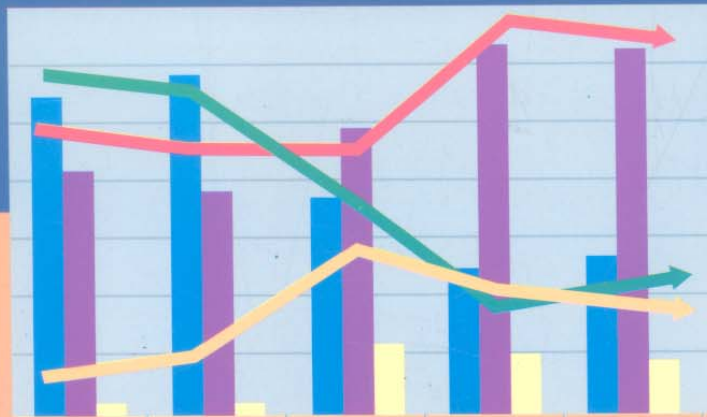


BỘ Y TẾ

TỔ CHỨC Y TẾ CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CAO ĐẲNG Y HỌC)

Chủ biên: PGS. TS. HOÀNG NGỌC CHƯƠNG



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

BỘ Y TẾ

TỔ CHỨC Y TẾ
CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA

(Dùng cho đào tạo Cao đẳng Y học)

Mã số: CK01.Y11 – CK05.Y14 – CK10.Y15 – C34.Y11

(Tái bản lần thứ nhất)

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM



Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

PGS. TS. HOÀNG NGỌC CHƯƠNG

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. HOÀNG NGỌC CHƯƠNG

ThS. LÊ NHƯ ĐÁP

ThS. LÊ VĂN NHO

Tham gia tổ chức bản thảo:

Th.S. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

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

14 – 2011/CXB/284 – 2075/GD



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Mã số: 7K870y1 – DAI

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 Cao đẳng Y học. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy–học các môn cơ sở và chuyên môn, theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Tổ chức y tế – chương trình y tế quốc gia* được biên soạn dựa vào chương trình giáo dục của trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế II – Bộ Y tế trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được viết bởi các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo 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 y tế – chương trình y tế quốc gia* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học của Bộ Y tế thẩm định năm 2010. Bộ Y tế ban hành làm tài liệu dạy – học chính thức của Ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ ba đến năm năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung, cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách. Cảm ơn GS. TS. Trương Việt Dũng, TS. Lê Văn Thêm đã đọc và phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Vì 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 sách được hoàn chỉnh hơn.

**VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ**



LỜI NÓI ĐẦU

Được sự chỉ đạo của Vụ Khoa học và Đào tạo – Bộ Y tế, sự giúp đỡ của Ban Giám hiệu nhà trường, Phòng Nghiên cứu Khoa học và Hợp tác quốc tế, Phòng Đào tạo trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế II – Bộ Y tế. Bộ môn Y tế công cộng biên soạn cuốn *Tổ chức Y tế – Chương trình y tế quốc gia*.

Cuốn sách *Tổ chức Y tế – Chương trình y tế quốc gia* phục vụ cho các đối tượng sinh viên Cao đẳng kỹ thuật, chuyên ngành hình ảnh y học, Vật lý trị liệu / Phục hồi chức năng; Xét nghiệm và Cao đẳng điều dưỡng.

Nội dung cuốn sách gồm 14 bài – Mỗi bài đều có bố cục rõ ràng: Mục tiêu, nội dung, tự lượng giá. Nội dung của các bài đều đảm bảo kiến thức cơ bản, hệ thống, khoa học, chính xác. Cuối mỗi bài đều có phần tự lượng giá giúp cho sinh viên dễ dàng tự học và tự đánh giá kiến thức của mình.

Vì lần đầu xuất bản, mặc dù đã rất cố gắng nhưng chắc chắn không tránh khỏi thiếu sót, mong được sự đóng góp ý kiến của các bạn đồng nghiệp, các độc giả v.v... để cuốn sách được hoàn thiện ở lần tái bản sau.

Đà Nẵng, tháng 05 năm 2010

Thay mặt Ban biên soạn

Hiệu trưởng

PGS. TS. HOÀNG NGỌC CHƯƠNG

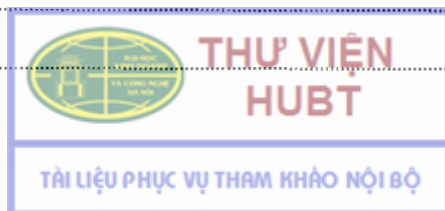
CÁC TỪ VIẾT TẮT

UBND	: Ủy ban nhân dân
TCYT	: Tổ chức Y tế
TCYTTG	: Tổ chức Y tế Thế Giới
YTCC	: Y tế công cộng
YHXH	: Y học xã hội
XHCN	: Xã hội chủ nghĩa
BMTE	: Bà mẹ trẻ em
CNH – HĐH	: Công nghiệp hoá – Hiện đại hoá
WHO	: Tổ chức Y tế Thế giới
KHHGD	: Kế hoạch hoá gia đình
CSSK	: Chăm sóc sức khoẻ
CSSKBD	: Chăm sóc sức khoẻ ban đầu
CSSKND	: Chăm sóc sức khoẻ nhân dân
YHCTDT	: Y học cổ truyền dân tộc
YHHD	: Y học hiện đại
ĐCSVN	: Đảng Cộng sản Việt Nam
TTYT	: Trung tâm y tế
BHYT	: Bảo hiểm y tế
KCB	: Khám chữa bệnh
CBYT	: Cán bộ y tế



MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	4
Khung chương trình đào tạo	9
BÀI 1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ	11
Các khái niệm cơ bản	11
Khoa học tổ chức và quản lý y tế	12
Đối tượng nghiên cứu của YHXX	13
Nhiệm vụ nghiên cứu của YHXX	13
Phương pháp nghiên cứu	15
Hệ thống kiến thức trong lĩnh vực y học xã hội	16
Một số phương hướng nghiên cứu về y học xã hội ở Việt Nam	16
Tự lượng giá	17
BÀI 2. QUAN ĐIỂM Y TẾ VIỆT NAM	20
Khái niệm về quan điểm	20
Hệ thống các quan điểm y tế Việt Nam	21
Sự vận dụng và lồng ghép các quan điểm y tế Việt Nam với các quan điểm về CSSKBD của thế giới	25
Kết luận	30
Tự lượng giá	31
BÀI 3. CHIẾN LƯỢC Y TẾ VIỆT NAM GIAI ĐOẠN ĐẾN NĂM 2010 VÀ TẦM NHÌN ĐẾN 2020	34
Mục tiêu	34
Các nhiệm vụ và giải pháp chủ yếu	36
Tự lượng giá	37
BÀI 4. HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM	39
Những nguyên tắc cơ bản về tổ chức hệ thống ngành Y tế Việt Nam	39
Mô hình tổ chức chung của hệ thống Y tế Việt Nam	40
Tuyến y tế trung ương	41
Tuyến y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương: sở y tế	43
Tuyến y tế huyện quận, thị xã	45
Tuyến y tế, xã, phường -- thị trấn	47



Y tế thôn – bản.....	49
Tự lượng giá.....	50
BÀI 5. NGUYÊN LÝ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU.....	52
Tuyên ngôn ALMA ATA.....	52
Ý nghĩa của tuyên ngôn ALMA ATA.....	53
Chăm sóc sức khỏe ban đầu – nội dung cơ bản của tuyên ngôn ALMA ATA.....	54
Nội dung CSSKBD của Việt Nam.....	55
Tự lượng giá.....	59
BÀI 6. MÔ HÌNH SỨC KHOẺ – BỆNH TẬT Ở VIỆT NAM.....	62
Phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10.....	62
Các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật.....	63
Đặc điểm mô hình bệnh tật.....	65
Tự lượng giá.....	75
BÀI 7. CHÍNH SÁCH Y TẾ.....	78
Khái niệm chính sách y tế.....	78
Xây dựng chính sách y tế.....	79
Nghiên cứu – phân tích chính sách y tế.....	83
Điều chỉnh chính sách y tế.....	85
Tự lượng giá.....	86
BÀI 8. QUẢN LÝ Y TẾ.....	89
Khái niệm quản lý.....	89
Chu trình quản lý.....	90
Chức năng quản lý.....	90
Nguyên tắc quản lý.....	92
Phương pháp quản lý.....	93
Các nội dung quản lý cơ sở y tế.....	94
Tự lượng giá.....	97
BÀI 9. QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ.....	98
Khái quát về quản lý nhân lực.....	98
Một số nguyên tắc về quản lý nhân lực y tế.....	99
Một số phương pháp quản lý nhân lực y tế.....	99
Quản lý nhân lực y tế xã, phường.....	101
Nội dung quản lý nhân lực y tế xã, phường.....	104
Tự lượng giá.....	108

BÀI 10. TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN	110
Khái niệm, vai trò và vị trí bệnh viện trong hệ thống y tế nước ta.....	110
Hệ thống tổ chức của bệnh viện đa khoa ở Việt Nam hiện nay.....	113
Nhiệm vụ của bệnh viện.....	120
Nội dung quản lý chính của bệnh viện.....	120
Tự lượng giá.....	124
BÀI 11. QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG Y TẾ CƠ SỞ	126
Mô hình tổ chức trạm y tế cơ sở.....	126
Phương thức quản lý hoạt động của trạm y tế cơ sở.....	127
Tự lượng giá.....	134
BÀI 12. CÁC CHỈ SỐ SỨC KHOẺ VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ	135
Khái niệm thông tin, chỉ số y tế.....	135
Ý nghĩa và vai trò của thông tin y tế.....	136
Các dạng thông tin y tế.....	136
Phân loại và tính chất thông tin y tế.....	137
Các chỉ số thường dùng trong quản lý thông tin y tế.....	140
Phương pháp thu thập thông tin.....	142
Hệ thống quản lý thông tin y tế ở nước ta.....	143
Phương hướng khắc phục.....	147
Tự lượng giá.....	149
BÀI 13. LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ	151
Khái niệm về kế hoạch và lập kế hoạch y tế.....	151
Các loại lập kế hoạch.....	152
Quy trình lập kế hoạch y tế.....	154
Viết kế hoạch y tế.....	160
Điều chỉnh kế hoạch.....	162
Tự lượng giá.....	163
BÀI 14. THEO DÕI – GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ	166
Các định nghĩa.....	166
Phương thức giám sát.....	167
Lĩnh vực giám sát và giám sát viên.....	168
Quy trình điều hành giám sát.....	169
Tiến hành giám sát tại cơ sở.....	171
Tự lượng giá.....	172
TÀI LIỆU THAM KHẢO	174



KHUNG CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO CAO ĐẲNG Y HỌC

Môn học:

TỔ CHỨC Y TẾ – CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA

ĐỐI TƯỢNG ĐÀO TẠO: Cao đẳng y học năm thứ 2

Số đơn vị học trình: 2/0

Lý thuyết: 2

Thực hành: 0

Số tiết: 30/0

Lý thuyết: 30

Thực hành: 0

Số điểm kiểm tra: 3

Số điểm thi: 1

Thời gian thực hiện: Kỳ I năm thứ 2

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các quan điểm chỉ đạo cơ bản về công tác y tế giai đoạn 2010 – 2020.
2. Trình bày được tổ chức và nhiệm vụ của y tế các cấp.
3. Mô tả được chu trình quản lý y tế.
4. Lập kế hoạch một chương trình y tế.

NỘI DUNG

TT	Tên bài học/ chủ đề	Số tiết		
		Tổng số	Lý thuyết	Thực hành
1	Đại cương về tổ chức và quản lý hệ thống y tế	1	1	0
2	Quan điểm y tế Việt Nam-	2	2	0
3	Chiến lược y tế Việt Nam giai đoạn 2010 – 2020	1	1	0
4	Tổ chức hệ thống y tế Việt Nam	2	2	0
5	Chăm sóc sức khỏe ban đầu	2	2	0
6	Mô hình sức khỏe – bệnh tật ở Việt Nam	2	2	0
7	Chính sách y tế	2	2	0
8	Quản lý y tế	2	2	0



TT	Tên bài học/ chủ đề	Số tiết		
		Tổng số	Lý thuyết	Thực hành
9	Quản lý nhân lực y tế	2	2	0
10	Tổ chức và quản lý bệnh viện	4	4	0
11	Quản lý hoạt động y tế cơ sở	2	2	0
12	Các chỉ số sức khỏe và quản lý thông tin y tế	3	3	0
13	Lập kế hoạch y tế	3	3	0
14	Theo dõi – Giám sát hoạt động y tế	2	2	0
	Tổng số	30	30	0

Bài 1

ĐẠI CƯƠNG VỀ TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

MỤC TIÊU

1. *Nêu và giải thích được khái niệm: Y học xã hội, 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 nâng cao 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.*

I. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN

1. Y học xã hội là khoa học nghiên cứu tình trạng sức khỏe, thể lực, bệnh tật của cộng đồng và xã hội, nghiên cứu các điều kiện sống, điều kiện làm việc, các yếu tố tự nhiên và xã hội ảnh hưởng tới tình trạng trên, đề xuất các biện pháp nhằm cải thiện và phát huy các điều kiện có lợi và hạn chế các điều kiện có hại cho sức khỏe của cộng đồng và xã hội.

2. Y tế công cộng

Môn học y tế công cộng có rất sớm ở Hoa Kỳ do Winslow sáng lập và đã đưa ra định nghĩa:

“Y tế công cộng là khoa học về nghệ thuật phòng bệnh, kéo dài tuổi thọ của con người, cải thiện sức khỏe, thể chất, tinh thần của mọi người bằng sự nỗ lực có tổ chức của cả cộng đồng nhằm thanh khiết môi trường, phòng và chống các bệnh xã hội, giáo dục vệ sinh cá nhân, tổ chức các cơ sở y tế, chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh tật, phát triển bộ máy tổ chức xã hội để đảm bảo cho mọi người có một mức sống phù hợp với sự giữ gìn sức khỏe. Mục tiêu cuối cùng của các hoạt động đó là đảm bảo cho mọi người được hưởng quyền khỏe mạnh và sống lâu”.



**THƯ VIỆN
HUBT**

3. Tổ chức y tế: là một bộ phận của Y học xã hội, là khoa học nghiên cứu nhiệm vụ, vạch kế hoạch, xây dựng cơ cấu tổ chức mạng lưới y tế, phân tích các hoạt động y tế, nhằm thực hiện mục tiêu của y tế.

4. Quản lý y tế: là xác định những vấn đề y tế của cộng đồng, xây dựng chính sách y tế có thể thực hiện được cũng như đưa ra phương hướng, đề án để giải quyết các vấn đề đó.

II. KHOA HỌC TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

Hiện nay, hệ thống tổ chức y tế, hệ thống các dịch vụ y tế ngày càng phát triển đòi hỏi người cán bộ quản lý lãnh đạo y tế phải có kiến thức quản lý chuyên sâu để nắm bắt và khai thác mọi nguồn lực của xã hội, nhằm phục vụ tốt hơn cho sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Công tác tổ chức quản lý y tế là khoa học về công tác quản lý y tế không chỉ dựa trên khoa học tổ chức y tế mà còn yêu cầu sự đóng góp của các khoa học xã hội khác như Xã hội học y học, Đạo đức y học. Công tác quản lý y tế không chỉ dựa trên khoa học quản lý y tế mà còn yêu cầu sự đóng góp của khoa học kinh tế xã hội, hành chính như Kinh tế y tế, Quản lý hành chính, Luật pháp y tế v.v...

Y học xã hội là lý luận, là cơ sở khoa học của tổ chức y tế, ngược lại tổ chức y tế là cơ sở thực tiễn của y học xã hội, là hệ thống những biện pháp y tế chứng tỏ lý luận của y học xã hội là đúng đắn, là mối quan hệ giữa lý luận và thực tiễn. Vì vậy, sự kết hợp y học xã hội với tổ chức y tế và một bộ phận của vệ sinh dịch tễ sẽ đồng nghĩa với y học cộng đồng hoặc y tế công cộng.

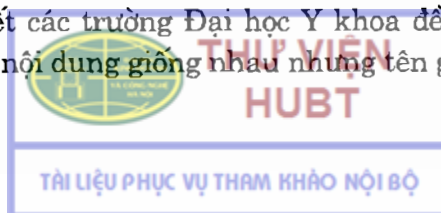
Y học xã hội với ý nghĩa trên là một môn khoa học, có đối tượng, nhiệm vụ và phương pháp nghiên cứu khoa học hoàn chỉnh như các ngành khoa học khác. Ngành Y học xã hội có liên quan chặt chẽ với các ngành khoa học tự nhiên và xã hội khác ngoài y tế như các yếu tố ảnh hưởng của văn hoá, kinh tế, xã hội trong những điều kiện lịch sử nhất định.

YHXH–YTCC trở thành môn học từ năm 1920 ở Đại học Berlin do Grothan làm chủ nhiệm bộ môn, đến năm 1929 phát triển thành viện Y học xã hội.

Năm 1922, ở Liên Xô cũ xuất hiện môn học Vệ sinh Xã hội và Tổ chức y tế tại Đại học Moscow, sau đó nhanh chóng trở thành khoa học và môn học trong các Trường đại học Y của Liên Xô. Chủ nhiệm bộ môn Y học xã hội và Tổ chức y tế đầu tiên của Liên Xô là giáo sư N.A.Semashco – Bộ trưởng Bộ Y tế, tới năm 1941 đổi tên thành bộ môn Tổ chức y tế.

Năm 1942, tại Oxford đã giảng dạy môn học Tổ chức y tế.

Năm 1973, khi nghiên cứu 121 trường Đại học Y khoa trên thế giới, các nhà nghiên cứu nhận thấy rằng hầu hết các trường Đại học Y khoa đều hình thành môn học và khoa học y học cộng đồng có nội dung giống nhau nhưng tên gọi không giống nhau.



Năm 1989, Hiệp hội y tế công cộng châu Á – Thái Bình Dương trong khi nghiên cứu các tên gọi khác nhau đó đã thừa nhận sự giống nhau của các nội dung giảng dạy về môn học và khoa học trên và cùng nhất trí có tên chung đó là Y tế công cộng hoặc Y học cộng đồng.

Năm 1972, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra khái niệm:

“Y tế cộng đồng đề cập tới sức khoẻ của một quần thể, một tập thể, những dịch vụ vệ sinh môi trường, những dịch vụ y tế tổng quát và quản lý các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ”. Ở Việt Nam, những khái niệm về y tế công cộng và vệ sinh xã hội đã có từ thời:

– Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) và Hải Thượng Lãn Ông (thế kỷ XVIII) thể hiện bằng các quan điểm dự phòng bệnh tật.

– Sau Cách mạng tháng Tám năm 1945, với phương hướng dự phòng đúng đắn, bác sĩ Phạm Ngọc Thạch đã có công lớn trong việc xây dựng hệ thống Tổ chức Y tế quốc gia, chú trọng xây dựng y tế tuyến trước và đặt nền móng cho sự phát triển của Y học cộng đồng.

– Năm 1960, hình thành các lớp trung cấp quản lý Y tế.

– Năm 1966, Đại học Y Hà Nội thành lập bộ môn Tổ chức Y tế.

– Sau ngày đất nước giải phóng, các Trường Đại học Y bắt đầu xây dựng bộ môn YHXX–TCYT, nâng trình độ trường cán bộ quản lý y tế ngang với các trường đại học chuyên đào tạo về y tế công cộng và cán bộ quản lý ngành, hình thành khoa Y tế công cộng ở Hà Nội và Viện Y tế công cộng ở Thành phố Hồ Chí Minh.

III. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA YHXX

YHXX có đối tượng nghiên cứu là tình trạng và quá trình thay đổi sức khoẻ của con người trong mối quan hệ giữa môi trường sống, điều kiện tự nhiên, kinh tế xã hội, nhằm phát hiện và phát huy các yếu tố tích cực cho sức khoẻ và loại trừ các yếu tố tiêu cực cho sức khoẻ.

“Đối tượng nghiên cứu của YHXX là sức khoẻ của con người trong mối quan hệ với môi trường sống và các điều kiện kinh tế xã hội”.

IV. NHIỆM VỤ NGHIÊN CỨU CỦA YHXX

1. Nghiên cứu các quy luật trong mối quan hệ giữa sức khoẻ cho con người với các điều kiện tự nhiên và kinh tế xã hội để chăm sóc sức khoẻ cho họ

Các lĩnh vực cần nghiên cứu gồm:

– Những khái niệm cơ bản về sức khoẻ.



- Sức khỏe, thể lực, bệnh tật của con người và xã hội.
- Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe.
- Ảnh hưởng của các điều kiện chính trị, kinh tế, xã hội tới sức khỏe con người và vị trí công tác bảo vệ sức khỏe trong xã hội.
- Các nguyên lý y tế xã hội.
- Ngành YHXXH–YTCC trong mối quan hệ với các ngành kinh tế kỹ thuật, khoa học tự nhiên và xã hội khác.

2. Nghiên cứu tình trạng sức khỏe nhân dân

2.1. Quan niệm chung về sức khỏe

Ngành YHXXH cho rằng, tình trạng sức khỏe, thể lực, bệnh tật của một con người hay một nhóm người là kết quả của mối quan hệ phức tạp giữa cơ thể và môi trường và với tất cả các yếu tố vật lý, hoá học, sinh vật học, tâm lý học, xã hội.

2.2. Phạm vi nghiên cứu

Nghiên cứu tình trạng sức khỏe, bệnh tật, thể lực của nhân dân là đối tượng nghiên cứu của tất cả các ngành khoa học lâm sàng, cận lâm sàng và của nhiều ngành khoa học khác.

Ngành YHXXH nghiên cứu tình trạng sức khỏe bệnh tật và thể lực nhân dân trong cái nhìn toàn diện, toàn cục theo xu thế phát triển chung và có liên quan tới sự phát triển của toàn xã hội theo một khuynh hướng dự phòng tích cực.

2.3. Mục đích nghiên cứu

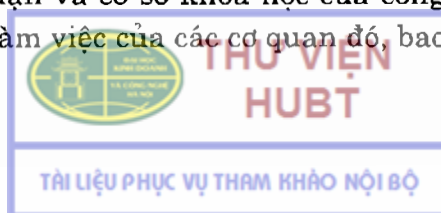
Bằng phương pháp so sánh cơ cấu tình hình sức khỏe thể lực bệnh tật của một nhóm người trong xã hội, ở từng vùng khác nhau, ở những môi trường khác nhau (môi trường sống, sinh hoạt, lao động) để có những kết luận chính xác giúp cơ quan lãnh đạo y tế có biện pháp xử lý thích đáng cũng như xây dựng những nội dung nghiên cứu phong phú thích hợp.

2.4. Nghiên cứu tình hình phát triển dân số KHHGD

Nghiên cứu sự phát triển dân số như thế nào là thích hợp, có cơ cấu dân số hợp lý, quy mô gia đình thích hợp và các biện pháp sinh đẻ có kế hoạch để có biện pháp bảo vệ và tăng cường sức khỏe của nhân dân.

3. Nghiên cứu về cơ sở khoa học của công tác y tế

Nghiên cứu cơ sở lý luận và cơ sở khoa học của công tác tổ chức quản lý y tế, nghiên cứu phương pháp làm việc của các cơ quan đó, bao gồm:



3.1. Nghiên cứu nhu cầu của nhân dân trong việc CSSK

Trên cơ sở nghiên cứu tình hình sức khoẻ, thể lực, bệnh tật và tình hình bảo vệ sức khoẻ nhân dân nói chung, ngành YHXXH nghiên cứu các nhu cầu phục vụ cho việc bảo vệ và tăng cường sức khoẻ nhân dân trong phạm vi cả nước, từng địa phương và từng cơ sở về các mặt phòng bệnh, khám và chữa bệnh nội ngoại trú, chống dịch, đào tạo, kinh doanh sản xuất và nghiên cứu khoa học. Từ đó xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế trước mắt và lâu dài cũng như định mức tiêu chuẩn và các chính sách y tế phù hợp.

3.2. Tổ chức công tác y tế

Nghiên cứu xây dựng toàn bộ hệ thống mạng lưới tổ chức y tế, mối quan hệ của các tổ chức trong nước và ngoài nước, nghiên cứu chức năng, nhiệm vụ, lề lối làm việc của các cơ sở y tế. Đồng thời nghiên cứu việc cung cấp các trang bị kỹ thuật vật tư thích hợp cho các cơ sở y tế.

3.3. Sự lãnh đạo của công tác y tế

Nghiên cứu hệ thống và các phương pháp quản lý lãnh đạo công tác y tế với mục đích xác định các cơ sở khoa học cho việc quản lý lãnh đạo hệ thống y tế có hiệu quả, vì vậy ngành YHXXH cần phải tiến hành nghiên cứu công tác kế hoạch hoá y tế, kinh tế y tế, luật pháp y tế, hiện trường và dự đoán y tế, thống kê y tế.

3.4. Cán bộ y tế

Nghiên cứu tiêu chuẩn cơ cấu, số lượng biên chế trong toàn ngành và trong tất cả các cơ sở y tế; bồi dưỡng, đào tạo, quy hoạch và phát triển đội ngũ cán bộ quản lý và lãnh đạo ngành.

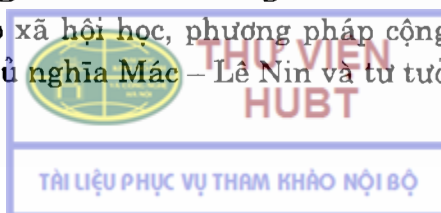
4. Nghiên cứu lịch sử y học và y tế

Nghiên cứu lịch sử phát triển y học và y tế Việt Nam ở các địa phương qua các giai đoạn lịch sử. Từ đó rút ra các bài học kinh nghiệm, các quy luật và lý luận vận dụng vào việc tăng cường có hiệu quả sức khoẻ của nhân dân, đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của cộng đồng xã hội.

Nghiên cứu sự phát triển của y học và Y tế thế giới nhằm chọn lọc và áp dụng các kinh nghiệm quý báu của y học và y tế thế giới, tăng cường sự hợp tác quốc tế về y tế.

V. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp chung cho tất cả các ngành khoa học xã hội, trong đó có cả YHXXH, đó là phương pháp xã hội học, phương pháp cộng đồng và xã hội hoá dựa trên cơ sở lý thuyết của Chủ nghĩa Mác – Lê Nin và tư tưởng Hồ Chí Minh.



2. Phương pháp riêng của YHXX là phương pháp thống kê và các phương pháp khác gồm:

- Chẩn đoán cộng đồng
- Dịch tễ học hiện đại
- Thử nghiệm y học xã hội
- Lâm sàng
- Lịch sử
- Phân tích kinh tế
- Phỏng vấn
- Thảo luận nhóm
- Đặt bộ câu hỏi
- Lồng ghép và xã hội hoá

VI. HỆ THỐNG KIẾN THỨC TRONG LĨNH VỰC Y HỌC XÃ HỘI

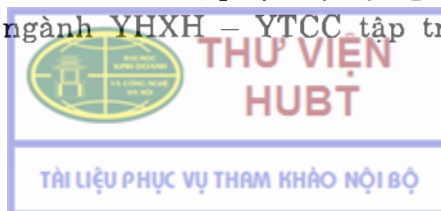
Hệ thống những kiến thức cần trang bị cho cán bộ chuyên ngành YHXX – YTCC tối thiểu gồm:

- Tâm lý học
- Lịch sử y học và y tế
- Đạo đức y học
- Xã hội học và xã hội học y tế
- Kinh tế y tế
- Thống kê y tế
- Giáo dục sức khoẻ
- Giáo dục vệ sinh y học thường thức
- Luật pháp y tế
- Tổ chức y tế
- Chăm sóc sức khoẻ ban đầu và các chương trình y tế

VII. MỘT SỐ PHƯƠNG HƯỚNG NGHIÊN CỨU VỀ Y HỌC XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

Ngành y học xã hội và y tế công cộng hình thành chậm so với các lĩnh vực y học khác nhưng có xu hướng phát triển ngày càng mạnh ở nước ta, được xã hội và ngành Y tế quan tâm.

Nhằm phục vụ sức khoẻ nhân dân, phục vụ sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc XHCN, trước mắt ngành YHXX – YTCC tập trung nghiên cứu các lĩnh vực sau:



1. Nghiên cứu thể lực, bệnh tật và sức khỏe con người Việt Nam trong mối quan hệ với điều kiện chính trị, kinh tế, xã hội Việt Nam và khu vực. Thực hiện CSSKBD và các chương trình y tế.

2. Tiến hành điều tra cơ bản về thể lực, sức khỏe, bệnh tật của nhân dân giữa các nhóm dân cư, nhóm tuổi và các đối tượng chính sách.

3. Nghiên cứu cơ sở lý luận của công tác y tế.

4. Tổ chức mạng lưới phòng và chữa bệnh, vệ sinh phòng chống dịch từ trung ương đến cơ sở.

5. Nghiên cứu về kinh tế và kế hoạch hoá y tế.

6. Nghiên cứu về tổ chức lao động khoa học trong ngành Y tế.

7. Nghiên cứu tiêu chuẩn hoá về các loại lao động, cơ sở vật chất kỹ thuật, ngân sách cho ngành và cho các cơ sở y tế.

8. Nghiên cứu xây dựng các quy chế chế độ, chính sách đối với các loại hoạt động y tế.

9. Nghiên cứu thực hiện CSSKBD và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh và các hoạt động y tế khác.

10. Nghiên cứu đào tạo, bồi dưỡng và quy hoạch đội ngũ cán bộ phù hợp với sự phát triển của y học và y tế Việt Nam.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

1. Khoa học nghiên cứu tình trạng sức khỏe, thể lực, bệnh tật của cộng đồng, của xã hội, nghiên cứu các điều kiện sống, điều kiện làm việc và các yếu tố tự nhiên, xã hội ảnh hưởng tới tình trạng trên, đề xuất các biện pháp nhằm cải thiện và phát huy các điều kiện có lợi và hạn chế các điều kiện có hại cho sức khỏe của cộng đồng và xã hội là:

A. Y học xã hội

B. Y học lâm sàng

C. Tổ chức Y tế

D. Y tế Công cộng.

2. Môn học Y tế công cộng có rất sớm ở Hoà Kỳ do:

A. Hubbey thực hiện

B. C. E. A. Winslow thực hiện

C. N.A.Semashco thực hiện

D. Vinogradop thực hiện.

3. Khoa học về nghệ thuật phòng bệnh, kéo dài tuổi thọ cuộc sống và cải thiện sức khỏe, thể chất, tinh thần của mọi người, phát triển bộ máy tổ chức xã



hội để bảo đảm cho mọi người một mức sống phù hợp với sự giữ gìn sức khoẻ là:

- A. Y học xã hội
B. Y học lâm sàng
C. Tổ chức Y tế
D. Y tế Công cộng.
4. Mục tiêu cuối cùng của các hoạt động Y tế công cộng là bảo đảm cho mọi người được:
- A. Hưởng quyền mạnh khoẻ và sống lâu
B. Không mắc bệnh lây nhiễm
C. Không bị tàn phế do biến chứng của bệnh tật
D. Không bị stress tâm lý.
5. Tổ chức Y tế là một bộ phận của Y học xã hội, là khoa học nghiên cứu nhiệm vụ, vạch kế hoạch, xây dựng cơ cấu tổ chức mạng lưới y tế, phân tích các hoạt động y tế, nhằm thực hiện:
- A. Công bằng trong chăm sóc y tế
B. Mục tiêu của y tế
C. Phân phối nguồn lực y tế
D. Hoàn thiện hệ thống thông tin y tế.
6. Xác định những vấn đề y tế của cộng đồng, xây dựng chính sách y tế có thể thực hiện được và phương hướng, đề án để giải quyết các vấn đề đó là nhiệm vụ của:
- A. Y học xã hội
B. Y tế Công cộng
C. Quản lý y tế
D. Nhân học sức khoẻ.
7. Người cán bộ quản lý lãnh đạo y tế phải có kiến thức quản lý chuyên sâu vì lý do sau:
- A. Hiện nay hệ thống Tổ chức y tế, hệ thống các dịch vụ y tế ngày càng phát triển
B. Hiện nay hệ thống Tổ chức y tế ngày càng phát triển
C. Hiện nay hệ thống Tổ chức y tế ngày càng phát triển
D. Hiện nay hệ thống y tế dự phòng ngày càng phát triển.
8. Công tác quản lý y tế không chỉ dựa trên khoa học Tổ chức y tế mà còn yêu cầu sự đóng góp của các khoa học xã hội khác như:
- A. Quản lý hành chính y tế
B. Khoa học kinh tế xã hội
C. Kinh tế y tế
D. Xã hội học y học, đạo đức y học.
9. Y học xã hội là lý luận, là cơ sở khoa học của:
- A. Kinh tế y tế
B. Luật pháp y tế
C. Tổ chức y tế
D. Xã hội học y học.

10. Tổ chức Y tế là cơ sở thực tiễn của:
- A. Kinh tế y tế
B. Quản lý hành chính y tế
C. Khoa học kinh tế xã hội
D. Y học xã hội.
11. Y học Xã hội – Y tế Công cộng trở thành môn học ở Đại học Berlin do Grothan làm chủ nhiệm bộ môn từ năm:
- A. 1970
B. 1920
C. 1946
D. 1945.
12. Ở Liên xô xuất hiện môn học Vệ sinh xã hội và Tổ chức y tế tại Đại học Moscow từ năm:
- A. 1922
B. 1943
C. 1922
D. 1930.
13. Tại Oxford (Anh) đã giảng dạy môn học Tổ chức y tế từ năm:
- A. 1956
B. 1942
C. 1940
D. 1946.
14. Ở Việt Nam, những khái niệm về y tế công cộng và vệ sinh xã hội đã có từ thời Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) và Hải Thượng Lãn Ông (thế kỷ XVIII) thể hiện bằng các quan điểm:
- A. Chữa bệnh không dùng thuốc
B. Chữa bệnh bằng thuốc Nam
C. Chữa bệnh bằng Y học cổ truyền
D. Dự phòng bệnh tật.
15. Đối tượng nghiên cứu của Y học xã hội và Y tế công cộng là sức khoẻ của nhân dân trong mối quan hệ với:
- A. Sức khoẻ, thể lực, bệnh tật của cộng đồng
B. Thực trạng công tác y tế
C. Môi trường sống và các điều kiện kinh tế xã hội
D. Các điều kiện tự nhiên.
16. Phương pháp nghiên cứu chung của Y học xã hội và Y tế công cộng là, ngoại trừ:
- A. Phương pháp xã hội học
B. Phương pháp xã hội hoá dựa trên cơ sở lý luận của Chủ nghĩa Mác – Lênin
C. Phương pháp xã hội hoá dựa trên cơ sở lý luận của tư tưởng Hồ chí Minh
D. Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng.

Bài 2

QUAN ĐIỂM Y TẾ VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Nêu được các cơ sở hình thành các quan điểm y tế Việt Nam
2. Trình bày và vận dụng được nội dung các quan điểm y tế Việt Nam qua các thời kỳ, đặc biệt là các quan điểm có tính truyền thống và quan điểm đổi mới của ngành.

I. KHÁI NIỆM VỀ QUAN ĐIỂM

1. Quan điểm: là điểm xuất phát của vấn đề, từ đó con người nhìn nhận và giải quyết nó theo cách riêng của mình (quan điểm cá nhân) hoặc theo cách chung của một tập thể.

Quan điểm vì vậy được coi là nhìn nhận khác nhau của cá nhân, của tập thể để giải quyết mọi vấn đề trong đời sống theo cách riêng hoặc cách chung. Sự nhìn nhận và giải quyết vấn đề phụ thuộc vào trình độ nhận thức, vào điều kiện lịch sử kinh tế – xã hội nhất định. Chính vì vậy từ cách nhìn và giải quyết khác nhau một vấn đề trong đời sống của chúng ta có thể biết được bản chất giai cấp của người đó, nhận biết mình là ai, làm việc cho ai, vì ai mà phục vụ.

Quan điểm mang ý nghĩa nhân sinh quan.

Yêu cầu của quan điểm thường có hai cách quan hệ chặt chẽ với nhau:

– Cách nhìn

+ Nhìn và xác định đúng sự vật và hiện tượng.

+ Sự vật hiện tượng (hay vấn đề) xuất hiện trong môi trường nhất định với nhiều yếu tố ảnh hưởng (tính lịch sử, thời gian, không gian).

– Cách giải quyết

+ Phù hợp với xu thế, tiến bộ và khách quan.

+ Phù hợp với mục tiêu xã hội, có ý nghĩa nhân sinh quan về cuộc sống.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

2. Cần phải nắm vững các quan điểm

– Con người là một bộ phận không thể tách rời của cộng đồng và xã hội. Cách nhìn của con người về cuộc sống không phải ai cũng giống nhau. Xuất thân từ những thành phần khác nhau trong xã hội sẽ có cách nhìn nhận và giải quyết cùng một vấn đề rất khác nhau.

– Sống trong xã hội, trong cộng đồng, con người phải có ý thức vì lợi ích chung, vì thoã mãn nhu cầu chung, trong đó có mình mà cùng có trách nhiệm và nghĩa vụ đối với xã hội và cộng đồng.

– Nhu cầu và lợi ích của xã hội được xác định bởi mục tiêu xã hội mà mọi Nhà nước, mọi Chính phủ đề ra bằng đường lối và sách lược, yêu cầu mọi thành viên trong xã hội phải nhận thức được, tự mình làm và góp phần huy động toàn xã hội hành động vì mục tiêu đó.

– Các thầy thuốc tương lai cần phải có quan điểm chung về mục tiêu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân cũng như các vấn đề có liên quan khác vì mục tiêu đó. Nhận thức các quan điểm y tế là một quá trình rèn luyện và giác ngộ để xây dựng bản lĩnh người thầy thuốc nhân dân, vì nhân dân mà phục vụ.

– Trong các biến động lịch sử quan trọng của đất nước, thầy thuốc luôn phải khẳng định lại quan điểm phục vụ của mình để củng cố niềm tin và chí hướng của mình. Kinh nghiệm cho thấy rằng, trước các khó khăn gian khổ, trước những thử thách khắc nghiệt của cuộc sống và nghề nghiệp, những ai có ý chí và quan điểm đúng đắn sẽ vượt qua được và tiến bộ không ngừng. Ngược lại sẽ dao động, hoài nghi dẫn đến thiếu tin tưởng vào cuộc sống và nghề nghiệp, thiếu khả năng vượt lên, thậm chí có khi đi ngược lại lợi ích của xã hội, cộng đồng và của cá nhân mình.

II. HỆ THỐNG CÁC QUAN ĐIỂM Y TẾ VIỆT NAM

1. Cơ sở hình thành các quan điểm y tế Việt Nam

1.1. Cơ sở thực tiễn

- Đặc điểm tình hình sức khỏe, bệnh tật và các yếu tố ảnh hưởng.
- Đặc điểm tình hình phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội và các phong tục tập quán truyền thống các cộng đồng của dân tộc.
- Lịch sử phát triển của nền y tế đất nước từ trước đến nay.
- Các cơ sở thực tiễn, định hướng mục tiêu xã hội qua các thời kỳ.

1.2. Cơ sở khoa học

- Sự tiếp thu có vận dụng sáng tạo các lý luận, học thuyết khoa học tự nhiên và xã hội có liên quan đến sức khỏe.



- Biện pháp áp dụng các tiến bộ khoa học và công nghệ.
- Sự vận dụng xu thế phát triển của khoa học y học tương lai – y học dự phòng.
- Lý luận và thực tiễn của Y học Việt Nam và Y học trên thế giới.
- Các luận điểm và các nguyên lý y tế XHCN.
- Các nội dung của nguyên lý y tế XHCN.

1.3. Quan điểm y tế Việt Nam là quan điểm của Đảng Cộng sản Việt Nam về các vấn đề bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân dân Việt Nam

- Vai trò lãnh đạo của Đảng về y tế qua các thời kỳ lịch sử.
- Sự nghiệp cách mạng của nhân dân lao động và các dân tộc Việt Nam là sứ mạng lịch sử của Đảng. Đường lối đưa đất nước Việt Nam tiến tới công nghiệp hoá, hiện đại hoá vì sự nghiệp dân giàu nước mạnh xã hội công bằng dân chủ văn minh là lý tưởng của Đảng phù hợp với nguyện vọng của nhân dân và các dân tộc Việt Nam.

2. Các quan điểm truyền thống

2.1. Từ những năm 1945 – 1954

Ngành Y tế Việt Nam đã xác định phương hướng mục tiêu: vì nhiệm vụ bảo vệ và xây dựng Nhà nước nhân dân non trẻ – Nhà nước Việt Nam Dân chủ Cộng hoà tập trung vào công cuộc trường kỳ kháng chiến nhưng nhất định thắng lợi “để giữ gìn bảo vệ sức khoẻ cho nhân dân”. Trong thời kỳ khó khăn và gian khổ, quan điểm y tế Việt Nam đã vận dụng tư tưởng chủ đạo về dự phòng tích cực, chữa bệnh toàn diện xã hội hoá, kết hợp Đông Tây Y phù hợp với xu thế phát triển của Y học tương lai.

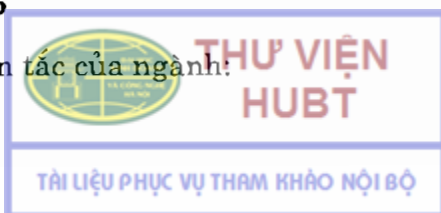
2.2. Từ năm 1954 – 1959

Thực hiện năm phương châm hoạt động của ngành Y tế nhằm phục vụ sự nghiệp xây dựng và cải tạo XHCN:

- Y tế phục vụ sản xuất, quốc phòng, phục vụ đồng bào dân tộc thiểu số, phục vụ phụ nữ và trẻ em vì sự nghiệp cải tạo và xây dựng CNXH.
- Phòng bệnh là chính.
- Chữa bệnh toàn diện. Thống nhất giữa phòng bệnh và chữa bệnh.
- Kết hợp Đông Y với Tây Y trong phòng bệnh và chữa bệnh.
- Đi đúng đường lối quần chúng.

2.3. Từ năm 1959 – 1975

Thực hiện bốn nguyên tắc của ngành:



- Y tế XHCN phục vụ sản xuất, đời sống, quốc phòng vì sự nghiệp xây dựng CNXH ở miền Bắc và đấu tranh giải phóng miền Nam thống nhất tổ quốc.
- Phòng bệnh là phương châm chính trong công tác y tế.
- Chữa bệnh toàn diện, chữa bệnh để phòng bệnh.
- Kết hợp Đông Y với Tây Y trong phòng bệnh và chữa bệnh.

2.4. Từ năm 1975 – 1986

- Gắn liền sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc Việt Nam với hạnh phúc nhân dân, y tế phải phục vụ sản xuất đời sống và quốc phòng.

- Y tế Việt Nam kiên trì hoạt động theo phương hướng Y học dự phòng, dự phòng tích cực chủ động.

- Kết hợp chặt chẽ với y học hiện đại và y học cổ truyền dân tộc, xây dựng nền y học Việt Nam XHCN.

- Dựa vào quần chúng, dựa vào sức mình là chính, đồng thời tranh thủ sự viện trợ giúp đỡ của quốc tế, không ngừng nâng cao chất lượng mạng lưới y tế nhân dân, phát triển nguồn dược liệu trong nước, nhanh chóng xây dựng ngành công nghiệp dược phẩm và xây dựng cơ sở vật chất kỹ thuật cho ngành Y tế.

- Thực hiện “Lương y như từ mẫu” trong ngành Y tế.

Nghiên cứu hệ thống các quan điểm y tế qua các thời kỳ chúng ta nhận thấy sự nhất quán về quan điểm của ngành Y tế Việt Nam vì mục tiêu xã hội mà có sách lược phù hợp qua các giai đoạn, nhờ vậy đã không ngừng phát triển.

Trong hệ thống các quan điểm đó thì quan điểm y tế từ năm 1975–1986 được coi là những quan điểm truyền thống, chính những quan điểm đó vừa tập trung đầy đủ các tư tưởng chỉ đạo, các phương châm và nguyên tắc Y tế Việt Nam, vừa thể hiện xu hướng phát triển của y tế tương lai, vừa xây dựng định hướng nền Y tế Việt Nam. Vì vậy năm quan điểm truyền thống là cơ sở cho các quan điểm Đổi mới trong giai đoạn hiện nay.

Các thầy thuốc cần nắm vững và vận dụng đúng đắn các quan điểm Đổi mới và các quan điểm truyền thống của ngành Y tế Việt Nam vào đời sống và phục vụ sức khỏe nhân dân.

3. Các quan điểm Đổi mới

3.1. Các quan điểm Đổi mới được hình thành từ những năm 1986 khi đất nước bước vào thời kỳ Đổi mới

Thời kỳ đánh dấu sự chuyển đổi từ cơ chế quan liêu bao cấp sang cơ chế thị trường có sự quản lý của Nhà nước, tiếp tục định hướng đưa đất nước tiến lên CNXH dưới sự lãnh đạo của Đảng.



Các quan điểm đổi mới của y tế không chỉ vận dụng đầy đủ các quan điểm chung có tính nguyên tắc của Đảng trong thời kỳ mới mà còn vận dụng đầy đủ sáng tạo và hài hoà các tư tưởng chỉ đạo của hệ thống các quan điểm Y tế Việt Nam trong cơ chế mới và xu thế mới.

3.2. Nội dung các quan điểm Đổi mới về y tế

(Nghị quyết số 46–NQ/TW, ngày 23/02/2005 của Bộ chính trị về "Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới").

a) *Sức khoẻ là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội.* Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ 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.

b) *Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế* theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế – xã hội của đất nước.

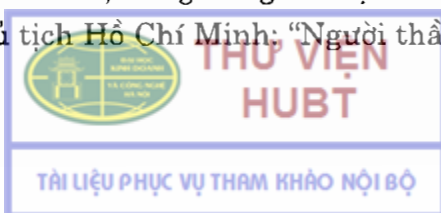
Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân, nhằm từng bước đạt tới công bằng trong chăm sóc sức khoẻ, thực hiện sự chia sẻ giữa người khoẻ với người ốm, người giàu với người nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ em, người già; công bằng trong đãi ngộ đối với cán bộ y tế.

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

d) *Xã hội hoá các hoạt động chăm sóc sức khoẻ* 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 khoẻ.

Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ là bổn phận của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng, là trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội, trong đó ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn và kỹ thuật. Khuyến khích các thành phần kinh tế đầu tư phát triển các dịch vụ chăm sóc và nâng cao sức khoẻ.

e) *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".



III. SỰ VẬN DỤNG VÀ LỒNG GHÉP CÁC QUAN ĐIỂM Y TẾ VIỆT NAM VỚI CÁC QUAN ĐIỂM VỀ CSSKBĐ CỦA THẾ GIỚI

1. Quan điểm 1

Chăm sóc sức khỏe cho toàn dân trong thời kỳ quá độ của một nước có nhiều thành phần kinh tế.

Là quan điểm chính trị quan trọng và mấu chốt, quyết định các quan điểm tiếp theo. Cơ sở lý luận và phương pháp luận của quan điểm 1 được vận dụng cho hầu hết các quan điểm khác.

– Quan điểm truyền thống: gắn liền với sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc XHCN, vì hạnh phúc nhân dân, y tế phải phục vụ sản xuất, đời sống và quốc phòng.

Gắn liền công cuộc CNH–HĐH đất nước vì dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ và văn minh, y tế phải phục vụ tốt sản xuất, đời sống và quốc phòng, an ninh xã hội.

– Quan điểm Đổi mới: sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc. Vì vậy, chúng ta phải phấn đấu để mọi người đều được quan tâm CSSK.

1.1. Phương pháp luận và quan điểm

1.1.1. Vấn đề con người

– Con người vừa là động lực vừa là mục tiêu của phát triển, con người phải được phát triển toàn diện về cả thể chất và tinh thần.

– Tăng trưởng kinh tế phải đi đôi với tiến bộ xã hội, công bằng xã hội, tăng trưởng kinh tế phải phát triển nguồn nhân lực.

– Năm nhân tố phát triển nguồn nhân lực:

- Có tri thức
- Có sức khỏe
- Môi trường sống trong sạch
- Có việc làm
- Con người được giải phóng (theo UNDP)

1.1.2. Kinh tế thị trường

Mặt tích cực

- Kích thích mọi nguồn lực, mọi tiềm năng
- Năng động sáng tạo
- Thủ thách bản lĩnh và tài trí con người



- Khẳng định một lớp người mới
- Phá vỡ tâm lý khép kín

Mặt tiêu cực

- Phân hoá giàu nghèo nhanh chóng
- Kích thích tâm lý làm giàu bất chấp đạo lý kỷ cương
- Kích thích tâm lý chuộng hàng ngoại
- Tâm lý hoài nghi XHCN
- Gia tăng tệ nạn xã hội

1.1.3. Công bằng xã hội

Công bằng xã hội trong cơ chế thị trường với các khái niệm:

– Khái niệm bình đẳng ngay trong XHCN đã không đạt được vì quan niệm phân phối ngang bằng.

– Khái niệm công bằng liên quan đến đạo đức, công lý và lẽ phải:

+ Quan tâm chính sách xã hội và người nghèo.

+ Thực hiện nguyên tắc phân phối theo lao động.

Phương pháp luận trên được vận dụng như là hệ thống đổi mới tư duy kinh tế trong y tế, tư duy chính trị, y tế và phát triển nhằm thực hiện các mục tiêu CSSK nhân dân.

1.2. Mục tiêu của quan điểm

– Thực hiện CSSKBD và các chương trình y tế quốc gia.

– Kện toàn mạng lưới y tế, chủ yếu là y tế cơ sở.

– Xã hội hoá y tế.

– Mục tiêu tổng quát: xem phần chiến lược y tế.

– Mục tiêu cụ thể: xem phần chiến lược y tế.

– Điều kiện đảm bảo cho mục tiêu.

– Các biện pháp bảo đảm đầu tư, nguồn lực.

– Tổ chức mạng lưới y tế nhân dân.

– Xã hội hoá y tế.

– Đối tượng chăm sóc.

– Người bệnh và người bị mất sức.

– Bà mẹ và trẻ em.

– Đối tượng chính sách.

– Đối tượng gặp khó khăn và đồng bào dân tộc thiểu số.



- Người già.
- Địa bàn.
- Miền núi phía Bắc.
- Vùng đồng bằng sông Hồng và sông Cửu Long.
- Vùng thiên tai và gặp khó khăn.

2. Quan điểm 2

- Dự phòng tích cực, dự phòng hiện đại.
- Quan điểm truyền thống: kiên trì phương hướng y học dự phòng áp dụng cho trước giai đoạn 1986.
- Quan điểm CSSKBD: dự phòng tích cực.
- Quan điểm đổi mới: việc CSSK và giải quyết các vấn đề bệnh tật phải theo phương hướng y học dự phòng tích cực chủ động, đẩy mạnh phong trào vệ sinh, phòng bệnh, rèn luyện thân thể đi đôi với nâng cao hiệu quả điều trị.
- Quan điểm dự phòng hiện đại được xây dựng trên cơ sở dự phòng 3 cấp, tiếp thu các tiến bộ kỹ thuật, khoa học công nghệ và CSSKBD để xác định nhiệm vụ.

2.1. Dự phòng để phục vụ sức khoẻ cho mọi người

- Thực hiện tiêm chủng mở rộng.
- Bảo vệ môi trường sống.
- Giải quyết vệ sinh công cộng.
- Quy hoạch đô thị.
- Phát triển dân số và KHHGD.

2.2. Củng cố và hoàn thiện công tác chữa bệnh, nâng cao chất lượng dự phòng

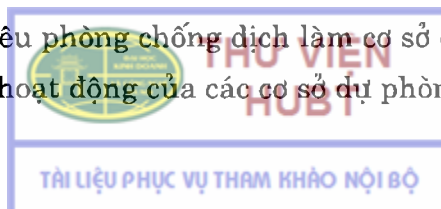
- Phát hiện và xử lý sớm, thực hiện CSSKBD và quản lý sức khoẻ toàn dân.
- Chăm sóc ngoại trú tại gia đình.
- Chữa bệnh để dự phòng.

2.3. Xây dựng sự tham gia của cộng đồng và của mỗi người dân

- Nâng cao dân trí.
- Chống tệ nạn xã hội, phòng và chống bệnh AIDS.
- Xây dựng tập quán sống vệ sinh, khoa học.

2.4. Thực hiện công tác vệ sinh phòng chống dịch

- Xây dựng các chỉ tiêu phòng chống dịch làm cơ sở để đánh giá.
- Xác định nội dung hoạt động của các cơ sở dự phòng, y tế cơ sở xã phường.



- Thực hiện đầy đủ công tác CSSKBD.

2.5. Dự phòng là phương hướng chung cho mọi hoạt động y tế

3. Quan điểm 3

Lồng ghép YHCTDT với YHHĐ

- Quan điểm truyền thống và quan điểm đổi mới đều giống nhau, mục đích xây dựng nền y học Việt Nam XHCN trong từng thời kỳ lịch sử.
- Quan điểm CSSKBD: lựa chọn kỹ thuật thích hợp, cộng đồng chấp nhận.

3.1. Bản chất và sự hạn chế của YHCTDT

Bản chất:

- Nền y học lâm sàng, kinh nghiệm xuất phát từ giác quan.
- Bệnh tật được khái quát hoá thành các hội chứng chức năng theo phương pháp biện chứng luận trị.
- Sử dụng thuốc dân tộc có từ lâu đời và phong phú.
- Phương pháp dự phòng sớm phát triển.

Hạn chế:

- Nền y học có tính siêu hình, chủ quan.
- Không được sự hỗ trợ của Y học hiện đại.
- Phương pháp chế biến thuốc thủ công thiếu khoa học.

3.2. Bản chất và hạn chế của Y học hiện đại

Bản chất:

- Nền y học lâm sàng có hệ thống lý luận.
- Phối hợp được nhiều ngành khoa học kỹ thuật.
- Là nền y học thực nghiệm.
- Trang bị kỹ thuật luôn đổi mới và thay đổi nhanh chóng.
- Công tác phòng và chữa bệnh có nhiều thay đổi sâu sắc và trở nên phức tạp.

Hạn chế

- Nặng theo khuynh hướng chữa bệnh.
- Chuyên môn hoá ngày càng sâu sắc, máy móc ngày càng tinh vi đắt tiền, ngày càng xa rời quần chúng.
- Thuốc sử dụng ngày càng phức tạp và gây nhiều hiểm họa cho sức khỏe.



3.3. Kết hợp nhuần nhuyễn có kế thừa và chọn lọc

- Lựa chọn, phát huy YHCTDT có đánh giá và tổng kết kinh nghiệm.
- Đào tạo cán bộ lồng ghép YHCTDT và YHHĐ.
- Khoa học hoá sản xuất và bào chế thuốc YHCTDT.
- Xây dựng chính sách đối với lương y.

4. Quan điểm 4

- Phát huy nội lực, tranh thủ ngoại lực.
- Quan điểm truyền thống và quan điểm đổi mới về cơ bản hoàn toàn giống nhau:

+ Quan điểm truyền thống: dựa vào quần chúng, dựa vào sức mình là chính, đồng thời tranh thủ sự giúp đỡ của quốc tế, không ngừng nâng cao chất lượng mạng lưới YTND, phát triển nguồn dược liệu phong phú trong nước, nhanh chóng xây dựng ngành công nghiệp dược phẩm và cơ sở vật chất kỹ thuật của ngành.

+ Quan điểm đổi mới: sự nghiệp CSSK là trách nhiệm của cộng đồng và của mỗi người dân và trách nhiệm của các cấp Ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể xã hội, trong đó trách nhiệm ngành Y tế là nòng cốt.

- Quan điểm CSSKBD: hoạt động liên ngành, cộng đồng tham gia, tự lực.

4.1. Những khó khăn và thách thức chính

- Ngân sách không đủ cho hoạt động y tế.
- Đời sống cán bộ công chức trong ngành gặp nhiều khó khăn.

4.2. Trách nhiệm của Nhà nước

– Có kế hoạch và biện pháp thực thi về y tế nhưng không thể bao cấp được mà phải huy động xã hội và cộng đồng tham gia do Nhà nước chủ trì.

4.3. Trách nhiệm của nhân dân

- Đóng góp thêm phần thiếu hụt ngân sách cho y tế.
- Thực hiện bảo hiểm y tế.

4.4. Trách nhiệm của ngành Y tế

- Lựa chọn kỹ thuật thích hợp.
- Đẩy mạnh xã hội hoá và hoạt động liên ngành.
- Thực hiện hạch toán kinh tế.



4.5. Quan hệ quốc tế: quan hệ đa phương, đa dạng tạo điều kiện để thúc đẩy hoạt động của ngành.

5. Quan điểm 5

– Nhân lực y tế và chất lượng của nhân lực là yếu tố quan trọng trong cơ chế thị trường.

– Quan điểm truyền thống: quán triệt lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh, thực hiện phương ngôn “lương y như từ mẫu” trong việc đào tạo bồi dưỡng cán bộ.

– Quan điểm CSSKBD: tự lực, phát triển vì mục tiêu công bằng sức khoẻ cho mọi người cũng là mục tiêu cải thiện chất lượng cuộc sống của cộng đồng và của nhân viên y tế, tạo nguồn lực cho xã hội và y tế.

– Quan điểm đổi mới: xuất phát từ chiến lược con người phải thực hiện “Nhà nước và nhân dân cùng làm” chúng ta phải thu hút tất cả các tổ chức CSSK, trong đó y tế Nhà nước là chủ đạo, tận dụng mọi tiềm năng sẵn có trong nước và mở rộng quan hệ quốc tế. Muốn thực hiện phương châm trên, vai trò nhân lực hết sức quan trọng, nhân lực trở thành chiến lược của sự nghiệp CNH–HĐH vì mục tiêu dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ văn minh.

– Thực hiện đào tạo nhân lực, bồi dưỡng nhân tài cho ngành Y tế, chú trọng cả đức và tài, thực hiện “lương y như từ mẫu”.

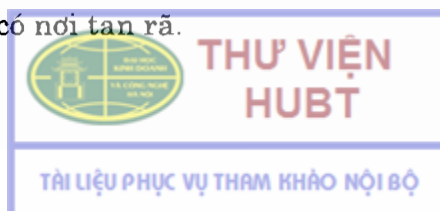
– Thị trường sức khoẻ là khái niệm, phải biết vận dụng và phối hợp để sao cho cung và cầu trong CSSK được cân bằng và đúng hướng, vừa đảm bảo vận hành theo quy luật thị trường nhưng phải đảm bảo y đức người thầy thuốc.

– Thực hiện nhiều hình thức đào tạo, trong đó chú trọng đào tạo con người cho cộng đồng thực hiện CSSKBD.

– Quan tâm đời sống vật chất và tinh thần cho thầy thuốc và đội ngũ cán bộ ngành Y tế.

IV. KẾT LUẬN

Những năm trước đây, khi sự nghiệp đổi mới chưa được hình thành, cơ chế cũ Nhà nước bao cấp toàn bộ công tác CSSK nhân dân. Đó là thời kỳ mà việc huy động các nguồn lực trong cộng đồng và xã hội hạn chế, kéo theo sự phát triển chậm chạp của sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ nhân dân làm cho nhiều cơ sở y tế xuống cấp nghiêm trọng, thậm chí có nơi tan rã.



Cơ chế mới có sự quản lý của Nhà nước vừa bảo đảm phát triển đúng định hướng, vừa có điều kiện vận dụng đầy đủ các quan điểm cũng như các yếu tố CSSKBD. Theo cơ chế mới, Nhà nước, cộng đồng và nhân dân cùng chia sẻ trách nhiệm phát triển các dịch vụ y tế bằng nhiều hình thức khác nhau. Đó là con đường phù hợp nhất để khai thác mọi nội lực và ngoại lực cho sự nghiệp phát triển y tế.

Hệ thống các quan điểm trên đây hợp thành một thể thống nhất bảo đảm cho sự nghiệp CSSKND trở thành sự nghiệp của mọi người. Dưới sự lãnh đạo của Đảng, của các tổ chức Nhà nước, công tác CSSKND chắc chắn sẽ đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của nhân dân và không ngừng phát triển.

Những thầy thuốc tương lai cần nắm vững các quan điểm y tế của Đảng, biết vận dụng và lồng ghép sáng tạo các quan điểm đổi mới, quan điểm truyền thống và quan điểm CSSKBD trong quá trình học tập và công tác. Chỉ có nhận thức đúng đắn các quan điểm đó các thầy thuốc tương lai mới có định hướng đúng đắn cho cuộc sống nghề nghiệp của mình cũng như hoàn thiện dần việc xây dựng bản lĩnh người thầy thuốc nhân dân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

1. Quan điểm Đổi mới của Đảng có từ năm nào ?
A. 1986
B. 1990
C. 1991
D. 1992.
2. Từ thời kỳ cải tạo, xây dựng XHCN ở miền Bắc và sau đó là thời kỳ đấu tranh giải phóng miền Nam cho đến nay (2003), những quan điểm cơ bản nào của ngành Y tế hầu như không thay đổi, ngoại TRỪ:
A. Dự phòng bệnh tật.
B. Kết hợp Đông Tây y.
C. Phòng bệnh hơn chữa bệnh
D. Phục vụ nhiệm vụ chính trị xã hội qua các thời kỳ.



3. Từ thời kỳ cải tạo, xây dựng XHCN ở miền Bắc và sau đó là thời kỳ đấu tranh giải phóng miền Nam cho đến năm 2003, những quan điểm cơ bản nào của ngành Y tế mới được xuất hiện trong thời kỳ đổi mới:
- Đa dạng hoá các hình thức y tế
 - Xã hội hoá y tế
 - Tính quần chúng và phổ cập y tế
 - Đa dạng hoá các hình thức y tế, xã hội hoá y tế.
4. Cơ sở hình thành các quan điểm y tế Việt Nam, ngoại TRỪ:
- Cơ sở thực tiễn về y tế của Việt Nam
 - Cơ sở khoa học (Khoa học tự nhiên và xã hội)
 - Luận điểm và nguyên lý y tế XHCN
 - Cơ chế bao cấp toàn bộ trong y tế.
5. Quan điểm truyền thống Việt Nam về y tế hình thành trong giai đoạn nào:
- 1945–1954
 - 1954–1959
 - 1959–1975
 - 1975–1986.
6. Phương châm y tế Việt Nam được hình thành trong giai đoạn:
- 1945–1954
 - 1954–1959
 - 1959–1975
 - 1975–1986.
7. Các nguyên tắc y tế Việt Nam được hình thành trong giai đoạn:
- 1945–1954
 - 1954–1959
 - 1959–1975
 - 1975–1986.
8. Quan điểm đổi mới về y tế Việt Nam được hình thành trong giai đoạn:
- 1945–1954
 - 1954–1959
 - 1959–1975
 - 1986 đến nay.
9. Quan điểm đổi mới của ngành Y tế là quan điểm của Đảng được chính thức đề ra từ Đại hội Đảng nào:
- Đại hội V
 - Đại hội VI
 - Đại hội VII
 - Đại hội VIII.



10. Trong các nội dung sau đây thì nội dung nào là mới nhất trong quan điểm của ngành:
- A. Dự phòng hiện đại
 - B. Thỏa mãn nhu cầu của cộng đồng và xã hội
 - C. Hiện đại hoá các phương tiện chữa bệnh
 - D. Công bằng xã hội.
11. Trong nội dung các quan điểm sau đây thì nội dung nào mới nhất:
- A. Dự phòng hiện đại
 - B. Thỏa mãn nhu cầu của cộng đồng và xã hội
 - C. Hiện đại hoá các phương tiện chữa bệnh
 - D. Xã hội hoá y tế.
12. Sức khoẻ là vấn đề quan tâm của Nhà nước, đó là nguyên lý cơ bản về y tế của
- A. Tư bản chủ nghĩa
 - B. Xã hội chủ nghĩa
 - C. Các nước theo định hướng Tư bản chủ nghĩa
 - D. Các nước theo định hướng Xã hội chủ nghĩa.

Bài 3

CHIẾN LƯỢC Y TẾ VIỆT NAM GIAI ĐOẠN ĐẾN NĂM 2010 VÀ TẦM NHÌN ĐẾN 2020

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục tiêu chung và mục tiêu cụ thể của Chiến lược y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến 2020.*
2. *Trình bày được các nhiệm vụ và giải pháp chính để thực hiện Chiến lược y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến 2020.*

Để cụ thể hoá những quan điểm của Đảng về công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khoẻ nhân dân theo quyết định số: 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/3/2001 về CS&BVSK nhân dân giai đoạn 2001– 2010. Sau đó phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến 2010 và tầm nhìn đến 2020. Trong đó, đề ra những mục tiêu và các giải pháp chính để thực hiện.

I. MỤC TIÊU

1. Mục tiêu chung (tổng quát)

– Giảm tỷ lệ mắc bệnh tật và tử vong, nâng cao sức khoẻ, tăng tuổi thọ, cải thiện chất lượng giống nòi, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống.

– Hình thành hệ thống CSSK đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở, mọi người được hưởng các dịch vụ CSSKBĐ, tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng.

2. Mục tiêu cụ thể (ưu tiên)

2.1. Các chỉ tiêu cơ bản về sức khoẻ của nhân dân ta năm 2010 – 2020



Chỉ tiêu	Năm 2005	Năm 2010	Năm 2020
Tuổi thọ trung bình	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 (mét)	1.59	1.60	1.65

2.2. Làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh truyền nhiễm gây dịch, không để dịch lớn xảy ra. Khống 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 v.v... Duy trì kết quả thanh toán 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 và các bệnh do lối sống không lành mạnh mang lại như: nghiện hút, nghiện rượu, béo phì v.v...

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.

2.4. Phát huy truyền thống dân tộc trong tương trợ và giúp đỡ nhau khi 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.

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 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.



II. CÁC NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP CHỦ YẾU

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 vật chất, trang thiết bị và cán bộ. Tiến đến năm 2010 bảo đảm 100% số xã có Trạm Y tế phù hợp.
- Xây dựng và nâng cấp các bệnh viện, nhất là tuyến huyện và tỉnh.
- 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 chuyên sâu mới.
- Đẩy mạnh việc nghiên cứu, kế thừa, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền.
- Kết hợp quân y và dân y trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân và các lực lượng vũ trang, nhất là ở vùng sâu, vùng xa.
- Phát triển ngành dược thành một ngành kinh tế – kỹ thuật mũi nhọn.
- Đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, tiếp cận và ứng dụng những thành tựu về khoa học và công nghệ hiện đại v.v...
- Mở rộng hợp tác, tranh thủ sự giúp đỡ và đầu tư nguồn lực của các nước, các tổ chức quốc tế v.v...

2. Đổi mới chính sách tài chính y tế

- Theo hướng tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công: ngân sách Nhà nước, BHYT, giảm dần viện phí trực tiếp từ người bệnh.
- Từ nay đến năm 2010 ưu tiên củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, y tế dự phòng, bệnh viện đa khoa tỉnh – huyện, các TTYT khu vực nhất là ở các tỉnh Tây Nguyên, miền núi phía Bắc v.v...
- Nhà nước đảm bảo cung cấp kinh phí khám chữa bệnh cho người có công với cách mạng, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng chính sách xã hội.
- Xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010 v.v...

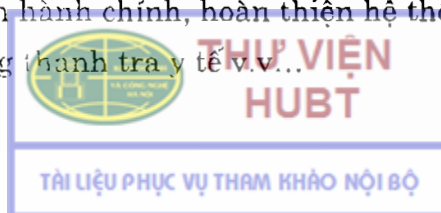
3. Phát triển nguồn nhân lực

- 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 v.v...

4. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng, chính quyền

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 v.v...



6. Đẩy mạnh xã hội hoá

- Đổi mới và tăng cường hiệu quả phối hợp liên ngành trong công tác CS&BVSK.
- Các loại hình y dược tư nhân là bộ phận cấu thành của hệ thống y tế.
- Khuyến khích các hoạt động nhân đạo vì sức khoẻ.

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 khoẻ 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 khoẻ cho mỗi người, gia đình, cộng đồng.
- Nghiêm cấm quảng cáo thuốc lá, rượu mạnh, các chất kích thích có hại sức khoẻ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

- Trong Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khoẻ nhân dân, chỉ tiêu tuổi thọ đến năm 2020 đạt:
A. 7
B. 71
C. 75
D. 77.
- Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khoẻ nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ chết mẹ đến năm 2010 giảm còn:
A. 50/ 100.000
B. 60/ 100.000
C. 70/ 100.000
D. 80/ 100.000.
- Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khoẻ nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ chết trẻ em < 1 tuổi đến năm 2020:
A. 20 ‰
B. 21 ‰
C. 23 ‰
D. 25 ‰.
- Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khoẻ nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ chết trẻ em < 5 tuổi đến năm 2010:
A. 23 ‰
B. 25 ‰
C. 32 ‰
D. 33 ‰.



5. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ trẻ em < 5 tuổi đến năm 2020:
- | | |
|---------|----------|
| A. 20 ‰ | B. 23 ‰ |
| C. 25 ‰ | D. 30 ‰. |
6. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500g đến năm 2020:
- | | |
|--------|---------|
| A. 5 % | B. 6 % |
| C. 7 % | D. 8 %. |
7. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ trẻ em < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng đến năm 2020 giảm còn:
- | | |
|---------|----------|
| A. 13 % | B. 14 % |
| C. 15 % | D. 16 %. |
8. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về chiều cao trung bình (cm) của thanh niên Việt Nam đến năm 2010:
- | | |
|--------|---------|
| A. 160 | B. 163 |
| C. 165 | D. 167. |
9. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ trẻ em < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng đến năm 2010 giảm còn:
- | | |
|---------|----------|
| A. 20 % | B. 25 % |
| C. 22 % | D. 24 %. |
10. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, đến năm 2020 thanh toán cơ bản các bệnh sau:
- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| A. Bệnh dại và bệnh sốt rét | B. Bệnh dại và bệnh sốt xuất huyết |
| C. Bệnh sốt rét và bệnh phong | D. Bệnh sốt rét và bệnh lao. |



Bài 4

HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên tắc về tổ chức hệ thống ngành Y tế Việt Nam.
2. Nêu được mô hình tổ chức chung Hệ thống Y tế Việt Nam.
3. Nêu được vị trí vai trò, tổ chức và chức năng nhiệm vụ của các tuyến trong hệ thống ngành Y tế Việt Nam.
4. Trình bày được một cách 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.

I. NHỮNG NGUYÊN TẮC CƠ BẢN VỀ TỔ CHỨC HỆ THỐNG NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

Các cơ sở y tế gần dân, rộng khắp ở mọi khu vực.

– Thành thị, nông thôn, miền núi, hải đảo. Với đặc điểm này, các cơ sở y tế Việt Nam có khả năng đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân, cụ thể là đảm bảo phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân kịp thời, hiệu quả và công bằng, thực hiện các nội dung và nguyên lý của chăm sóc sức khỏe ban đầu.

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

– Mạng lưới y tế làm tham mưu tốt công tác vệ sinh môi trường: ăn, ở, sinh hoạt, lao động.

– Tổ chức công tác phòng chống dịch, phòng chống các bệnh xã hội, bệnh nghề nghiệp, bệnh lưu hành ở địa phương.

– Mạng lưới y tế 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.



– Mạng lưới y tế đảm bảo chữa bệnh ngoại trú, tại nhà với các bệnh thông thường, không phức tạp để giảm bớt khó khăn cho người bệnh, không gây những chấn động tinh thần ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

– Các cơ sở y tế xây dựng phù hợp với phân tuyến kỹ thuật, với trình độ khoa học kỹ thuật, khả năng quản lý và tình hình kinh tế của mỗi địa phương. Đặc điểm này thể hiện:

+ Quy mô cơ sở từng tuyến hợp lý.

+ Cán bộ y tế phù hợp về số lượng và chất lượng (loại cán bộ, trình độ chuyên môn).

+ 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. 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 được đi lại dễ dàng.

– Thực hiện phương châm Nhà nước và nhân dân cùng làm từ khi bắt đầu xây dựng cũng như trong suốt quá trình sử dụng. Động viên cộng đồng tham gia xây dựng mạng lưới về mọi mặt.

– Đủ trang thiết bị y tế thông thường và hiện đại để thực hiện những kỹ thuật điều trị theo tuyến quy định, tính đến khả năng sử dụng trang thiết bị của nhân viên y tế tại cơ sở y tế.

– Phát triển cân đối giữa các khu vực phổ cập và chuyên sâu, phòng bệnh và chữa bệnh, y và dược, chuyên môn và hành chính, hậu cần.

– Đảm bảo không ngừng nâng cao chất lượng phù hợp với tình hình hiện tại và phát triển trong tương lai.

– Chất lượng về chuyên môn kỹ thuật, quản lý ngành Y tế và đạo đức phục vụ.

– Nghiên cứu và ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật tiên tiến.

– 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 khoa học.

II. MÔ HÌNH TỔ CHỨC CHUNG CỦA HỆ THỐNG Y TẾ VIỆT NAM

Hệ thống tổ chức ngành Y tế Việt Nam dựa theo:

1. Tổ chức hành chính Nhà nước: mô hình quản lý Nhà nước hành chính

– Tuyến y tế trung ương



- Tuyển y tế địa phương bao gồm:
- + Tuyển y tế tỉnh, thành phố
- + Tuyển y tế huyện, quận, thị xã
- + Tuyển y tế cơ sở: trạm y tế xã phường, cơ quan, trường học.

2. Thành phần kinh tế (đầu tư kinh phí)

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

Tuyển sau có trách nhiệm chỉ đạo hỗ trợ tuyển trước, tuyển trước có trách nhiệm báo cáo thông tin đầy đủ cho tuyển sau để cùng làm công tác quản lý.

3. Tổ chức theo khu vực dân cư

Áp dụng cho các cơ sở làm công tác khám chữa bệnh như bệnh viện, các phòng khám, nhà hộ sinh có thể tổ chức theo khu vực dân cư thuận tiện cho dân.

4. Tổ chức y tế hai khu vực

4.1. Khu vực phổ cập có nhiệm vụ

- Bảo đảm cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe hàng ngày của nhân dân.
- Sử dụng các kỹ thuật phổ biến thông thường.
- Phạm vi: từ tuyển tỉnh đến cơ sở.

4.2. Khu vực chuyên sâu có nhiệm vụ

- Từng bước đi vào khoa học kỹ thuật cao.
- Sử dụng các kỹ thuật cao thích hợp với điều kiện Việt Nam. Đi sâu vào nghiên cứu khoa học và chỉ đạo khoa học kỹ thuật cho địa phương, hỗ trợ giải quyết khó khăn vượt qua khả năng của y tế phổ cập.
- Đào tạo cán bộ y tế cho khu vực phổ cập.
- Phạm vi: chủ yếu là y tế trung ương và một số tỉnh thành trọng điểm.

III. TUYẾN Y TẾ TRUNG ƯƠNG

Ngành Y tế VN được tổ chức thành một hệ thống chặt chẽ từ trên xuống dưới theo các tuyến khác nhau. Mỗi tuyến đều có liên quan đến tuyến khác, tuyển trên hỗ trợ chỉ đạo tuyển dưới, nhất là về chuyên môn nghiệp vụ, khoa học kỹ thuật. Cụ thể hệ thống tổ chức ngành Y tế được chia thành bốn tuyến.

Tuyến Y tế trung ương là tuyến y tế cao nhất trong hệ thống tổ chức ngành Y tế.



Bộ Y tế là cơ quan cao nhất của tuyến y tế trung ương và của ngành Y tế, chịu sự chỉ đạo trực tiếp của Chính phủ. Bộ Y tế qua các thứ trưởng và các vụ, cục, ban chuyên môn giúp việc cho bộ trưởng. Hoạt động của tuyến y tế trung ương do ngân sách của Nhà nước dài thọ.

1. Tổ chức bao gồm

Các cơ quan Bộ Y tế gồm có:

– Văn phòng Bộ, gồm các phòng chức năng: Văn thư, Hành chính, Quản trị, Tài chính kế toán.

– Các vụ, cục tổng hợp, chuyên ngành và thanh tra: Chịu sự chỉ đạo của bộ trưởng, các thứ trưởng, làm chức năng tham mưu về các chuyên ngành được phân công và quản lý các hoạt động chuyên ngành theo hệ thống dọc từ trung ương đến cơ sở. Bao gồm: Vụ Tổ chức cán bộ, Vụ Kế hoạch tài chính, Vụ Khoa học và Đào tạo, Vụ Pháp chế, Vụ Hợp tác quốc tế, Vụ Điều trị, Vụ Y tế dự phòng, Vụ Y học cổ truyền dân tộc, Vụ Trang thiết bị công trình y tế, Thanh tra bộ, Cục quản lý dược VN, Cục vệ sinh an toàn và thực phẩm, Cục phòng chống HIV/AIDS v.v...

– Các tổ chức quần chúng: Công đoàn Y tế Việt Nam, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, Hội đồng khoa học kỹ thuật thuộc Bộ Y tế.

– Các cơ sở trực thuộc Bộ: chịu sự chỉ đạo trực tiếp của các vụ chức năng. Mỗi cơ sở được giao nhiệm vụ thuộc chuyên ngành, chuyên khoa cụ thể và có trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn nghiệp vụ kỹ thuật theo chuyên ngành cho các cơ sở tuyến trước; phối hợp với các tổ chức Đảng, chính quyền, đoàn thể ở địa phương để thực hiện tốt công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân địa phương mình phụ trách.

– Các viện và phân viện nghiên cứu có giường và không có giường bệnh.

Viện Sốt rét Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương và bốn phân viện TP Hồ Chí Minh, Tây nguyên, Quy Nhơn, Nha Trang, Viện Chống lao Trung Ương, Viện Y học Nhiệt đới, Viện Mắt, Viện Tai Mũi Họng, Viện Răng Hàm Mặt (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh); Viện Y học cổ truyền dân tộc, Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em Việt Nam – Thụy Điển, Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, Viện nội tiết, Viện Châm cứu Hà Nội, Viện dược liệu, Viện Kiểm nghiệm, Viện Giám định y khoa, Viện Y học lao động, Viện Da liễu, Viện Dinh dưỡng.

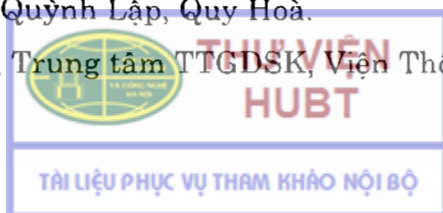
– Các bệnh Viện Đa khoa và chuyên khoa trung ương: Bạch Mai, Việt Đức, Hữu nghị, K, Tâm thần, E, Chợ Rẫy, Thống Nhất, Huế, Đồng Hới.

– Các đơn vị khác:

+ Điều dưỡng: Sầm Sơn – Thanh Hoá.

+ Khu điều trị phong: Quỳnh Lập, Quy Hoà.

+ Nhà xuất bản Y học, Trung tâm TTGDSK, Viện Thông tin, Thư viện Y học.



- + Trung tâm Kiểm nghiệm Vắcxin.
- + Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp.
- + Tổng công ty Dược Việt Nam.
- + Tổng công ty Trang thiết bị, các công trình y tế.

2. Chức năng, nhiệm vụ

- Tham mưu cho Chính phủ về công tác y tế.
- Chỉ đạo toàn Ngành thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Bộ Y tế có nhiệm vụ lập kế hoạch, xây dựng các chính sách y tế, thực hiện việc quản lý toàn bộ ngành Y tế cả nước.
- Các đơn vị ở tuyến y tế trung ương thường có bảy chức năng được sắp xếp thứ tự ưu tiên khác nhau cho từng đơn vị y tế cụ thể:
 - + Khám bệnh, chữa bệnh.
 - + Phòng bệnh.
 - + Đào tạo cán bộ.
 - + Nghiên cứu khoa học.
 - + Chỉ đạo tuyến trước.
 - + Hợp tác quốc tế.
 - + Quản lý kinh tế.

IV. TUYẾN Y TẾ TỈNH, THÀNH PHỐ TRỰC THUỘC TRUNG ƯƠNG: SỞ Y TẾ

1. Khái niệm và chức năng

Sở Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung Ương, giúp Ủy ban nhân dân tỉnh thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về công tác y tế trên địa bàn, quản lý kinh phí và nhân lực thực tế trong tỉnh.

Sở Y tế chịu sự quản lý toàn diện của Ủy ban nhân dân tỉnh, chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật thuộc sở quản lý.

Sở Y tế chịu trách nhiệm trước Ủy ban nhân dân tỉnh về việc chỉ đạo, hướng dẫn kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các mục tiêu, kế hoạch, chương trình và các giải pháp chăm sóc sức khỏe nhân dân trên địa bàn huyện.

2. Tổ chức Sở Y tế bao gồm:

- Ban giám đốc: 1 Giám đốc, 2–3 Phó Giám đốc.



– Các phòng chức năng giúp việc Giám đốc Sở Y tế: phòng kế hoạch tổng hợp, phòng nghiệp vụ Y, phòng quản lý dược, phòng tài chính kế toán, phòng tổ chức cán bộ, phòng hành chính quản trị, thanh tra y tế.

– Các đơn vị chuyên môn kỹ thuật trực thuộc sở y tế:

+ Trung tâm y tế dự phòng: thực hiện công tác các mặt vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, vệ sinh lao động, phòng chống sốt rét, bấuu cổ, kiểm dịch y tế quốc tế, vệ sinh thực phẩm, vệ sinh học đường.

+ Trung tâm bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em – kế hoạch hoá gia đình.

+ Trung tâm phòng chống bệnh xã hội, lao, phong, da liễu, tâm thần, mắt hột.

+ Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe.

+ Trung tâm kiểm nghiệm dược phẩm, mỹ phẩm.

+ Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tỉnh và bệnh viện đa khoa khu vực.

+ Trường trung học y tế, công ty dược vùng tỉnh, thành phố.

+ Phòng giám định y khoa.

+ Giám định y pháp tỉnh.

+ Bảo vệ sức khỏe cán bộ.

+ Bảo hiểm y tế tỉnh.

3. Nhiệm vụ, quyền hạn Sở Y tế

Xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế tỉnh, tổ chức và kiểm tra, giám sát việc thực hiện sau khi thu hoạch và kế hoạch đã được phê duyệt.

Ban hành (hoặc trình UBND tỉnh) theo thẩm quyền những quy định về chuyên môn kỹ thuật, nghiệp vụ y tế căn cứ vào các quy định chung của Nhà nước và Bộ Y tế, hướng dẫn kiểm tra việc thực hiện các quy định đó trên địa bàn tỉnh.

Quản lý và tổ chức thực hiện các nguồn kinh phí theo quy định của cơ quan tài chính Nhà nước.

Tổ chức thanh tra, kiểm tra chuyên ngành Y tế về vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, vệ sinh thực phẩm, mỹ phẩm, dược, trang thiết bị y tế, thanh tra, kiểm tra việc thực hiện chính sách và việc giải quyết khiếu nại, tố cáo theo đúng quy định hiện hành.

Quản lý tổ chức, cán bộ lao động, tiền lương, đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ y tế theo phân cấp của UBND tỉnh và quy định của Nhà nước.

Quản lý và sử dụng có hiệu quả những cơ sở vật chất, vật tư, tài sản được UBND tỉnh và Nhà nước giao theo đúng quy định hiện hành.



Hướng dẫn kiểm tra việc thực hiện các quy định, quy chế, tiêu chuẩn, quy phạm, định mức kinh tế, kỹ thuật đã được Nhà nước, Bộ Y tế, UBND tỉnh thành ban hành về quản lý dược, thiết bị, vật tư y tế.

Quản lý hành nghề Y Dược tư nhân trên địa bàn tỉnh và thực hiện việc cấp, thu hồi giấy phép hành nghề Y Dược tư nhân theo quy định của pháp luật.

Chủ trì phối hợp với các ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội trong tỉnh để làm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe và tham gia các hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Thực hiện nhiệm vụ quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn huyện.

Trình Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt kế hoạch, chương trình và các giải pháp thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn huyện do Ủy ban nhân dân huyện đề nghị.

Chỉ đạo và hướng dẫn trung tâm y tế huyện thực hiện kế hoạch, chương trình, các giải pháp đã được phê duyệt.

Chỉ đạo thanh tra y tế tỉnh phối hợp với chuyên viên quản lý Nhà nước về y tế của huyện xây dựng kế hoạch kiểm tra, thanh tra y tế trên địa bàn huyện để trình Giám đốc Sở Y tế và chủ tịch Ủy ban nhân dân huyện và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch đó sau khi đã được phê duyệt.

Thực hiện những nhiệm vụ quyền hạn khác do UBND tỉnh và Bộ Y tế giao.

V. TUYỂN Y TẾ HUYỆN QUẬN, THỊ XÃ

Tuyển y tế huyện, quận, thị xã hiện nay theo một loại tổ chức thống nhất là TTYT. TTYT huyện, quận, thị xã được hình thành theo công văn số 25/TC ngày 25 tháng 5 năm 1998 của Bộ Y tế và được bổ sung theo Thông tư liên tịch số 02/1998/TTLT-BTCCBCP ngày 27/6/1996 và Thông tư liên tịch số 20/2001/TTLT-BTCCBCP-BYT ngày 27/4/2001.

1. Khái niệm, vị trí và tính chất

TTYT huyện, thị là một tổ chức chuyên môn kỹ thuật, một đơn vị sự nghiệp có tư cách pháp nhân, được sử dụng con dấu riêng, được Nhà nước cấp kinh phí và mở tài khoản tại ngân hàng. TTYT huyện, thị được thành lập trên cơ sở hợp nhất các tổ chức y tế hiện có của huyện – thị (bệnh viện huyện, phòng y tế, đội vệ sinh phòng dịch – chống sốt rét, đội BVSKBMTE-KHHGD, nhà hộ sinh khu vực, phòng khám đa khoa khu vực).



TTYT huyện, thị là tổ chức thuộc Sở Y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở Y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực, chỉ đạo của UBND huyện về xây dựng kế hoạch (Nhiệm vụ quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn huyện được chuyển giao cho Ủy ban nhân dân huyện).

2. Tổ chức TTYT huyện

TTYT huyện được tổ chức thành hai cấp, bao gồm các bộ phận:

– Bộ máy lãnh đạo: 1 Giám đốc, 2–3 Phó Giám đốc, Phó Giám đốc do Giám đốc Sở Y tế bổ nhiệm, miễn nhiệm, cách chức sau khi có sự thoả thuận bằng văn bản của chủ tịch UBND huyện.

– Giám đốc chịu trách nhiệm toàn bộ hoạt động của trung tâm, trực tiếp chỉ đạo quy hoạch, kế hoạch, tổ chức cán bộ, phong trào thi đua.

– Một Phó Giám đốc phụ trách công tác y học dự phòng, màng lưới y tế cơ sở.

– Một Phó Giám đốc phụ trách công tác hành chính quản trị, hậu cần.

– Bộ máy giúp việc Giám đốc trung tâm:

+ Phòng Kế hoạch nghiệp vụ.

+ Phòng Tài vụ.

+ Phòng Tổ chức hành chính.

– Các tổ chức cấu thành TTYT huyện:

+ Đội y tế dự phòng: thực hiện công tác vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, phòng chống sốt rét, bướu cổ và các bệnh xã hội.

+ Đội bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em – kế hoạch hoá gia đình.

+ Đội y tế lưu động: huyện vùng cao, miền núi, hải đảo, vùng sâu, vùng xa.

+ Bệnh viện huyện, các khoa lâm sàng.

+ Phòng khám đa khoa ở những huyện sáp nhập, vùng cao, vùng sâu, vùng xa.

+ Tổ chức trạm y tế cơ sở.

Đặc điểm:

– Hướng về dự phòng, hướng về chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

– Thực hiện lồng ghép và phối hợp các tổ chức hoạt động. Phát huy được sức mạnh làm cho tổ chức y tế ở huyện gọn nhẹ hơn.

– Lãnh đạo, chỉ đạo công tác chuyên môn thống nhất trong huyện và tăng cường được hiệu quả, tránh được lãng phí nguồn lực y tế của huyện.

– Xây dựng kế hoạch phát triển y tế hàng năm của huyện và tổ chức thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt.



– Thực hiện các nhiệm vụ về khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, dự phòng, kết hợp Y học hiện đại với Y học cổ truyền dân tộc, tiêm chủng, phòng chống dịch bệnh, phòng chống sốt rét, bấu cổ, quản lý thai sản, bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em và nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về KHHGD, cung ứng thuốc, đặc biệt là thuốc thiết yếu cho cộng đồng; chỉ đạo kiểm tra, hướng dẫn các hoạt động về chuyên môn, nghiệp vụ của các đơn vị y tế công, nông, lâm trường, xí nghiệp, cơ quan trường học v.v... đóng trên địa bàn nhằm làm tốt công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe, đặc biệt là nhiệm vụ CSSKBĐ.

– Quản lý tổ chức, cán bộ, kinh phí, dược, vật tư, trang thiết bị y tế tuyến huyện và tuyến y tế cơ sở.

– Xây dựng, củng cố mạng y tế từ huyện đến xã, phường, thị trấn, thôn, ấp, làng v.v... và hướng dẫn, kiểm tra các mặt hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ đối với các trạm y tế cơ sở.

– Xây dựng và có kế hoạch bồi dưỡng đội ngũ cán bộ y tế, đảm bảo cơ cấu hợp lý; thực hiện đúng các chế độ, chính sách đối với đội ngũ cán bộ y tế trong huyện.

– Tổng kết việc ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật trong công tác khám chữa bệnh, dự phòng, có các phong trào y tế cơ sở để phổ biến, áp dụng.

– Thực hiện những nhiệm vụ, quyền hạn khác do UBND huyện và Sở Y tế giao.

VI. TUYẾN Y TẾ, XÃ, PHƯỜNG – THỊ TRẤN

1. Khái niệm

Là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước.

Trạm y tế xã, phường chịu sự quản lý, chỉ đạo, hướng dẫn của Giám đốc Trung tâm y tế huyện về chuyên môn, nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực y tế.

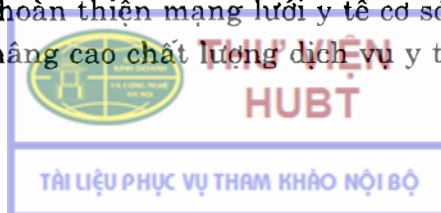
Trạm y tế xã, phường chịu sự quản lý của UBND xã, phường trong công tác xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện kế hoạch phát triển công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Trạm Y tế thường có ba bộ phận:

- Vệ sinh phòng bệnh, phòng dịch.
- Điều trị và hộ sinh.
- Dược.

2. Tổ chức biên chế

Tiếp tục củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ y tế, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tuyến cơ sở, đáp ứng nhu



cầu chăm sóc sức khỏe cơ bản của toàn dân, đồng thời thực hiện được một số kỹ thuật đơn giản trong khám, điều trị một số bệnh chuyên khoa về mắt, răng, tai – mũi – họng, sức khỏe sinh sản và sức khỏe trẻ em.

Củng cố tổ chức, mạng lưới và hoạt động chuyên môn của y tế xã. Đến năm 2010, hầu hết các xã, phường có trạm y tế kiên cố, phù hợp với điều kiện kinh tế, địa lý, môi trường sinh thái và nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân trên địa bàn.

Bảo đảm 80% số trạm y tế xã có bác sĩ, trong đó 100% các trạm y tế xã ở đồng bằng và 60% các trạm y tế xã miền núi có bác sĩ, 100% trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản, nhi, trong đó 80% là nữ hộ sinh trung học, 80% trạm y tế xã có cán bộ làm công tác y dược học cổ truyền; trung bình mỗi cán bộ trạm y tế xã phục vụ từ 1.000 đến 1.200 dân. Bảo đảm tối thiểu có 5 cán bộ y tế theo chức danh do Bộ Y tế quy định cho 1 trạm y tế xã. Ở các thành phố lớn, số lượng cán bộ trạm y tế được cân đối theo tỷ lệ cứ 1.400 đến 1.500 dân có một cán bộ trạm y tế phường phục vụ. Phấn đấu đến hết năm 2010 có 80% số xã trong cả nước đạt chuẩn quốc gia về y tế xã.

(Phê duyệt Tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020 theo QĐ số 153/2006/QĐ-TTg)

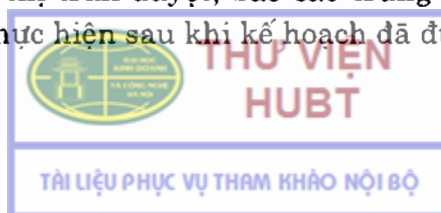
Căn cứ vào nhiệm vụ và nhu cầu về chăm sóc sức khỏe nhân dân, định mức biên chế của Trạm y tế xã, phường, thị trấn được xác định theo đặc điểm địa lý, kinh tế – xã hội, quy mô dân số như sau:

1. Biên chế tối thiểu: 5 biên chế cho 1 trạm y tế xã, phường, thị trấn.
2. Đối với xã miền núi, hải đảo trên 5.000 dân: tăng 1.000 dân thì tăng thêm 01 biên chế cho trạm; tối đa không quá 10 biên chế/ 1 trạm.
3. Đối với xã đồng bằng, trung du trên 6.000 dân: tăng 1.500 đến 2.000 dân thì tăng thêm 01 biên chế cho trạm; tối đa không quá 10 biên chế/ 1 trạm.
4. Đối với trạm y tế phường, thị trấn trên 8.000 dân: tăng 2.000 đến 3.000 dân thì tăng thêm 01 biên chế cho trạm, tối đa không quá 10 biên chế/ 1 trạm.
5. Các phường, thị trấn và những xã có các cơ sở khám chữa bệnh đóng trên địa bàn: Bố trí tối đa 5 biên chế/ trạm.

(Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước theo Thông tư Số: 08 /2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05 tháng 6 năm 2007 của liên bộ)

3. Nhiệm vụ của trạm y tế xã phường

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



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, đường, làng, xã, tuyên truyền ý thức bảo vệ sức khoẻ cho mọi đối tượng tại cộng đồng.

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

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

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

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.

7. Quản lý các chỉ số sức khoẻ 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.

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

9. Tham mưu cho chính quyền xã, phường, thị trấn và Giám đốc Trung tâm y tế huyện chỉ đạo thực hiện các nội dung chăm sóc sức khoẻ ban đầu và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.

10. Phát hiện, báo cáo UBND xã và cơ quan y tế cấp trên các thành viên hoạt động y tế phạm pháp trên địa bàn để ngăn chặn kịp thời và xử lý.

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 chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân.

VII. Y TẾ THÔN – BẢN

Không có tổ chức, chỉ có nhân lực bán chuyên trách, do nhân dân cử, được ngành Y tế đào tạo và cấp chứng chỉ để chăm sóc sức khoẻ nhân dân trên địa bàn.

Nhiệm vụ: truyền thông giáo dục sức khoẻ; hướng dẫn nhân dân thực hiện vệ sinh phòng dịch bệnh; chăm sóc sức khoẻ 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.

Bảo đảm mỗi thôn, bản có từ 01 đến 02 nhân viên y tế có trình độ từ sơ học y trở lên hoạt động.



* Các doanh nghiệp có số lượng công nhân từ 200 đến dưới 500 người phải có từ 01 – 03 cán bộ y tế phục vụ. Các doanh nghiệp có từ 500 công nhân trở lên phải thành lập trạm y tế của doanh nghiệp.

Bảo đảm môi trường phổ thông có từ 01 – 02 cán bộ y tế phục vụ. Các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp có trạm y tế cơ sở.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

- Tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Biên chế tối thiểu của Trạm Y tế:
A. 5
B. 6
C. 7
D. 8.
- Đến năm 2010 bảo đảm hầu hết các xã có Trạm y tế kiên cố. Tỷ lệ % số xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã:
A. 60%
B. 70%
C. 80%
D. 90%.
- Theo QĐ số: 153/2006/QĐ-TTg về phê duyệt tổng thể phát triển hệ thống Y tế Việt Nam, đến năm 2010 bảo đảm số trạm y tế xã có bác sĩ:
A. 60%
B. 70%
C. 80%
D. 90%.
- Theo QĐ số: 153/2006/QĐ-TTg về phê duyệt tổng thể phát triển hệ thống Y tế Việt Nam. Đến năm 2010 bảo đảm số Trạm y tế có Nữ Hộ sinh trung học:
A. 60%
B. 70%
C. 80%
D. 90%.
- Tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Biên chế tối đa của Trạm Y tế:
A. 7
B. 8
C. 9
D. 10.
- Định mức biên chế trong các cơ sở y tế Nhà nước theo Thông tư số 08/2007 của Liên bộ. Biên chế tối thiểu của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn:
A. Bốn biên chế
B. Năm biên chế
C. Sáu biên chế
D. Bảy biên chế.



7. Theo QĐ số: 153/2006/QĐ-TTg về phê duyệt tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến 2010 và tầm nhìn đến 2020. Bảo đảm mỗi thôn, bản có:
- A. 1 – 2 nhân viên y tế
B. 1 – 3 nhân viên y tế
C. 2 – 3 nhân viên y tế
D. 2 – 4 nhân viên y tế.
8. Theo QĐ số: 153/2006/QĐ-TTg về phê duyệt tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Bảo đảm mỗi doanh nghiệp <500 CN:
- A. 1 – 2 cán bộ y tế
B. 1 – 3 cán bộ y tế
C. 2 – 3 cán bộ y tế
D. 2 – 4 cán bộ y tế.
9. Theo QĐ số: 153/2006/QĐ-TTg về phê duyệt tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam Đến năm 2010 bảo đảm số trạm y tế xã có cán bộ làm công tác Y dược học cổ truyền:
- A. 60 %
B. 70 %
C. 80 %
D. 90 %.
10. Phê duyệt tổng thể phát triển Hệ thống Y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Trung bình mỗi cán bộ Trạm y tế xã phục vụ:
- A. 1.000 – 1.200 dân
B. 1.000 – 1.300 dân
C. 1.200 – 1.300 dân
D. 1.200 – 1.400 dân.

Bài 5

NGUYÊN LÝ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

MỤC TIÊU

1. Hiểu được nội dung và ý nghĩa của tuyên ngôn Alma Ata.
2. Trình bày được sự ra đời, khái niệm về CSSKBD và các nội dung CSSKBD của Việt Nam và thế giới.

I. TUYÊN NGÔN ALMA ATA

– Đại hội đồng Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) họp hội nghị tại Alma Ata, thủ đô nước Cộng hòa Kazactan ngày 12 tháng 9 năm 1978 đã thông qua tuyên ngôn vì mục tiêu đạt được “sức khỏe cho mọi người” tới năm 2000 (Health For All – HFA).

– Tuyên ngôn khẳng định: “... Sức khỏe là trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất tâm thần và xã hội chứ không chỉ là tình trạng không có bệnh hoặc khuyết tật, là quyền cơ bản của con người, và việc đạt được mức sức khỏe cao nhất có thể thực hiện được, là mục tiêu xã hội toàn cầu quan trọng nhất v.v...”.

– Mục tiêu sức khỏe cho mọi người chỉ có thể đạt được khi tất cả các thành viên trong cộng đồng TCYTTG cùng có chung hành động tích cực với sự tham gia của nhiều ngành kinh tế xã hội ngoài ngành Y tế.

– Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD) là biện pháp quan trọng nhất như chiếc chìa khoá có thể mở được cánh cửa sức khỏe cho mọi người, CSSKBD là nền tảng của Hệ thống Y tế quốc gia.

– Các nội dung cơ bản của Tuyên ngôn bao gồm:

+ Khẳng định lại khái niệm về sức khỏe của TCYTTG đã nêu ra năm 1948 và nhấn mạnh quyền cơ bản của con người về sức khỏe, khả năng vươn tới sức khỏe là có thể đạt được.



+ Thừa nhận sự chênh lệch về sức khoẻ một cách không chấp nhận được về mặt chính trị, kinh tế, xã hội giữa các dân tộc, giữa các nước và ngay trong một nước.

+ Mối quan hệ tương hỗ giữa sự tiến bộ xã hội, kinh tế và sức khoẻ.

+ Quyền cơ bản của con người trong chăm sóc sức khoẻ.

+ Trách nhiệm của Chính phủ các nước đối với sức khoẻ nhân dân.

+ Khái niệm của CSSKBD.

+ Nội dung và các yếu tố của CSSKBD.

+ Các nước phải xây dựng sách lược, chiến lược và chương trình hành động để thực hiện CSSKBD.

+ Hợp tác quốc tế trong CSSKBD.

+ Toàn nhân loại có thể đạt được sức khoẻ có thể chấp nhận được vào năm 2000.

II. Ý NGHĨA CỦA TUYÊN NGÔN ALMA ATA

– *Phê phán một số thiếu sót của nền y tế cổ điển.*

+ Nền y tế cổ điển chỉ chú ý chữa bệnh bằng các phương pháp và phương tiện hiện đại đắt tiền, làm cho sự nghiệp y tế cách ly, xa rời quần chúng nhân dân lao động.

+ Chú ý chữa bệnh cho cá nhân hơn cho cộng đồng và môi trường hoạt động của họ.

– *Lên án sự bất công trong các xã hội hiện nay và giữa tầng lớp nhân dân lao động trong mỗi nước (phân hoá giàu nghèo quá rõ).*

– *Nêu cao tinh thần nhân đạo của Tuyên ngôn.*

+ CSSKBD có khả năng thực hiện được ở đại bộ phận các nước và tính ưu việt của y học dự phòng và cộng đồng.

+ Đề cao vai trò làm chủ của nhân dân lao động cơ bản trong CSSKBD như lồng ghép cá nhân và cộng đồng.

+ Nêu các biện pháp và phương thức hoạt động cơ bản của CSSKBD như lồng ghép, hoạt động liên ngành, xã hội hoá v.v...

– *Nêu rõ mối quan hệ giữa sức khoẻ và sự phát triển, tăng cường kinh tế, thực hiện chiến lược con người.*



III. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU – NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA TUYÊN NGÔN ALMA ATA

1. Định nghĩa

CSSKBD là những chăm sóc thiết yếu dựa trên các cơ sở thực tế và khoa học, các phương pháp chấp nhận được về mặt xã hội và các kỹ thuật có thể tiếp cận được một cách dễ dàng tới mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng thông qua sự tham gia của chính họ với một giá thành mà cộng đồng và đất nước có thể trả được ở bất cứ giai đoạn nào trên tinh thần tự lực tự cường. Là khâu bản lề quan trọng của Hệ thống Y tế quốc gia.

CSSKBD có vai trò và vị trí quan trọng:

- Là chức năng quan trọng của Hệ thống Y tế quốc gia và quốc tế.
- Là sự tập trung chủ yếu của phát triển kinh tế – xã hội.
- Là tuyến tiếp xúc đầu tiên Hệ thống Y tế quốc gia với cá nhân và cộng đồng.
- Là bộ phận chính để đạt được sức khỏe cho mọi người tới năm 2000.

2. Nhận thức về CSSK

Nhận thức về CSSK trước đây và theo tinh thần của định nghĩa CSSKBD có một số khác biệt cơ bản.

Sự khác biệt trong nhận thức về CSSK

Nội dung	Nhận thức cũ	Nhận thức mới
Quan niệm về sức khỏe	Không có bệnh tật	Thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội
Nội dung chăm sóc	Nặng về chữa bệnh	Dự phòng tích cực, chăm sóc toàn diện
Đối tượng chăm sóc	Cá thể: người ốm là chính	Cộng đồng: người khỏe + người ốm
Trách nhiệm	Y tế	Toàn dân – toàn xã hội
Vai trò của dân	Thụ động: ỷ lại vào y tế	Chủ động: tự bảo vệ mình, tham gia của cộng đồng
Tính chất hoạt động	Y tế tách rời hệ thống KT – XH	Y tế là một bộ phận lồng ghép trong hệ thống KT – XH – xã hội hoá y tế

3. Nội dung của CSSKBD

Gồm tám nội dung tối thiểu (các yếu tố CSSKBD của Tuyên ngôn):

- Giáo dục sức khỏe.



- Cung cấp lương thực, thực phẩm và dinh dưỡng hợp lý.
- Cung cấp nước sạch và thanh khiết môi trường cơ bản.
- Bảo vệ sức khoẻ BMTE và KHHGD.
- Tiêm chủng phòng các bệnh nhiễm khuẩn chủ yếu.
- Phòng và khống chế các bệnh lây truyền ở địa phương.
- Chữa các bệnh và vết thương thông thường.
- Cung cấp thuốc thiết yếu.

Mỗi quốc gia có thể tùy điều kiện kinh tế – xã hội và mô hình y tế mà lựa chọn ưu tiên các nội dung phù hợp.

Đối với Việt Nam: chúng ta chấp nhận sự phù hợp các nội dung CSSKBĐ của TCYTTG và trong điều kiện của mình đã bổ sung thêm hai nội dung quan trọng thành 10 nội dung CSSKBĐ của Việt Nam.

- Kiện toàn mạng lưới y tế.
- Quản lý sức khoẻ toàn dân.

IV. NỘI DUNG CSSKBĐ CỦA VIỆT NAM

1. Giáo dục sức khoẻ

Giáo dục mọi vấn đề có liên quan tới việc bảo vệ sức khoẻ cho cá nhân và cộng đồng theo phương thức thay đổi kiến thức, thái độ và hành vi có lợi cho vấn đề sức khoẻ, làm cho mọi đối tượng CSSK cho chính mình, cho cộng đồng và cho toàn xã hội về những vấn đề cấp bách trước mắt và lâu dài.

Nhằm đạt được mục tiêu:

- Phổ cập kiến thức y học thường thức về bảo vệ sức khoẻ cho toàn dân.
- Để mọi người biết CSSKBĐ là trách nhiệm của toàn dân và toàn xã hội.
- + Nội dung GDSK phải phù hợp với tình hình cụ thể của từng địa phương (mô hình sức khoẻ, bệnh tật, vấn đề y tế ưu tiên, các chương trình, mục tiêu y tế đang được triển khai tại địa phương).
- + Phải tôn trọng các nguyên tắc giáo dục.
- + Hình thức giáo dục phải phong phú: nghe, nhìn, phối hợp nghe – nhìn, làm mẫu v.v...
- + Tổ chức, động viên các đoàn thể, các đối tượng (bà đỡ, ông lang, y tế tư nhân) tham gia GDSK.



2. Cung cấp lương thực, thực phẩm, cải tiến bữa ăn và dinh dưỡng hợp lý

Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao nhận thức của cộng đồng về dinh dưỡng hợp lý và an toàn thực phẩm, sử dụng hợp lý các nguồn lương thực, thực phẩm tại địa phương, phát triển hệ sinh thái VAC, bảo quản và sử dụng tốt nguồn lương thực, thực phẩm, chống lãng phí, phòng chống các bệnh do ăn uống thiếu hoặc thừa dinh dưỡng.

3. Cung cấp đủ nước sạch và thanh khiết môi trường cơ bản

Cung cấp đủ nước (nước ăn uống sinh hoạt). Duy trì sự cân bằng sinh thái giữa con người và môi trường, giải quyết môi trường trong sạch (xử lý phân, nước rác, các chất thải đặc, chất thải công nghiệp) ngăn chặn các yếu tố nguy hại cho cơ thể trong quá trình sản xuất và đời sống.

Điều tra, thống kê và có bản đồ theo dõi nguồn nước sạch, hố xí, nước thải và rác.

Tuyên truyền, giáo dục dùng nước sạch, hố xí, nhà tắm hợp vệ sinh, xử lý nước thải, phân, rác v.v...

Tổ chức phối hợp liên ngành trong việc thực hiện vệ sinh công cộng, thực hiện phong trào ba diệt (ruồi, muỗi, chuột).

Lập kế hoạch phát triển, hướng dẫn sử dụng và bảo quản ba công trình vệ sinh (nhà xí, nhà tắm, giếng nước).

4. Bảo vệ sức khoẻ BMTE và KHHGD

Bảo vệ tốt sức khoẻ cho các đối tượng bà mẹ trẻ em (bà mẹ diện sinh đẻ, bà mẹ mang thai và nuôi con nhỏ), chăm sóc trẻ em từ trong bụng mẹ, vận động thực hiện sinh đẻ có kế hoạch, giữ vững và duy trì quy mô gia đình nhỏ và vừa.

Những điểm tối thiểu cần phải thực hiện ngay là:

- Giảm tỷ lệ phát triển dân số một cách thích hợp, xây dựng quy mô gia đình nhỏ: Mỗi gia đình có từ 01 – 02 con khoẻ mạnh, phần vinh, hạnh phúc.
- Giảm IMR dưới 1 tuổi.
- Giải quyết dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em.

5. Phòng chống các bệnh lây lan quan trọng

Thực hiện tiêm chủng mở rộng, phòng và chống các bệnh lây truyền ở trẻ em (phòng chống 06 bệnh chủ yếu ở trẻ em).



6. Phòng và chống các dịch bệnh lưu hành ở địa phương

Phòng ngừa dịch bệnh, dập dịch, không để dịch xảy ra ở địa phương và cơ sở. Nếu có thì phải giải quyết nhanh chóng, hạn chế tối đa các thiệt hại.

– Khống chế và tiến tới thanh toán ở mức độ khác nhau một số bệnh dịch lưu hành (dịch hạch, dịch tả) hay một số bệnh mới mắc phải (tiêu chảy, lỵ v.v...) biến một số bệnh nhiều người mắc thành các bệnh thông thường, không còn là một vấn đề lớn cho y tế.

– Phòng chống một số bệnh truyền nhiễm, bệnh sốt rét, bệnh xã hội và AIDS.

– Theo dõi liên tục các bệnh mạn tính như phong, lao, tâm thần, động kinh, bướu cổ.

7. Điều trị và xử lý các bệnh và vết thương thông thường ở tuyến y tế cơ sở (chữa bệnh tại nhà, tại trạm)

Phát triển các dịch vụ y tế cơ sở, phát triển mạng lưới y tế Nhà nước và nhân dân cùng làm (các hình thức y tế).

– Giải quyết tốt các bệnh gặp hàng ngày:

+ Các bệnh cấp tính (nhiễm khuẩn, bệnh dịch).

+ Các bệnh cấp cứu chuyên khoa (viêm ruột thừa, tai biến sản khoa, viêm phúc mạc...).

+ Các bệnh mạn tính.

– Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh theo hướng quản lý tại cộng đồng.

– Xử lý các vết thương nhẹ, xử trí giai đoạn đầu các vết thương nặng.

8. Cung cấp thuốc thiết yếu cho CSSKBD

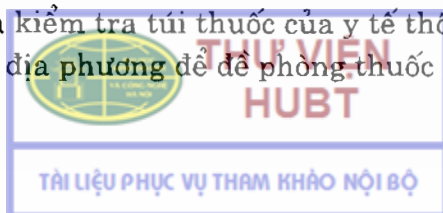
Chủ yếu là thuốc Nam tại xã và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Bảo đảm có đủ thường xuyên các loại thuốc thông thường, thuốc chủ yếu, thuốc tối cần tại trạm y tế cơ sở, ưu tiên cung cấp thuốc cho các vùng sâu, vùng xa các vùng dân tộc thiểu số.

Cung cấp thuốc thiết yếu là cung cấp đủ thuốc cho công tác phòng bệnh, chữa bệnh từ tuyến xã đến tỉnh, đẩy mạnh sản xuất trong nước, giảm nhập ngoại. Cụ thể:

– Lập kế hoạch sử dụng thuốc và dự trữ thuốc một cách thích hợp dựa trên mô hình sức khỏe và bệnh tật.

– Tìm vốn để quay vòng thuốc, mở quầy thuốc.

– Tổ chức xây dựng và kiểm tra túi thuốc của y tế thôn bản, y tế tư nhân, kiểm tra các nguồn thuốc trong địa phương để đề phòng thuốc giả, thuốc hỏng.



- Bảo đảm đủ thuốc cần thiết và thuốc thiết yếu.
- Hướng dẫn và kiểm tra sử dụng thuốc an toàn và hợp lý.
- Tuyên truyền hướng dẫn nuôi trồng, kiểm tra, chế biến, sử dụng thuốc Nam ở cộng đồng.
- Quản lý tốt thuốc và trang thiết bị.

9. Kiện toàn mạng lưới y tế là y tế cơ sở

Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở thực sự là nền tảng của hệ thống y tế quốc gia, đủ sức hoàn thành nhiệm vụ CSSKBD cho nhân dân, bảo đảm giải quyết khoảng 80% các trường hợp bệnh thông thường được giải quyết ở cơ sở, bảo đảm đủ biên chế và cơ cấu cán bộ.

Là mối quan tâm hàng đầu của ngành Y tế Việt Nam, là nội dung, biện pháp quan trọng nhất để đảm bảo thành bại các nội dung khác của CSSKBD.

Mục tiêu:

- Mỗi xã có 1 trạm y tế, khu vực có phòng khám đa khoa khu vực.
- 100% cán bộ y tế vào biên chế Nhà nước, ưu tiên khu vực miền núi, Tây Nguyên v.v...
- Có đủ lượng cán bộ y tế cần thiết với biên chế 1 cán bộ y tế/ 1000 dân, tối thiểu 1 cán bộ y tế/ 3000 dân với cơ cấu: 1 trạm trưởng chuyên về YTCC, 1 y sĩ y học cổ truyền, 1 nữ hộ sinh biết nhi khoa, y học xã hội v.v...

Nội dung:

– Hoạt động của trạm y tế phải đổi mới theo hướng thực hiện các chương trình mục tiêu y tế.

– Cán bộ y tế cơ sở phải được đào tạo lại để đáp ứng được yêu cầu mới của công tác:

+ Phải biết ý nghĩa, cách tính toán và báo cáo 25 chỉ số thống kê cơ bản ở tuyến y tế cơ sở.

+ Hiểu biết công tác quản lý y tế cơ sở dựa trên chỉ số y tế.

- Biết xác định nhu cầu y tế ở cơ sở.
- Phân tích nguyên nhân vấn đề y tế dựa trên điều tra cộng đồng.
- Biết lập kế hoạch y tế năm, quý, tháng.
- Biết tổ chức thực hiện kế hoạch.
- Biết đánh giá kết quả thực hiện.
- Biết chẩn đoán cộng đồng.



10. Quản lý sức khỏe toàn dân

Quản lý các đối tượng ưu tiên tiến tới quản lý sức khỏe toàn dân. Mọi người đều được y tế chăm sóc từ khi lọt lòng cho tới khi tử vong.

Là biện pháp CSSKBD chủ động, tích cực, đồng thời là sự tổng hợp nhiều biện pháp chăm sóc về xã hội và y tế, do đó phải có sự phối hợp hoạt động đa ngành và liên ngành trong lĩnh vực này.

Mục tiêu của quản lý sức khỏe là hạ thấp dần tỷ lệ bệnh tật, tàn phế, tử vong, nâng cao từng bước vững chắc sức khỏe nhân dân.

Đối tượng quản lý sức khỏe là người dân từ lúc mới sinh ra đến khi chết.

Để đạt được mục tiêu trên phải:

- Khám sức khỏe định kỳ để chủ động phát hiện bệnh và điều trị kịp thời.
- Lập hồ sơ sức khỏe của cá nhân: ghi chép, theo dõi tình trạng, diễn biến của sức khỏe, bệnh tật để có biện pháp chăm sóc cần thiết.
- Giáo dục người dân kiến thức phổ thông về y học để tự cấp cứu nhau khi cần thiết.
- Củng cố mạng lưới hội viên Hội chữ thập đỏ ở cơ sở.
- Khám toàn diện khi bệnh nhân đến khám để phát hiện bệnh khác.
- Khám chuyên khoa phát hiện bệnh hàng loạt (lao, mắt hột, phong, phụ khoa).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

STT	Câu hỏi	Đ	S
1	Y tế cơ sở (xã, phường, thị trấn) là y tế CSSKBD?		
2	Đối tượng của CSSKBD là cá nhân người bệnh?		
3	Đối tượng của chăm sóc y tế là cộng đồng?		
4	CSSKBD nặng về chữa bệnh làm cho vai trò người dân trở nên chủ động và tự giác?		
5	CSSKBD phải là nội dung quan trọng của y tế cơ sở?		



Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

6. Y tế cộng đồng là:

- A. Y tế cơ sở xã, phường, thị trấn
- B. Y tế cơ sở trạm trại, công nông trường, xí nghiệp
- C. Y tế cơ quan
- D. Y tế thôn bản, cụm dân cư.

7. Đơn vị nhỏ nhất của y tế trong hệ thống y tế quốc gia:

- A. Y tế xã phường thị trấn
- B. Y tế gia đình
- C. Y tế cụm dân cư
- D. Y tế thôn bản.

8. Cơ chế quản lý điều hành trong CSSKBD ở cơ sở:

- A. Cấp ủy lãnh đạo
- B. Mặt trận thực hiện
- C. Đoàn thể và quần chúng thi hành
- D. Y tế nòng cốt, tham mưu cho chính quyền (để quản lý điều hành) cho cấp ủy (để lãnh đạo) thực hiện mục tiêu y tế.

9. Hệ thống chăm sóc y tế (chăm sóc sức khỏe) là:

- A. Hệ thống dọc của ngành Y tế, coi trọng bệnh viện, thầy thuốc, nhân viên y tế
- B. Hệ thống tổng hợp có sự hợp tác liên ngành
- C. Hệ thống chữa bệnh là chủ yếu
- D. Hệ thống dọc của một ngành coi trọng vai trò thầy thuốc.

10. Hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu là:

- A. Hệ thống tổng hợp, phân bố đều, hợp tác liên ngành, coi trọng dự phòng, tăng cường bảo vệ sức khỏe cộng đồng kết hợp với chữa bệnh
- B. Hệ thống tổng hợp
- C. Coi trọng dự phòng
- D. Hệ thống dọc của ngành Y tế.

11. Tuyên ngôn Alma Ata chú trọng biện pháp:

- A. Y tế phải tiếp cận với cộng đồng
- B. Công bằng xã hội về CSSK
- C. Phát triển y tế gắn với tăng trưởng kinh tế
- D. Tất cả đều đúng.



12. Chăm sóc sức khoẻ ban đầu:

- A. Là những chăm sóc thiết yếu được xây dựng trên cơ sở các phương pháp khoa học và kỹ thuật thực hành đơn giản, dễ thực hiện, tiếp cận dễ dàng, chấp nhận được của cộng đồng qua các giai đoạn
- B. Là chức năng quan trọng của hệ thống y tế quốc gia
- C. Là bộ phận chính để đạt được mục tiêu “Sức khoẻ cho mọi người năm 2000”
- D. Chính là y tế cơ sở (Đ/v Việt Nam).

13. Tính nguyên tắc của CSSKBĐ:

- A. Tính công bằng. Tính dự phòng tích cực. Tham gia của cộng đồng. Kỹ thuật thích hợp. Phối hợp liên ngành
- B. Tính dự phòng tích cực. Phối hợp liên ngành
- C. Tham gia của cộng đồng. Kỹ thuật thích hợp.
- D. Phối hợp liên ngành

14. Nội dung CSSKBĐ của Việt Nam gồm:

- A. Tám nội dung tối thiểu về CSSKBĐ của TCYTTG + hai nội dung thêm vào của Việt Nam
- B. Gồm 10 nội dung: chấp nhận sự phù hợp các nội dung tối thiểu của TCYTTG với các nội dung quan trọng của Việt Nam
- C. Tám nội dung tối thiểu của TCYTTG
- D. 10 nội dung cơ bản về y tế ở cơ sở.

Bài 6

MÔ HÌNH SỨC KHOẺ – BỆNH TẬT Ở VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại Quốc tế về bệnh tật lần thứ 10.
2. Trình bày được đặc điểm mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam.
3. Trình bày được nhu cầu khám chữa bệnh của người dân.

I. PHÂN LOẠI QUỐC TẾ VỀ BỆNH TẬT LẦN THỨ 10

(International Classification of Diseases 10 – ICD 10)

Mặc dù là nước nghèo ở châu Á, tình trạng sức khỏe chung của người Việt Nam tốt hơn nhiều so với các nước có thu nhập bình quân đầu người thấp như Việt Nam. Đây là kết quả của một nước phát triển theo định hướng xã hội chủ nghĩa đầu tư nguồn lực đáng kể vào việc xây dựng mạng lưới chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cả nước và thực hiện các chương trình mục tiêu y tế hiệu quả để giải quyết các vấn đề y tế ưu tiên đã góp phần nâng cao sức khỏe và cải thiện tình trạng bệnh tật của nhân dân.

Mô hình bệnh tật là kết cấu phần trăm các nhóm bệnh của các bệnh. Như vậy mô hình bệnh tật của một khu vực trong một giai đoạn chính là kết cấu phần trăm của các nhóm bệnh tật, các bệnh của khu vực trong giai đoạn đó. Từ mô hình bệnh tật người ta có thể xác định được các bệnh phổ biến nhất để định hướng chiến lược và kế hoạch phòng chống bệnh tật trong từng khu vực cụ thể.

ICD 10 được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng tháng 9/1983. Toàn bộ danh mục được xếp thành 21 chương bệnh ký hiệu từ I đến XXI. Bộ mã từng bệnh gồm 4 ký tự đầu tiên là chữ cái từ A đến Z, tiếp đến là 3 ký tự số. Về nguyên tắc, bộ mã ICD 10 có cấu trúc từ A00.0 đến Z99.9. ICD cho biết mã hoá khá chi tiết và đầy đủ các loại bệnh tật.

- Chương I: Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật.
- Chương II: Khối U.



- Chương III: Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch.
- Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá.
- Chương V: Rối loạn tâm thần và hành vi.
- Chương VI: Bệnh của hệ thần kinh.
- Chương VII: Bệnh mắt và các phần phụ thuộc.
- Chương VIII: Bệnh tai và xương chũm.
- Chương IX: Bệnh hệ tuần hoàn.
- Chương X: Bệnh hệ hô hấp.
- Chương XI: Bệnh hệ tiêu hoá.
- Chương XII: Bệnh da và mô dưới da.
- Chương XIII: Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết.
- Chương XIV: Bệnh hệ nội tiết và sinh dục.
- Chương XV: Chửa đẻ và sau đẻ.
- Chương XVI: Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh.
- Chương XVII: Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể.
- Chương XVIII: Triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác.
- Chương XIX: Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài.
- Chương XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong.
- Chương XXI: Yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tật, sức khoẻ và việc tiếp xúc với cơ quan y tế.

II. CÁC YẾU TỐ TÁC ĐỘNG ĐẾN MÔ HÌNH BỆNH TẬT

Đó chính là các yếu tố tác động đến sức khoẻ. Dahlgren và Whitehead chia chúng thành các yếu tố có thể biến đổi được và không thể biến đổi.

Những yếu tố không thể biến đổi gồm: tuổi, giới tính và yếu tố di truyền.

Những yếu tố có thể biến đổi gồm:

- Các yếu tố cấu trúc thấp: hòa bình, ổn định chính trị, phát triển kinh tế và công bằng.
- Các yếu tố cấu trúc cao: khẩu phần ăn, nước sạch, nhà cửa, y tế, giáo dục.
- Các yếu tố thuộc về lối sống: thuốc lá, rượu, tình dục, ma túy, lạm dụng thuốc và các mạng lưới xã hội.



1. Tuổi, giới tính và các yếu tố di truyền

Tuổi và giới tính là một trong những yếu tố quyết định về cơ cấu dân số của một khu vực. Về mặt bệnh tật, từng nhóm tuổi có những đặc thù riêng. Sơ sinh với những bệnh lý đặc thù như uốn ván rốn, nhiễm trùng sơ sinh, trẻ đẻ thiếu tháng, ngạt sau khi sinh v.v... Người già với các bệnh lý đặc thù như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành v.v... và các bệnh lý ung thư thường gia tăng theo tuổi. Các biến chứng sản khoa là bệnh lý đặc trưng của phụ nữ tuổi sinh đẻ, trong khi nhồi máu cơ tim thường chỉ xảy ra ở phụ nữ tuổi mãn kinh. Như vậy, cấu trúc dân số khác nhau giữa các khu vực là một trong những yếu tố làm khác biệt về mô hình bệnh tật và tử vong giữa các khu vực đó.

Yếu tố di truyền, hay nói rộng ra là chủng tộc và nòi giống cũng có tác động đến cơ cấu bệnh tật. Ngày nay, người ta phát hiện rất nhiều loại bệnh có liên quan ít nhiều đến yếu tố di truyền như: tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì.

2. Các yếu tố cấu trúc thấp

Hòa bình, ổn định chính trị góp phần phát triển kinh tế, làm giảm đi đói nghèo, từ đó làm giảm đi các bệnh tật đặc trưng của đói nghèo như suy dinh dưỡng, các bệnh nhiễm khuẩn (tiêu chảy, lao). Phát triển kinh tế, mặt khác, còn gây biến đổi về môi trường (do đô thị hoá tăng) làm gia tăng các bệnh do sự ô nhiễm như bệnh đường hô hấp, bệnh nghề nghiệp, các sang chấn về tâm thần kinh v.v...

Tăng công bằng giúp người nghèo có điều kiện tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ y tế, làm giảm chỉ số bệnh tật và tử vong ở nhóm người này.

3. Các yếu tố cấu trúc cao

Khẩu phần ăn khác nhau cũng quy định nên các bệnh tật đặc trưng khác nhau. Khẩu phần ăn ít đường ở người Eskimo có liên quan đến chỉ số bệnh về răng miệng rất thấp ở giống người này. Khẩu phần ăn nhiều chất béo, nhiều đạm gia tăng tỷ lệ béo phì, là nền tảng các bệnh rối loạn về chuyển hoá lipid, bệnh xơ vữa động mạch và các bệnh tim mạch khác.

Nước sạch và nhà cửa có ảnh hưởng rất lớn đến cơ cấu bệnh tật, các bệnh nhiễm khuẩn như ỉa chảy, lỵ, thương hàn, tả, sốt xuất huyết. Mạng lưới y tế cơ sở phát triển giúp chăm sóc sức khỏe toàn dân tốt hơn và đặc biệt hạn chế tỷ lệ mắc các bệnh nhờ vào tiêm chủng mở rộng. Chăm sóc thai sản tốt giúp hạn chế các tai biến chưa đẻ và sau đẻ, phòng chống được suy dinh dưỡng bào thai. Phòng bệnh tốt giúp hạn chế tỷ lệ mắc các bệnh sốt rét, các rối loạn do thiếu iode. Giáo dục tốt giúp nâng cao dân trí, tăng khả năng hiểu biết về phòng chống bệnh tật cũng là một yếu tố quan trọng góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do thiếu hiểu biết trong cộng đồng.



4. Các yếu tố thuộc về lối sống

Yếu tố này ngày càng được quan tâm vì những lợi ích của nó trong việc làm giảm tỷ lệ mắc bệnh cũng như tử vong của nhiều bệnh. Thuốc lá được khẳng định là nguyên nhân của các bệnh ung thư đường hô hấp, làm nặng thêm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh mạch vành. Rượu với số lượng thích hợp giúp tiêu hoá tốt, nhưng ở số lượng vượt quá có thể dẫn đến bệnh gan do rượu, sa sút về tâm thần và đặc biệt còn là nguồn gốc của tai nạn giao thông. Lối sống buông thả về tình dục, nghiện ma túy là những người bạn đường chung thủy của nhiễm HIV/AIDS, một đại dịch của thế giới hiện nay, ngoài ra còn làm gia tăng các bệnh truyền nguy hiểm khác như viêm gan virút B, lậu, giang mai.

Lạm dụng thuốc làm gia tăng các tai biến do thuốc, và nghiêm trọng hơn là gia tăng tính kháng thuốc của các chủng vi khuẩn, khiến cho việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn càng khó khăn hơn.

Ngoài các yếu tố trên, đặc điểm bệnh lý và sinh thái của từng vùng cũng quy định nên mô hình bệnh tật đặc trưng của từng vùng địa lý đó. Sốt rét, sốt xuất huyết luôn là mối hiểm họa của các nước ở vùng nhiệt đới vì diệt tận gốc ổ bệnh và vectơ truyền bệnh muỗi là điều cực kỳ khó khăn mà đến nay ta vẫn chưa làm được.

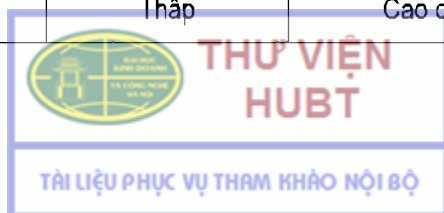
III. ĐẶC ĐIỂM MÔ HÌNH BỆNH TẬT

1. Về mô hình sức khỏe của các nước trên thế giới: được chia thành ba hình thái sau đây

- Các nước chậm phát triển: hình thái A
- Các nước đang phát triển: hình thái B
- Các nước phát triển: hình thái C

Sự phân chia dựa vào 6 chỉ số sau:

Các chỉ số	Hình thái A	Hình thái B	Hình thái C
1. Tăng trưởng dân số	Chậm	Nhanh	Chậm
2. Dân số 0 – 14 tuổi	40 – 50%	40 – 50 – 30 %	15 – 20%
3. Trạng thái tự nhiên	Trẻ	Trẻ, trung gian	Già
4. Tuổi thọ	30 tuổi	55 – 60 tuổi	75 tuổi
5. Bệnh lây nhiễm	Cao	Hạ dần	Thấp
6. Hệ bệnh thoái triển	Thấp	Cao dần	Chủ yếu



Mô hình bệnh tật trên thế giới ở mỗi nước phụ thuộc vào trình độ phát triển kinh tế – xã hội của từng nước. Có ba hình thái:

+ Mô hình bệnh tật ở nước chậm phát triển: bệnh nhiễm trùng cao, bệnh mạn tính không nhiễm trùng thấp.

+ Mô hình bệnh tật ở các nước đang phát triển: bệnh nhiễm trùng thấp, bệnh mạn tính không nhiễm trùng là chủ yếu.

+ Mô hình bệnh tật ở các nước phát triển: bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư, bệnh nghề nghiệp, bệnh lý người cao tuổi là chủ yếu.

Năm 1995, báo cáo của WHO nhận định về sức khoẻ thế giới như sau: nguyên nhân chính gây bệnh cao nhất là tiêu chảy ở trẻ dưới 5 tuổi, kể cả lý là 1,8 tỷ ca/ năm, tiếp đến là các bệnh nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp dưới với 248 triệu ca/ năm.

Về tử vong, nguyên nhân chính là bệnh tim mạch, thiếu máu cục bộ với 4,2 triệu ca/ năm, tiếp đến là nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp dưới ở trẻ dưới 5 tuổi 4,1 triệu ca/ năm, bệnh mạch máu não 3,8 triệu ca/ năm, tiêu chảy dưới 5 tuổi 3 triệu ca /năm; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 2,8 triệu ca/ năm, lao 2,7 triệu ca/ năm, sốt rét 2 triệu ca/ năm.

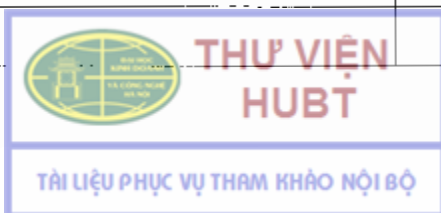
Một số đặc điểm mô hình sức khoẻ bệnh tật trên thế giới

Theo báo cáo TCYTTG 6/2002, dân số thế giới (2001) là 6,122 tỷ

Tử vong	n	Tỷ lệ %
Bệnh lây	18.379	32,5
Bệnh không lây	33.077	58,5
Tai nạn chấn thương	5.103	9,0
Tử vong chung (2001)	56.554	100%

Tình hình 10 bệnh có tỷ lệ tử vong cao

Bệnh tật	n (x 100)	%
1. Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	10.937	19,3
2. Bệnh tim mạch	16.585	19,3
3. U ác tính	7.115	12,6
4. Bệnh hô hấp không lây	6.132	11,0
5. Chấn thương	5.103	9,0
6. Bệnh nhiễm trùng hô hấp	3.947	7,0
7. HIV/AIDS	2.866	5,1



8. Bệnh lý chu sinh	2.504	4,4
9. Tiêm chủng	2.001	3,5
10. Lao	1.644	2,9

Nguồn World Health report 2002. WHO

2. Mô hình bệnh tật ở Việt Nam

Hiện nay mô hình bệnh tật ở nước ta đang xen giữa nhiễm trùng và không nhiễm trùng, giữa bệnh cấp tính và mạn tính. Xu hướng bệnh không nhiễm trùng và bệnh mạn tính ngày càng cao. Nguyên nhân là do sự phát triển đô thị hoá làm tăng các tai nạn, nhất là tai nạn giao thông. Sự ô nhiễm môi trường làm tăng các bệnh ung thư, bệnh ngộ độc do hoá chất bảo vệ thực vật, ngộ độc thực phẩm. Tuổi thọ ngày càng cao, số người lớn tuổi ngày càng nhiều, tỷ lệ tim mạch tăng lên đáng kể. Mức sống dân cư ngày càng tăng làm cho những người bệnh béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp... ngày càng phát triển.

Bên cạnh đó, những bệnh lây nhiễm như HIV/AIDS gia tăng rõ rệt, sốt rét, sốt xuất huyết diễn biến phức tạp. Hiện nay tỷ lệ bệnh không nhiễm trùng đã cao hơn bệnh nhiễm trùng. Trong tương lai, xu hướng mô hình bệnh tật nước ta vẫn theo hướng của các nước đang phát triển, nghĩa là bệnh nhiễm trùng giảm dần, bệnh không nhiễm trùng tăng dần.

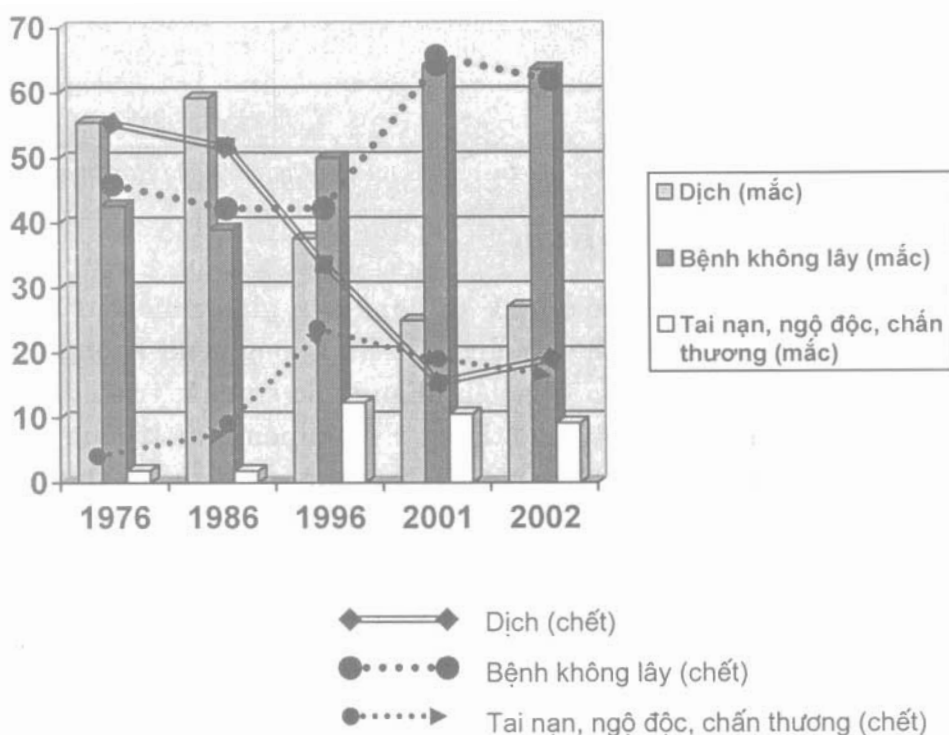
Xu hướng bệnh tật tử vong toàn quốc qua các năm tính theo đơn vị %

Bệnh		1976	1986	1996	2001	2002
Dịch lây	Mắc	55,50	59,20	37,63	25,02	27,16
	Chết	53,06	52,10	33,13	15,60	18,20
Bệnh không lây	Mắc	42,65	39,00	50,02	64,38	63,65
	Chết	44,71	41,80	43,68	66,35	63,28
Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	Mắc	1,84	1,80	12,35	10,61	9,18
	Chết	2,23	6,10	23,20	18,05	18,52

Theo thống kê của Bộ Y tế vào năm 2001:

Mười bệnh gây tử vong cao cũng là những bệnh nhiễm khuẩn, ký sinh trùng. Đến năm 1995 đã xuất hiện bệnh do tai nạn, chấn thương, tai nạn giao thông, cao huyết áp trong 10 bệnh gây tử vong cao nhất (đặc biệt tai nạn, chấn thương, ngộ độc đã là nguyên nhân gây tử vong nhiều thứ 2 trong 19 nhóm bệnh).





Mười bệnh mắc cao nhất tại các bệnh viện

Đơn vị tính: trên 100.000 dân

Tên bệnh	Mắc
1. Thương tổn do chấn thương trong sọ	354,14
2. Tai biến mạch máu não, không xác định rõ chảy máu hoặc do nhồi máu	298,40
3. Viêm họng và viêm amidan cấp	293,47
4. Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	251,46
5. Gãy xương cổ, ngực, khung chậu	216,15
6. Ía chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	204,03
7. Tai nạn giao thông	162,47
8. Tăng huyết áp nguyên phát	119,06
9. Sảy thai do can thiệp y tế	115,16
10. Viêm dạ dày và tá tràng	99,24

Mười bệnh chết cao nhất tại bệnh viện

Đơn vị tính: trên 100.000 dân

Tên bệnh	Chết
1. Các bệnh viêm phổi	2,46
2. Chảy máu	1,98
3. Thương tổn do chấn thương trong sọ	1,69
4. Suy tim	1,48
5. Lao bộ máy hô hấp	1,47
6. Tai nạn giao thông	1,20
7. Tai biến mạch máu não, không xác định rõ chảy máu hoặc do nhồi máu	0,90
8. Thai chậm phát triển, suy dinh dưỡng rối loạn gắn liền với thai nghén và cân nặng không đủ khi sinh	0,86
9. Nhồi máu cơ tim	0,71
10. Các tổn thương hô hấp đặc hiệu khác của thời kỳ chu sinh	0,62

Một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm vẫn có tỷ lệ mắc cao như: sốt rét, sốt xuất huyết, lỵ trực trùng, thương hàn, viêm gan virút B v.v...

Tình hình nhiễm HIV/AIDS tăng nhanh những năm gần đây. Năm 1993 mới có trên 1.000 ca thì đến tháng 8/1998 số người mắc đã lên tới 9.942 ca, nghĩa là tăng gấp 10 lần sau 5 năm.

Một số bệnh không do nhiễm trùng đang tăng dần theo thời gian.

– Bệnh tăng huyết áp ở thập niên 60 có tỷ lệ mắc là 1%, đến thập niên 90 là 10%.

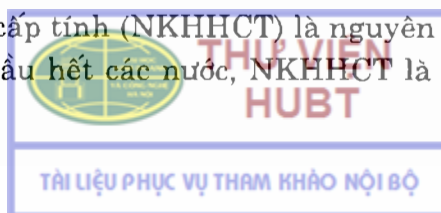
– Bệnh nghề nghiệp xuất hiện nhiều vào năm 1996, trong đó chủ yếu bệnh phổi silic và diếc nghề nghiệp.

– Bệnh ung thư đang ngày càng tăng, mặc dù chưa có số liệu thật chính xác nhưng tình trạng quá tải giường bệnh ở bệnh viện ung thư Hà Nội và trung tâm ung thư Thành phố Hồ Chí Minh đã chứng minh điều này.

Nhìn chung, mô hình bệnh tật ở Việt Nam liên quan mật thiết đến đặc điểm địa lý, khí hậu và vùng kinh tế – xã hội. Về mặt dịch tễ, một số bệnh thể hiện rất rõ mối liên quan này.

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là nguyên nhân gây mắc bệnh và tử vong chính ở trẻ nhỏ. Ở hầu hết các nước, NKHHCT là bệnh hay gặp nhất trong



các bệnh, gồm cả tiêu chảy và các bệnh nhiệt đới. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính trong năm 1990 trên toàn cầu có khoảng 4,3 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết do NKHHCT, chiếm 1/3 tổng số trẻ tử vong ở độ tuổi này. Trong NKHHCT viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu. Những trường hợp tử vong do viêm phổi thường gặp ở trẻ nhỏ và xảy ra rất nhanh.

Bệnh sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue

Bệnh sốt Dengue/ sốt xuất huyết Dengue (SD/SXHD): bệnh nhiễm vi rút cấp tính, gây dịch do muỗi truyền. Bệnh lưu hành trên 100 nước thuộc các khu vực có khí hậu nhiệt đới, vùng Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Bệnh có tác hại đến khoảng 2,5 tỷ người, đại dịch SD/SXHD bắt đầu từ những năm cuối thế kỷ XX với số mắc hàng năm khoảng 10 triệu người. Trong đó có hơn 90% trường hợp mắc ở độ tuổi dưới 15. Tỷ lệ chết trung bình khoảng 5% với khoảng 240.000 trường hợp mỗi năm. Tại Đại hội cổ đông Tổ chức Y tế Thế giới tháng 5/1998, bà Tổng Giám đốc Gro Harlem Brrundtlan đã tuyên bố “Thế kỷ XXI là thế kỷ phòng chống bệnh SXH”.

Việt Nam có số mắc và chết do SD/SXHD gia tăng kể từ năm 1994 trở lại đây. Bệnh đã và đang trở thành vấn đề y tế nghiêm trọng của nước ta. Năm 1998 số mắc và tử vong do SD/SXHD rất cao với khoảng 234.290 trường hợp mắc, 337 trường hợp tử vong tại 56/61 tỉnh và thành phố.

Với mô hình bệnh tật thì chiến lược phát triển y tế vẫn là phát triển y tế phổ cập – nhưng đồng thời cần phát triển y tế chuyên sâu. Nếu so với Thái Lan, bệnh mắc nhiều nhất là tai nạn chấn thương, tai biến sản khoa, bệnh về mắt, bệnh tiêu hoá. So với Malaysia (1996), mô hình bệnh tật thể hiện: đờ thường 19,84%, tai biến sản khoa 12,57%, tai nạn 10,98%, bệnh tim mạch 6,94%, bệnh hô hấp 6,11%. Nguyên nhân tử vong: bệnh tim mạch 16,39%, tai nạn 10,14%, thai chu sinh 10,08%. So với Australia, nguyên nhân tử vong cao nhất là tim mạch (nam 41,2%, nữ 44,2%), sau đó là bệnh ung thư (nam 28,2%, nữ 27%), hô hấp (nam 8,9%, nữ 7%) và thương tích (nam 6,8%, nữ 4%).

Bệnh tiêu chảy

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em ở các nước đang phát triển. Theo WHO, ở những nước này, hơn 1 tỷ trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh và có tới hơn 4 triệu trẻ em bị tử vong.

Tại những nơi bệnh tiêu chảy còn phổ biến thì 15% thời gian sống của trẻ em gắn với bệnh tiêu chảy, có tới 80,5 % các trường hợp tử vong do tiêu chảy xảy ra ở trẻ em dưới 1 tuổi.

Bệnh tiêu chảy còn là nguyên nhân hàng đầu của suy dinh dưỡng. Người ta xác định ba hội chứng lâm sàng khác nhau của tiêu chảy thể hiện ba cơ chế bệnh sinh khác nhau, do đó đòi hỏi các biện pháp điều trị khác nhau.



Tai biến mạch máu não

Đối với các nước phát triển, tai biến mạch máu não là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch. Tỷ lệ mắc bệnh ở một số nước như sau:

– Hoa Kỳ: 794/100.000 dân (1991)

– Pháp: 65.000/52 triệu dân (1974). Năm 1976, tỷ lệ tai biến mạch máu não là 60/1000 dân. Từ năm 1984 mỗi năm có 140.000 trường hợp mới mắc.

– Nhật Bản: tai biến mạch máu não ở trẻ em chiếm 2,7% (1350 bệnh nhân) vào điều trị tại trung tâm đột quỵ Osaka.

– Ấn Độ: tỷ lệ mới mắc ở trẻ em chiếm 11–30% các trường hợp tai biến mạch máu não.

Việt Nam, theo Lê Văn Thành (1994), tỷ lệ mới mắc trung bình hàng năm là 52/100.000 dân, tỷ lệ hiện mắc là 416/100.000. Tỷ lệ tử vong 36,5%. Công trình nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội (1993 – 1994) điều tra 1.677.933 người, tỷ lệ tử vong dao động vào khoảng từ 16 đến 40/100.000 dân tùy theo tỉnh, thành.

Tỷ lệ hiện mắc dao động vào khoảng từ 70 đến 100/100.000 dân.

Tỷ lệ mới mắc dao động vào khoảng từ 30 đến 50/100.000 dân.

Bệnh Lao

Tình hình nhiễm Lao trên thế giới

Năm 1982, nhân kỷ niệm 100 năm ngày tìm ra vi khuẩn Lao, Hiệp hội Lao Quốc tế đã đề xuất khẩu hiệu “chiến thắng bệnh Lao ngay bây giờ và vĩnh viễn”. Thực tế bệnh Lao hiện đang phát triển, nhất là ở các nước chậm phát triển.

Tình hình nhiễm lao ở Tây Âu và Bắc Mỹ đã giảm đi rất nhiều trong 20 năm qua. Những năm 1980, ở các nước phát triển, tỷ lệ nhiễm lao ở lứa tuổi 14 là 1 – 5%, một số nước < 1%. Số mắc là 10 đến 20/100.000 dân và đa số là người lớn tuổi. Ở các nước này tỷ lệ mắc đã giảm đến 14% mỗi năm.

Ở các nước đang phát triển, nguy cơ nhiễm lao đang có chiều hướng giảm dần tuy không lớn, đa số là giảm ít hoặc không giảm. Ước lượng về nguy cơ nhiễm lao và mức độ giảm hàng năm ở một số khu vực như sau: châu Phi và vùng Nam Sahara nguy cơ là 1,5 – 2,5%, mức độ giảm 1–2%, Bắc Phi nguy cơ là 0,5–1,5% mức độ giảm 5–6%.

Châu Á nguy cơ là 1,2%, mức độ giảm 13%, bệnh lao sẽ còn là một trong những vấn đề sức khỏe hàng đầu ở khu vực.

Ở Việt Nam (1990), Lao phổi chiếm 33% trường hợp bị lao ở Hà Nội và 23–25% ở Thành phố Hồ Chí Minh (1982).



Nhiễm khuẩn hô hấp

Theo số liệu của WAJULA (1991), tỷ lệ mắc nhiễm hô hấp cấp trong tổng số trẻ em đến khám ở Irak là 39,35%, Braxin 41,8%, Anh 30,5%, Australia 34%, Việt Nam 30 – 40%.

Tỷ lệ mắc bệnh hô hấp cấp trong tổng số trẻ em vào điều trị ở bệnh viện Bangladesh là 35,8%, Mianma 31,5%, Zambia 34%, Việt Nam 44% (1978).

Theo số liệu thống kê của WAJULA về tử vong hàng năm trong 100 trẻ em sinh sống cho thấy, tỷ lệ tử vong của nhiễm hô hấp cấp rất cao. Ở Ấn Độ chiếm 43%, Indonesia 25%, Bangladesh 30%, Tanzania 36%, Việt Nam 40,8%

Bệnh sốt rét

Bệnh sốt rét hiện nay là một trong những bệnh gây tử vong nhiều ở các nước chậm phát triển. Ở nước ta, bệnh sốt rét đang là bệnh xã hội, nhất là các tỉnh hay huyện miền núi. Vì vậy, trên thế giới và nước ta đã đề ra những chiến lược phòng chống sốt rét.

Do tầm quan trọng của bệnh sốt rét ngày nay, nên Chính phủ và Bộ Y tế đã coi phòng chống sốt rét là một chương trình mục tiêu y tế quốc gia ưu tiên hàng đầu.

3. Tình hình bệnh tật và tử vong ở Việt Nam theo vùng (tỷ lệ%)

Phân vùng	Loại bệnh	Tỷ lệ mắc
Vùng 1:	Hô hấp	21%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng:	19,4%
	Tiêu hoá	
Vùng 2:	Hô hấp	16,9%
	Mang thai chữa đẻ	16,3%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	13,6%
Vùng 3	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	11,3%
	Mang thai, chữa đẻ	11,1%
Vùng 4:	Hô hấp	13,3%
	Ngộ độc, chấn thương	12,4%
Vùng 5:	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	25,6%
	Hô hấp	15,5%
	Ngộ độc, chấn thương	12,7%



Vùng 6:	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	17,0%
	Hô hấp	16,4%
	Mang thai, chữa đẻ	14,4%
Vùng 7:	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	25,0%
	Hô hấp	14,1%
	Tiểu hoá	12,3%

Phân vùng	Loại bệnh	Tỷ lệ tử vong
Vùng 1:	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	31,6%
	Hô hấp	15,1%
	Tuần hoàn	14,0%
Vùng 2:	Tuần hoàn	18,6%
	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	17,0%
	Hô hấp	16,6 %
Vùng 3	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	9,15%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	17,2%
	Hô hấp	15,1%
Vùng 4:	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	20,9%
	Hô hấp	19,0%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	18,0%
Vùng 5:	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	20,9%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	18,6%
	Tiết niệu, sinh dục	16,4%
Vùng 6:	Tuần hoàn	28,9%
	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	13,4%
	Hô hấp	10,7 %
Vùng 7:	Tuần hoàn	26,2%
	Nhiễm trùng, ký sinh trùng	20,2%
	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương	15,8%



Qua tình hình mắc bệnh và tử vong theo vùng chúng ta thấy:

- Tỷ lệ mắc bệnh:

Vùng 1, vùng 2: tỷ lệ mắc bệnh hô hấp là cao nhất.

Vùng 3, vùng 5, vùng 6, vùng 7: tỷ lệ mắc bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng là cao nhất.

Bệnh do mang thai chưa đẻ ở vùng 2, vùng 3, vùng 6 cũng đáng lưu ý.

- Tỷ lệ chết:

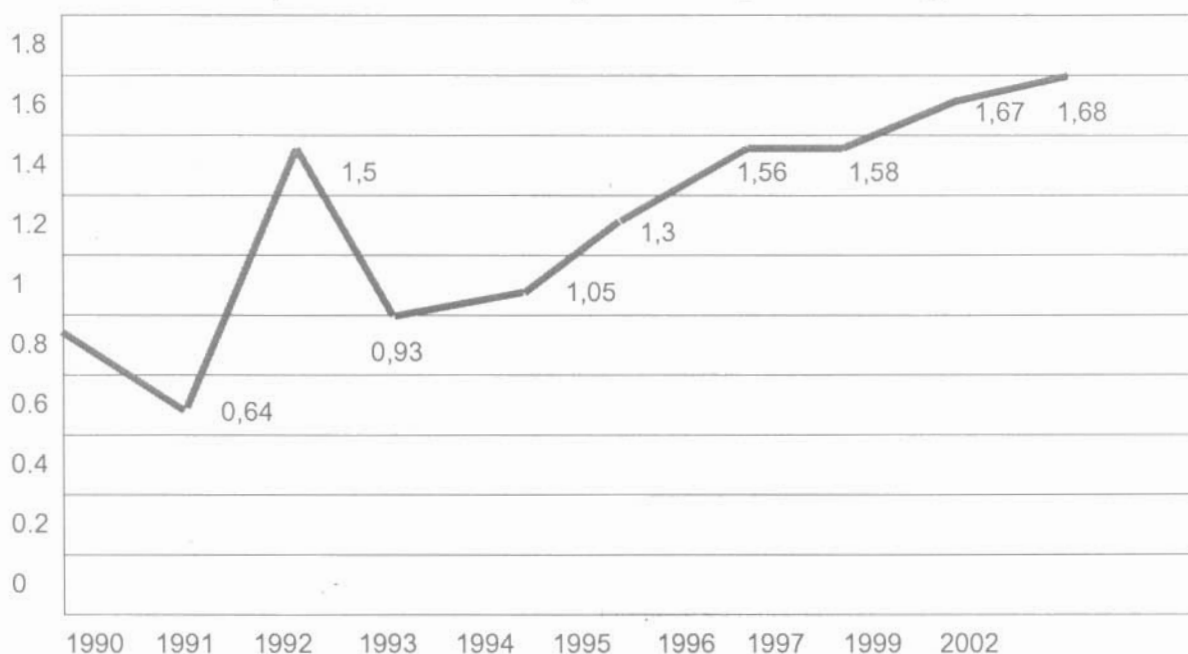
Vùng 1, vùng 3, vùng 4, vùng 5: tỷ lệ chết do tai nạn, ngộ độc, chấn thương là cao nhất.

Vùng 2, vùng 5, vùng 7: tỷ lệ chết do bệnh tuần hoàn là cao nhất (đặc biệt có Thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh – thể hiện bệnh tuần hoàn tăng ở những vùng có điều kiện kinh tế phát triển).

Dựa vào nguyên nhân gây mắc bệnh và tử vong ở từng vùng để lưu ý đầu tư cần thiết cho điều trị các loại bệnh có tỷ lệ mắc và chết cao.

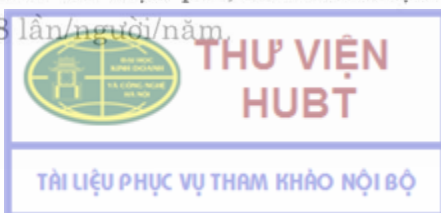
Nhu cầu khám và chữa bệnh của nhân dân.

Sơ đồ Bình quân lần khám chữa bệnh cho 1 người dân trong 1 năm



Bình quân khám bệnh trên đầu người dân biến động theo các năm, thấp nhất là năm 1990 – 1991 (0,64 – 1 lần/người/năm) là thời kỳ bắt đầu thực hiện chính sách thu viện phí.

Lúc đầu, dân chưa quen với viện phí, số khám bệnh giảm đi, nhưng lại tăng vào năm 1996 – 1997: 1,58 lần/người/năm.



Nhu cầu chữa bệnh tại bệnh viện:

+ Giường bệnh qua các năm:

Năm	Giường bệnh	Giường bệnh cho 10.000 dân
1976	159.188	32,40
1990	210.136	31,70
1999	174.077	22,81
2002		

So với các nước trong khu vực (năm 2002)

Nước	GB/1.000 dân	Sử dụng GB (%)	Ngày điều trị TB
Brunei	28,0	55,0	5,0
Indonesia	0,6	55,1	6,0
Japan	13,3	83,6	36,8
Malaysia	1,6	61,4	4,0
Singapore	3,5	80,3	5,3
Viet Nam	1,4	88,0	8,3

– So với các nước trong khu vực thì tỷ lệ giường bệnh trên 1.000 dân ở Indonesia là thấp nhất (0,6), sau đó là Việt Nam và Philippines (1,4), cao nhất là Nhật Bản (13,3), Singapore (3,5).

– Công suất sử dụng giường bệnh của Việt Nam lại cao nhất (88,0).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

- Yếu tố nào là thuộc yếu tố không biến đổi về tác động đến mô hình bệnh tật
A. Học vấn
B. Tuổi
C. Chính sách y tế
D. Thuốc lá.
- Yếu tố nào là thuộc yếu tố không biến đổi về tác động đến mô hình bệnh tật
A. Nước sạch
B. Thuốc lá
C. Chính trị
D. Giới.
- Phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10 được xây dựng vào năm:
A. 1983
B. 1982
C. 1981
D. 1984.



4. Yếu tố nào là thuộc yếu tố cấu trúc thấp về sự tác động đến mô hình bệnh tật
- Chế độ ăn
 - Hoà bình và ổn định chính trị
 - Nước sạch
 - Chế độ ăn, hoà bình và ổn định chính trị.
5. Yếu tố nào là thuộc yếu tố cấu trúc cao về sự tác động đến mô hình bệnh tật
- Chế độ ăn
 - Hoà bình
 - Ổn định chính trị
 - Tất cả các câu trên đều đúng.
6. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2002, bệnh nào sau đây có tỷ lệ tử vong cao nhất
- Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng
 - Bệnh lý chu sinh
 - Chấn thương
 - Lao.
7. Theo Báo cáo thống kê của Bộ Y tế năm 2001, bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất tại các bệnh viện ở nước ta là
- Chấn thương trong sọ
 - Viêm phế quản
 - Viêm dạ dày
 - Ung thư.
8. Đối với các nước phát triển, nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3 sau bệnh tim mạch và ung thư là
- Tai biến mạch máu não
 - Lao
 - Tiêu chảy
 - Viêm đa khớp.
9. Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em ở các nước phát triển là bệnh
- Tiêu chảy
 - Ho gà
 - Sởi
 - Viêm dạ dày.
10. Theo báo cáo thống kê của Bộ Y tế năm 2001, bệnh có tỷ lệ chết cao nhất tại các bệnh viện ở nước ta là
- Viêm phổi
 - Bệnh lao
 - Nhồi máu cơ tim
 - Tiêu chảy.

11. Mô hình bệnh tật ở các nước phát triển thuộc hình thái

A. B

B. C

C. D

D. E.

12. Mô hình sức khỏe của các nước trên thế giới chia làm các loại hình thái sau

A. Hình thái A và B, C

B. Hình thái A, B

C. Hình thái A, B, C và D

D. Hình thái A, B, C, D và E.

13. Phân chia chung các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật là

A. Các yếu tố biến đổi

B. Các yếu tố không biến đổi

C. Các yếu tố về chính quyền

D. Các yếu tố biến đổi.

14. Hiện nay ngành Y tế nước ta đang sử dụng bảng phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ?

A. 10

B. 9

C. 8

D. 11.

Bài 7

CHÍNH SÁCH Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày các khái niệm và các loại chính sách y tế.
2. Trình bày các yếu tố cơ bản quyết định tới chính sách y tế.

I. KHÁI NIỆM CHÍNH SÁCH Y TẾ

1. Khái niệm

Có nhiều khái niệm về chính sách y tế. Theo Anderson (1975):

“Chính sách là một quá trình hành động có mục đích của một người hay của một tập thể nhân vật nhằm giải quyết một vấn đề mà mọi người quan tâm”.

Làm chính sách là xây dựng các mục tiêu, giải pháp nhằm giải quyết một vấn đề tồn tại hay cải tiến một tình hình.

2. Các loại chính sách: có hai loại chính sách

– Loại chính sách có tầm giá trị cao, vĩ mô: là những chính sách nhằm giữ gìn những giá trị cốt lõi như bảo vệ quốc gia và những mục tiêu lâu dài của Nhà nước như: mức giá, tiền lương, biên giới, cải cách hệ thống y tế, về y tế tư nhân, về thuốc v.v...

– Loại chính sách có tầm giá trị thấp, vi mô: là những chính sách không liên quan đến các vấn đề then chốt, cơ bản của lợi ích quốc gia, như các công văn, thông tư,... tiêm chủng cho trẻ em v.v...

3. Tính chất

Chính sách mang bản sắc chính trị, chế độ xã hội, vai trò quyết định của Nhà nước trong xây dựng và thực hiện chính sách y tế công cộng. Đường lối chính trị, xã hội nào sẽ có những chính sách thực hiện đường lối và xây dựng chế độ xã hội đó.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nhà nước là trung tâm của xây dựng chính sách để phân phối các giá trị xã hội. Các giá trị này có thể là vật chất (đường sá, phương tiện), dịch vụ (y tế, giáo dục) hay tinh thần (tín ngưỡng, tôn giáo, pháp luật...). Sự phân phối các giá trị xã hội là quá trình xây dựng và sửa đổi chính sách xã hội.

II. XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH Y TẾ

1. Những yếu tố cơ bản quyết định tới chính sách y tế

Như đã đề cập, chính sách y tế có thể ở tầm vĩ mô cho cả nước như:

“Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian từ nay đến năm 2000 và 2020” (Nghị quyết 37/ CP ngày 20/06/1996 của Thủ tướng Chính phủ).

Theo từng vùng như “Chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên” trong thời gian 1997 – 2000 và 2020 (Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 13/02/1997).

Để triển khai các chính sách này, tại mỗi địa phương (thông thường là cấp Tỉnh), Sở Y tế cần tham mưu cho UBND tỉnh để đưa ra các Thông tư hướng dẫn hoạt động y tế cho địa phương mình.

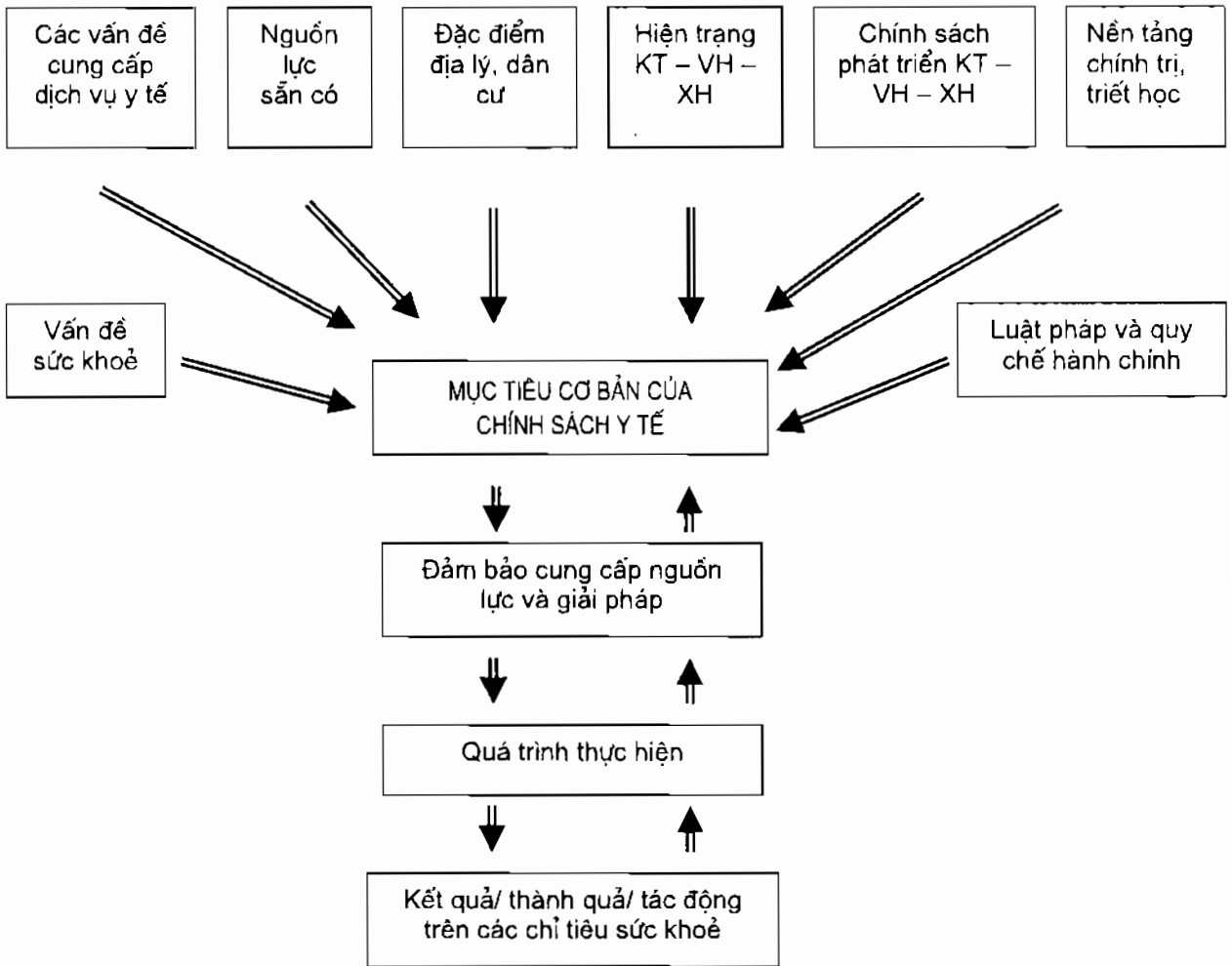
Như vậy, việc triển khai chính sách quốc gia thành chính sách địa phương là quá trình cụ thể hoá bản chính sách y tế để đi từ chính sách thành hành động cụ thể.

Dù chính sách được xây dựng ở cấp nào thì yếu tố quyết định tới sự hình thành chính sách cũng rất giống nhau.

Mục tiêu của một bản chính sách y tế không thể chỉ coi trọng việc giải quyết các vấn đề sức khỏe mà bỏ qua hoặc coi nhẹ các yếu tố khác, nhằm làm cho bản chính sách hoà hợp với chiến lược phát triển KT-VH-XH, với nền tảng chính trị, triết học, các quan điểm của Đảng, luật pháp của Nhà nước và nhất là khả năng đảm bảo các nguồn lực và thực thi các chương trình mục tiêu y tế của mạng lưới y tế.

Nhìn vào sơ đồ cho thấy, có rất nhiều yếu tố cần phải xem xét khi xác định mục tiêu của một bản chính sách y tế.



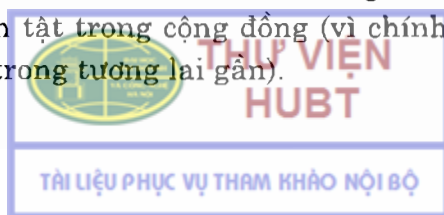


Các yếu tố ảnh hưởng tới chính sách y tế

1.1. 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, tầm quan trọng khác nhau. Trong đó có những vấn đề từ lịch sử và còn kéo dài nhiều năm tới hàng thập kỷ mà việc giải quyết nó gắn chặt với quá trình phát triển KT-VH-XH. Chính sách y tế đặt ra cho mình mục tiêu không phải là giải quyết hoàn toàn vấn đề đó trong một thời gian mà làm giảm nhẹ nó hoặc bảo vệ những đối tượng có nguy cơ cao, đối tượng nghèo, gia đình chính sách.

Để nhận biết vấn đề sức khỏe cần dựa vào các số liệu thống kê từ y tế, trong đó chú ý tới 10 bệnh mắc 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).



1.2. Các vấn đề trong cung cấp dịch vụ y tế

Thực chất đây là khả năng hiện tại và trong tương lai của mạng lưới y tế để giải quyết các vấn đề sức khỏe. Bản chính sách cũng đề cập đến các mục tiêu khắc phục những vấn đề tại hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế kể cả tư nhân.

1.3. 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 là ở số lượng mà ở cả trình độ, khả năng điều động nhân lực. Ở nước ta, số lượng cán bộ y tế so với số dân là khá cao so với những nước có thu nhập cao hơn nước ta vài lần. Tuy nhiên trình độ còn hạn chế, ít được đào tạo liên tục, và điều kiện làm việc còn thiếu thốn. Mặt khác, lại phân bố không hợp lý do chế độ đãi ngộ chưa thoả đáng và mức sống chênh lệch giữa các vùng nên việc thực hiện chính sách y tế chưa hoàn chỉnh như kế hoạch đề ra.

1.4. Hiện trạng KT-VH-XH

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.

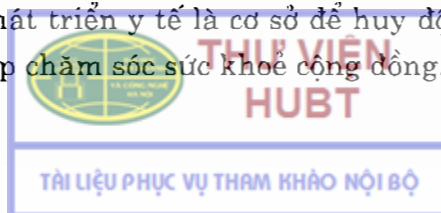
1.5. Đặc điểm địa lý, dân cư

Đặc điểm khí hậu, địa lý quyết định tới việc bố trí mạng lưới y tế sao cho dễ tiếp cận với người dân. Đồng thời liên quan với tình hình sức khỏe, bệnh tật của một địa phương.

1.6. Chính sách và các chương trình phát triển tổng thể KT-VH-XH của một đất nước tác động mạnh mẽ tới một 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, phát triển y tế là đầu tư cho phát triển).

1.7. Luật pháp và các quy chế hiện hành chính: là những cơ sở pháp lý cho việc đề ra chính sách y tế. Càng dựa vào luật pháp bao nhiêu khả năng thực thi chính sách càng nhiều bấy nhiêu. Nhà nước ta đã ra các luật bảo vệ và CSSK, luật môi trường, luật lao động, luật bảo vệ phụ nữ, trẻ em v.v... cần nghiên cứu kỹ các bộ luật này trước khi quyết định một bản chính sách.

1.8. Sau cùng, nhưng bao trùm lên tất cả các yếu tố trên 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, về sáu quan điểm cơ bản của Đảng trong việc phát triển y tế là cơ sở để huy động phối hợp mọi ngành, mọi nguồn lực cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe cộng đồng.



Chính sách y tế có tính kế thừa những ưu điểm của chính sách trước đó. Chính sách với nội dung chủ yếu là những cam kết của Nhà nước về đảm bảo các nguồn lực và huy động toàn thể xã hội tham gia CSSK, chính sách cũng đề cập tới những giải pháp ở tầm vĩ mô đối với ngành Y tế để sử dụng tối đa các nguồn lực mà nhà nước cung cấp để đạt tới mục tiêu. Tuy nhiên chính sách không bất biến mà luôn được điều chỉnh ngay từ trong quá trình thực thi, luôn cần nhận được các thông tin phản hồi từ cộng đồng và kết quả đánh giá các thành quả mang lại.

2. Xác định những mục tiêu cơ bản của bản chính sách y tế

Dựa trên những vấn đề sức khỏe hiện tại, dự báo trong tương lai và phân tích tình hình để đưa ra mục tiêu cơ bản của bản chính sách. Trong đó cần chú ý nắm quan điểm cơ bản của Đảng và Nhà nước về phát triển sự nghiệp y tế tới tính hợp pháp, tính khả thi, tính hiệu quả, sự ủng hộ cộng đồng và cần lấy ý kiến rộng rãi qua các chương trình nghị sự với các địa phương, người lãnh đạo cộng đồng, người xây dựng chính sách đầu tư và phát triển và những người sẽ thực thi bản chính sách này ở các cấp.

Mục tiêu cơ bản của bản chính sách phải được nêu rõ ràng, có thể đo lường, ước lượng được sự tiến bộ sau một khoảng thời gian. Ví dụ: giảm tỷ suất chết trẻ em < 1 tuổi từ 640/0 xuống còn 400/0 sau 5 năm.

Khi đặt ra mục tiêu cần nhìn thấy khả năng của ngành Y tế trong CSSK trẻ em và cả mối liên quan giữa các chỉ số kinh tế với tỷ suất chết trẻ em < 1 tuổi trong các năm qua. Về chủ trương, phù hợp với đường lối của Đảng. Về mặt pháp lý đã dựa trên luật bảo vệ chăm sóc BMTE v.v... Như vậy khi đặt mục tiêu đã chú trọng tới tình hình khả thi, tới tính hợp pháp và đúng đường lối của Đảng và Nhà nước thì sẽ nhận được sự ủng hộ của cộng đồng.

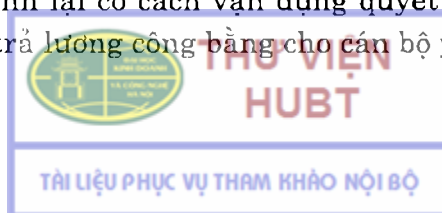
3. Đề xuất chiến lược (giải pháp) thực hiện các mục tiêu

Khi đề xuất các giải pháp cần dựa trên khả năng đảm bảo các nguồn lực. Không có sự cam kết đảm bảo các nguồn lực thì bất cứ giải pháp nào đặt ra cũng sẽ khó hoặc không thực hiện được.

Những giải pháp có thể ở tầm vĩ mô để bao quát toàn bộ các lĩnh vực, song cũng cần có những giải pháp vi mô để giải quyết từng vấn đề rất cụ thể.

Ví dụ: Ở tầm vĩ mô, người ta đưa ra giải pháp đảm bảo lương cho cán bộ y tế xã nhằm củng cố nguồn nhân lực, song do đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau giữa các vùng, chế độ lương ở miền núi phải cao hơn so với miền xuôi để tăng tính hấp dẫn cán bộ lên làm việc ở vùng khó khăn.

Thêm vào đó, mỗi tỉnh lại có cách vận dụng quyết định này không hoàn toàn giống nhau để đảm bảo trả lương công bằng cho cán bộ y tế.



Những quan điểm khác nhau để xuất chiến lược y tế

– Quan điểm đặt yếu tố hiệu quả lên trên hết: nghĩa là bằng mọi cách để có chi phí thấp nhất nhưng lại cải thiện được tình trạng sức khoẻ cao nhất. Cần tiến hành các dịch vụ y tế công cộng: TCMR, chăm sóc sức khoẻ học đường, tăng cường kiến thức của cộng đồng về dân số KHHGĐ, dinh dưỡng, các chương trình chống hút thuốc lá, uống rượu và nghiện hút, không chế các bệnh hoa liễu, AIDS. Và các dịch vụ lâm sàng gồm: chăm sóc thai sản, quản lý trẻ ốm, điều trị bệnh lao và quản lý các trường hợp bị bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Cũng nhờ chú trọng tới các dịch vụ trên mà sức khoẻ của nhóm người dân nghèo cũng được chăm sóc tốt hơn.

– Quan điểm đặt mục tiêu công bằng lên trên hết: nghĩa là chú trọng dành ưu tiên cao cho các đối tượng nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn chậm phát triển KT–VH–XH v.v... Mỗi khi đặt công bằng lên trên hết thì tính hiệu quả khó có thể đạt được.

Ví dụ: Nếu ưu tiên đầu tư cho y tế miền núi, vùng khó khăn, nơi có ít dân và mật độ thưa hơn thì sẽ phải giảm bớt kinh phí phân bổ cho vùng đồng bằng, đô thị nơi đông dân hơn. Trong khi đó, cùng một kỹ thuật dịch vụ, ở miền núi sẽ có mức chi phí cao hơn. Về tổng thể, giảm tỷ lệ mắc hoặc chết ở miền núi sẽ tốn kém hơn so với đồng bằng với cùng mức đầu tư trên một con người.

– Quan điểm coi trọng phương pháp vĩ mô, giải pháp tối ưu.

– Quan điểm coi trọng giải pháp vi mô.

– Quan điểm hỗn hợp vừa coi trọng giải pháp vĩ mô vừa coi trọng giải pháp vi mô.

Quan điểm này phần nào phù hợp hơn với hoàn cảnh nước ta, nhất là khi sự biến chuyển kinh tế đang diễn ra rất nhanh.

Chính sách vừa phải đảm bảo quan điểm cơ bản, tư tưởng chỉ đạo của Đảng, vừa phải linh hoạt ứng phó với tình hình biến đổi trong từng giai đoạn, thời gian hoặc sự khác biệt giữa các vùng địa lý khác nhau.

III. NGHIÊN CỨU – PHÂN TÍCH CHÍNH SÁCH Y TẾ

1. Nghiên cứu chính sách y tế

. Bao gồm những nghiên cứu chi tiết vào một hướng ưu tiên, một nhóm hoạt động ưu tiên, một thông tư, chỉ thị hay một bản chính sách y tế trong một lĩnh vực, một dự án can thiệp có tính tổng thể để biết:

– Liệu có cần thiết không, khi nào cần ?

– Liệu có khả thi không ?



– Thành quả, hiệu quả của can thiệp đó là gì ?

- Thông thường ba lĩnh vực cần chú trọng trong nghiên cứu chính sách:

+ Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế: Các phương thức đầu tư cho một lĩnh vực, một chiến lược can thiệp.

+ Nghiên cứu sự phân bố hệ thống điều trị, mối quan hệ giữa hệ thống Nhà nước và tư nhân sao cho chi phí công cộng ít mà vẫn đáp ứng tối đa nhu cầu khám chữa bệnh của các cộng đồng dân cư khác nhau.

+ Nghiên cứu các chương trình y tế công cộng nào được triển khai nhằm mục tiêu công bằng và hiệu quả ở mức độ chấp nhận được, phù hợp với các vùng, các nhóm dân cư khác nhau.

2. Phân tích chính sách y tế

Phân tích chính sách (PTCS) là hoạt động nghiên cứu nối kết giữa một bên là nền chính trị, bên kia là quá trình thực thi và đưa ra các quyết định. Việc PTCS trước hết phải nhằm vào:

2.1. Phân tích những tác động của bản chính sách hoặc thông tư làm cho phải tăng hay cắt bỏ hẳn nguồn đầu tư vào lĩnh vực nào? Cần biết:

a) Việc đầu tư trước đây đã mang lại lợi ích gì, bao nhiêu để chứng minh được rằng vì đầu tư chưa hợp lý đã tác động xấu trên mối quan hệ chi phí – hiệu quả hoặc chi phí – thành quả, về công bằng trong các dịch vụ cung cấp y tế.

b) Những cải thiện về điều kiện sức khỏe, hiệu quả công bằng có còn tiếp tục cải thiện thêm nữa hay không nếu như sẽ không có cản trở gì lớn hoặc ít gặp khó khăn hơn.

c) Chi phí công cộng sẽ giảm đi bao nhiêu nhờ huy động, phát huy vai trò của y tế tư nhân.

2.2. Phân tích khả năng của các cơ sở y tế dưới tác động của những chính sách nhằm tăng cường, mở rộng các dịch vụ y tế, đặc biệt là của các bệnh viện để đối phó với tình trạng không đáp ứng nhu cầu. Bộ Y tế có trách nhiệm thông báo với những người ra chính sách, ra quyết định về tình hình thực tế cũng như nhu cầu CSSK là gì. Cần biết:

a) Thực chất của tình trạng không được đáp ứng về cơ sở y tế của người dân là gì, lý do tại sao cho từng loại dịch vụ và chưa được đáp ứng yêu cầu của người dân, trong đó có bao nhiêu là do không tiếp cận được.

b) Đưa ra các đặc điểm của tình trạng không đáp ứng được nhu cầu CSSK, hoạt động để đáp ứng được nhu cầu này là gì?

c) Khả năng cung cấp dịch vụ y tế hiện nay là gì (tư nhân hay công cộng) ?



d) Cơ sở y tế ở tuyến nào, loại hoạt động y tế nào cần được phát triển hoặc cải tổ và sẽ làm.

Còn cần nhiều loại nghiên cứu khác liên quan tới những vấn đề khác. Cũng cần thấy sự yếu kém của hệ thống thông tin, cần phải nghiên cứu gì thêm. Cần những nghiên cứu để giúp cho việc xây dựng chính sách. Loại nghiên cứu nữa là phát hiện những vấn đề mới phát sinh để thông báo cho Bộ Y tế và Bộ Y tế thông báo cho Nhà nước và sẽ cùng ra chính sách y tế.

IV. ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ

Sự cần thiết phải điều chỉnh chính sách y tế:

- Chính sách không phải là một điều luật không thể thay đổi được.
- Chính sách y tế quốc gia là đường lối y tế của Đảng và Nhà nước, lấy cơ sở là công bằng và hiệu quả. Mỗi thời kỳ phát triển kinh tế – xã hội (trong đó có y tế), tính công bằng và hiệu quả được thể hiện ở các mức độ khác nhau. Mỗi vùng địa lý, mỗi cộng đồng dân cư có những đặc điểm phát triển kinh tế – xã hội và tốc độ tăng trưởng khác nhau vì vậy cũng cần có chính sách y tế phù hợp.

- Khi xây dựng chính sách cho mỗi giai đoạn phát triển, các mục tiêu và giải pháp dựa trên sự phân tích chính sách trước đó.

- Chính sách là đường lối y tế cho tương lai dựa trên sự phân tích quá trình phát triển y tế trong bối cảnh kinh tế xã hội lúc đó và dự kiến trong tương lai. Vì vậy, khi dự kiến đó không còn phù hợp, chính sách y tế cũng phải thay đổi điều chỉnh.

- Trong quá trình thực thi chính sách y tế, có rất nhiều yếu tố tác động làm cho tính khả thi, tính hiệu quả và công bằng của chính sách thay đổi, vì vậy cần phải điều chỉnh lại chính sách cho phù hợp.

Điều chỉnh chính sách y tế là làm cho chính sách y tế ngày càng hoàn thiện hơn, khả thi hơn.

Ví dụ: thay đổi chính sách y tế ở tầm vĩ mô, khi xã hội có sự phân cách giàu nghèo và xu hướng phân tầng xã hội gia tăng, bộ phận dân chúng nghèo, ở các vùng khó khăn sẽ khó tiếp cận các dịch vụ y tế, nhất là khi bị ốm phải đến nằm viện. Trong bối cảnh đó, chính sách công bằng trong y tế được đặt ra nhằm bảo vệ những nhóm dân cư nghèo, vùng khó khăn để chịu hiệu quả âm tính của nền kinh tế thị trường.

Trong trường hợp các xã đồng bằng Bắc Bộ hiện nay có rất nhiều y tá, y sĩ ở tại các thôn xóm, nhiều hơn cả số cán bộ y tế ở trạm xã. Việc huy động họ trở thành cán bộ y tế thôn xóm sẽ góp phần đưa dịch vụ y tế xuống gần dân hơn, dễ quản lý các hoạt động y tế tư nhân hơn.



TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

1. Làm chính sách là xây dựng

- A. Các mục tiêu, giải pháp nhằm giải quyết một vấn đề tồn tại
- B. Các mục tiêu nhằm cải tiến thực trạng vấn đề
- C. Các giải pháp nhằm giải quyết một vấn đề tồn tại
- D. Các hoạt động can thiệp vấn đề tồn tại ở một địa phương
- E. Các nội dung cụ thể để thực hiện can thiệp giải quyết vấn đề tồn tại.

2. Có hai loại chính sách là

- A. Chính sách có tầm chính trị cao và tầm chính trị thấp
- B. Chính sách vĩ mô và vi mô
- C. Chính sách có tầm chính trị cao, vĩ mô và tầm chính trị thấp, vi mô
- D. Chính sách có tầm chính trị cao, khái quát và tầm chính trị thấp, cụ thể
- E. Chính sách có tác động rộng, vĩ mô và tác động hẹp, vi mô.

3. Các chính sách về các lĩnh vực sau thuộc loại chính sách vĩ mô:

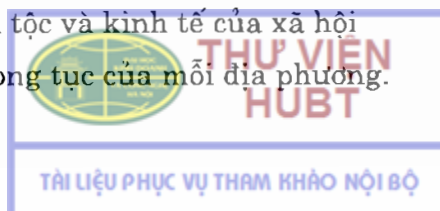
- A. Về y tế tư nhân, về tiền lương
- B. Về cung cấp nước sạch, về y tế tư nhân
- C. Về y tế tư nhân, về việc tiêm chủng trẻ em
- D. Về tiền lương, về tiêm chủng trẻ em
- E. Về tiền lương, về cung cấp nước sạch.

4. Các chính sách về các lĩnh vực sau thuộc loại chính sách vi mô

- A. Về y tế tư nhân, về tiền lương
- B. Về cung cấp nước sạch, về y tế tư nhân
- C. Về y tế tư nhân, về việc tiêm chủng trẻ em
- D. Về cung cấp nước sạch, về tiêm chủng trẻ em
- E. Về tiền lương, về việc tiêm chủng trẻ em.

5. Chính sách mang bản sắc

- A. Chính trị, chế độ xã hội đó
- B. Dân tộc và tập quán mỗi địa phương
- C. Kinh tế của xã hội đó
- D. Đặc điểm dân tộc và kinh tế của xã hội
- E. Chế độ và phong tục của mỗi địa phương.



- 6. Trong xây dựng và thực hiện chính sách y tế công cộng**
- A. Nhà nước đóng vai trò quyết định
 - B. Bộ Y tế đóng vai trò quyết định
 - C. Các nhà hoạch định chính sách quyết định
 - D. Văn phòng Quốc hội quyết định
 - E. Nhà nước và Bộ Y tế đóng vai trò quyết định.
- 7. Mục tiêu của bản chính sách y tế cần:**
- A. Phù hợp với nền tảng chính trị, luật pháp
 - B. Phù hợp với chiến lược phát triển KT-VH-XH, nền tảng chính trị, luật pháp và tình hình sức khỏe bệnh tật
 - C. Phù hợp với chiến lược phát triển KT-VH-XH, nền tảng chính trị
 - D. Phù hợp với luật pháp và tình hình sức khỏe bệnh tật
 - E. Phù hợp với nền tảng chính trị, luật pháp và tình hình sức khỏe bệnh tật.
- 8. Chính sách y tế đặt ra mục tiêu để:**
- A. Giải quyết hoàn toàn vấn đề tồn tại trong hiện tại và tương lai
 - B. Giải quyết hoàn toàn vấn đề tồn tại trong tương lai
 - C. Giải quyết một phần vấn đề tồn tại trong một thời gian nhất định
 - D. Giải quyết một phần vấn đề tồn tại trong hiện tại và tương lai
 - E. Giải quyết vấn đề tồn tại trong một thời gian nhất định.
- 9. Mục tiêu của bản chính sách y tế cần căn cứ vào**
- A. Vấn đề sức khỏe bệnh tật hiện tại và dự báo trong tương lai
 - B. Vấn đề sức khỏe bệnh tật trong 5 năm vừa qua và dự báo trong tương lai
 - C. Vấn đề sức khỏe bệnh tật đang có tác động lớn đến cộng đồng của một số địa phương đáng quan tâm
 - D. Vấn đề một số yếu tố nguy cơ đang ảnh hưởng đến một số cộng đồng ưu tiên quan tâm trong nước
 - E. Vấn đề sức khỏe bệnh tật mà ngành Y tế đang gặp trở ngại, không có khả năng để giải quyết.
- 10. Mục tiêu cơ bản của chính sách y tế phải được**
- A. Nêu rõ ràng, đo lường được, lượng giá được sau một khoảng thời gian
 - B. Nêu rõ ràng, chi tiết, đo lường được, đánh giá được đầy đủ, chính xác trong một khoảng thời gian
 - C. Nêu rõ ràng, đầy đủ, chi tiết và cụ thể, đánh giá được kết quả thực thi

- D. Nêu khái quát được kết quả thực hiện sau một khoảng thời gian nhất định
- E. Thể hiện kết quả tác động trên cộng đồng về vấn đề được giải quyết tại một số địa phương trong nước.

11. Các giải pháp thực hiện mục tiêu chính sách cần dựa trên

- A. Khả năng cam kết bảo đảm nguồn lực
- B. Khả năng huy động nguồn lực sẵn có tại các địa phương
- C. Phương pháp sử dụng nguồn lực hiện tại của ngành Y tế và huy động sự tham gia của cộng đồng
- D. Nguồn ngân sách y tế thường xuyên hàng năm của Bộ Y tế
- E. Khả năng sử dụng và huy động nguồn lực sẵn có tại một số địa phương ưu tiên.

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

STT	Câu hỏi	Đ	S
12	Chính sách y tế là một quá trình hành động có mục đích của một người hay của một tập thể nhân vật nhằm giải quyết một vấn đề của người đó quan tâm		
13	Sự phân phối các giá trị xã hội là quá trình xây dựng và điều chỉnh các chính sách xã hội		
14	Quan điểm để xuất chính sách y tế phù hợp với hoàn cảnh nước ta hiện nay là Quan điểm hỗn hợp cả hai giải pháp vĩ mô và vi mô		

Bài 8

QUẢN LÝ Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số khái niệm về quản lý y tế.
2. Trình bày được quy định, chức năng và các phương pháp quản lý của quản lý y tế.
3. Biết cách chọn lựa, sử dụng các nguyên tắc của quản lý và phương pháp quản lý y tế phù hợp để áp dụng trong các hoàn cảnh khác nhau.
4. Trình bày được các nội dung của công tác quản lý cơ sở y tế.

I. KHÁI NIỆM QUẢN LÝ

Có nhiều khái niệm, định nghĩa về quản lý ở những góc độ khác nhau nhưng không mâu thuẫn mà hỗ trợ cho nhau.

“Quản lý là làm cho mọi người làm việc”.

“Quản lý đó là làm sao cho các việc cần phải được thực hiện”.

“Quản lý là làm cho sử dụng có hiệu quả các nguồn lực”.

Quản lý là làm cho mọi việc cần làm được thực hiện.

Quản lý là hoạt động có mục đích (mục tiêu) và hướng mọi hoạt động vào nhằm đạt mục đích đã định.

Quản lý là một trong những mặt hoạt động quản trị, là khả năng điều hành tổng thể tổ chức, một cơ sở kinh tế kỹ thuật, chịu trách nhiệm về việc hoạch định, thực thi và đánh giá các đường lối, chính sách, các kế hoạch hoạt động và phát triển của tổ chức đó.

Quản lý là việc xây dựng và thực hiện kế hoạch, là tổ chức điều hành, phối hợp, theo dõi, giám sát việc phân bổ và sử dụng các nguồn lực của một tổ chức hoặc một doanh nghiệp.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

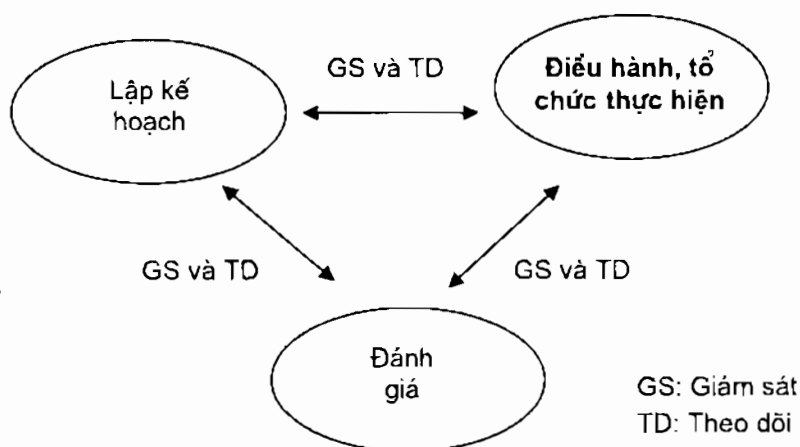
Quản lý y tế:

Quản lý y tế là xác định những vấn đề y tế của cộng đồng, xây dựng chính sách y tế có thể thực hiện được và phương hướng, đề án để giải quyết các vấn đề đó.

Hiện nay, hệ thống tổ chức y tế, hệ thống các dịch vụ y tế ngày càng phát triển đòi hỏi người cán bộ lãnh đạo quản lý y tế phải có kiến thức quản lý chuyên sâu để nắm bắt, khai thác mọi nguồn lực của ngành và xã hội để phục vụ tốt hơn cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân.

II. CHU TRÌNH QUẢN LÝ

Các chức năng quan trọng của quá trình quản lý tiến hành có tính liên tục tạo thành cơ sở cơ bản như sau:



III. CHỨC NĂNG QUẢN LÝ

Quản lý có các chức năng chính: Lập kế hoạch, tổ chức thực hiện, điều hành phối hợp và đánh giá.

1. Lập kế hoạch

Lập kế hoạch là quá trình đề ra mục tiêu và xác định cách thức tiến hành để đạt mục tiêu đó.

Hệ thống tổ chức và hệ thống các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân là một bộ phận (tập hợp các phần tử) trong toàn bộ môi trường rộng lớn, tương tác và liên kết với nhau, luôn biến đổi. Vì vậy, lập kế hoạch thường phải bắt đầu bằng việc phân tích đầy đủ thực trạng hiện tại và viễn cảnh tương lai của các hệ thống để xây dựng mục tiêu cho thích hợp, viễn cảnh tương lai bao giờ cũng phải tốt đẹp hơn.

Lập kế hoạch còn phải xây dựng các chính sách, các chương trình, các tiêu chuẩn, định mức tiên tiến hơn cho mục tiêu cần phải đạt được.

Là quá trình khai thác, phân bố các nguồn lực kèm theo để đảm bảo tính thực thi của kế hoạch.

2. Điều hành, tổ chức thực hiện

- Điều hành

Là quá trình chỉ huy, chỉ đạo cấp dưới duy trì các hoạt động để đạt mục tiêu đã định.

Hiệu quả của điều hành phụ thuộc vào năng lực, trình độ, kinh nghiệm của người quản lý trong việc hướng dẫn, chỉ huy, chỉ đạo cấp dưới, cung cấp thông tin, tạo động cơ, niềm tin và thúc đẩy họ thực hiện.

- Tổ chức thực hiện

Là quá trình phân công các nguồn lực một cách tối ưu nhằm đạt được mục tiêu đã định.

Tổ chức bao gồm việc phân công lao động khoa học, phân nhóm hợp lý, quy định trách nhiệm, nghĩa vụ và quyền hạn kèm theo, xác định mối quan hệ giữa các nhóm, các cá nhân và tập thể để thực hiện tốt mục tiêu.

- Điều phối

Là quá trình đồng bộ hoá các hoạt động, có liên quan mật thiết với điều hành. Điều phối giúp khắc phục những hoạt động trùng lặp, kết hợp nhiều hoạt động có cùng mục tiêu.

- Theo dõi, giám sát

Theo dõi là thu thập thông tin để xác định tiến độ thực hiện.

Giám sát là quá trình theo dõi và kiểm soát các hoạt động sao cho chúng thực hiện khớp với các hoạt động theo kế hoạch đã đề ra.

Giám sát đồng thời là quá trình đào tạo tại chỗ, hỗ trợ và kiểm tra chất lượng sản phẩm cho phù hợp với tiêu chuẩn kỹ thuật.

3. Đánh giá

Là khái niệm tổng quát về quản lý theo mục tiêu bao gồm việc đo lường kết quả thấy được, so sánh được với các kết quả tính toán hoặc với các tiêu chuẩn số lượng và chất lượng sản phẩm theo mục tiêu, từ đó rút ra các bài học kinh nghiệm, vận dụng những kinh nghiệm đó để cải tiến quá trình lập kế hoạch và những hoạt động tương lai.



IV. NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ

1. Quyền lực và trách nhiệm

Để quản lý tốt phải biết phân công rõ ràng quyền hạn và trách nhiệm cho từng tổ chức và cá nhân. Quyền hạn phải gắn liền với trách nhiệm. Nếu không có quyền hạn đầy đủ và cách thức tiến hành, thực hiện các nhiệm vụ được phân công thì người cán bộ quản lý không hoàn thành nhiệm vụ được giao.

Người quản lý giỏi là người có tinh thần trách nhiệm cao và biết sử dụng quyền lực hợp lý theo chức trách của mình (quyền lực đồng nghĩa với uy tín, tính quyết đoán và khả năng hoàn thành nhiệm vụ tốt).

2. Ủy quyền

Ủy quyền là quá trình chia sẻ quyền lực và trách nhiệm cho cấp dưới do sự phát triển của tổ chức hoặc do các nguyên nhân khác nhau.

Ủy quyền là biện pháp tình thế của người quản lý khi cần thiết, vừa thể hiện sự tin tưởng cấp dưới vừa thể hiện sự quan tâm bồi dưỡng và đào tạo cán bộ giúp việc trở thành người cán bộ lãnh đạo.

3. Thống nhất một mệnh lệnh

Là quá trình truyền đạt mệnh lệnh và báo cáo trực tiếp từ người quản lý lãnh đạo thông qua các quan sát viên tới người thực hiện và ngược lại. Nguyên tắc này tạo ra một chuỗi thống nhất trong việc thực hiện các mục tiêu đã được xác lập và đảm bảo cho mọi thành viên giữ một vị trí giám sát trong chuỗi thống nhất các mệnh lệnh đó.

4. Đồng nhất về phương hướng

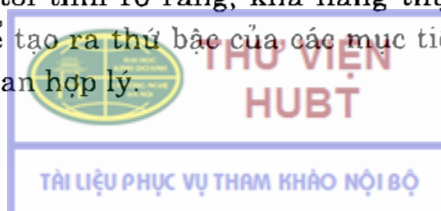
Đồng nhất về phương hướng là điều kiện tiên quyết để thống nhất hành động, phối hợp sức mạnh và tập trung mọi nỗ lực hướng tới mục tiêu cuối cùng.

5. Quy định mức độ giám sát

Quy định mức độ giám sát là xác định số lượng cá nhân báo cáo cho một giám sát viên không được vượt quá khả năng hợp tác và điều hành của giám sát viên đó. Số lượng này không cố định cho mọi trường hợp mà thay đổi tùy theo hoàn cảnh cụ thể.

6. Định rõ mục tiêu

Là nguyên tắc đề cập tới tính rõ ràng, khả năng thực thi của mục tiêu tổng quát và mục tiêu cụ thể để tạo ra thứ bậc của các mục tiêu kèm theo việc chi tiết hoá và sự phân phối thời gian hợp lý.



7. Phân chia công việc

Dựa vào mục tiêu đã xác định, giám sát viên cần chia công việc cho phù hợp với khả năng điều hành và giám sát của mình.

Để đạt được hiệu quả tối ưu, công việc phải cụ thể và biết phân chia phù hợp với khả năng thực tế đã được đào tạo của người thực hiện.

V. PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ

Người quản lý có thể áp dụng nhiều phương pháp quản lý khác nhau để thích nghi với từng tình huống cụ thể.

1. Phương pháp giáo dục

Tác động về tinh thần, tạo các cơ sở, động viên, khuyến khích nhân viên làm đúng, hoàn thành tốt công việc.

Phát huy vai trò tự chủ, ý thức trách nhiệm cá nhân.

Dùng nghệ thuật, tâm lý vận động thuyết phục.

Nêu gương tốt, phê phán thiếu sót.

Bồi dưỡng đào tạo, huấn luyện, nâng cao trình độ nghiệp vụ chuyên môn.

Coi trọng công tác quần chúng, tổ chức đoàn thể.

Rèn luyện tác phong lao động có khoa học, có kỷ luật, có kỹ thuật và năng suất, chất lượng cao.

2. Phương pháp hành chính

Tiêu chuẩn hoá tổ chức.

Quy định, nội quy, điều lệ v.v...

Chỉ thị, thông tư v.v...

Mệnh lệnh, chỉ thị cần phải cụ thể, rõ ràng, chặt chẽ, nêu rõ phạm vi, nhiệm vụ của người thực hiện, tôn trọng nhân cách người thực hiện.

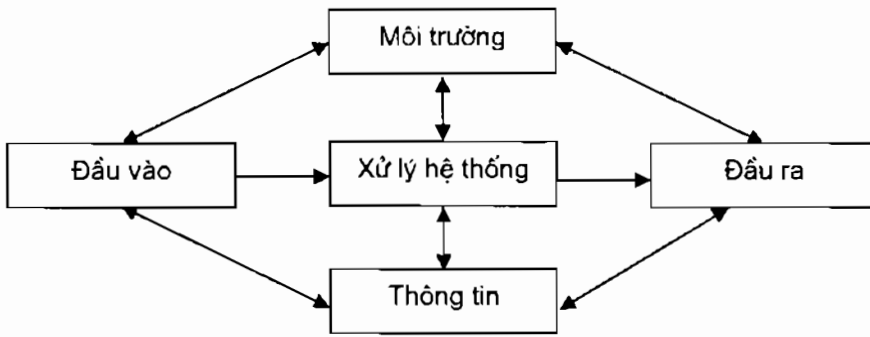
3. Phương pháp kinh tế

Lợi ích kinh tế để tăng năng suất, lương, thưởng.

4. Phương pháp quản lý theo quan điểm hệ thống

Sơ đồ hệ thống bao gồm năm bộ phận:





Trong phạm vi tổ chức hoặc chương trình nói đến các chức năng sản xuất và quản lý. Chức năng quản lý nhằm giúp hệ thống đạt được đầu ra mong muốn có hiệu quả và hiệu suất. Xử lý về quản lý có các chức năng:

- Làm cho môi trường hệ thống thuận lợi hơn cho sự phát triển.
- Huy động nguồn lực.
- Đảm bảo các số liệu thông tin kịp thời, đầy đủ, có giá trị.
- Giúp cho hệ thống phát triển và tạo được đầu ra đáp ứng nhu cầu của cộng đồng.

5. Quản lý theo mục tiêu

Xác định chính xác các mục tiêu làm căn cứ cho phép đánh giá được hiệu quả và cơ sở để phân đấu đạt được.

6. Quản lý theo quan điểm chất lượng toàn diện

Để đem lại sự hài lòng, thoả mãn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng.

VI. CÁC NỘI DUNG QUẢN LÝ CƠ SỞ Y TẾ

1. Quản lý nhân lực

Quản lý con người có ý thức quyết định trong quản lý, là công việc hết sức khó khăn và phức tạp, vừa mang tính pháp chế vừa mang tính khoa học, nghệ thuật và tâm lý.

Những yêu cầu trong quản lý nhân lực:

– Nắm vững tình hình và số lượng CBYT của đơn vị mình, quản lý chặt biên chế, cần tăng cường biên chế ở khâu trực tiếp phục vụ người bệnh, giảm tối đa khâu trung gian.

– Bố trí sắp xếp và sử dụng hết cán bộ, sắp xếp hợp lý.

– Quan tâm cải thiện đời sống vật chất và tinh thần, đào tạo, bồi dưỡng cán bộ.

– Không ngừng nâng cao chất lượng phục vụ (khám và chữa bệnh), đoàn kết thương yêu, giúp đỡ cán bộ, tạo điều kiện để họ yên tâm công tác, phát huy tài năng.

2. Quản lý tài sản, vật tư y tế

– Dự trữ:

- + Làm bản kê các loại trang bị cần có.
- + Cân đối nhu cầu và khả năng tài chính.
- + Ước lượng nhu cầu (số lượng, chất lượng, giá cả).

– Giới thiệu mặt hàng.

– Lập biểu dự trữ hoặc đơn đặt hàng.

– Lưu trữ trong kho:

- + Trữ trong kho chính.
- + Trữ trong các kho phụ (sau khi xuất từ kho chính)

– Cấp phát:

- + Thủ tục xuất kho.
- + Đăng ký xuất kho, vào sổ xuất.
- + Lập phiếu xuất.
- + Ghi vào bản kê khai tài sản của nơi nhận và sử dụng.

– Giám sát và bảo quản:

+ Thuyết phục mọi người ý thức tiết kiệm, giữ gìn và bảo quản tốt các vật tư, trang thiết bị, phát huy tính năng, tác dụng và công suất.

+ Lập bản kiểm để kiểm tra, thanh tra thuận lợi.

+ Phát hiện sai lệch và xử lý sai lệch.

+ Quản lý thuốc men: Quản lý thuốc men là khâu quan trọng trong quản lý vật tư. Không được để thiếu thuốc. Thuốc là con dao hai lưỡi cần biết sử dụng đúng và bảo quản tốt.

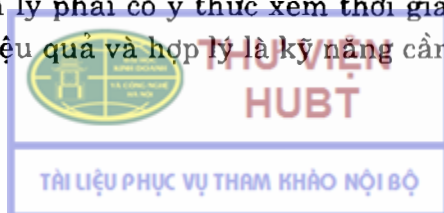
– Các phương pháp quản lý thuốc gồm:

+ Giáo dục và hướng dẫn phương pháp sử dụng.

+ Lập bảng danh mục thuốc mẫu: Phải thường xuyên có bảng danh mục mẫu (chuẩn), thông thường là danh mục thuốc thiết yếu, các thay đổi danh mục thuốc phải theo các yêu cầu nhất định.

3. Quản lý thời gian

Người cán bộ quản lý phải có ý thức xem thời gian là tài sản của ngành Y tế, sử dụng thời gian có hiệu quả và hợp lý là kỹ năng cần thiết của người quản lý.



- Lập kế hoạch thời gian: có nhiều dạng lập lịch công tác:
 - + Thời khoá biểu (thường xuyên).
 - + Lịch công tác cho các sự việc không thường xuyên.
 - + Bảng phân công công tác cho cá nhân và tập thể mà công việc đã được xác định trong những thời gian khác nhau.
- Chuẩn bị bảng phân công công tác:
 - + Phân công bảo đảm công bằng cho mọi người theo chức năng và nguyên tắc làm việc, theo phương thức phân phối theo lao động.
 - + Phân đều công việc khó khăn và các công việc không hứng thú.
 - + Công việc phải tương xứng với đãi ngộ (làm thêm việc phải có thù lao).
 - + Lập sổ sách cho từng cán bộ, theo dõi hoạt động kết hợp với sổ sách.

4. Quản lý địa điểm

Quản lý địa điểm công tác có nghĩa là sắp xếp phân công công tác cho cán bộ một cách hợp lý (tâm lý, khả năng, sở trường, điều kiện sinh hoạt gia đình) thích hợp tương đối với địa điểm công tác.

Quản lý tốt địa điểm công tác và phân công công tác cho thành viên là thể hiện sự quan tâm của người cán bộ quản lý đối với các thành viên của mình.

Khi sắp xếp địa điểm cần chú ý:

- Công việc nào cần được làm, địa điểm nào, phù hợp với ai.
- Cùng một mục đích, địa điểm nào tốt hơn sẽ cho kết quả hơn, ai làm tốt hơn.
- Cần tổ chức thành dây chuyền trong khám và chữa bệnh, hình thức cuốn chiếu trong hoạt động dự phòng, điều tra cơ bản.

5. Quản lý công việc, giấy tờ và sổ sách

Các công việc văn thư, bảo quản, xử lý và sử dụng hồ sơ là một trong những công việc quan trọng của người quản lý.

Phải biết sắp xếp công văn, giấy tờ hồ sơ theo hệ thống:

- Phải có chỗ riêng cho từng loại giấy tờ.
- Sắp xếp đơn giản, khoa học để mọi người có thể thực hiện tìm kiếm và sử dụng được tốt và nhanh.
- Nguyên tắc sắp xếp: dễ tìm, dễ thấy, dễ bảo quản, lấy xong để lại đúng chỗ quy định.
- Phương pháp sắp xếp có nhiều cách như sắp xếp theo vần chữ cái, theo chủ đề, theo địa lý, theo dữ liệu.



6. Quản lý kế hoạch

Là xây dựng kế hoạch khả thi và điều hành tổ chức thực hiện kế hoạch để đạt mục tiêu đề ra, tạo ra được sản phẩm đáp ứng nhu cầu của người dân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu khái niệm về quản lý và quản lý y tế.

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

2. Chỉ ra nội dung không thuộc chu trình quản lý:

- A. Lập kế hoạch
- B. Điều hành, tổ chức thực hiện
- C. Giám sát
- D. Đánh giá.

3. Chỉ ra yếu tố không thuộc nguyên tắc quản lý:

- A. Quyền lực và trách nhiệm
- B. Ủy quyền
- C. Thống nhất mệnh lệnh
- D. Quyết định độc lập.

4. Biện pháp nào sau đây không nằm trong phương pháp quản lý giáo dục:

- A. Phát huy vai trò tự chủ, ý thức trách nhiệm cá nhân
- B. Dùng nghệ thuật, tâm lý vận động thuyết phục
- C. Nêu gương tốt, phê phán thiếu sót
- D. Tiến hành phê bình gay gắt đối tượng.

5. Chỉ ra nội dung không thuộc chức năng quản lý y tế cơ sở:

- A. Quản lý thu nhập nhân viên
- B. Quản lý thời gian
- C. Quản lý tài sản, vật tư y tế
- D. Quản lý nhân lực.



Bài 9

QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của nhân lực y tế và quản lý nhân lực y tế trong chăm sóc sức khỏe của nhân dân..
2. Trình bày được các nguyên tắc trong quản lý nhân lực y tế.
3. Trình bày được một số phương pháp quản lý nhân lực y tế
4. Liệt kê được các nội dung cơ bản của quản lý nhân lực y tế, xã, phường
5. Mô tả được những nội dung công việc của trạm y tế xã và phân công việc cho nhân viên trong trạm một cách hợp lý.

I. KHÁI QUÁT VỀ QUẢN LÝ NHÂN LỰC

1. Khái niệm quản lý nhân lực

Là quá trình động viên, khuyến khích để khơi dậy các tiềm năng và bản chất tốt đẹp của con người nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra.

2. Tầm quan trọng của quản lý nhân lực trong chăm sóc sức khỏe

Thực hiện chăm sóc sức khỏe cần nhiều nguồn lực khác nhau, nhưng nguồn lực quan trọng nhất vẫn là nhân lực y tế. Nếu thiếu kế hoạch phát triển nguồn nhân lực thì các nguồn lực khác nhau dành cho y tế không thể sử dụng có hiệu quả được.

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 kỹ năng, trình độ ngành đào tạo của cán bộ.

Mọi cơ sở y tế, quản lý nhân lực quan trọng là phải sử dụng tốt nguồn nhân lực hiện có và có kế hoạch bồi dưỡng nguồn 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.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

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 các cơ sở đó. Sự phân công nhiệm vụ phải cụ thể, rõ ràng, dựa trên nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức và khả năng của 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.

II. MỘT SỐ NGUYÊN TẮC VỀ QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ

1. Chính phủ, ngành Y tế và các cơ quan đào tạo phải kết hợp chặt chẽ để phân tích về nhu cầu y tế trong tương lai và phương hướng kế hoạch của hệ thống y tế. Điều phối việc lập kế hoạch nhân lực y tế, đào tạo nhân lực y tế và phát triển hệ thống y tế.
2. Kế hoạch phát triển nhân lực y tế cần được lồng vào toàn bộ kế hoạch y tế.
3. Phát triển nhân lực y tế phải được tăng cường ở tất cả các cấp khác nhau của dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở đào tạo.
4. Kế hoạch phát triển nhân lực y tế phải bao gồm việc xác định làm thế nào để đào tạo, phân phối và sử dụng nhân lực đúng số lượng, đúng khả năng để thực hiện chức năng chăm sóc sức khỏe cho hiện tại cũng như trong tương lai.
5. Các cơ quan đào tạo phải đáp ứng những đổi mới trong hệ thống y tế và thực hiện các hoạt động phù hợp với đường lối kế hoạch được chấp nhận. Những thay đổi trong đào tạo phải diễn ra sao cho phù hợp với nội dung chương trình đào tạo.
6. Việc chọn lựa học viên đào tạo (kể cả đào tạo và đào tạo lại) phải dựa trên nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu.
7. Chương trình đào tạo cần cấu trúc lại sao cho học viên học trong môi trường giống như cơ sở thực hành tương lai của họ.
8. Tạo điều kiện thuận lợi để nhân viên y tế có thể rèn luyện kỹ năng, thái độ đòi hỏi cho hoạt động của họ trong hệ thống y tế tương lai.

III. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ

1. Quản lý theo công việc

Từ chức năng, nhiệm vụ, 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.

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.



Đánh giá cán bộ chủ yếu là thông qua kết quả hoàn thành công việc đã được giao.

2. Quản lý theo lịch công tác (theo thời gian)

Cán bộ lập lịch công tác của mình dựa trên các nhiệm vụ, chức trách được giao.

Đánh giá cán bộ thông qua việc chấp hành thời gian theo lịch và kết quả công việc.

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 lịch hay được sử dụng nhất. Lịch tuần có thể ghi chi tiết các công việc được thực hiện vào các ngày trong tuần.

3. Quản lý thông qua điều hành, giám sát

Điều hành và giám sát nhằm nâng cao trình độ cho cán bộ, người điều hành, giám sát trực tiếp giúp đỡ, hỗ trợ cán bộ thực hiện tốt nhiệm vụ được giao.

Phân công nhiệm vụ chính là người lãnh đạo 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 thường xuyên (định kỳ) hoặc đột xuất để đảm bảo cho công việc được thực hiện theo đúng kế hoạch và 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 việc thực hiện việc đó, thảo luận các vấn đề vướng mắc trong thực hiện, uốn nắn, bổ sung các sai sót.

– Giám sát gián tiếp là thông qua việc nghiên cứu, theo dõi, phân tích các báo cáo, ý kiến nhận xét, từ đó đóng góp ý kiến 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 phát triển 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.

4. Phối hợp các hình thức quản lý



IV. QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ XÃ, PHƯỜNG

1. Số lượng: Biên chế chính thức

Theo quyết định số 58/TTg ngày 03/02/1994 của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư số 08 Liên bộ Y tế – Tài chính – Lao động thương binh xã hội – Ban Tổ chức cán bộ Chính phủ ngày 20/04/1995, biên chế tối đa là 6 CBYT và tối thiểu là 3 CBYT cho mỗi trạm y tế xã.

Ngoài ra, tùy thuộc vào khả năng tài chính và nhu cầu của cộng đồng UBND xã, trạm y tế có thể tuyển thêm các nhân viên y tế làm hợp đồng và thù lao do xã tự chi trả. Mỗi thôn, bản có từ 1 – 2 nhân viên y tế thôn, bản.

Biên chế cụ thể hiện nay cho các khu vực khác nhau:

– Khu vực đồng bằng, trung du:

- + Những xã từ 8.000 dân trở xuống được bố trí 3 đến 4 cán bộ y tế.
- + Những xã trên 8.000 đến 12.000 dân được bố trí 4 – 5 cán bộ y tế.
- + Những xã trên 12.000 dân được bố trí tối đa 6 cán bộ y tế.

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

- + Những xã dưới 3.000 dân được bố trí 4 cán bộ y tế.
- + Những xã có 3.000 dân trở lên được bố trí 5 đến 6 cán bộ y tế.
- + Ở vùng cao, vùng sâu, nơi xa xôi, hẻo lánh: chỉ bố trí 1 – 2 cán bộ y tế, số cán bộ còn lại được phân công về các bản, buôn, làng, ấp.

– 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 y tế được bố trí 2 – 3 người.
- + Những nơi có bác sĩ thì bố trí vào vị trí chủ chốt, những nơi chưa có thì phải xây dựng kế hoạch đào tạo bác sĩ đa khoa có kiến thức về y tế cộng đồng.

2. Chức danh

Mỗi trạm y tế xã phải có năm chức danh cơ bản:

2.1. Bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa

65% số xã có bác sĩ, trong đó ở miền núi là 50% (năm 2005); 80% số xã có bác sĩ, trong đó ở miền núi là 60% (năm 2010). Bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa này thường phải đảm nhiệm chức vụ Trưởng trạm hoặc Phó trạm y tế xã. Bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa phải có trình độ chuyên môn nhất định về y tế cộng đồng quản lý, y học cổ truyền, sản nhi.



2.2. Nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi

100% số trạm y tế xã có hộ sinh, trong đó 60% (năm 2005) và 80% (năm 2010) là nữ hộ sinh trung học. Đồng bằng phải có nữ hộ sinh trung học hoặc y sĩ sản nhi.

2.3. Điều dưỡng viên

Đồng bằng phải có điều dưỡng viên trung học trở lên.

2.4. Lương y hoặc cán bộ y học cổ truyền

Với trạm y tế có 4 cán bộ y tế trở lên phải có 01 cán bộ y học cổ truyền chuyên trách.

2.5. Dược tá

Thực hiện chức năng quản lý thuốc trên địa bàn xã.

Những trạm y tế xã không có đầy đủ 5 cán bộ y tế với 5 chức danh trên thì có cán bộ y tế phải kiêm nhiệm thêm chức danh khác.

Ngoài năm chức danh cán bộ y tế được nêu trên, trong phạm vi quản lý của trạm y tế xã còn có nhân viên thôn, bản. Mục tiêu đến năm 2010 thường xuyên 100% thôn, bản có nhân viên y tế hoạt động (có trình độ sơ học y tế trở lên hoặc phải được đào tạo chuyên môn từ 3 tháng trở lên theo tài liệu của Bộ Y tế ban hành). Ngoài ra, ở thôn bản cần phát triển một đội ngũ tình nguyện viên y tế có thể lồng ghép với nhân viên y tế thôn bản.

3. Nhiệm vụ của các cán bộ y tế xã

3.1. Nhiệm vụ chung của Trạm y tế xã hiện nay

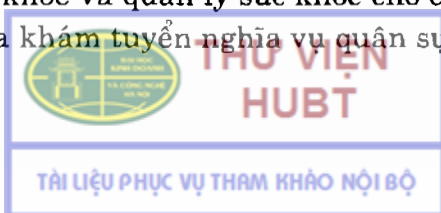
1) Lập kế hoạch hoạt động và lựa chọn chương trình ưu tiên về chuyên môn y tế và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch.

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

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 khai thác, khám thai và đỡ đẻ thường cho sản phụ.

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.

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



6) Xây dựng vốn tử 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.

7) Quản lý các tổ chức sức khoẻ và tổng hợp báo cáo, cung cấp thông tin kịp thời, chính xác lên tuyến trên theo quy định. (Theo quy chế về thống kê: Tổ chức thực hiện các chế độ ghi chép ban đầu, báo cáo định kỳ, đột xuất và các cuộc điều tra y tế trên các địa phương. Thực hiện nghiêm túc chế độ kiểm tra với giám sát và hướng dẫn nghiệp vụ chuyên môn của cấp trên. Chịu trách nhiệm về tính chính xác của số liệu khi báo cáo).

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.

9) Chỉ đạo thực hiện các nội dung chăm sóc sức khoẻ ban đầu và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.

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

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 chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân.

3.2. Phân công nhiệm vụ cho từng chức danh cán bộ y tế xã

Nhiệm vụ của từng cán bộ trong trạm y tế xã do Trưởng trạm y tế phân công dựa trên một số cơ sở và nguyên tắc sau:

1) Nhiệm vụ của từng cán bộ y tế xã phải phù hợp với nhiệm vụ chung của trạm y tế xã.

2) Nhiệm vụ của từng cán bộ y tế xã phải được phân công theo chuẩn mực quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 – 2010.

3) Nhiệm vụ của từng cán bộ y tế xã phải phù hợp với trình độ và năng lực của cán bộ.

Ví dụ: Y sĩ nhi làm nhiệm vụ bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình, quản lý thai, khám thai và đỡ đẻ thường cho sản phụ. Tuy nhiên, do số lượng cán bộ ít, nhiều lĩnh vực chuyên môn phải giải quyết nên việc phân công nhiệm vụ cho cán bộ y tế phải linh hoạt, mềm dẻo và theo nguyên tắc: một cán bộ y tế phải đảm đương nhiều nhiệm vụ theo nhiều lĩnh vực chuyên môn và đồng thời một công việc về một lĩnh vực chuyên môn có thể được thực hiện bởi nhiều cán bộ y tế nhưng phải có người chịu trách nhiệm chính.

– Mọi lĩnh vực công tác y tế xã phải có người theo dõi, thực hiện, không bỏ sót.



– Phân công nhiệm vụ phải chú ý đến đặc điểm địa lý, tính chất bệnh dịch cũng như các đặc điểm đặc thù liên quan đến công tác y tế như: mùa màng, lễ hội, khí hậu, thời tiết, phong tục, tập quán v.v... để đảm bảo tính hợp lý và hiệu quả của công việc.

– Khi phân công nhiệm vụ phải chú ý đến nhiệm vụ của các loại nhân lực y tế khác hiện có trong xã (y tế tư nhân; cán bộ của các đơn vị khác đóng trên địa bàn xã v.v...) để tránh tập trung quá nhiều nhân lực cho một loại nhiệm vụ.

– Phải tiến hành xã hội hoá công tác y tế, phối hợp với các lực lượng khác nhau trong cộng đồng khi phải giải quyết một số hoạt động y tế cụ thể.

V. NỘI DUNG QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ XÃ, PHƯỜNG

1. Quản lý theo công việc

Từ chức năng, nhiệm vụ, đặc điểm, số lượng, trình độ cán bộ của tuyến y tế cơ sở, Trưởng trạm y tế xã thực hiện mọi trách nhiệm và chức năng quản lý nhân lực y tế như:

1.1. Phân công công việc

Phân công công việc cho từng cán bộ y tế trong trạm phải phù hợp, đúng người đúng việc và lồng ghép.

Mỗi cán bộ của trạm y tế xã lập một bản chức trách cá nhân xác định quyền hạn, trách nhiệm và nhiệm vụ của mình, liệt kê các công việc phải làm, phải phối hợp với ai, chịu trách nhiệm trước ai.

Nội dung của bản chức trách công việc có thể bao gồm các mục:

1) Họ và tên cán bộ.

2) Chức trách nhiệm vụ được giao.

3) Thời gian: Ghi thời gian mà bản chức trách có hiệu lực: 6 tháng hay 1 năm

4) Mô tả công việc cụ thể theo các ý sau:

+ Công việc làm độc lập hay phối hợp; nếu làm phối hợp thì với ai.

+ Công việc nào chịu trách nhiệm chính.

+ Công việc dự kiến làm trong thời gian nào.

5) Các kiến nghị: bao gồm yêu cầu cung cấp vật tư, tài chính, trang thiết bị, thời gian, sự phối hợp, đào tạo v.v... Những kiến nghị này giúp cho cán bộ có điều kiện thực hiện nhiệm vụ tốt hơn.

1.2. Đào tạo hỗ trợ nhân viên

– Giúp đỡ nhân viên mới làm quen với công việc và tổ chức trạm y tế xã.



– Thông qua họp giao ban chuyên môn nghiệp vụ hoặc giám sát để nâng cao trình độ thực hiện công việc của nhân viên.

– Tổ chức đào tạo lại một số nội dung cơ bản, cần thiết về quản lý trạm y tế xã cho nhân viên.

1.3. Phối hợp hoạt động và phát triển các mối quan hệ tốt trong công việc

- Giữa các nhân viên y tế với nhân viên trạm với nhau.
- Giữa nhân viên của trạm y tế với nhân viên y tế thôn.
- Giữa nhân viên trạm y tế với tư nhân.
- Giữa nhân viên trong trạm y tế với cán bộ cộng đồng.
- Giữa nhân viên trong trạm y tế với cán bộ của trung tâm y tế huyện v.v...

1.4. Quản lý nhân viên y tế thôn, ấp, bản

Khuyến khích, động viên, bồi dưỡng và hướng dẫn nhân viên y tế thôn, bản thực hiện các nhiệm vụ về chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đặc biệt bồi dưỡng khả năng giao tiếp và vận động cộng đồng tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

Hàng tháng, trạm y tế tổ chức sinh hoạt chuyên môn, giao ban cùng nhân viên y tế thôn bản.

1.5. Quản lý cán bộ y tế tư nhân và người tình nguyện

Nắm chắc số lượng người làm y tế tư nhân. Thường xuyên kiểm tra, giám sát hoạt động chuyên môn của y tế tư nhân; phổ biến, trao đổi, tổ chức đào tạo về chuyên môn với y tế tư nhân. Vận động, lôi kéo y tế tư nhân tham gia các hoạt động khám chữa bệnh, giáo dục sức khỏe, phòng bệnh v.v... của trạm y tế.

1.6. Đảm bảo chế độ, quyền lợi của nhân viên: lương, chế độ nghỉ, chế độ bồi dưỡng trực, chế độ độc hại, v.v...

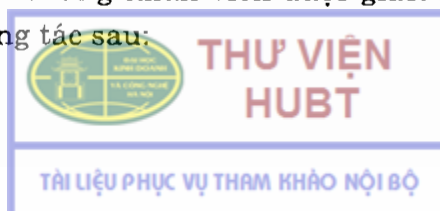
1.7. Bảo vệ sức khỏe của nhân viên

2. Quản lý thời gian thực hiện công việc

– *Quản lý theo lịch công tác*

Đây là cách quản lý thời gian rất tốt.

Lịch công tác được coi là kế hoạch về công việc theo thời gian của trạm y tế và của từng cán bộ y tế xã. Việc lập lịch công tác được dựa trên các nhiệm vụ và chức trách của trạm y tế và của từng nhân viên được giao. Hiện nay, tại trạm y tế xã thường có hai loại lịch công tác sau:



2.1. Lịch công tác cá nhân, cán bộ y tế xã

Lịch công tác cá nhân do từng cán bộ y tế xã tự xây dựng dựa trên nhiệm vụ công việc được giao. Thường có các lịch cá nhân sau:

– Lịch công tác năm

Ghi các hoạt động chính của năm. Khi xây dựng lịch này, mỗi cán bộ y tế cần chú ý đến tính đặc thù, tính cộng đồng như: mùa màng, lễ hội, thời gian nghỉ hè của học sinh, đặc điểm bệnh dịch theo mùa,... để biết nên triển khai việc nào vào thời gian nào cho phù hợp, đảm bảo tính hợp lý và hiệu quả của công việc. Lịch có thể được trình bày theo tháng, tuần hoặc ngày trong năm.

– Lịch công tác theo quý, tháng

Lịch có thể được trình bày theo từng quý hoặc tháng dựa trên một năm. Lịch quý ít sử dụng, lịch tháng chủ yếu ghi các công việc trong tháng và cần được sắp xếp theo thứ tự ưu tiên thực hiện.

– Lịch tuần

Là lịch hay được sử dụng nhất. Lịch tuần cần ghi nhiều chi tiết các công việc theo kế hoạch và các công việc đột xuất được thực hiện ở các ngày trong tuần. Ghi lịch tuần có thể theo từng buổi sáng, chiều, tối (hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng có thể thực hiện cả buổi tối) hoặc ghi theo giờ.

2.2. Lịch công tác của trạm y tế xã

Lịch công tác của trạm y tế xã là tổng hợp toàn bộ các công việc của trạm trong từng thời điểm. Cũng nên có lịch năm, quý, tháng và cả tuần để mọi cán bộ trong cũng như ngoài trạm biết được các hoạt động của trạm. Riêng lịch tuần nên kẻ trên một bảng to treo tại phòng giao ban.

3. Quản lý thời gian theo cách sử dụng thời gian hợp lý

Do đặc thù hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng (xã, thôn...) phải tiếp xúc với từng hộ gia đình nên cần phải sử dụng thời gian hết sức hợp lý.

– Đánh giá được công việc theo yêu cầu.

– Quan sát địa hình, độ dài quãng đường cần phải đi, chất lượng đường sá để từ đó quyết định phương tiện, cách đi lại và tổng thời gian đi lại.

– Lồng ghép, phối hợp các hoạt động để giảm thời gian đi lại không làm việc hoặc thời gian rỗi lãng phí do không có việc. Có thể giải quyết công việc theo kiểu cuốn chiếu để giảm thời gian đi lại.

– Có thể giải quyết công việc theo từng nhóm, cụm dân cư ở trên cùng một trục đường giao thông trong xã để tiết kiệm thời gian đi lại.

4. Quản lý nhân lực bằng điều hành và giám sát

Điều hành và giám sát cán bộ y tế xã 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.

Phân công nhiệm vụ chính là người được trạm y tế xã ủy quyền cho từng bộ phận hoặc cá nhân chịu trách nhiệm các công việc được giao. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện công việc, trưởng trạm y tế xã cần điều hành (theo dõi, đôn đốc) và giám sát (đào tạo, hỗ trợ, giúp đỡ) công việc một cách thường xuyên hoặc đột xuất để đảm bảo cho công việc thực hiện theo đúng kế hoạch và tiến bộ. Trong khi thực hiện giám sát có thể có các cán bộ y tế được trưởng trạm ủy quyền hoặc có sự giám sát của cấp trên.

5. Đánh giá thực hiện nhiệm vụ, công việc của cán bộ y tế

Việc đánh giá rất phức tạp vì phải bao gồm đánh giá về cả số lượng và chất lượng, dựa trên những chuẩn mực cho từng chức danh của cán bộ y tế xã. Một cách đơn giản, khi đánh giá thực hiện nhiệm vụ, công việc của cán bộ y tế xã nên dựa trên:

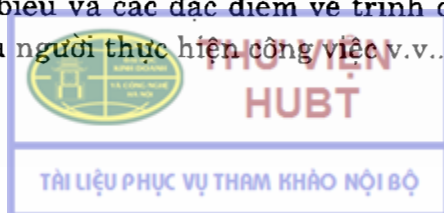
- Có bản chức trách cá nhân, lịch công tác cá nhân hay không?
- Có thực hiện được những công việc đã được ghi trong chức trách cá nhân và lịch công tác cá nhân, kể cả những công việc đột xuất hay không? Thời gian lãng phí như thế nào?
- Việc hoàn thành nhiệm vụ, công việc: số lượng và chất lượng công việc đã thực hiện (dựa vào chuẩn mực quốc gia về y tế xã, chỉ tiêu định mức cụ thể được giao).
- Đạo đức, tính kỷ luật, tinh thần trách nhiệm, pháp luật trong khi thực hiện nhiệm vụ công việc.

Phân tích công việc là những công việc thủ tục xác định quyền hạn, trách nhiệm, kỹ năng theo yêu cầu công việc là quyết định nên xét tuyển những người như thế nào thực hiện công việc tốt nhất.

Phân tích công việc cung cấp các thông tin về yêu cầu, đặc điểm của công việc, là tài liệu cơ sở cho việc xây dựng bản mô tả công việc và bản tiêu chuẩn công việc.

Bản mô tả công việc là văn bản liệt kê các quyền hạn, trách nhiệm khi thực hiện công việc, các mối quan hệ trong báo cáo tình hình thực hiện công việc, các điều kiện làm việc, trách nhiệm thanh tra, giám sát và các tiêu chuẩn cần đạt được trong thực hiện công việc.

Bản tiêu chuẩn công việc là văn bản tóm tắt những yêu cầu về phẩm chất cá nhân, những nét tiêu biểu và các đặc điểm về trình độ học vấn, năng lực, nguyện vọng, sở thích v.v... của người thực hiện công việc v.v...



Bản mô tả công việc và bản tiêu chuẩn công việc được sử dụng làm thông tin cơ sở cho việc tuyển lựa, chọn lọc và đào tạo nhân viên; đánh giá và thực hiện những công việc và trả công lao động.

Quản lý nhân lực là đảm bảo đủ nhân lực có chất lượng, không ngừng phát triển một cách toàn diện nhân lực hiện có và bổ sung nhân lực. Quản lý nhân lực còn là làm cho con người làm việc có chất lượng, hiệu quả, đạt được mục tiêu của tổ chức trạm y tế xã và các chương trình y tế được triển khai tại xã, góp phần đạt được mục tiêu đề ra, bảo vệ, củng cố, tăng cường sức khỏe của mỗi người và của cả cộng đồng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

STT	Câu hỏi	Đ	S
1	Lịch tuần là loại lịch công tác hay được sử dụng nhất trong phương pháp quản lý nhân lực theo thời gian?		
2.	Phương pháp quản lý nhân lực theo công việc đánh giá cán bộ chủ yếu là thông qua tiến độ hoàn thành công việc đã được giao?		
3	Quản lý nhân lực thông qua điều hành, giám sát nhằm giúp đỡ, hỗ trợ cán bộ thực hiện nhiệm vụ được giao?		
4	Tiêu chuẩn về tuổi đời để tuyển chọn cán bộ nam giới làm việc tại trạm y tế xã, phường, thị trấn là 45 tuổi?		
5	Tiêu chuẩn về tuổi đời để tuyển chọn cán bộ nữ giới làm việc tại trạm y tế xã, phường, thị trấn là 35 tuổi?		

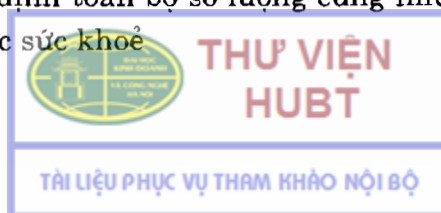
Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

6. Quản lý nhân lực bao gồm:

- A. Quản lý về số lượng con người có trong đơn vị
- B. Quản lý về số lượng, chất lượng công việc và quản lý quá trình đào tạo
- C. Quản lý về số lượng và hiệu quả thực hiện công việc của cán bộ
- D. Quản lý kế hoạch phát triển nhân lực và quy trình đào tạo.

7. Tầm quan trọng của quản lý nhân lực trong chăm sóc sức khỏe là:

- A. Nhân lực quyết định toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe



- B. Nhân lực quyết định toàn bộ chất lượng các dịch vụ y tế trong chăm sóc sức khỏe
- C. Nhân lực quyết định toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các hoạt động y tế
- D. Nhân lực quyết định toàn bộ số lượng cũng như chất lượng các kế hoạch hoạt động y tế.

8. Phân công nhiệm vụ cho cán bộ cần:

- A. Dựa trên nhiệm vụ của cơ quan tổ chức và khả năng cán bộ
- B. Dựa trên nhiệm vụ của cán bộ và tuổi đời của họ
- C. Dựa trên nhiệm vụ của cơ quan và nhu cầu của cán bộ
- D. Dựa trên nhiệm vụ của cơ quan và sự phát triển của đơn vị trong tương lai.

9. Quản lý nhân lực thông qua điều hành giám sát nhằm:

- A. Kiểm tra tiến độ thực hiện công việc được giao
- B. Kiểm tra năng lực của cán bộ khi thực hiện nhiệm vụ được giao
- C. Giúp đỡ, hỗ trợ cán bộ thực hiện nhiệm vụ được giao
- D. Kiểm tra, đánh giá cán bộ thực hiện nhiệm vụ được giao.

10. Thông tư liên bộ (Y tế – Tài chính – Lao động – Thương binh và xã hội) số 08/TT – LB ra ngày 20 tháng 4 năm 1995 hướng dẫn một số vấn đề về:

- A. Tổ chức và chế độ chính sách đối với các cán bộ y tế
- B. Tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế huyện
- C. Tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở
- D. Tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế tuyến tỉnh.

*** Xử lý tình huống**

Xã A là một xã đồng bằng Bắc Bộ có dân số 7.800 người chia làm ba cụm dân cư chính. Trạm y tế có bạn là bác sĩ đa khoa mới ra trường, một y sĩ đa khoa thâm niên công tác 20 năm, một y tá trung học, một nữ hộ sinh trung học và một cán bộ phụ trách công tác được.

Giả sử bạn được bổ nhiệm làm trạm trưởng, bạn sẽ phân công công việc cho các thành viên trong trạm như thế nào để thực hiện các công việc được giao?



Bài 10

TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái quát về sự ra đời và phát triển bệnh viện và quản lý bệnh viện.
2. Trình bày được định nghĩa, vai trò bệnh viện trong hệ thống Y tế Việt Nam.
3. Mô tả được nhiệm vụ chung và hệ thống tổ chức của bệnh viện.
4. Trình bày được một số nội dung quản lý bệnh viện.

I. KHÁI NIỆM, VAI TRÒ VÀ VỊ TRÍ BỆNH VIỆN TRONG HỆ THỐNG Y TẾ NƯỚC TA

1. Sự hình thành bệnh viện và vai trò quản lý bệnh viện

Ngay từ thời nguyên thủy, trong quá trình săn bắn, hái lượm, con người đã biết dùng lá cây để đắp vào vết thương. Nghề y ra đời rất sớm nhưng những người hành nghề y trước đây thường đến tận nhà người bệnh để chữa bệnh.

Tới thế kỷ thứ XIII, trong các vụ dịch, người ta thấy cần thiết phải tập trung những người bị bệnh vào một nơi (như nhà thờ) và mời các thầy thuốc tới chữa bệnh cho họ.

Từ thế kỷ XIX đầu thế kỷ XX, ở nhiều nước đã hình thành bệnh viện từ thiện với quy mô nhỏ để chăm sóc cho những người nghèo, tàn tật.

– Dần dần những tiến bộ về khoa học kỹ thuật trong y học khiến cho hoạt động của các bệnh viện thay đổi, các chuyên khoa sâu phát triển, đầu tiên là gây mê, ngoại khoa, sản khoa v.v..., rồi xét nghiệm y học. Dịch vụ khám, chữa bệnh phát triển, hình thành bảo hiểm y tế tư nhân và Nhà nước, hình thành bệnh viện chuyên khoa và bệnh viện đa khoa.

– Sau chiến tranh thế giới thứ hai, sự bùng nổ khoa học kỹ thuật y học, áp dụng y học hạt nhân, miễn dịch học trong chăm sóc, điều dưỡng dẫn đến sự cần thiết phải phát triển quản lý bệnh viện.



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ở các nước phát triển đã hình thành khoa quản lý bệnh viện trong trường Đại học y, quản lý bệnh viện theo hướng quản trị doanh nghiệp.

Ở Việt Nam, bệnh viện cũng được hình thành từ đầu thế kỷ XX. Bệnh viện nhiều tuổi nhất đã được hơn 100 năm như Bạch Mai, Việt Đức (Phủ Doãn). Bệnh viện ra đời, nhưng mãi về sau này người ta mới thấy việc quản lý bệnh viện thực sự là vấn đề khoa học. Sau chiến tranh thế giới lần thứ hai, áp dụng y học hạt nhân, miễn dịch học, chăm sóc điều dưỡng dẫn đến sự cần thiết phải phát triển khoa học quản lý bệnh viện.

– Vài thập niên gần đây, xu hướng chăm sóc sức khỏe phát triển theo hướng chăm sóc sức khỏe ban đầu – y tế gia đình. Bệnh viện theo cụm dân cư – hệ thống đa bệnh viện. Bệnh viện mở rộng hoạt động trong cộng đồng thông qua chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ đạo tuyến.

– Trong những năm gần đây, để đáp ứng nhu cầu phục vụ bệnh nhân, bệnh viện cần phải đầu tư lớn, hiện đại, cần phải quản lý tốt bệnh viện nhằm phát huy hiệu quả đầu tư và phục vụ.

Song song với sự phát triển của bệnh viện, phát triển của y học, quản lý bệnh viện cần phải phát triển để đảm bảo phục vụ công bằng, chất lượng và hiệu quả.

2. Định nghĩa bệnh viện

Bệnh viện là một cơ sở y tế trong khu vực dân cư, bao gồm giường bệnh, đội ngũ cán bộ có trình độ kỹ thuật và năng lực quản lý, có trang thiết bị, cơ sở hạ tầng để phục vụ người bệnh.

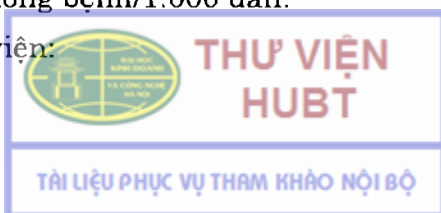
Theo quan điểm hiện đại:

- Bệnh viện là một hệ thống, một phức hợp và một tổ chức động.
- + Bệnh viện là một hệ thống lớn bao gồm: Ban giám đốc, các phòng nghiệp vụ, các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.
- + Bệnh viện là một phức hợp bao gồm rất nhiều yếu tố có liên quan chằng chịt từ khám bệnh, người bệnh vào viện, chẩn đoán, điều trị chăm sóc v.v...
- + Bệnh viện là một tổ chức động bao gồm đầu vào là người bệnh, cán bộ y tế, trang thiết bị, thuốc cần có để chẩn đoán điều trị. Đầu ra là người bệnh khỏi bệnh ra viện hoặc hồi phục sức khỏe hoặc người bệnh tử vong.

3. Vị trí, vai trò của bệnh viện trong hệ thống y tế nước ta

– Bệnh viện là “bộ mặt” của ngành Y tế. Kỹ thuật bệnh viện phản ánh sự phát triển y học của một quốc gia. Cả nước ta có 823 bệnh viện với gần 116.000 giường bệnh. Bình quân 1,5 giường bệnh/1.000 dân.

– Vai trò của bệnh viện:



+ Thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Nhà nước đảm bảo cho mọi người đều được chăm sóc sức khỏe cơ bản, có chất lượng phù hợp với khả năng kinh tế – xã hội của đất nước.

+ Giữ vai trò quan trọng trong hệ thống y tế quốc gia về lĩnh vực khám, chữa bệnh, làm giảm đi sự thiếu hụt lao động vì đau ốm, giúp phục hồi sức khỏe và chữa bệnh.

+ Bệnh viện là trung tâm chẩn đoán và điều trị với kỹ thuật cao cho những bệnh khó mà tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu không xử lý được nhờ trang thiết bị hiện đại.

+ Bệnh viện là nơi khám, chữa bệnh, là trung tâm nghiên cứu về các phương pháp chẩn đoán điều trị và phổ biến kỹ thuật y học thích hợp về điều trị cho cộng đồng.

+ Bệnh viện là trung tâm đào tạo cán bộ từ sơ cấp đến đại học, là cơ sở thực tập trong giảng dạy.

+ Bệnh viện là chỗ dựa về kỹ thuật, phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cộng đồng, là tuyến trên của y tế cộng đồng.

4. Các mô hình bệnh viện

Nhờ tính ưu việt của Chủ nghĩa xã hội mà mạng lưới khám chữa bệnh của Việt Nam đang rất rộng lớn khắp từ bệnh viện Trung ương, tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa, nhà hộ sinh. Các cơ sở y tế này có mối quan hệ mật thiết trong hoạt động nhằm hỗ trợ nhau trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Vấn đề đặt ra là hệ thống y tế truyền thống ở Việt Nam có còn thích hợp trong một xã hội mang nhiều yếu tố thị trường hiện nay không? Thật ra vấn đề này không phải chỉ được nêu lên ở Việt Nam. Nhiều nước, kể cả các nước phát triển và nước đang phát triển cũng đang đứng trước sự lựa chọn một hệ thống y tế thích hợp. Hoặc một hệ thống y tế dựa trên kinh phí Nhà nước lấy từ thuế để phân bổ như Anh, Thụy Điển, Canada,... hoặc một hệ thống y tế hoàn toàn tư nhân ở Mỹ. Những hệ thống y tế trên đều bộc lộ những nhược điểm và cần cải tổ. Nhiều nước châu Á, trong đó có Việt Nam chấp nhận một hệ thống y tế Nhà nước, vừa tư nhân vừa bảo hiểm vừa thu phí lại vừa có miễn phí cho người nghèo. Quản lý một bệnh viện như thế thật là một vấn đề phức tạp.

Hệ thống khám, chữa bệnh của Việt Nam chủ yếu là của Nhà nước, y tế tư nhân mới hình thành ở các dịch vụ khám chữa bệnh kiểu phòng mạch tư, phòng khám đa khoa, nhà hộ sinh, và bệnh viện tư đang có xu hướng phát triển.

Nghị quyết Trung ương lần thứ IV nêu rõ cần đa dạng hoá việc cung ứng chăm sóc y tế, khuyến nghị của nhiều tổ chức quốc tế về việc xây dựng hệ thống y vừa Nhà nước vừa tư nhân.



Nghị quyết 90 của Chính phủ về xã hội hoá công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân đã khuyến khích đa dạng các loại hình dịch vụ để chăm sóc cho nhân dân:

– Bệnh viện Nhà nước: Bệnh viện Trung ương, tỉnh, huyện với các loại hình bệnh viện đa khoa, chuyên khoa.

- Bệnh viện tư nhân.
- Bệnh viện bán công.
- Bệnh viện dân lập.
- Bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài.
- Bệnh viện liên doanh với nước ngoài.
- Bệnh viện ban ngày.

II. HỆ THỐNG TỔ CHỨC CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

1. Các bộ phận của bệnh viện

Theo loại bệnh viện (đa khoa hay chuyên khoa), hạng bệnh viện (I, II, III) mà có tổ chức khoa, phòng phù hợp với quy chế bệnh viện như sau.

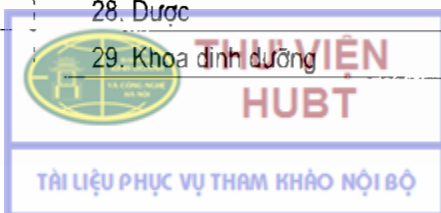
BỆNH VIỆN LOẠI I	BỆNH VIỆN LOẠI II	BỆNH VIỆN LOẠI III
Các phòng chức năng		
1. Kế hoạch tổng hợp	1. Kế hoạch tổng hợp	1. KHTH & VT-TB
2. Phòng điều dưỡng	2. Phòng điều dưỡng	2. Phòng điều dưỡng
3. Phòng chỉ đạo tuyến		
4. Vật tư thiết bị y tế	3. Vật tư thiết bị y tế	
5. HCQT	4. HCQT	3. HCQT & TCCB
6. Phòng TCCB	5. Phòng TCCB	
7. TCKT	6. TCKT	4. TCKT
Các khoa		
1. Khám bệnh	1. Khám bệnh	1. Khám bệnh
2. HSCC	2. HSCC	2. HSCC
3. Nội tổng hợp	3. Nội tổng hợp	3. Nội tổng hợp
4. Nội tim mạch	4. Nội tim mạch – lão khoa	
5. Nội tiêu hoá		
6. Nội cơ xương khớp		
7. Nội thận tiết niệu		
8. Nội tiết		
9. Dị ứng		

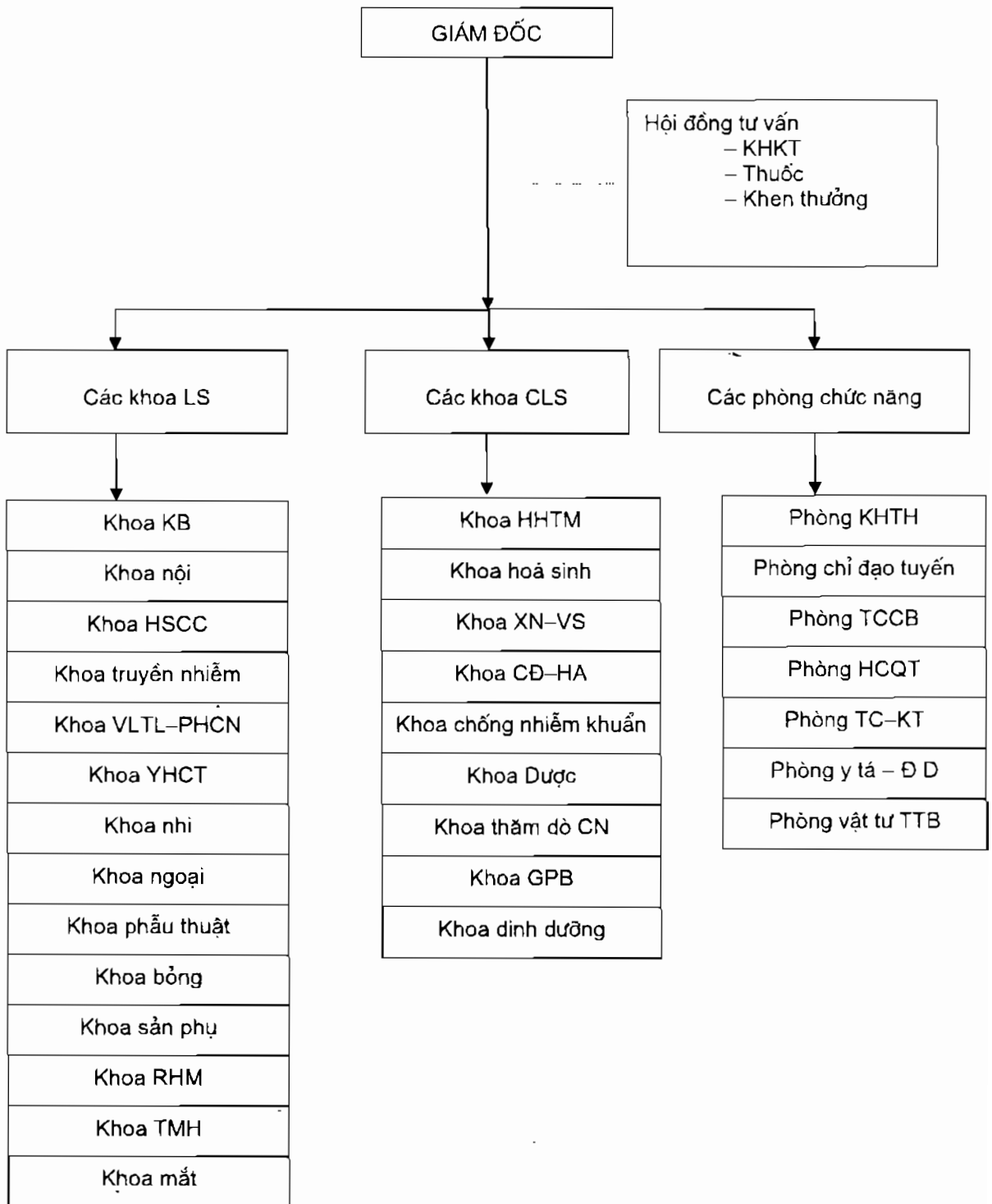


**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

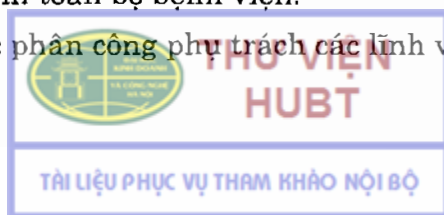
10. Y học lâm sàng		
11. Truyền nhiễm	5. Truyền nhiễm	4. Truyền nhiễm
12. Lao	6. Lao	
13. Da liễu	7. Da liễu	
14. Thần kinh	8. Thần kinh	
15. Tâm thần	9. Tâm thần	
16. YHCT	10. YHCT	
17. Lão khoa		
18. Nhi	11. Nhi	5. Nhi
19. Ngoại tổng hợp	12. Ngoại tổng hợp	6. Ngoại tổng hợp
20. Ngoại thần kinh		
21. Ngoại lồng ngực		
22. Ngoại tiêu hoá		
23. Ngoại thận tiết niệu		
24. Chấn thương c hình		
25. Bông		
26. PT – GMHS	13. PT – GMHS	
27. Phụ sản	14. Phụ sản	7. Phụ sản
28. TMH	15. TMH	8. TMH
29. RHM	16. RHM	
30. Mắt	17. Mắt	
31. VLTL – PHCN	18. VLTL – PHCN	
32. YHHN		
33. Ung bướu	19. Ung bướu	
34. Truyền máu		
35. Thận nhân tạo		
36. Huyết học	20. Huyết học	9. Huyết học
37. Hoá sinh	21. Hoá sinh	
38. Vi sinh	22. Vi sinh	
39. CDHA	23. CDHA	10. CDHA
40. Thăm dò chức năng	24. Thăm dò chức năng	
41. Nội soi	25. Nội soi	
42. GPB	26. GPB	11. GPB
43. Chống nhiễm khuẩn	27. Chống nhiễm khuẩn	12. Chống nhiễm khuẩn
44. Dược	28. Dược	13. Dược
45. Khoa dinh dưỡng	29. Khoa dinh dưỡng	14. Khoa dinh dưỡng





Mô hình tổ chức thống nhất là:

- Ban Giám đốc gồm có:
- + Giám đốc điều hành toàn bộ bệnh viện.
- + Các Phó Giám đốc phân công phụ trách các lĩnh vực.



- Các khoa lâm sàng.
- Các khoa cận lâm sàng.
- Các phòng chức năng.
- Giám đốc thành lập các hội đồng tư vấn về khoa học kỹ thuật, thuốc điều trị, khen thưởng.

Nhiều nước trên thế giới áp dụng kiểu tổ chức bộ phận trong bệnh viện. Mô hình tổ chức bệnh viện đã được thiết kế thành một hệ thống 4 bộ phận hoạt động là:

- Bộ phận chẩn đoán và điều trị.
- Bộ phận hỗ trợ chẩn đoán và điều trị.
- Bộ phận điều dưỡng (y tá).
- Bộ phận hành chính.

2. Biên chế của bệnh viện

Yêu cầu phục vụ của người dân tăng lên theo nhịp độ của nền kinh tế – xã hội đòi hỏi phải xã hội hoá và đa dạng hoá ngành Y tế trong khâu khám chữa bệnh, cho nên hiện tại và những năm sắp tới chúng ta sẽ có nhiều loại hình bệnh viện.

Vì vậy người quản lý bệnh viện căn cứ vào các yếu tố sau để tìm ra nguồn nhân lực.

2.1. Loại hình bệnh viện: Một số loại hình như sau

2.1.1. Bệnh viện do Nhà nước quản lý cũng được chia ra làm nhiều cấp

- Viện và các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế.

Viện và các bệnh viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, được Bộ Y tế chỉ đạo chặt chẽ.

Hàng năm Bộ Y tế duyệt chỉ tiêu giường bệnh, kinh phí cho mọi hoạt động của bệnh viện, đặc biệt duyệt chỉ tiêu nhân sự.

- Bệnh viện không trực thuộc Bộ Y tế.

Đa số trực thuộc Sở Y tế, Sở Y tế dưới sự chỉ đạo của UBND tỉnh, có kế hoạch tuyển dụng công nhân viên chức bệnh viện theo tỷ lệ quy định của Ủy ban kế hoạch Nhà nước, Bộ Y tế, Bộ Lao động và Bộ Tài chính... (Về chuyên môn Bộ Y tế chỉ đạo). Như vậy, nhân sự ở các bệnh viện không trực thuộc Bộ Y tế là do UBND tỉnh mà trực tiếp là Sở Y tế ở các tỉnh quyết định là chủ yếu.

2.1.2 Bệnh viện liên doanh và bệnh viện tư (Private or Cooperation Hospital)

Nhân sự ở các bệnh viện liên doanh phụ thuộc vào Hội đồng Quản trị. Hội đồng Quản trị căn cứ vào hệ thống nhất của các cổ đông để đưa ra các tiêu chuẩn tuyển dụng nhân sự.



Còn ở các bệnh viện tư, nhân sự chủ yếu do người chủ bệnh viện quyết định. Dưới sự ủy quyền của ông chủ, người quản lý bệnh viện (Administrator) sẽ tuyển dụng cán bộ theo tiêu chuẩn của họ đề ra.

2.1.3. Bệnh viện từ thiện

Nguồn nhân lực ở đây chủ yếu là do các tổ chức tài trợ quyết định về số lượng và chất lượng.

Như vậy, người quản lý bệnh viện cần phải xem xét kỹ lưỡng về sự hình thành viện và bệnh viện, do tổ chức nào, cá nhân nào được đứng ra với tư cách pháp nhân để tìm nguồn nhân lực cho phù hợp với tiêu chuẩn và yêu cầu với các loại hình bệnh viện đã nêu ở trên.

2.2. Căn cứ vào số giường bệnh

Tùy theo cụm dân cư, tình hình địa lý, nguồn vốn, trang thiết bị bệnh viện, khả năng quản lý của người lãnh đạo bệnh viện, những yêu cầu đòi hỏi của người bệnh thành lập các loại bệnh viện với số giường được Bộ Y Tế cho phép hiện nay.

Từ 301 – 1.000 giường bệnh

101 – 300 giường bệnh

30 – 100 giường bệnh

< 30 giường bệnh

Căn cứ vào số giường bệnh có thể dự đoán được chỉ số tuyệt đối về nhân lực cần thiết (theo định mức biên chế của Nhà nước cho 1 giường bệnh tùy theo hạng bệnh viện) để vận hành bệnh viện bao gồm cả khâu phục vụ bệnh nhân. Tất nhiên chưa thể nói rõ số bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên... bao nhiêu là hợp lý cho từng khoa, phòng mà cần phải phân tích kỹ hơn trong những phần sau mới có thể tính toán và sắp xếp đúng về số lượng và chất lượng cán bộ, nhân viên vào các vị trí công tác.

2.3. Căn cứ vào cấu trúc và trang thiết bị

Hiện nay hầu hết các bệnh viện ở Việt Nam đã xây dựng từ lâu, có bệnh viện đã hết thời gian sử dụng mà vẫn chưa được nâng cấp và sửa chữa triệt để. Được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, Bộ Y tế có kế hoạch xây dựng hai trung tâm kỹ thuật y tế được xây dựng theo mô hình mới kể cả về cấu trúc và trang thiết bị gần với mô hình ở các nước tiên tiến như:

– Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em nay là Viện Nhi Quốc gia.

– Bệnh viện đa khoa Ưông Bí.

– Bệnh viện đa khoa Đồng Hới.

– Bệnh viện Chợ Rẫy.

–



Ở các bệnh viện này, ngoài việc bố trí sắp xếp các khoa phòng thuận tiện cho người bệnh, trang bị những trang thiết bị đồng bộ, hiện đại v.v... giúp nhiều cho khâu chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

Vận hành ở các bệnh viện này đòi hỏi người quản lý phải tính toán kỹ về nhân lực, đặc biệt ở khu vực hậu cần. Các kỹ sư, công nhân kỹ thuật phải có trình độ chuyên môn giỏi, kể cả ngoại ngữ để vận hành, bảo dưỡng, lắp đặt nhiều thiết bị hiện đại.

Đảm bảo được đầy đủ mọi nhu cầu cho người bệnh cần có nhân lực để làm mọi công việc như cần kỹ sư chuyên ngành sâu để vận hành các máy móc thiết bị hiện đại như CT – Scanner, cộng hưởng từ, siêu âm, nội soi... Rõ ràng, căn cứ vào cấu trúc bệnh viện và trang thiết bị đòi hỏi người quản lý phải nghĩ ngay tới khâu tuyển dụng các cán bộ, nhân viên không những đủ về số lượng còn đảm bảo cả chất lượng, kỹ năng mới đáp ứng tối ưu được yêu cầu của người bệnh.

2.4. Căn cứ vào vốn

Vốn là yêu cầu hết sức quan trọng cho bệnh viện hoạt động. Bệnh viện hoạt động tốt hay xấu phần lớn phụ thuộc vào quá trình cấp kinh phí đủ hay thiếu. Tất nhiên người quản lý phải tính toán để đồng vốn đưa lại hiệu quả phục vụ cao.

Bệnh viện càng hiện đại, trang thiết bị càng tinh xảo, yêu cầu phục vụ bệnh nhân càng cao, càng cần có người quản lý giỏi, người thầy thuốc có tay nghề cao... rõ ràng phải chi trả lương cho họ cũng phải cao. Do đó đòi hỏi người quản lý bệnh viện phải tính toán thật chi tiết, cụ thể biên chế, các loại lao động, giờ giấc làm việc, bộ máy theo dõi đôn đốc và kiểm tra... Đây thực sự là bài toán phức tạp, được tính toán và lên kế hoạch cụ thể, chi tiết hàng giờ, hàng ngày và thực tế người quản lý phải có kiến thức quản lý kinh tế để áp dụng vào việc quản lý bệnh viện.

3. Tiêu chuẩn phân hạng bệnh viện

Thông tư 13/BYT-TT ngày 27/11/1993 của Bộ Y tế hướng dẫn phân loại bệnh viện căn cứ vào:

- Vị trí, chức năng, nhiệm vụ (28 điểm).
- Chất lượng chẩn đoán điều trị và chăm sóc (30 điểm).
- Quy mô và công suất sử dụng giường bệnh (25 điểm).
- Trình độ chuyên môn của công chức, viên chức (17 điểm).
- Thông tư thể chế các tiêu chuẩn trên bằng bảng điểm gồm 100 điểm.

Bệnh viện được phân thành 3 hạng:

– Bệnh viện hạng I (91 – 100 điểm): Là bệnh viện đa khoa, chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế, một số bệnh viện tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, đội ngũ



cán bộ có trình độ kỹ thuật cao, năng lực quản lý tốt, được trang bị hiện đại, có các chuyên khoa sâu và hạ tầng cơ sở phù hợp.

– Bệnh viện hạng II (75 – 90 điểm): Là bệnh viện đa khoa, chuyên khoa Tỉnh. thành phố trực thuộc Trung ương, một số bệnh viện ngành có đội ngũ cán bộ chuyên khoa cơ bản, có trang thiết bị thích hợp đủ khả năng hỗ trợ cho bệnh viện hạng III.

– Bệnh viện hạng III (55 – 74 điểm): Là một bộ phận cấu thành của Trung tâm y tế huyện, thị, một số bệnh viện ngành làm nhiệm vụ cấp cứu chữa bệnh thông thường, gắn với y tế xã phường, công nông lâm trường, xí nghiệp, trường học để làm nhiệm vụ CSSKBĐ.

TÓM TẮT PHÂN LOẠI BỆNH VIỆN

Chỉ số		Hạng I	Hạng II	Hạng III	Hạng IV
Vị trí, chức năng, nhiệm vụ (28 đ)	Chỉ đạo kỹ thuật CSSKBĐ	Toàn quốc, khu vực	Tỉnh	Huyện, Vùng	Huyện
	– Đào tạo	Sau, trên Đại học	Trung học	Sơ học	Tham gia
	– NCKH	Cấp NN, bộ	Cấp tỉnh (cơ sở)	Cơ sở	Cơ sở
Chất lượng chẩn đoán, chăm sóc (30 đ)	– P pháp đầy đủ chẩn đoán	Có trang thiết bị cao	Trang thiết bị phù hợp	CLS chưa đầy đủ	CLS chưa đầy đủ
	– Thanh tiết khuẩn	Toàn viện	Một số khoa	Một số khoa	Một số khoa
	– Chăm sóc toàn diện	Tất cả các khoa	Tất cả các khoa	Một số khoa	Một số khoa
Quy mô, công suất sử dụng giường bệnh (25 đ)	– Bệnh viện	> 400 g	300 – 400	100 – 200	<100
	– Viện NC	> 150 g	100 – 150	<100	<100
	– Công suất	>80%	>= 70%	>= 60%	>= 50%
Trình độ CBCC (17 đ)	Các trường, phó khoa	30 – 50% > ĐH 50 – 70% ĐH	10 – 30% > ĐH 70 – 90% ĐH	80% ĐH	<80% ĐH
	YTTBV, YTT khoa trên trung học	85 – 100%	70 – 84%	50 – 59%	50 – 59%



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

III. NHIỆM VỤ CỦA BỆNH VIỆN

Quy chế bệnh viện đã quy định bệnh viện có 7 nhiệm vụ:

1. Cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh

– Tiếp nhận tất cả các người bệnh tự đến hoặc từ bệnh viện khác chuyển đến để cấp cứu, khám bệnh, điều trị nội trú, ngoại trú theo chế độ chính sách Nhà nước quy định.

– Khám sức khoẻ và chứng nhận sức khoẻ.

2. Đào tạo cán bộ

Bệnh viện là cơ sở thực hành để đào tạo cán bộ y tế, tùy theo quy mô của bệnh viện, mức độ đào tạo từ sơ cấp đến đại học, sau đại học v.v...

3. Nghiên cứu khoa học

Bệnh viện là nơi thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học, ứng dụng cải tiến và tiến bộ khoa học vào cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh và CSSK.

4. Chỉ đạo tuyến

Tuyến trên có trách nhiệm chỉ đạo kỹ thuật cho tuyến dưới.

5. Phòng bệnh

Song song với khám chữa bệnh, phòng bệnh là nhiệm vụ quan trọng của bệnh viện.

6. Hợp tác ngoài ngành, hợp tác quốc tế

Bệnh viện mở rộng hợp tác trong và ngoài nước theo đúng quy định của Nhà nước nhằm phát triển khoa học kỹ thuật, trình độ chuyên môn.

7. Quản lý kinh tế trong bệnh viện

Thực hiện nghiêm túc các quy định Nhà nước về thu chi ngân sách của bệnh viện, từng bước tổ chức thực hiện hạch toán chi phí về khám chữa bệnh trong bệnh viện.

IV. NỘI DUNG QUẢN LÝ CHÍNH CỦA BỆNH VIỆN

1. Kế hoạch và lập kế hoạch

1.1. Thế nào là kế hoạch: là sự sắp xếp, bố trí các hoạt động nhằm làm một việc gì đó được tính toán và cân nhắc trước.

1.2. Thế nào là lập kế hoạch: lập kế hoạch là quá trình quyết định xem phải làm thế nào để tương lai tốt đẹp hơn hiện tại, phải có những thay đổi gì cần thiết để tạo ra được sự cải thiện và nên thực hiện những thay đổi ấy bằng cách nào? Lập kế hoạch là đáp ứng với tương lai.

Quá trình lập kế hoạch:

- Thu thập và chọn lọc thông tin hiện trạng.
- Xác định các vấn đề thông tin cần giải quyết, các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến các vấn đề.
- Lựa chọn ưu tiên: tùy theo nhu cầu bức thiết để lựa chọn ưu tiên.
- Nêu rõ ràng, chính xác các mục tiêu thiết thực có thể thực hiện được.
- Nêu ra các giải pháp và kế hoạch hành động trên cơ sở các nguồn lực về nhân lực, tài chính, vật chất và phân công trách nhiệm thực hiện.
- Xây dựng kế hoạch giám sát, đánh giá thực hiện kế hoạch.

Lập kế hoạch được thực hiện căn cứ vào chỉ tiêu trên giao và lập kế hoạch theo định hướng vấn đề (kế hoạch theo nhu cầu).

1.3. Tổ chức thực hiện kế hoạch

Thực hiện kế hoạch là một quá trình thực hiện các hoạt động theo kế hoạch thông qua một tổ chức để đạt được mục tiêu, thực hiện kế hoạch là đáp ứng với hiện tại. Vai trò của quản lý ở đây là lựa chọn thời gian bắt đầu thực hiện kế hoạch, tổ chức vận hành các hoạt động trong kế hoạch và giám sát việc vận hành ra sao? Cần điều chỉnh, bổ sung, thúc đẩy tiến bộ như thế nào?

1.4. Kiểm tra, giám sát việc thực hiện kế hoạch

Giám sát tiến độ, chất lượng, khó khăn trong thực hiện. Quản lý là phải thường xuyên kiểm tra để đôn đốc, điều chỉnh, tăng cường giúp đỡ người thực hiện kế hoạch được thuận lợi.

Giám sát là việc theo dõi hàng ngày, thường xuyên, liên tục.

1.5. Đánh giá

Cơ sở để đánh giá: -

- Mục tiêu của kế hoạch.
- Các hoạt động cụ thể của kế hoạch để đánh giá xem kế hoạch đề ra đã thực hiện được đến đâu.
- Căn cứ vào các chỉ tiêu đánh giá.

Thời gian đánh giá:

- Căn cứ vào các chỉ tiêu đánh giá.
- Ban đầu.



- Hàng tháng, quý, thời gian định kỳ.
- Giữa kỳ kế hoạch.
- Khi kết thúc kế hoạch.

Từ việc đánh giá thực hiện kế hoạch và mục tiêu kế hoạch để xem hiệu quả đạt được, rút ra bài học kinh nghiệm cho việc lập kế hoạch tiếp theo.

1.6. Chu trình quản lý

- Bất cứ một nội dung nào trong công tác, quản lý bệnh viện đều cần phải thực hiện
- Lập kế hoạch.
 - Tổ chức thực hiện.
 - Kiểm tra, thanh tra.
 - Đánh giá, rút kinh nghiệm.

2. Quản lý nhân lực

Quản lý con người là công tác khó khăn và phức tạp bậc nhất vì con người có tư duy, tình cảm, có nhận thức, có mối quan hệ xã hội và diễn biến nội tâm phức tạp. Stephen R. Covey, nhà quản lý nổi tiếng của Mỹ đã nói: Có thể mua được đôi bàn tay và cái lưng của người làm công nhưng không mua được bộ óc và trái tim của họ, nơi đó chứa đựng tình yêu thương, mọi cảm xúc và lý trí.

Những vấn đề quan trọng trong quản lý nhân lực là:

- 2.1.** Giáo dục lý tưởng, y đức cho cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.
- 2.2.** Biên chế cán bộ, đào tạo, tuyển dụng, sắp xếp và bố trí nhân lực và giao nhiệm vụ.
- 2.3.** Theo dõi, kiểm tra, đánh giá kết quả, trả công và khuyến khích người lao động.

3. Quản lý tài chính

Là điều hành các nguồn tài chính, vật tư, trang thiết bị của bệnh viện, là cân đối các nguồn thu và các khoản chi sao cho đúng mục đích, hiệu quả và tiết kiệm.

3.1. Nội dung quản lý tài chính

- Quản lý các nguồn thu: Từ ngân sách Nhà nước cấp, nguồn thu từ viện phí, nguồn thu từ bảo hiểm y tế, nguồn thu từ viện trợ Quốc tế, thu từ quà biếu tặng, dịch vụ và thu khác v.v...
- Quản lý chi: Chi các khoản theo mục lục ngân sách, nguyên tắc và chế độ chi theo quy định của Nhà nước.

3.2. Nhiệm vụ của quản lý tài chính

- Lập dự toán ngân sách, xây dựng kế hoạch tài chính cho hoạt động của bệnh viện.



– Tổ chức thực hiện kế hoạch tài chính: sổ sách, chứng từ kế toán, xây dựng định mức, kiểm tra và duyệt chi v.v..., kiểm kê tài sản, báo cáo quyết toán tài chính.

4. Quản lý cơ sở vật chất – trang thiết bị

- Quản lý sử dụng, bảo trì, đầu tư xây dựng, cải tạo cơ sở hạ tầng.
- Có kế hoạch đầu tư trang thiết bị phù hợp với nhu cầu sử dụng và chiến lược phát triển bệnh viện.
- Quản lý số lượng, chất lượng và giá trị trang thiết bị y tế.
- Đưa vào sử dụng có hiệu quả các trang thiết bị.
- Có kế hoạch bảo dưỡng theo yêu cầu chế độ bảo dưỡng.

5. Quản lý chuyên môn

5.1. Quản lý công tác chuyên môn bệnh viện: là sử dụng mọi nguồn lực của bệnh viện để thực hiện tốt hoạt động khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn điều trị và chăm sóc người bệnh với chất lượng cao, đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh.

5.2. Nội dung quản lý công tác chuyên môn

- Xây dựng kế hoạch phát triển chuyên môn bệnh viện.
- Xác định được mũi nhọn về kỹ thuật của bệnh viện.
- Quản lý các hoạt động chuyên môn của bệnh viện: Tổ chức tốt công tác khám bệnh, công tác điều trị và chăm sóc người bệnh nhằm nâng cao và chăm sóc người bệnh, nâng cao chất lượng công tác khám chữa bệnh.

6. Quản lý đào tạo, nghiên cứu khoa học

6.1. Quản lý đào tạo

- Đào tạo là quá trình liên tục nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ nhằm đáp ứng nhu cầu công việc.
- Quy trình quản lý đào tạo.
- + Xác định nhu cầu đào tạo.
- + Xác định chương trình và nội dung.
- + Xây dựng kế hoạch đào tạo.
- + Theo dõi, giám sát, hỗ trợ.
- + Đánh giá.

6.2. Quản lý nghiên cứu khoa học: Nội dung bao gồm các vấn đề sau:

- Xác định vấn đề nghiên cứu.



- Xây dựng đề cương nghiên cứu.
- Quản lý đề tài khoa học công nghệ: Đăng ký và xét duyệt, cấp kinh phí và giám sát hỗ trợ thực hiện đề tài. Nghiệm thu và đánh giá, công bố và đăng ký kết quả nghiên cứu.

7. Quản lý công tác Dược

7.1. Nhiệm vụ của dược bệnh viện

- Đảm bảo cung ứng thường xuyên và đủ thuốc có chất lượng cho người bệnh.
- Đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và có hiệu quả, trên cơ sở tuân thủ các quy chế dược.

7.2. Các bước quản lý dược tại bệnh viện

- Quản lý dự trữ thuốc.
- Quản lý mua thuốc.
- Quản lý vận chuyển thuốc, nhận thuốc, lưu giữ, bảo quản.
- Quản lý sử dụng: kê đơn, tránh lạm dụng thuốc theo y bệnh.
- Quản lý pha chế.
- Quản lý giáo dục, đào tạo, thông tin thuốc bệnh viện.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

STT	Câu hỏi	Đ	S
1	Khi con người biết chữa bệnh, nghề y ra đời thì bệnh viện cũng được hình thành?		
2	Ngay sau khi cách mạng thành công, các bệnh viện ở Việt Nam đã được thành lập?		
3	Ngay từ khi bệnh viện ra đời, khoa học quản lý bệnh viện đã được quan tâm chú ý?		
4	Bệnh viện muốn đạt kết quả cao trong mọi hoạt động cần phải biết quản lý kinh tế, đó là một nhiệm vụ của bệnh viện?		
5	Bệnh viện là cơ quan hành chính sự nghiệp, không phải là đơn vị sản xuất vật chất. Vì thế, quản lý tài chính chỉ cần lưu ý thu đủ và chi đủ?		



Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

6. Khám chữa bệnh giữ gìn sức khoẻ cho nhân dân là nhiệm vụ vẻ vang nhưng cũng là lý do.
- A. Được đầu tư kinh phí cho bệnh viện
 - B. Để bệnh viện phát triển
 - C. Thể hiện vai trò của bệnh viện
 - D. Sinh tồn của bệnh viện.
7. Đào tạo cán bộ y tế không chỉ ở trong trường học mà phải được đào tạo cả trong...
- A. Cộng đồng
 - B. Thực tế
 - C. Bệnh viện
 - D. Cơ sở.
8. Bệnh viện có nhiệm vụ nghiên cứu khoa học để tổng kết những vấn đề từ thực tiễn giúp cho công tác khám chữa bệnh ngày càng có hiệu quả hơn, góp phần vào sự tiến bộ khoa học y học, phục vụ...
- A. Sức khoẻ con người
 - B. Sự phát triển y tế
 - C. Sự phát triển khoa học kỹ thuật
 - D. Sự đào tạo cán bộ y tế.
9. Bệnh viện tuyến trên có nhiệm vụ chuyển giao kỹ thuật, đào tạo cán bộ, nâng cao chất lượng công tác cho...
- A. Cán bộ y tế
 - B. Tuyến dưới
 - C. Công tác xã hội hoá y tế
 - D. Sự phát triển y tế.
10. Nhiệm vụ hợp tác quốc tế của bệnh viện là hợp tác trong khám chữa bệnh, chăm sóc sức khoẻ nhân dân, phòng chống dịch và trong...
- A. Đầu tư kinh phí
 - B. Nghiên cứu khoa học
 - C. Bảo vệ sức khoẻ
 - D. Phát triển kinh tế y tế.

Bài tập tình huống

11. *Tình huống 1:* Sau khi trang bị thêm máy siêu âm ba chiều, cán bộ công chức khoa thăm dò chức năng đề nghị tăng phần ăn chia phúc lợi cho khoa. Là cán bộ quản lý bạn sẽ xử lý thế nào?
12. *Tình huống 2:* Trong đêm trực, bác sĩ trực khoa Hồi sức cấp cứu phản ánh có bệnh nhân nghi bị nhiễm H5N1. Là cán bộ quản lý bạn sẽ xử lý thế nào?



Bài 11

QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG Y TẾ CƠ SỞ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nội dung về tổ chức của Trạm y tế cơ sở.
2. Nêu các phương thức hoạt động của Trạm y tế cơ sở.
3. Trình bày nội dung phương thức quản lý theo chức năng của Trạm y tế cơ sở.

I. MÔ HÌNH TỔ CHỨC TRẠM Y TẾ CƠ SỞ

1. Tuyển y tế cơ sở

Bao gồm y tế xã, phường, thị trấn, các y tế cơ quan công, nông lâm trường, xí nghiệp, trạm, trại, công ty, trường học v.v..., gọi chung là y tế cơ sở. Trong đó y tế xã, phường, thị trấn có vị trí quan trọng nhất, là tế bào cơ bản của Hệ thống y tế quốc gia.

2. Tổ chức y tế xã, phường, thị trấn

Là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân trong hệ thống y tế Nhà nước, chịu sự quản lý, chỉ đạo, giám sát về các hoạt động chuyên môn kỹ thuật của giám đốc trung tâm y tế huyện, quận, thị xã đồng thời chịu sự chỉ đạo, quản lý của UBND xã, phường, thị trấn.

3. Chức năng nhiệm vụ

Quản lý và thực hiện các nội dung công tác y tế chủ yếu là thực hiện CSSKBĐ.

4. Biên chế

– Khu vực đồng bằng, trung du, thành phố tùy thuộc số dân sinh sống trên địa bàn có thể bố trí từ 3 – 6 cán bộ cho 1 trạm y tế cơ sở.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

– Khu vực miền núi, Tây Nguyên: bố trí từ 4 – 6 cán bộ cho một trạm y tế cơ sở. Ngoài số quy định trên, nếu có nhu cầu có thể sử dụng cán bộ y tế làm việc theo chế độ hợp đồng do xã, phường trả lương.

Thôn, bản thuộc trạm y tế có thể có y tế thôn, bản do xã trả lương.

5. Chế độ chính sách

– Cán bộ thuộc biên chế của TTYT huyện, quận thực hiện theo chế độ viên chức Nhà nước.

– Số không thuộc biên chế nhưng hưởng các quyền lợi như giáo viên dạy học và công tác ở xã được hưởng chế độ ngạch lương y có cùng trình độ quy định (tại Nghị định 25 CP 25/5/1993 của Chính phủ).

– Cán bộ y tế cơ sở thực hiện đầy đủ nghĩa vụ bảo hiểm thì được hưởng mọi quyền lợi và chế độ bảo hiểm xã hội theo quy định hiện hành.

– Cán bộ y tế xã, phường đang hưởng sinh hoạt phí trước đây nhưng không đủ tiêu chuẩn để hưởng chế độ bảo hiểm xã hội thì được hưởng chế độ nghỉ việc theo quy định tại Nghị định 46 CP 23/6/1993 của Chính phủ.

– Nguồn kinh phí trả lương do ngân sách địa phương trả, nếu thiếu ngân sách Trung ương hỗ trợ.

6. Cơ sở vật chất

Tùy theo yêu cầu và khả năng cần xây dựng đủ các nhà làm việc để làm các dịch vụ y tế.

7. Trang thiết bị: phải có tối thiểu một bộ trang thiết bị UNICEF chuẩn.

II. PHƯƠNG THỨC QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG CỦA TRẠM Y TẾ CƠ SỞ

1. Phương thức quản lý theo chức năng

Mô tả nhiệm vụ chủ yếu của trạm y tế cơ sở là thực hiện các nội dung CSSKBD của Việt Nam.

1.1. *Kiến toàn mạng lưới y tế*

** Y tế thôn, bản, đường phố*

– Tổ chức cho y tế thôn, ấp (bản), đường phố hoạt động có nề nếp, có nội dung cụ thể cho từng cá nhân.

– Tổ chức tập huấn y tế thôn, bản, đường phố có đủ trình độ theo yêu cầu.



*** Y tế xã, phường, thị trấn**

- Thường xuyên tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ. Thực hiện chuyên sâu một việc nhưng biết nhiều việc.
- Phân công hợp lý các nội dung công tác trên địa bàn phụ trách.
- Xây dựng kế hoạch hoạt động, biết chẩn đoán cộng đồng, thu thập số liệu thông tin, phát hiện vấn đề sức khỏe và lựa chọn vấn đề ưu tiên để lập kế hoạch.
- Lồng ghép các hoạt động y tế, định kỳ đánh giá các hoạt động của mình và báo cáo với TTYT và UBND cùng cấp.
- Chăm lo xây dựng và bảo vệ cơ sở vật chất của trạm, chăm lo đời sống cán bộ nhân viên của trạm về vật chất, tinh thần, quyền lợi chính sách.
- Lôi cuốn lực lượng y tế tư nhân trên địa bàn vào các hoạt động CSSKBD.

1.2. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe

- Có nội dung cụ thể về GDSK cho nhân dân, lồng ghép với các hoạt động hàng ngày và phù hợp với từng đối tượng.
- Xây dựng góc tuyên truyền GDSK.
- Tổ chức các buổi tuyên truyền chuyên đề với những đối tượng đặc biệt.

1.3. Nước sạch và vệ sinh môi trường

- Lập kế hoạch giải quyết các vấn đề vệ sinh môi trường.
- Tham gia cung cấp nước sạch và bảo vệ nguồn nước sạch.
- Hướng dẫn xây dựng, sử dụng và bảo quản các công trình vệ sinh.
- Định kỳ kiểm tra các công trình vệ sinh, kiểm tra vệ sinh hoàn cảnh, trường học, vệ sinh công cộng, việc sử dụng hoá chất trong lương thực, thực phẩm, nông nghiệp, công nghiệp v.v..., trên địa bàn phụ trách.

1.4. Bảo vệ sức khỏe BMTE và KHHGD

*** Bảo vệ sức khỏe BMTE và KHHGD**

- Quản lý đối tượng phụ nữ trong diện sinh đẻ, phụ nữ có thai.
- Tổ chức khám và chữa bệnh phụ khoa, khám thai đủ 3 lần, tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ có thai.
- Quản lý các phương tiện tránh thai, vận động các đối tượng áp dụng các phương pháp tránh thai.
- Hướng dẫn các bà mẹ nuôi con và bảo vệ thai nhi.
- Phát hiện các trường hợp tại trạm, tại nhà an toàn.

*** Bảo vệ sức khỏe trẻ em**

- Tổ chức theo dõi, cân đo thường xuyên cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 3 tuổi.



- Vận động bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ và sử dụng Oresol.
- Chẩn đoán trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp và điều trị bằng phác đồ chuẩn.
- Thực hiện chương trình chống thấp tim.

1.5. Dinh dưỡng

- Cải thiện chế độ dinh dưỡng, bảo đảm đủ calo về số lượng và chất lượng.
- Chăm lo vấn đề dinh dưỡng cho bà mẹ có thai.
- Thực hiện tốt chương trình PAM, chương trình chống bệnh khô mắt, thiếu vitamin A.
- Phấn đấu giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em.
- Tham gia chương trình VAC ở địa phương.

1.6. Tiêm chủng mở rộng

- Quản lý trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng để xây dựng kế hoạch tiêm chủng phòng chống 6 bệnh thường gặp ở trẻ em.
- Tổ chức tiêm chủng có chất lượng (vô trùng, đúng kỹ thuật, đủ liều, đúng đối tượng, đúng lịch).
- Theo dõi tỷ lệ mắc và chết bệnh trẻ em đối với 6 bệnh hay gặp đã tiêm chủng.

1.7. Phòng chống các bệnh xã hội

- Bổ sung kịp thời các thông tin về bệnh truyền nhiễm (như sốt rét, tiêu chảy, sốt xuất huyết,...) để phát hiện sớm khi có dịch xảy ra.
- Tổ chức công tác bao vây và dập tắt dịch khi có dịch xảy ra.
- Thông báo tình hình dịch bệnh lên tuyến trên trong vòng 24 giờ kể từ khi phát hiện dịch.
- Có sổ theo dõi các bệnh xã hội, phát hiện các trường hợp nghi ngờ để có kế hoạch chẩn đoán và tổ chức điều trị theo phác đồ quy định.

1.8. Đảm bảo thuốc thiết yếu cho CSSKBD trên địa bàn

- Tổ chức các điểm bán Oresol và thuốc thông thường cho nhân dân.
- Phối hợp quản lý các cơ sở bán thuốc tư nhân.
- Phát triển thuốc Nam, châm cứu, đặc biệt là trồng và sử dụng 35 cây thuốc chữa 7 bệnh và chứng thông thường trong nhân dân.

1.9. Chữa bệnh tại nhà, tại trạm và xử lý các vết thương thông thường

- Tổ chức công tác khám và chữa bệnh tại trạm, tại nhà theo yêu cầu của nhân dân.



– Có kế hoạch hàng năm đi thăm khám sức khỏe cho các nhóm đối tượng ưu tiên thuộc diện chính sách.

– Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện, thuốc men và dụng cụ cần thiết để xử lý cấp cứu có kết quả.

– Hướng dẫn tập luyện PHCN tại trạm, tại nhà cho người tàn tật.

– Chuyển viện kịp thời đối với các trường hợp vượt khả năng chuyên môn của trạm.

1.10. Quản lý sức khỏe toàn dân

– Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho nhân dân, ưu tiên các đối tượng đặc biệt, diện chính sách, trẻ em dưới 5 tuổi, người mắc bệnh xã hội, người cao tuổi, phụ nữ v.v...

– Tổ chức khám định kỳ hàng năm và ưu tiên nhóm đối tượng trên đây.

– Đánh giá tình hình sức khỏe hàng năm của nhân dân, phát hiện những vấn đề y tế mới phát sinh, có kế hoạch giải quyết kịp thời.

2. Phương thức quản lý theo công việc

2.1. Nguyên tắc phân công nhiệm vụ cho cán bộ trạm

– Một cán bộ phải giỏi một việc chính và phải biết nhiều việc khác.

– Sau khi phân công nhiệm vụ, trạm trưởng yêu cầu mỗi người phải căn cứ vào nhiệm vụ được giao để lập ra các bản chức trách công tác cá nhân gồm các nội dung.

+ Chức năng nhiệm vụ.

+ Thời gian thực hiện chức trách chính ít nhất một năm.

+ Tóm tắt chức trách nhiệm vụ chính theo chức danh được phân.

2.2. Các công việc

Đây là phần chủ yếu của bản chức trách, cần ghi rõ những công việc phải làm, việc nào làm độc lập, việc nào cần phối hợp, việc nào chịu trách nhiệm chính v.v...

2.3. Ý kiến đề nghị

– Khả năng thực hiện.

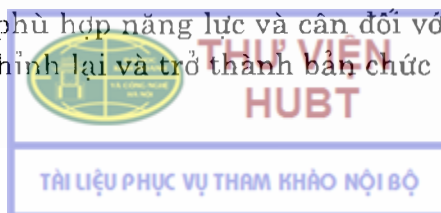
– Những khó khăn.

-- Công việc cần có sự phối hợp với cán bộ khác.

– Yêu cầu bổ túc thêm về chuyên môn.

– Yêu cầu hỗ trợ về nguồn lực.

Sau khi mỗi cá nhân thảo xong chức năng nhiệm vụ, trưởng trạm tổ chức họp xem xét, điều chỉnh cho phù hợp năng lực và cân đối với các cá nhân khác. Sau đó cho từng người tự hoàn chỉnh lại và trở thành bản chức trách chính thức.



3. Phương thức quản lý theo lịch công tác

Bản chức trách cá nhân được xem xét là sự khoán công việc cho từng người về hoạt động chính, phối hợp, trong giờ hoặc ngoài giờ hành chính v....

Các loại lịch công tác cá nhân và của trạm.

3.1. Lịch công tác cá nhân

– *Lịch công tác năm*: dựa vào kế hoạch công tác năm, cần chú ý một số đặc thù của cộng đồng (mùa vụ, lễ hội, thời gian nghỉ hè của học sinh, đặc điểm dịch bệnh v.v...). Lịch năm trình bày công việc phải làm cho từng tháng.

– *Lịch công tác quý, tháng*: dựa vào lịch năm mà triển khai ra quý, tháng, sắp xếp và ghi các kế hoạch theo thứ tự ưu tiên về tính chất công việc.

– *Lịch tuần*: thường sử dụng nhiều nhất, kết hợp công việc thường xuyên với công việc đột xuất. Lịch tuần phải viết công việc cụ thể từng ngày (trên cơ sở lịch tuần của trạm) để giám sát công việc, giám sát người thực hiện công việc trong từng ngày (cả ngày và đêm).

3.2. Lịch công tác của trạm

Là lịch tổng hợp các công việc của trạm trong từng thời điểm (năm, quý, tháng, tuần) để mọi người căn cứ vào đó mà xây dựng kế hoạch cá nhân.

3.3. Sử dụng thời gian hợp lý

Nhằm tiết kiệm thời gian, nâng cao năng suất và hiệu quả công việc.

– Đánh giá công việc đã thực hiện (Thời gian? Phối hợp với ai? Khả năng hoàn thành).

– Quan sát thực tế: Nắm chắc địa bàn, bám sát cơ sở và cộng đồng (cụ ly, khoảng cách, phương tiện).

– Lồng ghép các hoạt động: Nhằm sử dụng hợp lý thời gian trong điều kiện công việc nhiều biên chế ít, hoặc trong điều kiện địa bàn rộng thời gian lại nhiều nên thường khi đến 1 điểm cần tiến hành một lúc nhiều công việc.

Lồng ghép là phương pháp công tác hợp lý và có hiệu quả ở cơ sở.

Lồng ghép cần thực hiện theo phương thức cuốn chiếu.

4. Phương thức giám sát các hoạt động y tế

Giám sát là một quá trình hoạt động liên tục trong khi thực hiện nhiệm vụ nhằm giảm bớt tối thiểu các sai sót, khuyết điểm trong quản lý, nâng cao hiệu quả công tác.



Phương pháp giám sát:

- Giám sát trực tiếp: giao việc trực tiếp, quan sát thực hiện trực tiếp, khuyến khích thực hiện tốt, hướng dẫn sửa đổi theo yêu cầu.
- Giám sát gián tiếp: thông qua phân tích các số liệu thống kê, báo cáo có thể đặt ra các câu hỏi về chất lượng và số lượng công việc.
- Giám sát viên: là những người đã từng làm những công việc đó, người chịu trách nhiệm điều hành những việc có liên quan đến công tác của đơn vị mình.
- Giám sát có thể tiến hành từng ngày, từng tuần, từng tháng tùy thuộc vào chương trình kế hoạch công tác.

5. Quản lý kế hoạch

Tổ chức lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch phải qua các bước:

- Thu thập số liệu và thông tin cần thiết (chú ý phát hiện vấn đề sức khoẻ ưu tiên, lý do và nguyên nhân của các vấn đề đó).
- Lựa chọn vấn đề ưu tiên và tùy mức độ quan trọng mà sắp xếp.
- Đề ra mục tiêu cụ thể.
- Nêu các giải pháp và lựa chọn giải pháp thích hợp để giải quyết.
- Đề ra các hoạt động cụ thể để giải quyết các vấn đề đó.
- Thành lập các đội và các nhóm công tác, phân công thực hiện.
- Dự trù nguồn lực.
- Dự tính quỹ thời gian thực hiện.
- Điều hòa, phối hợp, giám sát, cung ứng nguồn lực và sử dụng các nguồn lực, thông tin, kiểm tra kịp thời.
- Đánh giá kết quả so với mục tiêu, nguyên nhân.
- Xem xét vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hiện kế hoạch.
- Ra quyết định điều chỉnh.
- Chuẩn bị đề bạt kế hoạch tiếp theo tốt hơn.

6. Xã hội hoá và lồng ghép các hoạt động y tế cơ sở

Ở cơ sở xã, phường thường có nhiều ban ngành chuyên môn, đoàn thể quần chúng có thể trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia thực hiện các chương trình y tế ở cơ sở. Ban CSSKBD là tổ chức thống nhất của xã, phường trực tiếp tham gia công tác CSSKND.

- Thành phần ban CSSKBD xã, phường.
- + Chủ tịch (hoặc Phó Chủ tịch) xã, phường làm Trưởng ban.



- + Trưởng trạm y tế làm Phó ban trực.
- + Các ủy viên gồm đại diện các ban ngành, đoàn thể.
- Sinh hoạt của ban: mỗi quý một lần, có kinh phí hoạt động, có kế hoạch và chương trình công tác phối hợp của các ban ngành về y tế.
- Hoạt động:
 - + Trưởng ban điều hành hoạt động chung.
 - + Phó ban trực do trưởng trạm y tế đảm nhận, làm tham mưu về chuyên môn kỹ thuật.
 - + Các ủy viên có trách nhiệm vận động cán bộ nhân viên thuộc ban ngành mình tham gia thực hiện các chương trình y tế.
 - + Hoạt động của ban tập trung vào ngày: “sức khỏe toàn dân” tổ chức hàng tháng tại xã, phường. Ngày “sức khỏe toàn dân” là ngày thực hiện các hoạt động phối hợp, lồng ghép các biện pháp nguyên tắc CSSKBD một cách linh động, sáng tạo phù hợp.
 - Ví dụ: hoạt động trong ngày “sức khỏe toàn dân”.
 - + Một bà mẹ đưa con tới trạm y tế tiêm chủng đồng thời được nghe tuyên truyền và xem triển lãm giáo dục sức khỏe, các cháu được cân đo theo dõi tăng trưởng, những cháu bị bệnh tiêu chảy được hướng dẫn sử dụng Oresol, các cháu bị viêm phổi được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ, các cháu bị khô mắt được uống vitamin A, các bà mẹ có thai được khám thai, được khám phụ khoa, được đặt vòng nếu cần v.v...
 - + Ngày toàn dân thực hiện thanh khiết môi trường, tổng vệ sinh thôn xóm, trường học, nơi công cộng v.v..., cơ quan thông tin văn hoá phát thanh nhắc nhở, động viên bà con làm tốt công tác vệ sinh.
 - Phương pháp thực hiện:
 - + Trạm y tế tham mưu cho các ngành có thể tổ chức một lúc nhiều việc, tạo kết quả tốt, đỡ tốn kém kinh phí và thời gian bằng cách huy động tổng lực ngành Y tế và các ban ngành khi cần.
 - + Tổ chức tập huấn cho cán bộ.
 - + Tổ chức nhiều địa điểm, trong đó có địa điểm chính và có sự phối hợp tốt với các ban ngành v.v..., khi cần tiến hành đồng loạt vào 1 – 2 ngày cố định trong tháng hoặc theo phương thức cuốn chiếu.



TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả và nêu nhiệm vụ của trạm y tế cơ sở.

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

2. Chỉ ra hoạt động không thuộc nhiệm vụ của trạm y tế cơ sở:

- A. Kiện toàn mạng lưới y tế
- B. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe
- C. Bảo vệ sức khỏe BMTE và KHHGD
- D. Nghiên cứu, thống kê mô hình bệnh tật.

3. Chỉ ra nội dung không thuộc quản lý sức khỏe toàn dân:

- A. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe
- B. Tổ chức khám định kỳ
- C. Đánh giá tình hình sức khỏe
- D. Lập kế hoạch y tế tham mưu cho đơn vị cấp trên

4. Loại lịch công tác nào thường được sử dụng nhiều nhất ở trạm y tế:

- A. Lịch công tác quý, tháng
- B. Lịch công tác năm
- C. Lịch công tác tháng
- D. Lịch công tác tuần.

5. Quản lý kế hoạch ở trạm y tế là:

- A. Thu thập số liệu và thông tin cần thiết
- B. Lựa chọn vấn đề ưu tiên
- C. Đề ra mục tiêu cụ thể
- D. Tất cả đều đúng.



Bài 12

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

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, vai trò và các dạng thông tin y tế.
2. Trình bày đầy đủ các nhóm thông tin y tế cơ bản.
3. Tính toán và giải thích ý nghĩa các chỉ số cơ bản.
4. Trình bày hệ thống quản lý thông tin của ngành Y tế.
5. Nêu được phương pháp khắc phục công tác quản lý thông tin hiện nay.

I. KHÁI NIỆM THÔNG TIN, CHỈ SỐ Y TẾ

1. Thông tin y tế

Thông tin y tế (health information) là những số liệu mô tả tình hình, quy mô, và kết quả của một hoạt động y tế trong một thời khoảng cụ thể. Thông tin y tế có thể được thực hiện dưới dạng chỉ số (index) như tỷ lệ (rate), tỷ số (ratio), hoặc tỷ suất (percentage). Chúng được thu thập từ các nghiên cứu định lượng (quantitative survey) hay dưới dạng từ ngữ nhờ vào các nghiên cứu định tính (qualitative survey).

Ví dụ: Tại huyện A suy dinh dưỡng trẻ em rất phổ biến; Thanh niên nghiện hút nhiều và trong số đó có nhiều người nhiễm HIV/AIDS v.v...

2. Khái niệm chỉ số y tế

Chỉ số y tế là các đại lượng đo lường được và được dùng để đo lường một khía cạnh y tế nào đó liên quan đến cộng đồng, liên quan đến nguy cơ cho sức khỏe, liên quan đến bản thân sức khỏe, và liên quan đến phần phục vụ cho sức khỏe.

Ví dụ: Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi là 30%, 10% trẻ duy dinh dưỡng độ II; Số người nghiện hút là 10% trong đó có 3% nhiễm HIV v.v...



3. Yêu cầu cơ bản đối với thông tin

– Thông tin phải đầy đủ và toàn diện. Ví dụ: Khi lập kế hoạch cần thông tin về mọi hoạt động y tế và cả những lĩnh vực ngoài y tế có liên quan (bệnh tật, môi trường, trang thiết bị, cơ sở vật chất, chính sách, xã hội...).

– Thông tin phải chính xác: phản ánh đúng tình hình thực tế.

– Thông tin phải cập nhật: cập nhật thông tin là rất quan trọng nhưng quan trọng hơn với nhà quản lý là phải biết chiều hướng phát triển của các vấn đề, công việc.

– Thông tin phải đặc hiệu. Ví dụ: khi lập kế hoạch giải quyết vấn đề sử dụng hố xí không hợp vệ sinh sẽ không cần thu thập thông tin về bệnh tật trẻ sơ sinh trong cộng đồng.

– Thông tin về chất lượng. Không quá chú trọng đến thông tin về số lượng mà cần lưu ý đến những thông tin về chất lượng.

– Thông tin lượng hoá.

Ví dụ: Tỷ lệ hộ gia đình cúm bại khi ốm đau; không nên dùng thông tin đa số các hộ gia đình cúm bại khi ốm đau.

II. Ý NGHĨA VÀ VAI TRÒ CỦA THÔNG TIN Y TẾ

Trong bước đầu tiên của chu trình quản lý, người quản lý cần lập kế hoạch thích hợp để tiến hành các hoạt động y tế. Điều này đòi hỏi phải có thông tin y tế đầy đủ, kịp thời và trung thực mới có thể tiến hành được việc chẩn đoán sức khỏe cộng đồng.

Thông tin y tế được xem là một nguồn lực (resource) quan trọng trong quản lý. Thông tin đầu vào (input), đầu ra (output) là cơ sở để người quản lý đánh giá hoạt động y tế đã đạt mục tiêu hay chưa.

III. CÁC DẠNG THÔNG TIN Y TẾ

1. Thông tin y tế cơ sở

Thông tin y tế cơ sở (basic health information) là những thông tin cần thiết phải có trước khi tiến hành một hoạt động y tế, ví dụ phải biết số lượng trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng ở một xã để lập kế hoạch cho đợt tiêm chủng sắp tới.

Những thông tin cơ sở bao gồm:

- Thông tin cá nhân.
- Thông tin về sức khỏe và các vấn đề liên quan đến sức khỏe.
- Thông tin chung về môi trường và hoàn cảnh sống.

2. Thông tin về nguồn lực

Nguồn lực y tế (health resources) là tất cả những gì được sử dụng để tiến hành các hoạt động y tế nhằm đạt được mục tiêu là nâng cao sức khỏe cộng đồng (community health promotion). Ba thông tin (3 M) về nguồn lực thường được quan tâm là nhân lực (Man power), vật lực (Materials), và tài lực (Money).

2.1. Nhân lực y tế: cán bộ y tế công và tư đang hoạt động trong vùng, số người được đào tạo chuyên ngành y, dược, và y tế công cộng v.v...

2.2. Cơ sở vật chất: bao gồm trang thiết bị, dụng cụ y tế hiện có, số thuốc còn sử dụng được, nhà xưởng, phương tiện vận chuyển, cấp cứu, điện nước v.v...

2.3. Tài chính: kinh phí hiện có, và những nguồn có thể huy động được.

2.4. Thời gian: số ngày để hoàn thành kế hoạch.

2.5. Hệ thống thông tin: sổ sách, báo cáo, phương tiện thu thập, xử lý thông tin, tình trạng sức khỏe cộng đồng và nhu cầu về dịch vụ y tế v.v...

3. Thông tin để giải thích nguyên nhân

Thu thập thông tin định lượng chỉ cho ta biết số liệu của một vấn đề như tỷ lệ số bà mẹ có thai đến sinh tại trạm y tế xã là bao nhiêu; nhưng thông tin định tính sẽ giúp người quản lý biết được vì sao tỷ lệ lại thấp như vậy.

Những thông tin thu được từ nghiên cứu định tính sẽ cung cấp thông tin để bổ sung, giải thích vấn đề sức khỏe được đầy đủ hơn là những số liệu tìm được trong các sổ sách, báo cáo.

IV. PHÂN LOẠI VÀ TÍNH CHẤT THÔNG TIN Y TẾ

1. Phân loại

Để phục vụ cho công tác quản lý y tế, các thông tin y tế cần được thu thập và phân theo các nhóm dưới đây:

1.1. Nhóm thông tin định tính và định lượng

Thông tin định lượng: là những thông tin đo lường được. Ví dụ: tỷ lệ phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi đặt vòng tránh thai (%); Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%).

Thông tin định tính: là những thông tin không đo lường được. Ví dụ: Loại thức ăn sử dụng cho trẻ dưới 5 tuổi, kiến thức chăm sóc trẻ tốt.

1.2. Nhóm thông tin liên quan trực tiếp đến sức khỏe

1.2.1. Nhóm thông tin về dân số

– Dân số trung bình trong năm.



– Dân số theo giới và theo lứa tuổi (quan trọng nhất là số trẻ em dưới 1 tuổi, dưới 5 tuổi và phụ nữ có chồng từ 15 đến 49 tuổi).

– Tỷ suất tử vong thô.

– Tỷ suất sinh thô.

– Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên v.v...

1.2.2. Nhóm thông tin về kinh tế, văn hoá, xã hội

– Phân bố nghề nghiệp trong địa phương.

– Số người đủ ăn và thiếu ăn.

– Thu nhập bình quân trên đầu người.

– Bình quân ruộng đất trên đầu người.

– Tỷ lệ người trong gia đình có nghề phụ v.v...

1.2.3. Nhóm thông tin về sức khoẻ và bệnh tật

Mười nguyên nhân gây tử vong cao nhất.

Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất.

Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi mắc từng bệnh trong 6 bệnh tiêu chuẩn (lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, bại liệt).

Số trường hợp mắc các bệnh phải báo cáo lên trên (sốt xuất huyết, viêm não, cúm, viêm màng não, dịch hạch, sốt rét, lậu, giang mai, viêm gan vi rút, mất huyết, HIV/AIDS v.v...).

Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng.

Số trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2.500g.

Số phụ nữ có thai không tăng trọng đủ 9kg trong thời kỳ mang thai v.v...

1.2.4. Nhóm thông tin về dịch vụ y tế.

Số cơ sở y tế các loại.

Số cán bộ y tế các loại và người hành nghề y tế tư nhân.

Tỷ lệ dân có thể tiếp cận được với các cơ sở y tế.

Trang thiết bị y tế của các cơ sở y tế và của y tế tư nhân.

Kinh phí y tế được cấp theo đầu dân.

Số người đến khám và không đến khám tại cơ sở y tế

Số người đến khám và mua thuốc của tư nhân.

Số gia đình có hố xí hợp vệ sinh v.v...



1.3. Nhóm thông tin đầu vào, đầu ra: hoạt động và tác động của các chương trình/ hoạt động y tế.

1.3.1. Nhóm chỉ số đầu vào (input indices): gồm các chỉ số phản ánh nguồn lực của ngành, bao gồm các nhóm về cơ sở y tế, giường bệnh, nhân lực, kinh phí, trang thiết bị, và thuốc men v.v...

1.3.2. Nhóm chỉ số hoạt động (operation indices): gồm các chỉ số phản ánh tình hình hoạt động của ngành, bao gồm các hoạt động khám chữa bệnh, sức khỏe sinh sản/ kế hoạch hoá gia đình, các chương trình y tế, dịch vụ y tế v.v...

1.3.3. Nhóm chỉ số đầu ra (output indices): gồm các chỉ số phản ánh kết quả (outcome) trước mắt của các hoạt động y tế như tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bị tai biến sản khoa v.v...

1.3.4. Nhóm chỉ số tác động (impact indices): đây là nhóm chỉ số phản ánh tác động lâu dài và tổng thể của các hoạt động y tế như triển vọng sống lúc sinh, mô hình bệnh tật và tử vong, chiều cao trung bình của thanh niên v.v...

2. Tính chất của thông tin y tế

Thông tin dùng cho công tác quản lý y tế bao gồm nhiều loại nhưng phải bảo đảm được các tính chất như dưới đây:

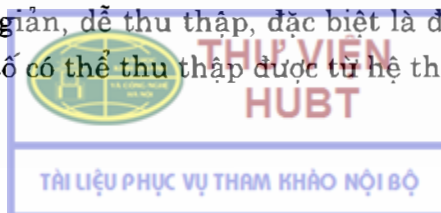
2.1. Tính kịp thời (timeliness): Thời gian là thước đo các thông tin. Có những thông tin bị lỗi thời, kém tác dụng vì chậm trễ trong quá trình xử lý, báo cáo.

2.2. Tính đầy đủ (completeness): Thông tin phải đầy đủ và theo yêu cầu của hoạt động y tế để việc ra quyết định được phù hợp và có hiệu quả. Tránh tình trạng thiếu và thừa thông tin. Do vậy, các nội dung và các chỉ số phải được báo cáo đầy đủ so với yêu cầu.

2.3. Tính chính xác (accurateness): Một thông tin y tế chính xác khi nó phản ánh đúng bản chất của một vấn đề sức khỏe tồn tại trong cộng đồng. Chỉ số thu thập gọi là chính xác, chấp nhận được khi nó chỉ sai lệch trong khoảng cho phép so với chuẩn.

2.4. Tính sử dụng (serviceableness): Các thông tin phải thật sự cần thiết và được sử dụng thường xuyên trong việc xây dựng kế hoạch, quản lý, giám sát, và lượng giá các hoạt động, cũng như trong việc xây dựng chính sách y tế.

2.5. Tính thực thi và đơn giản (feasibility & simplicity): Các số liệu dùng để tính chỉ số cần đơn giản, dễ thu thập, đặc biệt là đối với cán bộ y tế tuyến xã. Cần ưu tiên cho các chỉ số có thể thu thập được từ hệ thống thông tin hiện có.



2.6. Tính nhạy (sensitivity): Chỉ số phải nhạy cảm với sự thay đổi của đối tượng cần đo lường.

2.7. Tính đặc hiệu (specificity): Sự thay đổi của chỉ số phản ánh sự thay đổi của đối tượng mà chỉ qua chỉ số đó chứ không phải do ảnh hưởng của các yếu tố khác.

2.8. Tính khách quan (objectivity): Số liệu dùng để tính chỉ số không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu, và không bị điều chỉnh số liệu. Mọi người khi sử dụng cùng một chỉ số đều có nhận định giống nhau.

V. CÁC CHỈ SỐ THƯỜNG DÙNG TRONG QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

Cách tính một số chỉ số cơ bản đã được đề cập chi tiết trong giáo trình dịch tễ học. Dưới đây là các chỉ số cần thu thập.

1. Các chỉ số thu thập từ các ngành khác

- Dân số trung bình giữa năm: có hai cách tính:

$DSBQ = 1/2$ [dân số đầu năm + dân số cuối năm].

$DSBQ =$ dân số có mặt lúc 0 giờ ngày 1 tháng 7 của năm điều tra.

- Tổng số phụ nữ từ 15 – 49 tuổi.
- Tổng số trẻ em < 5 tuổi.
- Tổng số dân từ 5 – 14 tuổi.
- Tổng số dân > 65 tuổi.
- Tổng số hộ gia đình.
- Tần suất sinh thô (Crude Birth Rate=CBR).
- Tổng tần suất sinh (Total Fertility Rate=TFR).
- Tần suất tử vong thô (Crude Mortality Rate=CMR).
- Tần suất tăng dân số tự nhiên = CBR – CMR.
- Tần suất tử vong trẻ (Infant Mortality Rate=IMR).
- Tần suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi.
- Tỷ số tử vong mẹ (Maternal Mortality Ratio=MMR).
- Tần suất phát triển dân số hàng năm (Annual Growth Rate=AGR).
- Tỷ lệ người lớn biết chữ theo giới.
- Tỷ lệ người phụ thuộc.
- Triển vọng sống trung bình của trẻ sơ sinh.



2. Các chỉ số thu thập trong ngành Y tế

2.1. Chỉ số về nguồn lực tài chính, nhân lực

- Số giường bệnh tính trên 1.000 dân.
- Số cán bộ y tế tính trên 1.000 dân.
- Ngân sách y tế Nhà nước tính trên đầu dân.

2.2. Hậu cần y tế

- Số bệnh viện có trang thiết bị bốn khoa ở trên địa bàn (chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, cấp cứu hồi sức, và phòng mổ): tỷ lệ phần trăm số bệnh viện có 04 khoa trang bị đầy đủ so với bệnh viện cùng loại.
- Số trạm y tế có đủ thuốc thiết yếu cung cấp cho người dân theo danh mục thuốc thiết yếu của Bộ Y tế.

2.3. Hoạt động tiêm chủng

- Tỷ lệ trẻ dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vaccin.
- Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván.

2.4. Hoạt động khám chữa bệnh

- Số lần khám bệnh trên số dân.
- Tổng số bệnh nhân điều trị nội trú.

2.5. Sức khoẻ sinh sản/ Kế hoạch hoá gia đình

- Tỷ lệ sản phụ đẻ được cán bộ y tế đỡ đẻ.
- Tỷ lệ các cặp vợ chồng chấp nhận các biện pháp KHHGD.

2.6. Dinh dưỡng

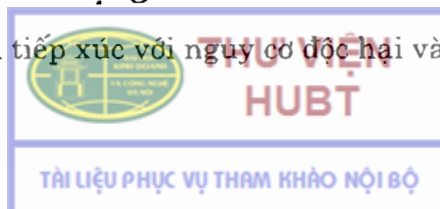
- Tỷ lệ trẻ đẻ có cân nặng < 2.500gam.
- Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng.
- Tỷ lệ trẻ từ 4 – 6 tháng tuổi không đủ sữa mẹ.

2.7. Mắc và chết các bệnh dịch – truyền nhiễm

- Số người nhiễm HIV và AIDS.
- Tần suất mắc bệnh và tần suất tử vong do các bệnh lây và các bệnh quan trọng (viêm gan, nghi ngờ dại, ngộ độc, chấn thương).

2.8. Vệ sinh an toàn lao động

- Tỷ lệ công nhân tiếp xúc với nguy cơ độc hại và nguy hiểm.



2.9. Bệnh tật, tử vong cao nhất

Mười bệnh bị mắc phải và chết cao nhất được điều trị tại bệnh viện.

2.10. Mô hình bệnh tật–tử vong

Cơ cấu % mắc bệnh, chết theo các nhóm bệnh dựa vào ICD 10 (International Classification Diseases 10).

VI. PHƯƠNG PHÁP THU THẬP THÔNG TIN

1. Sử dụng thông tin sẵn có

Các thông tin được thu thập từ các kết quả điều tra dân số, số liệu thống kê, phiếu tiêm chủng, sổ theo dõi thai nghén, các hồ sơ bệnh án, các báo cáo định kỳ hay đột xuất của ngành, tài liệu sách báo v.v...

2. Quan sát trực tiếp

Là kỹ thuật thu thập thông tin bằng cách nhìn, nghe, đo lường, ghi âm, ghi hình. Thường sử dụng khi khảo sát môi trường sống, môi trường vệ sinh – sinh hoạt... Nếu nhìn thì người khảo sát sử dụng bảng kiểm (check list) để đánh giá các yếu tố/ điều kiện theo tiêu chuẩn có/ không. Nếu nghe thì phải ghi chép lại đầy đủ và có hệ thống những điều thấu nhận được.

3. Phỏng vấn trực tiếp

Là cách thu thập thông tin bằng việc hỏi trực tiếp đối tượng hay một nhóm đối tượng. Cần chuẩn bị sẵn những câu hỏi gợi ý để có sự đồng nhất khi tổng kết.

4. Điều tra theo phiếu câu hỏi

Phiếu câu hỏi hay bộ câu hỏi được soạn sẵn, in và phát ra cho đối tượng được nghiên cứu tự trả lời bằng cách điền vào phiếu. Phiếu có thể phát tận tay và thu lại ngay sau khi trả lời xong. Cũng có thể gửi phiếu qua đường bưu điện và đề nghị gửi trả lại phiếu qua đường bưu điện. Dĩ nhiên là người khảo sát phải gửi bao thư có sẵn tem để đối tượng gửi trả bản trả lời.

5. Thảo luận nhóm: thảo luận nhóm (group discussion) và thảo luận nhóm có trọng tâm (focus group discussion – FGD) là cách thức để thu thập thông tin từ kết quả thảo luận của một nhóm người về một chủ đề nghiên cứu.

6. Các phương pháp thu thập khác: ngoài ra ta còn có thể thu thập thông tin bằng kỹ thuật nhóm liệt kê, kể chuyện, nghiên cứu trường hợp, kỹ thuật đánh giá nhanh, vẽ bản đồ.



VII. HỆ THỐNG QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ Ở NƯỚC TA

Trong giai đoạn phát triển xã hội hiện nay, thông tin trở thành một nhu cầu không thể thiếu trong mọi lĩnh vực của đời sống, đặc biệt trong công tác quản lý và lập kế hoạch. Do vậy, đối với ngành Y tế, thông tin y tế là một nhu cầu bức thiết nên nước ta đã hình thành hệ thống quản lý thông tin y tế như sau:

1. Hệ thống quản lý thông tin y tế

1.1. Bộ phận thống kê y tế ở Bộ Y tế: đó là phòng thống kê – tin học trực thuộc Vụ Kế hoạch với nhiệm vụ sau:

– Tổ chức xây dựng mạng lưới thống kê – tin học, truyền tin cho ngành Y tế từ Trung ương đến địa phương.

– Là cơ quan duy nhất có quyền ban hành và quản lý sổ sách, biểu mẫu báo cáo thống kê của ngành Y tế; thống nhất và chuẩn hoá biểu mẫu thống kê, sổ sách ghi chép, và phần mềm tin học ứng dụng.

– Tổ chức thu thập, phân tích xử lý, cung cấp thông tin phục vụ cho công tác quản lý, điều hành, giám sát, kiểm tra, đánh giá và nghiên cứu khoa học.

– Dự báo xu thế phát triển các mặt hoạt động chuyên môn y tế và xu thế bệnh tật, tử vong để phục vụ cho việc định hướng phát triển trước mắt và lâu dài.

– Tổ chức đào tạo bổ túc chuyên môn nghiệp vụ và quản lý hệ thống thống kê tin học cho các tuyến.

1.2. Bộ phận thống kê y tế ở các sở y tế: bộ phận thống kê – tin học của các sở y tế là một tổ gồm 1 – 2 người trực thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp của Sở. Chức năng nhiệm vụ của tổ thống kê – tin học là:

– Tổ chức xây dựng mạng lưới thống kê tin học trong tỉnh, thành phố; cung cấp thông tin y tế trong địa phương; từng bước hiện đại hoá tiến tới thí điểm xử lý điều hành thông tin y tế trên mạng.

– Tổ chức thu thập, phân tích xử lý, cung cấp thông tin phục vụ công tác quản lý thuộc địa bàn phụ trách.

– Tổ chức đào tạo, bổ túc chuyên môn nghiệp vụ và bảo quản hệ thống thống kê – tin học, gửi thông tin phản hồi cho tuyến dưới.

1.3. Bộ phận thống kê y tế ở phòng y tế huyện – bệnh viện huyện: Tại đây chỉ có một cán bộ thống kê biên chế trong phòng thống kê – tổng hợp có chức năng chính là tổng hợp các hoạt động của bệnh viện, các hoạt động dự phòng, và hoạt động của các trạm y tế xã/ phường. Nhiệm vụ của cán bộ thống kê y tế là:



– Hướng dẫn việc cập nhật thông tin cho y tá trưởng của các khoa/ phòng trong bệnh viện, đội y học dự phòng, đội sinh đẻ có kế hoạch, trường trạm y tế xã/ phường.

– Thu thập, xử lý và tổng hợp báo cáo gửi lên cấp trên.

– Giám sát, chỉ đạo việc thực hiện báo cáo của các đơn vị thuộc địa bàn mình quản lý.

1.4. Bộ phận thống kê ở trạm y tế xã/ phường: Trưởng trạm là người trực tiếp làm công tác thống kê cùng với sự trợ giúp của các nhân viên trong trạm.

Hệ thống thu thập thông tin của ngành Y tế nước ta gồm 05 nguồn chính sau đây:

– Hệ thống báo cáo thống kê định kỳ của tuyến y tế cơ sở tổng hợp tại huyện, tỉnh rồi chuyển cho phòng Thống kê – Tin học thuộc Vụ Kế hoạch, Bộ Y tế.

– Báo cáo định kỳ từ 61 huyện trọng điểm của UNICEF.

– Báo cáo của Chương trình Y tế ngành dọc.

– Báo cáo của Tổng Cục Thống kê.

– Báo cáo của các Bộ, ngành có liên quan, các điều tra chọn mẫu.

2. Mô hình thu thập thông tin đang áp dụng

2.1. Hệ thống chính thức

Phương tiện thu thập thông tin chính thức của Bộ Y tế hiện nay gồm có 07 cuốn sổ như sau:

– Sổ A1: Sổ khám bệnh.

– Sổ A2: Sổ tiêm chủng vaccin.

– Sổ A3: Sổ khám thai.

– Sổ A4: Sổ sinh đẻ.

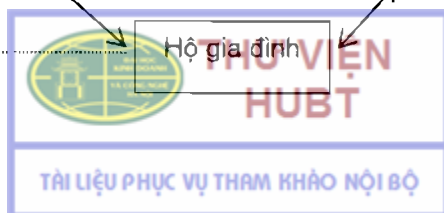
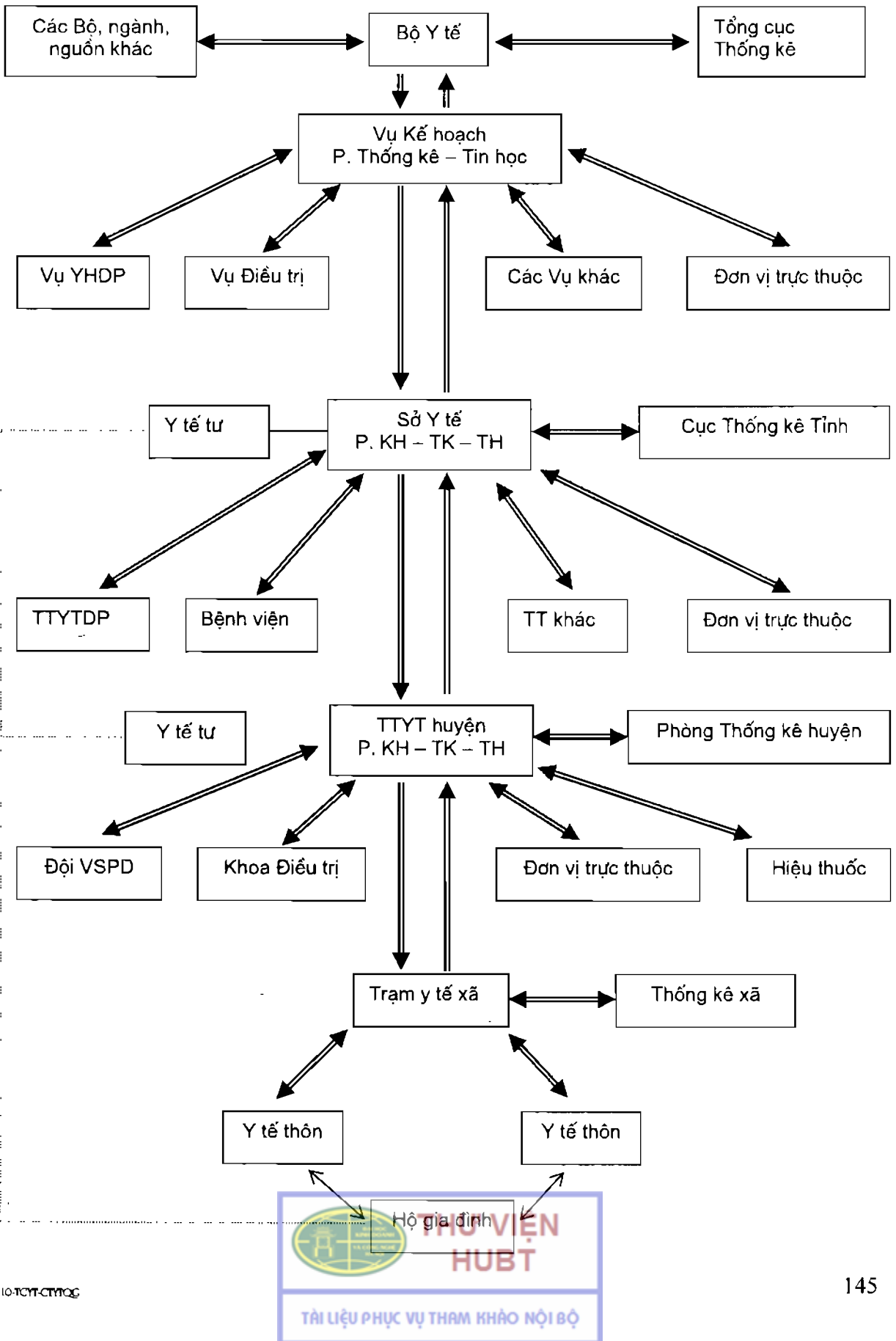
– Sổ A5: Sổ theo dõi các biện pháp KHHGD.

– Sổ A6: Sổ theo dõi nguyên nhân tử vong.

– Sổ A7: Sổ theo dõi các bệnh xã hội: sốt rét (malaria), lao (tuberculosis), phong (leprosy), mắt hột – mù lòa (trachoma–blindness), tâm thần – nghiện hút (mental illness–drug addiction), hoa liễu (venereal diseases), bướu cổ (goitre).

Hàng tháng, trưởng trạm y tế trích một số nội dung ở các biểu mẫu để báo cáo. Hàng quý phải thu thập số liệu để báo cáo theo mẫu “Báo cáo thống kê y tế xã” để gửi lên huyện. Huyện tổng hợp báo cáo của các xã để gửi lên Sở. Sở Y tế tổng hợp các báo cáo của huyện, bệnh viện, trung tâm để gửi cho Bộ Y tế.





2.2. Hệ thống thông tin của các chương trình y tế ngành dọc

Hiện nay, mỗi trạm y tế xã đều thực hiện các chương trình mục tiêu y tế quốc gia. Mỗi chương trình y tế này có một hệ thống báo cáo riêng. Cán bộ tuyến xã thu thập thông tin từ các chương trình mục tiêu y tế quốc gia tại địa phương để làm báo cáo tháng/quý để gửi lên cho ban quản lý chương trình của tuyến trên. Mỗi chương trình có một mẫu báo cáo riêng nên gây nhiều khó khăn và thông tin chồng chéo.

2.3. Hệ thống thông tin điều tra – nghiên cứu

Hàng năm, có nhiều dự án trong lĩnh vực y tế của viện, trường, trung tâm nghiên cứu, các tổ chức phi chính phủ (NGO) trong và ngoài nước được triển khai. Những nghiên cứu này chỉ tiến hành trên diện hẹp, thông tin thường khu trú trong mục đích của dự án và vì phụ thuộc vào kinh phí nên chỉ tiến hành trong một giai đoạn nhất định. Mỗi nghiên cứu có một biểu mẫu để thu thập dữ liệu riêng. Các số liệu thường chồng chéo, và nếu việc điều tra khảo sát tiến hành không chuẩn thì số liệu của các báo cáo đôi khi lại mâu thuẫn lẫn nhau hoặc không trùng khớp; ví dụ dân số, số hộ v.v...

3. Nguồn cung cấp thông tin y tế hiện nay

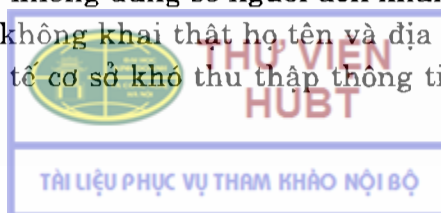
3.1. Ở tuyến y tế cơ sở

Nguồn thu thập thông tin chủ yếu là hệ thống sổ sách, biểu mẫu của Bộ Y tế ban hành nhưng không phải toàn bộ người dân khi ốm đau đều đến khám chữa bệnh tại trạm y tế xã nên thông tin y tế trên địa bàn là chưa đầy đủ.

3.2. Ở bệnh viện: Mỗi bệnh viện tuyến huyện trở lên đều có bộ phận chuyên trách làm thống kê y tế, báo cáo đều đặn cho tuyến trên, đây là nguồn thông tin y tế đáng tin cậy vì số bệnh nhân được quản lý chặt chẽ. Tuy vậy các báo cáo của khoa, phòng của bệnh viện thường nặng về chuyên môn, tên bệnh chưa đúng theo ICD 10 và nhất là thiếu những thông tin về nhu cầu và hoàn cảnh sống của người bệnh.

3.3. Ở khu vực y tế tư nhân: Việc thu thập thông tin từ các cơ sở y tế tư rất khó thực hiện vì người bệnh chọn nhiều nơi để điều trị, hơn nữa quy định các cơ sở điều trị tư nhân thông báo tình hình bệnh nhân về địa phương chưa cụ thể nên đã nảy sinh khó khăn trong công tác thu thập thông tin về bệnh tật cộng đồng. Nhiều cán bộ y tế cơ sở cho rằng, khó khăn nhất của họ trong công tác thống kê là không thể nắm chắc số bệnh nhân, loại bệnh trong địa bàn đang quản lý.

Ngoài việc khai báo không đúng số người đến khám, thầy thuốc tư nhân không đăng ký và bệnh nhân không khai thật họ tên và địa chỉ, đặc biệt là một số người mắc bệnh xã hội làm y tế cơ sở khó thu thập thông tin chính xác. Do vậy ta phải



xác định nơi thu thập thông tin chủ yếu là hộ gia đình người bệnh và phải nhờ vào sự giúp đỡ của người dân và báo cáo của các nhân viên y tế thôn, bản.

4. Một số nhược điểm trong công tác quản lý thông tin y tế

Trong ba hệ thống nêu trên thì ngành Y tế vẫn xem hệ thống thu thập thông tin từ tuyến y tế cơ sở là chủ yếu. Hiện nay, hệ thống thông tin y tế đang có một số nhược điểm sau:

4.1. Thiếu sự thống nhất trong điều phối: Theo quy định về chức trách và nhiệm vụ, Vụ Kế hoạch là cơ quan có tư cách pháp nhân ban hành biểu mẫu, sổ sách, và cung cấp số liệu thống kê của ngành Y tế. Tuy nhiên, trong thực tế, các Vụ, Viện trực thuộc Bộ, các chương trình y tế ngành dọc đều có hệ thống thu thập riêng. Cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất và phối hợp để lồng ghép việc thu thập và sử dụng thông tin dẫn đến tình trạng thiếu và kém chính xác về thông tin y tế ở nước ta.

4.2. Số lượng thông tin nhiều nhưng không đủ: Hệ thống thu thập thông tin hiện tại dựa trên các nguồn từ cơ sở điều trị và từ trạm y tế. Mỗi trạm y tế đều triển khai khoảng 15 – 20 chương trình y tế trọng điểm, và phải ghi chép khoảng 40 – 50 sổ sách và biểu mẫu khác nhau. Do vậy, số lượng thông tin rất nhiều nhưng một số lớn lại trùng nhau. Ngược lại, có những thông tin cần thiết nhưng lại không trùng khớp với mục tiêu của các chương trình hay các dự án nên lại không được ghi nhận vào biểu mẫu.

4.3. Chất lượng thông tin còn thấp: Do phải thu thập nhiều thông tin, nguồn số liệu lại không chuẩn xác, biểu mẫu rối rắm và thiếu khoa học, đội ngũ cán bộ thống kê chưa ổn định.

4.4. Ít sử dụng thông tin: Cán bộ y tế cơ sở ít dùng các thông tin y tế để lập kế hoạch công tác mà thường là để báo cáo cho tuyến trên, cán bộ lập kế hoạch cũng ít dùng các số liệu trong các báo cáo định kỳ để xây dựng kế hoạch cho ngành.

VIII. PHƯƠNG HƯỚNG KHẮC PHỤC

Để công tác quản lý thông tin y tế đảm bảo tính đầy đủ, kịp thời và có chất lượng ta cần thực hiện một số công việc sau:

1. Xây dựng bộ chỉ số thống kê cơ bản

Xác định chỉ số thực sự cần thiết cho ngành Y tế nhằm giảm bớt gánh nặng công tác thống kê ở các tuyến, đặc biệt là các chỉ số liên quan đến SKSS.



2. Soạn thảo từ điển chỉ số y tế

Để thống nhất thuật ngữ, nâng cao chất lượng thông tin, mỗi chỉ số cần có hướng dẫn chi tiết về định nghĩa, khái niệm công thức và phương pháp tính, nguồn số liệu, phạm vi và giai đoạn thu thập thông tin.

3. Tăng cường công tác tập huấn cho cán bộ y tế (CBYT)

CBYT thường quen thuộc với loại báo cáo định kỳ và ít có điều kiện thu thập số liệu qua việc điều tra khảo sát, điều tra chọn mẫu. Do vậy, cần tập huấn việc sử dụng biểu mẫu trước khi tiến hành thu thập và báo cáo vì khi đưa một chỉ số mới vào biểu mẫu thì CBYT phải hiểu rõ được ý nghĩa và cách thu thập như thế nào.

+ Tất cả cán bộ chuyên trách TKYT và CBYT cơ sở cần được tập huấn về quản lý thông tin y tế. Các nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi cần được tập huấn để thu thập các chỉ số liên quan đến SKSS.

+ Cần bố trí đủ thời gian để cán bộ cơ sở nêu khó khăn, vướng mắc đang gặp phải để cùng giải quyết cụ thể và rút kinh nghiệm cho các đơn vị khác.

+ Để làm tốt công tác này, khi tập huấn về phương pháp, cần có tài liệu hướng dẫn cụ thể và cần chú ý đến: nội dung điều tra, đối tượng điều tra, phương pháp thu thập số liệu, biểu mẫu và thời gian điều tra.

4. Cải tiến sửa đổi hệ thống sổ sách, biểu mẫu và báo cáo

Thông tin thu thập phải được ghi chép đầy đủ và đúng quy định, muốn vậy ngoài việc tập huấn cho cán bộ làm công tác thống kê ta phải xem xét đến nội dung của các sổ sách, biểu mẫu có phù hợp và sắp xếp có hệ thống không. Sổ sách, biểu mẫu báo cáo phải được thống nhất và cấp phát từ đầu năm để các đơn vị có điều kiện ghi chép kịp thời.

5. Phương tiện thu thập và xử lý thông tin

Cần thiết lập hệ cơ sở dữ liệu chung cho dân số và y tế, từng bước tăng cường hệ thống máy vi tính từ trạm y tế xã cho đến tuyến cao hơn và cán bộ phải được tập huấn để sử dụng. Từng bước nối mạng nội bộ và áp dụng hệ thống quản lý thông tin địa lý – GIS.

6. Xây dựng và củng cố mạng lưới y tế thôn, bản (YTTB)

Xây dựng đội ngũ YTTB đều khắp cho tất cả thôn, bản, tìm nguồn hỗ trợ kinh phí để đội ngũ này được duy trì và hoạt động tốt.



7. Lập hệ thống giám sát

Xây dựng hệ thống và quy chế hoạt động giám sát về quản lý thông tin y tế, có kế hoạch giúp đỡ tuyến dưới về công tác thống kê, báo cáo v.v...

8. Phối hợp y tế tư nhân (YTTN)

Hiện nay y tế tư nhân (YTTN) đã có quy chế hoạt động, nhưng trong thực tế việc áp dụng còn chưa triệt để. Nhằm khắc phục việc thiếu thông tin, ta cần có quy chế chặt chẽ để phối hợp với YTTN trong việc thu thập thông tin về người bệnh. Các cơ sở YTTN phải báo cáo định kỳ cho cơ quan y tế Nhà nước về tình hình bệnh nhân đang điều trị để việc theo dõi tình hình bệnh tật được kịp thời.

9. Xây dựng thí điểm hệ thống thông tin y tế hộ gia đình

Do chỉ khoảng 30 – 40% số lượt người ốm đến cơ sở y tế Nhà nước nên cần xây dựng mô hình thu thập thông tin y tế từ hộ gia đình thông qua nhân viên YTTB để rút kinh nghiệm nhân rộng ra các vùng.

10. Đẩy mạnh công tác bảo hiểm y tế

Đẩy nhanh tiến độ sử dụng bảo hiểm y tế để quản lý thông tin về người bệnh thông qua cơ quan này.

11. Khen thưởng

Đưa việc cải tiến quản lý thông tin y tế vào kế hoạch công tác của các tuyến y tế và có đánh giá định kỳ, có thì đưa khen thưởng hàng năm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

1. Thông tin y tế được sử dụng để:

- A. Lập kế hoạch y tế, giám sát hoạt động y tế
- B. Quá trình Quản lý y tế
- C. Lập kế hoạch y tế, giám sát và đánh giá hoạt động y tế
- D. Lập kế hoạch, giám sát, đánh giá, kiểm tra các hoạt động y tế.

2. Các thông tin đầu vào của một chương trình hay hoạt động y tế bao gồm:

- A. Nhân lực và trang thiết bị
- B. Nguồn lực và trình độ kỹ thuật để giải quyết vấn đề y tế
- C. Nhân lực và phương tiện kỹ thuật
- D. Nhân lực và kinh phí.



3. Tỷ lệ tử vong của từng bệnh để đánh giá:
- A. Mức độ ảnh hưởng đến sức khỏe của cộng đồng
 - B. Sự nguy hiểm của bệnh trong cộng đồng
 - C. Yếu tố quyết định lựa chọn vấn đề ưu tiên cần giải quyết
 - D. Kết quả của chương trình can thiệp.
4. Tính chính xác của thông tin là:
- A. Đánh giá đúng tình trạng sức khỏe thực tế của cộng đồng
 - B. Phản ánh đúng tình hình thực tế
 - C. Đo lường được tình trạng sức khỏe của cộng đồng
 - D. Đo lường và đánh giá tình trạng sức khỏe thực tế của cộng đồng.
5. Thông tin được xác định trong các dạng như sau:
- A. Số lượng và định lượng
 - B. Định tính và định lượng
 - C. Số lượng và tỷ lệ
 - D. Số lượng và định tính.

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

Những thông tin sau là thông tin về số lượng:

TT	Câu hỏi	Đ	S
6	Bà mẹ có kiến thức về chăm sóc trẻ đúng cách		
7	Số mắc bệnh Lao		
8	Số phụ nữ từ 15		
9	Hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh đúng quy định		
10	Số trẻ được ăn theo ô vuông thức ăn quy định		

Câu hỏi truyền thống

11. Anh/chị hãy phân tích ưu và nhược điểm của lưu trữ, bảo quản thông tin bằng sổ sách và báo cáo tại trạm y tế cơ sở?
12. Anh/chị hãy trình bày việc báo cáo và thông báo y tế?



Bài 13

LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Trình bày lại khái niệm về kế hoạch và lập kế hoạch y tế.
2. Trình bày các loại lập kế hoạch y tế cộng đồng.
3. Trình bày trình tự các bước và nội dung của các bước lập kế hoạch y tế.
4. Lập được kế hoạch hoạt động cho vấn đề sức khỏe ưu tiên cụ thể.

I. KHÁI NIỆM VỀ KẾ HOẠCH VÀ LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

Kế hoạch là việc chuẩn bị, sắp xếp, bố trí công việc cần phải giải quyết cho tương lai. Nói khác đi, kế hoạch là con đường đưa ta đi, từ thực tại ta đang có đến thành quả mà ta mong muốn có được.

Lập kế hoạch là chức năng cơ bản nhất trong tất cả các chức năng về quản lý, và nó luôn được thực hiện trước các chức năng quản lý khác. Trình độ quản lý của một cán bộ được thể hiện trong việc lập kế hoạch và thực hiện được kế hoạch đã đề ra. Trong một cơ sở y tế, lập kế hoạch là lựa chọn một trong những phương án hành động tương lai cho toàn bộ cũng như cho từng bộ phận của cơ sở y tế đó.

Kế hoạch được lập phải khoa học và có tính khả thi: nghĩa là khi lập kế hoạch thì phải tuân thủ theo các nguyên tắc, nguyên lý, cơ sở khoa học, trình tự các bước, và phù hợp với thực tế về nhu cầu và nguồn lực.

Lập kế hoạch y tế là một quá trình hệ thống hoá và hợp lý hoá toàn bộ những hoạt động, những giải pháp nhằm dẫn đến mục tiêu đã được xác định, lựa chọn và dự kiến những bước đi phù hợp với thực tế của địa phương để giải quyết những vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng.

Mọi cán bộ làm việc trong lĩnh vực y tế cộng đồng cần phải biết và có khả năng lập được kế hoạch cho từng hoạt động và hay là chương trình y tế cộng đồng. Dần dần, trong quá trình phát triển kỹ năng, người cán bộ y tế cộng đồng phải biết và



**THƯ VIỆN
HUBT**

có thể xây dựng được kế hoạch y tế tổng thể dài hạn về mặt y tế cho một cơ sở hay một địa phương.

Tóm lại, một cách tổng quát, lập kế hoạch y tế bao gồm việc xác định và chọn lựa vấn đề sức khoẻ ưu tiên; thiết lập mục tiêu; lựa chọn các hoạt động, các giải pháp; sắp xếp và bố trí lịch trình; phân công nhiệm vụ, trách nhiệm cụ thể; tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, và cuối cùng là đánh giá kết quả đạt được so với mục tiêu đã đề ra.

II. CÁC LOẠI LẬP KẾ HOẠCH

Hiện nay có nhiều cách phân loại kế hoạch:

1. Phân loại theo thời gian

– Kế hoạch dài hạn (long term) hay kế hoạch chiến lược (strategic plan) thường từ ba đến năm năm. Có kế hoạch mười năm và xa hơn nữa.

– Kế hoạch trung hạn (mid term) thường từ một đến hai năm.

– Kế hoạch ngắn hạn (short term) thường là kế hoạch sáu tháng đầu năm hay sáu tháng cuối năm, kế hoạch quý, kế hoạch tháng.

2. Phân loại theo nội dung công việc

– Kế hoạch tài chính.

– Kế hoạch nhân lực.

– Kế hoạch xây dựng cơ sở hạ tầng, vật tư y tế.

– Kế hoạch hoạt động về các dịch vụ y tế công cộng v.v...

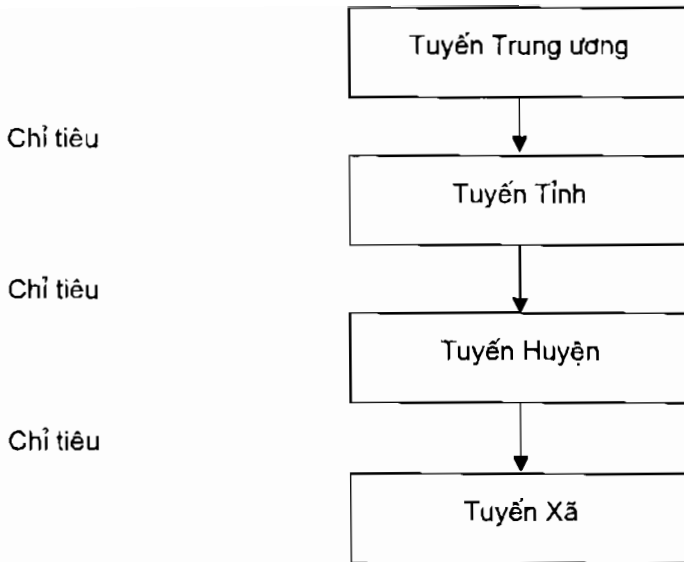
3. Phân loại theo cách làm kế hoạch

3.1. Lập kế hoạch theo chỉ tiêu

Lập kế hoạch theo chỉ tiêu (quota planning) là cách lập kế hoạch từ trên đưa xuống (top down approach), nghĩa là cấp trên đưa chỉ tiêu thực hiện cho cấp dưới, và cấp dưới lấy đó làm mục tiêu để xây dựng kế hoạch của mình. Với cách làm kế hoạch này, cấp dưới luôn bị động và trong đa số trường hợp, chỉ tiêu của trên đưa xuống không phù hợp với thực tế của địa phương. Có những vấn đề sức khoẻ là ưu tiên của cấp trên nhưng lại không phải là ưu tiên cho cấp dưới.

Mô hình hoá lập kế hoạch theo chỉ tiêu



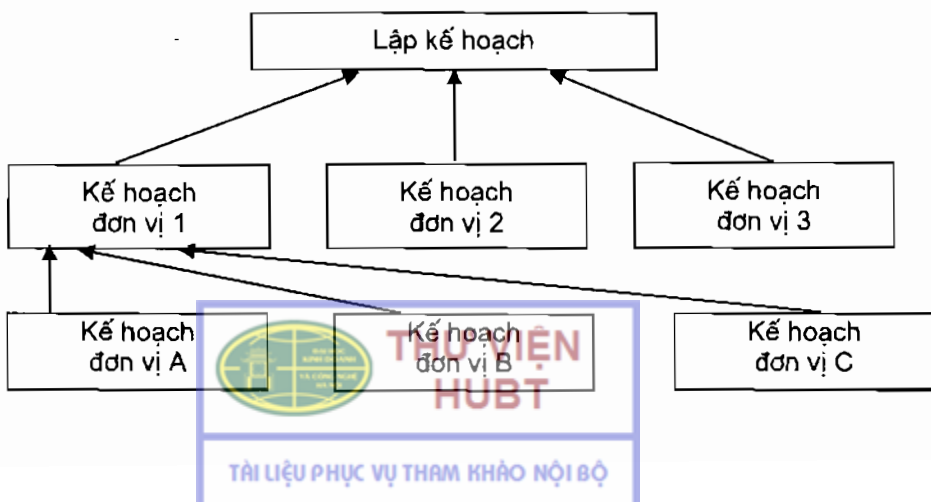


3.2. Lập kế hoạch từ dưới lên

Lập kế hoạch từ dưới lên (bottom up approach) đôi khi còn được gọi là lập kế hoạch theo định hướng vấn đề (problem oriented planning) hay lập kế hoạch theo nhu cầu (need oriented planning). Lập kế hoạch từ dưới lên khác hẳn với kiểu lập kế hoạch theo chỉ tiêu. Cấp dưới hay tuyến dưới lập kế hoạch trước tùy theo yêu cầu cụ thể của địa phương mình. Cấp trên hay tuyến trên lập kế hoạch sau, và căn cứ vào kế hoạch của cấp dưới để xây dựng bản kế hoạch của mình nhằm đáp ứng được yêu cầu của khu vực mình phụ trách, đồng thời đáp ứng được những nhu cầu của từng khu vực tuyến dưới.

Phương pháp lập kế hoạch từ dưới lên có nhiều ưu điểm. Trước hết nó gắn chặt trách nhiệm của cấp dưới (tuyến dưới) vào việc lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch đó. Cấp dưới luôn chủ động trong soạn thảo và thực hiện kế hoạch, và đặc biệt là bản kế hoạch luôn sát thực với tình hình của địa phương mình. Với phương pháp này, bản kế hoạch của các cấp từ dưới cơ sở tới Trung ương luôn đảm bảo tốt về mọi phương diện.

Mô hình hoá lập kế hoạch từ dưới lên



III. QUY TRÌNH LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

Khi lập kế hoạch, tùy vào loại kế hoạch và nội dung quản lý mà ta có quy trình lập kế hoạch cụ thể chi tiết khác nhau. Nói chung, quy trình lập kế hoạch hoạt động y tế hiện nay tuân thủ các bước sau:

- Hiện nay chúng ta đang ở đâu – phân tích tình hình thực tại và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên.
- Chúng ta muốn đi đến đâu – xây dựng mục đích, mục tiêu.
- Chúng ta đến đó bằng cách nào – chọn lựa giải pháp để thực hiện.
- Chúng ta đến đó như thế nào – lập kế hoạch hành động.

1. Phân tích tình hình và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên

1.1. Phân tích tình hình thực tại (*analyzing situation*)

Để phân tích tình hình, người quản lý cần thu thập và sử dụng thông tin. Không có thông tin, lập kế hoạch là một quá trình mò mẫm, rờ rạc.

Thông tin có thể được thu thập từ các sổ sách, báo cáo như từ sổ thống kê; sổ khám chữa bệnh; báo cáo định kỳ của các trạm y tế, phòng khám, bệnh viện. Thông tin cũng có thể có được từ các quan sát trực tiếp như qua các đợt khảo sát, điều tra; hay có thể thu thập được từ các cuộc phỏng vấn cộng đồng.

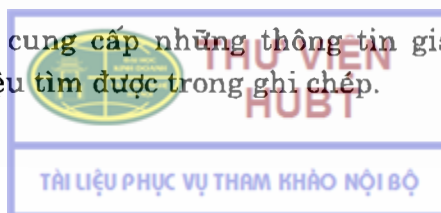
Những thông tin cần thu thập bao gồm:

- Những chỉ số về sức khỏe và bệnh tật v.v...;
- Những số liệu về dân số, nhóm tuổi; những chỉ số về kinh tế, văn hoá – xã hội như trường học, giáo dục, nông nghiệp v.v...;
- Những số liệu về nguồn lực như con người, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, kinh phí v.v...;
-

Khi thu thập thông tin, nên đặt các câu hỏi nhằm giải thích nguyên nhân của vấn đề, ví dụ như:

- Nhân dân có hiểu lợi ích của giữ vệ sinh tốt không?
- Thái độ và thói quen gây ra vấn đề sức khỏe là gì?
- Nguồn nước có an toàn không? Nếu không thì tại sao?
- Nhân dân có nhà vệ sinh không? Có sử dụng nhà vệ sinh không? Nếu không thì tại sao?
-

Những câu trả lời sẽ cung cấp những thông tin giải thích vấn đề sức khỏe chính xác hơn những số liệu tìm được trong ghi chép.



Nên biết những kết quả đã đạt được hoặc chưa đạt được trong các chương trình y tế, lập danh sách những đối tượng cần được can thiệp trong các chương trình đó.

Để đánh giá một chương trình, nên ghi nhận các ý kiến của cộng đồng về các khía cạnh sau:

- Nhân dân có ủng hộ và tham gia vào chương trình không?
- Sau các đợt tập huấn, học viên có áp dụng những gì họ đã được học không?
- Nội dung truyền đạt của các lớp tập huấn như thế nào? Có phù hợp với thực tế của địa phương không?
- Có những trở ngại gì mà chương trình y tế chưa đạt được hiệu quả? Có những biện pháp gì để giảm bớt hoặc loại bỏ những trở ngại đó?
- Có cần phải thay đổi đối tượng can thiệp không?

Từ tình hình thực tế, người cán bộ y tế nêu ra các vấn đề sức khỏe (health problem) tồn tại cần giải quyết, và các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng để chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên giải quyết.

Để xác định vấn đề sức khỏe, chúng ta có thể sử dụng bảng điểm với bốn tiêu chuẩn như dưới đây:

Bảng tiêu chuẩn xác định vấn đề sức khỏe

Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe	Điểm số			
	VĐ 1	VĐ 2	VĐ 3
1. Các chỉ số biểu hiện vấn đề ấy đã vượt quá mức bình thường?				
2. Cộng đồng đã biết đến vấn đề ấy và đã có phản ứng rõ ràng?				
3. Nhiều ban ngành hay đoàn thể đã có dự kiến hành động?				
4. Ngoài số cán bộ y tế, trong cộng đồng đã có một nhóm người khá thông thạo về vấn đề đó?				

• *Cách cho điểm:*

- 3 điểm: rất rõ ràng
- 2 điểm: rõ ràng
- 1 điểm: có ý thức, không rõ ràng lắm
- 0 điểm: không có, không rõ



• *Cách nhận định kết quả:*

9–12 điểm: có vấn đề sức khỏe trong cộng đồng

dưới 9 điểm: vấn đề chưa rõ.

1.2. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên (Identifying prioritized health problem)

Trong một cộng đồng, cùng một lúc có thể có nhiều vấn đề sức khỏe cùng hiện hữu. Các vấn đề sức khỏe này có thể có những mức độ trầm trọng khác nhau, mức độ ảnh hưởng khác nhau. Ngoài ra, nguồn lực của địa phương cũng có những biến thiên và thay đổi. Do vậy, cùng một lúc không thể giải quyết hết tất cả mọi vấn đề sức khỏe trong một cộng đồng dân cư. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên nhằm giải quyết các vấn đề sức khỏe phù hợp với tình hình thực tế tại địa phương trong một thời điểm cụ thể.

Để xác định, chúng ta có thể dựa vào Hệ thống Định bậc Ưu tiên Cơ bản = BPRS (Basic Priority Rating System). Đây là cách xác định vấn đề sức khỏe và chọn ưu tiên khi cân nhắc các yếu tố.

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

A. Diện tác động của vấn đề, thường thể hiện bằng các tần suất mắc bệnh hay các tỷ lệ tử vong.

B. Mức độ trầm trọng của vấn đề, căn cứ trên tính chất cấp bách, mức độ trầm trọng của hậu quả xã hội mà vấn đề đó gây ra.

C. Hiệu quả của chương trình can thiệp để giải quyết vấn đề đó: căn cứ vào khả năng nguồn lực có cho phép hay không? Chi phí bỏ ra có tương xứng với hiệu quả mang lại hay không? Có được người dân chấp thuận hay không? có phù hợp với quy định, pháp luật hay không?

Công thức trên cho thấy, yếu tố B được xem là quan trọng gấp hai lần yếu tố A và yếu tố C, bao trùm lên hai yếu tố A và C. Xem xét vấn đề nào có thể giải quyết có kết quả thì ta chọn ưu tiên.

Cũng có thể xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên bằng cách cho điểm số dựa vào các tiêu chuẩn. Các tiêu chuẩn này cũng tương đồng với các yếu tố A, B, và C như ở BPRS.

Bảng tiêu chuẩn lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên

Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên	Điểm số			
	VĐ 1	VĐ 2	VĐ 3
1. Mức độ phổ biến của vấn đề (nhiều người mắc hoặc liên quan)				
2. Gây tác hại lớn (tử vong, tàn phế, tổn hại kinh tế, xã hội...)				



3. Ảnh hưởng đến lớp người có khó khăn (nghèo khổ, mù chữ, vùng hẻo lánh...)				
4. Đã có kỹ thuật, phương pháp, phương tiện giải quyết.				
5. Kinh phí chấp nhận được				
6. Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết				

Xem xét các yếu tố của BPRS và các tiêu chuẩn trong bảng cho điểm, ta nhận thấy rằng, tiêu chuẩn 1 tương đồng với yếu tố A; tiêu chuẩn 2 và tiêu chuẩn 3 tương ứng với yếu tố B (quan trọng); ba tiêu chuẩn còn lại đồng nhất với yếu tố C.

• *Cách cho điểm*

Điểm	TC 1	TC 2	TC 3	TC 4	TC 5	TC 6
0	Rất thấp	Không	Không	Không thể	Cao	Không
1	Thấp	Thấp	Ít	Khó khăn	Trung bình	Thấp
2	Trung bình	Trung bình	Tương đối	Có thể	Thấp	Trung bình
3	Cao	Cao	Nhiều	Chắc chắn	Rất ít	Cao

• *Cách nhận định kết quả*

15–18 điểm: Ưu tiên

12–14 điểm: Có thể ưu tiên

Dưới 12 điểm: Xem xét lại, không nên ưu tiên

1.3. Lập mạng lưới nguyên nhân (web of causation)

Sau khi lựa chọn được vấn đề sức khỏe ưu tiên, chúng ta cần xác định nguyên nhân của vấn đề sức khỏe.

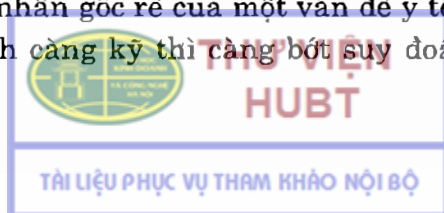
Các nguyên nhân có thể được phân loại theo góc độ:

- Từ phía nhà cung cấp y tế;
- Từ điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội;
- Từ nguồn sử dụng dịch vụ y tế.

Nguyên nhân cũng có thể phân thành:

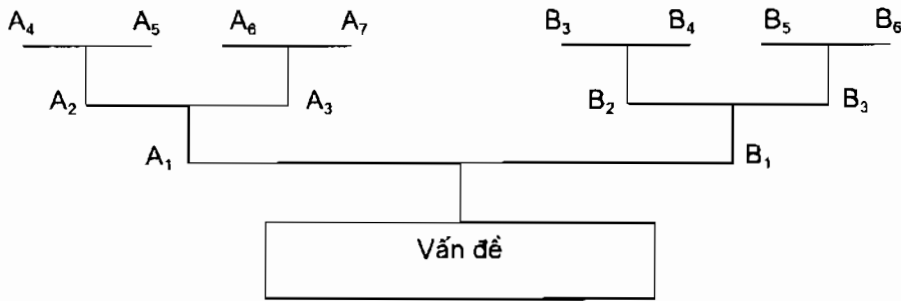
- Do thiếu các nguồn lực;
- Do tổ chức thực hiện yếu kém, không hợp lý;
- Do cộng đồng không chấp nhận được hoặc phản ứng.

Phân tích nguyên nhân gốc rễ của một vấn đề y tế không đơn giản. Tuy nhiên, nếu chúng ta phân tích càng kỹ càng thì càng bớt suy đoán chủ quan. Qua mạng lưới



nguyên nhân, nhà quản lý sẽ có một cái nhìn toàn diện hơn về vấn đề sức khỏe trong cộng đồng trước khi ra quyết định.

Trên thực tế nguyên nhân của một vấn đề khá phức tạp nên có thể mô tả theo "cây căn nguyên"



Mạng lưới nguyên nhân

Để vẽ nên mạng lưới nguyên nhân, ta dùng kỹ thuật đặt câu hỏi “nguyên nhân do đâu” hay “nhưng tại sao?”. Liên tục đặt các câu hỏi như vậy để tìm hiểu cận kề vấn đề.

2. Xây dựng mục tiêu (objective set)

Mục tiêu là kết quả mong muốn đạt được của một chương trình hay một hoạt động. Mục tiêu cần phải được xác định rõ ràng vì đó là cơ sở cho việc xây dựng một bản kế hoạch hành động, và nó cũng là cơ sở cho việc đánh giá một chương trình hay một hoạt động.

Khi xây dựng mục tiêu, nó phải được viết một cách ngắn gọn, rõ ràng và đảm bảo đầy đủ năm đặc tính cơ bản (SMART). Mục tiêu phải đủ: 2Đ + 3T

2.1. Đặc thù (Specific): không lẫn lộn vấn đề này với vấn đề khác.

2.2. Đo lường được (Measurable): có thể theo dõi, có thể quan sát, có thể đánh giá được.

2.3. Thích hợp, phù hợp (Applicable): với vấn đề sức khỏe đã được xác định, phù hợp với chiến lược, chính sách y tế, hoặc giúp giải quyết vấn đề cộng đồng đang muốn giải quyết.

2.4. Thực tế (Realistic): người ta có thể đạt được mục tiêu đó với nguồn lực có sẵn tại địa phương, và có thể vượt qua những khó khăn, trở ngại.

2.5. Thời khoảng (Time-bound): khoảng thời gian phải được quy định rõ để đạt được những điều mong muốn đã nêu.



3. Lựa chọn giải pháp

Giải pháp (solution) là con đường hay phương cách nhằm để đạt được mục tiêu, hay là cách để giải quyết nguyên nhân gốc rễ của vấn đề. Giải pháp là phương tiện, phương thức để đạt được mục tiêu.

Một giải pháp tốt khi nó đạt được năm tiêu chuẩn dưới đây:

3.1. Có tính thực thi cao (feasible): biện pháp phải rõ ràng, cụ thể và thích ứng với điều kiện của địa phương.

3.2. Chấp nhận được (acceptable): kinh phí để giải quyết phù hợp với điều kiện kinh tế-xã hội của địa phương.

3.3. Có hiệu lực (efficient): giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề tồn tại nhưng với kinh phí chấp nhận được.

3.4. Thích hợp (appropriate): giải quyết được vấn đề với nguồn lực của địa phương.

3.5. Duy trì được (sustainable): giải pháp không những giải quyết vấn đề sức khoẻ trong một giai đoạn khẩn cấp mà còn có thể duy trì để hạn chế và phòng ngừa vấn đề này xảy ra trong tương lai.

Một nguyên nhân gốc rễ có thể có nhiều giải pháp để giải quyết. Song ta chỉ nên chọn những giải pháp nào đáp ứng được các tiêu chuẩn trên.

4. Lập kế hoạch hoạt động

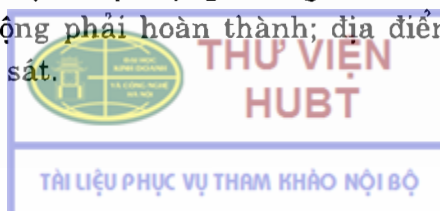
Hoạt động là những việc cụ thể sẽ làm. Nó chi tiết hơn các giải pháp.

Kế hoạch hoạt động (action plan) đảm bảo cho mọi việc thực hiện theo trình tự và thời gian dự kiến, đạt được mục tiêu đề ra. Khi lập một kế hoạch hoạt động thì người viết cần phải trả lời các câu hỏi sau:

- Ai làm? (Who)
- Làm cái gì? (What)
- Làm khi nào? (When)
- Làm ở đâu? (Where)
- Làm như thế nào? (How)
- Kết quả đạt được (Outcome)

Khi viết một kế hoạch hoạt động thì cần đủ các nội dung sau:

– Thời gian thực hiện hoạt động, bao gồm cả thời gian khởi đầu và hạn cuối (deadline) của hoạt động phải hoàn thành; địa điểm thực hiện hoạt động; người thực hiện, người giám sát.



- Nguồn kinh phí, vật tư.
- Kết quả dự kiến.

IV. VIẾT KẾ HOẠCH Y TẾ

1. Tên kế hoạch (title)

Mỗi bản kế hoạch đều có tên gọi của nó. Bản thân tên gọi phải bao hàm mục tiêu cần đạt song được viết một cách khái quát.

Ví dụ: Phục hồi dinh dưỡng cho trẻ em bị suy dinh dưỡng độ II trở lên tại tuyến xã.

2. Mục tiêu kế hoạch (objectives)

Mục tiêu luôn xuất phát từ vấn đề sức khoẻ và được viết dưới dạng ngược lại.

Ví dụ 1:

- Vấn đề sức khoẻ là: tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ dưới 1 tuổi còn thấp, chỉ đạt 80%.
- Mục tiêu sẽ là: “tăng tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ dưới 1 tuổi từ 80% lên đến 90% vào cuối năm 2001”.

Ví dụ 2:

- Vấn đề sức khoẻ là: tỷ lệ trẻ em sơ sinh chết vì bị uốn ván rốn ở các xã miền núi cao.
- Mục tiêu sẽ là: “Hạ thấp tỷ lệ trẻ em bị uốn ván rốn ở các xã miền núi xuống dưới 0,5% vào cuối năm 1999”.

Không nên viết “tăng tỷ lệ tiêm phòng uốn ván cho các bà mẹ có thai ở miền núi” vì đây chỉ là một giải pháp để đạt được mục tiêu đã nêu ở ví dụ 2.

3. Giải pháp (solution)

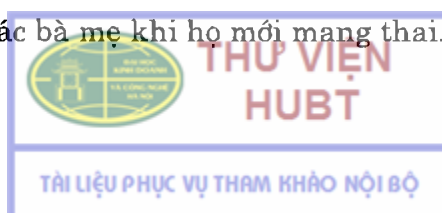
Ví dụ: để đạt mục tiêu là giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh bị uốn ván rốn, có thể thực hiện bằng nhiều giải pháp như tiêm vaccin uốn ván cho bà mẹ khi mang thai, thực hiện đỡ đẻ sạch, vận động đến đẻ tại trạm y tế xã v.v... Không dứt khoát chỉ chọn một giải pháp, nhưng đôi khi cũng khó có thể thực hiện cùng một lúc nhiều giải pháp.

4. Hoạt động (action plan)

Hoạt động là những công việc cụ thể sẽ làm.

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

- Lập danh sách các bà mẹ khi họ mới mang thai.



- Vận động bà mẹ mang thai đi khám và tiêm vaccin uốn ván.
- Tổ chức các điểm tiêm vaccin uốn ván cho phụ nữ có thai.
- Dự trữ đủ vaccin uốn ván v.v...

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 nhưng không thực hiện được hoặc không đảm bảo kỹ thuật sẽ làm ảnh hưởng tới kết quả của các hoạt động tiếp sau đó.

5. Thời gian (time frame)

Thời gian cần phải được quy định rõ ràng, nhất là thời điểm kết thúc một hoạt động (deadline). Sự quy định về thời gian giúp cho kế hoạch luôn được thực hiện theo đúng tiến độ.

6. Người thực hiện – người giám sát – người phối hợp

Cần ghi rõ cụ thể tên. Điều này giúp cho người quản lý có cơ sở để theo dõi và giám sát công việc. Nó cũng giúp để nhận xét, đánh giá công việc của từng cá nhân trong công tác.

7. Nguồn kinh phí – vật tư y tế (resource)

Tương ứng với mỗi hoạt động đều cần có những nguồn kinh phí và vật tư, trang thiết bị, thuốc men nhất định. Trong bản kế hoạch cần ghi rõ cụ thể những mục này.

Nhiều khi chỉ việc lập một kế hoạch chi tiết đã phát hiện ra sự thiếu hụt các nguồn lực, và vì thế mà phải điều chỉnh lại mục tiêu hoặc là các giải pháp của bản kế hoạch.

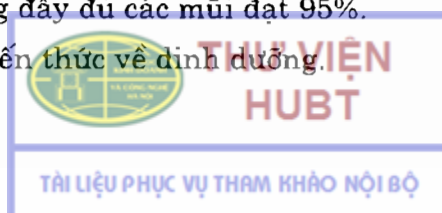
8. Kết quả dự kiến (outcome)

Thông thường, mục này hay bị bỏ quên trong khi lập kế hoạch, song nó lại là phần hết sức quan trọng và không thể thiếu được. Kết quả dự kiến giúp cho người thực hiện biết cái đích cần đạt được một cách cụ thể. Nó giúp cho người quản lý theo dõi được tiến độ thực hiện và đánh giá khi kết thúc kế hoạch.

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

Ví dụ:

- 95% bà mẹ mang thai được đưa vào danh sách quản lý thai sản.
- Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ các mũi đạt 95%.
- 85% bà mẹ có kiến thức về dinh dưỡng.



Dựa vào kết quả dự kiến cùng với mốc thời gian hoàn thành, cán bộ quản lý có thể theo dõi tiến độ thực hiện kế hoạch. Cũng như thế, khi tổng kết cuối năm, dựa vào các kết quả đạt được và đối chiếu với kết quả dự kiến, người cán bộ quản lý có thể đánh giá tình hình sức khỏe của cộng đồng và tình hình công tác y tế của địa phương mình quản lý.

V. ĐIỀU CHỈNH KẾ HOẠCH

Kế hoạch đặt ra không có nghĩa là không sửa đổi được, nhất là sau một thời gian thực hiện. Trong trường hợp không có khả năng thực hiện một số hoạt động, nguyên nhân có thể là do thiếu nhân lực, kinh phí không đủ hay do những yếu tố khách quan khác, thì cần phải điều chỉnh lại mục tiêu và giải pháp, thay đổi kế hoạch.

Cũng có thể mục tiêu đặt ra thấp hơn là khả năng thực có khiến công việc được tiến hành vượt tiến độ hoặc quá khối lượng thì cũng cần phải điều chỉnh kế hoạch.

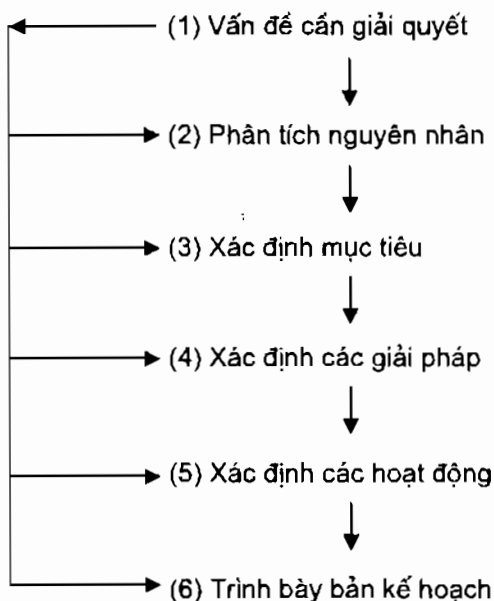
Những yếu tố chính để dựa vào đó mà quyết định sự điều chỉnh kế hoạch là:

- Những thay đổi về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng, có những đột biến trong tình hình sức khỏe, hay mẫu bệnh tật.
- Tình hình cơ sở vật chất, các nguồn lực được cung cấp cho việc thực thi kế hoạch không bảo đảm.
- Chính sách y tế thay đổi, có những chủ trương mới của Đảng và Nhà nước;
- Tiến độ công việc không đúng với dự kiến, đối tượng đích (target population) thay đổi.

Khi điều chỉnh kế hoạch, các bước thực hiện cũng phải theo đúng quy trình. Cần rà soát lại khâu xác định vấn đề, chọn ưu tiên cũng như xem xét, rút kinh nghiệm những hoạt động trước đó và dự đoán khả năng thực hiện trong thời gian tới. Cần phải thông báo rõ ràng và cụ thể cho mọi nhân viên biết những thay đổi trong kế hoạch, cùng những sự phân công, phân nhiệm mới.

Kết luận: Lập kế hoạch là một khâu quan trọng trong chu trình quản lý. Thực hiện lập kế hoạch tốt giúp cho việc quản lý có hiệu quả chương trình y tế. Khi lập kế hoạch cần phân tích kỹ lưỡng tình hình nguồn lực hiện có và các yếu tố liên quan tới chương trình sẽ tiến hành. Tùy theo từng loại kế hoạch mà đưa ra bản kế hoạch có tính khả thi nhưng phải tuân thủ theo 05 bước lập kế hoạch cơ bản.





TỰ LƯỢNG GIÁ

Điền vào chỗ trống

1. Phân loại kế hoạch theo những cách sau đây:

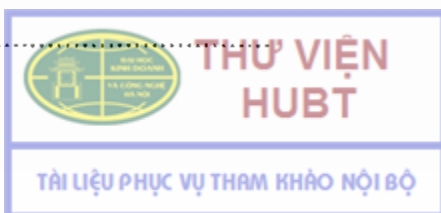
- A. Phân theo thời gian.
- B.
- C.

2. Các bước lập kế hoạch bao gồm:

- A. Xác định vấn đề sức khoẻ và lựa chọn vấn đề ưu tiên
- B.
- C.
- D. Lập kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động.
- E. Viết bản kế hoạch tổng thể và trình phê duyệt.

3. Nội dung của mục tiêu bao gồm:

- A. Tên công việc.
- B.
- C. Thời gian hoàn thành.
- D.



4. Yêu cầu mục tiêu cần đảm bảo 05 đặc tính sau:

- A. Đặc thù.
- B.
- C. Thích hợp.
- D.
- E. Quy định khoảng thời gian rõ ràng.

5. Kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động cần bao gồm những nội dung sau:

- A. Tên hoạt động.
- B.
- C.
- D. Người hoặc cơ quan phối hợp
- E. Kinh phí và cơ sở vật chất cần thiết.

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

6. Kế hoạch chiến lược là kế hoạch triển khai trong khoảng thời gian:

- A. Từ hai năm đến ba năm
- B. Từ một đến hai năm
- C. Trên ba năm
- D. Trên mười năm.

7. Kế hoạch trung hạn là kế hoạch triển khai trong khoảng thời gian:

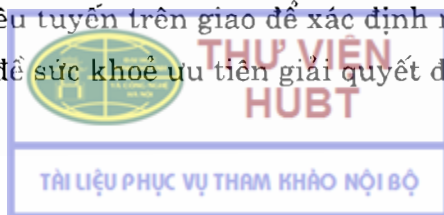
- A. Từ hai đến ba năm
- B. Từ một đến hai năm
- C. Dưới một năm
- D. Từ ba đến bốn năm.

8. Ưu điểm của lập kế hoạch từ dưới lên là:

- A. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với nguồn lực của địa phương
- B. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với khả năng, nguồn lực của địa phương
- C. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với năng lực của cán bộ y tế địa phương
- D. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với chiến lược giải quyết các vấn đề tồn tại của cộng đồng.

9. Yêu cầu đối với tuyến dưới khi tập kế hoạch theo chỉ tiêu là:

- A. Tự xác định chỉ tiêu của đơn vị mình
- B. Đề xuất các chỉ tiêu của đơn vị mình với cấp trên
- C. Sử dụng chỉ tiêu tuyến trên giao để xác định mục tiêu
- D. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên giải quyết để xác định chỉ tiêu.



10. Phân tích nguyên nhân của vấn đề sức khỏe đề:

- A. Xác định nguồn lực cần có để giải quyết vấn đề sức khỏe có hiệu quả
- B. Xác định mối liên quan giữa các nguyên nhân gây ra vấn đề sức khỏe
- C. Xác định khu vực sẽ đầu tư để giải quyết vấn đề sức khỏe có hiệu quả cao
- D. Xác định các yếu tố tác động thực sự là nguyên nhân gây ra vấn đề sức khỏe.

Xử lý tình huống

11. Theo báo cáo y tế của xã Yên Đỗ, huyện Phú Lương năm 2004, vấn đề sức khỏe ưu tiên cần được giải quyết là suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở đối tượng này là 42%. Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết vấn đề sức khỏe, Ban ngành đoàn thể quan tâm. Thực phẩm có sẵn tại địa phương, tỷ lệ hộ nghèo trong xã là 10%, 5 cán bộ làm việc tại trạm y tế xã. Anh/ chị hãy thảo luận nhóm theo các chặng sau:

- Phân tích nguyên nhân của vấn đề sức khỏe nêu trên? Hãy tìm nguyên nhân gốc rễ của vấn đề và lựa chọn những nguyên nhân có thể giải quyết được?
- Viết mục tiêu để giải quyết vấn đề sức khỏe nêu trên?
- Lựa chọn các giải pháp có tính khả thi để đạt được mục tiêu.
- Liệt kê các hoạt động chi tiết để đạt được các giải pháp.
- Thảo luận để thống nhất bản kế hoạch giải quyết vấn đề sức khỏe.



THEO DÕI – GIÁM SÁT CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được các khái niệm: theo dõi, giám sát, kiểm tra, thanh tra, đánh giá.
2. Trình bày các phương thức giám sát.
3. Mô tả quy trình giám sát và các tiêu chuẩn, chức năng của người giám sát.
4. Xây dựng được kế hoạch và danh mục cho một vấn đề ưu tiên để giám sát.

I. CÁC ĐỊNH NGHĨA

1. Theo dõi (monitor)

Theo dõi là việc thu thập thông tin một cách định kỳ việc thực hiện hoạt động (số liệu về tiến độ) dựa trên các chỉ số đầu ra hay là kết quả dự kiến của một hoạt động.

Phân tích những thông tin đó sẽ tìm ra được những nguyên nhân làm cho việc thực thi kế hoạch không đúng tiến độ; từ đó đưa ra được những biện pháp can thiệp cần thiết nhằm hoàn thành kế hoạch.

Trong thực tế, theo dõi không tách rời khỏi hoạt động giám sát.

2. Giám sát (supervision)

Giám sát là hình thức quản lý trực tiếp, trong đó người giám sát xem xét, tìm ra những khó khăn của người được giám sát/ tuyến dưới, rồi cùng với họ và những người có liên quan tìm cách khắc phục khó khăn đó.

Như vậy, giám sát là một quá trình hỗ trợ và đào tạo liên tục tại chỗ. Đối tượng giám sát là con người, và công việc giám sát là nhằm vào việc nâng cao chất lượng thực hành của người được giám sát thông qua hướng dẫn, khuyến bảo, giúp đỡ, dạy dỗ và động viên.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

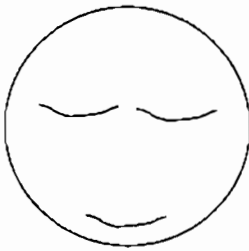
3. Phân biệt giám sát với kiểm tra, và thanh tra

Giữa những hoạt động trên có những điểm giống nhau, vì vậy dễ dẫn đến nhầm lẫn. Những điểm chung của các hoạt động này là tiếp xúc với cá nhân hoặc tập thể, tìm hiểu hoạt động của họ. Tuy nhiên, những điểm khác nhau cơ bản như sau:

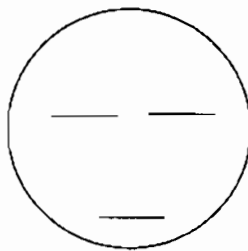
- **Kiểm tra (examination):** trọng tâm là tìm hiểu tiến độ công việc, hiệu quả, hiệu suất, và những nguyên nhân dẫn đến thất bại hay thành công của một hoạt động.

- **Thanh tra (inspection):** là một hoạt động nhằm tìm hiểu xem công việc có điều gì vi phạm với các quy định, pháp lý hay pháp luật không.

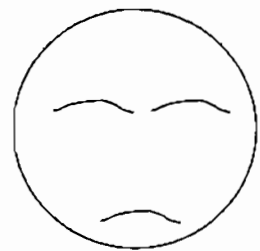
Tóm lại, giám sát có tính cách động viên và giúp đỡ người đang thực hiện công việc; kiểm tra có tính chất tìm tòi và nhận xét về công việc đang tiến hành; thanh tra có chức năng phát hiện và xử lý.



Giám sát



Kiểm tra



Thanh tra

II. PHƯƠNG THỨC GIÁM SÁT

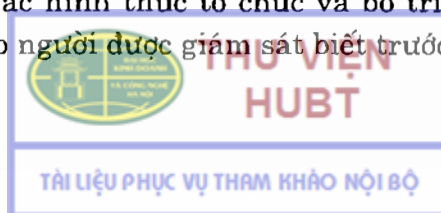
1. Giám sát trực tiếp

Giao việc, quan sát trực tiếp (hoặc cùng làm), khi thấy sai sót thì giám sát viên hướng dẫn, làm mẫu. Giám sát trực tiếp mang lại lợi ích thiết thực vì đó là một trong các phương cách để đào tạo liên tục cho cấp dưới, tuyến dưới.

2. Giám sát gián tiếp

Giám sát viên xem xét, phân tích các báo cáo, sổ sách, nhận định về chất lượng công việc, tìm ra những điểm yếu của tuyến dưới/ cấp dưới để hỗ trợ, uốn nắn.

Để giám sát về mặt kỹ thuật thì cần phải quy định các tiêu chuẩn kỹ thuật, phải có bảng kiểm, bảng quy trình. Để giám sát về quản lý thì cần có bản quy định nhiệm vụ, chức năng, các hình thức tổ chức và bố trí nhân lực. Những quy định trên phải hướng dẫn cho người được giám sát biết trước.



Giám sát có thể là đột xuất hay định kỳ. Về nguyên tắc thì sự giám sát càng thường xuyên càng tốt.

III. LĨNH VỰC GIÁM SÁT VÀ GIÁM SÁT VIÊN

1. Lĩnh vực giám sát

Các lĩnh vực giám sát có thể là:

- Vấn đề quản lý và cơ sở vật chất.
- Những công việc được giao.
- Các chương trình y tế.

2. Giám sát viên

Giám sát viên tốt nhất là người đã, đang làm công việc đó, được đào tạo thêm về chuyên môn và nghiệp vụ giám sát. Giám sát viên cũng có thể là người quản lý, điều hành chung của đơn vị đó.

Người giám sát cần có những yêu cầu và tiêu chuẩn sau để việc giám sát có hiệu quả:

2.1. Có nghệ thuật tiếp xúc với con người

Có khả năng nói chuyện và đối xử thân mật với cấp dưới, lịch sự trong giao thiệp với cấp dưới và cũng cần vững vàng, cương quyết trong những lúc cần thiết. Biết lắng nghe ý kiến của người được giám sát.

2.2. Nắm vững về kỹ thuật

Giám sát viên phải biết trình diễn, mô phỏng, và hướng dẫn cho người được giám sát tiến hành công việc. Không có giám sát viên nào có thể làm tốt công việc giám sát nếu giám sát viên đó không làm được những việc mà người được giám sát mong đợi.

2.3. 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 ra quyết định và giải quyết những tồn tại và yêu cầu của cấp dưới.



IV. QUY TRÌNH ĐIỀU HÀNH GIÁM SÁT

1. Chọn hoạt động giám sát ưu tiên

Từ kế hoạch hoạt động (action plan), từ những báo cáo, số liệu sẵn có và kết quả giám sát lần trước, người quản lý tuyến trên xác định những vấn đề đang tồn tại, cần nêu giả thuyết về những nguyên nhân có thể dẫn đến những tồn tại đó. Khi các nguyên nhân đã được cân nhắc về nhiều phương diện như mức độ ảnh hưởng, tầm quan trọng, khả năng hạn chế nó v.v..., thì người quản lý chọn ra những nội dung ưu tiên cho những giám sát sắp tới (xem bảng ví dụ về chọn ưu tiên của hoạt động giám sát ở trang kế),

2. Xây dựng bảng danh mục giám sát

Nguyên tắc cơ bản của việc xây dựng bản danh mục giám sát là các phân mục được soạn thảo đầy đủ ở mức cần thiết, phù hợp với điều kiện cụ thể của đối tượng được giám sát. Bản danh mục không dùng 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 đã làm tốt để động viên. Cuối bản danh mục bao giờ cũng có phần ghi biên bản, ghi lại những điều đã làm được, những kỹ thuật làm đúng hoặc làm sai, sự hỗ trợ, thời gian nhận được sự hỗ trợ... Những điều ghi trong biên bản chỉ để nhắc nhở, giúp đỡ, và gắn bó trách nhiệm giữa người được giám sát và người giám sát hay cấp trên.

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

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

Mức độ và tính chất của bản danh mục giám sát cũng rất khác nhau. Ví dụ, ở xã A, hoạt động khám thai và tiêm chủng rất yếu. Nội dung giám sát phải nhằm trước hết vào các hoạt động khám thai và tiêm chủng xem đã đủ chưa. Nếu đủ rồi nhưng vẫn yếu, khi đó bản danh mục giám sát sẽ chọn kỹ hơn về mặt kỹ thuật như đo huyết áp, đo vòng bụng, đo chiều cao tử cung v.v..., xem có đúng không (xem bảng ví dụ về danh mục giám sát những hoạt động quản lý của trạm y tế xã ở trang kế).

3. Tổ chức nhóm giám sát

Giám sát viên cần được đào tạo, huấn luyện chuyên môn kỹ thuật về giám sát. Nhóm giám sát gồm những giám sát viên. Do có nhiều nội dung giám sát nên cần huấn luyện cho các giám sát viên sao cho họ có thể biết thạo nhiều việc, để khi xuống tuyến dưới thì cùng một lúc có thể giám sát nhiều nội dung lồng ghép với nhau.

Bản danh mục giám sát do một người soạn thảo, đem thảo luận trong cả nhóm để bổ sung và thống nhất. Sau đó phải có người chịu trách nhiệm chính, theo dõi, tổng kết hoạt động của nhóm mình và báo cáo với người có trách nhiệm. Có thể thành lập vài nhóm giám sát chuyên biệt, mỗi nhóm chịu trách nhiệm một lĩnh vực.

Ví dụ: Danh mục giám sát những hoạt động quản lý của trạm y tế xã

Nội dung giám sát	GS lần trước		GS lần này	
	Có	Không	Có	không
<p>A. Lập kế hoạch và tổ chức</p> <p>1. Trạm đã xác định được các mục tiêu, tiêu chuẩn của từng chương trình y tế hay kế hoạch công tác.</p> <p>2. Tất cả mọi người trong trạm đều biết mục tiêu này.</p> <p>3. Trạm sinh hoạt đều, có sổ sinh hoạt, ghi chép rõ ràng.</p> <p>4. Có bản kế hoạch năm và có kế hoạch hoạt động.</p> <p>B. Nhân viên</p> <p>1. Mỗi nhân viên đều có bản chức năng, nhiệm vụ.</p> <p>2. Mỗi nhân viên có bản kế hoạch hoạt động tuần, tháng, quý.</p> <p>C. Các nguồn</p> <p>1. Có sổ theo dõi sử dụng thuốc.</p> <p>2. Có bản nội quy sử dụng thuốc.</p> <p>3. Có bản quy trình sử dụng các thiết bị.</p> <p>.....</p>				



4. Lập kế hoạch giám sát

Giám sát là một hoạt động lớn nên cần phải lập kế hoạch hành động cụ thể cho việc giám sát.

V. TIẾN HÀNH GIÁM SÁT TẠI CƠ SỞ

1. Những việc phải làm khi giám sát

- Gặp gỡ, tiếp xúc với cá nhân và tập thể với thái độ cởi mở, chân thành. Tránh hách dịch, bắt bẻ những sai sót, và chỉ biết chê mà không động viên. Cần khích lệ và động viên.

- Quan sát. Quan sát khác với dòm ngó, soi mói. Quan sát là một nghệ thuật vì khi có kỹ năng quan sát, người giám sát viên không có ảnh hưởng lên tâm lý của người được giám sát.

- Thảo luận với cá nhân và tập thể để tìm ra những nguyên nhân chính của vấn đề tồn tại. Thảo luận để chia sẻ cùng tuyến dưới những khó khăn và tìm ra giải pháp bằng chính khả năng, nguồn lực của họ hơn là hứa hẹn trợ giúp.

- Nghiên cứu sổ sách, báo cáo. Đây không phải là công việc chính của người giám sát, song qua sổ sách, báo cáo, người giám sát có thể phát hiện một số vấn đề trong các hoạt động y tế.

- Hướng dẫn và trao đổi kinh nghiệm. Đây là hoạt động cơ bản của giám sát.

- Sử dụng bản danh mục giám sát. Tránh mở bản danh mục giám sát và hỏi, và điền từng mục, từng câu. Làm như thế giống như là kiểm tra, thanh tra. Cần đọc kỹ bảng danh mục trước khi đi giám sát. Những gì thấy được, biết được cần phải nhớ, nếu cần ghi chép thì phải ghi chép một cách tế nhị. Đọc lại toàn bộ và nếu thấy thiếu mục gì thì có thể tìm hiểu tiếp.

- Hợp mật với người phụ trách đơn vị và các thành viên được giám sát để rút kinh nghiệm và thống nhất biên bản.

2. Những việc làm sau giám sát

- Viết báo cáo.

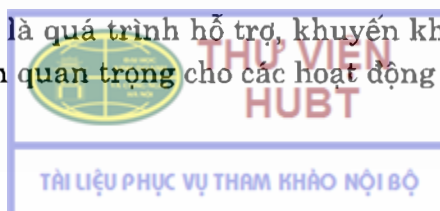
- Lên chương trình thực hiện những giải pháp hỗ trợ.

- Hợp bàn với đơn vị có liên quan để phối hợp hỗ trợ.

- Ghi chép vào sổ giám sát để theo dõi.

- Đưa ra những kiến nghị với người có thẩm quyền và đề xuất những hỗ trợ hợp lý.

Tóm lại, giám sát là quá trình hỗ trợ, khuyến khích động viên, đào tạo tại chỗ. Giám sát tốt góp phần quan trọng cho các hoạt động đạt kết quả.



TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu hỏi đúng sai (Đánh dấu X vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai)

STT	Câu hỏi	Đ	S
1	Theo dõi và giám sát là hai hoạt động cùng có chung một mục đích?		
2	Nhiệm vụ của giám sát viên là hướng dẫn hỗ trợ đào tạo liên tục?		
3	Giám sát sẽ giúp đỡ, tạo nên uy tín của đối tượng giám sát trong cộng đồng?		
4	Giám sát, kiểm tra, thanh tra là những hoạt động có cùng mục đích?		
5	Thúc đẩy việc thực hiện tốt các hoạt động ở cơ sở y tế là nhiệm vụ của giám sát viên?		

Câu hỏi lựa chọn (Khoanh tròn vào chữ cái đầu câu trả lời đúng)

6. Giám sát tiến hành khi

- A. Lập kế hoạch và triển khai thực hiện
- B. Lập kế hoạch
- C. Lập kế hoạch hoặc triển khai thực hiện
- D. Triển khai thực hiện.

7. Giám sát là quá trình quản lý trong đó giám sát viên

- A. Bàn bạc với tập thể và cá nhân để giải quyết vấn đề
- B. Giám sát viên cùng thảo luận với người được giám sát để tìm ra giải pháp
- C. Đưa ra yêu cầu về chuyên môn kỹ thuật và yêu cầu tuyến dưới thực hiện
- D. Đưa ra tài liệu cho người được giám sát tham khảo và làm mẫu về kỹ thuật.

8. Kiểm tra y tế là việc

- A. Xem tiến độ so với mục tiêu đề ra
- B. Xem xét tiến độ thực hiện kế hoạch và việc thực hiện các quy định khi thực hiện kế hoạch
- C. Đo lường kết quả ở thời điểm nhất định và nhận định chất lượng kỹ thuật
- D. Hỗ trợ kỹ thuật khi có sai sót và xử lý vi phạm.

9. Áp dụng phương pháp quan sát khi tiến hành giám sát cần lưu ý

- A. Tạo không khí nghiêm túc khi tiến hành giám sát
- B. Tạo không khí thân mật và chỉ ghi chép hoặc uốn nắn vào thời điểm thích hợp và tế nhị



- C. Tạo không khí thân mật và chỉ ghi chép hoặc uốn nắn ngay khi cán bộ y tế làm sai
 - D. Ghi chép tất cả những ưu và nhược điểm của cán bộ y tế ngay khi phát hiện.
10. Người giám sát vững vàng về nội dung giám sát nghĩa là biết:
- A. Làm thành thạo công việc
 - B. Trình diễn, mô phỏng và hướng dẫn cho người được giám sát tiến hành công việc
 - C. Được đào tạo bài bản nội dung công việc
 - D. Cùng cán bộ y tế giải quyết các tồn tại của cơ sở y tế.

Câu hỏi truyền thống

- 11. Trình bày nguyên tắc xây dựng bảng danh mục giám sát?
- 12. Liệt kê các loại công cụ có thể sử dụng trong lần đi giám sát?
- 13. Trình bày nội dung bước tiến hành giám sát?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế – Tổ chức Y tế Thế giới. *Quản lý y tế*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2001.
2. Bộ Y tế – UNICEF. *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 1996.
3. Bộ Y tế – UNICEF. *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở*. Nhà xuất bản y học. Hà Nội, 2000.
4. Bộ Y tế – Vụ Khoa học và Đào tạo. *Quản lý các chương trình y tế ở tuyến y tế cơ sở*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 1990.
5. Bộ Y tế. *Quy chế Bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2001.
6. Bộ trưởng Bộ Tài chính. *Quyết định số 351 – TC/QĐ/CĐKT ngày 22 tháng 5 năm 1997 về việc ban hành chế độ quản lý, sử dụng và tính hao mòn tài sản cố định trong các đơn vị hành chính sự nghiệp*.
7. Bộ môn Tổ chức và Quản lý y tế. *Bài giảng Quản lý và Chính sách y tế*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2002.
8. Đào Văn Dũng, Phan Văn Tường. *Đánh hoạt động, chương trình y tế can thiệp. Quản lý y tế*. Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới, Dự án phát triển hệ thống y tế. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2001. Tr 173 – 184.
9. *Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992*. Báo Nhân dân số 13617 ngày 20 tháng 4 năm 1992.
10. *Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam*. Nhà xuất bản Pháp lý. Hà Nội, 1989.
11. Phạm Trí Dũng, Phí Văn Thâm. *Những vấn đề cơ bản của kinh tế y tế*. Trường Đại học Y tế công cộng. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2000.
12. Trường Cán bộ quản lý y tế. *Y xã hội học – Y tế công cộng*. Hà Nội, 1996.
13. Trường Đại học Y Hà Nội – Bộ môn Tổ chức và Quản lý y tế. *Bài giảng quản lý và chính sách y tế*. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2002.
14. Trương Việt Dũng. *Đánh giá chương trình, hoạt động y tế*. Bài giảng Quản lý y tế Trường Cán bộ quản lý y tế, Bộ môn Quản lý y tế. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 1997. Tr 104 – 117.
15. *Thông tư Liên Bộ Y tế – Tài chính – Lao động Thương binh và xã hội số 08/ TT-LB ngày 20/4/1995 Hướng dẫn một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở*.



Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:

Phó Tổng biên tập NGÔ ÁNH TUYẾT
Giám đốc Công ty CP Sách ĐH-ĐN NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – PHẠM THỊ HỒNG PHÚC

Trình bày bìa:

ĐINH XUÂN DŨNG

Chế bản:

HÀ THÁI LINH



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

TỔ CHỨC Y TẾ – CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ QUỐC GIA
(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CAO ĐẲNG Y HỌC)

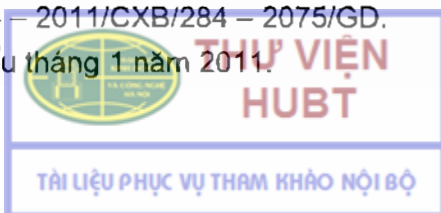
Mã số: 7K870y1 – DAI

In 1.000 bản (QĐ : 02), khổ 19 x 27 cm. In tại Công ty Cổ phần In Phúc Yên.

Địa chỉ : Đường Trần Phú, thị xã Phúc Yên, Vĩnh Phúc.

Số ĐKKH xuất bản : 14 – 2011/CXB/284 – 2075/GD.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 1 năm 2011.





CÔNG TY CỔ PHẦN SÁCH ĐẠI HỌC - DẠY NGHỀ
HEVOBCO
25 HÀN THUYỀN – HÀ NỘI
Website : www.hevobco.com.vn; Tel : 043. 9724715

TÌM ĐỌC SÁCH GIÁO KHOA Y HỌC DÙNG CHO HỆ CAO ĐẲNG CỦA NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

- | | |
|--|--|
| 1. Bệnh học cơ sở | NGUYỄN MỸ (Chủ biên) |
| 2. Các phương thức điều trị bằng vật lí | LÊ QUANG KHANH (Chủ biên) |
| 3. Giải phẫu bệnh | NGUYỄN QUANG TUẤN - TRẦN HÒA (Đồng chủ biên) |
| 4. Giải phẫu chức năng hệ vận động và hệ thần kinh | LÊ QUANG KHANH - HOÀNG NGỌC CHƯƠNG (Đồng chủ biên) |
| 5. Hóa phân tích | NGUYỄN THỊ TÂM (Chủ biên) |
| 6. Hóa sinh | PHẠM THỊ MINH THƯ - LÊ THỊ THUỶ (Đồng chủ biên) |
| 7. Kỹ thuật siêu âm | HOÀNG NGỌC CHƯƠNG (Chủ biên) |
| 8. Lượng giá chức năng hệ vận động | HOÀNG NGỌC CHƯƠNG - LÊ QUANG KHANH (Đồng chủ biên) |
| 9. Quá trình phát triển con người | LÊ QUANG KHANH (Chủ biên) |
| 10. Sinh lí bệnh | TRẦN HỮU PHÚC - NGUYỄN THÁI NGHĨA (Đồng chủ biên) |
| 11. Tâm lý học Y học - Y đức | NGUYỄN HUỶNH NGỌC (Chủ biên) |
| 12. Tổ chức y tế - Chương trình y tế quốc gia | HOÀNG NGỌC CHƯƠNG (Chủ biên) |
| 13. Vận động trị liệu | NGUYỄN THỊ THANH BÌNH - LÊ QUANG KHANH (Đồng chủ biên) |
| 14. Vi sinh y học | TRẦN VĂN HÙNG - NGUYỄN THỊ ĐOAN TRINH (Đồng chủ biên) |

Bạn đọc có thể mua tại các Công ty Sách – Thiết bị trường học ở các địa phương hoặc các Cửa hàng sách của Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam :

Tại Hà Nội : 25 Hàn Thuyên ; 187B Giảng Võ ; 232 Tây Sơn ; 23 Tràng Tiền ;

Tại Đà Nẵng : Số 15 Nguyễn Chí Thanh ; Số 62 Nguyễn Chí Thanh ;

Tại Thành phố Hồ Chí Minh : Cửa hàng 451B – 453, Hai Bà Trưng, Quận 3 ;

Chi nhánh Công ty CP Sách Đại học – Dạy nghề, 240 Trần Bình Trọng, Quận 5 ;

Tại Thành phố Cần Thơ : Số 5/5, đường 30/4 ;

Tại Website bán hàng trực tuyến : www.sach24.vn

Website : www.nxbgd.vn



8 934994 047609



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ



Giá: 43.000 đ