

**CHƯƠNG TRÌNH KHCN CẤP NHÀ NƯỚC KX-05
ĐỀ TÀI KX-05-11**

Đề tài nhánh 05

**NGHIÊN CỨU QUẢN LÝ
NHÂN LỰC TRONG Y TẾ**

TẬP BÁO CÁO CHUYÊN ĐỀ

Hà Nội- 2004

5471-5
13/9/05

STT**TÊN CHUYÊN ĐỀ**

- 1 Các khái niệm công cụ và cách tiếp cận nghiên cứu nguồn nhân lực và quản lý nguồn nhân lực y tế
- 2 Bản chất lao động y tế và quản lý nguồn nhân lực y tế
- 3 Đánh giá thực trạng đội ngũ cán bộ y tế nước ta về cơ cấu, trình độ, những vấn đề cấp bách
- 4 Phân tích chính sách sử dụng nhân lực y tế, đặc biệt là chính sách đối với vùng sâu, vùng xa
- 5 Thực trạng và các vấn đề gay cấn trong quản lý nhân lực y tế tại các bệnh viện
- 6 Thực trạng và các vấn đề gay cấn trong quản lý nhân lực y tế tại các trạm y tế và mạng lưới y tế cơ sở
- 7 Phân tích điều kiện làm việc của các cán bộ y tế các vùng khó khăn
- 8 Quan điểm phát triển y tế bền vững và vấn đề quản lý nhân lực y tế
- 9 Quản lý nhân lực trong mạng lưới y tế dự phòng
- 10 Các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý nguồn nhân lực y tế ở tuyến trung ương
- 11 Các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý nguồn nhân lực y tế ở các tuyến địa phương
- 12 Kiến nghị một số phương hướng chính sách trong dài ngọ cán bộ y tế
- 13 Kinh nghiệm quốc tế và mô hình quản lý cán bộ y tế ở một số nước

CÁC KHÁI NIỆM CÔNG CỤ VÀ CÁCH TIẾP CẬN NGHIÊN CỨU NGUỒN NHÂN LỰC VÀ QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC

TS. Phan Thục Anh

MỞ ĐẦU:

Đề hướng tới một nền y tế công bằng và hiệu quả ngành y tế đã và đang kiên trì thực hiện nhiều giải pháp liên quan đến các lĩnh vực như phát triển nguồn nhân lực (NNL), kinh tế y tế kỹ thuật và tin học, tổ chức và quản lý, xã hội hóa công tác y tế..., Nhóm giải pháp nhằm nâng cao khả năng chuyên môn và quản lý tốt NNL y tế luôn luôn được coi là một trong những nhóm giải pháp hàng đầu, quyết định sự phát triển chung của ngành.

Trong khoảng 15 năm qua, ngành y tế đã thực hiện nhiều đổi mới nhằm phát triển NNL với những cách tiếp cận khoa học và các công cụ có hiệu quả hơn.

Một số nghiên cứu về nhân lực y tế bao gồm cả hai lĩnh vực y và dược (kể cả y tế tư nhân) đã được thực hiện. Các nghiên cứu này thường tập trung vào sự phân bố nhân lực y tế theo các tuyến, theo trình độ chuyên môn (bằng cấp), theo các vùng địa lý và đánh giá một số khía cạnh chất lượng cán bộ. Nhân lực y tế cũng luôn luôn là nội dung quan trọng của các nghiên cứu khác thuộc các lĩnh vực như chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), sức khỏe sinh sản, giới trong ngành y tế... Gần đây, cuộc điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002 cũng dành riêng một phần cho việc nghiên cứu nhân lực y tế tại tuyến xã. Tuy nhiên, các nghiên cứu nói trên mới chỉ phản ánh được những nét chung của một số loại hình cán bộ y tế do số đối tượng nghiên cứu còn hạn chế, cỡ mẫu thường không đủ lớn để có thể đưa ra những kết luận đầy đủ về NNL y tế.

Đối với việc quản lý NNL, trước đây nặng về quản lý nhân sự (tương tự như các ngành khác) và quản lý theo quy trình. Trong quá trình đổi mới chung của toàn ngành việc quản lý NNL y tế cũng được nâng cao do vận dụng những cách tiếp cận toàn diện và phù hợp nhằm đạt được các mục tiêu cụ thể.

Ngành y tế có những đặc điểm riêng, đồng thời lại liên quan chặt chẽ đến nhiều ngành khác do đó các công cụ nghiên cứu và quản lý NNL y tế rất phong phú và đa dạng.

CÁC CÁCH TIẾP CẬN NGHIÊN CỨU VÀ QUẢN LÝ NNL Y TẾ:

Việc nghiên cứu và quản lý NNL của bất cứ ngành nào (y tế, giáo dục, văn hóa...) đều dựa vào một số nguyên tắc chung, mặt khác phải tính đến những đặc điểm riêng của ngành. Trách nhiệm chính của ngành y tế là chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân mà sức khỏe lại là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Đối tượng phục vụ của ngành y tế là tất cả mọi người, từ khi còn là bào thai cho đến hết cuộc đời. Mặt khác, chỉ riêng ngành y tế thì không thể tạo ra sức khỏe tốt mà phải có sự đóng góp của toàn thể xã hội. Các cách tiếp cận nghiên cứu và quản lý NNL y tế đều xuất phát từ những luận điểm này. Dưới đây là những nội dung cụ thể cần được lưu ý.

1- Ngành y tế là khoa học liên ngành:

Nói đến y tế có nghĩa là nói đến sức khỏe và các khía cạnh liên quan đến sức khỏe. Ngành y tế thực chất là ngành khoa học về sức khỏe bao gồm y học, dược học, trang thiết bị y tế, khoa học về y học cổ truyền, y học cộng đồng, điều dưỡng, xã hội học y tế, kỹ thuật y tế Mỗi lĩnh vực như y học, dược học, y học cộng đồng... lại được xây dựng từ nhiều môn khoa học tự nhiên (thí dụ: toán học, hóa học, sinh học, giải phẫu học...), khoa học xã hội và nhân văn (thí dụ: quản lý, kinh tế y tế, khoa học hành vi...). Càng ngành khoa học xã hội và nhân văn càng xâm nhập sâu vào y tế. Việc dạy học, ngoài kiến thức và kỹ năng còn có thái độ. Để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế thì một trong những tiêu chuẩn quan trọng là mối quan hệ giữa người cung cấp dịch vụ và khách hàng. Gần đây, vấn đề y đức đang được đặc biệt chú ý và cũng là một trong những vấn đề nổi cộm của ngành y tế. Y đức chính là khoa học xã hội và nhân văn, là đạo đức của người thầy thuốc trong việc giải quyết mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Y đức đã có từ lâu đời. Cách đây hơn 2000 năm, Hippocrate - người được coi là ông tổ của ngành y thời Hy Lạp cổ đại đã đưa ra "Lời thề Hippocrate" mà những người hành nghề y được phải tuyên thệ trước khi bước vào nghề. Các danh y của nước ta như: Tuệ Tĩnh, Hải Thượng Lãn Ông đã luôn luôn nêu cao tấm gương y đức. Hồ Chủ tịch cũng đã dạy: "Lương y như từ mẫu". Tất cả các bậc tiền bối nói trên đều nhấn mạnh rằng người thầy thuốc (cả y và dược) phải biết kính trọng thầy, tôn trọng và học hỏi đồng nghiệp, đặc biệt phải hết lòng với bệnh nhân, không được phân biệt người sang với người nghèo, không được lợi dụng việc chữa bệnh để cầu lợi cho bản thân mình. Có thể nói rằng y đức là phẩm chất hàng đầu của những người hành nghề y dược.

Cùng với quá trình công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước, hàng loạt vấn đề nảy sinh và phát triển liên quan đến ngành y tế, mô hình bệnh tật và tử vong cũng có những thay đổi. Nổi bật lên là sự gia tăng các tệ nạn xã hội (như ma túy), tai nạn và thương tích, các bệnh do ô nhiễm môi trường sống hoặc do lối sống gây ra (HIV/AIDS, béo phì, các bệnh nghề nghiệp...). Để giải quyết các vấn đề sức khỏe này rõ ràng là phải vận dụng các khoa học liên ngành và đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành.

Sức khỏe không chỉ đơn thuần là thể chất mà còn bao gồm cả tinh thần và xã hội. Tuyên ngôn Alma Ata năm 1978 đã định nghĩa: "Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tâm thần và xã hội, chứ không phải chỉ là tình trạng không có bệnh tật". Như vậy, sức khỏe liên quan toàn diện đến sự phát triển của con người và xã hội. Hiện nay người ta thường đánh giá sự phát triển của một xã hội qua chỉ số phát triển người (HDI). Chỉ số này do ba yếu tố hợp thành, đó là GDP (kinh tế), tuổi thọ bình quân (sức khỏe) và các chỉ tiêu về giáo dục (xóa nạn mù chữ, số năm học bình quân). Để có tuổi thọ bình quân cao thì rất nhiều chỉ số sức khỏe phải được cải thiện, thí dụ như tiêm chủng mở rộng, các chỉ số về tình trạng dinh dưỡng, tỷ lệ chết của trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi, tỷ lệ chết mẹ, tỷ lệ dân số được bảo vệ (phòng chống) các bệnh truyền nhiễm như: lao, sốt rét, nhiễm trùng hô hấp... Các nhóm dân cư có thu nhập cao hơn và có trình độ học vấn cao hơn thường đạt được các chỉ số sức khỏe tốt hơn, thí dụ: tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn, trẻ em ít bị suy

đinh dưỡng hơn... Nói một cách khác là sức khỏe liên quan chặt chẽ đến giáo dục, kinh tế và nhiều ngành khác nữa.

2- Đối tượng phục vụ của ngành y tế là tất cả mọi người.

Tất cả mọi người, không phân biệt giới tính, độ tuổi, nghề nghiệp, mức sống... đều có nhu cầu được CSSK. nhu cầu này kéo dài suốt cả cuộc đời con người, thay đổi theo tuổi tác, điều kiện/ môi trường sống và lao động. Thí dụ: Trẻ em dễ mắc các bệnh liên quan đến dinh dưỡng (như suy dinh dưỡng), nhiễm khuẩn (như là chảy, nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp); Thanh niên và người trưởng thành nói chung dễ bị tai nạn hơn và có thể mắc các bệnh nghề nghiệp (như bụi phổi, di chứng nghề nghiệp); Với người cao tuổi là bệnh cao huyết áp, các bệnh tim mạch...; Đồng bào các dân tộc ở các vùng cao, vùng sâu có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn hẳn, đặc biệt vào mùa mưa do muỗi sinh sản mạnh. Sức khỏe của mỗi người liên quan mật thiết đến tình trạng sức khỏe chung của cộng đồng. Một cộng đồng khỏe mạnh cả về thể chất và tinh thần (ít người ốm đau, không có dịch bệnh, môi trường ít hoặc không bị ô nhiễm, không có các tệ nạn xã hội...) là điều kiện lý tưởng đảm bảo cho mỗi người khỏe mạnh. Mặt khác, nếu các thành viên của cộng đồng đều khỏe mạnh theo đúng nghĩa của “sức khỏe” thì chắc chắn sẽ làm cho cuộc sống chung của cộng đồng được an toàn và lành mạnh, góp phần vào sự phát triển của xã hội, đất nước. Như vậy, nhu cầu CSSK bao gồm nhu cầu của từng cá nhân và của cả cộng đồng.

Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe (CSBVSK) bao gồm phòng bệnh và chữa bệnh. Một trong năm quan điểm CSBVSK nhân dân của Đảng và Chính phủ Việt Nam (Nghị quyết TW 4 Khóa 7 và nghị quyết số 37/CP) là “dự phòng tích cực và chủ động”. Đây là quan điểm xuyên suốt quá trình xây dựng và phát triển nền y tế Việt Nam. Quan điểm này được vận dụng trong việc tạo ra lối sống lành mạnh, văn minh, đảm bảo môi trường sống, lao động và học tập có lợi cho việc phòng bệnh và nâng cao sức khỏe, chủ động phòng chống các tác nhân có hại cho sức khỏe. Về thứ hai của CSBVSK là chữa bệnh. Đây là phần đòi hỏi đầu tư các nguồn lực, trong đó có nguồn nhân lực lớn nhất vì các loại bệnh tật hết sức đa dạng. Hiện nay Bộ Y tế chia các bệnh thành 21 chương với 312 mã, mỗi mã không phải chỉ có một bệnh.

Có thể nói rằng mọi bệnh nhân là một trường hợp riêng biệt. Đó đó người thầy thuốc không thể xử trí một cách cứng nhắc như nhau đối với các bệnh nhân mắc cùng một bệnh, đặc biệt là trường hợp các bệnh nhân ốm nặng hoặc mắc các bệnh hiểm nghèo hoặc các bệnh dễ bị xã hội định kiến. Cùng với việc khám chữa bệnh, thầy thuốc còn phải biết khuyên nhủ hoặc tư vấn cho bệnh nhân trong cả 2 lĩnh vực phòng bệnh và chữa bệnh. Dịch vụ tư vấn trong CSSK ngày càng được chú trọng và trở thành nhu cầu của nhiều người, kể cả người khỏe mạnh.

Sự đa dạng trong nhu cầu CSBVSK của cá nhân và cộng đồng đòi hỏi ngành y tế phải phát triển một hệ thống dịch vụ cũng hết sức đa dạng và nhiều khi còn nhạy cảm. Điều này cũng có nghĩa là phải có nguồn nhân lực y tế phù hợp thì mới có thể đáp ứng những nhu cầu CSSK cơ bản của tất cả mọi người.

Cần lưu ý rằng mô hình bệnh tật không phải là bất biến. Trong những năm qua mô hình bệnh tật ở Việt Nam về cơ bản vẫn là mô hình bệnh tật của một nước đang phát triển mà nhiệm vụ chủ yếu là tập trung giải quyết các bệnh nhiễm trùng

và thiếu dinh dưỡng. Mặt khác trong quá trình công nghiệp hoá, hiện đại hoá ở nước ta mô hình bệnh tật đang có những thay đổi do sự xuất hiện một số bệnh ở các nước đã phát triển, đó là các bệnh do ô nhiễm môi sinh/môi trường, bệnh do lối sống không lành mạnh (hút thuốc lá, lạm dụng thuốc, xì ke ma tuý...), do quá trình đô thị hoá, các bệnh ung thư, tim mạch... Cùng với sự giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em là sự xuất hiện bệnh béo phì ở trẻ em do ăn uống quá nhiều. Theo số liệu Điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002 tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị béo phì trong cả nước là 1,3% (riêng ở khu vực thành thị là 3%), tỷ lệ người từ 16 tuổi trở lên thừa cân là 11,8% (ở khu vực thành thị là 20,5%). Ngoài những thay đổi về mô hình bệnh tật còn hàng loạt vấn đề khác như lạm dụng thuốc (nhất là kháng sinh), dịch SARS.... đòi hỏi ngành y tế phải có nguồn nhân lực nhạy bén, thường xuyên được cập nhật kiến thức và kỹ năng phù hợp để giải quyết các vấn đề sức khoẻ nảy sinh. Mặt khác, phải có tầm nhìn xa cho 15 - 20 năm sau, dự báo được mô hình bệnh tật và các yếu tố tác động đến sức khoẻ để có chiến lược phát triển nguồn nhân lực đủ khả năng đáp ứng các nhu cầu CSSK trong giai đoạn này.

3- Nhân lực y tế đa dạng về chuyên môn và hoạt động ở mọi nơi:

Nhân lực y tế không chỉ là những người có chuyên môn y dược mà còn bao gồm cả đội ngũ kỹ sư, cá nhân, kỹ thuật viên và công nhân lành nghề. Do tính chất liên ngành của ngành y tế nên nguồn nhân lực y tế còn bao gồm cán bộ thuộc nhiều lĩnh vực khoa học và kỹ thuật khác như khoa học cơ bản (như hoá học, toán học...), kinh tế, xã hội học, thống kê, tin học, các ngành kỹ thuật như xây dựng, cơ khí, điện... và còn nhiều ngành khác nữa.

Riêng đối với lĩnh vực y và dược, ở Việt Nam hiện nay có 20 loại chức danh từ trình độ sơ học đến sau đại học (Theo niên giám thống kê năm 2002, Bộ Y tế) và bao gồm nhiều chuyên ngành. Trước đây ngành y dược đào tạo chủ yếu là bác sĩ đa khoa và dược sĩ đại học và một số chuyên khoa sơ bộ trong đại học như nội, ngoại, sản, nhi đối với ngành y hay bào chế, dược liệu, dược chính đối với ngành dược. Hiện nay, theo xu thế chung của thế giới và nhu cầu CSSK của nhân dân ta đã có thêm nhiều chuyên ngành như y tế công cộng, điều dưỡng, kỹ thuật y học... và có nhiều chuyên khoa sâu như tâm thần, bệnh nhiệt đới, cơ thể bệnh, pháp y... Cùng với sự phát triển của khoa học, y học ngày càng phát triển thêm nhiều chuyên khoa và chuyên khoa sâu. Như vậy, nguồn nhân lực y tế lại được bổ sung thêm những cán bộ, chuyên gia được đào tạo theo các chuyên khoa và chuyên khoa sâu dẫn đến những thay đổi trong việc tổ chức, phân công nhân lực và phát triển thêm các cơ sở y tế hoặc các đơn vị (khoa, phòng) trong ột cơ sở. Hiện nay ngoài các bệnh viện đa khoa còn có nhiều bệnh viện chuyên khoa như y học cổ truyền, mắt, lao và các bệnh phổi, tâm thần, u bướu, nội tiết... Trong các bệnh viện lại có nhiều khoa. Riêng các bệnh viện đa khoa tỉnh với khoảng 500 giường bệnh đã có gần 30 khoa và một số phòng chức năng, điều này cũng có nghĩa là nhân lực y dược được chuyên khoa hoá khá sâu và cùng với họ là một đội ngũ đông đảo cán bộ kỹ thuật để vận hành và bảo dưỡng các loại trang thiết bị y tế.

Để phục vụ tất cả mọi người cán bộ y tế có mặt ở mọi nơi. Ở nước ta nguồn nhân lực y tế được phân bố theo các tuyến, từ trung ương đến tỉnh, huyện và xã, từ tuyến huyện trở xuống là y tế cơ sở. Ngoài ra còn có một đội ngũ đông đảo nhân

viện y tế thôn bản, tính đến cuối năm 2002, 90% số thôn bản đã có NVYT hoạt động. Y tế thôn bản nằm ngay trong dân, có nhiệm vụ tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phát hiện sớm bệnh dịch, xử trí cấp cứu ban đầu, chăm sóc người mắc bệnh nhẹ và mãn tính, quản lý thai nghén. Vì vậy rất quan trọng và cần thiết cho công tác CSSK tại cộng đồng, đặc biệt ở nông thôn và miền núi.

Lao động y tế còn phục vụ ở tất cả các ban, ngành khác, đặc biệt đông đảo ở trong ngành giao thông - vận tải, quân đội... Các cơ quan, doanh nghiệp đều có trạm y tế riêng, có nơi có cả bệnh xá, phòng khám đa khoa. Nhiều ban, ngành có bệnh viện riêng như quân đội, công an, bưu điện, giao thông vận tải... cùng với một lực lượng cán bộ y tế đông đảo. Một bộ phận quan trọng của nguồn nhân lực y tế là y tế tư nhân. Quyết định 45-HĐBT đã cho phép y tế tư nhân được hoạt động, tiếp theo đó Bộ y tế đã có quyết định số 217-BYT/QĐ ngày 29/4/1989 ban hành quy chế về tổ chức và hoạt động của y tế tư nhân. Năm 1993 pháp lệnh hành nghề y được tư nhân đã được ban hành. Đến năm 2001 cả nước có khoảng trên 56.000 cơ sở hành nghề y được tư nhân bao gồm các loại hình: y, dược, y học cổ truyền và một số loại hình khác như kinh doanh TTB y tế, cơ sở xoa bóp/chăm sóc da mặt, cơ sở bán công... các loại hình cơ sở bao gồm bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, nhà hộ sinh, các phòng chẩn trị YHCT, các nhà thuốc tư nhân, đại lý bán thuốc, doanh nghiệp kinh doanh thuốc... YTTƯ đã tích cực tham gia vào các hoạt động CSSK, đặc biệt là cung cấp các dịch vụ cơ bản ở tuyến cơ sở, góp phần giảm bớt gánh nặng cho y tế nhà nước, tạo điều kiện thuận lợi cho người dân lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh phù hợp với điều kiện sức khỏe và kinh tế của mình.

Sự có mặt đông đảo của lao động y tế ở mọi tuyến, mọi ngành và sự góp mặt của YTTƯ đặt ra vấn đề cho quản lý nguồn nhân lực là làm thế nào để phối hợp và chỉ đạo tốt hoạt động của lao động y tế giữa các tuyến, giữa các ngành y tế và các ngành khác, giữa y tế công lập và y tế tư nhân.

Mặc dù nguồn nhân lực y tế rất dồi dào nhưng vẫn còn nhiều vấn đề tồn tại ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ và khả năng đáp ứng nhu cầu CSSK của toàn dân. Những vấn đề lớn của nguồn nhân lực y tế hiện nay là:

- Mất cân đối giữa các tuyến, các khu vực (tập trung đông ở Trung ương, ở khu vực thành thị), giữa phòng bệnh và chữa bệnh (rất thiếu trong lĩnh vực phòng bệnh), giữa các chuyên khoa, các loại hình cán bộ (thí dụ tỷ lệ bác sỹ/y tá cao hơn nhiều so với tỷ lệ này của khu vực và thế giới).
- Hẫng hụt giữa các thế hệ, do đó thiếu chuyên gia có kinh nghiệm trong một số lĩnh vực
- Nhu cầu có các cán bộ chuyên khoa cho các ngành mới chưa được đáp ứng đầy đủ, kịp thời.
- Sử dụng nhân lực y tế còn lãng phí (thí dụ bác sỹ, dược sỹ đại học làm trình dược viên), đồng thời có nạn chảy máu chất xám từ khu vực nhà nước sang khu vực tư nhân.
- Thiếu nguồn tuyển sinh ở vùng cao, nơi rất thiếu nhân lực y tế.
- Những hạn chế trong việc quản lý người hành nghề tư nhân (vi phạm quy chế hành nghề, chạy theo lợi nhuận...).

4- Những đổi mới trong giáo dục y học là yếu tố quan trọng để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế:

Tương tự như nhiều ngành khoa học khác, y học đã có những bước phát triển mạnh mẽ, đặc biệt từ nửa sau của thế kỷ 20. Người ta nhận thấy rằng cứ sau khoảng 10 - 15 năm kiến thức về y học của nhân loại lại tăng lên gấp đôi. Không ai có thể học hoặc cập nhật hết khối lượng kiến thức khổng lồ này trong khi nhu cầu BVCS ngày càng cao và có những thay đổi trong quá trình phát triển chung của xã hội. Để vượt qua thách thức này trước hết phải cải cách giáo dục y học. Nhiều hội nghị quốc tế được tổ chức để bàn bạc về sự cần thiết và các xu thế mới trong giáo dục y học (GDYH). Tổ chức y tế thế giới (WHO) đã thành lập nhiều trung tâm huấn luyện giáo viên trên toàn thế giới để đào tạo các giáo viên về phương pháp dạy và phương pháp học phù hợp với sự phát triển nhanh chóng của khoa học sức khỏe. Với sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, đặc biệt là WHO, ngành y tế Việt Nam đã có cơ hội thực hiện các thay đổi trong GDYH từ giữa những năm 80 của thế kỷ trước, đi đầu trong việc đưa các phương pháp dạy và học mới vào các trường đại học và trung học y, dược.

Thay đổi đầu tiên là xây dựng chương trình đào tạo bám sát mục tiêu thay cho kiểu chương trình thiết kế theo quy trình (do Bộ GD-ĐT ban hành) trong nhiều năm trước. Loại chương trình theo quy trình thường chặt chẽ, cứng nhắc, nhẹ về mục tiêu. Chương trình theo mục tiêu không đòi hỏi học viên phải học toàn bộ kiến thức hiện đại nhất của chuyên ngành. Việc đào tạo lại và đào tạo liên tục trở thành một chiến lược quan trọng trong việc nâng cao chất lượng nhân lực y tế. Từ cuối những năm 80 cán bộ công nhân viên trong ngành y tế đã bắt đầu làm việc theo mục tiêu.

Tiếp theo là sự chuyển đổi cách dạy và học từ thụ động sang chủ động (tích cực). Cách dạy và học này tạo cho học viên có khả năng chủ động học tập, dám tự học và học suốt đời. Cách học tập này lấy học viên làm trung tâm. Tất cả các hoạt động học tập đều nhằm nâng cao khả năng của sinh viên. Hiện nay tất cả các trường y, dược của Việt Nam, các lớp đào tạo lại đều đã quen thuộc với các phương pháp dạy và học như thảo luận nhóm, nghiên cứu tình huống, đóng vai, học dựa trên vấn đề, học giải quyết vấn đề ...

Một đổi mới quan trọng nữa là cải tiến các hình thức thi và đánh giá. Đây là khâu then chốt trong việc đảm bảo chất lượng cán bộ. Học viên được đánh giá cả ba lĩnh vực: kiến thức, kỹ năng và thái độ. Các phương pháp phổ biến trước đây như thi viết, thi vấn đáp dần dần được thay thế bằng các phương pháp có độ tin cậy cao, đảm bảo tính giá trị, tính công bằng, tính phân biệt và khách quan. Các phương pháp thường được sử dụng là câu hỏi nhiều lựa chọn, câu hỏi ngắn gọn, bảng kiểm, nghiên cứu tình huống...

Như đã nhắc đến ở trên, ngành y tế gần đây rất chú ý đến y đức. Không chỉ sinh viên trong các trường y, dược được học tập về y đức mà toàn thể cán bộ công nhân viên ngành y tế thường xuyên được giáo dục, coi đây là một tiêu chuẩn của chất lượng cán bộ. Đáng tiếc là hiện nay vẫn còn nhiều việc phải làm để mọi cán bộ y tế thực sự được coi là "lương y như từ mẫu".

Một vấn đề nữa của giáo dục y học ở Việt Nam là đổi mới công tác quản lý nhà nước về đào tạo cán bộ y tế bao gồm việc ban hành các quy chế thống nhất trong cả nước, nâng cao năng lực quản lý đào tạo từ trung ương đến cơ sở. Mỗi quan

hệ giữa đào tạo và sử dụng cũng được đề cập như một vấn đề nóng bỏng của quản lý nguồn nhân lực y tế.

Những đổi mới trên đây đã và sẽ góp phần phát triển nguồn nhân lực y tế theo phương hướng xây dựng một nền y học hiện đại, phát triển ở Việt Nam, phù hợp với thời kỳ công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu CSBVSK nhân dân.

5- Xã hội hóa công tác CSBVSK nhân dân:

Đây là quan điểm nhất quán nhất của Đảng cộng sản Việt Nam. Nghị quyết của hội nghị TW 4 Ban chấp hành TW Đảng khóa 7 đã nêu rõ: "Sự nghiệp CSSK là trách nhiệm của cộng đồng và mỗi người dân, là trách nhiệm của mỗi cấp ủy Đảng và chính quyền, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt". CSBVSK là trách nhiệm chung của toàn xã hội, nhưng không phải các thành viên trong xã hội, các tổ chức đều có vai trò, trách nhiệm như nhau. Các cấp ủy Đảng, chính quyền, các ngành, các đoàn thể có trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo, huy động các nguồn lực, động viên toàn xã hội tham gia công tác CSBVSK nhân dân. Ngành y tế giữ vai trò then chốt, chịu trách nhiệm phối hợp và thống nhất các hành động. Các ngành, các tổ chức xã hội một mặt phối hợp với nhau trong các hoạt động chung, mặt khác giữ vai trò then chốt về một mặt nào đó theo chức năng của mình. Rất nhiều vấn đề sức khỏe được giải quyết bằng các hành động liên ngành, thí dụ các vấn đề Dân số - KHHGD, suy dinh dưỡng ở trẻ em, TCMR, phòng chống sốt rét, bệnh cổ...

Việt Nam đã có kinh nghiệm tốt trong việc phối hợp liên ngành trong việc thực hiện các chương trình y tế, thí dụ:

- Hội phụ nữ: chương trình CSSK bà mẹ và trẻ em, KHHGD, SKSS.
- Hội nông dân: phong trào vệ sinh môi trường (thí dụ như "sạch làng tốt ruộng"), ATTP.
- Đoàn TNCSHCM: phòng chống tệ nạn xã hội, sức khỏe vị thành niên.
- Ngành giáo dục - Đào tạo: chương trình sức khỏe học đường.

Xã hội hóa CSBVSK cũng hàm ý là sự tham gia tích cực của cộng đồng; mỗi gia đình, mỗi cá nhân có trách nhiệm tự CSBVSK cho gia đình và bản thân qua việc trang bị những kiến thức cơ bản về sức khỏe để có thể phát hiện kịp thời và tự chữa các bệnh thông thường, mặt khác tự giác tham gia các hoạt động CSBVSK như làm vệ sinh, tiêm phòng bệnh, trồng cây thuốc... cộng đồng còn đóng góp, chi trả cho các dịch vụ CSSK qua viện phí, BHYT.

Khái niệm xã hội hóa còn bao gồm cả đa dạng hóa các hình thức, loại hình dịch vụ CSSK (nhà nước, bán công, liên doanh cổ phần hóa, tư nhân...) trong đó y tế nhà nước giữ vai trò chủ đạo.

6- Từ những cách tiếp cận trên đây có thể thấy là việc nghiên cứu và quản lý nguồn nhân lực y tế cần chú ý đến các khía cạnh sau:

- Tính chất liên ngành của nhân lực y tế, cụ thể là mối quan hệ giữa cán bộ có chuyên môn y, được với cán bộ thuộc các ngành khoa học khác trong nghiên cứu nguồn nhân lực để đảm bảo các nghiên cứu không thiên lệch quá nhiều về ngành

khoa học nào (thí dụ như chỉ quan tâm đến chuyên môn y, được hoặc quá chú ý đến các khía cạnh xã hội học của nguồn nhân lực y tế). Nhu cầu cán bộ thuộc các ngành khoa học khác với y, được cũng cần được đưa vào một kế hoạch tuyển dụng/ đào tạo.

- Dự báo nhu cầu nhân lực y tế cho 15 - 20 năm sau trên cơ sở nhu cầu CSBVSK nhân dân cũng như mô hình bệnh tật của Việt Nam trong thời gian tới để có thể ngay từ bây giờ bắt đầu việc tuyển chọn/ đào tạo vì để có một chuyên gia y tế giỏi thông thường cần 15 - 20 năm trong đó hơn 10 năm học tập (từ đại học đến sau đại học).

- Sự mất cân đối trong nguồn nhân lực y tế: phân bố không hợp lý giữa các tuyến, các vùng; thiếu hoặc thừa một số loại hình cán bộ; thiếu cán bộ hệ dự phòng và quản lý.

- Sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực: tránh lãng phí do cán bộ không làm đúng chuyên môn, ở đây có sự liên quan đến chế độ đãi ngộ và thu hút cán bộ đặc biệt đối với các vùng cao, vùng xa. Sự đãi ngộ này không chỉ đơn thuần là chế độ lương bổng mà còn ở cả điều kiện làm việc, cơ hội học tập nâng cao tay nghề, sự cất nhắc...

- Đánh giá kết quả do những thay đổi trong GDYH mang lại. Đây là việc không đơn giản, nhưng cần thiết vì cho đến nay rất ít nghiên cứu đã được thực hiện trong lĩnh vực này và thực tế là nhiều điều vẫn còn hạn chế ở mức "học", chưa thể hiện mạnh mẽ ở mức "hành".

- Sự tham gia liên ngành và lôi cuốn cộng đồng vào nghiên cứu nguồn nhân lực y tế (cụ thể như đánh giá chất lượng của cán bộ y tế qua thái độ ứng xử, việc cung cấp dịch vụ...)

CÁC CÔNG CỤ NGHIÊN CỨU VÀ QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ:

Các công cụ phải phù hợp với các cách tiếp cận. Do tính chất liên ngành, tính xã hội hóa cao của ngành y tế và cực đa dạng trong nguồn nhân lực y tế mà các công cụ nghiên cứu và quản lý nguồn nhân lực rất phong phú. Phần lớn các công cụ này tương tự như các công cụ được sử dụng trong các ngành khác, ngoài ra còn một số loại công cụ chỉ đặc trưng cho ngành y tế. Nếu chia theo phương pháp nghiên cứu thì cũng có 2 loại: định tính và định lượng.

1. Các công cụ thường được sử dụng nghiên cứu nguồn nhân lực y tế:

Những lĩnh vực thường được nghiên cứu bao gồm:

- Sự phân bố nhân lực y tế theo tuyến, theo trình độ chuyên môn, theo vùng địa lý, theo loại cơ sở y tế.

- Một số khía cạnh của chất lượng cán bộ: kiến thức chuyên môn, kỹ năng thực hành, thái độ đối với bệnh nhân.

- Việc sử dụng nhân lực, vai trò của giới trong trong cung cấp dịch vụ CSSK.

- Đào tạo và đào tạo lại.

Cho đến nay việc nghiên cứu hầu như chỉ tập trung vào cán bộ có chuyên môn y tế nghiên cứu về nhân lực được và thực tế không có nghiên cứu nào về cán bộ thuộc các ngành khoa học, kỹ thuật khác. Các công cụ thường được dùng nhiều nhất

là các biểu mẫu thống kê, bộ câu hỏi để phỏng vấn cá nhân và bảng kiểm. Ngoài ra còn một số công cụ ít hiệu quả hơn là thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu...

1.1. Biểu mẫu thống kê: Thu thập số liệu chung về nhân sự (tuổi, giới, trình độ chuyên môn, học vị...). Từ các biểu mẫu này xác định được sự phân bố nhân lực theo tuyến, vùng/khu vực, trình độ chuyên môn... Do đó thấy được thực trạng và nhu cầu nhân lực về số lượng, trình độ chuyên môn, loại hình cán bộ... giúp cho việc quản lý nguồn nhân lực (điều chỉnh, tuyển dụng, đào tạo...)

1.2. Bộ câu hỏi để phỏng vấn cá nhân cán bộ y tế, có thể phát trực tiếp hoặc gián tiếp (như qua đường bưu điện, qua trạm y tế...) để đối tượng tự ghi câu trả lời. Tốt nhất là phỏng vấn trực tiếp vì người trả lời có cơ hội làm rõ thêm một số ý. Tất cả cách hỏi này đều đã được sử dụng trong ngành y tế để thu thập thông tin về tình hình đào tạo, đào tạo lại, sử dụng nhân lực, chế độ chính sách đối với cán bộ, tình hình thu nhập... Tới đây, cuộc điều tra đánh giá nhân lực y tế phục vụ CSSKBD (1993), đánh giá thực trạng đào tạo nhân viên y tế thôn bản (1999), điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002.

Bộ câu hỏi cho phép đánh giá kiến thức cơ bản của cán bộ y tế về một số chuyên môn hẹp/ một chủ đề nào đó.

1.3. Bảng kiểm:

Thường dùng để đánh giá kỹ năng: các quy trình kỹ thuật của một công việc (như tiêm bắp, tiêm thuốc tránh thai...) và đánh giá thái độ ứng xử với bệnh nhân. Bảng này thường do những cán bộ có trình độ, kinh nghiệm sử dụng trong khi quan sát trực tiếp cán bộ y tế thực hiện một nhiệm vụ chuyên môn nào đó. Đây là công cụ tốt để đánh giá kỹ năng thao tác và kỹ năng giao tiếp, tuy nhiên tốn kém và chỉ thích hợp với cỡ mẫu nhỏ.

1.4. Xử trí tình huống:

Công cụ này cho phép lượng giá kiến thức và khả năng ra quyết định của cán bộ y tế trước một tình huống có thật trong công việc hàng ngày của họ. Đây là cách làm thuận tiện (vì có thể lồng ghép vào bộ câu hỏi) cho phép xác định những lỗ hổng trong kiến thức nghề nghiệp và cách xử trí với từng bệnh nhân, từ đó lập kế hoạch đào tạo nâng cao năng lực cho từng loại hình cán bộ y tế.

1.5. Các công cụ khác như thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu cũng cung cấp một lượng thông tin có tính chất định tính đối với cán bộ y tế của các cơ sở khám chữa bệnh. Loại công cụ này thường được sử dụng để lấy ý kiến của cộng đồng (nhân dân, các đoàn thể, ban ngành...) về chất lượng phục vụ, chủ yếu là thái độ của cán bộ y tế.

2. Các công cụ quản lý nguồn nhân lực y tế:

Tương tự như các ngành khác, công cụ quản lý nguồn nhân lực có hiệu lực mạnh mẽ là pháp luật, ngoài ra có đào tạo, huấn luyện là một loại công cụ đặc biệt hiệu quả. Ở một phạm vi hẹp hơn người ta sử dụng các công cụ về mặt tổ chức, phân công lao động như các bản mô tả nhiệm vụ, làm việc theo nhóm.

2.1. Pháp luật: nhấn mạnh vai trò quản lý nhà nước.

Rất nhiều văn bản về các bộ luật, các quy định, quy chế... đã được ban hành đối với ngành y tế trong đó có những văn bản để quản lý nguồn nhân lực y tế; thí dụ:

- Quyết định số 58/TTg ngày 3/2/1994 của Thủ tướng chính phủ về y tế cơ sở trong đó có quy định về chế độ, chính sách đối với cán bộ y tế cơ sở như giáo viên.

- Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân (1993), quy định điều kiện hành nghề, quyền lợi và nghĩa vụ của người hành nghề y tế tư nhân...

- Quy định về y đức ban hành theo quyết định số 2088/BYT-QĐ ngày 6/11/1996 gồm 12 điều liên quan đến mối quan hệ của người cán bộ y tế đối với nghề nghiệp, với người bệnh, với đồng nghiệp và với xã hội.

2.2. Các hội thảo, các lớp tập huấn: Là công cụ hữu hiệu để đào tạo lại, nâng cao năng lực (cả về 3 lĩnh vực kiến thức, kỹ năng, thái độ), chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp, tìm các giải pháp cho các vấn đề y tế...

Các cuộc hội thảo và tập huấn được tổ chức thường xuyên từ trung ương đến cơ sở. Có thể nói rằng chính nhờ học (và hành) qua các lớp tập huấn này mà ngành y tế đã chuyển đổi được lối làm việc, cán bộ y tế tiếp cận được những thành tựu mới của ngành.

2.3. Bản mô tả nhiệm vụ: là phương pháp quản lý nhằm quy định rõ mỗi loại cán bộ/ nhân viên của một bộ phận hay một tuyến phải làm những công việc gì và phải chịu trách nhiệm trước ai. Việc này giúp cho việc lập kế hoạch nhân lực y tế cũng như làm cơ sở cho việc xây dựng mục tiêu và chương trình học tập ở các trường y tế. Hiện nay ở tất cả các trạm y tế xã đều có các bảng mô tả nhiệm vụ của từng người, được treo ở những vị trí dễ thấy nhất để nhân dân có thể đọc được, do đó biết được cần gặp ai khi ốm hoặc có nhu cầu về các dịch vụ y tế khác.

2.4. Làm việc theo nhóm:

Nhóm bao gồm những người cùng chung sức để đạt được một mục tiêu y tế. Mỗi người trong nhóm đều đóng góp theo khả năng, kỹ năng của mình và phối hợp với những người khác trong nhóm để đạt được mục tiêu đó. Có nhiều loại nhóm khác nhau phụ thuộc vào công việc mà nhóm đảm nhận, có nhóm lưu động (như đội BVBMTH - KHHGD), có nhóm làm việc tại bệnh viện như ê-kíp phẫu thuật. Ngày nay cách làm việc theo nhóm (team-work) rất được coi trọng trong phân công, tổ chức lao động y tế.

KẾT LUẬN:

Nguồn nhân lực y tế có vai trò quyết định trong sự phát triển của ngành y tế. Việc nghiên cứu và quản lý nguồn nhân lực y tế là nhằm tạo ra một đội ngũ lao động y tế có tay nghề giỏi, có tiềm năng tự phát triển và đạo đức tốt, sẵn sàng đáp ứng nhu cầu CSBVSK nhân dân trong giai đoạn công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước. Trên cơ sở vận dụng những cách tiếp cận chung và những cách riêng của ngành y tế, sử dụng các công cụ nghiên cứu và quản lý thích hợp, chắc chắn rằng nguồn nhân lực y tế sẽ đáp ứng được những đòi hỏi của nhân dân về CSBVSK, góp phần thúc đẩy sự phát triển chung của đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Bộ Y tế (1997) Phát triển giáo dục đào tạo và khoa học công nghệ ngành y tế theo nghị quyết trung ương 2, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2002) Niên giám thống kê y tế 2002.
3. Bộ Y tế (2003) Xây dựng y tế Việt Nam công bằng và phát triển, NXB Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê (2003) Điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002.
5. Chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển (2002) Nghiên cứu tăng cường vai trò quản lý của nhà nước đối với hệ thống y tế tư nhân ở tuyến cơ sở, Báo cáo nghiên cứu khoa học.
6. Đỗ Nguyên Phương (1998) Một số vấn đề xây dựng ngành y tế phát triển ở Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội.
7. Hung, Minas et al (2000) Efficient, Equity oriented strategies for health, CIMH, Melbourne.
8. McMahon E, Barton E, Piot M (1992) On being in charge, WHO, Geneva.
9. Phạm Mạnh Hùng, Lê Ngọc Trọng, Lê Văn Truyền, Nguyễn Văn Thường (1999) Y tế Việt Nam trong quá trình đổi mới, NXB Y học, Hà Nội.
10. Vụ Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế (2001) Giáo dục và Đào tạo nhân lực y tế, Dự án WHO/HRH/001, NXB Y học, Hà Nội.

(2)

BẢN CHẤT LAO ĐỘNG Y TẾ VÀ QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ

T. S. Nguyễn Bạch Ngọc
Viện Chiến lược và chính sách y tế

1. BẢN CHẤT LAO ĐỘNG Y TẾ

1.1. Lao động y tế là nghề có quá trình đào tạo dài nhất, thời gian có thể hành nghề muộn nhất

Khác với tất cả các nghề khác, nghề y ở Việt nam cũng như ở tất cả các nước trên thế giới là nghề có quá trình đào tạo đại học 6 năm, thay vì 4 năm ở các trường tổng hợp và 5 năm ở các trường kỹ thuật. Trong 6 năm đại học này, sinh viên y khoa có chương trình thực tập khá dài ở các bệnh viện. Điều này cũng có nghĩa, ngoài chương trình thực tập ở bệnh viện, các sinh viên y khoa cũng phải tiếp xúc rất sớm với mọi yếu tố nguy cơ nghề nghiệp như tất cả các nhân viên y tế khác (sẽ trình bày ở phần sau).

Quá trình đào tạo dài nhất so với các trường khác, nhưng khi tốt nghiệp, mỗi bác sỹ trẻ vẫn chưa thể hành nghề ngay được. Họ còn phải qua nhiều năm thực tập tiếp tục, ít nhất là 3-4 năm nữa. Sau thời gian này, mỗi bác sỹ mới có thể bước đầu hành nghề. Các năm tiếp theo vẫn phải là các năm tích lũy kiến thức thông qua hoạt động thực tế. Như vậy có thể nói, thời gian trung bình mỗi bác sỹ có thể hành nghề được là 9- 10 năm, gấp đôi so với các ngành khác.

Trong khi đó có nhiều ngành, ngay từ khi còn trên ghế nhà trường, sinh viên đã có thể thực tập và hoạt động nghề nghiệp được như ngoại ngữ, kinh tế, viết báo, viết văn...

Như vậy có thể nói, nghề y là nghề có quá trình đào tạo dài nhất, nhưng thời gian có thể hành nghề lại muộn nhất

1.2. Tính chất nghề nghiệp

1.2.1. Đặc điểm môi trường nơi làm việc

Do tính chất nghề nghiệp, nhân viên y tế phải làm việc trong các điều kiện môi trường rất khác nhau với rất nhiều các yếu tố môi trường bất lợi cho sức khỏe như:

a/ các yếu tố vật lý: tiếng ồn, tia X, sóng siêu âm, điện từ trường; tia

hồng ngoại, tia cực tím, sóng tần số radio từ các thiết bị vật lý trị liệu....,

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Cảnh Phú (1996), có 15/83 phòng X-quang có liều xuất phóng xạ cao hơn tiêu chuẩn cho phép, trong đó có 9/45 phòng X-quang thuộc bệnh viện công và 6/37 thuộc phòng khám tư. Nguyên nhân là các thiết bị đã quá cũ và chất lượng quá kém.

Nguyễn Hữu Dũng (1996) nghiên cứu ảnh hưởng của điều kiện lao động của nhân viên y tế làm việc tại các phòng X-quang của 3 bệnh viện thuộc tỉnh Hải dương cho thấy 81,8% các mẫu xét nghiệm hồng cầu có kích thước nhỏ. Các nhân viên y tế không được khám sức khỏe định kỳ hàng năm.

b/ yếu tố hoá: các hoá chất sử dụng trong quá trình gây mê, bảo quản mô, sát trùng, phân tích sinh hoá các mẫu....,

c/ yếu tố sinh học: nấm, vi trùng, siêu vi trùng, vi sinh

d/ môi trường kín (phòng mổ, phòng xét nghiệm...).

Theo điều tra của Nguyễn Xuân Hiên, 1994 [6], nhiều bệnh viện hiện nay vẫn phải sử dụng các thiết bị chụp X quang đã quá cũ và không đồng bộ. Do vậy môi trường không bảo đảm an toàn. Có 19,7% vị trí làm việc của nhân viên y tế thuộc 7 bệnh viện trung ương, 26,6% ở 12 cơ sở thuộc tuyến tỉnh, 23,5% ở tuyến huyện có liều xuất của tia X vượt quá tiêu chuẩn cho phép (TCCP).

Khảo sát đo liều phóng xạ tại các phòng xạ trị bằng thiết bị Coban, Hà Sơn và ctv, 2001 [12] cho biết tỷ lệ đảm bảo an toàn bức xạ khu vực xung quanh phòng máy chỉ đạt 50% Tiêu chuẩn cho phép (TCCP). Tại các phòng xạ trị áp sát, tỷ lệ trên chỉ là 28,7%. Một trong các nguyên nhân của tình trạng trên là thiết bị được trang bị không đồng bộ hoặc thiếu kinh phí để được trang bị đầy đủ. Cũng do không có kinh phí nên điều kiện phòng ốc cho các phòng X quang của các bệnh viện chưa bảo đảm (về diện tích và quy cách che chắn). Do vậy chính nhân viên y tế hàng ngày cũng phải chịu phơi nhiễm phóng xạ trong và ngoài buồng chiếu cao hơn tiêu chuẩn cho phép nhiều lần (Nguyễn Cai, 2001) [1].

Trần Ngọc Lan, Lê thị Yến, 1994 [8] khảo sát điều kiện môi trường tại Khoa Ngoại và Hồi sức cấp cứu của bệnh viện Bạch mai và Việt đức cho thấy liều xuất trong phòng chụp X quang của hai bệnh viện đều cao hơn TCCP 10 - 33 lần. Nồng độ hơi khí độc như CO₂, phosmol tại hai khoa trên vào thời gian có ca mổ cũng xấp xỉ hoặc cao hơn TCCP. Ngoài ra, các nhân viên y tế trong các phòng gây mê hồi sức thường xuyên phải hít thở không khí có hơi khí gây mê như Halothane, Chloruaphocma, Ftorothane, Ingalan... do rò rỉ khí từ các thiết bị đã quá cũ và lạc hậu. Chính các yếu tố này cũng góp phần làm tăng mệt mỏi thần kinh đối với các nhân viên y tế.

Cường độ tiếng ồn cao cũng là yếu tố phổ biến tại các khoa Hồi sức cấp cứu tại các bệnh viện [8]. Cường độ này thường cao hơn TCCP 9 - 17 dB A vào ban ngày và 17 - 22 dB A vào ban đêm. Tại Phòng khám cấp cứu, cường độ này cũng vượt quá TCCP, tương đương là 21 - 23 dB A và 15 - 29 dB A. Cường độ tiếng ồn cao không chỉ là nguyên nhân gây giảm thính lực, mà còn là yếu tố thúc đẩy quá trình mệt mỏi và căng thẳng thần kinh và dẫn đến suy nhược thần kinh.

1.3.2 Chế độ làm việc

Nghề thầy thuốc ở khắp mọi nơi trên thế giới đều như nhau. Nhưng trong điều kiện kinh tế - xã hội thực tại của Việt nam, công việc chữa bệnh cứu người cũng như bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân càng khó khăn, phức tạp hơn gấp bội. Lao động của thầy thuốc là loại lao động phức tạp, đòi hỏi cả thể lực và trí tuệ, kết hợp sự khéo léo nhưng khỏe mạnh của đôi bàn tay. Về tâm lý, nghề y cũng đòi hỏi ở người thầy thuốc đức tính cần cù, kiên tâm kiên nhẫn, biết chịu đựng. Những đặc thù nghề nghiệp là những thử thách lớn đối với mỗi cán bộ y tế phải vượt qua. Đó là:

a) Chế độ trực

Trong xã hội phát triển, tỷ lệ các ngành làm 3 ca còn lại rất ít, chủ yếu làm theo giờ hành chính hoặc 2 ca. Song, đối với ngành y, dù xã hội phát triển thế nào, thì chế độ trực ca là không thể thiếu. Tuy nhiên, nhiều nước có điều kiện đã thực hiện chế độ trực ca 8 giờ trong ngành y thay vì trực 24/24 giờ như hiện nay ở Việt nam. Đối với mỗi cán bộ y tế làm công tác điều trị, việc trực tại bệnh viện đã phải thực tập từ những năm còn ở trên ghế của trường y, và tiếp tục trong cả cuộc đời của thầy thuốc. Như vậy, vào lúc cả đất nước có thể từng bừng chao đón năm mới hay các sự kiện quan trọng trong đời sống xã hội và chính trị, thì những cán bộ ngành y vẫn phải âm thầm, cặm cụi, và nhiều khi rất căng thẳng để chăm lo sức khỏe cho cả những người đang bị bệnh và cả những người có nhu cầu khẩn cấp cần được chăm sóc và cứu chữa. Thông thường theo đồng hồ sinh học, giờ trực là những giờ cơ thể cần được nghỉ ngơi. Song đối với nhân viên y tế, dù trong giờ trực có việc hay không có việc, họ vẫn phải luôn luôn ở trong trạng thái sẵn sàng, tỉnh táo để có thể kịp thời giải quyết các ca bất thường. Vào những giờ trực đêm, việc duy trì trạng thái này trái với nhịp ngày đêm là điều không dễ dàng.

Dưới góc độ sinh học, việc trực ca cũng gây những ảnh hưởng nhất định đến hoạt động bình thường của cơ thể do chế độ ăn và nghỉ ngơi không đều đặn, nhịp sinh học bình thường bị thay đổi liên tục khi cơ thể chưa kịp thích nghi. Ngoài ra, do điều kiện còn nhiều khó khăn ở Việt nam (ồn ào,

nhà chật, lo làm thêm...) nên giấc ngủ bù sau ca trực đối nhân viên y tế không dễ dàng được bảo đảm.

Ngoài ra, ngành y có tỷ lệ cán bộ nữ chiếm đa số. Việc trực ca đối với phụ nữ có con nhỏ là những khó khăn vất vả mà không phải gia đình nào cũng dễ dàng cảm thông.

b) Có nhiều yếu tố stress nghề nghiệp ảnh hưởng đến sức khoẻ nói chung và sức khoẻ tâm thần nói riêng

Khác với các ngành nghề khác, bên cạnh những vất vả về thể lực, ngành y có rất nhiều yếu tố stress gây căng thẳng thần kinh - tâm lý và stress tâm thần nghề nghiệp mà các nhà nghiên cứu sức khoẻ nghề nghiệp thế giới đã thừa nhận. Đó là:

- *Gánh nặng trách nhiệm vì tính mạng của người khác:* Cũng như ngành giao thông, ngành hàng không, ngành y là ngành có trách nhiệm trực tiếp tới an toàn và tính mạng cho nhiều người khác, đặc biệt trong các trường hợp cấp cứu. Do đó, đối với đội ngũ nhân viên y tế, đặc biệt là bác sỹ, tính mạng của bệnh nhân luôn là điều làm họ phải thận trọng, lo lắng và căng thẳng. Mọi sự bất cẩn hoặc thiếu trách nhiệm đều có thể ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh.

- *Gánh nặng do tiếp xúc:* Hết ngành nào hết, các nhân viên y tế phải chịu gánh nặng tiếp xúc rất lớn với tất cả các loại người: khoẻ và bệnh tật, bình thường và không bình thường về trạng thái thần kinh, người có văn hoá nhiều và ít, người giàu và nghèo, người lương thiện và cả những đối tượng nguy hiểm trong xã hội. Tiếp xúc không chỉ với bệnh nhân, mà cả người nhà của bệnh nhân với nhiều trạng thái sức khoẻ tâm trạng khác nhau. Làm thế nào an ủi, động viên người bệnh và người nhà của họ tin tưởng để chữa bệnh, phải giải thích như thế nào với từng đối tượng bệnh nhân để họ phối hợp tốt với thầy thuốc... Bao nhiêu vấn đề thuộc giao tiếp con người - con người mà người thầy thuốc phải tự học thêm trong đời để phục vụ cho bệnh nhân. Trong khi đó, công việc của họ lại hết sức thâm lặng và căng thẳng chuyên môn vì người bệnh. Song chỉ cần một sơ xuất nhỏ trong giao tiếp với bệnh nhân, đôi khi nhân viên y tế đã phải chịu những phản ứng dữ dội của công luận mà không được thông cảm hoặc chẳng thể bào chữa !. Lịch sử trong ngành đã ghi lại không ít trường hợp thương tâm khi nhân viên y tế bị bệnh nhân hoặc người nhà họ x. va, hành hung, thậm chí gây tử vong.

- *Phải ra các quyết định phức tạp:* Trong cuộc sống có nhiều công việc chỉ cần thực hiện theo một thuật toán nhất định nào đó, và con người không cần phải cân nhắc nh.ều. Nhưng trong ngành y, cùng một lúc người thầy thuốc phải cân nhắc rất nhiều yếu tố để đi đến một quyết định nào đó

như chẩn đoán tìm nguyên nhân của bệnh, ra quyết định phác đồ điều trị, chọn phương án phẫu thuật... Việc này đòi hỏi ở các thầy thuốc kiến thức tổng hợp vững vàng, kinh nghiệm chuyên môn dày dặn. Hơn nữa, phải ra các quyết định phức tạp trong điều kiện thời gian eo hẹp là yếu tố stress gây căng thẳng thần kinh rất lớn. Nhưng những tình huống như vậy lại thường xuyên xảy ra đối với ngành y nói chung và đặc biệt là bác sĩ.

- *Nghề nghiệp đòi hỏi phải luôn tỉnh táo và chú ý:* Trạng thái sức khỏe của người bệnh có thể ổn định, cũng có thể không ổn định. Do đó đòi hỏi người thầy thuốc phải luôn tỉnh táo để có thể nhận biết mọi tình huống đối với bệnh nhân, dù đó là thời gian ban ngày hay ban đêm. Ngoài ra, sự cẩn trọng là yêu cầu quan trọng đối với ngành y. Mỗi lương y không được phép lơ là đối với người bệnh. Muốn vậy, cơ thể phải thường xuyên huy động thần kinh để duy trì trạng thái tỉnh táo - một việc ngược với cơ chế điều khiển thần kinh bình thường. Tình trạng trên kéo dài là nguyên nhân dẫn đến trạng thái suy nhược thần kinh và các rối loạn tâm thần khác.

- *Làm việc trong tình trạng vội vàng, thúc bách, thiếu hụt thời gian:* Chữa bệnh cứu người là việc làm không thể trì hoãn hay chậm trễ, đặc biệt trong các trường hợp cấp cứu. Do vậy, người thầy thuốc luôn phải huy động trí não cao độ để có được các quyết định đúng đắn trước khi can thiệp, đặc biệt mỗi khi gặp phải các tình huống phức tạp. Khi đã có quyết định rồi, thì người thầy thuốc cũng phải thực hiện các thao tác hết sức khẩn trương nhưng chính xác. Theo các nhà tâm lý học, *tình trạng thúc bách, thiếu hụt thời gian cũng là yếu tố gây stress đáng kể đối với mỗi con người.*

- *Chịu sức ép từ nhiều phía:* Trong chữa bệnh cứu người, người thầy thuốc phải chịu sức ép từ nhiều phía và dưới nhiều góc độ khác nhau, đặc biệt khi xã hội đang phân hoá giàu nghèo rõ như hiện nay. Trước tiên đó là chất lượng khám chữa bệnh. Xã hội và người bệnh đòi hỏi chất lượng khám chữa bệnh ngày càng cao và quan tâm chính của họ là người bệnh có được chữa khỏi bệnh không. Nếu chất lượng khám chữa bệnh chưa tốt, đơn thuần người ta chỉ hiểu là ngành y chưa làm tròn nhiệm vụ. Nhưng thực tế để làm được điều đó, ngành y ở các nước có được rất nhiều sự ưu tiên và ưu đãi của xã hội và chính phủ trong đầu tư nhân lực, tài lực và vật lực !

Sức ép thứ hai từ gia đình. Mỗi nhân viên y tế cũng có một gia đình mà họ có trách nhiệm xây dựng tế bào này cho xã hội. Nhưng với đồng lương ít ỏi và thời gian eo hẹp giành cho gia đình ngoài giờ làm việc, không ít nhân viên y tế phải lo toan vất vả làm ngoài giờ để kiếm thêm tiền nuôi gia đình. Giả như đồng lương của họ được nhiều hơn để đủ nuôi gia đình, thì họ có thể toàn tâm hơn cho công việc lương y !

- *Căng thẳng cảm xúc:* Sự cảm xúc là trạng thái bình thường đối

với một người bình thường. Song, đối với nhân viên y tế, họ phải chịu hàng ngày biết bao nhiêu căng thẳng cảm xúc trước cái đau của bệnh nhân, hoặc cảm xúc từ những chứng kiến về một ca bệnh thương tâm nào đó hoặc những cái chết khó quên. *Trạng thái căng thẳng thần kinh do cảm xúc là thường xuyên và liên tục* đối với nhân viên y tế. Đây cũng là một yếu tố stress đáng kể.

Tác động tổng hợp của các yếu tố trên đã có ảnh hưởng nhất định đến trạng thái chức năng của cơ thể cũng như sức khỏe nói chung của nhân viên y tế.

David Koh và ctv, (1997) đã nghiên cứu stress nghề nghiệp ở 598 y tá làm việc ở các khoa Tăng cường, Phòng mổ, Phòng bệnh và Ngoại trú bằng các chỉ số như nồng độ IgA nước bọt và tốc độ tiết IgA trong nước bọt, bảng tự đánh giá stress nghề nghiệp theo thang 10 điểm (SAS) và bảng phỏng vấn về stress trong cuộc sống theo thang 4 điểm (SF). Kết quả cho thấy tỷ lệ những người có ≥ 4 điểm test SAS khá cao: 5/10 người ở Khoa tăng cường, 25/55 người ở Phòng mổ, 16/46 người ở Khoa Buồng bệnh, 4/23 ở Khoa Ngoại trú). Những người có SAS và SF cao, thì lại có nồng độ IgA trong nước bọt thấp đáng kể, đặc biệt ở Khoa Tăng cường và ngược lại, những người có SAS và SF thấp, thì lại có nồng độ IgA trong nước bọt cao. ($P < 0,001$ cho test SAS và $P < 0,05$ cho test SF).

Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hà và ctv, 2000 [5] ở 31 nhân viên y tế Khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) tại một bệnh viện đa khoa và một bệnh viện chuyên khoa Hà nội cho thấy 22,6% số đối tượng được nghiên cứu có điểm stress ở mức cao. Các stress được biểu hiện qua biến đổi rõ rệt chức năng hệ thần kinh trung ương, hệ tim mạch. Kết quả phân tích toán học nhíp tìm cho thấy nhân viên y tế có sự căng thẳng tim mạch ở mức 3/4. 22,6% nhân viên y tế được nghiên cứu đã có bệnh viêm loét dạ dày tá tràng xuất hiện sau khi vào nghề. Đây là một trong các bệnh liên quan tới stress nghề nghiệp.

Theo kết quả điều tra bước đầu về stress nghề nghiệp và sức khỏe tâm thần, nhân viên y tế đã có những biểu hiện căng thẳng nghề nghiệp rõ rệt, xem Bảng 3 (Nguyễn Bạch Ngọc, 2003).

Bảng 3 cho kết quả so sánh điểm đánh giá mệt mỏi chủ quan ở công nhân may, nhân viên y tế và kiểm soát viên không lưu. Theo bảng này, nhân viên y tế có điểm trung bình (8,49) cao hơn hẳn 2 nghề còn lại (5,63 và 3,96). Các dấu hiệu căng thẳng của nhân viên y tế cũng luôn cao hơn hai nhóm còn lại và được phân bố đều ở cả ba nhóm dấu hiệu (nhóm 1: mệt mỏi thể lực, nhóm 2: căng thẳng thần kinh - cảm xúc, nhóm 3: rối loạn thần kinh thực vật).

Các dấu hiệu mệt mỏi thần kinh ở nhân viên y tế cao hơn các nhóm đối tượng khác được thể qua kết quả đánh giá khách quan bằng Test tần số nhấp nháy tới hạn (CFI). Theo Bảng 4 này, nhân viên y tế có kết quả điểm thấp nhất (35,2) so với công nhân may (37,0) và kiểm soát viên không lưu (37,8), ($P < 0,001$).

Bảng 3. Kết quả điểm đánh giá mệt mỏi chủ quan ở các đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Công nhân may (n = 116)	Nhân viên y tế (n = 83)	Kiểm soát viên không lưu (n = 50)
- Điểm trung bình	5,63 ± 4,55	8,49 ± 6,4	3,96 ± 4,69
- Tỷ lệ có phản nản	18,8	28,3	12,0
- Theo nhóm:			
• nhóm 1	19,4	26,6	16,0
• nhóm 2	12,8	28,9	8,8
• nhóm 3	18,4	28,9	11,2

Bảng 4. Kết quả đo tần số nhấp nháy tới hạn (Hz)

Chỉ số	Công nhân may (n = 120)	Nhân viên y tế (n = 83)	Kiểm soát viên không lưu (n = 50)
X ± SD	37,0 ± 2,07	35,2 ± 2,6	37,8 ± 2,9

Trạng thái căng thẳng hệ tim mạch hơn ở nhân viên y tế được thể hiện trong bảng so sánh một số chỉ số ở các đối tượng thuộc 5 ngành nghề khác nhau. Theo bảng này, hầu hết các chỉ số của nhân viên y tế đều ở mức kém hơn so với các ngành nghề khác (Bảng 5).

1.3.3. Các yếu tố nguy cơ nghề nghiệp

Theo kết quả điều tra 694 mẫu bệnh phẩm của 694 nhân viên y tế làm việc ở 9 bệnh viện thuộc 3 tỉnh miền Trung của Viên Chính Chiến và ctv, 1997 [2], nhân viên y tế ở các khoa cấp cứu có tỷ lệ HBsAg (+) là 17,6%; kháng HBs là 52,9%; tỷ lệ viêm gan B và tình trạng nhiễm virus viêm gan B

là 70,5%, tỷ lệ trên được phân bố đều ở các đối tượng thuộc các nhóm tuổi < 50 tuổi và giảm nhẹ ở các lứa tuổi lớn hơn. Các tỷ lệ này cao hơn hẳn so với các khoa khác và các nhóm dân cư khác. Tỷ lệ viêm gan B ở nam nhân viên y tế cao hơn nữ ($P < 0,05$). Tỷ lệ nhiễm HBsAg và viêm gan B ở nhân viên y tế thuộc bệnh viện tuyến tỉnh cao hơn ở tuyến huyện ($P < 0,05$).

Bảng 5. Kết quả đo một số chỉ số căng thẳng tim mạch ở các đối tượng nghiên cứu khác nhau

Chỉ số	Công nhân gang thép	Công nhân thủy điện	B.đội lãg CT. HCM	Kiểm soát không lưu	Nhân viên y tế
Tuổi đời (năm)	$38,7 \pm 6,3$	$35,4 \pm 5,6$	$34,5 \pm 6,5$	$31,1 \pm 5,8$	$44,9 \pm 10,1$
Thâm niên (năm)	$17,9 \pm 7,9$	$13,5 \pm 5,7$	$14,7 \pm 7,0$	$8,4 \pm 5,3$	$23,4 \pm 10,7$
σ (gây)	0,037*	0,043	0,042	0,04	0,038*
$\sigma < 0,04$ (%)	72,5*	60	54,5	57,7	77*
CSCT	$319* \pm 301$	197 ± 213	199 ± 217	198 ± 164	$254* \pm 192$
Tỷ lệ có CSCT ≥ 200 (%)	49,5	30,5	36,4	34,6	55,1*
Tỷ lệ thiếu máu cục bộ cơ tim	3,3	2,1	0	9,1	6,3
HA cao (%)	2,2	5,3	0	0	5,2*
HA thấp (%)	0	0	0	10,9	20,8*

Ghi chú: - Chỉ số $\sigma < 0,04$ và chỉ số căng thẳng (CSCT) ≥ 200 được xếp loại căng thẳng ở mức 3/4.

Theo điều tra bước đầu của một bệnh viện chuyên khoa trung ương tại Hà nội, kết quả xét nghiệm máu của khoảng 1/3 số nhân viên y tế trong bệnh viện đã phát hiện 25 trường hợp bị viêm gan B do tiếp xúc (với máu trong quá trình làm xét nghiệm hoặc trong chăm sóc bệnh nhân). Với kết quả trên,

Ban giám đốc đã không thể tiếp tục làm các xét nghiệm khác như lao, HIV/AIDS... cho tất cả các nhân viên còn lại với nhiều lý do khác nhau, chủ yếu để tránh các tác động tâm lý không tốt khác.

Tương tự, Ban giám đốc một số bệnh viện có nguy cơ lây nhiễm nghề nghiệp cao cũng không dám làm các xét nghiệm cho nhân viên y tế của mình để tránh thừa nhận một sự thực mà sự thực này không chỉ tác động tâm lý không tốt tới nhân viên đang làm việc tại bệnh viện, mà cả với các sinh viên y khoa tương lai !

Trong nghề thầy thuốc, mỗi khi có dịch bệnh xảy ra, người thầy thuốc như một chiến sỹ, phải tương trợ có mặt tại các ổ dịch đó để dập dềnh cứu người. Đã có trường hợp một bác sỹ trẻ của Viện Vệ sinh dịch tễ Hà nội đi chống dịch sốt xuất huyết xảy ra năm 1978 tại Thanh hoá, không may cũng bị sốt xuất huyết trong khi đang chống dịch và đã mất. Nhưng cái chết đó lại không được xem như cái chết của một liệt sỹ trong khi đang làm nhiệm vụ nguy hiểm.

Trong vụ dịch SARS vừa qua ở Việt nam, đội ngũ nhân viên y tế đã tận tụy ngày đêm với các bệnh nhân SARS và Việt nam đã được WHO nêu lên như thí dụ điển hình cho các nước vì đã khống chế có hiệu quả bệnh dịch SARS. Thế nhưng, trong cuộc chiến này, đã có 5 nhân viên y tế hy sinh và cũng như một số đồng nghiệp trước đây đã phải bỏ mạng khi đi chống dịch, những người này chưa được hưởng chế độ như liệt sỹ tham gia trận chiến như trong các lĩnh vực an ninh, quốc phòng... Việc công nhận những nhân viên y tế bị chết khi làm nhiệm vụ (cứu nạn, chống dịch...) như liệt sỹ không chỉ động viên gia đình và thân nhân người đã khuất, mà còn có ý nghĩa động viên nhân viên y tế dám dũng cảm làm nhiệm vụ trong các vụ dịch nguy hiểm đã từng xảy ra như dịch hạch, sốt xuất huyết, SARS,...

2. QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ

2.1. Cơ cấu tổ chức ngành y tế

1.1. Tổ chức ngành y tế theo tuyến: Chia theo 4 cấp: Trung ương - Tỉnh - Huyện - Cơ sở

1.2. Tổ chức ngành y tế theo lĩnh vực: Ngành y tế chia theo 6 lĩnh vực gồm:

- 1/ Khám chữa bệnh + điều dưỡng + phục hồi chức năng
- 2/ Y học – y tế dự phòng
- 3/ Đào tạo

4/ Giám định + kiểm định + kiểm nghiệm

5/ Dược + trang thiết bị y tế + công trình y tế

6/ Truyền thông giáo dục sức khỏe + thông tin

2.2. Hiện trạng nhân lực ngành y tế

Tính đến ngày 31/12/2002, toàn ngành y tế có:

Bảng 6. Nhân lực ngành y

TT	Chức danh nghề	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
1	Bác sỹ (kể cả TS, Ths)	42 327	18,4
2	Dược sỹ (kể cả TS, Ths)	5 991	2,6
3	Y sỹ	42 208	18,3
4	Y tá đại học	608	0,26
5	Kỹ thuật viên y	8 011	3,5
6	dược sỹ trung học	7 987	3,4
7	Kỹ thuật viên dược	1 733	0,75
8	Y tá trung học	28 659	12,5
9	Nữ hộ sinh ĐH & TH	11 375	4,9
10	Y tá sơ học	15 272	6,6
11	Khác	65 716	
Tổng số		229 887	100

(Nguồn: Niên giám thống kê y tế, 2001)

Trong đó:

- Trưng ương có 27 327 người, chiếm 11,5%

- Địa phương có 192 508 cán bộ, chiếm 84%

Ngành có 10 007 người, chiếm 4,5%

Số y bác sỹ phục vụ nhân dân (người):

- Một bác sỹ phục vụ số dân: 1 859

- Một y bác sỹ phục vụ số dân: 860

- Số bác sỹ/ 10 000 dân: 5,38

- Số y bác sỹ/10 000 dân; 11,63

- Số y tá/10 000 dân: 5,66

Số dược sỹ đại học cho 10 000 dân 0,76

Tình trạng thiếu nhân viên y tế, đặc biệt là y tá là phổ biến trong ngành y hiện nay

Kết quả đề tài nghiên cứu **Xây dựng định biên và cơ cấu lao động các**

đơn vị sự nghiệp y tế (Vụ Tổ chức cán bộ, 2002) cho thấy theo QĐ 07 UB/LDTB quy định tỷ lệ biên chế/ giường bệnh: số bác sỹ/ 100 giường, dược sỹ/ bác sỹ và bác sỹ/ YS+ YT+ NHS + KTV Y, thì tỷ lệ bác sỹ / YS+ YT+ NHS + KTV Y hiện tại (1,21) còn chưa đạt tiêu chuẩn (1,3) ở tuyến tỉnh, và càng chưa đạt ở các tuyến thấp hơn. Trong bối cảnh còn thiếu CBCCYT ở các chức danh so với nhu cầu, các chức danh có chỉ số áp lực cao nhất là y tá cao cấp (0,33), y tá chính (0,22), y sỹ (0,20), NHS/NHS chính (0,31), kỹ thuật viên y cao cấp, KTV y (0,26).

Đối với các nước, tỷ lệ bác sỹ / y sỹ, y tá, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh... thường là 1/3 - 5 trong điều kiện hạ tầng bảo đảm và kỹ thuật tiên tiến. Do đó, công việc việc chăm sóc toàn diện bệnh nhân hoàn toàn do CBCCYT đảm nhận.

Như vậy, so với nhu cầu thực tế cũng như so sánh với một số nước trong khu vực, số lượng và cơ cấu trên của ngành y hiện nay còn thiếu về số lượng và chưa hợp lý về cơ cấu (xem Bảng 7).

Bảng 7. So sánh tỷ lệ nhân viên y tế của một số nước

Nước	Năm	Bác sỹ/ 10 000 dân	Dân số/ Bác sỹ	Dược sỹ ĐH/ 10 000 dân	Dân số/ Dược sỹ ĐH
Brunei	1999	9,34	1 070,0	0,76	13 228,0
Indonesia	1999	1,25	8 118,0	0,34	29 364,0
Nhật bản	1998	19,66	509,0	16,28	614,1
Malaysia	1999	6,83	1 465,0	1,02	9 798,0
Philippine	1997	12,4	806,0	5,46	1 830,0
Singapore	1999	13,6	731,0	2,68	3 733,0
Thailand	1999	2,94	3 395,0	0,98	10 158,0
Việt nam	2000	5,36	1 865,0	0,77	12 997,0

(Nguồn: Niên giám thống kê y tế, 2001)

Tỷ lệ bác sỹ/y tá hiện nay của Việt nam cũng rất thấp, trung bình là 1/1,09. Với tỷ lệ thấp như vậy, các y tá trong bệnh viện chỉ có thể làm những việc liên quan đến kỹ thuật (làm các thủ thuật y tế như tiêm, thay băng, truyền...), còn việc chăm sóc bệnh nhân hoàn toàn phải do gia đình đảm nhận. Đây là một trong các nguyên nhân làm cho bệnh viện có nguy cơ lây nhiễm chéo cao hơn, xuống cấp nhanh hơn... do mật độ người trong bệnh viện quá lớn. Và cuối cùng tình trạng này đã ảnh hưởng rất rõ đến chất lượng

khám chữa bệnh.

2. 3. Nguyên nhân của tình trạng mất cân đối về nhân lực trong ngành y:

2.3.1. Ngành y tế chưa có bộ phận chuyên nghiên cứu về nhân lực

Để có thể đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân, cũng như các ngành khác, ngành y tế phải có quy hoạch đào tạo đội ngũ cán bộ, gồm:

- nhu cầu đào tạo về số lượng các chức danh cho từng giai đoạn,
- tỷ lệ giữa các chức danh,
- nơi đào tạo (trong nước, nước ngoài...)
- phân bố theo các tuyến, khu vực

Để làm được việc quy hoạch trên, ngành y tế cần có một đơn vị chuyên môn chuyên nghiên cứu về nhu cầu đào tạo và quản lý nhân lực của ngành. Tiếc rằng việc này chủ yếu vẫn do Vụ tổ chức cán bộ đảm nhận

2.3.2. Sự thay đổi nhanh chóng nhu cầu khám chữa bệnh và cơ cấu bệnh tật

Theo các kết quả điều tra của ngành y tế, trong hai thập kỷ qua, cơ cấu bệnh tật của nước ta đã thay đổi rõ rệt (Bảng 8).

Bảng 8. Tỷ lệ cơ cấu mắc / tử vong của Việt nam theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Năm			
	1976	1986	1996	2001
<i>Bệnh truyền nhiễm:</i>				
- mắc	55,50	59,20	37,63	25,02
- tử vong	53,06	52,10	33,13	15,6
<i>Bệnh không truyền nhiễm:</i>				
- mắc	42,65	39,00	50,02	64,38
- tử vong	44,71	41,80	43,68	66,35
<i>Tai nạn, ngộ độc, chấn thương:</i>				
- mắc	1,84	1,80	12,35	10,61
- tử vong	2,23	6,10	23,20	18,05

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2001

Theo Bảng trên, do cơ cấu mắc bệnh và tử vong thay đổi, nên nhu cầu về cơ cấu cán bộ chuyên sâu cũng thay đổi theo. nếu như gần 20 năm về trước, tỷ lệ mắc và chết do bệnh truyền nhiễm khá cao, chiếm trên 50%, thì hiện nay tỷ lệ này chỉ còn 25 và 15%. Trong khi đó tỷ lệ mắc và chết do bệnh không truyền nhiễm tăng khoảng 1,5 lần. Như vậy có nghĩa nhu cầu về các cán bộ chuyên khoa truyền nhiễm phải ít đi, thay vào đó là nhu cầu tăng về chuyên khoa tim mạch, nội tiết...

2.3.3. Chế độ chính sách đãi ngộ (lương và phụ cấp nghề nghiệp, phụ cấp mổ) cho nhân viên y tế chưa hợp lý

Hiện ngành y tế đang hưởng các chế độ phụ cấp như sau:

1/ Thông tư số 19/LB-TT ngày 4/6/1994 của liên Bộ Lao động Thương binh Xã hội - Tài chính - Y tế, một số cán bộ công chức y tế (CBCCYT) tùy theo công việc được hưởng :

- Phụ cấp trách nhiệm hệ số: 0,1; 0,2; 0,3
- Phụ cấp lưu động: 0,2; 0,4; 0,6
- Phụ cấp độc hại nguy hiểm: từ 0,1 đến 0,4

2/ Thông tư số 150/LBTC- BTCCBCP - YT ngày 14/4/1996 về Quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với CBCCYT như sau:

- Phụ cấp phẫu thuật: Phẫu thuật viên từ 7 500 đ - 15 000 đ tùy theo loại phẫu thuật. Phụ mổ: 5 000 đ - 10 000 đ. Giúp việc: 2 550 - 7 500 đ

Mức phụ cấp trên chưa hợp lý. Đối với lao động giản đơn, giá thị trường cho một buổi làm 3 tiếng cũng đã 40 000 - 50 000 đ. Trong khi đó phụ cấp cao nhất cho một ca phẫu thuật (có thể kéo dài 2-3 giờ, cũng có thể dài hơn) cũng chỉ có 15 000 đ. Những người phẫu thuật viên thường phải là những người có thâm niên và trình độ chuyên môn giỏi. Những mức phụ cấp chưa tương xứng với trình độ chất xám nghề nghiệp đó !

- Phụ cấp trực 24/24 giờ
- Phụ cấp chống dịch

Ngày 15/01/2003 đã có Thông tư số 07/2003/TTLT-BTC-BNV-BYT Hướng dẫn sửa đổi điểm 2 phần I Thông tư số 150/LBTC- BTCCBCP - YT ngày 14/4/1996 về Quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với CBCCYT. Theo đó, việc làm thêm giờ của CBCCYT được khống chế theo quy định tại mục 15 Điều 1 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ Luật lao động số 35/2002/QH10 ngày 2/4/2002 của Quốc hội: người lao động không được làm thêm quá 200 giờ/năm. Nếu vì lý do phải làm thêm giờ quá quy định trên, thì sẽ được trả lương theo tiền lương của công việc đang làm.

Thực tế qua điều tra của Vụ Tổ chức cán bộ, các cơ sở y tế trong ngành y hiện đang chịu áp lực gánh nặng công việc lớn do thiếu trầm trọng cán bộ. Vì vậy, cho đến khi chưa có thay đổi về định biên và cơ cấu cán bộ trong ngành y nói chung và cho các hoạt động điều trị và dự phòng nói riêng, thì việc làm thêm giờ và quá giới hạn quy định trong bộ Luật lao động bổ sung là khó tránh khỏi đối với CBCCYT. Việc này cũng có nghĩa là nếu văn bản trên được thực thi, thì CBCCYT sẽ chịu thiệt thòi hơn về chế độ phụ cấp

trực. Trong khi đó, xã hội luôn đòi hỏi người bệnh phải được chăm sóc nhiều hơn, toàn diện hơn. *Thêm một bài toán khó cho ngành y tế trong khi còn có nhiều bất cập trong chế độ đãi ngộ của nhà nước cho ngành chưa tháo gỡ được.*

Quy định trên sẽ khả thi hơn sau khi ngành y được điều chỉnh về định biên cũng như cơ cấu cán bộ.

3/ Theo Quyết định số 924/TTg ngày 13/12/1996 của Thủ tướng chính phủ: Phụ cấp đặc thù nghề đặc biệt cho CBCC trực tiếp với các bệnh lao, phong, tâm thần, giải phẫu bệnh...

Nhà nước và Bộ Y tế đã có một số văn bản quy định một số chế độ cho cán bộ ngành y tế, song trên thực tế, nhiều nơi nhiều lúc chưa thực hiện vì lý do chủ yếu là thiếu kinh phí. Do đó chưa khuyến khích được đội ngũ cán bộ y tế làm công tác vệ sinh phòng dịch, đặc biệt là các cán bộ y tế ở các vùng địa bàn hoạt động khó khăn.

Theo Nguyễn Đình Liễn (2000), nhiều huyện chưa thực hiện đầy đủ các chế độ chính sách như phụ cấp lãnh đạo, công tác phí, lưu động, độc hại, trực y tế dự phòng, trang bị bảo hộ cá nhân. Nhiều xã chưa có quy định nghĩa vụ và quyền lợi cho y tế thôn bản, hoặc có thì rất phụ thuộc vào các chương trình.

Ngoài ra, văn bản này chưa đề cập tới những trường hợp rủi ro nghề nghiệp (mắc các bệnh bị lây nhiễm do nghề nghiệp) nhưng không thể chữa trị được hoặc để lại hậu quả nghiêm trọng như viêm gan B, HIV/AIDs cho những CBCCYT. Trong khi đó, thực tế như trên đã trình bày, con số CBCCYT bị lây nhiễm bệnh do tiếp xúc nghề nghiệp ngày một gia tăng, đang là thực tế mà các CBCCYT đang phải đối mặt.

4/ Thông tư số 10/LLTXXH ngày 17/3/1999 về phụ cấp độc hại bằng hiện vật

Thực trạng về lương của ngành y tế theo bảng lương 1993

Lương của CBCCYT nằm trong thang bảng lương của khối hành chính sự nghiệp. Theo đó, đối với cán bộ có trình độ đại học và sau đại học có 10 bậc lương, với khởi điểm hệ số 1,92; lương tối đa hệ số 4,12. Lương khởi điểm đối với được sỹ còn thấp hơn (1,86) và tối đa là 4,04.

Thang lương đối với CBCC có trình độ trung cấp, cao đẳng là 16 bậc, với hệ số lương khởi điểm là 1,57 và tối đa là 3,44. Lương khởi điểm của kỹ thuật viên được chính có hệ số 1,40 và tối đa là 3,33.

Hệ số lương của hộ lý còn thấp hơn nhiều, khởi điểm là 1,40 và tối đa là 2,76.

Trung bình mức lương cơ bản của CBCCYT theo trình độ trên toàn quốc được trình bày trong Bảng 6.

Bảng 9. Mức lương cơ bản của CBCCYT theo trình độ trên toàn quốc (năm 2001)

ST T	Trình độ	Số cán bộ được điều tra	Thâm niên công tác	Tiền lương cơ bản (nghìn đồng) $X \pm SD$
1	Đại học và sau ĐH	3641	15,9	$572 \pm 59,4$
2	Cao đẳng và trung học	4758	16,3	474 ± 36
3	Sơ cấp	3557	17,1	$433 \pm 44,7$

(Nguồn: Đề tài NCKH cấp cơ sở 2001, Viện CLCSYT)

Theo Bảng trên, lương trung bình của một cán bộ y tế trình độ đại học và sau đại học có thâm niên 15,9 năm là 572 000 đ. Lương của CBCCYT có trình độ cao đẳng và trung học có thâm niên hơn 16 năm là 474 000 đ. Lương của CBCCYT trình độ sơ cấp có thâm niên 17,1 năm là 433 000 đ. So với mức thu nhập bình quân 1 đầu người/năm ở Việt nam là 450 USD, tương 575 000 đ/tháng, thì lương của một CBCCYT có quá trình công tác 16 năm cũng chỉ tương đương với mức thu nhập bình quân đầu người/năm của Việt nam.

Tuy cùng nằm trong hệ thống lương chung của cả nước, nhưng riêng cán bộ đại học ngành y tế có quá trình đào tạo (6 năm) dài hơn các ngành khác (chỉ 4 hoặc 5 năm). ***Yếu tố này chưa được tính đến trong việc xếp hệ số lương khởi điểm cũng như khoảng cách giữa các bậc lương.*** Theo như thang lương này, một cán bộ y tế sau khi được đào tạo 6 năm trong trường, và công tác 16 năm nữa, khi đã ở độ tuổi khoảng 40 mới có mức lương bằng bình quân đầu người/năm của cả nước.

So sánh lương của cán bộ công chức ngành y với các ngành khác:

Bảng 10. So sánh tỷ lệ lương của một số ngành theo hệ số lương (%)

Bộ, ngành	< 1,9	1,9 - 2,5	2,6 - 3,6	3,7 - 4,8	4,8 - 5,9	6,0 - 7,1
Y tế	20,7	57	19,2	2,6	0,4	0,04
Giáo dục-ĐT	3,8	8,3	32,3	31,5	23,5	2,2

KHCNMT	10,1	43,9	35	7,1	3,4	0,4
--------	------	------	----	-----	-----	-----

(Nguồn: Dữ liệu NCKH cấp cơ sở 2001, Viện CLCSYT)

Theo Bảng 10, đa số cán bộ y tế (77,7%) có mức lương ở hệ số rất thấp ($< 2,5$). Số người có mức lương hệ số trên 4,8 rất ít, chỉ chiếm 0,44%. Trong khi đó đối với ngành giáo dục là ngành được xã hội tôn vinh ngang với ngành y tế, thì các tỷ lệ trên có phần ngược lại: 25,7% cán bộ có hệ số lương trên 4,8; số cán bộ có hệ số $< 2,5$ chỉ 12%.

Kết quả so sánh hệ số lương trung bình của 3 ngành y tế, giáo dục và KHCN, thì ngành y tế có hệ số lương thấp nhất, chỉ bằng 57% hệ số lương của ngành giáo dục. Trong khi đó, ngành y tế và giáo dục luôn được Nhà nước coi là quan trọng và cần được quan tâm.

Đối với ngành y, một bác sỹ phải qua chương trình đào tạo 6 năm trong trường y, và sau đó phải có ít nhất 3-4 năm lăn lộn với thực tế mới có thể bắt đầu sự nghiệp chữa bệnh cứu người. Trong khi đó, một sinh viên cao đẳng sư phạm chỉ phải 3 năm (bằng 1/2 thời gian đào tạo của ngành y), sau đó đã được phép đi dạy ngay ở các trường trung học cơ sở với mức phụ cấp nghề nghiệp cao hơn rất nhiều so với ngành y !

Bảng 11. So sánh hệ số lương bình quân của một số ngành

Bộ, ngành	Hệ số lương bình quân
Y tế	2,34
Giáo dục-Đào tạo	4,11
Khoa học công nghệ	2,88

(Nguồn: Dữ liệu NCKH cấp cơ sở 2001, Viện CLCSYT)

2. 4. Quản lý nguồn nhân lực y tế đến 2010:

Ngày 19/3/2001, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 35/2001/QĐ - TTg về việc phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010. Trong đó, để đạt được các mục tiêu quốc gia trong chiến lược chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân, ngành y tế đã đề ra các giải pháp chính, trong đó có chiến lược Phát triển nhân lực y tế. Theo nội dung này, để quản lý tốt hơn nguồn nhân lực y tế, ngành y tế có các nhiệm vụ cụ thể sau:

- Tiêu chuẩn hoá việc đào tạo cán bộ y tế cho từng tuyến
- Đào tạo cán bộ y tế theo các chuyên ngành để bảo đảm số lượng cán bộ y tế theo đầu dân, cân đối giữa các chuyên khoa. Đẩy mạnh việc đào tạo thạc sỹ, tiến sỹ, bác sỹ chuyên khoa I, chuyên khoa II cho tuyến tỉnh và tuyến huyện, nhất là cá cán bộ phụ trách hoa, phòng. Đào tạo chuyên sâu ở nước ngoài trong các lĩnh vực hoặc chuyên ngành mà Việt nam chưa có điều kiện đào tạo;
- Sắp xếp lại nhân lực ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh, tuyến huyện để có thể điều động luân phiên các bác sỹ về tăng cường cho y tế cơ sở. Nâng cao trình độ chuyên môn, tăng cường kỷ luật lao động và y đức của cán bộ y tế;
- Tiến tới thực hiện nghĩa vụ công tác ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa đối với cá bác sỹ mới tốt nghiệp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chí, 2001

Đánh giá điều kiện an toàn của các cơ sở y tế có sử dụng bức xạ ion hoá trong tỉnh Khánh hoà. Báo cáo Hội nghị YHLD toàn quốc lần thứ IV, tr. 36

2. Viện Chính Chiến và ctv, 1997

Điều tra về tình trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong nhân viên y tế tại một số tỉnh miền Trung. Y học dự phòng , N 2, tr. 53 - 63

3. Nguyễn Hữu Dũng

Nghiên cứu đánh giá môi trường và ảnh hưởng của môi trường lên sức khoẻ của nhân viên y tế làm việc tại các phòng X-quang của tỉnh Hải dương từ 1997 - 1998. Báo cáo Hội nghị Y học lao động toàn quốc lần thứ III. Hà nội, 1997.

4. Nguyễn Bá Duyệt và ctv., 2001

Đánh giá thực trạng lương, thu nhập và mức sống của cán bộ công chức hành chính sự nghiệp ngành y tế (Đề tài cơ sở 2001, Viện CLCSYT)

5. Nguyễn Thu Hà và ctv, 2000

Bước đầu tìm hiểu stress của nhân viên y tế hồi sức cấp cứu. YHLD & VSMT, N 15, tr 67 - 74

6. Nguyễn Xuân Hiên, 1994

Sơ bộ đánh giá tình hình phòng hộ tại một số cơ sở X quang hiện nay

và giải pháp. YHLĐ & VSMT, N 7, tr. 12 - 15

7. David Koh, Vivian Ng, Gregory Chan và ong Choon Nam, 1997

Saliva IgA as a biomarker of stress - A study on nursing staff. Báo cáo Hội nghị Y học lao động toàn quốc lần thứ III. Hà nội, 1997.

8. Trần Ngọc Lan và ctv, 1994

Đánh giá điều kiện môi trường lao động của y, bác sỹ khoa ngoại và khoa hồi sức cấp cứu. YHLĐ & VSMT, N 7, tr.19 - 23

9. Nguyễn Văn Liên, 2000

Thực trạng chế độ và chính sách y tế dự phòng ở tuyến huyện và cơ sở Nghệ an 1999. Y học dự phòng, 2000, Tập X, N 3 (46), tr.98

10. Niên giám thống kê y tế Việt nam 2001, Bộ Y tế

11. Nguyễn Bạch Ngọc

Ứng dụng một số phương pháp đánh giá mệt mỏi và stress nghề nghiệp phù hợp với điều kiện quản lý doanh nghiệp hiện nay. Y học dự phòng, số 1 (59), 2003

12. Nguyễn Cảnh Phú, 1997

Nghiên cứu điều kiện an toàn phóng xạ ở một số buồng chụp X-quang ở Tỉnh Nghệ an. Báo cáo Hội nghị Y học lao động toàn quốc lần thứ III, Hà nội, 1993

13. Hà Sơn và ctv, 2001

Đánh giá hiện trạng an toàn bức xạ tại một số cơ sở y tế sử dụng nguồn phóng xạ trong điều trị bệnh và đề xuất giải pháp đảm bảo an toàn cho nhân viên xạ trị và những người xung quanh. Báo cáo Hội nghị YHLĐ toàn quốc lần thứ IV, tr. 31.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG ĐỘI NGŨ CÁN BỘ Y TẾ NƯỚC TA VỀ CƠ CẤU, TRÌNH ĐỘ, NHỮNG VẤN ĐỀ CẤP BÁCH

1. Thực trạng đội ngũ cán bộ y tế:

1.1. Số lượng cán bộ

Bảng 1. Số nhân viên y tế qua các năm

Năm Tổng số	Năm				
	1996	1998	2000	2001	2002
	212.103	230.029	230.548	229.887	234.354

Qua bảng trên cho thấy, tổng số cán bộ y tế từ năm 1998 đến nay hầu như tăng/giảm không đáng kể về số tuyệt đối mặc dù dân số hàng năm vẫn tăng khoảng 1,7%. Nếu muốn bảo đảm tỉ lệ thầy thuốc phục vụ số dân thì số lượng cán bộ y tế cũng phải tăng hàng năm với tỉ lệ là 1,7%, tức là khoảng 36.000 người/năm. Nhưng trên thực tế, số lượng cán bộ y tế hầu như vẫn giữ nguyên. Như vậy có nghĩa là tỉ lệ cán bộ y tế phục vụ dân đã giảm so với nhu cầu thực tế.

Theo văn bản quy định (Quyết định số 58/TTg ngày 3/2/1994 và quyết định số 130/TTg của Thủ tướng Chính phủ quy định về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở trong đó các nội dung liên quan đến nhân lực y tế), số lượng cán bộ y tế tại trạm y tế xã/phường được bố trí dựa theo số dân trong xã, địa bàn hoạt động theo từng khu vực: những xã khu vực đồng bằng, trung du được bố trí từ 3 đến 4 cán bộ y tế xã (cho xã dưới 8 ngàn dân); từ 4 đến 5 cán bộ (cho xã có từ 8 đến 12 ngàn dân) và tối đa là 6 cán bộ (cho xã có trên 12 ngàn dân). Những xã khu vực miền núi, Tây Nguyên, biên giới và hải đảo được bố trí 4 cán bộ y tế xã (cho các xã dưới 3 ngàn dân), từ 5 đến 6 cán bộ (cho các xã có trên 3 ngàn dân). Khu vực thành phố, thị xã, thị trấn - nơi có phòng khám khu vực đồng thì bố trí 2 đến 3 cán bộ y tế trạm.

Bảng 2. Số y bác sỹ, được sỹ phục vụ nhân dân của một số nước thành viên SEAMIC

Nước	Năm	Bác sỹ / 10.000 dân	Dân số /bác sỹ	Được ĐH /10.000 dân	Dân số/ Được sỹ ĐH
Brunei	2000	9,93	1070,0	0,74	13.536,0
Indonesia	1999	1,25	8.118,0	0,34	29.364,0
Nhật bản	2000	21,15	496,0	17,13	583,6
Malaysia	2000	6,71	1.489,0	1,00	9.971,0

Philippine	2000	11,45	803,0	5,81	1 722,0
Singapore	2000	13,88	720,0	2,73	3 659,0
Thái lan	1999	2,04	3 395,0	0,98	10 158,0
Việt nam	2000	5,36	1 865,0	0,77	12 997,0

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002

Theo Bảng 2, nếu đánh giá số lượng nhân viên y tế theo một số tiêu chí chung (số bác sỹ/10.000 dân hoặc Dân số/bác sỹ), thì Việt nam là nước có tỷ lệ bác sỹ và được sỹ /10 000 dân cũng như tỷ lệ số dân/bác sỹ, được sỹ đứng thứ 6/8, thuộc loại thấp trong các nước SEAMIC. Như vậy có nghĩa để đạt được tỷ lệ bác sỹ và được sỹ như một số nước khác trong vùng, Việt nam cần một số lượng lớn cả bác sỹ và được sỹ.

Theo kết quả của đề tài "Điều tra thực trạng công tác đào tạo nhân lực được" ¹, trong số 90 đơn vị được khảo sát, có 58 đơn vị (chiếm 64,4%) thiếu cán bộ. Mặt khác, để thực hiện "Chiến lược phát triển ngành được đến 2010", từ năm 2003 đến 2005, mỗi năm cần đào tạo 1.200 được sỹ đại học. Trong lúc đó các cơ sở đào tạo được mỗi năm chỉ có thể tuyển sinh khoảng 700 sinh viên đại học được, kể cả chính quy và không chính quy.

1.2. Phân bố nhân viên y tế theo cấp quản lý

Bảng 3. Phân bố nhân viên y tế theo cấp quản lý

Cấp quản lý	Năm 2000		Năm 2001		Năm 2002	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổng số	230 548	100	229 887	100	234 354	100
Trung ương	26 761	11,6	27 372	11,9	28 803	12,3
Địa phương	193 532	83,9	192 508	83,7	196 579	83,9
Các ngành khác	10 255	4,4	10 007	4,4	8 972	3,8

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002

Theo Bảng 3, tỷ lệ phân bố nhân viên y tế theo cấp quản lý khá ổn định trong các năm gần đây, trong đó tuyệt đại đa số nhân viên y tế (chiếm 84%) thuộc các địa phương quản lý. Cấp trung ương chỉ quản lý khoảng 11- 12%. Còn khoảng 4% nhân viên y tế so các ngành khác quản lý (các ngành có Trung tâm y tế ngành).

Nguyên nhân của sự ổn định này có thể là do có quy định tỷ lệ phân bố chung đã có từ lâu của ngành.

¹ Phạm Quốc Bảo: Đề tài NCKH cấp Bộ 2003

Bảng 4. Phân bố nhân viên y tế theo địa phương

Cấp quản lý	Năm 2000		Năm 2001		Năm 2002	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỉnh	70 340	33,2	70 002	32,3	71 983	33,8
Huyện	60 002	33,6	58 795	32,9	60 022	33,6
Xã	44 656	32,6	45 656	34,6	46 634	34,0

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2000, 2001-2002

Nhìn chung ở địa phương, tỷ lệ cán bộ y tế được chia đều cho cả ba cấp tỉnh, huyện và xã. Vậy tỷ lệ đó đã phù hợp với nhu cầu khám chữa bệnh của cộng đồng hiện tại và tương lai chưa điều này còn chưa được khẳng định.

1.3. Phân bố nhân viên y tế theo trình độ

Bảng 4. Phân bố nhân viên y tế theo tuyến và trình độ năm 2002

Trình độ	Tổng số	Trung ương	Địa phương	Các ngành khác
Tổng số	234 354	28 803	196 579	8 972
Sau đại học y:				
<i>Tổng số</i>	2 380	1 366	1 002	12
<i>Tỷ lệ (%)</i>	100	57,4	42,1	
Sau đại học dược				
<i>Tổng số</i>	278	232	41	5
<i>Tỷ lệ (%)</i>	100	83,5	14,7	
Bác sỹ				
<i>Tổng số</i>	42 693	6 257	34 641	1 795
<i>Tỷ lệ (%)</i>	100	14,6	81,1	4,2
Dược sỹ				
<i>Tổng số</i>	5 747	1565	3 967	215
<i>Tỷ lệ (%)</i>	100	27,2	69,0	
Khác				
<i>Tổng số</i>	183 256	19 383	156 928	6 945
<i>Tỷ lệ (%)</i>	100	10,6	85,6	3,8

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002

Bảng 4 cho thấy số cán bộ y tế có trình độ sau đại học thuộc các chuyên ngành y tập trung ở trung ương và địa phương xấp xỉ tương đương nhau, trong khi đó số cán bộ được cử trình độ đại học ở địa phương chỉ chiếm 14,7%. Nói chung, đa số cán bộ có trình độ sau đại học đang công tác và giảng dạy ở các trường đại

học, do đó tỷ lệ này cao ở trung ương. Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học nhiều hơn ở địa phương. Điều này cũng hợp lý bởi đây là đội ngũ cán bộ thực hiện chính các nhiệm vụ của ngành ở địa phương.

Bảng 5. Phân bố nhân viên y tế theo địa phương và trình độ năm 2002

Trình độ	Tỉnh	Huyện	Xã
Tổng số	71 983	60 022	46 634
Sau đại học y	881	120	1
Sau đại học được	24	9	0
Bác sỹ	16 213	12 737	5 446
Được sỹ	1 425	618	4
Khác	53 455	46 547	41 183

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002

Bảng 5 cho thấy hiện cả nước mới có duy nhất 1 cán bộ y có trình độ sau đại học làm việc ở tuyến xã, 120 người ở tuyến huyện. Không có cán bộ được có trình độ sau đại học làm việc ở tuyến xã. Số này ở tuyến huyện cũng hoàn toàn không đáng kể (9 người).

Ngoài ra, hiện có 83 649 nhân viên y tế thôn/bản/ấp trong tổng số 86 931 thôn/bản/ấp trong cả nước, chiếm 96,2%. Những đối tượng này được hưởng chế độ phụ cấp 40 000đ/tháng.

Hiện nay ngành y tế đang có chủ trương nâng cao năng lực cho y tế cơ sở, trong đó có nâng lực đội ngũ cán bộ. Vậy có cần bổ sung thêm cán bộ có trình độ sau đại học về cơ sở hay như vậy là đủ, vấn đề còn chưa được nghiên cứu.

Theo số liệu Thống kê Y tế 2002, cả nước có 10.553 xã (phường, thị trấn), toàn bộ các xã đều đã có cán bộ y tế xã với số lượng cán bộ y tế xã là 46.634 người. Nhìn chung, hiện nay nhân lực y tế ở mạng lưới y tế cơ sở đã có số lượng đông nhưng chưa đủ, đó là chưa đánh giá về chất lượng.

Hiện mới chỉ có 95,1% số xã xây dựng được TYT xã (355 xã chưa có trạm y tế). Tại các xã chưa có trạm y tế (chủ yếu tại các xã vùng cao, miền núi), cán bộ y tế xã phải làm việc nhờ nhà dân hoặc trụ sở của UBND xã.

1.4. *Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản ấp*

Nhân viên y tế thôn bản đóng một vai trò rất quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở những khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa. Trước thời kỳ đổi mới, mạng lưới y tế thôn bản khá rộng và bền vững vì các nhân viên y tế thôn bản được hợp tác xã nông nghiệp trả phụ cấp. Nhưng từ khi hệ thống hợp tác xã nông nghiệp không còn, mạng lưới này gần như tan rã, đến những năm gần đây

các địa phương mới tìm cách để khôi phục lại mạng lưới này bằng cách đào tạo và tìm nguồn trợ cấp. Tuy chưa được hưởng chế độ lương như nhân viên y tế, nhưng hiện nay nhân viên y tế thôn bản đã được hưởng chế độ phụ cấp (40 000 đ/tháng). Hiện tại trong cả nước đã có 89,8%% số thôn bản đã có nhân viên y tế thôn bản (78 057 / 86931 thôn bản). Tổng số nhân viên y tế thôn bản đang hoạt động là 83649 người. Về giá trị tuyệt đối, tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế đã tăng dần qua các năm (Bảng 6).

Bảng 6. Số lượng nhân viên y tế thôn bản qua các năm

	Năm 2000	Năm 2001	Năm 2002
Số thôn bản	106 586	6 870	86 931
Số thôn bản có NVYT	77 641	5 833	78 057
Tỷ lệ thôn bản có NVYT (%)	72,8	84,9	89,8
Tổng số nhân viên Y/TB	86 322	6 291	83 649

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2000, 2001 2002

1.5. Trình độ của cán bộ y tế:

Bảng 7. Trình độ cán bộ y tế qua các năm

Loại cán bộ	Năm				
	1996	1998	1999	2000	2002
Tổng số	212.103	230.029	227.539	230.548	234 354
Bác sĩ (kể cả TS, ThS)	33.470	37.458	39.297	41.663	45 073
Dược sĩ (kể cả TS, ThS)	5.286	5.611	5.849	5.977	6 025
Y sĩ	48.238	50.201	50.657	50.378	48 913
Điều dưỡng đại học	-	326	496	592	413
Kỹ thuật viên Y	6.332	6.880	6.073	6.037	8263
Dược sĩ trung học	6.274	7.255	7.793	7.833	8 172
Kỹ thuật viên dược	1.709	1.655	1.554	1.619	1 651
Điều dưỡng trung học	22.536	23.997	25.894	27.561	31 425
Nữ hộ sinh ĐH, TH	8.101	9.553	10.418	11.188	12 414
Điều dưỡng sơ học	20.886	19.399	18.556	17.315	14 501
Nữ hộ sinh sơ học	4.461	4.173	3.731	3.474	2 974
Xét nghiệm viên	1.597	2.278	2.971	2.862	1 042
Lương y	461	423	377	348	303
Dược tác	7.852	8.096	8.467	8.656	8 237
Đại học khác	3.965	4.444	4.796	5.410	6 169
Trung học khác	5.560	6.780	6.806	7.214	6 951
Cán bộ khác	35.375	33.886	41.500	25 604	31 828

Bảng 6 cho thấy trên thực tế sự phân bố cán bộ y tế như hiện nay có sự bất hợp lý về cơ cấu. Tính trên tổng số cán bộ y tế trong năm 2002 (234.354 người), số lượng y sĩ hiện là 48 913 người, chiếm tỉ lệ cao nhất (20,9%). Y sĩ hiện nay chủ yếu được bố trí tại các trạm y tế xã. Cả nước hiện nay có 10.553 trạm y tế xã, mà có đến 48 913 y sĩ, như vậy tính bình quân một trạm y tế xã có khoảng 4,6 y sĩ. Đây là một vấn đề rất bất hợp lý. Mặc dù đội ngũ này đã góp phần tích cực trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, nhưng kiến thức chuyên môn của đội ngũ này còn rất hạn chế. Việc còn tồn tại một số lượng lớn y sĩ trong hệ thống y tế là một việc khó có thể chấp nhận trong thế kỷ 21 này.

Đội ngũ đông đảo đứng thứ hai trong ngành y tế là Điều dưỡng viên (y tá), chiếm khoảng 19%. Theo quy định trước đây, một bác sĩ cơ sở khám chữa bệnh cần ít nhất 3 y tá. Tỷ lệ này ở các nước là 4-5 y tá/ bác sĩ. Mặc dù quy định này đã quá lạc hậu so với hiện nay, nhưng trên thực tế tỉ lệ điều dưỡng/bác sĩ mới chỉ là 1,09 lần, như vậy là quá thấp. Điều này giải thích tại sao bệnh nhân trong bệnh viện chưa được chăm sóc toàn diện.

Trong cơ cấu dân số, phụ nữ và trẻ em chiếm tới 75% dân số cả nước. Bà mẹ và trẻ em lại là người dễ có nguy cơ cao về bệnh tật. Theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, số lượng Nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi phải đáp ứng đủ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của xã hội, nhưng tỉ lệ này ở Việt Nam lại là quá thấp. Trên thực tế các TYT xã hiện nay vẫn thiếu nữ hộ sinh, đặc biệt là ở các xã miền núi. Trong số 10.236 xã chỉ có 2829 y sĩ sản nhi và 1269 nữ hộ sinh trung học. Đây là một vấn đề ưu tiên cần giải quyết vì việc CSSK ở tuyến y tế cơ sở là công tác CSSK cho bà mẹ và trẻ em.

Trong cơ cấu cán bộ, dược sĩ đại học cũng có số lượng rất thấp. Toàn quốc hiện nay mới chỉ có 5.977 người, chỉ chiếm 2,6% tổng số cán bộ y tế. Số lượng này được phân bố ở trung ương là 1.485 người, địa phương là 4.065 người và các ngành là 252 người. Số lượng này là ít so với nhu cầu cung ứng Dược và Thiết bị y tế trong ngành y tế hiện nay. Nhiều xã chưa có cán bộ dược (dược trung học hay sơ học), chức năng dược phải luân kiêm nhiệm trong số cán bộ y tế trạm hoặc nhiều xã phải tuyển cán bộ dược dưới dạng hợp đồng trả phụ cấp.

Một loại hình cán bộ nữa cũng có xu hướng giảm dần, đó là lương y. Lương y có xu hướng giảm dần từ 461 người năm 1996 xuống còn 303 người vào năm 2002 (chiếm 0,1%). Chức danh Y học cổ truyền hay cán bộ được đào tạo bổ túc về Y học cổ truyền phần lớn chưa có ở các trạm y tế xã.

Tóm lại, đội ngũ nhân viên y tế hiện nay còn thiếu nhiều, chưa đáp ứng được nhu cầu được khám chữa bệnh ngày càng tăng của cộng đồng.

Một số chỉ tiêu chung của Việt nam (số bác sĩ/10 000 dân, dân số/bác sĩ, số y tá/điều dưỡng/ 10 000 dân ...) đều rất thấp so với các nước thành viên SEAMIC.

Lực lượng cán bộ y tế ở cơ sở, đặc biệt tuyến xã và thôn bản đang còn mỏng. Với số lượng cán bộ y tế của trạm có hạn như hiện nay (từ 3 đến 6 cán bộ/trạm) và với các chức năng nhiệm vụ mà một trạm y tế phải đảm nhiệm, đòi hỏi các cán bộ trạm y tế phải lồng ghép thực hiện các nhiệm vụ, như vậy mới có thể đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Trên thực tế, hầu hết nhân viên trạm y tế đều phải thực hiện lồng ghép. Đa số các TYT xã đều bán thuốc nhưng nhiều trạm y tế xã vẫn chưa có cán bộ phụ trách về dược; cán bộ được thường do nữ hộ sinh hoặc một y sĩ sản nhi làm kiêm nhiệm. Điều này gây nhiều khó khăn cho cán bộ TYT xã nói riêng và ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động nói chung của TYT xã.

Kết quả từ cuộc Điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế trong năm 2001 cho thấy trong tổng số 1090 TYT xã được khảo sát chỉ có khoảng 43% TYTX có bác sĩ làm việc tại trạm, trong đó các TYTX ở khu vực nông thôn ít có bác sĩ làm việc tại trạm hơn ở khu vực thành thị (khoảng 40% ở khu vực nông thôn và 61% ở khu vực thành thị). Cũng trong cuộc điều tra này cho thấy tỉ lệ trạm có đủ cơ cấu cán bộ tối thiểu theo quy định là rất thấp, chỉ đạt 11,5% ở khu vực nông thôn.

Về chất lượng cán bộ, cho đến nay chưa có nghiên cứu đủ sâu và rộng để có thể đánh giá về vấn đề này. Tuy nhiên, khảo sát thực tế cũng có thể có một số nhận xét như sau:

- Chất lượng cán bộ y tế cơ sở đều được các nhà quản lý y tế ở các tuyến nhận định là chưa đồng đều giữa các xã trong tỉnh, chưa đáp ứng tốt với yêu cầu thực tế đặt ra, đặc biệt là cán bộ y tế trạm và y tế thôn các xã vùng sâu, vùng xa. Chất lượng đội ngũ cán bộ y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng, quyết định chất lượng dịch vụ y tế và hiệu quả hoạt động của TYT xã. Chất lượng cán bộ y tế phải kể cả về kiến thức và kỹ năng nghiệp vụ, về kiến thức và kỹ năng quản lý và về ý đức trong hành nghề. Quá trình đào tạo (đào tạo trong nhà trường, đào tạo lại và tự đào tạo tích lũy kiến thức, kinh nghiệm) ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng công việc.
- Nhìn chung, đội ngũ cán bộ y tế cơ sở cần phải được đào tạo lại định kỳ để cập nhật các kiến thức và kỹ năng mới trên cơ sở yêu cầu của công việc. Đặc biệt là đội ngũ cán bộ y tế ở các TYT xã vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa, nơi mà người dân ít có khả năng tiếp cận với các loại hình dịch vụ y tế ở bệnh viện do khó khăn về khoảng cách cũng như khó khăn về vấn đề kinh tế, trong khi TYT xã gần như là cơ sở y tế duy nhất ở khu vực này để người dân có thể tiếp cận được khi ốm đau.
- Nhân viên y tế cơ sở hiện tại đã được đào tạo với nhiều mức độ khác nhau nhưng trình độ chuyên môn và kỹ năng thực hành còn chưa cao.

Về cơ cấu cán bộ, cơ cấu cán bộ y tế cơ sở được bố trí theo Thông tư số 08/TT-LB. Theo thông tư này, một trạm y tế xã bao gồm: từ 1 đến 2 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa tùy theo quy mô dân số xã, trong đó có một cán bộ chuyên sâu về y tế cộng đồng làm trạm trưởng và một cán bộ biết về y học dân tộc; một Y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học (nếu chưa có điều kiện thì bố trí nữ hộ sinh sơ học); một nữ hộ sinh trung học hay sơ học; một đến hai y tá trung học hoặc sơ học.

Hiện nay theo Chuẩn Quốc gia về y tế xã của Bộ Y tế thì một TYTX tối thiểu phải có đủ 3 loại nhân viên y tế đó là phải có bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa (khu vực đồng bằng phải có bác sĩ), 01 nữ hộ sinh trung học hoặc y sỹ sản nhi và 01 y tá. Đối với các TYTX có từ 4 cán bộ trở lên phải có 01 cán bộ y học cổ truyền chuyên trách (khi chưa đủ 4 cán bộ thì phải có người được đào tạo bổ túc về đông y). Ngoài ra trạm cũng phải có 1 cán bộ có trình độ được tá (có thể kiêm nhiệm).

Về công tác đào tạo, hiện tại ngành y tế chưa có tài liệu nào đề cập tổng thể về đào tạo cán bộ y tế của ngành, do đó không có đầy đủ số liệu về vấn đề này. Tuy nhiên, trong "Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010" đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt ngày 19/3/2002 đã đề cập cụ thể đến các mục tiêu đào tạo cán bộ của ngành. Theo đó đến năm 2010 sẽ có 4,5 bác sỹ và 1 dược sỹ đại học/ 10 000 dân; 80% cơ sở trạm y tế xã có bác sỹ (trong đó 60% số xã miền núi có bác sỹ); 80% trạm y tế có nữ hộ sinh trung học; tất cả các trạm đều có cán bộ với trình độ được tá phụ trách công tác dược và cơ cán bộ được đào tạo/ bổ túc về y học cổ truyền; 100% thôn bản có nhân viên y tế có trình độ sơ học trở lên. Chú ý đào tạo cán bộ tổ chức và quản lý các cấp. Đẩy mạnh việc đào tạo cán bộ có trình độ cao, chuyên khoa sâu ở tuyến trung ương kể cả về mặt chuyên môn và quản lý. Chú trọng đào tạo tiến sỹ, thạc sỹ, bác sỹ chuyên khoa II, chuyên khoa I, dược sỹ chuyên khoa II và I cho tuyến tỉnh và huyện. Đào tạo bác sỹ xã là bác sỹ đa khoa nhằm vào các vấn đề sức khỏe cộng đồng².

1.6. Cơ cấu cán bộ y tế theo giới

Ngành y là ngành có đội ngũ cán bộ công chức nữ khá đông. Tuy chưa có điều tra tổng thể về tỷ lệ cán bộ nữ cũng như trình độ cán bộ ở các cấp, nhìn chung tỷ lệ nữ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ trung bình khoảng 50%, đặc biệt các bệnh viện và viện nghiên cứu có nơi có tỷ lệ nữ tới 80%.

Mặc dù Ban chấp hành trung ương Đảng đã ra Chỉ thị 37 CT/ TW ngày 16/4/1994 về "Một số vấn đề công tác cán bộ nữ trong tình hình mới", nhưng tỷ lệ nữ cán bộ ngành y tham gia quản lý ở các cấp còn rất ít. Theo "Báo cáo Tổng kết Chỉ thị 37 CT/ TW ngày 16/4/1994 về "Một số vấn đề công tác cán bộ nữ trong tình hình mới" của Ban cán sự Đảng Bộ Y tế (2004), có thể thấy về sự tham gia của cán bộ y tế nữ trong cơ quan Fđ như sau:

² Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010

Một số chỉ số	Năm 1994	Năm 2003
Tỷ lệ cán bộ nữ giữ chức vụ lãnh đạo	13,63	14,28
Tỷ lệ cán bộ nữ là chuyên viên cao cấp	29,31	34,78
Tỷ lệ cán bộ nữ có trình độ trên đại học		76,37
Tuổi đời:		
Trên 50 tuổi	-	43,49
41 - 49	-	49,42
< 30 tuổi	-	6,62

Tuy các con số trên chưa phải đại diện cho toàn ngành, nhưng cũng đã phản ánh một phần thực trạng và bất hợp lý trong cơ cấu và bổ nhiệm cán bộ nữ tham gia quản lý trong ngành y.

2. Những vấn đề bức xúc về quản lý nguồn nhân lực y tế:

2.1. Phân bố và sử dụng nhân lực y tế:

Sự phân bố và sử dụng nhân lực y tế phụ thuộc vào hệ thống tổ chức và chức năng của từng tuyến y tế. Ngoài ra việc phân bố này còn cần phải phù hợp với tình hình kinh tế xã hội và đặc điểm của các vùng địa lý. Hiện nay việc phân bố cán bộ y tế còn gặp nhiều khó khăn và vẫn còn chưa hợp lý.

Bảng 7. Trung bình số dân/ 1 nhân viên y tế phục vụ theo vùng

	Tổng số	Phân theo các vùng kinh tế xã hội							
		ĐBSH	Đông Bắc	Tây Bắc	Bắc T.Bộ	Nam T.Bộ	Tây Nguyên	Đông N.Bộ	ĐBS C/Long
Tổng số cán bộ y tế	192508	56667	24589	6790	22040	15292	8433	31931	29731
Số người dân được 1 NVYT phục vụ	336	308	371	346	467	444	523	394	562

Qua bảng trên cho thấy việc phân bố cán bộ hiện nay còn có nhiều bất hợp lý đặc biệt là ở vùng Tây Nguyên. Đây là khu vực miền núi, địa bàn dân cư thưa thớt, trong khi đó một nhân viên y tế phải phục vụ một số lượng dân rất đông, trung bình là 523 người. Hơn thế nữa, vùng ít cán bộ có trình độ cao cũng là ở các vùng Tây Nguyên và Tây Bắc. Sự phân bố không hợp lý này chắc chắn gây ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động CSSK cho người dân.

Bảng 8. Cơ cấu cán bộ phân theo vùng kinh tế xã hội

Loại Cán bộ	Tổng số	Phân theo các vùng kinh tế xã hội							
		ĐBSH	Đông Bắc	Tây Bắc	Bắc T.Bộ	Nam T.Bộ	Tây Nguyên	Đông N.Bộ	ĐBS C/Long
Tổng số	192508	56667	24589	6790	22040	15292	8433	31931	29731
Tỉ lệ	100%	30,1%	13,0%	4,6%	11,6%	8,0%	4,4%	16,7%	10,6%

Trên thực tế, cơ cấu nhân viên y tế cơ sở hiện nay chưa có sự cân đối hợp lý. Sự phân bố không đồng đều cán bộ y tế không chỉ được thể hiện tại các tuyến y tế mà còn được thể hiện rất rõ tại các vùng kinh tế xã hội cũng như các vùng địa lý khác nhau. Khu vực Tây Nguyên và Tây Bắc là 2 khu vực có số lượng cán bộ ít nhất. Các tỉnh miền núi, các tỉnh khó khăn số lượng cán bộ y tế/số dân thường thấp hơn ở thành phố và vùng đồng bằng. Số lượng cán bộ y tế tại các TYT xã miền núi cũng thấp hơn số cán bộ y tế ở các TYT xã miền xuôi.

Về vấn đề sử dụng nhân lực y tế, việc sử dụng đội ngũ cán bộ này trước hết là đảm bảo đúng ngành nghề, đúng lĩnh vực và phải phù hợp với trình độ. Đây là những điều kiện cơ bản để đội ngũ cán bộ phát huy được nghiệp vụ chuyên môn và phục vụ có hiệu quả. Về mặt cơ bản, ngành y tế đã sử dụng hợp lý đội ngũ cán bộ ở các cấp: các cơ quan quản lý cấp trung ương, cấp địa phương (tỉnh, huyện) và cấp cơ sở (huyện, xã/phường); ở các đơn vị như các bệnh viện, các trường học, các Viện, các công ty Dược, Trang thiết bị y tế...

Trong chính sách sử dụng đội ngũ cán bộ y tế, trong nhiều năm qua, ngành y tế đã rất coi trọng đội ngũ cán bộ y tế cơ sở. Vấn đề đặt ra của ngành là phải bố trí, sử dụng có hiệu quả đội ngũ cán bộ ở các xã/phường và thôn bản, đảm bảo cho đội ngũ cán bộ này đủ sức thực hiện nhiệm vụ CSSKBĐ. Việc sử dụng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản là rất đúng đắn, đội ngũ này đã có vai trò rất lớn trong tham gia vào công tác tuyên truyền, vận động nhân dân phòng bệnh cũng như điều trị một số bệnh thông thường cho người dân ngay tại cộng đồng.

Trong chính sách sử dụng cán bộ y tế ở trạm y tế xã, nhiều năm qua ngành y tế đã tích cực thực hiện chủ trương đưa bác sĩ về xã. Việc đưa bác sĩ về xã cho đến nay tuy cũng còn có những ý kiến khác nhau nhưng trên thực tiễn, qua ý kiến của các nhà lãnh đạo các cấp cũng như ý kiến của quần chúng nhân dân thì khẳng định rằng đây là một chủ trương đúng đắn. Việc bác sĩ làm việc tại trạm y tế xã đã phân nào giúp giảm tải được việc khám chữa bệnh ở các tuyến trên cũng như làm tăng được chất lượng điều trị tại trạm y tế xã. Theo thống kê của Bộ Y tế, cho đến nay trong toàn quốc có khoảng 60% trạm y tế xã có bác sĩ làm việc tại trạm. Tuy nhiên thực tế cho thấy việc đưa bác sĩ về xã hiện vẫn chưa được chuẩn bị tốt. Để nâng cao hiệu quả hoạt động của bác sĩ làm việc tại trạm y tế xã, các bác sĩ cần phải được đào tạo theo một chương trình phù hợp, hướng cộng đồng. Cần đặc biệt coi trọng đào tạo cán bộ tại chỗ để họ yên tâm phục vụ lâu dài ở địa phương. Để đáp ứng được khả năng cũng như yêu cầu làm việc của bác sĩ làm việc tại trạm,

trạm y tế cần phải được nâng cấp cơ sở y tế, tăng cường trang thiết bị phù hợp với năng lực chuyên môn của các bác sĩ.

2.2. Chế độ chính sách cho nhân viên y tế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở:

Các NVYT trong định biên làm việc ở TTYT huyện đều là công chức của nhà nước, do nhà nước trả lương. Mức lương tùy thuộc vào chức trách chuyên môn và thâm niên trong nghề.

Các tỉnh đều đã thực hiện chế độ chính sách đối với cán bộ y tế cơ sở theo Quyết định số 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư số 08/TT- LB. Hơn nữa, ở nhiều nơi, trạm y tế đã được địa phương cho thu phí dịch vụ với giá quy định phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội từng vùng đã tạo điều kiện cho cán bộ y tế có thêm thu nhập và nâng cao hiệu quả phục vụ, nhưng ở những nơi khó khăn như vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa thì hình thức thu phí dịch vụ này gần như không được áp dụng do đa phần dân đều thuộc vùng được hưởng chính sách vùng khó khăn miễn giảm phí khám chữa bệnh. Thực tế cho thấy lương của cán bộ y tế hiện nay là rất thấp, đặc biệt là lương của cán bộ trạm y tế xã. Trong nghiên cứu về điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế, tiến hành trong năm 2001 đã cho thấy thu nhập trung bình của một cán bộ trạm y tế xã vùng nông thôn hiện nay là chỉ khoảng 490.000 đ/tháng. Với mức sống như hiện nay thì cuộc sống của các cán bộ y tế gặp rất nhiều khó khăn.

Bảng 9. Lương và thu nhập trung bình của cán bộ TYT xã

Thu nhập của cán bộ y tế xã	Thanh thị	Nông thôn	Tổng số
Lương trung bình của cán bộ y tế	524.000 đ/tháng	467.000 đ/tháng	475.000 đ/tháng
Thu nhập trung bình của cán bộ y tế	573.000 đ/tháng	492.000 đ/tháng	503.000 đ/tháng

Nguồn: Điều tra y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2001-2002

Bảng 10. Mức lương cơ bản của cán bộ y tế theo trình độ trên toàn quốc (năm 2001)

Trình độ	Số cán bộ được điều tra	Thâm niên công tác	Tiền lương cơ bản (nghìn đồng) $X \pm SD$
Đại học và sau đại học	3641	15,9	572 $\pm$ 59,4
Cao đẳng và trung học	4758	16,3	474 $\pm$ 36
Sơ cấp	357	17,1	433 $\pm$ 44,7

Nguồn: Đề tài NCKH cấp cơ sở 2001, Viện CL&CSYT)

Mức thu nhập bình quân đầu người/năm ở Việt Nam là 450 USD, tương đương với 575.000 đ/tháng. Như vậy lương của một cán bộ y tế có quá trình công tác 16 năm cũng chỉ tương đương với mức thu nhập bình quân đầu người/năm của Việt Nam. So sánh hệ số lương trung bình của ba ngành y tế, giáo dục và KH-CN thì ngành y tế có hệ số lương thấp nhất, chỉ bằng 57% hệ số lương của ngành giáo dục.

Nhân viên y tế thôn bản ở các xã vùng sâu, vùng xa, vùng cao, miền núi và hải đảo đã được Nhà nước trả phụ cấp công việc với mức 40.000 đồng/người/tháng. Đây được coi là điều kiện tiền quyết để củng cố y tế thôn bản. Với địa bàn rộng, dân cư thưa thớt, đường sá đi lại khó khăn đã là một khó khăn rất lớn cho đội ngũ nhân viên y tế thôn bản này, trong khi đó mức lương lại quá ít ỏi như vậy đã làm cho cuộc sống của họ rất khó khăn và nhiều khi không khuyến khích họ làm việc được một cách có chất lượng và hiệu quả.

Các nhà quản lý y tế tuyến tỉnh và huyện khi được thăm dò ý kiến đều đề nghị cần nghiên cứu và bổ sung chế độ chính sách tiền lương, phụ cấp, trợ cấp cho cán bộ y tế trạm, nhân viên y tế thôn và cán bộ tuyến huyện thường xuyên đi giám sát tuyến xã để giảm bớt sự bất công bằng trong thu nhập ngay trong đội ngũ cán bộ y tế ở các tuyến khác nhau nhằm phát huy tiềm lực của cán bộ y tế cơ sở.

2.3. Quản lý nhân lực y tế khu vực bệnh viện

Nhân lực trong hệ thống y tế Việt Nam bao gồm cả y và dược, trang thiết bị y tế. Trong đó bao gồm cả tây y và y dược học cổ truyền. Trong đó lại có cả nhân lực y tế của hệ thống y tế công, bán công và y tế tư nhân. Năm 1986 số lượng cán bộ y tế là 261.903 người chủ yếu trong hệ thống y tế công; đến năm 1996 giảm đi chỉ còn 212.103 người (bình quân mỗi năm giảm 4.980 người) trong đó chủ yếu giảm nhân lực y tế khu vực y tế cơ sở, điều này được lý giải là do thay đổi cơ chế trả lương nhân viên y tế tại tuyến xã (hệ thống các trạm y tế xã bị tan rã do không có người trả lương, phụ cấp). Trong khi đó dân số bình quân mỗi năm tăng lên khoảng 1 triệu người. Năm 1986 mỗi nhân viên y tế thuộc hệ thống y tế công phục vụ 288 người dân thì đến năm 1996 mỗi nhân viên y tế phục vụ 355 người dân; đến năm 2000 thì cứ 1 nhân viên y tế phục vụ 336 người dân. Điều này cho thấy rằng số biên chế của hệ thống y tế công không phình ra so với việc tăng dân số mà khối lượng công việc của nhân viên y tế lại tăng lên đáng kể.

Theo nghiên cứu trên 826 bệnh viện cả nước của Vụ điều trị - Bộ y tế (1996 - 1998), tình hình cán bộ nhân viên y tế được trình bày ở các bảng sau.

trạm y tế cần phải được nâng cấp cơ sở y tế, tăng cường trang thiết bị phù hợp với năng lực chuyên môn của các bác sĩ.

2.2. Chế độ chính sách cho nhân viên y tế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở:

Các NVYT trong định biên làm việc ở TTYT huyện đều là công chức của nhà nước, do nhà nước trả lương. Mức lương tùy thuộc vào chức trách chuyên môn và thâm niên trong nghề.

Các tỉnh đều đã thực hiện chế độ chính sách đối với cán bộ y tế cơ sở theo Quyết định số 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư số 08/TT- LB. Hơn nữa, ở nhiều nơi, trạm y tế đã được gia phương cho thu phí dịch vụ với giá quy định phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội từng vùng đã tạo điều kiện cho cán bộ y tế có thêm thu nhập và nâng cao hiệu quả phục vụ, nhưng ở những nơi khó khăn như vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa thì hình thức thu phí dịch vụ này gần như không được áp dụng do đa phần dân đều thuộc vùng được hưởng chính sách vùng khó khăn miễn giảm phí khám chữa bệnh. Thực tế cho thấy lương của cán bộ y tế hiện nay là rất thấp, đặc biệt là lương của cán bộ trạm y tế xã. Trong nghiên cứu về điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế, tiến hành trong năm 2001 đã cho thấy thu nhập trung bình của một cán bộ trạm y tế xã vùng nông thôn hiện nay là chỉ khoảng 490.000 đ/tháng. Với mức sống như hiện nay thì cuộc sống của các cán bộ y tế gặp rất nhiều khó khăn.

Bảng 9. Lương và thu nhập trung bình của cán bộ TYT xã

Thu nhập của cán bộ y tế xã	Thành thị	Nông thôn	Tổng số
Lương trung bình của cán bộ y tế	524.000 đ/tháng	467.000 đ/tháng	475.000 đ/tháng
Thu nhập trung bình của cán bộ y tế	576.000 đ/tháng	492.000 đ/tháng	503.000 đ/tháng

Nguồn: Điều tra y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2001-2002

Bảng 10. Mức lương cơ bản của cán bộ y tế theo trình độ trên toàn quốc (năm 2001)

Trình độ	Số cán bộ được điều tra	Thâm niên công tác	Tiền lương cơ bản (nghìn đồng) $X \pm SD$
Đại học và sau đại học	3641	15,9	$572 \pm 59,4$
Cao đẳng và trung học	4758	16,3	474 ± 36
Sơ cấp	357	17,1	$433 \pm 44,7$

Nguồn: Đề tài NCKH cấp cơ sở 2001, Viện CL&CSYT

Bảng 11. Số lượng cán bộ nhân viên y tế ở 826 bệnh viện

Tuyến	Bác sĩ	Sau đại học	GS, PGS, TS, PTS	Y tá điều dưỡng	Nữ hộ sinh	Xét nghiệm viên	Tổng
Bệnh viện TW	1886	1194	103	2479	155	70	5887
Bệnh viện tỉnh	12375	4670	85	16597	3962	1470	39159
Bệnh viện huyện	8828	1326	0	10021	2692	1357	24224
Bệnh viện ngành	912	214	0	879	128	92	2225
Chung	24001	7404	183	29976	6937	2989	71495

Theo đánh giá của Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế năm 2000 về số lượng nhân viên y tế:

- Bác sĩ:
 - Nhìn chung bác sĩ chuyên khoa cho 1 giường bệnh tại các bệnh viện tuyến tỉnh còn rất thiếu.
 - Số lượng nhân viên y tế chung cho tuyến tỉnh là 105 nhân viên/100 giường, song nhiều tỉnh như là miền núi còn thiếu: (Sơn La = 95 nhân viên/100 giường; Lâm Đồng còn thiếu 400 người so với định biên).
 - Cán bộ có học hàm, học vị (GS - TS) tại tuyến tỉnh gần như không có.
 - Trong khi đó ở Malaysia bệnh viện khu vực là 246 nhân viên /100 giường, Trung ương là 233/100 giường (VN = 113).
 - Nhân viên y tế chung cho tất cả bệnh viện các tuyến là 101 nhân viên /100 giường trong khi đó Cộng hoà Liên bang Đức = 130, Đan Mạch = 282.
 - Tỷ lệ y tá/Bác sỹ chung ở các bệnh viện là 1,25 không đủ phục vụ, chăm sóc người bệnh

Bảng 12. Số lượng cán bộ nhân viên y tế/100 giường bệnh

Tuyến Chỉ số	Trung ương	Tỉnh	Huyện	Chung
BS/100 giường bệnh	28	21	20	21
GS/TS/100 giường bệnh	2	0	0	
CK II, I/100 giường bệnh	18	8	3	7
Y tá/100 giường bệnh	33	31	21	26
Cán bộ y tế/100 giường bệnh	113	105	97	101
Y tá/BS	1,25	1,66	1,1	1,25

- Y tá: Từ những năm 1960 trở về trước các trường trung học chủ yếu đào tạo y sĩ và kỹ thuật viên trung cấp. Từ những năm 1970 mới bắt đầu chú ý đào tạo y tá trung học. Đến những năm 80 mới bắt đầu đào tạo một số ít y tá trình độ đại học. So năm 1976 với 1996 thì số lượng y tá tăng lên gấp 5,2 lần, trong đó chủ yếu tăng y tá trung học.
Tuy vậy tỷ lệ bác sĩ và y tá cũng vẫn còn chưa tương xứng (ở các nước phát triển tỷ lệ 3-4 y tá mới có 1 bác sĩ, nhưng ở Việt nam mới chỉ $>1,5$). Cần cần phải quan tâm chú trọng đến công tác đào tạo nhân lực y tế sao cho đảm bảo cân đối hơn nữa giữa "thầy và thợ".
- Nữ hộ sinh: Theo quy định tại Nghị định 01 và Thông tư 02 hướng dẫn về y tế nhân lực y tế cho y tế cơ sở thì nữ hộ sinh được công nhận là 1 trong 3 chức danh được cấp lương tại trạm y tế. Do đó số nữ hộ sinh đã tăng lên đáng kể năm 1976 mới chỉ có 5.979 người thì đến năm 1996 tăng lên là 12.562 người (tăng gấp > 2 lần), trong đó chủ yếu là nữ hộ sinh trung học (tăng gấp 1,3 lần năm 1976).
- Dược sĩ đại học: Tình trạng thiếu dược sĩ đại học là khá phổ biến ở các tuyến. Mặc dù số lượng có tăng lên (năm 1996 là 0,72 người/10.000 dân, đến năm 2000 tăng lên 0,77 người/10.000 dân) song thực sự số dược sĩ đại học tăng rất chậm so với các chức danh khác. Song có một đặc biệt là từ khi chuyển sang nền kinh tế thị trường, số dược sĩ có bằng đại học đang công tác trong nhà nước làm từ chiếm một tỷ lệ đáng kể (năm 1996 có 2.763/6.146 dược sĩ làm tư, chiếm tỷ lệ 45%).
- Tỷ lệ y tá/bác sĩ:
Có xu hướng là tỷ lệ y tá/bác sĩ ở Việt Nam ngày càng xuống thấp rõ rệt: năm 1976 tỷ lệ cứ 1 bác sĩ có 7 y tá; năm 1986 cứ 1 bác sĩ có 4 y tá, đến năm 1996 thì cứ 1 bác sĩ có 1,3 y tá... Theo số liệu của UNDP năm 1999 thì ở Việt Nam số y tá/100.000 người dân là 58 (trong khi đó tại Singapore là 416, tại Hàn Quốc là 232, Thái Lan là 98...) Điều này cho thấy rằng Việt nam cần quan tâm đào tạo y tá hơn nữa để cân đối tỷ lệ nhân lực y tế trong CSSK nhân dân. Theo quyết định 07/QĐ của Bộ Y tế thì tỷ lệ các loại nhân viên y tế so với bác sĩ là rất thấp so với quy định

Bảng 13. Một số tỷ lệ các loại nhân viên y tế

Tỷ lệ	Theo QĐ số 07	Thực tế năm 1997
Y tá/bác sĩ	2	1,17
KTV/bác sĩ	0,5	0,37
NHS/bác sĩ	0,5	0,25
Chung	3	1,78

Những năm qua ngành y tế đã chú trọng nhiều đến công tác đào tạo cán bộ y tế chuyên khoa, sau và trên đại học đặc biệt các bác sĩ chuyên khoa có tay nghề

thực hành cao như hệ bác sĩ chuyên khoa I, chuyên khoa II được đào tạo tại các trường đại học y được và các cơ sở thực hành. Tính đến tháng 10 năm 1998 số bác sĩ chuyên khoa này đã lên đến 7.751 người. Trong đó có đến 80% số bác sĩ chuyên khoa I, II này công tác tại các bệnh viện tỉnh và huyện đặc biệt là các tuyến huyện miền núi, hải đảo. Trong mục tiêu chiến lược của ngành y tế phấn đấu đến năm 2005 mỗi Trung tâm y tế huyện phải có ít nhất 5 bác sĩ chuyên khoa cấp I, bệnh viện tỉnh mỗi khoa phải có ít nhất 1 bác sĩ chuyên khoa cấp I và bác sĩ chuyên khoa cấp II cho một số chuyên khoa chính như nội, ngoại, sản, nhi...

Công tác đào tạo nhân viên tại bệnh viện Nhà nước

Số nhân viên y tế công tác tại các bệnh viện công được tăng lên không ngừng đặc biệt về chất lượng. Đặc biệt công tác đào tạo lại, đào tạo sau và trên đại học được phát triển không ngừng để đảm bảo có một đội ngũ nhân viên y tế có đủ trình độ chuyên môn, có khả năng tiếp cận và áp dụng kỹ thuật cao đáp ứng với nhu cầu khám chữa bệnh trong điều kiện khoa học kỹ thuật phát triển.

Có những ý kiến cho rằng Việt nam cũng như những nước nghèo khác nên đào tạo nhân viên y tế bậc trung học vì như vậy sẽ rẻ tiền hơn đào tạo bác sĩ, giá thành và hiệu quả sẽ tốt hơn. Nhưng trên thực tế lịch sử ngành y tế Việt Nam cho thấy rằng muốn nâng cao chất lượng CSSK cho người dân đặc biệt đáp ứng với nhu cầu của người dân thì cần nâng cao chất lượng nhân lực y tế. Từ những năm 1970, Việt Nam đã có chủ trương đào tạo bác sĩ cho tuyến huyện trong đó có cả hình thức đào tạo bác sĩ đa khoa tuyến huyện chính quy, chuyên tu. Đặc biệt những năm gần đây chủ trương đưa bác sĩ về tuyến xã đã khiến cho trạm y tế xã dần từng bước được tăng cường chất lượng dịch vụ CSSK nhân dân.

Một điều cũng cần lưu ý ở đây là trong những năm gần đây ngành y tế đã có nhiều chú trọng đến công tác đào tạo đặc biệt đội ngũ cán bộ thực hành có tay nghề cao trong hệ thống bệnh viện (đó là các bác sĩ chuyên khoa cấp I, cấp II, nội trú) trong các chuyên khoa cho nên đã làm cho cơ cấu cán bộ chuyên khoa có tay nghề cao ngày càng phát triển. Dần từng bước đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng tăng lên của người dân. Đặc biệt tại tuyến huyện cần thiết có loại hình đào tạo này. Tính đến năm 1996 mỗi huyện có > 2 bác sĩ có trình độ chuyên khoa cấp I, cấp II. Bình quân tuyến tỉnh đến năm 1996 mới có 4 bác sĩ chuyên khoa cấp II/tỉnh, 48 bác sĩ chuyên khoa cấp I, như vậy so với yêu cầu để tăng cường chất lượng công tác KCB thì trong những năm tới cần chú trọng đào tạo loại hình bác sĩ thực hành có tay nghề cao này hơn nữa.

2.4. Quan lý nhân lực y tế khu vực dự phòng:

Có sự mất cân đối lớn về việc cơ cấu nhân lực y tế giữa khối điều trị và khối dự phòng. Sự mất cân đối đó được thể hiện giữa tỉ lệ cán bộ và khối lượng công việc và nhiệm vụ mà hệ y tế dự phòng phải đảm nhiệm. Trong khi hệ y tế dự phòng

phải đảm trách một khối lượng rất lớn công việc phòng chống dịch bệnh đến tận tuyến y tế cơ sở với rất nhiều các hoạt động tại cộng đồng thì lượng cán bộ của y tế dự phòng lại rất mỏng. Theo thống kê y tế, tính đến năm 2000, toàn hệ YTDP chỉ có 18.000 cán bộ y tế dự phòng trên tổng số 230.534 cán bộ y tế, chỉ chiếm tỉ lệ 7,6%. Hơn nữa, vấn đề nổi cộm trong hệ thống y tế dự phòng là gần 75% cán bộ không phải là cán bộ đào tạo theo chuyên khoa YTDP mà là từ bác sĩ đa khoa chuyển sang. Đặc biệt ở khu vực miền Trung, với đặc điểm địa hình, giao thông phức tạp, nhiều thiên tai xảy ra, lưu hành nhiều dịch bệnh, dân trí thấp, kinh tế nghèo nàn lạc hậu lại càng ít thu hút được cán bộ dự phòng đặc biệt là các cán bộ mới, cán bộ có năng lực, có trình độ. Đây là một khó khăn rất lớn trong việc thực hiện hoạt động của công tác dự phòng ở địa phương.

Về công tác bồi dưỡng, đào tạo cán bộ: tồn tại lớn trong biên chế cán bộ của hệ y tế dự phòng là mất cân đối về trình độ cán bộ, thiếu cán bộ có trình độ cao hoặc cán bộ chuyên khoa về sinh dịch tễ. Trong thời gian dài, đội ngũ kế cận ít được chú ý đào tạo nâng cao trình độ. Ngành y tế dự phòng hiện đang thiếu cán bộ có chuyên môn cao về y học dự phòng cả về số lượng và phân bố cán bộ.

Sự bất cập về chế độ, chính sách: hiện tại chính sách đối với cán bộ y tế dự phòng là quá ít, chưa tương xứng với nhiệm vụ được giao và chưa khuyến khích được cán bộ đi theo lĩnh vực này.

2.5. Các vấn đề y tế tư nhân

Từ khi đất nước chuyển sang giai đoạn Đổi mới, trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, thực hiện chủ trương xã hội hoá y tế, các loại hình dịch vụ y tế đã trở lên đa dạng, trong một số năm gần đây loại hình tư nhân ngày càng phát triển rộng và dần dần được người dân chấp nhận. Hiện tại có khoảng 56.070 cơ sở y dược ngoài công lập.

Tại miền Bắc, loại hình dịch vụ y tế tư nhân xuất hiện đầu tiên là phòng khám bệnh ngoài giờ của các bác sĩ. Còn ở miền Nam thì loại hình này xuất hiện sớm hơn và phát triển hơn. Tuy vậy, từ khi có Pháp lệnh về hành nghề y - dược tư nhân, các phòng khám phát triển mạnh về số lượng và quy mô. Từ chỗ chỉ là các phòng khám có một bác sĩ với những trang thiết bị tối thiểu cần thiết nay đã có những phòng khám đa khoa, có nhiều bác sĩ chuyên khoa ở các trình độ khác nhau (kể cả trình độ sau/trên đại học), có nhiều trang thiết bị hiện đại, đắt tiền

Đa dạng các loại hình trong hệ thống y tế tư nhân:

- Bệnh viện tư được phép thành lập sau khi có Pháp lệnh Hành nghề y dược tư nhân, đặc biệt phát triển trong khoảng 3 năm trở lại đây:

- Năm 2000 cả nước mới có 5 bệnh viện tư, đó là bệnh viện Vĩnh Toàn, Bình Dân (Đà Nẵng); bệnh viện Hạnh Phúc (An Giang); bệnh viện Hoàn Mỹ (TP Hồ Chí Minh) và bệnh viện Nguyễn Văn Thái (Thừa Thiên - Huế)

- Đến giữa năm 2002 số lượng bệnh viện tư đã tăng lên 24 bệnh viện. Tuy vậy, số lượng bệnh viện tư phân bố không đều, chủ yếu ở miền Nam, miền Trung (TP Hồ Chí Minh có 12 bệnh viện tư với bệnh viện Triều An 600 giường); trong khi đó tại miền Bắc chỉ có 1 bệnh viện Trảng An (Hà Nội) với quy mô nhỏ (30 giường).

- Nhiều cơ sở chẩn đoán, xét nghiệm tư nhân ra đời sau nhưng cũng phát triển với trang thiết bị hiện đại, đắt tiền
- Phòng khám đa khoa: Số các lượng phòng khám đa khoa cũng phát triển không ngừng: đến năm 2000 có khoảng 50 phòng khám đa khoa trong đó có một số phòng khám có vốn đầu tư nước ngoài như: phòng khám đa khoa OSCAT có cơ sở đặt tại TP Hồ Chí Minh, Vũng Tàu và Hà Nội, phòng khám đa khoa Gia đình (Hà Nội), phòng khám đa khoa quốc tế như Columbia, ASIA- Gia Định
- Nhà hộ sinh tư: Miền Bắc hầu như không có, chủ yếu ở các tỉnh phía nam như Khánh Hoà; Tiền Giang, Bình Định, Cần Thơ, Lâm Đồng, TP Hồ Chí Minh...
- Bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài còn hạn chế, mới chỉ có 1 bệnh viện Quốc tế ở Hà Nội; 1 bệnh viện hoạt động theo cơ chế hợp tác quốc tế (viện tim)

Bảng 14. Số lượng các cơ sở y dược tư nhân

Hành nghề y tư nhân	Hành nghề dược tư nhân	Hành nghề Y học cổ truyền tư nhân	Các loại hình khác	Tổng cộng
19.836 47,6%	14.182 34%	7.015 16,8%	634 1,52%	41.667 100%

(Theo tài liệu Xã hội hoá công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân tại Việt Nam của BHYT và WHO, trang 47, năm 2000).

Sự phân bố các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân

Các cơ sở KCB tư nhân phát triển không đồng đều: miền Nam nhiều hơn, đa dạng hơn miền Bắc; các cơ sở KCB tư nhân cũng chỉ phát triển ở các tỉnh/thành phố lớn, đặc biệt ở TP Hồ Chí Minh và Hà Nội, Hải Phòng. Các tỉnh miền núi hầu như không có hoặc có rất ít. Ví dụ : Lai Châu có 94 cơ sở, Tuyên Quang có 97 cơ sở. Bắc Kạn, Kon Tum hầu như không có y tế tư nhân hoạt động.

Ngay tại các tỉnh/thành phố phát triển hành nghề y tư nhân rất mạnh thì sự phân bố cũng không đồng đều giữa khu vực nội và ngoại thành. Ví dụ:

- Tại Hà Nội:

Theo thống kê của Sở y tế Hà Nội đến tháng 6/2002, toàn thành phố Hà Nội có khoảng gần 5.000 cơ sở y - được tư nhân trong đó có: 2.043 cơ sở hành nghề y tư nhân, bao gồm: 46 phòng khám đa khoa, còn lại là các phòng khám chuyên khoa; 449 cơ sở y học dân tộc (10 cơ sở YHDT có BS đông y Trung Quốc làm việc) và chỉ có 1 bệnh viện.

Bảng 15. Phân bố cơ sở y được tư nhân khu vực nội, ngoại thành Hà Nội

Phân loại	Cơ sở Y		Cơ sở Được và TTBYT		Cơ sở YHDT		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nội thành	1.500	73.4	1769	77.8	376	80.5	3645	76.2
Ngoại thành	543	26.6	505	22.2	91	19.5	1139	23.8

(nguồn: báo cáo của sở Y tế tại Hội nghị Y tế tư nhân năm 2002)

- **Tại Thành phố Hồ Chí Minh:**

Theo báo cáo của lãnh đạo Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh tại hội thảo về y tế tư nhân tháng 6/2002 thì tại TP Hồ Chí Minh đã có 10.006 cơ sở y được tư nhân trong đó có 12 bệnh viện tư (1 bệnh viện có quy mô 600 giường và chuẩn bị có bệnh viện quy mô hàng ngàn giường; phân bố các cơ sở y tế tư nhân cũng không đồng đều giữa khu vực nội và ngoại thành.

Hoạt động KCB tại các cơ sở y tế tư nhân

Năm 2000: theo báo cáo của một số Sở y tế cho thấy tỷ lệ người dân đến KCB tại các cơ sở y tế tư nhân chiếm một tỷ lệ đáng kể so với số người đến khám ở các cơ sở công

Bảng 16. So sánh số lượt người đến khám tại các cơ sở y tế tư nhân và y tế công

Tỉnh/Thành phố	Số lượt KCB tại cơ sở y tế tư/năm	Số lượt KCB tại cơ sở y tế tư/năm	Tỷ lệ %
Hà Nội	2.197.236	4.830.664	54,51
TP Hồ Chí Minh	17.923.000	26.383.000	32,07
Hải Phòng	1.673.836	2.658.566	34,04
Hải Dương	2.100.000	4.400.000	47,7

(nguồn: Vụ Điều trị Bộ Y tế)

Hoạt động y tế tư nhân trong giai đoạn vừa qua đã phát huy hiệu quả, làm tốt công tác phục vụ khám chữa bệnh và cung ứng thuốc điều trị không chỉ cho nhân dân Thủ đô, mà cho cả nhân dân các tỉnh lân cận, góp phần đáng kể vào việc giảm gánh nặng quá tải cho các cơ sở y tế nhà nước. Số lượng lượt người khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân ngày càng đông, chất lượng phục vụ cao hơn, tinh thần thái độ phục vụ tận tình, ít có tai biến nghiêm trọng....

Hàng năm các cơ sở HNYDTN phục vụ chăm sóc sức khỏe cho nhiều triệu lượt bệnh nhân. Người bệnh tự do lựa chọn thầy thuốc, sơ sở khám chữa bệnh, cơ sở bán thuốc phù hợp với khả năng kinh tế, thuận lợi, kịp thời...

Nhân lực y tế trong hoạt động y tế tư nhân:

Do loại hình y tế tư nhân phát triển nhanh cho nên nhân lực dành cho công tác điều trị cũng tăng lên. Tuy vậy, cho đến nay Bộ Y tế cũng chưa có một số liệu chính xác nào để có thể nói về số lượng và chất lượng nhân lực y tế làm công tác điều trị tại khu vực tư nhân và bán công.

Theo quy định tại Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân thì những người đang làm việc cho các cơ sở y tế Nhà nước đều được phép hành nghề y tư nhân ngoài giờ. Trong khi đó, do các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân hầu hết là mới phát triển, để có uy tín với người bệnh thì không ít cơ sở tư nhân "mời" các bác sĩ có tay nghề và uy tín cao đang làm việc trong các cơ sở y tế nhà nước ra cộng tác làm việc với những mức thù lao rất hấp dẫn (trả tiền công khám chữa bệnh theo giờ rất cao so với lương), thậm chí nhiều cơ sở khám chữa bệnh còn mượn danh của các Giáo sư đầu ngành để thu hút bệnh nhân. Đối với thầy thuốc đang làm việc trong cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tiền lương và chính sách đãi ngộ còn quá thấp do vậy họ vẫn bị thu hút vào làm việc "ngoài giờ" cho các cơ sở y tế tư nhân. Do vậy không ít các thầy thuốc có uy tín đã có danh ở không chỉ một cơ sở khám chữa bệnh tư mà còn có danh ở vài cơ sở... Chưa kể đến hàng ngàn cơ sở khám chữa bệnh ngoài giờ tư nhân của các thầy thuốc làm việc tại các bệnh viện công mở ra... Tất nhiên như vậy cũng đã tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp xúc với thầy thuốc có chuyên môn giỏi, đáp ứng được nhu cầu của người bệnh. Song, điều này cũng lại là một vấn đề cần quan tâm để đề ra quy định cụ thể thời gian tham gia đối với nhân viên y tế Nhà nước làm việc tại các cơ sở y tế tư nhân để đảm bảo thời gian làm việc tại các cơ sở y tế Nhà nước nơi mà họ đang hưởng chế độ của Nhà nước, mặt khác còn đảm bảo sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho chính bản thân những người thầy thuốc đó.

Mặt khác cũng trong pháp lệnh hành nghề y được tư nhân chỉ cho phép những người làm tư nhân phải có thời gian công tác tại một cơ sở y tế tối thiểu là 5 năm. Điều này cũng là một hạn chế cho việc tuyển chọn nhân lực hoạt động trong các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân.

2.6. Một số vấn đề bức xúc trong quản lý nhân lực tại tuyến y tế cơ sở:

Nhân lực y tế thiếu và còn yếu, trình độ chuyên môn và quản lý chưa tương xứng với chức trách nhiệm vụ. Phần lớn cán bộ y tế cơ sở ít được đào tạo lại về chuyên môn, kiến thức vì vậy chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK của người dân trong cộng đồng. Các bác sĩ mới ra trường về xã còn nhiều lúng túng do kỹ năng thực hành ở tuyến y tế cơ sở còn yếu, trình độ quản lý non, chưa phát huy được những thế mạnh được đào tạo về chuyên môn của mình. Chưa có nguồn lực và động lực thích hợp để khuyến khích cũng như nâng cao hiệu quả hoạt động của bác sĩ tại xã.

TTYT huyện là tuyến hỗ trợ kỹ thuật cho TYT xã nhưng hiện tại mới đủ về lượng nhưng chưa được chuẩn hóa về kỹ năng chuyên môn cũng như giám sát tuyến dưới nên trên thực tế việc thực hiện chức năng này vẫn còn nhiều hạn chế.

Tình trạng cán bộ nhà nước làm tư hiện tại là khá phổ biến. Điều này dẫn đến tình trạng các cán bộ làm tư có xu hướng kéo bệnh nhân về nhà khám chữa bệnh với mục đích lợi nhuận cá nhân. Như vậy, chế độ chính sách không hợp lý cho cán bộ y tế đã dẫn đến tình trạng hiệu quả hoạt động của TYT xã không cao do nhân viên y tế không dồn hết tâm huyết của mình vào hoạt động của trạm. Việc quản lý nhân lực y tế tại TYT xã có làm, tư ngoài giờ cần phải được đặt ra, đảm bảo cho TYT xã hoạt động hiệu quả.

Nguy cơ tụt hậu về tri thức và kỹ năng hành nghề của đội ngũ NVYT cơ sở do ít có cơ hội học hỏi để nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ.

Ở những xã thuộc khu vực khó khăn, các cán bộ y tế trong tình trạng vừa thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, cơ cấu nhân lực không phù hợp, phải làm việc ở một cơ sở y tế nghèo nàn về cơ sở vật chất và trang thiết bị, thiếu kinh phí hoạt động. Hơn nữa người dân ở những vùng núi, vùng sâu, vùng xa lại thường nghèo, trình độ dân trí thấp. Điều này đã gây nhiều khó khăn cho cán bộ y tế trong thực hiện nhiệm vụ do công việc thì nặng nề nhưng thu nhập lại thấp, không khuyến khích được cán bộ y tế phát huy được hết năng lực của mình trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Việc thực hiện chức trách nhiệm vụ theo phân cấp kỹ thuật và chuẩn quốc gia về y tế xã còn gặp nhiều khó khăn do đầu tư cũng như chính sách đãi ngộ chưa thỏa đáng. Việc tăng cường đầu tư cho các TYT xã cũng như có chế độ chính sách đãi ngộ phù hợp cho các cán bộ y tế nói chung và đặc biệt ở các xã vùng khó khăn là một yêu cầu cấp thiết của ngành y tế hiện nay.

(4)

PHÂN TÍCH CHÍNH SÁCH SỬ DỤNG NHÂN LỰC Y TẾ ĐẶC BIỆT LÀ CHÍNH SÁCH ĐỐI VỚI VÙNG SÂU, VÙNG XA

Công tác cán bộ có vai trò rất quan trọng, là một trong những nhân tố có ý nghĩa quyết định nhất đến toàn bộ sự nghiệp cách mạng của Đảng ta, dân tộc ta. Trong sự nghiệp cách mạng của Đảng, của dân tộc, việc xác định đúng đắn, sáng tạo đường lối là nhân tố số một bảo đảm cho sự thắng lợi của cách mạng, sau đó là vấn đề tổ chức thực hiện, trong đó công tác cán bộ có ý nghĩa quyết định đến việc tổ chức thực hiện thắng lợi đường lối đã được đề ra. Chủ tịch Hồ Chí Minh luôn coi "cán bộ là cái gốc của mọi công việc"¹, "Muôn việc thành công hoặc thất bại, đều do cán bộ tốt hoặc kém"². Nếu có cán bộ tốt, cán bộ ngang tầm với sự nghiệp cách mạng, thì việc xây dựng đường lối sẽ đúng đắn và là điều kiện tiên quyết để đưa sự nghiệp cách mạng đi đến thắng lợi. Không có đội ngũ cán bộ tốt thì dù có đường lối, chính sách đúng cũng khó có thể biến thành hiện thực được. Muốn biến đường lối, chính sách thành hiện thực, cần phải có con người sử dụng lực lượng thực tiễn, đó là đội ngũ cán bộ cách mạng, và cùng với quần chúng cách mạng, bằng sự mẫn cảm của mình để đưa cách mạng đến thành công. Hơn nữa, đường lối đúng đắn cũng là do đội ngũ cán bộ dày dặn kinh nghiệm, biết vận dụng lý luận cách mạng Mác - Lênin và biết tổng kết từ thực tiễn mà xây dựng nên. Trong quá trình truyền bá lý luận khoa học vào trong phong trào công nhân quốc tế và từ kinh nghiệm lịch sử của xã hội loài người, C.Mác cũng đã rút ra kết luận "Muốn thực hiện tư tưởng thì cần có những con người sử dụng lực lượng thực tiễn"³. V.I.Lênin, người kế thừa và phát triển chủ nghĩa Mác đã đặc biệt coi trọng việc xây dựng một đội ngũ những người cách mạng, đó là những "cán bộ nòng cốt đầu tiên của

¹ Hồ Chí Minh: Toàn tập, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội, 1995, Tập 5, trang 240

² Hồ Chí Minh: Toàn tập, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội, 1995, Tập 5, trang 269

³ C.Mác và Ph.Ăngghen: Toàn tập, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội, 1995, Tập 2, trang 184

Đảng Cộng sản Bôn-sê-vích Nga, những người giúp Đảng... đảo ngược nước Nga lên"¹.

Trong tiến trình cách mạng Việt Nam do Đảng cộng sản, đứng đầu là Chủ tịch Hồ Chí Minh lãnh đạo, vai trò của đội ngũ cán bộ cách mạng có ý nghĩa cực kỳ quan trọng. Đảng ta có đường lối đúng đắn, sáng tạo nhân tố cơ bản hàng đầu của cách mạng, sau đó là có đội ngũ cán bộ cách mạng nhất mực trung thành với Đảng, với sự nghiệp cách mạng, dày dặn kinh nghiệm, biết nắm bắt thời cơ, biết vận động quần chúng, biết quyết đoán trước những giờ phút lịch sử để giành những thắng lợi quyết định. Khi đánh giá về những công lao của Chủ tịch Hồ Chí Minh, Đảng ta đã cho rằng: Cùng với quá trình lãnh đạo cách mạng Việt Nam, Người đã đào tạo những nhân tố bảo đảm sự thắng lợi hoàn toàn. Nhân tố đó chính là đội ngũ cán bộ nòng cốt, trung kiên của cách mạng.

Trong thực tiễn công tác của mỗi địa phương, mỗi ngành, mỗi đơn vị, công tác cán bộ cũng có vai trò quyết định. Trong ngành y tế, đội ngũ cán bộ mang tính đặc thù, phần lớn đội ngũ cán bộ đó là cán bộ khoa học kỹ thuật, là những nhà trí thức, vì thế việc sử dụng cán bộ y tế, hay nói một cách khác là sử dụng nhân lực y tế có tầm quan trọng đặc biệt.

Trong ngành y tế chủ yếu là cán bộ có trình độ chuyên môn y học (bác sĩ, y sĩ, y tá, điều dưỡng viên, nữ hộ sinh), dược học (dược sĩ cao cấp, dược sĩ trung cấp, dược tá), đồng thời cũng có khá lớn cán bộ của các ngành chuyên môn khác như tài chính, kỹ sư các ngành xây dựng, kỹ sư trang thiết bị y tế, kỹ sư tin học, luật học, các ngành khoa học xã hội... Việc sử dụng đội ngũ cán bộ này trước hết là bảo đảm đúng ngành nghề, đúng lĩnh vực, thứ hai là phù hợp với trình độ. Đây là những điều kiện cơ bản để đội ngũ cán bộ phát huy được nghiệp vụ chuyên môn, hoàn thành được nhiệm vụ. Về mặt cơ bản, ngành y tế đã sử dụng hợp lý, bố trí phù hợp đội ngũ cán bộ này ở các cấp: các cơ quan quản lý cấp TW (Bộ), cấp địa phương (tỉnh, huyện) và cấp cơ sở (huyện, thị, xã, phường); ở các đơn vị: các bệnh viện, các trường học, các Viện, các Công ty Dược, Trang thiết bị y tế...

¹ V.I Lênin toàn tập, NXB Tiến bộ, Moscow 1975, Tập 6, trang 162

Sự bố trí này phù hợp trước hết là đảm bảo cho bộ máy hoạt động có hiệu quả, đáp ứng được nhiệm vụ, vì vậy đã bố trí một số lượng cán bộ thích hợp ở mỗi đơn vị và có trình độ tương xứng với nhiệm vụ, với chức năng của từng cấp, từng đơn vị. Có thể phân tích những số liệu sau đây để chứng minh cho kết luận trên.

- Chuyên viên cao cấp và tương đương, chuyên viên chính và tương đương chủ yếu bố trí ở cơ quan quản lý Nhà nước cấp Bộ, các đơn vị hệ sự nghiệp y tế (các Viện, Bệnh viện) và các đơn vị sự nghiệp giáo dục (các trường đại học, cao đẳng, trung học).

Tên đơn vị, bộ phận	Tổng số	Chuyên viên cao cấp và tương đương		Chuyên viên chính và tương đương	
		Tổng số	%	Tổng số	%
Cơ quan quản lý Nhà nước	344	22	6,3	96	27
Hệ sự nghiệp y tế	14.081	57	0,4	791	5,6
Hệ sự nghiệp giáo dục	3.033	37	1,2	507	1,6

Như vậy, tỷ lệ chuyên viên cao cấp và tương đương, chuyên viên chính và tương đương ở cơ quan Bộ có tỷ lệ cao nhất 6,3% và 27%, ở hệ sự nghiệp y tế và hệ sự nghiệp giáo dục có tỷ lệ thấp hơn nhiều (chỉ từ 0,4%, 1,2%, 5,6% và 16%). Riêng ở các Sở Y tế của 61 tỉnh thành thì chuyên viên cao cấp và tương đương hầu như không có, chuyên viên chính và tương đương có tỷ lệ rất thấp.

- Học hàm, học vị cao cũng chủ yếu bố trí ở các cơ quan quản lý cấp Bộ, các đơn vị hệ sự nghiệp y tế, các đơn vị sự nghiệp giáo dục.

Tên đơn vị	Tổng số	Giáo sư		Phó giáo sư		Tiến sĩ		Thạc sĩ		Đại học	
		TS	%	TS	%	TS	%	TS	%	TS	%
CQ quản lý NN	344	4	1,1	4	1,1	21	6,1	35	10,1	253	73,5
Hệ sự nghiệp y tế	14081	18	0,13	47	0,33	341	2,4	395	4,2	4144	29,4
Hệ sự nghiệp GD	3033	33	1	102	3,3	335	11,8	735	24,2	1253	41,3

Như vậy, tỷ lệ GS, PGS, TS ở cơ quan Bộ cũng chiếm tỷ lệ cao 1,1%, 1,1% và 6,1%, đặc biệt TS ở hệ sự nghiệp giáo dục chiếm tỷ lệ cao nhất 11,8%. Ở Sở Y tế các tỉnh, thành không có GS, PGS và chỉ một số rất ít tỉnh, thành phố có TS làm Giám đốc Sở Y tế hoặc Giám đốc Bệnh viện như Hà Nội, Nghệ An, Lâm Đồng, Long An.

Trong việc bố trí đội ngũ cán bộ lãnh đạo, cán bộ quản lý, nhất là đội ngũ cán bộ chủ chốt, đã được ngành y tế đặc biệt coi trọng, đây là những cán bộ có chức vụ và trách nhiệm điều hành, đứng đầu trong các cơ quan, các tổ chức sự nghiệp như các đồng chí lãnh đạo Bộ, các đồng chí Vụ trưởng, Cục trưởng và tương đương ở cơ quan Bộ, các đồng chí Viện trưởng, Giám đốc bệnh viện, Hiệu trưởng các nhà trường, Giám đốc các Sở Y tế, Giám đốc các Trung tâm y tế huyện, thị... Bộ Y tế đã lựa chọn để bố trí vào các vị trí trên đây là những người giỏi nghiệp vụ chuyên môn, có khả năng chỉ huy, điều khiển, tổ chức công việc, có phẩm chất đạo đức tốt và khả năng đoàn kết cộng đồng. Đây cũng là những cán bộ được đào tạo cơ bản về chuyên môn, kinh qua thực tiễn, nổi lên từ thực tiễn hoạt động, được quần chúng tín nhiệm. Chính đội ngũ cán bộ chủ chốt này là nhân tố bảo đảm cho hệ thống y tế được vận hành tốt, các chủ trương, chính sách, những nhiệm vụ của ngành được thực hiện có hiệu quả, đạt được nhiều thành tích, đáp ứng được ngày càng tốt hơn nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Có thể khẳng định rằng những thắng lợi của Ngành y tế trong những năm qua không tách rời những hoạt động có hiệu quả, đầy trách nhiệm, sáng tạo, năng động của đội ngũ cán bộ lãnh đạo, đặc biệt là đội ngũ cán bộ chủ chốt trong Ngành. Điều này chứng tỏ chính sách sử dụng, đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ của Ngành y tế đã được xác định đúng đắn.

Bên cạnh việc coi trọng đội ngũ cán bộ lãnh đạo, Ngành y tế cũng đã đặc biệt coi trọng sử dụng đội ngũ cán bộ chuyên gia. Ngành y tế đã ý thức được rằng, đội ngũ chuyên gia không phải là những người nắm chức vụ của công chức mà là những người có trình độ cao cả về lý thuyết, cả về thực hành trong nghề nghiệp. Những cán bộ này có vai trò làm những mũi nhọn của sự phát triển. Khi nói đến đỉnh cao của chất lượng đội ngũ

cán bộ công chức, viên chức, phải nói đến đội ngũ cán bộ chuyên gia. Đây chính là nhóm nhân lực cao của ngành y. Trong lịch sử của ngành y cũng như trong những năm qua, ngành y tế đã rất coi trọng đào tạo, bồi dưỡng và sử dụng đội ngũ cán bộ chuyên gia này. Hầu như ở bất kỳ lĩnh vực nào, ở bất kỳ thời kỳ nào, ngành cũng có những nhà khoa học đầu đàn, có vai trò dẫn dắt lĩnh vực đó phát triển. Ngành y cũng đã có những chuyên gia không những nổi tiếng trong nước mà còn nổi tiếng trên thế giới như Bác sĩ Tôn Thất Tùng, Giáo sư Nguyễn Tài Thu và hiện nay ở từng ngành, ngành y tế cũng đang có những chuyên gia hàng đầu, có vai trò đầu đàn phát triển nền y học ở nước ta.

Trong chính sách sử dụng đội ngũ cán bộ y tế, trong nhiều năm qua, ngành y tế đã rất coi trọng đội ngũ cán bộ y tế ở cơ sở, nhất là cán bộ ở vùng sâu, vùng xa. Vấn đề đặt ra của ngành là phải bố trí, sử dụng có hiệu quả đội ngũ cán bộ ở các xã, phường và ở các thôn, bản, đảm bảo cho đội ngũ cán bộ này đủ sức thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hiện các chương trình y tế quốc gia. Về nhân lực ở các trạm y tế xã đã bố trí có bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa, có nữ hộ sinh trung học hoặc y sĩ sản nhi, có y sĩ hoặc y tá được bồi dưỡng về được để đảm bảo công tác được của trạm y tế, số lượng cán bộ của các trạm y tế tùy thuộc vào số dân của xã, phường. Nếu xã, phường có dưới 4000 dân thì có 3 cán bộ, có từ 4000 đến dưới 6000 dân thì có 4 cán bộ, có từ 6000 dân đến dưới 8000 dân thì có 5 cán bộ, có từ 8000 dân trở lên thì có 6 cán bộ. Với sự bố trí này thì về mặt cơ bản các trạm y tế xã, phường trong cả nước đủ sức đáp ứng được nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân ở tuyến xã, phường. Ngoài đội ngũ cán bộ y tế ở trạm y tế xã, nhiều năm qua ngành y tế đã thực hiện chủ trương bố trí các nhân viên y tế ở thôn bản, đến nay 80% số thôn bản trong cả nước đã có nhân viên y tế hoạt động. Thực tiễn đã chứng tỏ rằng đây là một chính sách rất đúng đắn, đội ngũ này đã có vai trò rất lớn trong việc chữa và cung cấp thuốc khi người dân mắc những bệnh thông thường, đảm bảo nhanh chóng, kịp thời, thuận tiện, ít tốn kém thời gian và tiền bạc. Ngoài ra, đội ngũ nhân viên y tế thôn bản còn tham gia tuyên truyền, vận động nhân dân phòng bệnh, giữ gìn vệ sinh, tham gia các chương trình tiêm chủng mở rộng, chương

trình dân số kế hoạch hoá gia đình và các chương trình y tế quốc gia khác.

Trong chính sách sử dụng cán bộ y tế ở trạm y tế xã, phường, nhiều năm qua ngành y tế đã tích cực thực hiện chủ trương đưa bác sĩ về công tác tại các trạm y tế xã, phường, đến nay trong toàn quốc đã có 60% số xã, phường có bác sĩ. Thực hiện chủ trương đưa bác sĩ về công tác tại trạm y tế xã, phường đến nay tuy rằng cũng còn có những ý kiến khác nhau nhưng trong thực tiễn, qua ý kiến của những nhà lãnh đạo các cấp từ tỉnh, huyện thị, xã phường, ý kiến của quần chúng nhân dân thì khẳng định rằng đây là một chủ trương rất đúng đắn. Việc chăm sóc sức khoẻ cho hàng nghìn người dân, thậm chí hàng chục nghìn người dân thực sự cần thiết có 1 bác sĩ, thậm chí cần nhiều hơn 1 bác sĩ. Việc có bác sĩ về trạm y tế xã, phường là một sự thay đổi về chất, thay đổi bộ mặt của một trạm y tế xã, phường. Cấp uỷ Đảng, chính quyền, các Ban, Ngành, đoàn thể địa phương và nhân dân tự hào, tin cậy, yên tâm là xã mình đã có bác sĩ, người dân chắc chắn sẽ được hưởng dịch vụ y tế cao hơn. Thực tế trạm y tế có bác sĩ đã có khả năng chữa một số bệnh mà trước đây phải chuyên lên tuyến trên, việc chẩn đoán bệnh nhanh hơn, chính xác hơn, cho thuốc an toàn và hiệu quả hơn và còn nhiều kết quả khác. Đã có nhiều trường hợp khi Trung tâm y tế huyện có quyết định chuyển bác sĩ ở trạm y tế xã đi nơi khác, trạm y tế đó không có bác sĩ nữa thì chính quyền địa phương đã có những văn bản chính thức xin lại bác sĩ ở trạm y tế xã.

Hiện nay số bác sĩ công tác ở xã, phường có 2 dạng, bác sĩ là người của địa phương hoặc của xã lân cận được biên chế chính thức là cán bộ của trạm y tế hoặc là bác sĩ của trung tâm y tế quận, huyện về tăng cường cho trạm y tế xã, phường. Hai dạng trên thì dạng thứ nhất là tốt hơn hẳn, còn dạng thứ hai có nhiều hạn chế về thời gian hoạt động của bác sĩ tại trạm, về trách nhiệm không thật yên tâm. Dạng này chỉ nên thực hiện khi thực sự chưa có bác sĩ biên chế chính thức cho trạm y tế. Về cơ cấu tổ chức có 3 hình thức chủ yếu; *Một là*, bác sĩ là người đã có thâm niên, có kinh nghiệm công tác trực tiếp làm trạm trưởng; *Hai là*, trạm xá có một y sĩ có thâm niên, có kinh nghiệm làm trạm trưởng, một

bác sĩ thâm niên ít hơn, có một số kinh nghiệm nhất định làm trạm phó; *Ba là*, trạm xá có một y sĩ thâm niên, có kinh nghiệm làm trạm trưởng, một bác sĩ mới ra trường là nhân viên của trạm. Trong 3 mô hình tổ chức trên thì mô hình thứ nhất là thuận lợi nhất, sau đó đến mô hình thứ hai. Tuy nhiên cả 3 mô hình trên nếu được tổ chức, quản lý tốt thì đều duy trì và hoạt động có hiệu quả. Về số lượng nhân lực y tế ở các trạm y tế xã, phường theo quy định từ 3 đến 6 người tùy theo số lượng dân cư, cũng tùy theo từng địa phương mà tình hình có sự khác nhau, có những nơi hoạt động của trạm y tế không nhiều thì nhân lực như vậy là đủ, nhưng cũng có nhiều nơi nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm rất cao, trạm có uy tín thì các trạm y tế này phải sử dụng thêm cán bộ hợp đồng, có trạm sử dụng thêm 3 cán bộ hợp đồng về y, 3 cán bộ hợp đồng về y học cổ truyền, đưa tổng số cán bộ tại trạm tăng 100%.

Nhìn chung, chính sách sử dụng đội ngũ cán bộ hay nhân lực y tế trong nhiều năm qua ngành y tế đã có nhiều chính sách đúng đắn, bố trí phù hợp giữa các tuyến, giữa các đơn vị tương đối cân đối, phù hợp trình độ cán bộ. Điều này đã làm cho bộ máy của ngành hoạt động thông suốt, có hiệu quả, góp một phần quyết định làm cho Ngành thực hiện ngày càng tốt hơn hơn sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Tuy nhiên, cũng còn một số vấn đề cần được đặt ra trong thời gian tới. *Một là*, đội ngũ cán bộ lãnh đạo, quản lý, nhất là cán bộ chủ chốt cần được tăng cường đào tạo về năng lực quản lý, bồi dưỡng về lý luận, chính trị và phẩm chất đạo đức, đội ngũ này cần được học tập ở các trường Hành chính Quốc gia, Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh, đảm bảo cho họ vững vàng về mọi mặt, xứng đáng là đội ngũ cán bộ nòng cốt của ngành. Công tác lựa chọn, bồi dưỡng người cán bộ lãnh đạo, quản lý và nhất là cán bộ nòng cốt cần được tăng cường hơn, có bài bản hơn, khắc phục có lúc bị hẫng hụt. *Hai là*, công tác bồi dưỡng đội ngũ cán bộ chuyên gia cần được đặt ra mạnh mẽ, cần xác định đây là một nhiệm vụ quan trọng của công tác cán bộ. Cần có những chủ trương, kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ chuyên gia kể cả đào tạo trong nước và đào tạo ở nước ngoài. Luôn luôn bảo đảm có sự kế tiếp của đội ngũ chuyên gia đầu đàn, không để mai một hoặc hụt hẫng những lĩnh vực mà

y học nước ta đang đạt ở trình độ cao. *Ba là*, công tác đào tạo đội ngũ cán bộ chuyên môn, kỹ thuật, nhất là đào tạo bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh cần đảm bảo những tỷ lệ cân đối để bố trí vào các tuyến, vào các đơn vị, nhất là vào các bệnh viện có tỷ lệ hợp lý. *Bốn là*, cần phải xem xét lại việc bố trí cán bộ ở tuyến cơ sở, nhất là ở các trạm y tế xã, phường làm sao cho phù hợp, đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân ở mỗi vùng, mỗi miền, mỗi địa phương có những tính chất nhiều khi rất khác nhau. Việc đưa bác sĩ về tuyến xã, phường cần được chuẩn bị tốt, cần được đào tạo theo một chương trình phù hợp, cần đặc biệt coi trọng đào tạo cán bộ tại chỗ để họ yên tâm phục vụ lâu dài ở địa phương. Khi bố trí cho họ về xã thì cần quan tâm xây dựng nhà trạm, tăng cường trang thiết bị, bảo đảm cung cấp thông tin để họ có điều kiện phát huy năng lực chuyên môn và cập nhập tình hình, tránh bị lạc hậu trước sự phát triển nhanh chóng của tình hình kinh tế, chính trị, xã hội.

THỰC TRẠNG VÀ CÁC VẤN ĐỀ GAY CẦN TRONG QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ TẠI CÁC BỆNH VIỆN

TS. Nguyễn Thị Thanh
Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

I. TÌNH HÌNH CHUNG HỆ THỐNG KHÁM CHỮA BỆNH Ở VIỆT NAM

1. Thời kỳ trước Đổi mới (trước năm 1986)

Hệ thống y tế Việt Nam trước Đổi mới hoàn toàn là y tế công, đặc biệt các bệnh viện ở miền Bắc hoàn toàn công lập, do nhà nước quản lý, điều hành và cung cấp nguồn lực.

Trong những năm chiến tranh ngành y tế Việt nam đã hoạt động theo cơ chế hành chính bao cấp, bình quân toàn xã hội. Hoạt động y tế chủ yếu nhằm đáp ứng những nhu cầu cấp bách trước mắt, đặc biệt là yêu cầu phục vụ trong chiến tranh; trong giai đoạn này nguồn kinh phí cho y tế chủ yếu dựa vào viện trợ của nước ngoài trong đó phải kể đến nguồn viện trợ của Liên xô (cũ). Khi chiến tranh kết thúc nguồn viện trợ cho y tế từ nước ngoài bị cắt giảm đáng kể. Nhà nước Việt Nam phải tự trang trải nguồn kinh phí cho y tế. Mặc dù Đảng và Nhà nước Việt nam đã có nhiều cố gắng tăng ngân sách cho y tế hàng năm nhưng so với nhu cầu CSSK ngày càng tăng thì nguồn ngân sách không thể đáp ứng được. Mâu thuẫn giữa cung và cầu ngày càng gay gắt. Trước tình hình đó, tại đại hội Đảng trung ương IV, Đảng ta đã quyết định chính sách đổi mới đất nước. Đối với ngành y tế việc đổi mới cơ chế quản lý rước hết cần tăng cường năng lực tổ chức, quản lý, cơ sở vật chất kỹ thuật; nâng cao chất lượng KCB, mở rộng các dịch vụ y tế, cải thiện đời sống cán bộ nhân viên ngành y tế. Thông qua việc thực hiện cơ chế mới sẽ thúc đẩy toàn bộ xã hội cùng chăm lo sự nghiệp bảo vệ sức khỏe, củng cố và phát triển sự nghiệp y tế, thực hiện tốt phương châm “Nhà nước và nhân dân cùng làm” nhằm đảm bảo sự công bằng hợp lý đặc biệt trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân.

2. Từ khi bắt đầu đổi mới đến nay (Sau năm 1986)

Thực hiện chính sách đổi mới trong y tế, Đảng Chính phủ đã ra hàng loạt các văn bản hướng dẫn thực hiện chủ trương xã hội hoá y tế đặc biệt đối với các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) phát triển nhiều loại hình theo xu hướng đa dạng hoá các hình thức KCB nhằm đáp ứng với nhu cầu KCB của người dân.

II. Thực trạng về tổ chức, quản lý và hoạt động của các cơ sở khám chữa bệnh

Hệ thống y tế công của Việt Nam được thành lập từ trung ương đến các xã/phường với các loại hình dịch vụ. Cùng với việc củng cố phát triển hệ thống y tế công, y tế bán công, y tế tư cũng được hình thành và phát triển để đáp ứng với nhu cầu CSBVSK ngày càng cao và đa dạng của nhân dân. Theo phân loại tổng hợp của Vụ Điều trị Bộ Y tế, hiện tại ở Việt nam có 4 loại hình KCB chính:

- Y tế công
- Y tế tư
- Loại hình bán công, dân lập, phối hợp dịch vụ trong hệ thống công
- Phòng khám chữa bệnh nhân đạo

Số lượng các cơ sở khám chữa bệnh công

Các đơn vị thuộc tuyến Trung ương bao gồm:

Viện nghiên cứu có giường bệnh

Bệnh viện đa khoa

Bệnh viện chuyên khoa

Khu điều trị phong

Bệnh viện Điều dưỡng- Phục hồi chức năng

Tuyến tỉnh, thành phố

Y tế tuyến tỉnh bao gồm các Sở y tế, các đơn vị trực thuộc sở. Sở y tế là cơ quan quản lý y tế trực thuộc UBND tỉnh/thành phố. Thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn. Sở y tế chịu sự quản lý toàn diện của UBND tỉnh/thành phố, đồng thời chịu sự chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế.

Các bệnh viện tỉnh/thành phố là cơ sở KCB của tỉnh/thành phố, có đội ngũ cán bộ chuyên môn, có trang thiết bị thích hợp để đảm bảo khả năng hỗ trợ cho các bệnh viện tuyến huyện. Có nhiệm vụ hướng dẫn, chỉ đạo chuyên môn, kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến huyện và tiếp nhận các bệnh nhân do các bệnh viện khác chuyển đến

Hệ thống bệnh viện tuyến tỉnh

Ngoài một số bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh thuộc các tỉnh, thành phố quản lý và một số thuộc các Bộ, Ngành quản lý. Số lượng các cơ sở khám chữa bệnh kể cả các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, Viện nghiên cứu có giường bệnh, điều dưỡng - phục hồi chức năng, điều trị dự phòng, phòng khám đa khoa, nhà hộ sinh và trạm y tế ... được thể hiện trong bảng dưới đây.

B/v đa khoa

B/v chuyên khoa

Khu điều trị phong

Bệnh viện Điều dưỡng-Phục hồi chức năng

Phòng khám chuyên khoa

Chức năng của y tế tuyến cơ sở:

- Y tế huyện: là nơi chăm sóc sức khỏe cơ bản cho nhân dân đồng thời là tuyến hỗ trợ trực tiếp cho y tế tuyến xã. Các trung tâm y tế huyện chịu trách nhiệm quản lý công tác CSBVSK nhân dân trên địa bàn huyện. Hiện nay trên toàn bộ 600 quận/huyện của cả nước đã thành lập trung tâm y tế huyện. Mỗi trung tâm y tế huyện có một bệnh viện đa khoa với quy mô 50 - 100 giường điều trị. Ngoài ra trực thuộc các trung tâm y tế huyện còn có các phòng khám đa khoa khu vực đảm nhận nhiệm vụ của bệnh viện huyện tại khu vực và là tuyến trên của các trạm y tế xã. Tại các huyện vùng núi, vùng sâu, vùng xa còn có đội y tế lưu động để hỗ trợ các trạm y tế xã trong công tác phòng chống dịch bệnh.

Bên cạnh bệnh viện đa khoa, tại trung tâm y tế còn có các đội vệ sinh phòng dịch, đội BVBMTE/KHHGD và các mục tiêu chương trình y tế quốc gia.

- Trạm y tế xã là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật CSSKBĐ cho người dân trên địa bàn xã, quản lý, chỉ đạo các hoạt động của y tế thôn bản. Đến tháng 6/2001 toàn quốc có 95,1% số xã/phường có trạm y tế xã, 10.396 xã/phường có cán bộ y tế xã hoạt động; tại các xã thuộc miền núi, vùng sâu vùng xa chưa có trạm y tế thì nhân viên y tế phải làm việc nhờ ở nhà dân hoặc tại trụ sở UBND xã. Hầu hết các trạm y tế xã đều có quầy thuốc thiết yếu phục vụ cho nhu cầu chữa bệnh.

Tuyến huyện/quận (tuyến cơ sở)

Phòng điều trị của Trung tâm y tế

P/k đa khoa liên xã

Nhà hộ sinh khu vực

Trạm y tế cơ sở

Hệ thống Y tế ngành

Trong hệ thống y tế công, ngoài các cơ sở y tế trực thuộc Bộ y tế và các địa phương còn có các cơ sở y tế do các ngành quản lý. Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2001 có 51 bệnh viện đa khoa, 22 phòng khám đa khoa khu vực và 41 trung tâm điều dưỡng phục hồi chức năng do các ngành khác trực tiếp quản lý. Trong đó những ngành có nhiều bệnh viện chủ yếu là ngành đặc thù như quân đội, công an, giao thông vận tải, cao su....

Các bệnh viện ngành trước đây được xây dựng và đầu tư trang thiết bị từ nguồn kinh phí của ngành đó. Song kinh phí hoạt động cho các bệnh viện ngành này hầu hết do ngân sách nhà nước cấp thông qua ngân sách dành cho ngành Y tế. Còn sự hỗ trợ hoạt động từ phía các ngành thường không lớn trừ một số ngành như Bưu điện, Dầu khí. Các cơ sở nói

trên chủ yếu phục vụ cho cán bộ, công nhân trong ngành đó ngoài ra có tham gia KCB cho người dân ở địa phương. Các bệnh viện và trung tâm điều dưỡng ngành chủ yếu được xây dựng ở các thành phố lớn hoặc các khu vực tập trung dân cư. Ngoài ra các cơ quan, doanh nghiệp còn có các trạm y tế cơ quan để CSSKBĐ cho cán bộ, công nhân của đơn vị mình. Kinh phí của các trạm y tế này hầu hết do các cơ quan doanh nghiệp tự đảm nhận, gán dấy một phần kinh phí hoạt động CSSKBĐ do BHYT cung cấp.

Bệnh viện đa khoa

Bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng

Phòng khám đa khoa

Phòng khám/trạm y tế công-nông lâm trường xí nghiệp

Bảng 1: Phân loại các bệnh, viện theo tuyến và chuyên khoa

Cơ sở	Trung ương	Tỉnh, thành phố	Huyện, quận	Xã	Ngành	Cộng
Bệnh viện đa khoa	11	104	532		51	698
Bệnh viện chuyên khoa	06	65				71
Viện nghiên cứu	10					10
Khu điều trị phong	02	16				18
Bệnh viện y học dân tộc	01	45				46
Phòng khám chi. khoa -						
Phòng khám đa khoa	03	104	880		22	1.009
Bệnh viện điều dưỡng- phục hồi chức năng (Trung tâm)	01	33			41	75
Nhà hộ sinh khu vực						
Trạm y tế		12	41	10257		53
					815	11072
Cộng	34	379	1453	10257	929	13054

* Nguồn: Niên giám TKYT - BHYT - 2000.

- Nếu tính cả nước cơ sở khám chữa bệnh từ trạm y tế xã, phường cơ quan xí nghiệp, trở lên có tới trên 13.000 cơ sở, trong đó trên 11.000 trạm y tế và hơn 900 bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, điều dưỡng - phục hồi chức năng...

- Chỉ có 33 cơ sở trực thuộc Bộ Y tế (tuyến trung ương) gồm các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, viện nghiên cứu có giường bệnh và điều dưỡng - phục hồi chức năng phần lớn làm nhiệm vụ tuyến cuối.

- Số còn lại trực thuộc các tỉnh và thành phố, đáng chú ý là trong 61 tỉnh, thành phố có tới 104 bệnh viện đa khoa và 65 bệnh viện chuyên khoa (bình quân 2,7 bệnh viện đa khoa/tỉnh, thành phố; có tỉnh, thành phố 2 - 3 bệnh viện đa khoa, chuyên khoa phục vụ cho nhân dân trong phạm vi địa giới hành chính thuộc tỉnh và thành phố).

- Cơ chế tổ chức, quản lý chuyên môn: Sau khi có Nghị định 01 của Chính phủ và thông tư liên tịch số 02 của Ban Tổ chức Cán bộ Chính phủ và Bộ Y tế nhằm củng cố hệ thống y tế, các trạm y tế xã, phường đã được khôi phục hoạt động và củng cố. Y tế xã/phường chính thức được hưởng lương từ ngân sách Nhà nước đồng thời quy định số lượng nhân lực tại các trạm y tế xã/phường theo các chức danh như mỗi xã/phường phải có y sĩ sản nhi, y sĩ đa khoa, cán bộ y tế dự phòng... Ngoài ra để tăng cường năng lực cho y tế cơ sở, chủ trương đưa bác sĩ về xã đã được Bộ Y tế thực hiện từ năm 1997 - 1998. Đến cuối năm 2001 cả nước có khoảng 56% số xã/phường có bác sĩ công tác tại trạm y tế.

Bảng 2: Số lượng giường bệnh tại các cơ sở y tế Nhà nước năm 2001

Phân tuyến	Số cơ sở	Số giường	Ghi chú
1. Tuyến Trung ương	34	12.450	Kể cả giường điều dưỡng và điều trị phong
2. Tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương	349	60.547	
3. Tuyến huyện, quận, thị xã	1.473	49.449	
4. Tuyến xã	10.307	46.378	
5. Y tế các ngành	924	16.935	
Tổng cộng	13.051	185.759	Trong đó có 11.790 giường của các ngành

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2001, Bộ y tế

- Tính cả các trạm y tế có giường bệnh trong cả nước tại các cơ sở y tế Nhà nước số giường là 185.759, trong đó bao gồm cả các cơ sở y tế của các ngành đặc biệt những ngành có đặc thù riêng như nông nghiệp, công an, bộ đội, giao thông vận tải.... Bình quân trên một vạn dân (giường bệnh/10.000 dân) 23,35 giường (nếu chỉ tính giường quốc lập = 17,51 giường).

- Nếu so sánh với trước đổi mới số giường bệnh bình quân trên 1 vạn dân giảm gần một nửa do nhiều nguyên nhân như sắp xếp lại mạng lưới khám chữa bệnh, sát nhập, tổ chức lại hệ thống y tế cơ sở từ các bệnh viện huyện/quận thành Trung tâm y tế huyện, chưa khôi phục hoạt động đầy đủ trạm y tế xã và một phần do dân số tăng...

- So sánh với một số nước khác thì tỷ lệ này của Việt Nam có thấp hơn (Trung Quốc: 26; các nước Mỹ Latinh 27; Trung Cận Đông: 30), tuy nhiên còn phải tính đến công suất sử dụng giường bệnh, tần suất ốm và tỷ lệ cần điều trị nội trú trong tổng số lượt khám bệnh...

III. Nhân lực y tế trong hệ thống khám chữa bệnh

I. Nhân lực trong hệ thống KCB Nhà nước

Nhân lực là nguồn lực quan trọng nhất của hệ thống y tế, nếu thiếu về số lượng hoặc yếu về chất lượng thì các nguồn lực khác không được sử dụng có hiệu quả. Gần đây một số nơi có những sai lệch về quan điểm: coi trọng vấn đề cung cấp tài chính, phân bổ nguồn tài chính của ngành y tế trong nền kinh tế thị trường, có phần coi nhẹ vấn đề nhân lực về số và chất lượng cán bộ.

Trong lịch sử ngành y tế thấy rất rõ: những năm chiến tranh trong hoàn cảnh cực kỳ khó khăn, thiếu thốn đủ mọi thứ nhưng nhân lực y tế vẫn được đào tạo đủ để đáp ứng với nhu cầu CSSK của người dân và chiến trường, chính vì vậy sức khỏe nhân dân vẫn được cải thiện hơn một số nước. Khi đất nước chuyển sang thời kỳ đổi mới, trong nền kinh tế thị trường định hướng Xã hội chủ nghĩa, với nhu cầu về CSSK của người dân ngày càng cao, đặc biệt đáp ứng với yêu cầu hội nhập quốc tế, nhu cầu về số lượng, chất lượng và cơ cấu của đội ngũ cán bộ y tế cũng thay đổi phù hợp với điều kiện và các chính sách chung của thời kỳ đổi mới. Số lượng nhân lực y tế trong khoảng 10 năm đầu có vẻ giảm dần đặc biệt nhân lực cho hệ thống y tế cơ sở giảm rõ rệt do thay đổi cơ chế chính sách cán bộ y tế. Đến năm 1997 mới dần khôi phục lại. Đặc biệt từ khi chủ trương xã hội hoá y tế thực sự đi vào cuộc sống, sự đa dạng hoá các loại hình dịch vụ y tế đã giúp thay đổi cơ cấu nhân lực y tế cả về lượng và chất.

Nhân lực trong hệ thống y tế Việt Nam bao gồm cả y và dược, trang thiết bị y tế. Trong đó bao gồm cả tây y và y dược học cổ truyền. Trong đó lại có cả nhân lực y tế của hệ thống y tế công, bán công và y tế tư nhân. Năm 1986 số lượng cán bộ y tế là 261.903 người chủ yếu trong hệ thống y tế công; đến năm 1996 giảm đi chỉ còn 212.103 người (bình quân mỗi năm giảm 4.980 người) trong đó chủ yếu giảm nhân lực y tế khu vực y tế cơ sở, điều này được lý giải là do thay đổi cơ chế trả lương nhân viên y tế tại tuyến xã (hệ thống các trạm y tế xã bị tan rã do không có người trả lương, phụ cấp). Trong khi đó dân số bình quân mỗi năm tăng lên khoảng 1 triệu người. Năm 1986 mỗi nhân viên y tế thuộc hệ thống y tế công phục vụ 288 người dân thì đến năm 1996 mỗi nhân viên y tế phục vụ

355 người dân, đến năm 2000 thì cứ 1 nhân viên y tế phục vụ 336 người dân. Điều này cho thấy rằng số biên chế của hệ thống y tế công không phù hợp ra so với việc tăng dân số mà khối lượng công việc của nhân viên y tế lại tăng lên đáng kể (số lượng bác sĩ/100.000 người dân của Việt Nam cao hơn Malaysia, Thái Lan, Philippin. Nhưng lại thấp hơn Ấn Độ và Trung Quốc).

Theo nghiên cứu trên 826 bệnh viện cả nước của Vụ điều trị - Bộ y tế (1996 - 1998), tình hình cán bộ nhân viên y tế được trình bày ở các bảng sau.

Bảng 3. Số lượng cán bộ nhân viên y tế ở 826 bệnh viện

Tuyến	Bác sĩ	Sau đại học	GS, PGS, TS, PTS	Y tá điều dưỡng	Nữ hộ sinh	Xét nghiệm viên	Tổng
Bệnh viện TW	1886	1194	103	2479	155	70	5887
Bệnh viện tỉnh	12375	4670	85	16597	3962	1470	39159
Bệnh viện huyện	3828	1326	0	10021	2692	1357	24224
Bệnh viện ngành	912	214	0	879	128	92	2225
Chung	24001	7404	188	29976	6937	2989	71495

Bảng 4. Số lượng cán bộ nhân viên y tế/100 giường bệnh

Tuyến Chỉ số	Trung ương	Tỉnh	Huyện	Chung
BS/100 giường bệnh	28	21	20	21
GS/TS/100 giường bệnh	2	0	0	
CK II, I/100 giường bệnh	18	8	3	7
Y tá/100 giường bệnh	33	31	21	26
Cán bộ y tế/100 giường bệnh	113	105	97	101
Y tá/BS	1,25	1,66	1,1	1,25

Bảng 5. Tình hình biến động nhân lực y tế qua các năm 1996-2000

Phân loại	1996	1997	1998	1999	2000
Tổng số	212.103	213.099	230.029	227.539	230.548
Bác sĩ (kể cả TS, ThS.)	33.470	34.001	37.458	39.294	41.663
Dược sĩ (kể cả TS, ThS.)	5.286	5.406	5.611	5.849	5.977
Y sĩ	48.238	48.459	50.201	50.657	50.378
Y tá đại học			326	496	592
Kỹ thuật viên y	6.332	6.221	6.880	6.073	6.037
Dược sĩ trung học	6.274	6.485	7.255	7.793	7.833
Kỹ thuật viên dược	1.709	1.655	1.655	1.554	1.619

Y tá trung học	22.536	22.672	23.997	25.894	27.561
Nữ hộ sinh trung, đại học	8.101	8.563	9.553	10.418	11.188
Y tá sơ học	20.886	20.768	19.399	18.556	17.315
Nữ hộ sinh sơ học	4.461	4.479	4.173	3.731	3.474
Xét nghiệm viên	1.579	1.760	2.278	2.971	2.862
Lương y	161	415	423	377	384
Dược tá	7.852	8.067	8.096	8.467	8.656
Đại học khác	3.955	4.224	4.444	4.796	5.410
Trung học khác	5.560	6.038	6.780	6.806	7.214
Cán bộ khác	35.375	33.886	41.500	33.807	32.424

(Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2000)

Theo đánh giá của Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế năm 2000 về số lượng nhân viên y tế:

- Bác sĩ:

- Nhìn chung bác sĩ chuyên khoa cho 1 giường bệnh tại các bệnh viện tuyến tỉnh còn rất thiếu.

- Số lượng nhân viên y tế chung cho tuyến tỉnh là 105/100 giường, song nhiều tỉnh nhất là miền núi còn thiếu: (Sơn La = 95/100 giường; Lâm Đồng còn thiếu 400 người so với định biên).

- Cán bộ có học hàm, học vị (GS - TS) tại tuyến tỉnh gần như không có.

- Trong khi đó ở Malaysia bệnh viện khu vực là 246/100 giường, Trung ương là 233/100 giường (VN = 113).

- Nhân viên y tế chung cho tất cả bệnh viện các tuyến là 101/100 giường trong khi đó Cộng hoà Liên bang Đức = 130, Đan Mạch = 282.

- Tỷ lệ y tá/Bác sĩ chung ở các bệnh viện là 1,25 không đủ phục vụ, chăm sóc người bệnh

- Y tá: Từ những năm 1960 trở về trước các trường trung học chủ yếu đào tạo y sĩ và kỹ thuật viên trung cấp. Từ những năm 1970 mới bắt đầu chú ý đào tạo y tá trung học.

Đến những năm 80 mới bắt đầu đào tạo một số ít y tá trình độ đại học. So năm 1976 với 1996 thì số lượng y tá tăng lên gấp 5,2 lần, trong đó chủ yếu tăng y tá trung học.

Tuy vậy tỷ lệ bác sĩ và y tá cũng vẫn còn chưa tương xứng (ở các nước phát triển tỷ lệ 3-4 y tá mới có 1 bác sĩ, nhưng ở Việt nam mới chỉ $>1,5$). Còn cần phải quan tâm chú trọng đến công tác đào tạo nhân lực y tế sao cho đảm bảo cân đối hơn nữa giữa "thầy và thợ".

- **Nữ hộ sinh:** Theo quy định tại Nghị định 01 và Thông tư 02 hướng dẫn về y tế nhân lực y tế cho y tế cơ sở thì nữ hộ sinh được công nhận là 1 trong 3 chức danh được cấp lương tại trạm y tế. Do đó số nữ hộ sinh đã tăng lên đáng kể kể năm 1976 mới chỉ có 5.979 người thì đến năm 1996 tăng lên là 12.562 người (tăng gấp > 2 lần), trong đó chủ yếu là nữ hộ sinh trung học (tăng gấp 13 lần năm 1976). Tuy vậy trên thực tế, tại tuyến xã đặc biệt các xã miền núi, vùng sâu thì vẫn còn thiếu nữ hộ sinh. Tổng hợp báo cáo của các địa phương thì nữ hộ sinh trung học làm tư khá nhiều (đặc biệt ở khu vực phía Nam) chiếm tỷ lệ 3,7%. Trong đó có đến 50% là nữ hộ sinh trong biên chế nhà nước làm tư ngoài giờ.
- **Dược sĩ đại học:** Tình trạng thiếu dược sĩ đại học là khá phổ biến ở các tuyến. Mặc dù số lượng có tăng lên (năm 1996 là 0,72 người/10.000 dân, đến năm 2000 tăng lên 0,77 người/10.000 dân) song thực sự số dược sĩ đại học tăng rất chậm so với các chức danh khác. Song có một đặc biệt là từ khi chuyển sang nền kinh tế thị trường, số dược sĩ có bằng đại học đang công tác trong nhà nước làm tư chiếm một tỷ lệ đáng kể (năm 1996 có 2.763/6.146 dược sĩ làm tư, chiếm tỷ lệ 45%). Chính cơ chế thị trường đã thu hút nhiều dược sĩ đang làm cho nhà nước mở hiệu thuốc tư, nhiều khi chỉ là đứng tên để cho dược tá hoặc người khác đứng bán thuốc (đây cũng là một điều cần phải bàn trong công tác quản lý nguồn nhân lực dược cũng như quản lý hành nghề dược tư nhân).
- **Một chức danh khác cũng cần lưu ý ở đây đó là các lương y.** Theo số liệu đã thống kê ở bảng trên thì trong vòng 20 năm qua số lượng lương y hoạt động trong hệ thống y tế công đã giảm đi khá nhanh đặc biệt từ năm 1986 đến năm 1996 từ 1.047 người giảm đi chỉ còn 461 người. Trong khi đó số lương y làm tư được cấp phép hành nghề là 3.327 người. Trước đây các lương y phần lớn làm việc trong các cơ sở y tế công đặc biệt tại các trạm y tế xã. Nhưng từ khi có chủ trương đa dạng hoá các loại hình dịch vụ y tế thì đa phần các lương y đã chuyển ra hành nghề ở khu vực tư nhân. Điều này cũng phù hợp với chính sách mới của Nhà nước ta là trong số các chức danh được quy định hưởng lương từ ngân sách nhà nước tại các trạm y tế thì không có lương y.

Những biến động về cơ cấu cán bộ y tế và chất lượng chuyên môn

Nhờ áp dụng kỹ thuật cao, những năm gần đây chất lượng chuyên môn đã có những tiến bộ rõ rệt:

- Về cấp cứu nội khoa nhờ có kỹ thuật như hỗ trợ hô hấp bằng máy nên nhiều người bệnh đã được cứu sống. Các kỹ thuật như nong mạch vành, thông tim... đã được triển khai ở một số bệnh viện
- Các kỹ thuật ghép đã được ứng dụng và ngày càng phát triển như ghép thận, ghép tủy xương, nối mạch chi, thay van tim... đặc biệt với sự hỗ trợ kỹ thuật của nước ngoài, kỹ thuật

tiên trong ống nghiệm thành công ở bệnh viện Từ Dũ, đánh dấu bước tiến bộ về kỹ thuật sinh y học trong lĩnh vực sản khoa của nước ta.

- Các tiến bộ trong cận lâm sàng như chẩn đoán hình ảnh, nội soi, chụp cắt lớp, cộng hưởng từ hạt nhân...; các kỹ thuật thăm dò chức năng huyết học, sinh hoá, đã giúp cho hệ chẩn đoán và điều trị phát triển mạnh

- Trong chẩn đoán và điều trị ung thư cũng được đầu tư kỹ thuật, trang thiết bị, giúp cho công tác chẩn đoán sớm, điều trị ung thư có hiệu quả hơn.

- Chất lượng chăm sóc người bệnh cũng được tăng cường: vai trò của y tá điều dưỡng được quan tâm chú ý. Trước năm 1990 vai trò của điều dưỡng viên chưa được chú ý, tỷ lệ nhân viên y tế chưa phù hợp, các điều dưỡng viên chủ yếu chỉ được đào tạo đến cấp trung học. Sau năm 1990 do nhận rõ được vai trò của điều dưỡng trong công tác điều trị, chăm sóc người bệnh; hệ thống y tá đã được củng cố cả về tổ chức cũng như số lượng, chất lượng. Trong các bệnh viện phòng y tá được thành lập có y tá trưởng. Từ năm 1993 chính thức đã có các khoá đào tạo cử nhân điều dưỡng khiến cho đội ngũ nhân viên chăm sóc bệnh nhân được tăng cường cả về số lượng và chất lượng, giảm bớt tình trạng mất cân đối về bác sĩ và y tá trong các bệnh viện.

Chính sự phát triển khoa học kỹ thuật đặc biệt các kỹ thuật cao đã giúp cho lực lượng cán bộ y tế phát triển không ngừng về số lượng cũng như chất lượng.

Tuy nhiên điều cũng đáng nói ở đây là cơ cấu nhân lực y tế trong hệ thống y tế của ta có nhiều thay đổi:

- Tỷ lệ y tá/bác sĩ.

Có sự hướng là tỷ lệ y tá/ bác sĩ ở Việt Nam ngày càng xuống thấp rõ rệt: năm 1976 tỷ lệ cứ 1 bác sĩ có 7 y tá; năm 1986 cứ 1 bác sĩ có 4 y tá, đến năm 1996 thì cứ 1 bác sĩ có 1,3 y tá.... Theo số liệu của UNDP năm 1999 thì ở Việt Nam số y tá/100.000 người dân là 58 (trong khi đó tại Singapore là 416, tại Hàn Quốc là 232, Thái Lan là 98...)Điều này cho thấy rằng Việt nam cần quan tâm đào tạo y tá hơn nữa để cân đối tỷ lệ nhân lực y tế trong CSSK nhân dân. Theo quyết định 07/QĐ của Bộ Y tế thì tỷ lệ các loại nhân viên y tế so với bác sĩ là rất thấp so với quy định

Bảng 5. Một số tỷ lệ các loại nhân viên y tế

Tỷ lệ	Theo QĐ số 07	Thực tế năm 1997
Y tá/bác sĩ	2	1,17
KTV/bác sĩ	0,5	0,37
NHS/bác sĩ	0,5	0,25
Chung	3	1,78

Những năm qua ngành y tế đã chú trọng nhiều đến công tác đào tạo cán bộ y tế chuyên khoa, sau và trên đại học đặc biệt các bác sĩ chuyên khoa có tay nghề thực hành cao như hệ bác sĩ chuyên khoa I, chuyên khoa II được đào tạo tại các trường đại học y được và các cơ sở thực hành. Tính đến tháng 10 năm 1998 số bác sĩ chuyên khoa này đã lên đến 7.751 người. Trong đó có đến 80% số bác sĩ chuyên khoa I, II này công tác tại các bệnh viện tỉnh và huyện đặc biệt là các tuyến huyện miền núi, hải đảo. Trong mục tiêu chiến lược của ngành y tế phấn đấu đến năm 2005 mỗi Trung tâm y tế huyện phải có ít nhất 5 bác sĩ chuyên khoa cấp I, bệnh viện tỉnh mỗi khoa phải có ít nhất 1 bác sĩ chuyên khoa cấp I và bác sĩ chuyên khoa cấp II cho một số chuyên khoa chính như nội, ngoại, sản, nhi...

Việc phân bố và sử dụng nhân lực y tế :

Đối với hệ thống y tế công thì việc phân bố nhân lực y tế cũng là một điều đáng phải bàn đến. Sự phân bố và sử dụng nhân lực y tế trước tiên phụ thuộc vào hệ thống tổ chức và chức năng của từng tuyến y tế cũng như từng cơ sở y tế. Ngoài ra còn phụ thuộc vào tình hình kinh tế, chính trị, điều kiện địa lý, sinh thái, môi trường của từng vùng mà có sự phân bố thích hợp. Tuy nhiên vẫn phải dựa vào các quy chuẩn chung. Ví dụ quy định về số lượng biên chế nhân viên y tế, các chức danh, cũng như quy định về tuyển chuyên môn kỹ thuật để phân bố nhân lực cho từng tuyến phù hợp. Từ khi có sự chuyển đổi nền kinh tế, xã hội hoá y tế và chính sách thu một phần Viện phí thì hiện tượng vượt tuyển kỹ thuật, phá vỡ tuyển kỹ thuật dẫn đến tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên, nhân lực y tế không phù hợp tại các tuyến kỹ thuật.

Công tác đào tạo nhân viên tại bệnh viện Nhà nước

Số nhân viên y tế công tác tại các bệnh viện công được tăng lên không ngừng đặc biệt về chất lượng. Đặc biệt công tác đào tạo lại, đào tạo sau và trên đại học được phát triển không ngừng để đảm bảo có một đội ngũ nhân viên y tế có đủ trình độ chuyên môn, có khả năng tiếp cận và áp dụng kỹ thuật cao đáp ứng với nhu cầu khám chữa bệnh trong điều kiện khoa học kỹ thuật phát triển.

Có những ý kiến cho rằng Việt Nam cũng như những nước nghèo khác nên đào tạo nhân viên y tế bậc trung học vì như vậy sẽ rẻ tiền hơn đào tạo bác sĩ, giá thành và hiệu quả sẽ tốt hơn. Nhưng trên thực tế lịch sử ngành y tế Việt Nam cho thấy rằng muốn nâng cao chất lượng CSSK cho người dân đặc biệt đáp ứng với nhu cầu của người dân thì cần nâng cao chất lượng nhân lực y tế. Từ những năm 1970, Việt Nam đã có chủ trương đào tạo bác sĩ cho tuyến huyện trong đó có cả hình thức đào tạo bác sĩ đa khoa tuyến huyện chính quy, chuyên tu. Đặc biệt những năm gần đây chủ trương đưa bác sĩ về tuyến xã đã khiến cho trạm y tế xã dần từng bước được tăng cường chất lượng dịch vụ CSSK nhân dân.

Một điều cũng cần lưu ý ở đây là: trong những năm gần đây ngành y tế đã có nhiều chú trọng đến công tác đào tạo đặc biệt đội ngũ cán bộ thực hành có tay nghề cao trong hệ thống bệnh viện (đó là các bác sĩ chuyên khoa cấp I, cấp II, nội trú) trong các chuyên khoa cho nên đã làm cho cơ cấu cán bộ chuyên khoa có tay nghề cao ngày càng

phát triển. Dần từng bước đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng tăng lên của người dân. Đặc biệt tại tuyến huyện cần thiết có loại hình đào tạo này. Tính đến năm 1996 mỗi huyện có > 2 bác sĩ có trình độ chuyên khoa cấp I, cấp II. Bình quân tuyển tỉnh đến năm 1996 mới có 4 bác sĩ chuyên khoa cấp II/tỉnh, 48 bác sĩ chuyên khoa cấp I, như vậy so với yêu cầu để tăng cường chất lượng công tác KCB thì trong những năm tới cần chú trọng đào tạo loại hình bác sĩ thực hành có tay nghề cao hơn nữa.

2. Hoạt động khám chữa bệnh tư nhân

Từ khi đất nước chuyển sang giai đoạn Đổi mới, trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, thực hiện chủ trương xã hội hoá y tế, các loại hình dịch vụ y tế đã trở lên đa dạng; trong một số năm gần đây loại hình tư nhân ngày càng phát triển rộng và dần dần được người dân chấp nhận.

Tại miền Bắc, loại hình dịch vụ y tế tư nhân xuất hiện đầu tiên là phòng khám bệnh ngoài giờ của các bác sĩ. Còn ở miền Nam thì loại hình này xuất hiện sớm hơn và phát triển hơn. Tuy vậy, từ khi có Pháp lệnh về hành nghề y - được tư nhân, các phòng khám phát triển mạnh về số lượng và quy mô. Từ chỗ chỉ là các phòng khám có một bác sĩ với những trang thiết bị tối thiểu cần thiết nay đã có những phòng khám đa khoa, có nhiều bác sĩ chuyên khoa ở các trình độ khác nhau (kể cả trình độ sau/trên đại học), có nhiều trang thiết bị hiện đại, đắt tiền.

Đa dạng các loại hình trong hệ thống y tế tư nhân:

- Bệnh viện tư được phép thành lập sau khi có Pháp lệnh Hành nghề y được tư nhân, đặc biệt phát triển trong khoảng 3 năm trở lại đây:

- Năm 2000 cả nước mới có 5 bệnh viện tư, đó là bệnh viện Vĩnh Toàn, Bình Dân (Đà Nẵng); bệnh viện Hạnh Phúc (An Giang); bệnh viện Hoàn Mỹ (TP Hồ Chí Minh) và bệnh viện Nguyễn Văn Thái (Thừa Thiên - Huế)

- Đến giữa năm 2002 số lượng bệnh viện tư đã tăng lên 24 bệnh viện. Tuy vậy, số lượng bệnh viện tư phân bố không đều, chủ yếu ở miền Nam, miền Trung (TP Hồ Chí Minh có 12 bệnh viện tư với bệnh viện Triều An 600 giường); trong khi đó tại miền Bắc chỉ có 1 bệnh viện Tràng An (Hà Nội) với quy mô nhỏ (30 giường).

- Nhiều cơ sở chẩn đoán, xét nghiệm tư nhân ra đời sau nhưng cũng phát triển với trang thiết bị hiện đại, đắt tiền
- Phòng khám đa khoa: Số các lượng phòng khám đa khoa cũng phát triển không ngừng: đến năm 2000 có khoảng 50 phòng khám đa khoa trong đó có một số phòng khám có vốn đầu tư nước ngoài như: phòng khám đa khoa OSCAT có cơ sở đặt tại TP Hồ Chí Minh, Vũng Tàu và Hà Nội, phòng khám đa khoa Gia đình (Hà Nội), phòng khám đa khoa quốc tế như Columbia, ASIA- Gia Định
- Nha hộ sinh tư: Miền Bắc hầu như không có, chủ yếu ở các tỉnh phía nam như Khánh Hoà, Tiền Giang, Bình Định, Cần Thơ, Lâm Đồng, TP Hồ Chí Minh...

- Bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài còn hạn chế, mới chỉ có 1 bệnh viện Quốc tế ở Hà Nội. 1 bệnh viện hoạt động theo cơ chế hợp tác quốc tế (viện tim)

Bảng 6. Số lượng các cơ sở y được tư nhân

Hành nghề y tư nhân	Hành nghề được tư nhân	Hành nghề Y học tư nhân	Các loại hình khác	Tổng cộng
19.836	14.182	7.015	634	41.667
47,6%	34%	16,8%	1,52%	100%

(Theo tài liệu Xã hội hoá công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân tại Việt Nam của BHYT và WHO, trang 47, năm 2000).

Sự phân bố các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân

Các cơ sở KCB tư nhân phát triển không đồng đều: miền Nam nhiều hơn, đa dạng hơn miền Bắc; các cơ sở KCB tư nhân cũng chỉ phát triển ở các tỉnh/thành phố lớn, đặc biệt ở TP Hồ Chí Minh và Hà Nội, Hải Phòng. Các tỉnh miền núi hầu như không có hoặc có rất ít. Ví dụ: Lai Châu có 94 cơ sở, Tuyên Quang có 97 cơ sở. Bắc Kạn, Kon Tum hầu như không có y tế tư nhân hoạt động.

Ngay tại các tỉnh/thành phố phát triển hành nghề y tư nhân rất mạnh thì sự phân bố cũng không đồng đều giữa khu vực nội và ngoại thành. Ví dụ:

Tại Hà Nội:

Theo thống kê của Sở y tế Hà Nội đến tháng 6/2002, toàn thành phố Hà Nội có khoảng gần 5.000 cơ sở y - được tư nhân trong đó có: 2.043 cơ sở hành nghề y tư nhân, bao gồm: 46 phòng khám đa khoa, còn lại là các phòng khám chuyên khoa; 449 cơ sở y học dân tộc (10 cơ sở YHDT có BS đông y Trung Quốc làm việc) và chỉ có 1 bệnh viện.

Bảng 7. Phân bố cơ sở y được tư nhân khu vực nội, ngoại thành Hà Nội

Phân loại	Cơ sở Y		Cơ sở Được và TTBYT		Cơ sở YHDT		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nội thành	1.500	73.4	1769	77.8	376	80.5	3645	76.2
Ngoại thành	543	26.6	505	22.2	91	19.5	1139	23.8

(nguồn: báo cáo của sở Y tế tại Hội nghị Y tế tư nhân năm 2002)

Tại Thành phố Hồ Chí Minh:

Theo báo cáo của lãnh đạo Sở y tế thành phố Hồ Chí Minh tại hội thảo về y tế tư nhân tháng 6/2002 thì tại TP Hồ Chí Minh đã có 10.006 cơ sở y được tư nhân trong đó có 12 bệnh viện tư (1 bệnh viện có quy mô 600 giường và chuẩn bị có bệnh viện quy mô hàng ngàn giường; phân bố các cơ sở y tế tư nhân cũng không đồng đều giữa khu vực nội và ngoại thành.

Hoạt động KCB tại các cơ sở y tế tư nhân

- Năm 2000: theo báo cáo của một số Sở y tế cho thấy tỷ lệ người dân đến KCB tại các cơ sở y tế tư nhân chiếm một tỷ lệ đáng kể so với số người đến khám ở các cơ sở công

Bảng 8. So sánh số lượt người đến khám tại các cơ sở y tế tư nhân và y tế công

Tỉnh/Thành phố	Số lượt KCB tại cơ sở y tế tư/năm	Số lượt KCB tại cơ sở y tế tư/năm	Tỷ lệ %
Hà Nội	2.197.236	4.830.664	54,51
TP Hồ Chí Minh	17.923.000	26.383.000	32,07
Hải Phòng	1.673.836	2.658.566	34,04
Hải Dương	2.100.000	4.400.000	47,7

(nguồn: Vụ Điều trị Bộ Y tế)

Hoạt động y tế tư nhân trong giai đoạn vừa qua đã phát huy hiệu quả, làm tốt công tác phục vụ khám chữa bệnh và cung ứng thuốc điều trị không chỉ cho nhân dân Thủ đô, mà cho cả nhân dân các tỉnh lân cận, góp phần đáng kể vào việc giảm gánh nặng quá tải cho các cơ sở y tế nhà nước. Số lượng lượt người khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân ngày càng đông, chất lượng phục vụ cao hơn, tinh thần thái độ phục vụ tận tình, ít có tai biến nghiêm trọng ...

Hàng năm các cơ sở HN-YDTN phục vụ chăm sóc sức khỏe cho nhiều triệu lượt bệnh nhân. Người bệnh tự do lựa chọn thầy thuốc, sơ sở khám chữa bệnh, cơ sở bán thuốc phù hợp với khả năng kinh tế, thuận lợi, kịp thời...

Nhân lực y tế trong hoạt động y tế tư nhân:

Do loại hình y tế tư nhân phát triển nhanh cho nên nhân lực dành cho công tác điều trị cũng tăng lên. Tuy vậy, cho đến nay Bộ Y tế cũng chưa có một số liệu chính xác nào để có thể nói về số lượng và chất lượng nhân lực y tế làm công tác điều trị tại khu vực tư nhân và bán công.

Theo quy định tại Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân thì những người đang làm việc cho các cơ sở y tế Nhà nước đều được phép hành nghề y tư nhân ngoài giờ. Trong khi đó, do các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân hầu hết là mới phát triển, để có uy tín với người bệnh thì không ít cơ sở tư nhân "mời" các bác sĩ có tay nghề và uy tín cao đang làm việc trong các cơ sở y tế nhà nước ra cộng tác làm việc với những mức thù lao rất hấp dẫn (trả tiền công khám chữa bệnh theo giờ rất cao so với lương), thậm chí nhiều cơ sở khám chữa bệnh còn mượn danh của các Giáo sư đầu ngành để thu hút bệnh nhân. Đối với thầy thuốc đang làm việc trong cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tiền lương và chính sách đãi ngộ còn quá thấp do vậy họ vẫn bị thu hút vào làm việc "ngoài giờ" cho các cơ sở y tế tư nhân. Do vậy không ít các thầy thuốc có uy tín đã có danh ở không chỉ một cơ sở khám chữa bệnh tư mà còn có danh ở vài cơ sở... Chưa kể đến hàng ngàn cơ sở khám chữa bệnh ngoài giờ tư nhân của các thầy thuốc làm việc tại các bệnh viện công mở ra... Tất nhiên như vậy cũng đã tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp xúc với thầy thuốc có chuyên môn giỏi, đáp ứng được nhu cầu của người bệnh. Song, điều này cũng lại là một vấn đề cần quan tâm để đề ra quy định cụ thể thời gian tham gia đối với nhân viên y tế Nhà nước làm việc tại các cơ sở y tế tư nhân để đảm bảo thời gian làm việc tại các cơ sở y tế Nhà nước nơi mà họ đang hưởng chế độ của Nhà nước, mặt khác còn đảm bảo sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho chính bản thân những người thầy thuốc đó.

Mặt khác cũng trong pháp lệnh hành nghề y được tư nhân chỉ cho phép những người làm tư nhân phải có thời gian công tác tại một cơ sở y tế tối thiểu là 5 năm. Điều này cũng là một hạn chế cho việc tuyển chọn nhân lực hoạt động trong các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân.

3. Ngoài ra còn phải nói đến loại hình y tế bán công: theo tổng kết của Vụ Điều trị năm 2002 thì nhân lực hoạt động trong cơ sở bán công:

- Kiểm nhiệm chiếm 7,4% (chủ yếu là cán bộ quản lý)
- Nhân viên y tế chuyển sang bộ phận bán công chiếm khoảng 0,04%
- Nhân viên hợp đồng chiếm khoảng 67% (người đã nghỉ hưu hoặc mới ra trường)
- Hợp đồng nhưng làm việc không thường xuyên chiếm tỷ lệ 27,6% (đa số là các thầy thuốc có uy tín).

Chính những hình thức sử dụng nhân lực của y tế công như vậy cho nên hiện giờ y tế nước ta vẫn đang phải chấp nhận sự không rõ ràng giữa y tế công và tư.

Trên đây là một số hình thức hoạt động và nhân lực y tế trong khu vực KCB, những điểm được và chưa được, khó khăn, thuận lợi để phát triển nguồn nhân lực cho công tác KCB. Đòi hỏi trong giai đoạn tới cần thiết có hoạch định chính sách phát triển nguồn nhân lực sao cho phù hợp, nhằm đáp ứng nhu cầu KCB của người dân ngày càng cao cũng như khả năng hội nhập quốc tế.

MỘT SỐ VĂN BẢN PHÁP QUY LIÊN QUAN ĐẾN LĨNH VỰC KHÁM CHỮA BỆNH

- Nghị quyết trung ương IV của Đảng về những vấn đề cấp bách trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu đề ra quan điểm: “phấn đấu để mọi người đều được quan tâm chăm sóc sức khỏe” và “sự nghiệp chăm sóc sức khỏe là trách nhiệm của cộng đồng và mỗi người dân, là trách nhiệm của cấp uỷ Đảng và chính quyền, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội trong đó ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt”.
- Pháp lệnh hành nghề Y- Dược tư nhân (26SL/CTN ngày 13/10/1993) của Chủ tịch nước.
- Nghị định 06/CP của Chính phủ ngày 29 tháng 1 năm 1994 về cụ thể hoá một số điều trong Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân
- Quyết định 45/Đ-ĐBT năm 1989 và Nghị định 95/CP năm 1994 về thu một phần viện phí
- Nghị định 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng; Nghị định 58/CP ngày 13/8/1998 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm Y tế.
- Nghị quyết 37/CP ngày 20/6/1996 của Chính phủ
- Nghị quyết 90/CP của Chính phủ ngày 21/8/1997 về phương hướng chủ trương xã hội hoá hoạt động giáo dục, y tế văn hoá
- Nghị định số 73/1999/NĐ-CP ngày 19 tháng 8 năm 1999 về chính sách khuyến khích xã hội hoá đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hoá, thể thao.
- Nghị định số 01/1998/NĐ-CP ngày 3 tháng 01 năm 1998 của Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương.
- Thông tư số 01-TC/HCVX ngày 04 tháng 1 năm 1994 của Bộ Tài chính quy định tạm thời chế độ quản lý tài chính đối với cơ quan hành chính, đơn vị sự nghiệp, các đoàn thể, hội quần chúng, tổ chức hoạt động có thu.
- Thông tư 07/ BYT-TT ngày 30 tháng 4 năm 1994 của Bộ y tế hướng dẫn việc thực hiện Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân và nghị định số 06/CP của Chính phủ về cụ thể hoá một số điều của Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân thuộc lĩnh vực hành nghề y tư nhân.
- Thông tư 08/ BYT-TT ngày 02 tháng 05 năm 1994 của Bộ y tế hướng dẫn thực hiện Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân và nghị định số 06/CP ngày

29/1/1994 của Chính phủ về cụ thể hoá một số điểm của Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân về lĩnh vực hành nghề y, được cổ truyền dân tộc tư nhân.

- Thông tư 99/BYT-TT ngày 04 tháng 05 năm 1994 của Bộ y tế hướng dẫn thực hiện Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân và Nghị định số 06/CP của Chính phủ về cụ thể hoá một số điều trong Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân thuộc lĩnh vực được.
- Thông tư 22/BYT-TT ngày 29 tháng 12 năm 1994 của Bộ Y tế hướng dẫn việc đầu tư của nước ngoài trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam.
- Thông tư liên bộ tài chính - y tế số 51/TTLB ngày 3 tháng 7 năm 1995 quy định chế độ thu, quản lý, sử dụng lệ phí thẩm định và cấp giấy chứng nhận đủ tiêu chuẩn, điều kiện thành lập cơ sở hành nghề y được tư nhân và lệ phí cấp sổ đăng ký mặt hàng thuốc
- Thông tư số 17/1998/TT-BYT ngày 19/12/1998 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn khám chữa bệnh và thanh toán BHYT.
- Thông tư số 18/2000/TT-BTC ngày 01/03/2000 của Bộ Tài chính hướng dẫn một số điều của Nghị định số 73/1999/NĐ-CP của Chính phủ ngày 19/8/1999 về chế độ tài chính khuyến khích đối với các cơ sở ngoài công lập trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hoá, thể thao.
- Thông tư 01/1998/TT-BYT ngày 21 tháng 1 năm 1998 của Bộ y tế hướng dẫn thực hiện pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân và nghị định số 06/CP ngày 29/01/1994 của Chính phủ về cụ thể hoá một số điều trong pháp lệnh hành nghề y được tư nhân thuộc lĩnh vực hành nghề được.
- Thông tư số 15/1999/TT-BYT ngày 31 tháng 7 năm 1999 hướng dẫn thực hiện pháp lệnh hành nghề y được tư nhân và nghị định số 06 CP ngày 29/1/1994 của Chính phủ về cụ thể hoá một số điều trong Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân thuộc lĩnh vực hành nghề y.
- Thông tư số 02/1998/ITLT-BYT-BTCCBCP ngày 27 tháng 6 năm 1998 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 01/1998/NĐ-CP ngày 3 tháng 01 năm 1998 của Chính phủ quy định về hệ thống tổ chức y tế địa phương.

THỰC TRẠNG VÀ CÁC VẤN ĐỀ GAY CẤN TRONG QUẢN LÝ NHÀ LỤC Y TẾ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ VÀ MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ

PGS.TS. Bùi Thanh Tâm, Bộ Y tế

1. Vị trí, vai trò của y tế cơ sở trong hệ thống y tế quốc gia

1.1. Một trong những ưu thế nổi bật của hệ thống chăm sóc sức khoẻ (CSSK) ở Việt Nam so với nhiều quốc gia đang phát triển là Việt Nam có mạng lưới y tế cơ sở (MLYTCS) được bao phủ trên khắp nước và được Chính phủ cấp ngân sách hoạt động. Tính đến 30/12/2001 trên cả nước có 10.514 xã, phường, thị trấn thì 10.307 xã, phường, thị trấn đã có trạm y tế (TYT), 221 xã còn lại tuy chưa có TYT nhưng đã có nhân viên y tế hoạt động. Như vậy, trên phạm vi cả nước, hiện nay không còn xã trắng về y tế (Niên giám TKYT, 2001).

1.2. MLYTCS chính là nền tảng của hệ thống y tế quốc gia. Mọi chủ trương, chính sách, mọi hoạt động về chăm sóc, bảo vệ sức khoẻ nhân dân (CSBVSKND) không thể thực hiện có kết quả nếu không có MLYTCS vững mạnh. Chính vì vậy mà ngay từ những năm 80 của thế kỷ vừa qua, củng cố y tế cơ sở là một nội dung hoạt động y tế quan trọng hàng đầu được Việt Nam bổ sung vào 8 nội dung CSSK ban đầu (CSSKBĐ hay PHC - Primary Health Care) của Tổ chức Y tế Thế giới nêu trong Tuyên ngôn Alma-Ata (1978) cho phù hợp với thực tế Việt Nam. Cho đến nay, nhiệm vụ củng cố y tế cơ sở vẫn đang được tiếp tục đẩy mạnh vì đây là điều kiện để thực hiện thắng lợi các mục tiêu chiến lược CSBVSKND ở nước ta trong thập niên đầu thế 21 là: "Phân đầu để mọi người dân được hưởng các dịch vụ CSSKBĐ, có điều kiện tiếp cận và sử dụng các D-VYT có chất lượng. Mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và phát triển giống nòi". Những mục tiêu cụ thể của Chiến lược này (phụ lục 1) phản ánh những thành tựu sức khoẻ đáng tự hào trong những năm qua và những kỳ vọng tiến xa hơn của sự nghiệp CSBVSKND ở nước ta trong thời kỳ công nghiệp hoá - hiện đại hoá đất nước hiện nay.

PHỤ LỤC 1

- ♦ Các chỉ tiêu sức khoẻ đạt được vào năm 2010:
 - Tuổi thọ trung bình 71 tuổi
 - Tỷ suất chết mẹ giảm xuống 70/100.000 trẻ đẻ ra sống
 - Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi thấp dưới 25‰ trẻ đẻ ra sống
 - Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi hạ xuống dưới 32‰
 - Tỷ lệ trẻ mới đẻ nhẹ cân dưới 2500g thấp dưới 6%
 - Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm xuống dưới 20%
 - Chiều cao trung bình của thanh niên đạt từ 1m60 trở lên (nam 1m65, nữ 1m55)
 - Có 4,5 bác sĩ và 1 dược sĩ đại học cho 10.000 dân.
- ♦ Giảm tỷ lệ mắc và chết do các bệnh truyền nhiễm gây dịch. Không để dịch lớn xảy ra. Hạn chế tốc độ gia tăng nhiễm HIV/AIDS.
- ♦ Phòng chống và quản lý các bệnh không nhiễm trùng.
- ♦ Nâng cao tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSK, đặc biệt là dịch vụ KCB. Nâng cao chất lượng CSSK ở tất cả các tuyến y tế. Phát triển KHKTY học đưa ngành y tế nước ta ngang bằng với các nước khác trong khu vực.

1.3. Khái niệm MLYTCS và vai trò quan trọng của mạng lưới này đã được nêu rõ trong Chỉ thị 06 CT/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam ngày 22/1/2002.

"MLYTCS (ba) gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá, trật tự, an toàn xã hội, tạo niềm tin cho nhân với chế độ XHCN."

Các cấp uỷ Đảng và Chính quyền cần quán triệt, nhận thức rõ tầm quan trọng đặc biệt của MLYTCS, có kế hoạch thiết thực để tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo việc củng cố, hoàn thiện MLYTCS tại địa phương mình".

Hệ thống MLYTCS là một chỉnh thể thống nhất, có y tế công và y tế ngoài công lập, trong đó y tế công của nhà nước đóng vai trò chủ đạo. Khi xem xét vấn đề nhân lực y tế (NLYT) của MLYTCS không nên chỉ nhìn một phía là y tế công, phía kia thì không đề cập đến hoặc coi nhẹ.

Nếu ta Lĩnh dụng sự nghiệp CSBVSKND là một mặt trận thì y tế cơ sở là tiền tuyến, nơi hàng ngày phải đương đầu với những vấn đề bệnh tật, sức khoẻ của người dân ở cộng đồng. Các nhân viên y tế công và y tế ngoài công lập là những người lính ở tiền phương, ngày đêm phải chiến đấu với những nguy cơ sức khoẻ của nhân dân phát sinh từ nhiều phía để bảo vệ sức khoẻ và tính mạng của nhân dân. Triển khai thực hiện các chương trình y tế quốc gia (phụ lục 2) để phòng bệnh, phòng dịch, nâng cao sức khoẻ dân chúng, khám chữa bệnh, cung cấp thuốc men, CSSK sinh sản, v.v... là những công việc hàng ngày của MLYTCS tại mỗi cộng đồng. Chất lượng, hiệu quả của những hoạt động này có yếu tố quyết định hàng đầu là NLYT.

PHỤ LỤC 2

Các chương trình mục tiêu quốc gia trực tiếp liên quan đến CSSK được thực hiện ở tuyến cơ sở (theo quyết định số 190/2001/QĐ-TTg ngày 13/12/2001 của Thủ tướng Chính phủ).

1. Chương trình mục tiêu quốc gia "phòng chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS", Bộ Y tế chủ trì. Gồm 10 Dự án:

- Phòng chống sốt rét
- Phòng chống lao
- Phòng chống sởi - xuất huyết
- Phòng chống phong
- Phòng chống bướu cổ
- Phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em
- Tiêm chủng mở rộng
- Bảo vệ sức khỏe tài sản cộng đồng
- Bảo đảm Chất lượng - VSATTP
- Phòng chống HIV/AIDS

2. Chương trình mục tiêu quốc gia "Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn Bộ Nông nghiệp phát triển nông thôn chủ trì.

3. Chương trình mục tiêu quốc gia: "Dân số và Kế hoạch hoá gia đình". Ủy ban quốc gia Dân số - Gia đình và Trẻ em chủ trì.

2. Thực trạng nhân lực y tế (NLYT) của MLYTCS trong những năm gần đây

2.1. MLYTCS được bố trí thành 3 cấp

- Cấp thôn/bản: NVYT hoạt động bán chuyên nghiệp, không có lương, được hưởng phụ cấp 40.000đ/tháng và phụ cấp cộng tác viên các chương trình y tế. Đội ngũ NVYT thôn/bản có nguồn gốc khác nhau, do trưởng thôn, TYT xã và UBND xã lựa chọn.

- Cấp xã, phường, thị trấn: NVYT làm việc ở TYT, nơi tiếp cận đầu tiên của người dân với hệ thống dịch vụ kỹ thuật của y tế công. Các NVYT của TYT xã có chuyên môn khác nhau, được hưởng lương theo định biên của nhà nước, được định kỳ đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn và quản lý. Ở những TYT xã hoạt động tốt, nhu cầu KCB của nhân dân trong xã được đáp ứng 80 - 90%, không phải đi lên KCB ở tuyến trên.

- Cấp huyện: TTYT huyện là cấp cao nhất trong hệ thống y tế cơ sở, đồng thời là tuyến hỗ trợ kỹ thuật đầu tiên cho CSSKBĐ ở cộng đồng. TTYT huyện là nơi trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế cho nhân dân trong huyện, đồng thời nó trực tiếp chỉ đạo, hướng dẫn các TYT xã các kỹ thuật chuyên môn về KCB, PB, chống dịch và điều hành thực hiện các chương trình y tế trong phạm vi huyện. TTYT huyện gồm có 1 Ban giám đốc điều hành chung, BV huyện và các PKĐK, Đội y tế dự phòng, Đội CSSKSS (trước là Đội BVSKBMTE/ ĐSKHHGD), công ty Dược, v.v... TTYT huyện còn là nơi đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ cho NVYT ở các TYT xã và thôn/bản; là cơ quan chuyên môn tham mưu cho UBND huyện về quản lý hệ thống y tế ngoài công lập ở địa phương (nhà thuốc tư nhân, nhà thuốc YHCT, người hành nghề y tế ngoài công lập, v.v...). Các NVYT trong định biên làm việc ở TTYT huyện đều là công chức của nhà nước, do nhà nước trả lương. Mức lương tùy thuộc vào chức trách chuyên môn và thâm niên nghề. Bệnh viện huyện nằm trong TTYT huyện là BVĐK, thường có số giường bệnh từ 100 - 200 giường, tùy theo dân số của huyện. Nhiều bệnh viện huyện hiện nay đã có TTB y tế hiện đại, có khả năng điều trị cả những ca bệnh khó, phức tạp.

Bộ Y tế đã có những qui định về phân cấp thực hành kỹ thuật và quản lý chuyên môn, tiêu chuẩn hoá TTB y tế đối với BV huyện, TYT xã và NVYT thôn/bản trong MLYTCS để đảm bảo chất lượng dịch vụ chuyên môn ở từng cấp, đáp ứng các nhu cầu CSSK cơ bản, thiết yếu của nhân dân ở mỗi địa phương.

Hệ thống YTCS có thể ví như cơ thể một con người: Đầu não chỉ huy là TTYT huyện, trái tim và thân mình là TYT xã, chân tay cử động là y tế thôn bản¹. Ba bộ phận này gắn bó hữu cơ với nhau, cùng hoạt động nhịp nhàng. Chỉ cần một bộ phận không hoạt động hoặc hoạt động yếu kém thì "con người YTCS" sẽ trở nên ốm yếu, không hoàn thành được chức năng nhiệm vụ đầy đủ của một hệ thống YTCS phục vụ CSBVSKND ở tuyến cộng đồng.

2.2. Hiện nay NLYT ở MLYTCS đã có số lượng đông nhưng chưa đủ, đã được đào tạo nhưng trình độ chuyên môn và kỹ năng thực hành còn chưa cao, cơ cấu NVYT ở MLYTCS chưa có cân đối hợp lý, sự hỗ trợ của tuyến trên với tuyến dưới trong hệ thống YTCS về mặt nhân lực và chuyên môn còn chưa chặt chẽ và chưa đủ mạnh, chưa phát huy đầy đủ nội lực của toàn bộ hệ thống CSSK ở mỗi quận, huyện (phụ lục 3, 4, 5, 6).

Theo số liệu của Bộ Y tế (Niên giám TKYT 2001), cho tới hết năm 2001:

- Trong tổng số 104.146 thôn bản của cả nước đã có 80.579 thôn bản (77,4%) có y tế thôn bản. Số NVYT thôn bản đang hoạt động là 86.454 người.

- Trong tổng số 10.553 xã của cả nước chỉ có 221 xã (2,1%) là chưa có TYT. Đã có 5.917 TYT xã (56,1%) có bác sĩ làm việc.

- Trong tổng số 631 huyện (và tương đương) của cả nước đã có 541 BV huyện với 40.927 giường bệnh và 831 PKĐKKV với 7.801 giường bệnh. Số NVYT ở các TTYT huyện có khoảng 58.800 người (22,35% có trình độ ĐH và sau ĐH).

Hệ thống YTCS công lập còn được 56.070 cơ sở y được ngoài công lập (tính đến 1/2001) cùng tham gia hỗ trợ CSSKND ở cộng đồng. Ngoài ra, một bộ phận NLYT khác (khoảng 70.000 người theo ước tính của Bộ Y tế) đang sống tại cộng đồng nhưng chưa chính thức tham gia vào các hoạt động dịch vụ CSSK². Đây là một lực lượng NLYT hùng hậu chưa được huy động. Họ là những cán bộ, chiến sĩ quân y phục viên, NVYT nghỉ hưu, học sinh, sinh viên tốt nghiệp các trường TH, ĐH y tế nhưng chưa tìm được việc làm. Lực lượng tiềm năng này nếu được sử dụng (nhờ có chính sách hợp lý) sẽ góp phần không nhỏ vào công tác CSSKĐ ở cộng đồng.

¹ Đào Nguyên Phương: Phát triển tư nghiệp y tế ở nước ta trong giai đoạn hiện nay. Hà Nội, NXB Y học 12/1996, tr 19 - 210.

² Ngô Toàn Định: Tình hình phát triển YTCS từ sau NQTV 4 khoá VII đến nay. Trong cuốn: Các chính sách và pháp luật thực hiện CSSKĐ, Bộ Y tế, NXB Y học, 2002.

PHỤ LỤC 3:
 NHÂN LỰC Y TẾ TUYỂN XÃ VÀ TUYỂN HUYỆN (Y TẾ CÔNG LẬP)

TT	Trình độ chuyên môn	Tuyển xã		Tuyển huyện		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
	Chung	45.656	100	58.795	100	104.451	100
1	Tiến sĩ y	0	0	1	0	1	0
2	Thạc sĩ y	0	0	88	0,15	88	0,08
3	Tiến sĩ dược	0	0	0	0	0	0
4	Thạc sĩ dược	0	0	2	0	2	0
5	Bác sĩ	4.683	10,26	12.252	20,84	16.935	16,21
6	Dược sĩ ĐH	1	<0,01	622	1,06	623	0,59
7	Y tá ĐH	6	0,01	95	0,16	101	0,10
8	Y sĩ	24.224	53,06	15.879	27,00	40.103	38,39
9	KTV TH y	230	0,50	2.512	4,27	2.742	2,62
10	Dược sĩ TH	274	0,60	1.962	3,34	2.236	2,14
11	KTV TH dược	20	0,04	140	0,24	160	0,15
12	Y tá TH	2.629	5,76	6.987	11,88	9.616	9,20
13	NHS ĐH	23	0,05	87	0,15	30	0,03
14	NHS TH	4.299	9,42	3.806	6,47	8.105	7,76
15	Y tá sơ học	6.301	13,80	4.394	7,47	10.695	10,24
16	NHS sơ học	2.150	4,71	684	1,16	2.834	2,71
17	Xét nghiệm viên	66	0,14	413	0,70	479	0,46
18	Lương y	60	0,13	108	0,18	168	0,16
19	Dược tá	610	1,34	1.060	1,80	1.670	1,60
20	ĐH khác	0	0	473	0,80	473	0,45
21	TH khác	0	0	1.654	2,81	1.654	1,58
22	CBCNV khác	80	0,17	5.576	9,48	5.656	5,41

Nguồn: NGTKYT 2001, tr.33

PHỤ LỤC 4:
SỐ LƯỢNG VÀ CƠ CẤU NLVT ĐỊA PHƯƠNG

Trình độ được đào tạo của NVYT	Tuyến xã		Tuyến huyện		Tuyến tỉnh		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
ĐH - sau ĐH y, được	4.713	17,35	2.620	9,65	19.822	73,00	27.155	100
Trung học y, được	9.874	13,6	32.940	45,51	29.561	40,84	72.375	100
Sơ học y, được	9.127	43,32	6.551	31,10	5.388	25,56	21.066	100
Lương y	60	20,76	108	37,37	121	41,87	289	100
ĐH khác	0	0	473	20,45	1.840	79,55	2.313	100
Trung học khác	0	0	1.654	40,20	2.461	59,80	4.115	100
CBCNV khác	80	0,18	5.576	26,82	15.130	72,79	20.786	100

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2001, BHYT

PHỤ LỤC 5:
CƠ CẤU NHÂN LỰC Y TẾ TẠI TYT XÃ

Chỉ số nhân lực y tế	Thành thị n = 376	Nông thôn n = 716	Chung n = 1090
- Tỷ lệ TYT có bác sĩ	60,1	40,0	43,0
- Tỷ lệ TYT có đủ cơ cấu cán bộ theo tiêu chuẩn của BHYT	13,0	11,5	11,7
- Tỷ lệ TYT xã có cán bộ chuyên môn sản, nhi	83,2	85,2	84,9
- Tỷ lệ TYT xã có cán bộ được	13,4	20,8	19,7
- Tỷ lệ TYT xã có cán bộ y học cổ truyền	6,2	5,5	5,6
- Tỷ lệ Tỷ lệ xã có y tế thôn bản	53,6	86,5	81,5

n: tổng số TYT được điều tra

Nguồn: Tổng điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002

PHỤ LỤC 6:
ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG NVYT XÃ

TT	Các chỉ số	Thành thị		Nông thôn		Chung	
		Bác sĩ	Y sĩ	Bác sĩ	Y sĩ	Bác sĩ	Y sĩ
1	Tỷ lệ NVYT trả lời đúng về cách xử trí và chăm sóc trẻ em bị NKHH cấp tính						
	- Tỷ lệ trả lời đúng < 50%	0	0,7	3,8	0,7	3,1	0,7
	- Tỷ lệ trả lời đúng 50-<75%	7,4	9,8	12,3	4,2	11,3	4,9
	- Tỷ lệ trả lời đúng 75-100%	92,6	89,5	83,9	95,1	85,6	94,4
2	Tỷ lệ NVYT trả lời đúng về cách xử trí và chăm sóc trẻ em bị tiêu chảy						
	- Tỷ lệ trả lời đúng < 50%	5,4	7,6	13,5	4,5	11,9	4,9
	- Tỷ lệ trả lời đúng 50-<75%	34,4	40,0	36,9	40,3	36,4	40,3
	- Tỷ lệ trả lời đúng 75-100%	60,2	52,4	49,7	55,2	51,9	54,8
3	Tỷ lệ NVYT trả lời đúng về dinh dưỡng cho trẻ						
	- Tỷ lệ trả lời đúng < 50%	2,9	0	1,4	0,2	1,7	0,1
	- Tỷ lệ trả lời đúng 50-<75%	8,0	4,0	10,3	3,5	9,9	3,6
	- Tỷ lệ trả lời đúng 75-100%	89,1	96,0	88,3	96,3	88,5	96,3
4	Tỷ lệ NVYT trả lời đúng về cách xử trí thai sản						
	- Tỷ lệ trả lời đúng < 50%	76,0	52,8	72,2	46,2	72,9	47
	- Tỷ lệ trả lời đúng 50-<75%	16,3	29,6	15,6	35,2	15,7	34,5
	- Tỷ lệ trả lời đúng 75-100%	7,7	17,6	12,3	18,6	11,4	18,5
5	Tỷ lệ NVYT trả lời đúng về cách xử trí cao huyết áp						
	- Tỷ lệ trả lời đúng < 50%	25,6	27,7	46,3	25,9	42,3	26,2
	- Tỷ lệ trả lời đúng 50-<75%	50,1	49,8	31,2	52,9	34,8	52,5
	- Tỷ lệ trả lời đúng 75-100%	24,3	22,4	22,6	21,2	22,9	21,3

Nguồn: Tổng điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002

3. Những thách thức gay gắt trong quản lý NLYT tại các trạm y tế và MLYTCS

3.1. Từ sau Nghị quyết TW 4 khoá VII của Đảng, quyết định số 58/TTg và quyết định số 131/TTg của Thủ tướng Chính phủ, đặc biệt sau Chỉ thị 06-CT/TW khoá VIII của Đảng các cấp uỷ Đảng và chính quyền ở các địa phương đã có những chỉ đạo cụ thể về củng cố MLYTCS ở địa phương mình. Những thành tựu đạt được rất đáng khích lệ, góp phần tích cực vào sự nghiệp CSBVSKND tại cộng đồng.

Tuy nhiên, vấn đề NLYT vẫn chưa được đặt đúng tầm quan trọng trung tâm của MLYTCS. Bộ Y tế đã đưa ra Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001 - 2010 (QĐ 370/2602/QĐ-BYT ngày 7/2/2002 của Bộ trưởng BYT) và đã có hướng dẫn triển khai thực hiện Chuẩn quốc gia về y tế xã (Thông tư số 10855/YT KH ngày 12 tháng 12 năm 2002 của Bộ trưởng BYT) gửi UBND các tỉnh, thành phố. Thực hiện được những chuẩn này, mạng lưới TYT xã của nước ta sẽ có những chuyển biến có tính cách mạng về chất lượng dịch vụ TYT xã trong CSBVSKND ở cộng đồng, đặc biệt là những người nghèo và cận nghèo, giải toả được tình trạng quá tải KCB ở các BV tuyến trên hiện nay.

3.2. Trở ngại cho sự phát triển TYT xã nói riêng và hệ thống YTCS nói chung (thôn - xã - huyện) là nhận thức về tầm quan trọng của MLYTCS ở một số Đảng uỷ và chính quyền các cấp còn chưa đầy đủ, hoặc từ nhận thức đúng đến hành động cụ thể còn có những khoảng cách, chưa thấy hết tầm quan trọng chiến lược của MLYTCS trong sự phát triển KT - XH, xoá đói giảm nghèo, đảm bảo công bằng xã hội và an ninh xã hội ở địa phương. Hậu quả là MLYTCS tuy đã được tăng cường nhưng chưa thực sự vững mạnh, chất lượng DVYT còn thiếu và yếu chưa đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của cộng đồng trong CSBVSK, đặc biệt là về KCB. Đang có một thách thức gay gắt trong hệ thống MLYTCS: một bên là những chuẩn mực cao về TYT xã, BV tuyến huyện, một bên là sự đầu tư chưa tương xứng về nguồn lực, đặc biệt về nhân lực và tổ chức quản lý cho việc thực hiện tốt các chuẩn mực đó. Với đội ngũ NLYT trong MLYTCS hiện nay chúng ta phải làm rất nhiều điều để đảm bảo mọi chuẩn mực phải được thực hiện. Không ai khác ngoài Đảng uỷ, chính quyền các cấp phải củng cố tổ chức và hoạt động của các Ban CSSK, không nên giao khoán mọi vấn đề sức khoẻ cộng đồng là do y tế chịu trách nhiệm.

3.3. Những nguy cơ tiềm ẩn trong củng cố MLYTCS hiện nay liên quan đến NLYT:

- o Nhân lực y tế thiếu và còn yếu, trình độ chuyên môn và quản lý chưa tương xứng với chức trách nhiệm vụ, phần lớn CBYT trong MLYTCS thiếu thông tin cập nhật, không được đào tạo lại về chuyên môn, kiến thức, kỹ năng lạc hậu hoặc không phù hợp với điều kiện CSBVSKND ở cộng đồng. Các bác sĩ mới ra trường về xã còn nhiều lúng túng, không được học kỹ năng giao tiếp, kỹ năng thực hành ở tuyến cơ sở yếu, trình độ quản lý non nớt, chưa phát huy được những thế mạnh được đào tạo về chuyên môn của mình. Việc thực hiện phương châm mỗi nhân viên TYT xã phải "giỏi một việc, biết làm nhiều việc" chưa trở thành một phong trào sâu rộng, chưa có nguồn lực và động lực để thúc đẩy.
- o TTYT huyện là tuyến hỗ trợ kỹ thuật cho TYT xã trong CSSKBD, nhưng các NVYT làm việc ở trung tâm, đặc biệt là ở các BV huyện, mới đủ về tượng nhưng chưa được chuẩn hoá về kỹ năng chuyên môn, việc thực thi nhiệm vụ hằng ngày ở tuyến huyện và hỗ trợ giám sát tuyến dưới là các TYT xã bị hạn chế.
- o Nguy cơ lãng phí cơ sở vật chất, TTB y tế: Những năm vừa qua Nhà nước đã đầu tư vật chất khá lớn cho MLYTCS. Do hạn chế về trình độ ở một số không ít các địa phương máy móc, TTB có nhưng không sử dụng hoặc sử dụng với công suất thấp. Nhiều nơi, TYT xã được xây dựng khang trang nhưng công suất hoạt động thấp. Sự lãng phí này có trách nhiệm của chính quyền địa phương và của các TTYT huyện.
- o Nguy cơ NVYT làm việc "chân ngoài dài hơn chân trong" do tác động của cơ chế thị trường. Ngày nay NVYT xã đã là những công chức, không phải những người do dân cử, miếng cơm manh áo phụ thuộc vào người dân địa phương. Nhiều thầy thuốc đã có phòng mạch tư, nhà thuốc tư, trên danh nghĩa là làm ngoài giờ nhưng thực tế thì thường khác. Nếu công tác quản lý NVYT bị buông lỏng thì vô hình chung Nhà nước sẽ bị thiệt đơn thiệt kép khi trả lương cho đội ngũ công chức này.
- o Nguy cơ tụt hậu về trí thức và kỹ năng hành nghề của đội ngũ NVYT cơ sở do chỉ được công tác ở cơ sở, ít có cơ hội học hành, giao lưu để nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của mình. Người cán bộ y tế cơ sở không thể thực sự yên tâm làm việc, đặc biệt là những người trẻ, khi

không rõ tiền đồ của mình sẽ ra sao, mình sẽ được đào tạo, bồi dưỡng đến đâu.

- Nguy cơ không đảm đương được chức trách nhiệm vụ theo phân cấp kỹ thuật và chuẩn quốc gia do chính sách đãi ngộ chưa thoả đáng và không bình đẳng giữa NV trong MLYTCS (thôn - xã - huyện) với NVYT làm việc ở cấp tỉnh và cấp TW.
- Nguy cơ xánh thục của cơ chế thị trường vào các hoạt động CSSK ở tuyến cơ sở, tuyến y tế chiến lược đảm bảo sự công bằng về CSSK cho toàn thể nhân dân.

Những thách thức trên đây hoàn toàn có thể vượt qua được nếu các cấp bộ Đảng, chính quyền có chủ trương, biện pháp hợp lý, cán bộ y tế trong MLYTCS có tâm huyết với cộng đồng và có sự tham gia tích cực của cộng đồng.

Hà Nội, 10/2003

PGS.TS. Bùi Thanh Tâm

ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC CỦA CÁN BỘ Y TẾ Ở CÁC VÙNG KHÓ KHĂN

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bảo vệ và chăm sóc sức khỏe là quyền của mỗi công dân đã được Hiến pháp và Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam ghi nhận. Mức độ CSSK có liên quan đến sự phát triển kinh tế và phúc lợi xã hội của đất nước, nhu cầu CSSK của nhân dân và khả năng đáp ứng của các dịch vụ y tế trong từng giai đoạn phát triển. Nâng cao chất lượng nguồn lực y tế cơ sở, thực hiện tốt (CSSKB) tuyến xã phường, thôn bản đang là trọng tâm ưu tiên của Đảng và nhà nước góp phần đạt tới mục đích công bằng trong CSSK.

Y tế cơ sở là đơn vị kỹ thuật đầu tiên thực hiện những hoạt động chuyên môn nhằm CSSK trực tiếp cho mỗi người dân, mỗi gia đình và mỗi cộng đồng như khám chữa bệnh, phòng bệnh, phòng dịch, phục hồi chức năng, KHHGD, giáo dục sức khỏe... Hệ thống y tế cơ sở tốt phải thỏa mãn được những nhu cầu thiết yếu về CSSK của mỗi người dân. Để cho hệ thống này hoạt động một cách có hiệu quả và có chất lượng thì các cơ sở cung ứng dịch vụ này cần phải có đội ngũ nhân viên có trình độ chuyên môn, tận tụy với nghề nghiệp, có tinh thần trách nhiệm, làm việc trong một môi trường có các trang thiết bị tốt và phù hợp.

Mạng lưới y tế cơ sở cuối thời kỳ bao cấp được Nhà nước trợ giúp gần như toàn bộ. Thời điểm này nền y tế gặp rất nhiều khó khăn, Nhà nước đầu tư cho y tế quá thấp không đủ duy trì hoạt động của các cơ sở y tế. Hầu hết các cơ sở nhà trạm xuống cấp nghiêm trọng nhưng không được đầu tư xây dựng kịp thời. Cán bộ y tế không được trả phụ cấp đầy đủ, đồng thời cũng không được đào tạo bồi dưỡng thêm về chuyên môn nghiệp vụ. Y tế cơ sở gặp rất nhiều khó khăn về kinh

phí, trang thiết bị, nhân lực và cơ chế hoạt động do đó không thể đáp ứng với nhu cầu CSSK nhân dân ngày một tăng.

Triển khai Nghị quyết IV của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa VII, Chính phủ đã có Nghị quyết 58/TTg và Nghị quyết 131/TTg của Thủ tướng chính phủ quy định một số vấn đề về tổ chức, chế độ chính sách đối với cán bộ y tế cơ sở. Cùng với sự nỗ lực phấn đấu của ngành y tế, nguồn lực của y tế cơ sở đã có chuyển đổi theo hướng tích cực cả về lượng và về chất. Chương trình nâng cấp cơ sở y tế xã của Bộ Y tế từ năm 1996 đến nay đã xây dựng mới 1.773 TYT, cung cấp 1.743 bộ dụng cụ y tế cho các xã, trên 5.300 túi dụng cụ cho nhân viên y tế thôn bản. Mạng lưới y tế cơ sở được củng cố và phát triển, toàn bộ các xã phường đều có cán bộ y tế phục vụ, trên 40% số trạm có bác sĩ, 80% số xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi. Tuy nhiên trong những năm đầu của thế kỷ XXI y tế cơ sở sẽ phải đối mặt với một số khó khăn và thách thức mới. Việt Nam hiện nay có 38 tỉnh là tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa với số dân trên 40 triệu chiếm 52,5% dân số cả nước. Khoảng 1.715 xã nghèo trong đó có 1.000 xã đặc biệt khó khăn mà phần lớn thuộc về vùng núi, vùng sâu, vùng xa. Một vấn đề có ảnh hưởng tới hiệu quả công tác CSSK nhân dân cần được đặt ra ở đây đó là điều kiện làm việc của nhân viên y tế ở những vùng khó khăn hiện nay như thế nào? Đây là một vấn đề cần phải được nhìn nhận để qua đó có thể tìm ra được giải pháp khắc phục nhằm nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung cũng như cho khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa nói riêng.

II/ ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC CỦA CÁN BỘ Y TẾ CƠ SỞ Ở NHỮNG VÙNG KHÓ KHĂN:

Điều kiện làm việc của cán bộ y tế cơ sở được phân tích dưới các góc độ sau đây:

- Nguồn nhân lực y tế xã: bao gồm số lượng, cơ cấu và chất lượng nhân lực.
- Đầu tư cho cơ sở y tế: bao gồm đầu tư về tài chính; cơ sở vật chất và trang thiết bị ở TYT xã
- Chế độ chính sách cho nhân viên y tế cơ sở

1. Nguồn nhân lực y tế xã:

1.1. Số lượng nhân lực và cơ cấu cán bộ:

Theo văn bản quy định (Quyết định số 58/TTg ngày 3/2/1994 và quyết định số 130/TTg của Thủ tướng Chính phủ quy định về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở trong đó các nội dung liên quan đến nhân lực y tế), số lượng cán bộ y tế tại trạm y tế xã/phường được bố trí dựa theo số dân trong xã, địa bàn hoạt động theo từng khu vực: những xã khu vực đồng bằng, trung du được bố trí từ 3 đến 4 cán bộ y tế xã (cho xã dưới 8 ngàn dân); từ 4 đến 5 cán bộ (cho xã có từ 8 đến 12 ngàn dân) và tối đa là 6 cán bộ (cho xã có trên 12 ngàn dân). Những xã khu vực miền núi, Tây Nguyên, biên giới và hải đảo được bố trí 4 cán bộ y tế xã (cho các xã dưới 3 ngàn dân), từ 5 đến 6 cán bộ (cho các xã có trên 3 ngàn dân). Khu vực thành phố, thị xã, thị trấn - nơi có phòng khám khu vực đóng thì bố trí 2 đến 3 cán bộ y tế trạm.

Theo số liệu thống kê của Vụ Tổ chức cán bộ - Bộ Y tế, tính đến thời điểm 30/6/1999, cả nước có 10.396 xã (phường, thị trấn), toàn bộ các xã đều đã có cán bộ y tế xã với số lượng cán bộ y tế xã là 41.141 người. Tuy nhiên mới có 95,1% số xã xây dựng được TYT xã (355 xã chưa có trạm y tế). Tại các xã chưa có trạm y tế (chủ yếu tại các xã vùng cao, miền núi), cán bộ y tế xã phải làm việc nhờ nhà dân hoặc trụ sở của UBND xã.

Trung bình mỗi trạm y tế chỉ có từ 3 - 4 cán bộ y tế. Để thực hiện đầy đủ các chức năng nhiệm vụ của mình, các nhân viên TYT xã gặp rất nhiều khó khăn do tình trạng thiếu nhân lực. Một cán bộ phải đảm nhiệm rất nhiều công việc cùng một lúc, điều này chắc chắn sẽ có ảnh hưởng tới chất lượng và hiệu quả hoạt động của cơ sở y tế. Đặc biệt đối với các cơ sở y tế ở vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa, với đặc thù địa bàn trải rộng, đi lại khó khăn, mật độ dân cư thưa thớt, đường sá khó đi, phương tiện giao thông không thuận tiện thì nhân viên y tế lại càng gặp nhiều khó khăn trong thực hiện công tác CSSK, đặc biệt những hoạt động CSSK tại cộng đồng.

Nhân viên y tế thôn bản đóng một vai trò rất quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở những khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa. Trước thời kỳ đổi mới, mạng lưới y tế thôn bản khá rộng và bền vững vì các nhân viên y tế thôn bản được hợp tác xã nông nghiệp trả phụ cấp. Nhưng từ khi hệ thống hợp tác xã nông nghiệp không còn, mạng lưới này gần như tan rã, đến những năm gần đây các địa phương mới tìm cách để khôi phục lại mạng lưới này bằng cách đào tạo và tìm nguồn trợ cấp do không có nhân viên y tế thôn bản hoạt động của các TYT xã sẽ kém hiệu quả.

Cơ cấu cán bộ y tế cơ sở được bố trí theo Thông tư số 08/TT-LB. Theo thông tư này, một trạm y tế xã bao gồm: từ 1 đến 2 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa tùy theo quy mô dân số xã, trong đó có một cán bộ chuyên sâu về y tế cộng đồng làm trạm trưởng và một cán bộ biết về y học dân tộc; một Y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học (nếu chưa có điều kiện thì bố trí nữ hộ sinh sơ học); một nữ hộ sinh trung học hay sơ học; một đến hai y tá trung học hoặc sơ học.

Hiện nay theo Chuẩn Quốc gia về y tế xã của Bộ Y tế thì một TYTX tối thiểu phải có đủ 3 loại nhân viên y tế đó là phải có bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa (khu vực đồng bằng phải có bác sĩ), 01 nữ hộ sinh trung học hoặc y sỹ sản nhi và 01 y

tá. Đối với các TYTX có từ 4 cán bộ trở lên phải có 01 cán bộ y học cổ truyền chuyên trách (khi chưa đủ 4 cán bộ thì phải có người được đào tạo bổ túc về đông y). Ngoài ra trạm cũng phải có 01 cán bộ có trình độ được tá (có thể kiêm nhiệm).

Việc phân bổ nguồn nhân lực hợp lý đóng vai trò rất quan trọng trong công tác CSSK người dân. Việc phân bổ hợp lý nguồn nhân lực phụ thuộc vào chính sách y tế cũng như phụ thuộc vào số lượng và chất lượng cán bộ y tế. Sự phân bổ không đồng đều cán bộ y tế không chỉ được thể hiện tại các tuyến y tế mà còn được thể hiện rất rõ tại các vùng địa lý khác nhau. Đặc biệt là tại các tỉnh miền núi, các tỉnh khó khăn số lượng cán bộ y tế/số dân thường thấp hơn ở thành phố và vùng đồng bằng. Số lượng cán bộ y tế tại các TYT xã miền núi cũng thấp hơn số cán bộ y tế ở các TYT xã miền xuôi. Việc phân bổ các cán bộ y tế theo chức danh cũng có nhiều bất hợp lý. Số lượng bác sĩ công tác tại xã rất ít. Theo thống kê của Bộ Y tế, cho đến nay trong toàn quốc có khoảng 60% trạm y tế xã có bác sĩ làm việc tại trạm.

Nhiều xã chưa có cán bộ được (được trung học hay sơ học), chức năng được phải làm kiêm nhiệm trong số cán bộ y tế trạm hoặc nhiều xã hợp đồng trả phụ cấp. Chức danh Y học cổ truyền hay cán bộ được đào tạo bổ túc về Y học cổ truyền cũng phần lớn chưa có ở các trạm.

Trên thực tế các TYT xã hiện nay vẫn thiếu nữ hộ sinh, đặc biệt là ở các xã miền núi. Trong số 10.236 xã chỉ có 2829 y sĩ sản nhi và 1269 nữ hộ sinh trung học. Đây là một vấn đề ưu tiên cần giải quyết vì việc CSSK ở tuyến y tế cơ sở là công tác CSSK cho bà mẹ và trẻ em.

Với số lượng cán bộ y tế của trạm có hạn như hiện nay (từ 3 đến 6 cán bộ/trạm) và với các chức năng nhiệm vụ mà một trạm y tế phải đảm nhiệm, đòi hỏi các cán bộ trạm y tế phải lồng ghép thực hiện các nhiệm vụ, như vậy mới có

thể đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Trên thực tế, hầu hết nhân viên trạm y tế đều phải thực hiện lồng ghép, hầu hết các TYT xã đều bán thuốc nhưng nhiều trạm y tế xã vẫn chưa có cán bộ phụ trách về dược, cán bộ dược thường do nữ hộ sinh hoặc một y sĩ sản nhi làm kiêm nhiệm. Điều này gây nhiều khó khăn cho cán bộ TYT xã nói riêng và ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động nói chung của TYT xã.

Kết quả từ cuộc Điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế trong năm 2001 cho thấy trong tổng số 1090 TYT xã được khảo sát chỉ có khoảng 43% TYTX có bác sĩ làm việc tại trạm, trong đó các TYTX ở khu vực nông thôn ít có bác sĩ làm việc tại trạm hơn ở khu vực thành thị (khoảng 40% ở khu vực nông thôn và 61% ở khu vực thành thị). Cũng trong cuộc điều tra này cho thấy tỉ lệ trạm có đủ cơ cấu cán bộ tối thiểu theo quy định là rất thấp, chỉ đạt 11,5% ở khu vực nông thôn.

Như vậy, nhìn chung cán bộ y tế cơ sở ở các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên hiện nay được đánh giá là chưa được đáp ứng đầy đủ theo quy định cả về số lượng cũng như về cơ cấu cán bộ. Điều này gây nhiều khó khăn cho cán bộ y tế trong thực hiện các chức năng nhiệm vụ của mình, gây nên sự quá tải trong công việc, có thể gây ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động của cơ sở y tế.

1.2. Chất lượng nhân lực

Chất lượng cán bộ y tế cơ sở đều được các nhà quản lý y tế ở các tuyến nhận định là chưa đồng đều giữa các xã trong tỉnh, chưa đáp ứng tốt với yêu cầu thực tế đặt ra, đặc biệt là cán bộ y tế trạm và y tế thôn các xã vùng sâu, vùng xa. Chất lượng đội ngũ cán bộ y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng, quyết định chất lượng dịch vụ y tế và hiệu quả hoạt động của TYT xã. Chất lượng cán bộ y tế phải kể cả về kiến thức và lý năng nghiệp vụ, về kiến thức và kỹ năng quản lý và về y đức trong hành nghề. Quá trình đào tạo (đào tạo trong nhà trường, đào tạo lại và tự đào tạo tích lũy kiến thức, kinh nghiệm) ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng công việc.

Nhìn chung, đội ngũ cán bộ y tế cơ sở cần phải được đào tạo lại định kỳ để cập nhật các kiến thức và kỹ năng mới trên cơ sở yêu cầu của công việc. Đặc biệt là đội ngũ cán bộ y tế ở các TYT xã vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa, nơi mà người dân ít có khả năng tiếp cận với các loại hình dịch vụ y tế ở bệnh viện do khó khăn về khoảng cách cũng như khó khăn về vấn đề kinh tế, trong khi TYT xã gần như là cơ sở y tế duy nhất ở khu vực này để người dân có thể tiếp cận được khi ốm đau.

2. Đầu tư cho cơ sở y tế

2.1. Đầu tư về tài chính

Trong các hoạt động tại y tế cơ sở, sau yếu tố nhân lực thì nguồn kinh phí đóng vai trò hết sức quan trọng. Kết quả từ các nghiên cứu về vấn đề tài chính y tế đặc biệt là vấn đề kinh phí cho hoạt động tại TYT xã đều nhận thấy tồn tại lớn của y tế cơ sở hiện nay là nguồn kinh phí cho hoạt động của TYT xã rất hạn chế, gây ảnh hưởng đến chất lượng và hiệu quả công việc.

Qua một số nghiên cứu thống kê của Bộ Y tế, Ngân hàng thế giới cho thấy ngân sách đầu tư cho hoạt động tại TYT xã hiện nay chiếm một tỉ lệ rất thấp so với tổng ngân sách đầu tư cho ngành y tế (chỉ khoảng 6-12%). Trong khi TYT xã lại là cơ sở y tế gần dân nhất và là nơi mà người dân đặc biệt là ở các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa dễ dàng tiếp cận nhất khi ốm đau. Đây là một điều bất hợp lý và gây nhiều khó khăn cho cán bộ y tế trong thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm.

Bảng 1: Phân bổ kinh phí chi tiêu cho y tế công theo loại cơ sở y tế (%)

Năm	Chi phí QL hành chính tuyến TW	TYT xã	PKĐK	TTYT huyện	Bệnh viện			Tổng
					BV tỉnh	BV huyện	BV khác	
1991	0.40	7.3	0.0	12.6	19.0	47.0	14.0	100
1992	0.43	5.2	1.9	5.7	31.0	40.0	15.0	100
1993	0.41	7.0	2.1	3.7	31.0	41.0	15.0	100
1994	0.39	5.0	1.9	7.2	27.0	42.0	15.0	100
1995	0.34	11.0	2.0	11.5	27.0	35.0	13.0	100
1996	0.35	11.8	1.5	16.1	34.0	35.0	11.0	100
1997	0.44	11.5	1.4	13.3	26.0	32.0	15.0	100
1998	0.69	11.4	1.1	11.5	20.0	32.0	24.0	100
1999	0.71	12.3	1.1	11.3	19.0	36.0	20.0	100
2000	0.40	10.9	1.1	11.6	20.0	37.0	20.0	100

Nguồn: 1991-97 (Ngân hàng thế giới 2001), 1998-2000 (Bộ Y tế).

Việc phân bổ nguồn tài chính là một vấn đề rất khó cho những người làm chính sách y tế và công tác quản lý y tế. Định mức phân bổ kinh phí theo vùng như hiện nay là không hợp lý và có nhiều bất cập.

Bảng 2: Phân bổ kinh phí y tế theo vùng

Vùng	Vùng núi phía Bắc	Đồng bằng Sông Hồng	Vùng Tây Nguyên	Miền Đông Nam bộ
Dân số	83%	100%	24,5%	100%
Ngân sách Nhà nước cấp	53%	100%	14,5%	100%
TB giường bệnh (triệu đ/năm)	7,7	8,5	7,2	11,5

Nguồn: Báo cáo toàn văn những thay đổi của ngành y tế trong thời kỳ đổi mới, Bộ Y tế

Việc đầu tư kinh phí cho y tế được dựa trên dân số và số giường bệnh. Theo thông tư số 562 của Bộ Tài chính ngày 3/3/1998 thì kinh phí được đầu tư theo

vùng. Những vùng khó khăn kinh phí được đầu tư có cao hơn so với những vùng khác nhưng với tỉ lệ chênh rất ít (khoảng 20% đối với kinh phí dự phòng và khoảng 25% đối với kinh phí điều trị). Nhưng trên thực tế, kết quả từ bảng trên lại cho thấy chi phí bình quân giường bệnh cho những vùng khó khăn như vùng núi phía Bắc và vùng Tây Nguyên là thấp hơn nhiều so với các vùng khác. Điều này đã làm cho các cán bộ y tế ở những vùng khó khăn gặp rất nhiều khó khăn trong thực hiện nhiệm vụ CSSK nhân dân.

Việc phân bổ nguồn lực tài chính cho các tuyến y tế cũng là một vấn đề cần bàn đến. Theo đánh giá của Ngân hàng thế giới năm 1995 thì chỉ có khoảng 5% chi phí cho y tế được chuyển về cho TYT xã, trong khi TYT xã ở các vùng khó khăn lại là cơ sở CSSK chính cho người dân mà chủ yếu lại là dân nghèo. Rõ ràng sự phân bổ kinh phí không hợp lý đã dẫn đến sự mất công bằng trong CSSK.

Bảng 3: Nguồn thu y tế của TYT xã

Các chỉ số đánh giá	Thành thị Trung bình	Nông thôn Trung bình	Chung Trung bình
Tổng các nguồn thu y tế của TYT xã (đơn vị nghìn đồng):	52.569	44.721	46.064
trong đó:			
- Từ ngân sách y tế	37.847	32.853	33.707
- Từ UBND xã/phường	7.278	4.178	4.708
- Từ thu phí dịch vụ y tế	1.963	2.042	2.038
- Từ thu tư bảo hiểm y tế	124	90	96
- Từ bán thuốc	1.444	1.667	1.629
- Từ nguồn viện trợ	3.803	3.959	3.703
- Từ đóng góp của người dân	134	231	214
- Từ các khoản thu khác	3.795	3.684	3.703

Nguồn: Điều tra Y tế quốc gia Bộ Y tế, 2001-2002

Qua bảng trên cho thấy nguồn thu của TYT xã chủ yếu là từ nguồn ngân sách nhà nước. Ở vùng nông thôn, nguồn thu từ các nguồn khác là ít hơn so với vùng thành thị. Và đặc biệt ở TYT xã những vùng khó khăn, nguồn thu từ phí dịch vụ lại càng không đáng kể (chỉ có 2,9 loại dịch vụ có thu phí trên tổng số 5,2 loại dịch vụ được thực hiện tại trạm).

Bảng 4: Loại dịch vụ thực hiện và loại dịch vụ thu phí tại TYT xã

Các chỉ số	Số các loại dịch vụ y tế được thực hiện	Số dịch vụ y tế có thu phí	Số chương trình y tế được thực hiện thường xuyên
	Trung bình	Trung bình	Trung bình
Thành thị	4,8	4,4	13,3
Nông thôn	5,8	4,6	12,6
Vùng khó khăn	5,2	2,9	11,1

Nguồn: Điều tra Y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2001-2002

Đối với TYTX, kinh phí hoạt động chủ yếu là từ nguồn ngân sách Nhà nước. Trên thực tế cho thấy việc chi trả lương cho cán bộ y tế chiếm một tỉ trọng lớn trong tổng ngân sách cấp cho TYTX. Kết quả từ một nghiên cứu của Bộ Y tế cũng cho thấy ngân sách của Nhà nước cấp cho TYT xã chỉ đảm bảo các khoản chi lương, phụ cấp cho cán bộ theo chế độ hiện hành. Các khoản chi thường xuyên cho hoạt động của TYT như điện, nước, điện thoại, bông, cồn... đều do ngân sách xã cấp. Tại các TYT ở khu vực khó khăn như vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa, nhiều xã UBND xã không có kinh phí để chi cho các hoạt động thường xuyên của TYT xã do vậy không đáp ứng được nhu cầu cơ bản của các TYT xã. Điều này gây nhiều khó khăn và sẽ ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ của TYT xã.

Một nghiên cứu khác của Bộ Y tế trên 7 vùng cả nước năm 1999 đã cho kết quả là tỉ lệ lương cán bộ y tế xã chiếm 85,6% trong tổng kinh phí của y tế xã. Hầu

hết các TYT xã đều không có nguồn kinh phí riêng cho chi các hoạt động thường xuyên của trạm. Ở những nơi mà TYT xã có thực hiện chính sách thu phí khám chữa bệnh hoặc có triển khai BHYT tại xã thì chi phí cho các hoạt động chi thường xuyên được chia sẻ từ những nguồn thu này. Nhưng ở những vùng khó khăn như vùng núi, vùng sâu, vùng xa người dân thường là người nghèo và thường thuộc diện được khám chữa bệnh miễn phí nên nguồn thu chủ yếu của trạm chỉ là từ nguồn ngân sách, trong khi tiền thu được từ nguồn này lại chỉ đủ để chi trả lương cho cán bộ y tế. Như vậy, một điều rất rõ ràng rằng các cán bộ y tế ở TYT xã nói chung và đặc biệt là ở TYT ở các xã thuộc vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa phải làm việc trong một hoàn cảnh rất khó khăn do thiếu kinh phí để chi cho các hoạt động thường xuyên của trạm.

2.2. Cơ sở vật chất và trang thiết bị của TYT xã

Cơ sở vật chất và trang thiết bị dụng cụ y tế là một trong các điều kiện cơ bản của y tế cơ sở và không thể thiếu được. Một cơ sở nhà trạm tốt, đội ngũ chuyên môn giỏi, kỹ thuật tiên tiến nhưng không có các trang thiết bị cần thiết thì vẫn không thể làm tốt được công tác CSSKBD cho nhân dân.

Thực tế cho thấy tình trạng cơ sở y tế xuống cấp, trang thiết bị y tế nghèo nàn hoặc bị hư hỏng, không có kinh phí sửa chữa và trang bị mới cũng như tình trạng thiếu trang thiết bị chiếm một tỉ lệ rất lớn ở các TYT xã. Qua nghiên cứu điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế năm 2001-2002 cho thấy TYTX có cơ sở vật chất đạt tiêu chuẩn theo quy định của Bộ Y tế (có nhà trạm được xây dựng kiên cố trở lên mà trong tình trạng không cần sửa chữa; có nước sạch, công trình vệ sinh đạt tiêu chuẩn và có điện) còn đạt ở tỉ lệ thấp, chỉ 19,4% ở khu vực thành thị và 8,1% ở khu vực nông thôn. Điều này cho thấy tỉ lệ này có thể còn thấp hơn nhiều ở những xã thuộc vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Bảng 5: Các chỉ số về cơ sở vật chất và trang thiết bị tại TYTX ở khu vực thành thị và nông thôn (%)

Các chỉ số	Thành thị n=374	Nông thôn n=716	Chung n=1090
Cơ sở vật chất của trạm			
<i>Tỉ lệ trạm đạt tiêu chuẩn của Bộ y tế</i>	<i>19,4</i>	<i>8,1</i>	<i>9,8</i>
Trang thiết bị y tế			
Tỉ lệ trạm có đủ TTB cho KCB thông thường	94,8	97,4	97,0
Tỉ lệ trạm có tủ thiết bị lạnh (tủ lạnh/dây truyền lạnh)	5,0	10,8	9,9
Tỉ lệ trạm có đủ TTB cho CSSK sinh sản	22,0	25,8	24,7
Tỉ lệ trạm có đủ TTB cho CSSK/ dinh dưỡng cho trẻ	77,6	87,6	86,1
Tỉ lệ trạm có đủ TTB khám một số chuyên khoa	14,6	11,7	12,2
Tỉ lệ trạm có đủ TTB cho KCB Lành/ đông y	10,1	10,7	10,6
Tỉ lệ trạm có đủ TTB cho khử trùng	52,4	50,8	51
Tỉ lệ trạm có điện thoại	64,0	33,0	37,6
<i>Tỉ lệ trạm có đủ TTB theo tiêu chuẩn BHYT</i>	<i>0</i>	<i>0,16</i>	<i>0,13</i>

Nguồn: Điều tra Y tế quốc gia, Bộ Y tế, 2001-2002

Qua kết quả của bảng trên cho thấy, nhìn chung các TYT xã vẫn chưa được trang bị đầy đủ các trang thiết bị cần thiết phục vụ cho công tác CSSK. Một số TYTX (khoảng 13%) còn không có cả các trang thiết bị cho KCB thông thường như ống nghe, dụng cụ đo huyết áp và nhiệt kế. Phòng bệnh là một trong các hoạt động chủ yếu được thực hiện tại TYTX, nhưng tỉ lệ trạm có tủ lạnh/dây truyền lạnh dùng để lưu trữ, bảo quản vắc xin lại chiếm một tỉ lệ rất thấp, nhìn chung chỉ đạt khoảng 9,9%, trong đó ở khu vực thành thị chỉ đạt 5% và ở khu vực nông thôn chỉ là 10,8%.

Đối với trang thiết bị phục vụ cho công tác chăm sóc SKSS như cân người lớn, bàn đẻ, dụng cụ KHHGD/khám phụ khoa, ống nghe tim thai, thước đo khung chậu, que thử thai và thuốc oxitoxin, chỉ có 24,7 % TYTX được trang bị đầy đủ các trang thiết bị này. Trong đó ở thành thị lại có tỉ lệ thấp hơn ở vùng nông thôn (22% so với 25.8%).

Tỉ lệ trạm có đủ thiết bị và dụng cụ dùng cho khử trùng cũng chỉ đạt 51% (bao gồm các thiết bị khử trùng, cồn sát trùng và các thuốc sát trùng khác). Tỉ lệ các TYTX có các trang thiết bị phục vụ khám một số chuyên khoa như bảng thị lực, bộ khám tai-mũi-họng còn rất thấp, chỉ đạt trung bình 12,2%.

Như vậy, so với Chuẩn Quốc gia về Y tế xã của Bộ Y tế, kết quả điều tra cho thấy số TYTX có đủ TTB theo chuẩn này đạt ở tỉ lệ rất thấp. Ở khu vực thành thị không có một TYTX nào đạt theo chuẩn đề ra, trong khi ở nông thôn chỉ có 0,16% TYT xã đạt theo chuẩn này và như vậy chúng ta có thể suy ra được rằng chắc chắn tỉ lệ này sẽ thấp hơn rất nhiều ở những xã thuộc vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Với điều kiện làm việc như vậy sẽ làm cho công tác phục vụ của TYT xã kém hiệu quả, đặc biệt không khích lệ được các bác sĩ đang làm việc tại trạm mang kiến thức phục vụ cho người bệnh. Ngược lại, với tình trạng cơ sở vật chất và trang thiết bị nghèo nàn như vậy sẽ lại làm cho bác sĩ công tác tại trạm ngày càng bị mai một kiến thức và dần dần sẽ dẫn đến tình trạng “y sĩ hóa bác sĩ” tại TYT xã. Kết quả nghiên cứu của Điều tra y tế quốc gia, Bộ Y tế cho thấy sự có mặt của bác sĩ tại TYT xã cũng không làm tăng mức độ hài lòng của người dân về chất lượng dịch vụ KCB cũng như cũng không có ảnh hưởng tích cực tới kiến thức của người dân trong một số chương trình phòng bệnh. Kết quả của một nghiên cứu khác của Bộ Y tế về đánh giá thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của TYT xã cho thấy chủ trương đưa bác sĩ về xã là cần thiết nhưng để phát huy được vai trò và hiệu quả hoạt động của họ thì cần phải tăng cường trang

thiết bị cho TYT xã, mở rộng lĩnh vực hoạt động cho TYT xã, thường xuyên đào tạo bồi dưỡng các kỹ năng chuyên môn cho họ và cũng cần có các chế độ chính sách cho bác sĩ xã.

Trong một nghiên cứu của Bộ Y tế về hoạt động của TYT xã cũng thấy tình trạng thiếu trang thiết bị là rất phổ biến ở hầu hết các TYT xã. Các TYT đều được cấp các bộ trang thiết bị và dụng cụ cơ bản phục vụ cho khám bệnh chung, CSSK sinh sản và tiết khuẩn. Tuy nhiên do không có kinh phí để mua mới hoặc thay thế sửa chữa nên chỉ có khoảng 2/3 số trạm có các bộ trang thiết bị còn sử dụng tốt. Như vậy, cần phải có chủ trương và giải pháp cụ thể để tăng cường đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị đặc biệt cho các TYT xã ở vùng khó khăn, có như vậy chất lượng dịch vụ KCB tại TYT xã mới được nâng cao.

3. Chế độ chính sách cho nhân viên y tế cơ sở

Các tỉnh đều đã thực hiện chế độ chính sách đối với cán bộ y tế cơ sở theo Quyết định số 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư số 08/TT- LB. Hơn nữa, ở nhiều nơi, trạm y tế đã được địa phương cho thu phí dịch vụ với giá quy định phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội từng vùng đã tạo điều kiện cho cán bộ y tế có thêm thu nhập và nâng cao hiệu quả phục vụ, nhưng ở những nơi khó khăn như vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa thì hình thức thu phí dịch vụ này gần như không được áp dụng do đa phần dân đều thuộc vùng được hưởng chính sách vùng khó khăn miễn giảm phí khám chữa bệnh. Thực tế cho thấy lương của cán bộ y tế hiện nay là rất thấp, đặc biệt là lương của cán bộ trạm y tế xã. Trong nghiên cứu về điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế, tiến hành trong năm 2001 đã cho thấy thu nhập trung bình của một cán bộ trạm y tế xã vùng nông thôn hiện nay là chỉ khoảng 490.000 đ/tháng. Với mức sống như hiện nay thì cuộc sống của các cán bộ y tế gặp rất nhiều khó khăn.

Bảng 6: Lương và thu nhập trung bình của cán bộ TYT xã

Thu nhập của cán bộ y tế xã			
Lương trung bình của cán bộ y tế	524.000 đ/tháng	467.000 đ/tháng	475.000 đ/tháng
Thu nhập trung bình của cán bộ y tế	573.000 đ/tháng	492.000 đ/tháng	503.000 đ/tháng

Nguồn: Điều tra y tế quốc gia, Bộ Y tế 2001-2002

Một nghiên cứu về “Các yếu tố chính ảnh hưởng tới hoạt động của TYT xã” được tiến hành tại 1 huyện của thành phố Hải Phòng đã cho thấy tình trạng cán bộ trạm y tế xã làm tư ngoài giờ là rất phổ biến với mục đích tăng nguồn thu nhập. Đối với những TYT xã này, các cán bộ làm tư có xu hướng kéo bệnh nhân về nhà khám chữa bệnh với mục đích lợi nhuận cá nhân. Như vậy, chế độ chính sách không hợp lý cho cán bộ y tế đã dẫn đến tình trạng hiệu quả hoạt động của TYT xã không cao do nhân viên y tế không dồn hết tâm huyết của mình vào hoạt động của trạm. Việc quản lý nhân lực y tế tại TYT xã có làm tư ngoài giờ cần phải được đặt ra, đảm bảo cho TYT xã hoạt động hiệu quả.

Nhân viên y tế thôn bản ở các xã vùng sâu, vùng xa, vùng cao, miền núi và hải đảo đã được Nhà nước trả phụ cấp công việc với mức 40.000 đồng/người/tháng. Đây được coi là điều kiện tiên quyết để củng cố y tế thôn bản. Với địa bàn rộng, dân cư thưa thớt, đường sá đi lại khó khăn đã là một khó khăn rất lớn cho đội ngũ nhân viên y tế thôn bản này, trong khi đó mức lương lại quá ít ỏi như vậy đã làm cho cuộc sống của họ rất khó khăn và nhiều khi không khuyến khích họ làm việc được một cách có chất lượng và hiệu quả.

Các nhà quản lý y tế tuyến tỉnh và huyện khi được thăm dò ý kiến đều đề nghị cần nghiên cứu và bổ sung chế độ chính sách tiền lương, phụ cấp, trợ cấp cho cán bộ y tế trạm, nhân viên y tế thôn và cán bộ tuyến huyện thường xuyên đi

giám sát tuyến xã để giảm bớt sự bất công bằng trong thu nhập ngay trong đội ngũ cán bộ y tế ở các tuyến khác nhau nhằm phát huy tiềm lực của cán bộ y tế cơ sở.

Tóm lại:

Nhà nước đã ban hành nhiều văn bản pháp qui nhằm củng cố và phát triển hệ thống y tế trong cơ chế kinh tế thị trường; trong đó đặc biệt chú trọng đến phát triển mạng lưới y tế cơ sở cả về tổ chức, nhân lực, chế độ, chính sách, chức năng và nhiệm vụ. Hệ thống văn bản này cũng còn nhiều điểm chưa phù hợp với hệ thống y tế cơ sở hiện nay đặc biệt đối với khu vực khó khăn như vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa. Ở những xã thuộc khu vực khó khăn, các cán bộ y tế trong tình trạng vừa thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, cơ cấu nhân lực không phù hợp, phải làm việc ở một cơ sở y tế nghèo nàn về cơ sở vật chất và trang thiết bị, thiếu kinh phí hoạt động. Hơn nữa người dân ở những vùng núi, vùng sâu, vùng xa lại thường nghèo, trình độ dân trí thấp. Điều này đã gây nhiều khó khăn cho cán bộ y tế trong thực hiện nhiệm vụ do công việc thì nặng nề nhưng thu nhập lại thấp, không khuyến khích được cán bộ y tế phát huy được hết năng lực của mình trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Tăng cường đầu tư cho các TYT xã cũng như có chế độ chính sách đãi ngộ phù hợp cho các cán bộ y tế nói chung và đặc biệt ở các xã vùng khó khăn là một yêu cầu cấp thiết của ngành y tế hiện nay.

QUAN ĐIỂM PHÁT TRIỂN Y TẾ BỀN VỮNG VÀ VẤN ĐỀ

QUẢN LÝ NHÂN LỰC Y TẾ

Th.sĩ Vũ Thị Minh Hạnh
Viện Chiến lược và Chính sách y tế
Bộ Y tế

Lịch sử nhân loại luôn gắn liền với lịch sử phát triển con người bởi con người là chủ thể của mọi quá trình biến đổi xã hội. Bước vào thời kỳ đổi mới, Đảng Cộng sản Việt Nam đã chủ trương đề cao vai trò của con người, đặt con người vào vị trí trọng tâm, coi con người vừa là động lực vừa là mục tiêu của quá trình ổn định và phát triển kinh tế - xã hội. Trong nhiều năm qua ngành y tế cũng đã quán triệt sâu sắc và từng bước triển khai chủ trương trên vào thực tiễn sinh động của ngành nhằm hướng tới một mục tiêu cao cả đó là “sức khỏe cho mọi người”. Sức khỏe không chỉ là tài sản vô giá của mỗi cá nhân mà còn là một nguồn lực quan trọng để phát triển đất nước. Chăm sóc sức khỏe nhân dân vừa là một vinh dự cao quý vừa là một trách nhiệm nặng nề của ngành y tế nước ta. Trong suốt chặng đường hơn 50 năm phục vụ cách mạng, ngành đã có nhiều đóng góp xứng đáng vào thành quả của các giai đoạn lịch sử: từ giải phóng dân tộc, thống nhất đất nước đến phát triển kinh tế - xã hội và xây dựng xã hội chủ nghĩa. Trong giai đoạn phát triển mới của đất nước trên con đường công nghiệp hoá, hiện đại hoá với tốc độ tăng trưởng cao; ngành y tế lại đứng trước nhiều yêu cầu mới. Hơn bao giờ hết, việc phát triển y tế bền vững nhằm thỏa mãn nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân cần thiết phải được trở thành mục tiêu hướng tới. Đổi mới quản lý nhân lực y tế có thể được coi là điểm then chốt quyết định sự thành bại của quá trình phát triển y tế bền vững.

Trước khi đi vào phân tích quan điểm phát triển y tế bền vững và yêu cầu đổi mới quản lý nhân lực y tế, cần thiết phải làm rõ một số khái niệm có

liên quan như: phát triển, phát triển bền vững, nguồn nhân lực và quản lý nguồn nhân lực.

Phát triển: Ngày nay phát triển được coi là trục trung tâm mà hầu hết hoạt động của con người đều quay quanh nó. Tư tưởng về sự phát triển trên thế giới đã thay thế tất cả các hệ tư tưởng khác, kể cả những nguyện vọng, khát khao cao cả nhất hoặc những lý tưởng đã từng được đề cao nhất như: hoà bình, đạo đức...

Trong thực tế, phát triển có nghĩa là làm nổi bật và tận dụng triệt để những giá trị hiện có và những giá trị tiềm năng của một xã hội, một lĩnh vực hoặc những năng lực của một con người. Mục tiêu cơ bản, mục tiêu cuối cùng của phát triển là con người với tư cách là một sinh vật sống được coi là một chỉnh thể mang tính bản thể sinh học, hiện sinh và quan hệ (Huỳnh Cao Trí, 1995). Có thể thấy con người là trung tâm, vừa là công cụ của phát triển vừa là đối tượng được hưởng lợi từ chính sự phát triển của mình.

Phát triển bền vững: Là quá trình phát triển nhằm thoả mãn nhu cầu ngày càng cao của các thế hệ hiện tại mà không làm phương hại đến lợi ích của các thế hệ mai sau về mặt môi trường sinh thái cũng như về môi trường xã hội. Phát triển bền vững về mặt xã hội cũng có nghĩa là tăng trưởng kinh tế phải gắn liền với ổn định xã hội, ổn định chính trị.

Nguồn nhân lực được hiểu là toàn bộ trình độ chuyên môn mà con người tích lũy được, nó được đánh giá cao vì đây là tiềm năng đem lại thu nhập cao trong tương lai. Giống như nguồn lực vật chất, nguồn nhân lực là kết quả đầu tư trong quá khứ với mục đích tạo ra thu nhập (Begg Fischer & Dornbusch, 1995). Xét ở tầm vĩ mô, nguồn nhân lực là tổng thể các tiềm năng lao động của một nước, một địa phương hoặc một ngành tức là nguồn lao động, những người lao động có kỹ năng được chuẩn bị sẵn sàng tham gia một công việc nào đó trong cơ cấu lao động của xã hội (Phạm Minh Hạc, 2001).

Nguồn nhân lực có thể được xem xét ở nhiều cấp độ khác nhau như: cấp độ một tổ chức / ngành, cấp độ một địa phương, cấp độ một quốc gia...

Quản lý nguồn nhân lực: Việc quản lý và sử dụng nguồn nhân lực cả ở cấp vĩ mô và cấp tổ chức đều có ý nghĩa quyết định trong việc tạo ra động lực và khuyến khích người lao động hoàn thành công việc. Các chính sách thu hút nguồn nhân lực trình độ cao, khuyến khích đào tạo, tự đào tạo, lập kế hoạch nguồn nhân lực theo cách tiếp cận mềm dẻo, tạo dựng thị trường lao động và khuyến khích sự di chuyển lao động, điều tiết bằng chính sách để thay đổi cơ cấu lao động phù hợp với nhu cầu, chế độ tuyển chọn, bố trí sử dụng, trả lương, đánh giá phù hợp... sẽ tạo ra động lực quan trọng để phát huy hiệu quả của nguồn nhân lực...

Theo cách tiếp cận trên đây, có thể hiểu **phát triển y tế bền vững** là việc phát huy và tận dụng tối đa những nguồn lực hiện có, triệt để khai thác các tiềm năng nhằm duy trì ổn định và không ngừng nâng cao chất lượng của hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân, chủ động đối phó trước mọi biến động của thời đại.

Phát triển y tế bền vững thực chất là xây dựng một ngành y tế công bằng hiệu quả và phát triển.

Thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe là thể hiện bản chất nhân đạo và định hướng xã hội chủ nghĩa của Đảng và Nhà nước ta 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 trong đó Nhà nước có chính sách ưu tiên người có công với nước, người nghèo, người sống ở các vùng khó khăn và đồng bào các dân tộc ít người. Những bệnh nhân thuộc các nhóm trên phải được chăm sóc chu đáo, có chung một mặt bằng phác đồ điều trị như mọi tầng lớp xã hội khác. Công bằng trong chăm sóc sức khỏe có nghĩa là ai có nhu cầu nhiều hơn thì được chăm sóc nhiều hơn. Công bằng phải được thực hiện đầy đủ ở cả hai lĩnh vực y và dược, cả khám chữa bệnh điều trị và cấp phát thuốc.

Công bằng phải gắn liền với hiệu quả chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Muốn vậy phải phát triển y tế chuyên sâu đồng thời với y tế phổ cập. Không thể có một nền y tế phát triển tiên tiến và hiện đại khi không có mảng

lưới các trung tâm y tế chuyên, sâu kỹ thuật cao. Trước mắt các trung tâm chuyên sâu có thể mới chỉ được hình thành tại những thành phố lớn song lâu dài phải mở rộng tối nhiều khu vực trong cả nước. Để cập đến một nền y tế phát triển cũng cần phải quan tâm đến việc củng cố và duy trì hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, đẩy mạnh hoạt động chăm sóc sức khoẻ ban đầu, nâng cao năng lực hệ thống y tế dự phòng. Phát triển cũng có nghĩa là tăng cường tính chủ động trong vệ sinh phòng bệnh. Đồng thời còn phải quan tâm phát triển mạng lưới y tế ngành để đảm bảo tốt hơn việc chăm sóc sức khoẻ cho người lao động.

Bên cạnh đó cần phải đa dạng hoá các hình thức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao càng đa dạng của nhân dân song y tế Nhà nước phải luôn luôn giữ vai trò chủ đạo. Việc xây dựng các cơ sở y tế dân lập, y tế tư nhân phải xuất phát từ mục đích thiết thực phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khoẻ của người dân, tránh xu hướng thương mại hoá. Nền y tế phát triển còn phải là nền y tế biết xác định và dự báo khuynh hướng phát triển của mô hình bệnh tật để chủ động “đi trước, đón đầu”. Thực tế ở nước ta cho thấy mô hình bệnh tật luôn đa dạng và biến đổi, vừa có các loại bệnh của một xã hội chậm phát triển lại vừa có các loại bệnh của những nước phát triển như: tâm thần, tim mạch, HIV/AIDS... Vì vậy các cơ sở y tế phải chuẩn bị để ứng phó trước sự gia tăng của các loại bệnh kể trên. Lĩnh vực được củng cố cần phải được hiện đại hoá, công nghiệp hoá trong khâu sản xuất thuốc, đặc biệt là thuốc kháng sinh...

Việc củng cố và phát triển mạng lưới y dược học cổ truyền cũng cần phải được đặc biệt quan tâm. Tập trung nghiên cứu ứng dụng và nghiên cứu kết hợp xác định rõ bệnh ưu tiên chữa bằng y dược học cổ truyền để hướng dẫn các cơ sở điều trị. Phát triển vườn thuốc Nam và các kỹ thuật chữa bệnh không dùng thuốc như châm cứu, bấm huyệt...

Nền y tế phát triển bền vững còn phải được thể hiện thông qua những bằng chứng sinh động, đó chính là các chỉ tiêu y tế hiệu quả tức là đầu ra. Tuổi thọ trung bình của người dân cần phải được nâng cao hơn mức hiện nay.

(70 tuổi) để theo kịp với tình hình thế giới và khu vực (Singapore 76 tuổi, Malaixia 71...)¹. Tỷ lệ chết trẻ em dưới một tuổi còn dưới 15%, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em trong khoảng 15%... Để đạt được những chỉ tiêu trên cần làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh truyền nhiễm gây dịch, không để dịch lớn xảy ra. Khống chế đến mức thấp nhất tỷ lệ mắc và chết của các bệnh tả, dịch hạch, viêm não vi rút, sốt xuất huyết, sốt rét, viêm gan B và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đồng thời duy trì bền vững kết quả thanh toán bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh tiến tới loại trừ bệnh sởi. Hạn chế tốc độ gia tăng tỷ lệ lây nhiễm HIV/AIDS. Tích cực phòng chống và quản lý các bệnh không nhiễm trùng như tai nạn thương tích, ung thư, bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh nghề nghiệp, bệnh tâm thần, ngộ độc, tự tử và các bệnh do lối sống không lành mạnh mang lại như nghiện hút, cờ bạc, nghiện rượu và béo phì. Nâng cao một cách có hiệu quả tính công bằng trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dịch vụ khám chữa bệnh... Phát huy truyền thống dân tộc trọng tương trợ và giúp đỡ nhau khi bị hoạn nạn, giảm bớt và tiến tới loại bỏ tình trạng các hộ gia đình do chi phí y tế cao khi khám chữa bệnh mà trở thành nghèo đói. Đặc biệt phải tăng cường hiệu quả của các hoạt động trong toàn ngành, ở tất cả các tuyến từ lĩnh vực phòng bệnh đến khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và nâng cao sức khỏe. Phát triển và ứng dụng các thành tựu khoa học tiên tiến trên thế giới để ngành y tế nước ta ngang bằng với các nước láng giềng trong khu vực.

Trên đây là một số quan điểm cơ bản, những định hướng lớn để phát triển y tế bền vững ở nước ta. Để đạt được đòi hỏi toàn ngành phải có nỗ lực cao, tiến hành đồng thời nhiều giải pháp trước mắt và lâu dài trong đó giải pháp về vấn đề đổi mới quản lý nhân lực là giải pháp có ý nghĩa tiên quyết.

Đổi mới quản lý nguồn nhân lực y tế trong hiện tại và những năm sắp tới cần phải dựa trên cơ sở nhìn nhận, đánh giá lại hiện trạng nhân lực y tế nước ta. Ngành y tế có một đội ngũ cán bộ đông đảo với nhiều chuyên gia giỏi

¹ Đỗ Nguyên Phương, 1996, Phát triển sự nghiệp y tế ở nước ta trong giai đoạn hiện nay, Nxb Y học, tr.92

thuộc các lĩnh vực chuyên khoa khác nhau. Tỷ lệ thầy thuốc / dân số của Việt Nam thuộc ở mức cao so với các nước trong khu vực: 4,19 bác sĩ / 10.000 dân. Ở tuyến y tế cơ sở, bình quân số nhân viên y tế là 5,59 người / trạm chăm sóc sức khỏe cho khoảng 1.000 dân. Trong bối cảnh kinh tế còn gặp nhiều khó khăn, trang thiết bị cơ sở vật chất còn thấp xa so với yêu cầu; các chuyên gia đầu đàn của ngành vẫn cố gắng cập nhật khoa học y học hiện đại: phẫu thuật tách và ghép phủ tạng, kỹ thuật mới chuẩn đoán hình ảnh (MR, CT Scanner, siêu âm) ứng dụng tia laser trong chuẩn đoán và chữa bệnh, ứng dụng tin học trong quản lý y tế v.v... Từ sau khi có Nghị quyết Trung ương IV và Chỉ thị 58/TTg của Thủ tướng Chính phủ, mạng lưới y tế cơ sở đã được củng cố một bước về tổ chức, cán bộ với chủ trương đưa bác sĩ về xã. Đến nay hơn 60% số trạm y tế xã/phường trong cả nước đã có bác sĩ về công tác. Đội ngũ cán bộ y tế cơ sở (huyện/thị và xã/phường) đã được tăng cường thêm về số lượng và bồi dưỡng thêm về trình độ chuyên môn cũng như về nghiệp vụ quản lý...

Tuy nhiên cũng cần phải nhận thấy rằng về tổng thể, hệ thống tổ chức và đào tạo cán bộ y tế còn chậm được đổi mới chưa phù hợp với cơ chế mới. Công tác đào tạo có tăng về mặt số lượng nhưng so với thế giới chỉ số bác sĩ trên số dân còn thấp. Việc đào tạo chưa gắn liền với sử dụng dẫn đến tình trạng thừa bác sĩ ở thành phố, thiếu bác sĩ ở tuyến y tế cơ sở. Một số lượng không nhỏ sinh viên y khoa sau khi tốt nghiệp đã đi làm những việc không đúng chuyên môn tạo nên một sự lãng phí rất lớn về đào tạo. Trước những ảnh hưởng tiêu cực do mặt trái của kinh tế thị trường đem lại, một bộ phận cán bộ y tế đã tỏ ra thiếu tinh thần trách nhiệm, không giữ vững được đạo đức của người thầy thuốc. Ý đức ở một số cơ sở, nhất là khu vực điều trị khám chữa bệnh bị xuống cấp. Chính sách đãi ngộ dành cho nhân viên y tế cũng còn nhiều bất cập chưa có tác dụng động viên, khuyến khích anh chị em hoàn thành nhiệm vụ... Hệ thống tổ chức và quản lý của toàn ngành hiện cũng còn nhiều bất cập và đang nảy sinh một số mâu thuẫn cần giải quyết như: quan hệ giữa các cơ sở y tế của ngành y tế với các cơ sở y tế của ngành khác, giữa các cơ sở y tế của Trung ương và của địa phương, giữa quản lý hành chính của

Nhà nước pháp quyền và quản lý chuyên môn, quản lý các chương trình mục tiêu... Tất cả những yếu tố này đều đã gây ra những cản trở không nhỏ cho quá trình phát huy và tận dụng triệt để mọi tiềm lực của nguồn nhân lực nhằm phát triển sự nghiệp y tế.

Bởi vậy, để thực hiện những định hướng phát triển y tế bền vững, cần phải chú ý đến một số nội dung trong đổi mới quản lý nguồn nhân lực như sau:

Trước hết ngành y tế cần phải có sự thay đổi về tổ chức và quản lý để thích hợp với bối cảnh một hệ thống y tế đa dạng vừa có y tế Nhà nước vừa có y tế tư nhân như hiện nay. Việc tổ chức quản lý y tế cần phải có sự phù hợp với đặc điểm riêng của từng vùng lãnh thổ, phải giải quyết thoả đáng các mối quan hệ ngang như y tế các ngành, quân y... và các quan hệ dọc theo tuyến Trung ương, tỉnh, huyện, xã và thôn bản. Cần coi công tác tổ chức, quản lý y tế là một khoa học. Quản lý y tế trong đó có quản lý nhân lực y tế không chỉ dựa trên khoa học tổ chức y tế mà còn phải có sự trợ giúp thêm của một số ngành khoa học xã hội khác như: xã hội học, đạo đức học, kinh tế y tế, quản lý hành chính, pháp luật... Trong xu hướng toàn cầu hoá, bùng nổ phát triển khoa học công nghệ như hiện nay phải chú trọng đến việc hiện đại hoá quản lý y tế dựa vào công nghệ tin học. Đổi mới về tổ chức và quản lý y tế là để thực hiện những mục tiêu trong từng giai đoạn của ngành. Vì vậy đổi mới tổ chức, quản lý y tế phải được thực hiện dần dần tùy theo trình độ phát triển kinh tế - xã hội của từng vùng lãnh thổ. Cần phải quan tâm đến những vấn đề về chức năng, nhiệm vụ y tế thôn/bản, trạm xá xã/phường, phòng khám đa khoa khu vực, trung tâm y tế huyện, các bệnh viện tỉnh và bệnh viện Trung ương, hệ thống dược và trang thiết bị y tế của Trung ương cũng như địa phương, hệ thống các viện nghiên cứu, trường đại học... Mối quan hệ ngang giữa các ngành và quan hệ dọc theo tuyến cũng cần phải được qui định lại sao cho rõ ràng hơn. Các mối quan hệ này cần được qui định dựa theo sự phân tích mạng lưới khám chữa bệnh hiện nay, mô hình các trung tâm y tế dự phòng và các trung tâm khác hiện có sao cho hệ thống y tế hoạt động có hiệu quả hơn. Cần

phải tổ chức sắp xếp lại các đơn vị trực thuộc Bộ, giảm bớt đầu mối, chuyển giao một số đơn vị cho địa phương. Đối với những địa phương còn gặp nhiều khó khăn, Bộ Y tế cần tiếp tục hỗ trợ về kinh phí, về chuyên môn, về cán bộ quản lý. Nghiên cứu và áp dụng cơ chế chính sách luân chuyển cán bộ về địa phương công tác cùng với việc quy định nghĩa vụ cho sinh viên ra trường về công tác tại các vùng có nhiều khó khăn. Tổ chức y tế địa phương theo hướng quản lý toàn diện theo ngành trên địa bàn tỉnh, thành phố. Mô hình y tế huyện cần được tổ chức và thực hiện lại một cách thống nhất, lồng ghép chức năng quản lý Nhà nước và chức năng chuyên môn trên địa bàn huyện. Quy hoạch lại mạng lưới khám chữa bệnh theo nguyên tắc tránh trùng chéo có nhiều cơ sở y tế của các ngành tại một địa bàn. Chính sách cán bộ của ngành cũng cần phải được vận dụng một cách linh hoạt như chính sách nghỉ chức vụ, nghỉ hưu để duy trì ổn định đội ngũ chuyên môn cao không bị hẫng hụt giữa các thế hệ trong việc chuyển giao công như tránh tình trạng trì trệ, bảo thủ.

Đổi mới quản lý nguồn nhân lực y tế vì một nền y tế phát triển bền vững không chỉ dừng ở việc điều chỉnh, thay đổi cách thức tổ chức, quản lý y tế mà đồng thời còn phải chú trọng cả đến việc đào tạo nguồn nhân lực sao cho đảm bảo đủ cán bộ y tế cả về cơ cấu, số lượng cũng như chất lượng. Cần phải chú trọng đào tạo cán bộ có kỹ thuật cao để đáp ứng nhu cầu phát triển kỹ thuật y tế, theo kịp trình độ khu vực và quốc tế song vẫn không được phép lơ là đào tạo những cán bộ có kiến thức về y tế công cộng để đáp ứng nhu cầu công tác của tuyến cơ sở. Để phát triển nhân lực toàn ngành y tế cần phải tiêu chuẩn hoá việc đào tạo cán bộ cho từng tuyến, từng lĩnh vực. Đào tạo chuyên khoa và cân đối giữa các chuyên khoa. Trong đào tạo không chỉ đào tạo bác sĩ đa khoa mà còn phải chú trọng đào tạo bác sĩ cộng đồng, y sĩ sản nhi, cử nhân điều dưỡng, lương y... Cải tiến chương trình giảng dạy cho phù hợp với những biến động của tình hình thực tiễn, chú trọng đào tạo cán bộ quản lý ngành, cán bộ kỹ thuật có khả năng sử dụng, sửa chữa các trang thiết bị y tế hiện đại... Cơ cấu đào tạo phải hợp lý về số lượng y, bác sĩ, dược sĩ ở các tuyến... Đa dạng hoá các loại hình đào tạo nhưng phải đảm bảo chất lượng. Cần phải có đào tạo

theo địa chỉ, đào tạo liên tục nhằm đáp ứng những mục tiêu mà Nhà nước đặt ra cho ngành. Quy hoạch lại mạng lưới đào tạo cán bộ y tế, phải xây dựng được chiến lược, kế hoạch, chỉ tiêu đào tạo mới, đào tạo lại hàng năm. Thường xuyên bồi dưỡng cho cán bộ quản lý các cấp trong ngành về kiến thức tổ chức và quản lý y tế. Đẩy mạnh việc đào tạo cán bộ có trình độ cao, chuyên khoa sâu ở tuyến Trung ương cả về mặt chuyên môn và quản lý để phụ trách các chuyên khoa đầu ngành. Chú trọng đào tạo tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa II, chuyên khoa I, dược sĩ chuyên khoa II, chuyên khoa I cho tuyến tỉnh và tuyến huyện đặc biệt là cho cán bộ phụ trách các khoa, phòng, các trung tâm. Chính sách đào tạo cũng cần phải được định hướng ưu tiên cho những vùng khó khăn, vùng núi cao Tây Nguyên... Tại những vùng này nên thực hiện chế độ cử tuyển cán bộ tại chỗ để đào tạo.

Cùng với việc đổi mới tổ chức, quản lý y tế, đẩy mạnh hoạt động đào tạo để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực; việc bổ sung và ban hành những chế độ chính sách nhằm khuyến khích cán bộ y tế yêu ngành, yêu nghề, tận tình phục vụ người bệnh cũng là một nội dung không thể thiếu trong quản lý nhân lực y tế hướng tới nền y tế phát triển bền vững. Cần phải có chế độ phụ cấp ngành, phụ cấp trực, phụ cấp lây nhiễm, phụ cấp vùng khó khăn... để thu hút cán bộ về cơ sở cũng như giúp họ phát huy tính sáng tạo, tinh thần yên tâm công tác và hết lòng vì công việc. Cải cách chế độ tiền lương cho cán bộ ngành y tế sẽ là một động lực quan trọng góp phần thúc đẩy sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân phát triển công bằng và hiệu quả.

Tóm lại, phát triển y tế bền vững vừa là xu hướng vừa là đòi hỏi tất yếu của thời đại. Trong xu thế toàn cầu hóa hiện nay, ngành y tế Việt Nam không thể tách rời mục tiêu này. Đồng thời phát triển bền vững trên mọi phương diện của đời sống xã hội còn là một chủ trương lớn luôn được Đảng và Nhà nước quan tâm chỉ đạo thực hiện. Để phát triển bền vững nền y tế cùng với sự hỗ trợ của Đảng, Chính phủ, các ngành, các tổ chức quốc tế, toàn ngành phải có nhiều nỗ lực đồng bộ trên mọi lĩnh vực đặc biệt là lĩnh vực quản lý nguồn

nhân lực vì đây chính là điểm mấu chốt để quyết định tính khả thi của mục tiêu này.

BÁC CÁO CHUYÊN ĐỀ

QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC TRONG MẠNG LƯỚI Y TẾ DỰ PHÒNG

I Đặt vấn đề:

Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã rất quan tâm đến công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân thể hiện trong Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII nhấn mạnh y tế dự phòng chủ động và tích cực, và trong đường lối phát triển kinh tế, xã hội được Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX thông qua trong đó có phát triển y tế dự phòng.

Ngành y tế đã phối hợp chặt chẽ với chính quyền các cấp và các tổ chức đoàn thể nhân dân tổ chức triển khai thực hiện các chủ trương, chính sách của Đảng, Nhà nước để công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân đạt được những thành tựu quan trọng.

Sau gần 50 năm hình thành và phát triển, hệ y tế dự phòng đã có một hệ thống tổ chức, chỉ đạo và thực hiện các chức năng nhiệm vụ y tế dự phòng từ Trung ương đến địa phương bao gồm Vụ Y tế dự phòng, nay đã trở thành Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS (năm 2003), các Viện Trung ương, các Viện khu vực, các Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/thành phố trực thuộc TW, có các Trung tâm SR-KST-CT, Trung tâm Y tế lao động và Sức khỏe ở các Bộ, ngành và một số địa phương, các Đội Y tế dự phòng quận, huyện, Trạm y tế xã cùng hệ thống y tế thôn bản. Số lượng nhân viên tham gia các hoạt động Y tế dự phòng lên tới **18.000 người, chiếm tỷ lệ 8,5% cán bộ y tế trong toàn quốc.**

Với hệ thống tổ chức và đội ngũ cán bộ năng động và tương đối đầy đủ ở các tuyến, hoạt động y tế dự phòng đã đạt được nhiều thành tựu to lớn trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Với phương châm phòng bệnh chủ động tích cực gắn bó với nhân dân, hệ Y tế Dự phòng đã vận động, tuyên truyền giáo dục nhân dân xây dựng phong trào vệ sinh, phòng bệnh, phòng dịch và bảo vệ môi trường; triển khai tích cực các chương trình y tế quốc gia, các đề án phòng chống dịch bệnh, giám sát dịch tễ ... Chính vì vậy, số người mắc và chết do các bệnh truyền nhiễm gây dịch đã từng bước được khống chế lại, dịch hạch, thương hàn, sốt xuất huyết... và một số bệnh tật đã được thanh toán như đậu mùa năm 1978, thanh toán bại liệt vào năm 2000, loại trừ bệnh sởi và uốn ván sơ sinh. Công tác tiêm chủng mở rộng từ năm 1986 đã duy trì được tỷ lệ tiêm chủng trên 85% trong nhiều năm liên tiếp; những năm gần đây đạt trên 90%. Công tác phòng chống sốt rét đã thu được kết quả tốt, không còn dịch lớn xảy ra và tỷ lệ mắc bệnh đã giảm đáng kể, giảm tỷ lệ tử vong. Các chương trình khác như phòng chống bướu cổ, chống lao, phong... đã đạt được mục tiêu đề ra. Vấn đề quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm cũng đặc biệt được quan tâm năm 1999 Chính phủ đã quyết định thành lập

Cục Quản lý chất lượng Vệ sinh An toàn thực phẩm thuộc Bộ Y tế - là đầu mối cho công tác phối hợp chỉ đạo liên ngành về quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm. Công tác y tế trường học được sự quan tâm của ủy ban nhân dân các cấp và của liên Bộ Y tế-Giáo dục đã từng bước đi vào hoạt động. Năm 1999 chỉ có 50% cơ sở chuyên trách về YTTH tại các Trung tâm YTDP tỉnh. Năm 2000, có 100% Trung tâm y tế dự phòng đã có cán bộ chuyên trách, hoặc tổ y tế trường học trong khoa VSMT. Đối y tế dự phòng: Quận, huyện thì hầu hết có cán bộ kiêm nhiệm. Công tác y tế lao động trong vài năm gần đây đã được các cấp và các ban ngành có liên quan quan tâm. Hệ thống y tế lao động dần dần củng cố, đặc biệt từ sau khi Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân và Bộ Luật lao động được ban hành. Bộ y tế đã cùng liên Bộ, ngành hoàn thiện các văn bản dưới luật để chỉ đạo công tác này. Có thể nói hầu hết các điều trong luật định đã được thể chế hóa bằng các văn bản hướng dẫn giúp cho các cơ quan các cấp, các doanh nghiệp thực hiện một cách đầy đủ từ công tác quản lý môi trường đến công việc khám phát hiện bệnh nghề nghiệp và chăm sóc sức khỏe người lao động.

Tuy nhiên, trong giai đoạn công nghiệp hoá và hiện đại hoá hiện nay của nước ta, ngành Y tế cũng như hệ Y tế Dự phòng đang phải đương đầu với nhiều thách thức:

- Các bệnh truyền nhiễm là mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe người dân: Theo cảnh báo của Tổ chức y tế thế giới, nguy cơ bùng nổ dịch bệnh vẫn còn tồn tại, các bệnh truyền nhiễm gây dịch như tả, sốt xuất huyết, sốt rét, thương hàn dịch hạch có nhiều nguy cơ quay trở lại, bùng phát thành dịch lớn. Theo số liệu thống kê của Vụ Y tế dự phòng, số người mắc bệnh truyền nhiễm trong năm 2000 có trên 3,5 triệu trường hợp trong đó gần 500 trường hợp tử vong. Sốt xuất huyết trên 25.269 trường hợp mắc, thương hàn 10.799 và tử vong 10, viêm não vi rút có 2.249 ca mắc tử vong 94 trường hợp. Để đối phó với các dịch bệnh này đòi hỏi mạng lưới y tế dự phòng phải đủ mạnh, từ quản lý cho đến các hoạt động tác nghiệp cụ thể.

Nguy cơ xâm nhập các bệnh nguy hiểm và tối nguy hiểm và sự tăng lên nhanh chóng của đại dịch HIV/AIDS ở Việt nam: Với chính sách kinh tế mở cửa, sự giao lưu quốc tế và trong nước ngày một rộng rãi, các bệnh dịch lỗi nguy hiểm như ebola, bò điên, cúm gà và gần đây là dịch SARS cùng các dịch bệnh nguy hiểm khác có nhiều nguy cơ xâm nhập vào nước ta. Các dịch bệnh này có khả năng lan truyền mạnh và tỷ lệ tử vong rất lớn vì vậy cần phải tăng cường công tác kiểm dịch y tế biên giới để giám sát, kiểm tra, phát hiện và xử lý mọi trường hợp khẩn cấp ngăn chặn bệnh truyền nhiễm gây dịch xâm nhập vào nước ta.

Bảo vệ sức khỏe người lao động, phòng chống các bệnh xảy ra do chuyển giao công nghệ, ô nhiễm môi trường và công tác bảo vệ sức khỏe học sinh ngày một cấp thiết. Vấn đề sức

khỏe môi trường cũng được đặt ra hết sức cấp thiết trong bối cảnh môi trường ngày một ô nhiễm như hiện nay. Ở nông thôn mới chỉ có 20% gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh và 50% gia đình có nước sạch. Nhiều dịch bệnh đã nảy sinh từ việc sử dụng các nguồn nước không hợp vệ sinh, các tập tục ăn uống. Bệnh nhiễm ký sinh trùng rất cao, nhiều địa phương 90 - 95% trẻ em bị nhiễm giun đường ruột. Việc dùng phân tươi để bón cây trồng, thói quen phóng uế bừa bãi đòi hỏi mạng lưới y tế dự phòng phải tăng cường hơn nữa trong việc giáo dục, phòng bệnh cho người dân và kiểm tra, giám sát, điều chỉnh về vệ sinh. Mặt khác, hiện nay trên toàn quốc có 22,5 triệu học sinh các cấp nhưng chưa được quan tâm đúng mức về y tế trong trường học. Tỷ lệ học sinh mắc các bệnh nguy hại tới sống: 15%, cận thị chiếm 8,12% trong các trường phổ thông trung học, các bệnh nha chu trong các trường học chiếm tới 90-95% và đang có chiều hướng phát triển cần phải được thực đẩy hơn nữa.

Hệ thống Y tế Dự phòng ở trung ương và địa phương tuy đã được sắp xếp lại một bước nhưng còn nhiều vấn đề chưa được giải quyết một cách thoả đáng trong đó có vấn đề có một vai trò rất quan trọng là công tác quản lý, phát triển và sử dụng nguồn nhân lực cho mạng lưới y tế dự phòng. Vì vậy vấn đề được đặt ra cho công tác quản lý nguồn nhân lực nhằm đảm bảo thực hiện được các nhiệm vụ của hệ y tế dự phòng góp phần bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân trong công cuộc hiện đại hoá và công nghiệp hoá đất nước là:

- Thực trạng nguồn nhân lực và việc quản lý, phát triển nguồn nhân lực cho hệ thống dự phòng Việt Nam hiện nay và thực tế khả năng đáp ứng cho nhu cầu phòng bệnh ra sao?
- Để phát góp phần phát triển công tác Y tế Dự phòng phù hợp với nhiệm vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong công cuộc hiện đại hoá, công nghiệp hoá đất nước và phù hợp với xu hướng chung của thế giới và các nước trong khu vực thì công tác quản lý, phát triển và sử dụng nguồn nhân lực cần phải quan tâm, chú trọng tới những vấn đề gì?

Để giải quyết một số vấn đề đặt ra trên, chuyên đề này được thực hiện nhằm nghiên cứu xác định thực trạng, những vấn đề cấp bách và ưu tiên trong công tác xây dựng, phát triển và quản lý nguồn nhân lực cho hệ Y tế Dự phòng để đáp ứng với nhu cầu thực tiễn và trong tương lai.

II. Thực trạng công tác quản lý nguồn nhân lực mạng lưới y tế dự phòng:

2.1. Sơ lược thực trạng về hệ thống tổ chức:

Hệ thống y tế dự phòng chính thức được thành lập từ năm 1956, theo mô hình các nước trong khối xã hội chủ nghĩa. Tại Trung ương có Vụ Vệ sinh Phòng dịch, sau đổi tên thành Vụ Vệ sinh môi trường và Vụ Y tế Dự phòng. Do nhu cầu quản lý, bộ phận vệ sinh thực phẩm của Vụ Y tế dự phòng đã được Chính phủ phê duyệt thành lập Cục Quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm với chức năng tham mưu cho lãnh đạo Bộ Y tế quản lý Nhà nước công tác an toàn vệ sinh thực phẩm và đến năm 2003 Vụ y tế dự phòng cũng được Chính phủ phê duyệt thành lập Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS. Hỗ trợ cho công tác quản lý Nhà nước của Bộ Y tế về lĩnh vực Y tế dự phòng, thực hiện công tác chỉ đạo chuyên môn trên toàn quốc và thực hiện các nghiên cứu khoa học là một mạng lưới các Viện thuộc hệ Y tế dự phòng Trung ương và khu vực. Đến nay đã có 11 Viện và Phân Viện, 2 Trung tâm và 1 Công ty. Trong đó có những Viện đạt tầm cỡ quốc tế và trình độ cao trong khu vực như Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh, Viện Vắc xin...

Tại các tỉnh thành, đơn vị chức năng của tổ chức y tế dự phòng là các Trạm vệ sinh phòng dịch, ở tuyến huyện, quận, thị xã mới tên gọi là Đội vệ sinh phòng dịch - sốt rét được bắt đầu thành lập từ năm 1963. Mô hình này nhanh chóng được hình thành và phủ kín toàn bộ các tỉnh phía Bắc từ Trung ương đến tỉnh, huyện từ 1963 -1975 và các tỉnh miền Nam sau giải phóng 1975. Từ sau ngày giải phóng, hệ thống y tế dự phòng ngày càng được củng cố về vị trí, nhiệm vụ và tổ chức. Nhiều văn bản pháp quy của Nhà nước đã ban hành là các điều kiện pháp lý để thực thi, gần đây nhất là Nghị định của Chính phủ số 01/1998/NĐ-CP về hệ thống tổ chức y tế địa phương trong đó có tổ chức của hệ y tế dự phòng và thông tư liên tịch Y tế - Ban Tổ chức Cán bộ Chính phủ số 02/1998/TTLT-BYT-BTCCBCP hướng dẫn thực hiện Nghị định số 01. Tiếp theo sau là hàng loạt các văn bản pháp quy của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của các đơn vị y tế dự phòng từ Trung ương (Vụ Y tế dự phòng), các Viện Trung ương và khu vực đến các tỉnh thành và quận huyện. Không chỉ dừng ở đó, hệ y tế dự phòng được củng cố thêm mạng lưới y tế cơ sở thông qua các nhân viên y tế thôn bản đã được Bộ Y tế quy định rõ các chức năng, nhiệm vụ. Như vậy cho đến nay, hệ thống y tế dự phòng đã thống nhất về tên gọi, tổ chức, nhiệm vụ và chức năng từ Trung ương đến địa phương và với một đội ngũ cán bộ ngày càng được củng cố về số lượng và chất lượng.

Trong thập kỷ 1991 – 2000, hệ y tế dự phòng từ Trung ương đến địa phương đã được củng cố về bộ máy tổ chức cũng như về chức năng và nhiệm vụ thông qua các văn bản pháp quy đã được Bộ Y tế ban hành:

- Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 2438/QĐ-BYT ngày 17/8/1999 "Quy định chức năng nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm y tế dự phòng thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Đài y tế dự phòng thuộc Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh".
- Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 684/2000/QĐ-BYT ngày 7/3/2000 về việc ban hành bản "Quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm PCSR thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương".
- Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 08/2001/QĐ-BYT ngày 12/1/2001 về việc ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của các Vụ, Cục, Văn phòng và Thanh tra Bộ Y tế.

Căn cứ Quyết định số 230/1998/QĐ-TTg ngày 30/11/1998 của Thủ tướng Chính phủ về việc sắp xếp các cơ quan nghiên cứu triển khai khoa và học công nghệ trực thuộc Bộ y tế, Bộ y tế đã ban hành các quyết định:

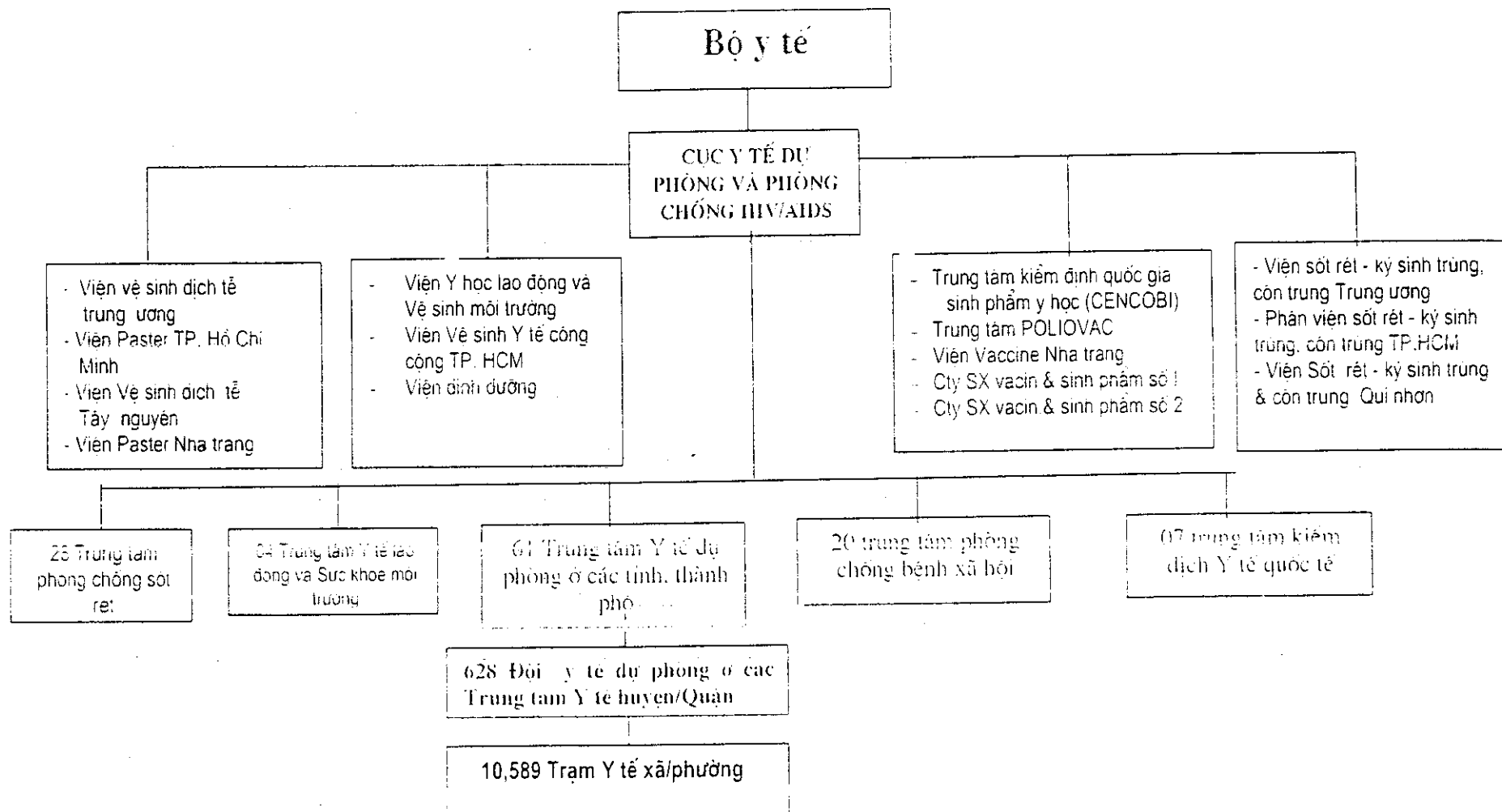
- Số 4253/1999/QĐ-BYT ngày 30/12/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh.
- Số 4252/1999/QĐ-BYT ngày 30/12/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện Pasteur Nha Trang.
- Số 3388/1999/QĐ-BYT ngày 25/10/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên.
- Số 4251/1999/QĐ-BYT ngày 30/12/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện Y học lao động và vệ sinh môi trường.
- Số 3386/1999/QĐ-BYT ngày 25/10/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện sốt rét - KST - CT Trung ương
- Số 312/1999/QĐ-BYT ngày 30/1/1999 ban hành điều lệ tổ chức và hoạt động của Viện sốt rét - KST - CT Qui Nhơn
- Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ phê duyệt chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ y tế và Quyết định số 4351/2003/QĐ-BYT ngày 15/8/2003 quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục YTDP và PC HIV/AIDS.

Hiện nay:

- Hệ thống y tế dự phòng đã thống nhất được tên gọi cho các Trung tâm Y tế dự phòng của 61 tỉnh, thành phố. Các Trung tâm YTDP đã dần dần ổn định tổ chức và chủ động hoạt động, tích cực phát

huy nội lực để tồn tại và phát triển. Một số tỉnh mới tách tuy có khó khăn nhưng đã cố gắng tận dụng nguồn lực địa phương để xây dựng cơ sở.

- Cục quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm được tách ra từ Vụ Y tế dự phòng đã chính thức hoạt động. Tại các địa phương, công tác quản lý chất lượng, an toàn VSTP đang dần đi vào nề nếp.
- 10 Viện của hệ Y tế dự phòng đã được đổi tên, nâng cấp. Bên cạnh việc tăng cường nghiên cứu bằng cách mở rộng hợp tác với các tổ chức trong và ngoài nước, các Viện đã chú trọng công tác chỉ đạo chuyên khoa, chỉ đạo tuyến, chỉ đạo thi đua trong hệ.
- Cục y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS đã được thành lập từ Vụ Y tế dự phòng với chức năng và nhiệm vụ mới phù hợp hơn trong giai đoạn mới.



Hình 1. Sơ đồ hệ thống y tế dự phòng

2.2. Thực trạng cơ cấu cán bộ của hệ y tế dự phòng ở một số khu vực và cơ quan chủ yếu của hệ thống Y tế dự phòng

2.2.1. Cục y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS

Theo Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ phê duyệt chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ y tế và Quyết định số 4351/2003/QĐ-BYT ngày 15/8/2003 quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục YTDP và PC HIV/AIDS, Cục y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS được thành lập dựa trên việc sát nhập Vụ y tế dự phòng và Ban phòng chống HIV/AIDS. Cục YTDP & PC HIV/AIDS có 07 phòng ban gồm 2 phòng chức năng và 5 phòng quản lý nghiệp vụ chuyên môn của ngành. Hiện nay Cục chưa có quy định cụ thể về việc sát nhập biên chế giữa 2 bộ phận. Biên chế cán bộ chính thức của Vụ Y tế dự phòng cũ chỉ có 29 người trong đó có 6 tiến sĩ và 15 thạc sĩ. Ban lãnh đạo có 4 người gồm Cục trưởng và 3 phó Cục trưởng, trong đó có 3 cán bộ có trình độ Tiến sĩ, 01 cán bộ có trình độ thạc sĩ và hiện nay đang chuẩn bị bảo vệ Tiến sĩ.

2.2.2 Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương

Đây là một Viện nghiên cứu lớn thuộc hệ y tế dự phòng, ngoài các chức năng nghiên cứu chuyên ngành sâu về vệ sinh, phòng chống dịch, Viện còn có nhiệm vụ giúp Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đạo về chuyên môn, kỹ thuật, kế hoạch phòng chống dịch bệnh trên phạm vi toàn quốc. Đơn đốc, kiểm tra, giám sát và đánh giá việc thực hiện chuyên môn kỹ thuật thuộc hệ Y tế dự phòng và các Trung tâm Y tế dự phòng của các tỉnh, thành phố trực thuộc TW trên phạm vi toàn quốc và trực tiếp chỉ đạo chuyên ngành tại các tỉnh từ Hà Tĩnh trở ra. Một nhiệm vụ rất quan trọng nữa là Viện còn là một trung tâm đào tạo cán bộ chuyên môn lớn về y tế dự phòng bao gồm cả đào tạo Đại học, sau Đại học và tổ chức đào tạo lại, đào tạo nâng cao trình độ chuyên khoa đối với cán bộ đại học về Dịch tễ học, Vệ sinh y học và Miễn dịch học cho các Viện khu vực và các tuyến.

Trong quá trình xây dựng và phát triển, biên chế cán bộ CNV của Viện có nhiều biến động theo từng giai đoạn cách mạng, biên chế lúc đông nhất lên tới trên 500 người. Thực hiện đường lối đổi mới của Đảng, với phương châm đa phương hoá, đa dạng hoá các loại hình đào tạo; đến nay Viện đã có một đội ngũ đông đảo các nhà khoa học: 183 biên chế, trong đó có 5 Giáo sư, 10 phó Giáo sư, 37 người có trình độ TS, PTS, Thạc sĩ; 96 người có trình độ đại học, 24 người có trình độ trung học, còn lại là cán bộ CNV khác. Trong quá trình xây dựng và phát triển, 05 cán bộ của Viện được Nhà nước phong tặng "Thầy thuốc nhân dân", 18 người được phong tặng "Thầy thuốc ưu tú".

2.2.3. Cán bộ y tế dự phòng khu vực miền Trung.

Từ năm 1991 đến nay hệ Y tế Dự phòng tại khu vực miền Trung đã được củng cố rõ rệt về bộ máy tổ chức cũng như về chức năng và nhiệm vụ thông qua các văn bản pháp quy của Bộ Y tế ban hành. Hệ thống Y tế Dự phòng khu vực Miền Trung đã dần dần ổn định tổ chức, chủ động hoạt động, tích cực phát huy nội lực để tồn tại và phát triển. Nhiều tỉnh ở miền Trung tách chia trong giai đoạn vừa qua tuy có nhiều khó khăn nhưng đã cố (gắng) tận dụng nguồn lực địa phương để xây dựng cơ sở vật chất. Bên cạnh đó Viện Pasteur Nha Trang luôn chủ trương công tác chỉ đạo chuyên khoa, chỉ đạo tuyến, đào tạo cán bộ, luôn sâu sát giúp đỡ các địa phương trong mọi hoạt động (Viện có nhiệm vụ giúp Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đạo về chuyên môn, kỹ thuật, kế hoạch phòng chống dịch bệnh và đôn đốc, kiểm tra, giám sát và đánh giá việc thực hiện chuyên môn kỹ thuật thuộc hệ Y tế dự phòng và các Trung tâm Y tế dự phòng và trực tiếp chỉ đạo chuyên ngành tại các tỉnh, thành phố thuộc khu vực Miền Trung).

Vào những năm 1990, đội ngũ cán bộ y tế dự phòng khu vực Miền Trung có tổng số cán bộ, công nhân viên công tác trong Trung tâm YTDP các tỉnh chỉ là 279, trong đó trình độ sau đại học không có, trình độ đại học 95. Đến cuối năm 2000, lực lượng cán bộ YTDP tuyển tỉnh đã tăng rõ rệt về số lượng và chất lượng. Tổng số cán bộ, công nhân viên các tỉnh có 479, trong đó trình độ sau đại học có tới 53 người, trình độ đại học - cao đẳng tới 195 người. Phân bố trình độ cán bộ tuy chưa hoàn thiện nhưng đã tương đối cân đối và hợp lý hơn trước.

Bảng 1: Trình độ đội ngũ cán bộ YTDF tuyển tỉnh

TRÌNH ĐỘ CÁN BỘ	NĂM 1990		NĂM 2000	
	SỐ CB	%	SỐ CB	%
Sau đại học	0	0 %	53	11 %
Đại học	95	34 %	195	41 %
Khác	184	66 %	231	48 %
TỔNG SỐ	279	100 %	479	100 %

2.2.4. Cán bộ y tế dự phòng khu vực miền Nam.

Thực hiện quyết định số 2468/1999/QĐ - BYT về "Quy định chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm Y tế dự phòng thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và đội y tế dự phòng thuộc Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh". Cho đến nay bộ máy tổ chức của hệ

Y tế dự phòng đã và đang củng cố hoàn thiện. 19/19 tỉnh thành đã có TTYTDP, và 172/172 có Đội YTDP quận, huyện. Qua khảo sát 15/19 tỉnh, thành vào tháng 6 năm 2001, nhân sự của các Trung tâm Y tế dự phòng phía Nam có tổng số CBYT là 980 cán bộ, trong đó có hơn 53% số cán bộ y tế có trình độ trung cấp, khoảng 28% có trình độ đại học, và gần 4% có trình độ sau đại học.

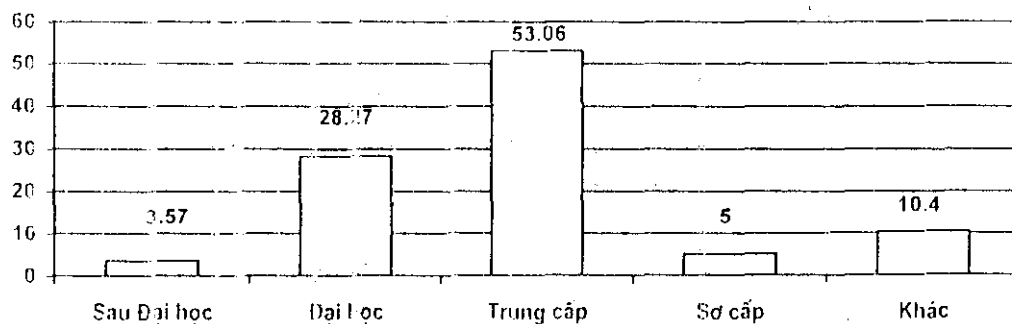
Bảng 2: Phân bố cơ cấu trình độ cán bộ TTYTDP các tỉnh

TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ %
Sau đại học	35	03,57
Đại học	227	28,27
Trung cấp	520	53,06
Sơ cấp	49	05,00
Khác	102	10,40

Cơ cấu của Ban Giám đốc TTYTDP của 15 tỉnh thành, bao gồm 1 giám đốc, 1 - 2 Phó giám đốc. Trình độ chuyên môn của cán bộ thuộc Ban giám đốc TTYTDP các tỉnh có trình độ chuyên môn như sau:

Bảng 3: Cơ cấu trình độ cán bộ lãnh đạo TTYTDP các tỉnh

	Giám đốc (15)	Phó giám đốc (25)
Chuyên khoa II	1	0
Thạc sỹ	1	0
Chuyên khoa I	9	12
Bác sỹ	4	11
Trung cấp	0	2
Số năm công tác trung bình	26,3 năm	22,4 năm



Hình 2: Cơ cấu trình độ chuyên môn của cán bộ TTYT các tỉnh thành phía Nam

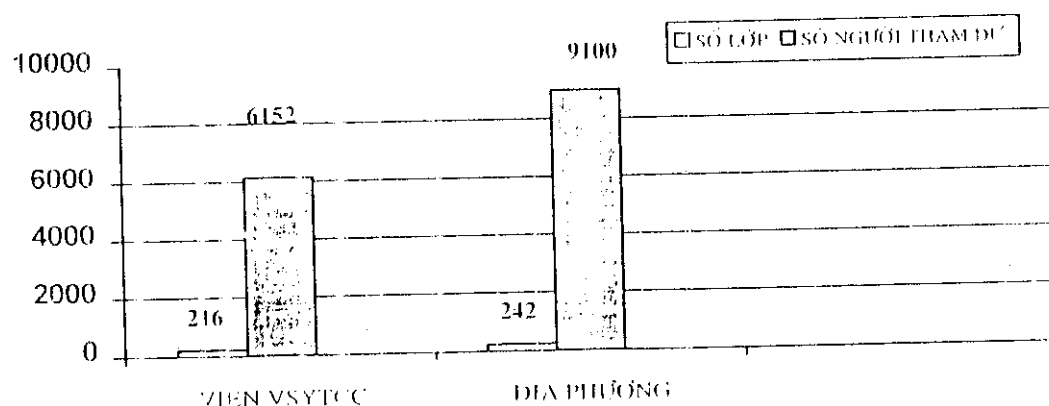
Một lực lượng rất quan trọng của hệ YTDP địa phương là nguồn nhân lực y tế của các đội YTDP các Quận huyện (vào khoảng 750 CBYT / 172 quận huyện) và các Trạm y tế xã phường (vào khoảng trên 11.000 CBYT / 2.235 xã phường). Tính đến nay, một số tỉnh, thành đã có 100% bác sĩ tại Trạm Y tế xã như: Tây Ninh, Bà Rịa - Vũng Tàu, An Giang, T. HCM, Cần Thơ.

Viện Vệ sinh Y tế Công cộng cũng là một viện có vai trò rất quan trọng trong công tác đào tạo nguồn cán bộ chuyên môn cho hệ y tế dự phòng ở phía Nam. Từ 1991 - 2000, riêng tại Viện VSYTCC đã tổ chức được 216 lớp bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, vệ sinh phòng bệnh, y tế công cộng cho 6.152 lượt Cán bộ y tế công tác trong hệ y tế dự phòng các cấp thuộc các tỉnh thành Phía Nam.

Viện VSYTCC còn tổ chức 37 lớp đào tạo ngoại ngữ Anh, Pháp, Nga và công tác Quản lý hành chính ngành chuyên viên cho 3.150 lượt Cán bộ Y tế thuộc 21 tỉnh thành phía Nam, trong đó phần lớn là Cán bộ Y tế chủ chốt làm công tác quản lý tại các cơ sở y tế tại địa phương.

Theo tổng kết của 11/15 tỉnh, các Trung tâm YTDP các tỉnh thành còn tổ chức hơn 242 lớp, với hơn 9.100 lượt người tham gia học tập, bồi dưỡng cho cán bộ Đội YTDP, Trạm y tế xã, cán bộ các tổ chức Bn ngành - đoàn thể, công tác viên tại địa phương về công tác Vệ sinh môi trường, vệ sinh lao động.

Hình 3: Công tác đào tạo bồi dưỡng về vệ sinh phòng bệnh ở trường ĐHYTCC PT. HCM 1991 - 2000



Công tác đào tạo năm 1991 - 2000

Viện VSYTCC đã đào tạo 11 khóa Kỹ thuật viên xét nghiệm YTDP với 210 học viên từ Bình Thuận trở vào. Khoảng 75% KTV xét nghiệm YTDP ra trường đã và đang làm việc tại các TTYTDP các tỉnh.

thành và các TTYT Quận huyện. Đào tạo 109 Bác sĩ chuyên tu quản lý - YXXH. Đào tạo 5 khóa Cử nhân YTCC (phối hợp với Trường KTYT TW3 cũ) gồm 47 học viên. Tuyển sinh và đào tạo 11 khóa BS CKI YXHH và YTCC hệ tại chức và tập trung gồm 632 học viên, nhiều học viên là cán bộ quản lý chủ chốt tại các cơ quan y tế ở Trung ương và địa phương.

Viện VSYTCC hợp tác chặt chẽ cùng với Khoa Y Tế công cộng, Trường Đại học Y Dược đã đào tạo hàng năm 200 - 400 lượt người năm cho các đối tượng Đại học và sau Đại học khác như: Nghiên cứu sinh, Cao học, Chuyên Khoa I YTCC, CK I Dịch tễ, Bác sĩ tuyến y tế cơ sở, Cử nhân Y tế công cộng, Sinh viên Y 5, Y 3 v.v...

Viện VSYTCC còn là cơ sở thực hành về Vệ sinh thực phẩm, Vệ sinh lao động - bệnh nghề nghiệp, Vệ sinh môi trường, Quản lý và CS/KED tại cơ sở cho Cán bộ Y tế của các Trung tâm Y tế dự phòng, Đội YTDP của địa phương, sinh viên Y - Dược, điều dưỡng của Trường ĐHYD, các trường Đại học Tổng Hợp, Dân lập Hùng Vương, Học Viện Quân Y phía Nam, v.v...

Bảng 4: Phân bố đối tượng đào tạo 1991 - 2000, tại Viện VS-YTCC

STT	LOẠI ĐÀO TẠO	SỐ LỚP	SỐ HỌC VIÊN
1	Bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ	216	6.152
2	Ngoại ngữ Anh, Pháp, Nga	48	1.200
3	Quản lý hành chính NN ngành chuyên viên	39	1.950
4	Kỹ thuật viên xét nghiệm YTDP	11	210
5	Bác sĩ Chuyên tu Quản lý	1	109
6	Bác sĩ chuyên khoa I YXHH YTCC	11	632
	TỔNG CỘNG	326	10.253

Hiện nay, cùng với sự phát triển chung của toàn hệ thống y tế dự phòng, các Viện nghiên cứu và các Trung tâm chuyên sâu khác thuộc hệ y tế dự phòng cũng đã được củng cố, hoàn thiện cả về quy mô, tổ chức và đội ngũ nhân lực như Viện Viên Pasteur TP. Hồ Chí Minh, Viện Vệ sinh dịch tễ Tây nguyên, dinh dưỡng, Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường, Viện Vệ sinh Y tế công cộng TP. HCM, các Viện SR-KST và các Trung tâm kiểm định sinh phẩm Quốc gia, sản xuất vaccin... Hầu hết các cơ quan này hiện nay đã có một đội ngũ cán bộ khá vững mạnh về trình độ góp phần vào việc thực hiện tốt các nhiệm vụ của hệ y tế dự phòng trong thời gian hơn 10 năm qua.

III. Các vấn đề khó khăn chính trong quản lý và phát triển nguồn nhân lực YTDP:

3.1. Cơ cấu nhân lực:

Theo báo cáo tổng kết của Vụ Y tế dự phòng tại Hội nghị tổng kết 10 năm hệ y tế dự phòng 1991-2000, điều nổi bật trong việc mất cân đối về tỉ lệ cán bộ và khối lượng công việc và nhiệm vụ mà hệ y tế dự phòng phải đảm trách là rất cao. Trong khi hệ y tế dự phòng phải đảm trách một khối lượng rất lớn công việc phòng chống dịch bệnh đến tận tuyến cơ sở với rất nhiều các hoạt động tại cộng đồng thì lượng cán bộ của hệ YTDP lại rất mỏng, theo thống kê y tế, tính đến năm 2000, toàn hệ chỉ có 13.000 cán bộ Y tế dự phòng trên tổng số 230.534 tổng số cán bộ y tế và chỉ chiếm tỷ lệ 7.6 % số cán bộ y tế trong toàn quốc. Hơn nữa, vấn đề nổi cộm trong hệ thống Y tế dự phòng là gần 75% cán bộ không phải là cán bộ đào tạo theo chuyên khoa YTDP mà là từ bác sỹ đa khoa chuyển sang.

Đặc biệt là ở khu vực miền Trung, Địa bàn miền Trung quá dài (trên 1.300 km), giao thông phức tạp (ven biển- miền núi cao), bảo lụt thường xuyên xảy ra hàng năm, lưu hành nhiều dịch bệnh, hậu quả chiến tranh nặng nề, dân trí thấp, kinh tế nghèo nàn, lạc hậu. Sự tách, nhập tỉnh xảy ra trong thời gian qua làm xáo trộn tổ chức, biên chế và trở ngại cho nhiều lĩnh vực hoạt động. Các thiết chế về chế độ chính sách của nhà nước đối Y tế dự phòng, đặc biệt các đặc thù khó khăn của Khu vực miền Trung không thu hút các cán bộ mới đặc biệt là cán bộ có năng lực, có trình độ cao. Nhiều trường hợp cán bộ tới nhận việc ở hệ Y tế dự phòng một thời gian ngắn đã chuyển đi nơi khác hấp dẫn hơn, đặc biệt là chuyển sang hệ điều trị.

3.2. Công tác bồi dưỡng, đào tạo cán bộ:

Theo báo cáo Các vấn đề về chính sách y tế (Policy Agenda) của Đơn vị Chính sách - Bộ Y tế, tồn tại lớn hiện nay trong biên chế cán bộ của hệ y tế dự phòng là mất cân đối về trình độ cán bộ, thiếu cán bộ có trình độ cao (GS-TS-Ths, CK I-II,...) hoặc cán bộ chuyên khoa VS-DT. Trong thời gian dài chúng ta ít chú ý tới đào tạo đội ngũ kế cận và nâng cao trình độ. Ngành y tế dự phòng đang thiếu cán bộ có chuyên môn cao về Y học dự phòng cả về số lượng và phân bố cán bộ. Đặc biệt là thiếu các chuyên gia thuộc các lĩnh vực chuyên ngành kỹ thuật cao như công nghệ sinh học trong phát hiện nguồn bệnh, trong sản xuất vaccine v.v....

- Việc đào tạo cán bộ chuyên ngành về Y tế dự phòng chưa được chú trọng đúng mức trong các trường Y và chưa có chế độ khuyến khích sinh viên theo học cũng như bố trí việc làm cho sinh viên mới ra trường.

- Một điều quan trọng là hiện nay hệ y tế dự phòng không có trường nào đào tạo cán bộ trung cấp, kỹ thuật viên chuyên về các chuyên ngành vệ sinh phòng dịch.
- Trong giai đoạn hiện nay, để tiến kịp với các nước liên liền, ngành y tế nước ta cần làm rõ chức năng Y tế dự phòng và y tế công cộng để có định hướng rõ hơn cho các hoạt động y tế dự phòng và chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Hiện nay tuy các chương trình đào tạo cán bộ y tế dự phòng chưa đáp ứng được nhu cầu công tác hiện nay nhưng chúng ta đã có Trường Đại học y tế công cộng. Vì vậy cũng cần có chính sách sử dụng nguồn cán bộ y tế cộng đồng được đào tạo từ trường này cho hệ y tế dự phòng.
- Một vấn đề khác quan trọng mà hiện nay y học dự phòng của chúng ta còn chưa hiểu biết và phương pháp tiếp cận độ là y học dự phòng cho các bệnh không nhiễm trùng và các bệnh do quan hệ xã hội này sinh: stress, tâm thần, thuốc gây nghiện, bệnh do phương thức sống, tai nạn thương tích.... Vì vậy cũng cần có các chính sách đào tạo thích hợp để các cán bộ có thể tiếp cận với các vấn đề này.

3.3. Sự bất cập về chế độ, chính sách

- Hiện tại chế độ chính sách đối với cán bộ y tế dự phòng là quá ít ỏi, chưa tương xứng với nhiệm vụ được giao và chưa khuyến khích được cán bộ của hệ. Bộ Y tế đã trình Chính phủ về việc này nhưng hiện vẫn chưa trả lời.
- Khi được về học tại các Viện, cán bộ địa phương gặp nhiều khó khăn về đời sống trong khi đó thì một vài Viện thu phí cao mà không có biện pháp gì giúp đỡ anh em đó.

IV. Định hướng xây dựng và đào tạo nguồn nhân lực

Xuất phát từ nhu cầu phát triển của hệ nhằm đáp ứng được nhu cầu phòng bệnh và chăm sóc sức khoẻ nhân dân trong thời kỳ công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước, việc xây dựng và nâng cao chất lượng hệ thống y học dự phòng cần nhằm vào các vấn đề chủ yếu sau:

4.1. Hoàn thiện hệ thống, tổ chức, vận hành, năng động nhưng tinh thông nghiệp vụ cùng các chế độ và phụ cấp nghề nghiệp

- Số lượng cán bộ, nhân viên từng lĩnh, thành phố được tính theo dân số và địa bàn khó khăn (miền núi, hải đảo, biên giới, thu nhập kinh tế và trọng điểm chính trị xã hội). Từng năm năm 1 lần có thể thay đổi về số lượng tùy thuộc nhịp độ phát triển của từng tỉnh.

Xây dựng chế độ, tiêu chuẩn cán bộ, văn bản pháp quy thực hiện theo các chủ trương chính sách của nhà nước, liên hồ, liên ngành và Bộ Y tế.

Chế độ đãi ngộ:

- + Ngang bằng với hệ điều trị và có thêm phụ cấp đặc thù, tạo sự yên tâm phát triển nghề nghiệp.
- + Tổ chức dịch vụ y tế dự phòng để có thêm thu nhập.
- + Cân chú trọng chế độ đãi ngộ để thu hút cán bộ và tạo sự cân bằng trong chính sách, trong quan điểm phòng bệnh phải được quan tâm, coi trọng bằng các thể hiện cụ thể trên chính sách này.

4.2. Đào tạo và xây dựng đội ngũ cán bộ có đủ phẩm chất và năng lực chuyên môn

- Cần quan tâm và khuyến khích sinh viên tốt nghiệp Y và sinh học tới công tác ở hệ y tế dự phòng, ngoài các đãi ngộ công bằng về vật chất, phải tạo hướng phát triển bằng các hình thức học bổng trong ngoài nước và các tập huấn ở nước ngoài.
- Tạo điều kiện để Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh ngoài nhiệm vụ quản lý và thường nhật còn là nơi nghiên cứu khoa học kỹ thuật với các quy luật đặc thù của địa phương mình về tự nhiên và xã hội
- Có mối liên hệ khăng khít giữa các tuyến tính với tuyến huyện, xã và trên với khu vực và Trung ương với Hội Y tế dự phòng.
- Mục tiêu đào tạo: Ngoài các yêu cầu chung có các yêu cầu riêng cho địa phương, ít nhất mỗi ITYTDP tỉnh/thành cần:
 - Dịch tễ: 5 bác sỹ chuyên khoa; 01 tiến sỹ hoặc Thạc sỹ về dịch tễ học; 03-04 trung cấp kỹ thuật
 - Vi sinh: 02 bác sỹ vi sinh trong đó có 01 thạc sỹ vi sinh học; 2-3 trung cấp kỹ thuật.
 - Động vật và côn trùng; mỗi chuyên ngành 1 đại học, 2 trung cấp kỹ thuật.
 - Môi trường, vệ sinh lao động và bệnh nghề nghiệp: mỗi chuyên ngành 1 đại học, 1-2 trung cấp kỹ thuật.

- Vệ sinh an toàn thực phẩm và chất độc hóa học; 02 cán bộ tốt nghiệp đại học, 2 trung cấp kỹ thuật.
- Các chuyên ngành sốt rét, dinh dưỡng, an toàn thực phẩm, an toàn lao động, bệnh nghề nghiệp và môi trường, tùy theo nhu cầu cụ thể của từng địa phương cần có phương án chuẩn bị con người cho 5 và 10 năm theo quy hoạch phát triển của địa phương mình.

Trong những năm tới, nhu cầu đào tạo cán bộ cho y tế dự phòng đã được trình bày và thống nhất tại Hội nghị tổng kết công tác YTDP 10 năm qua và trong báo cáo các vấn đề chính sách y tế là nhằm đào tạo và đào tạo lại đội ngũ cán bộ hệ Y tế dự phòng, phải đầu đến năm 2010: 30% cán bộ hệ Y tế dự phòng có trình độ trên đại học, 60% các cán bộ được đào tạo chuyên khoa Vệ sinh dịch tễ hoặc Y tế cộng đồng. Để làm được việc này, quá trình đào tạo cần phải chia làm 2 giai đoạn:

Giai đoạn từ 2002-2005:

- Quan tâm đào tạo theo vùng, theo yêu cầu đặc biệt đào tạo cho cơ sở nhất là vùng sâu vùng xa miền núi liên cơ sở như cấu công tác theo từng mặt hoạt động và theo đặc điểm của từng vùng, từng địa phương cụ thể. Tập trung các cơ sở đào tạo ở các Viện khu vực thuộc hệ y tế dự phòng và các trường Đại học y ở cả 3 miền để đào tạo, tập huấn cho các cán bộ y tế dự phòng ở địa phương, giải quyết được nhu cầu cán bộ chuyên môn phù hợp với thực tiễn công tác dự phòng ở địa phương.
- Bước đầu bổ sung, cập nhật được các kiến thức cơ bản về chuyên môn cũng như quản lý cho các cán bộ cấp cơ sở.
- Tăng cường công tác phát hiện và bồi dưỡng đội ngũ trẻ có năng lực, trình độ chuyên môn, đạo đức tốt để kế tục sự phát triển của hệ, tránh tình trạng trống và thiếu cán bộ lãnh đạo của các Viện nghiên cứu cũng như cơ quan quản lý.
- Mặt khác cũng cần tăng cường hơn nữa hợp tác quốc tế trong công tác đào tạo Y tế dự phòng. Tập trung các khóa đào tạo ngắn hạn và dài hạn ở nước ngoài, tăng cường trao đổi các kiến thức, kinh nghiệm của các nước trong công tác vệ sinh phòng dịch.
- Tập trung các nguồn, các hình thức đào tạo của các chương trình Nhà nước hay các chương trình Y tế Quốc gia để đào tạo đội ngũ cán bộ của hệ.

Giai đoạn từ 2005-2010:

- Cần xây dựng được chương trình đào tạo chuyên ngành y tế dự phòng một cách có hệ thống và đồng bộ ở tất cả các trình độ chuyên môn và chức trách nhiệm vụ (sau đại học, đại học, trung cấp, các kỹ thuật viên chuyên ngành, cán bộ y tế dự phòng làm việc tại cộng đồng...) chuyên môn cũng như trình độ quản lý, tiếp cận cộng đồng, có chuyên ngành sâu, đảm bảo cập nhật, tiếp cận kiến thức mới.
- Có sự hợp tác, trao đổi thường xuyên về nghiên cứu, đào tạo với các Viện nghiên cứu, trường đại học thuộc các nước trong khu vực.

Mặt khác, cùng với các giải pháp đầu tư về trang thiết bị, cơ sở vật chất... vấn đề xây dựng một hệ thống chính sách dài hạn cho các cán bộ làm công tác y tế dự phòng là tất cần thiết vì hiện nay có sự rất bất cập về chế độ, chính sách cũng như mặt cân đối đầu tư cho hệ y tế dự phòng. Chế độ chính sách đối với cán bộ Y tế dự phòng là quá ỉ ỏi, chưa tương xứng với nhiệm vụ được giao và chưa khuyến khích được cán bộ của hệ. Ngân sách của hệ Y tế dự phòng còn khiêm tốn so với tổng ngân sách y tế (khoảng 25%). Trong khi đó hoạt động Y tế dự phòng chiếm tới 60% hoạt động của y tế. Sự mất cân đối này rõ ràng là cần phải được điều chỉnh phù hợp hơn.

Trong giai đoạn 1991 - 2000 đã có nhiều văn bản về chế độ cho cán bộ thuộc hệ Y tế dự phòng được ban hành như:

- Thông tư liên Bộ Lao động - Thương binh và xã hội - Tài chính - Y tế số 19/LB-TT ngày 4/6/1994 hướng dẫn thực hiện chế độ phụ cấp trách nhiệm, phụ cấp lưu động, phụ cấp độc hại, nguy hiểm trong ngành Y tế.
- Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 924/TTg ngày 13/12/1996 về bổ sung chế độ phụ cấp đặc thù nghề nghiệp đặc biệt đối với công chức, viên chức ngành Y tế.
- Thông thư liên tịch Ban Tổ chức Cán bộ Chính phủ - Bộ Tài chính - Bộ Y tế số 363/TT-LT ngày 7/8/1997 hướng dẫn thực hiện quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 924/TTg ngày 13/12/1996 về bổ sung chế độ phụ cấp đặc thù nghề nghiệp đặc biệt đối với công chức, viên chức ngành Y tế.

Mặc dù một số nội dung đến nay không còn phù hợp, nhưng nhìn chung các văn bản đã thể hiện sự quan tâm của Chính phủ, Nhà nước đến công tác Y tế dự phòng. Gần đây, Thủ tướng Chính phủ đã có quyết định số 97 về chế độ bồi dưỡng cho cán bộ Y tế dự phòng nhưng cho đến nay vẫn chưa được triển khai thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chương trình xây dựng chính sách khoa học, công nghệ-môi trường và đào tạo nhân lực y tế. Vụ Khoa học - Đào tạo Bộ Y tế (đề xuất). 2000.
2. Đề xuất các nội dung xây dựng chính sách y tế về lĩnh vực tổ chức cán bộ. Vụ Tổ chức cán bộ Bộ Y tế, 2001.
3. Đỗ Nguyên Phương : Y tế dự phòng 10 năm đổi mới 1991 - 2000. Định hướng chiến lược 2001 - 2010, trang 3-6
4. Bộ Y tế. Hội nghị toàn quốc Y tế dự phòng nhà xuất bản GTVT năm 2001.
5. Viện y học lao động và vệ sinh môi trường. Tình hình hoạt động y tế lao động giai đoạn 1991-2000 và chiến lược hoạt động giai đoạn 2001 - 2010, trang 138-14
6. Vụ Y tế dự phòng : Thành tựu Y tế dự phòng 10 năm đổi mới giai đoạn 1991 - 2000 và định hướng chiến lược 2001-2010, trang 16-44.
7. Viện vệ sinh y tế công cộng : Công tác Y tế dự phòng khu vực miền Nam giai đoạn 1991-2000. Định hướng chiến lược giai đoạn 2001-2010, trang 181-198
8. Viện Pasteur TP Hồ Chí Minh, Công tác Y tế dự phòng khu vực phía Nam giai đoạn 1991 - 2001. Định hướng chiến lược giai đoạn 2001 - 2010, trang 166-179
9. Viện Pasteur Nha Trang, Công tác Y tế dự phòng giai đoạn 1991-2000, Định hướng chiến lược giai đoạn 2001-2010 Khu vực miền Trung trang 199-242
10. Viện vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên. Thành tựu 10 năm 1991 và 2000. Định hướng chủ yếu 2001-2010. trang 243-252
11. Bộ y tế. Hội nghị tổng kết 10 năm Y tế dự phòng các tỉnh phía Bắc (1991-2000).
12. Bộ Y tế. Hội nghị tổng kết công tác phòng chống AIDS ngành y tế giai đoạn 1990 - 2000. Báo cáo tổng kết công tác phòng chống AIDS giai đoạn 1990-1995, 1996-2000.
13. Vụ Kế hoạch - Bộ Y tế, Báo cáo tổng hợp các vấn đề chính sách về lĩnh vực Y tế dự phòng giai đoạn 2001 - 2010

CÁC GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC Ở TUYẾN TRUNG ƯƠNG

1. Thực trạng

1.1. Phân bố cán bộ y tế theo cấp quản lý

Bảng 1. Phân bố nhân viên y tế theo cấp quản lý

Cấp quản lý	Năm 2000		Năm 2001		Năm 2002	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổng số	230 548	100	229 887	100	234 354	100
Trung ương	26 761	11,6	27 372	11,9	28 803	12,3
Địa phương	193 532	83,9	192 508	83,7	196 579	83,9
Các ngành khác	10 255	4,4	10 007	4,4	8 972	3,8

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2000, 2001, 2002

1.2. Phân bố cán bộ y tế theo trình độ

Bảng 2. Phân bố nhân viên y tế theo tuyến và trình độ năm 2002

Trình độ	Tổng số	Trung ương	Địa phương	Các ngành khác
Tổng số	234 354	28 803	196 579	8 972
Sau đại học y:				
Tổng số	2 380	1 366	1 002	12
Tỷ lệ (%)	100	57,4	42,1	-
Sau đại học được				
Tổng số	278	232	41	5
Tỷ lệ (%)	100	83,5	14,7	-
Bác sĩ				
Tổng số	42 693	6 257	34 641	1 795
Tỷ lệ (%)	100	14,6	81,1	4,2
Được sĩ				
Tổng số	5 747	1565	3 967	215
Tỷ lệ (%)	100	27,2	69,0	-

Khác				
Tổng số	133 256	19 383	156 928	6 945
Tỷ lệ(%)	100	10,6	85,6	3,8

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2002

Bảng 2 cho thấy số cán bộ y tế có trình độ sau đại học thuộc các chuyên ngành y tập trung ở trung ương và địa phương xấp xỉ tương đương nhau, trong khi đó số cán bộ được có trình độ đại học ở địa phương chỉ chiếm 14,7%. Phần lớn số cán bộ có trình độ sau đại học đang công tác và giảng dạy ở các trường đại học, do đó tỷ lệ này cao ở trung ương. Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học nhiều hơn ở địa phương.

Trong cơ cấu cán bộ, được sĩ đại học cũng có số lượng rất thấp. Toàn quốc hiện nay mới chỉ có 5.977 người, chỉ chiếm 2,6% tổng số cán bộ y tế. Số lượng này được phân bố ở trung ương là 1.485 người, địa phương là 4.065 người và các ngành là 252 người. Số lượng này là ít so với nhu cầu cung ứng Dược và Thiết bị y tế trong ngành y tế hiện nay.

Năm 1986 mỗi nhân viên y tế thuộc hệ thống y tế công phục vụ 288 người dân thì đến năm 1996 mỗi nhân viên y tế phục vụ 355 người dân; đến năm 2000 thì cứ 1 nhân viên y tế phục vụ 336 người dân. Điều này cho thấy rằng số biên chế của hệ thống y tế công không phình ra so với việc tăng dân số mà khối lượng công việc của nhân viên y tế lại tăng lên đáng kể.

Bảng 3. Số lượng cán bộ nhân viên y tế ở 826 bệnh viện

Tuyến	Bác sĩ	Sau đại học	GS, PGS, TS, PTS	Y tá điều dưỡng	Nữ hộ sinh	Xét nghiệm viên	Tổng
Bệnh viện TW	1886	1194	103	2479	155	70	5887
Bệnh viện tỉnh	12375	4670	85	16597	3962	1470	39159
Bệnh viện huyện	8828	1326	0	10021	2692	1357	24224
Bệnh viện ngành	912	214	0	879	128	92	2225

Chung	24001	7404	188	29976	6937	2989	71495
-------	-------	------	-----	-------	------	------	-------

Tóm lại, đội ngũ nhân viên y tế hiện nay còn thiếu nhiều, chưa đáp ứng được nhu cầu được khám chữa bệnh ngày càng tăng của cộng đồng.

II. Công tác đào tạo, bồi dưỡng.

Hiện tại ngành y tế chưa có tài liệu nào để cập tổng thể về đào tạo cán bộ y tế của ngành. Tuy nhiên, trong "Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010" đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt ngày 19/3/2002 đã đề cập cụ thể đến các mục tiêu đào tạo cán bộ của ngành.

Số nhân viên y tế công tác tại các bệnh viện công được tăng lên không ngừng đặc biệt về chất lượng. Đặc biệt công tác đào tạo lại, đào tạo sau và trên đại học được phát triển không ngừng để đảm bảo có một đội ngũ nhân viên y tế có đủ trình độ chuyên môn, có khả năng tiếp cận và áp dụng kỹ thuật cao đáp ứng với nhu cầu khám chữa bệnh trong điều kiện khoa học kỹ thuật phát triển. Cán bộ y tế làm việc tại các bệnh viện trung ương bao gồm: bác sĩ đa khoa (số này ngày càng ít do mức độ chuyên khoa hoá sâu ở các bệnh viện trung ương), bác sĩ chuyên khoa nội trú, chuyên khoa I, chuyên khoa II, chuyên khoa sơ bộ, thạc sĩ, tiến sĩ (y hoặc dược), cử nhân điều dưỡng, dược sĩ trung cấp, dược sĩ trung cấp. Ngoài ra còn có các nhân viên không phải y (hành chính, kế toán, hậu cần ...). Một số dịch vụ bệnh viện đã chuyển sang hình thức hợp đồng (bảo vệ, nấu ăn, vệ sinh ...).

Tỷ lệ các loại nhân viên y tế ở bệnh viện trung ương có đỡ mất cân đối hơn so với các bệnh viện tuyến dưới.

Chương trình đào tạo một phần chịu sự chỉ đạo của Bộ Giáo dục - Đào tạo, một phần do Bộ y tế chịu trách nhiệm. Chương trình đào tạo, phương pháp dạy và học còn lạc hậu, điều kiện dạy và học (thư viện, labo, bệnh viện thực hành) còn thiếu thốn nhiều, tỷ lệ thầy/trò còn rất thấp. Chính sách ưu tiên về tuyển sinh không đi đôi với chế độ sử dụng nên không còn ý nghĩa.

Việc đào tạo bác sĩ Nội trú, Chuyên khoa cấp I, cấp II do Bộ Y tế cấp kinh phí còn việc đào tạo Thạc sĩ, Tiến sĩ do Bộ Giáo dục - Đào tạo cho chỉ tiêu và cấp kinh phí. Giữa các bằng thuộc hai hệ trên chưa có sự liên thông.

Chỉ tiêu tuyển sinh đại học hàng năm là do nhà nước phân bổ, số người học y còn rất ít (vì học vừa lâu, vừa nặng, lương lại thấp, khó kiếm việc ở nơi có cơ hội thăng tiến) trong khi nhiều ngành khác thì quá nhiều (ví dụ ngành kinh tế).

II. Chính sách chế độ:

+ Sự bất cập về chế độ, chính sách: hiện tại chính sách đối với cán bộ y tế dự phòng là quá ít, chưa tương xứng với nhiệm vụ được giao và chưa khuyến khích được cán bộ đi theo lĩnh vực này.

+ Chế độ đãi ngộ (lương, tiền trực, phụ cấp) rất bất hợp lý, ngân sách mới đảm bảo được có 50% chế độ trực, ảnh hưởng tới ý đức.

+ Một điều bất cập là ngành y là ngành đòi hỏi tay nghề và chuyên sâu, cần được đào tạo theo hình thức nội trú, chuyên khoa cấp I, chuyên khoa cấp II (chỉ tiêu và ngân sách do Bộ Y tế) nhưng vì những người có trình độ này lại không được hưởng chế độ gì nên cán bộ chuyên môn chạy theo hình thức khoa bảng nặng về lý thuyết (thạc sĩ, tiến sĩ, chỉ tiêu và ngân sách từ Bộ Giáo dục-Đào tạo) để được hưởng chế độ cao hơn về lương.

+ Các chính sách áp dụng cho ngành y tế hiện nay rất chắp vá, không có thang bảng lương riêng của ngành. Việc giải quyết chính sách cần có sự điều hành vĩ mô và phối hợp cụ thể giữa các Bộ, ngành.

+ Tuyển dụng: Các bệnh viện Trung ương là tuyển chuyên môn cao nhất, nơi tiếp nhận bệnh nhân nặng từ các bệnh viện tuyến dưới gửi lên do quá khả năng hoặc do bệnh nhân được chuyển thẳng vào vì tình trạng nặng (ví dụ, cấp cứu tai nạn, thảm họa v.v...). Do đó, yêu cầu chuyên môn trong tuyển chọn cao. Thường các bệnh viện này chỉ tuyển chọn bác sĩ có trình độ nội trú, chuyên khoa I, chuyên khoa II, cử nhân điều dưỡng. Hơn nữa, các bệnh viện trung ương lại ở các thành phố lớn, có điều kiện phát triển chuyên môn nên dễ thu hút cán bộ. Trong việc tuyển chọn cũng có hiện tượng những người có quan hệ (họ hàng, trong ngành, quen biết) có lợi thế hơn người khác. Một hiện tượng nữa là hiện nay, con em những người trong ngành đi theo nghề và chuyên khoa của cha anh khá phổ biến.

Do định biên có hạn nên tìm được việc làm ở các bệnh viện trung ương không dễ. Một số người, sau khi tốt nghiệp phải đi làm việc khác (ví dụ trình dược viên) hoặc phải tự nguyện làm việc không hưởng lương ở một bệnh viện để khỏi quên nghề và đợi dịp tuyển chọn. Quá trình này không ngắn (có khi dài 2- 3 năm).

+ Về hưu: Các nhân viên y tế không có chức danh giáo sư, phó giáo sư về hưu đúng hạn theo tuổi. Những người có chức danh giáo sư, phó giáo sư làm việc không có giới hạn về tuổi. Ngay cả việc thôi chức vụ quản lý cũng không theo một quy tắc nào: có người thôi, có người không thôi, có người vẫn được bổ nhiệm chức vụ khi đã 70 tuổi. Một số không nhỏ bác sĩ đang làm việc tại bệnh viện trung ương hoặc

đã về hưu (kể cả giáo sư và phó giáo sư) làm thêm ở các cơ sở y tế tư hoặc mở phòng khám tư. Thu nhập từ việc làm thêm này không nhỏ nhưng rất khó biết.

III. Các giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả quản lý nguồn nhân lực y tế

trong thời kỳ CNH và HĐH

3.1. Giải pháp về tổ chức:

3.1.1. Điều chỉnh, bổ sung cơ cấu tổ chức, chức năng, nhiệm vụ bộ máy của ngành y tế từ trung ương đến địa phương. Phân định rõ chức năng (chuyên môn và quản lý nhà nước) của Bộ y tế và việc phối hợp với các bộ ngành và các tổ chức khác trong cơ chế thị trường định hướng XHCN.

- Thực hiện tinh giản, sắp xếp lại tổ chức bộ máy của ngành (đặc biệt là hệ thống bệnh viện phục vụ người bệnh theo tuyến và bệnh viện kỹ thuật cao theo các vùng kinh tế xã hội), xác định chính xác và hợp lý các chức danh và nhiệm vụ, định mức lao động của từng chức danh.

- Hoàn thiện hệ thống thanh tra chuyên ngành các cấp để kiểm soát việc thực hiện các chủ trương, chính sách, văn bản pháp luật Nhà nước đã ban hành, đáp ứng tốt nhiệm vụ quản lý nhà nước đối với lĩnh vực y tế (y tế công và tư) trong cơ chế thị trường, định hướng xã hội chủ nghĩa.

3.1.2. Rà soát, sửa đổi và bổ sung những vấn đề đặc thù lao động y tế còn bất cập lại các văn bản luật và dưới luật đã ban hành về lao động y tế và quản lý nguồn nhân lực y tế nhằm hoàn thiện thể chế lao động và quản lý lao động y tế trong cơ chế thị trường.

3.1.3. Phân biệt rõ khái niệm công chức và viên chức sự nghiệp y tế. Phân biệt cán bộ làm công tác quản lý (biên chế) và chuyên môn nghiệp vụ (hợp đồng).

3.1.4. Kiện toàn các cơ quan quản lý nguồn nhân lực y tế (tổ chức cán bộ) từ trung ương đến địa phương. Thực hiện phân công, phân cấp, quản lý các loại nguồn nhân lực y tế lành mạnh, dân chủ, xác định chuẩn và thang đánh giá về số lượng và chất lượng của nguồn nhân lực y tế một cách khách quan, khắc phục tình trạng bao biện, chông chéo, phân tán, thiếu tập trung thống nhất, nể nang, phe cánh, kèn cựa. Bồi dưỡng một cách có bài bản và thường xuyên cho đội ngũ này, để cập nhật kiến thức mới, hiện đại về quản lý nguồn nhân lực y tế cho đội ngũ viên chức quản lý nguồn nhân lực y tế, chú ý đến phẩm chất, về sự công minh và khách quan của đội ngũ cán bộ, nhân viên y tế và các nhân viên ngoài y tế làm công tác quản lý nguồn nhân lực y tế để đáp ứng tốt với nhiệm vụ quản lý nguồn nhân lực y tế trong thời kỳ CNH và HĐH.

3.1.5. Ứng dụng các thành tựu của công nghệ thông tin hiện đại vào việc xây dựng hệ thống quản lý và điều hành nguồn nhân lực y tế một cách đồng bộ, hiện đại và đạt hiệu quả cao.

3.2. Giải pháp về tạo nguồn nhân lực và đào tạo

3.2.1. Xác định nhu cầu các loại cán bộ y tế theo từng đơn vị theo từng vùng sinh thái, kinh tế xã hội làm cơ sở cho việc xây dựng quy hoạch, kế hoạch tuyển dụng Tổ chức phân công lao động với cơ cấu hợp lý, khoa học, đáp ứng đầy đủ nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ngày càng cao cho nhân dân của ngành y tế và của nhân dân cả nước trong thời kỳ CNH và HĐH đất nước.

3.2.2. Xây dựng chiến lược, quy hoạch dài hạn và kế hoạch đào tạo nguồn nhân lực y tế chung và nguồn nhân lực quản lý y tế với chất lượng ngày càng cao và phù hợp với cơ chế thị trường, định hướng xã hội chủ nghĩa trong thời kỳ CNH và HĐH.

3.2.3. Xây dựng hệ thống đào tạo nguồn nhân lực y tế trong cả nước có chất lượng và đáp ứng cho nhu cầu và nhiệm vụ của từng vùng, từng thời kỳ phát triển. Mở rộng quyền tự chủ cho các trường thuộc hệ thống này, để phát triển bền vững, trên cơ sở pháp luật và các quy định của ngành, của nhà nước theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa.

3.2.4. Đào tạo theo địa chỉ. Bồi dưỡng thường xuyên, chú trọng đến thực hành: vừa theo nhu cầu của cơ sở, vừa theo khả năng, nguyện vọng của cá nhân. Chú trọng đến thực hành là chính, đào tạo hàn lâm nên dành cho các cơ sở đào tạo, nghiên cứu. Chú trọng đến nhân lực cho hệ y tế dự phòng về đào tạo, phân bổ và chính sách.

3.2.5. Tăng cường hợp tác với nước ngoài và mở nhiều hình thức hợp tác trong đào tạo, chuyển giao kỹ thuật.

3.3. Giải pháp về tuyển dụng và sử dụng

3.3.1. Xây dựng lại định biên cho các cơ sở y tế công dựa trên nhiệm vụ, khả năng đáp ứng cụ thể của cơ sở. Xây dựng cơ cấu cụ thể cho các loại nhân viên y tế trong một cơ sở y tế

3.3.2. Có chế độ tuyển dụng công khai cho các chức danh kể từ giám đốc cho đến nhân viên chuyên môn nghiệp vụ. Phân biệt giữa bằng tốt nghiệp với giấy phép hành nghề.

3.3.3. Đánh giá chất lượng cán bộ theo việc hoàn thành nhiệm vụ cụ thể được quy định theo chức danh.

3.3.4. Xây dựng quan hệ dân chủ, hợp tác, đồng thuận, tôn trọng lẫn nhau giữa các loại cán bộ, nhân viên (chuyên môn và quản lý), cũng như mối quan hệ giữa lãnh đạo với các loại nhân viên phục vụ y tế trong đơn vị để hoàn thành nhiệm vụ với chất lượng tốt.

3.3.5. Tăng cường cơ sở vật chất và tạo điều kiện làm việc tốt cho từng cán bộ y tế trên cơ sở chức năng, nhiệm vụ.

3.3.6. Có chính sách bồi dưỡng, đào tạo thường xuyên, đào tạo lại nhân lực y tế theo nhu cầu và có kế hoạch, đặc biệt là ở những vùng khó khăn, kinh tế kém phát triển,

3.3.7. Xây dựng các quy trình thực thi công tác cán bộ trên nguyên tắc tập trung dân chủ, theo nhiệm kỳ một cách nghiêm túc, công khai và khách quan.

3.3.8. Có chế độ đảm bảo công bằng về mọi mặt cho cán bộ y tế làm việc ở khu vực công và tư, có cơ chế thông thoáng cho sự lưu thông giữa 2 khu vực này.

3.4. Giải pháp về chính sách

3.4.1. Rà soát lại và hình thành đồng bộ hệ thống các chính sách phát triển đối với nguồn nhân lực y tế và quản lý nguồn nhân lực y tế.

3.4.2. Có chính sách tiền lương và phụ cấp hợp lý, chính sách ưu đãi về vật chất và tinh thần để thu hút nhân tài y tế, khắc phục tình trạng chảy máu chất xám (tại chỗ và xuất ngoại), chính sách tuyển dụng (nên bỏ chế độ tuyển dụng suốt đời truyền thống). 3.4.2. Cần thực hiện chính sách hợp đồng dài hạn, sau 5 năm phải đánh giá lại để quyết định tiếp tục hay huỷ bỏ, hợp đồng đối với người lao động y tế, đặc biệt quan trọng với đội ngũ quản lý nhà nước).

3.4.3. Xây dựng các chính sách ưu đãi nhằm thu hút nhân viên y tế cho y tế cơ sở, y tế ở các vùng khó khăn, cán bộ y tế cơ sở. Ngoài các chính sách chung của Nhà nước cần cho phép địa phương ban hành chế độ riêng.

3.4.4. Xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn cho việc luân chuyển, đề bạt thăng tiến, khen thưởng, kỷ luật, bổ nhiệm, miễn nhiệm.

3.4.5. Xây dựng văn bản pháp quy về người nước ngoài hành nghề y, được ở Việt Nam.

3.4.6. Xây dựng các quy phạm hành nghề (deontology) chung và riêng cho một số chuyên khoa nếu cần.

IV. Một số giải pháp cụ thể

4.1. Xây dựng và tăng cường hệ thống:

4.1.1. Quy hoạch hệ thống bệnh viện:

+ Các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh phải là bệnh viện đa khoa hoàn chỉnh, đồng thời tập trung phát triển hệ thống bệnh viện đa khoa khu vực. Các cơ sở này còn là cơ sở thực hành cho các trường Đại học và Trung học y tế.

+ Các tỉnh có dân số trên 1 triệu phải phát triển các bệnh viện chuyên khoa để phục vụ nhân dân, đồng thời là cơ sở thực hành, nhất là cho đào tạo các bậc chuyên khoa của địa phương.

+ Thành lập các Trung tâm Y tế chuyên sâu theo vùng sinh thái – kinh tế và phù hợp với nhu cầu thực tế của vùng.

4.1.2. Quy hoạch hệ thống các trường đào tạo:

+ Đến năm 2010, các trường Trung học y tế phải nâng cấp thành các trường Cao đẳng với nhiệm vụ đào tạo điều dưỡng viên, kỹ thuật viên y và dược. Các trường Trung học y tế của địa phương (tỉnh/thành phố) trước hết phải đảm nhiệm việc đào tạo cho địa phương mình và cho các địa phương chưa hoặc không có điều kiện thành lập trường. Các trường Trung học y tế thuộc trung ương, ngoài nhiệm vụ đào tạo thông thường và đào tạo thử nghiệm, đào tạo sử dụng kỹ thuật mới còn có nhiệm vụ trợ giúp các trường địa phương.

+ Thành lập thêm trường Đại học y theo khu vực, trước hết là cho vùng Tây Bắc (trường Đại học y Sơn La).

+ Nghiên cứu cho phép và kêu gọi thành lập các cơ sở đào tạo tư nhân.

4.1.3. Thành lập hệ thống các Viện chuyên ngành quốc gia để giải quyết các vấn đề ngang tầm Châu Á.

4.2. Đào tạo:

4.2.1. Mở rộng các hình thức đào tạo nhân lực y tế cơ sở:

- Bảo đảm tính bền vững: đào tạo BS chuyên tu, BS cử tuyển theo nhu cầu từng địa phương với thời gian 3-4 năm theo hợp đồng với địa phương.

- Tăng cường nhân lực cho y tế cơ sở, nhất là cho miền núi, vùng sâu, vùng xa, đặc biệt là vùng Tây Nguyên, Tây Bắc: có kế hoạch và chính sách ưu tiên về tuyển chọn đi học cho người dân tộc miền núi, học bổ túc văn hoá trước, sau đó là học chuyên môn.

- Đào tạo nhân viên y tế thôn bản: chuẩn hoá chương trình chung, đào tạo theo địa chỉ.

4.2.2. Phát triển y tế chuyên sâu

+ Mở rộng các hệ đào tạo BS nội trú, CKI, CKII bằng nhiều hình thức: tập trung, tại chức, cấp chứng chỉ tại các trường hoặc ngay tại địa phương.

+ Tập trung đào tạo chuyên sâu, nâng cao để thay thế; đào tạo bác sĩ, điều dưỡng viên đến các cơ sở y tế tỉnh/huyện (đào tạo bác sĩ chuyên khoa cấp I, II và nhân viên y tế cơ sở theo các chức danh qui định).

+ Chuyên khoa hoá các cán bộ y tế đã làm việc trong một lĩnh vực nhất định nhưng chưa được đào tạo chuyên khoa, nhất là các cán bộ y tế thuộc lĩnh vực y tế dự phòng.

+ Mở rộng các cụm đào tạo BS CKII tại các cụm liên tỉnh.

4.2.3. *Đổi mới nội dung, phương pháp dạy và học*

- Chuẩn hoá chương trình đào tạo các cấp bậc.

- Nội dung đảm bảo tính khoa học, hiện đại, dân tộc, sát thực yêu cầu thực tế, tăng tỷ lệ thực hành. Giảng dạy cái người ta cần chứ không phải cái mình có, nhất là với các hình thức đào tạo theo hợp đồng.

- Tăng tính tích cực, chủ động của học viên. Tăng cường các điều kiện, phương tiện học tập – giảng dạy (labo, tài liệu, sách, internet v.v...).

- Đẩy mạnh các hình thức đào tạo thường xuyên và đào tạo từ xa cho mọi loại và mọi cấp cán bộ y tế.

4.2.4. *Tăng cường hợp tác với nước ngoài và mở nhiều hình thức hợp tác trong đào tạo, chuyển giao kỹ thuật.*

4.2.5. *Nguồn tài chính:* Ngoài nguồn ngân sách Nhà nước (Bộ Y tế, Bộ Giáo dục – Đào tạo ...), từ các tổ chức nước ngoài, cần có hỗ trợ kinh phí từ các địa phương qua các hợp đồng đào tạo với các trường, viện. Các trường, viện được dùng nguồn thu từ công tác đào tạo và dịch vụ kỹ thuật cao vào việc đào tạo cán bộ trẻ của mình (đi học tập ở trong và ngoài nước, thậm chí có thể gửi cả một ê kíp đi học tập ở nước ngoài),.

4.3. **Tạo nguồn nhân lực:**

4.3.1. *Lập kế hoạch chi tiết* đào tạo điều dưỡng viên, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên y tế ... về số lượng để đảm bảo tỷ lệ giữa các loại nhân viên y tế ngày càng cân đối; có chỉ tiêu được tính toán khoa học để nhanh chóng đạt được tỷ lệ cân đối tối ưu vào 2015.

4.3.2. *Đào tạo nhân tài* (bắt đầu triển khai) nhất là qua hình thức nội trú, chuyên khoa các cấp và sử dụng đội ngũ này cho các trường Trung học, Đại học y, các Viện nghiên cứu. Chú trọng đến việc cử người đi học các lĩnh vực, kỹ thuật hiện đại ứng dụng trong y học (ví dụ, công nghệ gen).

4.3.3. *Đào tạo cán bộ chuyên khoa:* chuyên khoa hoá cán bộ cho các tuyến theo địa chỉ và hợp đồng với địa phương.

4.3.4. *Đào tạo cho cơ sở* (bác sĩ xã): cần có nội dung phù hợp. Ngoài việc phải có chương trình, nội dung học tập, chính sách đồng bộ cần có đầu tư trang thiết bị phù hợp.

4.3.5. Dự kiến trên cơ sở tính toán có cơ sở nhu cầu nhân lực của từng chuyên khoa, nhu cầu của từng địa phương cho những năm tới, thông báo các dự kiến này hàng năm để các trường và sinh viên biết. Trong các dự kiến quy hoạch phải tính cả đến những người về hưu, đến dự phòng cho việc thay thế cho người ốm, người đi học dài ngày.

4.4. Công tác quản lý nhân lực:

4.4.1. Rà soát và xây dựng hệ thống đồng bộ các văn bản quy phạm pháp luật để có thể quản lý một cách chặt chẽ người hành nghề y được (quản lý về chuyên môn, giá cả, thu/chi).

4.4.2. Tạo cơ chế bình đẳng cho khu vực y tế công và khu vực y tế tư nhân qua các quy phạm pháp luật.

4.4.3. Nghiên cứu cải tiến quản lý các cấp trong ngành y tế: có giám đốc điều hành bên cạnh giám đốc chuyên môn. Có ngành riêng đào tạo bậc đại học và sau đại học người làm công tác quản lý, điều hành bệnh viện.

4.4.4. Kiểm toàn hệ thống thanh tra y tế về số lượng và chất lượng. Công tác thanh tra-kiểm tra phải được thực hiện thường xuyên và đột xuất, độc lập. Ngoài việc quy định chức năng nhiệm vụ cụ thể của Thanh tra y tế cần xác định và trao cả quyền hạn cụ thể.

4.4.5. Xây dựng tiêu chuẩn chế độ khen thưởng – kỷ luật cụ thể, dựa theo việc hoàn thành chức năng đã quy định là chính, đảm bảo dân chủ, khách quan, nghiêm minh.

4.4.6. Nhà nước xây dựng văn bản pháp quy về người nước ngoài hành nghề y được ở Việt Nam (cả ở khu vực công lập và khu vực ngoài công lập, với cả y học hiện đại cũng như y học cổ truyền). Học tập và trao đổi kinh nghiệm với các nước khác, ký các hiệp định có liên quan đến việc này với các nước.

4.5. Xây dựng chính sách:

4.5.1. *Về định biên*: việc xác định biên chế cần mang tính thực tiễn, vừa đảm bảo tỷ lệ các loại cán bộ y tế/số dân, cán bộ y tế/số giường theo chỉ tiêu phần đầu chung của cả nước mà còn cần phù hợp với nhu cầu và điều kiện cụ thể (cơ cấu bệnh tật, điều kiện kinh tế-xã hội, địa lý, giao thông, phân bố dân cư ...) của từng địa phương. Việc này cần tham khảo ý kiến và kết hợp với địa phương.

4.5.2. *Về lương*: sắp xếp lại thang bậc lương của ngành y tế theo hướng tăng lên nhiều lần; chú trọng đến chất lượng và hiệu quả công việc chứ không chỉ dựa trên văn bằng, học vị. Cần có chính sách về lương sao cho không quá mất cân bằng giữa

hệ điều trị và hệ y tế dự phòng (ít nhất cũng bằng nhau), giữa Hệ chuyên khoa cấp I/II và hệ Thạc sĩ/Tiến sĩ; giữa các chuyên khoa, khu vực.

4.5.3. Cho cán bộ y tế được hưởng các loại phụ cấp trực, độc hại, thâm niên v.v... Phụ cấp cần phải được phát/thanh toán định kỳ và kịp thời (trong những tình huống khẩn cấp, đột xuất như khi có dịch, dịch mới ...).

4.5.4. Xây dựng các chính sách lâu dài nhằm thu hút nhân viên y tế cho y tế cơ sở, y tế ở các vùng khó khăn, cán bộ y tế cơ sở. Ngoài các chính sách chung của Nhà nước cần cho phép địa phương ban hành chế độ riêng.

4.5.5. Tạo nhiều cơ hội và khuyến khích cán bộ y tế thăng tiến (bồi dưỡng chuyên môn, bổ nhiệm, khen thưởng ...) qua kết quả, thành tích công tác một cách công khai, công bằng và dân chủ.

4.5.6. Xây dựng chính sách khuyến khích và đãi ngộ cán bộ y tế về hưu tham gia và làm việc tại các tuyến y tế, nhất là các tuyến y tế cơ sở.

4.5.7. Xây dựng quy chế, chính sách phối hợp - kết hợp quân dân y ở các vùng khó khăn, nhất là ở vùng sâu, vùng xa, hải đảo.

4.5.8. Xây dựng quy chế hành nghề y dược ở Việt Nam với người nước ngoài.

4.5.9. Xây dựng quy tắc hành nghề chung và quy tắc hành nghề cho từng chuyên ngành, chuyên khoa nếu cần thiết.

CÁC GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ Ở CÁC TUYẾN ĐỊA PHƯƠNG

PGS.TS. Bùi Thanh Tâm

1. Mạng lưới y tế cơ sở (MLYTCS) cung cấp các dịch vụ y tế (DVYT) phổ cập có chất lượng, phục vụ CSSK thiết yếu, cơ bản của người dân ở cộng đồng

Theo đối tượng phục vụ và đặc điểm chuyên môn, các DVYT ở nước ta có thể chia thành 2 loại:

1. Khối DVYT phổ cập: đáp ứng các nhu cầu CSSK thiết yếu, cơ bản của người dân trong đời sống hàng ngày về khám chữa bệnh, phòng bệnh, phòng chống dịch bệnh, thiên tai, thảm họa... MLYTCS nếu được xây dựng và hoạt động tốt nó có thể giải quyết được 80 - 90% khối lượng phục vụ y tế tại chỗ. Đặc điểm của MLYTCS là dân dễ tìm đến, được phục vụ tận tình chu đáo theo kiểu "tình làng, nghĩa xóm", bệnh chữa khỏi mà lại ít tốn kém. Các dịch vụ y tế phổ cập do MLYTCS thực hiện thể hiện rõ nhất tính công bằng, bác ái trong CSSK ở nước ta.

Nhân viên y tế của MLYTCS phải biết gắn bó cuộc sống và hành nghề của mình với cộng đồng dân chúng ở địa phương, vừa phải có tri thức xã hội, vừa phải có kiến thức y học. Họ phải có kỹ năng thực hành xã hội và thực hành kỹ thuật y học giỏi, phải giải quyết được kịp thời các yêu cầu CSBVSK của dân chúng địa phương. Tốt nhất, họ là người sống lâu tại địa phương.

Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) trước đây là chăm sóc y tế cơ bản (CSYTCB) hiện nay là nhiệm vụ trọng tâm và thường xuyên của MLYTCS

2. Khối DVYT chuyên sâu bao gồm các bệnh viện đầu ngành, bệnh viện chuyên khoa, các viện nghiên cứu y học, các trung tâm kỹ thuật y học cao, các trường đại học y được. Khối DVYT chuyên sâu giải quyết các nhiệm vụ phòng bệnh, phòng dịch, khám chữa bệnh đòi hỏi áp dụng những kỹ thuật y học hiện đại nhất do những chuyên gia chuyên ngành giỏi thực hiện. Chi phí của các DVYT chuyên sâu thường rất cao. Các cơ sở DVYT chuyên sâu thường đặt ở các thành phố, tỉnh lỵ lớn. Khối DVYT chuyên sâu là tuyến cao nhất về chuyên môn của ngành y tế. Nó

giải quyết các vấn đề sức khoẻ, bệnh tật phức tạp của cộng đồng hoặc người bệnh khi MLYTCS không đủ thiết bị chuyên môn và chuyên gia y tế chuyên sâu để giải quyết. Y tế chuyên sâu và y tế phổ cập hỗ trợ cho nhau trong việc đáp ứng các nhu cầu CSSK đa dạng của người dân hiện nay.

2. Những định hướng và giải pháp cơ bản trong sử dụng, đào tạo nguồn NLYT cho MLYTCS

2.1. Phát huy hiệu quả nguồn NLYT sẵn có của MLYTCS nhằm đáp ứng tốt hơn các chăm sóc y tế cơ bản cho nhân dân, củng cố và nâng cao năng lực chuyên môn của TTYT huyện và TYT xã, thực hiện tốt các chương trình CSSK ở cộng đồng

Nhờ sự đầu tư tích cực của Nhà nước và những nỗ lực đúng hướng của ngành y tế, đội ngũ NVYT công lập được đào tạo ở nước ta hiện nay khá đông đảo, năm 2000 con số này là 230.548 người, thuộc nhiều loại khác nhau, đảm trách nhiệm vụ ở khắp mọi miền đất nước. Số lượng tuy đông, nhưng cơ cấu nhân lực y tế còn có vấn đề, không đồng bộ, chưa cân đối, có tình trạng "thừa thầy, thiếu thợ". Các giải pháp để đội ngũ NVYT sẵn có hiện nay trong hệ thống y tế công lập phát huy đầy đủ các tiềm năng phục vụ của mình là:

- Tăng cường đầu tư trang thiết bị và cơ sở vật chất cho các TTYT huyện và TYT xã để các CBYT ở tuyến huyện và xã có điều kiện hành nghề chuyên môn với chất lượng cao, từng bước thực hiện các tiêu chuẩn phân cấp kỹ thuật cho mỗi tuyến của Bộ Y tế...
- Tăng cường đào tạo nâng cấp, đào tạo bổ túc cho công tác được đảm đương và tiếp cận với các tiến bộ KHKY y học hiện đại. Mặt khác, tăng cường công tác quản lý và sử dụng nguồn nhân lực y tế có hiệu quả, bố trí phân công nhiệm vụ đúng người, đúng việc; hạn chế những tác động tiêu cực của xã hội vào hoạt động của các cơ sở y tế công lập.
- Có chế độ chính sách thoả đáng về tiền lương, chế độ làm việc, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và các nguồn lợi khác cho NVYT làm việc trong MLYTCS, hạn chế bớt những qui định bất bình đẳng đối với nhân viên y tế làm việc ở tuyến huyện, xã như chế độ trực, tiền phẫu thuật, ...
- Hoàn thiện các chế độ chính sách đối với người là NVYT thôn, bản lâu năm, được cộng đồng tín nhiệm, khuyến khích NVYT thôn bản hoạt động bằng những lợi ích tinh thần, vật chất.

2.2. Đổi mới và tăng cường đào tạo CBYT cho mạng lưới y tế cơ sở (các BV huyện, các đội YTDP và CSSKSS, các TYT xã, nhân viên y tế thôn)

- Xây dựng qui hoạch đào tạo MLYT cho hệ thống y tế cơ sở trong 3 năm, 5 năm, 10 năm của mỗi địa phương để đáp ứng các tiêu chuẩn của Bộ Y tế về BV huyện, TYT xã, ...
- Đổi mới chương trình đào tạo và phương thức đào tạo NVYT cho MLYTCS ở các trường đại học và trung học y tế theo hướng tăng thực hành, bớt lý thuyết, kết hợp hài hoà các môn khoa học xã hội, tâm lý, hành vi, môi trường với các môn khoa học y học. Hình mẫu bác sĩ gia đình cần được ứng dụng vào đào tạo bác sĩ sẽ làm việc ở y tế cơ sở.
- Thực hiện việc đào tạo theo địa chỉ, theo đơn đặt hàng của người sử dụng NVYT cho những mục đích khác nhau: y tế thôn xã, y tế cơ quan, y tế doanh nghiệp sản xuất, y tế trường học, nhân lực y tế xuất khẩu, ...

2.3. Hợp tác quốc tế trong lĩnh vực CSSK người nghèo, vùng nghèo, vùng núi và đào tạo NVYT cho mạng lưới y tế cơ sở

2.4. Bổ sung, hoàn thiện các chính sách để tăng cường năng lực, hiệu quả của nguồn NLYT hoạt động tại MLYTCS, bao gồm cả NLYT công và NLYT ngoài công lập. Tiến tới có một pháp lệnh riêng về sử dụng, đào tạo NLYT cho MLYTCS

Mạng lưới YTCS ở nước ta ngày càng được củng cố và phát huy được hiệu quả to lớn. Nhân lực y tế đóng vai trò quan trọng. Trong điều kiện có cơ chế thị trường chi phối, nguồn NLYT ở tuyến cơ sở dễ dàng bị mai một, xói mòn nếu Nhà nước không có chính sách, biện pháp thích hợp để tăng cường quản lý, khuyến khích, động viên các chiến sĩ tiền phương của mặt trận CSBVSKND là các NVYT ở cơ sở.

**Tháng 11/2003
Bùi Thanh Tâm**

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Trần Thị Chung Caiên và cs (2003)

Xây dựng y tế Việt Nam công bằng và phát triển, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học.

2. Đỗ Nguyên Phương (1996)

Phát triển sự nghiệp y tế ở nước ta trong giai đoạn hiện nay, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học.

3. Bộ Y tế (2002)

Các chính sách và giải pháp thực hiện Chăm sóc sức khỏe ban đầu, Nhà xuất bản Y học

4. Nhiều tác giả (1999)

Y tế Việt Nam trong quá trình đổi mới (tập I, II), Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học.

KIẾN NGHỊ MỘT SỐ PHƯƠNG HƯỚNG CHÍNH SÁCH TRONG ĐÀI NGỘ CÁN BỘ Y TẾ

I. Các quan điểm

1.1. Phát triển nguồn nhân lực, cũng như quản lý nguồn nhân lực cần phải thích ứng và phù hợp với chiến lược và các quan điểm phát triển kinh tế - xã hội của Đảng và nhà nước ta đã nêu trên.

- Phát triển nhanh, hiệu quả và bền vững, tăng trưởng kinh tế đi đôi với thực hiện tiến bộ, công bằng xã hội và bảo vệ môi trường.
- Coi phát triển kinh tế là nhiệm vụ trung tâm, xây dựng đồng bộ nền tảng cho một nước công nghiệp là yêu cầu cấp thiết.
- Đẩy mạnh công cuộc đổi mới, tạo động lực và phát huy mọi nguồn lực.
- Gắn chặt việc xây dựng nền kinh tế độc lập tự chủ với chủ động hội nhập kinh tế quốc tế.
- Kết hợp chặt chẽ phát triển kinh tế - xã hội với quốc phòng - an ninh.

1.2. Phát triển và quản lý nguồn nhân lực trong thời kỳ CNH và HĐH đất nước cần phải phù hợp với bối cảnh của quốc tế hiện nay là toàn cầu hoá và hội nhập khu vực và thế giới.

II. Nguyên tắc đề xuất các giải pháp

2.1. Lấy phát triển bền vững, con người (người lao động nói chung và trong ngành y tế nói riêng) làm trung tâm, mỗi con người lao động trong lĩnh vực y tế là một chủ thể độc lập, làm chủ quá trình lao động của mình, lấy lợi ích người lao động y tế và luật pháp chung, cũng như luật pháp y tế, lấy mục tiêu, chức năng, nhiệm vụ của tổ chức, đơn vị y tế làm nguyên tắc của quản lý lao động y tế, bảo đảm dân chủ, công khai cho sự đồng thuận.

2.2. Có chính sách cụ thể khuyến khích về vật chất, cũng như tinh thần để giải phóng và phát huy tiềm năng của người lao động y tế, bảo đảm hiệu quả cao của công việc mà mỗi người lao động y tế đảm nhận.

2.3. Phát triển nguồn nhân lực, cũng như quản lý nguồn nhân lực y tế phải trên cơ sở hiện trạng nguồn nhân lực hiện có và khả năng dự báo nhu cầu, bám sát nhu cầu thị trường lao động chung, trong đó có thị trường lao động y tế; đặc biệt là nhu cầu phân bổ hợp lý số lượng và chất lượng nguồn lao động y tế có trình độ ngày càng cao, có cơ cấu lao động y tế phù hợp với sự phát triển của ngành, của từng vùng kinh tế - xã hội khác nhau theo từng thời kỳ phát triển của đất nước.

2.4. Đổi mới cơ chế quản lý nhân sự y tế truyền thống sang cơ chế quản lý nguồn nhân lực y tế, nâng cao trình độ và trách nhiệm của người quản lý nguồn nhân lực y tế đòi hỏi với người lao động y tế ở mỗi đơn vị, cũng như toàn ngành.

III. Một số phương hướng chính sách trong dài ngọ cán bộ y tế

3.. Giải pháp về chính sách

- 3.1.1. Rà soát lại và hình thành đồng bộ hệ thống các chính sách phát triển đối với nguồn nhân lực y tế về quản lý nguồn nhân lực y tế.
- 3.2. Có chính sách tiền lương và phụ cấp hợp lý, chính sách ưu đãi về vật chất và tinh thần để thu hút nhân tài y tế, khắc phục tình trạng chảy máu chất xám (tại chỗ và xuất ngoại), chính sách tuyển dụng (nên bỏ chế độ tuyển dụng suốt đời truyền thống). Cần thực hiện chính sách hợp đồng dài hạn, sau 5 năm phải đánh giá lại để quyết định tiếp tục hay huỷ bỏ, hợp đồng đối với người lao động y tế, đặc biệt quan trọng với đội ngũ quản lý nhà nước).
- 3.3. Xây dựng các chính sách ưu đãi nhằm thu hút nhân viên y tế cho y tế cơ sở, y tế ở các vùng khó khăn, cán bộ y tế cơ sở. Ngoài các chính sách chung của Nhà nước cần cho phép địa phương ban hành chế độ riêng.
- 3.4. Xây dựng các chính sách, tiêu chuẩn cho việc luân chuyển, đề bạt thăng tiến, khen thưởng, kỷ luật, bổ nhiệm, miễn nhiệm.
- 3.5. Xây dựng văn bản pháp quy về người nước ngoài hành nghề y, được ở Việt Nam.
- 3.6. Xây dựng các quy phạm hành nghề (deontology) chung và riêng cho một số chuyên khoa nếu cần.

IV. Một số giải pháp cụ thể

4. Xây dựng chính sách:

- 4.1. *Về định biên*: việc xác định biên chế cần mang tính thực tiễn, vừa đảm bảo tỷ lệ các loại cán bộ y tế/số dân, cán bộ y tế/số giường theo chỉ tiêu phấn đấu chung của cả nước mà còn cần phù hợp với nhu cầu và điều kiện cụ thể (cơ cấu bệnh tật, điều kiện kinh tế-xã hội, địa lý, giao thông, phân bố dân cư ...) của từng địa phương. Việc này cần tham khảo ý kiến và kết hợp với địa phương.
- 4.2. *Về lương*: sắp xếp lại thang bậc lương của ngành y tế theo hướng tăng lên nhiều lần; chú trọng đến chất lượng và hiệu quả công việc chứ không chỉ dựa trên văn bằng, học vị. Cần có chính sách về lương sao cho không quá mất cân bằng giữa hệ điều trị và hệ y tế dự phòng (ít nhất cũng bằng nhau), giữa Hệ chuyên khoa cấp I/II và hệ Thạc sĩ/Tiến sĩ; giữa các chuyên khoa, khu vực.
- 4.3. Cho cán bộ y tế được hưởng *các loại phụ cấp* trực, độc hại, thâm niên v.v... Phụ cấp cần phải được phát/thanh toán định kỳ và kịp thời (trong những tình huống khẩn cấp, đột xuất như khi có dịch, dịch mới ...).

- 4.4. Xây dựng các *chính sách ưu đãi* nhằm thu hút nhân viên y tế cho y tế cơ sở, y tế ở các vùng khó khăn, cán bộ y tế cơ sở. Ngoài các chính sách chung của Nhà nước cần cho phép địa phương ban hành chế độ riêng.
- 4.5. Tạo nhiều cơ hội và khuyến khích cán bộ y tế thăng tiến (bồi dưỡng chuyên môn, bổ nhiệm, khen thưởng ...) qua kết quả, thành tích công tác một cách công khai, công bằng và dân chủ.
- 4.6. Xây dựng chính sách khuyến khích và đãi ngộ cán bộ y tế về hưu tham gia và làm việc tại các tuyến y tế, nhất là các tuyến y tế cơ sở.
- 4.7. Xây dựng quy chế, chính sách phối hợp - kết hợp quân dân y ở các vùng khó khăn, nhất là ở vùng sâu, vùng xa, hải đảo.
- 4.8. Xây dựng quy chế hành nghề y được ở Việt Nam với người nước ngoài.
- 4.9. Xây dựng quy tắc hành nghề chung và quy tắc hành nghề cho từng chuyên ngành, chuyên khoa nếu cần thiết.

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VÀ MÔ HÌNH QUẢN LÝ CÁN BỘ Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC

Các hệ thống y tế và bảo hiểm sức khỏe ở châu Âu xuất phát từ hai quan điểm khác nhau. Theo quan điểm của Bismarck thì bảo hiểm sức khỏe gắn liền với việc làm và người lao động đóng góp vào quỹ bảo hiểm. Theo quan điểm của Beveridge (1942) thì việc khám chữa bệnh là phổ cập cho tất cả mọi người dân và dịch vụ y tế được thu qua thuế.

Dần dần, do tiến bộ xã hội, ranh giới giữa hai mô hình trên không còn rõ ràng như lúc đầu nữa.

Hiện nay, người ta có thể thấy có ba loại hệ thống y tế chính ở châu Âu:

- 1. Hệ thống hoạt động nhờ các quỹ bảo hiểm sức khỏe dưới sự kiểm soát của nhà nước (Đức, Áo, Bỉ, Pháp, Luxembourg, Hà lan):** Hệ thống này có ở các nước đã có chế độ bảo hiểm xã hội lâu năm, theo quan điểm của Bismarck. Theo đó, nhà nước có trách nhiệm đảm bảo cho công dân nhưng việc được hưởng bảo hiểm y tế gắn liền với việc làm. Tuy vậy, từ những năm 70 thì điều kiện phải thuộc về một ngành nghề nhất định nào đấy mới được bảo hiểm xã hội đã dần dần nhường chỗ cho việc bảo hiểm cho toàn dân. Trong các hệ thống thuộc loại này, vai trò của người quản lý và của người đóng góp hoàn toàn khác nhau.
- 2. Hệ thống y tế quốc gia của các nước bắc Âu (Đan mạch, Anh, Phần lan, Ai len, Thụy điển):** Trong các hệ thống thuộc loại này, việc quản lý và việc đóng góp là do một cơ quan chính quyền đảm nhiệm. Các hệ thống này dựa trên các nguyên tắc của Beveridge về săn sóc sức khỏe phổ cập cho toàn dân và chi phí cho sức khỏe được tính vào thuế. Các hệ thống này được hình thành vào giữa thế kỷ XX theo ý tưởng xã hội-dân chủ. Mô hình dịch vụ y tế quốc gia được thiết lập tại Anh sau thế chiến II, sau đó được mở rộng ra ở Ai len và các nước bắc Âu (Phần lan, Thụy điển, Đan mạch). Tuy nhiên, nguyên tắc bình đẳng trong khám chữa bệnh bị ảnh hưởng của một số điều kiện. Ngoài ra, cải cách ở Anh năm 1989 và các dự án cải cách ở Phần lan và Thụy điển cho phép có cạnh tranh đã làm thay đổi đáng kể việc phân bổ ngân sách y tế.
- 2. Hệ thống hỗn hợp ở các nước nam Âu (Italia, Hy lạp, Tây ban nha, Bồ đào nha):** Các hệ thống y tế ở các nước nam Âu khó xếp loại hơn. Các hệ thống này được hình thành vào cuối những năm 70 và giữa những năm 80 dựa trên quan điểm của Beveridge và dựa trên các chế độ bảo hiểm và tương tế vốn đã có từ trước. Việc lựa chọn thiết lập hệ thống y tế quốc gia là kết quả của một lý tưởng chống đối lại các chế độ xã hội trước đây vốn dựa trên cơ sở tương tế chỉ có lợi cho một vài thành phần xã hội chứ không mở rộng ra cho tất cả mọi người. Hệ thống y tế quốc gia cũng đáp ứng yêu cầu xây dựng một chương

trình phát triển các cơ sở khám chữa bệnh và bảo vệ sức khỏe phổ cập, đặc biệt là ở những nước đã bị một thời kỳ thống trị độc tài lâu dài như Tây ban nha, Hy Lạp và Bồ đào nha. Còn ở Italia thì vào cuối những năm 70, nó góp phần vào việc đoàn kết quốc gia ở một giai đoạn suy giảm về kinh tế và biến động về chính trị.

Thực hiện việc thiết lập các hệ thống y tế và bảo hiểm xã hội này là rất khó khăn vào thời điểm có suy thoái kinh tế nặng nề. Vì thế kết quả là đã dẫn đến hình thành các hệ thống hỗn hợp trong đó có cả các cấu trúc của một hệ thống quốc gia và một vài chế độ bảo hiểm xã hội đặc biệt.

Từ vài năm nay, vì các điều kiện kinh tế không còn đảm bảo được nữa, các chính trị gia của các nước trên đang xem xét để hạn chế các hệ thống bảo hiểm xã hội. Điều này có nguy cơ là làm mất dần những nguyên tắc cơ bản về tính phổ cập và công bằng trong khám chữa bệnh.

MỘT SỐ PHƯƠNG HƯỚNG CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ HIỆN NAY Ở CHÂU ÂU

Từ giữa những năm 1970, tất cả các nước Tây Âu, dù có hệ thống y tế và bảo hiểm xã hội được tổ chức theo các nguyên lý khác nhau, đều phải đối phó với một vấn đề: cung cấp tài chính cho một lĩnh vực xã hội ngày càng tốn kém trong thời kỳ phát triển kinh tế bị chậm lại. Nói chung, các nước đã áp dụng những biện pháp giống nhau nhưng đã được thay đổi cho phù hợp với điều kiện chế độ, xã hội và văn hóa của mỗi nước. Gần đây hơn, do những vấn đề về quan hệ cung-cầu vẫn tồn tại và ngày càng có chiều hướng nặng thêm nên các nhà hoạch định chính sách có xu hướng đề ra những cải cách triệt để. Đồng thời ý định của một số nước muốn xa rời nguyên tắc nhà nước quản lý đã cho thấy có sự định hướng lại về lý tưởng.

Cho đến cuối những năm 80, các cải cách chú trọng vào khía cạnh quản lý. Sau đó các cải cách đã chuyển sang hướng làm thay đổi về chất bằng cách tiếp cận khía cạnh cấu trúc của hệ thống y tế.

- *Các cơ quan thể chế rút lui khỏi việc cung cấp tài chính* là một trong những biện pháp nhằm kiểm soát chi phí. Cụ thể là bệnh nhân phải trả tiền nhiều hơn, tách rời giá với tỷ lệ bồi hoàn (ở Đức và Hà lan là đối với thuốc; ở Pháp là cắt ra khu vực thù lao tự do). Biện pháp loại này là bước đầu tiên dẫn đến quan niệm về giá thị trường trong dịch vụ và vật phẩm y tế. Việc nhà nước rút lui khỏi việc cung cấp tài chính ở các nước phía Nam châu Âu là rõ rệt và đã làm khu vực y tế tư nhân phát triển.
- *Hạn chế và giảm cơ sở y tế* thể hiện qua việc khống chế tăng số lượng cán bộ y tế, giảm quy mô bệnh viện, giảm nằm viện bằng các hình thức điều trị linh hoạt hơn. Nhưng liệu các biện pháp này có thực sự có lợi ích về kinh tế không?
- *Cấp một ngân sách trọn gói* cho các cơ sở y tế đã được áp dụng rộng rãi từ đầu những năm 80. Đây là đặc điểm của y tế quốc gia hoạt động trên cơ sở ngân sách. Biện pháp này được thực hiện ở các nước theo nguyên lý Bismarck do nhận thấy rằng các biện pháp nhằm hạn chế hoạt động quá mức và nhằm làm thay đổi hành vi đã không có hiệu quả. Ngân sách trọn gói có thể được quan niệm không phải chỉ về mặt tài chính mà thôi. Ví dụ như ở Pháp, ngân sách này gắn với các mục tiêu hằng năm có tính định lượng được ấn định. Còn ở Anh thì ngân sách cho bác sĩ dùng để trả tiền cho các hợp đồng dịch vụ. Vấn đề gặp phải ở đây là vấn đề về chất lượng dịch vụ và vấn đề công bằng.
- *Tìm biện pháp để cân bằng tốt hơn giữa cung và cầu* nhằm hạn chế chi phí, cụ thể như làm các hợp đồng theo mục tiêu, đề ra các biện pháp không chế kiểm soát chuyên môn dưới các hình thức khác nhau ở

Pháp, Anh, Hà lan. Ngoài ra còn có việc thiết lập các mạng lưới y tế là cách để chống lại sự quản lý quá tập trung dựa trên các tiêu chuẩn quốc gia.

- *Bắt chước phương thức quản lý doanh nghiệp* là một quan niệm mới về phương thức lãnh đạo hoạt động y tế. Điều này đã kèm theo việc tư nhân hoá và ngả sang quan điểm cho rằng thị trường tự do mới đem lại hiệu quả. Sở dĩ có điều này là vì cơ quan nhà nước quản lý y tế (Anh, các nước Nam châu Âu) bị phê phán nhiều.
- *Đưa quan hệ cạnh tranh vào y tế*, mọi người đều làm theo hợp đồng cá nhân là đặc điểm của các cải cách gần đây nhất. Dự án Dekker-Simons ở Hà lan là điển hình nhất: cho phép cạnh tranh giữa các quỹ bảo hiểm y tế, cạnh tranh giữa các cơ sở trong ngành y tế. Cải cách Thatcher đã thiết lập cơ chế thị trường trong một hệ thống y tế vẫn hoàn toàn là công cộng. Cải cách của Phần lan năm 1993 cũng bắt nguồn từ cải cách của Anh. Thụy điển cũng theo xu hướng này để hiện đại hoá hệ thống của mình.

Cho dù nhà nước có hứa hẹn hay đảm bảo gì khi cải cách thì việc thị trường hoá bảo hiểm xã hội (trong đó có bảo hiểm y tế) và phân nhỏ hệ thống y tế sẽ gặp một nguy hiểm hiển nhiên là sự sàng lọc nguy cơ dẫn đến phân biệt đối xử với các nhóm xã hội, thiệt thòi cho các nhóm có nguy cơ cao.

Ngoài ra, liệu tất cả các cải cách ấy đã xét đến những thách thức mới (như các vấn đề dân cư ngày càng già, nhu cầu và hành vi của người dân thay đổi, công nghệ và kỹ nghệ phát triển nhanh, sự xuất hiện của những bệnh mới v.v...) chưa? Các thách thức này là những điều sẽ gặp phải và buộc phải thúc đẩy thay đổi nhanh hơn.

HỆ THỐNG Y TẾ ĐỨC: HỆ THỐNG TẬP TRUNG VÀO VIỆC BẢO ĐẢM TÀI CHÍNH CỦA CÁC QUỸ

Hệ thống y tế của Đức được tổ chức quanh các chế độ bảo hiểm y tế dựa trên nghề nghiệp. Các quỹ bảo hiểm được quản lý một cách bình đẳng. Các quỹ chịu trách nhiệm về tài chính và định ra mức đóng góp. Cải cách Seehofer được thông qua năm 1992 đã làm thay đổi ít nhiều các nguyên tắc hoạt động ban đầu.

Vai trò của chính quyền liên bang được thể hiện trong việc tổ chức hệ thống y tế. Có sự phân chia quyền hạn giữa chính quyền trung ương và chính quyền bang (Länder) về y tế công cộng.

Sau khi hai nước Đức được thống nhất, mô hình tài chính và tổ chức khám chữa bệnh của Tây Đức đã được thiết lập ở Đông Đức là nơi trước đó đã có hệ thống dịch vụ y tế quốc gia theo kiểu Liên xô cũ (hoàn toàn bao cấp).

Sơ lược lịch sử: năm 1883, Thủ tướng lúc đó là Bismarck đã thiết lập bảo hiểm y tế đầu tiên trên thế giới dành cho công nhân trong khu vực công nghiệp có lương thấp hơn một mức nhất định. Luật của Hoàng đế về bảo hiểm xã hội được thông qua năm 1911 là sự kiện quan trọng trong lịch sử bảo hiểm xã hội.

Năm 1924, các biện pháp tổ chức hệ thống y tế đã được thực hiện: tập trung các quỹ bảo hiểm y tế; quy định quan hệ giữa thầy thuốc và các cơ quan bảo hiểm y tế; lập các Hội thầy thuốc là những người bắt buộc phải quan hệ với các quỹ bảo hiểm.

Thời kỳ phát xít nắm quyền là thời kỳ suy thoái nặng nề về bảo hiểm xã hội cũng như về tham gia đóng góp của những người ăn lương. Đến năm 1951, Quốc hội liên bang đã tái lập lại các cơ quan quản lý và đặc biệt là lập lại nguyên tắc về quản lý bình đẳng ở các quỹ bảo hiểm. Các quy định có tính pháp lý sau đó đã mở rộng diện được hưởng bảo hiểm y tế và hài hoà các dịch vụ y tế giữa các nhóm xã hội - nghề nghiệp khác nhau.

Năm 1977, Đức là nước đầu tiên đề ra chính sách tổng thể nhằm kiểm soát chi phí y tế. Một tổ chức - Hành động chung - được lập ra, tập hợp tất cả những người và những cơ quan có liên quan đến y tế. Các khuyến nghị mà tổ chức này đưa ra không có tính bắt buộc mà chỉ là định hướng. Hiệu lực của các khuyến nghị này phụ thuộc vào sự thoả thuận giữa các phía có liên quan. Hội nghị thường kỳ của tổ chức này phù hợp với tính chất của Liên bang, không có sự can thiệp của chính quyền liên bang, các bên đối thoại bàn luận và đưa ra các nguyên tắc và đó là phân cấp thiết để giải quyết các vấn đề kinh tế và xã hội.

Nguyên tắc đầu tiên của chính sách được đề ra năm 1977 là phải đảm bảo sao cho các quỹ có cân bằng thu-chi nhằm giữ cho mức đóng góp ổn định và do đó đảm bảo cho các doanh nghiệp chấp nhận được mức mà họ phải đóng góp. Sau vài kết quả khả quan ban đầu, một số nhược điểm đã bộc lộ dẫn đến việc ở

một số nơi đã áp dụng các biện pháp đối phó (không tăng lương và giá, tăng tỷ lệ đóng góp của người bệnh).

Những cải cách gần đây:

- Cải cách Norbert Blum (1989): tuy nằm trong dòng chính sách đã có nhưng cải cách này có những điểm xa rời một số nguyên tắc hoạt động của hệ thống y tế. Một trong số đó là đề ra mức trần đối với nhiều loại chi phí. Việc quỹ bảo hiểm hoàn trả tiền thuốc là một điểm quan trọng trong kế hoạch của Blum. Cải cách đã đưa ra hệ thống khoản (Fesbetrag). Bệnh nhân không phải trả tiền cho các thuốc nằm trong danh mục được bảo hiểm hoàn trả. Dược sĩ bán thuốc có quyền thay thế thuốc kê trong đơn bằng một thuốc tương đương rẻ hơn.

Cải cách này chủ yếu là cải cách về mặt quản lý và không đề cập đến các vấn đề về cấu trúc của hệ thống y tế: không xét đến việc bù trừ giữa các quỹ bảo hiểm xã hội với nhau nên dẫn đến sự khác biệt đáng kể về mức đóng góp giữa các loại quỹ, giữa các vùng; không xem xét mật độ dịch vụ y tế; không xét đến sự phối hợp giữa điều trị ngoại trú và nội trú; không xét đến việc các bệnh viện được cung cấp tài chính từ cả bảo hiểm xã hội và cả từ ngân sách bang.

- Cải cách Seehofer (được thông qua 20/12/1992) bao gồm hai loại biện pháp: các biện pháp khẩn cấp như ngân sách hoá tiền trả cho thầy thuốc, ấn định ngân sách cho các đơn thuốc do thầy thuốc tư và công kê (các biện pháp này là tiếp tục cải cách của Blum) và 3 cải cách về mặt cấu trúc. Các cải cách về cấu trúc được thực hiện theo từng bước và bao gồm việc cấp kinh phí cho các bệnh viện, thiết lập sự phối hợp giữa điều trị ngoại trú và điều trị nội trú có hợp lý hoá giữa các chuyên khoa khác nhau và cuối cùng là cho phép các quỹ bảo hiểm y tế được quyền cạnh tranh với nhau. Cũng giống như các cải cách trước đó, các biện pháp trên nhằm tìm ra biện pháp để cân bằng ngân sách của các quỹ bảo hiểm y tế. Ngoài ra, các biện pháp đó còn nhằm làm cho hệ thống y tế được ổn định lâu dài bằng cách tác động lên những yếu tố gây trở ngại.

Quản lý hệ thống y tế:

Tính chất liên bang được thể hiện trong việc tổ chức và quản lý hệ thống y tế. Có sự phân chia quyền hạn giữa cấp trung ương và các bang.

- **Cấp trung ương (liên bang):** Bộ Y tế chịu trách nhiệm về y tế công cộng, về đào tạo và về các điều kiện hành nghề y tế, về tổ chức và giám hộ bảo hiểm y tế, về cấp phép lưu hành thuốc và về các nguyên tắc hoạt động của các bệnh viện.
- **Cấp bang:** mỗi bang có một chính quyền bang, trong đó Bộ Y tế của bang có nhiệm vụ áp dụng các quy định/chỉ thị của liên bang vào bang

mình. Cho đến năm 1996 thì Quốc hội của bang còn có quyền đề ra chính sách về đầu tư cho bệnh viện, số giường bệnh và các chỉ tiêu về kỹ thuật.

Việc quản lý các quỹ bảo hiểm y tế là do các đối tác trong xã hội đảm nhiệm. Giá dịch vụ y tế, tiền lương/công được quy định bởi các hiệp hội các quỹ bảo hiểm và các liên đoàn thầy thuốc hoặc liên đoàn các bệnh viện.

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm y tế là bắt buộc đối với những người có thu nhập trên một mức tối thiểu nào đó (năm 1995, mức này là 64080 DM). Những người làm công ăn lương có thu nhập trên mức đó, các viên chức và người làm nghề tự do có quyền mua bảo hiểm hoặc ở một quỹ bảo hiểm y tế công hoặc ở một quỹ bảo hiểm y tế tư (PKV). Năm 1995 có 81 triệu người tham gia bảo hiểm y tế, trong đó:

- 72 triệu người mua bảo hiểm công. Quỹ bảo hiểm công có nhiều loại khác nhau (theo vùng, theo nghề nghiệp, theo loại doanh nghiệp)
- 7 triệu người mua bảo hiểm tư
- 2 triệu người theo các chế độ đặc biệt.

Tính độc lập trong quản lý bảo hiểm y tế là một trong những nguyên tắc lớn của hệ thống y tế Đức. Theo nguyên tắc này thì mỗi quỹ phải chịu trách nhiệm cân bằng thu chi của chính mình. Vì thế, mức đóng góp phụ thuộc vào chi và thu của khoá tài chính trước. Người đóng bảo hiểm được hưởng quyền lợi “người thứ ba trả tiền”. Mức trần được áp dụng đối với thuốc men, chữa bệnh và các các dịch vụ y tế bổ trợ khác.

Có tám chế độ bảo hiểm y tế lớn bao gồm vô số quỹ. Từ khi có cải cách Seehofer, tuy đã có một số quỹ hợp nhất lại nhưng số quỹ vẫn còn rất nhiều. Bốn chế độ bảo hiểm chính là:

- Chế độ bảo hiểm chung còn gọi là chế độ quỹ bảo hiểm y tế địa phương (AOK)
- Quỹ bảo hiểm y tế cho các doanh nghiệp (BKK)
- Quỹ bảo hiểm y tế cho thợ thủ công và người buôn bán (IKK)
- Quỹ bảo hiểm y tế cho nông dân (LKK)

Nguồn thu của các quỹ hoàn toàn do đóng góp; mức đóng góp của chủ và của người làm thuê bằng nhau. Nhà nước chỉ trợ cấp cho người bị thất nghiệp và trong trường hợp rất đặc biệt thì hỗ trợ cho các quỹ có số người tham gia ngày càng ít đi (nông dân và vị thành niên). Năm 1994, tỷ lệ đóng góp trung bình ở phía Tây là 13,5% lương, ở phía Đông là 12,5% lương. Đến lúc đó, người ta đã thấy rằng có khoảng cách lớn về mức độ đóng góp giữa các quỹ và theo các chế độ bảo hiểm khác nhau. Với cải cách Seehofer, đã có hệ thống bù trừ và đã đề ra nguyên tắc cho phép cạnh tranh kể từ 1996. Kể từ đó, các điều kiện pháp lý để hoạt động là như nhau đối với mọi loại quỹ bảo hiểm.

Cung cấp dịch vụ y tế:

Năm 1996 có 2,2 triệu người làm việc trong lĩnh vực y tế.

Các nghề nghiệp trong y tế.

Bác sĩ là “bác sĩ của các quỹ bảo hiểm y tế”. Tỷ lệ là 1 bác sĩ/ 300 người dân (phía Tây) và 1 bác sĩ/ 360 người dân (phía Đông). Riêng vùng Tây Đức có khoảng 89000 bác sĩ có phòng khám tư ở các thành phố, 104000 bác sĩ làm việc trong các bệnh viện và 24000 làm việc ở các cơ quan hành chính hay ở khu vực công nghiệp. Vùng phía Đông có 19000 bác sĩ khám chữa bệnh ngoại trú, 21000 làm việc ở các bệnh viện và 4000 người làm việc trong các khu vực khác.

Các *bác sĩ tuyến cơ sở* (hay *bác sĩ gia đình*) bao gồm bác sĩ đa khoa, bác sĩ đang học chuyên khoa, bác sĩ nội khoa và bác sĩ nhi khoa. Các bác sĩ nội khoa và nhi khoa phải lựa chọn để hành nghề hoặc như là bác sĩ gia đình hoặc như là bác sĩ chuyên khoa. Luật Seehofer quy định rõ phạm vi hoạt động của hai loại bác sĩ gia đình và *bác sĩ chuyên khoa*. Bác sĩ gia đình - do các uỷ ban hai bên bao gồm các bác sĩ hành nghề và đại diện các quỹ (có tỷ lệ đại diện ngang nhau) công nhận - thì không có quyền cung cấp dịch vụ chuyên khoa. Các bác sĩ chuyên khoa lại không có quyền hành nghề bác sĩ đa khoa. Để được công nhận là bác sĩ gia đình thì phải qua một khoá đào tạo thường xuyên dài 3 năm.

Người được bác hiểm y tế phải đăng ký khám ở một bác sĩ trong thời gian tối thiểu là 1 năm.

Bác sĩ chuyên khoa có thể hành nghề ở phòng khám hoặc ở bệnh viện. Trong vòng 20 năm trở lại đây, tỷ lệ bác sĩ chuyên khoa ngày càng tăng.

Cải cách Seehofer đã hạn chế rất nhiều việc mở rộng các hình thức tư. Số lượng giấy phép cho mở phòng khám chữa bệnh được điều tiết, có xét đến số bệnh nhân phải chờ đợi và đến lợi ích của các phòng khám đã tồn tại. Bắt đầu từ năm 1999 sẽ áp dụng những biện pháp hạn chế theo luật định. Việc cấp giấy phép sẽ căn cứ vào nhu cầu. Các giấy phép sẽ đương nhiên hết hạn khi bác sĩ được 68 tuổi. Khi số lượng giấy phép vượt quá số lượng do uỷ ban hai bên ấn định là 10% thì được coi là “thừa”.

Mỗi bác sĩ được các Liên đoàn, nghiệp đoàn bác sĩ trả tiền theo thao tác y tế. Cứ mỗi quý thì các liên đoàn này phân bổ cho các thành viên một khoản (“gói”) với sự chấp thuận của các quỹ bảo hiểm y tế. Ngoài ra, mỗi bác sĩ còn bị ấn định một mức tối đa về kê thuốc và chỉ định xét nghiệm.

Bác sĩ nha khoa cũng có thể gia nhập hệ thống (“nha sĩ của các quỹ bảo hiểm”). Năm 1995 có khoảng 56.000 nha sĩ, tức là 1 nha sĩ/1.250 người dân ở phía Tây và 1 nha sĩ/1.350 người dân ở phía Tây.

Hầu hết *y tá* và *nữ hộ sinh* làm việc trong các bệnh viện.

Các bệnh viện.

Có khoảng 1,2 đến 1,3 triệu người làm việc tại các bệnh viện.

Các bệnh viện gồm bệnh viện công, bệnh viện tư không vì mục đích kiếm lời và bệnh viện tư có mục đích kiếm lời. Phía Tây có 657.000 giường, phía

Đông có 140.000 giường. Người ta ước tính có tới 80.000 giường thừa. Hai phần ba số bệnh viện là bệnh viện đa khoa. Có 8 giường/1.000 người dân. Tỷ lệ sử dụng giường khá cao (81%).

Từ khi có cải cách năm 1992, các bác sĩ có bằng chuyên khoa làm việc ở bệnh viện có quyền được cung cấp ngoại trú dịch vụ chuyên khoa sâu. Các bệnh viện được chấp nhận làm phẫu thuật ngoại trú và săn sóc bệnh nhân trước và sau khi ổn định bệnh.

Về phương diện tài chính, từ trước tới nay, các chính sách nhằm kiểm soát chi phí y tế chưa đề cập đến các trường hợp phải nằm viện. Khó khăn là do mâu thuẫn giữa khám chữa bệnh công và tư và nhất là do ngân sách có từ hai nguồn. Thực vậy, trong khi chi phí cho hoạt động của bệnh viện là do bảo hiểm y tế chịu trách nhiệm thì chi phí cho đầu tư vào bệnh viện lại do các Bang đảm nhiệm. Giữa hai phía luôn luôn có mâu thuẫn về lợi ích. Nguyên tắc cung cấp tài chính dựa trên chi phí trung bình của một ngày nằm viện do Bang quy định làm cho tình hình lạm phát trong khu vực bệnh viện càng nghiêm trọng thêm.

Các nguyên tắc cải cách bệnh viện năm 1992 chỉ được áp dụng rộng rãi kể từ năm 1996. Giá cả phải dựa trên đánh giá các dịch vụ y tế. Việc hoàn trả dựa trên các mức khoán do từng Bang quy định. Đây là mức khoán chung, bao gồm tất cả các dịch vụ điều trị thuộc một loại nhất định nào đó; bệnh thứ yếu hay một bệnh xảy ra sau lý do chính khiến phải nhập viện thì chỉ được bồi hoàn một phần mà thôi. Các bệnh viện có quyền được kiếm lời. Nếu thâm hụt thì quỹ bảo hiểm y tế không chịu trách nhiệm. Như vậy giá dịch vụ không phụ thuộc vào thời gian điều trị. Tiền đầu tư được tính khoán theo từng bệnh.

Danh sách các khoản khoán được quy định bằng nghị quyết ở mức Liên bang. Từng khoản khoán ứng với một giá trị tính bằng điểm; tổng số thành tiền của các điểm được xác định theo từng Bang để phù hợp với chi phí của từng Bang.

Thuốc.

Thuốc men được bán ở các hiệu thuốc (1 hiệu thuốc/3600 người dân ở phía Tây, 1 hiệu thuốc/6400 người dân ở phía Đông) và ở các cửa hàng được bệnh viện.

Từ năm 1989, dược sĩ có quyền thay thế một thứ thuốc kê trên đơn bằng một thuốc tương đương rẻ tiền hơn. Điều này tạo điều kiện cho cạnh tranh.

Khách hàng phải trả tiền phụ trội tùy theo quy định và tùy theo giá thuốc.

Công nghiệp dược phẩm của Đức rất mạnh. Nó toàn quyền định giá thuốc. Luật cải cách của Blum định mức bồi hoàn đã hạn chế rất nhiều vai trò quyết định giá cả của các hãng thuốc. Mức bồi hoàn do một uỷ ban gồm đại diện các quỹ bảo hiểm, đại diện thầy thuốc và đại diện công nghiệp dược phẩm quy định. Thường thì mức bồi hoàn dựa vào giá thuốc gốc. Để không cản trở việc nghiên cứu về dược, mức bồi hoàn không được áp dụng với những thứ thuốc hoàn toàn mới.

HỆ THỐNG Y TẾ ÁO: GIỮ QUAN ĐIỂM BISMARCK CHÍNH THỐNG

Hệ thống y tế của Áo được tổ chức gần giống như của Đức. Các quỹ bảo hiểm y tế đóng vai trò rất quan trọng đối với việc quản lý các hoạt động y tế.

Năm 1994, 9,7% ngân sách được dành cho y tế; chứng tỏ lĩnh vực y tế có tầm quan trọng lớn về xã hội và kinh tế.

Sơ lược lịch sử: Bảo hiểm xã hội ở Áo được lập ra ngay sau khi Đức thông qua các luật xã hội theo đề nghị của thủ tướng Bismarck. Luật 2/1886 của Áo dựa rất nhiều vào luật của Đức. Bảo hiểm y tế được áp dụng từ năm 1889 được mở rộng dần cho tất cả những người làm công ăn lương và cho người làm nghề tự do. Năm 1920, một chế độ riêng cho viên chức ra đời. Mãi cho đến năm 1965 thì bảo hiểm y tế mới trở thành bắt buộc đối với người làm nghề nông.

Sau thế chiến II, cơ sở pháp lý của bảo hiểm y tế được tăng cường. Năm 1955, có luật về bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm cung cấp tài chính cho hệ thống y tế thông qua bảo hiểm y tế. Từ 1978, Chính quyền liên bang và các Chính quyền bang đã đưa ra một loạt công ước về cung cấp tài chính cho các bệnh viện. Năm 1980, bảo hiểm y tế đã mở rộng sang lĩnh vực y học dự phòng và dịch vụ của khu vực tư nhân

Định hướng gần đây:

Hiện nay, hệ thống y tế Áo đang trong quá trình cải cách nhằm vào các mục tiêu sau: đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh và phân bổ hợp lý theo vùng địa lý, đảm bảo chất lượng y tế theo tiêu chuẩn quốc tế, có hoạt động vệ sinh có hiệu quả hơn, có cung cân đối với cầu.

Định hướng của cải cách nhằm đánh giá các cơ sở y tế và nghiên cứu các phương thức cung cấp tài chính cho các bệnh viện.

Một kế hoạch y tế mới, được thông qua năm 1994, đã đưa ra các biện pháp giới hạn số lượng cán bộ y tế và phân bổ cán bộ y tế theo vùng. Thực tế là ở Áo có sự mất cân đối nghiêm trọng về cung cấp dịch vụ y tế. Kế hoạch này cũng điều chỉnh số giường bệnh và phân bổ số giường bệnh ngắn ngày cũng như trang thiết bị y tế.

Quản lý hệ thống y tế:

Áo là một Liên bang gồm chín bang có quyền tự chủ. Quyền hạn của chính quyền trung ương và chính quyền bang do Hiến pháp liên bang quy định.

Chính quyền liên bang chịu trách nhiệm về các luật khung về y tế còn chính quyền các bang chịu trách nhiệm về việc áp dụng các luật và về hoạt động của các cơ sở y tế. Chính quyền liên bang có quyền kiểm tra các bệnh viện.

Ở cấp trung ương có *Bộ Y tế và Môi trường* (được lập ra năm 1972) chịu trách nhiệm về y tế công cộng, quản lý các hoạt động y tế, áp dụng luật pháp, cho phép đưa ra thị trường. *Bộ Các vấn đề xã hội* có trách nhiệm giám hộ bảo hiểm y tế.

Các cơ quan cấp trung ương không chỉ đạo trực tiếp các cơ sở y tế địa phương vì đây thuộc về trách nhiệm của các chính quyền bang.

Quỹ Hợp tác các bệnh viện (KRAZAF) là cơ quan kiểm tra và lập kế hoạch. Cơ quan này được các quỹ bảo hiểm sức khỏe, chính quyền liên bang, chính quyền các bang và thành viên của các tỉnh cung cấp tài chính để hoạt động.

Ở mức bang, mỗi bang có chính phủ riêng. Các bang cung cấp ngân sách và kiểm soát đầu tư vào bệnh viện và vào các nhà an dưỡng. Chính quyền bang căn cứ vào sự chỉ đạo của Bang và của Liên bang sẽ đánh giá các quyết định về y tế của cấp tỉnh.

Bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm y tế bắt buộc:

Hầu như toàn bộ dân chúng được bảo hiểm bắt buộc. Tất cả những người làm công ăn lương và những người làm nghề tự do cùng với gia đình của họ được bảo hiểm.

Có 24 quỹ bảo hiểm y tế được tổ chức trên cơ sở nghề nghiệp; các quỹ này có chế độ bảo hiểm khác nhau. Chế độ bảo hiểm y tế chung (ASVG) là quỹ lớn nhất, bảo hiểm cho 80% dân số. Người tham gia bảo hiểm hưởng chế độ “người thứ ba trả tiền” và hoàn toàn không phải trả tiền khi khám bệnh. Ngược lại, khi phải nằm bệnh viện thì họ phải trả 10% giá tiền nằm bệnh viện (bệnh viện có giá nằm cho một ngày). Với các chế độ bảo hiểm khác thì người tham gia bảo hiểm phải trả 20% tiền chi phí cho khám chữa bệnh.

Hoạt động của các quỹ do Liên đoàn bảo hiểm xã hội điều phối.

Nói chung, bảo hiểm y tế công cộng đóng góp khoảng 60% cho chi phí khám chữa bệnh. Phần đóng góp của người ăn lương và của chủ là bằng nhau. Mức đóng góp là 8% lương; so với các nước khác ở châu Âu thì không cao lắm.

Bảo hiểm y tế tư nhân:

Có 40% những người tham gia bảo hiểm mua thêm bảo hiểm bổ sung. Trên một mức nhất định (4000 schillings vào năm 1995) thì tiền mua thêm bảo hiểm được trừ vào thuế. Bảo hiểm bổ sung chi trả cho các chi phí về chữa răng, phần trội giá thuốc, tiền nằm bệnh viện và những chăm sóc mà quỹ bảo hiểm y tế không bồi hoàn. 30% thu nhập của các bệnh viện là từ bảo hiểm y tế tư nhân.

Dịch vụ y tế.

Năm 1996 có 1,2 triệu người làm việc trong khu vực y tế.

Giữa khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú có ranh giới rất rõ rệt. Hiện nay, Chính phủ Áo đang cố gắng sửa chữa điều này bằng cách đưa ra khái niệm về “hệ thống y tế tích hợp” và khuyến khích phát triển các phương thức chăm sóc người bệnh ngoài bệnh viện.

Các nghề nghiệp y tế.

Có 28.500 bác sĩ đang làm việc, một nửa số đó làm việc tại bệnh viện. Tỷ lệ là 1 bác sĩ/260 người dân. Phân bố nhân viên y tế ở khu vực nông thôn và khu vực thành thị rất không đồng đều. Khu vực nông thôn thiếu rất nhiều *bác sĩ chuyên khoa* (ở thành phố có 1 bác sĩ chuyên khoa cho 1.000 người dân; trong khi đó ở các vùng khác thì chỉ có 1 bác sĩ chuyên khoa cho 5.330 người dân).

Phần lớn các *bác sĩ đa khoa* có phòng khám tư.

Các bác sĩ được trả thù lao. Giá cả được ấn định bởi thoả thuận được ký kết giữa Liên đoàn các Quỹ bảo hiểm y tế và Hội đồng các thầy thuốc. Có nhiều quỹ đã đặt ra lối trả thù lao theo thao tác kết hợp với trả tiền theo lối khoán. Mức khoán thay đổi theo vùng và theo bản chất công việc săn sóc bệnh nhân. Tại một số bang, mức khoán còn tỷ lệ nghịch với số lần khám bệnh của bác sĩ. Mục đích của biện pháp này là để phân chia số bệnh nhân cho các bác sĩ một cách công bằng.

Mỗi bác sĩ có bản hợp đồng riêng với Quỹ bảo hiểm y tế. Về nguyên tắc thì bác sĩ có quyền lựa chọn chỗ mở phòng khám hoặc nơi làm việc nhưng trong khuôn khổ làm việc cho quỹ bảo hiểm thì vẫn có sự sắp xếp.

Bác sĩ làm việc tại bệnh viện công cũng như bệnh viện tư được trả lương trên cơ sở hợp đồng cá nhân. Ngoài tiền lương ra, họ được nhận một tỷ lệ phần trăm tiền mà bệnh viện thu được.

Muốn hành nghề bác sĩ đa khoa phải qua thực hành lâm sàng bổ sung trong ba năm. Đây là lý thuyết vì thực tế là không có chỗ để họ thực hành. Các trường đại học y không hạn chế số lượng đầu vào.

Bệnh nhân có quyền chọn bác sĩ nhưng không có quyền thay đổi bác sĩ mà mình đã chọn trong vòng 3 tháng. Nếu trong 3 tháng đó mà bệnh nhân lại chọn một bác sĩ khác thì quỹ bảo hiểm chỉ bồi hoàn một phần mà thôi.

Có tổ chức hệ thống tuyển để thực hiện việc chăm sóc của bác sĩ đa khoa và săn sóc phụ trợ nhưng nếu không thực hiện thì cũng không có quy định phạt.

Một số chuyên khoa như nhãn khoa, phụ khoa và da liễu còn thiếu bác sĩ chuyên khoa có hợp đồng với bảo hiểm.

Bác sĩ nha khoa cũng ít (0,5 nha sĩ cho 1000 người dân).

Có 320.000 y tá làm việc trong các bệnh viện. Số lượng y tá phục vụ tại nhà còn ít. Do thiếu y tá nên năm 1992 đã đặt ra nghề *trợ lý y tá*.

Bệnh viện.

Có khoảng 100.000 người làm việc tại các bệnh viện, trong đó có 13.400 bác sĩ. Thiếu y tá và bác sĩ chuyên khoa.

Áo có khoảng 319 bệnh viện trong đó có 215 là bệnh viện công. Tỷ lệ giường bệnh là 8 giường/1.000 người dân. Người ta đã bắt đầu tư nhân hoá một vài lĩnh vực trong bệnh viện. Chỉ có khoảng 5% số giường là thuộc khu vực y tế tư nhân có mục đích sinh lợi. Chỉ có ba trong số chín Bang là có bệnh viện của trường đại học.

Hai phần ba số giường là ở các bệnh viện đa khoa, 27% là ở các cơ sở đặc biệt. Xét trên toàn lãnh thổ thì sự phân bố bệnh viện rất không đồng đều.

Chính quyền Liên bang, chính quyền Bang, chính quyền cấp tỉnh, các Quỹ bảo hiểm y tế, các tổ chức tôn giáo tham gia quản lý các bệnh viện.

Tổ chức, đối với bệnh viện là thuộc về quyền hạn của chính quyền bang. Việc xây dựng và tổ chức các bệnh viện mới phải được sự chấp thuận của Quỹ Hợp tác các bệnh viện (KRAZAT). Mỗi bệnh viện được lãnh đạo bởi một ban giám đốc trong đó có các đại diện của thầy thuốc, y tá và nhân viên hành chính.

Viện phí cho các bệnh thông thường được tính dựa trên số tiền phải trả cho một ngày; số tiền này là đồng nhất, không phụ thuộc vào chi phí thực sự của việc điều trị và do chính phủ bang cùng với các cơ quan hữu trách về bệnh viện quy định.

Các quỹ bảo hiểm y tế chỉ chịu trách nhiệm một phần của mức khoán (còn được gọi là “giá chuẩn”). Tối đa, việc cung cấp ngân sách cho bệnh viện sẽ được đổi mới bằng cách khoán theo bệnh lý như ở Đức.

Dược.

Chính phủ liên bang kiểm soát lĩnh vực dược.

Các cửa hàng nước công cộng làm nhiệm vụ phân phối thuốc. Ở các vùng sâu vùng xa thì do bác sĩ đảm nhiệm. Có khoảng 2.000 cửa hàng thuốc. Người dân đến mua thuốc không phải trả tiền. Hằng tháng, quỹ bảo hiểm thanh toán tiền cho các cửa hàng thuốc. Số lượng cửa hàng thuốc bị hạn chế.

Ủy ban vật giá của Bộ Y tế ấn định mức giá trần. Đối với các thuốc được bảo hiểm bồi hoàn thì Liên đoàn bảo hiểm y tế có thể thương lượng để đưa ra một giá thấp hơn giá chính thức.

HỆ THỐNG Y TẾ Ở BỈ : MỘT HỆ THỐNG BỊ PHÂN HOÁ BỞI CÁC CỘNG ĐỒNG VĂN HOÁ KHÁC NHAU

Bỉ là một nước có nhiều cộng đồng có ngôn ngữ và văn hoá khác nhau; tổ chức hành chính của Bỉ cũng phản ánh rõ đặc điểm này. Tính chất tương tế là đặc điểm bao trùm lên hệ thống bảo hiểm xã hội của Bỉ.

Dịch vụ ngoại trú là dịch vụ tư nhân; ngược lại, dịch vụ bệnh viện hoàn toàn là công cộng hoặc bán công cộng.

Sơ lược lịch sử: Từ lâu, các chính quyền ở Bỉ luôn luôn khuyến khích lĩnh vực tư nhân, kể cả các tổ chức tương tế lẫn các công ty bảo hiểm. Đến năm 1951 thì phong trào tương tế được công nhận về mặt pháp lý. Phải đến năm 1903 thì mới có biệt dấu tiên về tai nạn lao động. Bảo hiểm mất sức khoẻ dần dần được hình thành theo hướng tư nhân và chỉ bảo hiểm một phần mà thôi.

Mãi đến cuối thế chiến II thì luật 28/12/1944 mới quy định chế độ bảo hiểm chỉ áp dụng cho người làm công ăn lương. Người ăn lương, chủ và nhà nước đóng góp bảo hiểm. Lĩnh vực tương tế cũng nằm trong bảo hiểm. Hệ thống bảo hiểm này mở rộng dần ra cho toàn thể dân chúng nhưng chỉ đối với các trường hợp bị rủi ro nặng mà thôi.

Kể từ lần sửa đổi hiến pháp lần thứ ba (1968-1971), có ba cộng đồng văn hoá được công nhận và được trao cho một số quyền. Đó là cộng đồng nói tiếng Pháp, cộng đồng nói tiếng Flamand và cộng đồng nói tiếng Đức. Một đạo luật tháng 8/1974 khẳng định nguyên tắc theo vùng. Năm 1980, Hiến pháp Bỉ đã có những điều chỉnh sâu sắc và nhiều quyền hạn của chính quyền trung ương được trao lại cho các vùng sử dụng tiếng Pháp và tiếng Flamand.

Hiện nay, nước Bỉ được phân chia thành rất nhiều vùng theo cộng đồng, theo vùng và với vùng thuộc thủ đô Bruxelles thì có các Ủy ban của các cộng đồng.

Định hướng gần đây:

Hệ thống y tế của Bỉ cũng phải đối phó với vấn đề chi phí cho y tế ngày càng tăng cao. Hình như ngân sách dành cho lĩnh vực này không đủ và nhất là tổ chức hành chính và chính trị phức tạp làm cho việc phân bổ ngân sách càng gặp khó khăn hơn.

Một chương trình cho phép phân tích cách các thầy thuốc kê đơn đã được thực hiện từ năm 1996. Nghiên cứu này sẽ cho phép xây dựng tiêu chuẩn về kê đơn.

Cũng trong năm 1996, Chính phủ đã ra Nghị định đề xuất một số hướng để kiểm soát chi phí y tế.

Hiện đại hoá bảo hiểm xã hội đã được tiến hành từ năm 1995. Các biện pháp được chấp nhận đối với y tế đặc biệt chú trọng đến các nhóm người dễ gặp khó khăn về mặt xã hội.

Chương trình năm 1996-1997 của Chính phủ là cố xác định lại khái niệm tổng thể về dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trong đó có cả việc giới hạn số thầy thuốc - sẽ có hiệu lực vào năm 2002- việc đánh giá lại vai trò của bác sĩ đa khoa là người sẽ có thêm chức năng hướng bệnh nhân theo các chăm sóc hỗ trợ khác.

Quản lý hệ thống y tế:

Việc quản lý hệ thống y tế ở Bỉ rất phân tán. Có hai vùng Vallone, vùng xứ Flandres; riêng vùng Bruxelles lại được chia ra làm ba phân vùng theo ngôn ngữ. Ngoài ra, các cộng đồng nói tiếng Pháp và tiếng Đức còn có một số đặc quyền nữa. Kết quả là sự phân chia quyền hạn giữa chính quyền liên bang, các vùng và các cộng đồng rất phức tạp.

Chính quyền liên bang: Bộ Y tế công cộng có vai trò phối hợp và điều hoà hệ thống y tế nói chung. Bộ này chịu trách nhiệm về y tế công cộng, y tế xã hội và các cơ sở bệnh viện.

Bộ Y tế có vai trò liên hệ giữa công tác dự phòng (thuộc thẩm quyền của các cộng đồng và các vùng) và công tác điều trị (thuộc trách nhiệm của chính quyền liên bang). Bộ Xã hội giám hộ bảo hiểm xã hội.

Bảo hiểm y tế do Viện Quốc gia bảo hiểm y tế và tàn tật (INAMI) chịu trách nhiệm về hành chính cũng như về quản lý tài chính. Viện này có bộ phận kiểm tra y tế. Viện được điều hành bởi đại diện giới chủ các nghiệp đoàn người làm công ăn lương, nghiệp đoàn các nghề tự do, các quỹ bảo hiểm tư nhân và các hội của người làm công tác y tế. Viện INAMI cùng với Hội Thầy thuốc thoả thuận về giá cả các thao tác y tế.

Các vùng: Các vùng Vallone và Flandres có các Ty xã hội và Ty Y tế công cộng. Hai ty này chịu trách nhiệm về công tác dự phòng, đào tạo cán bộ y tế, áp dụng các tiêu chuẩn vào các bệnh viện, lập kế hoạch và việc chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi.

Vùng Bruxelles có ba cơ quan: Ủy ban của Cộng đồng nói tiếng Pháp (COCOF), Ủy ban của Cộng đồng nói tiếng Flamand (COCON) và Ủy ban của Cộng đồng sử dụng hai thứ tiếng.

Các Cộng đồng: Năm 1922 và năm 1994, Cộng đồng nói tiếng Pháp đã trao phần lớn quyền hạn cho vùng Vallone và cho Ủy ban của Cộng đồng nói tiếng Pháp ở Bruxelles. Cộng đồng nói tiếng Pháp có quyền hạn trong công tác dự phòng và đào tạo cán bộ y tế. Cộng đồng nói tiếng Đức (được thành lập năm 1984) cũng có quyền hạn tương tự.

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm y tế công cộng: Các quỹ tương tế chịu trách nhiệm quản lý bảo hiểm y tế và tàn tật bắt buộc. Bảo hiểm xã hội thu tiền đóng góp và trả tiền cho các dịch vụ. Gần như toàn bộ dân số được bảo hiểm y tế. Chế độ bảo hiểm xã hội đối với người làm công ăn lương và với người hành nghề tự do là khác nhau.

Chế độ bảo hiểm phổ cập: được áp dụng cho người làm công ăn lương và gia đình, cho người về hưu, bà goá và trẻ mồ côi, người tàn tật (VIPO). Khoảng 86% số dân được bảo hiểm theo chế độ này (bảo hiểm cả trường hợp ốm đau nhẹ và nặng). Trong chế độ này, người đóng bảo hiểm được chia thành ba loại: người

đang làm việc, người được hưởng 75% (VIPO 75) và người được hưởng 100% (VIPO 100).

Với người hàn nghề tự do: bảo hiểm y tế bắt buộc chỉ chịu trách nhiệm trong trường hợp ốm nặng phải nằm viện, bị phẫu thuật, bệnh mạn tính. Khoảng 14% số dân được bảo hiểm theo chế độ này.

Bảo hiểm xã hội là do các quỹ tương tế cung cấp. Các quỹ tương tế nằm trong năm liên đoàn tùy theo xu hướng chính trị, tôn giáo hay nghề nghiệp trong xã hội. Hai liên đoàn lớn nhất là Liên minh quốc gia các quỹ tương tế thiên chúa giáo (bảo hiểm 46% số dân, năm 1994) và Liên minh các quỹ tương tế xã hội (bảo hiểm cho 26% số dân, năm 1994). Liên minh quốc gia các quỹ tương tế có 11% dân số tham gia. Các quỹ tương tế theo nghề nghiệp có 10% và Liên minh các nghề tự do có 6% dân số tham gia.

Ngân sách của các chế độ bảo hiểm y tế do nhà nước đóng góp 39%, người làm công ăn lương đóng góp 23%, giới chủ đóng góp 34%, 4% ngân sách là do việc đầu tư tài chính của các quỹ mang lại.

Ngoài việc quản lý bảo hiểm y tế, các quỹ tương tế cũng có thể làm bảo hiểm bổ sung.

Bảo hiểm y tế bổ sung: Bảo hiểm bổ sung do các quỹ tương tế công cộng và các hãng bảo hiểm tư đảm nhận.

Các công ty bảo hiểm có tính chất thương mại chịu đảm bảo bồi hoàn chủ yếu trong các trường hợp phải nằm viện và điều trị ngoại trú đối với các bệnh nặng. Còn các Quỹ tương tế thì chủ yếu đảm nhận bảo hiểm trong trường hợp ốm nhẹ.

Liên minh quốc gia các quỹ bảo hiểm thiên chúa giáo và Liên minh các quỹ tương tế xã hội cho rằng có khoảng 75% số người mua bảo hiểm của họ đã mua thêm bảo hiểm bổ sung.

Dịch vụ y tế:

Các nghề nghiệp y tế.

Năm 1995, Bỉ có 36.800 bác sĩ (1 bác sĩ /274 người dân), trong đó có khoảng 23.750 bác sĩ khám chữa bệnh ngoại trú.

Bác sĩ đa khoa chủ yếu làm tư. Chỉ có bác sĩ đa khoa và *bác sĩ nhi khoa* là có quyền khám bệnh tại nhà bệnh nhân. Phần lớn các *bác sĩ chuyên khoa* làm việc tại các bệnh viện nhưng cũng có một số có phòng khám chữa bệnh tư ở các thành phố. Bác sĩ đa khoa chiếm tỷ lệ là 53%, còn bác sĩ chuyên khoa là 46% (tỷ lệ năm 1995).

Các thầy thuốc - kể cả tại bệnh viện - được trả tiền theo thao tác y tế. 90% số bác sĩ là có ký hợp đồng với bảo hiểm.

Hiện nay không có tình trạng thừa bác sĩ nhưng người ta thấy nên đề ra nguyên tắc về tăng số lượng bác sĩ.

Nha sĩ chủ yếu làm tư. Năm 1995 có 7.000 nha sĩ.

Người dân có quyền tự do lựa chọn bác sĩ. Không có mạng lưới chăm sóc sức khỏe. Bảo hiểm không bồi hoàn cho khám bệnh và đến khám tại nhà.

Bệnh viện.

Từ năm 1963, Bỉ đã có Luật về bệnh viện và từ đó đến nay, Luật này đã được sửa đổi nhiều lần. Chính phủ liên bang có trách nhiệm xác định khuôn khổ và các chính sách đối với bệnh viện. Chính phủ liên bang cũng chi phối việc trang bị cho bệnh viện, cung cấp tài chính cho bệnh viện và có thể bù lỗ cho bệnh viện.

Tất cả các bệnh viện đều phải hoạt động trên cơ sở không vụ lợi và là tài sản công cộng hoặc là tài sản của các Hội.

Bộ trưởng Bộ Y tế có quyền ra quyết định lập bệnh viện mới. Bộ Y tế cũng cấp tiền đầu tư cho xây dựng bệnh viện. Bệnh viện công được nhận 75% , bệnh viện tư không vụ lợi được nhận 60% các chi phí ban đầu. Số giường bệnh của khu vực công và tư là bằng nhau.

Năm 1995, tổng số giường ở 333 bệnh viện là 74.500 giường. Hai phần ba số giường này là dành cho các bệnh cấp là các bệnh chủ yếu do khu vực tư nhân không vụ lợi đảm nhận (60%). Có khoảng 15% số giường là dành cho lão khoa và điều trị dài ngày.

Vào đầu những năm 90, đã có chính sách tổ chức lại bệnh viện. Chính sách này đã dẫn đến việc giảm số giường bệnh, hợp nhất bệnh viện và tăng cường hợp tác giữa các cơ sở y tế. Toàn bộ các cơ sở nhỏ bị đóng cửa. Người ta đã đưa ra các chỉ tiêu hoạt động tối thiểu cụ thể như: 400 ca đẻ/năm đối với cơ sở hộ sinh, tỷ lệ sử dụng giường là 70% đối với các khoa bệnh tâm thần.

Việc cung cấp tài chính cho các bệnh viện được ấn định một cách dự đoán dựa trên ngân sách và các mục tiêu được đề ra hằng năm (cụ thể là theo tổng số ngày điều trị).

Tiền nằm viện một ngày là tiền công chăm sóc của nhân viên y tế và tiền phòng, các chi phí còn lại là từ một ngân sách toàn bộ.

Hiện nay, Bỉ đang nghiên cứu khả năng trả tiền theo từng trường hợp dựa trên các nhóm bệnh (Diagnosis Related Groups, DRG).

Dược.

Bộ Y tế chịu trách nhiệm về việc đăng ký và bán các biệt dược. Ủy ban vật giá thuộc Bộ Kinh tế ấn định giá thuốc.

Viện Quốc gia bảo hiểm y tế và tàn tật (INAMI) - với danh mục thuốc được bồi hoàn - có tiếng nói đối với việc định giá.

Giá thuốc ở Bỉ là thấp so với ở các nước khác. Trong những năm 80, Chính phủ Bỉ đã cố gắng để khuyến khích ngành công nghiệp dược trong nước.

Các thuốc gốc đã được lưu thông ở Bỉ vào năm 1985.

Số lượng và nơi mở cửa hàng thuốc do luật pháp quy định. Một nửa số hiệu thuốc là tư nhân, do dược sĩ làm chủ. 95% số cửa hiệu thuốc là ký hợp đồng với bảo hiểm. Năm 1995 ở Bỉ có 5.270 cửa hiệu thuốc và gần 400 bác sĩ có bán thêm thuốc.

Bảo hiểm chỉ bồi hoàn các thuốc có trong danh mục. Mức trần được quy định tùy theo loại thuốc. Những người thuộc hạng VIPO 100 được bồi hoàn toàn bộ.

HỆ THỐNG Y TẾ ĐAN MẠCH: MỘT HỆ THỐNG Y TẾ RẤT PHÂN TÁN

Đan mạch có hệ thống y tế được tổ chức theo mô hình hệ thống quốc gia từ năm 1973. Hệ thống y tế Đan mạch rất phân tán. 85% ngân sách y tế là từ thuế địa phương và thuế quốc gia. Hệ thống y tế Đan mạch đảm bảo cho toàn thể nhân dân được khám chữa bệnh không mất tiền và được chăm sóc bình đẳng trong hầu hết các dịch vụ y tế.

Hệ thống y tế Đan mạch kết hợp một cách rất độc đáo cạnh tranh và đánh thuế thân, kiểm soát được chi phí y tế và đảm bảo chất lượng y tế.

Sơ lược lịch sử: Sau nhiều lần thí nghiệm, vào năm 1964, Đan mạch đã xây dựng được một hệ thống bảo hiểm xã hội thực sự. Một tập hợp các quỹ bảo hiểm cung cấp tài chính cho chi phí y tế. Phần lớn dân số được bảo hiểm với một mức đóng góp rất thấp thông qua 13 Quỹ tương tế và nhờ có sự đóng góp rất lớn của nhà nước. Chỉ có một phần nhỏ dân số có thu nhập cao là phải mua bảo hiểm y tế tư nhân. Bảo hiểm y tế tư nhân này không được nhà nước trợ giúp. Kể từ khi có Đạo luật năm 1973, bảo hiểm y tế được mở rộng ra cho toàn dân. Cho đến năm 1976 thì bảo hiểm y tế vẫn còn liên quan đến một mức trần thu nhập nhất định.

Những định hướng gần đây:

Các chính sách được thực hiện từ đầu những năm 80 nhằm tìm cách làm cho các cơ sở y tế nâng cao năng lực và đạt hiệu quả tốt hơn. Các nhà chức trách đã đề ra chính sách làm giảm chi phí bệnh viện bằng cách tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Chính phủ không đưa ra dự án nào nhằm tư nhân hoá dịch vụ y tế.

Tháng 1 năm 1997, một nhóm chuyên gia đã đưa ra báo cáo về các vấn đề tổ chức của hệ thống y tế Đan mạch và nêu bật tình trạng phải chờ đợi kéo dài ở các bệnh viện cũng như việc thiếu sự phối hợp ở các tỉnh đã dẫn đến sự không đồng bộ trong cung cấp dịch vụ y tế. Báo cáo đã đề xuất là giữa các vùng nên có sự thoả thuận về một số chuyên khoa, mở rộng quyền được chọn lựa bệnh viện của bệnh nhân, phân bổ nhân viên y tế hợp lý hơn. Báo cáo cũng đề nghị nên lập ra một ban điều hành duy nhất để lãnh đạo bệnh viện.

Quản lý hệ thống y tế:

Từ năm 1973, việc quản lý bệnh viện rất phân tán, dựa trên các cơ sở y tế theo địa phương (thành phố/hạt, tỉnh) của hệ thống y tế cũ. Các cấp địa phương

đã được gộp lại, vai trò chính trị và tài chính của họ trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội và tổ chức cơ sở y tế của họ được mở rộng hơn.

Cấp trung ương: Cấp trung ương làm nhiệm vụ giám hộ và điều phối toàn bộ hệ thống. Sự can thiệp của cấp trung ương nhằm để đảm bảo trật tự trong công tác y tế và làm cho các chính sách của các tỉnh/hạt được hài hoà. Bộ Y tế là cơ quan có thẩm quyền chính. Bộ này chịu trách nhiệm về lập pháp và đề ra phương hướng, các chính sách chung. Bộ được sự trợ giúp của các cơ quan và các cục có tính độc lập rất cao, có chức năng thực hiện, tư vấn hoặc thanh tra. Cơ quan chính là Hội đồng y tế quốc gia, chủ yếu gồm những nhà chuyên nghiệp có trách nhiệm điều phối cung ứng dịch vụ y tế và chỉ đạo lập kế hoạch.

Cấp hạt/thành phố: Có 16 tỉnh/hạt (14 hạt và hai thành phố là Copenhagen và Fredericksberg). Mỗi hạt/thành phố có một Hội đồng Y tế chịu trách nhiệm quản lý và lập kế hoạch cho công tác y tế bao gồm các bệnh viện, các cơ sở y tế tuyến đầu và công tác dự phòng.

Các hạt (có dân số từ 46.000 đến 600.000 người) dành gần 70% ngân sách cho công tác y tế.

Cấp tỉnh: Chính quyền tỉnh tập trung vào các vấn đề xã hội nhiều hơn; các mặt công tác thực sự là y tế chỉ nhận được 5% ngân sách của tỉnh.

Các Hội đồng tỉnh (có tất cả là 275 Hội đồng) điều hành các dịch vụ ở cộng đồng như y tá đến thăm sức tại nhà, dịch vụ y tế học đường, khám chữa răng cho trẻ em. Gần đây, cấp tỉnh cũng chịu trách nhiệm quản lý các cơ sở chăm sóc người mắc bệnh tâm thần và các cơ sở điều trị dài ngày. Ngoài ra tỉnh còn phải chịu trách nhiệm về mặt tài chính đối với những bệnh nhân cao tuổi không cần phải điều trị tăng cường nữa mà vẫn nằm viện.

Lãnh đạo hạt và tỉnh là do các Hội đồng do dân bầu ra.

Do hệ thống đã được phân cấp nên những đề nghị của trung ương được các hạt và các tỉnh áp dụng một cách thích nghi tùy theo điều kiện và tiêu chí của mình.

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm y tế công cộng: Có hai hệ thống bảo hiểm song song, hệ thống phổ cập (statut 1) bao phủ 97% dân số và hệ thống đặc biệt (statut 2) chỉ bao phủ có 3% dân số.

Theo hệ thống bảo hiểm phổ cập thì người đóng bảo hiểm được chọn trong vòng 1 năm một bác sĩ đa khoa có tên trong danh sách do hạt/thành phố lập ra. Bác sĩ này sẽ quyết định gửi bệnh nhân đi khám chuyên khoa hay đi nằm viện. Theo hệ thống đặc biệt thì người mua bảo hiểm được tự do chọn lựa bác sĩ và được tự do chọn nơi điều trị hỗ trợ nhưng phải đóng góp nhiều hơn.

Tuy phần lớn dịch vụ y tế quốc gia là không mất tiền, vẫn có một số dịch vụ là có mức trần như dịch vụ răng, mắt, lý liệu pháp, tác động lên cột sống, chăm sóc bàn chân.

Bảo hiểm y tế tư nhân: Có một công ty bảo hiểm tư nhân (Danmark) nhận bồi hoàn phần mà bệnh nhân phải chi trả. Trong những năm 80, số người

mua bảo hiểm tự nguyện (tự nhân) đã tăng từ 10% lên 20% dân số. Càng ngày người ta càng chọn chế độ bảo hiểm y tế tốt hơn.

Dịch vụ y tế:

Có 125.000 người làm việc trong hệ thống y tế Đan mạch, hơn hai phần ba là làm trong các bệnh viện. Bác sĩ và nha sĩ chiếm 15%, y tá chiếm 25%.

Để phối hợp tốt hơn giữa các cơ sở, ngân sách khám chữa bệnh ngoại trú đã được chuyển từ cấp tỉnh sang cấp hạt từ những năm 70.

Các nghề nghiệp y tế: Với bệnh nhân được bảo hiểm phổ cập thì bắt buộc phải gặp trước hết *bác sĩ gia đình*. Đó là người thầy thuốc đa khoa có vai trò phối hợp các biện pháp cần thiết cho bệnh nhân. Năm 1995 có 3.200 bác sĩ đa khoa đang hành nghề, chiếm 79% số bác sĩ khám chữa bệnh ngoại trú.

Bác sĩ đa khoa là bác sĩ đã ký hợp đồng với bảo hiểm. Bác sĩ đa khoa làm việc một cách độc lập hoặc ở phòng khám riêng, hoặc ở một phòng khám chung với một nhóm bác sĩ khác. Bác sĩ được hạt/tỉnh trả tiền theo mức thuế thân của từng người đã đăng ký khám chỗ anh ta (trung bình mỗi bác sĩ có 1.600 bệnh nhân) và mỗi lần khám cũng được nhận thù lao. Với các bệnh nhân đã chọn bảo hiểm đặc biệt (statut 2) thì bác sĩ có quyền tính tiền công cao hơn mức quy định.

Về nguyên tắc thì các bác sĩ có quyền chọn chỗ đặt phòng khám. Tuy nhiên, giữa Liên đoàn các bác sĩ đa khoa và Hội các Hội đồng hạt đã có thỏa thuận để hạn chế số bác sĩ ở mỗi vùng địa lý. Nếu bác sĩ lại chọn mở phòng khám tại một nơi có mật độ phòng khám cao thì hạt sẽ không trả tiền.

Vì là bản lề trong hệ thống y tế nên bác sĩ đa khoa chẳng những được coi như là một chuyên khoa mà hơn thế nữa, việc đào tạo bác sĩ đa khoa là lâu nhất và nặng nhất.

Các *bác sĩ chuyên khoa* làm việc hoặc ở bệnh viện, hoặc ở phòng khám riêng, hoặc ở một phòng khám chung với một nhóm bác sĩ khác. Họ được hạt trả tiền trực tiếp, dựa trên giá thao tác được thống nhất trong toàn quốc.

Một vài hạt có thiết lập mạng lưới chăm sóc bệnh nhân nhưng bộ máy này tốn kém nên các hạt khác không làm.

Phần lớn các *bác sĩ nha khoa* (có khoảng 3.400) là làm tư. Thù lao thì chủ yếu do bệnh nhân trả trực tiếp.

Bệnh viện:

Hầu hết các bệnh viện là bệnh viện công. Cả nước chỉ có 7 bệnh viện tư (với 600 giường) không nhằm mục đích lợi nhuận. Các bệnh viện này ký hợp đồng với các hạt và thanh gia vào dịch vụ công cộng. Mới nhất gần đây, có một vài người đã có ý định lập ra hai bệnh viện tư nhân nhằm mục đích sinh lời để đáp ứng nhu cầu trong một số chuyên khoa (danh sách chờ đợi quá dài) nhưng không thực hiện được. Từ vài năm nay, Đan mạch đã ký kết với Đức, Thụy điển và Pháp để gửi bệnh nhân cần mổ tim và ghép tạng.

Hội đồng hạt điều hành và quản lý tất cả các cơ sở y tế có trong vùng của mình thông qua ủy ban bệnh viện của hạt. Một số hạt tổ chức thành các

consortiums (tổ hợp). Chỉ có một bệnh viện quốc gia 1.550 giường dành cho đào tạo đại học và có 8.000 người làm việc tại bệnh viện này.

Các chuyên khoa rất đặc biệt được tổ chức theo đơn vị dân số là một triệu người (tức là tương ứng với số dân của 3 đến 4 hạt). Tuy nhiên mỗi vùng đều muốn có những khoa đặc biệt để được tự chủ hơn. Cách làm này đã dẫn đến thừa cung ứng dịch vụ ở một số tỉnh vực.

Trong số 106 bệnh viện được điều tra vào năm 1995 có 6 bệnh viện chuyên khoa rất sâu có trên 100 giường, 20 bệnh viện đa khoa có rất nhiều khoa, 16 bệnh viện tâm thần, 49 bệnh viện địa phương không có chuyên khoa. Bệnh viện công không chấp nhận bất kỳ một giường tư nào. Việc phân phối nguồn lực vào cuối những năm 70 đã khiến cho một số cơ sở bệnh viện phải đóng cửa hay phải chuyển thành cơ sở an dưỡng hoặc thành cơ sở chăm sóc dài ngày. Số giường giảm đi nhiều (hơn 10.000 giường trong vòng 12 năm). Tổng số giường năm 1995 là gần 30.000 giường tức là 6 giường cho 1.000 người dân.

Nhiệm vụ chủ yếu của bệnh viện là chữa các bệnh cấp tính. Các bệnh nhân cần phục hồi sức khỏe sau khi ốm, cần phục hồi chức năng và cần được chăm sóc lâu dài thì phải vào các cơ sở an dưỡng hay các cơ sở chăm sóc điều dưỡng. Vào năm viện cần có chỉ định của bác sĩ điều trị, trừ trường hợp cấp cứu. Kể từ năm 1994, bệnh nhân có quyền chọn bệnh viện nhưng vẫn phải xin phép trước.

Tất cả những người làm trong bệnh viện đều được trả lương. Từ 1970 đến 1990, số lượng bác sĩ làm việc tại bệnh viện tăng lên rất nhiều (+140%). Số điều dưỡng viên và y tá cũng tăng theo.

Ban lãnh đạo bệnh viện là một bộ ba gồm một giám đốc hành chính, một bác sĩ trưởng và một điều dưỡng viên trưởng.

Ngân sách bệnh viện do vùng ấn định. Ngân sách này dành cho các khoa lâm sàng của bệnh viện. Tổng ngân sách còn liên quan đến các chương trình hoạt động. Việc quản lý bệnh viện được tính trên cơ sở các nhóm bệnh (DRG).

Được:

Các hiệu thuốc đều là của tư nhân và được khống chế nghiêm ngặt. Danh mục các thuốc bán và giá cả là do Cục Sức khỏe quốc gia quản lý. Hạt chỉ trả một phần tiền thuốc, từ 75% đến 59% tùy theo tác dụng điều trị. Đối với một số đối tượng đặc biệt như người về hưu thì hạt chịu phần tiền thuốc mà bệnh nhân phải trả.

Các dược sĩ có quyền thay thế thuốc kê trên đơn bằng một thứ thuốc rẻ tiền hơn và được khuyến khích đề nghị bệnh nhân dùng thuốc gốc.

Giới hạn giá bán buôn và giá bán lẻ được ấn định.

HỆ THỐNG Y TẾ TÂY BAN NHA: NGÀY CÀNG BỚT TẬP TRUNG

Ngân sách cho hệ thống y tế quốc gia Tây ban nha - được thành lập năm 1986 - được lấy từ công quỹ và đảm bảo cho mọi người đều được khám chữa bệnh không mất tiền. Vào đầu những năm 80, hệ thống y tế này rất tập trung nhưng đến nay đã được chia thành các cộng đồng có tính độc lập, bảy trong số đó có đầy đủ quyền hạn về y tế.

Chính quyền trung ương đưa ra những chỉ đạo chung nhưng các cộng đồng có thể thực nghiệm những cách mới về dịch vụ y tế và về giá cả. Cách áp dụng và hoạt động của dịch vụ y tế quốc gia khác nhau theo vùng. Một số hệ thống y tế phụ vẫn song song tồn tại bên cạnh cơ quan y tế quốc gia.

Sơ lược lịch sử: Ngay từ cuối những năm 30 ở Tây ban nha đã có một vài chế độ bảo hiểm xã hội tồn tại. Cuối năm 1942, bảo hiểm y tế bắt buộc đã được thiết lập chỉ nhằm cho những người làm công ăn lương thấp mà thôi. Năm 1962 có Luật khung về bảo hiểm xã hội, Luật này hợp nhất tất cả các bảo hiểm xã hội đã có và đặt ra một hệ thống tập trung hoá cao độ, trong đó có mạng lưới y tế. Năm 1974, một Luật mới đã cho phép có hai hệ thống sức khoẻ tồn tại song song: một hệ thống thuộc nhà nước, khu vực, tỉnh và một hệ thống thuộc về bảo hiểm y tế bắt buộc.

Luật về sức khoẻ ra đời năm 1986 đã cho phép tạo ra một cơ quan y tế quốc gia như Hiến pháp 1978 đoạn tuyệt với thời kỳ thống trị của Franco đã nêu. Tất cả các cơ sở y tế đã có được thống nhất lại dưới sự điều phối của nhà nước. Về nguyên tắc thì hệ thống này là phục vụ miễn phí cho tất cả mọi người. Sau đó, hệ thống này dần dần mất tính tập trung. Năm 1989, bảo hiểm y tế được mở rộng cho tất cả mọi người Tây ban nha không có thu nhập, trên cơ sở không phải đóng góp.

Những định hướng gần đây:

Năm 1990, bản báo cáo Abril về dịch vụ y tế được làm theo yêu cầu của Quốc hội đã đưa ra một số cải cách nhưng những đề nghị này đã bị các giới chính trị và xã hội bác bỏ.

Năm 1991, giới chức y tế đã bắt đầu xây dựng các phương pháp đánh giá công nghệ y tế. Các xứ Basque và Catalogna là những nơi đi đầu. Ý tưởng là hướng về áp dụng các nguyên tắc quản lý khu vực tư nhân vào quản lý hệ thống y tế. Các nhà cầm quyền địa phương bắt đầu ký hợp đồng với các trung tâm y tế tư nhân và thử nghiệm những phương thức mới để quản lý bệnh viện. Một trong những diễn quan tâm chính xoay quanh khái niệm bệnh viện - cơ sở kinh doanh. Một vài thử nghiệm đã được thực hiện ở Catalogna.

Quá trình phi tập trung hoá đã được tiếp tục đẩy mạnh vào năm 1997: tuyên bố giao thẩm quyền về y tế cho các vùng mà trung ương vẫn quản lý.

Năm 1997, một Ủy ban của Quốc hội đã được thành lập để nghiên cứu cải cách toàn diện hệ thống y tế. Bộ Y tế về phần mình, tuyên bố ủng hộ việc mở rộng quyền bệnh nhân được chọn bác sĩ và trung tâm, phổ cập hoá thẻ khám chữa bệnh. Về phương diện thuốc men có thể xây dựng một chính sách toàn diện: tăng sử dụng các thuốc gốc, định giá thuốc. Đang xây dựng công ước về sức khoẻ để đảm bảo một số quyền của người sử dụng.

Quản lý hệ thống y tế

Cấp Trung ương: có nhiều Bộ tham gia quản lý. Bộ Y tế đóng vai trò chính. Bộ Y tế chịu trách nhiệm đảm bảo sao cho mọi công dân đều có quyền được khám chữa bệnh và chịu trách nhiệm đề ra chính sách. Bộ đảm bảo sự phối hợp và lập kế hoạch về y tế công cộng, quản lý nhân sự. Bộ cũng đảm bảo việc thực hiện các quyết định của Chính phủ đảm trách việc phối hợp với các cơ quan xã hội và sức khoẻ trong các mặt có nhiều Bộ tham gia.

INSALUD là cơ quan quản lý và cung cấp tài chính cho các cơ sở y tế thuộc các cộng đồng tự chủ vẫn chưa hoàn toàn có đủ khả năng. Cơ quan này thuộc Bộ Y tế.

Bộ Lao động và An toàn xã hội định ra cơ cấu kinh tế của hệ thống an toàn xã hội và các điều kiện tham gia.

Cấp địa phương: Bảy cộng đồng/vùng (Catalogna, Andalousia, xứ Basque, Valanciennes, Navarre, Galicia, và Canaries) đã được giao toàn bộ các quyền về công tác y tế. Bảy vùng này chiếm 62% dân số Tây ban nha. Hội đồng y tế vùng là cơ quan có thẩm quyền. Quá trình phi tập trung hoá bắt đầu từ 1981 và đến nay vẫn chưa hoàn thành.

Hội đồng quốc gia y tế liên vùng đảm bảo sự phối hợp giữa chính quyền trung ương và các vùng tự trị.

Ngân sách Y tế và An toàn xã hội được Quốc hội thông qua hằng năm, sau đó được phân chia cho bảy vùng tự trị và cho INSALUD (cho những vùng mà công tác y tế vẫn theo lối tập trung). Việc phân chia dựa theo nguyên lý đơn giản là theo số lượng người. Tại các vùng, ngân sách của vùng lại được phân chia theo quyết định của các Nghị viện vùng. Thuế địa phương có thể bù cho ngân sách mà trung ương phân bổ cho vùng.

Bảo hiểm y tế

Hầu như toàn bộ dân số được bảo hiểm ốm đau, trong đó 94% là qua hệ thống bảo hiểm xã hội, gần 5% là qua các quỹ tương tế. Công chức được quyền chọn giữa dịch vụ y tế công cộng và dịch vụ y tế tư nhân.

Có khoảng 6 triệu người (14% dân số) đã mua bảo hiểm tư nhân, hơn một phần ba là làm trong lĩnh vực công cộng. Có rất nhiều người theo cả hai bảo hiểm, An toàn xã hội và bảo hiểm tư nhân.

Bảo hiểm bổ sung được đảm nhiệm bởi các quỹ tương tế và các hãng bảo hiểm tư nhân. Các quỹ tương tế là các hội không có mục đích kiếm lợi, có vai trò song hành với cơ quan nhà nước. Các quỹ tương tế này có mạng lưới y tế riêng của mình và người tham gia quỹ tương tế được khám chữa bệnh không mất tiền.

Các *quỹ bảo hiểm tư nhân* được xếp vào khu vực thương mại. Các quỹ này rất tập trung. Từ những năm 1930, có loại quỹ tư nhân đặc biệt là các “*igualatorios collegiales*” Đây là những hội tập hợp những người làm nghề y cung cấp một số dịch vụ y tế cho những người hàng năm đóng một khoản tiền nhất định cho hội. Những năm gần đây, kiểu “hợp tác” này phát triển rất mạnh do các hãng bảo hiểm lớn trả tiền cho bác sĩ quá thấp. Hình thức này hơi giống các Health Maintenance Organization (HMO) của Hoa Kỳ và thu hút hơn một phần ba số người mua bảo hiểm tư nhân.

Cung cấp dịch vụ y tế.

Chăm sóc ban đầu: Cải cách 1986 nhấn mạnh chăm sóc sức khỏe ban đầu là mặt cho đến đầu những năm 80 chưa được phát triển lắm. Các cơ sở ở địa phương là những phòng khám theo kiểu cũ hay là những trung tâm công cộng. Các bác sĩ làm việc một mình tại các phòng khám cổ điển, thường là làm ngoài giờ sau giờ làm ở bệnh viện công. Tiền được hưởng là do các bệnh nhân trên danh sách đóng. Dịch vụ ở đây chỉ là chữa bệnh. Khám chữa bệnh ngoại trú chủ yếu là qua dịch vụ công cộng do các bác sĩ đa khoa, nhi khoa, các kíp y tá đảm nhiệm. Những người này làm việc ăn lương. Các phòng khám tập thể làm việc chữa bệnh và dự phòng; mọi phòng khám có một bác sĩ điều khiển.

Các dịch vụ do cơ quan y tế nhà nước quy định. Mới đây, các trung tâm chăm sóc ban đầu đã có hợp tác với các trung tâm chuyên khoa và phát triển thêm dịch vụ phụ khoa và tâm thần.

Khám chữa bệnh chuyên khoa. Các bệnh viện hay các trung tâm thuộc bệnh viện - tức là khu vực nhà nước - làm nhiệm vụ khám chữa bệnh chuyên khoa. Năm 1995 có 1.700 trung tâm y tế, 3.100 đơn vị nông thôn và 200 đơn vị phẫu thuật lưu động ở thành phố.

Bệnh viện.

Năm 1995 có 790 bệnh viện với 170.000 giường, trong đó khoảng 130.000 giường cho bệnh cấp. Trung bình là 4,3 giường cho 1.000 dân. Giữa các vùng có chênh lệch lớn. Nói chung thì Tây ban nha được trang bị kém hơn phần lớn các nước châu Âu lân cận.

Gần 70% trung tâm y tế là công cộng, gần 12% là tư nhân không vì mục đích sinh lợi và hơn 18% là tư nhân vì mục đích sinh lợi. Một vài bệnh viện tư có hợp đồng với INSALUD. Không có giường tư trong bệnh viện công.

Sân sóc bệnh nhân tâm thần là thuộc về lĩnh vực xã hội. Hiện có những vấn đề rất phức tạp đặt ra do chưa có biện pháp nào ngoài biện pháp nằm viện, thiếu thôn phương tiện và phối hợp giữa y tế và xã hội còn yếu kém.

Phần lớn những người làm công tác y tế là ăn lương. Mấy năm nay, có chế độ tiền thưởng để khuyến khích bác sĩ trong lĩnh vực công đồn tâm trí chỉ làm việc công chứ không làm tư ngoài giờ.

Ngân sách cho các bệnh viện công phần lớn là dựa trên một ngân sách tổng thể. Từ 1990, một vài vùng theo gương Catalogne đã thay đổi việc cấp ngân sách bằng kiểu ký hợp đồng cố mục tiêu.

INSALUD cũng đã bắt đầu áp dụng ở một số cơ sở một phương thức cấp ngân sách mới, dựa trên UPA, bằng chuyển đổi hoạt động của bệnh viện tính theo một chuẩn nhất định. Các bệnh viện tư nhận tiền từ các quỹ tương tế công cộng hay tư nhân, từ các hãng bảo hiểm, các cá nhân nhưng cũng có thể từ cơ quan y tế nhà nước nếu có ký hợp đồng.

Các nghề nghiệp trong y tế.

Tây ban nha có mật độ bác sĩ cao nhất châu Âu. Sau khi có mạng lưới y tế quốc gia, chính quyền đã có một vài biện pháp để hạn chế nhưng vẫn chưa đủ.

Trong số 153.000 bác sĩ đang hành nghề, có khoảng 37% là *bác sĩ chuyên khoa*. Tỷ lệ này càng ngày càng tăng. Phân bố theo chuyên khoa không phù hợp với nhu cầu thực tế. Một số chuyên khoa là quá thừa (nhi khoa, điện tim, nhãn khoa ...) và phân bố hỗn loạn trên lãnh thổ. Hiệp hội các bác sĩ đã yêu cầu chính quyền có cách để cân đối chuyên khoa theo vùng.

Rất khó phân biệt chính xác y tế tư nhân và y tế công vì phần lớn các bác sĩ làm ở cả hai khu vực và vì sự đan xen giữa hai khu vực công cộng và tư nhân.

Không có sự hạn chế số lượng sinh viên khi nhập học. Nhưng mỗi trường đại học lại có hệ thống tuyển lựa để chọn sinh viên học chuyên khoa.

Gần 40% số bác sĩ được đào tạo ra không kiếm được việc làm trong khu vực công cộng vì khu vực này đã sử dụng tới 90% số bác sĩ đang hành nghề. Một tỷ lệ lớn bác sĩ làm việc theo hợp đồng ngắn hạn. Hội đồng y tế quốc gia liên vùng đã yêu cầu các trường đại học giảm dần ít nhất là 30% số sinh viên y.

Mật độ *nhà sĩ* lại rất thấp (0,03%). Phần lớn dịch vụ về răng không được bảo hiểm công chi trả.

Dược.

Có 18.000 hiệu thuốc bán lẻ, 200 cơ sở bán buôn. Các hiệu thuốc nhỏ là tư nhân. Hoạt động của các cửa hiệu thuốc được các vùng tự trị kiểm soát, trong đó có việc quy định tiêu chuẩn để mở cửa hiệu.

INSALUD quản lý việc phục vụ của các hiệu thuốc, đưa ra các điều kiện thoả thuận và theo dõi việc áp dụng các biện pháp để kiểm soát chi phí cho sức khoẻ. Người dân phải trả tới 40% tiền thuốc.

Nhà nước có quyền cho phép lưu hành thuốc trên thị trường, ấn định giá cả, quyết định ghi vào trong danh mục hay xoá khỏi danh mục thuốc được bồi hoàn, kiểm tra chất lượng các sản phẩm do các hãng và phòng thí nghiệm giới thiệu.

Công nghiệp dược phẩm có 317 phòng thí nghiệm. Các phòng thí nghiệm phải thoả thuận với cơ quan y tế quốc gia để cung cấp cho thị trường nội địa.

HỆ THỐNG Y TẾ PHẦN LAN CÓ SỰ CẠNH TRANH TRONG Y TẾ QUỐC GIA

Hệ thống y tế Phần lan được xây dựng theo nguyên lý của Beveridge. Tiền thân là dựa trên hệ thống cũ, trong đó các địa phương (tỉnh) đảm nhận chi phí y tế. Hiện có bảo hiểm y tế bắt buộc và phổ cập toàn dân. Hệ thống này dựa trên các bệnh viện.

Do những năm gần đây gặp khó khăn về cung cấp tài chính, nhà cầm quyền đang học tập cải cách của Anh mới đây. Từ một vài năm nay, có một thị trường nội địa trong khu vực công cộng.

Sơ lược lịch sử: Từ đầu thế kỷ, Phần lan có hệ thống dựa trên trách nhiệm và quyền của địa phương (tỉnh) và sự đóng góp tiền của bệnh nhân. Trên cơ sở đó, các chính quyền đã dần dần thiết lập nên hệ thống dựa trên ngân sách quốc gia.

Năm 1950, cơ quan y tế nhà nước đã đặt mục tiêu xây dựng các bệnh viện. Đầu những năm 60 đã lập hệ thống bảo hiểm y tế.

Năm 1972, Luật sức khoẻ công cộng đã đặt ra một hệ thống phù hợp và tổ chức tăng cường chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Luật này bắt các tỉnh phải đảm bảo cho cơ sở của hệ thống phục vụ tốt nhất cho người dân của tỉnh mình. Năm 1977, Kế hoạch quốc gia đề ra công tác phát triển và hợp lý hoá các bệnh viện. Công tác dự phòng được tổ chức lại vào năm 1979. Một Đạo luật bắt buộc người sử dụng lao động phải có bộ phận phòng bệnh cho người lao động. Một số nhà máy có cơ sở y tế cho người làm công và cho gia đình họ.

Từ giữa những năm 80, việc phối hợp giữa lĩnh vực y tế và một số mặt thuộc lĩnh vực xã hội đã được đẩy mạnh, đặc biệt là vấn đề nằm viện của trẻ em và của người lớn tuổi. Vai trò của nhà nước đã giảm dần từ 15 năm nay.

Cải cách năm 1993.

Cải cách hệ thống y tế có hiệu lực từ năm 1993 rất gần với cải cách ở Anh. Mục tiêu của nó là giảm thiểu vai trò của chính quyền trung ương bằng cách cho địa phương nhiều chủ động hơn về mặt cung cấp dịch vụ y tế. Từ nay, các tỉnh có thể đưa ra chính sách chủ động, đặc biệt là có thể “mua” các cơ sở y tế. Ví dụ các tỉnh có thể ký hợp đồng với các cơ sở y tế. Như vậy, tiền thu được của bệnh viện phụ thuộc vào yêu cầu mà các tỉnh đặt ra để phục vụ sức khoẻ cho cư dân của mình. Giá cả do thoả thuận giữa chính quyền địa phương và các cơ sở y tế.

Khi giá săn sóc một bệnh nhân vượt quá một ngưỡng nhất định (năm 1998 là 250.000 Marks Phần lan) thì phần phụ trội sẽ được địa phương nằm trong khu vực y tế đó trả.

Chính quyền liên bang kiểm soát chất lượng dịch vụ y tế.

Phần quan trọng của cải cách là việc xem xét lại các tiêu chí cấp nhân sách quốc gia. Trước đó, ngân sách cho y tế và xã hội đã được ấn định trước, dựa theo thực giá. Giờ đây là dựa theo các tiêu chí về dân cư. Trong lĩnh vực y tế, ngoài cấu trúc dân số theo tuổi còn xét đến cả tỷ lệ mắc bệnh và cả khả năng tài chính của các cộng đồng trong địa phương.

Quản lý hệ thống y tế

Có hai cấp quản lý: tỉnh và trung ương. Cấp vùng có ít quyền hạn. Địa phương (tại chỗ) có vai trò quan trọng.

Ở cấp địa phương: các tỉnh (có 455) quản lý một mình hoặc cùng nhau quản lý các cơ sở y tế cơ sở hay ký hợp đồng với khu vực tư nhân. Các tỉnh bắt buộc phải là thành viên của các khu vực y tế.

Cả nước được chia thành 21 khu vực y tế. Mỗi khu vực chịu trách nhiệm về tổ chức các cơ sở y tế và phối hợp dịch vụ các bệnh viện công.

Ở cấp trung ương có *Bộ Xã hội và y tế* lãnh đạo và quản lý các hoạt động y tế. Bộ xác định các đường lối xã hội và y tế, chuẩn bị các dự án cải cách. *Hội đồng an ninh* có chức năng thanh tra các tỉnh. Hội đồng có thể cho các khuyến nghị để khắc phục các khiếm khuyết được nhận thấy.

Viện Bảo hiểm y tế quốc gia, phụ thuộc Quốc hội, có vai trò thông tin và tư vấn trong việc xác định các mục tiêu y tế và tài chính.

Hàng năm, Chính phủ xem xét và chấp thuận kế hoạch năm năm về y tế công cộng và dịch vụ xã hội.

Bảo hiểm y tế.

Có *bảo hiểm y tế chính thức và phổ cập* cho tất cả những người cư trú trên đất nước. Quỹ bảo hiểm này có 400 quỹ địa phương. Bảo hiểm y tế hợp pháp và phổ cập trợ giúp bệnh nhân trả phần phụ trội mà y tế quốc gia không đảm nhiệm và trong trường hợp bệnh nhân bị giảm thu nhập vì ốm đau. Quỹ là do sự đóng góp của những người mua bảo hiểm, của người sử dụng lao động và được nhà nước hỗ trợ.

Khó khăn kinh tế trong những năm 90 đã dẫn đến việc các thể chế nhà nước rút lui, không tham gia nữa. Hiện nay, bệnh nhân phải chịu 20% phí tổn chung về y tế.

Bảo hiểm y tế tư nhân chưa phát triển.

Cung cấp dịch vụ y tế

Các nghề nghiệp y tế.

Năm 1995, tỷ lệ bác sĩ là 2,7 bác sĩ/1.000 dân; năm 1970 tỷ lệ này chỉ là 1/1000. Tất cả bác sĩ làm trong khu vực công đều có quyền làm tư nhưng chỉ có 1/3 là làm thêm.

Bác sĩ làm trong bệnh viện được trả lương. Một phần ba số trung tâm y tế có áp dụng nguyên tắc kết hợp với bác sĩ gia đình để săn sóc bệnh nhân. Các *bác sĩ gia đình* này được trả thù lao theo thao tác, theo số bệnh nhân và một khoản tiền do địa phương trả.

Thiếu thầy thuốc cần đến số lượng *y tá* tăng nhiều. Tỷ lệ *y tá* là 6,5 *y tá*/1.000 dân (cao nhất châu Âu). Có đào tạo *y tá* chuyên khoa (nhi, nội, gây mê ...)

Tỷ lệ *nha sĩ* là 0,9 *nha sĩ* / 1000 dân.

Cơ sở chăm sóc ban đầu: Hệ thống y tế dựa chủ yếu vào bệnh viện. Chăm sóc ban đầu chưa phát triển lắm và chỉ được làm ở 250 trung tâm y tế trong cả nước. Các trung tâm này do một hau nhiều tỉnh quản lý. Dịch vụ của các trung tâm rất đa dạng: khám chữa bệnh ngoại trú, nội trú, điều trị dự phòng, hộ sinh, y tế học đường, săn sóc người lớn tuổi. Các trung tâm được trang bị kỹ thuật tốt.

Các cơ sở nhận bệnh nhân dài ngày chủ yếu tiếp nhận người già.

Nhà nước quy định những dịch vụ tối thiểu cần phải có. Theo quy định quốc gia thì cứ 10000 dân thì có 1 trung tâm. Tuy nhiên, các tỉnh có quyền điều chỉnh.

Phần lớn bác sĩ làm việc ở các trung tâm là *bác sĩ đa khoa* và càng ngày càng có nhiều *bác sĩ nội khoa* và *điện quang*. Có rất nhiều *y tá* làm việc ở các trung tâm.

Các tỉnh có quyền ấn định mức đóng góp tài chính của bệnh nhân và gia đình. Có luật quy định giới hạn trần (không được vượt quá 10% trần)

Ở các trung tâm y tế ngoại trú, bệnh nhân có hai cách trả tiền: trả một lần cho cả năm khi đến khám lần đầu tiên hoặc trong một năm thì trả tiền cho từng lần khám trong ba lần khám đầu tiên, những lần sau là miễn phí.

Đối với y tế tư nhân thì bảo hiểm xã hội trả 60% giá khám chữa bệnh và chữa răng đã quy định. Săn sóc dự phòng răng được bồi hoàn 90%.

Bệnh viện:

Các bệnh viện là tuyến thứ hai. Phần lan có 5 vùng y tế, mỗi vùng có một trường đại học. Ngoài ra, trung bình mỗi vùng y tế còn có 5 bệnh viện đa khoa, 5 bệnh viện địa phương và 40 trung tâm y tế.

Các bệnh viện công chiếm 96% số giường bệnh. Các bệnh viện này không nhằm mục đích kiếm lợi và phụ thuộc vào huyện. Huyện lại được tỉnh lãnh đạo; bởi thế, việc quản lý bệnh viện có phức tạp và thay đổi theo từng vùng.

Tỷ lệ dung nạo là 25,1 cho 1.000 dân, tỷ lệ giường là cao hơn tỷ lệ trung bình của châu Âu. Tỷ lệ sử dụng giường là cao nhất châu Âu (90,3%).

Chăm sóc ban đầu và chữa bệnh chưa phối hợp với nhau tốt. Hiện nay, cán bộ y tế đang đòi hỏi phải tạo điều kiện để bác sĩ đa khoa tiếp tục theo dõi bệnh nhân.

Từ khi có cải cách 1993, bệnh viện được cấp ngân sách theo hợp đồng ký kết với tỉnh theo chỉ tiêu giá thành / hiệu quả.

Những người làm việc trong bệnh viện (lâm sàng, cận lâm sàng, hành chính, quản lý) được hưởng lương.

Trừ trường hợp cấp cứu, bệnh nhân chỉ được điều trị tại bệnh viện khi có ý kiến của bác sĩ đa khoa của trung tâm. Bệnh nhân nằm viện ngắn ngày phải trả tiền theo ngày.

Thuốc.

Chỉ có những thuốc nào được Cục dược phẩm cho phép mới được bán trên thị trường. Từ 1994, giá thuốc được ấn định trên toàn quốc bởi Hội đồng dược thuộc Bộ các vấn đề xã hội và y tế. Giá thuốc được tính dựa vào giá thành trị liệu, tác dụng điều trị, so sánh với các thuốc có tác dụng tương tự và giá so với ở các nước khác, giá thành sản xuất và nghiên cứu.

Hầu hết các thuốc được phép bán là được bồi hoàn. Chỉ có các hiệu thuốc mới được bán thuốc và phải theo đơn bác sĩ. Các cửa hàng thuốc là tư nhân và có quy định cho việc mở hiệu thuốc.

Từ tháng 3/1996, có luật mới quy định việc ghi tên thuốc gốc nhằm bắt buộc các dược sĩ phải bán sản phẩm có giá rẻ nhất.

Với các thuốc có giá trên 50 mark Phần lan (1996) thì nhà nước cho 50% phân trội cho mỗi thứ thuốc hoặc 25% trong trường hợp mắc các bệnh mạn tính.

Quá một ngưỡng nhất định thì Bảo hiểm xã hội trả.

HỆ THỐNG Y TẾ PHÁP MỘT HỆ THỐNG CÓ HAI CƠ CHẾ

Trong hệ thống y tế Pháp, cả hai khu vực tư nhân và công cộng đều tham gia vào việc cung cấp dịch vụ và nhân sách cho y tế.

Hệ thống Pháp tôn trọng quyền chọn lựa của bệnh nhân và quyền kê đơn của bác sĩ. Ngược lại, bệnh nhân phải đóng góp một khoản tiền tương đối cao và mức thù lao của thầy thuốc bị khống chế.

Năm 1996 đã có một cải cách quan trọng. Năm 1999, một đề nghị cải cách sâu sắc bảo hiểm y tế và hệ thống y tế đã được đưa ra.

Sơ lược lịch sử: Trong thế kỷ XIX, đã có một vài sáng kiến về bảo hiểm xã hội như hệ thống trợ cấp cho quân nhân, cho công chức và cho trẻ vị thành niên. Các tổ chức tương tế cũng phát triển. Luật quan trọng đầu tiên ra đời năm 1898 là về tai nạn lao động. Các đạo luật năm 1928 và 1930 quy định bảo hiểm ốm đau, sinh đẻ, mất sức, già, bị chết đối với những người ăn lương thấp hơn một mức nhất định trong công nghiệp và thương mại.

Sau thế chiến II và sau các nghiên cứu của Hội đồng Kháng chiến quốc gia và báo cáo của Pierre Laroque thì Bảo hiểm xã hội mới thực sự được thiết lập. Hai văn bản cơ bản là Sắc lệnh ngày 4/10/1945 quy định chế độ chung đối với bản thân và cho gia đình của những người ăn lương trong ngành thương mại và công nghiệp; Luật ngày 22/5/1946 về mở rộng Bảo hiểm xã hội. Phải mất gần 40 năm mới đạt được một nền bảo hiểm gần như phổ cập. Năm 1961 và 1962, bảo hiểm xã hội đã mở ra cho các người làm nông nghiệp và năm 1967 cho những người hành nghề tự do. Năm 1974, một Đạo luật đặt ra các nguyên tắc của việc bảo hiểm toàn dân và điều hoà bảo hiểm y tế. Năm 1998, Luật về bảo đảm khám chữa bệnh cho toàn dân (*Couverture Médicale Universelle, CMU*) được thông qua.

Cải cách Juppé.

Ngày 24/4/1996, ba Sắc lệnh về tổ chức bảo hiểm xã hội, về khống chế chi tiêu y tế và về hoạt động của bệnh viện công và tư đã mở đầu cho sự cải tổ cấu trúc của hệ thống y tế và bảo hiểm xã hội.

Về tổ chức bảo hiểm xã hội. Mục tiêu đề ra là tiến tới việc ký kết các khế ước nhiều năm về mục tiêu và về quản lý giữa các bên. Dựa trên luật về ngân sách cho bảo hiểm xã hội được quốc hội thông qua hằng năm, các khế ước này thể hiện phương hướng của Chính phủ trong lĩnh vực y tế công cộng, phát triển nhân lực y tế và thuốc men. Hằng năm có phụ lục ấn định mục tiêu quốc gia về chi phí cho bảo hiểm y tế. *Liên minh các quỹ bảo hiểm y tế địa phương* (Union

régionales des caisses d'assurance maladie) phải đề ra chính sách về quản lý rủi ro, nhất là khám chữa bệnh tại các thành phố và theo dõi việc thực thi.

Việc không chế chi phí y tế: Ngoài việc Quốc hội quyết định (bằng biểu quyết) mức chi tiêu, lập ra Hội nghị quốc gia về y tế cũng như các Hội nghị vùng về y tế, còn có sắc lệnh khống chế chi phí y tế để ra một loạt biện pháp đối với y giới. Việc đào tạo thường xuyên là bắt buộc đối với các bác sĩ. *Quy tái định hướng và hiện đại hoá y tế tư nhân* được lập nhằm ổn định số lượng bác sĩ tư vào năm 2000.

Cơ thể tiến hành thí điểm các mạng lưới chăm sóc sức khoẻ dựa trên cơ sở tình nguyện. Bệnh nhân vẫn có quyền tự do chọn lựa thầy thuốc.

Trước năm 2000 sẽ phát thể sức khoẻ diện tử (Vitale) cho tất cả bệnh nhân.

Các quy định về chuyên môn nhằm hạn chế sự lạm dụng từ phía bác sĩ (références médicales opposables aux médecins) được đề ra vào 1993 sẽ được tăng cường áp dụng đối với cả các phòng khám bên ngoài bệnh viện. Các quy định này được xây dựng bởi một cơ quan độc lập là Cơ quan quốc gia về chứng nhận và đánh giá y tế (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ANAES). Việc tính toán lại giá thù lao cũng có xét đến chi phí tăng lên. Trong trường hợp vượt quá nhiều thì thầy thuốc có thể bị yêu cầu trả lại.

Bệnh viện công và tư: Tăng cường tính tự chủ của các bệnh viện công. Bảo hiểm y tế không có đại diện trong Hội đồng quản trị bệnh viện nữa.

Các hợp đồng nhiều năm sẽ định ra các hoạt động và ngân sách của bệnh viện, các ưu tiên về chất lượng chuyên môn và quản lý các rủi ro. Các hợp đồng này được *Cơ quan phụ trách bệnh viện của vùng* (Agence régionale de l'hospitalisation) duyệt; cơ quan này có nhiệm vụ quản lý bệnh viện công và tư và có trách nhiệm tổ chức y tế của địa phương làm cơ sở cho việc lập kế hoạch.

Trong cơ quan quốc gia về chứng nhận và đánh giá y tế (ANAES) có hệ thống chứng nhận. Trong vòng 5 năm, tất cả các bệnh viện phải được kiểm tra, chứng nhận về mọi hoạt động của mình.

Quản lý hệ thống y tế

Nhà nước kiểm soát hệ thống y tế. Nhà nước chịu trách nhiệm về các vấn đề chung thuộc y tế công cộng, quyết định đào tạo cán bộ y tế và điều kiện hành nghề; ra quy chuẩn và kiểm tra chất lượng của các cơ sở y tế, sản xuất và phân phối thuốc men, các chế phẩm máu. Nhà nước giám hộ hoạt động của bệnh viện công và bảo hiểm xã hội. Từ năm 1996, Quốc hội ấn định các mục tiêu về y tế và khuôn khổ ngân sách của hệ thống bảo hiểm xã hội.

Cấp quốc gia: Có nhiều bộ tham gia điều hành hệ thống y tế. *Bộ Việc làm và Đoàn kết* và *Bộ phụ trách y tế* có vai trò đảm nhiệm chính. Các bộ này được nhiều cơ quan trợ giúp. *Ủy ban quốc gia về y tế công cộng* (Haut Comité de Santé) do Bộ trưởng Bộ Y tế hằng năm phải báo cáo về tình hình sức khoẻ của

Pháp. *Hội nghị y tế quốc gia* (Conférence nationale de santé) bao gồm các nhà chuyên môn, các cơ quan và cơ sở y tế, các *hội nghị y tế địa phương* (Conférences régionales de santé) sẽ tùy theo tình hình sức khỏe của nhân dân mà đề ra các ưu tiên và các phương hướng y tế. Các *hội nghị y tế địa phương* (gồm các cơ quan liên quan, các cơ sở và cán bộ y tế) có nhiệm vụ phân tích nhu cầu y tế của địa phương mình.

Bộ Kinh tế và Tài chính có vai trò chủ chốt về các khía cạnh ngân sách cho y tế và cho bảo hiểm y tế.

Cấp địa phương: Có các *Ban y tế và xã hội địa phương* (Directions Régionales d'action sanitaire et sociale DRASS), các *Ban y tế và xã hội tỉnh* (Directions Départementales d'action sanitaire et sociale DDASS) là đại diện của Bộ Việc làm và Đoàn kết. Từ năm 1996 còn có thêm các *cơ quan phụ trách các bệnh viện của địa phương*.

Bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm bắt buộc: Bảo hiểm y tế chịu trách nhiệm chủ yếu đối với các rủi ro về kinh tế do bệnh tật. Bảo hiểm y tế là một bộ phận của bảo hiểm xã hội. Nhưng người nghèo nhất có mua bảo hiểm có thể được bảo hiểm y tế trả tiền cho khám chữa bệnh.

Hiện nay, gần như toàn bộ dân chúng đã được bảo hiểm, thường là mua bảo hiểm theo ngành nghề nhưng cũng có thể là tự nguyện.

Có nhiều chế độ bảo hiểm. *Chế độ bảo hiểm chung của Bảo hiểm xã hội* (dành cho những người ăn lương trong ngành thương mại và công nghiệp và cả gia đình họ) bảo hiểm cho 80% dân số. *Tương tế xã hội ngành nông nghiệp* (MSA) và *Quỹ bảo hiểm y tế quốc gia cho các nghề tự do* (bảo phủ 9% và 6% dân số. Một vài chế độ bảo hiểm khác bảo hiểm cho một số tầng lớp, dựa trên cơ sở nghề nghiệp.

Bảo hiểm y tế chịu 73,5% các chi phí y tế. Số tiền bồi hoàn cho bệnh nhân được tính dựa theo gia cả đã được thoả thuận và theo một tỷ lệ phần trăm, (30% cho khám chữa bệnh, 40% cho các sản sóc phụ, 25% cho nằm viện). Bảo hiểm không chịu trách nhiệm trong trường hợp phải điều trị dài ngày, một số thuốc đặc biệt không thể thay thế được hay quá đắt, các can thiệp y tế lớn và nằm viện trên 1 tháng.

Bảo hiểm bổ sung: Càng ngày càng có nhiều người mua thêm bảo hiểm bổ sung (87%) như các quỹ tương tế, bảo hiểm tư nhân, các cơ quan dự phòng; trong số đó, các nhóm tương tế đóng vai trò quan trọng nhất. Các Quỹ tương tế bảo hiểm cho hơn 30 triệu người, tức là 60% số người có bảo hiểm bổ sung và trang trải 6,6% chi phí y tế.

Cung cấp dịch vụ y tế và vật tư y tế.

Khoảng 2 triệu người (9% người lao động) làm việc trong lĩnh vực y tế.

Bệnh viện.

Tổng số giường là 508 000, tức là 9,2 giường/1000 dân, trong đó 260.000 giường dùng cho điều trị ngắn ngày. Gần 1 triệu người làm việc trong các bệnh viện.

Bệnh viện công có thể là bệnh viện đa khoa hoặc bệnh viện chuyên khoa. Có nhiều loại, từ các Trung tâm bệnh viện của vùng cho đến bệnh viện địa phương. Các bệnh viện công chiếm gần hai phần ba số giường. Tỷ lệ nằm bệnh viện công ở nội khoa là 77%, do bệnh tâm thần là 70%, ở ngoại khoa là 49%, và ở sản khoa là 59%. Khu vực công đảm nhiệm 93% số trường hợp phải nằm viện dài ngày. Từ 1984 đến 1994, khu vực công đã giảm 40.000 giường.

Các *bệnh viện tư* có 35% số giường bệnh. Các cơ sở tư nhân có tham gia vào dịch vụ y tế công cộng chiếm 30% số giường và cũng có nhiệm vụ như bệnh viện công.

Do tiến bộ về công nghệ và về điều trị nên các cơ sở y tế cũng phải có nhiều hình thức điều trị: điều trị tại nhà (hiện có 200.000 bệnh nhân), nằm viện ban ngày hoặc ban đêm, phẫu thuật ngoại trú.

Các cơ sở bệnh viện có quyền lập ra các mạng lưới chăm sóc nhằm tạo điều kiện cho bệnh nhân vẫn tiếp tục được chăm sóc. Có những nhóm hợp tác y tế về trang bị, phục vụ cho hai hay nhiều bệnh viện công và tư. Trình độ kỹ thuật của các bệnh viện đã được nâng cao đáng kể trong những năm gần đây, ở khu vực tư nhân mạnh hơn là ở khu vực công.

Kể từ 1985, ngân sách cho bệnh viện công và bệnh viện tư có tham gia vào dịch vụ công được cấp chủ yếu theo một mức được định ra từ đầu, có áp dụng mức ấn định của nhà nước và có điều chỉnh tùy theo từng trường hợp. Với các bệnh viện có mục đích sinh lợi mà có giường bệnh dành cho phục vụ công cộng thì có một khoản khoản tính theo ngày gồm tiền ở, tiền săn sóc thông thường, và một khoản khoản cho thuê phòng mổ, cho xét nghiệm và thù lao cho bác sĩ theo thao tác.

Các vụ quản lý bệnh viện công và tư có nhiệm vụ tổ chức, phân bố các nguồn lực giữa các vùng và điều chỉnh những sự mất cân đối theo địa lý. Các vụ hoạt động trên cơ sở ký các hợp đồng với các bệnh viện theo mục tiêu và biện pháp.

Các nghề nghiệp y tế.

Các cán bộ hành nghề y tế và cận lâm sàng chiếm hơn một nửa số người làm trong lĩnh vực y tế.

Số bác sĩ là 180.000 người (khoảng 2,8 bác sĩ / 1000 dân). Dịch vụ y tế ở Pháp là lớn: hiện nay, ở Pháp có 508.000 giường bệnh, trong đó 260.000 giường dùng cho điều trị ngắn ngày, 180.000 bác sĩ, 340.000 y tá và hơn 500.000 nhân viên y tế khác. Trong khoảng từ 1980 đến 1997, số thầy thuốc làm trong khu vực

công và tư đã tăng từ 113.000 lên 175.000 người (gần 54%) trong khi dân số Pháp chỉ tăng có 9 %. Đồng thời, cơ cấu của ngành y cũng thay đổi nhiều: so với 1980, số *bác sĩ chuyên khoa* tăng lên 2 lần, còn số *bác sĩ đa khoa* chỉ tăng 25%. Năm 1980 tỷ lệ bác sĩ đa khoa là 2/3 đến năm 1997 thì tỷ lệ này chỉ còn là 1/2. Từ 1995, số bác sĩ đa khoa không tăng còn số bác sĩ chuyên khoa không ngừng tăng lên. Hiện nay tỷ lệ bác sĩ đa khoa là 50,5%. 75% số bác sĩ đa khoa và 68% số bác sĩ chuyên khoa có phòng khám tư. Số người làm việc trong các ngành khác thuộc về lĩnh vực sức khoẻ (được sĩ, nữ hộ sinh, thầy thuốc nha khoa, y tá, xoa bóp ...) cũng tăng nhiều nhưng tỷ lệ tăng thấp hơn so với tỷ lệ tăng thầy thuốc.

Có khoảng hơn 40.000 *bác sĩ nha khoa*, phần lớn (94%) là làm tư. Hiện nay, có hạn chế số lượng sinh viên y và nha.

Số lượng *y tá* là 340.000 người (1997), khoảng 16% hành nghề tự do. Muốn dịch vụ y tá được bồi hoàn thì phải có chỉ định của bác sĩ.

Hơn 500.000 nhân viên y tế khác làm việc trong các lĩnh vực còn lại.

Các bác sĩ tư có quyền tự do đặt phòng khám. Thù lao được trả theo thao tác. Công ước năm 1980 cho phép bác sĩ được lựa chọn quy chế “khu vực 2 với thù lao tự do”. Từ 1990, bác sĩ không có quyền đổi quy chế. Mỗi năm chỉ có 1.000 bác sĩ trong số những người có chức danh tại bệnh viện được phép chọn “khu vực 2” khi mở phòng khám của mình.

Quan hệ giữa các người làm tư và Bảo hiểm xã hội được xác định bằng các hợp đồng được thoả thuận với các công đoàn thuộc ngành y tế và được nhà nước chấp thuận. Các chỉ tiêu quốc gia về chi phí và hoạt động y tế có tính pháp lệnh.

Thuốc.

Sản xuất và phân phối thuốc được kiểm soát theo các quy trình do nhà nước quy định. Các thuốc phải được phép mới được bán ra thị trường. Giá thuốc (giá của nhà sản xuất) cũng như danh mục các thuốc và mức mà bảo hiểm y tế phải bồi hoàn được các Bộ Xã hội, Bộ Y tế và Bộ Kinh tế ấn định.

Các cửa hiệu thuốc là tư nhân. Số cửa hiệu thuốc được ấn định theo các chỉ tiêu về dân cư. Có 200.000 được sĩ, 118.000 làm việc tại các cửa hiệu thuốc.

Công nghiệp dược phẩm Pháp rất tập trung: trong số 300 hãng thuốc thì 20 hãng đã chiếm tới 46% doanh số.

HỆ THỐNG Y TẾ ANH: MÔ HÌNH BEVERIDGE CÓ CẠNH TRANH

Hệ thống y tế Anh (National Health Service, NHS) vừa có chức năng bảo hiểm y tế, vừa cung cấp dịch vụ y tế. Hệ thống của Anh có trong tay hầu như toàn bộ cơ sở y tế và nguồn tài chính hầu như hoàn toàn là từ thuế. Người quản lý, người làm chuyên môn, bệnh viện và người sử dụng đều cùng nằm trong một hệ thống. Bác sĩ đa khoa đóng vai trò bản lề.

Cải cách 1991 (còn gọi là cải cách Thatcher) đã đưa các cơ chế thị trường vào và gần như đã làm thay đổi hoàn toàn diện mạo của NHS và các quan hệ giữa các thành viên trong hệ thống.

Sơ lược lịch sử: Năm 1911, Luật bảo hiểm quốc gia (National Insurance Act) ra đời, bảo hiểm cho công nhân làm việc trong công nghiệp có lương thấp dưới một mức nhất định.

Ý tưởng về một hệ thống y tế quốc gia đảm bảo chăm sóc bình đẳng cho tất cả mọi thành viên trong xã hội được Beveridge đưa ra năm 1942 nhưng chỉ được thực hiện vào năm 1948.

Năm 1974, hệ thống y tế được phân theo vùng, khu vực, tỉnh. Vào năm 1982, đã lập ra các cơ quan phụ trách y tế vùng, ở dưới có các cơ quan phụ trách y tế tỉnh. Mãi đến 1988, mới có Bộ hoàn toàn phụ trách về y tế. Ngân sách qua thu thuế được phân bổ theo nhu cầu, dựa vào các chỉ tiêu về dân cư và về tỷ lệ mắc bệnh. Do nền hành chính quá quan liêu và có khó khăn trong việc phân bổ ngân sách một cách công bằng và hợp lý nên trong những năm 70 và 80, hệ thống này đã bị chỉ trích nhiều.

Cải cách Thatcher:

Vào cuối những năm 70, Đảng Bảo thủ lên cầm quyền đã dự định cải cách triệt để hệ thống y tế quốc gia. Cuộc cải cách được tiến hành năm 1991, dựa trên cuốn sách trắng về y tế được công bố hai năm trước. Cải cách này đưa cơ chế cạnh tranh vào các cơ sở y tế vẫn hoàn toàn là công cộng.

Ý tưởng chính là phân định rõ ràng giữa người sử dụng và người cung cấp dịch vụ y tế. Người sử dụng dịch vụ y tế là các chính quyền địa phương và các phòng khám của các nhóm bác sĩ đa khoa; người cung cấp dịch vụ là các bệnh viện (trở thành các cơ sở có ngân quỹ tự chủ) và các cơ sở y tế cộng đồng (đảm nhiệm việc săn sóc và khám bệnh tại nhà, và công tác bảo trợ y tế-xã hội). Nếu muốn thì các bác sĩ đa khoa cũng có thể là những người quản lý một khoản ngân sách để mua dịch vụ y tế chuyên khoa cho các bệnh nhân của mình.

Hệ thống y tế mới cũng dự kiến cả việc thương thuyết để dẫn đến hợp đồng giữa người cung cấp và người sử dụng dịch vụ y tế và có sự cạnh tranh. Ngân sách cho hệ thống y tế vẫn được cung cấp qua thuế và người ốm vẫn không

phải trả tiền. Các cơ chế cạnh tranh được đưa vào một thị trường gọi là *thị trường nội tại*: tức là tổng chi đã được quy định từ trước và được kiểm soát còn bên cung cấp và bên quyết định đều là những bộ phận nằm trong chính hệ thống này. Cải cách cũng khuyến khích sự kết hợp giữa khu vực công và khu vực tư dựa trên cơ sở hợp đồng.

Sau sáu năm thực hiện cải cách, các kết quả rất trái ngược, vẫn có rất nhiều câu hỏi được đặt ra: hệ thống này có đúng là theo mô hình thị trường nội tại không? Chính quyền địa phương và bệnh viện có đủ phương tiện và phương pháp cần thiết để đặt ra hệ thống giá cả không? Trong hệ thống này thì ai có quyền định ra mức nha cầu về sức khỏe của toàn dân?

Quản lý hệ thống y tế.

Cấp Trung ương: Căn cứ vào các mục tiêu về y tế, Hạ nghị viện biểu quyết tỷ lệ ngân sách từ thuế được phân bổ cho y tế. Từ năm 1991, vai trò của chính quyền trung ương thay đổi nhiều: chính quyền trung ương là người đảm bảo chính cho quan hệ theo hợp đồng giữa người cung cấp và người chi tiền cho dịch vụ y tế.

Bộ Y tế làm nhiệm vụ định hướng cũng như xác định các vấn đề ưu tiên về y tế, đề ra các tiêu chuẩn chất lượng thích ứng với các cam kết giữa người sử dụng dịch vụ và người cung cấp dịch vụ y tế. Những năm gần đây, Bộ Y tế đã đề ra và thực hiện chính sách đánh giá. Bộ Y tế cũng chịu trách nhiệm làm giảm sự mất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe. Do bị phê phán mạnh về điểm này nên Chính phủ đã ra quyết định về những hành động ưu tiên.

Bộ Y tế cũng định mức lãi xuất tối đa đối với các cơ sở sản xuất thuốc (các hãng thuốc thoả thuận lãi xuất với Chính phủ).

Cấp địa phương: giữa cơ quan y tế vùng và cơ quan y tế tỉnh có sự khác nhau về chức năng.

- Dưới sự bảo trợ của Bộ Y tế, các cơ quan NHS vùng (NHS executive Regional Offices, năm 1994 có 4 vùng như vậy) giám sát các chương trình mua bán và các kế hoạch đầu tư của chính quyền cấp tỉnh và về y tế gia đình (Family Health Services Authorities – FHSA).
- Chính quyền cấp tỉnh (DHA, năm 1993 có 145 tỉnh) là các cơ quan tư vấn về công tác y tế của tỉnh. Trước năm 1991, các tỉnh tự đề ra kế hoạch quản lý các bệnh viện. Từ sau 1991, vai trò của các Hội đồng tỉnh là 'mua' cho cư dân của mình dịch vụ nằm viện và dịch vụ chuyên khoa theo yêu cầu của các bác sĩ đa khoa không được cấp ngân sách. Các Hội đồng cũng xác định nhu cầu địa phương về y tế và cùng với cơ quan y tế gia đình FHSA xác định những ưu tiên.
- Các FHSA có thẩm quyền đánh giá và kiểm tra giá cả, kiểm tra chuyên môn các bác sĩ đa khoa, nhất là trong lĩnh vực kê đơn thuốc. FHSA chịu trách nhiệm điều hoà và quản lý các dịch vụ của các bác sĩ đa khoa, nha sĩ, bác sĩ nhãn khoa và dược sĩ.

Bảo hiểm tư nhân:

Mọi công dân được NHS đảm bảo khám chữa bệnh nội và ngoại trú không mất tiền.

12% dân số (khoảng 3,3 triệu người) mua bảo hiểm tư nhân, hầu như chỉ để hoàn trả cho các bệnh viện tư.

95% thị trường bảo hiểm y tế có tính thương mại tập trung vào ba công ty, mạnh nhất là British United Provident Association (BUPA). Các công ty tư nhân có hệ thống khám chữa bệnh của mình; và từ khi có cải cách thì các công ty này ký kết hợp đồng với các bệnh viện được NHS giao cho quyền tự quản.

Từ cuối những năm 70, do sự suy yếu của NHS và do chính sách đóng thuế có lợi đối với người già mua bảo hiểm y tế nên các hãng bảo hiểm tư nhân phát triển mạnh.

Cung cấp dịch vụ y tế.

Các nghề nghiệp y tế:

Mật độ bác sĩ đa khoa là 6/10.000 dân; bác sĩ chuyên khoa là 9,3/10.000 dân.

Bác sĩ đa khoa đóng vai trò bản lề trong hệ thống y tế vì phải qua bác sĩ đa khoa mới có thể tiếp cận với các chuyên khoa. Năm 1996, có khoảng 35.000 bác sĩ đa khoa. Từ khi có cải cách vào 1990 thì các bác sĩ đa khoa làm việc trong các phòng khám chung và có lượng bệnh nhân vượt quá một ngưỡng nào đấy (có trên 7.000 bệnh nhân đăng ký khám) có thể được cấp ngân sách độc lập (Fund Holders) để "mua" dịch vụ bệnh viện hoặc dịch vụ chuyên khoa cho bệnh nhân của mình.

Mục tiêu của cải cách là tạo ra sự cạnh tranh giữa các cơ sở bệnh viện. Năm 1995, có hơn một phần ba số bác sĩ đa khoa đã trở thành các Fund Holders. Chính phủ công đảng, nắm quyền từ 1997 có thể xem xét lại việc này.

Thù lao cho bác sĩ gồm có phần thù lao cơ bản và một tỷ lệ theo đầu người (*procapita*) tùy theo số lượng bệnh nhân đăng ký. Mỗi người dân có quyền theo ý mình đăng ký khám ở một bác sĩ đa khoa trong thời gian tối thiểu là một năm. Phần thù lao theo đầu người chiếm khoảng 60% thu nhập của thầy thuốc. Ngoài ra, thầy thuốc còn được thưởng nếu đạt được các chỉ tiêu về phòng bệnh.

54.000 *bác sĩ chuyên khoa* làm việc ăn lương ở các bệnh viện. Mới cách đây ít lâu, chỉ có bác sĩ đa khoa là làm việc ở phòng khám còn các bác sĩ chuyên khoa hoàn toàn làm việc trong bệnh viện. Sự hình thành các tổ hợp (*consortium*) bác sĩ đa khoa đã làm thay đổi quan hệ với các bác sĩ chuyên khoa của bệnh viện, các bác sĩ chuyên khoa giờ đây cũng nhận khám bệnh cả ở ngoài bệnh viện tuy vẫn thuộc về bệnh viện.

Bác sĩ nha khoa và *được sĩ* là những người hành nghề tự do, ký hợp đồng với các FHSAs.

Bệnh viện:

Từ khi có cải cách Thatcher, dần dần đã có tới 96% số bệnh viện đã trở thành các cơ sở độc lập (*Trusts*), có khả năng tự chủ về kinh phí, sử dụng tiền thừa, vay mượn tự do tới một trăm ngàn tỷ mỗi năm. Các trusts này có ban giám

độc lập, trong đó thường là có người của khu vực tư nhân tham gia. Các bệnh viện ngoài việc phải đảm bảo những dịch vụ cơ bản, có quyền tự chủ tương đối về hoạt động của mình và về nhân sự.

Ngân sách của các bệnh viện tự chủ có từ các hợp đồng được ký kết với cơ quan y tế địa phương (DHA), với các bác sĩ đa khoa có nhận ngân sách và với các công ty bảo hiểm y tế tư nhân. Trong hệ thống y tế mới thì các bệnh viện cũng như các bác sĩ vừa độc lập hơn vừa bị kiểm tra hơn. Nhà nước muốn đóng cửa các cơ sở kém hiệu quả. Hiệu quả của các bệnh viện được đánh giá theo các hệ số chuyên môn.

Hầu hết các bệnh viện là của NHS, trong các cơ sở công cộng có một số giường tư. Khu vực bệnh viện tư nhân chỉ có 10.000 giường nhưng trong mấy năm gần đây có xu hướng tăng dần lên.

Tổng số giường bệnh năm 1994 là khoảng 230.000 giường. Trong vòng 9 năm số giường bị giảm là tới 118.000. Việc giảm số giường bệnh viện là do có nhiều phương thức thay thế cho việc phải nằm viện hoàn toàn để điều trị. Chính phủ bảo thủ cho rằng nhờ đó mà số giường bệnh để điều trị cấp tính đã giảm đi 40%.

Trong vòng 4 năm qua người ta nhận thấy mấy thay đổi lớn là: có tăng hoạt động của bệnh viện, giảm đáng kể thời gian nằm viện trung bình (từ 15 ngày năm 1985 xuống còn 8 ngày năm 1995), tăng chữa bệnh ban ngày (số bệnh nhân điều trị ngoại khoa ban ngày từ 400.000 tăng lên 1,8 triệu).

Bệnh viện ngày càng tập trung vào việc điều trị ngắn ngày. Lão khoa và các bệnh tâm thần chủ yếu được điều trị trong khuôn khổ chăm sóc cộng đồng.

Vấn đề tồn tại chủ yếu là tình trạng chờ đợi vẫn kéo dài. Khế ước với bệnh nhân được thông qua năm 1992 đảm bảo cho người sử dụng dịch vụ y tế về mặt thời hạn (không quá hai năm) và công nhận các quyền của bệnh nhân.

Trong mười năm qua, cơ cấu nhân viên y tế đã thay đổi nhiều. Tỷ lệ bác sĩ tăng đều (từ 4,5% tổng số nhân viên y tế năm 1985 tăng lên 5,9% năm 1995) còn tỷ lệ y tá lại giảm (từ 51% xuống 48,8%); giảm rõ nhất là số nhân viên dịch vụ (giảm một nửa) do việc thuê lại. Năm 1995, tỷ lệ làm công tác quản lý là hơn 1/5 (năm 1985 chỉ là 1/20).

Được.

Có khoảng 12.000 hiệu thuốc. Các cửa hàng thuốc không có độc quyền phân phối thuốc. Một số thuốc có thể được bán ở cả hiệu thuốc cũng như các cửa hàng khác. Doanh số các thuốc được bán ngoài các hiệu thuốc chiếm khoảng 6%.

NHS bồi hoàn tất cả tiền mua thuốc theo đơn (có danh mục các thuốc được bồi hoàn); 75% là do bác sĩ đa khoa kê, 20% là thuốc cung cấp cho bệnh viện; 5% là đơn phà chế theo yêu cầu của bác sĩ. Chính sách kiểm soát tiêu thụ thuốc đã có tác dụng. Các dược sĩ có quyền thay thế thuốc kê trong đơn bằng một thuốc gốc. Giá thuốc được thỏa thuận giữa chính phủ với các hãng thuốc. Việc định giá dựa vào phara vi mức lãi đã quy định. Hãng dược phẩm nào có mức lãi vượt trần cho phép thì phải hoặc là giảm giá hoặc là trả lại phần trội cho NHS.

HỆ THỐNG Y TẾ HY LẬP HỆ THỐNG Y TẾ QUỐC GIA GẮN VỚI NHIỀU CHẾ ĐỘ RẤT KHÁC NHAU.

Hệ thống y tế của Hy lập dựa theo nguyên lý khám chữa bệnh phổ cập cho mọi người của Beyeridge. Mặc dù có nhiều chương trình phát triển y tế cơ sở đầy tham vọng, cơ quan y tế quốc gia - được lập năm 1983 - đã không đạt được các mục tiêu đề ra lúc đầu.

Hy lập đã không thực hiện được việc thống nhất các chế độ bảo hiểm y tế: một vài chế độ bảo hiểm cũ vẫn tồn tại. Ngoài ra, do sự yếu kém của khu vực công cộng, khu vực tư nhân nhằm mục đích sinh lời đã phát triển mạnh. Hơn 40% chi phí cho y tế là do bệnh nhân và các hãng bảo hiểm tư trả.

Sơ lược lịch sử. Năm 1922, khi Bộ Vệ sinh và các vấn đề xã hội được lập ra lần đầu tiên thì chỉ có gần 10% dân số là được bảo hiểm. Năm 1934 mới có hệ thống bảo hiểm y tế chung (IKA) nhưng chỉ dành cho người làm công ăn lương ở thành thị và ở các doanh nghiệp có trên 70 nhân công.

Trong những năm 60 và 70, các cơ sở tài chính và các ngân hàng đã lập ra các mạng lưới bảo hiểm của mình nhưng chỉ có không đầy 5% dân số tham gia bảo hiểm. Kể từ năm 1974 và nhất là từ 1981 thì bảo hiểm y tế phát triển mạnh. Đến 1983, có 80 quỹ (trên cơ sở theo nghề nghiệp) đã bảo hiểm cho hầu hết dân số (95%) nhưng chế độ bảo hiểm của các quỹ khác nhau rất nhiều.

Luật về y tế quốc gia đã được Quốc hội thông qua năm 1983.

Định hướng và cải cách gần đây:

Mục tiêu từ lâu của các chính quyền là tăng cơ sở y tế và tùy theo từng Chính phủ đương nhiệm mà mục tiêu này được thực hiện khi thì bằng cách tăng khu vực công cộng, khi thì cho khu vực tư nhân một phạm vi rộng hơn.

Cải cách 1992 bao gồm nhiều biện pháp trong đó có một số là theo hướng tư nhân hoá hệ thống y tế. Hy lập đã đề ra mức trần. Việc cấm mở các cơ sở tư đã được chính thức xóa bỏ. Đã đề ra việc hài hoà mức đóng góp giữa các chế độ bảo hiểm khác nhau. Bệnh nhân có quyền tự do lựa chọn.

Tháng 1/1994, chính phủ xã hội đã phê duyệt phần lớn các biện pháp trong cải cách 1992. Có hai uỷ ban là uỷ ban quốc gia và uỷ ban quốc tế được thành lập; Uỷ ban quốc tế đã báo cáo vào tháng 6/1994, nhấn mạnh đến những vấn đề chính ảnh hưởng đến hoạt động y tế quốc gia của Hy lập: sử dụng không tốt các nguồn lực cho y tế, tăng bệnh viện tập trung, hành chính quan liêu, cung ứng dịch vụ giữa các vùng địa lý quá khác nhau, không khuyến khích nhân viên. Kế hoạch cải cách 1996 đã đưa vào một số biện pháp được khuyến nghị. Cơ quan y tế quốc gia có thêm vai trò quản lý là vai trò trước đây chỉ do nhà nước trung

ương đảm nhiệm. Ngân sách cho bệnh viện sẽ dần dần được tính theo ngân sách dành cho bệnh viện khu vực và phí tổn theo bệnh lý.

Các cơ quan y tế sẽ được phi tập trung hoá và sẽ lập ra các cơ quan y tế địa phương. Các quỹ bảo hiểm công cộng sẽ có thể tổ chức ra các mạng lưới chăm sóc sức khoẻ. Kế hoạch cải cách cũng đề cập đến việc tổ chức thầy thuốc gia đình.

Quản lý y tế:

Hệ thống y tế của Hy Lạp rất tập trung.

Cấp quốc gia: Bộ Y tế và các vấn đề xã hội chịu trách nhiệm về hoạt động y tế quốc gia. Bộ này xác định ngân sách dành cho các cơ sở y tế công cộng và các phương thức quản lý về người và về phương tiện. Giúp cho Bộ này nhất là về công tác chuyên môn có *Hội đồng y tế trung ương (KESY)*. Từ năm 1995, Bộ Lao động và An toàn xã hội chịu trách nhiệm về bảo hiểm y tế.

Cấp vùng và địa phương: có tất cả là 13 vùng và 52 tỉnh. Trừ Aten và vài thành phố lớn khác, các cơ sở y tế không phụ thuộc vào chính quyền tỉnh. Về nguyên tắc thì các tỉnh chịu trách nhiệm phân bổ ngân sách, chấp thuận nhân sự, quản lý các cơ sở, ấn định thuế đối với hệ thống y tế. Trên thực tế thì những quyền này chỉ có trên giấy mà thôi. Về mặt lý thuyết thì vùng chịu trách nhiệm ra kế hoạch và phối hợp các hoạt động y tế.

Bảo hiểm y tế.

Hầu như toàn bộ dân cư được bảo hiểm y tế thông qua 300 cơ quan An toàn xã hội với 40 kiểu bảo hiểm. Phần lớn các cơ quan này là cơ quan công cộng và chịu sự kiểm soát của nhà nước. Bảo hiểm y tế là bắt buộc đối với người làm công ăn lương và dựa theo nghề nghiệp. IKA bảo hiểm cho những người trong khu vực công nghiệp và thương mại, tức là cho 50% dân số. OGA bảo hiểm cho nông dân (25%). TEVE-TAE bảo hiểm cho thợ thủ công và thương nhân (khoảng 13%).

Cung cấp dịch vụ y tế:

Năm 1995 có khoảng 140000 người làm việc trong khu vực y tế.

Dịch vụ ngoại trú.

Có nhiều loại cơ sở y tế cung cấp dịch vụ sức khoẻ.

Các cơ sở y tế quốc gia. Các trung tâm y tế phụ thuộc y tế quốc gia nói chung là các trung tâm y tế cơ sở, săn sóc sức khoẻ ban đầu và có vai trò hướng bệnh nhân đến các cơ sở khác. Tuy nhiên, mục tiêu này không đạt. Có tới 70% bác sĩ làm việc ở các cơ sở này là bác sĩ chuyên khoa.

Các trung tâm có cơ quyền tự chủ tài chính và rất không đồng đều. Các cơ sở ở nông thôn được trang bị kém. Khu vực công cộng bị các chính sách hạn chế

của nhà nước. Hiện nay chỉ mới đảm bảo 48% nhu cầu về bác sĩ điều trị và khoảng 60% nhu cầu về cán bộ xét nghiệm và hành chính.

Có khoảng 1400 bệnh viện "tính" gắn liền với các trung tâm về mặt hành chính. Khám bệnh ngoại trú cũng do y tế nhà nước thực hiện.

Các cơ sở y tế thuộc bảo hiểm y tế. Các cơ sở y tế thuộc IKA cho đến năm 1983 vẫn không nằm trong y tế nhà nước như đã dự định lúc đầu. IKA và các chế độ bảo hiểm khác sở hữu và quản lý các cơ sở y tế trong một hệ thống bệnh viện và bệnh viện đa khoa ngoại trú. Nhân viên làm việc ở các cơ sở này ăn lương. Mức độ dịch vụ phụ thuộc vào từng chế độ bảo hiểm.

Một số thành phố có những cơ sở y tế cho người già và trẻ nhỏ và các cơ sở y tế dự phòng.

Các cơ sở dịch vụ y tế thuộc khu vực tư nhân. Sự yếu kém của khu vực công và dư thừa thầy thuốc đã góp phần làm cho y tế tư nhân phát triển.

Việc tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu đã làm nảy sinh nhiều vấn đề. Sự mất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế có xu hướng tăng lên. Điều kiện làm việc cũng như mức lương thấp khiến các bác sĩ đa khoa xa rời khu vực công cộng. Hiện tượng đút tiền phổ biến không những chỉ với khám chữa bệnh ngoại trú mà ngay cả ở trong bệnh viện.

Bệnh viện.

Hy Lạp là một trong những nước châu Âu có ít giường bệnh nhất: 5 giường cho 1.000 dân (năm 1992, tỷ lệ trung bình trong Liên minh châu Âu là 8,9)

Về phương diện pháp lý, người ta phân biệt ra các loại: bệnh viện thuộc y tế nhà nước, các cơ sở y tế do các bộ hoặc do các quỹ bảo hiểm y tế quản lý, các bệnh viện tư (phần lớn là nhằm mục đích sinh lời).

Cải cách 1983 đề ra mục tiêu là quy nạp dần dần phần lớn khu vực tư nhân vào hệ thống y tế công. Cho đến năm 1992 vẫn còn cấm mở bệnh viện tư thê nhưng một số cơ sở vẫn tìm cách tồn tại bằng cách ký kết hợp đồng với các hãng bảo hiểm và thậm chí là với cả y tế nhà nước.

Hơn 2/3 số giường bệnh thuộc về khu vực công cộng. Năm 1994, khu vực y tế công cộng có 27.300 giường đa khoa đặt tại 96 bệnh viện tỉnh, 23 bệnh viện khu vực và 6.000 giường bệnh tâm thần. Có 27 bệnh viện công thuộc về các cơ quan hoặc tổ chức khác nhau (quân đội, giáo dục, IKA ...).

2/3 ngân sách của bệnh viện công là từ ngân sách nhà nước. Các bệnh viện này cũng nhận tiền từ các quỹ bảo hiểm y tế theo các hợp đồng nhận chăm sóc và can thiệp y tế cho các thân chủ của các hãng này. Về lý thuyết thì các bệnh viện công được quản lý trong khuôn khổ ngân sách đã định từ trước nhưng phần lớn là đều chi tiêu vượt mức vì không bị bắt buộc phải tuân theo.

Khu vực tư nhân có 209 cơ sở đa khoa với 11.000 giường, 40 bệnh viện tâm thần với 4.200 giường. Các bệnh viện tư thường nhỏ (20-30 giường) và được cấp ngân sách từ bảo hiểm y tế hoặc từ các bệnh nhân, từ các hãng bảo hiểm trả.

Các nghề nghiệp trong y tế.

Từ năm 1970 đến 1994, số bác sĩ đã tăng lên nhanh chóng từ 1,6 lên 3,8 bác sĩ cho 1.000 dân. Năm 1994, có khoảng 39.000 bác sĩ hành nghề. Có sự mất cân đối nghiêm trọng về phân bố bác sĩ theo vùng.

Bác sĩ đa khoa làm việc ở các trung tâm y tế cơ sở thuộc y tế nhà nước hay ở các cơ sở do các hãng bảo hiểm y tế quản lý. Các bác sĩ này thường làm tư thêm, dù là việc này không hợp pháp nếu họ thuộc biên chế. Tuy vậy, nếu làm tư thêm thì họ vẫn vừa được nhận lương vừa nhận tiền từ bệnh nhân.

Bác sĩ đa khoa làm việc ở các bệnh viện công và các bệnh viện thành phố thuộc IKA. Chỉ có 18% là chỉ làm tư và được trả tiền theo thao tác.

Bác sĩ nha khoa chủ yếu là làm tư, có hoặc không có hợp đồng với bảo hiểm. Tính chung trong cả nước thì có 1 nha sĩ cho khoảng 1.000 dân nhưng ở các trung tâm y tế thì ít hơn nhiều (1 cho 6.700 dân).

Y tá chiếm 30% nhân viên y tế. Từ năm 1970 đến 1994 thì tỷ lệ đã tăng từ 0,8 lên 2,6 cho 1.000 dân; tuy nhiên tỷ lệ này vẫn là thấp so với tỷ lệ trung bình của châu Âu. 79% số y tá làm ở các bệnh viện công, 11% ở các bệnh viện tư và 10% ở các trung tâm y tế cơ sở.

Được.

Cơ quan được phẩm quốc gia (NDO) thuộc Bộ Y tế, chịu trách nhiệm quản lý và kiểm tra lĩnh vực được. Có 7.700 dược sĩ và 130 nhà buôn phân phối thuốc. Một số quỹ bảo hiểm có đặt ra danh mục các thuốc được bồi hoàn. Giá thuốc được tính dựa vào giá nguyên liệu, giá thành nghiên cứu và phân phối. Tất cả các thuốc có cùng một hoạt chất đều có giá bằng nhau vì đối với dược phẩm không có quyền sở hữu trí tuệ. Do quy trình ấn định giá thuốc, có sự tăng giá do giá chuyển giao mà các xí nghiệp phải trả cho "công ty mẹ" ở nước ngoài.

Có 100 xí nghiệp sản xuất thuốc. Công nghiệp dược phẩm rất tập trung. 45% thuốc tiêu thụ là nhập khẩu. Thuốc gốc không nhiều.

HIỆ THỐNG Y TẾ AI LEN

DỊCH VỤ Y TẾ QUỐC GIA ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG HỖ TRỢ

Hệ thống y tế Ai len là hệ thống y tế quốc gia có những cơ chế bảo hiểm đối với một số tầng lớp dân và có những quan hệ theo hợp đồng giữa bên cung cấp dịch vụ với chính quyền.

Cơ quan y tế quốc gia có ngân sách từ thuế và những người có thu nhập dưới một ngưỡng nhất định được hưởng mọi chăm sóc y tế không mất tiền. Ngoài ra có bảo hiểm y tế tự nguyện (1/3 số dân tham gia); bảo hiểm này là bảo hiểm y tế duy nhất và thuộc nhà nước.

Sơ lược lịch sử: Vào đầu thế kỷ XX, một bộ máy thanh tra y tế đã được thành lập với nhiệm vụ phát triển các biện pháp dự phòng trên toàn lãnh thổ. Đồng thời, các trường y, các cơ sở bảo vệ bà mẹ và trẻ em, các trung tâm tiêm phòng cũng được mở. Sau chiến tranh thế giới, bảo hiểm y tế ra đời. Đến 1957 có thêm bảo hiểm y tế bổ sung. Cơ quan phụ trách y tế quốc gia được lập ra năm 1970. Hệ thống y tế Ai len bắt chước hệ thống Anh.

Những cải cách gần đây.

Nhóm nghiên cứu *Dublin hospitals initiative group* được lập ra vào cuối những năm 1980 là sáng kiến quan trọng nhất để đề ra những cải cách về hệ thống y tế. Mặc dù các nghiên cứu tập trung vào Dublin nhưng các kết luận lại có ý nghĩa đối với cả nước và đã dẫn đến cải cách 1992.

Cải cách này tăng định mức cơ sở về số đầu người khám (capitation) đối với các bác sĩ đa khoa nhằm khuyến khích họ thuê người làm ở phòng khám tư, đồng thời là để đối phó với nhu cầu tăng khiến cho bệnh nhân có xu hướng tới thẳng các bệnh viện. Có một khoản trọn gói cho việc ghi đơn thuốc của các bác sĩ đa khoa. Nếu vượt quá mức thì các phòng khám sẽ bị cắt giảm trợ cấp giúp cho việc hiện đại hoá.

Các bệnh viện "tình nguyện" tư nhân, không vì lãi sẽ không được nhận ngân sách từ chính quyền địa phương cho các dịch vụ chuyên khoa.

Kế hoạch chiến lược tái định hướng hệ thống y tế Ai len đã được thông qua vào tháng 4 năm 1994. Kế hoạch này đề ra phát triển các cơ sở dự phòng, nghiên cứu các chỉ số giúp cho việc ra quyết định, đảm bảo quyền của người sử dụng dịch vụ y tế.

Quản lý hệ thống y tế:

Cấp Trung ương: Bộ Y tế chịu trách nhiệm về đường lối, chính sách y tế công cộng. Bộ quyết định việc chăm sóc sức khoẻ cho toàn dân, phối hợp các cơ

sở y tế và phân bổ ngân sách y tế. Ngoài ra, Bộ Y tế cũng chịu trách nhiệm quản lý lĩnh vực được.

Bộ Y tế giám hộ nhiều cơ quan. *Hội đồng y tế quốc gia* có vai trò tư vấn về đường lối y tế và lãnh đạo hệ thống y tế. *Hội đồng bệnh viện* chịu trách nhiệm phân bổ bác sĩ cho các bệnh viện.

Cấp địa phương. Mỗi *Sở Y tế vùng* (có 8 Sở) chịu trách nhiệm 2-3 tỉnh. Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý các cơ sở và thực hiện các chính sách y tế của chính quyền trung ương. Sở quản lý các bệnh viện nằm trong khu vực mà mình phụ trách. Mỗi Sở có ba lĩnh vực hoạt động chính là: sản sóc tại cộng đồng (tất cả các dịch vụ không đòi hỏi phải nằm viện), các bệnh viện đa khoa, các bệnh viện chuyên khoa. Sở có hai ngân sách; một ngân sách cho chăm sóc sức khỏe ban đầu và một ngân sách cho khám chữa bệnh chuyên khoa và nằm viện.

Hội đồng của Sở Y tế bao gồm đại diện của các cộng đồng tại địa phương, đại diện những nhà chuyên môn và đại diện Bộ Y tế.

Bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm y tế quốc gia: chịu trách nhiệm bảo hiểm y tế tùy theo mức thu nhập. Có hai hạng. 35% dân số thuộc hạng 1 bao gồm những người có thu nhập dưới một mức nhất định nào đấy, được khám chữa bệnh không mất tiền đối với phần lớn các dịch vụ y tế; họ có thể y tế và phải qua bác sĩ đa khoa trước rồi mới được khám chữa chuyên khoa. Với những người thuộc hạng 2 thì không cần phải theo tuyến khám, thế nhưng phải trả một phần tiền cho việc khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú.

Bảo hiểm y tế bổ sung: *Bảo hiểm y tế tự nguyện (VHI)* được thiết lập năm 1957 bổ sung cho bảo hiểm y tế bắt buộc. Đây là bảo hiểm tùy ý, không vì mục đích kiếm lãi. Chi phí của VHI chủ yếu là qua thuế, ngoài ra người thuộc hạng 2 đóng 1,25% thu nhập của mình. VHI có hai mức bảo hiểm. Mức thứ nhất bồi hoàn cho khám chữa bệnh chuyên khoa tư nhân, chữa bệnh nội trú tại bệnh viện công hoặc tư và một vài dịch vụ ngoại trú. Mức thứ hai (hẹp hơn) bổ sung thêm một số dịch vụ cơ bản mà người được bảo hiểm được hưởng.

Năm 1995, có 34% dân tham gia VHI. Trước năm 1994, VHI độc quyền về bảo hiểm y tế bổ sung nhưng sau đó nhà nước đã cho phép có bảo hiểm bổ sung cạnh tranh.

Chi phí y tế mà bệnh nhân phải chi trả không được bảo hiểm bồi hoàn nhưng lại được trừ vào các khoản phải đóng thuế.

Cung cấp dịch vụ y tế:

Các nghề nghiệp y tế:

Alen có 1 bác sĩ cho 15.000 dân, một tỷ lệ rất thấp so với các nước khác thuộc Liên minh châu Âu. Do tỷ lệ bác sĩ quá thấp nên người dân đi thẳng tới bệnh viện mà không qua tuyến y tế. Cuối năm 1992, cải cách đã tăng mức đầu người của các bác sĩ đa khoa để buộc họ phải sử dụng thêm người

Về nguyên tắc thì phải qua bác sĩ đa khoa mới được khám chữa chuyên khoa. Bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế phải ghi tên tại phòng khám của một bác sĩ đa khoa. Chính phủ khuyến dụ y tế địa phương cho bệnh nhân có quyền được lựa chọn thầy thuốc thế nhưng không phải tất cả các vùng đều làm theo.

Các *bác sĩ đa khoa* chủ yếu làm việc ở các phòng khám tư, độc lập. Phần lớn vừa hưởng thù lao theo đầu người đối với người thuộc hạng I và theo thao tác đối với các bệnh nhân khác. Năm 1955, trong số 1.900 bác sĩ đa khoa có 1.650 người khám chữa cho hạng I. Thù lao và tiền trả theo đầu người được thỏa thuận giữa đại diện thầy thuốc và Bộ Y tế. Chỉ có một số ít bác sĩ đa khoa là hưởng lương. Việc hưởng theo đầu người được thực hiện từ năm 1989, có điều chỉnh theo các yếu tố như tuổi, giới bệnh nhân, khoảng cách từ nhà tới phòng khám và mức độ nặng nhẹ của bệnh. Có tới 20 loại “khách hàng”. Việc cải cách thù lao cho bác sĩ - trước đó chỉ theo thao tác mà thôi - đã làm cho số lượt khám bệnh giảm đi 20%.

Phần lớn *bác sĩ chuyên khoa* vừa ăn lương bệnh viện vừa hưởng thù lao theo thao tác khi hành nghề tự do trong cơ sở y tế công cộng.

Được sĩ đều ký hợp đồng với y tế quốc gia. Họ được y tế trả tiền thuốc của các bệnh nhân của khu vực công cộng. Các bệnh nhân khác phải trả tiền trực tiếp.

Trong số 35.600 *y tá*, chỉ có 1.400 làm việc trong khu vực y tế công.

Bệnh viện.

Có nhiều loại bệnh viện: bệnh viện công do các cơ quan y tế quản lý và cấp ngân sách, bệnh viện tự nguyện, bệnh viện tư. Tất cả các bệnh viện công và một số bệnh viện tự nguyện là thuộc khu vực công.

Trong các *bệnh viện công* thì các bệnh viện vùng là lớn nhất và hiện đại nhất, có hầu hết các chuyên khoa. Các bệnh viện địa phương nhiều hơn thì có ít dịch vụ hơn và có trung bình 20-40 giường. Các bệnh viện này do một bác sĩ đa khoa phụ trách.

Các *bệnh viện tự nguyện* (bệnh viện tư không nhằm mục đích sinh lợi) thoát đầu là để dành cho những người nghèo, thường là của các tổ chức tôn giáo nhưng hiện nay hầu như do nhà nước cấp ngân sách hoàn toàn. Tuy vậy, các bệnh viện này vẫn có tính độc lập. Các bệnh viện đa khoa công và các bệnh viện tự nguyện đều có những giường tư.

Ngoài ra còn có các *bệnh viện hoàn toàn tư*, không tham gia phục vụ công.

Năm 1994, trong hệ thống y tế quốc gia có 104 bệnh viện, có tất cả 12.800 giường (tức 1 giường / 293 người dân). Trong khu vực công thì 59% số giường là ở các cơ sở do cơ quan y tế trực tiếp quản lý, 41% là ở các bệnh viện tự nguyện. Trong vòng 10 năm, số giường cho bệnh cấp tính đã giảm đi gần 30%.

Tất cả các bệnh viện, trừ bệnh viện nhằm mục đích sinh lợi, được cơ quan y tế địa phương cấp tài chính theo ngân sách trọn gói hằng năm. Người ta đã áp dụng dần dần các nguyên tắc quản lý và trả tiền cho các cơ sở dựa trên sự không thuận nhất của bệnh nhân.

Dược.

Có 1130 hiệu thuốc (1995), hầu như tất cả là ký hợp đồng với y tế quốc gia.

Dược sĩ không có quyền được thay thế thuốc, trừ trường hợp thuốc được kê không nằm trong danh mục thuốc được bồi hoàn. Tuy nhiên, dược sĩ lại có quyền bán thuốc làm nhiều lần.

Cơ quan dược quốc gia nằm trong Bộ Y tế chịu trách nhiệm phân phối và đưa thuốc vào thị trường. Thuốc được bồi hoàn được định giá qua thoả thuận giữa Y tế quốc gia với công nghiệp dược. Công nghiệp dược chỉ đáp ứng được 5% nhu cầu trong nước và chủ yếu là gia công nguyên liệu gốc.

HỆ THỐNG Y TẾ Ý CHÍNH TRỊ CHIẾM ƯU THẾ

Cơ quan phụ trách y tế được thành lập năm 1978, trong thời kỳ có thoả hiệp lịch sử giữa các đảng, đã bị các nhà chính trị lũng đoạn từ lâu. Những cải cách gần đây định cải thiện tình hình này bằng cách tách rời trách nhiệm chính trị với chức năng quản lý.

Từ hơn 10 năm nay, người ta suy nghĩ nhiều về cải cách do hệ thống y tế không đáp ứng được nhu cầu.

Hiện nay, Ý đang trong quá trình phi tập trung hoá mạnh về phân trách nhiệm trong lĩnh vực y tế.

Sơ lược lịch sử: Vào thế kỷ XIX, các quỹ tương tế hoạt động trên nguyên tắc tình nguyện làm bảo hiểm y tế. Trong khu vực công nghiệp, các quỹ tương tế dần dần trở thành các quỹ của doanh nghiệp rồi trong thế chiến thứ hai, các quỹ doanh nghiệp này lại tập trung vào một tổ chức trung ương là Viện Bảo hiểm y tế quốc gia.

Vào giữa những năm 70, có khoảng một trăm quỹ bảo hiểm cùng tồn tại. Các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế ký hợp đồng với các quỹ khác nhau.

Cơ quan y tế quốc gia được thành lập vào năm 1978 và mang đậm tính chất của bản thoả hiệp lịch sử về chương trình chính trị chung được các đảng thuộc cánh trung ký ngày 20/6/1976.

Cải cách tạo vai trò chủ yếu cho các nhà chính trị trong việc lãnh đạo các đơn vị y tế địa phương là mấu chốt cho tất cả hệ thống.

Cải cách 1992.

Một cải cách quan trọng về hệ thống y tế quốc gia đã được thông qua tháng 12 năm 1992 và đã được bổ sung trong những năm tiếp theo. Cải cách này được thực hiện dần kể từ năm 1995.

Những điểm chính là phân bổ ngân sách y tế theo vùng và đặt ra các mô hình cạnh tranh. Các bệnh viện lớn có quyền tự chủ. Từ nay, các vùng chịu trách nhiệm hoàn toàn về thu và chi trong y tế. Các vùng cũng có thể cung ứng dịch vụ ở mức cao hơn so với mức đang được bồi hoàn.

Luật cũng đề ra nguyên lý cạnh tranh. Các vùng có quyền tự do chọn lựa trong các mô hình hợp đồng cụ thể, các nhân cung ứng dịch vụ và kế hoạch hoạt động. Theo mô hình hợp đồng cụ thể thì bệnh nhân hoàn toàn có quyền đến bất kỳ cơ sở dịch vụ y tế nào, công hoặc tư, miễn là có ký kết hợp đồng với y tế quốc gia; đơn vị y tế địa phương đóng vai trò người trả tiền. Theo mô hình thứ hai thì đơn vị y tế địa phương ký hợp đồng với các cơ sở cung cấp dịch vụ mà mình lựa chọn; người sử dụng dịch vụ không phải trả tiền nếu đến các cơ sở đó. Theo mô hình thứ ba thì đơn vị y tế địa phương cùng với các bệnh viện, các trung tâm

khám chữa bệnh ngoại trú (có thể có cả các người làm tư) trong khu vực mình xây dựng kế hoạch hằng năm.

Theo kế hoạch thì đến cuối năm 1997 các biện pháp trên đã phải được thực thi và bắt đầu hoạt động, thế nhưng còn có rất nhiều vùng chưa sẵn sàng thực hiện.

Quản lý hệ thống y tế.

Cấp Trung ương: Bộ Y tế định ra các mục tiêu và các ưu tiên cho quốc gia. Bộ Y tế cũng xác định mức mà y tế quốc gia phải bồi hoàn cho nhân dân và phân bổ ngân sách cho các vùng trên nguyên tắc theo đầu người. Bộ Y tế cũng phải đảm bảo sao cho dịch vụ y tế được phân bố đều trên toàn lãnh thổ. *Hội đồng y tế tối cao* tư vấn cho việc chọn lựa các ưu tiên trong lĩnh vực y tế.

Cấp vùng: Cấp này đã có quyền tự chủ đáng kể từ 1978; với cải cách 1992 thì quyền tự chủ được tăng cường. Các vùng thu tiền đóng góp bắt buộc và có thể quy định mức đóng góp, đề ra mức trần cao hơn so với mức quy định trước đây nhưng phải nằm trong phạm vi luật cho phép. Cơ quan y tế vùng có trách nhiệm lập kế hoạch, tổ chức dịch vụ và phân chia ngân sách cho các đơn vị y tế địa phương và cho các bệnh viện tư quán.

Đơn vị y tế địa phương. Chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ y tế cho người dân, hoặc là trực tiếp (các cơ sở y tế do mình phụ trách) hoặc là gián tiếp (qua các hợp đồng với các bệnh viện, cơ sở y tế công hay tư). Số đơn vị y tế địa phương từ 651 đơn vị vào năm 1978 nay chỉ còn lại 228 đơn vị.

Về nguyên tắc thì đơn vị y tế địa phương là theo đơn vị huyện. Đơn vị y tế địa phương cung cấp dịch vụ cơ sở và phối hợp hoạt động của các cơ sở y tế trong huyện, kết hợp chữa bệnh ngoại trú với dịch vụ cơ sở. Do thiếu các quy định từ nhà nước nên một số vùng chưa được giao nhiệm vụ này.

Cung cấp dịch vụ y tế.

Có khoảng gần 700.000 người làm việc trong khu vực y tế công. Bác sĩ chiếm khoảng 13%, y tá và nữ hộ sinh chiếm khoảng hơn 37%. Tỷ lệ thất nghiệp trong ngành y tế khá cao. Việc thi tuyển vào các trường y mới chỉ được thực hiện vài năm gần đây.

Dịch vụ cơ sở. Phát triển dịch vụ cơ sở là một trong những mục tiêu chính của các đợt cải cách kế tiếp nhau. Năm 1995 có 51.000 bác sĩ đa khoa làm việc ở khu vực cơ sở, tức là 1 bác sĩ/1.000 dân. Số bác sĩ nhi khoa (6.250) thiếu nhiều (chỉ có 0,6/1.000 trẻ).

Bác sĩ đa khoa phân bố không đồng đều, tập trung nhiều ở phía Nam. Các bác sĩ chăm sóc ban đầu này lại ít được cơ quan y tế quốc gia coi trọng, họ không tham gia thực sự vào các hoạt động của đơn vị y tế địa phương và ít hợp tác với các bác sĩ chuyên khoa. Họ được hưởng thù lao theo đầu người.

Các dịch vụ cơ sở cũng bao gồm cả việc trực cấp cứu ngoài giờ.

Chuyên khoa ngoại trú: Tại các thành phố, ít bác sĩ chuyên khoa chịu làm việc trong khu vực công.

Có ba loại cơ sở y tế: các bệnh viện đa khoa công, các bệnh viện an dưỡng công và các nhà an dưỡng tư. Phần lớn các cơ sở này là do các quỹ tương tế lập ra trước khi có cơ quan y tế quốc gia.

Bác sĩ chuyên khoa làm việc cho cơ quan y tế có thể hành nghề đồng thời tại nhiều trung tâm và làm một phần thời gian tại bệnh viện. Họ được trả lương theo giờ. Hoạt động của bác sĩ chuyên khoa ở ngoài bệnh viện chủ yếu là chẩn đoán.

Bác sĩ chuyên khoa không thuộc bệnh viện và làm việc theo hợp đồng thì hành nghề ở các phòng khám tư hoặc bệnh viện tư. Họ được hưởng thù lao theo thỏa tác theo giá thỏa thuận trong hợp đồng. Có rất nhiều phòng khám tư ở phía Nam. Theo nguyên tắc thì muốn tới bác sĩ chuyên khoa phải có chỉ định của bác sĩ đa khoa.

Bệnh viện.

Có 990 cơ sở công và 656 bệnh viện tư có hợp đồng. Ngoài ra còn có 68 bệnh viện tâm thần vẫn tồn tại mặc dù đã có luật đóng cửa các bệnh viện này. 60% số bệnh viện là những cơ sở nhỏ có dưới 200 giường. 70% số giường là cho nội khoa và ngoại khoa.

Tỷ lệ giường là 6,7/1.000 dân và phân bố không đồng đều: ví dụ 5/1.000 ở vùng Campanie, 8,3 ở vùng Latium.

Các vùng phía Nam và vùng Latium sử dụng dịch vụ tư nhiều hơn là các vùng khác. Bệnh nhân di chuyển nhiều từ phía Nam lên phía Bắc. Trong trường hợp phải chờ đợi quá lâu thì bệnh nhân có thể đến các cơ sở tư có hợp đồng với y tế quốc gia.

Khu vực công hiện có 55 bệnh viện lớn nay đã trở thành các cơ sở như doanh nghiệp tự quản và hoàn toàn tự do quản lý ngân sách của mình từ 1995. Các bệnh viện khác thì phụ thuộc vào đơn vị y tế địa phương về ngân sách và về quản lý.

Khu vực công có 560.000 người làm việc, trong đó 17% là bác sĩ, 44% là y tá.

16% số bệnh viện là các bệnh viện tư ký hợp đồng với cơ quan y tế nhà nước. Khu vực y tế tư còn có cả những bệnh viện được gọi là "được xếp hạng", (chiếm chưa đầy 2% số giường).

Có 2,5% số giường là tại các viện nghiên cứu công hoặc tư thực hiện các nghiên cứu khoa học y sinh học.

Bác sĩ hành nghề trong các bệnh viện công được hưởng lương. Hơn một nửa là làm việc toàn bộ thời gian cho bệnh viện. Bác sĩ làm việc một phần thời gian tại bệnh viện được phép làm tư thêm.

Bác sĩ tư được hưởng thù lao theo thỏa tác. Chỉ có 1/4 số bác sĩ làm việc toàn bộ thời gian cho bệnh viện công là nhận làm thêm cho bệnh viện tư. Số ít ít là do các bệnh viện tư được miễn giảm đóng góp xã hội khi thuê bác sĩ trong khi đó các bác sĩ đã có công việc ở bệnh viện công rồi.

Từ 1997, việc cấp tài chính cho các bệnh viện được thực hiện theo các giá cụ thể dựa trên phân loại các nhóm bệnh nhân theo bệnh. Khoảng 80% ngân sách của các bệnh viện tự quản là do các vùng chi trả theo đầu bệnh nhân, phần còn lại là do hợp đồng với các đơn vị y tế địa phương.

Được.

Tổ chức và tài chính của khu vực được là do cấp trung ương. Có danh mục các thuốc được bồi hoàn. Việc bồi hoàn là tùy theo 3 mức độ quan trọng về tác dụng điều trị. Mức bồi hoàn có thể thay đổi theo vùng (mức bồi hoàn được nhà nước quy định là 40%, 60%, 100%).

Giá thuốc được một uỷ ban có thẩm quyền quy định. Việc xác định giá dựa trên phân tích các giá cấu thành. Giá nguyên liệu và lương được tính trực tiếp, giá thành nghiên cứu, sản xuất, quảng cáo được tính theo % của giá cuối cùng. Các vùng phía Nam dùng thuốc nhiều nhất.

HỆ THỐNG Y TẾ LUXEMBOURG MỘT HỆ THỐNG TỰ NHÂN TỰ DO ĐƯỢC QUY ĐỊNH CHẶT CHẼ

Hệ thống y tế của Luxembourg hoạt động nhờ các quỹ bảo hiểm xã hội và tập trung. Nhà nước kiểm soát việc cung ứng dịch vụ y tế trong đó khu vực tư nhân là chính. Các bác sĩ phần lớn là hành nghề tự do nhưng buộc phải ký hợp đồng.

Hầu như toàn bộ người dân đều được bảo hiểm y tế công cộng.

Sơ lược lịch sử: Bảo hiểm xã hội của Luxembourg là theo kiểu Đức. Giữa 1901 và 1911 có bảo hiểm xã hội chỉ dành riêng cho người ăn lương, công nhân và nhân viên làm tư có thu nhập thấp dưới một mức nhất định. Mãi đến năm 1951 mới có bảo hiểm y tế bắt buộc đối với công chức và toàn bộ những người làm công ăn lương. Dần dần, bảo hiểm bao phủ cả thợ thủ công, thương gia và kỹ nghệ gia (1957) rồi tới công nhân nông nghiệp và các nghề tự do (1962 và 1964).

Từ 1964 bắt đầu có giai đoạn hài hoà và cải tiến. Các luật cải cách 1974 đã nhất thể hoá các thể thức tài chính và cung ứng của mọi chế độ bảo hiểm. Đến 1978 đã thông qua Luật về mức đóng góp duy nhất và về hệ thống bù trừ giữa các quỹ (trừ quỹ bảo hiểm y tế trong nông nghiệp).

Cải cách mới đây:

Cải cách quan trọng nhất là vào năm 1992, đụng chạm đến tất cả các khu vực. Lần đầu tiên, cơ chế điều tiết chi phí được đặt ra, nhấn mạnh đến việc khi điều chỉnh mức thù lao của năm sau phải xét đến việc tăng số lượng các thao tác y tế.

Cải cách về bảo hiểm y tế không đạt được tham vọng mà chính phủ dự kiến tức là đặt ra một chế độ bảo hiểm chung. Cấu trúc cũ bao gồm 9 quỹ vẫn tồn tại nhưng các quỹ này phải nhường phần quan trọng cho một cơ quan trung ương là Liên hiệp các quỹ bảo hiểm y tế.

Đối với các bệnh viện thì luật quy định một ngân sách tổng thể cho bệnh viện.

Quản lý y tế:

Bộ Y tế đề ra chính sách, soạn thảo luật và áp dụng luật. Bộ cũng kiểm soát các cơ sở và các cơ quan hoạt động trong lĩnh vực y tế. Có một cục chịu trách nhiệm về bảo vệ sức khỏe, cấp cứu, theo dõi tình hình sức khỏe và được.

Bộ An sinh xã hội chịu trách nhiệm về bảo hiểm y tế.

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm bắt buộc: Bảo hiểm y tế dựa trên hai nguyên tắc: nguyên tắc tự quản về hành chính và về tài chính và nguyên tắc quản lý bình đẳng giữa người ăn lương và người thuê.

Cải cách năm 1992 giao nhiều trách nhiệm hơn cho các đối tác xã hội giờ đây có quyền cùng với Liên hiệp các quỹ bảo hiểm y tế ấn định mức bồi hoàn và mức đóng góp. Có hai cơ quan quản lý bảo hiểm y tế là Liên hiệp các quỹ bảo hiểm và tập hợp 9 quỹ bảo hiểm nghề nghiệp.

Liên hiệp chịu trách nhiệm về các vấn đề bảo hiểm y tế chung, các quỹ chịu trách nhiệm quản lý các hoạt động đối với các nhóm dân cư mà quỹ bảo hiểm.

Những người dân không được hưởng bảo hiểm y tế vẫn có thể tự nguyện mua bảo hiểm. Bảo hiểm xã hội sẽ mua bảo hiểm y tế cho những người có khó khăn.

Trong một vài trường hợp thì bệnh nhân phải trả một phần chi phí y tế. Tỷ lệ bồi hoàn là từ 89% đến 100%. Tiền thuốc được bồi hoàn tùy theo loại và tác dụng điều trị.

Bảo hiểm y tế tư nhân: Do bảo hiểm công rất phát triển nên bảo hiểm tư nhân không quan trọng. Bảo hiểm bổ sung hầu như hoàn toàn do một quỹ tương tế là Quỹ tương tế nội - ngoại khoa của công quốc đảm nhiệm; có hơn 4/5 dân số mua thêm. Quỹ này bảo hiểm cho các trường hợp phải phẫu thuật ở nước ngoài. Tiền đóng góp không nhiều.

Cung cấp dịch vụ y tế.

Các nghề nghiệp y tế.

Phần lớn bác sĩ và nha sĩ hành nghề tự do ở các phòng khám tư hoặc ở các cơ sở ngoài bệnh viện. Bác sĩ bắt buộc phải ký hợp đồng với bảo hiểm. Bệnh nhân hoàn toàn tự do chọn nơi khám chữa bệnh.

Năm 1995 có 2,2 bác sĩ và 0,5 nha sĩ cho 1000 dân. Tỷ lệ bác sĩ chuyên khoa có cao hơn bác sĩ đa khoa. Bác sĩ tập trung nhiều ở thành phố. Từ 1980, số lượng bác sĩ tăng lên đáng kể, nhất là bác sĩ đa khoa và nha sĩ (riêng số nha sĩ tăng gấp hai lần). Bác sĩ được trả tiền theo thao tác.

Người dân hoàn toàn tự do chọn bác sĩ. Không có quy định phải đăng ký nơi khám cũng như không phân tuyến.

Phần lớn những người làm xoa bóp, phục hồi chức năng làm tại bệnh viện và có thể hành nghề tư thêm nhưng để được bảo hiểm bồi hoàn thì phải có chỉ định của bác sĩ. Hầu hết y tá và nữ hộ sinh là ăn lương.

Bệnh viện.

Bệnh viện được phân loại thành bệnh viện quốc gia, bệnh viện vùng, bệnh viện địa phương tùy theo số giường nhiều hay ít. Năm 1995 có 34 bệnh viện công hoặc tư, trong đó có 17 bệnh viện điều trị bệnh cấp tính, 2 bệnh viện

chuyên khoa, 5 bệnh viện điều trị ngắn ngày và 10 bệnh viện điều trị dài ngày. Tổng số giường bệnh là 4 560 (tức 1 giường cho 80 người dân). Nguyên tắc về hoạt động và tài chính là như nhau đối với bệnh viện công và bệnh viện tư.

Từ 1995, mỗi bệnh viện thoả thuận dự kiến ngân sách cho 2 năm tới của mình với bảo hiểm y tế. Các khoản đầu tư cho bệnh viện được tính vào ngân sách tổng thể nếu nhà nước không cấp tiền đầu tư. Bệnh viện nào muốn hiện đại hoá, thay đổi cơ cấu giường bệnh thì có thể được nhà nước hỗ trợ từ 40 đến 75%.

Tiền lương của bác sĩ bệnh viện không nằm trong ngân sách tổng thể. Sản sóc trong các cơ sở y tế do các bác sĩ hành nghề tự do thực hiện theo hợp đồng. Chỉ có hai bệnh viện là sử dụng bác sĩ hưởng lương.

Dược.

Không có công nghệ dược. Các thuốc đều do bốn công ty tư nhân nhập và bán. Luxembourg cho phép lưu hành các thuốc dược các nước khác trong Liên minh châu Âu công nhận. Bộ Y tế cấp giấy phép. Các thuốc chỉ được bán tại các cửa hiệu thuốc. Hai phần ba số hiệu thuốc là đại lý của nhà nước nhưng được quản lý theo kiểu tư nhân.

Số đại lý bị hạn chế (1 cửa hiệu thuốc cho 5.000 dân). Hiện nay không cho phép mở cửa hiệu thuốc tư.

HỆ THỐNG Y TẾ HÀ LAN CHUYỂN SANG CƠ CHẾ THỊ TRƯỜNG

Trong việc cấp tài chính cho y tế thì hệ thống bảo hiểm xã hội của Hà lan kết hợp cả nguyên lý của Bismarck và của Beveridge. Đến một mức lương nào đó thì người dân Hà lan được hưởng bảo hiểm xã hội. Trên mức lương ấy thì phải mua bảo hiểm tư nhân. Đối với các trường hợp phải điều trị lâu và tốn kém thì mọi người bất kể thu nhập là bao nhiêu đều được bảo hiểm. Từ năm 1992, hệ thống y tế Hà lan bắt đầu chuyển đổi theo mô hình cạnh tranh có kiểm soát (gọi là dự án Dekker-Simons). Hiện nay cải cách này tỏ ra không thực hiện được.

Sơ lược lịch sử: Có thể nói là bảo hiểm y tế ở Hà lan đã có mầm mống từ các hội có thời Trung cổ. Các thành viên của hội được các quỹ tương tế trả tiền chữa bệnh.

Đến giữa thế kỷ XIX, các thầy thuốc xúc động trước cảnh bần cùng của người dân thành thị, đã lập ra các hệ thống bảo hiểm tự nguyện ở một vài thành phố lớn. Chịu ảnh hưởng của các công đoàn, dần dần các quỹ này lan ra trong cả nước. Trong những thập niên đầu tiên của thế kỷ XX, có hơn 2.500 quỹ. Mỗi đến năm 1941 mới có bảo hiểm bắt buộc đối với những người ăn lương và gia đình họ. Từ 1941 đến 1963 thì bảo hiểm bắt buộc (do các quỹ bảo hiểm y tế quản lý) mở rộng dần. Năm 1964 có Đạo luật nhằm thống nhất các quỹ về mặt pháp lý. Bảo hiểm là bắt buộc đối với những người ăn lương và người ăn theo cũng như đối với những người trên 65 tuổi. Còn đối với những người không thuộc các loại trên thì bảo hiểm là tự nguyện. Luật cũng đã định ra mức thu nhập tối thiểu; thế nhưng sau khi các quỹ gặp nhiều khó khăn về tài chính do việc phân loại nguy cơ của bảo hiểm tự nguyện thì luật này bị huỷ bỏ và từ năm 1986, bảo hiểm tự nguyện được giao cho các hãng bảo hiểm tư nhân.

Ngoài ra còn có Luật về chi phí bệnh tật đặc biệt được thông qua ngày 14/12/1967(AWBZ) bảo hiểm cho tất cả mọi người khi bị bệnh nặng.

Gánh nặng chi phí y tế ngày càng tăng cũng như sự phức tạp về mặt luật pháp đã khiến cho những người có trách nhiệm phải suy nghĩ đến cải cách và đến 1986 thì báo cáo của Dekker được công bố.

Cải cách Dekker-Simons.

Báo cáo của Dekker đưa ra một vài đề nghị rất độc đáo. Mô hình mới dựa trên nguyên tắc cạnh tranh nhưng vẫn đặt ra những quy định bắt buộc nhằm đảm bảo đoàn kết.

Cải cách y tế được Chính phủ thông qua ngày 4/3/1988 dựa trên báo cáo này.

Theo cải cách này thì tất cả mọi người dân đều được bảo hiểm y tế theo chế độ bắt buộc, bất kể thu nhập là bao nhiêu. Theo nguyên tắc đoàn kết, mọi

người đóng góp cho Quỹ trung tâm để được đảm bảo ở mức độ cơ sở (bồi hoàn 85% chi phí khám chữa bệnh). Mặt khác, mọi người đóng tiền theo các mức độ khác nhau cho bảo hiểm bổ sung. Giữa các quỹ không còn sự khác biệt về quy chế và được phép cạnh tranh. Mỗi quỹ có một mạng lưới cơ sở dịch vụ của mình (thỏa thuận và ký hợp đồng với các nhà chuyên môn) để phục vụ cho người đóng bảo hiểm. Người dân có quyền tự do lựa chọn quỹ bảo hiểm tùy theo mức quy định đóng góp mỗi năm và chất lượng dịch vụ của hãng.

Cải cách này đem lại cho chính phủ nhiều cái lợi: giảm vai trò của nhà nước, tăng trách nhiệm của các cơ sở và của các nhân viên y tế, kiểm soát được chất lượng qua các liên đoàn bệnh viện, các nghiệp đoàn thầy thuốc dưới sự điều hành của các cơ quan thể chế, người dân có quyền tự do lựa chọn hãng bảo hiểm. Để tránh việc từ chối bảo hiểm cho những người có nguy cơ cao, với mỗi một hình thức bảo hiểm hãng bảo hiểm phải đặt ra một giá và không được từ chối nhận bảo hiểm. Quỹ trung tâm sẽ giao cho một khoản bù đắp tùy theo đặc điểm của đối tượng mua bảo hiểm của hãng.

Cải cách này lúc đầu được tiến hành một cách chậm chạp và nay thì hầu như đã ngừng hẳn. Tháng 3/1995, chính phủ đã từ bỏ ý định một chế độ bảo hiểm duy nhất và duy trì song hành chế độ bảo hiểm y tế thông thường và chế độ bảo hiểm cho các bệnh nặng (bệnh phải điều trị dài ngày, bệnh tâm thần) và trợ giúp xã hội cho người có tuổi. Bảo hiểm cho trường hợp nặng do nhà nước chịu trách nhiệm về mặt tài chính và quản lý và không nằm trong phạm vi cạnh tranh của dự án Dekker-Simons.

Đối với bệnh viện, Chính phủ vẫn giữ quyền về chính sách đầu tư và kiểm soát dịch vụ. Ngược lại, các hãng bảo hiểm phải chịu trách nhiệm về tài chính thông thường, dựa vào tính hiệu quả của các cơ sở y tế và thực hiện cạnh tranh giữa các cơ sở này. Để tạo thuận lợi cho cạnh tranh, Chính phủ xây dựng chính sách chống độc quyền. Ủy ban Biesheuvel (tên của Thủ tướng) đã đề nghị cho các chuyên gia quản lý tham gia điều hành bệnh viện, đặt ra hệ thống thưởng phạt và hệ thống các tiêu chí đánh giá. Từ 1996, đã có 100 cơ sở được thực nghiệm các biện pháp này.

Quản lý y tế:

Cấp trung ương: Bộ Y tế và an sinh xã hội chịu trách nhiệm về phía nhà nước. Bộ có vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch, tài chính, bảo hiểm xã hội. Bộ này định hướng về các mặt vật giá dụng y tế, thuốc men, thù lao cho nhân viên y tế, chất lượng dịch vụ. Có năm cơ quan tư vấn cho Bộ là: Hội đồng quốc gia về y tế cộng đồng, Hội đồng y tế, Hội đồng quốc gia các quỹ bảo hiểm, Vụ trung ương về vật giá y tế, Hội đồng bệnh viện.

Cấp vùng và địa phương. Các thành phố quản lý các cơ sở y tế được cấp kinh phí qua thuế chung.

Các xã và 12 tỉnh có nhiều quyền hạn trong tổ chức cung cấp dịch vụ và là nơi thực hiện các mục tiêu y tế quốc gia.

Bảo hiểm y tế:

Thu nhập đến một mức nào đó thì phải mua bảo hiểm bắt buộc (năm 1995, mức này là 58.950 florins với những người dưới 65 tuổi, 30.900 với những người trên 65 tuổi). Những người có thu nhập cao hơn mức quy định thì phải mua bảo hiểm ở các tư nhân. Hơn 60% dân số được bảo hiểm theo chế độ bảo hiểm công. 32% theo chế độ bảo hiểm tư, còn lại là theo chế độ riêng dành cho công chức.

Bảo hiểm bắt buộc. Bảo hiểm này có hai mức rõ rệt: trả tiền cho các chi phí y tế thông thường (có nhiều hình thức bảo hiểm) và trả tiền khi bị ốm nặng (bảo hiểm theo Luật về chi phí khi ốm nặng AWBZ).

Trước khi có cải cách Dekker-Simons thì có 40 quỹ bảo hiểm công và khoảng 70 công ty bảo hiểm tư nhân bảo hiểm y tế thông thường. Từ khi cho phép cạnh tranh trong bảo hiểm y tế chỉ còn khoảng 30 quỹ công và 50 hãng tư. Chi phí cho khám chữa bệnh thông thường hầu như được bồi hoàn từ tiền đóng góp hay từ tiền mua bảo hiểm. Bảo hiểm bồi hoàn 85%, nhà nước trả 10%, người dân trả 5%. Từ năm 1992, các quỹ bảo hiểm có khả năng thương lượng giá cả và đưa ra giá thấp hơn là giá do Bộ Y tế ấn định. Chi phí khi bị ốm đau nặng được nhà nước thanh toán theo luật.

Đã có những thay đổi về hình thức bảo hiểm mặc dù cải cách Dekker không được thực hiện triệt để. Hiện nay bảo hiểm y tế thông thường bao gồm khám chữa bệnh nội khoa và ngoại khoa, nằm viện dưới một năm, sinh nở, chữa răng.

Quỹ bù trừ trung tâm chỉ dành cho các quỹ bảo hiểm công. Quỹ này phân bổ tiền dựa theo tuổi và giới của người tham gia bảo hiểm cho các quỹ.

Từ nay, người dân hoàn toàn có quyền tự do lựa chọn quỹ bảo hiểm y tế. Từ năm 1994, các bên cung cấp dịch vụ cũng được quyền cạnh tranh bằng cách đàm phán với các quỹ bảo hiểm.

Bảo hiểm y tế tư nhân và các chế độ bảo hiểm đặc biệt. Khoảng 1/3 dân số được bảo hiểm tư nhân là chính. 40% số người mua bảo hiểm tư nhân là theo hợp đồng tập thể. Tiền mua bảo hiểm là tùy theo mức độ bảo hiểm. Chính phủ quy định mức tối đa người mua phải trả. Với những người có nguy cơ cao thì Chính phủ cũng dự trù một khoản bù đắp. Các chế độ bảo hiểm đặc biệt dành cho các trường hợp như tai nạn lao động, người già có thu nhập thấp, bà goá, thương tật v.v...

Cung cấp dịch vụ y tế.

Có 650000 người (10% dân số) làm việc trong khu vực y tế công và tư.

Các nghề nghiệp y tế. Năm 1995, mật độ bác sĩ là 2,3 cho 1000 dân; mật độ dược sĩ là 0,2; mật độ nha sĩ là 0,5. Các bác sĩ đa khoa chủ yếu là làm tư còn các bác sĩ chuyên khoa chủ yếu là làm tại bệnh viện.

Bác sĩ đa khoa có vai trò bản lề vì bệnh nhân buộc phải qua bác sĩ đa khoa mới được đi khám chữa chuyên khoa. Những năm gần đây, chính quyền lưu ý các bác sĩ đa khoa về nhiệm vụ phòng bệnh và kê đơn thuốc.

Bác sĩ đa khoa ký hợp đồng với một quỹ bảo hiểm xã hội và được quỹ này trả tiền trực tiếp theo số lượng bệnh nhân, trên một ngưỡng nào đó thì thoái biến: 1/3 số trường hợp là trả theo thao tác. Chỉ có 10% số bác sĩ đa khoa là hành nghề trong các cơ sở y tế cộng; 55% có phòng khám tư cá nhân và 35% có phòng khám chung.

Bác sĩ chuyên khoa vừa làm việc tại các bệnh viện đa khoa thành phố, vừa làm việc tại các bệnh viện công. Chỉ có 6% tổng số bệnh nhân là đến thẳng bác sĩ chuyên khoa.

Bác sĩ chuyên khoa được trả thù lao theo thao tác. Tiền thù lao bao gồm phần cố định theo dịch vụ và phần khoán. Phần khoán dành cho việc tới thăm khám tại nhà và điều trị thông thường, đơn giản còn các thủ thuật ngoại khoa được trả riêng.

Mật độ y tá cao hơn so với các nước châu Âu (9/1000 dân). Khoảng 7000 y tá làm việc ngoại trú, chủ yếu là chăm sóc người già và trẻ em.

Bệnh viện.

Phần lớn (88%) các cơ sở bệnh viện là thuộc khu vực tư nhân không vì mục đích kiếm lợi. Số còn lại thuộc khu vực công. Luật pháp cấm mở bệnh viện tư có tính thương mại. Có 9 bệnh viện thuộc trường đại học do nhà nước quản lý. 90% bệnh viện ngắn ngày, 60% bệnh viện cho người già, 90% bệnh viện tâm thần là bệnh viện tư.

Mật độ giường bệnh khá cao (12/1000 dân), thời gian nằm viện trung bình là 14,2 ngày (khá dài so với các nước khác).

Có 113 bệnh viện đa khoa gồm 51.000 giường; 32 bệnh viện chuyên khoa với 4.400 giường và 11 bệnh viện thuộc trường đại học với phương tiện hiện đại có tất cả 7.600 giường.

Từ năm 1983, chính quyền đề ra ngân sách tổng thể, đồng thời đưa ra chính sách nhằm tái cấu trúc và thu nhỏ quy mô bệnh viện. Số giường dành cho bệnh cấp tính đã giảm từ 4,5/1.000 (1983) xuống còn 3,7/1.000 (1994).

Ngân sách trọn gói của bệnh viện gồm ba khoản theo các lĩnh vực rõ rệt: nhu cầu, số giường bệnh và các chuyên khoa được phép có, các chỉ số hoạt động của bệnh viện.

Thuốc.

Thuốc được chia làm hai loại. Một loại được bán không cần đơn ở các cửa hàng bán các chế phẩm cận y tế và các siêu thị.

Từ 1991, theo gương Đức, Hà lan đã áp dụng nguyên lý giá chuẩn đối với một số thuốc điều trị và giá thuốc được tính theo trung bình giá của các thuốc cùng loại.

Có danh mục các thuốc và giá thuốc để làm cơ sở cho việc bồi hoàn.

Các cửa hiệu thuốc là của tư nhân hoặc là hợp tác. Có 1.400 hiệu thuốc bán lẻ và 750 cơ sở an dưỡng có giao thuốc.

HỆ THỐNG Y TẾ BỒ ĐÀO NHA TỰ NHÂN HOÁ RÕ NÉT

Hệ thống y tế Bồ đào nha đã được cải cách theo nguyên lý Beveridge. Theo luật 1979 thì tất cả mọi người đều được bảo hiểm nhưng hiện nay vẫn còn khoảng 1/4 dân số là chưa được cơ quan y tế quốc gia đảm bảo.

Năm 1994, Bồ đào nha dành 7,6% Tổng sản phẩm quốc nội cho y tế, tăng đáng kể so với 5,8% vào năm 1980.

Sơ lược lịch sử: Cộng hoà Bồ đào nha ra đời năm 1910 đã nhiều lần cố gắng thiết lập bảo hiểm xã hội. Năm 1919 đã lập ra hệ thống bảo hiểm xã hội bắt buộc đối với bệnh tật, tai nạn lao động, tuổi già thế nhưng chỉ mới thực hiện được bước đầu.

Dưới chính thể độc tài của Salazar, người dân mất quyền được bảo hiểm công cộng. Luật về dự phòng xã hội được thông qua năm 1935 tổ chức bảo hiểm xã hội dựa trên cơ sở thoả thuận giữa các nghiệp đoàn thợ thuyền với các hiệp hội của giới chủ. Từ năm 1962, Nhà nước can thiệp vào việc tổ chức bảo hiểm xã hội. Tất cả các tỉnh đều có quỹ dự phòng. Mặc dù bảo hiểm y tế có được mở rộng nhưng vẫn không bao hiểm cho gia đình người làm công ăn lương.

Sau cuộc cách mạng năm 1974, tất cả các bệnh viện đều thuộc về nhà nước. Các bệnh viện địa phương được nhập vào các trung tâm y tế.

Luật 1979 thiết lập cơ quan y tế quốc gia cũng góp các cơ sở y tế công và Bảo hiểm xã hội lại. Bảo hiểm xã hội không còn đóng vai trò ở mức bồi hoàn. Tuy vậy một vài chế độ bảo hiểm y tế vẫn không thay đổi.

Những cải cách gần đây:

Bồ đào nha bắt đầu bước vào quá trình tự nhân hoá tất cả các lĩnh vực kinh tế từ mùa thu 1989. Y tế cũng nằm trong chuyển biến chung đó với việc hợp pháp hoá hoạt động y tế tư nhân, khuyến khích phát triển y tế tư nhân để đáp ứng nhu cầu và hạn chế tăng chi phí y tế ở khu vực công.

Cải cách 1993 đã phân chia ra 5 vùng y tế tự chủ. Yêu cầu ở lĩnh vực tư nhân càng tăng. Các cơ sở y tế công có thể được quản lý bởi các cơ quan công cộng, thậm chí là bởi cơ quan tư nhân theo khuôn khổ các hợp đồng. Các trung tâm y tế phải kết hợp với bệnh viện để tạo thành các đơn vị y tế. Bác sĩ ăn lương có quyền được hành nghề tư nhân.

Người dân được khuyến khích mua bảo hiểm ở các hãng tư nhân các hãng nay đang thay thế bảo hiểm y tế công. Nhà nước phải tham gia đóng góp tài chính cho việc mua bảo hiểm tùy theo tuổi, giới và thu nhập của người dân.

Tháng 10/1995, Chính phủ xã hội đã ngừng các cuộc cải cách đã được dự định trước đó trong Luật 1993. Một *Tiểu ban nghiên cứu tương lai của hệ thống*

y tế *Bồ đào nha* được Chính phủ thành lập ra vào năm 1996 để đưa ra những đề nghị về chính sách y tế.

Quản lý hệ thống y tế.

Cấp trung ương. Bộ Y tế chịu trách nhiệm tổ chức chăm sóc sức khoẻ ban đầu và các bệnh viện cũng như xây dựng các chương trình về y tế công cộng, cấp tài chính và lập kế hoạch. Bộ Y tế chỉ đạo các vùng và các tỉnh. Viện quốc gia về y tế công cộng giúp cho Bộ Y tế trong một số mặt.

Về nguyên tắc thì Cơ quan y tế quốc gia là tự chủ về hành chính cũng như về tài chính nhưng Bộ Tài chính có ý kiến của mình mỗi khi tạo ra chỗ làm mới.

Hội đồng kinh tế và xã hội có vai trò tư vấn trong việc định hướng các chính sách.

Cấp vùng và địa phương. Có 5 vùng y tế tự chủ, có quyền quản lý bệnh viện. Mỗi vùng có một uỷ ban lập kế hoạch và điều phối.

Trong khuôn khổ cơ quan y tế quốc gia, chăm sóc sức khoẻ ban đầu được thực hiện ở 18 tỉnh, dưới sự lãnh đạo của các tiểu ban được sự giám hộ của Bộ Y tế.

Việc tiếp cận một số cơ sở là không thể được; bởi vậy đã dần dần dẫn đến việc ký kết thoả ước giữa nhà chức trách y tế vùng với khu vực tư nhân. Nếu ở một vùng không có thoả ước nào như thế thì bệnh nhân vẫn có thể đến khám chữa bệnh ở một bác sĩ tư rồi sẽ được bồi hoàn sau.

Bảo hiểm y tế:

Cơ quan y tế quốc gia đã tham gia vào quá trình tư nhân hoá nói chung. Việc bệnh nhân phải tham gia đóng góp tài chính là theo điều bổ sung trong Hiến pháp được thông qua năm 1989; điều này phục hồi lại nguyên tắc đã từng bị coi là phản Hiến pháp vào năm 1986. Phần mà bệnh nhân phải trả cho khám chữa bệnh là rất nặng (gần 38%). Ngoài bảo hiểm do cơ quan y tế quốc gia đảm nhận vẫn duy trì một số chế độ bảo hiểm cũ.

Các quỹ bảo hiểm y tế theo các chế độ khác nhau. Các quỹ bảo hiểm y tế có ban quản lý riêng. Các dịch vụ được bồi hoàn là do các cơ sở y tế mà các quỹ trực tiếp quản lý hoặc là do các cơ sở công hay do các cơ sở tư có ký hợp đồng cung cấp. Nếu muốn thì những người tham gia bảo hiểm có thể đến cơ quan y tế quốc gia.

Hiện nay có khoảng 1/4 dân số là theo các chế độ này. Các quỹ bảo hiểm y tế lớn nhất bảo hiểm cho công chức và quân nhân (18% dân số). Các quỹ bảo hiểm y tế cho các doanh nghiệp công hoặc doanh nghiệp được quốc hữu hoá như các ngân hàng cũng đã được tư nhân hoá theo các ngành có liên quan. Phần đóng góp của người ăn lương là thấp; nhà nước đóng góp phần còn lại.

Bảo hiểm tư và các quỹ tương tế. Có khoảng 700.000 người tham gia vào các quỹ tương tế; các quỹ này bảo hiểm y tế cho các thành viên theo nhiều kiểu khác nhau.

Các quỹ bảo hiểm tư nhân phát triển nhiều từ năm 1980. Có khoảng 8% dân số mua bảo hiểm y tế tư nhân. Tiền dùng để mua bảo hiểm tư được trừ vào tiền phải đóng thuế thu nhập.

Những người mua bảo hiểm y tế ở các quỹ bảo hiểm công hoặc ở các hãng đều có quyền tự do lựa chọn nơi khám chữa bệnh. Một số quỹ bảo hiểm có mạng lưới cơ sở riêng của mình.

Cung cấp dịch vụ y tế:

Năm 1994, cơ quan y tế quốc gia sử dụng 110.000 người. Trên phạm vi cả nước thì dịch vụ được phân phối rất không đồng đều. Từ 1970, vai trò của khu vực y tế tư nhân càng ngày càng lớn, ngay cả sau khi cơ quan y tế quốc gia đã được thành lập. Từ năm 1990, sự phát triển của y tế tư nhân lại càng thuận lợi do chế độ đánh thuế và nhất là được cải cách 1993 khuyến khích. Phần lớn khám chữa răng, khám chữa chuyên khoa, xét nghiệm là do bác sĩ tư chỉ định. Khu vực y tế công chiếm ưu thế trong chữa bệnh nội trú, khám chữa đa khoa, sản sóc bà mẹ và công tác y tá.

Chăm sóc ban đầu. Chăm sóc ban đầu do tuyến huyện tổ chức. Phần lớn là do các đơn vị ngoài bệnh viện vì số trung tâm y tế còn ít.

Các trung tâm y tế làm nhiệm vụ phòng bệnh cho các đối tượng có nguy cơ đã được nhập vào các cơ sở điều trị để tạo nên các trung tâm chăm sóc ban đầu tích hợp, trong đó có bác sĩ (chủ yếu là đa khoa), các nhân viên công tác xã hội, nhà tâm lý và y tá. Mỗi trung tâm phục vụ cho khoảng 25-35 nghìn người dân. Năm 1994 có 383 cơ sở an dưỡng và 463 trung tâm y tế.

Bệnh viện.

Có hai cấp bệnh viện: bệnh viện vùng (đa khoa hay chuyên khoa) và bệnh viện huyện. Có rất nhiều cơ sở nhỏ. 60% số cơ sở và 80% số giường là công và thuộc về nhà nước. 40% các cơ sở là tư nhân. Bệnh viện được phân bố rất không đồng đều, tập trung nhiều ở các vùng Porto, Lisboa và Coimbra.

Năm 1995, có 202 bệnh viện với tổng số giường là 43000. Tỷ lệ giường là 1/230 dân. Giường trong khu vực tư nhân chủ yếu là dành cho bệnh nội khoa, điện quang và các công nghệ y học cao. 70% số bệnh viện là đa khoa, 30% là chuyên khoa.

Trừ trường hợp cấp cứu, bệnh nhân phải có chỉ định của bác sĩ đa khoa mới được đến khám bác sĩ ca khoa hoặc tới bệnh viện. Tại bệnh viện công, bệnh nhân được trả 100% viện phí; tuy nhiên nếu thu nhập cao thì bệnh viện có thể yêu cầu trả 30% viện phí.

Những năm đầu thập niên 90, ngân sách của bệnh viện được xác định trên cơ sở số bệnh nhân đã điều trị năm trước cố phân theo loại bệnh lý. Từ năm 1993, phương thức này đã được phổ cập.

Các nghề nghiệp y tế:

35% cán bộ chuyên môn làm việc ở khu vực chăm sóc ban đầu và sức khoẻ tâm thần, 61% làm việc tại bệnh viện và 4% làm giảng dạy, nghiên cứu, làm công việc hành chính.

Bác sĩ có thể làm một hoặc nhiều chuyên khoa. Đa khoa cũng được coi là một chuyên khoa. Tỷ lệ bác sĩ làm đa khoa rất lớn.

Năm 1995 có 29.000 bác sĩ (1 bác sĩ đa khoa/530 người dân, 1 bác sĩ chuyên khoa/1.120 người dân). Một nửa số bác sĩ làm việc tại bệnh viện, gần 1/4 làm việc tại các trung tâm y tế.

Bác sĩ làm việc trong khu vực nhà nước được hưởng lương. Tại các trung tâm y tế, ngoài phần lương cứng còn có tiền tính theo đầu người bệnh đăng ký và các khoản phụ cấp khác, nhất là cho các bác sĩ nhận làm việc tại nông thôn. Bác sĩ trong biên chế nhà nước được phép làm tư thêm.

Một tỷ lệ lớn bác sĩ làm một nửa thời gian tại khu vực công, một nửa thời gian làm tư. Do khu vực công được đầu tư ít, lương thấp và kỷ luật không nghiêm nên các bác sĩ có xu hướng chỉ làm tối thiểu ở bệnh viện để tăng thu nhập qua phòng khám tư.

Có rất ít nha sĩ (năm 1995 chỉ có 1.200 nha sĩ). Mỗi năm chỉ đào tạo khoảng 100 người.

Năm 1995 có 120.000 y tá (1/370 người dân) làm việc tại các bệnh viện.

Thuốc.

Chỉ có các hiệu thuốc và cửa hàng thuốc của bệnh viện mới có quyền bán thuốc. Các vùng xa vùng sâu có các “điểm bán thuốc”. Có quy định là cứ 4.500 người dân thì có một cửa hiệu thuốc. Năm 1995 có 2.520 hiệu thuốc. Tỷ lệ được sử dụng tại các hiệu thuốc là 9,6/1.000 người dân.

Giá thuốc được ấn định và kiểm soát bởi Ban phụ trách cạnh tranh chung và dưới sự giám hộ của Ban chỉ đạo y tế. Giá thuốc được tham khảo từ giá tại 5 nước châu Âu khác trong đó có Pháp, Ý và Tây ban nha; từ năm 1984 giá thuốc được tính theo giá tối thiểu ở các nước trên. Bệnh nhân phải trả từ 30 đến 60% tiền thuốc. Năm 1986, biện pháp nhằm làm hạn chế sử dụng thuốc đã làm cho người ta đi khám bệnh nhiều hơn.

HỆ THỐNG Y TẾ THUY ĐIỂN MỘT HỆ THỐNG ĐANG THAY ĐỔI

Hệ thống y tế Thụy điển theo nguyên tắc Beveridge. Hệ thống này gần như hoàn toàn là công cộng và tài chính thì dựa vào thuế.

Về hoạt động thì rất phi tập trung nhưng hệ thống y tế chịu sự kiểm soát chặt chẽ của trung ương. Công tác y tế chủ yếu tập trung vào bệnh viện.

Mới đây có một cái cách quan trọng, cái cách này bắt nguồn từ nhưng nguyên tắc đã được thực hiện tại Anh.

Sơ lược lịch sử: Ngay từ đầu thế kỷ XVII, Chính phủ trung ương và chính quyền tỉnh đã sử dụng tiền thuế để chăm sóc cơ bản cho người dân. Cuối thế kỷ XVIII, Quốc hội đã cho phép các xã thu thuế để xây dựng bệnh viện. Từ năm 1862, các Hội đồng vùng được lập ra, quyền hạn chỉ dưới cấp chính phủ và vấn đề y tế là một trong những nhiệm vụ chủ yếu của Hội đồng.

Năm 1946, Quốc hội thông qua nguyên tắc về bảo hiểm y tế nhà nước và dần dần bảo hiểm này đã trở thành bảo hiểm cho toàn dân.

Vào những năm 60-70, hệ thống y tế lấy bệnh viện làm trọng tâm đã phát triển. Năm 1971, việc phân phối thuốc được quốc hữu hoá. Từ những năm 80, tất cả mọi trách nhiệm về cung cấp dịch vụ y tế và về tài chính cho y tế, kể cả việc quản lý các bệnh viện thuộc trường đại học là thuộc quyền của các vùng.

Cải cách Adel:

Cải cách này được thông qua năm 1992 và đã được thực hiện dần dần. Ba mục tiêu chính của cải cách là: cho bệnh nhân có nhiều chọn lựa hơn, giảm sự quản lý hành chính ở trung ương, khuyến khích cạnh tranh.

Các tỉnh chịu trách nhiệm về chữa bệnh dài ngày và công tác xã hội cho những người bị tàn tật và người có tuổi (chiếm 1/5 chi phí y tế). Năm 1995, các tỉnh cũng chịu trách nhiệm về các bệnh tâm thần và một vài tỉnh đảm nhiệm việc chăm sóc ban đầu.

Vai trò sàng lọc bệnh nhân của các bác sĩ đa khoa được tăng cường và quyền lựa chọn của bệnh nhân được mở rộng. Mặc dù biện pháp này được hoàn lại nhưng một vài vùng vẫn áp dụng.

Đã manh nha một thị trường nội tại. Giống như cải cách của Anh, có sự phân biệt rạch ròi giữa người sử dụng và người cung cấp dịch vụ y tế. Các vùng phân bổ ngân sách y tế cho các tỉnh theo nhu cầu của người dân. Các tỉnh mua dịch vụ của các bệnh viện. Tất cả các bệnh viện, trừ các bệnh viện tâm thần, phải tìm nguồn bằng cách tính giá dịch vụ đối với các cơ quan y tế địa phương. Với các chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm và một số dịch vụ khác thì cho phép được tự đặt giá nhằm kích thích cạnh tranh.

Chính quyền địa phương vẫn chịu trách nhiệm về ngân sách và phân bổ ngân sách nhưng không làm công việc quản lý thường xuyên các cơ sở y tế nữa.

Quản lý y tế:

Y tế quốc gia Thụy Điển rất phi tập trung. Các hội đồng được bầu ra chịu trách nhiệm quản lý ở mọi mức độ nhưng Bộ Y tế và các vấn đề xã hội vẫn giám hộ hệ thống y tế.

Cấp Trung ương: Bộ Y tế và các vấn đề xã hội chịu trách nhiệm về các mục tiêu cơ bản và hiệu quả của hệ thống. Bộ đặt ra pháp quy, phân bổ ngân sách của nhà nước. Dưới Bộ Y tế có Cục quốc gia về y tế và bảo vệ xã hội giám sát các Hội đồng vùng và các cơ quan quốc gia khác hoạt động trong lĩnh vực y tế và xã hội cũng như giám sát tất cả các nhân viên của các cơ quan này. Cục này đánh giá việc thực hiện các chính sách và xem chúng có phù hợp với các mục tiêu quốc gia không.

Cấp vùng: Các Hội đồng vùng (ủy viên hội đồng là do dân bầu ra) chịu trách nhiệm về y tế công cộng. Có 23 vùng và 3 tỉnh được coi là ngang cấp vùng. Các vùng có đại diện bên cạnh chính quyền trung ương. Hai phần ba ngân sách của vùng là từ nguồn thuế địa phương, một phần ba là từ chính quyền trung ương và từ bảo hiểm quốc gia.

Các vùng quản lý từ 250.000 đến 1,7 triệu người dân. Các vùng chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ chăm sóc sơ cấp và thứ cấp, y tế công cộng và dự phòng. Các vùng cũng chỉ đạo các bệnh viện và cho phép làm tư. Theo địa dư, mỗi vùng lại được chia ra thành các khu vực y tế.

Cấp địa phương: có 228 tỉnh được lãnh đạo bởi các Hội đồng do dân bầu ra và liên minh với nhau thành một hội có vai trò chuyên gia. Tỉnh chịu trách nhiệm về các công tác xã hội, bảo vệ bà mẹ và trẻ em, săn sóc bệnh nhân tâm thần, vệ sinh và y tế học đường. Từ năm 1992, tỉnh còn chịu trách nhiệm với các bệnh nhân rối loạn tâm thần phải điều trị dài ngày.

Bảo hiểm y tế:

Bảo hiểm y tế bắt buộc: Bảo hiểm xã hội với đau ốm được tổ chức ở mức quốc gia và do Cơ quan bảo hiểm y tế quốc gia lãnh đạo. bảo hiểm này là bắt buộc và bồi hoàn phần thu nhập bị hao hụt do đau ốm cũng như do các chi phí liên quan đến điều trị. Bảo hiểm y tế trả thẳng cho thầy thuốc và cho được sĩ mọi chi phí hợp lệ. Giới chủ đóng bảo hiểm 20% còn nhà nước đóng góp 20% cho quỹ bảo hiểm y tế.

Do tính chất bảo trợ như trên của hệ thống y tế, bảo hiểm tư nhân không quan trọng và chỉ bồi hoàn có 2% chi phí y tế mà thôi. Gần đây bảo hiểm tư nhân bắt đầu phát triển do bắt đầu có cơ sở y tế tư nhân. tuy vậy các cơ sở này còn ít.

Cung cấp dịch vụ y tế:

Có khoảng 265.000 người làm việc trong lĩnh vực y tế (14% lực lượng lao động). Chỉ có 10-15 nghìn người làm ở khu vực tư nhân.

Tất cả mọi dịch vụ là do khu vực công cung cấp. Có 950 trung tâm y tế ban đầu là tuyến đầu tiên. 90 bệnh viện đảm nhận việc điều trị thứ cấp. Từ 1993, phần lớn các vùng đã cho phép bệnh nhân có quyền tự do lựa chọn bác sĩ và bệnh viện. Nếu phải nằm viện thì bệnh nhân có quyền chọn một bệnh viện ở ngoài khu vực mình ở nhưng nhà cầm quyền địa phương muốn hạn chế quyền này để không chế chi phí. Không bắt buộc phải theo tuyến.

Khám chữa bệnh ngoại trú:

Việc khám chữa bệnh ngoại trú được tổ chức ở mức khu vực y tế, được thực hiện tại các trung tâm y tế địa phương, các phòng khám bên ngoài bệnh viện, các trung tâm dịch vụ y tá và các bác sĩ hành nghề tự do. Tại các trung tâm y tế, có bác sĩ đa khoa, y tá, nữ hộ sinh, bác sĩ sản phụ khoa làm nhiệm vụ khám chữa bệnh ban đầu và dự phòng bệnh. Bác sĩ đa khoa có vai trò phối hợp các chuyên môn khác nhau. Các trung tâm được nhận một ngân sách trọn gói.

Trước khi tới bác sĩ đa khoa ở bệnh viện, bệnh nhân thường tới y tá. Từ năm 1991, vùng có quyền đặt ra mức bệnh nhân phải đóng góp khi điều trị ngoại trú. Từ năm 1995, mức khống chế cho một lần khám bệnh là từ 60 đến 140 coron.

Bệnh viện:

Việc chú trọng xây dựng hệ thống lấy bệnh viện và khu vực công làm trọng tâm đã dẫn đến tăng số giường. Kể từ khi có cải cách Adel năm 1992, số giường giảm mạnh, tỷ lệ giường bệnh từ 11,9/1.000 dân năm 1991 đã tụt xuống còn 6,4/1.000 dân năm 1995. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ngày, thuộc loại cao nhất trong Liên minh châu Âu.

Có 90 bệnh viện phân bố trên cả nước. Tuyệt đại đa số giường bệnh (86%) là thuộc khu vực công. Tuy nhiên, từ năm 1980 và nhất là năm 1990, số giường thuộc khu vực tư nhân tăng liên tục từ 8% năm 1990 lên 14% năm 1995 do danh sách bệnh nhân phải chờ đợi ở các bệnh viện tư quá dài. Khu vực y tế tư nhân đảm nhiệm 10% số trường hợp điều trị dài ngày và các bệnh tâm thần. Vào cuối những năm 80, phần lớn các vùng, nhất là Stockholm đã quyết định tư nhân hoá một số cơ sở y tế. Đã có tới 40% phòng xét nghiệm và 20% số khoa điện quang đã trở thành các cơ sở nhằm mục đích sinh lợi. Sau đó thì quá trình tư nhân hoá có chậm lại.

Có 9 bệnh viện vùng (trong đó có 8 là của các trường đại học) có chất lượng điều trị rất cao. Trung bình mỗi bệnh viện này có 900 giường bệnh cấp và do Hội đồng vùng quản lý, 26 bệnh viện đa khoa có trung bình 450 giường.

Những năm gần đây đã phát triển nhiều hình thức điều trị không phải nằm viện.

Bệnh viện được cho một ngân sách trọn gói và từ năm 1985 đã thử nghiệm việc cấp ngân sách theo mô hình Mỹ, tức là theo bệnh lý (Diagnosis Related

Group RDG). Từ năm 1992, một số vùng đã thử nghiệm hệ thống thị trường nội tại; các cơ sở phải tìm nguồn ngân sách bằng cách ký hợp đồng cung cấp dịch vụ.

Bệnh nhân phải trả tiền cho bệnh viện theo ngày nằm. Bệnh nhân không phải trả tiền cho những sản sóc đắt tiền (vượt quá một mức nhất định trong một năm, 1.800 curon năm 1996) và điều trị dài ngày.

Các nghề nghiệp y tế.

Tỷ lệ bác sĩ năm 1995 là 3/1.000 người dân. Từ 1985 tốc độ tăng bác sĩ có giảm do hạn chế số lượng đào tạo. Chỉ có 8% bác sĩ là hoàn toàn làm tư.

Tỷ lệ *bác sĩ đa khoa* thấp (1/5). 89% bác sĩ đa khoa làm việc tại các trung tâm y tế ban đầu (công); 5-10% có hợp đồng với Bảo hiểm xã hội. Bác sĩ đa khoa làm trong khu vực công được vùng trả lương. Có dự án cho bác sĩ gia đình một ngân sách để họ có thể mua dịch vụ bệnh viện và dịch vụ chuyên khoa cho bệnh nhân mà họ phụ trách. *Bác sĩ chuyên khoa* có hợp đồng hay không có hợp đồng được trả thù lao.

Nha sĩ làm tại các trung tâm y tế công cộng hay làm tư cũng được trả thù lao. Tỷ lệ nha sĩ xấp xỉ 1/1.000 dân.

Có khoảng 10 y tá cho 1.000 dân. Từ năm 1980, số y tá giảm. y tá làm tại các trung tâm được hưởng lương. Y tá làm tại các cơ sở dịch vụ y tá thường là khâu đầu của khám chữa bệnh. Họ có thể kê một vài loại thuốc, cho lời khuyên và nhận điều trị một số bệnh dưới sự kiểm tra của bác sĩ.

Được.

Từ năm 1971, nhà nước nắm quyền phân phối thuốc. Liên đoàn quốc gia các hiệu thuốc độc quyền bán thuốc. Liên đoàn có 800 cửa hiệu thuốc và 90 hiệu thuốc bệnh viện, hoạt động trên cơ sở ký hợp đồng thường niên với các vùng.

Bảo hiểm y tế lập danh mục các thuốc được bồi hoàn. Chính phủ quy định mức bồi hoàn.

Từ năm 1993, Bảo hiểm y tế thoả thuận giá thuốc với các hãng thuốc. Cùng năm đó đã xây dựng hệ thống giá chuẩn. Cơ quan bảo hiểm y tế quốc gia bồi hoàn cho Liên đoàn quốc gia các hiệu thuốc một khoản tiền cao hơn 10% giá thị trường thấp nhất.

Mức bồi hoàn cho các thuốc được kê đơn là thống nhất trong cả nước. Tuy theo thứ tự được ghi trên đơn mà được bồi hoàn ở các mức khác nhau. Bệnh nhân có quyền được chọn một thứ thuốc đắt tiền hơn là thuốc được kê nhưng phải tự trả phần chênh lệch.

SỰ KHÁC NHAU VỀ CHÍNH SÁCH ĐIỀU HOÀ TRONG BHYT GIỮA PHÁP VÀ ĐỨC

Về mặt nguyên lý thì Pháp và Đức thuộc cùng một loại: loại hệ thống bảo hiểm xã hội không thuộc hẳn về nhà nước được tổ chức trên cơ sở nghề nghiệp: BHYT được người làm công ăn lương và người thuê nhân công đóng góp. Đại diện của hai giới này quản lý và điều hành các quỹ bảo hiểm được tổ chức theo ngành nghề. Các quỹ bảo hiểm quan hệ với các thầy thuốc theo hợp đồng để quy định giá cả dịch vụ y tế. Có thể nói thêm là ở cả hai nước thì chữa bệnh nội trú chủ yếu là ở các bệnh viện công còn khám và điều trị ngoại trú thì ở các phòng khám tư là chính.

Tuy rất giống nhau về mặt cấu trúc nhưng giữa hai hệ thống lại có nhiều điểm rất khác nhau về hoạt động, nhất là vai trò, về nguồn, về quan niệm, về thể chế hoá và về tương tác của các bên trong hai hệ thống, vai trò của nhà nước.

Về cách điều hoà và vai trò của các bên:

Vai trò nhà nước và tự điều hành (vấn đề quyền tự chủ của các bên).

Hệ thống BHYT của Đức dựa trên nguyên tắc điều hoà tập trung (*Selbverwaltung*). Có hai yếu tố tạo thành. Yếu tố thứ nhất là các quỹ được điều hành và quản lý bởi các đại diện các bên đóng góp (đối với các quỹ địa phương chính là bởi các nghiệp đoàn những người làm công và giới chủ); đây là kiểu tự điều hành theo nguyên tắc hai bên bình đẳng. Yếu tố thứ hai là điều hoà qua thương lượng tập thể giữa các quỹ và các bên cung cấp dịch vụ (nhất là các thầy thuốc khám và điều trị ngoại trú, các bệnh viện nội trú; đây là kiểu tự điều hành theo hợp đồng).

Tự điều hành là một nguyên tắc có tính hợp pháp chính đáng khi nó phù hợp với hai nguyên lý về chính sách công cộng: nguyên lý hỗ trợ (liên quan tới tính liên bang của nhà nước) và nguyên lý tự chủ của các thành viên (ví dụ *Bundesbank* có quyền tự chủ đề ra chính sách tiền tệ, hệ thống quan hệ nghề nghiệp có quyền đề ra giá). Tự điều hành có nghĩa là Chính quyền trung ương có ít vai trò hơn.

Ở Pháp cũng có nguyên tắc hai bên bình đẳng ở mức độ các quỹ bảo hiểm thế nhưng thực tế lại khác với nguyên lý này ở Đức. Trước hết là Nhà nước, theo con đường pháp luật (chứ không phải là các quỹ) định ra mức đóng góp. Sau nữa là Bộ trưởng phụ trách an sinh xã hội chỉ định hai người vào Hội đồng quản trị quỹ BHYT quốc gia, nhất là chỉ định Giám đốc của quỹ (thường là quan chức cao cấp của Bộ tài chính). Điều này không có ở Đức. Sau hết là Nhà nước kiểm soát hoạt động của các quỹ, có khả năng phủ định các quyết định, kiểm tra ngân quỹ ...; ở Đức thì vai trò của Nhà nước giới hạn hơn nhiều.

Với việc thoả thuận hợp đồng giữa các quỹ và bên cung cấp dịch vụ cũng thế. Các thoả thuận, hợp đồng ở Pháp chỉ có đối với khu vực ngoại trú (bác sĩ, y tá tự do, labo ...), trừ các bệnh viện tư. Ở Đức thì đại diện bệnh viện thương thuyết với các quỹ về giá cả dịch vụ và về ngân sách; còn ở Pháp thì Nhà nước

quy định ngân sách cho bệnh viện công. Nhà nước cũng còn hiện diện cả ở những khu vực có thỏa thuận tập thể (ví dụ như đối với các phòng khám tư). Nhà nước can thiệp vào việc chọn người; trước khi có thương lượng, cơ quan chịu trách nhiệm BHYT (thường là Bộ Các vấn đề xã hội) phải làm một cuộc “điều tra về tính đại diện” để làm cơ sở cho việc chọn lựa các nghiệp đoàn có quyền tham gia thương lượng. Sau đó Nhà nước kiểm soát chặt chẽ cuộc thương lượng, ra các lời khuyên, chỉ thị. Và nhất là bản thỏa thuận, các điều sửa chữa bổ sung chỉ có hiệu lực khi được sự đồng ý của Bộ phụ trách BHYT và Bộ Tài chính. Các lĩnh vực quan trọng như giá thuốc men thì không phải do thỏa thuận, thương lượng, Bộ Tài chính giám sát chặt chẽ danh mục các thao tác y tế.

Những sự khác nhau này có liên quan đến lịch sử và phương thức tổ chức của các bên đối tác mà các phương thức này lại có lịch sử khác nhau. Tự điều hành kiểu Đức dựa trên hai thực tế: các nhóm có tổ chức rất chặt chẽ đảm nhiệm việc bảo hiểm và khả năng chính trị của các nhóm này có thể chặn đứng mọi cuộc cải cách. Tự điều hành là một phương thức đã được ổn định từ lâu và là kết quả của cuộc đấu tranh giữa các thầy thuốc và các quỹ bảo hiểm vào đầu thế kỷ XX. Các thầy thuốc được tổ chức thành nghiệp đoàn từ năm 1900, đã đòi tăng thù lao và đề ra phương thức thỏa thuận tập thể nhằm chấm dứt thế yếu của họ trước các quỹ bảo hiểm khi ký hợp đồng cá nhân. Nhà nước đã can thiệp vào cuộc xung đột đã dẫn đến nhiều cuộc đình công ở các địa phương và các vùng này cuối cùng đã dẫn đến nguyên tắc thỏa thuận tập thể vào năm 1913; đến năm 1931 lại lập ra Liên đoàn các thầy thuốc của quỹ bảo hiểm (*Kassenärztliche Vereinigungen*). Đây là các tổ chức hợp pháp được công nhận (các thầy thuốc của các quỹ bảo hiểm khám chữa bệnh ngoại trú buộc phải gia nhập) nắm độc quyền thỏa thuận với các quỹ bảo hiểm, thể hiện rằng ý giới đã hoàn toàn tham gia vào bảo hiểm y tế. Như vậy ý giới đã có lợi thế vì đại diện của họ đã có độc quyền được pháp lý công nhận.

Vị thế của ý giới được củng cố thêm vì trong thời gian đầu, chế độ Nazi đã giải thể các trung tâm y tế do các quỹ quản lý. Sau chiến tranh, phương thức tự điều hành ở khu vực ngoại trú đã được khẳng định. Lúc đó có sự “không đối xứng về nghiệp đoàn” vì các thầy thuốc tạo thành một cực bao gồm các liên đoàn được tổ chức chặt chẽ, thống nhất đối diện với các quỹ rời rạc (hơn 1000 quỹ thuộc 7 loại khác nhau và cạnh tranh nhau, nhất là các quỹ địa phương, quỹ các doanh nghiệp, quỹ bổ sung). Năm 1955, các thầy thuốc đã giữ được độc quyền của mình về điều hành khám chữa bệnh ngoại trú. Như vậy phương thức tự điều hành được thiết lập ở khu vực ngoại trú và khu vực này cũng là khu vực đầu tiên gắn kết với bảo hiểm y tế. Bởi thế, các nguyên tắc tổ chức và tài chính của khu vực này được dùng làm chuẩn cho khu vực nội trú (có vai trò bản lề trong hệ thống y tế Đức) là khu vực do các thầy thuốc thành phố kiểm soát.

Phương thức tự điều hành dựa trên ý giới, nhất là các thầy thuốc, được tổ chức rất chặt chẽ. Tuy nhiên, tính chất hội đoàn nghề nghiệp ở đây phải được hiểu hơi khác vì có rất nhiều quỹ và các đối tác xã hội khác thì không được tổ chức chặt chẽ, không được thể chế hóa bằng và mức độ đại diện không mạnh (ví dụ: Hiệp hội các bệnh viện Đức-*Deutsche Krankenhausgesellschaft*- bao gồm các nhà quản lý bệnh viện cấp bang, huyện, bệnh viện thuộc nhà thờ và Tổ chức

công nghiệp được phẩm liên bang-Bundesverband der pharmazeutischen Industrie).

Với Pháp thì danh từ “tính hội đoàn nghề nghiệp” lại càng không thể áp dụng được ở đây vì nhà nước đóng vai trò trung tâm và các đối tác thì lại chia năm xẻ bảy. Sự phân liệt lại rõ nhất ở phía các thầy thuốc: chỉ riêng bác sĩ khám chữa bệnh ngoại trú đã có tới 5 tổ chức. Với các nghề cận lâm sàng và đại diện các bệnh viện cũng vậy. Giữa vai trò trung tâm của nhà nước và sự phân liệt của đại diện y giới có liên quan với nhau. Thực vậy, những lần phân rã của phong trào nghiệp đoàn của y giới là kết quả của mâu thuẫn nội bộ trong vấn đề y giới có nên hoà nhập vào hệ thống bảo hiểm y tế do nhà nước lập ra hay không. Phải phân đối đã hai lần tách ra để lập công đoàn mới (vào những năm 20 để phản đối luật về bảo hiểm xã hội và vào năm 1960 để phản đối luật Bacon muốn lập giao ước với các tỉnh). Sự phân liệt làm tổ chức nghiệp đoàn yếu: trình độ chuyên gia thấp, nhân lực và phương tiện hạn chế, trình độ nghiệp vụ kém, tính đại diện bị nghi ngờ ...

Vai trò trung tâm của nhà nước giúp ta hiểu được vì sao khu vực bệnh viện lại có tầm quan trọng hơn trong hệ thống y tế công. Chủ nghĩa “lấy bệnh viện làm trung tâm” được thể hiện qua số bệnh viện, số nhân viên trong bệnh viện, ưu đãi về trang thiết bị, tự do tối khám chữa tại bệnh viện (khác với Đức).

Ngoài vị thế của các đối tác đối với bảo hiểm y tế cũng cần nói đến những tương phản đáng kể về quan hệ qua lại giữa các đối tác đó trong hệ thống.

Các nguyên tắc kiểm soát theo khu vực. Mâu thuẫn hay thoả hiệp ?