lý, môi trường sinh thái và nhu cầu khám chữa bệnh của từng vùng.
- Xây dựng và nâng cấp các bệnh viện, nhất là các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và huyện để có đủ khả năng giải quyết một cách cơ bản nhu cầu KCB của nhân dân ngay tại địa phương.
- Tiếp tục đầu tư và khai thác có hiệu quả các trung tâm y tế chuyên sâu hiện có, xây dựng thêm một số trung tâm y tế chuyên sâu mới.
- Đẩy mạnh việc nghiên cứu, kế thừa, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền thành một chuyên ngành khoa học. Củng cố và phát triển bộ môn y học cổ truyền tại các trường đại học, cao đẳng và trung học y tế. Nâng cấp các bệnh viện y học cổ truyền và các khoa đông y tại các bệnh viện đa khoa. Vận động, khuyến khích và hướng dẫn nhân dân nuôi, trồng và sử dụng các cây con làm thuốc.



- Kết hợp quân y và dân y trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và các lực lượng vũ trang, nhất là ở các vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo; chủ động phòng, chống, giảm nhẹ và khắc phục hậu quả các tình huống khẩn cấp như dịch bệnh, thảm họa, thiên tai. Đưa chương trình kết hợp quân, dân y thành một nội dung của chương trình mục tiêu y tế quốc gia.
- Phát triển ngành dược thành một ngành kinh tế-kỹ thuật mũi nhọn. Phát triển mạnh công nghiệp dược, nâng cao năng lực sản xuất thuốc trong nước, ưu tiên các dạng bào chế công nghệ cao. Quy hoạch và phát triển các vùng dược liệu, các cơ sở sản xuất nguyên liệu hóa dược. Củng cố mạng lưới lưu thông, phân phối và cung ứng thuốc để ổn định thị trường thuốc phòng và chữa bệnh cho nhân dân. Đẩy mạnh nghiên cứu và sản xuất vắc-xin, sinh phẩm y tế. Phát triển công nghiệp trang thiết bị y tế theo hướng hiện đại.
- Đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, tiếp cận và ứng dụng những thành tựu về khoa học và công nghệ hiện đại, đặc biệt là công nghệ sinh học và công nghệ thông tin; từng bước đưa nền y học nước ta đạt trình độ tiên tiến trong khu vực và thế giới.
- Mở rộng hợp tác, tranh thủ sự giúp đỡ và đầu tư nguồn lực của các nước, các tổ chức quốc tế; tiếp thu các thành tựu về khoa học công nghệ và kinh nghiệm quản lý phục vụ sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

## 6.2. Đổi mới chính sách tài chính y tế

- Chính sách tài chính y tế được đổi mới theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công (Ngân sách nhà nước, BHYT), giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh
- Từ nay đến năm 2010 ưu tiên đầu tư củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, y tế dự phòng, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và huyện; các trung tâm y tế khu vực, nhất là ở Tây nguyên, miền núi phía Bắc, miền Trung và đồng bằng sông Cửu Long.
- Nhà nước đảm bảo cung cấp kinh phí KCB cho người có công với cách mạng, người nghèo, trẻ dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội.
- Xây dựng và thực hiện hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010.
- Tạo nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước, viện trợ, các quỹ từ thiện, quỹ cộng đồng, quỹ xóa đói giảm nghèo.
- Xây dựng và thực hiện chính sách viện phí phù hợp trên cơ sở tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân.



### 6.3. Phát triển nguồn nhân lực

- Kiện toàn đội ngũ CBYT cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu.
- Sắp xếp lại mạng lưới, mở rộng và nâng cấp các cơ sở đào tạo.
- Xây dựng một số Trung tâm đào tạo CBYT ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực
- Tăng cường đào tạo CBYT theo hình thức cử tuyển cho miền núi và đồng bằng sông Cửu Long.
- Chú trọng đào tạo cán bộ quản lý, nhất là cán bộ quản lý bệnh viện.
- Coi trọng việc đào tạo, sử dụng và đãi ngộ nhân tài y tế. Mở rộng việc đưa cán bộ có trình cao đi đào tạo nước ngoài bằng nguồn kinh phí nhà nước, khuyến khích du học tự túc theo các chuyên ngành đang có nhu cầu.
- Xây dựng và thực hiện chính sách đãi ngộ hợp lý đối với cán bộ, nhân viên y tế, thực hiện chế độ đãi ngộ đối với người thầy thuốc tương đương như với người thầy giáo.
- Có chế độ bảo hiểm xã hội và BHYT đối với những người công tác tại Trạm Y tế xã.
- Thực hiện luân chuyển cán bộ, khuyến khích thầy thuốc về công tác ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng có nhiều khó khăn.

### 6.4. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy đảng, chính quyền

- Nâng cao nhận thức, vai trò và trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể, tổ chức xã hội, cộng đồng và mỗi người dân trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe.
- Các mục tiêu, nhiệm vụ về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân phải được đưa vào các chiến lược, chính sách phát triển kinh tế-xã hội của cả nước và của từng địa phương.
- Lãnh đạo, chỉ đạo công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là một trong những nhiệm vụ chính trị quan trọng của các cấp ủy đảng và chính quyền.
- Triển khai rộng rãi phong trào xây dựng làng văn hoá- sức khỏe.
- Chú trọng công tác giáo dục chính trị, tư tưởng, nâng cao đạo đức nghề nghiệp, kỷ luật lao động và tinh thần trách nhiệm của cán bộ nhân viên y tế, chấn chỉnh và khắc phục biểu hiện tiêu cực tại các cơ sở y tế.

### 6.5. Nâng cao hiệu lực quản lý nhà nước

- Đẩy mạnh cải cách hành chính, hoàn thiện hệ thống pháp luật về y tế.
- Kiện toàn hệ thống thanh tra y tế, nâng cao hiệu lực hoạt động thanh tra để thực hiện tốt quản lý nhà nước bằng pháp luật.
- Đổi mới toàn diện cơ chế quản lý, điều hành, tài chính, nhân lực trong Ngành Y tế để sử dụng hiệu quả các nguồn lực.



- Các đơn vị chuyên môn về y tế địa phương được quản lý theo ngành.
- Đổi mới và kiện toàn cơ quan quản lý nhà nước về dược và vệ sinh an toàn thực phẩm.

### 6.6. Đẩy mạnh xã hội hóa

- Đổi mới và tăng cường hiệu quả phối hợp liên ngành trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.
- Các loại hình y dược tư nhân hoạt động theo pháp luật là bộ phận cấu thành của hệ thống y tế.
- Khuyến khích các hoạt động nhân đạo vì sức khỏe.

### 6.7. Nâng cao hiệu quả thông tin - giáo dục- truyền thông

- Tạo sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức, trách nhiệm của toàn bộ hệ thống chính trị đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.
- Trang bị kiến thức và kỹ năng phòng bệnh, nếp sống vệ sinh, rèn luyện thân thể, hạn chế lối sống và thói quen có hại đến sức khỏe cho mỗi người, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng.
- Nghiêm cấm quảng cáo thuốc lá, rượu mạnh, các chất kích thích có hại cho sức khỏe.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy trình bày những quan điểm xây dựng Ngành Y tế của Chủ tịch Hồ Chí Minh sau Cách mạng tháng Tám năm 1945.
2. Hãy trình bày nội dung quan điểm: Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng.
3. Hãy trình bày nội dung quan điểm: Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng hiệu quả.
4. Hãy trình bày nội dung quan điểm: Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng phát triển.
5. Hãy trình bày cơ sở và nội dung quan điểm dự phòng hiện đại trong công tác y tế hiện nay.
6. Hãy nêu các yếu tố hình thành chính sách y tế.
7. Hãy trình bày 5 mục tiêu cụ thể về công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân hiện nay.
8. Hãy trình bày 7 giải pháp để thực hiện việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam hiện nay.



## Bài 4

# LUẬT PHÁP Y TẾ VIỆT NAM

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số khái niệm cơ bản, bản chất, hình thức và hệ thống pháp luật xã hội chủ nghĩa Việt Nam.
2. Nêu được vai trò, ý nghĩa của Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam.
3. Trình bày được những nội dung cơ bản của pháp luật Việt Nam hiện hành trong một số hoạt động chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

## 1. LUẬT PHÁP XHCN VIỆT NAM

### 1.1. Bản chất của pháp luật và pháp luật XHCN

Khái niệm pháp luật: *Pháp luật là hệ thống các qui tắc xử sự (quy phạm) do Nhà nước ban hành và bảo đảm thực hiện, thể hiện ý chí của giai cấp thống trị trong xã hội, là nhân tố điều chỉnh các quan hệ xã hội. Như vậy pháp luật gắn liền với nhà nước. Mỗi kiểu nhà nước có một kiểu pháp luật.*

Pháp luật XHCN là kết quả của hoạt động lập pháp của nhà nước XHCN - hoạt động biến các nhu cầu của đời sống kinh tế, chính trị, xã hội thành những hành vi xử sự bắt buộc của con người. *Pháp luật XHCN được định nghĩa là hệ thống các qui tắc xử sự, thể hiện ý chí của giai cấp công nhân và nhân dân lao động, dưới sự lãnh đạo của Đảng, do Nhà nước XHCN ban hành và bảo đảm thực hiện bằng sức mạnh cưỡng chế của nhà nước trên cơ sở giáo dục và thuyết phục mọi người tôn trọng và thực hiện.*

Pháp luật XHCN cũng như pháp luật nói chung đều có những đặc trưng cơ bản sau:

- Tính quyền lực: Tính nhà nước, tính cưỡng chế của Nhà nước.
- Tính quy phạm: Pháp luật là hệ thống các quy tắc xử sự, đó là những khuôn mẫu, những mực thước được xác định cụ thể.
- Tính ý chí: Pháp luật bao giờ cũng là hiện tượng ý chí, ý chí trong pháp luật là ý chí của giai cấp cầm quyền.



- Tính xã hội: Pháp luật phải phù hợp với những điều kiện cụ thể của xã hội ở thời điểm tồn tại của nó, nghĩa là pháp luật phải phản ánh đúng những nhu cầu khách quan của xã hội.

## 1.2. Hình thức pháp luật XHCN Việt Nam

Hình thức pháp luật nói chung được hiểu là cách thức mà giai cấp thống trị sử dụng để thể hiện ý chí của giai cấp mình. Trong lịch sử đã có 3 hình thức pháp luật là tập quán pháp, tiền lệ pháp và văn bản quy phạm pháp luật, trong đó văn bản quy phạm pháp luật là hình thức tiến bộ nhất và là hình thức cơ bản của pháp luật XHCN.

Văn bản quy phạm pháp luật là văn bản do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành theo thủ tục, trình tự luật định, trong đó có các qui tắc xử sự chung, được Nhà nước bảo đảm thực hiện nhằm điều chỉnh các quan hệ xã hội theo định hướng xã hội chủ nghĩa và được áp dụng nhiều lần trong thực tế đời sống. Pháp luật của nước ta có các loại văn bản qui phạm sau:

### 1.2.1. Các văn bản luật

Là văn bản qui phạm do Quốc hội, cơ quan quyền lực Nhà nước cao nhất ban hành theo trình tự, thủ tục và hình thức được quy định trong Hiến pháp. Đây là văn bản có giá trị pháp lý cao nhất. Văn bản luật có hai hình thức:

**1.2.1.1. Hiến pháp:** (Bao gồm Hiến pháp và các đạo luật bổ sung hay sửa đổi Hiến pháp)

Hiến pháp quy định những vấn đề cơ bản nhất của Nhà nước: hình thức và bản chất của Nhà nước, chế độ chính trị, chế độ kinh tế, văn hoá xã hội, quyền và nghĩa vụ cơ bản của công dân, hệ thống tổ chức, nguyên tắc hoạt động và thẩm quyền của cơ quan Nhà nước.

### 1.2.1.2. Luật (Bộ luật)

Là văn bản qui phạm pháp luật do Quốc hội, cơ quan quyền lực Nhà nước cao nhất ban hành để cụ thể hoá Hiến pháp, nhằm điều chỉnh các loại quan hệ xã hội trong các lĩnh vực hoạt động của Nhà nước. Các đạo luật có giá trị pháp lý cao thứ hai sau Hiến pháp.

### 1.2.2. Các văn bản dưới luật

Là những văn bản quy phạm pháp luật do các cơ quan Nhà nước ban hành theo trình tự, thủ tục và hình thức được pháp luật quy định. Những văn bản này có giá trị pháp lý thấp hơn các văn bản luật. Giá trị pháp lý của từng văn bản dưới luật cũng khác nhau tùy thuộc thẩm quyền của cơ quan ban hành chúng.

Theo Hiến pháp nước ta năm 1992, có những loại văn bản quy phạm pháp luật sau:



- Văn bản do Quốc hội ban hành: Hiến pháp, luật, nghị quyết
- Văn bản do Ủy ban Thường vụ Quốc hội ban hành: Pháp lệnh, nghị quyết
- Văn bản do các cơ quan nhà nước có thẩm quyền khác ở Trung ương ban hành để thi hành văn bản quy phạm pháp luật của Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội:
  - + Lệnh, quyết định của Chủ tịch nước;
  - + Nghị quyết, nghị định của chính phủ; quyết định, chỉ thị của Thủ tướng chính phủ;
  - + Quyết định, chỉ thị thông tư của Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ;
  - + Nghị quyết của Hội đồng Thẩm phán Tòa án nhân dân tối cao; quyết định, chỉ thị thông tư của Viện trưởng Viện kiểm sát nhân dân tối cao; Nghị quyết, thông tư liên tịch giữa các cơ quan nhà nước có thẩm quyền với tổ chức chính trị - xã hội. Các văn bản quy phạm pháp luật do các cơ quan Nhà nước từ cấp Bộ đến Hội đồng nhân dân và UBND các cấp ban hành.
- Văn bản do Hội đồng nhân dân, ủy ban nhân dân ban hành để thi hành văn bản quy phạm pháp luật của Quốc hội, ủy ban Thường vụ Quốc hội và văn bản của cơ quan nhà nước cấp trên; văn bản do ủy ban nhân dân ban hành còn để thi hành nghị quyết của Hội đồng nhân dân cùng cấp: Nghị quyết của Hội đồng nhân dân; Quyết định, chỉ thị của Ủy ban nhân dân v.v...

## 2. LUẬT PHÁP Y TẾ VIỆT NAM

### 2.1. Khái niệm

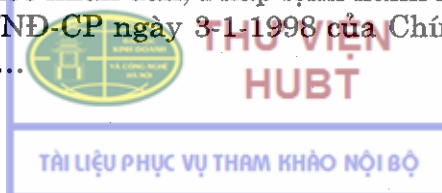
Luật pháp y tế là các quy phạm pháp luật về lĩnh vực y tế, bao gồm các quy định của Hiến pháp, văn bản luật và dưới luật về y tế và liên quan đến lĩnh vực y tế.

Luật pháp y tế Việt Nam nằm trong hệ thống pháp luật của nước CHXHCN Việt Nam nên mang đầy đủ các đặc tính và quy định của luật pháp XHCN nói chung.

### 2.2. Phân loại

Có nhiều cách phân loại các văn bản luật pháp về y tế. Sau đây xin giới thiệu một cách phân loại đơn giản.

- Các văn bản quy phạm pháp luật về y tế: Gồm các văn bản hoàn toàn thuộc lĩnh vực y tế. Nội dung các văn bản này chỉ đề cập về vấn đề y tế, ví dụ: Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân, Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân, Nghị định số 01/1998/NĐ-CP ngày 3-1-1998 của Chính phủ về tổ chức hệ thống y tế địa phương...



- Các văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến y tế: Là các văn bản quy phạm pháp luật mà nội dung chủ yếu đề cập về lĩnh vực ngoài y tế nhưng có một phần liên quan tới y tế. Ví dụ: Bộ luật lao động, Nghị định số 171/2004/NĐ-CP của Chính phủ ngày 29-9-2004 quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, trong đó Sở Y tế là cơ quan chuyên môn được tổ chức theo quy định của nghị định này; Nghị định số 172/2004/NĐ-CP ngày 29-9-2004 của Chính phủ quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc UBND huyện, quận, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh, trong đó Phòng Y tế là cơ quan chuyên môn được tổ chức theo quy định của nghị định này

### **2.3. Luật BVSKND Việt Nam trong hệ thống pháp luật nước CHXHCN Việt Nam**

Hệ thống pháp luật được phân định thành các chế định pháp luật, các ngành luật và được thể hiện trong các văn bản do nhà nước ban hành theo những trình tự, thủ tục và hình thức nhất định.

Chế định pháp luật bao gồm một số quy phạm có những đặc điểm chung giống nhau nhằm để điều chỉnh một nhóm quan hệ xã hội tương ứng.

Ngành luật bao gồm hệ thống quy phạm pháp luật có đặc tính chung để điều chỉnh các quan hệ cùng loại trong một lĩnh vực nhất định của đời sống xã hội. Ví dụ: Luật lao động; luật hôn nhân và gia đình; luật tài chính; luật bảo vệ sức khỏe nhân dân v.v...

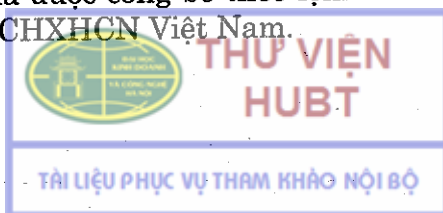
#### **2.3.1. Khái niệm và quá trình ban hành Luật BVSKND Việt Nam**

##### **2.3.1.1. Khái niệm**

Luật BVSKND Việt Nam là một trong những ngành luật của hệ thống pháp luật Việt Nam. Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam là tổng thể các quy phạm pháp luật điều chỉnh các quan hệ phát sinh trong hoạt động bảo vệ sức khỏe nhân dân. Đó là quan hệ giữa Nhà nước, tổ chức xã hội, Ngành Y tế, cán bộ y tế v.v... với nhân dân trong việc xây dựng nền y tế Việt Nam và trong các hoạt động y tế và xã hội nhằm đề phòng, giải quyết bệnh tật, bảo vệ và tăng cường sức khỏe.

##### **2.3.1.2. Quá trình ban hành Luật BVSKND Việt Nam**

Năm 1981 Luật được soạn thảo. Ngày 22 tháng 12 năm 1988 Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam khoá VIII tại kỳ họp thứ 4 đã ra Nghị quyết giao cho Hội đồng Nhà nước (nay là Chính phủ) xem xét và quyết định công bố "Dự thảo Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân" để lấy ý kiến bổ sung của nhân dân. Ngày 17 tháng 2 năm 1989 "Dự thảo Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân" được công bố với 11 chương và 54 điều. Ngày 30 tháng 6 năm 1989 Quốc hội nước ta khoá VIII tại kỳ họp thứ 5 đã thông qua Luật BVSKND Việt Nam và ngày 11 tháng 7 năm 1989 luật đó đã được công bố theo lệnh số 21 LCT/ HĐNN 8 của Chủ tịch Hội đồng nhà nước CHXHCN Việt Nam.



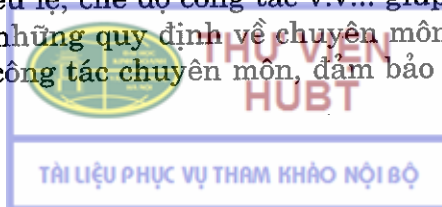
### 2.3.1.3. Vai trò, ý nghĩa

- Luật BVSKND Việt Nam đánh dấu bước phát triển mới trong lĩnh vực pháp chế về bảo vệ sức khỏe cho nhân dân và đóng góp vào việc hoàn thiện hệ thống pháp luật XHCN Việt Nam:
- Luật BVSKND Việt Nam là phương tiện để:
  - + Thể chế hoá đường lối, chính sách của Đảng về y tế .
  - + Nhân dân lao động thể hiện quyền và nghĩa vụ của mình và thực hiện công bằng xã hội trong các lĩnh vực BVSK.
  - + Ngành Y tế quản lý mọi hoạt động của công tác BVSK và thực hiện chức năng, nhiệm vụ của mình. Có thể coi luật BVSK nhân dân là xương sống của Ngành Y tế.
- Luật phản ánh kinh nghiệm quý báu của nhân dân ta trong quá trình xây dựng Ngành Y tế và thực hiện sự nghiệp BVSK nhân dân, phản ánh tình hình thực tiễn của nước ta hiện nay về công tác y tế, bắt nhịp được với thời đại những quan niệm mới về sức khỏe và công tác BVSK .
- Luật BVSK nhân dân có tác dụng to lớn trong việc giáo dục, hướng dẫn nguyên tắc hành động của người cán bộ y tế và của nhân dân, tạo điều kiện để ngăn chặn được những hành động sai trái ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của mọi người và đến công tác BVSK.
- Luật BVSK là cơ sở để xây dựng và hoàn thiện bộ máy Ngành Y tế XHCN Việt Nam.
- Luật BVSK bảo đảm cho việc thực hiện có hiệu quả chức năng quản lý sức khỏe và sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Quá trình thực hiện chức năng CSSK không thể thiếu được những luật định - cơ sở pháp lý đảm bảo không chỉ riêng cho Ngành Y tế hoàn thành được chức năng CSSK cho nhân dân mà còn làm cơ sở cho các ngành khác, các tổ chức xã hội cùng tham gia vào công tác đó.

Luật BVSK nhân dân bảo đảm cho việc xã hội hóa công tác CSSK, làm cho mọi người ý thức được rằng CSSK không những là quyền mà còn là nghĩa vụ, trách nhiệm chung của mọi người.

- Luật bảo đảm thực hiện sự công bằng xã hội trong sự nghiệp CSSK. Thông qua luật định, mọi công dân trong xã hội đều được chăm sóc sức khỏe đặc biệt chú ý đến những người khó khăn, người già, ở vùng sâu, vùng xa, phụ nữ, trẻ em, tàn tật v.v...
- Luật BVSKND Việt Nam làm cơ sở để giữ gìn trật tự, kỷ cương, an toàn trong công tác CSSK cho cả nhân dân và cán bộ y tế. Bằng những luật định, bằng những điều lệ, chế độ công tác v.v... giúp cho người cán bộ y tế thực hiện đúng đắn những quy định về chuyên môn kỹ thuật, tránh được những sai sót trong công tác chuyên môn, đảm bảo an toàn cho nhân dân



trong khi tiến hành những biện pháp CSSK. Với ý thức pháp luật tốt, nhân dân tuân theo những nội dung luật định về CSSK, một mặt bảo vệ được sức khỏe cho họ, mặt khác bảo vệ được cho cán bộ y tế khỏi mắc những sai sót trong khi hành nghề.

- Luật còn có vai trò trong việc giáo dục nhân dân về sức khỏe và CSSK. Giáo dục sức khỏe là hình thành cho mọi người hành vi sức khỏe đúng đắn. Việc buộc mọi người tuân theo pháp luật về bảo vệ sức khỏe có tác động rất lớn đến việc hình thành những hành vi sức khỏe đó. Từ chỗ bắt buộc tuân theo dần dần mọi người nhận thức được một cách đầy đủ giá trị, ý nghĩa của những quy phạm pháp luật đó, người dân sẽ có thói quen, tự giác tuân theo pháp luật, đó là quá trình giáo dục lâu dài.

### **2.3.3. Nội dung cơ bản Luật BVSKND Việt Nam**

Lời nói đầu: *“Sức khỏe là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều kiện cơ bản để con người sống hạnh phúc là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội, bảo vệ tổ quốc”*

Lời nói đầu đã nêu một cách ngắn gọn nhưng súc tích đầy đủ giá trị của sức khỏe và mối quan hệ giữa sức khỏe của con người, của xã hội với việc phát triển kinh tế văn hoá, xã hội và bảo vệ Tổ quốc. Sức khỏe quyết định mọi hoạt động của con người cũng như của xã hội.

Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân gồm có 11 chương với 55 điều.

**Chương I: Những qui định chung.** Chương này bao gồm từ điều 1 đến điều 5. Nội dung của chương này nêu quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khỏe, nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khỏe, trách nhiệm của Nhà nước, của các tổ chức Nhà nước và các tổ chức xã hội trong việc chăm lo, bảo vệ và tăng cường sức khỏe của nhân dân.

**Chương II: Vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng, phòng và chống dịch bệnh.** Từ điều 6 đến điều 18. Nội dung cơ bản của chương này bao gồm những điều luật về:

- Giáo dục vệ sinh.
- Vệ sinh lương thực, thực phẩm, nước uống.
- Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.
- Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hoá chất.
- Vệ sinh chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt.
- Vệ sinh trong chăn nuôi gia súc, gia cầm.
- Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ.
- Vệ sinh trong lao động.
- Vệ sinh nơi công cộng.
- v.v. ...

**Chương III: Thể dục, thể thao, điều dưỡng và phục hồi chức năng.**

Từ điều 19 đến điều 22 bao gồm những nội dung cơ bản:

- Tổ chức hoạt động thể dục, thể thao.
- Tổ chức nghỉ ngơi và điều dưỡng.
- Phục hồi chức năng.
- Điều dưỡng phục hồi sức khỏe bằng yếu tố thiên nhiên.

**Chương IV: Khám bệnh và chữa bệnh.** Từ điều 23 đến điều 33 bao gồm những luật định cơ bản về:

- Quyên được khám bệnh, chữa bệnh.
- Điều kiện hành nghề của thầy thuốc.
- Trách nhiệm của thầy thuốc.
- Giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Trách nhiệm của người bệnh.
- Chữa bệnh bằng phẫu thuật.
- Bắt buộc chữa bệnh.
- Lấy và ghép mô hoặc một bộ phận của cơ thể con người.
- Giải phẫu tử thi.
- Khám bệnh, chữa bệnh cho người nước ngoài tại Việt Nam .
- Giám định y khoa.

**Chương V: Y học, dược học cổ truyền dân tộc.** Từ điều 34 đến điều 37 gồm những luật định cơ bản về:

- Kế thừa và phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc.
- Điều kiện hành nghề của lương y.
- Trách nhiệm của lương y.
- Giúp đỡ và bảo vệ ngành y.

**Chương VI: Thuốc phòng bệnh, chữa bệnh.** Từ điều 38 đến điều 40 bao gồm những luật định cơ bản về:

- Quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc.
- Quản lý thuốc độc, thuốc và chất dễ gây nghiện, thuốc gây hưng phấn, ức chế tâm thần
- Chất lượng thuốc.





**Chương VII: Bảo vệ sức khỏe người cao tuổi, thương binh, bệnh binh người tàn tật và đồng bào dân tộc thiểu số.** Từ điều 41 đến điều 42.

**Chương VIII: Thực hiện kế hoạch hoá gia đình và bảo vệ sức khỏe phụ nữ, trẻ em.** Từ điều 43 đến điều 47 bao gồm những luật định cơ bản về:

- Thực hiện kế hoạch hoá gia đình.
- Quyền của phụ nữ được khám bệnh, chữa bệnh phụ khoa và nạo thai, phá thai.
- Sử dụng lao động nữ.
- Bảo vệ sức khỏe trẻ em.
- Chăm sóc trẻ em có khuyết tật.

**Chương IX: Thanh tra Nhà nước về y tế.** Từ điều 48 đến điều 51 gồm những luật định cơ bản về :

- Tổ chức và quyền hạn của thanh tra nhà nước về y tế.
- Thanh tra vệ sinh. Thanh tra khám bệnh, chữa bệnh, Thanh tra dược.

**Chương X: Khen thưởng và xử lý các vi phạm.** Điều 52 và 53.

**Chương XI: Điều khoản cuối cùng.** Điều 54 và 55

### **3. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÔNG DÂN, NHÀ NƯỚC, CÁC TỔ CHỨC NHÀ NƯỚC, TẬP THỂ VÀ TƯ NHÂN TRONG CÔNG TÁC BVSĐ NHÂN DÂN**

#### **3.1. Quyền và nghĩa vụ của công dân**

"Công dân có quyền được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe" (Điều 61 Hiến pháp Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992). Công dân có quyền được nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể, được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống và được phục vụ về chuyên môn y tế

"Công dân có quyền ...được pháp luật bảo hộ về ...sức khỏe" (Điều 71 Hiến pháp Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992).

Công dân có nghĩa vụ thực hiện nghiêm chỉnh những qui định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân để giữ gìn sức khỏe cho mình và cho mọi người.

#### **3.2. Nhà nước**

Nhà nước chăm lo bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân; đưa công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội và ngân sách nhà nước; quyết định những chế độ, chính sách, biện pháp để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân.

Nhà nước đầu tư, phát triển và thống nhất quản lý sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân. (Điều 39 Hiến pháp Cộng hòa XHCN Việt Nam 1992)



Nhà nước quy định chế độ viện phí, chế độ miễn, giảm viện phí ("*Điều 61 Hiến pháp Cộng hoà Xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992*")

Bộ Y tế: Có trách nhiệm quản lý, hoàn thiện, nâng cao chất lượng và phát triển hệ thống phòng bệnh, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, sản xuất, lưu thông thuốc và thiết bị y tế; kiểm tra việc thực hiện các quy định về chuyên môn nghiệp vụ y, dược.

### **3.3. Tư nhân**

Người hành nghề y dược tư nhân có quyền:

- Ký hợp đồng hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật với các cơ sở y tế Nhà nước
- Tham gia trong một tổ chức nghề nghiệp y học, dược học được thành lập theo quy định của pháp luật
- Người hành nghề y dược tư nhân có nghĩa vụ:
  - Thực hiện các quy định về nghiệp vụ chuyên môn kỹ thuật y và dược của Bộ Y tế và chịu sự quản lý nhà nước của cơ quan y tế địa phương.
  - Tham gia các hoạt động y tế theo hướng dẫn chăm sóc sức khỏe ban đầu.
  - Phục vụ bệnh nhân chu đáo tận tình.

## **4. PHÁP LUẬT TRONG CÁC NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG Y TẾ**

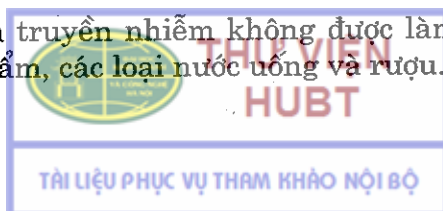
### **4.1. Pháp luật về vệ sinh**

#### **4.1.1. Giáo dục vệ sinh**

- Các cơ quan y tế văn hoá, giáo dục, thể dục thể thao, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục cho nhân dân các kiến thức về y học và vệ sinh thường thức, vệ sinh môi trường, vệ sinh phụ nữ, vệ sinh thai nghén và vệ sinh nuôi dạy con.
- Bộ giáo dục và đào tạo xây dựng chương trình giáo dục vệ sinh cho học sinh phổ thông, mẫu giáo, nhà trẻ.

#### **4.1.2. Vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu**

- Các tổ chức Nhà nước, tập thể, khi sản xuất, chế biến, bao bì đóng gói, bảo quản, vận chuyển các loại trên phải bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh. Khi đưa hoá chất mới, nguyên liệu mới, các chất phụ gia mới phải được phép của Sở Y tế.
- Nghiêm cấm sản xuất lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu những mặt hàng lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu không đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh.
- Người đang mắc bệnh truyền nhiễm không được làm những công việc có liên quan đến thực phẩm, các loại nước uống và rượu.



#### **4.1.3. Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân**

- Các cơ quan xí nghiệp cấp nước: Phải bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.
- Nghiêm cấm các tổ chức nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân làm ô nhiễm các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.

#### **4.1.4. Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hoá chất**

Phân bón, thuốc trừ sâu, diệt cỏ, diệt chuột, hoá chất kích thích sinh trưởng vật nuôi, cây trồng ... phải bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh, không gây nguy hại đến sức khỏe con người.

- Các cơ sở sản xuất mỹ phẩm, đồ chơi trẻ em, đồ dùng vệ sinh cá nhân bằng hoá chất phải bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh.

#### **4.1.5. Vệ sinh các chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt**

- Xử lý chất thải theo quy định của Chính phủ, để phòng chống ô nhiễm không khí, đất, nước.
- Không được để các chất phế thải trong sinh hoạt làm ô nhiễm môi trường sống trong khu dân cư.

#### **4.1.6. Vệ sinh chăn nuôi gia súc, gia cầm**

- Không được giết, mổ, mua bán, ăn thịt gia súc, gia cầm bị bệnh truyền nhiễm gây nguy hại cho sức khỏe con người.
- Nghiêm cấm việc thả rông chó ở thành phố, thị xã và thị trấn, chó nuôi phải được tiêm phòng theo quy định của cơ quan thú y.

#### **4.1.7. Vệ sinh trong xây dựng**

Việc quy hoạch và xây dựng cải tạo khu dân cư, các công trình công nghiệp, các công trình dân dụng đều phải tuân theo tiêu chuẩn vệ sinh.

#### **4.1.8. Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ**

- Đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị, ánh sáng, đồ dùng giảng dạy, học tập ở trường học và nhà trẻ không làm ảnh hưởng đến sức khỏe học sinh và giáo viên (Hội đồng nhân dân, UBND các cấp, ngành giáo dục và các ngành có liên quan).
- Hiệu trưởng các trường học và chủ nhiệm các nhà trẻ phải đảm bảo thực hiện chương trình học tập rèn luyện đã được quy định bảo đảm vệ sinh trường lớp và nhà trẻ.

#### **4.1.9. Vệ sinh trong lao động**

- Bảo đảm an toàn trong lao động.



- Bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh về độ nóng, ẩm, khói, bụi, tiếng ồn, rung chuyển và về các yếu tố độc hại khác trong lao động sản xuất để bảo vệ sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động, không gây ảnh hưởng xấu đến người xung quanh.
- Đơn vị và cá nhân sử dụng lao động phải tổ chức khám sức khỏe định kỳ và trang bị bảo hộ lao động cho người lao động

#### **4.1.10. Vệ sinh nơi công cộng**

- Mọi người phải có trách nhiệm vệ sinh nơi công cộng.
- Cấm phóng uế, vứt rác và các chất phế thải khác trên đường phố, vườn hoa, công viên và những nơi công cộng khác.
- Cấm hút thuốc trong phòng họp, rạp chiếu bóng, rạp hát và những nơi quy định khác.

#### **4.1.11. Vệ sinh trong việc quàn, ướp, chôn, hỏa táng di chuyển thi hài, hài cốt**

#### **4.1.12. Phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch**

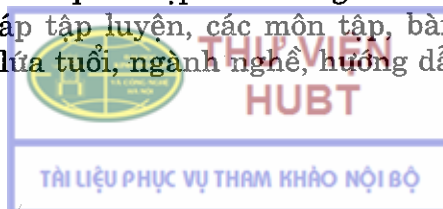
- Y tế cơ sở phải tổ chức tiêm chủng các loại vắc xin phòng bệnh cho nhân dân.
- Mọi tổ chức và mọi người phải thực hiện các biện pháp phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch. Phải báo cáo kịp thời bệnh dịch với UBND cùng cấp và cơ quan y tế cấp trên.
- UBND các cấp phải đảm bảo công tác phòng dịch, chống dịch tại địa phương.
- Thủ tướng Chính phủ, Bộ trưởng y tế, Chủ tịch UBND các tỉnh thành có quyền áp dụng biện pháp đặc biệt để nhanh chóng dập tắt dịch nguy hiểm.

#### **4.1.13. Kiểm dịch**

- Kiểm dịch động vật, thực vật, phương tiện vận chuyển, hàng hoá ra vào biên giới và quá cảnh nước Việt Nam.
- Kiểm dịch các loại trên tại các đầu mối giao thông và bưu điện khi đưa từ vùng có dịch sang vùng không có dịch

### **4.2. Pháp luật về thể dục thể thao- điều dưỡng và phục hồi chức năng**

- Các ngành, các cấp, các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân có trách nhiệm tạo điều kiện cần thiết và tổ chức, động viên mọi người tham gia thể dục thể thao.
- Ủy ban thể dục, thể thao phối hợp với các ngành có liên quan nghiên cứu, phổ biến phương pháp tập luyện, các môn tập, bài tập thể dục thể thao phù hợp với thể lực, lứa tuổi, ngành nghề, hướng dẫn chữa bệnh bằng thể



dục; xây dựng và phát triển y học thể dục thể thao; đào tạo cán bộ, hướng dẫn viên, huấn luyện viên và giáo viên thể dục thể thao.

- Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam, các ngành, các cấp, các tổ chức Nhà nước, các tổ chức xã hội, tổ chức tập thể có trách nhiệm mở rộng các cơ sở điều dưỡng, nhà nghỉ và câu lạc bộ sức khỏe.
- Các tổ chức và tư nhân sử dụng lao động phải tạo điều kiện cho người lao động được điều dưỡng và nghỉ ngơi.
- Bộ Y tế, Bộ lao động-thương binh và xã hội phải xây dựng và bảo đảm điều kiện cần thiết cho các cơ sở phục hồi chức năng lao động.
- Ngành Y tế, ngành lao động - thương binh và xã hội phối hợp với các ngành liên quan, các tổ chức xã hội mở rộng hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng để phòng ngừa và hạn chế hậu quả tàn tật; áp dụng kỹ thuật thích hợp để đưa người tàn tật có khả năng trở lại cuộc sống bình thường.

### **4.3. Pháp luật về khám chữa bệnh**

#### **4.3.1. Quyền được khám bệnh, chữa bệnh**

- Mọi người khi ốm đau, bệnh tật, bị tai nạn được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở nơi công dân cư trú, lao động, học tập.
- Người bệnh còn được chọn thầy thuốc hoặc lương y, chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và ra nước ngoài để khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Chính phủ.
- Trong trường hợp cấp cứu người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tiếp nhận và xử trí mọi trường hợp cấp cứu.
- Người nước ngoài đang ở trên lãnh thổ Việt Nam được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế và phải chấp hành những quy định pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân. Người nước ngoài có thể vào Việt Nam để khám bệnh, chữa bệnh. Chính phủ quy định chế độ khám bệnh, chữa bệnh cho người nước ngoài tại Việt Nam.

#### **4.3.2. Điều kiện hành nghề**

- Người có bằng tốt nghiệp y khoa ở các trường đại học hoặc trung học và có giấy phép hành nghề do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế Nhà nước, tập thể, tư nhân.

**Tiêu chuẩn của người đăng ký hành nghề y tư nhân:**

- Có bằng tốt nghiệp đại học y, trung học y, sơ học y (tuỳ theo yêu cầu của loại hình tổ chức hành nghề y).



- Đã qua thực hành từ 2-5 năm ở các cơ sở (tùy theo yêu cầu của loại hình tổ chức hành nghề y).
- Có đạo đức nghề nghiệp.

#### **4.3.3. Nghĩa vụ, trách nhiệm của thầy thuốc**

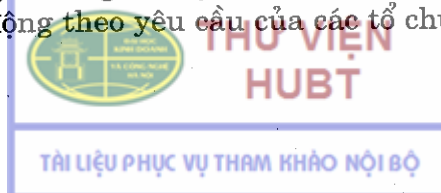
- Thầy thuốc có nghĩa vụ khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh; phải giữ bí mật về những điều có liên quan đến bệnh tật hoặc đời tư mà mình được biết về người bệnh.
- Thầy thuốc phải có y đức, có tinh thần trách nhiệm, tận tình cứu chữa người bệnh; chấp hành nghiêm chỉnh các quy định chuyên môn nghiệp vụ, kỹ thuật y tế; chỉ sử dụng những phương pháp, phương tiện, dược phẩm được Bộ Y tế cho phép.

#### **4.3.4. Trách nhiệm của người bệnh**

- Người bệnh có trách nhiệm tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế; chấp hành những quy định trong khám bệnh, chữa bệnh.
- Người bệnh phải trả một phần chi phí y tế. Chính phủ qui định chế độ thu chi phí y tế.

#### **4.3.5. Quyền của cán bộ y tế và các cơ sở y tế**

- Trong trường hợp cấp cứu, thầy thuốc nhân viên y tế được quyền sử dụng các phương tiện vận chuyển có mặt tại chỗ. Người điều khiển phương tiện phải thực hiện yêu cầu của thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Thầy thuốc chỉ tiến hành phẫu thuật sau khi được sự đồng ý của người bệnh. Đối với người bệnh chưa thành niên, người bệnh đang bị hôn mê hay mắc bệnh tâm thần thì phải được sự đồng ý của thân nhân hoặc người giám hộ của người bệnh. Trong trường hợp mà thân nhân hay người giám hộ của người bệnh vắng mặt, nếu không kịp thời phẫu thuật có thể nguy hại đến tính mạng người bệnh, thì thầy thuốc được quyền quyết định, nhưng phải có sự phê chuẩn của người phụ trách hay người được uỷ quyền của cơ sở y tế đó.
- Các cơ sở y tế phải tiến hành các biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với người mắc bệnh tâm thần thể nặng, bệnh lao, phong đang thời kỳ lây truyền, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, bệnh nghiện ma túy, bệnh AIDS và một số bệnh truyền nhiễm khác có thể nguy hại cho xã hội.
- Bệnh viện được quyền giải phẫu thi thể người chết tại bệnh viện trong trường hợp cần thiết để nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh. Các trường đại học y khoa được dùng tử thi vô thừa nhận và tử thi của người có di chúc cho phép sử dụng vào mục đích học tập và nghiên cứu khoa học.
- Hội đồng giám định y khoa giám định tình trạng sức khỏe và khả năng lao động của người lao động theo yêu cầu của các tổ chức sử dụng lao động và người lao động.



#### 4.3.6. Nghiêm cấm

- Nghiêm cấm hành vi vô trách nhiệm trong cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh làm tổn hại đến sức khỏe tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người bệnh.
- Nghiêm cấm hành vi làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự, nhân phẩm của thầy thuốc và nhân viên y tế trong khi đang làm nhiệm vụ.

#### 4.3.7. Bảo vệ cán bộ y tế

Mọi tổ chức và công dân có trách nhiệm giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế khi họ làm nhiệm vụ.

#### 4.4. Pháp luật về y học cổ truyền dân tộc

- Bộ Y tế, Hội y học cổ truyền dân tộc Việt Nam và Tổng hội y dược học Việt Nam có trách nhiệm tổ chức thực hiện việc kế thừa, phát triển nền y học, dược học cổ truyền dân tộc, kết hợp y học, dược học hiện đại với y học, dược học cổ truyền dân tộc trong mọi lĩnh vực hoạt động y tế và bảo đảm điều kiện hoạt động cho các bệnh viện, viện đầu ngành y học dân tộc.
- Ngành Y tế, UBND các cấp củng cố và mở rộng mạng lưới phục vụ y tế bằng y học, dược học cổ truyền dân tộc và phát triển nuôi trồng dược liệu trong địa phương mình.
- Người đã tốt nghiệp ở các trường, lớp hoặc được gia truyền về y học, dược học cổ truyền dân tộc, chữa bệnh bằng phương pháp y học cổ truyền dân tộc hoặc bằng các bài thuốc gia truyền và có giấy phép hành nghề do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ Sở Y tế Nhà nước, tập thể và tư nhân.
- Lương y có nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh; phải có y đức, có tinh thần trách nhiệm tận tình cứu chữa người bệnh.
- Những bài thuốc mới, phương pháp chữa bệnh mới phải được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cùng với Hội y học cổ truyền dân tộc cùng cấp kiểm tra xác định mới được áp dụng vào khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.
- Nghiêm cấm việc sử dụng các hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh.
- Mọi người có trách nhiệm giúp đỡ và bảo vệ lương y.

#### 4.5. Pháp luật về BVSK cho các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội

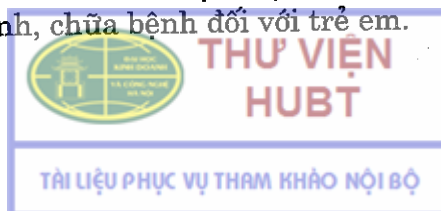
- Người cao tuổi, thương binh, bệnh binh và người tàn tật được ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh, được tạo điều kiện thuận lợi để đóng góp cho xã hội phù hợp với sức khỏe của mình.
- Bộ Y tế, Ủy ban thể dục, thể thao hướng dẫn phương pháp rèn luyện thân thể, nghỉ ngơi và giải trí để phòng chống các bệnh người già.



- Nhà nước dành ngân sách thích đáng để củng cố mở rộng mạng lưới y tế khám bệnh, chữa bệnh cho đồng bào các dân tộc thiểu số, đặc biệt là y tế cơ sở ở vùng cao, vùng xa xôi hẻo lánh.

#### 4.6. Pháp luật về KHHGD và bảo vệ phụ nữ trẻ em

- Mọi người có trách nhiệm thực hiện kế hoạch hoá gia đình, có quyền lựa chọn biện pháp sinh đẻ có kế hoạch theo nguyện vọng. Mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có từ một đến hai con.
- Nhà nước có chính sách biện pháp khuyến khích và tạo mọi điều kiện cần thiết cho mọi người thực hiện kế hoạch hoá gia đình. Các cơ sở chuyên khoa phụ sản của Nhà nước, tập thể và tư nhân phải thực hiện yêu cầu của mọi người về việc lựa chọn biện pháp sinh đẻ có kế hoạch theo nguyện vọng.
- Các cơ quan y tế, văn hóa, giáo dục, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục kiến thức về dân số và KHHGD cho nhân dân.
- Nghiêm cấm hành vi gây trở ngại hoặc cưỡng bức trong việc thực hiện KHHGD.
- Phụ nữ được quyền nạo thai, phá thai theo nguyện vọng, được khám bệnh, chữa bệnh phụ khoa, được theo dõi sức khỏe trong thời kỳ thai nghén, được phục vụ y tế khi sinh con tại cơ sở y tế.
- Bộ Y tế có trách nhiệm củng cố, phát triển mạng lưới chuyên khoa phụ sản và sơ sinh đến tận cơ sở để đảm bảo phục vụ y tế cho phụ nữ.
- Nghiêm cấm các cơ sở y tế và cá nhân làm thủ thuật nạo thai, phá thai, tháo vòng tránh thai nếu không có giấy phép do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp.
- Các tổ chức và cá nhân sử dụng lao động nữ phải thực hiện các quy định về bảo vệ sức khỏe cho phụ nữ, bảo đảm chế độ đối với phụ nữ có thai, sinh con, nuôi con và áp dụng các biện pháp sinh đẻ có kế hoạch.
- Không được sử dụng lao động nữ vào công việc nặng nhọc, độc hại. Bộ Y tế, Bộ lao động-thương binh và xã hội quy định danh mục các công việc nặng nhọc độc hại.
- Trẻ em được y tế cơ sở quản lý sức khỏe, được tiêm chủng phòng bệnh, phòng dịch, được khám bệnh, chữa bệnh.
- Ngành Y tế có trách nhiệm phát triển, củng cố mạng lưới chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em.
- Cha mẹ người nuôi dưỡng trẻ em có trách nhiệm thực hiện những quy định về kiểm tra sức khỏe và tiêm chủng theo kế hoạch của y tế cơ sở, chăm lo trẻ em khi đau ốm và thực hiện các quyết định của người thầy thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em.





- Bộ Y tế, Bộ lao động-thương binh và xã hội, Bộ giáo dục có trách nhiệm tổ chức chăm sóc và áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng cho trẻ em có khuyết tật.

#### 4.7. Pháp luật về thuốc phòng bệnh, chữa bệnh

- Bộ Y tế thống nhất quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc, tổ chức và cung cấp thuốc thiết yếu trong phòng bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.
- Các cơ sở Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân được cơ quan y tế có thẩm quyền cho phép mới được sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc và chỉ được phép sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc đã được Bộ Y tế quy định.
- Người có bằng cấp chuyên môn về dược, được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp giấy phép (và đã qua thực hành tại các cơ sở dược từ 2-5 năm) mới được hành nghề dược (và dược tư nhân)
- Các loại thuốc mới phải được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế kiểm tra, xác định hiệu lực phòng bệnh, chữa bệnh bảo đảm an toàn đối với người bệnh mới được đưa vào sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu.
- Các loại thuốc có độc tính cao, các thuốc và chất dễ gây nghiện, gây hưng phấn, ức chế tâm thần chỉ được dùng để chữa bệnh và nghiên cứu khoa học.
- Bộ Y tế quy định chế độ sản xuất, lưu thông, bảo quản, sử dụng, tồn trữ các loại thuốc và nguyên liệu làm thuốc.
- Thuốc đưa vào lưu thông và sử dụng phải đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng Nhà nước và an toàn cho người dùng.
- Nghiêm cấm việc sản xuất và lưu thông thuốc giả, thuốc không đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng Nhà nước.

#### 4.8. Thanh tra Nhà nước về y tế

- Thanh tra Nhà nước về y tế thuộc Ngành Y tế bao gồm: Thanh tra vệ sinh, thanh tra khám bệnh, chữa bệnh và thanh tra dược.

Chính phủ quy định tổ chức thanh tra Nhà nước về y tế.

- Thanh tra Nhà nước về y tế có quyền thanh tra, kiểm tra việc thực hiện những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân, về vệ sinh, phòng, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh và dược; quyết định các hình thức xử phạt hành chính; ra quyết định tạm đình chỉ hoặc đình chỉ hoạt động của đơn vị, cá nhân vi phạm và chịu trách nhiệm về quyền quyết định của mình.
- Các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân và mọi công dân nơi đang tiến hành thanh tra phải báo cáo tình hình, cung cấp tài liệu bằng



văn bản những sự việc có liên quan đến nội dung thanh tra theo đúng thời hạn quy định và cử cán bộ tham gia đoàn thanh tra khi cần thiết.

- Thanh tra vệ sinh thanh tra việc chấp hành pháp luật về vệ sinh của các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân và mọi công dân.
- Thanh tra khám bệnh và chữa bệnh thanh tra việc chấp hành các quy định chuyên môn, nghiệp vụ và điều lệ kỹ thuật y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà nước, tập thể và tư nhân.
- Thanh tra dược thanh tra việc chấp hành các quy định chuyên môn, nghiệp vụ trong sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc của các cơ sở Nhà nước, tập thể và tư nhân.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu khái niệm của pháp luật và pháp luật XHCN
2. Kể tên 4 đặc trưng cơ bản của pháp luật.
3. Kể tên các hình thức văn bản luật và dưới luật.
4. Nêu khái niệm của luật pháp y tế Việt Nam và phân loại.
5. Nêu ý nghĩa và vai trò của Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam.
6. Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân nói về tầm quan trọng của sức khỏe như thế nào?
7. Quyền của công dân về BVSK được nêu trong các văn bản pháp luật như thế nào?
8. Nhà nước có trách nhiệm chung như thế nào trong BVSK nhân dân?
9. Các cơ quan nhà nước và các tổ chức xã hội có trách nhiệm gì trong công tác BVSK nhân dân?
10. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định giáo dục vệ sinh như thế nào?
11. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống như thế nào?
12. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định vệ sinh nước, vệ sinh công nghiệp như thế nào?
13. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định vệ sinh lao động và vệ sinh nơi công cộng như thế nào?
14. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định quyền được khám và chữa bệnh như thế nào?



15. Điều kiện hành nghề của thầy thuốc được quy định bởi pháp luật BVSK như thế nào?
16. Nêu trách nhiệm của thầy thuốc theo quy định của Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân?
17. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định kế thừa và phát triển nền y dược học cổ truyền dân tộc như thế nào?
18. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định điều kiện hành nghề và trách nhiệm của lương y như thế nào?
19. Nêu tóm tắt 4 ý chính quy định về quản lý, sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu nguyên liệu làm thuốc trong Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân.
20. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân quy định về chất lượng thuốc như thế nào?

## Bài 5

# CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khuyến cáo, định nghĩa, ý nghĩa của chăm sóc sức khỏe ban đầu.
2. Nêu được các nguyên lý cơ bản của chăm sóc sức khỏe ban đầu.
3. Trình bày được 10 nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam.
4. Liệt kê được các giải pháp thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam.

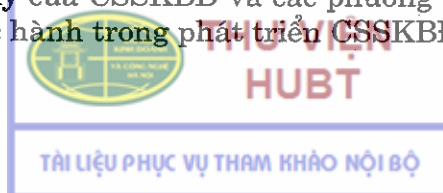
## 1. MỤC TIÊU HỘI NGHỊ ALMA ATA VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

Năm 1978 hội nghị Quốc tế về Chăm sóc sức khỏe ban đầu được Tổ chức y tế thế giới (WHO) và Quỹ cứu trợ nhi đồng Quốc tế của Liên hợp quốc (UNICEF) cùng đứng ra tổ chức tại Alma Ata, thủ đô của nước Cộng hòa Kazacstan từ ngày 6 đến ngày 12 tháng 9 năm 1978. Hội nghị quốc tế về CSSKBD đã có sự tham dự của 134 chính phủ và 67 các tổ chức quốc gia và quốc tế, các tổ chức chính phủ và phi chính phủ, các cơ quan liên quan của WHO và UNICEF.

Hội nghị đánh dấu một bước ngoặt lịch sử trong việc thống nhất các quan niệm và định hướng cho công tác chăm sóc sức khỏe trên phạm vi toàn thế giới. Hội nghị thống nhất đưa ra khái niệm, nội dung, nguyên lý và các khía cạnh quan trọng của CSSKBD.

**Các mục tiêu của hội nghị là:**

- Đẩy mạnh thực hiện CSSKBD ở tất cả các nước trên thế giới.
- Trao đổi kinh nghiệm và thông tin về phát triển chăm sóc sức khỏe ban đầu trong phạm vi hệ thống y tế quốc gia và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại và chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới và khả năng nâng cao sức khỏe bằng CSSKBD.
- Xác định các nguyên lý của CSSKBD và các phương tiện để giải quyết các vấn đề hoạt động thực hành trong phát triển CSSKBD.



- Xác định vai trò của các chính phủ, của các tổ chức quốc gia và quốc tế trong hỗ trợ cho phát triển CSSKBD.
- Đưa ra các khuyến nghị cho phát triển CSSKBD.

## **2. CÁC KHUYẾN CÁO CỦA HỘI NGHỊ ALMA ATA**

Hội nghị Alma Ata đã nêu ra 22 khuyến cáo dưới đây:

### **Mối quan hệ qua lại giữa sức khỏe và sự phát triển**

Hội nghị khẳng định sức khỏe phụ thuộc vào sự phát triển xã hội và kinh tế nhưng sức khỏe góp phần vào sự phát triển xã hội và kinh tế. Các chính phủ phải có chính sách hợp pháp về tăng cường CSSKBD trong kế hoạch phát triển đất nước của mình, với sự nhấn mạnh đặc biệt trong các chương trình phát triển nông thôn, thành thị và sự phối hợp các hoạt động liên quan đến sức khỏe của các ngành khác nhau.

### **Sự tham gia của cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu**

Hội nghị coi tinh thần tự lực tự cường của các quốc gia, cộng đồng và quan tâm của xã hội là các yếu tố cơ bản trong phát triển con người và khẳng định mọi người có quyền và nghĩa vụ tham gia vào quá trình duy trì và tăng cường sức khỏe của mình.

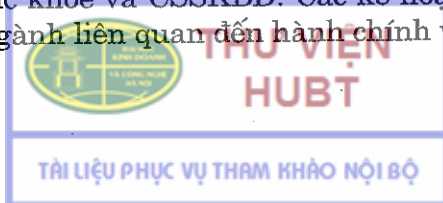
Các chính phủ động viên và đảm bảo sự tham gia đầy đủ của cộng đồng thông qua sự truyền thông có hiệu quả các thông tin phù hợp, tăng hiểu biết và kỹ năng về chăm sóc sức khỏe. Tổ chức, sắp xếp các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hợp lý, qua đó các cá nhân, gia đình, cộng đồng có thể nhận thức đầy đủ trách nhiệm với sức khỏe của họ.

### **Vai trò của chính quyền trong CSSKBD**

Các tổ chức chính quyền thích hợp cùng với hỗ trợ của hệ thống tài chính ở tất cả các cấp cho sự phối hợp phát triển, trong đó cụ thể hoá các chính sách quốc gia vào hoạt động thực tiễn của CSSKBD có vai trò quan trọng. Chính phủ tăng cường hỗ trợ bộ máy hành chính phối hợp thực hiện CSSKBD và các hoạt động liên quan, thông qua sự hợp tác giữa các bộ ngành khác, có uỷ quyền trách nhiệm thích hợp và quyền lực cho các cấp trung gian, cộng đồng cùng với cung cấp đầy đủ nhân lực và các nguồn lực cho các cấp này hoạt động.

### **Sự phối hợp trong chăm sóc sức khỏe**

Để tăng cường sức khỏe cho mọi người đòi hỏi phải xây dựng kế hoạch và phối hợp có hiệu quả các dịch vụ chăm sóc y tế quốc gia và các hoạt động có liên quan tới sức khỏe của các ngành khác. Chính sách và kế hoạch y tế quốc gia được xây dựng trên cơ sở tính toán đầy đủ đến sự đóng góp của các ngành khác cho sức khỏe, vì thế cần có kế hoạch cụ thể ở tất cả các cấp - đặc biệt ở các cấp trung gian và cộng đồng- trong phối hợp các dịch vụ CSSK với tất cả các hoạt động khác, góp phần tăng cường sức khỏe và CSSKBD. Các kế hoạch như vậy cần phải xem xét tới vai trò của các ngành liên quan đến hành chính và tài chính.



## **Nội dung CSSKBD**

Hội nghị Alma Ata đã nhấn mạnh CSSKBD bao gồm tối thiểu 8 nội dung (yếu tố) mà các nước cần thực hiện (xem mục 4.3).

### **Chăm sóc sức khỏe ban đầu toàn diện ở mức địa phương**

CSSKBD bao gồm tất cả các hoạt động góp phần vào tăng cường sức khỏe của cộng đồng. Để thực hiện CSSKBD toàn diện, tất cả các hoạt động định hướng phát triển phải có quan hệ qua lại và cân đối, chẳng hạn như tập trung vào vấn đề ưu tiên cao nhất là nâng cao hiểu biết giữa cộng đồng và hệ thống y tế. Các hoạt động can thiệp thích hợp phải được phối hợp thực hiện để đáp ứng nhu cầu địa phương, phù hợp với hoàn cảnh địa phương. Các chương trình có mục tiêu riêng cần được phối hợp trong các hoạt động CSSKBD càng sớm và càng nhiều càng tốt.

### **Hỗ trợ CSSKBD trong hệ thống y tế quốc gia**

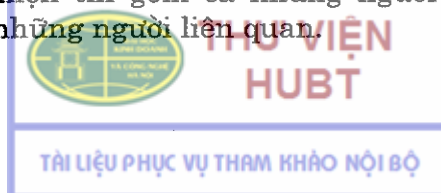
CSSKBD là cơ sở của hệ thống y tế quốc gia hoàn chỉnh và hệ thống y tế quốc gia phải tổ chức để hỗ trợ CSSKBD và làm cho CSSKBD có hiệu quả. Xem xét định hướng lại hệ thống y tế đang tồn tại để đảm bảo tất cả các cấp của hệ thống hỗ trợ cho CSSKBD bằng cách làm thuận lợi tiếp nhận bệnh nhân và tham vấn về các vấn đề sức khỏe, cung cấp các hoạt động giám sát và hướng dẫn, hỗ trợ về hậu cần và cung cấp trang thiết bị thuốc men thông qua việc sử dụng hệ thống bệnh viện tuyến trên.

### **Những nhu cầu đặc biệt của nhóm khó khăn và nhóm có nguy cơ cao**

Chú ý nhu cầu đặc biệt của những người có khó khăn, nguy cơ cao, những người ít có khả năng nhất tiếp cận với các dịch vụ CSSK với các lý do về lãnh thổ, chính trị, xã hội và tài chính. Phải ưu tiên CSSKBD cho các đối tượng có nhu cầu đặc biệt như: phụ nữ, trẻ em, những người làm việc ở những nơi có nguy cơ cao và bộ phận dân bị thiệt thòi trong xã hội. Mở rộng tiếp cận tới nơi sinh sống và làm việc để phát hiện có hệ thống những người có nguy cơ cao, cung cấp chăm sóc liên tục cho họ, loại trừ các yếu tố có hại cho sức khỏe.

### **Vai trò của nhân lực y tế và nhân lực liên quan đến y tế trong CSSKBD**

Hội nghị nhận thấy phát triển CSSKBD phụ thuộc vào thái độ và khả năng của tất cả các nhân viên y tế, đồng thời phụ thuộc vào hệ thống y tế được thiết lập để hỗ trợ và giúp đỡ các cán bộ thực hiện nhiệm vụ. Phải ưu tiên sao cho sử dụng đầy đủ nguồn nhân lực con người bằng cách xác định vai trò kỹ thuật, kỹ năng hỗ trợ và thái độ yêu cầu cho mỗi loại cán bộ y tế phù hợp với chức năng cần thiết để thực hiện và đảm bảo CSSKBD hiệu quả. Phát triển các nhóm làm việc bao gồm các nhân viên y tế cộng đồng, y tá, nữ hộ sinh, thầy thuốc, những nơi có điều kiện thì gồm cả những người thực hành y học cổ truyền, các bà mụ vườn và những người liên quan.



## **Đào tạo nhân lực y tế và nhân lực liên quan đến y tế cho CSSKBD**

Các chính phủ tiến hành hoặc hỗ trợ định hướng lại việc đào tạo nhân lực cho tất cả các cấp hiện tại và xem xét lại các chương trình đào tạo nhân viên y tế cộng đồng mới, đó là các cán bộ y tế, đặc biệt là các thầy thuốc và y tá cần được đào tạo về kỹ thuật và xã hội học, được khuyến khích để phục vụ cho cộng đồng. Các khoá đào tạo phải bao gồm thực hành tại thực địa. Các thầy thuốc và các cán bộ y tế phải tự nguyện làm việc ở những nơi cần ưu tiên phục vụ. Chú ý đến đào tạo liên tục, giám sát hỗ trợ, đào tạo giáo viên để đào tạo cán bộ y tế và đào tạo kiến thức y tế cho cán bộ các ngành khác.

### **Động viên phục vụ cho các vùng xa xôi hẻo lánh**

Phục vụ CSSKBD tập trung vào các nhu cầu của những nơi chưa được phục vụ. Các cán bộ y tế phục vụ ở những nơi này cần được hưởng các chế độ động viên rõ ràng so với các nơi khác, phù hợp với điều kiện khó khăn nơi họ sống và làm việc. Các chế độ khuyến khích được vận dụng cụ thể vào điều kiện địa phương như cải thiện điều kiện sống và làm việc cho họ tốt hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho họ có cơ hội được đào tạo và đào tạo liên tục.

### **Kỹ thuật thích hợp cho sức khỏe**

Thực hiện CSSKBD yêu cầu xác định, phát triển, vận dụng và thực hiện kỹ thuật thích hợp. Các chính phủ, các cơ sở đào tạo và nghiên cứu, các tổ chức phi chính phủ, đặc biệt là các cộng đồng cần phát triển các kỹ thuật và các phương pháp đóng góp cho tăng cường sức khỏe, cả trong hệ thống y tế và trong các dịch vụ liên quan cần dựa trên cơ sở khoa học vững chắc, phù hợp với nhu cầu, được cộng đồng chấp nhận và duy trì, dựa trên tinh thần tự lập, với các nguồn lực mà cộng đồng, khu vực và quốc gia có khả năng đáp ứng.

### **Hỗ trợ hậu cần và các cơ sở cho CSSKBD**

Để CSSKBD thành công cần cung cấp và duy trì hậu cần đầy đủ thích hợp. Các chính phủ đảm bảo xây dựng hệ thống hành chính hiệu quả, phân phối và duy trì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đưa tất cả các hoạt động CSSKBD đến được với cộng đồng. Cung cấp đầy đủ và hợp lý các thuốc men, trang thiết bị thiết yếu, đảm bảo luôn có sẵn ở tất cả các cấp trong hệ thống y tế, đặc biệt cho các nhân viên sức khỏe cộng đồng. Chú ý tới phân phối và bảo quản an toàn các thuốc men, y dụng cụ để bị hư hỏng như các loại vắc xin cũng như đảm bảo hệ thống giao thông và tất cả các điều kiện vật chất cho CSSKBD.

### **Thuốc thiết yếu cho CSSKBD**

CSSKBD yêu cầu cung cấp liên tục, đầy đủ các loại thuốc thiết yếu, có nghĩa là cần tính toán đến phần kinh phí cụ thể dành cho thuốc thiết yếu trong Ngành Y tế để mở rộng CSSKBD. Đảm bảo diện bao phủ của cung cấp thuốc thiết yếu được tăng lên trong phạm vi toàn quốc. Các chính phủ hình thành chính sách và quy chế quốc gia về nhập, sản xuất tại địa phương, bán, phân phối thuốc và sản phẩm sinh học để đảm bảo là thuốc thiết yếu có sẵn tại các



cấp khác nhau của hệ thống CSSKBD với giá thực tế thấp nhất. Đẩy mạnh phối hợp sử dụng phương pháp điều trị cổ truyền, xây dựng hệ thống cung cấp và quản lý thuốc có hiệu quả.

### **Hành chính và quản lý CSSKBD**

Các chính phủ cần phải phát triển cơ cấu hành chính, áp dụng ở tất cả các cấp quá trình quản lý thích hợp với kế hoạch thực hiện CSSKBD, đẩy mạnh phân phối các nguồn lực, điều hành và đánh giá các chương trình với sự giúp đỡ của hệ thống thông tin đơn giản và thích hợp. Chia sẻ trách nhiệm kiểm tra với cộng đồng. Thực hiện đào tạo kiến thức kỹ năng quản lý thích hợp cho từng loại cán bộ y tế.

### **Nghiên cứu các dịch vụ và hoạt động y tế**

Nhiều vấn đề phức tạp và dài hạn cần được quyết định chắc chắn và vì thế phải tiếp tục các nghiên cứu trong đó có các vấn đề mới nổi lên trong quá trình thực hiện CSSKBD. Mọi chương trình y tế phải dành một tỷ lệ nhất định nguồn ngân sách để thực hiện nghiên cứu liên tục các dịch vụ y tế. Tổ chức nghiên cứu các dịch vụ y tế mới và phát triển các đơn vị ở các địa bàn thực địa, thực hiện đồng thời với các hoạt động chung. Thực hiện đánh giá và thông tin phản hồi để xác định sớm các vấn đề. Khuyến khích sự tham gia của các cán bộ công tác ở thực địa và các thành viên cộng đồng, duy trì khả năng đào tạo cán bộ nghiên cứu để đẩy mạnh tính tự lực tự cường.

### **Nguồn lực cho CSSKBD**

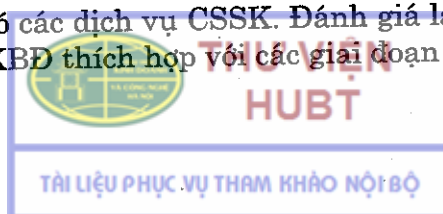
Để thực hiện cam kết chính trị đẩy mạnh CSSKBD các chính phủ tăng nguồn tài chính cho CSSKBD, ưu tiên trước tiên là mở rộng CSSKBD cho các cộng đồng chưa được phục vụ, động viên và hỗ trợ bằng nhiều cách, thích hợp với từng nơi, bao gồm các loại hình như: bảo hiểm xã hội, hợp tác, khai thác tất cả các nguồn vốn có sẵn ở mức địa phương thông qua sự tham gia tích cực của cộng đồng. Thực hiện các biện pháp để tăng cường tối đa hiệu quả các hoạt động liên quan đến sức khỏe của tất cả các ngành.

### **Sự cam kết quốc gia về CSSKBD**

Thực hiện CSSKBD yêu cầu sự cam kết chính trị mạnh mẽ và liên tục của chính quyền ở tất cả các cấp, dựa trên sự hiểu biết đầy đủ và hỗ trợ của mọi người. Các chính phủ thể hiện cam kết qua chính sách để đạt được sức khỏe cho mọi người. Có thể áp dụng luật pháp ở những nơi cần thiết, khuyến khích, huy động và duy trì sự quan tâm của công chúng và sự tham gia của cộng đồng trong phát triển CSSKBD.

### **Chiến lược quốc gia về CSSKBD**

Các chính phủ cần nhanh chóng xây dựng các chiến lược quốc gia với sự xác định rõ ràng các đích cần đạt, phát triển và thực hiện kế hoạch hành động để đảm bảo đưa dịch vụ CSSKBD tới tất cả mọi người, ưu tiên cao nhất cho các vùng và các nhóm chưa có các dịch vụ CSSK. Đánh giá lại các chính sách, chiến lược và kế hoạch về CSSKBD thích hợp với các giai đoạn phát triển.





## **Sự hợp tác kỹ thuật trong CSSKBD**

Các nước có thể học tập và trao đổi kinh nghiệm với nhau trong chăm sóc sức khỏe và phát triển nói chung. Có thể trao đổi thông tin, kinh nghiệm, kiến thức trong phát triển CSSKBD, coi đó là bộ phận của hợp tác kỹ thuật giữa các nước, đặc biệt là các nước đang phát triển.

### **Hỗ trợ quốc tế về CSSKBD**

Để đẩy mạnh, duy trì và vượt qua các trở ngại để thực hiện CSSKBD cần sự hợp tác và hỗ trợ quốc tế qua lại giữa các nước. Các tổ chức quốc tế, các cơ quan hợp tác song phương và đa phương, các tổ chức phi chính phủ, các cơ quan tài chính tài trợ và các tổ chức khác tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe quốc tế cần được động viên, hỗ trợ các cam kết quốc gia về CSSKBD.

### **Vai trò của WHO và UNICEF trong hỗ trợ CSSKBD**

WHO và UNICEF là các tổ chức tham gia tổ chức hội nghị Alma Ata và đưa ra các khuyến nghị cần phải tiếp tục động viên và hỗ trợ các chiến lược và kế hoạch quốc gia cho CSSKBD như một bộ phận trong toàn bộ sự phát triển.

WHO và UNICEF dựa trên cơ sở của các chiến lược, kế hoạch quốc gia, cần nhanh chóng hình thành các kế hoạch phối hợp hành động ở mức khu vực và toàn cầu để đẩy mạnh và làm thuận lợi sự hỗ trợ lẫn nhau của các nước, đặc biệt là thông qua các cơ sở của các quốc gia, góp phần đẩy nhanh tiến trình phát triển của CSSKBD.

## **3. Ý NGHĨA CỦA HỘI NGHỊ ALMA ATA VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU**

Các khuyến cáo của hội nghị Alma Ata đã có ý nghĩa lớn đối với sức khỏe của nhân dân toàn thế giới, đặc biệt là với nhân dân của các nước đang phát triển. Hội nghị đã đánh dấu một mốc quan trọng trong lịch sử chăm sóc sức khỏe qua sự nhìn nhận và đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến sức khỏe và đề ra các cách đề cập thích hợp với công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Hội nghị Alma Ata đã phê phán quan điểm nặng về chữa bệnh, lạm dụng các loại thuốc đắt tiền và các kỹ thuật quá sâu phục vụ cho cá nhân, coi trọng chữa bệnh cho các cá nhân hơn là chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Thực hiện CSSKBD cũng thể hiện rõ tính nhân đạo truyền thống của ngành y là quan tâm đến các đối tượng nghèo, những người có thiệt thòi về sức khỏe và có nhu cầu cần được chăm sóc sức khỏe. CSSKBD nhấn mạnh đến vai trò và trách nhiệm của mọi cá nhân với chăm sóc sức khỏe cho mình, cho gia đình và cho cộng đồng xã hội. Đặc biệt vai trò chủ động chăm sóc sức khỏe của các cá nhân, các cộng đồng đã được nhấn mạnh nhằm phát huy tự lực cánh sinh trong phát triển sức khỏe. Với các yếu tố thiết yếu của CSSKBD mà hội nghị nêu ra đã trở thành các nội dung để các nước xác định các mục tiêu và chiến lược cụ thể cho chăm sóc sức khỏe nhân dân nước mình, nhằm đạt được tình trạng sức khỏe tốt nhất cho mọi người.



Hội nghị Alma Ata đã có ảnh hưởng lớn đến các chính sách quốc gia cũng như mở ra một giai đoạn mới trong sự hợp tác toàn diện và giúp đỡ quốc tế về tăng cường và mở rộng công tác chăm sóc sức khỏe.

#### **4. KHÁI NIỆM, NỘI DUNG, NGUYÊN LÝ VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU**

##### **Sức khỏe**

Tổ chức Y tế thế giới đã nêu ra định nghĩa về sức khỏe như sau: *Sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật.*

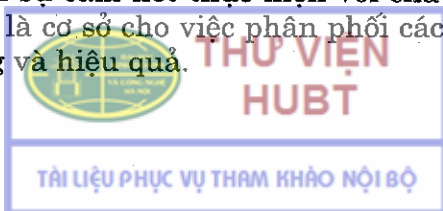
Để đạt được sức khỏe cho mọi người, chăm sóc sức khỏe quan tâm đến cả 3 mặt của sức khỏe là:

- Sức khỏe thể chất;
- Sức khỏe tâm thần;
- Sức khỏe xã hội.

##### **Chăm sóc sức khỏe ban đầu**

Chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được đề cập tại hội nghị Alma Ata là: *“Chăm sóc sức khỏe ban đầu là những chăm sóc sức khỏe thiết yếu, dựa trên những phương pháp và kỹ thuật thực hành đưa đến tận cá nhân và từng gia đình, được mọi người chấp nhận thông qua sự tham gia đầy đủ của họ, với giá thành mà họ có thể chấp nhận được nhằm đạt được mức sức khỏe cao nhất có thể được. Chăm sóc sức khỏe ban đầu nhấn mạnh đến những vấn đề sức khỏe chủ yếu của cộng đồng, đến tăng cường sức khỏe, phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi sức khỏe”.*

CSSKBD được coi là một bộ phận trong toàn bộ hệ thống y tế quốc gia, liên quan đến quá trình phát triển kinh tế, xã hội của cộng đồng. Tại hội nghị Alma Ata, chăm sóc sức khỏe ban đầu được coi là chìa khóa để đạt mục tiêu sức khỏe cho mọi người. Sức khỏe cho mọi người nhấn mạnh đến loại bỏ những yếu tố tác động xấu đến sức khỏe ví dụ như hạn chế suy dinh dưỡng, xóa bỏ sự thiếu hiểu biết về sức khỏe, bảo vệ nguồn nước, vệ sinh nhà ở v.v... Sức khỏe cho mọi người đồng thời nhấn mạnh đến mục tiêu phát triển kinh tế cũng như mục tiêu phát triển chung. Như vậy sức khỏe cho mọi người đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành như phát triển công nghiệp, nông nghiệp, giáo dục, nhà ở, thông tin .... cũng như y học và y tế công cộng. CSSKBD là một quá trình, là giải pháp toàn diện để tăng cường sức khỏe. CSSKBD không chỉ là sự can thiệp y tế có chọn lọc nhằm tăng cường sức khỏe cho các nhóm đối tượng đích mà còn là sự chăm sóc sức khỏe một cách toàn diện cho mọi thành viên cộng đồng. CSSKBD phát triển và thay đổi theo thời gian để phù hợp với tình hình và hoàn cảnh mới. Chăm sóc sức khỏe ban đầu dựa trên sự cam kết thực hiện với chất lượng cao. Chăm sóc sức khỏe ban đầu được coi là cơ sở cho việc phân phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe công bằng, chất lượng và hiệu quả.



## **Các nội dung của CSSKBD theo Alma Ata**

Chăm sóc sức khỏe ban đầu gồm tám nội dung (yếu tố) như sau:

- Giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi lối sống và thói quen không lành mạnh.
- Cung cấp đầy đủ thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý, đây là một yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường
- Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em trong đó có kế hoạch hóa gia đình
- Tiêm chủng phòng chống 6 bệnh nhiễm trùng phổ biến ở trẻ em.
- Phòng chống các bệnh dịch lưu hành phổ biến tại địa phương.
- Điều trị hợp lý các bệnh và các vết thương thông thường.
- Cung cấp các loại thuốc thiết yếu.

## **Các nguyên lý cơ bản của CSSKBD**

Để đảm bảo thực hiện tốt CSSKBD, các hoạt động và chương trình chăm sóc sức khỏe cần đưa một số nguyên lý cơ bản sau vào thực hiện:

### ***Tính công bằng***

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là giải pháp dựa trên nhu cầu và tính nhân đạo được coi là nguyên tắc chìa khóa. Nguyên tắc này nhấn mạnh đến sự bao phủ rộng rãi dân số đích của các chương trình, với sự cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tương ứng với nhu cầu của cộng đồng. Đảm bảo công bằng trong CSSKBD có nghĩa là thực hiện các cá nhân có nhu cầu như nhau được nhận các chăm sóc như nhau. Tính công bằng không có nghĩa là cung cấp các chăm sóc sức khỏe đồng đều cho mọi thành viên của cộng đồng mà là cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho những người thực sự có nhu cầu cần nó.

### ***Tăng cường sức khỏe, dự phòng và phục hồi sức khỏe***

Chăm sóc sức khỏe ban đầu không chỉ là chữa bệnh mà còn phải tăng cường hiểu biết của người dân về sức khỏe và thực hành lối sống khỏe mạnh. Nhấn mạnh các hoạt động dự phòng, nhằm loại bỏ tận gốc các nguyên nhân của bệnh tật. Cần đặc biệt quan tâm đến giải quyết ô nhiễm môi trường, cung cấp nước sạch, dinh dưỡng hợp lý, tăng cường sức đề kháng của cơ thể bằng các hoạt động dự phòng thích hợp. Phải coi phòng bệnh và tăng cường sức khỏe như là phương tiện thích hợp để giải quyết các vấn đề sức khỏe của cộng đồng.

### ***Sự tham gia của cộng đồng***

Hội nghị Alma Ata nhấn mạnh sự tham gia của cộng đồng như một nhân tố cơ bản trong chăm sóc sức khỏe. Cộng đồng có quyền và có nghĩa vụ tham gia vào việc lập kế hoạch giải quyết các vấn đề sức khỏe của họ. Chăm sóc sức khỏe ban đầu yêu cầu đẩy mạnh tối đa khả năng tự lực cánh sinh của cá nhân và của cộng đồng trong lập kế hoạch, ra quyết định, tổ chức thực hiện, kiểm tra, đánh

giá các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, sử dụng một cách đầy đủ nhất các nguồn lực của địa phương của quốc gia và các nguồn lực sẵn có khác vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tham gia của cộng đồng vào CSSKBD rất đa dạng bao gồm các cá nhân trong cộng đồng nhận rõ trách nhiệm của họ trong chăm sóc sức khỏe, các thành viên cộng đồng tham gia vào việc đưa ra các quyết định để giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên và phân phối các nguồn lực y tế. Vận động cộng đồng tham gia vào các chiến dịch chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Cộng đồng còn đóng góp nguồn lực cho công tác chăm sóc sức khỏe. Cộng đồng cần quyết định thực hiện những mong muốn của họ trong công tác chăm sóc sức khỏe và làm thế nào để đạt được những điều đó. Sự tham gia của cộng đồng là một trong những nội dung quan trọng nhất của CSSKBD.

### ***Kỹ thuật thích hợp***

Cần chú ý khi lựa chọn các biện pháp và kỹ thuật áp dụng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu phải phù hợp với khả năng, điều kiện của địa phương và đem lại hiệu quả thiết thực. Cần nhắc đến các yếu tố văn hoá, phong tục tập quán truyền thống, các điều kiện nguồn lực của cá nhân và cộng đồng. Áp dụng kỹ thuật thích hợp không có nghĩa là chỉ sử dụng các kỹ thuật đơn giản, giá rẻ mà là xem xét tới nhiều yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như khả năng chấp nhận và duy trì các chăm sóc sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

### ***Lồng ghép, phối hợp liên ngành***

Giải quyết các vấn đề sức khỏe của cộng đồng không thể chỉ do Ngành Y tế mà cần thiết phải có sự tham gia của nhiều ngành có liên quan khác. Đối với nhiều người muốn tăng cường tình trạng sức khỏe cần phải có những thay đổi quan trọng những điều kiện kinh tế xã hội nơi họ sinh sống. Tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan chặt chẽ tới sự phát triển kinh tế, xã hội chung của địa phương hay quốc gia. Sức khỏe là vấn đề phát triển và đòi hỏi phải phối hợp chặt chẽ với sự phát triển của các ngành khác. Mục tiêu của chăm sóc sức khỏe ban đầu không chỉ liên quan đến tăng cường tình trạng sức khỏe của cộng đồng mà còn là sự tăng cường các điều kiện kinh tế xã hội của cộng đồng. Không phải chỉ Ngành Y tế có trách nhiệm đối với công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân mà chính quyền và mọi ngành, tổ chức xã hội khác cũng có trách nhiệm trong công tác bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân. Các cán bộ y tế cơ sở cần năng động, sáng tạo chủ động tận dụng mọi cơ hội để lồng ghép các hoạt động y tế với các hoạt động của các ngành khác ở địa phương.

### ***Một số nguyên lý khác***

- Sự chấp nhận: Đảm bảo sự chấp nhận của cộng đồng vì thế cần quan tâm đến các yếu tố văn hoá, phong tục, tập quán.
- Sự tiếp cận: Đưa các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu đến gần với dân để đảm bảo tối đa sự tiếp cận của cộng đồng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.



- Khả năng chi trả: Lựa chọn các biện pháp can thiệp với chi phí hợp lý, phù hợp với khả năng chi trả của các đối tượng khác nhau.
- Giới: Quan tâm đến yếu tố "giới" tác động đến sức khỏe nghĩa là tìm hiểu và giải quyết các yếu tố xã hội như chính sách, quan niệm, phong tục tập quán... dẫn đến các hành động khác biệt trong chăm sóc sức khỏe, từ đó ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng sức khỏe của nam và nữ trong các cộng đồng khác nhau.
- Sự bao phủ: Đảm bảo sự bao phủ tối đa cho các đối tượng đích trong các chương trình CSSKBD về cả số lượng và chất lượng.

## 5. CÁC NỘI DUNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU Ở VIỆT NAM

Nước ta đã thực hiện CSSKBD từ khá lâu, hoạt động CSSKBD đã đạt được nhiều kết quả tốt và đóng góp quan trọng cho cải thiện tình hình sức khỏe của nhân dân. Ngay tại hội nghị Alma Ata 1978, Việt Nam được nêu lên như một ví dụ của một nước đang phát triển đã giải quyết những vấn đề sức khỏe cơ bản cho nhân dân. Trong nhiều năm hệ thống y tế của ta đã đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe thiết yếu cho nhân dân, đặc biệt là trong thời gian chiến tranh. Chính phủ và Ngành Y tế đã xây dựng chiến lược và chính sách CSSKBD dựa trên nguyên lý công bằng xã hội.

Ngành Y tế đã xác định 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm 8 nội dung của tuyên ngôn Alma Ata và Việt Nam thêm 2 nội dung nữa. Nhiệm vụ trọng tâm của tuyến y tế cơ sở hiện nay và trong tương lai vẫn là thực hiện 10 nội dung CSSKBD:

### 5.1. Giáo dục sức khỏe

Tăng cường kiến thức và hiểu biết của người dân về tự bảo vệ và tăng cường sức khỏe vẫn là nhiệm vụ hết sức quan trọng nhằm tạo cơ sở cho người dân tự bảo vệ và nâng cao sức khỏe. Giáo dục loại bỏ dần những lối sống, thói quen và phong tục tập quán có hại cho sức khỏe. Làm cho mọi người thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe, thấy rõ trách nhiệm của họ trong việc tự bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bản thân, gia đình và cộng đồng. Các cán bộ y tế cơ sở nhất là cán bộ các Trạm Y tế xã, nhân viên y tế thôn, bản cần được bồi dưỡng kiến thức và thực hành để có được các kỹ năng cơ bản về truyền thông-giáo dục sức khỏe. Thực hiện thường xuyên giáo dục qua hệ thống thông tin truyền thông ở các địa phương. Chú ý lồng ghép các hoạt động truyền thông-giáo dục sức khỏe với các hoạt động văn hoá, xã hội khác ở địa phương. Cán bộ y tế cần có kế hoạch, xây dựng các chỉ tiêu thực hiện nhiệm vụ truyền thông giáo dục sức khỏe với cá nhân, với gia đình, với nhóm và với cộng đồng nhằm nâng cao hiểu biết và thực hành của dân về phòng chống các bệnh và các vấn đề sức khỏe phổ biến tại địa phương.

## 5.2. Cải thiện điều kiện dinh dưỡng và ăn uống hợp lý

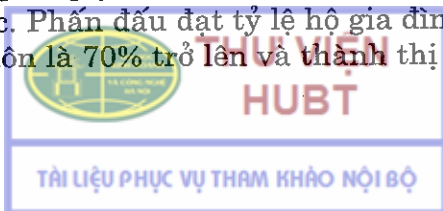
Ăn uống là một trong những nhu cầu cơ bản của con người. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng là yêu cầu cấp thiết đối với các nước đang phát triển. Tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi của Việt Nam vẫn cao hơn của các nước trong khu vực, nhất là các vùng nông thôn miền núi, vùng sâu, vùng xa. Khẩu phần ăn của người dân vẫn còn thấp cả về năng lượng và thành phần các chất dinh dưỡng so với các nước trong khu vực cũng như các nước khác trên thế giới. Theo số liệu của Bộ Y tế năm 2000 mức năng lượng ăn vào bình quân đầu người dưới 1800 Kcal vẫn còn tỷ lệ 15%.

Mục tiêu chung của nước ta là xóa đói giảm nghèo, cải thiện chất lượng dinh dưỡng, dinh dưỡng hợp lý và an toàn thực phẩm. Xây dựng cơ cấu bữa ăn hợp lý đảm bảo đủ năng lượng và cân đối thành phần các chất dinh dưỡng, mỡ, đường và các yếu tố vi lượng. Phối hợp liên ngành như: nông nghiệp, ngư nghiệp, lương thực, thực phẩm, công nghiệp, y tế... trong việc cải thiện điều kiện dinh dưỡng, bảo đảm an ninh thực phẩm ở cấp hộ gia đình. Giáo dục dinh dưỡng là một trong những nội dung quan trọng nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về dinh dưỡng hợp lý và an toàn thực phẩm. Vận động cộng đồng tự giải quyết vấn đề dinh dưỡng như tạo ra và sử dụng hợp lý những nguồn lương thực và thực phẩm có sẵn tại địa phương, phát triển hệ sinh thái V.A.C (vườn, ao và chăn nuôi). Cần chú ý bảo quản và sử dụng tốt các nguồn lương thực thực phẩm, tránh mọi lãng phí. Phòng chống các bệnh do ăn uống, dinh dưỡng gây ra, nhất là đối với bệnh dinh dưỡng ở trẻ em và người cao tuổi. Đề phòng các tai nạn ngộ độc do ăn uống, chủ động có kế hoạch truyền thông-giáo dục để cộng đồng tự phòng chống. Phấn đấu đến năm 2010 giảm tỷ lệ trẻ em mới đẻ có trọng lượng dưới 2500g giảm xuống dưới 6%, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng giảm xuống dưới 20%, chiều cao trung bình của thanh niên đạt từ 1,60m trở lên.

## 5.3. Cung cấp nước sạch và vệ sinh môi trường

Có rất nhiều các bệnh lây truyền qua đường nước và do vệ sinh môi trường kém vì thế giải quyết tốt vệ sinh môi trường và cung cấp đủ nước sạch sẽ phòng được nhiều bệnh tật. Vệ sinh môi trường sẽ loại trừ và ngăn chặn các yếu tố nguy hại đối với cơ thể con người do quá trình phát triển sản xuất, giao thông vận tải, gia tăng dân số v.v... Đảm bảo môi trường an toàn cần chú trọng đến những vấn đề sau:

- Tiếp tục đẩy mạnh giáo dục vệ sinh môi trường nhằm nâng cao ý thức và trách nhiệm của mọi thành viên cộng đồng đối với công tác giữ gìn và bảo vệ môi trường sống.
- Giải quyết tốt các chất thải bỏ của con người và gia súc như phân, nước, rác v.v... bằng các biện pháp phù hợp với điều kiện thực tế của địa phương, chú trọng giải quyết các công trình vệ sinh cơ bản như nhà xí, nhà tắm, giếng nước. Phấn đấu đạt tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh đối với nông thôn là 70% trở lên và thành thị là 90% trở lên, tỷ lệ hộ



gia đình xử lý rác đúng quy định đối với nông thôn là 70% trở lên và thành thị là 90% trở lên, tỷ lệ hộ gia đình xử lý phân gia súc hợp vệ sinh đạt từ 70% trở lên.

- Chú ý các biện pháp tiêu diệt các vật trung gian truyền bệnh như ruồi, muỗi, chuột, gián, rận, rệp, bọ chét v.v...
- Cung cấp nước sạch: Mục tiêu của ta là bằng mọi biện pháp và kết hợp mọi nguồn lực phấn đấu đạt tỷ lệ 70% hộ gia đình có nguồn nước sạch trở lên đối với nông thôn và 90% trở lên đối với thành thị.
- Đẩy mạnh trồng cây ở các vùng đô thị, các khu công nghiệp cũng như các vùng đồi trọc, chú ý chọn các loại cây vừa có tác dụng bảo vệ và tạo ra môi trường sống trong sạch, vừa có giá trị kinh tế cao.

#### 5.4. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em trong đó có kế hoạch hóa gia đình

Bà mẹ, trẻ em là hai đối tượng chiếm tỷ lệ cao trong toàn bộ dân số (khoảng 70%). Bảo vệ tốt sức khỏe bà mẹ, trẻ em cũng có nghĩa là về cơ bản đã bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng. Những điểm cơ bản trong công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em hiện nay là:

- Đẩy mạnh giáo dục thực hiện dân số kế hoạch hoá gia đình. Phấn đấu tỷ lệ cặp vợ chồng áp dụng biện pháp tránh thai ở đồng bằng và trung du đạt 70% trở lên và miền núi 55% trở lên.
- Tiếp tục phấn đấu giảm tỷ lệ phát triển dân số, thực hiện mỗi gia đình chỉ có 1 hoặc 2 con. Đẩy mạnh phong trào nuôi con khỏe, dạy con ngoan.
- Thực hiện khám thai cho tất cả phụ nữ mang thai ít nhất 1 lần, trong đó tỷ lệ phụ nữ được khám thai 3 lần trở lên trong 3 kỳ thai nghén đạt 75% với đồng bằng và trung du và 50% trở lên đối với miền núi. Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván đủ liều trước khi sinh ở đồng bằng, trung du 95% trở lên và miền núi 90% trở lên.
- Tiếp tục phấn đấu giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ và trẻ em, nhất là tử vong trẻ sơ sinh. Phấn đấu đến năm 2010 giảm tỷ số chết mẹ xuống còn 70/100.000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi hạ xuống dưới 25% trẻ đẻ ra sống.
- Giải quyết tốt vấn đề dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em.

Nội dung chủ yếu hiện nay của công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em có thể tóm tắt trong chương trình GOBIFFF: Sử dụng biểu đồ sinh trưởng theo dõi sức khỏe trẻ em (Growth monitoring), bù nước và điện giải bằng đường uống (Oral rehydratation), nuôi con bằng sữa mẹ (Breast feeding), tiêm chủng phòng bệnh (Immunisation), kế hoạch hoá gia đình (Family planning), thực phẩm bổ sung cho bà mẹ và trẻ em (Food supplements), giáo dục nhằm tăng cường vai trò của phụ nữ (Female education).

## **5.5. Tiêm chủng phòng chống các bệnh nhiễm trùng phổ biến của trẻ em**

Tiêm chủng là một biện pháp phòng bệnh tích cực, chủ động, mang lại hiệu quả cao. Hiện nay nhiều nước trên thế giới đang thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng nhằm phòng chống các bệnh nhiễm trùng phổ biến và nặng nề ở trẻ em đó là: Bạch hầu, uốn ván, ho gà, lao, sởi, bại liệt.

Ở nước ta chương trình tiêm chủng mở rộng đã đạt được những thành tích đáng kể. Tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc xin đạt cao so với các nước đang phát triển khác. Tiêm chủng đã góp phần giảm tỷ lệ mắc và chết ở trẻ em do 6 bệnh trong chương trình tiêm chủng gây ra.

Mục tiêu của chúng ta hiện nay là đảm bảo tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin theo đúng quy định, đối với đồng bằng và trung du 95% trở lên và miền núi 90% trở lên. Mở rộng triển khai giáo dục về tiêm chủng một số vắc xin khác như phòng viêm gan B, viêm não Nhật Bản.

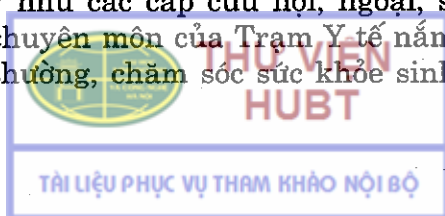
## **5.6. Phòng chống các bệnh dịch lưu hành phổ biến tại địa phương**

Để dịch xảy ra sẽ gây nên những tổn thất về kinh tế, chính trị, xã hội. Vì vậy chủ động phòng không để dịch xảy ra là một nội dung hết sức quan trọng của công tác y tế. Khi dịch đã xảy ra phải có các biện pháp giải quyết nhanh chóng không để dịch lây lan. Hạn chế đến mức tối đa các thiệt hại do dịch bệnh gây ra. Giảm tỷ lệ mắc và chết các bệnh truyền nhiễm gây dịch. Phải phát hiện sớm và báo cáo kịp thời các bệnh truyền nhiễm gây dịch theo quy định của Bộ Y tế (bao gồm cả ngộ độc thực phẩm và nhiễm độc thuốc bảo vệ thực vật, tai nạn và thương tích).

Mục tiêu của ta là tiếp tục chủ động đề phòng, không để dịch lớn xảy ra, thực hiện khống chế tới mức thấp nhất tỷ lệ mắc và chết của các bệnh dịch phổ biến hiện nay. Mục tiêu phấn đấu đến năm 2005 giảm tỷ lệ mắc sốt rét xuống dưới 4,1‰ dân, tỷ lệ chết do sốt rét xuống 0,15/100.000 dân. Khống chế và đẩy lùi tỷ lệ mắc lao mới đến năm 2005 còn khoảng 72/100.000 dân, điều trị khỏi cho 92% bệnh nhân lao. Giảm tỷ lệ sốt xuất huyết xuống còn 109/100.000 dân, số người chết xuống còn 0,17%. Duy trì kết quả thanh toán bệnh bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh. Hạn chế tốc độ gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS. Phòng chống và quản lý các bệnh không nhiễm trùng như tim mạch, ung thư, tai nạn thương tích, bệnh nghề nghiệp v.v... Giảm các bệnh nhiều người mắc thành các bệnh thông thường không phải là vấn đề sức khỏe quan trọng.

## **5.7. Khám điều trị các bệnh và các vết thương thông thường**

Chữa bệnh là thụ động nhưng là một nhu cầu thiết yếu không thể thiếu được, nâng cao chất lượng chữa bệnh là một trong các trọng tâm công tác của Ngành Y tế. Cần tổ chức, giải quyết tốt các bệnh cấp cứu và các bệnh cấp tính thông thường hàng ngày như các cấp cứu nội, ngoại, sản, nhi và các chuyên khoa. Tất cả các cán bộ chuyên môn của Trạm Y tế nắm được các kiến thức và kỹ năng cấp cứu thông thường, chăm sóc sức khỏe sinh sản và đỡ đẻ thường.





Thực hiện quản lý dân các bệnh nhân bị các bệnh mãn tính tại nhà. Chú ý quản lý tốt các bệnh xã hội như lao, phong, sốt rét, tâm thần ... và các bệnh nghề nghiệp như bệnh bụi phổi, diếc nghề nghiệp... thực hiện hướng quản lý và theo dõi sức khỏe tại nhà cho các bệnh nhân. Nâng cao tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là các dịch vụ khám chữa bệnh. Thực hiện bình quân số lần khám chữa bệnh tại Trạm Y tế và tại nhà đạt 0,6 lần/ người/ năm trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hợp lý tại Trạm Y tế đạt từ 80% trở lên. Không để xảy ra tai biến trong điều trị dẫn đến tử vong do sai sót chuyên môn hoặc thiếu tinh thần trách nhiệm. Kết hợp với điều trị bằng y học cổ truyền, tỷ lệ bệnh nhân được khám chữa bằng y học cổ truyền hoặc kết hợp với y học hiện đại trên tổng số bệnh nhân khám, điều trị tại Trạm Y tế đạt 20% trở lên.

### 5.8. Cung cấp đủ thuốc thiết yếu

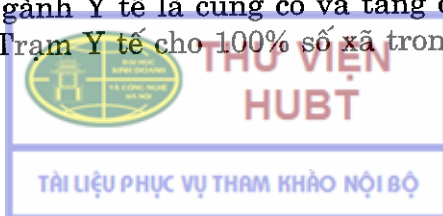
Thầy và thuốc là hai yếu tố quan trọng nhất không thể thiếu được trong thực hiện chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Mục tiêu phấn đấu là cung cấp đủ thuốc thiết yếu cho công tác phòng bệnh và chữa các bệnh thông thường cho nhân dân nhất là cung cấp thuốc cho tuyến y tế cơ sở. Chú trọng ưu tiên cung cấp thuốc cho các vùng sâu, vùng xa, vùng miền núi dân tộc ít người. Mỗi Trạm Y tế có quầy thuốc thiết yếu, ít nhất có từ 60 loại thuốc thông thường theo quy định. Thuốc được bảo quản theo yêu cầu ghi trên nhãn thuốc, có tủ hay ngăn chứa thuốc độc, thuốc gây nghiện riêng theo quy định. Thuốc được quản lý tập trung một đầu mối và thực hiện đúng theo quy chế dược chính, không để thuốc quá hạn, hư hỏng mất mát. Thực hiện quản lý, sử dụng thuốc an toàn hợp lý, tránh lạm dụng thuốc. Kết hợp sử dụng các loại thuốc y học cổ truyền và điều trị bằng phương pháp y học cổ truyền không dùng thuốc. Trạm Y tế có vườn trồng ít nhất 40 loại cây thuốc trở lên theo danh mục cây thuốc Bộ Y tế hướng dẫn và truyền thông giáo dục nhân dân trồng, sử dụng các cây thuốc thông thường để phòng và chữa bệnh.

### 5.9. Quản lý sức khỏe

Mục tiêu lâu dài của Ngành Y tế là quản lý sức khỏe cho toàn dân, trước mắt là thực hiện quản lý sức khỏe cho các đối tượng ưu tiên. Quản lý sức khỏe là biện pháp chăm sóc sức khỏe tiên tiến theo quan điểm y học dự phòng. Trong tình hình hiện nay chúng ta chưa có đủ điều kiện thực hiện quản lý sức khỏe toàn dân thì chiến lược của ta là thực hiện quản lý sức khỏe cho các đối tượng ưu tiên trước như trẻ em dưới 1 tuổi, trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ có thai, phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ (15 đến 49 tuổi), bệnh nhân bị các bệnh xã hội như lao, phong, tâm thần, sốt rét, bệnh nghề nghiệp, cán bộ công nhân viên công tác tại các cơ quan nhà nước, những người trong diện chính sách ưu tiên của nhà nước.

### 5.10. củng cố mạng lưới y tế cơ sở thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu

Mục tiêu của Ngành Y tế là củng cố và tăng cường mạng lưới y tế cơ sở. Phấn đấu xây dựng Trạm Y tế cho 100% số xã trong cả nước với số lượng từ 3



đến 6 cán bộ y tế. Phần đầu đến năm 2010 có 80% số xã có bác sỹ, 80% Trạm Y tế có nữ hộ sinh, các Trạm Y tế đều có cán bộ trình độ được tá phụ trách công tác được, 100% thôn bản có nhân viên y tế có trình độ sơ học trở lên và được trang bị các túi y tế thôn bản để thực hiện nhiệm vụ cơ bản như tiêm, sơ cứu, truyền thông giáo dục sức khỏe.

Trạm Y tế cần có đủ các phương tiện tối thiểu để làm việc. Có cơ sở nhà cửa sạch sẽ đủ các phòng làm việc cho cán bộ y tế. Tối thiểu có phòng đẻ, phòng khám bệnh, phòng thực hiện các thủ thuật, phòng cho bệnh nhân cấp cứu, phòng cho sản phụ, khu vệ sinh. Các Trạm Y tế phải có các dụng cụ cơ bản như ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, bơm kim tiêm và các trang bị cấp cứu thông thường, bộ dụng cụ khám chuyên khoa mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt, khám điều trị sản phụ khoa, kế hoạch hoá gia đình, đỡ đẻ, cấp cứu sơ sinh và chăm sóc trẻ em, các thiết bị tiệt khuẩn như nồi hấp, tủ sấy, nồi luộc dụng cụ, các thiết bị nội thất như bàn ghế, giường bệnh nhân, tủ thuốc, các dụng cụ phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.

Trong hệ thống y tế, tuyến y tế cơ sở đặc biệt là tuyến xã/ phường có nhiệm vụ trọng tâm là thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu. Những năm gần đây việc củng cố mạng lưới y tế cơ sở để đẩy mạnh hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu được Đảng, chính phủ và Ngành Y tế quan tâm lớn. Tuy nhiên hiện nay các đơn vị y tế cơ sở vẫn cần đẩy mạnh hơn nữa công tác quản lý, đào tạo bồi dưỡng cán bộ, huy động nguồn lực, tăng cường đầu tư cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trước mắt các địa phương cần thực hiện tốt chỉ thị của Ban chấp hành Trung ương Đảng số 06-CT/TW ngày 22 tháng 01 năm 2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở để đẩy mạnh thực hiện CSSKBD. Các cơ sở y tế cần xây dựng các kế hoạch hoạt động cụ thể để đẩy mạnh thực hiện chiến lược sức khỏe cho mọi người thông qua thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

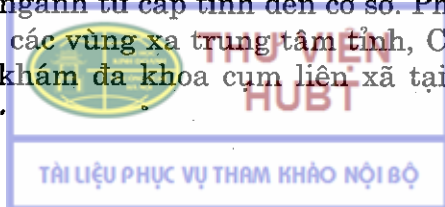
## **6. CÁC GIẢI PHÁP THỰC HIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU**

### **Đầu tư**

Tăng cường đầu tư của nhà nước, đóng góp của cộng đồng và tranh thủ viện trợ quốc tế trong đó đầu tư của nhà nước đóng vai trò chủ đạo. Phần đầu tăng mức chi thường xuyên cho y tế trong tổng chi ngân sách nhà nước. Ưu tiên đầu tư cho các vùng nghèo, y tế dự phòng, hoạt động CSSKBD tại y tế cơ sở. Thực hiện thí điểm một số chính sách tài chính mới, mở rộng bảo hiểm y tế tự nguyện. điều phối tốt các khoản viện trợ.

### **Kiên toàn tổ chức**

Củng cố hoàn thiện hệ thống tổ chức Ngành Y tế, xây dựng, hoàn thiện mạng lưới y tế dự phòng, khám chữa bệnh, được theo hướng tinh giản dần. Hoàn thiện cơ chế quản lý ngành từ cấp tỉnh đến cơ sở. Phát triển bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện ở các vùng xa trung tâm tỉnh, Củng cố nâng cao chất lượng phục vụ các phòng khám đa khoa cụm liên xã tại miền núi. Nâng cao



năng lực hệ thống y tế dự phòng từ trung ương đến cơ sở. củng cố khoa y tế lao động và thành lập các phòng khám bệnh nghề nghiệp tại các tỉnh trọng điểm công nghiệp. Hoàn thiện mạng lưới quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm. Kiện toàn hệ thống thanh tra chuyên ngành. Sắp xếp lại mạng lưới và nâng cấp các cơ sở đào tạo, đổi mới nội dung đào tạo

### **Tăng cường công tác quản lý**

Đào tạo cán bộ quản lý ở các cấp, phân cấp quản lý rõ ràng. Nâng cao năng lực lập kế hoạch trong các lĩnh vực hoạt động của ngành. Thường xuyên theo dõi, giám sát đánh giá kết quả hoạt động và thực hiện kế hoạch. Có chế độ quản lý sử dụng tốt cán bộ tăng cường cho cơ sở. Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống pháp luật y tế. Nâng cao kiến thức quản lý chung cho cán bộ quản lý. Thực hiện quy chế dân chủ ở mọi cấp trong ngành.

### **Phát triển nhân lực**

Tiêu chuẩn hoá việc đào tạo cán bộ y tế cho từng tuyến. Đào tạo cân đối các loại cán bộ theo chuyên ngành. Đẩy mạnh đào tạo sau đại học cho tuyến tỉnh và huyện. Sắp xếp lại nhân lực tuyến tỉnh và huyện để có thể thực hiện điều động luân chuyển cán bộ tăng cường cho cơ sở. Nâng cao kỷ luật lao động và y đức của cán bộ. Tiến tới thực hiện nghĩa vụ phục vụ các vùng núi, vùng sâu, vùng xa đối với các bác sỹ mới ra trường.

### **Củng cố phát triển y tế cơ sở**

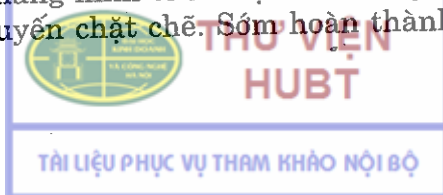
Đảm bảo 100% số xã có Trạm Y tế phù hợp, phấn đấu đến năm 2010 có 80% số xã có bác sĩ, 80% số Trạm Y tế có nữ hộ sinh trung học. Các Trạm Y tế đều có cán bộ trình độ được tá phụ trách được, 100% thôn bản có nhân viên y tế trình độ sơ học trở lên. Phát triển đội ngũ tình nguyện viên y tế tại các thôn ấp vùng đồng bằng.

### **Đẩy mạnh công tác y tế dự phòng, nâng cao sức khỏe**

Tiếp tục thực hiện các mục tiêu chương trình quốc gia thanh toán một số bệnh xã hội và dịch nguy hiểm. Triển khai thực hiện một số chương trình phòng chống các bệnh không nhiễm trùng như: Tim mạch, ung thư, đái tháo đường, nghiện ma túy, di truyền và dị tật bẩm sinh. Chủ động phòng chống không để dịch bệnh lớn xảy ra. Triển khai phương án đề phòng khắc phục các thảm họa thiên tai, tai nạn và thương tích. Triển khai các vấn đề sức khỏe môi trường lao động trong các doanh nghiệp. Tăng cường quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm. Triển khai chương trình sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn, thực hiện tốt hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Triển khai thực hiện tốt các chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em. Phát huy các phong trào rèn luyện sức khỏe nâng cao tầm vóc người Việt Nam.

### **Củng cố công tác khám chữa bệnh**

Đầu tư nâng cấp đồng bộ hệ thống khám chữa bệnh phù hợp với nhu cầu từng vùng và khả năng kinh tế xã hội. Phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và có quy định chuyển tuyến chặt chẽ. Sớm hoàn thành quy hoạch mạng lưới khám



chữa bệnh, chuẩn hoá các phương tiện kỹ thuật thường quy, khai thác sử dụng hết công suất các trang thiết bị. Xây dựng danh mục thuốc phù hợp với bệnh viện, tăng cường sử dụng thuốc sản xuất trong nước. Chống lãng phí sử dụng thuốc đắt tiền. Tăng cường điều trị phục hồi chức năng. Triển khai thực hiện tốt quy chế bệnh viện, cải cách thủ tục trong khám chữa bệnh. Đa dạng hoá hoạt động khám chữa bệnh đáp ứng nhu cầu của nhân dân.

### **Phát triển y dược học cổ truyền**

Tiếp tục triển khai thực hiện chỉ thị số 25/1999/CT-TTg ngày 30/8/1999 của Thủ tướng Chính phủ về đẩy mạnh công tác y dược học cổ truyền.

### **Thuốc và trang thiết bị**

Tiếp tục triển khai chính sách quốc gia về thuốc với mục tiêu cơ bản đảm bảo cung ứng thuốc thường xuyên, đủ thuốc có chất lượng đến người dân. Thực hiện sử dụng thuốc an toàn hợp lý, hiệu quả. Quy hoạch tổ chức lại ngành công nghiệp dược theo hướng tập trung, đầu tư chuyên môn hoá. Đến năm 2010 tất cả các cơ sở đạt tiêu chuẩn GMP. Hoàn chỉnh hệ thống văn bản pháp quy về trang thiết bị y tế, kiện toàn tổ chức và xây dựng các trung tâm dịch vụ kỹ thuật trang thiết bị y tế. Đầu tư trang thiết bị hiện đại theo tuyến kỹ thuật của hệ thống phòng bệnh, khám chữa bệnh. Phát triển nền công nghiệp trang thiết bị y tế ở nước ta.

### **Phát triển khoa học công nghệ và thông tin y tế**

Từng bước hiện đại hoá kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, sinh hoá, lý sinh, miễn dịch, di truyền và sinh học phân tử. áp dụng các công nghệ tiên tiến về tim mạch, nội soi, chỉnh hình, vi phẫu, thay thế và ghép phủ tạng. Xây dựng một số labo chuẩn và 3 trung tâm chuyên sâu ở 3 miền Bắc, Trung, Nam về kiểm nghiệm chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm. Phát triển công nghệ sinh học, sản xuất các loại vắc xin, chế phẩm sinh học cho chẩn đoán và điều trị. Phát triển công nghệ tự động hoá trong sản xuất trang thiết bị chủ yếu. Tiếp tục hoàn thiện và nâng cao chất lượng hoạt động của hai trung tâm y tế chuyên sâu Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, sớm triển khai trung tâm y tế chuyên sâu tại Huế và Đà Nẵng, các trung tâm y tế vùng khác. củng cố hệ thống báo cáo thống kê, ứng dụng tin học, thông tin quản lý và cung cấp thông tin kịp thời, tin cậy cho công tác quản lý ở các cấp.

### **Xã hội hoá công tác y tế**

Đẩy mạnh hoạt động xã hội hoá công tác y tế. Lồng ghép các yêu cầu bảo vệ sức khỏe nhân dân trong các chính sách vĩ mô về kinh tế, xã hội, các chương trình dự án phát triển sản xuất, tạo việc làm, xóa đói giảm nghèo. Đa dạng hoá các loại hình chăm sóc sức khỏe, khai thác các nguồn đầu tư khác cho sức khỏe như bảo hiểm y tế tự nguyện, viện trợ nước ngoài. Tiếp tục củng cố trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe các tỉnh, thành phố. Phát triển mạng lưới truyền truyền viên đến xã. Sử dụng các biện pháp và hình thức truyền thông phù hợp để mọi tầng lớp nhân dân và các tổ chức quần chúng tự nguyện tham gia và đóng góp vào việc bảo vệ sức khỏe cho chính bản thân mình và cộng đồng.

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Trình bày các khuyến cáo Hội nghị Alma Ata
2. Nêu và giải thích định nghĩa và ý nghĩa của chăm sóc sức khỏe ban đầu.
3. Nêu các nguyên lý cơ bản của chăm sóc sức khỏe ban đầu.
4. Trình bày 10 nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam
5. Liệt kê các giải pháp thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam.

## Bài 6

# TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

### MỤC TIÊU

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

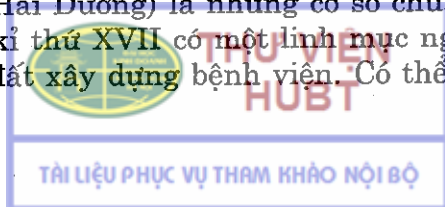
## 1. LỊCH SỬ, KHÁI NIỆM VÀ VAI TRÒ CỦA BỆNH VIỆN

### 1.1. Vài nét về lịch sử bệnh viện

Từ lâu, công tác điều trị đã được coi là vấn đề then chốt trong chăm sóc sức khỏe. Xã hội thời cổ đại chưa có cơ sở để thu nạp bệnh nhân điều trị. Vì vậy các thầy thuốc chủ yếu thực hiện thăm khám và điều trị bệnh nhân tại nhà. Càng ngày lượng bệnh nhân có nhu cầu chữa bệnh tăng lên, các thầy thuốc đã biến nhà mình ở thành nơi dung nạp bệnh nhân. Lịch sử đã ghi nhận: cơ sở cho khám và điều trị bệnh nhân sớm nhất thế giới được xây dựng tại Srilanka năm 137 trước công nguyên dưới quyền quản lý của nhà nước phong kiến thời vua Konig Dootoogamen. Đến thế kỷ thứ VIII một bệnh viện đầu tiên ở châu Âu đã xuất hiện ở thủ đô Rome (Italia) gọi là Saintsprito. Những thế kỷ tiếp theo nhiều bệnh viện đã được các nhà nước phong kiến xây dựng ở khắp châu Âu và chỉ mười thế kỷ gần đây hình thức điều trị bệnh nhân nội trú tại bệnh viện mới phát triển sang Đông Á.

Theo danh từ tiếng Anh "Hospital" có nghĩa là tổ chức từ thiện, ngày nay được chính thức dịch sang các thứ tiếng là "bệnh viện". Trong tiếng Việt những cơ sở từ thiện được gọi là "nhà tế bần" hay "nhà thương". Nhiều tài liệu cho biết các nhà tế bần chủ yếu do các bà sơ tại các nhà thờ thiên chúa giáo tự đứng ra tổ chức để cứu chữa cho các người bệnh mà đại đa số họ là những người nghèo.

Ở nước ta, tổ chức chữa bệnh đã có từ lâu. Đời nhà Lý (1010-1224) đã tổ chức Ty Thái Y chăm lo sức khỏe cho nhà vua và quan lại. Nguyễn Bá Tĩnh, hiệu là Tuệ Tĩnh (thế kỷ thứ XIV) đã xây dựng 24 ngôi chùa, trong đó có chùa Hải Triều ở Cẩm Giàng (Hải Dương) là những cơ sở chữa bệnh làm phúc sớm nhất ở nước ta. Cuối thế kỷ thứ XVII có một linh mục người Pháp là Langlois được triều đình Huế cấp đất xây dựng bệnh viện. Có thể nói đây là bệnh viện



đầu tiên ở nước ta và cũng từ đây xuất hiện hai hình thức điều trị: Nội trú và ngoại trú. Đầu thời kỳ Pháp thuộc (năm 1863) chính phủ Pháp đã xây dựng bệnh viện Grall (nay là Bệnh viện Nhi Đồng I Thành phố Hồ Chí Minh), bệnh viện Đồn Thủy (Lanessan) vào năm 1893 dành cho quân đội và công chức Pháp (hiện nay là viện Quân y 108 và bệnh viện Hữu nghị). Sau đó năm 1906 Pháp cho xây dựng nhà thương bảo hộ (nay là bệnh viện Việt Đức). Sau Cách mạng Tháng Tám năm 1945 và đặc biệt sau ngày giải phóng hoàn toàn Miền Nam (1975) Đảng và Nhà nước đã chú trọng phát triển các cơ sở điều trị bệnh nhân nội trú, phong phú, đa dạng và khắp đất nước, tỏa sâu tới các huyện, xã. Năm 2003 toàn quốc đã có gần 900 bệnh viện các loại (không kể các bệnh viện của lực lượng vũ trang) <sup>10</sup>.

## 1.2. 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.

<sup>10</sup> Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế năm 2003

## 2. TỔ CHỨC VÀ CẤU TRÚC CỦA BỆNH VIỆN

### 2.1. Vị trí xây dựng bệnh viện

Việc xác định vị trí để xây dựng bệnh viện trong cộng đồng cũng là vấn đề cần được cân nhắc kỹ càng để đảm bảo việc thực hiện các chức năng của bệnh viện. Một số tiêu chuẩn cần được xem xét 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...

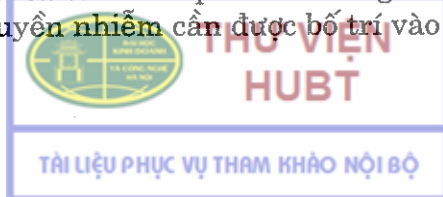
Tuy nhiên bệnh viện cũng không nên xây dựng quá xa các bến xe, bến tàu, nhà bưu điện, công viên... Vì có thể gây khó khăn cho người bệnh và nhân dân đi lại, thông tin, liên lạc và giải trí.

### 2.2. Cấu trúc, sắp xếp các bộ phận tổ chức của bệnh viện nói chung

Có thể mô tả vắn tắt những nét lớn như sau: Xung quanh bệnh viện cần có hàng cây xanh để chắn bụi và tiếng ồn, tiếp đó là hàng rào hay tường xây vững chắc bao bọc quanh viện. Bệnh viện cần có hai cổng: Cổng chính ở phía trước của bệnh viện để đón tiếp bệnh nhân và cán bộ tới làm việc. Cổng phụ của bệnh viện thường ở phía sau hay ngang của bệnh viện dùng để vận chuyển các vật bẩn của bệnh viện ra ngoài như: rác, chất thải và xác chết. Bệnh viện lớn có thể có nhiều cổng phụ.

Phòng bảo vệ thường được bố trí tại các cổng của bệnh viện. Phòng khám đa khoa của bệnh viện cần đặt sát cổng chính để tiện cho dân vào khám bệnh. Khu hành chính có thể bố trí gần cổng chính. Phòng cấp cứu cần bố trí sao cho tiện cấp cứu bệnh nhân từ ngoài vào, bệnh nhân từ các khoa phòng trong bệnh viện tới. Có thể khoa/phòng cấp cứu được bố trí ở trung tâm của bệnh viện nhưng gần cổng chính. Phải có biển báo rõ và to hướng dẫn đi tới phòng cấp cứu. Ban đêm phải có đèn sáng chỉ dẫn.

Khoa ngoại- sản cũng cần được bố trí ở gần cổng chính để phục vụ cho cấp cứu sản và ngoại khoa. Tất cả các khoa phải có hướng dẫn và biển báo, ban đêm phải có đèn sáng. Khoa truyền nhiễm cần được bố trí vào một góc của bệnh viện





và cách xa các khoa khác, đồng thời cần có rào chắn quanh để cách ly và chống truyền bệnh ra ngoài, sang các khoa khác. Nhìn chung các khoa lâm sàng nằm vây quanh khoa hồi sức cấp cứu của bệnh viện. Khoa xét nghiệm tổng hợp nên ở xen kẽ vào giữa các khoa điều trị, cũng có thể bố trí gần Khoa khám bệnh để tiện cho bệnh nhân làm các xét nghiệm chẩn đoán. Đối với bệnh viện lớn: Khoa khám bệnh có thể tổ chức một khu xét nghiệm riêng. Khu vực hậu cần, các kho xăng, xe và bộ phận phục vụ khác nên để vào góc sau của bệnh viện. Khoa giải phẫu bệnh nhất thiết phải được bố trí gần cổng phụ.

Đường đi trong bệnh viện phải được lát gạch, đá phẳng, đi lại thuận tiện và không bụi bặm. Cần trồng nhiều cây trên các đường này và xen giữa các khoa phòng để chống tiếng ồn và bụi. Trong bệnh viện phải xây dựng một vài khuôn viên nhỏ (như kiểu công viên) để người bệnh nghỉ ngơi, giải trí.

Sơ đồ cấu trúc tổ chức của bệnh viện theo nguyên tắc một chiều. Người bệnh từ ngoài vào Khoa khám bệnh rồi tới các khoa điều trị. Sau điều trị khỏi, người bệnh tới phòng quản lý chức năng giải quyết thủ tục giấy tờ rồi ra viện theo cổng chính. Người bệnh tử vong được đưa tới khoa giải phẫu bệnh và ra ngoài theo cổng phụ. Nguyên tắc này hạn chế tối đa sự nhiễm trùng chéo trong bệnh viện.

### 2.3. Những bộ phận tổ chức chính của bệnh viện đa khoa (Xem hình 6.1)

- 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
- Bộ phận chuyên môn gồm: Các khoa lâm sàng và các khoa cận lâm sàng.
- 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.
- Các bệnh viện tuyến huyện không có các khoa chuyên sâu như ở hình 6.1. 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 chẩn đoán hình ảnh, huyết học, sinh hoá, vi sinh và giải phẫu bệnh.
- 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.



- 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.

- 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.

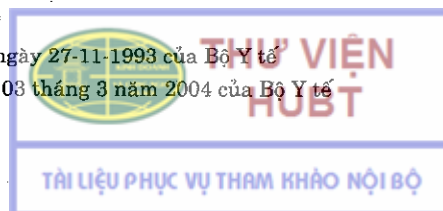
### 3. PHÂN HẠNG BỆNH VIỆN

Phân hạng bệnh viện đầu tiên dựa theo 4 tiêu chuẩn: Vị trí, chức năng, nhiệm vụ; Chất lượng chẩn đoán và chăm sóc; quy mô và công suất sử dụng giường bệnh; trình độ công chức và viên chức<sup>11</sup>. Với 4 tiêu chuẩn trên, bệnh viện được chia 4 hạng: hạng I (91-100 điểm); hạng II (75-90); hạng III (55-74) và hạng IV(30-54 điểm)

Các bệnh viện hiện nay được phân thành 3 hạng I, II và III dựa theo 5 nhóm tiêu chuẩn<sup>12</sup>. Mỗi nhóm được chấm điểm theo quy định của Bộ Y tế. Mục đích của việc phân hạng bệnh viện là để hoàn chỉnh về tổ chức, nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật, chất lượng phục vụ người bệnh; phân tuyến kỹ thuật điều trị; xây dựng kế hoạch đào tạo bồi dưỡng cán bộ... Bệnh viện hạng I phải có tổng số điểm cho cả 5 nhóm tiêu chuẩn từ 90 điểm trở lên; bệnh viện hạng II: từ 70- dưới 90; bệnh viện hạng III: 40- dưới 70. Dưới 40 điểm thì chưa công nhận là bệnh viện.

<sup>11</sup> Thông tư hướng dẫn số 13/BYT-TT ngày 27-11-1993 của Bộ Y tế

<sup>12</sup> Thông tư số 03/2004/ TT-BYT, ngày 03 tháng 3 năm 2004 của Bộ Y tế

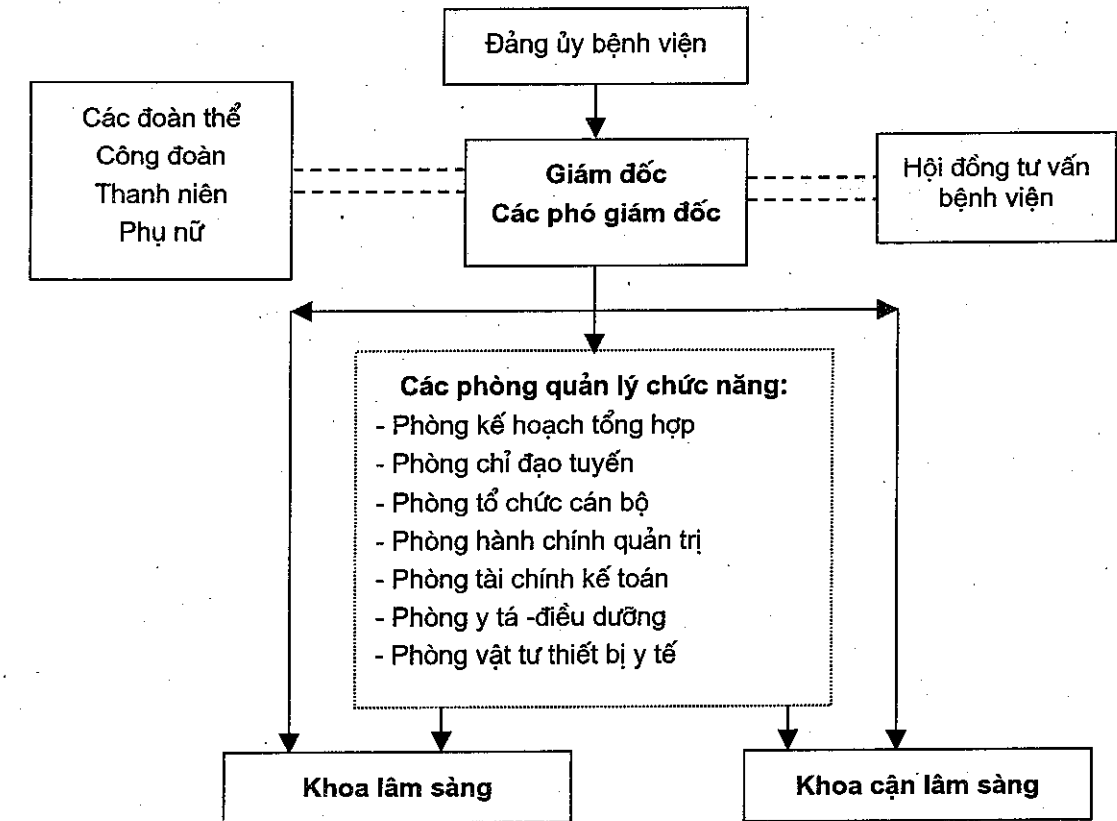


Bệnh viện thuộc Bộ Y tế quản lý do Bộ này ra quyết định công nhận hạng (với bệnh viện hạng I thì cần có thẩm định của Bộ Nội vụ); bệnh viện thuộc địa phương quản lý do Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố ra quyết định công nhận (nếu là bệnh viện hạng I cần có ý kiến thẩm định của Bộ Y tế và Bộ Nội Vụ); Bệnh viện thuộc ngành quản lý do Bộ chủ quản ra quyết định công nhận (nếu là bệnh viện hạng I cần có ý kiến thẩm định của Bộ Y tế và Bộ Nội Vụ).

<i>Các nhóm tiêu chuẩn:</i>	<i>Điểm</i>
<i>Nhóm I: Vị trí, chức năng và nhiệm vụ</i>	10
Chỉ đạo kỹ thuật tuyến dưới, chăm sóc sức khỏe ban đầu	04
Đào tạo cán bộ (là cơ sở thực hành)	03
Nghiên cứu khoa học	03
<i>Nhóm II: Quy mô giường bệnh và nội dung hoạt động</i>	20
Số giường bệnh theo kế hoạch	10
Công suất sử dụng giường	04
Số người bệnh nội trú thuộc đối tượng chăm sóc cấp I	02
Tổ chức chăm sóc người bệnh	02
Sấy hấp tiệt khuẩn tập trung	02
<i>Nhóm III: Trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ cấu lao động</i>	35
Giám đốc và các phó giám đốc	05
Trưởng phòng và phó trưởng phòng	05
Trưởng khoa và phó trưởng khoa	05
Các y tá điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên trưởng khoa lâm sàng	05
Các thầy thuốc điều trị ở các khoa lâm sàng	05
Các y tá điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên khoa lâm sàng	05
Cơ cấu lao động	05
<i>Nhóm IV: Cơ sở hạ tầng</i>	15
<i>Nhóm V: Thiết bị y tế, kỹ thuật chẩn đoán và điều trị</i>	20
Thiết bị y tế	05
Kỹ thuật xét nghiệm huyết học đang thực hiện	02
Kỹ thuật xét nghiệm hoá sinh đang thực hiện	02
Kỹ thuật xét nghiệm vi sinh đang thực hiện	02
Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh đang thực hiện	02
Phẫu thuật do cán bộ của bệnh viện đang thực hiện	04
Thủ thuật do cán bộ của bệnh viện đang thực hiện	02
Chẩn đoán giải phẫu bệnh	01

(Với các bệnh viện, viện chuyên khoa: Y học cổ truyền, tâm thần, tai mũi họng, răng hàm mặt, mắt có quy định riêng).

Ngoài ra có 7 tiêu chuẩn có tính chất bắt buộc trong phân hạng bệnh viện, ví dụ: chấm điểm cho giám đốc và phó giám đốc, với bệnh viện hạng I phải trên 4 điểm, bệnh viện hạng II phải trên 3 điểm, bệnh viện hạng III phải trên 2 điểm...



Khoa khám bệnh	Khoa HH lâm sàng
Khoa nội	Khoa VLTL-PHCN
Khoa hồi sức cấp cứu	Khoa y học cổ truyền
Khoa lao bệnh phổi	Khoa nhi
Khoa tim mạch	Khoa y học hạt nhân
Khoa cơ, xương khớp	Khoa điều trị tia xạ
Khoa nội tiết	Khoa ngoại
Khoa truyền nhiễm	Khoa phẫu thuật
Khoa da liễu	Khoa bỏng
Khoa thần kinh	Khoa phụ sản
Khoa tâm thần	Khoa răng hàm mặt
Khoa nội tiêu hoá	Khoa tai mũi họng
Khoa nội thận tiết niệu	Khoa mắt
Khoa dị ứng	

Khoa huyết học-truyền máu
Khoa hóa sinh
Khoa xét nghiệm sinh vật
Khoa chẩn đoán hình ảnh
Khoa chống nhiễm khuẩn
Khoa dược
Khoa thăm dò chức năng
Khoa giải phẫu bệnh
Khoa dinh dưỡng
Khoa dược

Hình 6.1. Mô hình tổ chức bệnh viện đa khoa



## 4. 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 nữa của một cơ quan quản lý tích cực. Theo Quy chế bệnh viện ban hành theo 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 khoa học về y học và y tế.
- Chỉ đạo tuyến dưới về chuyên môn kỹ thuật.
- Phòng bệnh.
- Hợp tác quốc tế.
- Quản lý kinh tế trong bệnh viện.

### 4.1. 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 nội trú 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.

### 4.2. 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.

#### 4.3. 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 luân 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:

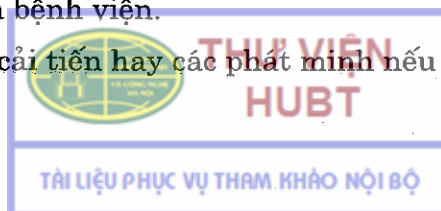
- Chính quy dài hạn
- Bổ túc ngắn hạn.
- Kiểm tra, đánh giá, giám sát.
- Tự học...

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.

#### 4.4. Nghiên cứu khoa học về y học và 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.



#### 4.5. Chỉ đạo tuyển 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 tuyển dưới về công nghệ, cơ sở vật chất.
- Đặc biệt chỉ đạo tuyển dưới thực hiện 10 nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu.

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

#### 4.6. 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 lí lịch máy. 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.

#### 4.7. 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...

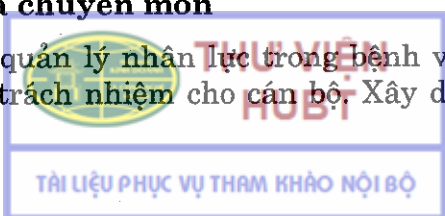
### 5. CÁC NỘI DUNG QUẢN LÝ CHÍNH TRONG BỆNH VIỆN

#### 5.1. Quản lý kế hoạch

- Thu thập thông tin bệnh viện phục vụ lập kế hoạch: Các nhóm thông tin cần thu thập như thông tin về phía người dân (kinh tế, văn hoá, xã hội, mô hình bệnh tật, tử vong); thông tin về đường lối, chính sách của cấp trên, định hướng chiến lược về công tác khám chữa bệnh; thông tin về cung cấp dịch vụ y tế trong cộng đồng dân cư do bệnh viện phụ trách; thông tin về ngân sách, nhân lực, cơ sở vật chất, thuốc, trang thiết bị tại bệnh viện...
- Lập kế hoạch khám bệnh, chữa bệnh khả thi (xem bài lập kế hoạch)
- Thực hiện kế hoạch: Kiểm tra, giám sát, thanh tra bệnh viện (xem bài giám sát các hoạt động và chương trình y tế).
- Đánh giá việc thực hiện kế hoạch: Dựa vào mục tiêu của bản kế hoạch, quy chế bệnh viện, phân hạng bệnh viện, nhiệm vụ bệnh viện... để tiến hành đánh giá (xem bài đánh giá).

#### 5.2. Quản lý nhân lực và chuyên môn

Nội dung chính của quản lý nhân lực trong bệnh viện là giáo dục y đức, năng lực chuyên môn và trách nhiệm cho cán bộ. Xây dựng và thực hiện quy





hoạch tuyển cán bộ mới, đề bạt, nghỉ hưu và đào tạo cán bộ. Không ngừng nâng cao đời sống vật chất và tinh thần cho cán bộ. Kiện toàn hệ thống quản lý cán bộ và các tổ chức, đoàn thể trong bệnh viện là yếu tố rất quan trọng để quản lý tốt cán bộ trong bệnh viện. Cán bộ quản lý phải là người gương mẫu về mọi mặt, đồng thời giữ gìn mối đoàn kết thống nhất trong bệnh viện.

### 5.3. Quản lý tài chính

(Xem nhiệm vụ 6 của bệnh viện và xem bài Quản lý tài chính vật tư y tế).

### 5.4. Quản lý cơ sở vật chất - trang thiết bị - thuốc

Bệnh viện gồm nhiều cơ sở vật chất rất khác nhau như nhà cửa, đất đai, máy móc, trang thiết bị khám chữa bệnh, phương tiện vận chuyển, hoá chất... Nguyên lý chung của quản lý cơ sở vật chất- trang thiết bị là phải có kế hoạch mua sắm, thay thế, duy tu, bảo dưỡng đồng thời nâng cấp không ngừng để đáp ứng nhu cầu về khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh ngày càng cao.

## 6. ĐẠI CƯƠNG VỀ QUY CHẾ BỆNH VIỆN

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

- 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.

### 6.2. Đại cương 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 chia làm 5 phần:

#### 6.2.1. Quy chế tổ chức bệnh viện

Bao gồm những nhiệm vụ chung của bệnh viện, các hạng bệnh viện: hạng I, hạng II và hạng III thuộc các bệnh viện đa khoa hay bệnh viện chuyên khoa; những cơ cấu về tổ chức bao gồm giám đốc, các phòng, các khoa, các hội đồng tư vấn trong bệnh viện. Qua cơ cấu tổ chức bệnh viện, cho phép đánh giá khả năng hoạt động, trình độ chuyên môn kỹ thuật và công tác quản lý bệnh viện.



### **6.2.2. Quy chế nhiệm vụ quyền hạn chức trách cá nhân**

Phần này quy định rõ nhiệm vụ của từng cá nhân như giám đốc, các phó giám đốc, trưởng phòng, phó trưởng phòng, trưởng khoa, phó trưởng khoa, các nhân viên khác như lái xe, thủ kho, y công...

### **6.2.3. Quy chế quản lý bệnh viện**

Gồm 21 quy chế như quy chế kế hoạch, quản lý biểu mẫu và sổ ghi chép thông tin y tế, hội họp, lưu trữ hồ sơ bệnh án, quản lý lao động, quy định về y đức...

### **6.2.4. Quy chế chuyên môn**

Gồm 14 quy chế (sẽ đề cập kỹ ở phần 6.3).

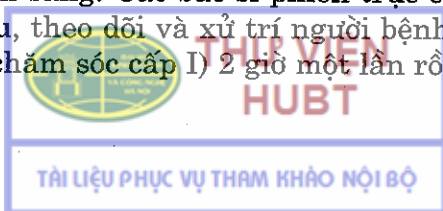
### **6.2.5. Quy chế công tác một số khoa**

Gồm 28 quy chế, như quy chế công tác khoa khám bệnh, khoa hồi sức cấp cứu, khoa nội, khoa nhi, khoa ngoại v.v...

## **6.3. Một số quy chế chuyên môn**

### **6.3.1. 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 sĩ 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 sĩ lâm sàng. Các bác sĩ 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.

### **6.3.2. 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 kỳ khoa nào cũng phải được đón tiếp ngay.
  - + Bác sĩ, y tá thực hiện khám, lấy mạch, đo huyết áp ngay...Mời 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 ngoài 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.

### **6.3.3. 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 lý, 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 sĩ 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 sĩ 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 bìa 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 sĩ 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.

#### **6.3.4. 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 sĩ 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 sĩ khám. Bác sĩ phải thăm khám ngay, ghi vào hồ sơ, làm xét nghiệm bổ sung ra y lệnh điều trị.

- + 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 sĩ đi kèm.
- + Ra viện: Bác sĩ 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.

### 6.3.5. 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 tổn 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 sĩ điều trị, cấm tiêm mạch máu 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 lượng 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.

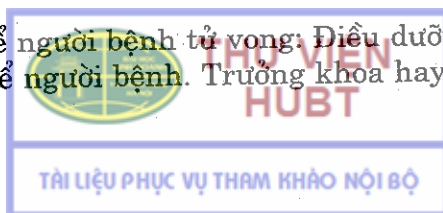
- + Chống nhầm lẫn thuốc: Đơn thuốc viết rõ ràng, dùng chữ Việt Nam, La Tinh hoặc tên biệt dược. Ghi theo thứ tự thuốc tiêm, viên, nước rồi đến phương pháp điều trị khác. Phải đánh số cho thuốc độc, gây nghiện và kháng sinh. Điều dưỡng phải đảm bảo thuốc đến người bệnh, công khai thuốc hàng ngày, khi 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.

### **6.3.6. 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 sĩ 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 bệnh 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. Buồng 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.

### **6.3.7. 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 sĩ 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 ký 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 sĩ 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 sĩ 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 sĩ 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

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh viện có tầm quan trọng như thế nào?
2. Quan niệm bệnh viện ngày nay khác trước chỗ nào? Định nghĩa BV ?
3. BV có những bộ phận chính gì ?
4. Thuyết minh cấu trúc mặt bằng của BV
5. Bệnh viện được phân thành mấy loại? Kể tên các nhóm tiêu chuẩn phân loại, số điểm của từng loại.
6. Kể tên 7 nhiệm vụ của bệnh viện
7. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ nhất của bệnh viện
8. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ hai của bệnh viện
9. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ ba của bệnh viện
10. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ tư của bệnh viện
11. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ năm của bệnh viện
12. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ sáu của bệnh viện
13. Hãy nêu nội dung cơ bản nhiệm vụ thứ bảy của bệnh viện
14. Nêu 4 nội dung quản lý chính của bệnh viện.
15. Trình bày quy chế thường trực bệnh viện.
16. Nêu tóm tắt quy chế cấp cứu bệnh viện.
17. Trình bày quy chế khám bệnh, làm bệnh án, kê đơn.
18. Trình bày quy chế sử dụng thuốc.

## Bài 7

# CÁC CHỈ SỐ SỨC KHOẺ VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

### MỤC TIÊU

1. Nêu được các khái niệm và trình bày các dạng thức của thông tin y tế
2. Nêu được các đặc tính của thông tin y tế
3. Trình bày được các nhóm thông tin y tế cơ bản, cách trình bày và nghĩa của một số chỉ số sức khỏe cơ bản
4. Trình bày được hệ thống quản lý thông tin trong Ngành Y tế

## 1. CÁC KHÁI NIỆM VỀ THÔNG TIN Y TẾ

### Khái niệm thông tin y tế

Thông tin y tế có hai 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 và công tác chăm sóc bảo vệ sức khỏe.

### 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 )." <sup>13</sup> 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.

<sup>13</sup> 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



## Khái niệm chỉ tiêu y tế/sức khỏe

Chỉ tiêu y tế/sức khỏe là "Thuộc đo giá trị các mục tiêu, kết quả và hoạt động y tế xã hội" (Theo WHO) 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.

## Khái niệm thống kê y tế

Thống kê y tế là một ngành của thống kê nói chung. Hoạt động thống kê y tế là điều tra thu thập, tổng hợp, báo cáo, phân tích và công bố những thông tin về sức khỏe, bệnh tật của nhân dân, các hoạt động của Ngành Y tế trong điều kiện không gian và thời gian cụ thể. Mục đích của hoạt động thống kê là cung cấp những thông tin cần thiết một cách khoa học, đầy đủ, chính xác, kịp thời phục vụ cho việc hoạch định chính sách, xây dựng kế hoạch, tăng cường quản lý và phân tích các hoạt động y tế, đưa ra những kết luận khoa học, những quyết định đúng đắn, chính xác trong mọi lĩnh vực của ngành.

## 2. Ý NGHĨA, VAI TRÒ CỦA THÔNG TIN Y TẾ

Ngày nay, trong thời đại bùng nổ thông tin, hoạt động thống kê và các hoạt động y tế có thêm nhiều nội dung mới. Đánh giá sức khỏe của con người không chỉ dựa vào các chỉ số về bệnh tật, thể lực, tử vong mà còn dựa vào một loạt các chỉ số khác.

Công tác quản lý thông tin y tế có một số tồn tại cần phải khắc phục như: gánh nặng thông tin cho các cơ sở và cán bộ y tế, thông tin trùng chéo, chất lượng thông tin thấp (độ tin cậy của số liệu thấp, cách tính, cách thu thập số liệu chưa thống nhất) và sử dụng thông tin cho các hoạt động y tế còn ít.

Thông tin y tế có vai trò và ý nghĩa quan trọng trong nhiều lĩnh vực hoạt động của ngành:

- Thông tin y tế rất cần thiết và được sử dụng thường xuyên trong việc xây dựng kế hoạch công tác cho các cơ sở và cơ quan y tế.
- Thông tin y tế là cơ sở cho việc quản lý, giám sát, kiểm tra, theo dõi thực hiện kế hoạch y tế.
- Dựa vào phân tích các thông tin đầu ra để thấy những thành tích đạt được, trên cơ sở đó động viên, khuyến khích được các cán bộ đang công tác. Đồng thời cũng phát hiện được những sai lầm, khuyết điểm cần phải sửa chữa làm cho công tác y tế ngày càng tốt hơn.
- Dựa vào các thông tin y tế, các nhà quản lý có thể phân tích và đánh giá các hoạt động y tế. Những đánh giá này sẽ giúp xây dựng các chiến lược, chính sách và kế hoạch hoạt động thích hợp để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

- Các thông tin y tế giúp cho việc đánh giá hiện trạng sức khỏe, mô hình bệnh tật, tử vong, đồng thời dự đoán được quy mô, xu hướng phát triển sức khỏe khoa học.
- Những thông tin về sức khỏe bệnh tật là tư liệu có giá trị, giúp cho các cán bộ, bệnh tật xảy ra trong tương lai của nhân dân ta một cách tiến hành các chương trình nghiên cứu khoa học phục vụ cho sức khỏe nhân dân và cải tiến công tác của ngành ngày một tốt hơn.

### 3. 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:

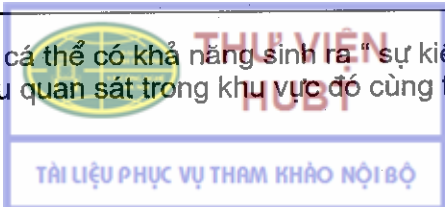
$$\text{Tỷ lệ \%} = \frac{A}{A + B} \times 100$$

- **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:

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

#### 4. MỘT SỐ ĐẶC TÍNH CỦA THÔNG TIN Y TẾ

- 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... .
- Tính chính xác: Thông tin phản ánh một cách đúng đắn bản chất, thực trạng của vấn đề sức khỏe/ y tế trong thực tiễn.
- Tính khách quan: Thông tin không phụ thuộc vào ý thức, ý chí của con người. Thông tin phản ánh một cách trung thực bản chất, thực trạng của vấn đề sức khỏe/ y tế. Thông báo thông tin đúng sự thật không thêm bớt, không làm sai lệch thông tin. Những người khác nhau khi sử dụng thông tin đều có nhận định tương tự như nhau.
- 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.
- Tính cập nhật: Thông tin gần nhất với mốc thời gian của người sử dụng thông tin. Thông tin càng cập nhật càng có ý nghĩa trong quản lý, nhất là khi lập kế hoạch
- 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.
- 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.

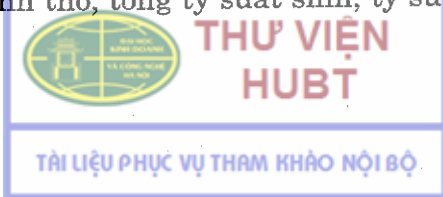
#### 5. CÁC LOẠI THÔNG TIN Y TẾ

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:

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

##### *Nhóm thông tin về dân số*

Thông tin về dân số bao gồm số lượng dân số; cơ cấu dân số theo giới tính và theo tuổi (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); các số đo dân số cơ bản (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...)

Thông tin về dân số vừa được dùng để đánh giá tình trạng sức khỏe nhân dân, đồng thời dùng để tính các chỉ tiêu sức khỏe khác.

### ***Nhóm thông tin về kinh tế- văn hoá - xã hội***

Kinh tế ( chỉ số phát triển con người, 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...)

### ***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...

### ***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...

### ***Nhóm thông tin đầu vào, hoạt động, tác động, đầu ra***

#### ***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).

#### ***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).

#### ***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).

#### ***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.



THƯ VIỆN  
HUBT

## Nhóm thông tin định tính và định lượng

### *Thông tin định lượng*

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

### *Thông tin định tính*

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

### **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:

#### *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.

#### *Các chỉ tiêu về hoạt động khám chữa bệnh và hoạt động bệnh viện*

##### *Các chỉ tiêu chung về hoạt động khám chữa bệnh*

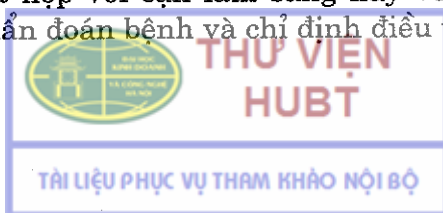
- Số lần khám bệnh trung bình/ người/ năm: Là số lần khám bệnh trung bình cho 1 người dân trong năm báo cáo. Chỉ tiêu này được tính bằng chia tổng số lần khám của tất cả các loại khám trong năm báo cáo cho dân số trung bình của năm đó.
- Tỷ lệ lượt BN điều trị nội trú/ 1000 dân.
- Tỷ lệ lượt BN điều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

##### *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 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.

### ***Các chỉ tiêu về hoạt động nội trú bệnh viện***

**Một số khái niệm cơ bản:**

• ***Khái niệm về giường bệnh:***

Giường bệnh được coi là một đơn vị công tác của bệnh viện, được cung cấp nhân viên, các trang thiết bị chẩn đoán, điều trị, hộ lý và kinh phí chi tiêu để thu nhận điều trị chăm sóc bệnh nhân ít nhất là trong 24 giờ.

- + Số giường kế hoạch: Là số giường được ghi vào chỉ tiêu nhà nước phân cho địa phương hay trung ương quản lý tùy theo mỗi cơ sở.
- + Số giường hiện có: Là số giường có đầy đủ tiêu chuẩn giường bệnh đã được thực hiện đến cuối kỳ báo cáo, số giường này sẵn sàng có thể nhận bệnh nhân mặc dù có bệnh nhân nằm hay không.
- + Số giường bình quân: Số giường bệnh nhân có thể tăng giảm nhiều lần trong năm.

Để đánh giá hoạt động bệnh viện được chính xác cần phải tính số giường bình quân trong thời kỳ báo cáo.

$$\text{Công thức: } \bar{g} = g_0 + \frac{1}{p} (g_a n_a - g_b n_b)$$

Trong đó :  $\bar{g}$  : Số giường bình quân.

$g_0$  : Số giường có đến cuối kỳ báo cáo trước.

$P = 365$  (Nếu thời kỳ báo cáo 1 năm).

$g_a$  : Số giường tăng trong kỳ báo cáo.

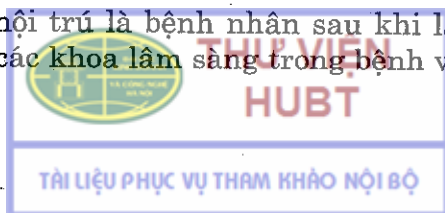
$n_a$  : Số ngày hoạt động của giường tăng.

$g_b$  : Số giường giảm trong kỳ báo cáo.

$n_b$  : Số ngày không hoạt động của giường giảm

• ***Khái niệm bệnh nhân điều trị nội trú:***

Bệnh nhân điều trị nội trú là bệnh nhân sau khi làm thủ tục nhập viện được vào nằm điều trị tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện và được hưởng tất



cả mọi chế độ chăm sóc, điều trị đã quy định, không kể người đó được nằm trên các giường bệnh chính thức hay kê tạm. Số bệnh nhân được điều trị nội trú trong kỳ báo cáo có thể được tính như sau:

$$B_n = B_o + B_v + Bđ_1 = B_r + B_c + Bđ_2 + B_m$$

Trong đó:

$B_n$  : Số bệnh nhân được nằm điều trị trong kỳ báo cáo.

$B_o$  : Số bệnh nhân còn lại cuối kỳ trước.

$B_v$  : Số bệnh nhân vào viện trong kỳ báo cáo.

$B_r$  : Số bệnh nhân ra viện trong kỳ báo cáo

$B_c$  : Số bệnh nhân chết trong kỳ báo cáo.

$Bđ_1$  : Số bệnh nhân chuyển từ khoa khác đến.

$Bđ_2$  : Số bệnh nhân chuyển đi khoa khác (tính trong nội bộ bệnh viện thì  $Bđ_1$  và  $Bđ_2$  triệt tiêu)

$B_m$  là số bệnh nhân có mặt một thời điểm nhất định).

• **Khái niệm ngày điều trị:**

Ngày điều trị là một ngày lịch trọn vẹn ( 24 giờ ), trong đó bệnh nhân được hưởng mọi chế độ điều trị nội trú, chăm sóc mà bệnh viện phải đảm bảo, tức là chẩn đoán, điều trị thuốc men, chăm sóc nghỉ ngơi.

Bộ Y tế quy định: Ngày điều trị nội trú bằng ngày ra viện trừ đi ngày nhập viện. Nếu ngày nhập viện và ngày ra viện cùng một ngày thì cũng được tính là một ngày điều trị.

**Một số chỉ tiêu cơ bản:**

- **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 ( $S_n$ ) trong năm báo cáo. Cách tính như sau:

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

Hoặc:

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

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

***Các chỉ tiêu về sức khỏe sinh sản:***

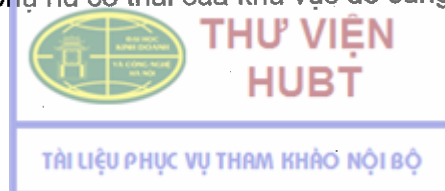
- *Tỷ lệ phụ nữ 15-35 tuổi được tiêm phòng uốn ván (UV) từ 2 mũi trở lên (%)*

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

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

- *Tỷ lệ phụ nữ 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 (%)*

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

- *Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế chăm sóc (%)*

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

- *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.

#### ***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 vắc xin: lao (BCG), bạch hầu, uốn ván, ho gà (DPT3), bại liệt (OPV) và sởi trước ngày sinh nhật lần thứ nhất. 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

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

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

Số 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

=

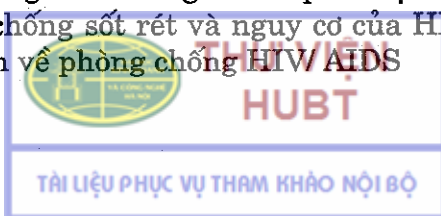
Số trẻ em < 5 tuổi trung bình của khu vực đó cùng thời gian

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

#### ***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



## 6. PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ THU THẬP THÔNG TIN

### Sổ sách, báo cáo

Sổ sách ghi chép thông tin ban đầu và các biểu mẫu báo cáo thống kê y tế là những phương tiện quan trọng để thu thập thông tin và báo cáo thông tin cho tất cả các cơ sở y tế. Thông tin được thu thập từ sổ sách là thường xuyên, không khổ khăn, tương đối đơn giản và ít tốn kém. Để có đủ thông tin đáp ứng cho công tác lập kế hoạch và quản lý y tế, sổ sách phải đầy đủ, ghi chép rõ ràng và được lưu giữ cẩn thận. Các nguồn thông tin từ sổ sách liên quan chủ yếu đến công tác quản lý và thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hàng ngày. Tuy nhiên nguồn thông tin từ sổ sách không đủ phục vụ cho công tác chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Hệ thống sổ sách ghi chép những thông tin y tế ban đầu được ban hành theo Quyết định số 2554/ 2002/ QĐ- BYT ngày 4 tháng 7 năm 2002 của Bộ Trưởng Bộ Y tế bao gồm: 9 mẫu sổ và một mẫu phiếu ghi chép ban đầu tại TYTX; 7 biểu mẫu báo cáo thống kê y tế xã; 15 biểu mẫu báo cáo thống kê y tế huyện và 16 biểu mẫu báo cáo thống kê y tế tỉnh.

### Điều tra phỏng vấn bằng các bộ câu hỏi

Bộ câu hỏi là công cụ rất thông dụng trong thu thập thông tin y tế. Bộ câu hỏi có thể dùng để phỏng vấn trực tiếp đối tượng hoặc gián tiếp gửi qua đường bưu điện để đối tượng tự ghi.

Các câu hỏi dùng trong các bộ câu hỏi có thể là các câu hỏi đóng hay câu hỏi mở, câu hỏi cấu trúc sẵn hay câu hỏi bán cấu trúc sẵn, câu hỏi một lựa chọn hay câu hỏi nhiều lựa chọn v.v... Dù là loại câu hỏi nào thì mỗi bộ câu hỏi phải có các câu hỏi rõ ràng, phù hợp với đối tượng, ngôn ngữ phổ thông, dễ hiểu, dễ trả lời đúng ý câu hỏi.

### 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.

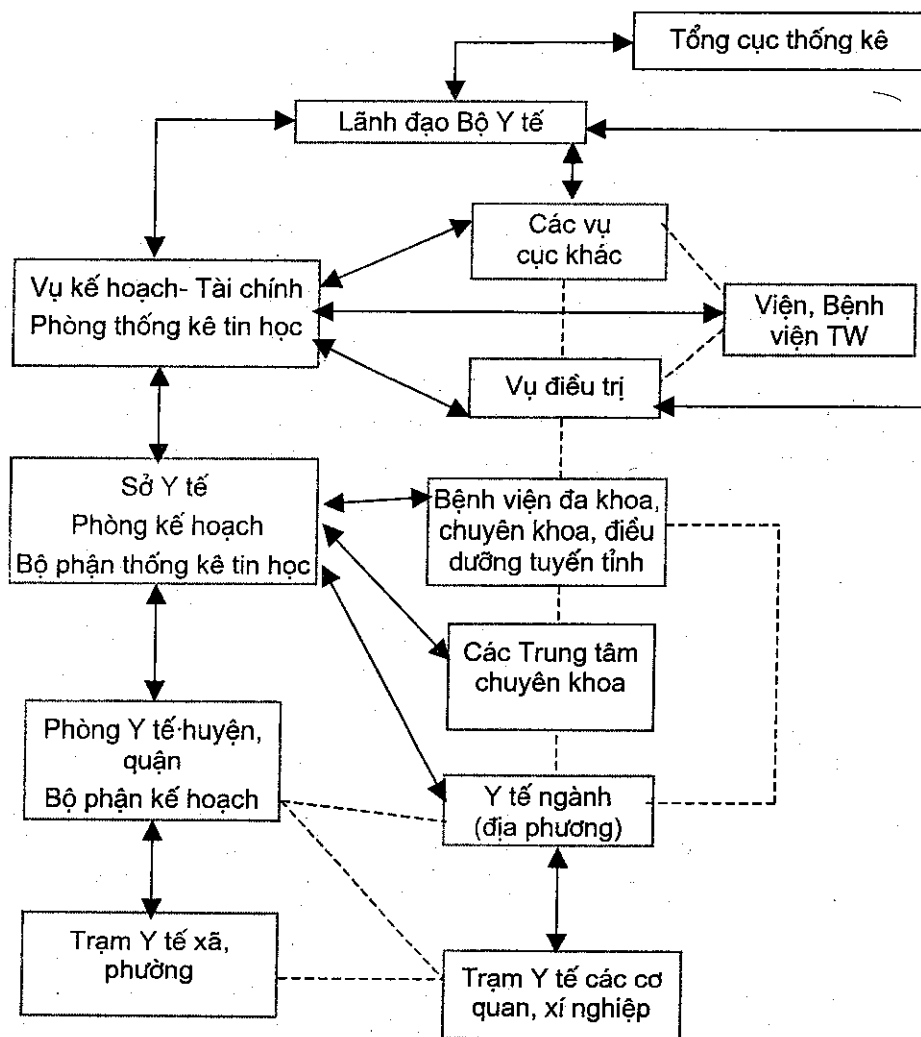
### 6.4. Máy vi tính (truy cập thông tin trên mạng; ghi nhận trên thực địa)

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.

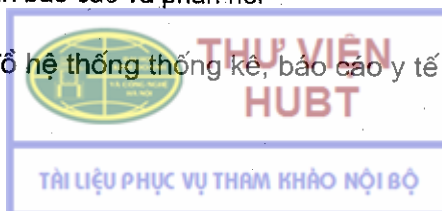
## 7. QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

### 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...



Hình 7.1. Sơ đồ hệ thống thống kê, báo cáo y tế Việt Nam



Các bộ phận tổ chức chịu trách nhiệm công tác thống kê báo cáo y tế (xem hình 7.1)

- 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

### **Thu thập thông tin ban đầu**

Thông tin được thu thập từng ngày từ các hoạt động của các cơ sở y tế. Các biểu mẫu ghi chép phải thống nhất và ghi chép đầy đủ các thông tin đã được thống nhất. Thông tin còn được thu thập từ các chương trình y tế. Cần phối hợp các biểu mẫu ghi chép, báo cáo của các chương trình để có thể sử dụng chung một số thông tin cho nhiều chương trình tránh lãng phí. Thông tin còn có thể được thu thập qua các cuộc điều tra. Việc chuẩn bị các bộ câu hỏi, tập huấn đội ngũ điều tra viên là cần thiết để tránh các sai lệch trong thu thập thông tin.

### **Xử lý thông tin**

Từ các sổ sách hay các bộ câu hỏi, bảng kiểm đã được hoàn thành, chúng ta sẽ tiến hành xử lý thông tin qua nhiều bước khác nhau: Làm sạch thông tin, mã hoá, đưa thông tin vào máy vi tính theo các chương trình phần mềm phù hợp, tính toán các chỉ tiêu/ chỉ số theo yêu cầu báo cáo, lập các bảng biểu, vẽ biểu đồ v.v...

### **Trình bày thông tin**

Trong khi phân tích tình trạng sức khỏe, bệnh tật và các hoạt động y tế rất cần thiết phải diễn giải các số liệu thống kê. Một số phương pháp thường dùng để trình bày và diễn giải các số liệu thống kê là:

#### ***Bảng thống kê:***

Bảng thống kê là bảng số liệu bao gồm các cột và các hàng. Mặc dù không có những quy tắc nghiêm ngặt về xây dựng bảng, song cũng có một số nguyên tắc chung ít nhiều được chấp nhận như chuẩn:

- Bảng phải càng đơn giản càng tốt. Làm hai hoặc ba bảng nhỏ còn tốt hơn là một bảng lớn duy nhất chứa nhiều chi tiết hoặc biến số. Thường ba biến số là số tối đa có thể đọc được một cách dễ dàng.

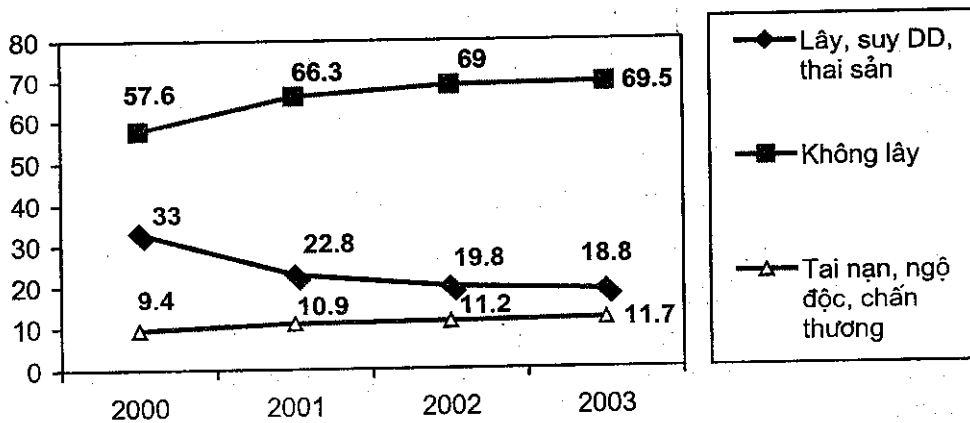


- Bảng phải dễ hiểu:
  - + Các mã số, chữ viết tắt hoặc ký hiệu phải có giải thích chi tiết ở phần chú thích ở cuối bảng.
  - + Mỗi hàng và mỗi cột phải ghi tiêu đề chính xác rõ ràng.
  - + Phải có tên các đơn vị đo lường đặc biệt dùng cho số liệu.
  - + Tiêu đề phải rõ ràng, chính xác và đúng vào vấn đề, trả lời cho các câu hỏi: cái gì? khi nào? ở đâu?
- Thông thường đầu đề phải cách phần thân bảng một vài dòng hoặc khoảng trống. Trong những bảng nhỏ, có thể không cần thiết những đường kẻ dọc để phân cách các cột.
- Nếu các số liệu không phải là gốc thì phải cho biết nguồn gốc ở phần chú thích.

**Bảng 7.1. Tỷ suất 10 bệnh phổ biến qua các năm (tính trên 100 000 dân/ năm (\*))**

STT	Năm 2002		Năm 2003	
1	Viêm phổi	227,8	Viêm phổi	260,7
2	Ỉa chảy, viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn	177,6	Viêm phế quản và tiểu phế quản cấp	228,2
3	Tai nạn giao thông	152,4	Ỉa chảy, viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn	172,6
4	Viêm phế quản và tiểu phế quản cấp	139,5	Tai nạn giao thông	134,3
5	Bệnh phần mềm	134,7	Viêm họng và amidan	133,9
6	Viêm họng và amidan	92,3	Bệnh phần mềm	112,1
7	Viêm dạ dày và tá tràng	76,8	Viêm dạ dày và tá tràng	109,6
8	Nhức nửa đầu và hội chứng nhức nửa đầu	53,9	Lao hô hấp	64,4
9	Cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua và các hội chứng liên quan	52,1	Sốt không rõ nguyên nhân	53,9
10	Lao hô hấp	46,5	Viêm khớp dạng thấp, viêm đa khớp	50,8

(\*) Nguồn: Từ báo cáo thống kê y tế các huyện của tỉnh NB năm 2002 -2003



**Hình 7.2.** Đồ thị xu hướng thay đổi mô hình bệnh tật theo 3 nhóm

(Nguồn: Từ báo cáo thống kê y tế các huyện của tỉnh NB năm 2000 -2003)

**Định nghĩa:**

Đồ thị là phương pháp trình bày số liệu bằng cách dùng hệ thống tọa độ, thường là x và y.

**Nguyên tắc chung vẽ đồ thị:**

Khi đồ thị được vẽ một cách đúng đắn, cho phép người đọc nhanh chóng nắm được toàn bộ số liệu. Một vài nguyên tắc quan trọng nhất của đồ thị là:

- Đồ thị đơn giản nhất là có hiệu quả nhất. Không cần dùng thêm đường vẽ hoặc ký hiệu trong một đồ thị khi mất đã có thể dễ dàng theo dõi được.
- Đồ thị phải dễ hiểu không cần giải thích thêm.
- Tiêu đề có thể đặt trên hoặc dưới đồ thị.
- Khi có hơn một biến số được trình bày trên đồ thị, mỗi biến số phải được phân biệt rõ ràng bằng các ghi chú hoặc các ký hiệu.
- Không vẽ thêm đường tọa độ ngoài cái cần thiết để dễ nhìn thấy.
- Các đường của bản thân đồ thị phải đậm hơn các đường tọa độ khác.
- Thường thường tần số được biểu thị trên thang độ của trục tung và phương pháp phân loại trên thang độ của trục hoành.
- Trên thang độ số học, các lượng giá bằng nhau trên thang độ phải đại diện cho các đơn vị bằng nhau.
- Khoảng chia trên thang độ phải được vạch ra rõ ràng cũng như các đơn vị trong đó thang độ được phân chia ra.

**Biểu đồ:**

**Định nghĩa:** Biểu đồ là phương pháp trình bày một cách tượng trưng thông tin thống kê chỉ dùng một trục tọa độ.

### Các loại biểu đồ:

- **Biểu đồ dựa trên chiều dài: Biểu đồ hình cột**

Biểu đồ hình cột có những ô, có cùng chiều rộng, có khoảng cách giữa các cột. Loại biểu đồ này thích hợp một cách lý tưởng để trình bày các số liệu so sánh. Các cột có thể xếp theo hàng ngang cũng như hàng dọc. Tốt nhất là xếp các cột theo thứ tự hoặc tăng lên hoặc giảm đi để dễ đọc. Không bao giờ được dùng thang độ đứt quãng với biểu đồ hình cột vì điều đó sẽ dẫn đến diễn giải sai lầm. Các cột có thể đánh bóng, có đường gạch hoặc tô màu để làm nổi bật sự khác nhau. Các cột phải có nhãn ở phía dưới chứ không ở giữa biểu đồ, vì như vậy sẽ làm cho biểu đồ thêm rối mắt. Khi so sánh khoảng cách giữa các cột trong cùng nhóm rộng tùy ý, nhưng khoảng cách giữa các nhóm thì phải theo quy định (Hình 7.3)

- **Biểu đồ dựa trên tỷ lệ:**

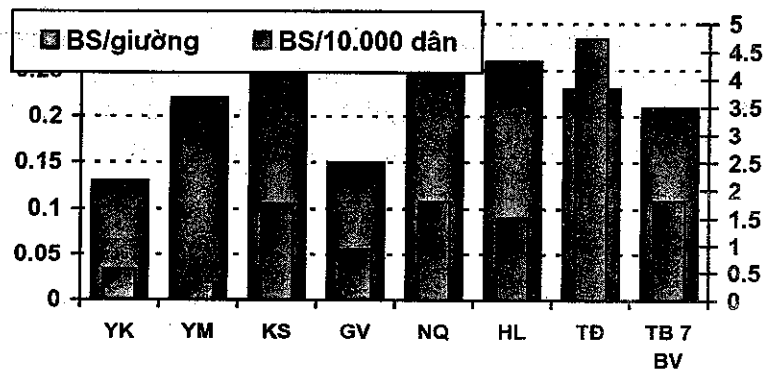
Hai trong số biểu đồ quan trọng nhất của loại này là biểu đồ hình cột hợp phần và biểu đồ hình bánh.

#### + **Biểu đồ hình cột hợp phần**

Biểu đồ hình cột hợp phần là biểu đồ hình cột trong đó các cột được chia ra từng đoạn, các đoạn này hoặc được tô màu hoặc đánh bóng để biểu thị sự phân loại của chúng.

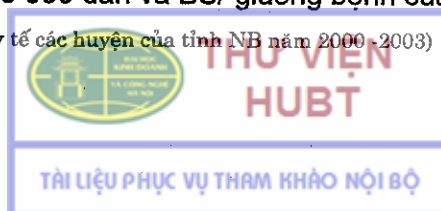
#### + **Biểu đồ hình bánh:**

Biểu đồ hình bánh là biểu đồ có sử dụng những phần hình bánh trong vòng tròn để so sánh. Đôi khi biểu đồ này còn gọi là biểu đồ hình quạt. Biểu đồ hình bánh được ứng dụng tốt nhất để minh họa sự phân chia toàn thể ra từng phần (Hình 7.4).

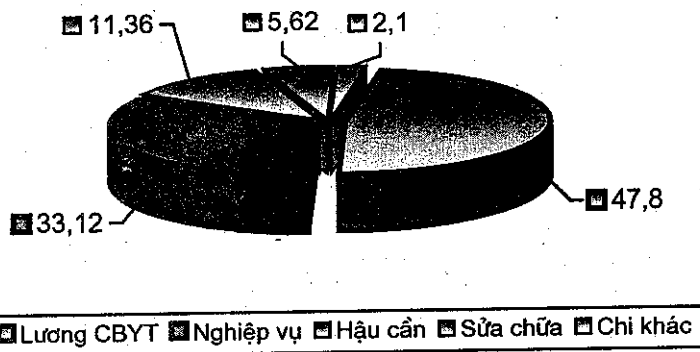


**Hình 7.3.** Biểu đồ số BS / 10 000 dân và BS/ giường bệnh của BV huyện trong 4 năm

(Nguồn: Từ báo cáo thống kê y tế các huyện của tỉnh NB năm 2000-2003)







**Hình 7.4:** Biểu đồ tỷ lệ % các khoản chi tiêu của bệnh viện huyện trong 1 năm

(Nguồn: Từ báo cáo thống kê y tế các huyện của tỉnh NB năm 2000 -2003)

### Báo cáo thông tin

Việc báo cáo và cung cấp đầy đủ các thông tin y tế đến đúng nơi và thời gian cần thiết là một trong những chức năng cơ bản của người quản lý thông tin. Các vấn đề phát hiện ra không được thông báo hoặc thông báo quá chậm sẽ không có giá trị.

Báo cáo thống kê y tế phải theo đúng quy định về biểu mẫu, chỉ tiêu, nội dung và phương pháp tính toán các chỉ tiêu. Bộ Y tế đã có Quy chế về thống kê y tế quy định các chỉ số báo cáo theo từng tuyến và theo quý hoặc theo năm.

### Bảo quản và lưu giữ thông tin

Thông tin được bảo quản và lưu giữ theo nhiều cách khác nhau. Có thể lưu giữ trên các sổ sách thu thập ban đầu và báo cáo thông tin hàng tháng hay quý, năm. Với cách này yêu cầu không để mất mát, rách nát, hư hỏng sổ sách, phải lưu giữ thông tin trong nhiều năm.

Hiện nay, có máy vi tính, chúng ta có thể lưu giữ thông tin trên máy, song cần lưu ý mỗi máy vi tính cũng chỉ lưu giữ được một lượng thông tin nhất định trên ổ cứng. Thông tin có thể được lưu giữ trên các đĩa mềm. Đặc biệt lưu ý cả đĩa cứng lẫn đĩa mềm đều hay bị hư hỏng, dễ mất thông tin

## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Nêu khái niệm, vai trò của thông tin y tế
2. Nêu các dạng thức của thông tin y tế .
3. Nêu các đặc tính của thông tin y tế.
4. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về dinh dưỡng .
5. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về khám chữa bệnh.
6. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về sức khỏe sinh sản.
7. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về sức khỏe trẻ em.
8. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về phòng chống các bệnh xã hội.
9. Trình bày cách tính và ý nghĩa các chỉ tiêu về hoạt động bệnh viện.
10. Trình bày hệ thống quản lý thông tin trong Ngành Y tế.

## Bài 8

# LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

### MỤC TIÊU

1. Trình bày được những khái niệm cơ bản về kế hoạch y tế
2. Trình bày được nội dung và các bước lập kế hoạch y tế

## 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.

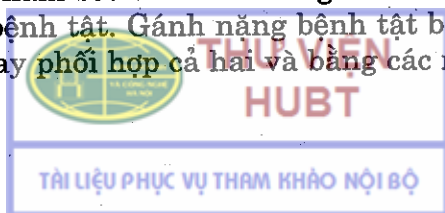
Về kế hoạch 5 năm: Kế hoạch 5 năm có thể coi là kế hoạch dài hạn cơ bản của một địa phương, một đơn vị. Không phải chỉ các nước XHCN mới có kế hoạch 5 năm mà nhiều nước trên thế giới cũng xây dựng kế hoạch 5 năm. Điểm khác nhau trong kế hoạch 5 năm với kế hoạch chiến lược là có sự bố trí các nguồn lực 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 v.v...

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 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: đắt - 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 v.v...)

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***

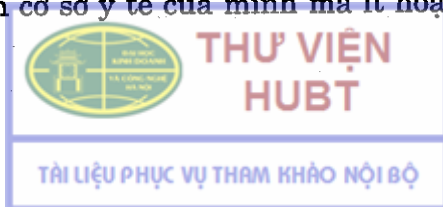
Khi lập kế hoạch đảm bảo duy trì các hoạt động thường quy cũng cần có các giải pháp và hoạt động nhằm tạo ra các bước chuyển biến mới thông qua các chương trình, dự án đầu tư phát triển và tăng cường các nội dung hoạt động đang thực hiện.

#### ***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.

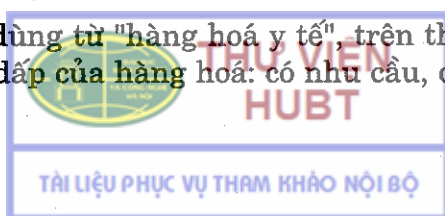
**Hiệu quả kỹ thuật:** Hiệu quả kỹ thuật đòi hỏi không để lãng phí các nguồn lực, hay nói cách khác càng tiết kiệm nguồn lực càng có hiệu quả kỹ thuật cao. Một cơ sở y tế quản lý kém, các nguồn lực không được bố trí hợp lý, khắp khệnh, nhân viên y tế thiếu kỷ luật lao động, gây phiền hà cho người bệnh 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 v.v...

**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, người có văn hoá cao ít ốm hơn người có văn hoá thấp v.v... 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 khỏe 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, tỉ 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.

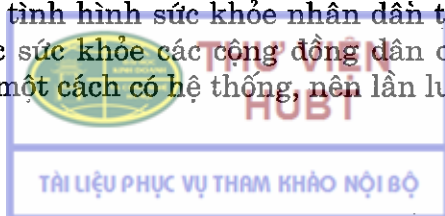
Kế hoạch phát triển tổng thể của một chuyên ngành trong lĩnh vực y tế (các Viện đầu ngành, các trung tâm) cũng là những yếu tố rất quan trọng cần nêu ra làm định hướng cho kế hoạch phát triển từng lĩnh vực chuyên ngành của địa phương.

### **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. 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:

Các vấn đề 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:

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?*”. Các kỹ thuật này sẽ được trình bày trong phần thực hành.

#### 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 như sau:

- Cách cho điểm bốn nhóm yếu tố như: a) các chỉ số vượt quá mức bình thường, b) cộng đồng đã biết vấn đề tồn tại và có phản ứng rõ ràng, c) đã có dự kiến hành động của nhiều ban ngành đoàn thể, d) ngoài cán bộ y tế còn có một số nhóm người thông thạo vấn đề đó. Nếu điểm tính theo 4 mức từ 0 đến 3 điểm tùy theo mức độ rõ ràng của vấn đề, tổng số điểm tối đa là 12, từ 9 điểm trở lên được coi là có vấn đề.
- Cách xem xét dựa trên hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản ( BPRS) tính theo công thức:

$$BPRS = (A + 2B) \times C$$

Với A : diện tác động của vấn đề

B : mức độ trầm trọng của vấn đề

C : hiệu quả của biện pháp can thiệp giải quyết vấn đề đó

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 vắc xin 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 vắc xin 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 vắc xin, 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.

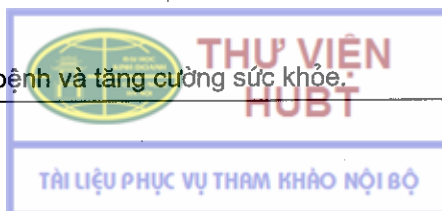
#### 2. Mục tiêu tổng thể và các chỉ tiêu kế hoạch:

##### 2.1. Mục tiêu tổng thể.

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.*

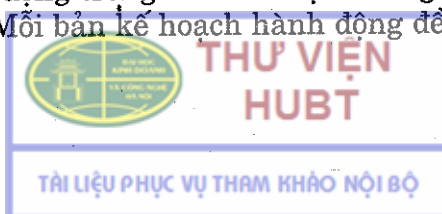
- 4. Dự kiến các nguồn tài chính và phân bổ ngân sách.  
(trình bày dưới dạng bảng tổng hợp tài chính)
- 5. Công tác cán bộ và cải tiến tổ chức, hành chính.
- 6. Quản lý tài chính, vật tư, thiết bị. Công tác tài vụ, kế toán.
- 7. Các hoạt động hỗ trợ khác.
- 8. Những ý kiến kiến nghị và đề xuất.
- 9. 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 hoạt 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 vắc xin uốn ván cho bà mẹ khi mang thai, thực hiện vô trùng khi đỡ đẻ, vận động đến đẻ tại Trạm Y tế xã v.v... 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 vắc xin 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 vắc xin uốn ván.
- Tổ chức các điểm tiêm vắc xin uốn ván cho phụ nữ có thai
- Dự trữ đủ vắc xin 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 v.v...

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.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu khái niệm lập kế hoạch y tế
2. Hãy phân loại kế hoạch y tế
3. Hãy nêu tên 5 bước lập kế hoạch y tế
4. Hãy trình bày nội dung từng bước lập kế hoạch y tế

## Bài 9

# ĐIỀU HÀNH VÀ GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

### 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

## 1. KHÁI NIỆM VÀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU HÀNH

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.

**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.

Còn 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.

### 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.
- Giám sát là 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*.

### 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 người 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 là 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.

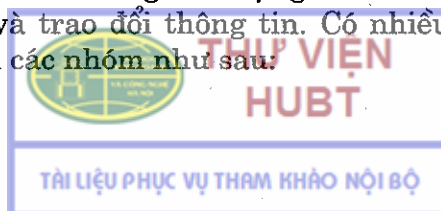
Trong hệ thống y tế có sự phân cấp về kỹ thuật rõ ràng, ở tuyến dưới trình độ chuyên môn hóa thấp hơn so với tuyến trên nên giám sát từ tuyến trên giúp phát triển các kỹ năng ở tuyến dưới, từ đó giúp cho việc phát triển hệ thống y tế. Ngày nay diện phục vụ ở các tuyến dưới được mở rộng hơn (ví dụ như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

## 2.2. 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...

## 2.3. Xem xét các báo cáo

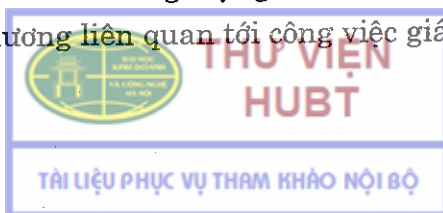
Báo cáo có thể là báo cáo có sẵn trên giấy tờ, hoặc báo cáo miệng. Việc này có thể làm tại cơ sở hoặc tại tuyến trên. Từ những thông tin trên báo cáo, giám sát viên phân tích và rút ra những nhận xét, kết luận, gợi ý giúp cho các cơ sở hoạt động tốt hơn. Phương pháp này có thể được thực hiện ngay cả 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

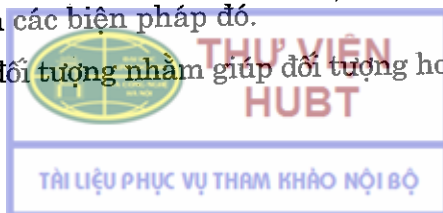


### 3.2. Giám sát viên phải đạt được những tiêu chuẩn sau

- Là người nắm vững nội dung công tác chuyên môn liên quan đến công việc được giám sát cũng như là 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.
  - + Dịu dặt 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" 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

##### 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.

Ví dụ: Bảng chọn ưu tiên các hoạt động giám sát

Vấn đề tồn tại	Các nguyên nhân có thể	Những ưu tiên của hoạt động giám sát
Tỉ lệ khám thai thấp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giáo dục sức khỏe cho bà mẹ chưa tốt.</li> <li>- Tổ chức khám thai chưa thuận tiện.</li> <li>- Y sĩ sản nhi dành ít thời gian cho việc khám thai.</li> <li>- Trạm trưởng, UBND và hội phụ nữ chưa quan tâm đúng mức.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giám sát hoạt động giáo dục sức khỏe.</li> <li>- Xem xét tổ chức khám thai.</li> <li>- Xem thời gian biểu của y sĩ sản nhi.</li> <li>- Nhắc nhở trạm trưởng gặp uỷ ban nhân dân, hội phụ nữ để xuất ý kiến hỗ trợ.</li> </ul>
Tỉ lệ sinh con thứ 3 cao	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giáo dục dân số chưa tốt.</li> <li>- Tổ chức đặt vòng chưa tốt.</li> <li>- Thiếu các phương tiện tránh thai thay thế đặt vòng.</li> <li>- Chưa triển khai hút điều hoà kinh nguyệt, nạo thai ở Trạm Y tế cơ sở.</li> <li>- Phối hợp các ngành yếu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra hình thức GDSK.</li> <li>- Xem xét khó khăn trong tổ chức đặt vòng.</li> <li>- Xem xét việc cung cấp bao cao su, thuốc tránh thai.</li> <li>- Xem xét khả năng tổ chức hút điều hoà kinh nguyệt ở xã.</li> <li>- Gặp hội phụ nữ xã đề nghị hỗ trợ</li> </ul>

- 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.



- 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 : .....

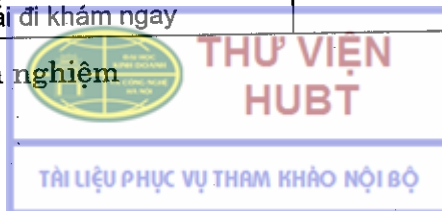
Người được giám sát : .....

Giám sát viên : .....

Thời gian giám sát : Ngày .....Tháng .....Năm .....

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 : Xã .....huyện..... tỉnh.....

Đối tượng giám sát : .....

Họ & 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 bằng 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 xã .....huyện..... 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 <sub>1</sub> YTCS – A <sub>10</sub> YTCS ) theo đúng mẫu quy định của Bộ Y tế.				
4	Các sổ ghi chép ban đầu (A <sub>1</sub> YTCS - A <sub>10</sub> 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 " Hướng dẫn tính toán chỉ tiêu cơ bản Ngành Y tế " do Bộ Y tế xuất bản năm 2003				
9	TYTX có "Danh mục chỉ tiêu cơ bản y tế cơ sở" 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 "Hướng dẫn tính toán chỉ tiêu cơ bản Ngành Y tế"				
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 xã .....huyện..... 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 " Báo cáo tổng kết công tác y tế xã năm X ."				
2	Báo cáo có phần mở đầu				
3	Trong phần mở đầu có nêu những lý do và mục đích của báo cáo				
4	Báo cáo có phần Tình hình và đặc điểm của xã				
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 thôn 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: Phòng Y tế huyện</i>				
19	Trong các nội dung: <i>Tình hình thực hiện kế hoạch y tế năm X có đưa ra các chỉ số sức khỏe đặc thù cho từng nội dung</i>				
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 sức khỏe 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 “ Báo cáo tổng kết công tác y tế xã năm X .”				
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:

### 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?



## 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.

## 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

## Bài 10

# QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ

### 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

## 1. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ NHÂN LỰC

### 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 y tế.

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 cán bộ quản lý 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 đào tạo 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 có kế hoạch phát triển nhân lực hợp lý, xác định các hình thức đào tạo, triển khai và sử dụng đúng số lượng, đúng khả năng và trình độ ngành đào tạo của cán bộ

### Một số nguyên tắc trong quản lý nhân lực

#### ***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 đảm bảo chất lượng phục vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng cao.

### ***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 động viên được cán bộ thực hiện nhiệm vụ của mình.

### ***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 yêu cầu, nhiệm vụ trong cơ quan, tổ chức.

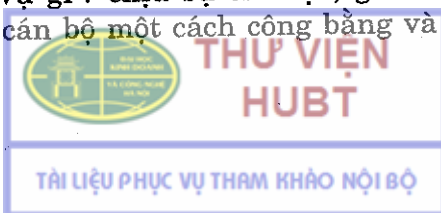
## **2. CÁC NỘI DUNG CHỦ YẾU CỦA QUẢN LÝ NHÂN LỰC**

### **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.

### **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.

### **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 kỹ 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 sĩ, kỹ thuật viên y/bác sĩ, nữ hộ sinh/bác sĩ, trung cấp, đại học và sau đại học. Mỗi đơn vị phải xây dựng quy hoạch và 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 cả 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 cung cấp dịch vụ y tế.

Các cơ quan đào tạo cần phải nhạy bén trong xác định nhu cầu đào tạo để có thể đáp ứng kịp thời những đổi mới trong hệ thống y tế và thực hiện các hoạt động phù hợp với đường lối kế hoạch phát triển chung của ngành 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 nâng cao năng lực cán bộ để 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 quản lý thích hợp, phù hợp với tổ chức, nhóm công tác cũng như làm việc độc lập.
- Các cá nhân làm việc có hiệu quả trong các dịp y tế tổng hợp như một thành viên tích cực hay như một người lãnh đạo trong nhóm.
- Nâng cao kỹ năng giao tiếp với với những người lãnh đạo cộng đồng, với 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 y tế.





- 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.
- Làm cho mỗi người 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, phấn đấu vì mục tiêu của tổ chức.

### **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

#### 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.

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 cao trong công việc, phát huy được tính chủ động trong công việc. 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.

#### 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 tại bệnh viện để đảm bảo luôn sẵn sàng phục vụ các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đột xuất.

### **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.

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 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, 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. Nó 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.

### **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 đoạn 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 phương pháp phối hợp 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.

##### **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 của 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 nào đó, vì thế nhóm có thể tồn tại lâu dài hay trong thời gian ngắn tùy thuộc nhiệm vụ được giao.

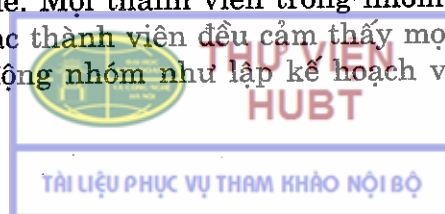
##### **Nội quy hoạt động trong nhóm**

Nhóm hình thành để thực hiện các nhiệm vụ cụ thể để đạt được 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 qui, 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. Mọi 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.

##### **Các đặc điểm của một nhóm làm việc hiệu quả**

##### **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 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 tinh tập thể.

### ***Gắn bó trong thực hiện nhiệm vụ***

Mọi thành viên thực sự cam kết thực hiện mục đích và vì sự phát triển nhóm. 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. 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.

### ***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 nào đó 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.

### ***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 sự ảnh hưởng của họ đến công việc chung của nhóm. Kịp thời động viên các thành quả mà các cá nhân đã đóng góp cho nhóm.



## Vai trò của làm việc nhóm và các yếu tố ảnh hưởng đến làm việc nhóm

### 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 chuyền 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, 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.

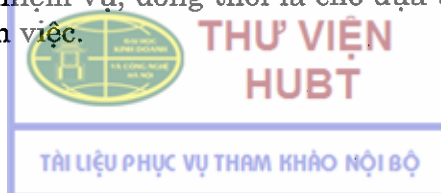
Làm việc nhóm sẽ khắc phục được các khó khăn, hạn chế, yếu điểm của từng cá nhân trong nhóm, tạo điều kiện cho mỗi cá nhân phát triển năng lực, sở trường của mình trong công việc, làm giảm sức ép và gánh nặng công việc cho cả cá nhân và tập thể. Khi được tổ chức tốt, phân công nhiệm vụ phù hợp với từng 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 các đồng nghiệp.

Qua làm việc nhóm mỗi cá nhân trong nhóm làm việc 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. Tất cả các thành viên nhóm sẽ 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 nổi và hoàn thành tốt nhiệm vụ, đồng thời là chỗ dựa tinh thần tin cậy cho mỗi cá nhân trong nhóm làm việc.



### ***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 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.



## **TỰ LƯỢNG GIÁ**

1. Hãy trình bày tầm quan trọng của nhân lực y tế
2. Hãy trình bày một số nguyên tắc quản lý nhân lực y tế
3. Hãy trình bày một số phương pháp quản lý nhân lực.
4. Hãy liệt kê các nội dung cơ bản của quản lý nhân lực.
5. Hãy liệt kê các đặc điểm của một nhóm làm việc hiệu quả.
6. Hãy phân tích vai trò cơ bản của làm việc nhóm
7. Hãy 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.

### MỞ ĐẦU

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 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 khoẻ. 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 v.v...). 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 v.v... Các loại vật tư này hoặc nhập hoặc sản xuất trong nước.

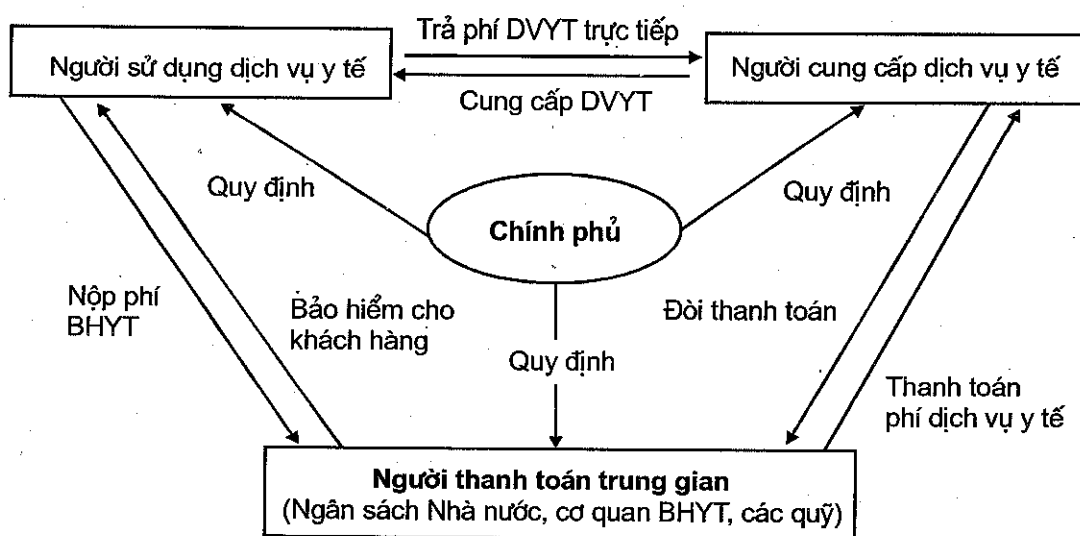
### 1.3. Khái niệm quản lý tài chính và vật tư y tế

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

- **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 DVYT:**

Người cung cấp DVYT 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.

### **3.1. Nội dung quản lý tài chính bệnh viện**

#### **3.1.1. 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.

#### **3.1.2. 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.

### **3.2. Nội dung quản lý tài chính của y tế huyện**

#### **3.2.1. 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 :**

- Thu từ ngân sách trung ương
- Thu từ ngân sách địa phương
- Thu từ BHYT
- Thu từ viện phí
- Từ nguồn viện trợ
- Từ nguồn 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
- Chi khác

Nếu lấy tổng thu hoặc tổng chi 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 xã, huyện được UBND địa phương cấp. Cũng 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, nguồn ngân sách nhà nước cấp cho y tế xã từ trung ương, tỉnh, huyện và xã có sự khác nhau. Nếu cấp ngân sách cho TYT xã sẽ 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:***

- Từ ngân sách nhà nước (trung ương, tỉnh, huyện, xã)
- Từ BHYT
- Từ phí dịch vụ KCB
- Từ viện trợ
- Từ lãi do bán thuốc
- Từ nhân dân đóng góp
- Nguồn khác.

#### ***Các khoản chi của y tế xã gồm:***

- Chi lương và phụ cấp
- Mua sắm
- Xây dựng cơ bản
- Cho bệnh nhân miễn phí
- Chi khác.

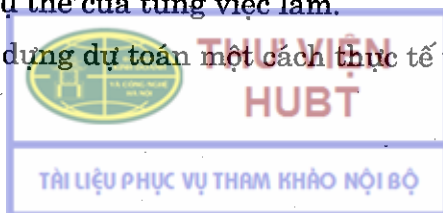
### **3.5. Nhiệm vụ quản lý tài chính trong một cơ sở y tế**

Quản lý tài chính trong một cơ sở y tế tốt sẽ góp phần đạt được mục tiêu chung của công tác quản lý kinh tế và tài chính y tế 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:

#### ***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.

### ***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.

### ***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.

### ***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**

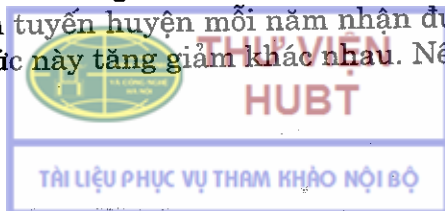
- Tỷ lệ và mức tăng, giảm thu so với các năm trước.
- Tỷ lệ ngân sách nhà nước so với tổng thu
- Tỷ lệ thu trực tiếp (viện phí) từ người bệnh so với tổng thu và tỷ số thu từ BHYT
- Tỷ lệ tăng, giảm thu viện phí so với các năm trước
- Phân bổ tỷ lệ các nguồn thu tổng cộng từ các khoản 1 đến 16 (theo biểu 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; mức biến động

Ý nghĩa của một số chỉ số trong đánh giá nguồn thu của bệnh viện:

Các chỉ số về nguồn thu của bệnh viện 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).

Chỉ số *Bình quân thu từ ngân sách nhà nước và từ khoản thu khác cho một giường bệnh/ năm* cho thấy mức biến động 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.

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.

### **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 theo 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 phân trăm 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 tỷ lệ phần trăm 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 phần trăm 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. Sau quyết định 139 của Thủ tướng Chính phủ về KCB cho người nghèo, nếu tỷ lệ nhập viện của đối tượng này 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?

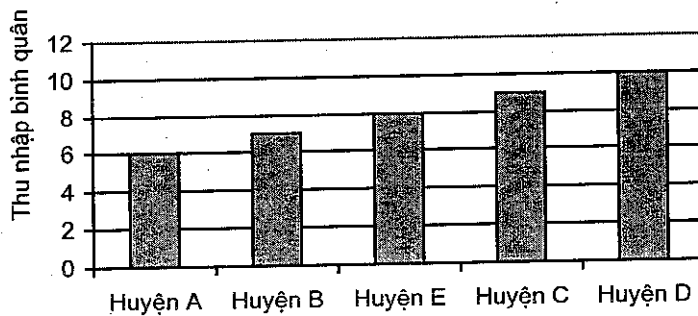
Để trả lời câu hỏi này nằm ngoài các số liệu báo cáo của bệnh viện. Thông thường chỉ có được qua điều tra y tế hộ gia đình và sử dụng đồ thị Lorenz để phân tích. Không thể ngoại suy từ số liệu báo cáo bệnh viện vì không có thông tin về thu nhập của hộ gia đình.

### 3.6.7. Liệu sự phân bố nguồn lực giữa các vùng này có dựa trên nhu cầu hay không?

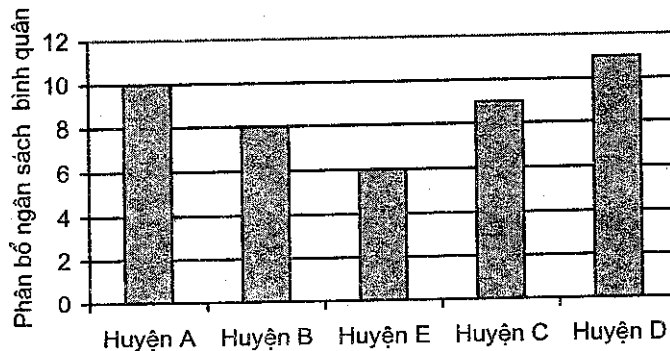
Kinh phí là một bộ phận của nguồn lực, song nó phản ánh gián tiếp mức phân bố các nguồn lực khác bởi vì việc mua sắm, xây dựng, trả công cho cán bộ y tế đều cần tiền.

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 bố 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 TÀI SẢN**

Tài sản vật tư của xã hội là nền tảng, là sức mạnh của đất nước. Tài sản vật tư có được từ kết quả lao động của nhân dân và từ sự giúp đỡ bên ngoài.

Trong quản lý vật tư y tế cần tuân thủ các nguyên tắc sau:

**4.1. Nắm chắc tình hình tài sản vật tư 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 tài sản vật tư:

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 tài sản vật tư:

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 hủy bỏ.

– Bảo quản tài sản vật tư:

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

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 tài sản vật tư**

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 giao kho, bàn giao thủ kho hoặc kiểm kê định kỳ.

- Mục đích của kiểm kê:
  - + Đảm bảo việc nắm vật tư tài sản được chính xác.
  - + Đảm bảo quyết toán có căn cứ.
- 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.

## TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu khái niệm tài chính, tài chính y tế, quản lý tài chính
2. Hãy trình bày cơ chế hoạt động của hệ thống tài chính y tế
3. Hãy 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. Hãy nêu khái niệm quản lý tài chính và trình bày nguyên tắc quản lý tài chính cơ sở y tế công
5. Hãy trình bày nội dung quản lý nguồn thu của bệnh viện
6. Hãy trình bày các tiêu chí công bằng trong quản lý tài chính hiện nay
7. Hãy trình bày 4 nguyên tắc trong quản lý trang thiết bị y tế

## ĐÁNH GIÁ CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

### 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.

## 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 y tế, chăm sóc sức khỏe. Bất kỳ người quản lý các chương trình hay hoạt động y tế 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.

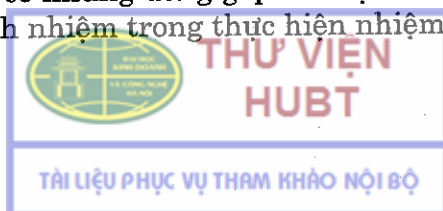
Đánh giá có thể được tiến hành định kỳ hay đột xuất theo yêu cầu của công tác quản lý các hoạt động, chương trình hay dự án chăm sóc sức khỏe. Hoạt động đánh giá được thực hiện liên tục trong suốt quá trình quản lý, nhưng trong một chu kỳ hay giai đoạn kế hoạch cụ thể, đánh giá thường được thực

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 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 đạt 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 bổ 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 chương trình, hoạt động và các nhà quản lý y tế có được các thông tin đầy đủ giúp cho 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 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. 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 chương trình. Chỉ số thường được biểu thị dưới dạng tỷ lệ, tỷ số, số trung bình để có thể ước lượng và so sánh được. Chỉ số nào khi được sử dụng cũng 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 chương trình hoạt động. 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 như 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 như 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, 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 khoá 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 vắc xin 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 cần chọn trong từng nhóm chỉ số chính dưới đây để tránh bỏ sót chỉ số.

- 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:

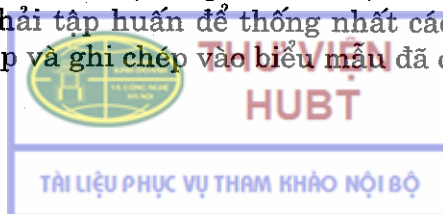
- Số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ của địa phương;
- Tỷ lệ cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ thực hiện các biện pháp tránh thai.
- Tỷ lệ phụ nữ có thai được theo dõi và tiêm phòng uốn ván đầy đủ trong năm.
- Tỷ lệ trẻ đẻ ra trong tháng trong quý/ trong năm được cán bộ y tế giúp đỡ.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh được tiêm phòng vắc xin BCG.
- Tỷ lệ trẻ dưới một tuổi được tiêm đủ 6 loại vắc xin trong năm.
- Tỷ lệ trẻ đẻ ra có cân nặng dưới 2500 gram 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 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 số liệu.
- 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 tập trung, 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 cho kế hoạch 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 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).

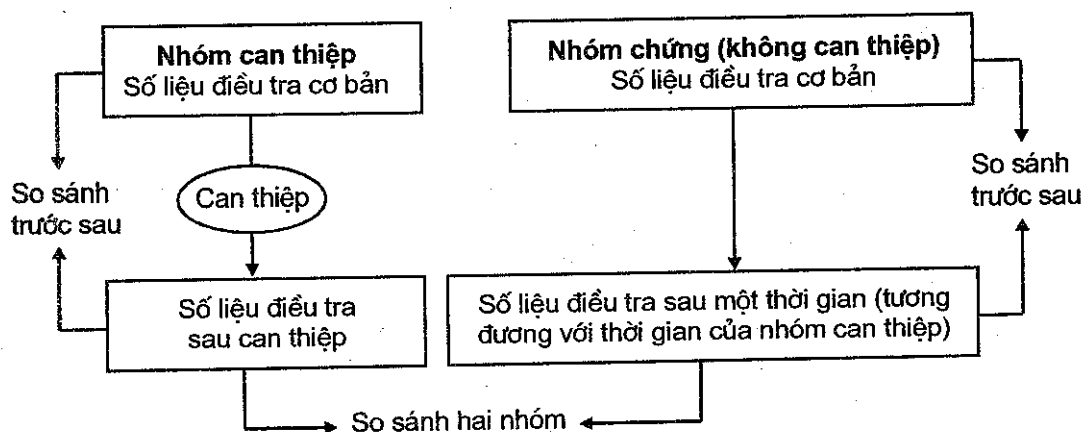
### **5.1.4. Xác định mô hình đánh giá**

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).



**Hình 12.1.** Sơ đồ mô hình đánh giá so sánh trước sau và với nhóm chứng

Trong mô hình này (hình 12.1) 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.

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.

$$HQCT = PV_{(Can\ thi\ep)} - PV_{(ch\ung)}$$

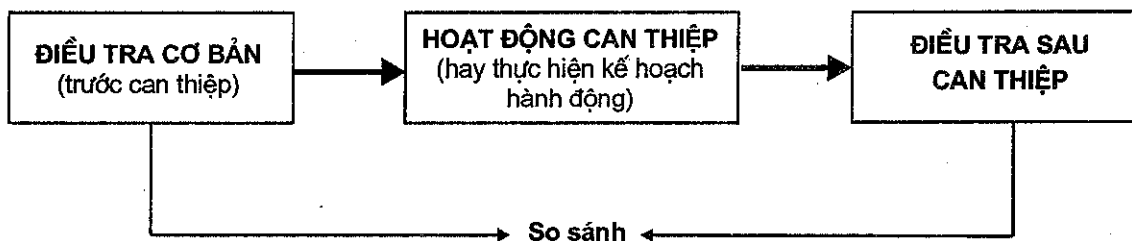
Hiệu quả can thiệp có thể tính bằng giá trị tương đối (tỷ lệ %) hoặc giá trị tuyệt đối.

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 (hình 12.2) 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 số 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.

### **5.1.2. 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 một bản kế hoạch hành động cụ thể.

### **5.2. Thực hiện thu thập thông tin**

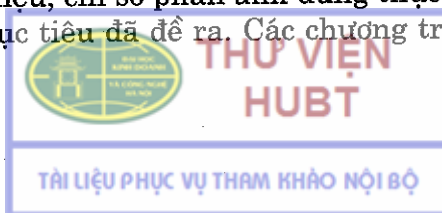
- Hoạt động quan trọng nhất của thực hiện đánh giá là tổ chức thu thập thông tin cần thiết. Các thông tin thu thập cho đánh giá cần đảm bảo các yêu cầu chung là chính xác, kịp thời và đầy đủ. Trước khi tổ chức thu thập thông tin chính thức cần kiểm tra lại các công cụ hay phương tiện thu thập thông tin 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 còn 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 sử lý số liệu như EPI INFO, SPSS, STATA vv... tùy thuộc vào khả năng và kinh nghiệm của người đánh giá.

Kết quả của đánh giá cần được trình bày và phiên giải thích hợp bằng các bảng số liệu, các sơ đồ, biểu đồ so sánh với các bàn 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.

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 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.

## **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.

## 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 cộng 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 CSSKBD “. 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 khỏe 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 khỏe 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, 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
30. Bộ Y tế, Sơ lược lịch sử Việt Nam, tập 1
31. Bộ Y tế, Tóm tắt số liệu thống kê y tế 1998 – 2002, Phòng thống kê tin học.
32. 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.
33. 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
34. 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.



35. Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt nam (1989 ). Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt nam. NXB pháp lý, 27 tr.
36. 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.
37. 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
38. 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
39. 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
40. Harold Koontz, Cyril Odonnell, Heinz Weihrich (1992). Những vấn đề cốt yếu của quản lý (Quyển 1). NXB Khoa học và kỹ thuật,
41. Lê Hùng Lâm (1998), Lịch sử y học , NXB Y học, 172 trang
42. 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.
43. 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
44. 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
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. Trường Đại Y Thái Bình (1997). Y tế Công cộng và chăm sóc sức khỏe ban đầu, NXB Y học.
50. 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

51. Andrew Green (1992), An Introduction to Health Planning in Developing, Oxford University Press.
52. Andrew Green (2001). An introduction to Health Planning in Developing Countries. OXFORD University press.
53. Brian Abel-Smith (1994). An introduction to health: Policy, Planning and Financing. LONGMAN, London.
54. Charles Collins (1994). Management and Organization of Developing Health Systems. Oxford university press.
55. Elaine La Monica (1994). Management in Health Care, A theoretical and experiential approach, Macmillan.
56. Management - A manual for distance learning. The wellcome Tropical Institute.
57. WHO (1993). Training manual on management of human resources for health, section I, Geneva.

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC**

# **TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ**

**Chịu trách nhiệm xuất bản**

**HOÀNG TRỌNG QUANG**

*Biên tập:* BS. NGUYỄN KIM LIÊN  
*Sửa bản in:* QUỐC HOÀN  
*Trình bày bìa:* CHU HÙNG  
*Kỹ thuật vi tính:* TRẦN THANH TÚ

---

In 1000 cuốn, khổ 19x27 tại Xưởng in Công ty TNHH một thành viên Nhà xuất bản Y học.  
Giấy phép xuất bản số: 38 - 2011/CXB/484 - 191/YH  
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2011.

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ





**THƯ VIỆN  
HUBT**

**TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ**