

BỘ Y TẾ - TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI
DỰ ÁN PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG Y TẾ

QUẢN LÝ Y TẾ



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

QUẢN LÝ Y TẾ

BỘ Y TẾ - TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI
DỰ ÁN PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG Y TẾ

QUẢN LÝ Y TẾ

(Tái bản lần thứ nhất)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006

CHỦ BIÊN:

TS. Dương Huy Liệu

PGS. TS. Trương Việt Dũng

CÁC CÁN BỘ THAM GIA BIÊN SOẠN:

PGS. TS. Trương Việt Dũng

TS. Đào Văn Dũng

TS. Phạm Trí Dũng

Thạc sỹ. Nguyễn Văn Hiến

TS. Trương Phi Hùng

TS. Dương Huy Liệu

TS. Nguyễn Duy Luật

Thạc sỹ. Vũ Khắc Lương

PGS. TS. Phạm Văn Thân

Bác sỹ. Nguyễn Đình Thường

Thạc sỹ. Phan Văn Tường

LỜI NÓI ĐẦU

Quản lý y tế không những là một trong những hoạt động trọng yếu nhằm sử dụng một cách hiệu quả nhất các nguồn lực y tế, để đạt tới các mục tiêu sức khỏe, mà còn là một bộ môn khoa học đang trong quá trình hoàn thiện và phát triển song song với kỹ thuật y học.

Từ đầu những năm 90 Bộ Y tế đã chú ý tới nâng cao kiến thức quản lý y tế cho các cán bộ lãnh đạo y tế cấp huyện và xã, cùng với sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế như Tổ chức y tế thế giới, UNICEF và các nhà tài trợ khác nhiều chương trình đào tạo về quản lý cho tuyến cơ sở đã được thực hiện. Nhờ đó kiến thức và kỹ năng của cán bộ quản lý y tế tuyến cơ sở đã được nâng lên rõ rệt.

Cùng với việc nâng cao năng lực chuyên môn, nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, cung cấp thuốc chữa bệnh, đào tạo chuyên môn, việc đào tạo quản lý cho cán bộ y tế đã góp phần khôi phục và phát triển hệ thống y tế cơ sở.

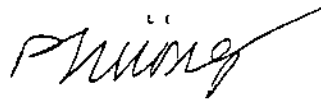
Để giúp ngành y tế địa phương không chỉ dừng ở phát triển y tế cơ sở. Cùng với các chương trình nâng cấp cơ sở hạ tầng của các cơ sở y tế trong toàn tỉnh, nâng cao năng lực chuyên môn đã đặt ra yêu cầu đào tạo quản lý, trong đó có năng lực làm kế hoạch dài hạn, xây dựng quy hoạch phát triển sự nghiệp y tế địa phương đang trở nên cấp thiết hơn.

Được sự trợ giúp của Tổ chức Y tế thế giới, Bộ Y tế cho xuất bản tài liệu: "**Quản lý y tế.**" Tham gia biên soạn tài liệu này có tập thể các giáo viên chuyên ngành quản lý y tế các trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y tế công cộng, Học viện quân Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và các cán bộ quản lý y tế của Bộ Y tế. Tài liệu này sẽ được sử dụng cho các khóa đào tạo liên tục cán bộ quản lý cấp tỉnh, huyện, đồng thời còn là tài liệu tham khảo trong các trường Đại học Y, Dược.

Các cán bộ quản lý y tế có thể tham khảo tài liệu này để tự bổ túc kiến thức quản lý, góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn lực y tế của địa phương.

Bộ Y tế đánh giá cao sự giúp đỡ của Tổ chức Y tế thế giới và của tập thể tác giả.

Cho dù tài liệu được chuẩn bị công phu, song không thể tránh khỏi những thiếu sót, cũng như cần được bổ sung các bài tập giải quyết tình huống thực tế hơn. Mọi ý kiến góp ý gửi về Vụ kế hoạch – Bộ Y tế để tài liệu này được hoàn thiện trong lần tái bản sau.



GS. TS. ĐỖ NGUYỄN PHƯƠNG
ỦY VIÊN BAN CHẤP HÀNH TRUNG ƯƠNG ĐẢNG
BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

CHIẾN LƯỢC CÔNG TÁC CHĂM SÓC VÀ BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN GIAI ĐOẠN 2001 - 2010

I. CÁC QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO CÔNG TÁC CSBVSK NHÂN DÂN

1. Con người là nguồn tài nguyên quý báu nhất của xã hội, con người quyết định sự phát triển của đất nước, trong đó sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Vì vậy đầu tư cho sức khỏe để mọi người đều được chăm sóc sức khỏe chính là đầu tư cho sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, nâng cao chất lượng cuộc sống của mỗi cá nhân và mỗi gia đình.

2. Bản chất nhân đạo và định hướng xã hội chủ nghĩa trong nền kinh tế thị trường đòi hỏi sự công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe. Thực hiện công bằng là đảm bảo cho mọi người đều được chăm sóc sức khỏe cơ bản và từng bước được nâng cao, phù hợp với khả năng kinh tế của xã hội. Đồng thời Nhà nước có chính sách khám chữa bệnh miễn phí và giảm phí đối với người có công với nước, người nghèo, người sống ở các vùng có nhiều khó khăn và đồng bào các dân tộc thiểu số. Tăng cường việc sử dụng có hiệu quả các nguồn lực để thực hiện tốt chiến lược công bằng trong chăm sóc sức khỏe.

3. Dự phòng tích cực và chủ động là quan điểm xuyên suốt quá trình xây dựng và phát triển của nền y tế Việt Nam. Quan điểm dự phòng tích cực phải được nhận thức sâu sắc và vận dụng trong việc tạo ra lối sống lành mạnh và văn minh, đảm bảo môi trường sống, lao động và học tập có lợi cho việc phòng bệnh và tăng cường sức khỏe, chủ động phòng chống các tác nhân có hại cho sức khỏe trong quá trình phát triển nông thôn và công nghiệp hóa.

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

5. Xã hội hóa sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân. Chăm sóc sức khỏe nhân dân là trách nhiệm của mỗi cá nhân, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng; của các cấp uỷ Đảng, chính quyền; các Ngành, đoàn thể và các tổ chức xã hội. Đa dạng hóa các hình thức tổ chức chăm sóc sức khỏe trong đó y tế Nhà nước giữ vai trò chủ đạo. Khuyến khích, hướng dẫn và quản lý tốt các hoạt động của các cơ sở y tế tư nhân, bán công và liên doanh. Chống mọi biểu hiện tiêu cực trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

II. CÁC MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN SỰ NGHIỆP CSBVSK NHÂN DÂN

MỤC TIÊU TỔNG QUÁT

Mục tiêu tổng quát là giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và phát triển giống nòi. Trong giai đoạn 10 năm tới, phấn đấu để mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, có điều kiện tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần.

CÁC MỤC TIÊU CỤ THỂ

2.1. Các chỉ tiêu sức khỏe cần đạt được vào năm 2010

- Tuổi thọ trung bình tăng lên 71 tuổi.
- Tỷ suất chết mẹ giảm xuống còn 70/100.000 trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi hạ xuống còn khoảng 25‰ trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi xuống còn khoảng 32 ‰ trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ trẻ mới đẻ có trọng lượng dưới 2.500 g giảm xuống còn 6 %
- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm xuống còn 20-22 %
- Chiều cao trung bình của thanh niên đạt 1m60

2.2. Làm giảm tỷ lệ mắc và tử vong các bệnh truyền nhiễm gây dịch, không để dịch lớn xảy ra. Khống chế tới mức thấp nhất tỷ lệ mắc và chết của các bệnh tả, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt rét, dịch hạch, viêm gan B và viêm não Nhật bản B, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.... Duy trì kết quả thanh toán bệnh bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh. Hạn chế tốc độ gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS.

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

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

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

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

III. CÁC GIẢI PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH CHỦ YẾU

3.1. Về đầu tư

Việc đầu tư cho công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân phải dựa vào nhiều nguồn lực khác nhau, bao gồm: đầu tư của Nhà nước, đóng góp của cộng đồng và viện trợ quốc tế....., trong đó đầu tư của Nhà nước giữ vai trò chủ đạo. Từng bước phấn đấu tăng mức chi thường xuyên cho y tế đạt tỷ lệ 5 % trong tổng chi ngân sách Nhà nước vào năm 2010.

Thực hiện phân bổ ngân sách dựa trên mức thu nhập, nhu cầu chăm sóc sức khỏe, mức độ bao phủ của bảo hiểm y tế và khả năng chi trả viện phí của người dân tại mỗi vùng. Ngân sách Nhà nước sẽ được ưu tiên đầu tư cho vùng nghèo, vùng núi, các hoạt động y tế dự phòng, y

học cổ truyền, các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở, khám chữa bệnh cho người nghèo và các đối tượng chính sách.

Nhà nước tiếp tục đầu tư cho các mục tiêu chương trình y tế quốc gia và một số chương trình sức khỏe ưu tiên để chủ động giải quyết các vấn đề sức khỏe. Ngân sách Nhà nước tập trung cho những chương trình có tác động rộng rãi đến sức khỏe và đời sống kinh tế-văn hóa-xã hội của cộng đồng. Bố trí cân đối lại tỷ trọng đầu tư từ ngân sách Nhà nước, vốn vay hoặc viện trợ để có thể đảm bảo tính bền vững của các chương trình.

Thực hiện thí điểm cơ chế chính sách và tài chính mới tại một số bệnh viện ở các thành phố lớn tiến tới tự cân đối thu chi thường xuyên dựa trên Bảo hiểm y tế và viện phí. Nhà nước sẽ hỗ trợ cho đầu tư phát triển và thực hiện các chính sách của Nhà nước trong khám chữa bệnh.

Nguồn thu từ Bảo hiểm y tế đóng vai trò ngày càng lớn trong ngân sách y tế và dần dần thay thế nguồn thu từ viện phí. Do vậy cần xác định cơ chế để mở rộng bảo hiểm tự nguyện và củng cố Quỹ Bảo hiểm y tế bắt buộc hiện nay. Cần phải chú ý tới việc phát triển chương trình Bảo hiểm y tế nông dân dựa vào cộng đồng; xây dựng mệnh giá phù hợp đối với những người làm việc cho các công ty tư nhân tham gia Bảo hiểm y tế bắt buộc. Tiếp tục mở rộng các phương thức Bảo hiểm y tế tự nguyện khác và bảo đảm việc cung cấp tài chính từ ngân sách Nhà nước để người nghèo được khám chữa bệnh.

Việc thu một phần viện phí chỉ là một giải pháp tình thế trong thời kỳ quá độ chuyển sang cơ chế trả trước trong khám chữa bệnh, trong đó ngân sách Nhà nước và Bảo hiểm y tế là nguồn tài chính chủ yếu cho hoạt động của toàn bộ hệ thống y tế. Viện phí vẫn tiếp tục là nguồn tài chính quan trọng cho các bệnh viện trong những năm đầu thực hiện chiến lược này, tuy nhiên sẽ dần được thay thế bằng các loại hình bảo hiểm y tế. Cần điều chỉnh giá viện phí cho phù hợp với chi phí, sự đầu tư về kỹ thuật và trình độ chuyên môn ở từng tuyến kỹ thuật theo hướng tính đủ chi phí nhưng thu theo đối tượng để phù hợp với khả năng đóng góp của nhân dân ở từng vùng và từng loại đối tượng có khả năng chi trả khác nhau.

Tiếp tục thực hiện chính sách đa phương hóa, đa dạng hóa trong quan hệ hợp tác quốc tế. Tăng cường huy động và điều phối các nguồn viện trợ, đặc biệt là các khoản viện trợ không hoàn lại cho hỗ trợ kỹ thuật và các khoản vay ưu đãi cho đầu tư phát triển; cùng với các khoản đầu tư cá nhân và liên doanh phù hợp với chủ trương và chính sách của Nhà nước. Thực hiện việc kết hợp các nguồn viện trợ với ngân sách Nhà nước trong chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bên cạnh đó ngành Y tế cần nâng cao năng lực quản lý tài chính ở các cấp, giảm bớt những đầu tư bất hợp lý, tránh thất thoát và tăng cường tiết kiệm.

3.2. *Kiến toàn tổ chức*

Tiếp tục củng cố và hoàn thiện hệ thống tổ chức ngành y tế theo hướng tinh giản đầu mối để đạt hiệu quả cao. Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện mạng lưới tổ chức trong các lĩnh vực y tế dự phòng, khám chữa bệnh, dược và đào tạo... Hoàn thiện cơ chế quản lý ngành từ cấp tỉnh đến cơ sở. Phát triển các bệnh viện đa khoa khu vực (liên huyện) ở những địa bàn xa trung tâm tỉnh để đưa kỹ thuật khám chữa bệnh thích hợp xuống gần dân. Củng cố và nâng cao chất lượng hoạt động của phòng khám đa khoa cụm liên xã tại các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Nâng cao năng lực hệ thống y tế dự phòng từ Trung ương đến cơ sở, đặc biệt là các Trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh và đội vệ sinh phòng dịch của các huyện, quận. Củng cố các

khoa y tế lao động và thành lập các phòng khám bệnh nghề nghiệp tại các tỉnh thành trọng điểm công nghiệp. Hoàn thiện mạng lưới quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm; kiện toàn hệ thống thanh tra chuyên ngành.

Sắp xếp lại mạng lưới các trường đào tạo cán bộ y tế. Nâng cấp cơ sở vật chất, kỹ thuật cho các cơ sở đào tạo. Nghiên cứu việc thành lập các trường đại học y tế công cộng, đại học răng hàm mặt, đại học y học cổ truyền và đại học điều dưỡng... Xúc tiến việc nâng cấp cơ sở vật chất, tăng cường đội ngũ cán bộ giảng dạy tại một số trường trung học y tế để trở thành các trường cao đẳng y tế.

3.3. Phát triển nhân lực y tế

Tiêu chuẩn hóa việc đào tạo các loại hình cán bộ cho từng tuyến. Cải cách chương trình giảng dạy, đổi mới nội dung và nâng cao chất lượng đào tạo hướng vào việc hình thành các năng lực và phẩm chất đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng, thực hiện các chương trình y tế và sử dụng các phương tiện khoa học kỹ thuật y được hiện đại.

Hợp lý hóa số lượng đào tạo cán bộ y tế theo các chuyên ngành để đảm bảo số lượng cán bộ y tế theo đầu dân, đáp ứng nhu cầu cán bộ của các chuyên khoa và cân đối số lượng y tá điều dưỡng/bác sĩ. Phấn đấu đến năm 2010 đạt 4,5 bác sĩ và 1 dược sĩ đại học trên 10.000 dân. Tăng cường đào tạo các đối tượng còn thiếu như cán bộ y học cổ truyền, dược sĩ đại học, nữ hộ sinh, y tá trung học, cử nhân điều dưỡng và kỹ thuật viên y được các loại... để dần có được cơ cấu đồng bộ và phù hợp. Tăng cường đào tạo cán bộ y tế thôn/bản đáp ứng nhu cầu của từng địa phương. Có chính sách và chế độ trợ giúp để tăng cường đào tạo cán bộ người dân tộc thiểu số và các đối tượng ở vùng sâu, vùng xa. Đẩy mạnh việc đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa I, chuyên khoa II cho tuyến tỉnh và tuyến huyện, nhất là các cán bộ phụ trách khoa, phòng. Có kế hoạch đào tạo chuyên sâu ở nước ngoài trong các lĩnh vực hoặc chuyên ngành mà Việt Nam chưa có điều kiện đào tạo.

Phân bổ lực lượng cán bộ y tế hợp lý giữa các vùng theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Sắp xếp lại nhân lực ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh, tuyến huyện để có thể điều động luân phiên các bác sĩ 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.

3.4. củng cố và phát triển y tế cơ sở

Tiếp tục củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở nhằm nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Đảm bảo 100 % số xã có trạm y tế phù hợp với điều kiện kinh tế, địa lý, môi trường sinh thái và nhu cầu khám chữa bệnh của từng vùng. Đảm bảo đến năm 2010, tại 100 % các trạm y tế xã vùng đồng bằng, trung du và 50 % số trạm y tế xã vùng miền núi, vùng sâu có bác sĩ; 100 % phòng khám đa khoa khu vực cụm liên xã ở vùng núi, vùng sâu được xây dựng kiên cố và có bác sĩ; 100 % số trạm y tế có nữ hộ sinh, trong đó 80 % là nữ hộ sinh trung học; các trạm y tế đều có cán bộ với trình độ được tá phụ trách công tác được và có cán bộ có trình độ y học cổ truyền. Phấn đấu 100 % thôn bản có nhân viên y tế có trình độ sơ học trở lên. Nhà nước có trách nhiệm đào tạo và bồi dưỡng chuyên môn cho các đối tượng này. Phát triển đội ngũ tình nguyện viên y tế tại các thôn/ấp miền đồng bằng. Tăng cường công tác quản lý y tế cơ sở, triển khai các giải pháp quản lý mới nhằm đạt hiệu quả cao hơn như giải pháp lồng ghép chăm sóc trẻ ốm, nâng cao năng lực điều hành chăm sóc sức khỏe ban đầu dựa vào cộng đồng....

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

Tiếp tục thực hiện các mục tiêu Chương trình Quốc gia thanh toán một số bệnh xã hội và bệnh dịch nguy hiểm, phấn đấu đến năm 2010: giảm số mắc sốt rét xuống dưới 200 ca/100.000 dân; khống chế, tiến tới giảm tỷ lệ số lao mới mắc và tổng số bệnh nhân còn 70 % so với năm 2000; giảm tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-12 tuổi xuống còn dưới 5% và thanh toán tình trạng rối loạn do thiếu hụt Iốt vào năm 2005; thanh toán bệnh phong ở tất cả các tỉnh trong toàn quốc; duy trì tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đầy đủ 6 loại vắc xin trên 90 %, mở rộng đối tượng và địa bàn tiêm chủng 4 loại vắc xin mới là viêm não Nhật Bản B, viêm gan B, tả và thương hàn; giảm 50 % tỷ lệ mắc và chết do các bệnh sởi, bạch hầu, ho gà so với năm 2000; đảm bảo an toàn truyền máu; giảm tỷ lệ mắc sốt xuất huyết hàng năm.

Chủ động trong công tác phòng chống dịch bệnh, không để dịch lớn xảy ra. củng cố hệ thống báo cáo, giám sát dịch tễ, hiện đại hóa hệ thống quản lý số liệu để có các thông tin kịp thời cho việc xử lý các vụ dịch. Lãnh đạo chính quyền tỉnh, thành phố có trách nhiệm trực tiếp chỉ đạo, cung cấp nguồn lực, huy động các ban ngành, đoàn thể và nhân dân tham gia phòng chống dịch và các chương trình như cung cấp nước sạch, vệ sinh môi trường...

Triển khai thực hiện rộng rãi các chương trình phòng chống các bệnh không nhiễm trùng như: tim mạch, ung thư, đái tháo đường, di truyền và dị tật bẩm sinh, nghiện hút, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, đặc biệt là những người sống cô đơn... Xây dựng, chuẩn bị các phương án để đề phòng và khắc phục nhanh chóng hậu quả của thảm họa, thiên tai.

Tham gia tích cực trong việc phòng chống tai nạn và thương tích, nhất là tai nạn giao thông, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Quan tâm đến các vấn đề sức khỏe và môi trường lao động trong các doanh nghiệp. Ưu tiên giám sát và xử lý các chất thải gây ô nhiễm môi trường và tác động xấu đến sức khỏe như chất thải bệnh viện, hóa chất trừ sâu vv.

Tăng cường quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm, phát triển đội ngũ thanh tra và kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm tại tất cả các tuyến. Nghiên cứu và chủ động giám sát tình hình ô nhiễm thực phẩm để đề phòng ngộ độc và các bệnh tật gây ra do ăn uống.

Triển khai mạnh mẽ chương trình sức khỏe sinh sản, làm mẹ an toàn, chăm sóc sản khoa thiết yếu và các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Phấn đấu giảm nhanh tỷ suất chết mẹ, tỷ lệ nạo phá thai và tỷ lệ phụ nữ mắc các bệnh phụ khoa.

Thực hiện các chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em như: phòng chống suy dinh dưỡng, sức khỏe vị thành niên, nha học đường, phòng chống tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp, thấp tim, giun sán... Đẩy mạnh phong trào thể dục thể thao nâng cao sức khỏe.

3.6. *Khám chữa bệnh*

Đầu tư nâng cấp hệ thống khám chữa bệnh một cách đồng bộ, phù hợp với nhu cầu từng vùng và khả năng kinh tế xã hội. Tập trung nguồn lực cho việc nâng cấp các cơ sở khám chữa bệnh ở 2 trung tâm y tế chuyên sâu, các trung tâm y tế vùng và các bệnh viện đa khoa tỉnh. Đầu tư xây dựng các bệnh viện đa khoa liên huyện. Phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và có qui định chuyển tuyến chặt chẽ hơn để giảm bớt tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên. Sớm hoàn thành qui hoạch mạng lưới khám chữa bệnh, trong đó chú trọng việc tăng tỷ lệ giường bệnh ở các chuyên khoa như ung thư, tim mạch, chấn thương...; tăng số lượng giường bệnh cho các tỉnh có số giường bệnh/dân còn thấp như các tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu long. Chuẩn hóa các phương tiện và kỹ thuật thường qui, sử dụng có hiệu quả và khai thác hết công

suất các thiết bị y tế trong chẩn đoán và điều trị. Xây dựng danh mục thuốc phù hợp với nhu cầu của bệnh viện, khuyến khích sử dụng thuốc sản xuất trong nước. Nâng cao trình độ chuyên môn của cán bộ để cải thiện chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Chống lãng phí và lạm dụng việc sử dụng thuốc đắt tiền, các kỹ thuật cao trong chẩn đoán và điều trị. Tiếp tục đẩy mạnh và tăng cường hoạt động phục hồi chức năng, phòng ngừa các di chứng bệnh tật.

Tập trung triển khai thực hiện tốt qui chế bệnh viện, cải cách các thủ tục hành chính trong khám bệnh, chữa bệnh để tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh. Bảo đảm các điều kiện phục vụ bệnh nhân tại các cơ sở khám chữa bệnh, đặc biệt là những vấn đề thiết yếu như tổ chức ăn, mặc cho bệnh nhân và vệ sinh trật tự trong các cơ sở khám chữa bệnh. Tiếp tục giáo dục cán bộ toàn ngành thấm nhuần và thực hiện tốt y đức, tiến tới xóa bỏ các hiện tượng tiêu cực trong các bệnh viện. Đổi mới cơ chế quản lý các dịch vụ y tế, gắn trách nhiệm với quyền lợi trên cơ sở chức năng nhiệm vụ của đơn vị và của từng cá nhân.

Đa dạng hóa các hoạt động khám chữa bệnh bao gồm các cơ sở của Nhà nước, y tế các ngành, cơ sở khám chữa bệnh có vốn đầu tư nước ngoài, bán công và tư nhân. Thống nhất quản lý về chuyên môn và nghiệp vụ của các cơ sở y tế nói trên với hoạt động của hệ thống y tế quốc gia nói chung bao gồm cả phòng bệnh và chữa bệnh.

3.7. Phát triển y dược học cổ truyền

Củng cố và phát triển hệ thống YDHCT từ Trung ương đến trạm y tế xã phường. Tăng cường đào tạo cán bộ chuyên sâu và phổ cập về YDHCT. Tập trung nghiên cứu ứng dụng và nghiên cứu kết hợp, xác định những bệnh ưu tiên chữa bằng YHCT 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, sản xuất và kinh doanh thuốc YHCT với chất lượng ngày càng cao, có chính sách cụ thể về tăng cường sử dụng thuốc YHCT. Tiếp tục triển khai thực hiện tốt Chỉ thị số 25/CT-TTg ngày 30/8/1999 của Thủ tướng Chính phủ về đẩy mạnh công tác YDHCT.

3.8. Thuốc và trang thiết bị y tế

Tiếp tục triển khai “Chính sách quốc gia về thuốc” với các mục tiêu cơ bản là bảo đảm cung ứng thường xuyên và đủ thuốc có chất lượng đến người dân, thực hiện sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả. Củng cố và kiện toàn hệ thống tổ chức quản lý Nhà nước về dược từ Trung ương đến địa phương. Đảm bảo tất cả các tỉnh và thành phố đều có Phòng Quản lý dược và Trung tâm kiểm nghiệm dược phẩm, mỹ phẩm; các thành phố và các tỉnh đồng bằng tập trung dân cư có phòng quản lý hành nghề dược.

Qui hoạch và tổ chức lại ngành công nghiệp dược theo hướng tập trung, chuyên môn hóa và đầu tư có trọng điểm. Tranh thủ mọi nguồn vốn đầu tư nâng cấp các xí nghiệp dược theo tiêu chuẩn Thực hành tốt sản xuất thuốc (GMP), đến năm 2010 tất cả các cơ sở phải đạt tiêu chuẩn GMP. Đầu tư máy móc, trang thiết bị hiện đại, nâng cao trình độ và năng lực của cán bộ để đảm bảo kiểm soát chất lượng thuốc từ khâu sản xuất đến lưu thông, phân phối và sử dụng. Hiện đại hóa mạng lưới phân phối, chú trọng mạng lưới phân phối thuốc cho cộng đồng ở nông thôn, miền núi và vùng sâu.

Kiện toàn về tổ chức và xây dựng các trung tâm dịch vụ kỹ thuật trang thiết bị y tế, hoàn chỉnh hệ thống văn bản pháp qui về trang thiết bị y tế. Đầu tư trang bị hiện đại theo phân

tuyển kỹ thuật của hệ thống phòng bệnh, khám chữa bệnh vv, đảm bảo đến năm 2010 tất cả các cơ sở y tế được trang bị đủ thiết bị y tế theo danh mục tiêu chuẩn của Bộ Y tế và được cung cấp đầy đủ vật tư và các dụng cụ thông thường.

Đẩy mạnh hợp tác nghiên cứu khoa học, chuyển giao công nghệ trong lĩnh vực trang thiết bị y tế với các nước và các ngành, nhằm phát triển nền công nghiệp trang thiết bị y tế ở Việt Nam. áp dụng các dây truyền công nghệ tiên tiến cho ngành sản xuất trang thiết bị y tế để sản xuất được các loại trang thiết bị y tế kỹ thuật cao.

3.9. Phát triển khoa học công nghệ và thông tin y tế

Chú trọng đầu tư phát triển khoa học kỹ thuật để đẩy nhanh quá trình hiện đại hóa ngành y tế, phấn đấu đạt trình độ ngang tầm với các nước trung bình trong khu vực. Từng bước hiện đại hóa kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán hóa sinh, lý sinh, miễn dịch, di truyền và sinh học phân tử. Xây dựng một số labo chuẩn và 3 trung tâm chuyên sâu về kiểm nghiệm chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm ở 3 miền Bắc, Trung và Nam. Áp dụng các kỹ thuật và công nghệ tiên tiến về tim mạch, nội soi, chỉnh hình, vi phẫu, thay thế và ghép phủ tạng.

Phát triển công nghệ sinh học, đặc biệt là công nghệ gen, công nghệ nhân giống và nuôi cấy mô phục vụ cho sản xuất thuốc, sản xuất các vắc xin, chế phẩm sinh học cho chẩn đoán và điều trị. Phát triển công nghệ tự động hóa trong sản xuất trang thiết bị y tế chủ yếu, xử lý chất thải bệnh viện, điều hành quản lý bệnh viện.

Tiếp tục hoàn thiện và nâng cao hiệu quả hoạt động của 2 trung tâm y tế chuyên sâu tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, sớm triển khai trung tâm y tế chuyên sâu tại Huế và Đà Nẵng, từng bước phát triển các trung tâm y tế vùng tại Sơn La, Thái Nguyên, Ban Mê Thuột và Cần Thơ. Các trung tâm y tế chuyên sâu, trung tâm y tế vùng có trách nhiệm nghiên cứu, ứng dụng khoa học và kỹ thuật tiên tiến của thế giới. Mặt khác, các trung tâm này có nhiệm vụ hỗ trợ kỹ thuật cho y tế tuyến tỉnh và y tế cơ sở trong vùng, từng bước đưa kỹ thuật y tế thích hợp xuống tuyến dưới.

Phát triển và ứng dụng có hiệu quả công nghệ thông tin trong quản lý ngành từ Trung ương tới các cơ sở. Củng cố hệ thống báo cáo thống kê, thông tin quản lý và cung cấp các thông tin kịp thời với độ tin cậy cao cho công tác quản lý ở các cấp, góp phần tăng cường hiệu quả công tác quản lý chung của toàn ngành.

3.10. Xã hội hóa công tác y tế

Tiếp tục đẩy mạnh việc thực hiện Nghị quyết số 90 của Chính phủ về "Phương hướng và chủ trương xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa". Lồng ghép các yêu cầu bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân trong các chính sách vĩ mô về kinh tế, xã hội, các chương trình, dự án phát triển sản xuất, tạo việc làm, xóa đói giảm nghèo,... Củng cố ban chăm sóc sức khỏe tuyến huyện, xã để thực hiện phối hợp liên ngành trong các hoạt động y tế và hoạt động liên quan tới sức khỏe cộng đồng.

Đa dạng hóa các loại hình chăm sóc sức khỏe, tìm kiếm và khai thác các nguồn đầu tư khác nhau cho y tế như bảo hiểm y tế tự nguyện, viện trợ nước ngoài vv. Phát triển văn hóa, xây dựng nếp sống văn minh, từng bước xóa bỏ những lối sống, tập quán có hại cho sức khỏe. Xây dựng các điển hình tiên tiến về vệ sinh môi trường, an toàn cộng đồng.

Tiếp tục củng cố và phát triển các trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe các tỉnh, thành phố. Phát triển mạng lưới truyền viên xuống tận tuyến xã. Phối hợp với các cấp, các ngành, các tổ chức chính trị và xã hội... trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe. Sử dụng các biện pháp và hình thức truyền thông phù hợp cho các loại đối tượng khác nhau để mọi tầng lớp nhân dân và các tổ chức quần chúng tự nguyện tham gia và đóng góp sức lực vào việc bảo vệ sức khỏe cho chính bản thân mình và cộng đồng.

3.11. Tăng cường công tác quản lý

Tăng cường đào tạo cán bộ quản lý các cấp về kiến thức tổ chức và quản lý trong lĩnh vực y tế. Phân cấp quản lý rõ ràng cho các tuyến y tế, để các địa phương phát huy tính chủ động, sáng tạo trong việc xây dựng và thực hiện kế hoạch chăm sóc sức khỏe theo nhu cầu thực tế, tránh sự chồng chéo trong việc thực hiện các chương trình.

Nâng cao năng lực lập kế hoạch (dài hạn, ngắn hạn) trong các lĩnh vực hoạt động của ngành y tế. Thường xuyên theo dõi, giám sát và đánh giá kết quả hoạt động để thúc đẩy việc thực hiện kế hoạch theo đúng tiến độ thời gian, với chất lượng và hiệu quả cao.

Tổ chức thực hiện tốt chủ trương tăng cường có thời hạn cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cho các tỉnh miền núi, vùng sâu còn thiếu cán bộ y tế. Kết hợp quân y và dân y trong chăm sóc sức khỏe, nhất là ở những vùng có nhiều khó khăn trong phòng chống dịch bệnh và khắc phục hậu quả thiên tai.

Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống pháp luật y tế, nghiên cứu xây dựng và ban hành các văn bản qui phạm pháp luật như Luật Dược, Luật Thực phẩm, Pháp lệnh sửa đổi bổ sung Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân.... Ban hành các thường qui, tiêu chuẩn chuyên môn và danh mục tiêu chuẩn về cơ sở vật chất và trang thiết bị cho các lĩnh vực chuyên ngành y tế. Xây dựng các chế độ chính sách cho cán bộ y tế công tác tại các vùng sâu, vùng xa.

Điều hành, quản lý Nhà nước về y tế bằng pháp luật đi đôi với việc tăng cường thanh tra, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các chế độ chính sách của Nhà nước trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Nâng cao kiến thức quản lý Nhà nước và kiến thức về pháp luật cho cán bộ trong ngành. Xây dựng và kiện toàn hệ thống tổ chức thanh tra y tế đủ về số lượng và chất lượng nhằm thực hiện chức năng nhiệm vụ được qui định tại Điều lệ Thanh tra Nhà nước về y tế. Định kỳ tiến hành các hoạt động thanh tra chuyên đề theo kế hoạch hàng năm, thanh tra thường qui theo các nhiệm vụ trọng tâm.

Thực hiện tốt qui chế dân chủ tại tất cả các cơ sở y tế. Xây dựng phong trào thi đua trong ngành, đặc biệt là việc xây dựng các đơn vị và cá nhân điển hình tiên tiến. Phong trào thi đua phải được duy trì để phát triển ngành và tăng cường y đức.

Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe là sự nghiệp chung của toàn Đảng, toàn dân ta. Thực hiện chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010 là trách nhiệm của tất cả các bộ, các ngành và các địa phương, trong đó ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt trong việc tham mưu cho Chính phủ và tổ chức thực hiện.

LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN VIỆT NAM

TS Nguyễn Duy Luật

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được một số khái niệm cơ bản, bản chất, hình thức và hệ thống pháp luật XHCN Việt Nam.
2. Trình bày được vai trò, ý nghĩa và nội dung cơ bản của " Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam"
3. Xác định được thái độ đúng đắn tuân theo pháp luật. Chấp hành và thực hiện nghiêm chỉnh những luật định về bảo vệ sức khỏe nhân dân trong công việc của mình.

NỘI DUNG

I. KHÁI QUÁT VỀ BẢN CHẤT, HÌNH THỨC VÀ HỆ THỐNG PHÁP LUẬT XHCN VIỆT NAM

1.1. Bản chất của pháp luật và pháp luật xã hội chủ nghĩa

Pháp luật nói chung được định nghĩa: *Pháp luật là hệ thống các quy tắc xử sự (quy phạm) do Nhà nước ban hành và bảo đảm thực hiện, thể hiện ý chí của giai cấp thống trị trong xã hội, là nhân tố điều chỉnh các quan hệ xã hội (2).* Như vậy pháp luật gắn liền với Nhà nước. Mỗi kiểu Nhà nước có một kiểu pháp luật.

Pháp luật xã hội chủ nghĩa (XHCN) là kết quả của hoạt động lập pháp của Nhà nước XHCN - hoạt động biến các nhu cầu của đời sống kinh tế, chính trị, xã hội thành những hành vi xử sự bắt buộc của con người. *Pháp luật XHCN được định nghĩa là hệ thống các quy tắc xử sự, thể hiện ý chí của giai cấp công nhân và nhân dân lao động, dưới sự lãnh đạo của Đảng, do Nhà nước XHCN ban hành và bảo đảm thực hiện bằng sức mạnh cưỡng chế của Nhà nước trên cơ sở giáo dục và thuyết phục mọi người tôn trọng và thực hiện (2).*

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

- **Tính quyền lực (tính Nhà nước, tính cưỡng chế):** Pháp luật được hình thành và phát triển bằng con đường Nhà nước chứ không thể bằng bất cứ con đường nào khác. Đặc trưng này chỉ có ở pháp luật, không có ở các quy tắc xử sự khác.
- **Tính quy phạm:** Pháp luật là hệ thống các quy tắc xử sự, đó là những khuôn mẫu, những mực thước được xác định cụ thể. Giới hạn xử sự trong khuôn khổ cho phép bởi Nhà nước, vượt quá giới hạn đó là trái luật.
- **Tính ý chí:** Pháp luật bao giờ cũng là hiện tượng ý chí, không phải là kết quả của sự tự phát hay cảm tính. Về bản chất, ý chí trong pháp luật là ý chí của giai cấp cầm quyền.

- **Tính xã hội:** Pháp luật muốn phát huy được hiệu lực thì nó phải phù hợp với những điều kiện cụ thể của xã hội ở thời điểm tồn tại của nó, nghĩa là pháp luật phải phản ánh đúng những nhu cầu khách quan của xã hội. Khác với các quy phạm xã hội khác, pháp luật mang tính toàn diện và tính điển hình (phổ biến) của các mối quan hệ xã hội được pháp luật điều chỉnh.

1.2. Hình thức pháp luật XHCN Việt Nam

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

Văn bản quy phạm pháp luật được định nghĩa: “*Văn bản qui phạm pháp luật là văn bản do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền ban hành theo thủ tục, trình tự luật định, trong đó có các qui tắc xử sự chung, được Nhà nước bảo đảm thực hiện nhằm điều chỉnh các quan hệ xã hội theo định hướng xã hội chủ nghĩa và được áp dụng nhiều lần trong thực tế đời sống, (2).*”

Trong pháp luật hiện hành của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam có các loại văn bản qui phạm sau:

1.2.1. Các văn bản luật

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

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

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

- **Luật (Bộ luật)**

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

1.2.2. Các văn bản dưới luật (văn bản quy phạm pháp luật dưới luật)

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

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

- Văn bản do Quốc hội ban hành: Hiến pháp, luật, nghị quyết
- Văn bản do Ủy ban Thường vụ Quốc hội ban hành: Pháp lệnh, nghị quyết
- Văn bản do các cơ quan Nhà nước có thẩm quyền khác ở Trung ương ban hành để thi hành văn bản quy phạm pháp luật của Quốc hội, Ủy ban Thường vụ Quốc hội:

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

1.3. Hệ thống pháp luật XHCN Việt Nam

Hệ thống pháp luật được định nghĩa là tổng thể các quy phạm pháp luật có mối liên hệ nội tại thống nhất với nhau, được phân định thành các chế định pháp luật, các ngành luật và được thể hiện trong các văn bản do Nhà nước ban hành theo những trình tự, thủ tục và hình thức nhất định.

Như vậy, hệ thống pháp luật XHCN bao gồm tổng thể các quy phạm pháp luật XHCN- đó là những quy tắc xử sự mang tính bắt buộc chung do Nhà nước XHCN ban hành thể hiện ý chí và bảo vệ lợi ích của nhân dân lao động để điều chỉnh các quan hệ xã hội vì mục đích xây dựng chủ nghĩa xã hội (2). Những quy phạm pháp luật đó được chia ra thành các chế định pháp luật và những ngành luật.

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

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

II. LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE (BVSK) NHÂN DÂN VIỆT NAM

2.1. Khái niệm và quá trình ban hành Luật BVSK nhân dân Việt Nam

2.1.1. Khái niệm

Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam là một trong những ngành luật của hệ thống pháp luật Việt Nam. Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam là tổng thể các quy phạm pháp luật điều chỉnh các quan hệ phát sinh trong hoạt động bảo vệ sức khỏe nhân dân (phòng và giải quyết bệnh tật, bảo vệ và tăng cường sức khỏe v.v...)

2.1.2 Quá trình ban hành Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam

Năm 1981 "Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam" bắt đầu được soạn thảo. Ngày 22 tháng 12 năm 1988 Quốc hội nước Cộng hòa XHCN Việt Nam khóa VIII tại kỳ họp thứ 4 đã ra Nghị quyết giao cho Hội đồng Nhà nước (Chính phủ) xem xét và quyết định công bố "Dự thảo Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân" để lấy ý kiến bổ sung của nhân dân. Ngày 17 tháng 2 năm 1989 "Dự thảo Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân" được công bố với 11 chương và 54 điều.

Ngày 30 tháng 6 năm 1989 Quốc hội nước Cộng hòa XHCN Việt Nam khóa VIII tại kỳ họp thứ 5 đã thông qua "Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt nam" và ngày 11 tháng 7 năm 1989 luật đó đã được công bố theo lệnh số 21 LCT / HĐNN 8 của Chủ tịch HĐNN nước Cộng hòa XHCN Việt Nam Võ Chí Công.

2.2 Vai trò, ý nghĩa

2.2.1. Ý nghĩa

- Luật BVSK nhân dân " đánh dấu bước phát triển mới trong lĩnh vực pháp chế về bảo vệ sức khỏe cho nhân dân và đóng góp vào việc hoàn thiện hệ thống pháp luật XHCN Việt Nam"

Do hoàn cảnh lịch sử và điều kiện kinh tế khó khăn, chưa phát triển nên hệ thống pháp luật XHCN Việt nam còn thiếu sự phát triển đồng bộ (còn nhiều ngành luật chưa có); các văn bản dưới luật còn chiếm tỷ lệ lớn hơn so với các văn bản luật v.v....

- Luật BVSK nhân dân là phương tiện để:
 - + Thể chế hóa đường lối, chính sách của Đảng về y tế.
 - + Nhân dân lao động thể hiện quyền và nghĩa vụ của mình và thực hiện công bằng xã hội trong các lĩnh vực BVSK.
 - + Ngành y tế quản lý mọi hoạt động của công tác BVSK và thực hiện chức năng, nhiệm vụ của mình. Có thể coi luật BVSK nhân dân là xương sống của ngành y tế.
- Luật BVSK nhân dân phản ánh kinh nghiệm quý báu của nhân dân ta trong quá trình xây dựng ngành y tế và thực hiện sự nghiệp BVSK nhân dân, phản ánh tình hình thực tiễn của nước ta hiện nay về công tác y tế, bắt nhịp được với thời đại những quan niệm mới về sức khỏe và công tác BVSK.
- Luật BVSK nhân dân có tác dụng to lớn trong việc giáo dục, hướng dẫn nguyên tắc hành động của người cán bộ y tế và của nhân dân tuân theo những quy luật, qui trình, nguyên tắc công tác BVSK, bên cạnh đó tạo điều kiện để ngăn chặn được những hành động sai trái ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của mọi người và đến công tác BVSK.

2.2.2. Vai trò

Xem xét luật bảo vệ sức khỏe nhân dân ở góc độ gắn với việc thực hiện các chức năng của cơ quan Nhà nước - ngành y tế - một trong những ngành hoạt động văn hóa xã hội, y học quan trọng thể hiện rõ vai trò:

- Luật BVSK nhân dân là cơ sở để xây dựng và hoàn thiện bộ máy ngành y tế XHCN Việt nam.

Ngành y tế là cơ quan chuyên môn kỹ thuật của Nhà nước bao gồm nhiều bộ phận khác nhau. Để ngành y tế hoạt động có hiệu quả đòi hỏi phải xác định đúng chức năng, thẩm quyền, trách nhiệm của mỗi loại cơ quan, cơ sở y tế; phải xác lập đúng đắn và hợp lý mối quan hệ giữa chúng, phải có những phương pháp, hình thức tổ chức và hoạt động phù hợp để tạo thành một cơ chế đồng bộ. Những điều đó chỉ có thể thực hiện được khi dựa trên cơ sở vững chắc của những nguyên tắc và qui định cụ thể của pháp luật nói chung và pháp luật về công tác y tế nói riêng.

- Luật BVSK nhân dân bảo đảm cho việc thực hiện có hiệu quả chức năng quản lý sức khỏe và sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Quản lý sức khỏe và sự nghiệp BVSK nhân dân là chức năng không phải chỉ riêng của ngành y tế mà còn của toàn xã hội. Quá trình thực hiện chức năng đó không thể thiếu được những luật định - cơ sở pháp lý đảm bảo không chỉ riêng cho ngành y tế hoàn thành được chức năng BVSK cho nhân dân mà còn làm cơ sở cho các ngành khác, các tổ chức xã hội cùng tham gia vào công tác đó.

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

- Luật BVSK nhân dân bảo đảm thực hiện sự công bằng xã hội trong sự nghiệp BVSK.

Bằng những luật định, mọi công dân trong xã hội đều được chăm sóc sức khỏe đặc biệt chú ý đến những người khó khăn, già cả, ở nơi xa xôi hẻo lánh, phụ nữ, trẻ em, người mắc bệnh xã hội, hiếm nghèo, tàn tật....

- Luật BVSK nhân dân làm cơ sở để giữ gìn trật tự, kỷ cương, an toàn trong công tác BVSK cho cả nhân dân và cán bộ y tế.

Bằng những luật định, bằng những điều lệ, chế độ công tác v.v... giúp cho người cán bộ y tế thực hiện đúng đắn những quy định về chuyên môn kỹ thuật, tránh được những sai sót trong công tác chuyên môn, đảm bảo an toàn cho nhân dân trong khi tiến hành những biện pháp BVSK.

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

- Luật BVSK nhân dân còn có vai trò trong việc giáo dục mạnh mẽ nhân dân về sức khỏe và BVSK.

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

Sự tồn tại những quy phạm pháp luật về BVSK tự bản thân nó đã có vai trò về giáo dục, nó tác động đến nhận thức, thái độ của mọi thành viên trong xã hội.

Vai trò giáo dục còn được thể hiện ở chỗ việc quy định những hình thức và mức độ khen thưởng cũng như xử lý trong luật định tác động mạnh đến mọi người.

III. NỘI DUNG CƠ BẢN LUẬT BVSK NHÂN DÂN VIỆT NAM (3)

Lời nói đầu: " Sức khỏe là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều kiện cơ bản để con người sống hạnh phúc là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội, bảo vệ tổ quốc " (3)

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

Giá trị của sức khỏe:

- Vốn quý nhất của con người.
- Điều kiện cơ bản để con người sống hạnh phúc.

Mối quan hệ giữa sức khỏe - xã hội - kinh tế.

Sức khỏe là:

- Mục tiêu
- Nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội và bảo vệ Tổ quốc.

Ngoài lời nói đầu, Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân gồm có 11 chương với 55 điều.

Chương I: Những quy định chung: Từ điều 1 - 5.

Nội dung của chương này nêu quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khỏe, nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khỏe, trách nhiệm của Nhà nước, của các tổ chức Nhà nước và các tổ chức xã hội trong việc chăm lo, bảo vệ và tăng cường sức khỏe của nhân dân.

Chương II: Vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng, phòng và chống dịch bệnh: Từ điều 6 - 18

Nội dung cơ bản:

- Giáo dục vệ sinh
- Vệ sinh lương thực, thực phẩm, nước uống
- Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân
- Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hóa chất.
- Vệ sinh chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt.
- Vệ sinh trong chăn nuôi gia súc, gia cầm.
- Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ.
- Vệ sinh trong lao động.
- Vệ sinh nơi công cộng.
- Vệ sinh trong việc quần, ướp, chôn, hỏa táng, di chuyển thi hài, hài cốt.
- Phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch h.
- Kiểm dịch.

Chương III: Thể dục, thể thao, điều dưỡng và phục hồi chức năng: Từ điều 19 - 22

Nội dung cơ bản:

- Tổ chức hoạt động thể dục, thể thao.

- Tổ chức nghỉ ngơi và điều dưỡng.
- Phục hồi chức năng.
- Điều dưỡng phục hồi sức khỏe bằng yếu tố thiên nhiên.

Chương IV: Khám bệnh và chữa bệnh: Từ điều 23 - 33

Nội dung cơ bản:

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

Chương V: Y học, dược học cổ truyền dân tộc: Từ điều 34 - 37

Nội dung cơ bản:

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

Chương VI: Thuốc phòng bệnh, chữa bệnh: Từ điều 38 - 40

Nội dung cơ bản:

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

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

Nội dung cơ bản:

- Bảo vệ sức khỏe người cao tuổi, thương binh, bệnh binh, người tàn tật.
- Bảo vệ sức khỏe đồng bào các dân tộc thiểu số.

Chương VIII: Thực hiện kế hoạch hóa gia đình và bảo vệ sức khỏe phụ nữ, trẻ em: Từ điều 43 - 47

Nội dung cơ bản:

- Thực hiện kế hoạch hóa gia đình

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

Chương IX: Thanh tra Nhà nước về y tế: Từ điều 48 - 51

Nội dung cơ bản:

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

Chương X: Khen thưởng và xử lý các vi phạm: Từ điều 52 - 53

Nội dung cơ bản về:

- Khen thưởng
- Xử lý các vi phạm

Chương XI: Điều khoản cuối cùng: Từ điều 54 - 55

Những quy định trước đây trái với luật này đều bãi bỏ

Hội đồng Bộ Trưởng quy định chi tiết thi hành luật này

IV. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÔNG DÂN, NHÀ NƯỚC, CÁC TỔ CHỨC NHÀ NƯỚC, TẬP THỂ VÀ TỰ NHÂN TRONG CÔNG TÁC BVSK NHÂN DÂN

4.1. Quyền và nghĩa vụ của công dân

" Công dân có quyền được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe " (Điều 61[1]); được nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể, được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống và được phục vụ về chuyên môn y tế

" Công dân có quyền...được pháp luật bảo hộ về...sức khỏe "(Điều 71[1]).

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

4.2. Nhà nước

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

Nhà nước đầu tư, phát triển và thống nhất quản lý sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân.(Điều 39[1])

Nhà nước quy định chế độ viện phí, chế độ miễn, giảm viện phí (Điều 61[1])

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

4.3. Tư nhân 4

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

V. PHÁP LUẬT TRONG CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

5.1. Pháp luật về vệ sinh

5.1.1. Giáo dục vệ sinh

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

5.1.2. Vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu

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

5.1.3. Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân

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

5.1.4. Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hóa chất: phân bón, thuốc trừ sâu, diệt cỏ, diệt chuột, hóa chất kích thích sinh trưởng vật nuôi, cây trồng... phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh, không gây nguy hại đến sức khỏe con người.

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

5.1.5. Vệ sinh các chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt

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

5.1.6. Vệ sinh chăn nuôi gia súc, gia cầm

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

5.1.7. Vệ sinh trong xây dựng

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

5.1.8. Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ

Đảm bảo cơ sở vật chất, trang thiết bị, ánh sáng, đồ dùng giảng dạy, học tập ở trường học và nhà trẻ không làm ảnh hưởng đến sức khỏe học sinh và giáo viên (HĐND, UBND các cấp, ngành giáo dục và các ngành có liên quan).

- Hiệu trưởng các trường học và chủ nhiệm các nhà trẻ phải đảm bảo thực hiện chương trình học tập rèn luyện đã được quy định bảo đảm vệ sinh trường lớp và nhà trẻ.

5.1.9. Vệ sinh trong lao động

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

5.1.10. Vệ sinh nơi công cộng.

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

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

- Phải tuân theo các quy định về vệ sinh phòng dịch. Nhà nước khuyến khích việc hỏa táng thi hài, hài cốt.
- Di chuyển thi hài, hài cốt qua biên giới Việt Nam, phải có giấy phép theo quy định của Chính Phủ nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

5.1.12. Phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch.

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

5.1.13. Kiểm dịch

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

5.2. Pháp luật về thể dục thể thao - điều dưỡng và phục hồi chức năng

5.2.1. Các ngành, các cấp, các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân có trách nhiệm tạo điều kiện cần thiết và tổ chức, động viên mọi người tham gia thể dục thể thao.

5.2.2. Tổng cục thể dục thể thao phối hợp với các ngành có liên quan nghiên cứu, phổ biến phương pháp tập luyện, các môn tập, bài tập thể dục thể thao phù hợp với thể lực, lứa tuổi, ngành nghề, hướng dẫn chữa bệnh bằng thể dục ; xây dựng và phát triển y học thể dục thể thao; đào tạo cán bộ, hướng dẫn viên, huấn luyện viên và giáo viên thể dục thể thao.

5.2.3. Nghiêm cấm các hành vi thô bạo trong tập luyện và thi đấu thể dục thể thao.

5.2.4. Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam, các ngành, các cấp, các tổ chức Nhà nước, các tổ chức xã hội, tổ chức tập thể có trách nhiệm mở rộng các cơ sở điều dưỡng, nhà nghỉ và câu lạc bộ sức khỏe.

5.2.5. Các tổ chức và tư nhân sử dụng lao động phải tạo điều kiện cho người lao động được điều dưỡng và nghỉ ngơi.

5.2.6. Bộ Y tế, Bộ lao động - thương binh và xã hội phải xây dựng và bảo đảm điều kiện cần thiết cho các cơ sở phục hồi chức năng lao động.

5.2.7. Ngành Y tế, ngành lao động - thương binh và xã hội phối hợp với các ngành liên quan, các tổ chức xã hội mở rộng hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng để phòng ngừa và hạn chế hậu quả tàn tật; áp dụng kỹ thuật thích hợp để đưa người tàn tật có khả năng trở lại cuộc sống bình thường.

5.2.8. Nguồn nước khoáng, mỏ bùn thuốc, khu vực bãi biển, vùng khí hậu và các yếu tố thiên nhiên khác có tác dụng dược lý đặc biệt phải được sử dụng vào việc điều dưỡng và phục hồi sức khỏe.

Hội đồng Bộ trưởng quy định việc xác định, xếp hạng, quản lý khai thác, sử dụng và bảo vệ các yếu tố thiên nhiên quy định tại điều này.

5.3. Pháp luật về khám, chữa bệnh

5.3.1. Quyền được khám bệnh, chữa bệnh

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

5.3.2. Điều kiện hành nghề

- Người có bằng tốt nghiệp y khoa ở các trường đại học hoặc trung học và có giấy phép hành nghề do Bộ y tế hoặc Sở y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế Nhà nước, tập thể, tư nhân.
- Tiêu chuẩn của người đăng ký hành nghề y tư nhân [3]:
 - + Có bằng tốt nghiệp đại học y, trung học y, sơ học y (tùy theo yêu cầu của loại hình tổ chức hành nghề y)
 - + Đã qua thực hành từ 2 - 5 năm ở các cơ sở (tùy theo yêu cầu của loại hình tổ chức hành nghề y)
 - + Có đạo đức nghề nghiệp

5.3.3. Nghĩa vụ, trách nhiệm của thầy thuốc

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

5.3.4. Trách nhiệm của người bệnh

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

5.3.5. Quyền của cán bộ y tế và các cơ sở y tế

- Trong trường hợp khẩn cấp để đưa người bệnh hay người bị tai nạn đến cơ sở cấp cứu, thầy thuốc nhân viên y tế được quyền sử dụng các phương tiện vận chuyển có mặt tại chỗ. Người điều khiển phương tiện phải thực hiện yêu cầu của thầy thuốc và nhân viên y tế.
- Thầy thuốc chỉ tiến hành phẫu thuật sau khi được sự đồng ý của người bệnh. Đối với người bệnh chưa thành niên, người bệnh đang bị hôn mê hay mắc bệnh tâm thần thì phải được sự đồng ý của thân nhân hoặc người giám hộ của người bệnh. Trong trường hợp mà thân nhân hay người giám hộ của người bệnh vắng mặt, nếu không kịp thời phẫu thuật có thể nguy hại đến tính mạng người bệnh, thì thầy thuốc được quyền quyết định, nhưng phải có sự phê chuẩn của người phụ trách hay người được uỷ quyền của cơ sở y tế đó.
- Các cơ sở y tế phải tiến hành các biện pháp bắt buộc chữa bệnh đối với người mắc bệnh tâm thần thể nặng, bệnh lao, phong đang thời kỳ lây truyền, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, bệnh nghiện ma túy, bệnh sida và một số bệnh truyền nhiễm khác có thể nguy hại cho xã hội.
- Việc bắt buộc chữa bệnh tại cơ sở y tế phải được thực hiện theo quy định của pháp luật.
- Thầy thuốc chỉ tiến hành lấy mô hoặc bộ phận của cơ thể người sống hay người chết dùng vào mục đích y tế sau khi đã được sự đồng ý của người cho, của thân nhân người chết hoặc người chết có di chúc để lại.
- Việc ghép mô hoặc một bộ phận của cơ thể người bệnh phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc thân nhân hay người giám hộ của người bệnh chưa thành niên.

Bộ y tế quy định chế độ săn sóc sức khỏe người cho mô hoặc một bộ phận của cơ thể.

- Bệnh viện được quyền giải phẫu thi thể người chết tại bệnh viện trong trường hợp cần thiết để nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh. Các trường đại học y khoa được dùng tử thi vô thừa nhận và tử thi của người có di chúc cho phép sử dụng vào mục đích học tập và nghiên cứu khoa học.
- Hội đồng giám định y khoa giám định tình trạng sức khỏe và khả năng lao động của người lao động theo yêu cầu của các tổ chức sử dụng lao động và người lao động.

Các tổ chức sử dụng lao động và các cơ quan bảo hiểm xã hội phải căn cứ vào kết luận của Hội đồng giám định y khoa để thực hiện chính sách đối với người lao động.

5.3.6. Nghiêm cấm

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

5.3.7. Bảo vệ cán bộ y tế

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

5.4. Pháp luật về y học cổ truyền dân tộc

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

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

- Người cao tuổi, thương binh, bệnh binh và người tàn tật được ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh, được tạo điều kiện thuận lợi để đóng góp cho xã hội phù hợp với sức khỏe của mình.
- Bộ y tế, Tổng cục thể dục thể thao hướng dẫn phương pháp rèn luyện thân thể, nghỉ ngơi và giải trí để phòng chống các bệnh người già.
- Nhà nước dành ngân sách thích đáng để củng cố mở rộng mạng lưới y tế khám bệnh, chữa bệnh cho đồng bào các dân tộc thiểu số, đặc biệt là y tế cơ sở ở vùng cao, vùng xa xôi hẻo lánh.
- Nhà nước có chế độ đãi ngộ thích đáng đối với cán bộ y tế công tác tại vùng cao, vùng xa xôi hẻo lánh.
- Hội đồng Bộ trưởng có trách nhiệm bảo đảm đủ thuốc phòng và chữa bệnh sốt rét, bước cổ cho các vùng quy định tại khoản 1 của điều này.
- Ủy ban nhân dân các cấp, các ngành có liên quan và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền giáo dục vệ sinh, xây dựng nếp sống văn minh, văn hóa mới cho đồng bào các dân tộc thiểu số.

5.6. Pháp luật về KHHGĐ và bảo vệ phụ nữ trẻ em

5.6.1. Mọi người có trách nhiệm thực hiện kế hoạch hóa gia đình, có quyền lựa chọn biện pháp sinh đẻ có kế hoạch theo nguyện vọng. Mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có từ một đến hai con.

- Nhà nước có chính sách biện pháp khuyến khích và tạo mọi điều kiện cần thiết cho mọi người thực hiện kế hoạch hóa gia đình. Các cơ sở chuyên khoa phụ sản của Nhà nước, tập thể và tư nhân phải thực hiện yêu cầu của mọi người về việc lựa chọn biện pháp sinh đẻ có kế hoạch theo nguyện vọng.
- Các cơ quan y tế, văn hóa, giáo dục, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục kiến thức về dân số và kế hoạch hóa gia đình cho nhân dân.
- Nghiêm cấm hành vi gây trở ngại hoặc cưỡng bức trong việc thực hiện kế hoạch hóa gia đình.

5.6.2. Phụ nữ được quyền nạo thai, phá thai theo nguyện vọng, được khám bệnh, chữa bệnh phụ khoa, được theo dõi sức khỏe trong thời kỳ thai nghén, được phục vụ y tế khi sinh con tại cơ sở y tế.

- Bộ y tế có trách nhiệm củng cố, phát triển mạng lưới chuyên khoa phụ sản và sơ sinh đến tận cơ sở để đảm bảo phục vụ y tế cho phụ nữ.
- Nghiêm cấm các cơ sở y tế và cá nhân làm thủ thuật nạo thai, phá thai, tháo vòng tránh thai nếu không có giấy phép do Bộ y tế hoặc Sở y tế cấp.

5.6.3. Các tổ chức và cá nhân sử dụng lao động nữ phải thực hiện các quy định về bảo vệ sức khỏe cho phụ nữ, bảo đảm chế độ đối với phụ nữ có thai, sinh con, nuôi con và áp dụng các biện pháp sinh đẻ có kế hoạch.

- Không được sử dụng lao động nữ vào công việc nặng nhọc, độc hại. Bộ y tế, Bộ lao động - thương binh và xã hội quy định danh mục các công việc nặng nhọc độc hại.

5.6.4. Trẻ em được y tế cơ sở quản lý sức khỏe, được tiêm chủng phòng bệnh, phòng dịch, được khám bệnh, chữa bệnh.

- Ngành y tế có trách nhiệm phát triển, củng cố mạng lưới chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em.
- Cha mẹ người nuôi dưỡng trẻ em có trách nhiệm thực hiện những quy định về kiểm tra sức khỏe và tiêm chủng theo kế hoạch của y tế cơ sở, chăm lo trẻ em khi đau ốm và thực hiện các quyết định của người thầy thuốc trong khám bệnh, chữa bệnh đối với trẻ em.

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

5.7. Pháp luật về thuốc phòng bệnh, chữa bệnh

- Bộ y tế thống nhất quản lý sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc, tổ chức và cung cấp thuốc thiết yếu trong phòng bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.
- Các cơ sở Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân được cơ quan y tế có thẩm quyền cho phép mới được sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu

làm thuốc và chỉ được phép sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc đã được Bộ y tế quy định.

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

5.8. Thanh tra Nhà nước về y tế

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

Hội đồng Bộ trưởng quy định tổ chức thanh tra Nhà nước về y tế.

- Thanh tra Nhà nước về y tế có quyền thanh tra, kiểm tra việc thực hiện những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân, về vệ sinh, phòng, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh và dược; quyết định các hình thức xử phạt hành chính; ra quyết định tạm đình chỉ hoặc đình chỉ hoạt động của đơn vị, cá nhân vi phạm và chịu trách nhiệm về quyền quyết định của mình.
- Các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân và mọi công dân nơi đang tiến hành thanh tra phải báo cáo tình hình, cung cấp tài liệu bằng văn bản những sự việc có liên quan đến nội dung thanh tra theo đúng thời hạn quy định và cử cán bộ tham gia đoàn thanh tra khi cần thiết.
- Thanh tra vệ sinh thanh tra việc chấp hành pháp luật về vệ sinh của các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể, tư nhân và mọi công dân.
- Thanh tra khám bệnh và chữa bệnh thanh tra việc chấp hành các quy định chuyên môn, nghiệp vụ và điều lệ kỹ thuật y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh Nhà Nước, tập thể và tư nhân.
- Thanh tra dược thanh tra việc chấp hành các quy định chuyên môn, nghiệp vụ trong sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và nguyên liệu làm thuốc của các cơ sở Nhà nước, tập thể và tư nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt nam năm 1992. Nhân dân số 13617 ngày 20 tháng 4 - 1992.
2. Trường Đại học Luật Hà nội. Giáo trình Lý luận Nhà nước và pháp luật. NXB Công an nhân dân, Hà nội, 1998, 550 tr.
3. Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt nam. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt nam. NXB pháp lý, 1989, 27 tr.
4. Ủy ban thường vụ Quốc hội. Pháp lệnh về hành nghề y, dược tư nhân.

XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG

PGS. TS. Trương Việt Dũng

TS. Trương Phi Hùng

Đối tượng: Cán bộ kế hoạch, tài chính, KT sở y tế.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này học viên có khả năng

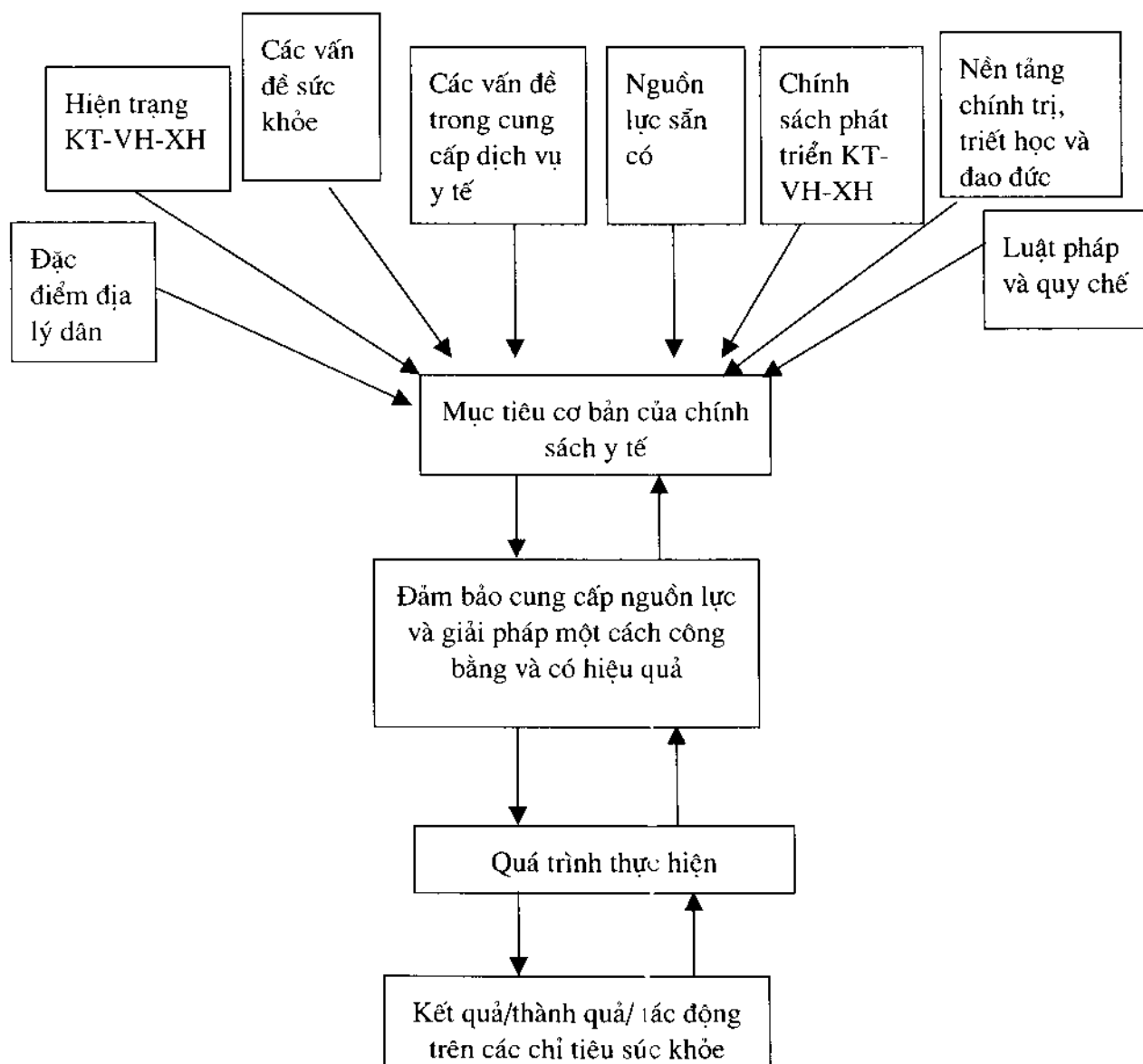
1. Xác định mục tiêu cơ bản cho một chính sách y tế trong lĩnh vực cụ thể.
2. Sử dụng những tư liệu và kinh nghiệm sẵn có để đề xuất một chủ trương thuộc lĩnh vực công tác của mình.

NỘI DUNG CƠ BẢN

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

Như đã đề cập trong những bài trước, chính sách y tế có thể ở tầm vĩ mô cho cả nước như bản “Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian từ nay tới năm 2000 và 2020” (Nghị quyết 37/CP ngày 20/6/1996 của Thủ tướng chính phủ), hay cũng có thể theo từng vùng như trong “Chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên trong thời gian 1997 - 2000 và 2020” (Quyết định của Bộ trưởng Bộ y tế ngày 13/2/1997). Để triển khai các bản chính sách này, tại mỗi địa phương (thông thường là cấp tỉnh) Sở y tế làm tham mưu cho UBND tỉnh để đưa ra các thông tư hướng dẫn hoạt động y tế cho địa phương mình. Như vậy, việc triển khai chính sách quốc gia thành chính sách địa phương là quá trình cụ thể hóa bản chính sách y tế để đi từ chính sách thành hành động cụ thể. Dù bản chính sách được xây dựng ở cấp nào thì yếu tố quyết định tới sự hình thành bản chính sách cũng rất giống nhau.

CÓ THỂ LIỆT KÊ CÁC YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH TRONG SƠ ĐỒ SAU



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

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

1. Các vấn đề sức khỏe

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

Để nhận biết vấn đề sức khỏe cần dựa vào gánh nặng bệnh tật trong đó có các số liệu từ thống kê y tế, trong đó chú ý tới 10 bệnh mắc với tỷ lệ cao nhất, 10 nguyên nhân gây chết cao nhất, tới các bệnh dịch địa phương. Các vấn đề sức khỏe cũng còn dựa trên những dự báo về tình hình sức khỏe- bệnh tật trong cộng đồng (vì chính sách y tế nhằm giải quyết những vấn đề sức khỏe trong tương lai gần) và phân tích vấn đề sức khỏe theo 3 nhóm bệnh:

1. Các bệnh truyền nhiễm, tai biến sản khoa, chết chu sinh và suy dinh dưỡng.
2. Các bệnh không truyền nhiễm.
3. Các loại chấn thương, tai nạn.

2. Các vấn đề cung cấp dịch vụ y tế

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

3. Nguồn lực y tế

Nguồn lực ở đây bao gồm nhân lực, kinh phí (đầu tư y tế quốc gia và địa phương), cơ sở vật chất (bao gồm cả thuốc) trong thời gian hiện tại và trong tương lai. Nguồn nhân lực y tế không chỉ ở số lượng mà ở cả trình độ, khả năng điều động nhân lực. Ở nước ta số lượng cán bộ y tế trên dân số khá cao so với những nước có thu nhập hơn ta vài lần. Tuy nhiên, trình độ còn hạn chế, ít được đào tạo liên tục và điều kiện làm việc còn thiếu thốn. Mặt khác lại phân bố không hợp lý do chế độ đãi ngộ chưa thoả đáng và mức sống chênh lệch giữa các vùng.

- Tính công bằng thể hiện trong một bản chính sách: bao gồm công bằng trong cung cấp các dịch vụ y tế (cung cấp dịch vụ mà người dân cần) và công bằng trong phân bổ các nguồn lực y tế.
- Tính hiệu quả thể hiện trong một bản chính sách: hiệu quả về kỹ thuật, hiệu quả về đầu tư và hiệu quả về chi phí. (Xin xem bài Đánh giá, phân tích và điều chỉnh chính sách y tế).

4. Hiện trạng KT-VH-XH

Đây là yếu tố rất quan trọng tác động tới quá trình phát triển ngành y tế và quá trình sử dụng các cơ sở y tế của Nhà nước.

5. Đặc điểm địa lý, dân cư

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

6. Chính sách và các chương trình phát triển tổng thể KT-VH-XH của một đất nước tác động mạnh mẽ tới chính sách y tế. Không dựa trên chính sách này chính sách y tế sẽ không

thể khả thi, cũng như không thể đáp ứng nhu cầu phát triển xã hội (đầu tư cho y tế là đầu tư cho phát triển).

7. Luật pháp và các quy chế hành chính hiện hành

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

8. Sau cùng, nhưng bao trùm lên cả các yếu tố đó là nền tảng chính trị, triết học và các chủ trương Nghị quyết của Đảng, các Thông tư, Chỉ thị của Chính phủ về công tác y tế. Những phương châm lớn của Đảng và đảm bảo công bằng xã hội, về phát triển KT-VH-XH, về chính sách dân vận của Đảng, về 5 quan điểm cơ bản của Đảng trong phát triển y tế là cơ sở để huy động phối hợp mọi ngành, mọi nguồn lực cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân.

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

BÀI TẬP THẢO LUẬN 1

Hãy nêu 2 vấn đề sức khỏe nổi cộm nhất của địa phương mình. Xác định, giải thích các yếu tố cần cân nhắc khi xác định mục tiêu để làm giảm nhẹ 2 vấn đề đó trong thời gian 5 năm tới.

2.2. Xác định những mục tiêu cơ bản của bản chính sách

Dựa trên những vấn đề sức khỏe hiện tại, dự báo trong tương lai và phân tích tình hình có tính đến tất cả các yếu tố đã nêu ở mục 2.1 để đưa ra mục tiêu cơ bản của bản chính sách. Trong đó cần chú ý tới tính hợp pháp, tính khả thi, tính hiệu quả, sự ủng hộ cộng đồng và dựa vào 5 quan điểm cơ bản của Đảng về phát triển sự nghiệp y tế là:

1. Con người là nguồn tài nguyên quý giá nhất.
2. Nhân đạo, định hướng XHCN và công bằng trong CSSK.
3. Dự phòng tích cực và chủ động.
4. Kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền..
5. Xã hội hóa sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân và đa dạng hóa các hình thức tổ chức chăm sóc sức khỏe.

Mục tiêu cơ bản của bản chính sách y tế cho dù đã được soạn thảo do các chuyên gia phân tích chính sách, những người có thẩm quyền ra quyết định trong ngành y tế, cũng rất cần (và gần như bắt buộc) phải đưa ra lấy ý kiến rộng rãi qua các chương trình nghị sự với các địa phương, người lãnh đạo cộng đồng, người xây dựng chính sách đầu tư và phát triển, cũng như những người sẽ thực thi bản chính sách này ở các cấp.

Mục tiêu tổng quát của một bản chính sách hay một thông tư, chỉ thị của ngành y tế đều nhằm vào việc tăng cường hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế và đảm bảo công bằng, sao cho những cộng đồng nghèo, chậm phát triển nhận được sự ưu tiên nhiều nhất.

Mục tiêu cụ thể của bản chính sách phải được nêu rõ ràng, có thể đo lường, ước lượng được sự tiến bộ sau một khoảng thời gian.

Ví dụ: Giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi từ 64 ‰ xuống còn 40 ‰ sau 5 năm (không thể nói: cố gắng/ phấn đấu giảm tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi...).

Sở dĩ ở địa phương A đặt ra mục tiêu trên vì với tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trong quá khứ và hiện tại là rất cao, song đã có chiều hướng giảm xuống cùng với quá trình phát triển kinh tế và đời sống văn hóa đang trở nên tốt hơn. Người đặt ra mục tiêu đã nhìn thấy cả khả năng của ngành y tế trong CSSK trẻ em và cả mối liên quan giữa các chỉ số phát triển kinh tế với tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi trong các năm qua. Về chủ trương, phù hợp với đường lối của Đảng. Về mặt pháp lý đã dựa trên Luật bảo vệ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em... Như vậy, khi đặt mục tiêu đã chú trọng tới tình hình, tính khả thi, có khả năng duy trì tới tính hợp pháp và theo đúng đường lối Đảng và Nhà nước thì khả năng sẽ nhận được sự ủng hộ của cộng đồng.

Về cách hành văn không nên dùng từ có tính giả định hoặc có chữ “sẽ”, “nên”. Ví dụ: không nên nói “chính quyền địa phương sẽ đóng vai trò...” mà là nói: “chính quyền địa phương đóng vai trò...” mỗi câu trong bản chính sách thường để ở thể khẳng định.

BÀI TẬP THẢO LUẬN 2

Hãy đặt mục tiêu làm giảm nhẹ hai vấn đề sức khỏe đã nêu ở bài tập thảo luận 1. Giải thích lý do tại sao lại đặt ra mục tiêu ở mức đó. Cần đưa ra thảo luận với những ai, ở đâu và dự kiến các câu hỏi thảo luận là gì ?

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

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

Những giải pháp có thể ở tầm vĩ mô để bao quát toàn bộ các lĩnh vực, song cũng cần có những giải pháp ở mức vi mô để giải quyết từng vấn đề rất cụ thể của một lĩnh vực, một địa phương và trong một thời gian xác định.

Ví dụ: ở tầm vĩ mô người ta đưa ra giải pháp đảm bảo lương cho cán bộ y tế xã nhằm củng cố nguồn nhân lực (qua Quyết định 58/TTg), song do đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau giữa các vùng, chế độ lương ở miền núi phải cao hơn ở miền xuôi để tăng tính hấp dẫn cán bộ lên làm việc ở vùng khó khăn. Thêm vào đó, mỗi tỉnh lại có cách vận dụng Quyết định này không hoàn toàn giống nhau để đảm bảo trả lương công bằng cho cán bộ y tế.

Việc đề xuất chiến lược y tế có thể dựa trên những quan điểm khác nhau

- Quan điểm đặt yếu tố hiệu quả lên trên nghĩa là bằng mọi cách để có chi phí thấp nhất nhưng lại cải thiện được tình trạng sức khỏe cao nhất (hiệu quả trong chi phí). Chi phí

hợp lý nhất để không lãng phí nguồn lực (hiệu quả về kỹ thuật) và sử dụng hợp lý nhất các nguồn lực y tế vẫn bị hạn chế để mang lại lợi ích nhiều nhất (hiệu quả trong đầu tư, phân bổ nguồn lực). Cần lưu ý rằng, không bao giờ coi hiệu quả là yếu tố quyết định đầu tư, vì dịch vụ y tế rất đặc biệt, không phải là hàng hóa, không có mua bán, mà điều quan trọng là tìm giải pháp nào để đạt được mục tiêu công bằng với hiệu quả cao nhất. Về quan điểm này, Ngân hàng thế giới là cơ quan chủ xướng, đề xuất hai tổ hợp dịch vụ.

Tổ hợp dịch vụ y tế công cộng: Tiêm chủng mở rộng, chăm sóc sức khỏe học đường (tẩy giun, dinh dưỡng, giáo dục sức khỏe), tăng cường kiến thức của cộng đồng về dân số KHHGD, tự chữa bệnh hay chỉ dẫn tới nơi khám chữa bệnh và khống chế các bệnh truyền nhiễm, các chương trình chống hút thuốc lá, uống rượu và nghiện hút, khống chế các bệnh hoa liễu, AIDS.

Tổ hợp lâm sàng gồm: Chăm sóc thai sản, KHHGD, quản lý trẻ ốm, điều trị bệnh lao và quản lý các trường hợp bị bệnh hoa liễu.

Cũng nhờ chú trọng tới 2 tổ hợp các dịch vụ trên mà sức khỏe của nhóm dân nghèo cũng được chăm sóc tốt hơn (vì đó là bệnh, các vấn đề gắn liền với nghèo đói).

- Quan điểm đặt mục tiêu công bằng lên trên hết nghĩa là chú trọng, dành ưu tiên cao cho các đối tượng nghèo, vùng nghèo, vùng khó khăn chậm phát triển KT-VH-XH... Nghĩa là cung cấp những dịch vụ y tế mà những người nghèo cần nhưng khó tiếp cận với mức bao cấp cao nhất mà Nhà nước có thể chi trả được. Đây cũng chính là mục tiêu của CNXH.

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

- Quan điểm coi trọng giải pháp vĩ mô, giải pháp tối ưu dựa trên mục tiêu chủ quan, kinh nghiệm và áp đặt mệnh lệnh. Quan điểm này cần phải phê phán.
- Quan điểm coi trọng giải pháp vi mô, bổ sung từng bước, hoàn thiện dần các giải pháp đã có trước đó. Vừa làm chính sách, vừa sửa đổi để dò tìm ra các chính sách và giải pháp mới mà không gây nên xáo trộn hoặc tạo ra các bước nhảy vọt.
- Quan điểm hỗn hợp vừa coi trọng giải pháp vĩ mô, vừa coi trọng giải pháp vi mô. Quan điểm này phần nào phù hợp hơn với hoàn cảnh nước ta, nhất là khi sự biến chuyển về kinh tế đang diễn ra rất nhanh. Chính sách phải vừa đảm bảo quan điểm cơ bản, tư tưởng chỉ đạo của Đảng, vừa phải linh hoạt ứng phó với tình hình biến đổi trong từng giai đoạn thời gian, hoặc sự khác biệt giữa các vùng địa lý kinh tế khác nhau.

Cho dù dựa trên quan điểm nào, việc ưu tiên bảo vệ sức khỏe cho những tầng lớp dân cư nghèo, nhóm dễ bị tổn thương khác nhau (phụ nữ, trẻ em, người già) luôn được coi là cái đích tối cao cho một đường lối y tế.

BÀI TẬP THẢO LUẬN 3

Để đạt được các mục tiêu ở bài thảo luận 2, dựa vào quan điểm đưa ra trong mục 2.3 để đề xuất các giải pháp mà bạn cho là hợp lý nhất. Giải thích lý do cơ bản nào khiến bạn chọn các giải pháp đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gill Wall. Chính sách y tế- quá trình và quyền lực (tài liệu dịch ra tiếng việt, Hà nội, 1996).
2. Quyết định 58/TTg và Thông tư liên bộ 08/TTLB.
3. Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân tới năm 2000 và 2020 (Nghị quyết 37/CP).
4. Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân miền núi phía Bắc và Tây nguyên (Bộ y tế, 1997).
5. World Development report 1993 (Investing in health)
6. Tài liệu đào tạo từ xa “Health sector reform and Sustainable Financing” của Viện nghiên cứu phát triển y tế- Ngân hàng thế giới, 1997. (Các Module 1,2,3,4,5).

ĐÁNH GIÁ, PHÂN TÍCH VÀ ĐIỀU CHỈNH CHÍNH SÁCH Y TẾ CÔNG CỘNG

PGS. TS. Trương Việt Dũng

Đối tượng: Cán bộ kế hoạch, tài chính, kế toán Sở y tế.

1. Mục tiêu

- 1.1. Đặt được các câu hỏi cơ bản cho phân tích tình hình y tế dựa trên chính sách y tế quốc gia.
- 1.2. Nêu được mô hình đánh giá mối quan hệ giữa chính sách xã hội với chính sách y tế, những khó khăn thuận lợi của việc thực hiện công bằng và hiệu quả trong chăm sóc y tế.
- 1.3. Sử dụng các chỉ số đánh giá, phân tích tình hình y tế dưới góc độ chính sách y tế hướng tới điều chỉnh phương hướng hoạt động cho một lĩnh vực hoạt động chăm sóc sức khỏe ở địa phương

2. Nội dung

2.1. Sự cần thiết phải điều chỉnh chính sách y tế

- Chính sách y tế không phải là một điều luật không thể thay đổi được.
- Chính sách y tế quốc gia là đường lối y tế của Đảng và Nhà nước, lấy cơ sở là công bằng và hiệu quả. Mỗi thời kỳ phát triển kinh tế- xã hội (trong đó có y tế), tính công bằng và hiệu quả được thể hiện ở các mức độ khác nhau. Mỗi vùng địa lý, mỗi cộng đồng dân cư có những đặc điểm phát triển kinh tế xã hội và tốc độ tăng trưởng khác nhau, vì vậy cũng cần có chính sách y tế phù hợp.
- Khi xây dựng chính sách cho một giai đoạn phát triển, các mục tiêu và giải pháp dựa trên sự phân tích chính sách trước đó. Chính sách là đường lối y tế cho tương lai dựa trên sự phân tích quá trình phát triển y tế trong bối cảnh kinh tế xã hội trước đó và dự kiến trong tương lai. Vì vậy khi dự kiến đó không còn phù hợp, chính sách y tế cũng phải thay đổi, điều chỉnh.
- Trong quá trình thực thi chính sách y tế, có rất nhiều yếu tố tác động làm cho tính khả thi, tính hiệu quả và công bằng của chính sách thay đổi, vì vậy cần phải điều chỉnh lại chính sách cho phù hợp.

2.2. Nghiên cứu tình hình y tế dưới góc độ chính sách

Để phân tích được hoạt động y tế dưới góc độ chính sách, cần có những nghiên cứu chính sách.

Mục tiêu tổng quát của một nghiên cứu chính sách có thể là: Mô tả những yếu tố trong nội dung chính sách (từ mục tiêu đến giải pháp), những nguồn lực và việc phân bổ- sử dụng nguồn lực cũng như giải pháp thực thi chính sách, những thành quả mà việc thực thi chính sách mang lại. Những khó khăn và thuận lợi, những nguyên nhân bên trong và bên ngoài, nguyên nhân có thể giải quyết được và nguyên nhân không giải quyết được. Tất cả đều nhằm tìm ra các cơ sở khoa học để dựa vào đó các nhà ra chính sách đưa ra các quyết định mới làm chuyển đổi các hoạt động y tế sao cho công bằng hơn, hiệu quả hơn và có chất lượng cao hơn.

2.2.1. Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế

Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế nhằm cung cấp thông tin về các hoạt động chăm sóc sức khỏe trong đó có đánh giá việc thực thi chính sách hiện hành, xem xét lại nền tảng và quan niệm của chính sách trước đó có đúng quan điểm của Đảng chưa, có phù hợp với quá trình phát triển kinh tế văn hóa xã hội không.

Nghiên cứu cơ bản về chính sách y tế bao gồm:

- Nghiên cứu đặc điểm và cách ứng xử của người sử dụng dịch vụ y tế. Nghiên cứu các yếu tố quyết định việc lựa chọn các dịch vụ y tế của người dân.
- Nghiên cứu đặc điểm và cách ứng xử của người cung cấp dịch vụ y tế.
- Đánh giá hoạt động điều trị và phòng bệnh.
- Nghiên cứu các nguồn tài chính cho y tế và các phương thức phân bổ, sử dụng ngân sách y tế.
- Đánh giá các nguồn thông tin dùng để ra quyết định trong các dịch vụ y tế.
- Đánh giá tính hợp lý và khả năng triển khai các chính sách y tế hiện hành cũng như các thông tư chỉ thị liên quan tới việc chỉ đạo công tác y tế.
- Nghiên cứu các mối quan hệ chi phí- hiệu quả, chi phí- ích lợi và chi phí-sử dụng của các loại hình dịch vụ y tế công cộng, tư nhân. Các hình thức thu và trả phí, khả năng và nguyện vọng trả chi phí dịch vụ y tế.

2.2.2. Nghiên cứu một hoạt động hoặc nhóm các hoạt động dưới góc độ chính sách y tế

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

- Liệu có cần thiết không, khi nào thì cần ?
- Liệu có khả thi không ?
- Thành quả, hiệu quả của can thiệp đó là gì ?

Thông thường có 3 lĩnh vực cần chú trọng trong nghiên cứu:

- Các phương thức đầu tư và phân bổ nguồn tài chính cho một lĩnh vực, một chiến lược can thiệp.
- Nghiên cứu sự bố trí hệ thống điều trị, mối quan hệ giữa hệ thống Nhà nước và tư nhân sao cho chi phí công cộng ít mà vẫn đáp ứng tối đa nhu cầu khám chữa bệnh của các cộng đồng dân cư khác nhau.

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

2.3. Nghiên cứu chính sách y tế dựa trên quy trình “giản đồ chính sách”

Giản đồ chính sách hay hiện nay được gọi là “Người xây dựng chính sách” do một nhóm các chuyên gia nghiên cứu chính sách y tế của trường y tế công cộng Harvard (USA) xây dựng trong những năm gần đây (Michael R.R và David M.C). Nhằm hệ thống hóa các bước trong quá trình nghiên cứu chính sách. Quy trình này đã được vi tính hóa và có thể sao chép được để phổ biến ở Việt Nam (Nguồn từ trường Đại học y Hà Nội, Trường Đại học y tế công cộng, Vụ kế hoạch Bộ y tế). Đây là một trong những công cụ nghiên cứu chính sách bổ sung cho những phương pháp khác, đặc biệt là trong nghiên cứu chính sách của một chuyên ngành. Ví dụ: chính sách dinh dưỡng, bảo hiểm y tế...

Quy trình nghiên cứu gồm các bước:

Mô tả chính sách y tế

Xác định và phân tích các thành phần trong chính sách y tế hiện hành. Bao gồm mục tiêu, các cơ chế và biện pháp thực thi nhằm đạt được các mục tiêu đó. Xem xét lại liệu các mục tiêu đã thể hiện trong các kế hoạch y tế hay chưa và đối tượng được hưởng lợi đã nhận được gì từ chính sách này.

Những người thực thi (players)

Xác định những tổ chức đóng vai trò quan trọng nhất, phân tích cương vị và vị trí của cơ quan, tổ chức, bộ ngành đó về quyền hạn, lợi ích. Đánh giá những kết quả của chính sách mang lại cho những cơ quan thực thi. Phân tích bố trí cơ cấu tổ chức, các mối quan hệ hợp tác giữa những tổ chức thực thi đó. Trong khi nghiên cứu những người thực thi chính sách, cần nghiên cứu cả những người khác có liên quan tới chính sách:

- Người hỗ trợ.
- Người thờ ơ.
- Người không đồng ý hoặc bị ảnh hưởng

Những thuận lợi và khó khăn

Đánh giá những thuận lợi, khó khăn tác động đến khả năng thực thi chính sách y tế nhờ việc phân tích các điều kiện trong từng cơ quan tổ chức và trong bối cảnh chính trị xã hội nói chung.

Những chiến lược, giải pháp

Đề xuất chiến lược và giải pháp nhằm cải thiện khả năng thực thi chính sách qua tham khảo ý kiến của những người có kinh nghiệm, có thẩm quyền trong một dự án. Sau đó đánh giá lại những giải pháp, đưa ra những giải pháp mới, cách lựa chọn mới dưới dạng các bản kế hoạch hành động dự kiến hoặc một bản quy hoạch, một chương trình với nhiều dự án trong đó.

Những hiệu quả tác động

Ước tính những hiệu quả tác động của các giải pháp dựa trên vị trí chức năng của các cơ quan tổ chức thực thi, quyền hạn và mức độ huy động nguồn lực, phối hợp giữa các cơ quan thực hiện. Hiệu quả của một chính sách, một giải pháp được thể hiện ở cả 3 yếu tố đồng thời:

- Hiệu quả về kỹ thuật sao cho không lãng phí nguồn lực.
- Hiệu quả về chi phí sao cho cùng một đơn vị kết quả phải chi phí ít nhất.
- Hiệu quả về đầu tư sao cho kết quả mang lại có hiệu quả cao nhất, đúng đối tượng phục vụ ưu tiên, đúng mục tiêu.

Bằng phần mềm vi tính có thể vẽ nên các biểu đồ, bảng thể hiện những số liệu phân tích về tình hình hiện tại dự kiến trong tương lai.

2.4. Phân tích chính sách y tế

2.4.1. Giới thiệu:

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

PTCS đề cập đến những câu hỏi nhất định liên quan tới các chính sách đã được hoạch định ở Trung ương và địa phương qua các nghị quyết đại hội và cả những chính sách của Bộ Y tế, chủ trương của Sở Y tế. PTCS cũng đề cập tới những vấn đề liên quan tới việc ra quyết định cũng như sự phối hợp lồng ghép của các Bộ, Ngành, trong đó có Bộ Y tế nhằm đạt các mục tiêu sức khỏe.

Nhiệm vụ của PTCS là cung cấp thông tin để cho thấy một số hoạt động thực thi chính sách như đã đề ra có phù hợp hay không, có được chấp nhận hay không hay đang bị chậm trễ. Thông tin thu được sẽ giúp cho việc ra các quyết định tiếp theo.

PTCS cũng còn chỉ ra đối với một quyết định (một điểm trong chính sách) phải chi phí bao nhiêu để có được hiệu quả cao nhất và có công bằng hay không. Nếu một quyết định đưa ra cải thiện được điều kiện sức khỏe có nghĩa là chính sách đó phù hợp.

PTCS phải dự báo được liệu chính sách có thể sẽ gặp phải phản ứng ở đâu, ở khu vực tư nhân hay Nhà nước, về phía người cung cấp dịch vụ y tế hay người sử dụng, hoặc trong phạm vi thực thi, yếu tố nào cản trở, yếu tố thuận lợi là gì.

PTCS là đưa ra bằng chứng cho thấy một bản chính sách đưa ra đã hoặc sẽ được thực hiện sẽ làm cho ai được lợi và cho những ai không được lợi và phản ứng của những nhóm này đối với việc thực thi chính sách được đề xuất ra sao.

PTCS chỉ ra các vấn đề trong quá trình thực thi liên quan tới chính sách của Bộ y tế trong khoảng thời gian ngắn cũng như trong tương lai xa hơn.

PTCS cho thấy những chính sách, những thông tư liên quan đến việc phân bổ lại ngân sách y tế, có nên cắt bỏ hay bổ sung để mở rộng các dịch vụ y tế hoặc cần phải đưa ra các văn bản pháp lý để cải thiện tình hình y tế công cộng cũng như hoạt động của hệ thống y tế tư nhân...

Việc PTCS phải trước hết nhằm vào:

1. Phân tích những tác động của bản chính sách hoặc thông tư để đi đến quyết định tăng hay cắt bớt / bỏ hẳn nguồn đầu tư vào lĩnh vực nào (việc tác động đó phải được phân tích trong khuôn khổ nền tảng chính trị chung). Để trả lời cho câu hỏi này, cần dựa trên:

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

- Những bằng chứng về tình trạng sức khỏe cộng đồng được cải thiện, về hiệu quả và công bằng có còn tiếp tục cải thiện nữa hay không, nếu như sẽ không gặp những cản trở gì lớn trong tương lai.
- Chi phí công cộng sẽ giảm đi bao nhiêu nhờ huy động phát huy vai trò của y tế tư nhân, đóng góp của người sử dụng.

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

Cần phải thu thập thông tin để trả lời những câu hỏi sau:

- Thực chất của tình trạng không được đáp ứng về chăm sóc y tế của dân là gì, lý do tại sao (cho từng loại dịch vụ) còn chưa đáp ứng được nhu cầu của dân, trong đó bao nhiêu là do người dân không tiếp cận được (không tới để sử dụng dịch vụ của ngành y tế cung cấp) ?
- Nêu ra các đặc điểm về tình trạng không đáp ứng được nhu cầu CSSK, các hoạt động cần thiết nhằm khắc phục thiếu sót này là gì ?
- Khả năng cung cấp dịch vụ y tế hiện nay là gì (cả tư nhân, cả công cộng) ?
- Cơ sở y tế tuyến nào, loại hoạt động y tế nào cần được phát triển hoặc cải tổ và ai sẽ làm việc đó ?

Cũng cần thấy sự yếu kém của hệ thống thông tin hiện nay, từ đó cần phải củng cố để có những nghiên cứu phân tích sâu hơn, chính xác hơn giúp cho việc hoàn chỉnh chính sách cũng như phát hiện ra những vấn đề mới phát sinh để thông báo cho Bộ y tế và Bộ Y tế đáp ứng cao nhất nhu cầu của cộng đồng trong điều kiện các nguồn lực có hạn.

2.4.2. Những nhóm thông tin sử dụng trong phân tích đánh giá tình hình y tế dưới góc độ chính sách:

Để tiếp cận với các phương pháp đánh giá phân tích điều chỉnh chính sách, sau đây là một số định nghĩa, một số khái niệm của Việt Nam cũng như của quốc tế về những thuật ngữ thông dụng.

Hệ thống y tế

Hệ thống y tế khác với mạng lưới y tế ở chỗ: mạng lưới y tế là tổ chức cấu thành của những người cung cấp dịch vụ y tế. Ví dụ mạng lưới y tế từ thôn xóm đến Bộ Y tế, trong đó bao gồm cả y tế Nhà nước, y tế tư nhân và dân lập.

Hệ thống y tế được cấu thành từ người sử dụng dịch vụ y tế, người cung cấp dịch vụ y tế, các ngành, các tổ chức cơ quan tham gia hoặc hỗ trợ dịch vụ y tế, trong đó bao gồm cả thể chế chính trị và các quan điểm triết học, cả quá trình phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội.

Trong hệ thống y tế, có người "mua" dịch vụ y tế và người "bán" dịch vụ y tế, có các luật lệ kiểm soát quá trình "mua" và "bán" đó. Điều khác nhau cơ bản trong việc "mua" và "bán" này với hệ thống thị trường là người "mua" không hoàn toàn định rõ "hàng" của mình định mua (bệnh nhân khó biết được mình mắc bệnh gì, sẽ phải chữa như thế nào và tốn kém hết bao nhiêu), còn người "bán" lại không có quyền thu lợi nhuận tối đa "hàng" mà họ bán ra nhiều khi không định được giá. Giữa người cung cấp dịch vụ y tế và người sử dụng

dịch vụ y tế có sự ràng buộc về đạo đức. Y đức là đạo đức của thầy thuốc, là bổn phận, là trách nhiệm đối với bệnh nhân, không phân biệt sang hèn, giàu nghèo, đều phải khám và điều trị như nhau, cùng dùng một phác đồ cho một loại bệnh. Một hệ thống y tế dựa trên mua bán dịch vụ y tế rất dễ dàng làm mất đi bản chất nhân đạo và tính xã hội của y tế. Từ "mua" có thể thay bằng " sử dụng ", từ "bán " có thể thay bằng " cung cấp ". Kinh tế trong y tế không phải là tìm nguồn "hàng rẻ nhất" để "mua" hay tìm khách hàng "mua đắt nhất" để "bán". Vấn đề là làm sao đạt được mục tiêu, công bằng trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả cao nhất có thể chấp nhận được.

– Công bằng trong y tế

Công bằng có nghĩa là ai có nhu cầu nhiều hơn thì được chăm sóc nhiều hơn, ai chịu thiệt thòi (về kinh tế, xã hội) phải được quan tâm nhiều hơn, công bằng không có nghĩa là cào bằng hay ngang bằng.

Khi nói đến công bằng nghĩa là đề cập tới những dịch vụ nào được cung cấp và ai là người trả tiền cho dịch vụ đó đối với những cộng đồng dân cư có điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội khác nhau, theo các vùng địa lý khác nhau.

Về lý luận, công bằng thể hiện dưới hai hình thái: công bằng theo chiều ngang và công bằng theo chiều dọc.

- + Công bằng theo chiều ngang có nghĩa là: cung cấp những dịch vụ y tế giống nhau cho những cộng đồng cá nhân có nhu cầu CSSK như nhau và thu phí như nhau đối với những cộng đồng cá nhân nào có khả năng trả phí dịch vụ như nhau.
- + Công bằng theo chiều dọc có nghĩa là: cung cấp những dịch vụ y tế nhiều hơn cho những cộng đồng cá nhân có nhu cầu CSSK nhiều hơn so với cộng đồng, cá nhân có nhu cầu CSSK ít hơn; mức thu phí sẽ phải cao hơn với những cộng đồng người có khả năng chi trả cao hơn (so với cộng đồng người nghèo hơn).

Ví dụ: Trong một cộng đồng, có những nhóm người cần dịch vụ y tế nhiều hơn như trẻ em, phụ nữ và người già cả, tàn tật song khi trả phí điều trị, nhóm hộ gia đình giàu hơn sẽ phải trả phí nhiều hơn, cho dù đó là trẻ em, phụ nữ... Một hệ thống công bằng y tế tốt nhất phải có cả hai hình thái trên.

Khi xã hội phát triển có sự phân hóa giàu nghèo, người giàu khả năng chi trả cho dịch vụ y tế dễ dàng hơn, người nghèo thường hay gặp khó khăn hơn, nhất là khi phải chữa bệnh ở bệnh viện. Công bằng trong y tế là trợ giúp cho người nghèo, vùng nghèo để họ có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản, thiết yếu và khi bị ốm phải đi nằm viện. Trong khi đó phải thu một phần viện phí hoặc toàn bộ viện phí với người không nghèo, không giàu. Còn người giàu thì phải chi viện phí cao hơn (nghĩa là có công bằng trong chi trả). Vì vậy, việc thu nhưng không đủ viện phí đối với mọi đối tượng đã làm cho người nghèo gặp khó khăn, còn người có khả năng và nguyện vọng muốn trả phí điều trị (và có cả dịch vụ phòng bệnh khác như tiêm chủng) lại không phải trả đủ, tạo nên sự mất công bằng trong y tế. Các hình thức miễn phí, giảm phí, thẻ bảo hiểm y tế phát cho người nghèo, thẻ người nghèo, bệnh viện miễn phí cho người nghèo, phòng khám nhân đạo... là những giải pháp nhằm trợ giúp người nghèo khi phải nằm viện. Mỗi hình thức trên có một phạm vi ứng dụng và có những ưu nhược điểm của nó. Tổ chức cùng một lúc hai hoặc nhiều hình thức trên trong một cơ sở điều trị là một giải pháp

khá tốt song lại gặp những nhược điểm của tất cả các hình thức đó cộng lại. Có thể thấy không thể quay lại hình thức bao cấp toàn bộ cho các hoạt động bệnh viện trong cơ chế thị trường hiện nay. Cũng không thể xây dựng các bệnh viện từ thiện ở mọi nơi, nhất là các vùng dân xa xôi, hẻo lánh nơi có nhiều người nghèo hơn mà mới chỉ có một số bệnh viện từ thiện ở thành phố- nơi đa số người nghèo lại ở xa đó. Một bệnh viện có nhiều cách, nhiều mức thu viện phí cho các đối tượng nhiều khi khó phân biệt thuộc diện nào lại làm cho công tác y vụ trở nên phức tạp, có nguy cơ bị lợi dụng.

Hiện nay, không ít các địa phương, ngành lao động thương binh - xã hội phát ra các thẻ cho người nghèo để khi đi bệnh viện sẽ được chữa bệnh không mất tiền, song lại không hoặc ít khi cấp kinh phí cho bệnh viện làm việc này, nghĩa là muốn có công bằng trong cung cấp dịch vụ song lại chưa có công bằng trong phân bổ nguồn lực, vì vậy có nhiều nơi không thực hiện được.

Việc chữa bệnh nội trú tại bệnh viện nhiều tỉnh miền núi không thu phí, song kinh phí hạn chế, dẫn đến hạn chế mức chi tiền thuốc cho một ngày nằm, vì vậy buộc phải mua thêm thuốc để đảm bảo phác đồ, phải chi tiền ăn cho cả người ốm và người chăm nom. Tốn kém do các khoản chi thêm còn cao hơn mức bệnh viện bao cấp.

– Khả năng chi trả và nguyện vọng chi trả

Khả năng chi trả: Là khả năng kinh tế của cá nhân hoặc một tổ chức đối với mức chi tiêu (bằng tiền) để nhận được một loại dịch vụ y tế. Ví dụ khả năng chi trả của nông dân khi bị ốm chữa bệnh tại bệnh viện:

- + Trả được ngay.
- + Phải bán một số vật phẩm để trả.
- + Phải vay mượn.
- + Không thể vay mượn được.

Ví dụ khác: Để trợ giúp người nghèo trong địa phương, Ủy ban nhân dân quyết định trích một khoản kinh phí của ngân sách địa phương mua thẻ Bảo hiểm y tế cho người nghèo. Do ngân sách hạn chế chỉ 50% người nghèo nhất được phát thẻ bảo hiểm.

Nguyện vọng chi trả: Là mức tiền tối đa mà một người sẵn sàng chi để nhận được một dịch vụ y tế.

Ví dụ: Để nhận được một mũi tiêm phòng cho con mình, người nông dân ở xã A chỉ có thể chi ra 200 đồng trong khi đó người thành phố có thể chi 2000 đồng.

Khái niệm này cần cho khi tính giá dịch vụ y tế, nhất là khi tính mức bao cấp thế nào là đủ và hợp lý.

DALY (Disability-Adjusted-Life-year) Số năm sống mất đi sau khi điều chỉnh với mức suy giảm sức khỏe (do chết non, do suy giảm sức khỏe vì bệnh tật cấp tính, mãn tính và vì tuổi tác). Đây là một phép tính tổng hợp dùng để đánh giá gánh nặng do bệnh tật (disease-burndent) tốt hơn so với cách dùng tỷ suất tử vong nói chung hay chết non (chết trước tuổi hy vọng sống hoặc chết trước tuổi 40). Để hiểu thêm về phép tính này cần tham khảo tài liệu kinh tế y tế.

QALY: Trong phân tích chi lợi ích đề cập tới số đo "số năm sống khỏe mạnh" - QALY (*Quality-Adjusted-Life-year*) - xuất phát điểm của việc tính số đo này là một người sau khi chữa khỏi bệnh, những năm sống sau đó có thể hoàn toàn không khỏe mạnh vì di chứng, hoặc vì tuổi tác hoặc cả hai. Để tính lợi ích từ một khoản chi phí y tế không thể bỏ qua yếu tố chất lượng của cuộc sống (ví dụ, một người sau khi bị bại liệt vẫn còn di chứng, số năm còn lại của người đó chất lượng chỉ còn lại bằng 50% so với người không bị bệnh. Ví dụ khác, một người tuổi trên 70, sau khi tự điều trị khỏi bệnh viêm phổi, ra viện song chất lượng sống của những năm còn lại vì tuổi tác nên chỉ còn bằng 40% so với người ở độ tuổi lao động. Chữa khỏi bệnh tiêu chảy cho một trẻ nhỏ, những năm còn lại của trẻ đó bằng 100% năm sống bình thường) QALY được tính bằng số năm sống mang lại từ một chương trình, dịch vụ y tế với hệ số tiêu chuẩn có giá trị từ 0 đến 1 tương đương với giá trị cuộc sống trong thời gian đó. Giá trị của hệ số bằng 0 có nghĩa là chết ngay, còn bằng 1 là hoàn toàn khỏe mạnh. Để xác định giá trị của hệ số, người ta sử dụng phương pháp phỏng vấn để biết tình trạng sức khỏe hoặc bệnh tật đã ảnh hưởng đến các hoạt động sống thường ngày ở mức nào (như khả năng nghe, nhìn, nhận biết, vận động, sự tin yêu cuộc sống, mức độ đau đớn...)

Ví dụ về tính QALY cho một dịch vụ y tế: Nếu người ta cho rằng việc chạy thận nhân tạo giúp cho bệnh nhân sống thêm được 15 năm, song vì chất lượng đời sống sau khi chạy thận nhân tạo một phần vì tác động phụ hoặc tai biến do chạy thận, một phần vì tuổi tăng lên, sức khỏe yếu đi, chất lượng sức khỏe của người đó trong 10 năm đầu chỉ còn 75% và 5 năm tiếp theo chỉ còn 50% lúc này ta tính được:

$$(10 \times 0,75 + 5 \times 0,50) = 10\text{QALY}$$

Giá trị của QALY là ở chỗ so sánh QALY thu được từ một chương trình, dịch vụ y tế với mức chi phí cho dịch vụ đó, chương trình đó: mức chi phí tối đa để tăng một QALY.

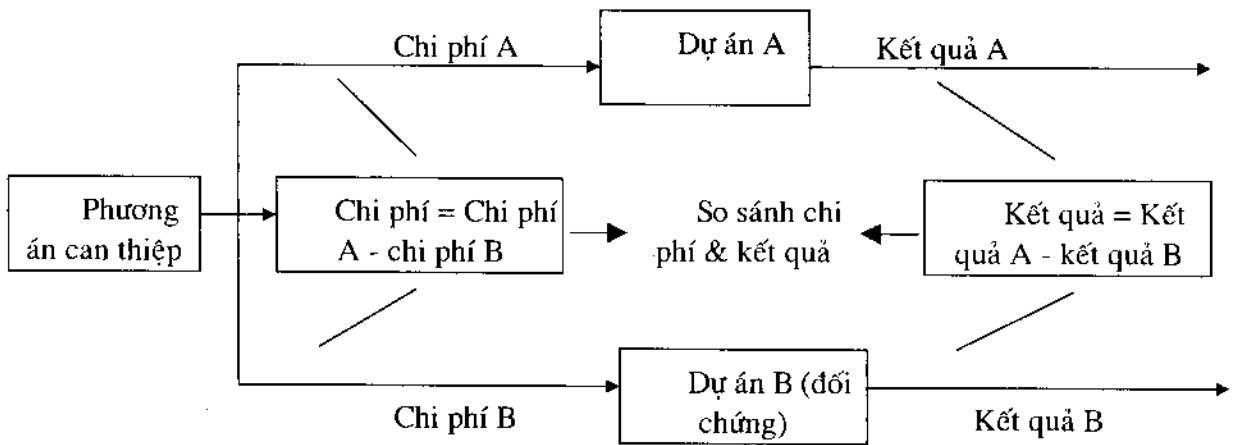
Hiệu quả: Có 3 loại hiệu quả: hiệu quả kỹ thuật, hiệu quả chi phí và hiệu quả đầu tư (phân bổ nguồn lực).

- *Hiệu quả chi phí:* Là hệ thống đánh giá mức chi phí nào làm tăng được tình trạng sức khỏe của cộng đồng. Để tính được hiệu quả chi phí phải có các số liệu về tình trạng sức khỏe cộng đồng. Cách tính hiệu quả chi phí chỉ phù hợp khi so sánh giữa hai hoặc nhiều chương trình y tế mà những chương trình này mang lại những hiệu quả đầu ra giống nhau (ví dụ tác động lên tỷ suất chết mẹ, chết trẻ em dưới 1 tuổi...)
- *Hiệu quả kỹ thuật:* được nói tới khi chương trình, hoạt động y tế không lãng phí nguồn lực, sao cho các nguồn lực (người, tiền, phương tiện, thời gian...) mang ra sử dụng ít nhất nhưng cũng đủ đưa lại lợi ích, kết quả như mong muốn.

Ví dụ:

- + Số thầy thuốc / một giường bệnh.
- + Số bệnh nhân một bác sỹ khám/ ngày.
- + Tỷ lệ sử dụng giường bệnh...
- *Hiệu quả đầu tư phân bổ các nguồn lực:* Cùng những nguồn lực có được phân bổ sao cho có thể mang lại các giá trị lợi ích cao nhất (cải thiện các chỉ số sức khỏe, đáp ứng được nhu cầu, nguyện vọng của người dân)

Sơ đồ đánh giá hiệu quả dịch vụ y tế
(theo Dummond, 1997)



Đạo đức (tính nhân đạo trong y tế): Khái niệm này có phần đi xa hơn những quy định về đạo đức của một người thầy thuốc trước bệnh nhân (như trong chỉ thị 12 điều y đức trong khám chữa bệnh của ngành y tế), tính nhân đạo ở đây là trách nhiệm của người quản lý, người ra quyết định trong sự phân bổ các nguồn lực y tế để với các nguồn lực hạn chế được đưa ra phục vụ cho nhiều người nhất, làm cho nhiều người hài lòng nhất.

Một ví dụ đơn giản là đối với một bệnh nhân ung thư máu khi khả năng điều trị khỏi gần như không có (kể cả trường hợp ghép tủy) nếu vì "còn nước còn tát" mà truyền máu cho người đó, chúng ta đã làm một việc "nhân đạo". Song vấn đề là ở chỗ chi phí là rất lớn mà kết quả là bệnh nhân vẫn chết. Ai sẽ trả tiền cho dịch vụ này? Nếu Nhà nước trả tiền, có nghĩa là một khoản chi phí bỏ ra nhưng mang lại hiệu quả rất thấp, và vì truyền máu đã giảm ngân sách chi phí cho các hoạt động khác, kể cả làm thiếu nguồn máu dự trữ cho các cuộc phẫu thuật do chấn thương và biết đâu vì thế mà nạn nhân chấn thương lẽ ra sống sẽ bị chết. Đứng về góc độ quản lý, nhân đạo có nghĩa là bệnh nhân ung thư máu phải trả tiền cho các dịch vụ đắt tiền. Tương tự như thế, việc trợ giúp người nghèo như hiện nay không phải là bằng đầu tư mua máy chụp cắt lớp ở các bệnh viện tuyến tỉnh.

Hàng hóa y tế: có thể nhiều người không chấp nhận dịch vụ y tế bị coi là hàng hóa, bị trao đổi trong thị trường. Ở một chừng mực nhất định dịch vụ y tế cần được coi là một loại hàng hóa đặc biệt, trong đó có người cung cấp và người mua.

Người cung cấp hàng hóa y tế có thể hoàn toàn là Nhà nước hoặc hoàn toàn tư nhân hoặc cả hai.

Hàng hóa y tế công cộng: Người mua dịch vụ y tế công cộng khác với người mua hàng hóa thông thường ở chỗ họ cũng được lợi và người khác trong cộng đồng cũng được lợi.

Ví dụ khi được điều trị bệnh lao, người bệnh có thể phải trả tiền, lợi ích mang lại là họ khỏi, song cho những người khác trong cộng đồng là bớt đi một nguồn lây. Trường hợp người đó chữa không đến nơi đến chốn, không những họ mà cả người xung quang cũng bị ảnh hưởng.

Hàng hóa y tế cá nhân: Dịch vụ y tế mà chỉ người mua được hưởng. Ví dụ chữa cao huyết áp, chạy thận nhân tạo.

Từ điểm này cho thấy tính hợp lý của việc bao cấp, trợ giá cho một số dịch vụ y tế. Một khía cạnh khác, nếu một loại dịch vụ y tế mà người dân ít muốn bỏ tiền ra mua, trong khi thiếu dịch vụ đó sẽ gây ảnh hưởng xấu tới sức khỏe cộng đồng. Lúc này tùy khả năng của Nhà nước bao cấp một phần hay toàn bộ. Có những mối quan hệ giữa người "bán" và người "mua" dịch vụ y tế không giống như trong thị trường, đặc biệt là phí khám chữa bệnh. Khi bệnh nhân đến với thầy thuốc "hàng" mà họ định mua cả họ và thầy thuốc cùng chưa biết. Sau khi khám bệnh, người mua cũng không hoàn toàn được thỏa thuận sẽ mua "hàng" gì (phác đồ điều trị nào) và thậm chí giá cả bao nhiêu. Thầy thuốc nếu vụ lợi sẽ làm nhiều xét nghiệm, dùng nhiều phác đồ không cần thiết, lạm dụng thuốc, thậm chí mổ khi không cần mổ. Điều này xảy ra gần như một cách tự nhiên và tạo ra sự không công bằng, suy thoái đạo đức của người thầy thuốc. Lỗi thuộc về cơ chế chi trả mua bán hàng hóa y tế như trong thị trường tự do. Để loại tác dụng xấu, không phải chỉ bằng giáo dục, mà phải bằng luật lệ kiểm soát và nhất là bằng việc loại bỏ cách mua bán trực tiếp này, hoặc hạn chế nó ở mức độ tối đa bằng con đường Bảo hiểm y tế.

Khi bảo hiểm y tế, người mua bảo hiểm trả tiền trước cho công ty bảo hiểm, người thầy thuốc chữa bệnh nhận tiền công từ cơ quan bảo hiểm nên sẽ hạn chế lạm dụng thuốc, lạm dụng xét nghiệm, điều trị vì mục đích tăng lợi nhuận. Tất nhiên khi không phải trả tiền trực tiếp, nếu mức trả tiền công của công ty bảo hiểm cho thầy thuốc không xứng đáng sẽ nảy sinh các vấn đề khác nhau như thái độ không tốt, móc ngoặc, thầy thuốc không muốn làm việc, làm bệnh nhân phải chờ đợi... Câu hỏi đặt ra cho người quản lý là sẽ chấp nhận phương án nào để "hàng hóa y tế" phát huy tác dụng nhất. Bảo hiểm y tế toàn dân hay thị trường tự do cho khám chữa bệnh, hay vừa bảo hiểm vừa khám chữa bệnh tự do? Nếu chọn phương án cuối ta sẽ có cả mặt lợi và mặt hại của hai phương án kia- lúc này sẽ khó kiểm soát hơn. Vì vậy, rất nhiều nước chọn bảo hiểm toàn dân (Anh) và có một số nước tư nhân hóa dịch vụ khám chữa bệnh (Mỹ). ở nước ta mới có 12% người dân mua bảo hiểm y tế, song cũng đã nảy sinh không ít vấn đề.

Để hiểu sâu hơn về các thuật ngữ và kỹ thuật trong phân tích chính sách y tế cần tham khảo nhiều tài liệu, trong đó chú trọng tới các văn bản pháp lý, văn kiện đại hội Đảng, các luật đầu tư ngân sách và các giáo trình kinh tế y tế.

Các nhóm chỉ số sử dụng trong theo dõi việc thực thi chính sách và đánh giá chính sách y tế.

Đánh giá chính sách y tế hay theo dõi, đề xuất một chương trình chính sách đổi mới ngành y tế dựa vào các nhóm chỉ số sau:

- Hiệu quả của phân bổ nguồn ngân sách.
- Hiệu quả về mặt kỹ thuật
- Công bằng trong tiếp cận với các dịch vụ y tế.
- Công bằng trong đầu tư y tế
- Sự ổn định bền vững trong đầu tư.

Không phải lúc nào các nhóm chỉ số trên cũng được sử dụng toàn bộ mà tùy thuộc vào mục tiêu của việc theo dõi, đánh giá quá trình đổi mới ngành y tế hay một lĩnh vực trong y tế.

Mỗi nhóm chỉ số bao gồm nhiều chỉ số trong đó. Cách thu thập, nguồn thông tin để tính các chỉ số này khác nhau, làm cho độ tin cậy của thông tin khác nhau. Không nhận biết được

điều này sẽ dễ dàng có những giải thích sai, suy luận sai, dẫn đến ra quyết định sai. Ra quyết định sai trong lâm sàng có thể gây tai hại nhiều nhất là làm cho một bệnh nhân chết oan. Ra quyết định sai trong chính sách làm suy sụp cả một hệ thống, một lĩnh vực, một cơ sở y tế địa phương và gây lãng phí rất lớn cho xã hội và qua đó rất nhiều người có thể bị chết oan, bị tổn thương và ít ra cũng gây tổn thất nguồn lực. Vì vậy người quản lý phải hết sức thận trọng trong khi ra quyết định. Sau đây sẽ trình bày khái niệm và ý nghĩa của nhóm chỉ số:

1. Hiệu quả của phân bổ ngân sách

Ngân sách phải được phân bổ ưu tiên cho những hoạt động có thể mang lại lợi ích nhiều nhất.

Khi phân bổ ngân sách để thực hiện các hoạt động đáng ra ít được ưu tiên nhất, vì không có hiệu quả mấy trên sức khỏe cộng đồng trong khi các hoạt động có ưu tiên cao lại đầu tư không đầy đủ sẽ tạo nên hậu quả là ít hoặc không có hiệu quả trong đầu tư.

- Ở tuyến Trung ương các chỉ số mô tả việc phân bổ các khoản chi ngân sách có thể gồm:
 - + % chi ngân sách cho bệnh viện các tuyến.
 - + % chi ngân sách cho bệnh viện tuyến Trung ương và tuyến tỉnh.
 - + Tỷ lệ phân bổ các nguồn lực cho các tuyến bệnh viện.
 - + % chi ngân sách cho y tế cộng đồng.
- Ở tuyến địa phương:
 - + Tỷ lệ % chi ngân sách y tế cho từng loại hoạt động có mức độ ưu tiên từ thấp đến cao.
 - + Tỷ lệ % các nguồn nhân lực y tế cho từng loại hoạt động có mức độ ưu tiên từ thấp đến cao.
- Các chỉ số liên quan đến sử dụng dịch vụ y tế:
 - + Tỷ lệ người dân đã tiếp cận được với cơ sở dịch vụ y tế ở từng tuyến.
 - + Tỷ lệ % người đã từng đến y tế xã và được chuyển viện tuyến trên.
 - + Thời gian nằm viện trung bình và tỷ lệ sử dụng giường bệnh.
 - + Tỷ lệ % phân bổ nguồn trang thiết bị y tế theo các tuyến, các nhóm dịch vụ.
- Chỉ số liên quan đến Bảo hiểm y tế:
 - + Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế đã sử dụng thẻ bảo hiểm đi khám chữa bệnh so với những người không có thẻ bảo hiểm.
 - + Chi phí trung bình cho một trường hợp có thẻ bảo hiểm so với chi phí trung bình chung toàn ngành.
 - + Tính sẵn có của nguồn lực cho người được bảo hiểm y tế so với mức chung toàn ngành.

2. Hiệu quả về mặt kỹ thuật

Khi nói đến hiệu quả về mặt kỹ thuật nghĩa là không để lãng phí các nguồn lực và với giá chi phí thấp nhất có thể tiến hành được một hoạt động hay phức hợp các hoạt động.

Một nguồn lực (đầu vào) quan trọng nhất là số lượng cán bộ y tế và thuốc. Vì vậy, các thông tin nói lên phân bổ nhân lực hợp lý và sử dụng thuốc hợp lý là các số liệu quan trọng trong hiệu quả về mặt kỹ thuật.

Các nhóm chỉ số sau đây được đề xuất:

- Các chỉ số thể hiện quản lý thuốc và sử dụng thuốc:
 - + Số thuốc trung bình cho một lần kê đơn.
 - + % đơn thuốc có thuốc tiêm.
 - + Tỷ lệ % có trẻ ≤ 5 tuổi bị tiêu chảy đã dùng ORS so với tỷ lệ dùng thuốc cầm ỉa chảy.
 - + Tỷ lệ thời gian các cơ sở y tế thiếu thuốc.
- Các chỉ số thể hiện sự phân bổ cán bộ y tế:
 - + Tỷ lệ % chi phí vào lương và phụ cấp cho cán bộ trong tổng số chi phí hoạt động bỏ ra.
 - + Số dịch vụ (người sử dụng) được thực hiện do một cán bộ y tế.
 - + Tỷ lệ % thời gian không có cán bộ y tế (theo từng loại cán bộ).
- Các chỉ số dựa trên số liệu từ cơ sở y tế:
 - + Mức chi phí trung bình của bất cứ một đơn vị dịch vụ nào (ví dụ chi phí trung bình cho một lần bệnh nhân tiếp xúc với cơ sở y tế trong điều trị nội hoặc ngoại trú, giá trung bình một xét nghiệm, một đơn thuốc).
 - + Tỷ suất nhập viện và ra viện hoặc chết.
 - + Những chỉ số thống kê bệnh viện (công suất sử dụng giường bệnh, chỉ số luân đổi, số ngày điều trị trung bình).

3. Công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế

Cần tạo cho mọi người có cơ hội tiếp cận được với các dịch vụ y tế mà họ cần (ví dụ dựa vào mức độ giàu nghèo, có bảo hiểm hay không, ở xa hay gần cơ sở y tế, khác nhau về giới hoặc tuổi tác...)

Công bằng trong tiếp cận được thể hiện qua các chỉ số sau:

- Các chỉ số về sử dụng dịch vụ y tế, cơ sở y tế:
 - + Tỷ lệ người dân đến sử dụng cơ sở y tế.
 - + Tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế của từng nhóm dân cư.
 - + Sự khác nhau trong sử dụng dịch vụ y tế của cộng đồng đô thị và nông thôn.
 - + Nơi được khám và điều trị trước khi chết phân bố theo các nhóm thu nhập và vùng địa lý.
- Các chỉ số về miễn giảm phí:
 - + % người được miễn phí, giảm phí hoặc được cho trả chậm hoặc được nhận thẻ khám chữa bệnh không mất tiền.

- + Mối liên quan giữa các chỉ số trên với yếu tố thu nhập hoặc theo vùng địa lý và với đặc điểm của những người được hưởng ưu đãi.
- Các chỉ số về Bảo hiểm y tế:
 - + Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế trong nhóm dân cư khu vực gặp khó khăn.
 - + Các đặc điểm kinh tế, xã hội, địa dư của những nhóm người có bảo hiểm và không có bảo hiểm..
 - + Tỷ lệ % dân chúng trong một khu vực có bảo hiểm.
- Các chỉ số về khả năng chi trả và nguyện vọng chi trả:
 - + So sánh giá cả giữa dịch vụ y tế Nhà nước và y tế tư nhân.
 - + Phân bố các cơ sở y tế và nhân viên y tế giữa các vùng.

4. Công bằng trong đầu tư y tế

Công bằng trong đầu tư y tế có nghĩa là mức đầu tư dựa vào khả năng chi trả của người dân hơn là dựa vào tình trạng sức khỏe. Sự bao cấp phải dành ưu tiên cho người nghèo, không bao cấp cho người giàu. Câu hỏi thường đặt ra ở đây là "ai trả tiền" và "ai nhận dịch vụ". Công bằng trong đầu tư y tế gắn liền với công bằng trong sử dụng (cung cấp dịch vụ y tế).

Các chỉ số bao gồm:

- Cơ cấu phân bổ nguồn tài chính
 - + Phân bổ nguồn tài chính từ thuế.
 - + Cấu trúc nguồn kinh phí đóng góp cho Bảo hiểm y tế từ: cá nhân, người sử dụng lao động và Nhà nước.
 - + Cấu trúc nguồn tài chính của một cơ sở y tế từ các nguồn: Nhà nước, bảo hiểm, viện phí và nguồn khác.
 - + Cấu trúc các nguồn tài chính cho ngành y tế nói chung
- Các chỉ số về phân bổ, các chi phí:
 - + Phân bổ ngân sách y tế từ nguồn của Nhà nước theo các khu vực địa lý.
 - + Cơ cấu chi ngân sách y tế của Nhà nước (cho cơ sở y tế Nhà nước, hỗ trợ cho bảo hiểm, hỗ trợ y tế tư nhân).
 - + Cấu trúc chi phí bảo hiểm y tế theo vùng địa lý.
 - + Phân bổ tỷ lệ sử dụng các loại hình dịch vụ y tế của các nhóm dân cư có đặc tính kinh tế xã hội khác nhau.
- Các chỉ số về bao cấp chéo:
 - + Mức độ bao cấp chéo trong một cơ sở qua việc thu của người ngày bao cấp cho người khác.
 - + Mức độ bao cấp chéo giữa các quỹ bảo hiểm cho nhau.
 - + So sánh sự đóng góp, các nhóm thu nhập và các dịch vụ lấy kinh phí từ những quỹ bảo hiểm khác nhau.

5. Tính ổn định bền vững trong đầu tư

Tính bền vững ở đây được thể hiện qua khả năng của một cơ sở y tế vẫn hoạt động có hiệu quả ngay cả khi nguồn hỗ trợ từ bên ngoài chỉ còn ở mức tối thiểu. (Các chỉ số đưa ra sau đây thường chỉ áp dụng cho tổng thể của ngành mà không áp dụng cho riêng rẽ từng cơ sở y tế)

Các chỉ số bao gồm:

- Các xu hướng biến động tỷ lệ các nguồn ngân sách y tế từ Chính phủ, các nhà tài trợ, nhân dân và nguồn khác.
- Các tỷ số về chi phí thường xuyên.
- Các tỷ suất tăng trưởng của chi phí toàn ngành y tế tương ứng với các chỉ số giá chi phí, GNP và với các nguồn thu từ các nhóm chi trả tài chính (Chính phủ, Bảo hiểm y tế và viện phí).

Ngoài 5 nhóm chỉ số nói trên còn có các chỉ số dùng để mô tả chất lượng dịch vụ y tế.

2.5. Điều chỉnh chính sách y tế

Điều chỉnh chính sách y tế là làm cho bản chính sách hoàn thiện hơn, khả thi hơn về mục tiêu và giải pháp.

2.5.1. Điều chỉnh nguồn lực cho chăm sóc y tế

Ví dụ: khi chuyển sang cơ chế thị trường, các biến động kinh tế-xã hội buộc ngành y tế công cộng thuần túy chuyển sang đa dạng hóa các dịch vụ y tế và phối hợp y tế công cộng với y tế tư. Nguồn tài chính cho y tế cũng thay đổi từ Nhà nước cung cấp hoàn toàn sang phối hợp tài chính Nhà nước, tư nhân và cá nhân.

Một ví dụ khác, khi xã hội có sự phân cấp giàu nghèo và xu hướng phân tầng xã hội gia tăng, bộ phận dân chúng nghèo, ở các vùng khó khăn sẽ khó tiếp cận các dịch vụ y tế, nhất là khi bị ốm phải đi đến các bệnh viện. Trong bối cảnh đó chính sách công bằng trong y tế đã đặt ra nhằm bảo vệ những nhóm dân cư nghèo, vùng khó khăn để chịu hậu quả tiêu cực của nền kinh tế thị trường.

Trên đây là hai ví dụ về những thay đổi chính sách y tế ở tầm vĩ mô

Một ví dụ khác, việc đầu tư cơ sở vật chất, tăng cường nhân lực ở các phòng khám đa khoa liên xã khu vực đồng bằng trước đây là thích hợp. Tuy nhiên khi đường xá từ xã lên huyện tốt hơn, phương tiện vận chuyển bệnh nhân lên bệnh viện huyện không còn khó khăn như trước nữa, phòng khám đa khoa liên xã ở nhiều vùng đồng bằng đã không phát huy được tác dụng. Sở y tế địa phương quyết định xóa bỏ các phòng khám đa khoa liên xã. Đây là thay đổi ở tầm vi mô. Tại các huyện miền núi hệ thống này vẫn phát huy tác dụng nên lại phải tăng cường.

Tương tự như trên, trong từng trường hợp các xã đồng bằng Bắc bộ hiện nay có rất nhiều y tá, y sỹ ở tại các thôn xóm, nhiều hơn cả số cán bộ y tế trạm xá xã. Việc huy động họ trở thành cán bộ y tế thôn, xóm sẽ góp phần đưa dịch vụ y tế xuống gần dân hơn, để quản lý các hoạt động y tế tư nhân hơn.

Để điều chỉnh nguồn lực hợp lý cần thiết phải tính giá thành hiệu quả cho từng loại dịch vụ (cost-effectiveness). Muốn tính được hiệu quả - chi phí, phải biết tính gánh nặng bệnh tật (ví dụ DALY) và mức chi phí để giảm một DALY là bao nhiêu. Kinh phí y tế càng hạn hẹp càng cần tính toán cẩn thận. Đây là bài toán kinh tế y tế.

2.5.2. Việc điều chỉnh cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho phù hợp

Đây là hợp lý hóa việc cung cấp dịch vụ y tế sao cho ở đâu, ai và khi nào cần loại dịch vụ y tế nào hơn thì ở đó, khi đó, những đối tượng đó phải nhận được loại dịch vụ ấy. Hay nói cách khác hệ thống y tế phải cung cấp dịch vụ y tế một cách có trọng tâm, trọng điểm và kịp thời. Cơ sở quan trọng nhất là làm tăng sự công bằng và giảm bớt sự thiếu công bằng trong y tế.

Ví dụ:

- Hoạt động phòng chữa bệnh sốt rét phải ưu tiên cho vùng núi và vùng có sốt rét lưu hành.
- Chương trình chống lao cấp 2 phải là một trọng tâm công tác tại vùng nghèo.
- Chương trình phòng chống uốn ván rốn ở các khu vực thành phố không phải là trọng tâm. Song ở vùng nông thôn (nơi tỷ lệ sinh tại nhà cao, nơi thiếu cán bộ y tế) lại là rất cần thiết.

Nếu chọn không đúng vấn đề và đối tượng phục vụ không chỉ là chưa công bằng mà còn tạo ra bất công.

2.5.3. Một số thiếu sót có thể gặp phải trong điều chỉnh chính sách ở tâm vĩ mô

- Một nhược điểm khá rõ nét trong việc điều chỉnh chính sách y tế của nhiều nước là chú ý đến điều chỉnh mục tiêu hơn là chú ý tới điều chỉnh các nguồn lực và giải pháp để đạt các mục tiêu đó.

Ví dụ: chính sách đưa ra là trẻ em dưới 5 tuổi được chữa bệnh không mất tiền ở các bệnh viện, song không có nguồn kinh phí bổ sung hoặc đưa ra cơ chế thu viện phí đối với một số bệnh khác, hoặc lấy từ nguồn Bảo hiểm y tế... làm nguồn ngân sách cố định cho việc bao cấp trên, vì vậy ở bệnh viện trẻ em vẫn phải nộp viện phí ở một chừng mực nhất định, hoặc bệnh viện sẽ bị lâm vào tình trạng thâm hụt ngân sách.

- Nhược điểm thứ hai của việc điều chỉnh chính sách là có một số mục tiêu đưa ra, song cơ sở để đạt được các mục tiêu đó chưa hợp lý, vì ngành y tế chỉ góp phần nhỏ trong việc đạt tới mục tiêu đó.

Ví dụ: mục tiêu nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em; mục tiêu nhằm làm cho tỷ lệ gia đình có nước sạch và công trình vệ sinh tăng lên; nhằm giảm số người chết vì tai nạn giao thông... Khó thành công vì tình trạng dinh dưỡng trẻ em tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, phát triển văn hóa giáo dục nhiều hơn là vào việc điều trị suy dinh dưỡng tại cộng đồng, tương tự như thế, với mục tiêu về nước sạch và công trình vệ sinh. Trường hợp giảm số người chết vì tai nạn giao thông sẽ có thể thực hiện được một phần tại bệnh viện nhờ việc tổ chức lại hệ thống sơ cấp cứu, chuyển viện, truyền máu, song sự gia tăng xe cộ làm số người bị tai nạn giao thông tăng nhưng ngành y tế không thể tác động làm giảm số mắc được.

- Nhược điểm thứ ba là: chính sách thay đổi nhưng việc lập kế hoạch để thực thi lại không có hoặc không kịp thời, không hợp lý, không có ai hoặc không biết cách theo dõi, giám sát, đánh giá hiệu quả của việc thay đổi đó như thế nào. Nhiều khi, do không làm thí điểm hoặc nghiên cứu kỹ trước khi thực thi một thay đổi về chính sách, nên không biết việc thay đổi đó có chi phí quá cao hay không, liệu sẽ phù hợp với những cộng đồng nào và không phù hợp với những cộng đồng nào, có duy trì được không.

- *Nhược điểm thứ 4 là: thay đổi chính sách y tế song không gắn với quá trình phát triển hiện tại và trong tương lai. Ai cũng nhận thức được rằng thay đổi chính sách là làm cho tương lai tốt hơn. Tương lai lại không hoàn toàn như hiện tại, vì vậy phải dự đoán những nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho tương lai thật khoa học trước khi điều chỉnh chính sách. Nói một cách cụ thể hơn, chính sách phải phù hợp với từng giai đoạn phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội.*

Một ví dụ minh họa: Hà nội cách đây 10 năm tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng là 40%, hiện nay tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng chỉ khoảng 5% và có tới gần 10% trẻ có cân nặng cao hơn mức cần thiết (xu hướng bị béo phì). Ở đây có thể thấy mức sống của dân Hà nội cách đây 10 năm gần như nông thôn hiện nay và nhìn dưới góc độ phát triển, trong một khoảng thời gian không xa, khi kinh tế nông thôn tốt hơn, vấn đề suy dinh dưỡng trẻ em bớt đi và có lẽ phải bắt đầu chú ý đến vấn đề thừa dinh dưỡng, bệnh cao huyết áp ở nông thôn. Có lẽ việc thay đổi chính sách hợp lý đối với khu vực đô thị cần đưa thêm giáo dục dinh dưỡng hợp lý cho trẻ em ngay từ bây giờ và vấn đề này có thể sẽ đặt ra cho khu vực nông thôn trong vòng 10 năm tới. Cũng tương tự như thế, vấn đề chăm sóc người cao tuổi ở thành phố cũng được đặt ra.

Khi thay đổi chính sách (cũng như xây dựng chính sách) cần nhìn rộng ra ngoài ngành y tế để hòa hợp với chính sách phát triển về kinh tế- văn hóa- xã hội khác. Tổ chức y tế thế giới đề xuất ngưỡng tối thiểu phải đạt được là 5% chi ngân sách Nhà nước cho y tế. Có mức cao hơn, thấp hơn mức này song chênh lệch nhau không nhiều. Không thể thấy ở các nước công nghiệp phát triển, mức chi ngân sách y tế bình quân đầu người xấp xỉ một ngàn USD/ năm mà cho rằng ngân sách 5 USD/người/ năm của Việt Nam là quá thấp, cho dù mức chi hạn chế như thế nhưng cũng chiếm tỷ lệ 4% chi ngân sách Nhà nước, tăng lên 1% thôi cũng sẽ rất khó khăn. Vấn đề là cần sử dụng hợp lý nguồn ngân sách trung ương cấp và huy động tối đa ngân sách địa phương và sự đóng góp của cộng đồng có khả năng chi trả.

- *Nhược điểm thứ năm là: khi dự định thay đổi chính sách hay phương hướng hoạt động của một lĩnh vực dễ bỏ qua việc tác động dây chuyền của những thay đổi đó với những nhóm đối tượng khác nhau và các bên có liên quan. Vì vậy khi thực hiện một chủ trương mới hay chính sách mới đã dẫn đến những phản ứng hoặc về phía cộng đồng, hoặc về phía các nhà quản lý y tế, cơ sở y tế và có thể cả các cơ quan chính quyền, cơ quan Đảng.*

Ví dụ, khi Quỹ Bảo hiểm y tế bị thâm hụt vì mệnh giá thấp, chi phí cao và người có thể lạm dụng thẻ Bảo hiểm y tế, ngành Bảo hiểm y tế muốn bảo tồn quỹ đã đề nghị Chính phủ thông qua quyết định thu thêm 20% phí dịch vụ cho mỗi trường hợp ốm. Phản ứng từ phía những cán bộ về hưu rất mạnh vì họ chưa quen và không muốn chấp nhận việc phải trả thêm tiền, cũng như phản ứng đối với cách tổ chức thu 20% số tiền trong tổng số phí dịch vụ ở bệnh viện. Về phía Nhà nước, do không muốn có những dư luận không hay về chính sách đãi ngộ với cán bộ đã về hưu nên đã quyết định ngừng thi hành Thông tư này đối với họ.

Về phương pháp luận, hiện nay đang có xu hướng coi trọng phương pháp "phân tích các bên có liên quan". Đây là một phương pháp cho phép nhìn nhận chính sách ở góc độ xã hội, rộng hơn và biện chứng hơn.

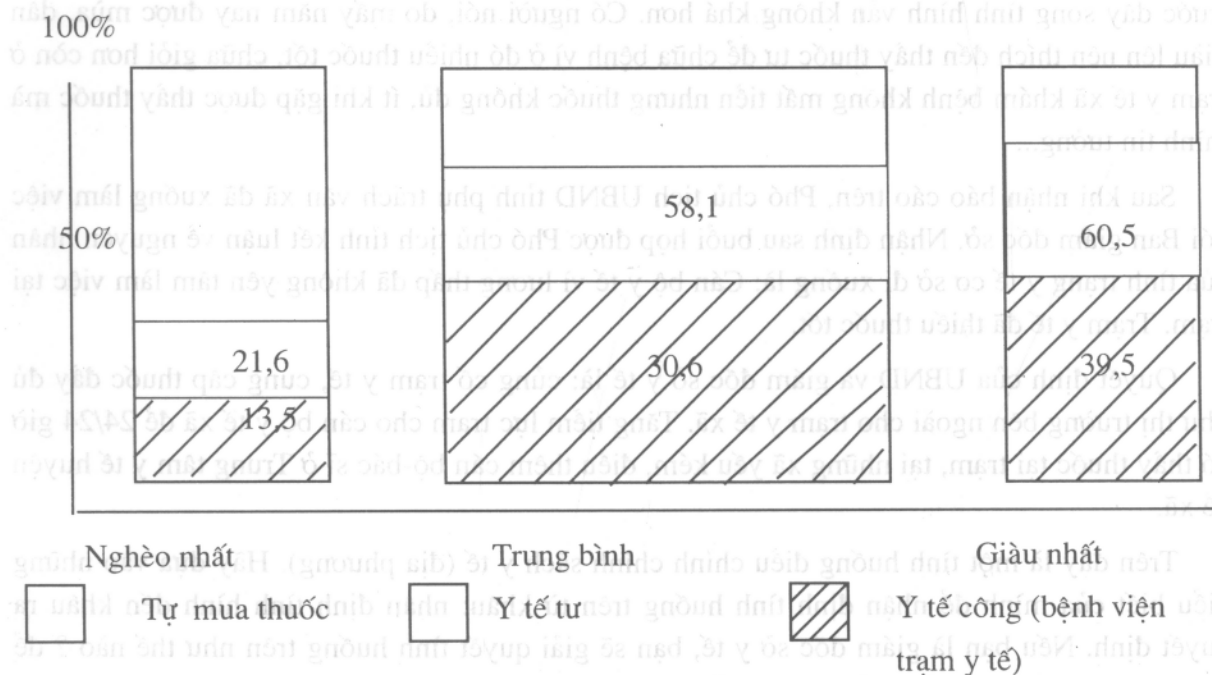
2.6. Bài tập thảo luận tại lớp

Bài tập 1:

Dựa vào số liệu điều tra tình hình sử dụng dịch vụ y tế của nông dân tỉnh NB (điều tra 2000 hộ gia đình năm 1998) để đưa ra nhận định về tính công bằng trong y tế và đề xuất giải pháp hạn chế sự thiếu công bằng trong tương lai.

Bảng 1. Tỷ lệ người ốm đến cơ sở y tế công cộng theo ba nhóm giàu, nghèo và trung bình (đơn vị: lượt/100 người/năm)

Cơ sở y tế công cộng	Nhóm thu nhập		
	Nghèo nhất (20% dân)	Trung bình (60% dân)	Giàu nhất (20% dân)
Bệnh viện (nội trú)	2,8	6,5	14,7
Bệnh viện (ngoại trú)	5,5	5,7	10,6
Trạm y tế xã	5,4	12,3	1,3



Hình 1. Phân bố các loại hình dịch vụ y tế được người ốm sử dụng theo các nhóm thu nhập (tính trong 100 trường hợp ốm)

Bài tập 2:

Hãy cho nhận xét về hệ thống điều trị hiện nay trong phạm vi một tỉnh (nơi bạn công tác) về phân bổ nguồn lực, sử dụng của người dân, nhu cầu thông tin để làm để làm rõ hơn tính công bằng hiệu quả.

Bài tập 3:

Viết một bản đề cương nghiên cứu mối quan hệ giữa chủ trương ưu tiên chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và những hoạt động cụ thể ở địa phương. (đối chiếu mục tiêu, phân bổ nguồn lực và các giải pháp thực thi)

Bài tập 4:

Viết một bản đề cương nghiên cứu thực tế việc chăm sóc sức khỏe tại tuyến xã khu vực nông thôn (đồng bằng) nghèo ở Bắc bộ. (đối chiếu mục tiêu, phân bổ nguồn lực và các giải pháp thực thi).

Bài tập 5:

Tại tỉnh A, theo báo cáo của sở y tế về tình hình hoạt động của các trạm y tế xã hiện nay đang có xu hướng đi xuống. Cán bộ y tế không muốn làm việc cho dù họ vẫn nhận lương đủ và đều hàng tháng. Số người bệnh đến khám và mua thuốc tại trạm giảm dần, mỗi ngày một trạm chỉ khám cho 2-8 bệnh nhân và bán thuốc cho chừng 10 - 15 người. Tiêm chủng mỗi tháng cho 30-50 cháu và từ 5-10 bà mẹ. Trạm y tế xã gần như không còn hoạt động ngoài trạm như kiểm tra và vận động xây dựng các công trình vệ sinh, tổ chức giáo dục sức khỏe. Các bệnh nhân lao và tâm thần phải đến tận trạm y tế xã để nhận thuốc do đội ngũ y tế thôn bỏ việc gần hết. Cho dù cán bộ từ trung tâm y tế huyện đi xuống xã chỉ đạo thường xuyên hơn trước đây song tình hình vẫn không khá hơn. Có người nói, do mấy năm nay được mùa, dân giàu lên nên thích đến thầy thuốc tư để chữa bệnh vì ở đó nhiều thuốc tốt, chữa giỏi hơn còn ở trạm y tế xã khám bệnh không mất tiền nhưng thuốc không đủ, ít khi gặp được thầy thuốc mà mình tin tưởng...

Sau khi nhận báo cáo trên, Phó chủ tịch UBND tỉnh phụ trách văn xã đã xuống làm việc với Ban giám đốc sở. Nhận định sau buổi họp được Phó chủ tịch tỉnh kết luận về nguyên nhân của tình trạng y tế cơ sở đi xuống là: Cán bộ y tế vì lương thấp đã không yên tâm làm việc tại trạm. Trạm y tế đã thiếu thuốc tốt.

Quyết định của UBND và giám đốc sở y tế là: củng cố trạm y tế, cung cấp thuốc đầy đủ như thị trường bên ngoài cho trạm y tế xã. Tăng tiêm lực trạm cho cán bộ y tế xã để 24/24 giờ có thầy thuốc tại trạm, tại những xã yếu kém, điều thêm cán bộ-bác sĩ ở Trung tâm y tế huyện về xã.

Trên đây là một tình huống điều chỉnh chính sách y tế (địa phương). Hãy dựa vào những hiểu biết của mình để nhận định tình huống trên từ khâu: nhận định tình hình đến khâu ra quyết định. Nếu bạn là giám đốc sở y tế, bạn sẽ giải quyết tình huống trên như thế nào ? để không bị sai sót, bạn cần phải làm gì (cần những thông tin gì thêm), khi dự định phân tích sâu thêm về công bằng, hiệu quả, chất lượng và tính ổn định- duy trì của những quyết định mới... ?

TÀI LIỆU THAM KHẢO THÊM

1. WHO. 1996 Health policy and systems development An agenda for research.
2. WHO. 1997. ARA paper N.13. Methods for evaluating effects of health reforms.
3. Rutu R.Sharma. An introduction to Advocacy.
4. WHO. 1995. SHS paper N.8. Experience With Organizational and Financing Reform of the health sector.
5. Chính phủ. Định hướng chiến lược chăm sóc sức khỏe và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 1996 - 2000 (Nghị quyết 37/CP).
6. Bộ y tế. Kết quả phân tích thông tin theo dõi điểm (sentinel) 1997 và 1999.
7. Gill Wall - Chính sách y tế - quá trình và quyền lực (tài liệu dịch - Hà nội - 1996).
8. WB- 1997. Health sector reform and Sustainable financing - Các Module 1, 2, 3, 4, 5.
9. Bộ y tế - Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân các vùng núi phía Bắc, Đồng bằng Bắc bộ, Bắc trung bộ, Duyên hải miền Trung, Tây nguyên, Đồng bằng sông cửu long, Đông nam bộ (các năm 1997 - 1998)

TỔ CHỨC BỘ MÁY Y TẾ VIỆT NAM

TS. Nguyễn Duy Luật

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các đặc điểm chung cơ bản của tổ chức bộ máy y tế Việt Nam.
2. Trình bày được một cách khái quát các bộ phận tổ chức của Bộ y tế, Sở y tế, Trung tâm y tế huyện và Trạm y tế xã.
3. Trình bày được chức năng, nhiệm vụ của Bộ y tế, Sở y tế, Trung tâm y tế huyện và Trạm y tế xã.

NỘI DUNG

I. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CHUNG VỀ TỔ CHỨC BỘ MÁY Y TẾ VIỆT NAM

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

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

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

- Mạng lưới y tế làm tham mưu tốt công tác vệ sinh môi trường: ăn, ở, sinh hoạt, lao động...
- Tổ chức công tác phòng chống dịch, phòng chống các bệnh xã hội, bệnh nghề nghiệp, bệnh thường lưu hành ở địa phương.
- Mạng lưới y tế đảm bảo phát hiện sớm bệnh tật, xử lý kịp thời nhanh chóng, theo dõi lâu dài tình hình sức khỏe và bệnh tật của nhân dân.
- Mạng lưới y tế đảm bảo chữa bệnh ngoại trú, tại nhà với các bệnh thông thường, không phức tạp để giảm bớt khó khăn cho người bệnh, không gây những chấn động tâm thần ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

1.3. Các cơ sở y tế xây dựng phù hợp với phân tuyến kỹ thuật (Trung ương, tỉnh, huyện, xã); với trình độ khoa học kỹ thuật, khả năng quản lý và tình hình kinh tế của mỗi địa phương. Đặc điểm này thể hiện:

- Quy mô cơ sở từng tuyến hợp lý (giường bệnh/ bệnh viện tỉnh, huyện...).
- Cán bộ y tế phù hợp về số lượng và chất lượng (loại cán bộ, trình độ chuyên môn).

- Diện tích sử dụng phù hợp, có thể đáp ứng được các yêu cầu hiện tại và các yêu cầu mới về quy hoạch và phát triển kinh tế trong tương lai. Địa điểm của các cơ sở thuận lợi cho nhân dân trong quá trình sử dụng: Thuận tiện giao thông, trung tâm của các điểm dân cư, đảm bảo bán kính ngắn cho nhân dân đi lại được dễ dàng.
- Thực hiện phương châm: Nhà nước và nhân dân cùng làm từ khi bắt đầu xây dựng cũng như suốt trong quá trình sử dụng. Động viên cộng đồng tham gia xây dựng mạng lưới về mọi mặt.
- Đủ trang thiết bị y tế thông thường và hiện đại để thực hiện những kỹ thuật điều trị theo tuyến quy định, tính đến khả năng sử dụng trang thiết bị của nhân viên y tế tại cơ sở y tế.
- Phát triển cân đối giữa các khu vực phổ cập và chuyên sâu, phòng bệnh và chữa bệnh, y và dược, chuyên môn và hành chính, hậu cần.

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

- Chất lượng về chuyên môn kỹ thuật, quản lý ngành y tế và đạo đức phục vụ.
- Nghiên cứu và ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật tiên tiến.
- Hiệu quả phục vụ trên cả ba mặt y học, xã hội và kinh tế.
- Phát huy mọi tiềm lực về cơ sở, trang thiết bị, nhân lực trong các cơ sở y tế Nhà nước, liên doanh và tư nhân để ngày càng nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân: lồng ghép các hoạt động phòng bệnh và chữa bệnh, khám chữa bệnh và đào tạo, nghiên cứu khoa học...

II. MÔ HÌNH CHUNG TỔ CHỨC BỘ MÁY Y TẾ VIỆT NAM

2.1. Dựa theo tổ chức hành chính Nhà nước

Tuyến y tế Trung ương

Tuyến y tế địa phương bao gồm:

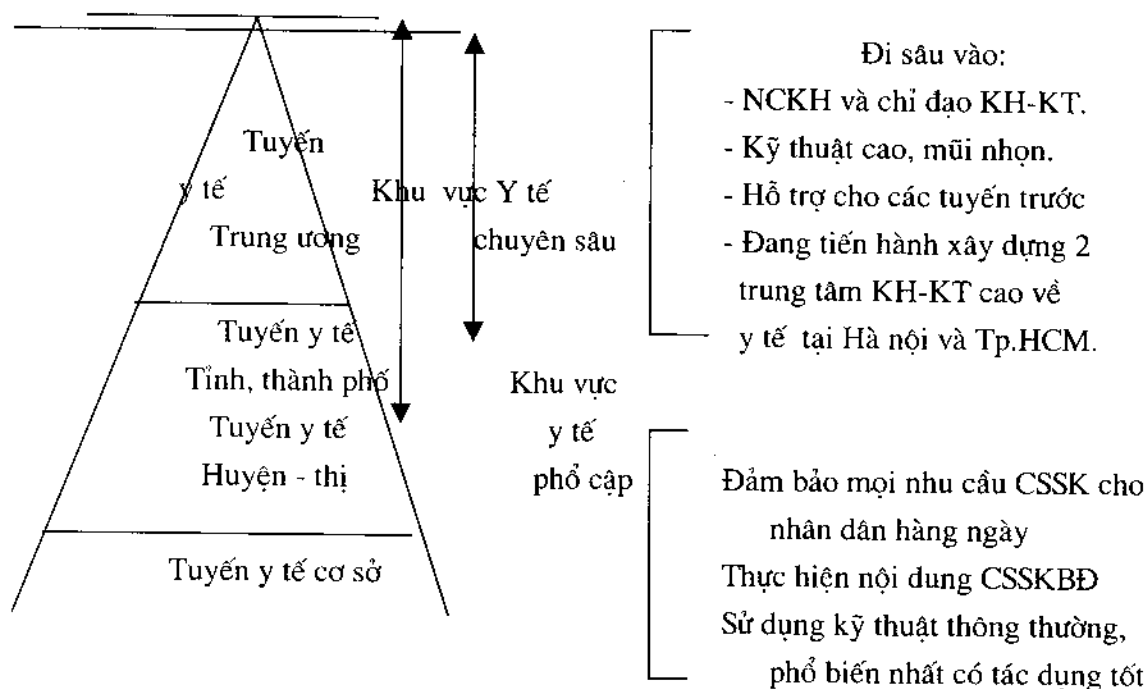
- + Tuyến y tế tỉnh, thành phố.
- + Tuyến y tế huyện, quận, thị xã.
- + Tuyến y tế cơ sở: Trạm y tế xã, phường, cơ quan, trường...

2.2. Dựa theo thành phần kinh tế (dầu tư kinh phí)

Cơ sở y tế Nhà nước

Cơ sở y tế tư nhân

2.3. Sơ đồ mô hình chung tổ chức bộ máy y tế Nhà nước Việt Nam



III. TỔ CHỨC, CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ CÁC TUYẾN Y TẾ

Ngành y tế Việt nam được tổ chức thành một hệ thống chặt chẽ từ trên xuống dưới theo các tuyến khác nhau. Mỗi tuyến đều có liên quan đến các tuyến khác, tuyến trên hỗ trợ chỉ đạo tuyến dưới nhất là về chuyên môn nghiệp vụ, khoa học kỹ thuật.

Cụ thể hệ thống tổ chức ngành y tế được chia thành 4 tuyến:

3.1. Tuyến y tế Trung ương

Tuyến y tế Trung ương là tuyến y tế cao nhất trong hệ thống tổ chức ngành y tế. Bộ y tế là cơ quan cao nhất của tuyến y tế Trung ương và của ngành y tế, chịu sự chỉ đạo trực tiếp của Chính phủ. Bộ y tế thuộc sự chỉ đạo trực tiếp về mọi mặt của Bộ trưởng Bộ Y tế qua các Thứ trưởng và các Vụ, Cục, Ban chuyên môn giúp việc cho Bộ trưởng. Hoạt động của tuyến y tế Trung ương do ngân sách của Nhà nước đài thọ.

3.1.1. Tổ chức bao gồm:

- Các cơ quan Bộ Y tế gồm có:
 - + Văn phòng bộ gồm có các phòng chức năng: Văn thư, hành chính, quản trị, tài chính-kế toán...
 - + Các Vụ Cục tổng hợp, chuyên ngành và Thanh tra: chịu sự chỉ đạo của Bộ trưởng, các thứ trưởng làm chức năng tham mưu về các chuyên ngành được phân công và quản lý các hoạt động chuyên ngành theo hệ thống dọc từ trung ương đến cơ sở.

Gồm có: Vụ kế hoạch; Vụ tổ chức cán bộ; Vụ khoa học - đào tạo; Vụ tài chính- kế toán; Vụ pháp chế; Vụ hợp tác quốc tế; Vụ điều trị; Vụ y tế dự phòng; Vụ bảo vệ bà mẹ trẻ em- kế hoạch hóa gia đình; Vụ y học cổ truyền dân tộc; Vụ trang thiết bị công trình y tế; Thanh tra Bộ; Cục quản lý dược Việt nam

- + Các tổ chức quần chúng: Công đoàn y tế Việt Nam; Tổng hội y dược học Việt nam; Hội đồng khoa học kỹ thuật thuộc Bộ y tế
- Các cơ sở trực thuộc Bộ: chịu sự chỉ đạo trực tiếp của các vụ chức năng.

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

- + Các Viện, phân viện nghiên cứu có giường và không có giường bệnh (Viện sốt rét- ký sinh trùng- côn trùng Trung ương và 4 phân viện Sài gòn, Tây nguyên, Quy nhơn, Nha trang; Viện chống lao Trung ương; Viện Y học nhiệt đới; Viện mắt; Viện tai mũi họng; Viện răng hàm mặt (Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh); Viện Y học cổ truyền dân tộc (Hà nội và Thành phố Hồ Chí Minh); Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em Việt nam- Thụy điển; Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh; Viện nội tiết; Viện chăm cứu Hà nội; Viện dược liệu; Viện kiểm nghiệm; Viện giám định y khoa; Viện Y học lao động; Viện da liễu; Viện dinh dưỡng; Viện xã hội học y tế)
- + Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa Trung ương (Bạch mai, Việt đức, Hữu nghị, K, Tâm thần, E, G1, 74, 71, Đa khoa Thái nguyên, C Đà nẵng, Tâm thần Biên hòa, Huế, Chợ rẫy, Thống nhất, Quốc tế, Đồng hới, Ưông bí)
- + Điều dưỡng: Sầm sơn Thanh hóa, A Ba vì.
- + Khu điều trị phong: Quỳnh lập, Quy hòa
- + Nhà xuất bản y học, Trung tâm GDSK, Viện thông tin, thư viện y học.
- + Trung tâm quốc gia kiểm nghiệm vắc xin
- + Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung học y dược:
- + Tổng công ty dược Việt Nam
- + Tổng công ty trang thiết bị, các công trình y tế
- + Bảo hiểm y tế Việt nam

3.1.2. Chức năng, nhiệm vụ

- Tham mưu cho Chính phủ về công tác y tế
- Chỉ đạo toàn ngành thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.
- Bộ y tế có nhiệm vụ lập kế hoạch, xây dựng các chính sách y tế, thực hiện việc quản lý toàn bộ ngành y tế cả nước.
- Các đơn vị ở Tuyến y tế Trung ương thường có 7 chức năng được sắp xếp thự tự ưu tiên khác nhau cho từng đơn vị y tế cụ thể:
 - + Khám bệnh, chữa bệnh.
 - + Phòng bệnh.
 - + Đào tạo cán bộ.
 - + Nghiên cứu khoa học.

- + Chỉ đạo tuyến trước.
- + Hợp tác quốc tế.
- + Quản lý kinh tế.

3.2. Tuyến y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương: Sở y tế

3.2.1. Khái niệm và chức năng

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

Sở y tế chịu sự quản lý toàn diện của Ủy ban nhân dân tỉnh, chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ của Bộ y tế.

Sở y tế quản lý và chỉ đạo chuyên môn, nghiệp vụ đối với các tổ chức chuyên môn, kỹ thuật thuộc sở quản lý.

3.2.2. Tổ chức sở y tế bao gồm

- Ban giám đốc: 1 giám đốc, 2-3 phó giám đốc.
- Các phòng chức năng giúp việc Giám đốc Sở y tế: Phòng kế hoạch tổng hợp; Phòng nghiệp vụ Y; Phòng quản lý dược; Phòng tài chính kế toán, Phòng tổ chức cán bộ; Phòng hành chính quản trị; Thanh tra y tế.
- Các đơn vị chuyên môn kỹ thuật trực thuộc Sở y tế:
 - + Trung tâm y tế dự phòng: Thực hiện các mặt công tác vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, vệ sinh lao động, phòng chống sốt rét, bướu cổ, kiểm dịch y tế quốc tế, vệ sinh thực phẩm, vệ sinh học đường...
 - + Trung tâm bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em- kế hoạch hóa gia đình:
 - + Trung tâm phòng chống bệnh xã hội; Lao; phong; da liễu; tâm thần; mắt hột.
 - + Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe
 - + Trung tâm kiểm nghiệm dược, phẩm mỹ phẩm.
 - + Các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tỉnh và bệnh viện đa khoa khu vực
 - + Trường Trung học y tế; Công ty dược vùng, tỉnh, thành phố.
 - + Phòng giám định y khoa (đặt tại bệnh viện đa khoa tỉnh)
 - + Giám định y pháp tỉnh
 - + Bảo vệ sức khỏe cán bộ
 - + Bảo hiểm y tế tỉnh

3.2.3. Nhiệm vụ, quyền hạn Sở y tế

NV1- Xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế của tỉnh; tổ chức và kiểm tra giám sát việc thực hiện sau khi quy hoạch và kế hoạch đã được phê duyệt;

NV2- Trình UBND tỉnh ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền những quy định về chuyên môn, kỹ thuật, nghiệp vụ y tế căn cứ vào các quy định chung của Nhà nước và Bộ y tế; hướng dẫn kiểm tra việc thực hiện các quy định đó trên địa bàn toàn tỉnh;

NV3- Quản lý và tổ chức thực hiện các nguồn kinh phí theo quy định của cơ quan tài chính của Nhà nước;

NV4- Tổ chức thanh tra, kiểm tra chuyên ngành y tế về vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, vệ sinh thực phẩm, mỹ phẩm, dược, trang thiết bị y tế; thanh tra, kiểm tra việc thực hiện chính sách và việc giải quyết khiếu nại, tố cáo theo đúng quy định hiện hành;

NV5- Quản lý tổ chức, cán bộ, lao động, tiền lương, đào tạo bồi dưỡng đội ngũ cán bộ y tế theo phân cấp của UBND tỉnh và quy định của Nhà nước;

NV6- Quản lý và sử dụng có hiệu quả những cơ sở vật chất, vật tư, tài sản được UBND tỉnh và Nhà nước giao theo đúng quy định hiện hành;

NV7- Hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện các quy định, quy chế, tiêu chuẩn, quy phạm, định mức kinh tế, kỹ thuật đã được Nhà nước, Bộ y tế, UBND tỉnh ban hành về quản lý dược, thiết bị, vật tư y tế;

NV8- Quản lý hành nghề y dược tư nhân trên địa bàn tỉnh và thực hiện việc cấp, thu hồi giấy phép hành nghề y, dược tư nhân theo quy định của pháp luật;

NV9- Chủ trì phối hợp với các ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội trong tỉnh để làm công tác truyền thông giáo dục sức khỏe và tham gia vào các hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân;

NV10- Thực hiện những nhiệm vụ quyền hạn khác do UBND tỉnh và Bộ y tế giao.

3.2.4. Nhiệm vụ và trách nhiệm của Sở Y tế đối với công tác quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn huyện: [5]

– Nhiệm vụ:

- + Trình Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt kế hoạch, chương trình và các giải pháp thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân trên địa bàn huyện do Ủy ban nhân dân huyện đề nghị
- + Chỉ đạo và hướng dẫn Trung tâm Y tế huyện thực hiện kế hoạch, chương trình, các giải pháp đã được phê duyệt
- + Chỉ đạo thanh tra y tế tỉnh phối hợp với chuyên viên quản lý Nhà nước về y tế của huyện xây dựng kế hoạch kiểm tra, thanh tra y tế trên địa bàn huyện để trình Giám đốc Sở Y tế và Chủ tịch Ủy ban nhân dân huyện và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch đó sau khi đã được phê duyệt.

– Trách nhiệm: Chịu trách nhiệm trước Ủy ban nhân dân tỉnh về việc chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các mục tiêu, kế hoạch, chương trình và các giải pháp chăm sóc sức khỏe nhân dân

3.3. Tuyến y tế huyện, quận, thị xã

Tuyến y tế huyện, quận, thị xã hiện nay theo một loại hình tổ chức thống nhất là Trung tâm Y tế (TTYT). TTYT huyện, quận, thị xã được hình thành theo Công văn số 2521/TC ngày 25 tháng 5 năm 1988 của Bộ y tế và được bổ sung theo Thông tư liên tịch số 02/1998/TTLT-BYT-BTCCBCP ngày 27/6/1998 và Thông tư liên tịch số 20/ 2001/ TTLT- BTCCBCP-BYT ngày 27/4/2001.

3.3.1. Khái niệm, vị trí tính chất

TTYT huyện, thị là một tổ chức chuyên môn kỹ thuật, một đơn vị sự nghiệp có tư cách pháp nhân, được sử dụng con dấu riêng, được Nhà nước cấp kinh phí và mở tài khoản tại ngân hàng. TTYT huyện- thị được thành lập trên cơ sở hợp nhất các tổ chức sự nghiệp y tế hiện có

của huyện- thị (bệnh viện huyện, phòng y tế, đội vệ sinh phòng dịch-chống sốt rét, đội BVSKBMTE-KHHGD, nhà hộ sinh khu vực, phòng khám đa khoa khu vực...)

- TTYT huyện- thị là tổ chức thuộc Sở y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực, chỉ đạo của UBND huyện về xây dựng kế hoạch (Nhiệm vụ quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn huyện được chuyển cho Ủy ban nhân dân huyện [5]).

3.3.2. Tổ chức TTYT huyện

TTYT huyện được tổ chức thành 2 cấp bao gồm các bộ phận:

- Bộ máy lãnh đạo: 1 giám đốc, 2-3 phó giám đốc. Giám đốc, phó giám đốc do Giám đốc Sở y tế bổ nhiệm, miễn nhiệm, cách chức sau khi có sự thoả thuận bằng văn bản của Chủ tịch UBND huyện.
 - + Giám đốc chịu trách nhiệm về toàn bộ hoạt động của Trung tâm, trực tiếp chỉ đạo quy hoạch, kế hoạch, tổ chức cán bộ, phong trào thi đua.
 - + Một phó giám đốc phụ trách công tác khám và điều trị, khoa học kỹ thuật.
 - + Một phó giám đốc phụ trách công tác y học dự phòng, sàng lọc y tế cơ sở
 - + Một phó giám đốc phụ trách công tác hành chính quản trị, hậu cần.
- Bộ máy giúp việc Giám đốc trung tâm:
 - + Phòng kế hoạch nghiệp vụ
 - + Phòng tài vụ
 - + Phòng tổ chức, hành chính.
- Các tổ chức cấu thành TTYT huyện:
 - + Đội y tế dự phòng: thực hiện công tác vệ sinh, phòng chống dịch bệnh, phòng chống sốt rét, bướu cổ và các bệnh xã hội.
 - + Đội bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em - kế hoạch hóa gia đình.
 - + Đội y tế lưu động: huyện vùng cao, miền núi, hải đảo, vùng sâu, vùng xa
 - + Bệnh viện huyện- các khoa lâm sàng và cận lâm sàng:
- Phòng khám bệnh đa khoa trung tâm
- Các khoa: ngoại sản; nội-y học cổ truyền dân tộc, nhi-hồi sức cấp cứu; lây; cận lâm sàng (XN; siêu âm, Xquang; dược vật tư y tế...)
 - + Phòng khám bệnh đa khoa khu vực ở những huyện sát nhập, vùng cao, vùng sâu, vùng xa
 - + Tổ chức trạm y tế cơ sở.
- Đặc điểm:
 - + Hướng về dự phòng, hướng về chăm sóc sức khỏe ban đầu
 - + Thực hiện lồng ghép và phối hợp các tổ chức và hoạt động. Phát huy được sức mạnh. Làm cho tổ chức y tế ở huyện gọn nhẹ hơn
 - + Lãnh đạo, chỉ đạo công tác chuyên môn thống nhất trong huyện và tăng cường được hiệu quả, tránh được lãng phí nguồn lực y tế của huyện.

3.3.3. Chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn

- + NV1- Xây dựng kế hoạch phát triển y tế hàng năm của huyện và tổ chức thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt
- + NV2- Thực hiện các nhiệm vụ về khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, dự phòng, kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc, tiêm chủng, phòng chống dịch bệnh, phòng chống sốt rét, bướu cổ, quản lý thai sản, bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về KHHGĐ; cung ứng thuốc, đặc biệt là thuốc thiết yếu cho cộng đồng; chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn, các hoạt động về chuyên môn, nghiệp vụ của các đơn vị y tế công, nông, lâm trường, xí nghiệp, cơ quan, trường học... đóng trên địa bàn nhằm làm tốt công tác CS và BVSK nhân dân, đặc biệt là nhiệm vụ CSSKBĐ.
- + NV3- Quản lý tổ chức, cán bộ, kinh phí, dược, vật tư trang thiết bị y tế tuyến huyện và tuyến y tế cơ sở.
- + NV4- Giúp UBND huyện thực hiện kiểm tra việc chấp hành luật pháp trong hoạt động y tế Nhà nước và các cơ sở hành nghề y, được tư nhân trên địa bàn theo các quy định của Nhà nước và sự phân cấp của tỉnh
- + NV5- Xây dựng, củng cố mạng lưới y tế từ huyện đến xã, phường, thị trấn, thôn,ấp, làng, bản... và hướng dẫn, kiểm tra các mặt hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ đối với các trạm y tế cơ sở
- + NV6- Xây dựng và có kế hoạch bồi dưỡng đội ngũ cán bộ y tế, đảm bảo cơ cấu hợp lý; thực hiện đúng các chế độ chính sách đối với đội ngũ cán bộ y tế trong huyện.
- + NV7- Tổng kết việc ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật trong công tác khám chữa bệnh, dự phòng và phong trào y tế cơ sở để phổ biến, áp dụng.
- + NV8- Chủ trì phối hợp với các ngành, đoàn thể, quần chúng trong huyện để làm công tác truyền thông GDSK và tham gia vào các hoạt động chăm sóc, BVSK nhân dân
- + NV9- Thực hiện những nhiệm vụ, quyền hạn khác do UBND huyện và Sở y tế giao.

3.4. Tuyến y tế xã, phường (y tế cơ sở)

3.4.1 Khái niệm

Y tế cơ sở là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước. Trạm Y tế cơ sở bao gồm các Trạm Y tế của các cơ quan, xí nghiệp, nhà máy, trường học.

3.4.2. Tổ chức biên chế

Trạm Y tế cơ sở được tổ chức theo địa bàn cụm dân cư, địa giới hành chính và theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe và khả năng ngân sách của cộng đồng. Cán bộ y tế phải có trình độ chuyên môn kỹ thuật phù hợp, có kiến thức về y tế cộng đồng. Cán bộ phụ trách có năng lực quản lý.

- Các bộ phận tổ chức: Trạm Y tế cơ sở thường có 3 bộ phận:

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

- Biên chế cán bộ y tế ở trạm: được xác định dựa theo:
 - + Địa bàn hoạt động
 - + Số lượng dân cư (tốt nhất cứ 1000 dân có một cán bộ y tế)
 - + Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng.

- Cụ thể hiện nay được bố trí như sau:

- + Khu vực đồng bằng, trung du:

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

1- 2 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc)

1 y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.

1 y tá trung học hay sơ học

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

1- 2 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc)

1 y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.

1 nữ hộ sinh trung học hoặc sơ học

1 y tá trung học hay sơ học

- *Những xã trên 12000 dân được bố trí tối đa 6 cán bộ y tế bao gồm:*

2 - 3 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa (1 sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm và 1 biết về y học dân tộc)

1 y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.

1 nữ hộ sinh trung học hoặc sơ học

1- 2 y tá trung học hay sơ học

- + Khu vực miền núi, tây nguyên, biên giới và hải đảo

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

1 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm

1 y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.

2 y tá trung học hay sơ học

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

1 bác sĩ hoặc y sĩ đa khoa sâu về y tế cộng đồng làm trưởng trạm

1 y sĩ đa khoa (biết thêm về sản nhi) hoặc nữ hộ sinh trung học hay sơ học.

2 - 3 y tá trung học hay sơ học biết về nữ hộ sinh.

- Ở vùng cao, vùng sâu, nơi xa xôi hẻo lánh:

Chỉ bố trí 1-2 cán bộ y tế, số cán bộ còn lại được phân công về các bản, buôn, làng, ấp và định kỳ tổ chức giao ban tại trạm

- + Khu vực thành phố, thị xã, thị trấn: Các phường, thị trấn và những xã có phòng khám khu vực đóng, số lượng cán bộ y tế được bố trí 2-3 người.

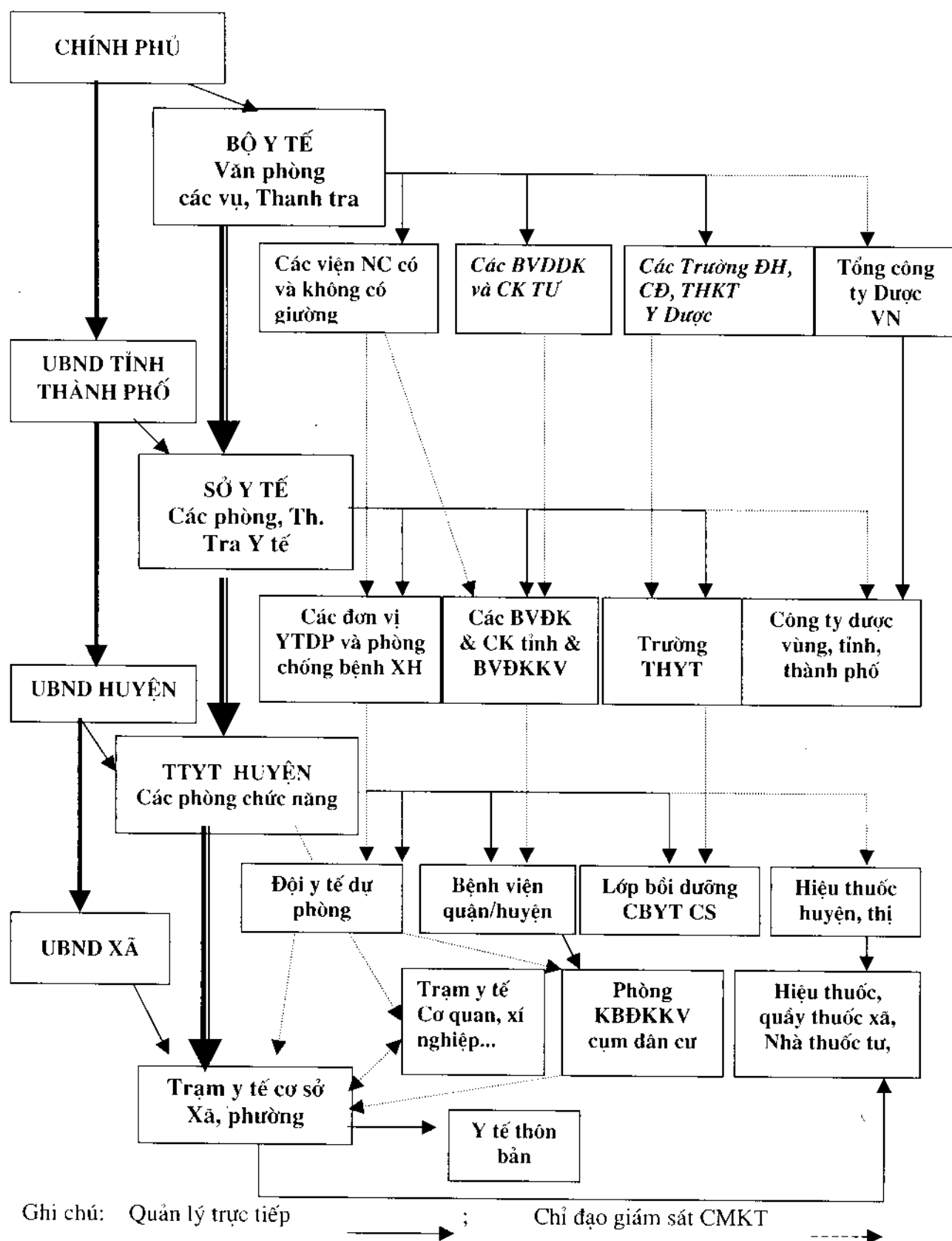
- + Những nơi có bác sĩ thì bố trí vào vị trí chủ chốt, những nơi chưa có thì phải xây dựng kế hoạch đào tạo bác sĩ đa khoa có kiến thức về y tế công cộng.

- + Ngoài số cán bộ y tế trong biên chế định mức Nhà nước của từng trạm y tế, nếu nhu cầu cần thêm cán bộ y tế thì UBND xã, phường... có thể ký hợp đồng với cán bộ y tế khác có nhu cầu làm việc và thù lao do xã tự lo.

3.4.3. Nhiệm vụ của trạm y tế cơ sở

- NV1: Lập kế hoạch hoạt động và lựa chọn chương trình ưu tiên về chuyên môn y tế của UBND xã, phường, thị trấn duyệt, báo cáo Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch đã được phê duyệt.
- NV2: Phát hiện báo cáo kịp thời các bệnh dịch lên tuyến trên và giúp chính quyền địa phương thực hiện các biện pháp về công tác vệ sinh phòng bệnh, phòng chống dịch, giữ vệ sinh những nơi công cộng và đường làng, xã, tuyên truyền ý thức bảo vệ sức khỏe cho mọi đối tượng tại cộng đồng.
- NV3: Tuyên truyền vận động, triển khai thực hiện các biện pháp chuyên môn về bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình, bảo đảm việc quản lý thai, khám thai và đỡ đẻ thường cho sản phụ.
- NV4: Tổ chức sơ cứu ban đầu, khám, chữa bệnh thông thường cho nhân dân tại trạm y tế và mở rộng dần việc quản lý sức khỏe tại hộ gia đình.
- NV5: Tổ chức khám sức khỏe và quản lý sức khỏe cho các đối tượng trong khu vực mình phụ trách, tham gia khám tuyển nghĩa vụ quân sự.
- NV6: Xây dựng vốn tủ thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn và hợp lý, có kế hoạch quản lý các nguồn thuốc. Xây dựng, phát triển thuốc nam, kết hợp ứng dụng y học dân tộc trong phòng và chữa bệnh.
- NV7: Quản lý các chỉ số sức khỏe và tổng hợp báo cáo, cung cấp thông tin kịp thời, chính xác lên tuyến trên theo quy định thuộc đơn vị mình phụ trách.
- NV8: Bồi dưỡng kiến thức chuyên môn kỹ thuật cho cán bộ y tế thôn, làng, ấp bản và nhân viên y tế cộng đồng.
- NV9: Tham mưu cho chính quyền xã, phường, thị trấn và giám đốc Trung tâm y tế huyện chỉ đạo thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và tổ chức thực hiện những nội dung chuyên môn thuộc các chương trình trọng điểm về y tế tại địa phương.
- NV10: Phát hiện báo cáo UBND xã và cơ quan y tế cấp trên các hành vi hoạt động y tế phạm pháp trên địa bàn để kịp thời ngăn chặn và xử lý.
- NV11: Kết hợp chặt chẽ với các đoàn thể quần chúng, các ngành trong xã để tuyên truyền và cùng tổ chức thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Sơ đồ 1. Tóm tắt sơ đồ mô hình tổ chức mạng lưới y tế Việt nam



IV. Y TẾ TƯ NHÂN 6

Thực hiện chủ trương đổi mới của Đảng, quán triệt các quan điểm chỉ đạo của ngành y tế về đa dạng hóa hình thức và tổ chức chăm sóc sức khỏe, hệ thống y tế tư nhân đã chính thức được hành nghề trong toàn quốc từ năm 1989. Nhà nước Việt nam đã cho ra đời nhiều văn bản pháp quy nhằm hướng dẫn, tạo điều kiện cho y tế tư nhân phát triển: Quy chế hành nghề y được tư nhân (217/QĐ-BYT ngày 19/04/1989); Mở hiệu thuốc tư nhân (500/QĐ-BYT ngày 10/04/1992); Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân (26/SL/CTN ngày 13/10/1993)...

4.1. Loại hình tổ chức

Theo pháp lệnh của Ủy ban thường vụ Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam ban hành ngày 13/10/1993,

4.1.1. Các loại hình Y tư nhân bao gồm

- Bệnh viện.
- Nhà hộ sinh.
- Phòng khám đa khoa hoặc chuyên khoa.
- Phòng răng, làm răng giả.
- Phòng xét nghiệm, thăm dò chức năng.
- Phòng chiếu X.quang.
- Cơ sở giải phẫu thẩm mỹ.
- Cơ sở dịch vụ điều dưỡng và phục hồi chức năng.
- Cơ sở dịch vụ y tế tiêm chích thay băng.
- Cơ sở dịch vụ kế hoạch hóa gia đình

4.1.2. Các loại hình được tư nhân bao gồm

- Nhà thuốc tư nhân.
- Đại lý cho các doanh nghiệp dược.
- Doanh nghiệp tư nhân, công ty cổ phần, công ty trách nhiệm hữu hạn.
- Cơ sở kinh doanh thuốc y học cổ truyền.

4.2. Hình thức kinh doanh tư nhân

- Đối tượng hành nghề và hoạt động là các bác sĩ, dược sĩ hưu trí, ngoài biên chế Nhà nước hoặc bác sĩ, dược sĩ đang thuộc biên chế Nhà nước làm thêm ngoài giờ.
- Có địa điểm, trang thiết bị, tự hành nghề riêng.
- Tự chủ về tài chính, nộp thuế theo pháp luật, hưởng lãi, thu nhập theo khả năng hoạt động.

4.3. Y tế tư nhân phát triển nhằm động viên tối đa các nguồn lực của xã hội vào việc chăm sóc sức khỏe của toàn dân. Y tế tư nhân phục vụ mục tiêu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu. Thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe, quan tâm những người có công với nước, người nghèo, đồng bào các dân tộc thiểu số, vùng xa, vùng sâu.

Những vấn đề tồn tại của Y tế tư nhân cần giải quyết

- Vì chạy theo lợi nhuận nên những người hoạt động y tế tư nhân thường tìm những địa điểm có nhiều người sử dụng dịch vụ y tế nhất (khách hàng) làm địa điểm dịch vụ nên xảy ra tình trạng các cơ sở y tế tư nhân tập trung nhiều ở thành phố, thị trấn, thị xã nơi thuận tiện. Nông thôn, vùng xa, vùng sâu y tế tư nhân ít hoạt động.
- Cũng vì lợi nhuận các cơ sở y tế tư nhân không chịu đầu tư vào hạ tầng cơ sở vì lâu thu hồi vốn dẫn đến tình trạng vi phạm quy chế:
 - + Diện tích cơ sở thiếu.
 - + Phương tiện làm việc cũ, thiếu.
 - + Cơ sở vừa sử dụng vào mục đích dịch vụ sức khỏe vừa làm việc khác... không đảm bảo cảnh quan và môi trường của một cơ sở làm dịch vụ sức khỏe.
- Một số không nhỏ trong y tế tư nhân vì chạy theo lợi nhuận đơn thuần nên không chỉ vi phạm quy chế hành nghề y được tư nhân mà còn vi phạm đạo đức nghề nghiệp, pháp luật Nhà nước gây những hậu quả xấu cho người bệnh và cho xã hội như:
 - + Bán thuốc giả, kém phẩm chất, thuốc gây nghiện. Bán thuốc không đúng bệnh, gây tổn kém về kinh tế, hao tổn sức khỏe của bệnh nhân.
 - + Chữa bệnh quá hoặc không đúng phạm vi cho phép, gây phương hại đến bệnh nhân, có trường hợp ảnh hưởng đến cả xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Công văn số 2521/TC ngày 25 tháng 5 năm 1988 của Bộ y tế
2. Quyết định số 58 / TTg ngày 03/ 02 / 1994 của Thủ tướng Chính phủ Quy định một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở.
3. Nghị định số 01/1998/ NĐ - CP ngày 03/ 01 / 1998 của Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương
4. Thông tư liên tịch số 02/1998/TTLT-BYT-BTCCBCP ngày 27/6/1998
5. Thông tư liên tịch số 20/ 2001/ TTLT- BTCCBCP-BYT ngày 27/4/2001.
6. Ủy ban thường vụ Quốc hội. Pháp lệnh về hành nghề y, được tư nhân, 15 tr.

TỔNG QUAN CHUNG VỀ QUẢN LÝ

TS. Phạm Trí Dũng

MỤC TIÊU

- 1- Trình bày các khái niệm về quản lý.
- 2- Phân tích chu trình, nội dung và bản chất của quản lý.
- 3- Phân tích các qui luật kinh tế và tâm lý được vận dụng trong khoa học quản lý.
- 4- Trình bày các nguyên tắc quản lý.
- 5- Phân tích các phương pháp cơ bản trong quản lý.
- 6- Trình bày những nội dung chính của chức năng quản lý.

NỘI DUNG

1. Khái niệm chung về quản lý

1.1. Quản lý là gì ?

Về nội dung, thuật ngữ quản lý có nhiều cách hiểu không hẳn như nhau:

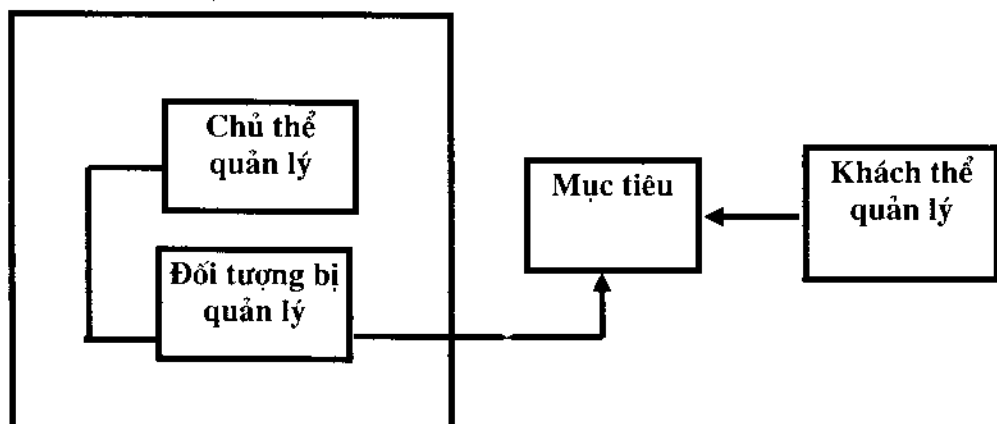
- Là các hoạt động được thực hiện nhằm đảm bảo sự thành công qua những nỗ lực của mọi người.
- Phối hợp có hiệu quả các hoạt động trong một tổ chức.
- Phối hợp những nỗ lực cá nhân cho mục đích của đơn vị.
- Quản lý là sự có trách nhiệm.

Từ đó ta có thể hiểu: "Quản lý là sự tác động của chủ thể quản lý lên đối tượng và khách thể quản lý nhằm đạt được mục tiêu đặt ra trong điều kiện biến động của môi trường".

Quản lý bao gồm các yếu tố (điều kiện) sau:

- Chủ thể và đối tượng quản lý.
- Mục tiêu.
- Chủ thể phải thực hành việc báo động.

Sơ đồ logic của khái niệm quản lý.



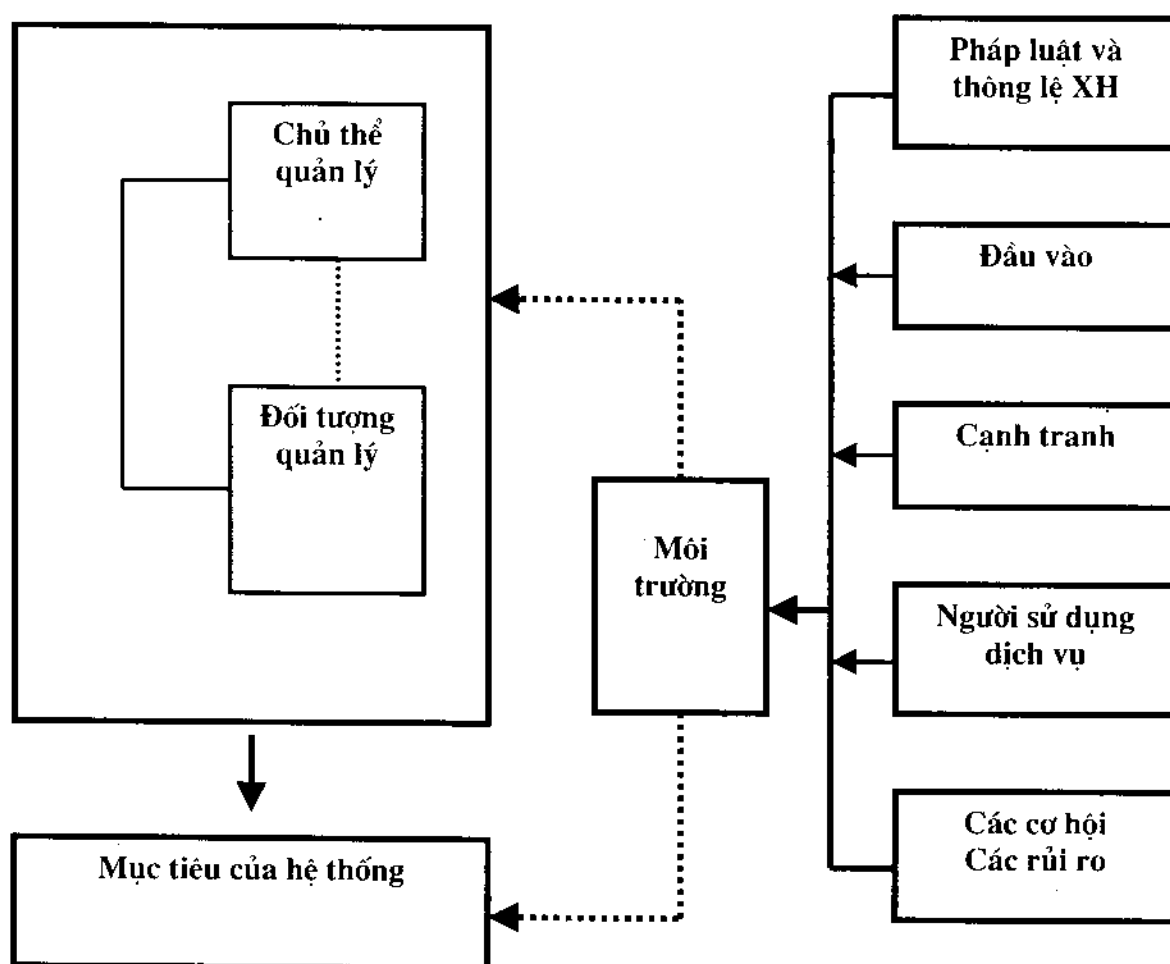
1.1.1. Mục tiêu quản lý

- Mục tiêu quản lý là trạng thái tương lai, là cái đích phải đi tới của quản lý, nó định hướng và chi phối sự vận động của toàn bộ hệ thống quản lý.
- Mục tiêu phải được xác định trước, để chi phối dẫn dắt cả chủ thể và đối tượng quản lý trong toàn bộ quá trình hoạt động.
- Xác định mục tiêu đúng có ý nghĩa đặc biệt quan trọng đối với hoạt động quản lý.
- Mục tiêu quản lý có nhiều loại, nhiều cấp, nhiều thứ bậc với những khoảng thời gian khác nhau.
- Cụ thể hóa hệ thống mục tiêu, bảo đảm sự thống nhất của hệ mục tiêu là trách nhiệm của các cơ quan quản lý các cấp...

1.1.2. Động lực trong quản lý

Động lực là yếu tố quyết định của sự vận động, phát triển của toàn bộ hệ thống quản lý nhằm đạt mục tiêu đã xác định.

Không có động lực thì không có thể vận động phát triển.



Logic của quá trình thực hiện mục tiêu hoạt động của hệ thống

Có nhiều loại động lực khác nhau: bên trong, bên ngoài, trực tiếp, gián tiếp.

Chủ thể phải biết khơi dậy mọi nguồn động lực để hướng vào mục tiêu chung.

Mục tiêu và động lực trong quản lý có mối quan hệ đặc biệt: mục tiêu đúng nó trở thành động lực, mục tiêu sai hoặc không phù hợp sẽ triệt tiêu động lực, không tạo ra sức mạnh tổng hợp.

1.2. Quản lý và lãnh đạo

Đây là hai thuật ngữ sử dụng cho hệ thống có con người ở trong, chúng không đồng nhất và được giải thích tùy thuộc vào lĩnh vực nghiên cứu; cả hai thuật ngữ đều hàm ý tác động và điều khiển nhưng khác nhau về mức độ và phương pháp tiến hành.

- Lãnh đạo (hướng dẫn) là quá trình định hướng dài hạn cho chuỗi các tác động của chủ thể quản lý, là quản lý những mục tiêu rộng hơn, xa hơn, khái quát hơn.
- Quản lý: là quá trình chủ thể tổ chức liên kết các tác động lên đối tượng bị quản lý để thực hiện các định hướng tác động dài hạn, là lãnh đạo trong trường hợp mục tiêu cụ thể hơn và chuẩn xác hơn.
- Lãnh đạo và quản lý do chủ thể tiến hành.
- Chủ thể có thể duy nhất và không duy nhất.
- Để có hiệu quả cao, quá trình quản lý phải thống nhất hữu cơ.

1.3. Các dạng quản lý

- Quản lý giới vô sinh: Tài sản cố định, sản phẩm...
- Quản lý sinh giới: vật nuôi, cây trồng.
- Quản lý con người, quản lý xã hội con người.

1.4. Dấu hiệu chung của các dạng quản lý

- Chia thành chủ thể và đối tượng.
- Trao đổi thông tin và mối liên hệ ngược.
- Khả năng thích nghi.

1.5. Quản lý là một khoa học

Quản lý là một khoa học, vì có đối tượng nghiên cứu, có một hệ thống lý thuyết, có một hệ thống phương pháp luận và có mục đích ứng dụng.

Quản lý phải giải quyết hàng loạt các mối quan hệ:

- Sở hữu
- Quản lý và bị quản lý.
- Phân phối.
- Hệ thống...

Quản lý là chức năng vốn có của mọi tổ chức, là một khoa học liên ngành vì nó sử dụng tri thức của nhiều khoa học khác nhau: Quản trị học, Kinh tế học, Tâm lý học, Xã hội học, Tin học, Toán học, Luật học...

1.6. Quản lý là một nghệ thuật và là một nghề

Nghề thuật quản lý phụ thuộc vào tài năng, nhân cách, thủ đoạn... và có mang vận may rủi của người lãnh đạo.

Nghề quản lý (the profession of management) ai cũng có thể học được, nhưng có thành công hay không lại là việc khác... Muốn quản lý tốt, trước tiên phải học, phải được đào tạo về nghề nghiệp (kiến thức, tay nghề, kinh nghiệm) một cách chu đáo, để phát hiện chuẩn xác, đầy đủ các qui luật khách quan, tuân thủ đúng qui luật và một phương pháp nghệ thuật thích hợp...

1.7. Nội dung cần có để trở thành nhà quản lý.

1.7.1. Cơ sở lý luận và phương pháp luận

- Lý thuyết hệ thống.
- Lý thuyết đám đông.
- Thực chất, bản chất, đối tượng, nội dung quản lý.
- Vận dụng các qui luật trong quản lý.
- Các nguyên tắc quản lý.
- Các phương pháp quản lý.
- Đường lối, chủ trương, chiến lược phát triển...
- Quản lý vĩ mô, vi mô.
- Tâm lý học quản lý.

1.7.2. Cơ sở tổ chức và tổ chức quá trình quản lý

- Chức năng, cơ cấu tổ chức bộ máy.
- Cán bộ quản lý.
- Mục tiêu, thông tin, quyết định quản lý.
- Tổ chức khoa học của người lãnh đạo.
- Phương tiện quản lý.

1.7.3. Cải tiến và đổi mới quản lý

- Hiệu quả
- Phân tích quản lý.
- Thời cơ và rủi ro.
- Cải tiến và đổi mới quản lý.

2. Chu trình quản lý

2.1. Phân tích tình huống

Trong phân tích tình huống cần phải trả lời ba câu hỏi sau:

- Ta đang ở đâu?

Để trả lời được câu hỏi này cần phải biết vị thế của đơn vị mình trong hệ thống và môi trường cũng như phạm vi hoạt động của đơn vị...

- Môi trường thế nào?

Để trả lời câu hỏi này cần nhìn vào chính mình, cơ sở mình và môi trường mình đang hoạt động.

Khoảng cách giữa hiện tại và tương lai cũng như mục tiêu, mục đích hướng tới của mình.

- Làm thế nào để đi tới đó?

Xem xét các nguồn lực, tổ chức bộ máy để khai thác các nguồn lực đã có, đang có và sẽ có...

2.2. Xác định mục tiêu

Bước thứ nhất: Nêu vấn đề.

Trước hết chúng ta phải xác định thế nào là một “vấn đề” – Một vấn đề là sự tồn tại của một tình trạng chưa tốt.

Từ đó xác định thứ bậc các vấn đề để có thứ tự ưu tiên...

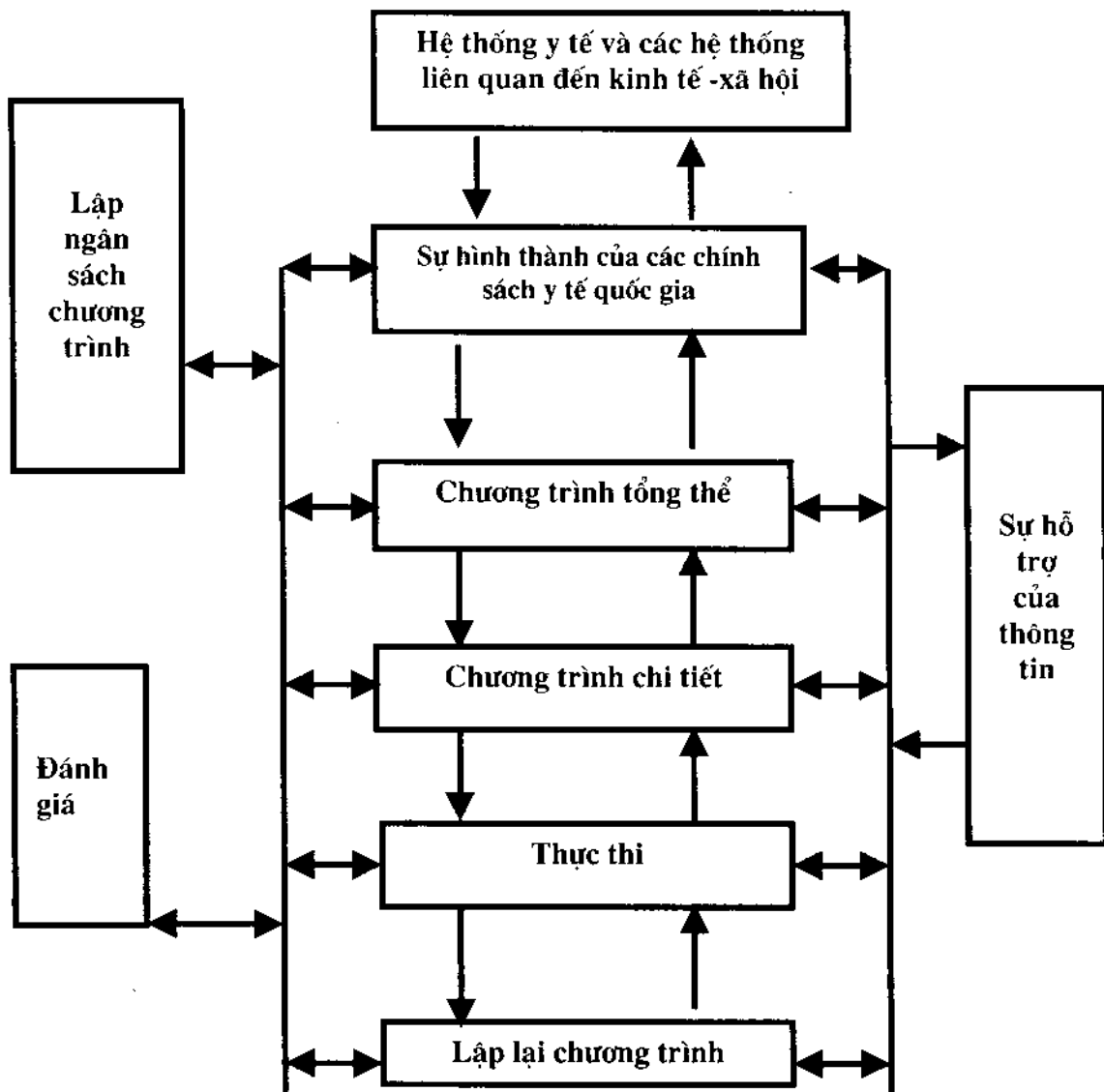
Bước thứ hai: Xác định mục tiêu.

- Xác định mục đích và mục tiêu.
- Xác định mục tiêu chung và mục tiêu chuyên biệt (mục tiêu riêng).
- Mục tiêu và biện pháp.

2.3. Lựa chọn chiến lược

Có 6 tiêu chuẩn để đánh giá một chiến lược:

- Có nhiều khả năng hiện thực, có tính khả thi cao;



Chu trình quản lý đối với sự phát triển sức khỏe quốc gia.

Hướng dẫn các nguyên tắc. Geneva, WHO, 1981)

(Chu trình quản lý đối với sự phát triển sức khỏe quốc gia.

- + Có đủ nguồn lực.
- + Phù hợp với đường lối, chính sách kinh tế-xã hội của Quốc gia.
- Có hiệu lực và hiệu quả cao
- Thích hợp.
- Chịu đựng được.

2.4. Xây dựng kế hoạch hành động

- Các mục tiêu chuyên biệt đã được lượng hóa cụ thể.
- Các hoạt động tương ứng cho mỗi mục tiêu, phù hợp với chiến lược đã chọn.
- Cụ thể hóa các hoạt động về nội dung, không gian, thời gian và nguồn lực cũng như người chịu trách nhiệm.

2.5. Kiểm tra, giám sát

Đây là một quá trình xem xét, đo lường và chấn chỉnh việc thực hiện nhằm đảm bảo cho các mục tiêu, kế hoạch được hoàn thành một cách có hiệu quả.

Đó là quá trình hoạt động nhằm phát hiện các sai sót, các ách tắc của đơn vị trong quá trình hoạt động để có giải pháp xử lý, đồng thời tìm cơ hội, các nguồn lực có thể khai thác để tận dụng, thúc đẩy đơn vị sớm đạt được mục tiêu đã đặt ra.

3. Các qui luật trong quản lý

3.1. Qui luật

3.1.1. Khái niệm.

Qui luật là mối liên hệ bản chất, tất nhiên, phổ biến, bền vững, lặp đi lặp lại của các sự vật hiện tượng trong những điều kiện nhất định.

Ví dụ: Trong kinh tế thị trường tất yếu phải có các qui luật:

- Cạnh tranh.
- Cung - cầu.
- Giá trị...

3.1.2. Đặc điểm

Qui luật do con người đặt tên, nhưng:

- Con người không thể tạo ra qui luật nếu điều kiện của qui luật chưa có, ngược lại con người không thể xóa bỏ qui luật khi điều kiện xuất hiện của qui luật vẫn tồn tại.
- Các qui luật tồn tại và hoạt động không lệ thuộc vào việc con người có nhận biết được hay không, có ưa thích hay ghét bỏ nó.
- Các qui luật tồn tại, đan xen vào nhau tạo thành một hệ thống thống nhất.
- Chỉ có qui luật chưa biết, chứ không có các qui luật không biết.

Qui luật có nhiều loại, luôn chi phối, chế ngự lẫn nhau mà nhà quản lý không biết, không nắm được thì khó thành công.

3.1.3. Cơ chế sử dụng các qui luật

- Phải nhận thức được qui luật, quá trình nhận thức qui luật bao gồm 2 giai đoạn: nhận thức qua các hiện tượng thực tiễn và nhận thức qua các phân tích bằng khoa học, lý luận. Quá trình này phụ thuộc vào trình độ và sự nhạy cảm của từng người.
- Tổ chức các điều kiện chủ quan của hệ thống, để cho hệ thống xuất hiện các điều kiện khách quan, mà nhờ đó qui luật phát sinh tác dụng.

Ví dụ:

- + Tạo điều kiện để thấy rõ các qui luật tâm lý trong hệ thống, phát huy các điều kiện để bộc lộ tư chất cán bộ...
- + Để cho qui luật của kinh tế thị trường phát huy tác dụng các cơ quan quản lý vĩ mô phải xem xét lại các chức năng của mình để tạo môi trường thuận lợi cho các loại hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe phát triển.
- Tổ chức thu thập các thông tin sai phạm, ách tắc do việc không tuân thủ các đòi hỏi của các qui luật khách quan gây ra để kịp thời ngăn chặn và xử lý.

Ví dụ: Quan sát số người tăng lên muốn học hoặc xin vào làm việc ở một ngành nào đó ta biết được về mặt quản lý ở đó đang có vấn đề...

3.2. Các qui luật kinh tế

3.2.1. Khái niệm

Các qui luật kinh tế là các mối liên hệ bản chất, tất nhiên, phổ biến, bền vững, lặp đi, lặp lại của các hiện tượng kinh tế trong những điều kiện nhất định.

3.2.2. Đặc điểm các qui luật kinh tế

- Tồn tại và hoạt động thông qua các hoạt động của con người.
- Có độ bền vững kém hơn các qui luật khác

3.2.3. Tiền đề vận dụng các quy luật kinh tế

- Phải nhận thức được quản lý kinh tế bằng thực tế và lý luận.
Giải quyết vấn đề sở hữu đúng đắn và lợi ích cho cá nhân, xã hội.
- Phải phát huy vai trò điều hành, quản lý vĩ mô.

3.3. Tâm lý

Tâm lý học là khoa học nghiên cứu những qui luật của tâm lý (con người, nhóm, tập thể, cộng đồng, xã hội...)

Sau các qui luật kinh tế, các qui luật tâm lý có vị trí cực kỳ quan trọng trong quản lý. Quản lý, về thực chất là quản lý con người. Ở con người, đặc trưng cơ bản để phân biệt là tâm lý. Muốn quản lý thành công, người quản lý phải biết:

- Tâm lý của bản thân mình.
- Tâm lý của người khác (cấp trên, cấp dưới, đối thủ, bạn hàng, đám đông, tập thể...).

3.3.1. Tâm lý cá nhân

Tâm lý cá nhân là sự phản ánh hiện thực khách quan vào bộ não con người, được tích lũy lại, được biểu thị thành các hành vi, thái độ của họ trong cuộc sống (các cách ứng xử, cử chỉ, niềm tin, ước mơ, nhu cầu, lợi ích, xu hướng, cách nghĩ...)

3.3.2. Tâm lý học quản lý

Nghiên cứu các qui luật, cách biểu hiện của các qui luật tâm lý của các thực thể (cá nhân, đám đông, tập thể) trong quá trình tiến hành các hoạt động quản lý.

3.3.3. Các qui luật tâm lý cơ bản trong quản lý

3.3.3.1. Con người tồn tại và hoạt động trước hết vì các nhu cầu và lợi ích khác nhau của mình, cùng cách ứng xử để thoả mãn nhu cầu đó.

Nhu cầu: Là trạng thái tâm lý mà con người cảm thấy thiếu thốn, không thoả mãn về một cái gì đó. Nhu cầu gắn liền với sự tồn tại và phát triển của con người, cộng đồng, tập thể và xã hội.

Lợi ích: Chính là kết quả mà con người có thể nhận được qua các hoạt động của bản thân, cộng đồng, tập thể, xã hội nhằm thoả mãn nhu cầu của mình.

3.3.3.2. Con người có cách ứng xử, hành vi, cử chỉ khác nhau chủ yếu do thuộc tính tâm lý khác nhau.

Có sự khác nhau giữa người này với người khác, ngoài sự khác nhau về hình thức bên ngoài, thì điều khác nhau cơ bản là do thuộc tính tâm lý:

- Xu hướng cá nhân.
- Tính khí (nóng, hoạt, trầm, ưu tư). Tính khí nói chung phụ thuộc chủ yếu vào bẩm sinh, ngoài ra còn do kinh nghiệm, tuổi tác, môi trường sống và giáo dục mà con người có khả năng điều tiết ít nhiều.
- Tính cách: Là sự kết hợp các thuộc tính tâm lý cơ bản và bền vững của con người, biểu thị thái độ, hành vi của con người với hiện thực, với bản thân, gia đình, đồng nghiệp, bạn bè, xã hội...

Tính cách là kết quả của sự giáo dục, rèn luyện và tác động của môi trường.

+ Đạo đức.

+ Phẩm chất, ý chí.

- Năng lực (năng khiếu): Là những thuộc tính tâm lý cá nhân giúp cho con người có thể lĩnh hội một loại kiến thức nào đó được dễ dàng và nếu tiến hành ở lĩnh vực đó sẽ thu được kết quả cao hơn.

3.3.3.3. Con người thường sống trong hy vọng, mỗi sự biến đổi có lợi về mặt kinh tế thường kéo theo những ước mơ của họ trong tương lai.

3.3.3.4. Con người thường có tính bảo thủ về mặt tâm lý, thể hiện ở sự cam chịu trong mong ước, nhưng nếu vượt qua ngưỡng chịu đựng thì họ buộc phải đổi mới cách sống của mình.

3.3.3.5. Điều kiện sống, điều kiện kinh tế khác nhau thì có cách sống và nếp nghĩ khác nhau.

3.3.4. Vai trò của tâm lý học quản lý.

Tâm lý học quản lý là một tiềm năng to lớn của quản lý vì nó tạo ra niềm tin về hiệu quả sử dụng nhân lực, hiệu quả quản lý cao (hoặc ngược lại)

4. Các nguyên tắc quản lý

4.1. Khái niệm

Các nguyên tắc quản lý là các qui tắc chỉ đạo những tiêu chuẩn hành vi mà các cơ quan quản lý, các nhà lãnh đạo phải tuân thủ trong quá trình quản lý.

4.2. Yêu cầu của các nguyên tắc quản lý

Các nguyên tắc quản lý do con người đặt ra nhưng không phải do sự suy nghĩ chủ quan, mà phải tuân thủ các đòi hỏi khách quan:

- Thể hiện được yêu cầu của các qui luật khách quan.
- Phù hợp với mục tiêu của quản lý.
- Đảm bảo tính hệ thống, tính nhất quán và phải được bảo đảm bằng pháp luật.

4.3. Nguyên tắc quản lý

4.3.1. Khái niệm

Các nguyên tắc quản lý là các qui tắc chỉ đạo những tiêu chuẩn hành vi mà các cơ quan quản lý, các nhà lãnh đạo, quản lý phải tuân thủ trong quá trình quản lý.

4.3.2. Yêu cầu của các nguyên tắc quản lý

Các nguyên tắc quản lý do con người đặt ra nhưng không phải do sự suy nghĩ chủ quan, mà phải tuân thủ các đòi hỏi khách quan:

- Thể hiện được yêu cầu của các qui luật khách quan.
- Phù hợp với mục tiêu của quản lý.
- Đảm bảo tính hệ thống, tính nhất quán và phải được bảo đảm bằng pháp luật.

4.3.2.1. Quyền lực và trách nhiệm.

Việc này cần phải công khai, thể chế, quyền hạn luôn đi đôi với trách nhiệm.

4.3.2.2. Ủy thác quyền lực và trách nhiệm.

Quá trình ủy thác là kết quả của sự trưởng thành và tạo điều kiện trưởng thành.

4.3.2.3. Thống nhất một mệnh lệnh.

Việc thống nhất một mệnh lệnh giúp cho việc xác lập kênh quyền lực rõ ràng. Tất cả các mệnh lệnh sẽ đi từ trên xuống dưới qua các giám sát viên, còn các báo cáo, thông tin khác sẽ đi ngược theo các kênh như vậy.

4.3.2.4. Đồng nhất về phương hướng.

Đồng nhất về phương hướng là điều kiện tiên quyết để thống nhất hành động, phối hợp sức mạnh và tập trung các nỗ lực.

4.3.2.5. Mức độ kiểm soát.

Số lượng cá nhân báo cáo cho một giám sát viên không được vượt quá khả năng hợp tác và điều hành một cách hiệu quả.

Cần lưu ý đến một số yếu tố sau:

- Công việc đã thành nếp và lặp lại.
- Công việc đồng nhất.
- Các hoạt động được uỷ quyền.
- Khả năng điều hành của các cấp dưới.
- Chương trình ổn định hay thay đổi.
- Khả năng ngoài cuộc và giải quyết các vấn đề nóng bỏng.
- Khả năng tự tin.
- Nền tảng hiểu biết và kinh nghiệm.
- Tự giác và hợp tác trong công việc.
- Môi trường tâm lý tập thể.

4.3.2.6. Định rõ mục tiêu.

Định rõ mục tiêu để chi tiết hóa và phân phối thời gian hợp lý tạo điều kiện để cả hệ thống đi đúng hướng và hoàn thành nhiệm vụ được giao.

4.3.2.7. Phân chia công việc.

Phân chia công việc tạo điều kiện cho đối tượng quản lý tuân thủ tốt nhất nhiệm vụ, quyền hạn, trách nhiệm và tự giác trong công việc.

Khi phân chia cần xem xét một số điểm:

- Nguyên tắc ngoại lệ.
- Cụ thể, thực tế, và chuyên môn hóa.
- Gộp các công việc giống nhau thành nhóm.
- Nhân tố con người.
- Dàn xếp chính thức và không chính thức quan hệ.

4.3.2.8. Các nguyên tắc khác.

Theo Henri Fayol có rất nhiều nguyên tắc khác: công bằng, trả lương, trật tự, khuyến khích sáng tạo. Ông cũng đưa ra vấn đề chuỗi vô hướng, cũng như chuỗi quyền hạn và mệnh lệnh từ cấp trên xuống cấp dưới.

5. Các phương pháp quản lý

5.1. Khái niệm

Phương pháp quản lý là cách thức mà chủ thể quản lý tác động vào đối tượng quản lý nhằm đạt mục tiêu nhất định.

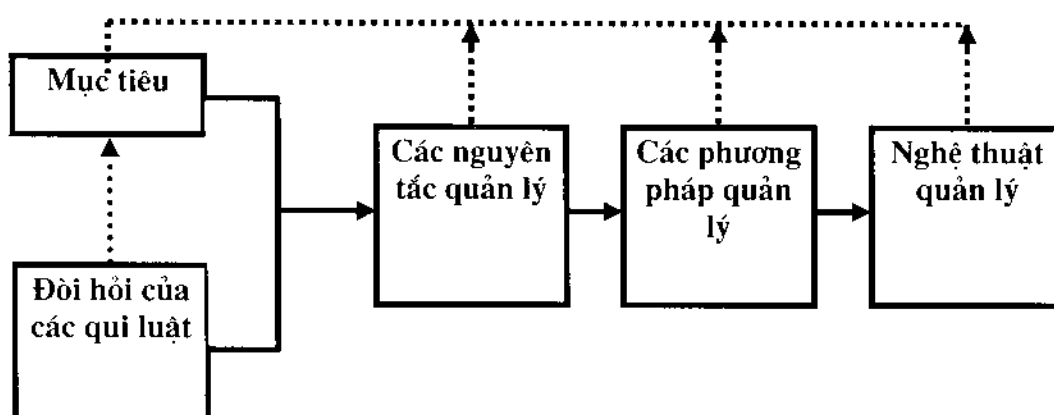
So với nguyên tắc, phương pháp quản lý là yếu tố linh hoạt, thường được thay đổi theo đối tượng và tình huống quản lý. Các nhà quản lý chỉ thực hiện tốt các chức năng của mình khi nhận thức đúng và sử dụng tốt các phương pháp quản lý.

Tuy nhiên, việc nhận thức và sử dụng tốt các phương pháp quản lý có hiệu quả hay không còn phụ thuộc vào trình độ năng lực cụ thể của người quản lý, cái tâm, cái đức và nghệ thuật quản lý của người quản lý, lãnh đạo.

Các phương pháp quản lý nhằm trả lời các câu hỏi:

- Phải làm gì?
- Làm việc đó như thế nào?

Để trả lời các câu hỏi này, chủ thể quản lý cần có các phương pháp và nghệ thuật quản lý phù hợp.

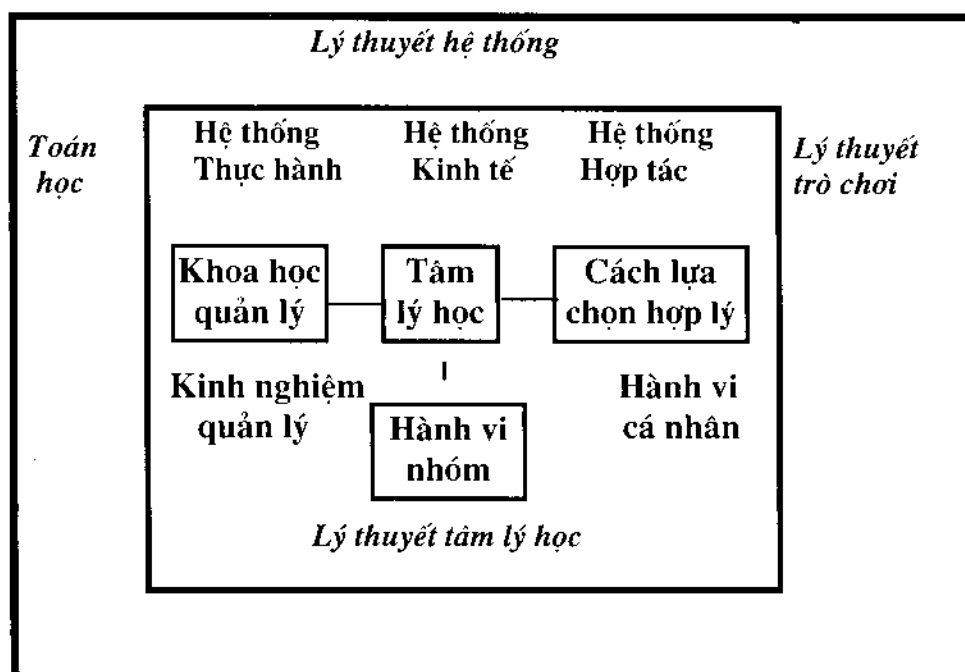


Mối quan hệ giữa mục tiêu, nguyên tắc và phương pháp quản lý.

"Các phương pháp quản lý là tổng thể các cách thức tác động có thể có và có chủ đích của chủ thể quản lý lên đối tượng quản lý (cấp dưới và tiềm năng có được của hệ thống) và khách thể quản lý (các hệ thống khác, các ràng buộc của môi trường...) để đạt được mục tiêu đề ra"

Phương pháp quản lý có vai trò quan trọng trong hệ thống quản lý. Quá trình quản lý là quá trình thực hiện các chức năng quản lý theo đúng những nguyên tắc đã định.

Trong những điều kiện nhất định, phương pháp quản lý có tác động quan trọng trong sự thành công hay thất bại của việc thực hiện các mục tiêu và nhiệm vụ.



Khoa học quản lý nằm trong mối quan hệ xã hội học, tâm lý học, kinh tế học và nó được chi tiết ở sơ đồ trên, trên cơ sở đó các nhà quản lý sẽ tạo nên phong cách riêng, phương pháp riêng - Quản lý có hiệu quả nhất khi biết lựa chọn đúng đắn và kết hợp linh hoạt các phương pháp quản lý.

Tùy thuộc tiêu chuẩn phân loại và mục đích nghiên cứu mà có nhiều cách phân loại phương pháp quản lý. Theo cách phân loại phổ biến đó là phương pháp dựa vào nội dung và cơ chế hoạt động quản lý, các phương pháp quản lý được chia thành:

- Các phương pháp quản lý nội bộ hệ thống.
- Các phương pháp tác động lên các hệ thống khác.

5.2. Các phương pháp quản lý nội bộ hệ thống

5.2.1. Các phương pháp tác động lên con người

5.2.1.1. Các phương pháp tổ chức-hành chính

Phương pháp tổ chức-hành chính là phương pháp dựa vào quyền uy tổ chức của người quản lý để bắt buộc người dưới quyền phải chấp hành mệnh lệnh quản lý.

Là các phương pháp tác động dựa vào mối quan hệ tổ chức của hệ thống quản lý và kỷ luật của hệ thống, đây là phương pháp bắt buộc, cưỡng chế với người thừa hành. Mọi thành viên của tổ chức phải bằng mọi cách hoàn thành nhiệm vụ được giao, không vì lý do cá nhân mà cản trở việc hoàn thành nhiệm vụ của tổ chức.

Quản lý con người có 2 cách dùng ân và dùng uy, đó là mối quan hệ giữa quyền uy và phúc tùng, nhưng trước tiên phải dùng uy sau đó mới dùng ân.

Các phương pháp hành chính đòi hỏi chủ thể quản lý phải có quyết định dứt khoát, rõ ràng, dễ hiểu, có địa chỉ người thực hiện, loại trừ khả năng có sự giải thích khác nhau đối với nhiệm vụ được giao.

Sử dụng phương pháp hành chính đòi hỏi các cấp quản lý phải nắm vững những yêu cầu chặt chẽ của phương pháp này.

- Có căn cứ khoa học, có luận cứ, luận chứng đủ.
- Có đủ thông tin.
- Phải gắn liền quyền hạn, trách nhiệm...

Ưu thế của phương pháp tổ chức- hành chính so với các phương pháp khác là: thực hiện công việc một cách nhanh chóng, thống nhất, triệt để, vì vậy phương pháp này phù hợp với các tình huống quản lý cấp bách, khẩn trương.

5.2.1.2. Các phương pháp kinh tế.

Phương pháp kinh tế là phương pháp tác động của chủ thể quản lý tới đối tượng quản lý thông qua lợi ích kinh tế.

Đó là các phương pháp tác động vào đối tượng quản lý thông qua các lợi ích kinh tế, để cho đối tượng bị quản lý tự lựa chọn phương án hoạt động có hiệu quả nhất.

Các phương pháp kinh tế mở rộng quyền hành động cho các cá nhân và cấp dưới, đồng thời cũng tăng trách nhiệm của họ, chứa đựng nhiều yếu tố kích thích.

Các phương pháp kinh tế chấp nhận có thể có những giải pháp khác nhau cho cùng một vấn đề.

Phương pháp này giúp chủ thể quản lý giảm được điều hành, kiểm tra, đôn đốc chi li, vụn vặt, nâng cao ý thức kỷ luật tự giác của nhân viên thuộc quyền và tạo điều kiện cho họ trưởng thành.

Quản lý bằng phương pháp kinh tế theo những hướng sau:

- Quản lý bằng mục tiêu.
- Quản lý bằng định mức.
- Quản lý bằng trách nhiệm vật chất (thưởng, phạt..)

5.2.1.3. Các phương pháp tâm lý-giáo dục.

Phương pháp tâm lý-giáo dục là sự tác động tới đối tượng quản lý thông qua các quan hệ tâm lý, tư tưởng, tình cảm.

Phương pháp tâm lý-giáo dục là các cách tác động vào nhận thức và tình cảm của người lao động nhằm nâng cao tính tự giác, nhiệt tình của họ trong việc thực hiện nhiệm vụ.

Con người là tổng hòa của nhiều mối quan hệ xã hội, vì vậy phương pháp giáo dục dựa trên cơ sở vận dụng các qui luật tâm lý, đặc trưng của phương pháp này là tính thuyết phục.

Các phương pháp giáo dục thường được sử dụng kết hợp với các phương pháp khác một cách uyển chuyển linh hoạt vừa nhẹ nhàng vừa sâu sắc, đến từng người lao động, có tác động giáo dục rộng rãi. Chính đây là một trong những bí quyết thành công của nhiều công ty ở Nhật, Bắc Âu...

Uy tín của người quản lý, lãnh đạo có vai trò rất quan trọng, nhiều khi là yếu tố quyết định sự thành công của phương pháp tâm lý-giáo dục trong cơ quan đơn vị và toàn bộ hệ thống.

5.2.1.4. Vận dụng tổng hợp các phương pháp.

Đây là một yêu cầu khách quan:

- Mỗi phương pháp đều có ưu, nhược.
- Đối tượng quản lý là con người, mà con người là tổng hòa của các mối quan hệ xã hội.
- Sử dụng tổng hợp các phương pháp, tùy từng hoàn cảnh mà vận dụng thích hợp nhưng phương pháp kinh tế phải được đặc biệt coi trọng.

Để vận dụng các phương pháp quản lý có hiệu quả trong thực tiễn cần phải chú ý các yêu cầu sau:

- Bảo đảm tính toàn diện
- Bảo đảm tính khách quan
- Bảo đảm tính khả thi

5.2.2. Các phương pháp tác động lên các yếu tố khác của hệ thống.

Đó là các phương pháp quản lý đi sâu vào từng yếu tố chi phối lên các đầu vào của hệ thống: tài chính, nhân lực, công nghệ, thông tin, pháp chế, vật tư, sản phẩm, rủi ro...

Các phương pháp quản lý mang tính nghiệp vụ gắn liền với tính kỹ thuật, thông lệ của các chuyên ngành quản lý.

5.3. Các phương pháp tác động lên các hệ thống khác

Đó là các cách tác động bên ngoài hệ thống, nó không thể sử dụng các tác động trực tiếp như đã sử dụng trong nội bộ. Tùy thuộc vào mối quan hệ với hệ thống, mà sử dụng các phương pháp thích hợp:

- Phương pháp kinh tế.
- Phương pháp tâm lý.
- Phương pháp quan hệ pháp lý.
- Phương pháp cạnh tranh.
- Phương pháp Marketing.
- Phương pháp xã hội học.
- Phương pháp truyền thông.

5.4. Nghệ thuật quản lý

Đó là việc xem xét động tĩnh công việc quản lý để chế ngự nó một cách có hiệu quả nhất, thực hiện thành công mọi ý đồ và kế hoạch hoạt động của hệ thống.

Nghệ thuật quản lý được tạo lập trên cơ sở tiềm lực (sức mạnh), tài thao lược quản lý (kiến thức, thông tin) và yếu tố giữ được bí mật ý đồ.

Nghệ thuật quản lý ít hy vọng học được trong sách vở, nó được hình thành trên cơ sở nắm vững các nguyên tắc cơ bản, quan sát kinh nghiệm của người khác, vận dụng vào thực tế của mình và tài năng bẩm sinh.

Công cụ, phương tiện của nghệ thuật quản lý là các kế sách và mưu kế.

6. Chức năng quản lý

6.1. Một số lý thuyết về chức năng quản lý

6.1.1. Trường phái quản lý cổ điển.

6.1.1.1. Lý thuyết quản lý vi mô.

- Taylor (1856 - 1915) là cha đẻ của lý thuyết quản lý một cách khoa học, và đã được viết thành sách vào năm 1911. Do thành phần xuất thân nên ông thấy được điểm yếu của phương pháp quản lý cũ theo nguyên tắc thử sai và sửa theo kiểu trại lính, phó thác cho người công nhân tự chọn phương pháp làm việc. Ông đưa ra phương pháp lao động có huấn luyện, có định mức, có hoạch định và phân công.
- Henry L. Gantt (1861 - 1919) cùng với Taylor bổ sung vào việc trả lương theo sản phẩm và thêm tiền thưởng. Đồng thời Gantt còn đưa cách quản lý theo công đoạn của tiến trình kế hoạch.
- Ông bà Li Lian (1878 - 1972) và Frank Gilbreth (1868 - 1924) tìm cách gia tăng tốc độ bằng giảm các thao tác thừa.

Các lý thuyết trên đã tạo được năng suất cao trong lao động, phế phẩm giảm... nhưng tạo tâm lý nhàm chán vì đơn điệu.

6.1.1.2. Lý thuyết quản lý cho các tổ chức cao hơn.

- Henry Fayol người Pháp đã trình bày một hệ thống quan niệm quản lý tổng hợp và cao cấp hơn Taylor.

Ông đã đưa ra 14 nguyên tắc:

- + Phân chia công việc.
 - + Tương quan giữa thẩm quyền và trách nhiệm.
 - + Kỷ luật.
 - + Thống nhất chỉ huy.
 - + Thống nhất lãnh đạo.
 - + Cá nhân phụ thuộc lợi ích chung.
 - + Thù lao tương xứng.
 - + Tập trung thẩm quyền.
 - + Tuân thủ nguyên tắc giai đẳng
 - + Trật tự.
 - + Công bằng.
 - + Ổn định nhiệm vụ.
 - + Sáng kiến.
 - + Tinh thần tập thể.
- Maz Weber (1864 - 1920) là nhà xã hội học đã đóng góp cho hệ thống quản lý vĩ mô gọi là hệ thống thư lại. Đó là sự phân quyền nhiệm vụ căn cứ vào chức vụ theo qui định và thể lệ.
 - Chester Barnard (1886 - 1961) đưa ra lý thuyết về sự chấp nhận quyền hành là do kết quả của sự thỏa mãn tâm lý và tinh thần của mọi người trong tổ chức. Con người chỉ chấp nhận với 4 điều kiện sau:
 - + Cấp dưới hiểu rõ mệnh lệnh.
 - + Nội dung mệnh lệnh phù hợp với mục tiêu của tổ chức.
 - + Nội dung mệnh lệnh phải phù hợp với cả lợi ích của cá nhân họ.
 - + Họ có khả năng thực hiện được mệnh lệnh đó.
 - Lý thuyết của Luther Gulick và Lyndal Urwick gọi là chức năng của nhà quản trị (1937) gồm 7 việc sau:
 - + Bố trí đúng người vào bộ máy tổ chức.
 - + Phải có một nhà quản lý cao cấp nhất trong tổ chức nắm giữ gốc của quyền hành
 - + Phải tuân thủ triệt để nguyên tắc thống nhất điều khiển.
 - + Phải có nhân viên chuyên môn cùng các nhân viên tổng quát.
 - + Phải thành lập các đơn vị nhỏ trong tổ chức căn cứ theo mục tiêu, tiến trình, con người và địa điểm.
 - + Ủy quyền.
 - + Phải cân đối quyền hành và trách nhiệm.
 - + Phải xác định tầm hạn quản lý thích hợp.

6.1.2. Trường phái tâm lý xã hội trong quản lý (Hành vi chủ nghĩa)

- Hugo Munsterberg: Mỗi công việc phải phù hợp với tâm sinh lý con người - Đó là cách dùng người tốt nhất.

- Mary Parker Follet: "Các đơn vị sản xuất kinh doanh, ngoài khía cạnh kinh tế và kỹ thuật còn phải xem là 1 hệ thống của các quan hệ xã hội" - Cách quản lý Z của Nhật Bản.
- Elton Mayo (1880 - 1949): Tâm lý can dự đến năng suất - Lý thuyết quan hệ người - người.
- Douglas McGregor (1909 - 1964) ông phân chia quản lý hay quản trị ra 2 kiểu:
+ Kiểu quản lý X:

Thuyết X còn được gọi là "Thuyết quản lý theo khoa học", cha đẻ của thuyết này là F. W. Taylor, theo Taylor và những người cùng quan điểm với ông cho rằng:

- Con người có ác cảm với công việc và sẽ tìm cách tránh nếu có thể được.
- Vì đặc điểm không thích công việc của con người, nên phải ép buộc và điều khiển, hướng dẫn và đe dọa bằng các hình thức ép buộc họ phải cố gắng để đạt đến mục tiêu đề ra.
- Con người nói chung, bao giờ cũng thích lãnh đạo, muốn trốn tránh trách nhiệm, ít hòa ái, chỉ muốn yên thân.

Thuyết X coi con người là lười biếng và chỉ làm việc vì quyền lợi vật chất vì vậy phải quản lý chặt chẽ, tập trung với những qui tắc và thủ tục kiểm tra, giám sát nghiêm ngặt... "Quản lý bằng củ cà rốt và cái gậy"

+ Kiểu quản lý Y:

Sự phản kháng ngày càng tăng đối với thuyết X do việc phân công lao động mà công việc lặp đi lặp lại một cách nhàm chán tẻ nhạt, từ đó đẻ ra một xu hướng mới cố gắng tập trung chú ý đến con người, đồng thời đưa ra học thuyết mới về động cơ thúc đẩy. Mc. Gregor và các đồng nghiệp đã dùng phương pháp tiếp cận tâm lý xã hội trong quản lý...được gọi là thuyết Y, gồm những nội dung chính sau:

- Bản chất con người không phải lười biếng mà rất yêu thích công việc.
- Sự kiểm soát từ bên ngoài và sự đe dọa trừng phạt không phải là biện pháp duy nhất để cho con người làm việc. Trong con người có óc khéo léo và sự sáng tạo tiềm ẩn, nhiệm vụ của người quản lý là tạo hoàn cảnh thích hợp để người công nhân có thể đạt được mục tiêu một cách tốt nhất và qua đó góp phần vào sự thành công của tổ chức.
- Các phần thưởng liên quan đến công việc đóng vai trò quan trọng trong việc giao phó cho họ thực hiện mục tiêu. Việc trả công bằng cả vật chất và cả những yếu tố tinh thần.
- Trong những điều kiện thích hợp, con người không những chấp nhận trách nhiệm mà còn biết tự nhận trách nhiệm về mình.

Tôn trọng nhân quyền, tự do của con người để phát huy tính sáng tạo của mỗi con người. Đó là mượn người tự do theo hợp đồng tạm thời, trả lương theo năng suất và chất lượng có hạn định cho cá nhân, kiểm tra thường xuyên.

- Riêng ở Nhật Bản ngày nay đã biết kết hợp giữa truyền thống với các khoa học để ra cung cách quản lý đặc thù mà William Ouchi gọi là lý thuyết Z. Triết lý của thuyết Z là:
- Năng suất đi đôi với niềm tin, phương pháp quản lý loại bỏ lòng nghi kỵ, thúc đẩy và xây dựng niềm tin nhờ vào sự thẳng thắn và lòng trung thực của những con người cùng làm việc với nhau. Triết lý về giá trị niềm tin vừa là phương tiện vừa là sự cứu cánh của sự thành công.

- Sự tinh tế trong mọi quan hệ ứng xử giữa con người với con người đưa lại cho cuộc sống hiệu quả hơn, cân bằng hơn chất lượng hơn.
- Tình thân mật là một trong những yếu tố quan trọng của một xã hội lành mạnh, khả năng cho và nhận trong tình bạn chân thành là cội nguồn thực sự của tình thân. Tình thân loại bỏ những hành vi vị kỷ và bất lương trong nội bộ nhóm.
- Nêu cao tinh thần tập thể "Mỗi người vì mọi người, mọi người vì mỗi người" xây dựng một mạng lưới quan hệ nội bộ tốt, coi nhau như bạn đồng minh, mỗi người là một phần không thể thiếu được trong tập thể. kéo mọi người vào quá trình ra quyết định, sau khi thống nhất ai cũng coi quyết định là của mình, liên đới chịu trách nhiệm...vinh quang cùng hưởng, tổn thất cùng chịu.
- Lý thuyết Kaizen do Masaaki Imai người Nhật Bản viết năm 1986, trong đó ông khuyên các nhà quản lý cần quan tâm đến mấy vấn đề sau: Kỷ luật, quản lý thời gian, phát triển tay nghề trong công ty, tham gia các hoạt động trong công ty, tinh thần lao động, sự cảm thông.
- Gần đây nhà quản lý người Mỹ J. Peter và R. Waterman đã tổng kết những ưu điểm và bài học thành công trong quản lý kinh doanh. Tác giả đã chỉ ra một số đặc trưng của hệ thống quản lý có hiệu quả:
 - + Hành động kiên quyết và nhanh.
 - + Thường xuyên tiếp xúc với khách hàng và người tiêu dùng.
 - + Trao cho người lao động quyền tự chủ nhất định và khuyến khích sáng tạo.
 - + Coi con người là nguồn chủ yếu để nâng cao năng suất lao động và hiệu quả sản xuất.
 - + Gắn với cuộc sống, tập trung chú ý vào một hay vài giá trị của đời sống có ý nghĩa then chốt với nghề kinh doanh.
 - + Giới hạn hoạt động của mình chỉ ở những việc mà mình có sự hiểu biết và làm ăn thông thạo hơn cả.
 - + Sử dụng các hình thức quản lý đơn giản, bộ máy quản lý cần gọn nhẹ.
 - + Kết hợp đồng thời trong quản lý quyền tự do trong một lĩnh vực và chế độ kiểm soát nghiêm ngặt trong lĩnh vực khác.

Như vậy chức năng quản lý là hình thức biểu thị sự tác động có chủ đích của chủ thể quản lý lên đối tượng và khách thể quản lý.

Theo H.Fayol có 6 chức năng, còn B. Evgrafov có 4 chức năng và H. Hoofz lại có 5 chức năng.

6.2. Phân loại

Chức năng quản lý là những hoạt động quản lý đặc biệt, biểu hiện phương hướng tác động hoặc giai đoạn tiến hành quản lý.

6.2.1. Phân loại theo phương hướng

- Chức năng quản lý Nhà nước (quản lý vĩ mô) nhằm điều phối toàn bộ các hoạt động kinh tế - xã hội bao gồm các nội dung đảm bảo thống nhất lãnh đạo chính trị và kinh tế.
- Chức năng quản lý vi mô là chức năng điều hành nội bộ các đơn vị của cán bộ quản lý trên cơ sở các ràng buộc của chức năng quản lý vĩ mô.

6.2.2. Phân loại theo giai đoạn tác động: Quản lý có 5 chức năng

- Chức năng hoạch định/kế hoạch.

- Chức năng tổ chức.
- Chức năng điều hành.
- Chức năng kiểm tra.
- Chức năng điều chỉnh.

6.3. Chức năng hoạch định

Là chức năng quan trọng nhất của quản lý, nhằm định ra chương trình, mục tiêu, chiến lược mà quản lý cần đạt được. Nó là chức năng cơ bản vì nó gắn liền với việc lựa chọn chương trình hành động trong tương lai và là chỗ dựa cho các nhà quản lý đối với chức năng khác.

6.3.1. Hoạch định.

Là quá trình dự đoán, phân tích nhằm vạch ra các định hướng và lường trước các khả năng biến động của môi trường, để thực hiện chuỗi các mục tiêu trung hạn mà hệ thống hướng đến trong quá trình biến đường lối dài hạn trở thành hiện thực.

Hoạch định là cách tốt nhất để hệ thống chinh phục tương lai.

6.3.2. Định hướng

Là quá trình ổn định những nhiệm vụ, những mục tiêu và các phương pháp tốt nhất để thực hiện những mục tiêu và nhiệm vụ đó.

Định hướng nhằm thiết lập một môi trường tốt nhất để các cá nhân đang làm việc với nhau trong hệ thống thực hiện nhiệm vụ có hiệu quả.

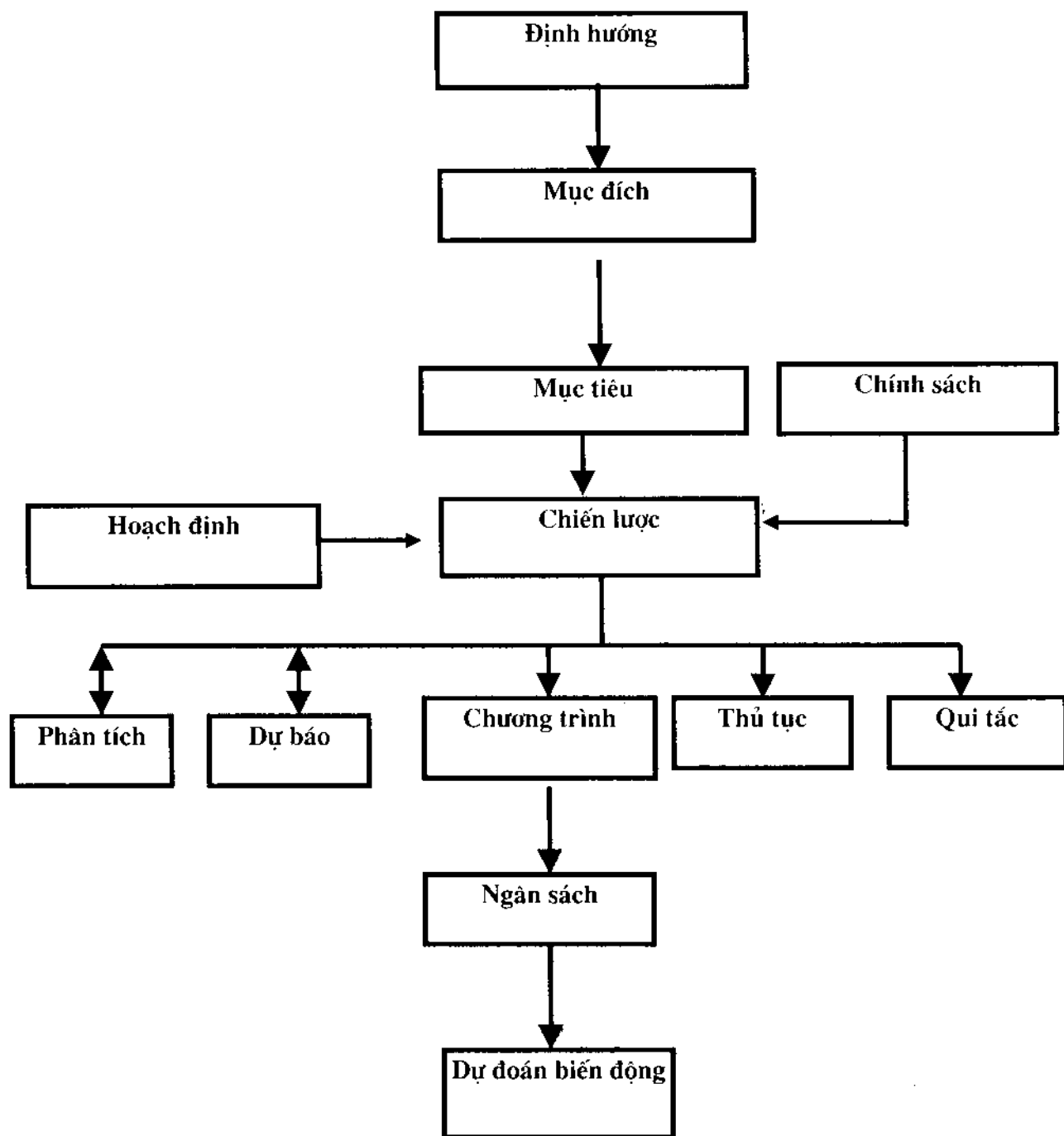
6.3.2.1. Tầm quan trọng của định hướng.

- Đối phó với sự không ổn định trong nội bộ cũng như môi trường.
- Đưa ra các mục tiêu cụ thể.
- Tạo ra khả năng điều hành khoa học có hiệu quả.
- Giúp cho việc phân định trách nhiệm và kiểm tra kết quả.

6.3.2.2. Nội dung của việc định hướng.

a. Mục đích:

- Đặc điểm:
 - + Các quyết định trước khi hành động.
 - + Mục đích liên quan tới các hoạt động trong tương lai.
 - + Đảm bảo sự biến đổi.
- Trở ngại:
 - + Thói quen thích hành động hơn suy nghĩ.
 - + Bỏ quên dự đoán tương lai, vì tương lai chưa có gì là chắc chắn.
- Nguyên tắc:
 - + Hiện tại giới hạn tương lai.
 - + Hành động tích cực.
 - + Cố gắng có tính toán.
 - + Ổn định.
 - + Bất ngờ.
 - + Biến đổi.



Sơ đồ nội dung chức năng hoạch định

Mục tiêu

- + Là định hướng ngắn, có tính chất hoạt động cụ thể, có thể lượng hóa được.
- + Mục tiêu thường biến động từ đơn giản (nhỏ bé) đến phức tạp (to lớn).

Chiến lược

- + Các đường lối tổng quát, các chủ trương mà hệ thống thực hiện trong một thời gian đủ dài.
- + Các mục tiêu cơ bản của hệ thống.
- + Các nguồn lực, các tiềm năng.

Các bước hình thành chiến lược:

- + Đánh giá chính xác thực trạng của hệ thống.
- + Xác định các mục tiêu chiến lược, để trả lời các câu hỏi đặt ra.
- + Xác định nhiệm vụ mà bộ máy hệ thống cần thực hiện.
- + Tổ chức thực hiện.

Chính sách:

Là tổng thể các biện pháp mà hệ thống sử dụng để tác động đến mọi người có liên quan (gián tiếp, trực tiếp) đến hệ thống. Cần phân biệt chính sách và qui tắc ứng xử trong hệ thống.

Chương trình:

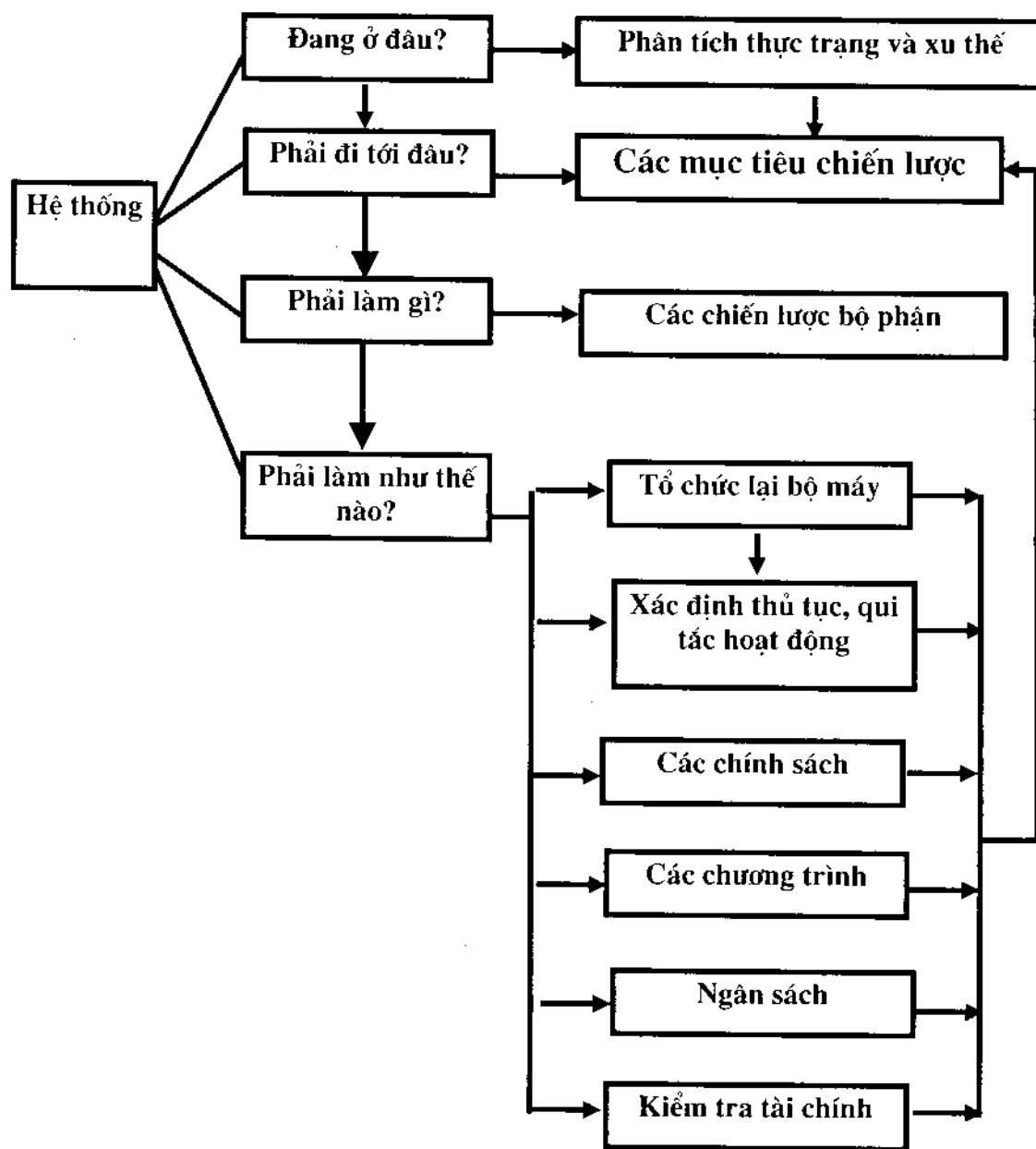
Là tổ hợp các mục tiêu, các chính sách, các thủ tục, các qui tắc, các nhiệm vụ, các bước tiến hành, các nguồn lực, các yếu tố để thực hiện một ý đồ lớn, một mục đích nhất định nào đó của hệ thống.

Lợi ích của chương trình:

- + Là công cụ vô giá cho lãnh đạo cân nhắc, đánh giá khả năng đang có và dành nỗ lực cao nhất cho vấn đề ưu tiên.
- + Phối hợp công việc.
- + Tạo nên tính chủ động cho mỗi bộ phận, cá nhân.

Các bước lập chương trình:

- + Xem xét kỹ các mục tiêu của hệ thống.
- + Chia thành các giai đoạn chính.
- + Lựa chọn trình tự ưu tiên.
- + Ấn định thời hạn thực hiện.
- + Ấn định các chi tiết.



+ Xem xét và phối hợp các chương trình bộ phận.

Ngân sách: Bảo đảm các khoản cần thiết cho việc thực hiện các kết quả đã được lượng hóa chi tiết.

6.3.2.3. Ổn định và đổi mới.

Quá trình hình thành và thực hiện hoạch định chiến lược và hoạch định chiến thuật của hệ thống là quá trình biến động mang tính ngẫu nhiên và rủi ro.

– Hệ thống mất phương hướng:

Nguy hiểm cao nhất, dẫn đến sự đổ vỡ của cả hệ thống, nguyên nhân có nhiều.

+ Lãnh đạo không còn khả năng: do bất lực, do cấp dưới giành giật, lái lãnh đạo theo một hướng khác hoặc lãnh đạo phản bội.

- + Nội bộ mâu thuẫn gay gắt, chia bè phái...
- + Cán bộ quản lý thoái hóa, hư hỏng nghiêm trọng...
- + Lãnh đạo, quản lý chủ quan, nôn nóng, duy ý chí, không tưởng làm cho khả năng thực hiện là không thể.

Hệ thống bị tổn thất.

- + Mất thủ lĩnh chủ chốt.
- + Các rủi ro từ bên ngoài.
- + Do sự đổ vỡ, hư hỏng của một vài phân hệ, bộ phận...
- + Do hoạch định chiến lược không sát.

Ổn định:

Là điều kiện tiên quyết để hoạch định thành công, có ổn định thì mới có thể cân bằng trong hệ thống tạo thế đi lên để tồn tại và phát triển.

Đổi mới:

Là một đòi hỏi khách quan của sự phát triển nhằm hoàn thiện cơ cấu, cơ chế của hệ thống, nâng cao hiệu quả, đáp ứng sự biến đổi của môi trường.

6.4. Chức năng điều khiển

Hoạch định và tổ chức dù đã được thực hiện tốt nhưng nó không được điều khiển đưa vào vận hành thực tiễn thì cũng không có giá trị gì. Người thực hiện điều khiển hệ thống là người phải thực sự nắm được quyền lực quản lý có các tri thức và kỹ năng lãnh đạo nhất định.

6.4.1. Quyền lực quản lý

Là mức độ, phạm vi chi phối và khống chế cho phép của các cán bộ quản lý và lãnh đạo đối với các con người, các phạm vi nhất định trong hệ thống.

- Khả năng chi phối, khống chế và chấp hành của thuộc quyền.
- Thực quyền quản lý và quản lý giả tạo:
 - + Do cơ cấu và cơ chế.
 - + Do thực lực lãnh đạo.
- Quyền lực quản lý phải tương xứng với trách nhiệm và nghĩa vụ.
- Quyền lực quản lý gắn liền với lợi ích.

6.4.2. Vai trò của quyền lực quản lý

Quyền lực quản lý là phương tiện hữu hiệu giúp người lãnh đạo và các thủ lĩnh tập hợp, tổ chức, rèn luyện và lôi kéo mọi người trong hệ thống liên kết chặt chẽ lại với nhau tạo ra sức mạnh và thực hiện thành công hoạch định của hệ thống.

6.4.3. Điều khiển hệ thống

Là một chức năng của quản lý, đó là quá trình chủ thể điều khiển, sử dụng quyền lực quản lý của mình tác động lên hành vi của con người trong hệ thống để họ tự nguyện và nhiệt tình thực hiện các mục tiêu của hệ thống.

6.4.4. Ủy quyền

Là việc cấp trên cho phép cấp dưới có quyền ra quyết định về những vấn đề thuộc quyền hạn của cấp trên. Đây là một phạm trù quan trọng, là công cụ sắc bén, là phong cách lãnh đạo dân chủ khá phổ biến thời nay.

6.4.4.1. Hình thức ủy quyền.

- Ủy quyền chính thức: Qua sơ đồ cơ cấu tổ chức quản lý.
- Ủy quyền không chính thức qua sự tín nhiệm cá nhân.

6.4.4.2. Lợi ích.

- Giải phóng cho lãnh đạo: Sự vụ, tập trung vào những việc lớn.
- Tạo điều kiện đào tạo lãnh đạo cấp dưới, tạo môi trường rèn luyện, lựa chọn cán bộ trong tương lai.

6.4.4.3. Những trở ngại và hậu quả.

- Không tin vào năng lực cấp dưới, bao biện ôm đồm.
- Sợ mọi người, tổ chức cấp trên đánh giá là kém cỏi, và trong thực tế những cán bộ quản lý không biết chia sẻ, phân quyền là những cán bộ quản lý có vấn đề về năng lực hoạch phẩm chất.
- Sợ bị coi là thiên vị...

Nếu không ủy quyền sẽ dẫn tới những hậu quả sau:

- Không khuyến khích cấp dưới làm việc tích cực nhất là việc xử lý đột xuất và ngoại lệ.
- Tạo tâm lý chờ đợi, ỷ lại, thiếu tự tin của cấp dưới.
- Không còn thời gian, sức lực để làm những việc lớn hơn, có ích hơn cho hệ thống.

6.4.4.4. Nguyên tắc.

- Phải hiểu rõ đặc tính tâm lý và năng lực của người được ủy quyền.
- Giới hạn và kiểm tra.
- Quyền hạn tương ứng với trách nhiệm.
- Nguyên tắc và trách nhiệm kép.
- Nguyên tắc về quyền hạn duy nhất.

6.5. Chức năng điều chỉnh

Đó là sự khắc phục các ách tắc trì trệ của hệ thống, đảm bảo tính ổn định cho hệ thống phát triển, gìn giữ lòng tin.

Điều chỉnh phải đúng mức độ, tránh vội vã, tránh lười biếng thiếu tổ chức.

Phải xét kỹ đến các hậu quả và hiệu quả của việc điều chỉnh.

XÂY DỰNG ĐỘI HÌNH LÀM VIỆC

Ths. Phan Văn Tường

MỤC TIÊU

1. Nêu các đặc điểm và lợi ích của làm việc theo đội hình.
2. Phân tích vai trò của người quản lý trong một đội hình làm việc có hiệu quả.
3. Giải thích một số yếu tố cần cho việc xây dựng đội hình làm việc có hiệu quả.

1. Khái niệm về đội hình làm việc (Team)

Trong quản lý từ trước đến nay chúng ta đã dùng một số từ như Êkíp làm việc, nhóm làm việc. Tuy nhiên trên thực tế đứng về góc độ nhận thức chung thì từ Êkíp được hiểu với các nghĩa khác nhau. Nhiều người cho rằng Êkíp là một nhóm người làm việc trong cùng một tổ chức có cùng một mục tiêu, mục đích nào đấy. Tuy nhiên, trong văn hóa của người Việt hiện nay thì phần lớn Êkíp còn được hiểu với nghĩa không tốt ví dụ như người ta hiểu rằng Êkíp với nhau là cấu kết với nhau để đấu tranh, bảo vệ quyền lợi của một số người hoặc cá nhân nào đó.

Một số người còn dùng từ đội làm việc hoặc nhóm làm việc tuy nhiên hai từ này nó không thể áp dụng cho một tổ chức, đơn vị lớn có tới hàng ngàn người.

Từ đội hình làm việc nó có thể áp dụng được các hoàn cảnh nói trên ngoài ra nó còn mang tính chất cấu trúc của một tổ chức.

Đặc điểm của đội hình làm việc:

- Ít nhất phải có từ 2 người trở lên.
- Họ phải có các hoạt động chung mục đích nào đó.

Ngoài ra trong y tế đội hình còn được xem là “Các cán bộ y tế cùng làm việc với nhau trong không khí hòa thuận hướng tới mục đích chung”

Đội hình làm việc có hiệu quả là đội hình làm việc với chất lượng cao khái niệm này chúng ta sẽ được làm rõ trong phần sau.

2. Lợi ích của làm việc theo đội hình

- Làm việc theo đội hình là một cơ chế hiệu quả, cơ chế đó cho phép các thành viên cùng với nhau phấn đấu để đạt được những mục tiêu và mục đích chung.
- Cách làm việc đội có rất nhiều ích lợi:
 - + Làm giảm đi những cản trở giữa chức năng, các vị trí công tác và con người.
 - + Làm tăng cảm giác mình là một thành viên quan trọng không thể nào thiếu được, do vậy nó làm tăng tinh thần làm chủ.
 - + Tăng thêm tính đa dạng và tập trung vào một mục đích và các mục tiêu chung.

- Lợi ích của cá nhân khi làm việc theo đội hình
 - + *Làm việc bớt căng thẳng.*
 - + *Trách nhiệm được chia sẻ.*
 - + *Kỹ năng và hiểu biết được nâng cao hơn.*
 - + *Thành công và thất bại được chia sẻ.*
 - + *Các thành viên có thể chia sẻ kinh nghiệm và học tập lẫn nhau.*
 - + *Làm việc theo đội hình làm việc vui và nhiều điều thú vị hơn.*

3. Đặc tính của đội hình làm việc có hiệu quả

3.1. Cảm giác của các thành viên trong đội hình làm việc có hiệu quả

Thành viên của đội hình làm việc có hiệu quả, mô tả cảm giác của họ một cách tự nhiên theo các ý không thay đổi.

“ Không có người nào cảm giác đứng ngoài cuộc, chúng tôi cảm thấy rằng trong mọi việc từng người đều có trách nhiệm giải quyết”;

“ Chúng tôi tôn trọng lẫn nhau”; “ Chúng tôi đối xử với nhau rất nghiêm túc” “Không có một người nào bị coi thường ”;

“ Chúng tôi có cảm giác là chúng tôi hiểu nhau một cách dễ dàng “ Nếu họ nói là họ làm”;

“ Chúng tôi thật rất chân tình “ ; “ Cảm giác như là anh em trong một gia đình ”;

“ Mọi người không giấu diếm điều gì”; “ Tất cả mọi việc chúng tôi đều đưa ra bàn tập thể” ;

“ Nếu có sự việc gì không đúng chúng tôi cùng nhau giải quyết” ;

3.2. Tình thân làm chủ

- Không ai có cảm giác là người đứng ngoài.
- Tất cả mọi người có thời gian gần gũi nhau và đó là thời gian rất đẹp.
- Chúng tôi có cảm giác thật sự là đồng đội của nhau.
- Tất cả các thành viên có cảm giác mình là người tham gia thực sự trong quá trình lập kế hoạch và giải quyết vấn đề liên quan đến họ.
- Họ có tất cả các thông tin họ cần.
- Họ có cảm giác họ có vai trò trong các công việc và phần thưởng cho mục đích chung của đội.
- Không có sự phân biệt bậc thứ.

Đội làm việc phải rất nhạy cảm với một ý nghĩ là mọi người cùng có vai trò trong việc này.

3.3. Sự cam kết

Có một sự nhận thức mạnh mẽ về sự cam kết với mục đích và thành tích của đội.

Điều thường được hỏi tưởng lại như là “ Các thành viên của đội thoã mãn các nhu cầu cá nhân”. Hành động thể hiện sự cam kết đó là:

- Chuyên tâm
- Mong chờ để đi làm
- Quan tâm đến kết quả làm việc của đội có tốt hay không.

- Nhận trách nhiệm cá nhân khi đội không đạt được mục đích.
- Thoả mãn về cá nhân khi đảm bảo chắc chắn là toàn đội sẽ thành công.
- Là người quyết định sự thành công.
- Không bao giờ nản chí từ bỏ mục tiêu chung của đội.

Một sự cam kết về mặt chất lượng của mỗi một người trong qui trình, sản xuất hoặc dịch vụ, là cách duy nhất để chứng tỏ sự đảm bảo là sản phẩm đáp ứng tốt đối với đối tượng phục vụ.

Một điều đơn giản là sự cam kết trong các thành viên của đội dựa trên sự tự nguyện phục tùng các cam kết chung nhằm để đạt được mục đích của đội.

3.4. Sự chân thật

- Chân thành với tập thể và với các thành viên khác trong đội.
- Không bao giờ rình rập chờ cơ hội để làm hại người khác.
- Chúng tôi luôn luôn quan tâm đến cái gì xảy ra với từng người.
- Không ai xem thường ai.
- Chúng tôi sẵn sàng tìm mọi cơ hội để giúp những người khác để họ được tốt hơn.

Khi có một vấn đề gì xảy ra thì mọi người đều nghĩ rằng bạn họ đã cố gắng hết sức.

3.5. Sự khiêm hân / tự hào

Mọi thành viên làm việc một cách chăm chỉ cho đến khi công việc hoàn thành và họ luôn hiểu đồng đội của họ làm việc như thế nào.

Kết quả được xem xét một cách nghiêm túc và được xem đây là cơ hội để học hỏi để làm cho công việc tốt hơn, chứ không phải là tìm khuyết điểm để phê bình và chỉ trích lẫn nhau. Thể hiện sự thay đổi quan niệm trong công tác giám sát hỗ trợ của quản lý. Người giám sát viên xem đây là cơ hội để phát hiện các vấn đề còn non yếu của cấp dưới nhằm mục đích đào tạo cấp dưới làm việc được tốt hơn. Cấp dưới xem đây là cơ hội để học hỏi để hoàn thiện nhằm mục đích học tập làm cho công việc trong tương lai sẽ được tốt hơn.

Các thành viên tin tưởng rằng công việc làm của họ rất quan trọng và họ hiểu được sản phẩm và sự phục vụ của họ gắn liền với mục đích và sản phẩm của tổ chức của họ.

“Tôi cảm thấy tự tin”; “Tôi cảm thấy là tôi có thể làm được tất cả mọi việc mà tôi được giao”.

Khi con người làm việc gì tương xứng với họ, họ có một cảm giác mạnh mẽ là họ thấy họ xứng đáng với sự quan trọng trong giải quyết công việc.

3.6. Lòng tin

Các thành viên:

- Làm những việc mà họ được giao để làm.
- Nhiều khi khó chịu và đau đớn phải nói thẳng mọi việc, nói thẳng sự thật vì công việc chung nhưng đây là việc phải làm.
- Họ không che giấu thông tin với những người khác khi họ thấy rằng các thông tin này đồng nghiệp của họ nên có.
- Họ được đồng nghiệp đánh giá về hiểu biết và kỹ năng để tiến hành công việc.

Các hành vi ứng xử thể hiện sự mất lòng tin

- Mọi người được kiểm tra một cách thường xuyên, cấp trên không tin vào nội dung báo cáo của cấp dưới.

- Có một sự thiếu hụt về thông tin, mọi người thường ngạc nhiên về sự thay đổi đột ngột kế hoạch các quyết định mà họ nên biết trước.
- Có rất nhiều chuyện bí mật, không rõ ràng về chi trả tài chính, sự khuyến khích, bình bầu, phần thưởng và sự phân công công việc.

4. Kết quả của làm việc theo đội hình

Sự khác nhau rất cơ bản và thực tế giữa đội làm việc có hiệu quả cao với các đơn vị khác là khi ta so sánh sản phẩm của họ làm ra. Có ba kết quả chính mà họ đạt được đó là:

4.1 Sử dụng tối đa nguồn lực

Sử dụng năng lực:

- Khuyến khích động viên
- Kiến thức
- Kỹ năng
- Kinh nghiệm
- Làm được những việc tưởng chừng không làm nổi
- Giải quyết được các trở ngại
- Học được kỹ năng mới
- Phát triển được những điều mới mẻ về nội tâm
- Kích thích sự suy nghĩ
- Giải quyết các vấn đề
- Hiểu hơn về tổ chức của họ
- Họ có những cố gắng vượt lên

4.2. Sản phẩm đầu ra của nhóm làm việc có hiệu quả hạn chế được các vấn đề sai sót

- Sự mong đợi lớn hơn.
- Vượt lên cả những cái mà họ và mọi người cho là không thể làm được.
- Tăng thêm nội lực
- Mức độ năng lượng tập trung cho công việc là cao hơn.
- Sự tiếp cận công việc của họ với mong đợi cao hơn vì vậy mà họ sẽ tìm cách để giải quyết được các vấn đề khó khăn nhất và các cách thức xảy ra đột xuất.

4.3. Liên tục cải tiến.

- Một kết quả khi mà sự cải tiến liên tục được áp dụng bởi một đội hình làm việc có hiệu quả là “thoả mãn đối tượng phục vụ” (đối tượng bên trong và đối tượng phục vụ bên ngoài) và tăng lượng sản phẩm.
- Sự cải tiến liên tục được giới thiệu trong quản lý chất lượng toàn diện (TQM) nhưng không một qui trình nào của TQM được đề cập và áp dụng có hiệu quả khi chưa xây dựng được đội hình làm việc có hiệu quả.
- Tất cả các kỹ thuật và qui trình này đòi hỏi một trình độ thông tin, truyền thông, tiếp xúc đáp ứng và hợp tác cao.

- Các kỹ thuật và qui trình đòi hỏi phải có một môi trường của một đội hình làm việc có hiệu quả với sự quản lý theo tinh thần đồng đội.

5. Sự lãnh đạo đội hình làm việc có hiệu quả

Sự lãnh đạo:

Người lãnh đạo đội hình công tác có hiệu quả có chức năng gì ?

- Họ dẫn dắt đội làm việc.
- Họ tập trung chú ý vào cả hai sự phát triển nhân lực của đội và sự thực hiện công việc của đội.
- Họ xem tất cả các công việc như là một cơ hội cho họ hợp sức.

Họ luôn luôn tập trung vào:

- Sự hoạt động của toàn đội hơn là của cá nhân đơn lẻ.
- Sự cam kết như là một cách để đạt được sự thực hiện công việc có hiệu quả cao, chứ không phải là để kiểm soát mọi người.
- Họ xem họ như là một thành viên của đội.

Có ít nhất 3 vai trò rõ ràng của một người lãnh đạo một đội hình làm việc có hiệu quả: Người khởi xướng, người mẫu mực và ông bầu.

Người khởi xướng

Người lãnh đạo đội công tác có hiệu quả khởi xướng ra rất nhiều hoạt động và qui trình để xây dựng nên một đội hình làm việc của họ trong đội công tác có hiệu quả.

Hướng dẫn cơ bản cho việc bắt đầu phát triển xây dựng đội là làm cho sự công tác hợp sức trở thành một tiêu chuẩn chung cho mọi hoạt động của họ. Cách họ bắt đầu xây dựng đội là tạo cho toàn đội tham gia ngay từ thời gian đầu của qui trình.

Người mẫu mực

Người lãnh đạo của đội hình làm việc có hiệu quả rất mẫu mực trong làm việc và hành vi ứng xử, các việc đó nó giúp cho sự phát triển của đội hình của họ. Nói một cách đơn giản nhất điều đó có nghĩa là họ gương mẫu làm những gì mà mọi thành viên trong đội mong đợi.

Họ gương mẫu về hai cách:

- Họ gương mẫu theo cách riêng của họ để hoàn thành công việc và thực hiện nhiệm vụ của họ.
- Họ gương mẫu theo cách họ có tác động, ảnh hưởng với đồng nghiệp của họ.

Ông bầu

Ông bầu bao gồm cả các cuộc thảo luận chính thức và không chính thức mà người lãnh đạo đội phải có với từng cá nhân và các nhóm trong đội.

Bốn chức năng của ông bầu như sau:

- Họ tư vấn và giúp các thành viên của đội làm rõ các vấn đề, phát triển các chiến lược thay thế và giải quyết các vấn đề thuộc về kỹ thuật và cá nhân.
- Họ giáo dục và giúp đỡ các thành viên của đội làm rõ hiểu được các chính sách, qui định của tổ chức, các cơ hội của chính nghề nghiệp của họ.
- Họ hướng dẫn và giúp đỡ các thành viên của đội phát triển các kỹ năng và kỹ thuật.

- Họ (khi cần thiết) đối đầu và thách thức với các thành viên của đội về sự cải thiện các hoạt động của họ và chịu trách nhiệm các quyết định trong tình huống khó khăn.
- Sản phẩm của đội hình làm việc có hiệu quả trong việc để phòng các sai sót chỉ đạt được khi mọi người cam kết hoàn toàn với giá trị và mục đích của đội.
- Mọi người cam kết với mục đích và giá trị của đội, khi các mục đích và giá trị đó rõ ràng, có ý nghĩa và phản ánh được một số điểm mà họ có một vài ảnh hưởng (hoặc liên quan đến công việc của họ).
- Con người khi cho họ cơ hội tự chủ làm việc họ sẽ tạo ra sản phẩm hướng về mục tiêu cao hơn là khi họ bị áp đặt từ bên ngoài bởi người khác.

6. Một số yếu tố cần cho việc xây dựng đội hình làm việc có hiệu quả

6.1. Đối với các thành viên trong đội phải xây dựng được nhiệm vụ, mục đích, giá trị và sự mong đợi của tổ chức đối với họ.

6.2. Đối với đội phải có đủ (3 S + T) của đội hình làm việc hiệu quả

- Sự cam kết.
- Sự hợp tác.
- Sự cống hiến.
- Truyền thông.

6.3. Yêu cầu đối với người lãnh đạo

- Phải có kỹ năng cá nhân cao về:
 - + Nhu cầu về tinh thần làm chủ
 - + Nhu cầu về sự công nhận các thành tích mà cá nhân đã đạt được
 - + Sự hỗ trợ
- Hiệu quả của tổ chức
 - + Tìm được sự cân bằng giữa nhiệm vụ với quan hệ con người (Quyền lực với con người...).
- Luôn chú ý lắng nghe và có khả năng bày tỏ quan điểm của mình:

Nói cái gì cần phải làm

- + Lắng nghe và làm tăng thêm sức mạnh và quyền hạn cho nhân viên (bằng cách xem xét các vấn đề một cách nghiêm túc.)
- + Giao đủ quyền hạn cho nhân viên để họ giải quyết các vấn đề và thực hiện các ý tưởng.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

Bạn hãy nhớ lại trong cuộc đời mình, bạn đã có một đội hình làm việc có hiệu quả nhất theo định nghĩa trên. Đội hình có thể là một nhóm bạn cùng học thời kỳ học sinh phổ thông, đại học hoặc một nhóm bạn bè chơi thân, hiểu nhau, một nhóm đồng nghiệp trong cùng cơ quan, mà bạn cho là thời gian làm việc hiệu quả và đáng ghi nhớ, kể cả một đội hình có thể trong gia đình.

BÀI TẬP

Hãy viết 1 đến 2 trang để trả lời 2 câu hỏi sau:

Câu 1. Hãy mô tả đặc tính của đội hình đó về các mặt như: Quan hệ mọi người với nhau, kết quả công việc, quan hệ xã hội của cá nhân và nhóm, việc phối hợp để giải quyết các công việc, hiệu quả hoạt động so với các đội khác như thế nào? Người lãnh đạo có đặc tính gì?

Câu 2. Phát hiện các yếu tố hiện nay còn thiếu ở cơ quan của bạn đang công tác hiện nay về việc xây dựng đội hình có hiệu quả?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

CDC. Tembuilding(1997), Tài liệu tập huấn về quản lý chất lượng toàn diện, Atlanta.

Nguyễn Hữu Lâm, (1996), Hành vi tổ chức, Nhà XBGD, 1996

Kenneth Stott & Allen Walker(1992). Making, Management work. Prentice Hall.

Robert Kreitner(1995). Management. Houghton Miling Company

QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN (TQM)

Ths. Phan Văn Tường

MỤC TIÊU

Sau khi học xong phần này học viên có khả năng:

1. Phân tích quan niệm mới về Chất lượng và Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management-TQM).
2. Phân tích bốn nguyên tắc trong quản lý chất lượng toàn diện.
3. Giải thích bảy bước của qui trình Quản lý chất lượng toàn diện và ứng dụng được vào một tình huống cụ thể.

1. Giới thiệu về quản lý chất lượng toàn diện

Nguồn gốc về cải tiến chất lượng được “gieo cấy” từ lâu ở Mỹ, song chính người Nhật lại gặt hái thành quả đầu tiên của cuộc cách mạng này.

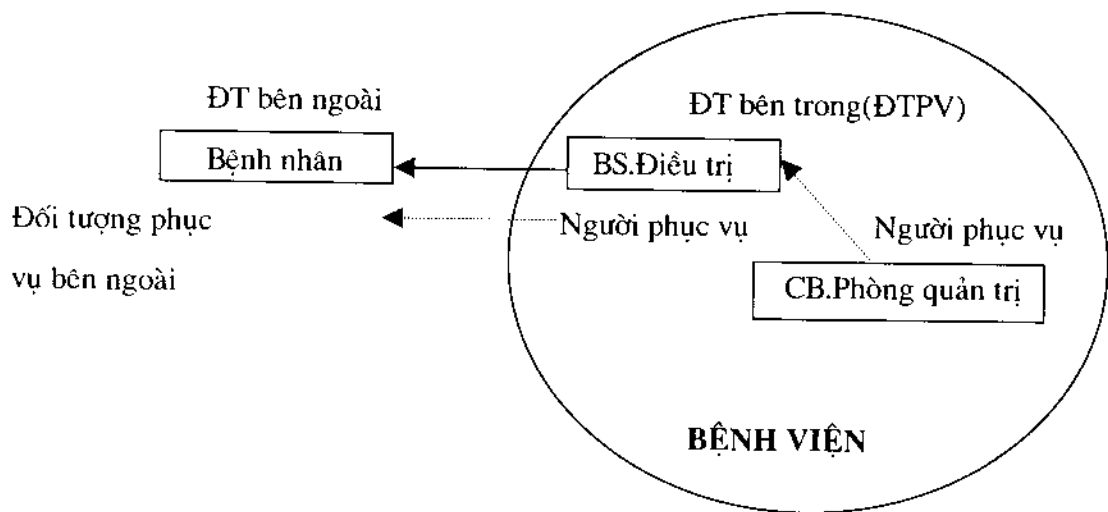
Vào những năm 1950 một nhà toán học, chuyên gia Mỹ tên là Eward Deming và kỹ sư Josep Juran đã giới thiệu lý thuyết về chất lượng, người Nhật đã phát triển lý thuyết này và ứng dụng một cách rộng khắp. Việc sớm áp dụng quản lý chất lượng vào trong đời sống sản xuất đã góp phần đưa nước Nhật từ một nước đổ nát sau chiến tranh thế giới thứ II trở thành một đối thủ cạnh tranh có hạng trên thế giới trên nhiều lĩnh vực.

2.1. Định nghĩa về Chất lượng và Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

Chất lượng là: Sự thoả mãn nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ.

Quản lý chất lượng toàn diện là: Cách đảm bảo sự thoả mãn/hài lòng của đối tượng phục vụ (ĐTPV)/khách hàng thông qua sự lôi cuốn tất cả các thành viên trong việc học cách làm thế nào sản xuất sản phẩm được tín nhiệm, phân phối sản phẩm và phục vụ chất lượng cao.

Khác với quan niệm cũ về chất lượng, quan niệm mới TQM tập trung và lấy trọng tâm là sự thoả mãn của đối tượng phục vụ. Sự thoả mãn đối tượng phục vụ không chỉ có đối tượng phục vụ bên ngoài những người sử dụng dịch vụ mà còn phải thoả mãn đối tượng phục vụ bên trong, các đồng nghiệp cùng công tác trong cùng một tổ chức. TQM đòi hỏi sự cố gắng của toàn đội, muốn có quản lý chất lượng toàn diện không thể thiếu công tác xây dựng đội hình làm việc (Team building). Giải pháp cho các vấn đề cần có sự tham gia của tất cả các thành viên, những người làm việc trong các qui trình.



Sơ đồ về đối tượng phục vụ bên trong và bên ngoài

Bốn nguyên tắc trong thực hiện quản lý chất lượng toàn diện

- Thoả mãn đối tượng phục vụ
 - Quản lý dựa trên số liệu thực tế
 - Tôn trọng mọi người
 - Lập kế hoạch-Thực hiện-kiểm tra- hoạt động để đề phòng các sai sót có thể xảy ra/cải thiện qui trình (Plan-Do-Check-Action)
- Thỏa mãn đối tượng phục vụ không chỉ là thoả mãn các nhu cầu và các mong muốn hợp lý của khách hàng, mà nó còn thể hiện quan điểm xem nhu cầu của đối tượng phục vụ là trọng tâm. Ví dụ trong phòng tư vấn về sinh đẻ kế hoạch, một bà mẹ gõ cửa phòng tư vấn để hỏi bạn, thì bạn nên xem việc đó không phải là làm gián đoạn công việc của bạn mà là đó chính là công việc của bạn.
 - Quản lý dựa vào thực tế, có nghĩa là các quyết định đều dựa trên cơ sở số liệu thực tế khách quan, không dựa vào ý kiến chủ quan của người quản lý. Nói một cách khác là "Nói bằng con số".
 - Tôn trọng mọi người: TQM cần có sự tham gia của mọi người ở mọi cấp, từ người gác cổng cho đến ông giám đốc. Mỗi người là một mắt xích để giải quyết vấn đề và họ là một phần trong lựa chọn và thực hiện giải pháp để giải quyết vấn đề cụ thể. Chúng ta cần phải xây dựng sự nhất trí cao trong đội hình làm việc trong tổ chức, cơ quan của chúng ta. Chúng ta phải lắng nghe và tôn trọng người khác, những người thực sự tham gia vào trong quy trình giải quyết vấn đề.
 - Lập kế hoạch-Thực hiện-kiểm tra- điều chỉnh là nguyên tắc làm việc nó nhấn mạnh 4 giai đoạn của công việc:
 - + Lập kế hoạch
 - + Thực hiện kế hoạch
 - + Kiểm tra kết quả đã làm và
 - + Phòng các sai sót có khả năng xảy ra hoặc tăng cường cải thiện các qui trình làm việc.

2. 2. Bảy bước của qui trình thực hiện quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

1. Nêu chủ đề
2. Đánh giá tình hình hiện tại của vấn đề
3. Phân tích vấn đề
4. Lựa chọn giải pháp
5. Kết quả can thiệp
6. Chuẩn hóa
7. Kế hoạch tiếp theo.

Bước 1. Nêu chủ đề là bước đầu tiên của TQM để xác định chủ đề thuộc chương trình nào, khu vực nào, ở đâu, và các lý do để chúng ta tập trung giải quyết vấn đề đó. Một số hoạt động có thể tiến hành trong thời gian này như điều tra đối tượng phục vụ, cả đối tượng phục vụ bên trong lẫn ngoài hoặc xem xét lại thư góp ý, lời nhận xét, lời kêu ca phàn nàn của ĐTPV/bệnh nhân ở hòm thư góp ý, sổ góp ý, hoặc xác định những vấn đề mà các thành viên trong đội hình làm việc đã biết bằng các phương pháp sau:

- + **Động não.** Lấy ý kiến của mọi người một cách độc lập, sau đó tập hợp lại để phân tích sau này. Phương pháp này nhằm tạo ý kiến tập thể, phát huy và sử dụng hiểu biết của mọi người giúp người quản lý không bỏ sót các vấn đề hoặc phát hiện lựa chọn giải pháp/cách giải quyết vấn đề tốt nhất.
- + **Sơ đồ diễn tiến** là một công cụ rất có ích trong việc xác định khu vực nào, khâu nào có vấn đề.....khi ta sử dụng sơ đồ diễn tiến để vẽ ra các bước cụ thể của qui trình công việc. Thông thường trong bước này chúng ta có được một danh sách rất nhiều các vấn đề.
- + Chúng ta có thể sử dụng phương pháp **biểu quyết nhiều lần** để hạn chế các vấn đề ở mức có khả năng quản lý được, thông thường chúng ta hạn chế từ 3 đến 5 vấn đề. Phương pháp biểu quyết nhiều lần là phương pháp làm việc nhóm quan trọng, nó giúp ích cho chúng ta xây dựng sự đồng lòng nhất trí của toàn nhóm. Sau đó chúng ta dùng bảng lựa chọn vấn đề

Dùng ma trận chọn ra một vấn đề để giải quyết. Bảng lựa chọn vấn đề là một bảng cho điểm khi đội hình làm việc đánh giá các vấn đề và cho điểm về sự tác động lên đối tượng phục vụ của vấn đề (vấn đề nào tác động một cách trực tiếp và mạnh lên đối tượng phục vụ cả ĐTPV bên trong lẫn bên ngoài thì có điểm cao) nhân với sự cần thiết của việc giải quyết vấn đề (tần số xuất hiện của vấn đề, tính nghiêm trọng của vấn đề).

Ví dụ ứng dụng vào trong công tác quản lý đào tạo dân số

Phần này đòi hỏi có các cuộc điều tra xã hội học về công tác dân số, để nắm bắt được nhu cầu của các gia đình về công tác bảo vệ bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình (BVBMTE/KHHGD). Trong giai đoạn này có thể chúng ta lấy ý kiến thăm dò của các bà mẹ bằng phương pháp thảo luận nhóm có trọng tâm (Focus group discussion) kết hợp với việc hình thành các đội hình làm việc (Team work) bao gồm những người liên quan đến công tác này trong cơ sở công tác của DSKHHGD-BVBMTE. Áp dụng kỹ thuật động não để đưa ra các chủ đề về DS/KHHGD/BVSKBMTE sau đó dùng kỹ thuật biểu quyết nhiều lần để hạn chế bớt các chủ đề đến còn từ 3 đến 5 vấn đề.

Để chọn ra chủ đề cần giải quyết ta sử dụng bảng lựa chọn chủ đề sau

Chủ đề	Đối tượng phục vụ	Tác động lên đối tượng phục vụ	Sự cần thiết cần phải được giải quyết	Tích số
Chủ đề 1	xxxxx	xx	xxxxxxxxx	yyy
Chủ đề 2	xxxxxxxxx	xxx	xxxxx	zzzz

Thang điểm: 1: Không, 2: Một vài, 3: Trung bình, 4: Lớn, 5: Rất lớn

Tích số nào cao nhất thì được ưu tiên giải quyết trước.

Ngoài các công cụ trên chúng ta có thể sử dụng phương pháp khác để xác định vấn đề và lựa chọn ưu tiên.

Bước 2. Tình hình hiện tại của vấn đề: Chọn lựa một vấn đề và đặt ra mục tiêu để giải quyết/tăng cường hoặc cải thiện. Ở bước này chúng ta thu thập tất cả các số liệu chi tiết liên quan đến mọi mặt của vấn đề. Một vài công cụ chúng ta có thể sử dụng như bảng kiểm (*Check-list*) trong thu thập thông tin về cái gì(cái gì xảy ra), ai(ai làm việc này, ai nhận sản phẩm này, ai chịu trách nhiệm về vấn đề này?), nơi nào? khi nào? (Thời gian nào? tần suất xuất hiện?) và như thế nào? (vấn đề xảy ra như thế nào ? bao nhiêu và bao lâu?). Một biểu đồ để thể hiện số liệu dưới dạng nhìn thấy được là một sự cần thiết, trong đa số trường hợp người ta sử dụng *biểu đồ Pareto* để sắp xếp số liệu và nó sẽ cho chúng ta thấy được khu vực chủ yếu của vấn đề. Đây là một cách để cho chúng ta biết được trong nhiều khu vực, tiểu vấn đề, cái nào là chủ yếu đóng góp vào trong việc tạo ra vấn đề. Sản phẩm của bước này là nêu lên được vấn đề, nêu vấn đề là mô tả vấn đề với một thuật ngữ cụ thể về các số liệu thể hiện vấn đề tồn tại. Tiêu chuẩn để nêu vấn đề như sau:

Cái gì?

Bao nhiêu?

Ở đâu?

Đối tượng nào?

Thời gian nào?

Ví dụ về nêu vấn đề:

Năm 1997 tại huyện X có 30 bà mẹ đẻ con thứ 3.

Bước 3. Phân tích vấn đề: Trong phần trước chúng ta đã mô tả ai, cái gì, như thế nào và khi nào vấn đề xảy ra. Trong phần phân tích, trả lời câu hỏi *Vì sao?* chúng ta xác định nguyên nhân gốc rễ của vấn đề, đây là các nguyên nhân, bằng cách sử dụng khung xương cá (Fish-bone, Ishikawa) để chỉ ra mối liên quan giữa hậu quả và nguyên nhân của vấn đề. Nêu vấn đề là phần đầu của xương cá, đó là hậu quả mà chúng ta đang tìm các nguyên nhân của hậu quả đó. Một số xương chính là những nguyên nhân chung như con người, phương pháp, phương tiện, môi trường. Chúng ta có thể diễn giải khung xương cá bằng cả hai cách hỏi “*Vì sao?*” hoặc “*Bởi vì*”. Các nguyên nhân gốc rễ có thể giải quyết được được khoanh tròn lại, nó có ý chỉ ra rằng nguyên nhân này có thể giải quyết được.

Ví dụ: Tại quận Đống Đa có 60% bệnh nhân Lao đến khám muộn sau 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên.

Sơ đồ phân tích (Xem phụ lục 4).

Trong sơ đồ khung xương cá, các nguyên nhân khu vực chính có nhiều và có nhiều cách chia khác nhau tùy trường hợp cụ thể, tuy nhiên, để tránh bỏ sót người ta thường chia nguyên nhân ra thành 4 khu vực:

Nguyên nhân do con người (trong đó có thể ở)

Nguyên nhân tại môi trường (địa lý cũng như về môi trường chính sách)

Nguyên nhân tại phương tiện

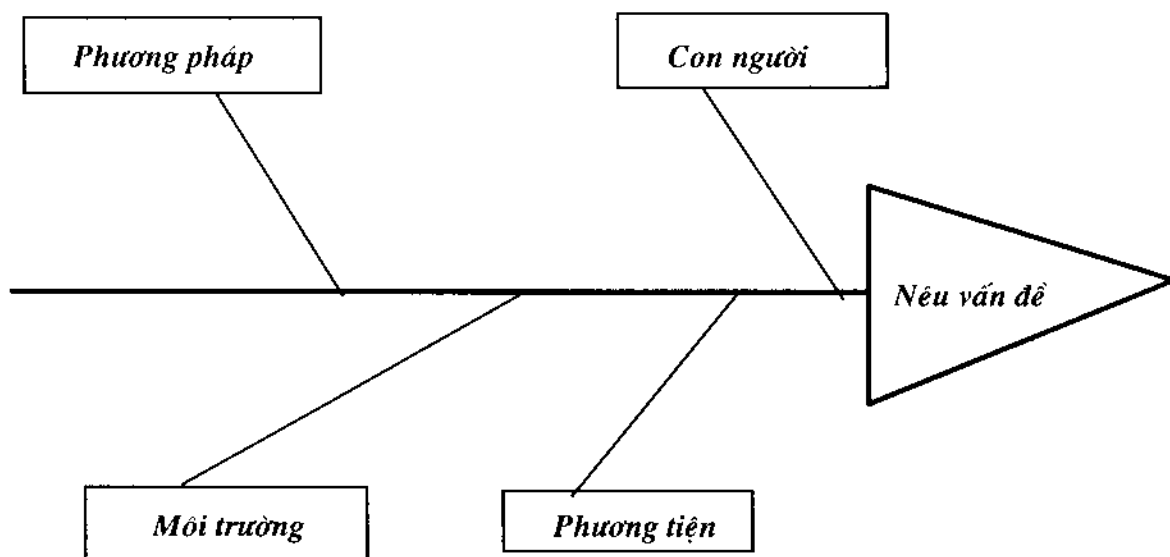
Nguyên nhân tại kỹ thuật.

Tương tự như vậy chúng ta có thể làm bài tập sau phân tích tiếp theo sơ đồ khung xương cá.

BÀI TẬP THẢO LUẬN NHÓM LÀM TẠI LỚP

Sử dụng kỹ thuật khung xương cá, hãy phân tích vấn đề sau:

Tại Quận X có 40% số phụ nữ trong tuổi sinh đẻ không áp dụng biện pháp tránh thai vào thời điểm tháng 3/2000.



Bước 4. Lựa chọn giải pháp. Lập kế hoạch và ứng dụng lựa chọn giải pháp sẽ giải quyết nguyên nhân gốc rễ của vấn đề. Việc này có thể làm được bằng cách sử dụng bảng lựa chọn vấn đề, bảng này tương tự như bảng lựa chọn chủ đề đã sử dụng trước đây. Đối với từng nguyên nhân gốc rễ đội hình làm việc sử dụng phương pháp động não, lựa chọn ra giải pháp mang tính chất thực thi rồi đánh giá các giải pháp bằng cách cho điểm số theo hiệu quả của giải pháp và khả năng thực thi của giải pháp. (Xem thêm phần phụ lục 5)

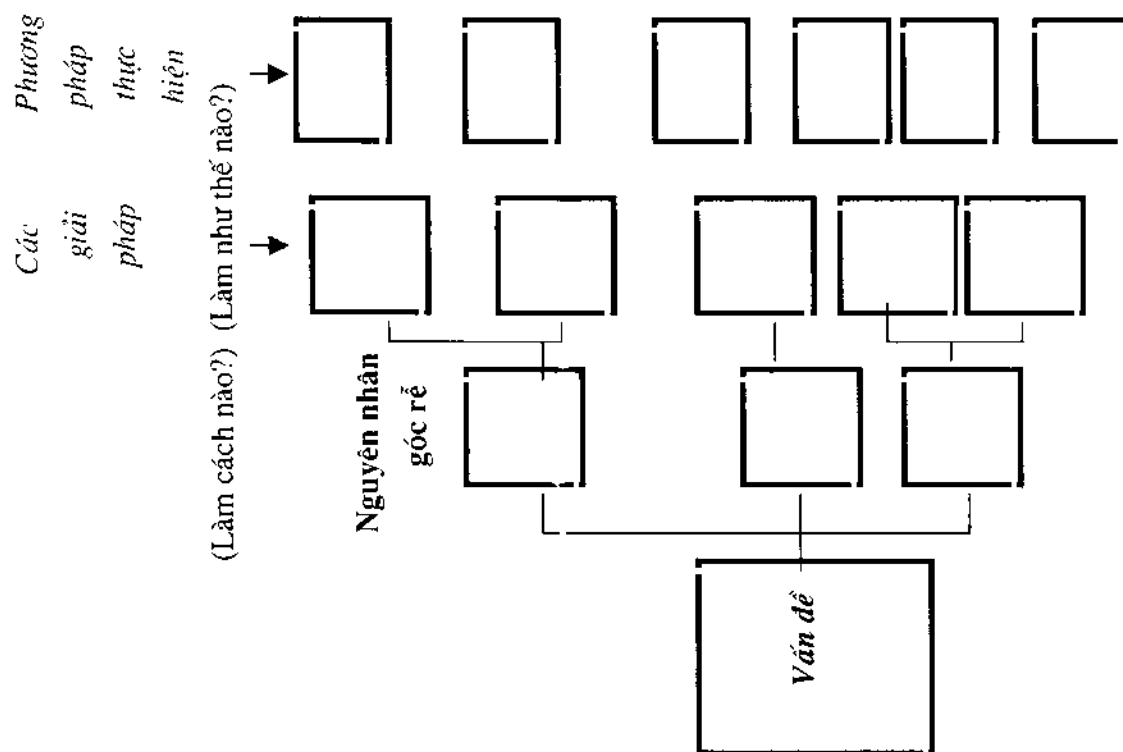
Bước 5. Kết quả: Phần này nhấn mạnh đến việc trình bày kết quả, do việc trình bày kết quả đúng phương pháp mà chúng ta có thể biết và đánh giá được kết quả chúng ta

đạt được và có thể so sánh với kết quả khi chưa có can thiệp. Thường chúng ta báo cáo kết quả bằng lời, kết quả này là rất tốt song nếu chúng ta thể hiện kết quả bằng các sơ đồ, hình ảnh, mô hình hóa có so sánh với các thời gian. Việc sử dụng này thực sự có ích khi trình bày kết quả với các nhà quản lý, lãnh đạo đặc biệt trong trình bày đối với những nhà hoạch định chính sách khi họ có ít thời gian để nghiên cứu về các vấn đề chúng ta thực hiện can thiệp. Với cách trình bày này thì kết quả này mang tính thuyết phục cao hơn. Ta xác định lại nguyên nhân và hậu quả, các khu vực, tiểu vấn đề của vấn đề đã được giải quyết và giảm đi ở mức độ nào, xác định tác động của giải pháp lựa chọn. So sánh vấn đề trước và sau chương trình can thiệp sử dụng cùng một công cụ như biểu đồ Pareto, biểu đồ hình cột, sơ đồ, tất cả các công cụ này đều giúp cho chúng ta có thể nhìn thấy được kết quả chúng ta đã đạt được.

Bước 6. Chuẩn hóa: Chúng ta mong muốn đề phòng các vấn đề và các nguyên nhân gốc rễ, tránh không cho chúng tái diễn do đó chúng ta biến các giải pháp trở thành một phần của công việc thường xuyên hàng ngày. Thường thì các thành tích đã đạt được viết lại thành các qui trình, hoặc huấn luyện nhân viên sử dụng tiêu chuẩn mới, giải thích mục đích của chúng, và thiết lập nên hệ thống kiểm tra giám sát mới để kiểm tra định kỳ việc thực hiện tiêu chuẩn và qui trình mới này. Với việc chuẩn *hóa* bằng các văn bản, qui trình *hóa* thì nhà quản lý có thể tránh một số hoạt động thường kỳ nhưng năm nào cũng có một số vấn đề/lỗi như nhau.

Bảng lựa chọn giải pháp

Hiệu quả	Khả năng thực hiện	Tích số	Lựa chọn Có/không



Bước 7. Kế hoạch trong thời gian tới: Lập kế hoạch để giải quyết các vấn đề còn tồn tại. Cần nhấn mạnh việc làm này là thoả mãn đối tượng phục vụ, là một qui trình tiếp diễn, liên tục. Quản lý chất lượng toàn diện không phải là một việc làm có thời hạn ngắn nhất định. Nó là cả một qui trình. Và nó còn có mục đích/mục tiêu dịch chuyển/thay đổi. Có một sức đẩy liên tục về phía trước chất lượng, chất lượng và chất lượng cao hơn và nó càng đòi hỏi sản phẩm, dịch vụ ngày càng cải thiện tốt hơn.

Ở đây chúng ta lại bắt đầu từ bước 1 và tiếp tục xem xét đặt mục tiêu mới cho kế hoạch tiếp theo.

Kết luận: TQM là một công cụ quản lý mang tính chất thực tiễn dễ tiến hành và có hiệu quả. Việc áp dụng công cụ này giúp chúng ta tránh cách nói chung chung như “kết quả đạt nói chung là tốt” Nguyên tắc ở đây là nói bằng con số nên ta có thể đo, đếm được một cách chính xác tiến bộ về mặt chất lượng. TQM không có gì mới trong lý thuyết về quản lý tuy nhiên nó có ý nghĩa thực hành, nó khắc phục được các điểm yếu hiện nay trong tác phong quản lý ở nước ta đó là: *Quản lý theo kinh nghiệm, ít mang tính khoa học và hiệu quả công việc chưa được đưa lên là hàng đầu, đặc biệt là việc hoạt động dân trí chưa xác định được ưu tiên cụ thể và tinh thần làm việc đồng đội chưa cao.* Chúng tôi xin kết luận bằng lợi ích do người Nhật tổng kết khi áp dụng TQM: vấn đề giao tiếp được cải thiện, người lao động cảm thấy hài lòng hơn trong công việc, đạo đức của họ cũng trở nên tốt hơn. Đặc biệt là tất cả những lợi ích đó đều tập trung vào mối quan hệ giữa con người với con người. Bên cạnh đó là những lợi ích trong vấn đề là nâng cao năng suất chất lượng và tiết kiệm chi phí.

BÀI TẬP: LÀM VIỆC CÁ NHÂN

1. Viết đầy đủ định nghĩa chất lượng theo quan điểm quản lý chất lượng toàn diện
2. Viết đầy đủ định nghĩa về quản lý chất lượng toàn diện
3. Liệt kê 7 bước của qui trình thực hiện Quản lý chất lượng toàn diện, tự đánh giá xem hiện nay tổ chức của bạn đã thực hiện được 7 bước ở mức độ nào? xác định các điểm yếu trong quản lý của tổ chức bạn và đề xuất các cải tiến các điểm yếu đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. W.W.Dyal: Program management ; CDC Atlanta, 1990
2. WHO/GPA: National AIDS Program management, Georgia University 1993
3. L.N Trọng: Tăng cường kỹ năng quản lý y tế tỉnh -huyện, Nhà XBYH; 1994.
4. R.McMahon et al: Cho cán bộ đương nhiệm; Nhà XBYH; 1992.
5. L.H.Lâm: Phát triển sức khỏe và quản lý y tế. Trường CBQLYT, 1993.
6. Arthur M.Whitehill: Quản lý Nhật Bản truyền thống và quá độ. Trung tâm nghiên cứu Nhật Bản Hà Nội 1996.
7. CDC: TQM Team Member Manual, US Department of Health and human services, CDC USA.
8. Bài giảng Quản lý y tế, Nhà XBYH, Hà Nội 1997.

QUYỀN LỰC

Ths. Nguyễn Văn Hiến

Người quản lý và người lãnh đạo phải cần có những hiểu biết nhất định về vấn đề quyền lực và phải biết sử dụng sức mạnh của quyền lực để hoàn thành các mục tiêu cụ thể của cơ quan, tổ chức của mình. Những nhà quản lý không có khả năng sử dụng quyền lực của mình thì có thể gọi là những người bất lực trong vai trò quản lý. Mục tiêu của bài này là thảo luận một số khía cạnh của quyền lực mà trước tiên là các khái niệm khác nhau về quyền lực do một số tác giả nêu ra. Sau đó sẽ trình bày các dạng và nguồn gốc của quyền lực, tiếp đến là cách sử dụng quyền lực như thế nào.

I. KHÁI NIỆM VỀ QUYỀN LỰC

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

Trước đây có một số tác giả định nghĩa quyền lực là sức ép có chủ định hay là sự kiểm soát (Adler 1938, 1964, ansbacher 1956, 1964; Bienrstedt 1950, Russell 1938, Wrong 1968).

Các tác giả khác thì cho quyền lực là sức mạnh, ảnh hưởng qua quá trình giám sát hiệu quả của các mối tác động qua lại trong quan hệ công việc. Tác giả Simon (1957) thì gọi sự tác động này là mối quan hệ ảnh hưởng hệ thống. Có những tác giả đưa ra định nghĩa quyền lực là những thay đổi qua lại trong xã hội do quan hệ nhiệm vụ.

Các thuyết khác dựa theo khái niệm hoá coi quyền lực là khả năng tạo ra ảnh hưởng của một người đến những người hay nhóm người khác.

Như vậy chúng ta có thể nhận thấy là quyền lực có sức mạnh giúp cho các nhà quản lý lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ của mình nhằm đạt được mục tiêu của tổ chức họ.

II. PHÂN LOẠI QUYỀN LỰC

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

- Quyền lực theo địa vị
- Quyền lực cá nhân.

Tác giả quan niệm quyền lực như là khả năng của con người tạo ra hay ảnh hưởng đến hành vi của những người khác.

2.1. Quyền lực về địa vị

Quyền lực theo địa vị hay vị trí có nguồn gốc từ bên trong tổ chức. Người quản lý có ảnh hưởng đến một nhóm người để thực hiện mục tiêu bởi vì người đó được đặt vào vị trí đó trong tổ chức để sử dụng quyền lực điều hành các hoạt động của tổ chức. Người ta cho rằng quyền

lực địa vị giảm dần trong một tổ chức từ trên xuống dưới: những người có địa vị cao ủy quyền và trách nhiệm cho những người ở địa vị thấp hơn và những người có địa vị thấp hơn lại ủy quyền và trách nhiệm cho những người thấp hơn nữa.

Trong một khung cảnh nhất định quyền lực địa vị của một người có thể là tổng quyền lực và trách nhiệm mà người đó được trao và thực hiện từ một người cấp trên. Có thể hiểu đơn giản là ở một vị trí quản lý nào đó nhưng không có nghĩa là người đó luôn luôn có quyền lực địa vị hoàn toàn mà còn chịu ảnh hưởng quyền lực của cấp trên họ.

Một khía cạnh thiết yếu của quyền lực địa vị là khái niệm về trách nhiệm. Tác giả Bennis (1959) coi trách nhiệm như "Quá trình mà quá đó các nhân tố bối cảnh tạo cho người dưới quyền ứng xử trong một phạm vi mong đợi". Đó là trách nhiệm theo luật pháp quy định mà có thể hoặc không do những người cấp trên đưa ra. Lãnh đạo cũng có thể có quyền lực hợp pháp đã được quy định - Cha mẹ, người quản lý vv. Cũng có những người có được quyền lực bằng kiến thức hiểu biết của mình - luật sư có quyền bào chữa cho tội phạm, bác sỹ có quyền được chữa bệnh kẻ đơn, y tá có quyền chăm sóc bệnh nhân, vv.

Quyền lực còn là khả năng bẩm sinh có khả năng ảnh hưởng hoặc kiểm tra những người khác. Lãnh đạo là quá trình tạo ra và sử dụng hoặc ủy quyền, hành vi lãnh đạo hay bất kỳ hành vi nào của người lãnh đạo cần phải liên quan đến cách sử dụng hay điều hành quyền lực. Quyền lực chỉ có thể được truyền đi thông qua các hành vi của người quản lý lãnh đạo.

2.2. Quyền lực cá nhân

Theo tác giả Etzioni (1961) quyền lực cá nhân bắt nguồn từ những người dưới quyền. Quyền lực cá nhân theo hướng từ cấp dưới ảnh hưởng đến cấp trên và nhà quản lý. Quyền lực cá nhân được mở rộng ảnh hưởng qua sự kính trọng của cấp dưới đối với cấp trên và thể hiện sự cam kết của họ đối với người lãnh đạo cấp trên của mình. Quyền lực cá nhân còn được gọi là quyền lực không chính thức, ngược với quyền lực địa vị là quyền lực chính thức.

Quyền lực không chính thức được coi là phạm trù thể hiện trong cuộc sống hàng ngày bởi vì nó có thể dần dần thu được từ cấp dưới, đồng thời cá nhân cũng có thể bị mất đi dần dần do uy tín của người quản lý giảm đi. Người lãnh đạo không chính thức trong một nhóm, được nhóm tin cậy là một ví dụ về người có thể được trao hay mất đi quyền lực cá nhân của mình.

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

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

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

Trên thực tế quyền lực là sức mạnh quan hệ giữa những con người với nhau. Có thể nói một người trao quyền lực cho người khác và lại dùng quyền lực để kiểm soát người mà mình đã trao quyền lực. Quyền lực thường tồn tại trong hệ thống tổ chức. Các bằng chứng về hành

vi quyền lực tồn tại có thể quan sát thấy được nhưng việc nhận biết các hành vi quyền lực phụ thuộc vào từng người khác nhau ở các thời điểm khác nhau, trong các phạm vi khác nhau.

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

Điều gì sẽ xảy ra nếu không có sự kết hợp giữa hai loại quyền lực? Theo tác giả Hersey và Blanchard (1988) cho rằng nếu một người không có được cả hai loại quyền lực thì tốt hơn là người đó có quyền lực cá nhân.

III. NGUỒN GỐC CỦA QUYỀN LỰC

Sức mạnh của quyền lực có nguồn gốc khác nhau. Các nguồn gốc của quyền lực được coi là cơ sở của quyền lực.

Với mỗi nhà quản lý lãnh đạo cần phải biết nguồn gốc của quyền lực để có thể phối hợp sử dụng một số nguồn gốc quyền lực trong những giai đoạn thời gian nhất định trong công tác quản lý.

Dưới đây là những nguồn gốc của quyền lực:

- **Quyền lực ép buộc:** Quyền lực này dựa trên cơ sở của sự sợ hãi nếu vi phạm những yêu cầu quy định. Người ta có thể bị khiển trách nếu thất bại hay gây tổn hại cho tổ chức, nặng hơn có thể bị vào tù hay bị trừng phạt tùy theo mức độ trầm trọng đã gây ra.
- **Quyền lực liên kết:** Nhà quản lý với quyền lực liên kết có ảnh hưởng đến những người quan trọng trong hay ngoài tổ chức. Khi cùng công tác với nhà quản lý người dưới quyền có niềm tin rằng họ sẽ có nhiều thuận lợi khi người quản lý lãnh đạo của họ có quan hệ liên kết với những người quan trọng.
- **Quyền lực ban thưởng:** Đây là nền tảng niềm tin của những người dưới quyền là người quản lý có thể ban thưởng cho họ nếu họ làm tốt. Họ cho là nếu đạt được các thành công trong chiến lược của người quản lý, họ sẽ thu được kết quả ví dụ như được trả cao lương, được đánh giá đúng mức và sẽ có sức mạnh hơn.
- **Quyền lực hợp pháp:** Trên cơ sở địa vị của người quản lý, những người dưới quyền tin rằng người quản lý có quyền ảnh hưởng đến họ và quyền này được quy định theo trách nhiệm của từng cấp quản lý lãnh đạo.
- **Quyền lực tham khảo ý kiến:** Nguồn quyền lực này dựa trên cơ sở sự trung thực và thẳng thắn của cá nhân người quản lý. Họ có thể được người khác xin ý kiến đóng góp và đóng góp ý kiến cho người khác đồng thời tham khảo ý kiến rộng rãi của những người liên quan. Quyền lực tham khảo ý kiến là một phần của quyền lực cá nhân. Những người quản lý có đầu óc sáng tạo, niềm say mê, tìm tòi học hỏi, lắng nghe ý kiến và đóng góp thẳng thắn cho người khác sẽ dành được uy tín với cấp dưới.
- **Quyền lực thông tin:** Quyền lực thông tin dựa trên cơ sở được tiếp cận và xử lý thông tin. Điều này cũng có thể ảnh hưởng đến mọi người bởi vì người ta tin tưởng với uy tín của người quản lý họ có thể được chia sẻ thông tin vì người dưới quyền thường có nhu cầu thông tin, họ thường muốn biết thông tin trong mọi việc và tin là người lãnh đạo của họ có thể cung cấp các thông tin quan trọng và chia sẻ thông tin cho họ.

- **Quyền lực chuyên gia:** Khả năng về kiến thức, kinh nghiệm và kỹ năng của người quản lý lãnh đạo tập hợp thành quyền lực chuyên gia. Những người dưới quyền có được ảnh hưởng bởi vì người quản lý của họ được coi như là một chuyên gia, có khả năng tạo thuận lợi cho việc hoàn thành nhiệm vụ của họ và tổ chức của họ.

Mặc dù các nguồn gốc của quyền lực được nêu ra tách biệt như trên nhưng trên thực tế nguồn gốc của nguồn lực có mối quan hệ với nhau. Quyền lực ép buộc và quyền lực ban thưởng cả hai đều đi đến cùng kết quả. Người quản lý có quyền ban thưởng cho người hoàn thành nhiệm vụ và cũng có quyền đưa ra các hình phạt những người không hoàn thành nhiệm vụ. Như vậy các nhà lãnh đạo có thể được ban thưởng quyền lực khi họ ở vào một vị trí nào đó mà luật pháp quy định quyền hạn. Quyền lực tham khảo ý kiến và quyền lực chuyên gia thường chứa đựng trong một người và vì thế có thể được gọi là quyền lực cá nhân.

Quyền lực liên kết có thể bao gồm địa vị hoặc những vấn đề liên quan đến địa vị mà người quản lý nắm giữ. Như vậy quyền lực liên kết có thể bao gồm cả quyền lực về địa vị và quyền lực cá nhân. Quyền lực về thông tin cũng bao gồm cả quyền lực địa vị và quyền lực cá nhân, bởi vì người quản lý đương nhiên được tiếp cận với các nguồn thông tin khác nhau khi mà người quản lý ở vào một địa vị nhất định nào đó hoặc do quan hệ cá nhân của người quản lý khi họ ở vào địa vị đó.

IV. SỬ DỤNG QUYỀN LỰC

Sử dụng quyền lực như thế nào đó chính là nghệ thuật và trình độ của người quản lý. Biết sử dụng tốt quyền lực sẽ tạo điều kiện để củng cố và tăng cường quyền lực.

Các tài liệu về quản lý đã đưa ra rất nhiều khuyến cáo là quyền lực phải là một khía cạnh quan trọng mang đặc tính của cá nhân những người quản lý. Các nhà quản lý phải biết sử dụng quyền lực hợp lý. Hơn nữa từ các nguồn của quyền lực có được, người quản lý cần phải có chiến lược các nguồn của quyền lực để hoàn thành các mục tiêu trong cương vị lãnh đạo và nhiệm vụ, mục tiêu của cơ quan tổ chức.

Dưới đây xin nêu một số chiến lược sử dụng quyền lực quan trọng:

3.1. Các các nội quy và luật lệ có thể được sử dụng để tạo những nỗ lực nhằm thay đổi ở những người cấp dưới tuân theo những quy định chung.

3.2. Đối mặt trực tiếp với thực tế công việc và các con số là những thử thách có thể sử dụng để nêu ra các mục tiêu mong muốn cuối cùng sẽ đạt được.

3.3. Các đóng góp quan trọng của cá nhân có thể được nhân rộng khi họ được thăng tiến và sử dụng họ vào vị trí thích hợp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nếu như người nào đó có khả năng cá nhân và có những đóng góp quan trọng thì người đó có ảnh hưởng nhiều đến những người khác.

3.4. Hợp tác và liên kết các thành viên trong nhóm được hình thành sẽ là biện pháp quan trọng để huy động các nguồn lực khác nhau hay hợp tác tạo nên sức mạnh tổng hợp vượt qua các trở ngại đối ngợc.

3.5. Không gian là một phạm trù đã được tác giả Kodar nghiên cứu năm 1975. Vị trí và sắp xếp bàn ghế có thể là một chiến lược để đạt được sức mạnh quyền lực. Ngồi cạnh bàn có khoảng không rộng rãi trong khi chỗ của người đến thăm hay của cấp dưới ở khu vực chật hẹp

sẽ giảm đi sự thoải mái về tâm lý của người đến thăm. Ngồi ở vị trí "giữa các sự việc" tạo ra kết quả của quyền lực bởi vì sẽ tiếp cận được các thông tin.

3.6. Quyết đoán là một phương pháp truyền thông có sức mạnh mà nhiều người đã biết để sử dụng trong công tác hàng ngày. Đó chính là một trong các điểm cơ bản trong quản lý cần được phát huy tối ưu.

3.7. Hội đàm qua lại trong giữa những người quản lý và người dưới quyền sẽ có ảnh hưởng lẫn nhau. Sự bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau trong trao đổi hai chiều là đặc trưng cần thiết của chiến lược sử dụng hội đàm để sử dụng quyền lực.

3.8. Quyền lực được duy trì và phát huy khi người quản lý lãnh đạo không lạm dụng và sử dụng quyền lực bất chấp luật lệ quy định.

Tóm lại:

Quyền lực là khả năng kiểm soát các hoạt động hay ảnh hưởng đến những người khác hoặc đến nhóm. Có hai loại quyền lực tồn tại: Quyền lực về địa vị là quyền lực có nguồn gốc chính thống và quyền lực cá nhân là quyền lực có nguồn gốc không chính thống. Trách nhiệm là một phần của quyền lực địa vị, ở vào vị trí lãnh đạo nào đó thì người lãnh đạo phải có trách nhiệm như vậy.

Các nguồn gốc của quyền lực đã được đề cập trong tài liệu đó là: Quyền lực trừng phạt, quyền lực liên kết, quyền lực ban thưởng, quyền lực hợp pháp, quyền lực tham khảo ý kiến, quyền lực thông tin và quyền lực chuyên gia.

Các chiến lược khác nhau cho sử dụng các nguồn quyền lực cũng đã được nêu ra một cách khái quát. Các chiến lược bao gồm sự đương đầu trực tiếp với thực tế, dựa vào các nội quy luật lệ hiện hành, mở rộng ảnh hưởng uy tín cá nhân, đưa ra các quyết đoán, không lạm dụng sử dụng quyền lực bừa bãi và sử dụng sức mạnh của không gian. Hiểu biết về nguồn gốc quyền lực và sử dụng các chiến lược để phát huy quyền lực là sức mạnh của người quản lý lãnh đạo.

SỰ LÃNH ĐẠO

Ths. Nguyễn Văn Hiến

I. KHÁI NIỆM

Lãnh đạo có nghĩa là quan tâm đến sự thoả mãn các nhu cầu nhiệm vụ, nhu cầu của cá nhân và của nhóm trong tổ chức.

Khi một người nào đó được giao nhiệm vụ lãnh đạo thì người đó thường xuyên phải suy nghĩ các khía cạnh chính như sau:

- **Một là:** Hoàn thành các công việc của tổ chức hay sản xuất ra các sản phẩm đạt yêu cầu quy định, có nghĩa là thực hiện chức năng thực hiện nhiệm vụ của tổ chức mà mình là người lãnh đạo. Chức năng thực hiện nhiệm vụ bao gồm: Xác định các nhiệm vụ, lập kế hoạch, phân công công việc và phân phối nguồn lực, giám sát điều hành tiến độ công việc, điều chỉnh kế hoạch, đánh giá kết quả và hiệu quả thực hiện kế hoạch.
- **Hai là:** Quan tâm chăm sóc các cá nhân trong cơ quan hay tổ chức để họ phấn khởi, hạnh phúc, tích cực phấn đấu hoàn thành nhiệm vụ của họ trong tổ chức, có nghĩa là đáp ứng nhu cầu cá nhân trong tổ chức. Chức năng này bao gồm sự quan tâm đến các vấn đề trong công việc của cá nhân, tìm hiểu các lý do vì sao cá nhân không hoàn thành nhiệm vụ, động viên cá nhân, thảo luận với họ về công việc của họ, giao quyền hạn cho cá nhân, phát hiện và sử dụng khả năng cá nhân, đào tạo và bồi dưỡng cho cá nhân.
- **Ba là:** Quan tâm đến nhóm, tập thể, duy trì tinh thần và sự hợp tác trong nhóm công tác, có nghĩa là đáp ứng nhu cầu nhóm trong tổ chức. Người lãnh đạo cần tạo dựng tinh thần làm việc nhóm, chỉ định đúng những người phụ trách các nhóm nhỏ, phân công nhiệm vụ của các thành viên trong nhóm phù hợp, tạo động lực thúc đẩy sự phát triển nhóm và thi đua lành mạnh giữa các thành viên trong nhóm cũng như giữa các nhóm với nhau.

Các nhu cầu nhiệm vụ trên có mối quan hệ mật thiết và phụ thuộc lẫn nhau. Nếu không đạt được một nhu cầu nào trong các nhu cầu trên sẽ có ảnh hưởng đến các nhu cầu khác và nếu đáp ứng tốt một nhu cầu sẽ có ảnh hưởng tích cực đến các nhu cầu khác. Nếu tổ chức làm tốt công tác đào tạo sẽ đảm bảo thực hiện các công việc nhanh hơn, đúng hơn. Các cá nhân được quan tâm và làm việc trong một nhóm có không khí làm việc thoải mái sẽ làm cho các cá nhân cảm thấy hạnh phúc, tỏ ra cố gắng trong công việc góp phần hoàn thành nhiệm vụ của tổ chức.

Trong một cơ quan tổ chức sự lãnh đạo là một quá trình biến động, qua đó mỗi người ở mỗi tuyến nhất định tạo ảnh hưởng tới những mục tiêu tổ chức trong một tình huống nhất định. Như vậy trong những bối cảnh cụ thể thì người lãnh đạo phải có các phương sách lãnh đạo thích hợp với bối cảnh đó thì mới mang lại hiệu quả thiết thực.

II. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI LÃNH ĐẠO

Trong một tổ chức người lãnh đạo là người có vai trò quan trọng quyết định sự thành đạt của tổ chức. Các vai trò chính của người lãnh đạo là:

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

Để hoàn thành nhiệm vụ trên đòi hỏi người lãnh đạo cần có trình độ và kỹ năng nhất định trong công tác quản lý lãnh đạo (xin tham khảo bài các kỹ năng quản lý lãnh đạo). Người lãnh đạo phải tập hợp được những cán bộ dưới quyền, tạo điều kiện để họ tham gia tích cực vào mọi hoạt động của tổ chức.

III. CÁC PHẨM CHẤT CẦN CÓ CỦA NGƯỜI LÃNH ĐẠO

Lãnh đạo có thể được coi là một nghề vì thế đòi hỏi người lãnh đạo phải có kiến thức cũng như kỹ năng lãnh đạo. Để đạt được kết quả tốt người lãnh đạo cần phải có năng lực lãnh đạo. Để tạo ra năng lực lãnh đạo người lãnh đạo cần có những phẩm chất làm nền tảng tạo ra khả năng lãnh đạo.

3.1. Trước tiên người lãnh đạo phải có lòng say mê, có mục tiêu rõ ràng, có định hướng trong hoạt động

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

3.2. Người lãnh đạo là người làm việc có tính nguyên tắc

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

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

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

3.4. Quan hệ đúng mực với người dưới quyền

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

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

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

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

IV. CÁC KIỂU LÃNH ĐẠO

Trong nhiều tài liệu về quản lý người ta thường chia ra ba kiểu lãnh đạo đặc trưng cho 3 tính cách khác nhau của những người lãnh đạo. Tuy nhiên sự phân chia này cũng chỉ mang tính chất tương đối bởi vì trên thực tế có thể cùng một người lãnh đạo nhưng họ thể hiện những kiểu lãnh đạo khác nhau trong những thời gian và hoàn cảnh cụ thể của bối cảnh thực tế.

4.1. Kiểu lãnh đạo dân chủ

Những người lãnh đạo thuộc kiểu lãnh đạo dân chủ là những người cố gắng tạo ra mối quan hệ hợp tác giữa họ và cấp dưới, họ muốn các cán bộ dưới quyền tham gia vào quá trình ra quyết định. Những người lãnh đạo dân chủ có những đặc điểm cơ bản như sau:

- Trước khi đưa ra các quyết định thường tham khảo ý kiến rộng rãi của những người dưới quyền, tôn trọng ý kiến của tập thể.
- Giải quyết các công việc bình tĩnh, từ tốn trong các hoạt động.
- Giao tiếp cởi mở và ôn hòa với các thành viên khác trong tổ chức.
- Thường sâu sát với cấp dưới, lắng nghe ý kiến tâm tư nguyện vọng của cấp dưới, coi trọng quyền lợi của tập thể, gặp khó khăn thường bàn bạc với tập thể tìm biện pháp thích hợp giải quyết.
- Lôi cuốn sự tham gia của cấp dưới bằng các hành vi gần gũi thân thiện, thuyết phục cấp dưới, không đe dọa, trù dập cấp dưới được cấp dưới tin cậy.
- Làm việc có phân công trách nhiệm cho từng người, không tham quyền mà thường ủy quyền cho cấp dưới.

Kiểu lãnh đạo dân chủ tạo ra môi trường tâm lý an toàn, thoải mái trong cơ quan tổ chức vì thế là xu thế được nhiều người lãnh đạo thực hiện. Kiểu lãnh đạo này cũng thường mang lại hiệu quả cao trong công tác quản lý, phát huy được sức mạnh tổng hợp của các cá nhân và nhóm để thực hiện nhiệm vụ chiến lược của tổ chức. Dưới sự lãnh đạo của các nhà lãnh đạo dân chủ các nhiệm vụ có thể được thực hiện chậm vì cần có thời gian để tham khảo và thảo luận. Tuy nhiên nếu người lãnh đạo vắng mặt thì các công việc vẫn được tiến hành có hiệu quả mà không cần có sự hướng dẫn, giám sát chặt chẽ. Các thành viên có thể cảm thấy không khí làm việc thoải mái vì có sự tham gia của cá nhân họ.

4.2. Kiểu lãnh đạo độc đoán

Đây là kiểu lãnh đạo ngược với kiểu lãnh đạo dân chủ. Người lãnh đạo quan tâm đến việc giữ khoảng cách giữa mình và cấp dưới, đưa ra các khuôn phép để làm cho cấp dưới phải phục tùng mệnh lệnh một cách tuyệt đối. Những đặc điểm nổi bật của người lãnh đạo theo kiểu độc đoán là:

- Tự mình đưa ra các quyết định một cách nhanh chóng và không thấy cần phải tham khảo ý kiến của cấp dưới.
- Độc đoán giải quyết công việc, nóng nảy muốn nhìn thấy ngay được kết quả thực hiện mệnh lệnh của mình.
- Giao việc cho cấp dưới bằng mệnh lệnh, cưỡng ép, giám sát công việc của cấp dưới một cách chặt chẽ để thấy rõ cấp dưới phải hoàn thành nhiệm vụ.

- Thâu tóm giải quyết tất cả các công việc quan trọng trong tổ chức, rất ít khi ủy quyền cho cấp dưới, thiếu tin tưởng vào cấp dưới.
- Ưa xu nịnh, khen chê theo cảm tính thiếu cơ sở đáng tin cậy.
- Quan tâm đến hoàn thành công việc, không gần gũi và lắng nghe ý kiến của những người dưới quyền mặc cho đó là ý kiến chân tình thẳng thắn.

Kiểu lãnh đạo độc đoán thường tạo ra môi trường tâm lý căng thẳng trong tổ chức. Người dưới quyền không an tâm với công việc của mình, thường lo sợ và đôi khi tìm các cách để đối phó lại với người lãnh đạo. Người lãnh đạo kiểu này có thể làm cho cấp dưới phục tùng, công việc được giải quyết nhanh chóng. Tuy nhiên kiểu lãnh đạo này có thể dẫn đến người dưới quyền sẽ không tự giác làm việc nếu thiếu sự giám sát chặt chẽ. Họ không sẵn sàng chủ động và sợ đưa ra các ý kiến đóng góp, thiếu sáng tạo trong công việc.

4.3. Kiểu lãnh đạo thả nổi

Khác với hai kiểu lãnh đạo trên, kiểu lãnh đạo thả nổi thường là một kiểu lãnh đạo mà người lãnh đạo hoàn toàn không quan tâm đến trách nhiệm của mình. Đặc trưng nổi bật của kiểu người lãnh đạo này là:

- Người lãnh đạo ỉ nại vào tập thể, không đưa ra được các quyết định của riêng mình, không làm, không chịu trách nhiệm, để cho sự việc tự diễn ra.
- Không quan tâm đến mục tiêu của tổ chức, thiếu kế hoạch hoạt động, làm việc gặp chông hay chớ.
- Không kiểm soát các hoạt động của cấp dưới quyền, xa rời cấp dưới, không quan tâm đến tâm tư nguyện vọng và cuộc sống của cấp dưới.
- Làm việc thiếu phân công trách nhiệm, không thực hiện nội quy quy định.

Kiểu lãnh đạo thả nổi thường dẫn đến kết quả công việc thấp, nhất là trong những tổ chức thiếu những người có trách nhiệm. Kết quả công việc phụ thuộc phần lớn ở cấp dưới. Dưới quyền của người lãnh đạo thả nổi các cá nhân trong nhóm có thể nắm quyền hành và có thể dẫn đến không khí căng thẳng trong nhóm vì có một số người đấu tranh với nhau để giành quyền lực bởi sự thiếu vắng vai trò của người lãnh đạo.

Các kiểu lãnh đạo trên không phải là gắn bó cố hữu với người lãnh đạo mà cũng có thể thay đổi được nếu người lãnh đạo chịu học hỏi và có sự quản lý giúp đỡ hỗ trợ của những người lãnh đạo cấp cao hơn. Các thay đổi về trình độ của người lao động trong tổ chức và điều kiện hoàn cảnh môi trường xã hội cũng có thể tác động làm thay đổi kiểu lãnh đạo.

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

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

5.1. Khái niệm về xung đột

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

Theo tác giả Douglas và Benvis (1979) thì xung đột là sự đấu tranh giữa các thế lực phụ thuộc lẫn nhau. Cuộc đấu tranh này có thể xảy ra trong cá nhân hay trong nhóm. Do tồn tại xung đột cho nên người lãnh đạo phải có sức mạnh để loại bỏ xung đột. Nếu giải quyết tốt xung đột sẽ làm phát triển cá nhân và tổ chức, giải quyết không tốt xung đột phát triển có thể nặng nề hơn dẫn đến cản trở thực hiện nhiệm vụ và mục tiêu của tổ chức.

5.2. Các loại xung đột

Xung đột có thể xuất hiện: Trong, giữa, trong số người, do có sự khác nhau về quan điểm, quyền lực, mục tiêu, giá trị, quyền lợi, vv.

Xung đột trong tổ chức: Có hai loại:

- Xung đột theo chiều dọc: Giữa cấp trên và cấp dưới, người lãnh đạo và người bị lãnh đạo. Nguyên nhân của loại xung đột này có thể là:
 - + Thiếu thông tin.
 - + Thiếu chia sẻ nhận thức.
 - + Thiếu dân chủ.
 - + Hành vi ứng xử không thích hợp với vai trò riêng từng người.
- Xung đột theo chiều ngang: Giữa những người cùng nhiệm vụ hoặc liên quan trong khi thực hiện nhiệm vụ. Nguyên nhân có thể là:
 - + Thực hành nhiệm vụ.
 - + Kinh nghiệm khác nhau.
 - + Quyền lực không đồng đều.
 - + Chế độ thưởng phạt.
 - + Quản lý không tốt.
 - + Sự phụ thuộc lẫn nhau.

5.3. Nguyên nhân xung đột

Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến xung đột.

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

5.4. Giải quyết xung đột

Trong thực tế không có một cách giải quyết xung đột tốt nhất nào cho mọi xung đột. Cách giải quyết phụ thuộc rất nhiều vào khả năng, uy tín và kinh nghiệm của người lãnh đạo và người quản lý.

Một nguyên tắc quan trọng trong giải quyết xung đột là: Tạo nên môi trường tổng hợp thuận lợi để giải quyết xung đột.

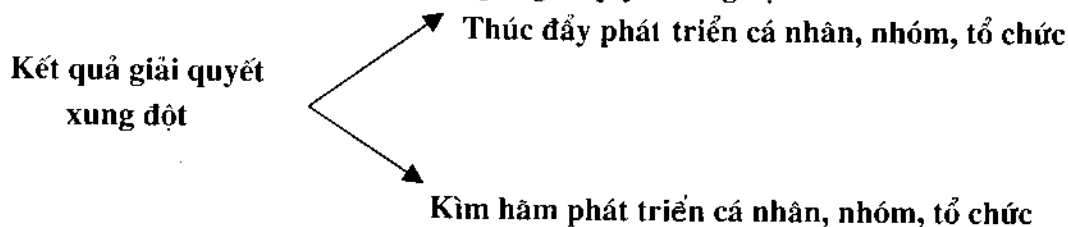
Có hai chiến lược quản lý quan trọng để phòng xung đột:

- Quản lý chặt chẽ các sự kiện xảy ra bất ngờ theo các mức độ khác nhau:
 - + Người lãnh đạo luôn giám sát kiểm tra.
 - + Người dưới quyền kiểm tra một phần.
 - + Người lãnh đạo và người dưới quyền cùng kiểm tra.
 - + Người lãnh đạo kiểm tra một phần.
 - + Người dưới quyền kiểm tra.
- Quản lý bằng mục tiêu:

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

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

Sơ đồ kết quả giải quyết xung đột



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

KỸ NĂNG QUẢN LÝ

TS Nguyễn Duy Luật

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được khái niệm quản lý và lãnh đạo
2. Trình bày được những kỹ năng quản lý cơ bản.

NỘI DUNG

Những vấn đề chung về quản lý như: khái niệm quản lý; chu trình, chức năng, nguyên tắc quản lý đã được đề cập đến trong một số bài trước. Trong bài này một vấn đề khá quan trọng trong lĩnh vực quản lý là kỹ năng quản lý.

Hoạt động quản lý luôn luôn gắn liền với con người, dù đó là đối tượng hay chủ thể quản lý. Trong vô số định nghĩa quản lý đã được đưa ra đều có điểm chung là sự quan tâm của nhà quản lý đối với việc hoàn thành các mục đích hoặc mục tiêu tổ chức. Có thể nói quản lý là quá trình làm việc cùng và thông qua các cá nhân, các nhóm cũng như những nguồn lực khác để hoàn thành các mục đích hay mục tiêu tổ chức. Định nghĩa này áp dụng cho tất cả các tổ chức trong ngành y tế cũng như các tổ chức khác. Để đạt được thành công, các tổ chức của ngành y tế đòi hỏi ở cán bộ quản lý của mình những kỹ năng cần thiết. Để tạo được những kỹ năng phù hợp với công việc một người quản lý cần phải học tập, rèn luyện trong môi trường thuận lợi là rất quan trọng, song cũng phải thừa nhận rằng khả năng riêng biệt của con người còn do thiên nhiên phú cho đã làm cho họ trở thành những người quản lý giỏi.

Một người cán bộ lãnh đạo hoặc quản lý cần có rất nhiều kỹ năng – người ta gọi là kỹ năng lãnh đạo và quản lý. Kỹ năng lãnh đạo và quản lý là tổng hợp của nhiều kỹ năng của con người. Trong khi tiến hành các công việc cụ thể trong quá trình quản lý, lãnh đạo các kỹ năng chung của con người với các kỹ năng mang tính chuyên biệt về lãnh đạo hay quản lý sẽ giúp cho người quản lý, lãnh đạo hoàn thành được công việc một cách chất lượng, hiệu quả. Khi nghiên cứu kỹ năng quản lý, lãnh đạo phải phân biệt hai loại kỹ năng này, đồng thời phải xem xét đến từng kỹ năng trong nhiều lĩnh vực hoạt động của con người có liên quan đến hoạt động quản lý, lãnh đạo.

Phân biệt khái niệm quản lý và lãnh đạo:

Có người quan niệm quản lý và lãnh đạo là một và như nhau. Có người lại quan niệm quản lý là khái niệm chung còn lãnh đạo là hoạt động quản lý đơn thuần hay đặc biệt. Thực ra khó có thể tách biệt một cách riêng rẽ đâu là quản lý và đâu là lãnh đạo. Dù là một người làm quản lý một công việc cụ thể ở mức thấp cũng phải lãnh đạo. Có thể phân biệt quản lý và lãnh đạo như sau:

Lãnh đạo (leadership) là khái niệm rộng hơn quản lý (management). Quản lý được coi là một loại lãnh đạo đặc biệt, trong đó việc đạt được mục đích hay mục tiêu tổ chức là tối quan trọng. Còn lãnh đạo xuất hiện bất cứ lúc nào khi người ta muốn gây ảnh hưởng đến hành vi của một cá nhân hay một nhóm người trong bất cứ lý do gì có thể không tương hợp với mục đích của tổ chức. Với cách phân biệt này thì lãnh đạo và quản lý khác nhau căn bản ở vấn đề tổ chức.

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

Ba kỹ năng của lãnh đạo:

1- Chẩn đoán (dự đoán, tiên đoán) là khả năng thuộc về nhận thức hoặc lý trí. Đó là khả năng hiểu được tình huống hiện tại và nhận thức được những gì có thể hy vọng xảy ra trong tương lai. Thể hiện của khả năng này là vấn đề phải được giải quyết. Đây là điều mà các khả năng khác nhằm vào để làm thay đổi.

2- Thích ứng là khả năng thuộc về hành vi. Nó bao hàm việc thích ứng các hành vi của người lãnh đạo và các nguồn lực khác sẵn có để đáp ứng được những bất ngờ của tình huống và để có thể giảm bớt sự cách biệt giữa tình huống hiện tại và mục đích hay mục tiêu muốn đạt được.

3- Giao tiếp là khả năng xử lý làm cho mọi người dễ dàng hiểu và chấp nhận.

Ba lĩnh vực kỹ năng cần thiết để thực hiện quá trình quản lý:

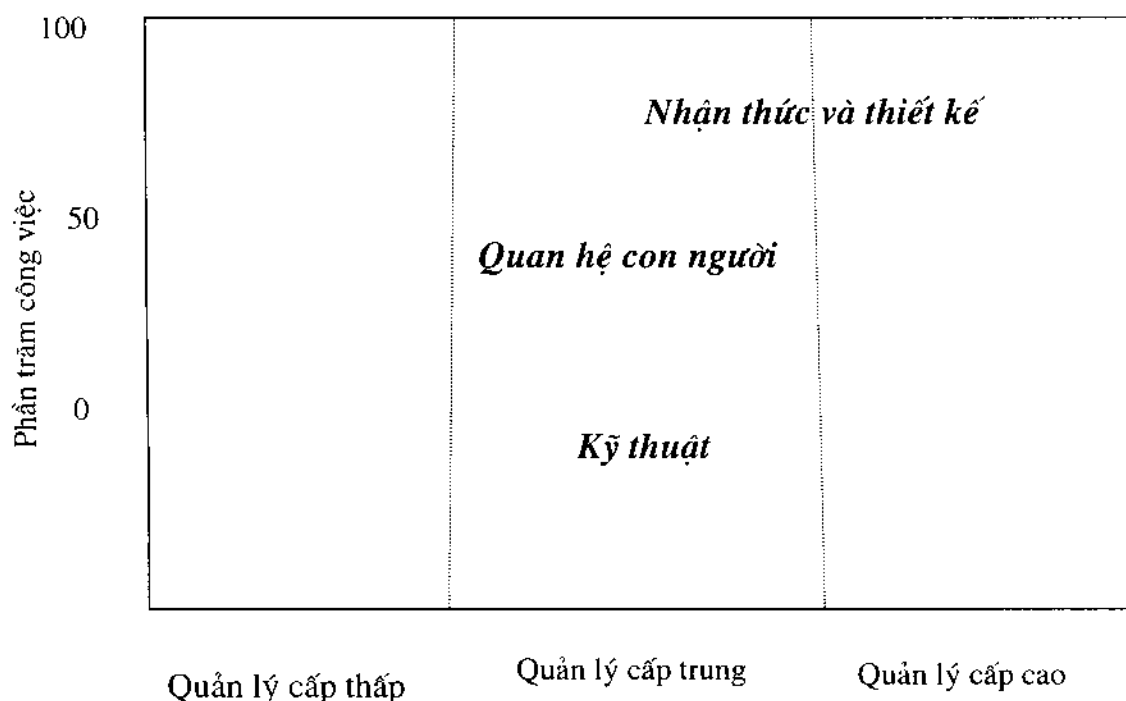
1- Kỹ năng kỹ thuật là khả năng sử dụng tri thức, các phương pháp, kỹ thuật và thiết bị cần thiết cho việc thực hiện các nhiệm vụ nhất định có được từ kinh nghiệm, giáo dục và đào tạo

2- Kỹ năng làm việc với con người (Human skill) là năng lực và cách nhìn khi làm việc với con người và thông qua con người, bao gồm cả cách thức động viên thúc đẩy và áp dụng phương pháp lãnh đạo hữu hiệu

3- Kỹ năng lý luận (nhận thức) là khả năng hiểu được sự phức tạp của toàn thể tổ chức và biết được vị trí mà hoạt động riêng của nó phù hợp với tổ chức. Tri thức này cho phép người ta hoạt động theo các mục tiêu của toàn thể tổ chức chứ không phải chỉ trên cơ sở mục đích và nhu cầu của một cá nhân hay nhóm nhất định

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

Sự khác nhau về những yêu cầu đối với kỹ năng này có những vận dụng đáng lưu ý trong việc chọn lựa người quản lý. Đó là những đòi hỏi cụ thể cho một vị trí công tác trong hệ thống tổ chức phải được đánh giá và thích ứng với những kỹ năng của ứng cử viên.



Hình 1. Các kỹ năng thay đổi về tầm quan trọng ở các cấp quản lý khác nhau

Để làm rõ hơn những kỹ năng quản lý, chúng ta đi nghiên cứu sâu hơn một số kỹ năng cụ thể sau:

1. Những kỹ năng quản lý

Những người quản lý có hiệu quả cần có những kỹ năng khác nhau, và tầm quan trọng tương đối của các kỹ năng có thể thay đổi ở mỗi cấp trong tổ chức.

1.1. Kỹ năng kỹ thuật (technological skills)

Là kiến thức và tài năng trong các hoạt động, bao gồm phương pháp, quá trình và quy trình. Như vậy nó gắn công việc với các công cụ và các kỹ thuật cụ thể. Ví dụ, bác sĩ phải có kỹ năng sử dụng các dụng cụ y học như ống nghe, máy đo huyết áp, búa gõ phản xạ v.v... và phải có khả năng dạy các kỹ năng này cho cấp dưới của mình. Tương tự, y tá thường phải thành thạo trong việc sử dụng các phương tiện kỹ thuật đặc biệt trong công việc của mình như bơm tiêm để tiêm bắp và tiêm tĩnh mạch, máy đo huyết áp, máy hút đờm giải v.v...

Như vậy kỹ năng kỹ thuật chính là:

Hiểu biết các yếu tố kỹ thuật phong phú của hệ thống kỹ thuật.

– Sử dụng các kỹ thuật thích hợp, hợp lý

Có khả năng về các kỹ thuật chuyên biệt. Chúng ta dễ nhận biết được đó là một nhà ngoại khoa, xét nghiệm viên hay một trưởng phòng kế hoạch là khi họ thực hiện các kỹ thuật chuyên biệt theo từng chức năng nghề nghiệp

1.2. Kỹ năng xã hội (social skill)

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

1.3. Kỹ năng trong quan hệ

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

1.4. Kỹ năng về mặt nhận thức

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

1.5. Kỹ năng thiết kế

Nói đến khả năng giải quyết vấn đề theo hướng có lợi cho tổ chức. Để làm việc có kết quả, đặc biệt ở các cấp cao trong tổ chức, người quản lý phải có khả năng thực hành chứ không phải là chỉ nhìn ra vấn đề. Ngoài ra họ còn phải có kỹ năng của một nhà thiết kế giỏi khi xây dựng một giải pháp thực hành cho một vấn đề. Nếu người quản lý chỉ nhìn ra vấn đề và trở thành người “theo dõi vấn đề”, họ sẽ thất bại. Người quản lý còn phải có trình độ đánh giá kỹ năng để xây dựng giải pháp khả thi cho mỗi vấn đề, căn cứ vào thực tế mà họ gặp phải.

1.6. Khả năng phân tích và giải quyết vấn đề

Trong tất cả những kỹ năng được cho là cần phải có ở người quản lý, có lẽ kỹ năng được đánh giá cao và được nhấn mạnh một cách tổng quát nhất, chính là năng lực phân tích và giải quyết vấn đề. Người quản lý phải có khả năng xác định rõ các vấn đề, phân tích được các tình huống phức tạp và qua việc giải quyết những vấn đề vướng mắc, có khả năng làm lộ ra những cơ hội đang tồn tại. Họ phải quan sát môi trường và chỉ ra ngay, thông qua một quá trình hợp lý, những yếu tố cản trở những cơ hội. Nhưng việc chỉ ra và phân tích vấn đề vẫn là chưa đủ, người quản lý còn cần có sự sẵn sàng thực thi các giải pháp; họ phải nhận ra được sự tiến triển, nhu cầu và động cơ của những người có những sáng kiến về sự thay đổi cần thiết, cũng như của những người chống lại sự thay đổi.

1.7. Kỹ năng quản lý hoạt động chăm sóc sức khỏe:

1.7.1. Kỹ năng lập kế hoạch: Để lập được kế hoạch y tế người quản lý cần một loạt các kỹ năng:

- Kỹ năng phân tích đánh giá tình hình y tế: bao gồm các kỹ năng thu thập, xử lý và sử dụng thông tin để phân tích tình hình sức khỏe, bệnh tật, nhu cầu chăm sóc sức khỏe, khả năng cung cấp đáp ứng dịch vụ y tế của từng địa phương. Trên cơ sở đó phân tích xác định vấn đề cần can thiệp
- Kỹ năng chọn vấn đề ưu tiên để can thiệp: để chọn được vấn đề ưu tiên cần có kỹ năng phân tích, tổng hợp dựa trên nhiều yếu tố thực tiễn khác nhau.
- Kỹ năng xác định mục tiêu: Xác định mục tiêu bao gồm chọn được chỉ tiêu, viết ra được mục tiêu đúng kỹ thuật, tiêu chuẩn

- Kỹ năng lựa chọn các giải pháp và hoạt động: Hoạt động là công việc cụ thể, còn giải pháp là hợp lại của nhiều hoạt động.
- Kỹ năng viết kế hoạch: viết đúng yêu cầu hoặc khuôn mẫu, biết chọn từ, câu chuẩn xác, viết rõ ràng logic. v.v.....

1.7.2. Kỹ năng thực hiện kế hoạch

Thực hiện kế hoạch là đối phó với hiện tại nên người quản lý cần một loạt các kỹ năng tổ chức (đánh giá nguồn lực, phân phối nguồn lực); kỹ năng cán bộ (lựa chọn, tuyển dụng, đào tạo và phát triển cán bộ; kỹ năng giao tiếp với cán bộ cùng cấp và cấp dưới; kỹ năng kỹ thuật xây dựng công cụ giám sát; kỹ năng xã hội; kỹ năng thích ứng với các nguồn lực v.v...

1.7.3. Kỹ năng đánh giá

Lập kế hoạch đánh giá, chọn các chỉ số, thu thập, xử lý thông tin, lập bảng trống, phân tích so sánh đưa ra được những kết luận, quyết định về các hành động sửa chữa, điều chỉnh các sai lệch nếu xảy ra.

1.7.4. Kỹ năng ra quyết định (decision making)

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

Các quyết định thường có ba loại chính:

- Các quyết định khẩn: các quyết định này cần cho việc giải quyết các khủng hoảng nghiêm trọng xảy ra
- Các quyết định hàng ngày: thường trả lời câu hỏi có hoặc không
- Các quyết định bàn luận: quyết định để ngỏ vấn đề để bàn luận

Để đưa ra quyết định người cán bộ quản lý trước tiên phải:

- Tự xem xét lại mục tiêu
- Tiếp theo là cân nhắc các lựa chọn có thể có
- Nhận ra các kết quả có thể thu được sau mỗi lựa chọn
- Cân cân nhắc điều gì sẽ xảy ra nếu không có quyết định

Trong khi rèn luyện kỹ năng ra quyết định, người quản lý cần hiểu các mức độ chia sẻ trong ra quyết định sau:

Mức độ 1: Không có sự chia sẻ:

Người quản lý ra quyết định và thông báo quyết định. ở đây người quản lý cân nhắc các lựa chọn có thể và quyết định chọn một trong các quyết định. Anh ta nói với cấp dưới về quyết định của mình và vì sao anh ta ra quyết định đó

Mức độ 2: Người quản lý trình bày ý tưởng và mời những người khác đặt câu hỏi.

Ở đây người quản lý có giải thích về những suy nghĩ và những lựa chọn còn để ngỏ nhưng vẫn tự mình đưa ra quyết định.

Mức độ 3: Người quản lý trình bày các quyết định có thể lựa chọn để thay đổi.

Ở đây người quản lý đề nghị quyết định và mời cấp dưới thảo luận và xem xét nhưng người quản lý vẫn giữ quyền đưa ra quyết định cuối cùng.

Mức độ 4: Người quản lý trình bày vấn đề và yêu cầu cấp dưới đưa ra các đề nghị.

Người quản lý xác định vấn đề và đề nghị các lựa chọn. Cấp dưới đề nghị các ý tưởng và các giải pháp. Từ những đề nghị của cấp dưới người quản lý đưa ra quyết định hợp lý nhất.

Mức độ 5: Người quản lý xác định giới hạn, yêu cầu nhóm quyết định.

Ở đây người quản lý giao quyền cho cấp dưới đề nghị quyết định cuối cùng nhưng người quản lý cũng đưa ra giới hạn hoặc ranh giới cần được tính toán khi đưa ra quyết định.

Mức độ 6: Người quản lý cho phép cấp dưới đưa ra quyết định (trong quyền hạn).

Quyền hạn ở đây là quyền mà người quản lý được phép thực hiện. Người quản lý có thể là thành viên của nhóm đưa ra quyết định, nhưng không sử dụng quyền lãnh đạo riêng của mình để gây sức ép cho việc ra quyết định và bắt những người khác phải tuân theo.

TỔNG QUAN VỀ KẾ HOẠCH

TS. Phạm Trí Dũng

MỤC TIÊU

1. Trình bày các khái niệm cơ bản về lập kế hoạch.
2. Phân tích các loại kế hoạch.
3. Trình bày các loại chỉ tiêu kế hoạch.
4. Phân tích các nguyên tắc và hệ thống phương pháp xây dựng kế hoạch.
5. Phân tích những yếu tố biến đổi trong lập kế hoạch.
6. Xây dựng được một bản kế hoạch.

NỘI DUNG

1. Những khái niệm cơ bản về quá trình lập kế hoạch

1.1. Định nghĩa

Theo quan niệm phổ thông, (hoạch định) lập kế hoạch được hiểu là vạch ra những công việc (các hoạt động) sẽ thực hiện trong tương lai theo một cách thức, trình tự, một tiến độ nhất định nhằm đạt được mục tiêu đã định trước.

Hoạch định là khả năng phổ biến riêng có ở con người. Mỗi người bình thường về trí tuệ đều có khả năng tự vạch ra kế hoạch hoạt động cho chính mình và cho những đối tượng mà mình quản lý.

Lập kế hoạch còn là quá trình tìm kiếm các giải đáp cho các câu hỏi sau:

- Mục tiêu cần đạt là gì?
- Nên làm cái gì, làm như thế nào để đạt được mục tiêu nhất?
- Làm khi nào là tốt nhất?
- Cần có những điều kiện gì? những yếu tố nào? bao nhiêu?
- Ai làm?
- Làm ở đâu?

Như vậy: "Lập kế hoạch là quá trình xây dựng một chương trình tiến độ tối ưu cho việc thực hiện các mục tiêu đã lựa chọn của hệ thống dựa trên cơ sở tính toán một cách đầy đủ và khoa học về các điều kiện, các phương tiện, các nguồn lực hiện có hoặc sẽ có trong tương lai".

Đối với các hệ thống nói chung, các đơn vị nói riêng, các kế hoạch không những chỉ ra các mục tiêu của chúng mà còn vạch ra phương thức tốt nhất để đạt được mục tiêu. Ngoài ra chúng có những tác dụng:

- Làm cho các tổ chức quan tâm theo dõi, tìm kiếm và duy trì các nguồn lực cần thiết để thực hiện mục tiêu đã định.
- Làm cho các thành viên trong nội bộ đơn vị tiến hành các hoạt động thống nhất và hài hòa với các phương thức, các mục tiêu đã chọn.
- Làm cho mọi hoạt động tiến đến mục tiêu phải được quan tâm ưu tiên, có phụ trách theo dõi, đánh giá và điều chỉnh kịp thời nếu xuất hiện những hoạt động không diễn ra như mong đợi.

1.2. Vai trò

Trong quản lý, công tác hoạch định/kế hoạch giữ một vai trò quan trọng đặc biệt: *nó vừa là chức năng vừa là công cụ của hoạt động quản lý.*

Với tư cách là chức năng, hoạch định/kế hoạch bao giờ cũng là công việc đầu tiên của người quản lý phải làm trước tiên khi thực hiện bất kỳ hành vi quản lý nào khác. Vì vậy hoạch định bao giờ cũng được đặt ở vị trí hàng đầu trong số các chức năng của quá trình quản lý:

Với tư cách là công cụ, mọi hành vi quản lý chỉ có thể thực hiện được khi người quản lý đã hình dung được (hoạch định/kế hoạch trước) cần phải và sẽ thực hiện hành vi đó như thế nào.

- Hoạch định là công cụ để người quản lý thực hiện các chức năng quản lý khác.
- Nhờ có hoạch định mà người quản lý có thể biết được những việc đã và đang làm có diễn ra đúng với dự định hay không. Và quan trọng hơn là mục tiêu có khả năng thực hiện được hay không.

Đối với nhà quản lý, khả năng hoạch định chính là yếu tố quan trọng nhất phản ánh trình độ năng lực, nó quyết định xem anh ta có điều hành được hay không...

Trách nhiệm hoạch định (vạch kế hoạch) luôn luôn thuộc về các cán bộ quản lý.

Lập kế hoạch có thể là chính thức hoặc không chính thức.

Những biến dạng trong trách nhiệm hoạch định còn phụ thuộc vào cả qui mô và mục đích của tổ chức lẫn tính năng động hoặc chức năng đặc biệt của người quản lý.

1.3. Các kế hoạch và việc ra quyết định

Các nhà quản lý tuy làm kế hoạch, nhưng lại không bị ràng buộc phải tự thực hiện lấy một cách đơn giản ngày này qua ngày khác.

Các ý tưởng được đề cập trong kế hoạch không liên quan tới các phương cách quen thuộc đã tỏ ra không có hiệu quả thực sự khi được dùng. Hoạch định là một quá trình chưa được chấm dứt khi kế hoạch còn chưa được cấp trên chấp nhận, các kế hoạch cần được bổ sung, điều chỉnh. Các kế hoạch có thể có nhu cầu làm lại để tránh những kết quả vô ích, thậm chí những thiệt hại. " làm lại Kế hoạch " đôi khi có thể là yếu tố then chốt mang lại thành công cao nhất.

Một vấn đề hết sức quan trọng của công tác hoạch định là ra quyết định. Đó là quá trình hoàn thiện và lựa chọn phương hướng hành động để giải quyết mỗi vấn đề riêng biệt. Các quyết định cần phải xây dựng tại nhiều thời điểm trong quá trình hoạch định.

1.4. Quy trình xây dựng và nội dung cơ bản trong một văn bản kế hoạch

1.4.1. Quy trình chung

Mọi kế hoạch với tư cách là sản phẩm của quá trình hoạch định, đều được soạn thảo theo qui trình gồm các bước cơ bản.

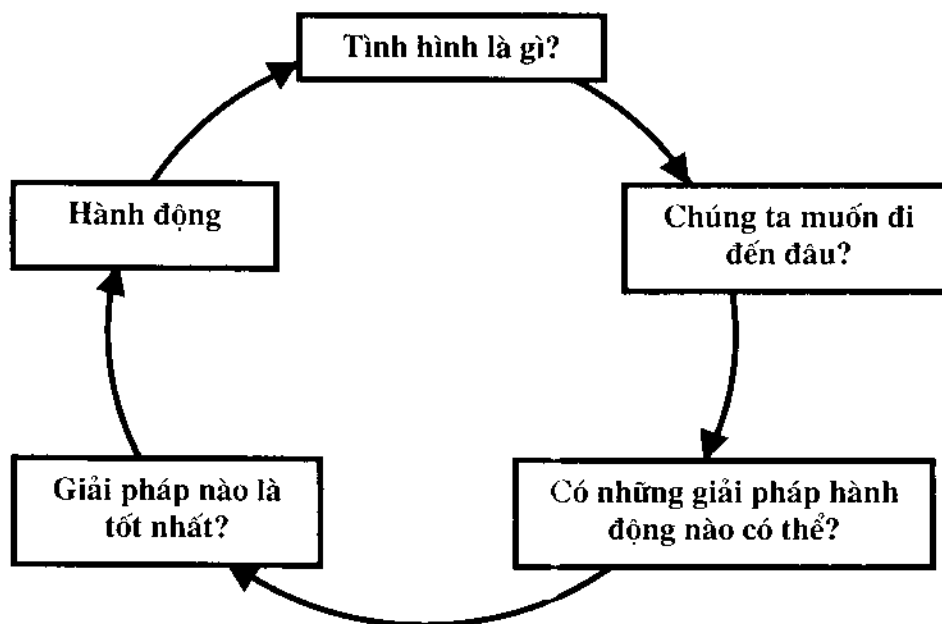
Bước thứ nhất: Xây dựng mục tiêu hoặc hệ mục tiêu.

Bước thứ hai: Xác định hoàn cảnh hiện tại.

Bước thứ ba: Nhận định những thuận lợi và những trở ngại khi thực hiện mục tiêu.

Bước thứ tư: Trình bày kế hoạch hay phương hướng hành động để đạt được các mục tiêu.

Việc lập kế hoạch như là một hoạt động rõ ràng, nó cố gắng xác định các nguồn lực được dùng như thế nào trong mối tương quan với các mục tiêu cụ thể của một tổ chức. Khả năng xét đoán bình thường có thể gợi ý rằng bất kỳ những quyết định nào như vậy về tương lai đều đòi hỏi một trình tự của các bước logic chẳng hạn như những bước được thiết lập trong hình sau:



CÁC BƯỚC TRONG LẬP KẾ HOẠCH 'DUY LÝ'

Người ta thường mô tả một loạt các bước đó như là một chu trình liên tục. Giai đoạn đầu tiên phân tích tình hình hiện tại của vấn đề cần phải giải quyết. Tất cả các phương án hành động có thể được liệt kê và được đánh giá về tính khả thi của chúng và khả năng để đạt được mục tiêu. Cuối cùng quyết định một giải pháp phù hợp nhất, tiến hành hoạt động để thực hiện nó. Và rồi chu trình mới lại được bắt đầu với việc xem xét lại hoặc đánh giá tình hình.

Thật là khó để chỉ trích một loạt các bước logic như vậy; và thực sự rất ít các nhà lập kế hoạch có thể nghĩ đến việc phản đối nó trong một thế giới lý tưởng. Chu trình như vậy (điển

hình của cái được biết đến với tên *kế hoạch tổng thể* - là một điều ước vọng. Tuy vậy trong thực tế rất nhiều khó khăn sẽ phát sinh khi áp dụng cách tiếp cận như vậy.

Đầu tiên cách tiếp cận này cho thấy một chu trình được sắp xếp theo thứ tự thời gian của các sự kiện, mỗi sự kiện là kết quả không thể tránh khỏi của một sự kiện trước đó. Trong thực tế nhiều tiểu chu trình có thể được hình thành. Thực sự các hoạt động khác nhau có thể song song xảy ra. Ví dụ, các mục tiêu cụ thể đưa ra có thể được thay đổi theo kết quả của việc thảo luận những đòi hỏi về nguồn lực của các phương án khác nhau, với việc nhận thức được các mục tiêu là quá tham vọng hoặc quá thận trọng. Tương tự, các hoạt động đánh giá có thể xảy ra tại bất kỳ một thời điểm nào của chu trình lập kế hoạch.

Những sửa đổi như vậy đối với một mô hình đơn giản không làm thay đổi những giả thuyết và logic cơ bản làm nền tảng cho mô hình đó. Chính xác hơn là người ta làm biến đổi quá trình áp dụng mô hình đó. Các giai đoạn vẫn giữ nguyên, mặc dù theo một thứ tự khác và phức tạp hơn.

Những vấn đề khó khăn thuộc nhóm thứ hai là nghiêm trọng hơn, ở đây người ta đặt dấu hỏi cho chính tính khả thi của cách tiếp cận đó. Những điều lo lắng này liên quan đến việc không thể thực hiện một loạt các hoạt động phức tạp và toàn diện đến như vậy. Ví dụ chu trình lý tưởng được mô tả ở trên đòi hỏi phải xem xét tất cả các phương án có thể. Tuy vậy số lượng các phương án có thể, ví dụ là trong quá trình xây dựng một kế hoạch y tế quốc gia là rất lớn (thậm chí người ta có thể lý luận trên lý thuyết là vô số).

Những đòi hỏi về thông tin để kiểm tra những vấn đề liên quan chi tiết đến mỗi một phương án là rất nhiều. Vì vậy trong thực tế là không thể xem xét được các phương án đó.

Những khó khăn của việc thực hiện một hệ thống phức tạp và toàn diện như vậy đã được nhận ra bởi những người phản đối thuộc nhóm tiếp cận theo *kế hoạch hỗn hợp*. Ở đây người ta đã đưa ra một quyết định có chủ ý để thu hẹp khu vực linh động bằng cách tập trung sự chú ý của việc lập kế hoạch vào một số lĩnh vực quan tâm đã được lựa chọn trước. Vòng tròn “quét hỗn hợp”: Bước đầu tiên trong chu trình đã được sửa đổi liên quan đến việc khẳng định sự ưu tiên hoặc những khu vực có vấn đề đối với việc lập kế hoạch, và trong khung cảnh đó người ta thực hiện việc xem xét các phương án. Kế hoạch hỗn hợp được gọi như vậy bởi vì nó ủng hộ việc quét rộng hoặc quét qua toàn bộ lĩnh vực y tế, điều này sau đó sẽ hình thành nên cơ sở cho việc xem xét một cách chi tiết hơn các khu vực đã được lựa chọn cho hoạt động lập kế hoạch.

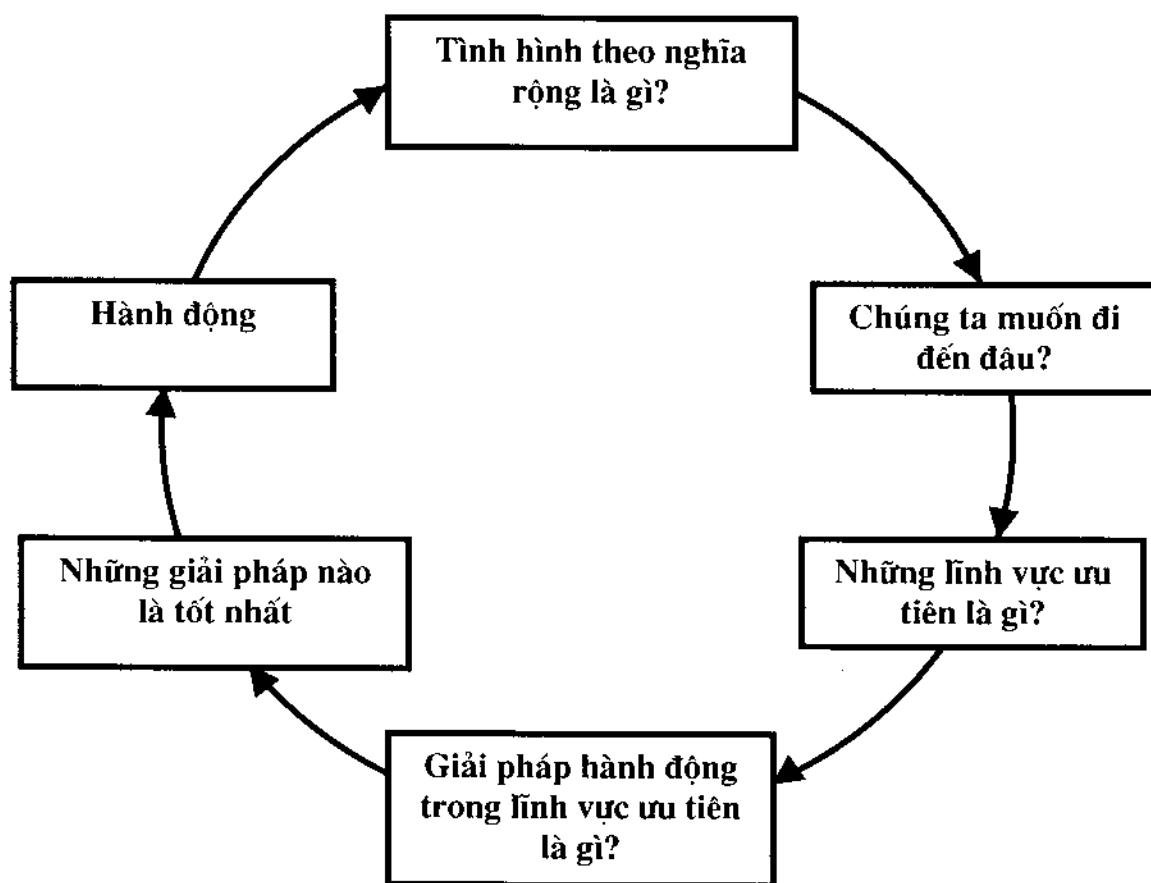
Cách tiếp cận như vậy là ít tốn kém hơn về mặt thời gian và nguồn thông tin. Sự lựa chọn các khu vực ưu tiên đối với những phương án thực sự phản ánh thực tế của hầu hết các hoạt động lập kế hoạch. Tuy nhiên điều đó cũng đặt ra một câu hỏi cơ bản: Việc sàng lọc này xảy ra dựa trên cơ sở nào?

Cần phải đưa ra các tiêu chuẩn đối với việc cái gì tạo nên một vấn đề hoặc sự ưu tiên và vì vậy cái gì? vấn đề gì? xứng đáng được chú ý đặc biệt.

Ví dụ tại sao tập trung vào sức khỏe bà mẹ và trẻ em, khu vực bệnh viện, hoặc cơ cấu các tổ chức của hệ thống y tế?

Chính bản chất của các quyết định như vậy- quyết định ở giai đoạn trong chu trình lập kế hoạch mà ở đó chưa có được việc xem xét chi tiết- sẽ phần nhiều là kết quả của bản năng, linh cảm hoặc kinh nghiệm.

Một ví dụ về việc làm thế nào để chọn lựa những khu vực ưu tiên đang được tranh luận có thể được thấy trong những cuộc tranh luận giữa những người ủng hộ cách tiếp cận toàn diện và tiếp cận có lựa chọn đối với chăm sóc sức khỏe ban đầu. Những quyết định như vậy cuối cùng cũng vẫn gắn với việc đánh giá một cách chủ quan đối với các lĩnh vực ưu tiên. Hậu quả là chúng không còn thực sự là một chu trình có lý và khách quan như đã được đưa ra ở Kế hoạch tổng thể.



Vòng tròn "quét hỗn hợp"

Điều này đã dẫn đến một trong những sự khác nhau cơ bản giữa các mô hình lập kế hoạch. Đó chính là mức độ mà ở đó những giả định và giá trị các hệ thống làm nền móng cho những quyết định lập kế hoạch được đưa ra công khai và được nhận rõ trong chu trình lập kế hoạch này.

Lập kế hoạch phân bổ quan tâm đến khả năng có thể thay đổi. Nếu lập kế hoạch chỉ quan tâm đến việc duy trì tình hình đang tồn tại thì nó sẽ bị giảm đi và chuyển thành lập kế hoạch

hoạt động đơn giản. Thay đổi (và khả năng có thể thay đổi) trong đa số các tình huống sẽ dẫn đến kết quả là có cả người được và người mất và cũng tương tự là có cả người phản đối và người ủng hộ cho kế hoạch.

Để việc lập kế hoạch phân bổ được thành công, cần phải phân tích ảnh hưởng đối với các nhóm khác nhau của các phương án khác nhau và mức độ chắc chắn của sự ủng hộ và phản đối.

Người ta lập luận rằng việc lập kế hoạch không bao giờ lại có thể là một hoạt động chuyên môn hoàn toàn khách quan mà nó đòi hỏi các phương pháp phải dựa trên các đánh giá các giá trị cơ bản.

1.4.2. Kết cấu nội dung

1.4.2.1. Sự thể hiện mục tiêu

Phân đầu của một văn bản kế hoạch thường dành cho việc diễn đạt các mục tiêu: tổng thể, trung gian, chuyên biệt của tổ chức hay các bộ phận. Các mục tiêu này được cụ thể hóa thành các nhiệm vụ kế hoạch, sẽ được giao cho các cá nhân hay các nhóm chịu trách nhiệm thực hiện. Vì vậy, chúng cần được diễn đạt một cách chính xác, rõ ràng, dễ hiểu và hiểu đúng.

1.4.2.2. Vạch chiến lược thực hiện mục tiêu

Hoạch định chiến lược là quá trình lập kế hoạch dài hạn chiến lược chính thức để xác định và thực hiện các mục đích của tổ chức, bao gồm:

- Lựa chọn mục đích của một tổ chức. Do các mục đích này mà một tổ chức được ra đời và tồn tại.
- Định ra chính sách và các chương trình cần thiết cho việc đạt được các mục tiêu riêng biệt trên đường hướng tới các mục đích.
- Định ra các phương pháp cần thiết để đảm bảo rằng các chính sách và các chương trình chiến lược chắc chắn được thực hiện.

1.4.2.3. Lập chương trình cho các hoạt động tác vụ.

Các tác vụ là những bước đi cụ thể trên đường tiến tới mục tiêu, là phương tiện để hiện thực hóa các chiến lược của tổ chức.

Các kế hoạch tác vụ có 2 chức năng:

- Vạch tiến độ thực hiện mục tiêu dưới dạng các chương trình, dự án cụ thể.
- Thiết lập cơ chế hoạt động trong nội bộ tổ chức thông qua việc ban hành các chính sách, các phương pháp, các thủ tục, các nguyên tắc, các qui chế tạo nên lễ lối kỷ cương và phong cách riêng trong mỗi tổ chức.

1.4.2.4. Thiết lập các nguồn lực và dự tính hiệu quả của phương án kế hoạch.

Với việc tính toán các nguồn lực cần thiết để triển khai thực hiện các chương trình, các dự án. Các kỹ thuật phân tích có thể cho thấy mức độ tin cậy, mức độ hiệu quả của phương án kế hoạch.

Lẽ đương nhiên, kế hoạch chỉ được thông qua và đưa vào thực hiện khi nó có sức thuyết phục về tính hiệu quả.

Nội dung này được coi là phương tiện kiểm định tính khả thi của phương án kế hoạch đã lựa chọn. Đây là phần rất được các nhà tài trợ quan tâm khi cung cấp vốn.

2. Các loại kế hoạch

Tùy thuộc vào tiêu thức, các kế hoạch được phân thành các loại khác nhau.

2.1. Phân loại

2.1.1. Theo thời hạn

- Kế hoạch dài hạn: thường được xây dựng cho 10 - 15 năm.
- Kế hoạch trung hạn: thường là 3 - 7 năm, phổ biến là 5 năm.
- Kế hoạch ngắn hạn: Dưới 3 năm, thường là 1 năm.

2.1.2. Theo phương pháp lập

- Kế hoạch "cuốn chiếu", tức là kế hoạch mỗi năm kế hoạch đều xác định cho cả thời kỳ dài.

Ví dụ:

2000-2001-2002-2003-2004-2005...

2001-2002-2003-2004-2005-2006...

2002-2003-2004-2005-2006-2007...

- Kế hoạch "kỳ đoạn", tức là xác định kế hoạch cho một thời kỳ sau đó mới xác định kế hoạch cho kỳ sau.

Ví dụ:

2001-2006.

2007-2012.

2013-2018.

- Kế hoạch "hỗn hợp" về thực chất là sự phối hợp hai loại kế hoạch trên.

2.1.3. Theo mức độ

- Kế hoạch chiến lược: Cho thời kỳ dài, mang tính tập trung cao và rất linh hoạt, do các cấp lãnh đạo xây dựng.
- Kế hoạch chiến thuật: Là kết quả triển khai kế hoạch chiến lược của các cấp lãnh đạo với các nhà quản lý điều hành.
- Kế hoạch tác nghiệp: Là kết quả hoạch định của nhà quản lý điều hành với các nhà quản lý thực hiện. Loại kế hoạch này không mang tính tập trung và thường rất cứng nhắc.

2.1.4. Theo mức độ chi tiết

- Kế hoạch "thô": Định hướng.
- Kế hoạch "tinh": Chi tiết cho đến từng bộ phận nhỏ.

2.1.5. Theo phạm vi hoạt động

- Kế hoạch tổng thể.

Ví dụ:

- + Kế hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh trong cả nước.
- + Kế hoạch đảm bảo nhu cầu nhân lực y tế cho cả nước.
- + Kế hoạch phát triển mạng lưới cung ứng thuốc cho cả nước
- Kế hoạch bộ phận.

Ví dụ:

- + Kế hoạch phát triển mạng lưới Phòng chống lao trong cả nước, cho một vùng, một tỉnh...
- + Kế hoạch đảm bảo nhu cầu nhân lực y tế chuyên sâu, cho miền núi...
- + Kế hoạch phát triển mạng lưới cung ứng thuốc cho vùng sâu, vùng xa...

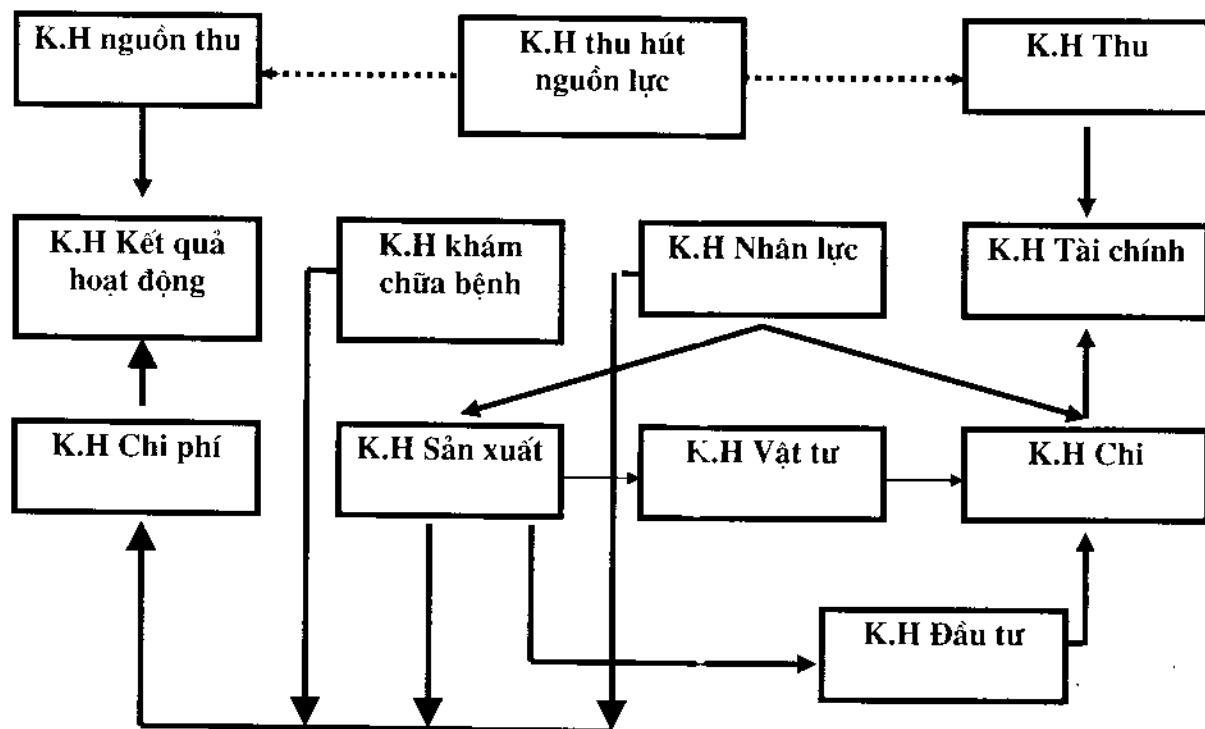
Các phân loại này chỉ có ý nghĩa tương đối tùy theo quan điểm về quản lý vĩ mô, vi mô, từng lĩnh vực chuyên biệt...

2.2. Sự phối hợp các loại kế hoạch

Trong hệ thống có thể hình dung như tập hợp của nhiều loại kế hoạch khác nhau, liên hệ với nhau theo những logic nhất định về nội dung cũng như hình thức, theo chiều dọc cũng như chiều ngang. Một vấn đề đặt ra cho nhà quản lý là phải phối hợp (các bộ phận) kế hoạch như thế nào? và bắt đầu từ đâu?

2.2.1. Mối liên hệ ngang

Sơ đồ dưới đây cho chúng ta thấy các bộ phận kế hoạch của các đơn vị y tế sự nghiệp thường được xây dựng từ kế hoạch thu hút nguồn lực để đảm bảo việc chăm sóc sức khỏe nhân dân.

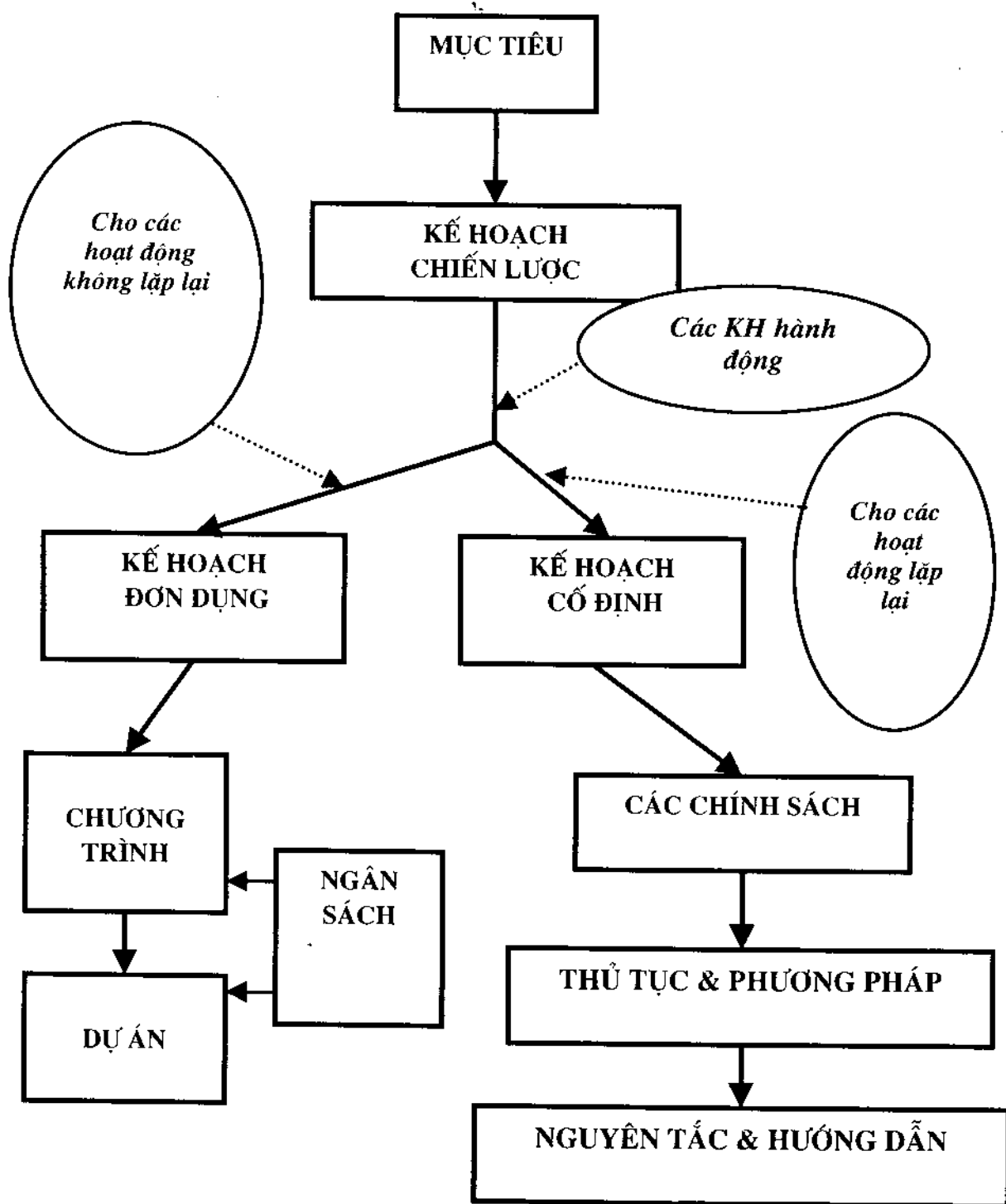


2.2.2. Kết hợp theo chiều dọc

Với mỗi cấp quản lý, các kế hoạch phục vụ cho 2 chức năng: Chúng phục vụ việc cung cấp các mục tiêu mà kế hoạch của cấp dưới sẽ đề cập đến, đến lượt mình, chúng đóng vai trò là các phương tiện để đạt được hệ thống mục tiêu trong kế hoạch của cấp trên.

Các nhà quản lý thuộc cấp lãnh đạo phải vạch các kế hoạch chiến lược, còn các nhà quản lý thuộc cấp điều hành và thực hiện phải lập các kế hoạch tác vụ, triển khai từng bước cụ thể thực hiện mục tiêu theo chiến lược đã định. Logic của mối quan hệ này được diễn đạt bằng khái niệm: Đẳng cấp kế hoạch trong một tổ chức.

- Các kế hoạch chiến lược được lập để hướng tới mục tiêu tổng thể của tổ chức thực hiện sứ mệnh ấy là lý do duy nhất đối với sự tồn tại của tổ chức.
- Các kế hoạch tác nghiệp (tác vụ): chúng chuẩn bị một cách chi tiết cho các kế hoạch chiến lược sẽ được hoàn thành như thế nào.

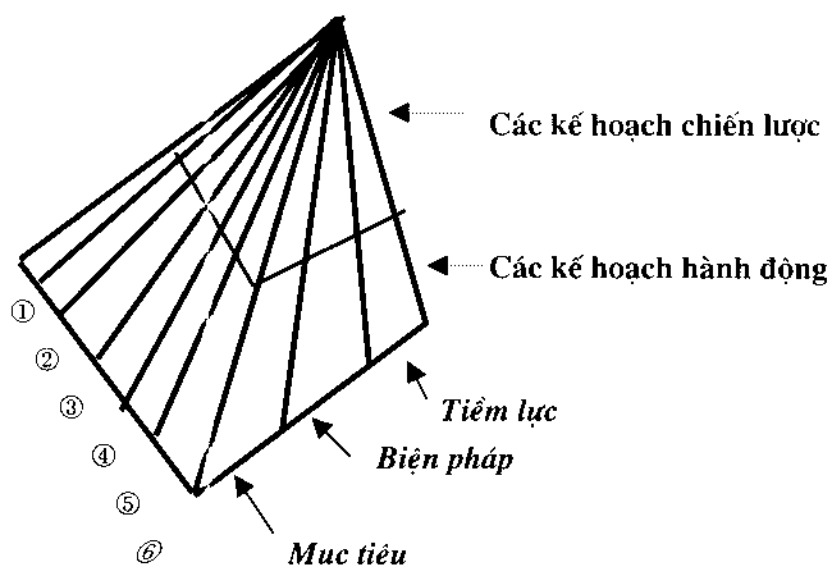


Sơ đồ đẳng cấp kế hoạch trong hệ thống y tế

- + Các kế hoạch đơn dụng: Loại này được lập ra để đạt tới những kết quả nhất định và sẽ chấm dứt khi các kết quả đó đạt được.
- + Các kế hoạch cố định loại này thường được qui chuẩn hóa cho việc tiếp cận và giải quyết các tình huống thường xuyên gặp và dự đoán còn tồn tại trong tương lai.

2.2.3. Kết hợp ngang - dọc

Mô hình sau mô tả hệ thống kế hoạch trong một đơn vị.



Sơ đồ Kết hợp ngang - dọc trong lập kế hoạch y tế.

- ① K.H Khám chữa bệnh
- ② K.H Tài chính y tế
- ③ K.H Nhân lực y tế
- ④ K.H Đảm bảo trang thiết bị y tế
- ⑤ K.H Đảm bảo nhu cầu thuốc
- ⑥ K.H Y học dự phòng

3. Hệ thống chỉ tiêu kế hoạch

3.1. Khái niệm

Chỉ tiêu kế hoạch là số liệu thông tin được dùng trong ngành kế hoạch để phản ánh nội dung những nhiệm vụ do người quản lý giao cho những người khác thực hiện theo tinh thần của văn bản kế hoạch đã được thông qua trong tổ chức, đơn vị.

Về bản chất, chỉ tiêu kế hoạch là phương tiện ngôn ngữ chuyển tải thông tin về nhiệm vụ thực hiện các mục tiêu từ người lập kế hoạch đến người thực hiện, sao cho người thực hiện hiểu đúng và làm đúng ý đồ mà người lập kế hoạch mong muốn. Mặc dù trong đa số các

trường hợp, giữa người lập kế hoạch và người thực hiện kế hoạch không có mối liên hệ trực tiếp. Vì thế, người lập kế hoạch phải biết sử dụng thuần thục loại phương tiện ngôn ngữ này để diễn đạt đúng được các nhiệm vụ trong ý tưởng của mình bằng các chỉ tiêu kế hoạch. Đối với người thực hiện kế hoạch phải biết đọc và hiểu để thực hiện đúng nhiệm vụ được giao, tuy rằng anh ta không phải là chuyên gia kế hoạch.

3.2. Các yêu cầu

Chỉ tiêu kế hoạch cần đạt được các yêu cầu sau:

- Phải có khả năng chuyển tải thông tin, phản ánh nội dung của các nhiệm vụ kế hoạch một cách cụ thể, rõ ràng, chính xác và dễ hiểu.
- Phải đồng bộ và có khả năng so sánh được với các chỉ tiêu của các bộ môn khoa học kinh tế, quản lý... khác.
- Phải có tác dụng kích thích, khuyến khích người thực hiện hoàn thành nhiệm vụ được giao. Nói cách khác chỉ tiêu kế hoạch phải mang tính khả thi cao, được giao đúng thời hạn và đúng địa chỉ của người thực hiện.

3.3. Các loại chỉ tiêu

Các chỉ tiêu kế hoạch được phân biệt theo một số tiêu thức như:

- Hình thái biểu hiện,
- Đặc tính biểu hiện,
- Đại lượng đo lường,
- Chức năng sử dụng.

3.3.1. Theo hình thái biểu hiện.

- Chỉ tiêu hiện vật: Phản ánh đặc tính hữu dụng của đối tượng hoạch định. Thường áp dụng cho các đối tượng là các sản phẩm hàng hóa hoặc bán thành phẩm có giá trị sử dụng....

Ví dụ: Số lượng các loại dịch vụ thực hiện trong một khoảng thời gian nhất định:

- + Số lần khám chữa bệnh.
- + Số ca mổ ruột thừa...

Ưu điểm: Tính chính xác cao.

Nhược điểm: Hạn chế về khả năng so sánh giữa các đối tượng thuộc các chủng loại khác nhau.

- Chỉ tiêu giá trị: Phản ánh được đại lượng giá trị của các đối tượng hoạch định
- Đại lượng giá trị của các đại lượng hoạch định được tính bằng số đơn vị tiền tệ.

Ví dụ: Tổng giá trị thu được từ các dịch vụ Y tế thời gian nhất định:

- + Số tiền thu từ khám chữa bệnh.
- + Số tiền thu được từ các dịch vụ khác...

Ưu: Có khả năng so sánh rộng rãi giữa các đối tượng khác nhau về chủng loại.

Nhược: Đôi khi phản ánh không đúng thực chất hiệu quả của các hoạt động của tổ chức, vì chúng chịu ảnh hưởng của các chi phối:

- Biến động giá cả, khắc phục bằng giá cố định, giá so sánh.
- Sự thay đổi cơ cấu của các bộ phận tạo nên giá trị ($C + V + m$), khắc phục bằng cách dùng các chỉ tiêu giá trị thích hợp hoặc hiệu quả thích hợp với từng mục đích so sánh.

3.3.2. Theo đặc tính biểu hiện

Các chỉ tiêu kế hoạch được phân thành chỉ tiêu số lượng và chất lượng.

3.3.2.1. Chỉ tiêu số lượng.

Thể hiện qui mô và cơ cấu của các đối tượng hoạch định:

- Chỉ tiêu khối lượng: Phản ánh thuần túy qui mô độ lớn của đối tượng hoạch định. Chúng được đo bằng hầu hết các đơn vị đo lường phổ thông: tấn, lít, viên, ống, liều, lượt...
- Chỉ tiêu màng lưới: Phản ánh qui mô về cơ cấu trong nội tại của đối tượng hoạch định. Loại chỉ tiêu này được áp dụng cho ngành hành chính sự nghiệp và dịch vụ (Giáo dục, y tế, thương mại, dịch vụ...). Sự đánh giá căn cứ vào mức độ tiện lợi của người được hưởng dịch vụ như màng lưới trường học, bệnh viện, cung ứng thuốc...

3.3.2.2. Chỉ tiêu chất lượng.

Phản ánh chủ yếu đặc điểm chất lượng, tính hiệu quả của các đối tượng hoạch định.

- Các chỉ tiêu kinh tế - kỹ thuật: Chúng phản ánh mức hiệu quả của việc sử dụng các yếu tố đầu vào cho một đơn vị đầu ra của một tổ chức.
- Các chỉ tiêu kinh tế tổng hợp: phản ánh chất lượng và hiệu quả của một giai đoạn hay tổng thể của toàn bộ hoạt động của một tổ chức trong một kỳ kế hoạch.

3.3.3. Theo đại lượng đo lường

- Các chỉ tiêu tuyệt đối: phản ánh thuần túy qui mô độ lớn của các đối tượng hoạch định.
- Các chỉ tiêu tương đối: Phản ánh sự vận động của các đối tượng hoạch định. Chúng được diễn đạt bằng các đại lượng tương đối: % tăng giảm, chỉ số lần giảm tăng sự chuyển dịch cơ cấu tỷ trọng.

3.3.4. Theo chức năng sử dụng

- Chỉ tiêu phê chuẩn: Là chỉ tiêu do cơ quan quản lý cấp trên phê chuẩn giao cho cấp dưới thực hiện với tư cách bắt buộc. Về thực chất chỉ tiêu này thể hiện mối quan hệ nghĩa vụ giữa các cấp quản lý khác nhau.

Dạng đặc biệt của chỉ tiêu phê chuẩn là các chỉ tiêu pháp lệnh, trong đó thể hiện nghĩa vụ đối với Nhà nước.

Mọi đơn vị đều phải thực hiện từ 1 đến 3 chỉ tiêu pháp lệnh: Khám chữa bệnh, phát triển màng lưới...

- Chỉ tiêu tính toán: là chỉ tiêu do các đơn vị tự tính toán xác định số liệu cần thiết phục vụ cho các hoạt động của mình.

Đây là loại chỉ tiêu chiếm số lượng lớn nhất trong các văn bản kế hoạch và số lượng không hạn chế.

4. Hệ thống phương pháp xây dựng kế hoạch

4.1. Các nguyên tắc

Với tư cách là chức năng đồng thời là công cụ của quản lý, quá trình hoạch định phải tôn trọng các nguyên tắc chung như: tập trung dân chủ, thống nhất lãnh đạo, chế độ thủ trưởng, quản lý theo ngành, theo lãnh thổ... Ngoài ra, trong phạm vi của mình, quá trình hoạch định còn có các nguyên tắc riêng.

Việc tôn trọng các nguyên tắc này là việc đảm bảo chất lượng và hiệu lực của các văn bản kế hoạch đưa vào thực hiện.

4.1.1. Nguyên tắc về tính mục tiêu

Không xác định rõ mục tiêu cần đạt là gì thì sẽ không có hoạt động quản lý nói chung và các hoạt động kế hoạch nói riêng. Chỉ trên cơ sở xác định đúng đắn và rõ mục tiêu cần đạt, người quản lý ở các cấp khác nhau mới có khả năng lựa chọn các biện pháp, các phương tiện thực hiện một cách phù hợp và xác định vị thế ưu tiên cho từng mục tiêu.

Sự khác biệt trong việc lựa chọn mục tiêu trong quản lý và trong kế hoạch là ở việc bổ sung, hỗ trợ của các cấp hoạch định khác nhau để đảm bảo mức độ đúng đắn của mỗi chỉ tiêu mà đơn vị đạt được trong kỳ kế hoạch.

4.1.2. Tính khoa học

Mọi sản phẩm của quá trình hoạch định (các văn bản kế hoạch) chỉ có hiệu quả nếu nó đạt đến những mức độ nhất định về căn cứ khoa học và các nghiệp vụ hoạch định phải đảm bảo có độ tin cậy cao. Vì vậy, tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo mức độ hiệu quả độ tin cậy và tính khả thi của các kế hoạch được thảo ra.

Tuy nhiên, bản thân tính khoa học trong quá trình hoạch định lại phụ thuộc vào 2 yếu tố:

- Trình độ nhận thức và vận dụng các qui luật khách quan.
- Trình độ ứng dụng các tiến bộ KH - KT vào quản lý nói chung và nghiệp vụ hoạch định nói riêng.

4.1.3. Nguyên tắc về tính cân đối

Nội dung nguyên tắc này đòi hỏi phải duy trì các mối quan hệ tỷ lệ cân đối giữa các yếu tố, các bộ phận và các quá trình trong nội bộ ở tình trạng thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn.

Việc điều chỉnh thay đổi các chỉ tiêu kế hoạch chỉ áp dụng trong trường hợp đặc biệt, cần thiết và phải tiến hành đồng bộ. Vì sự thay đổi một chỉ tiêu nào đó sẽ dẫn đến sự thay đổi của một loạt các chỉ tiêu khác có liên quan kể cả mục tiêu tổng thể.

4.1.4. Tính pháp lệnh

Nội dung nguyên tắc này yêu cầu khi văn bản kế hoạch đã được cấp trên thông qua thì nó phải được tôn trọng thực hiện theo tinh thần pháp lý.

Những nhiệm vụ kế hoạch cụ thể đều phải được giao cho những cá nhân, đơn vị chịu trách nhiệm thực hiện với sự ràng buộc cao nhất, kể cả sự ràng buộc vật chất.

Các vi phạm kỷ luật kế hoạch hoặc không đạt được các mục tiêu kế hoạch đều phải được xử lý theo qui định.

4.2. Hệ thống các phương pháp lập kế hoạch

4.2.1. Các phương pháp nghiệp vụ tính toán chỉ tiêu kế hoạch

4.2.1.1. Phương pháp cân đối

- Nội dung: là việc nghiên cứu mối quan hệ giữa nhu cầu về một đối tượng với tư cách là chỉ tiêu kế hoạch và khả năng đáp ứng nhu cầu đó nhằm đề xuất các biện pháp thiết lập và duy trì quan hệ cân bằng phải có giữa chúng.
- Đặc điểm sử dụng phương pháp này là trong một tính toán cân đối chỉ có thể đề cập một và chỉ một đối tượng hoạch định thuộc một chủng loại cụ thể
- Trong bảng cân đối số lượng các yếu tố tính toán bao giờ cũng là 1.

Ví dụ:

- Cân đối nguồn lực cho các đơn vị, bộ phận...
- Cân đối thuốc chống lao cho các tỉnh.
- Cân đối chi phí truyền thông về sử dụng hợp lý an toàn thuốc.

4.2.1.2. Phương pháp định mức.

- Nội dung: Dựa trên việc sử dụng các định mức kinh tế - Kỹ thuật về các hao phí nguồn lực cho một đơn vị sản phẩm, dịch vụ đầu ra hoặc một đơn vị kết quả trung gian để tính toán tổng nhu cầu về từng yếu tố cần phải có để đảm bảo thực hiện kế hoạch.
- Đặc điểm:
 - + Các định mức phải đảm bảo tính tiên tiến kỹ thuật, tổ chức sản xuất và tổ chức lao động.
 - + Trong một số trường hợp, các định mức được dùng để đánh giá hiệu quả sử dụng các yếu tố đầu vào.

4.2.1.3. Phương pháp kế hoạch từ việc phân tích các nhân tố tác động.

Đây là một phương pháp truyền thống vẫn được sử dụng rộng rãi, áp dụng phương pháp này đòi hỏi quản lý phải có xem xét, phân tích hệ thống và tổng thể nhiều vấn đề.

- Phương pháp phân tích dùng để xác định các chỉ tiêu tập hợp:
 - + Nội dung: Dựa trên việc nghiên cứu cơ chế tác động và mức độ ảnh hưởng của các nhân tố đối với một hiện tượng trong tư cách là chỉ tiêu kế hoạch để lựa chọn các biện pháp tác động vào các nhân tố nhằm đạt được sự vận động của hiện tượng theo dự tính trước.

- + Hầu hết các chỉ tiêu kinh tế tổng hợp như năng suất, giá thành, mức doanh lợi trong kế hoạch kinh doanh được tính bằng phương pháp này.
- + Quy trình gồm 3 bước:
 - Lựa chọn các biện pháp tác động vào các nhân tố dự định khai thác, tập hợp, tính toán các số liệu.
 - Xác định mức độ ảnh hưởng của từng yếu tố riêng biệt đối với chỉ tiêu kế hoạch cần tính toán.
 - Xác định mức độ ảnh hưởng tổng thể của tất cả các nhân tố đối với chỉ tiêu kế hoạch.

– Phương pháp phân tích sử dụng trên phạm vi định hướng tổng thể.

Cần dự đoán khối lượng sản phẩm, dịch vụ để đáp ứng nhu cầu; các yếu tố cần xem xét.

- + Các yếu tố kinh tế: tổng sản phẩm xã hội, mức cung tiền tệ, tài chính, tỷ giá hối đoái...
- + Dân số và cấu trúc dân số.
- + Tình hình thay đổi thói quen, tâm lý...
- + Các yếu tố vĩ mô.
- + Sự biến động của môi trường, thị trường...
- + Các tiến bộ KH - CN...

4.2.1.3. Các phương pháp kinh điển.

- Phương pháp tỷ lệ cố định.
- Phương pháp giá trị bình quân có trọng số

$$\bar{X}_{KH} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i x F_i}{\sum_{i=1}^n F_i}$$

- Phương pháp quan hệ động:

Là việc xem xét các kết quả hoạt động đã định hình và ổn định trong một khoảng thời gian tương đối dài để xác định trị số gần đúng trong tương lai.

4.2.2. Các phương pháp hoạch định dài hạn, định hướng chiến lược

4.2.2.1. Phương pháp lợi thế so sánh

Phương pháp này gợi mở cho các quản lý gia, quản trị gia khi lập kế hoạch phải xem xét khai thác các lợi thế so sánh phải theo đuổi để mang lại hiệu quả.

- Lợi thế so sánh trên lĩnh vực cung ứng dịch vụ trong việc khai thác cùng với các đối tác khác.
- Lợi thế so sánh trong sản xuất, cung ứng dịch vụ thể hiện trong việc sử dụng nguồn lực, tăng cường liên doanh, liên kết để phát huy chuyên môn hóa.

- Lợi thế so sánh trong việc hợp tác nghiên cứu.
- Lợi thế so sánh nhờ năng lực và trình độ chuyên môn của các nhà chuyên môn và quản lý trong việc giải quyết từng vấn đề phát sinh cụ thể.

4.2.2.2. Phương pháp phân tích chu kỳ sống.

Phương pháp phân tích chu kỳ sống cho một sản phẩm, dịch vụ, một sự kiện.

4.2.2.3. Phương pháp đường cong kinh nghiệm.

Dựa vào kết quả nghiên cứu của nhóm tư vấn Boston, thực chất là việc phân tích các đối thủ cạnh tranh trong cùng ngành nghề trên cơ sở mối quan hệ giữa việc giảm chi phí trên một đơn vị sản phẩm, dịch vụ với việc tăng số lượng sản phẩm, dịch vụ...

4.2.2.3. Phương pháp mô hình PIMS.

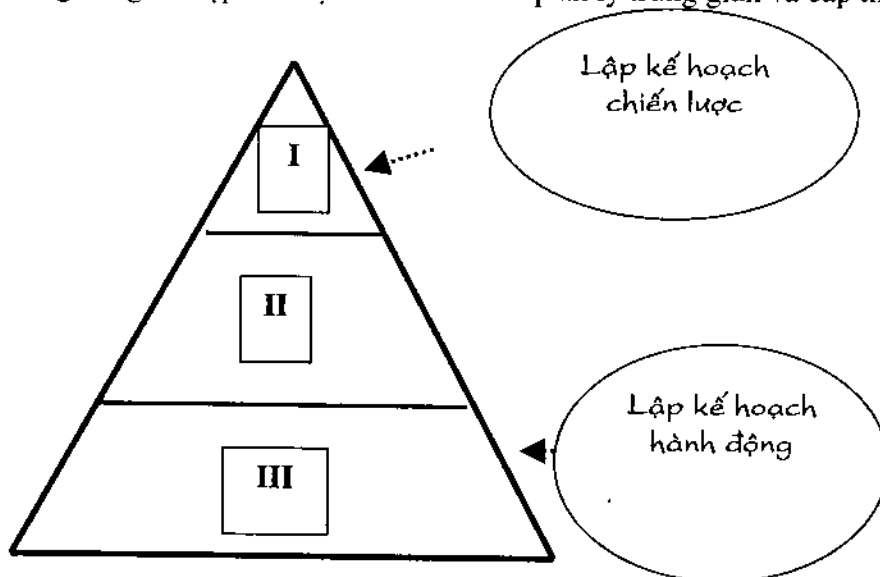
Đây là phương pháp được áp dụng rộng rãi ở Hoa Kỳ. PIMS là viết tắt của Profit, Impact, Market và Strategy - có nghĩa là các chiến lược thị trường ảnh hưởng đến kết quả lợi nhuận - thực chất là việc phát hiện sự trao đổi các kết quả có tính chiến lược để từ đó xây dựng kế hoạch.

- Sự hấp dẫn thị trường.
- Tình hình cạnh tranh.
- Hiệu quả hoạt động đầu tư.
- Sử dụng ngân sách.
- Các đặc điểm nội bộ.
- Phân tích sự thay đổi các yếu tố: thị phần, liên doanh liên kết, giá cả, chất lượng, sự thay đổi quy mô cung ứng dịch vụ...

5. Những yếu tố biến đổi trong tập kế hoạch

5.1. Cấp quản lý

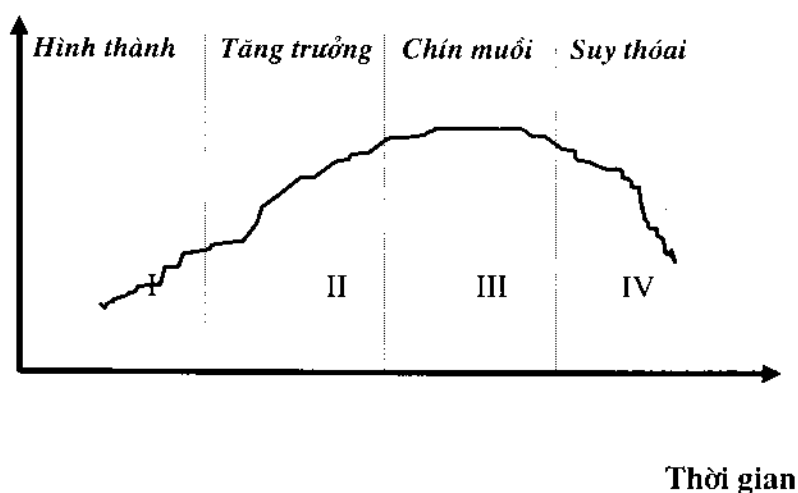
Cấp quản lý càng cao thì việc lập kế hoạch mang tính chiến lược. Kế hoạch hành động chiếm ưu thế trong công tác lập kế hoạch của các nhà quản lý trung gian và cấp thấp.



- I. Các nhà quản lý tuyến trên.
- II. Quản lý cấp trung gian.
- III. Quản lý, quản trị thực thi.

5.2. Chu kỳ sống của một sự kiện

Chu kỳ sống của một sự kiện (một kỹ thuật mới, một loại hình dịch vụ mới...) bao giờ cũng trải qua 4 giai đoạn, kế hoạch cho các giai đoạn này là không giống nhau..



Độ dài và tính cụ thể của các kế hoạch là khác nhau ở các giai đoạn:

- I: Định hướng, mềm dẻo, linh hoạt để thăm dò.
- II: Ngắn hạn, cụ thể vì các mục tiêu được xác định rõ hơn.
- III: Chín muồi, ổn định, dự đoán được → kế hoạch dài hạn và cụ thể.
- IV: Chuyển từ dài hạn sang ngắn hạn, từ cụ thể sang định hướng mềm dẻo.

5.3. Độ bất ổn định của môi trường

Môi trường càng bất ổn định bao nhiêu thì kế hoạch càng mang tính định hướng, ngắn hạn bấy nhiêu và có xu thế hướng ngoại.

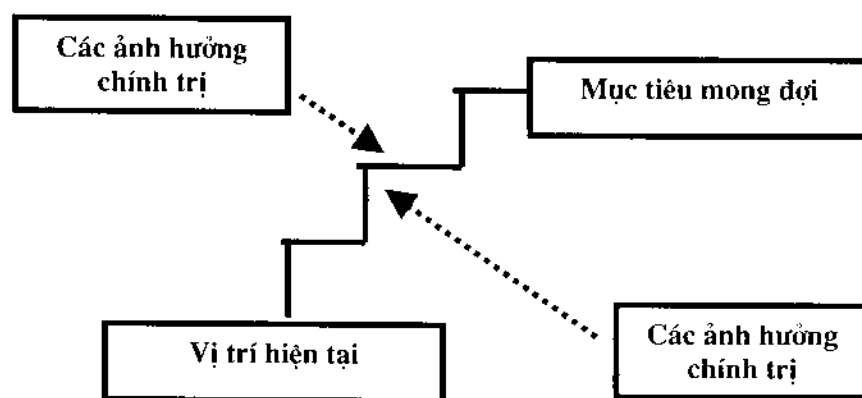
Môi trường ổn định thường có những kế hoạch dài hạn tổng hợp và phức tạp. Kế hoạch dài hay ngắn là phụ thuộc vào kế hoạch đó nhằm thực hiện mục tiêu gì.

Kế hoạch cho một thời gian quá dài hoặc quá ngắn đều phi hiệu suất.

Việc lập kế hoạch thì cần giải quyết những vấn đề xã hội ảnh hưởng của nhiều nhóm người, chính vì thế không thể làm được điều đó một cách hoàn toàn khách quan. Thành viên của các nhóm khác nhau sẽ có cách nhìn nhận khác nhau đối với kết quả mong muốn của các hoạt động đã được lập kế hoạch. Một kế hoạch nào đó có thể được các nhà lập kế hoạch nhìn nhận là hoàn toàn hợp lý và khôn ngoan thì lại có thể bị nghi ngờ nếu không muốn nói là phản đối bởi một số nhóm khác, những nhóm này có thể chống lại kế hoạch đó. Hậu quả là các kế hoạch rất hiếm khi được thực hiện một cách thông suốt hướng tới mục tiêu đã đặt ra.

Sự mô tả thực tế của việc lập kế hoạch này có thể là đã quen biết với các nhà lập kế hoạch. Tuy nhiên một số tác giả nhìn nhận cách lập kế hoạch theo kiểu tăng lên này là có tính hướng

dẫn nhiều hơn. Theo cách nhìn nhận này những người ủng hộ kiểu lập kế hoạch tăng lên gợi ý rằng các nhà lập kế hoạch phải xem xét đến các lực lượng chính trị và điều chỉnh các kế hoạch của họ cho phù hợp. Có lẽ điều này có thể được so sánh với hoạt động "chèo thuyền bằng sức gió". Người lái thuyền không xem xét đến các luồng gió hiện hành và cố gắng lái thuyền đi thẳng tuốt sẽ nhanh chóng bị lật thuyền. Người lái thuyền thành công ít khi lái con thuyền trực tiếp tới đích mong muốn mà phải nhận thấy hướng gió và phải xử lý nó bằng một loạt bước để hướng tới đích mong đợi, điều này được mô tả trong hình sau:



Trình bày dưới dạng biểu đồ cách lập kế hoạch theo kiểu 'tăng lên'

Trong những tình huống như vậy, một điều hoàn toàn khả thi là phải chấp nhận một phương án mà nó có thể rõ ràng là mâu thuẫn với mục tiêu cuối cùng cần đạt tới, nếu bước đi như vậy được xem là một bước trung gian cần thiết để xem xét đến bối cảnh chính trị và thực tế. Mức độ một kế hoạch có thể được thực hiện thuận lợi để hướng tới mục tiêu mong muốn phụ thuộc một phần lớn vào mức độ mà kế hoạch này có được sự hỗ trợ chính trị trực tiếp thích hợp để vượt qua các lực lượng đối lập.

Ví dụ có thể giúp để làm sáng tỏ điều này. Hãy tưởng tượng một kế hoạch phân tích cho thấy rằng cần phải có các nhân viên trợ lý y tế mới, vì lý do chi phí, không hiệu quả, không phù hợp của việc sử dụng bác sỹ trong các tình huống chăm sóc ban đầu. Có thể có sự phản đối rất mạnh mẽ của các nhà chuyên môn y đối với sự hình thành của nhóm nhân viên mới này mà lý do của việc phản đối là nguy cơ cạnh tranh. Trong những trường hợp như vậy thì có thể phải làm ngọt viên thuốc hiển nhiên là đáng bằng cách đồng thời với việc có thêm nhân viên mới là việc đưa ra các hình thức khuyến khích khác nhau đối với các nhân viên y tế (có thể là tiền bồi dưỡng trách nhiệm giám sát, để chứng tỏ việc biết đến vai trò mới của họ là giám sát các nhân viên trợ lý y tế). Trong khi những kiểu khuyến khích như vậy có thể dường như là không thống nhất với mục tiêu cơ bản là cải thiện hiệu quả, nhưng việc đó có thể là cái giá phải trả trong một thời gian ngắn để đạt được mục tiêu lâu dài - loại nhân viên trợ lý y tế hiệu quả và mạnh. Bài tập 2 ở cuối chương này sẽ đưa ra một ví dụ để cho làm việc theo nhóm điều này có thể giúp cho việc chứng minh thêm điểm này.

Với quan điểm thuần túy là duy lý, nó nhìn nhận việc lập kế hoạch như là một quá trình có thứ tự hướng tới mục tiêu đã đặt ra bằng cách sử dụng con đường ngắn nhất giữa điểm xuất phát và đích cuối cùng và nó không nhận thấy sự cần thiết phải đi lệch con đường này trong những khoảng thời gian ngắn, thì có thể xem cách tiếp cận như phần trên là lạ lùng.

Sự nhấn mạnh của cách nhìn nhận này vào các khía cạnh chính trị là sự nhắc nhở rất hữu ích về bản chất chính trị không thể tách rời của việc lập kế hoạch. Tuy thế, quan tâm quá nhiều đến việc phân tích mang tính chính trị như vậy có thể bóp chết khả năng có thể của những kiểu thay đổi mang tính căn bản cần thiết ở nhiều quốc gia đang phát triển đang phải trải qua thời kỳ mà mức độ tình trạng sức khỏe và các nguồn lực là rất thấp và được đảm trách bởi một cơ cấu chăm sóc sức khỏe không phù hợp. Thay vì những hoạt động mang tính cơ bản, nó có thể lại tăng cường khái niệm lập kế hoạch như là 'hiện tượng vùi nước chảy nhỏ giọt'. Trong trường hợp như vậy có thể dễ dàng tiếp tục việc có rất ít sự phản đối và tiếp tục mất đi sự định hướng phải đạt được mục tiêu lâu dài của lĩnh vực y tế.

5.4. Độ dài của những cam kết trong tương lai

Kế hoạch phải có thời gian đủ dài để có thể thực hiện được những cam kết có liên quan tới việc đưa ra các quyết định ngày hôm nay. Nói cách khác, độ dài của kế hoạch phụ thuộc vào việc cam kết đầu tư các nguồn lực và những lý do chính trị khác, những mục tiêu mà nói đã đáp ứng...

6. Mục tiêu, nền tảng của việc lập kế hoạch

6.1. Khái niệm

Mục tiêu là mong muốn cuối cùng của các cá nhân, nhóm hay toàn bộ tổ chức. Mục tiêu chỉ ra phương hướng cho tất cả các quyết định và hình thành nên tiêu chuẩn đo lường cho việc thực hiện trong thực tế. Với lý do đó, mục tiêu là nền tảng của việc lập kế hoạch.

6.2. Đa mục tiêu

Thoạt nhìn chúng ta thấy một hệ thống, một đơn vị, một doanh nghiệp chỉ có một mục tiêu, nhưng nếu phân tích kỹ hơn, ta sẽ thấy các tổ chức nói chung đều có nhiều mục tiêu cùng một lúc.

Ví dụ: Một đất nước không chỉ có mục tiêu tăng trưởng kinh tế cao, mà còn có những mục tiêu xã hội khác: công bằng, bình đẳng, văn minh...

Nhấn mạnh một mục tiêu, như lợi nhuận, có nghĩa là lờ đi những mục tiêu khác, mà để có lợi nhuận doanh nghiệp phải thực hiện. Chỉ chuyên tâm vào một mục tiêu khiến cho những người quản lý, quản trị bỏ qua các công việc quan trọng khác hỗ trợ cho chính mục tiêu đó.

6.3. Mục tiêu thực với mục tiêu phát biểu

- Mục tiêu phát biểu: là những mục tiêu được chính thức công bố, đó là những điều mà tổ chức muốn công chúng tin là mục tiêu của họ.

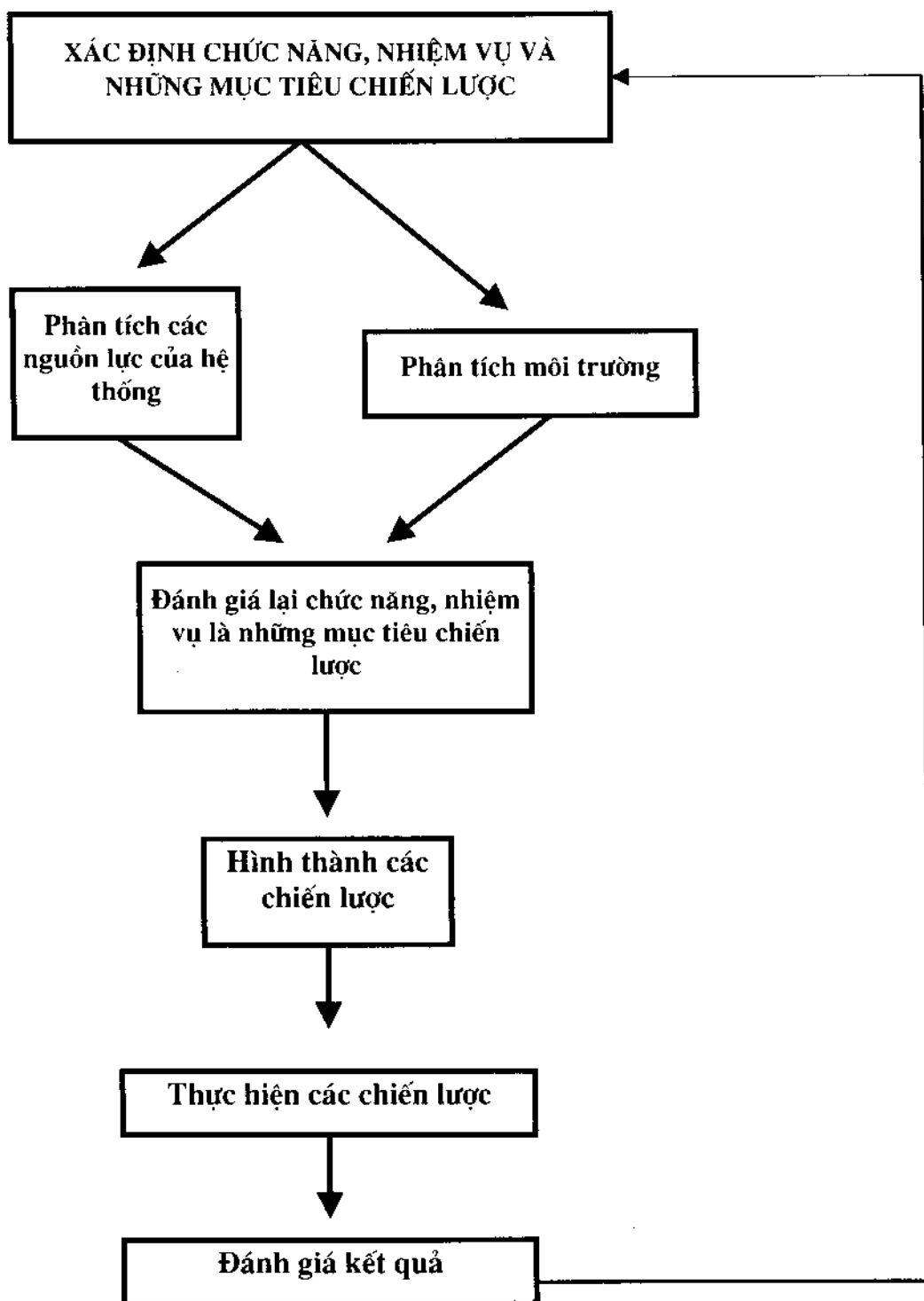
Những mục tiêu phát biểu thường mâu thuẫn và bị ảnh hưởng nặng bởi những niềm tin của xã hội.

Mâu thuẫn bởi vì phải đáp lại lòng mong đợi của nhiều nhóm người khác nhau trong xã hội với những tiêu chuẩn đánh giá khác nhau.

- Mục tiêu thực: là những mục tiêu mà họ thực sự theo đuổi và được xác định bởi những việc làm thực của các thành viên.
- Việc phân biệt 2 loại mục tiêu này cho phép ta hiểu được tính thiếu nhất quán giữa các mục tiêu. Mục tiêu phát biểu thường tương đối ổn định với thời gian, trong khi mục tiêu thực lại hay thay đổi, phản ánh cái gì là cái quan trọng đối với họ.

6.4. Quá trình quản lý chiến lược

Quá trình quản lý chiến lược là một quá trình 7 bước liên quan tới việc lập kế hoạch chiến lược, thực hiện và đánh giá chiến lược.



Sơ đồ quản lý kế hoạch chiến lược

7. Đánh giá kế hoạch

Mục đích đánh giá để xem kế hoạch đề ra đã thực hiện được gì, mục tiêu đạt được đến đâu, hiệu quả thu được có tương xứng với công sức và chi phí bỏ ra không, phát hiện chỗ mạnh, chỗ yếu, rút kinh nghiệm để điều chỉnh, bổ khuyết và nâng cao chất lượng kế hoạch cho chu kỳ sau.

Lập kế hoạch và đánh giá kế hoạch là hai quá trình nối tiếp nhau liên tục tác động lẫn nhau để chúng ta có thể thay đổi cả kế hoạch lẫn mục tiêu theo hướng phát triển.

Đánh giá tỷ mỉ các khâu trong tiến trình của kế hoạch sẽ giúp cho nghiệm thu chất lượng của kế hoạch đề ra, từ đó mới có thể xây dựng những mục tiêu mới cũng như lựa chọn các phương án mới cho giai đoạn tiếp theo một cách hợp lý hơn.

Việc đánh giá có thực hiện được hay không, có đem lại nhiều lợi ích cho các nhà quản lý và các nhà làm kế hoạch hay không phụ thuộc trước hết vào mục tiêu có được xác định cụ thể, rõ ràng không. Sau đó, phụ thuộc vào hệ thống đánh giá đã được chuẩn hóa như thế nào ngay từ khi thiết kế chương trình.

Thông tin thống kê có vai trò quan trọng đối với mọi khâu trong qui trình lập kế hoạch. Từ đánh giá thực trạng, lựa chọn ưu tiên, xác định mục tiêu, xác lập cân đối, đến theo dõi thực hiện và đánh giá hiệu quả... đều phải sử dụng đến thống kê.

Cần tổ chức một hệ thống thu thập số liệu thống kê cơ bản ban đầu đủ để có thể tính ra các chỉ số đánh giá thực trạng cũng như theo dõi và đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch.

Đánh giá các giải pháp, phải:

- Rõ ràng cụ thể.
- Hiệu quả.
- Khả năng thực thi.
- Giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề trọng tâm.
- Phù hợp với điều kiện thực tại.

THÔNG TIN VÀ QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ

ThS. Vũ Khắc Lương

I. MỤC TIÊU

- 1.1. Nêu khái niệm trong thông tin y tế.
- 1.2. Trình bày tầm quan trọng của thông tin trong lập kế hoạch.
- 1.3. Nêu tính chất (yêu cầu) của thông tin trong lập kế hoạch.
- 1.4. Trình bày các loại thông tin cho lập kế hoạch.
- 1.5. Nêu các phương pháp và công cụ thu thập thông tin.

II. NỘI DUNG

2.1. Khái niệm về thông tin y tế

- Thông tin y tế là những tin tức mô tả về tình hình hoạt động của các lĩnh vực khác nhau trong ngành y tế và cả những lĩnh vực ngoài ngành y tế có liên quan. Ví dụ:
 - + Tỷ lệ chết, tỷ lệ mắc bệnh của địa phương nào đó/năm nào đó.
 - + Số cán bộ y tế/ 1000 dân của địa phương nào đó/năm đó.
 - + Tỷ lệ hộ gia đình có hố xí hợp vệ sinh của địa phương đó/năm đó.
 - + Tỷ lệ người nghèo của thị xã Trà vinh là 5,34% dân số (12/2000).
 - + Tỷ lệ sinh của Hà nội là 17,73% năm 1997.
 - + Dân thôn A có nhiều tập quán lạc hậu hơn các thôn khác trong xã...

2.2. Tầm quan trọng của thông tin y tế

- Người quản lý cần thông tin y tế để phục vụ cho công tác quản lý.
- Không có thông tin hay thông tin không đảm bảo yêu cầu thì lập kế hoạch sẽ không sát hợp, kém hiệu quả.

2.3. Những yêu cầu của thông tin y tế

2.3.1. Thông tin đầy đủ và toàn diện

Người lập kế hoạch cần thông tin của mọi hoạt động y tế và cả những lĩnh vực ngoài y tế có liên quan.

- Thông tin về các loại bệnh tật: tỷ lệ mắc, tỷ lệ chết, tỷ lệ dân có nguy cơ mắc...
- Thông tin về môi trường: hố xí không hợp vệ sinh, ô nhiễm đất, nước, không khí, sử dụng hóa chất gây ô nhiễm...
- Thông tin về trang thiết bị y tế, nhân lực y tế, chính sách chế độ, mục tiêu kế hoạch...

- Thông tin về kinh tế, văn hóa, xã hội, dân số.
- Thông tin về sự ủng hộ của các tổ chức xã hội với y tế...(xem cụ thể tại mục 2.4).

Lập kế hoạch cho một lĩnh vực nhỏ, ví dụ: Phòng bệnh sốt rét thì cần các thông tin đầy đủ và toàn diện về sốt rét và một số lĩnh vực y tế, xã hội và tự nhiên có liên quan.

2.3.2. Thông tin chính xác

Thông tin chính xác là phản ánh đúng tình trạng thực tế. Tỷ lệ mắc sốt rét của huyện M thực tế là 2,5% tổng số dân/ năm 1998, nếu báo cáo cao hơn hay thấp hơn tỷ lệ đó đều là sai với tỷ lệ thực, dẫn tới lập kế hoạch không chính xác.

2.3.3. Thông tin cập nhật

Sử dụng thông tin của giai đoạn hiện tại để lập kế hoạch, không dùng thông tin quá cũ, của những giai đoạn trước để lập kế hoạch. Có thể quy định như sau:

- Kế hoạch năm: dùng thông tin năm hiện tại để lập kế hoạch cho năm tới.
- Kế hoạch quý: dùng thông tin quý hiện tại để lập kế hoạch quý sau.
- Kế hoạch tháng: dùng thông tin tháng hiện tại để lập kế hoạch tháng sau.

Cập nhật thông tin y tế là rất quan trọng nhưng quan trọng hơn với nhà quản lý là phải biết chiều hướng phát triển của các vấn đề, các công việc. Ví dụ: tỷ lệ uốn ván rốn ở trẻ sơ sinh của huyện nhà tăng hay giảm trong thời gian qua. Muốn được như vậy, nhà quản lý cần theo dõi thông tin theo suốt thời gian ; theo các tháng, các quý hay các năm...

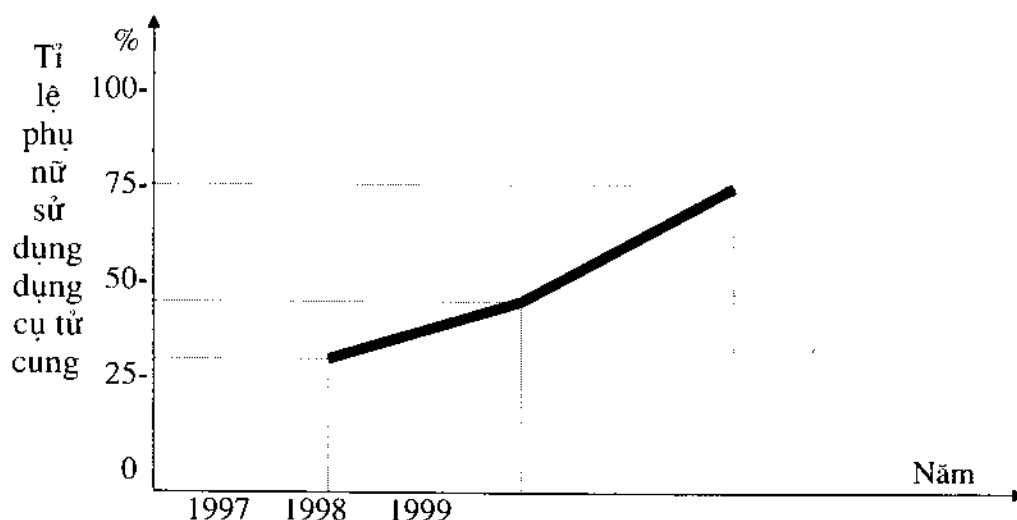
Ví dụ: Tại tỉnh A, người quản lý theo dõi được tỷ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi có chồng sử dụng dụng cụ tử cung trong ba năm liên tục như sau:

1997: 39%.

1998: 49%

1999: 75%

Dùng biểu đồ dây để biểu diễn các số liệu trên: Biểu đồ 1.

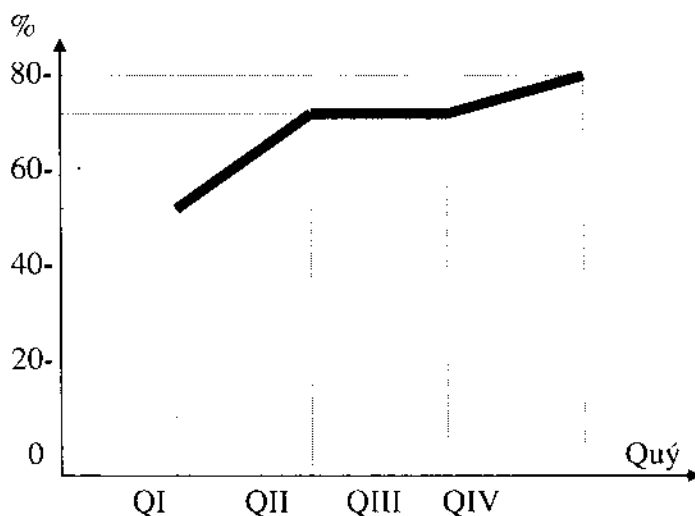


Biểu đồ 1. Tỷ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi dùng dụng cụ tử cung

Tỉ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi sử dụng dụng cụ tử cung tăng mạnh. Điều đó có ích cho việc xác định mục tiêu của kế hoạch sau này.

Ví dụ khác. Tỉ lệ hộ gia đình dùng hố xí chưa đảm bảo vệ sinh trong năm 2000 của huyện M như sau:

- Quý I: 50%.
- Quý II: 75%.
- Quý III: 75%.
- Quý IV: 80%



Biểu đồ 2. Tỉ lệ hộ gia đình dùng hố xí kém vệ sinh huyện M năm 2000.

Nhìn biểu đồ 2 ta kết luận là tình hình hố xí hợp vệ sinh có xu hướng giảm trong năm 2000.

2.3.4. Thông tin đặc hiệu

Khi lập kế hoạch để giải quyết vấn đề nào đó, cần thu thập những thông tin phản ánh đặc hiệu cho vấn đề đó. Ví dụ:

Lập kế hoạch về phòng bệnh trẻ sơ sinh thì cần lấy thông tin về tỉ lệ bà mẹ có thai tiêm A.T. Ngược lại, lập kế hoạch về bảo vệ sức khỏe phụ nữ có thai mà lấy thông tin tỷ lệ tiêm A.T cho phụ nữ có thai là không đặc hiệu, vì thông tin này không phản ánh việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ có thai.

2.3.5. Thông tin về chất lượng

Người quản lý cần đặc biệt chú ý thông tin phản ánh chất lượng của công việc, không nên quá chú ý thông tin về số lượng. Xem ví dụ ở bảng sau:

Thông tin	Thông tin số lượng	Thông tin chất lượng
Sử dụng Oresol cho trẻ bị tiêu chảy.	Số trẻ bị tiêu chảy được cấp Oresol.	Số trẻ bị tiêu chảy uống Oresol đúng quy định.
Hố xí hai ngăn.	Tỉ lệ hộ gia đình có hố xí hai ngăn.	Tỉ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hai ngăn đúng quy định.

2.3.6. Thông tin lượng hóa

Các thông tin phải được biểu diễn thành số lượng và tỉ lệ phần trăm. Tránh dùng thông tin chưa lượng hóa. Xem ví dụ ở bảng sau:

Thông tin	Chưa lượng hóa	Đã lượng hóa (rất cụ thể)
Dân cầu cứng khi ốm đau.	Đa số hộ gia đình cầu cứng khi bị ốm đau.	78% số hộ cầu cứng khi bị ốm đau.
Sự ủng hộ của các ban ngành đoàn thể.	Hầu hết các ban ngành đoàn thể ủng hộ.	6/8 ban ngành đoàn thể ủng hộ, trong đó có UBND.

Tuy nhiên trên thực tế, nhiều thông tin chưa được lượng hóa (thông tin định tính) song rất quan trọng cho người quản lý để làm kế hoạch, vì vậy cần ghi nhận tất cả các thông tin này. Ví dụ: đa số dân hưởng ứng phòng chống sốt rét hơn là phòng chống uống rượu.

2.4. Các nhóm thông tin cho lập kế hoạch

Mỗi loại kế hoạch cần các thông tin cần thiết riêng. Song nhìn chung thì lập kế hoạch cần có những thông tin sau:

2.4.1. Thông tin về bệnh tật

- Tỉ lệ mắc.
- Tỉ lệ chết.
- Tỉ lệ biến chứng.
- Tỉ lệ tàn phế các mức độ.
- Tỉ lệ được điều trị...
- Tỉ lệ tiếp xúc với yếu tố tác hại hay nguy cơ cao mắc bệnh...

Các tỉ lệ trên có thể mô tả theo giới, tuổi, nghề nghiệp, dân tộc... Ví dụ: Tại huyện M, năm 1998 tỉ lệ mắc lao như sau:

- Tỉ lệ mắc toàn dân: 2,5%
- Tỉ lệ nam giới mắc lao: 6%
- Tỉ lệ nữ giới mắc lao: 4%
- Tỉ lệ trẻ em dưới 1 tuổi mắc: 20%
- Tỉ lệ Trẻ em từ 1 đến 5 tuổi mắc: 15%
- Tỉ lệ Từ 5 đến 10 tuổi mắc: 5%
- Tỉ lệ Từ 16 đến 50 tuổi mắc: 0,5%
- Tỉ lệ 50 tuổi trở lên mắc: 20%

2.4.2. Thông tin về phòng bệnh

- Tỉ lệ dân uống thuốc phòng
- Tỉ lệ dân tiêm vắc xin.
- Tỉ lệ dân được giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh.
- Tỉ lệ dân sử dụng các biện pháp phòng bệnh (tùy theo bệnh).

2.4.3. Thông tin về nguồn lực y tế

- Số cán bộ y tế hoạt động/ 1000 dân.
- Số lượng thuốc các loại và từng loại.
- Chất lượng cán bộ y tế: CKI, CKII...
- Số lượng và chất lượng các cơ sở tư vấn, phòng bệnh, điều trị công.
- Số lượng các cơ sở vật chất trang thiết.
- Số lượng kinh phí cho phòng bệnh/ người dân.
- Số lượng phòng khám tư nhân, hiệu thuốc tư.
- Số lượng và chất lượng hoạt động y dược tư nhân.

2.4.4. Thông tin về sự hỗ trợ của y tế tuyến trên

- Sự chỉ đạo, đường lối chính sách.
- Số kinh phí sẽ được hỗ trợ.
- Cơ sở vật chất, thuốc và trang thiết bị sẽ được hỗ trợ.
- Số nhân lực (ngày công) sẽ được hỗ trợ.
- Mục tiêu hay chỉ tiêu kế hoạch trên giao...

2.4.5. Thông tin về y tế tuyến dưới

Nếu các thông tin về tuyến dưới đã nằm trong mục 2.4.3 thì không liệt kê ở đây nữa. Nhiều trường hợp các thông tin này được tách ra và liệt kê riêng. Các loại thông tin giống như mục 2.4.3.

2.4.6. Thông tin về phía người dân trong cộng đồng

* **Kinh tế:**

- Thu nhập bình quân đầu người/ năm.
- Tỷ lệ hộ giàu nghèo.
- Tỷ lệ dân các nghề chính trong cộng đồng...

* **Dân số:**

- Tổng dân số.
- Tỷ suất sinh thô, chết thô và phát triển dân số tự nhiên.
- Số lượng và tỷ lệ dân theo nhóm tuổi.
- Tỷ lệ các dân tộc trong cộng đồng...

* **Văn hóa- xã hội - địa lý- khí hậu:**

- Tỷ lệ dân có trình độ học vấn: tiểu học, trung học, đại học, cao đẳng.
- Tỷ lệ người lớn mù chữ.
- Tỷ lệ hộ gia đình có ti vi, tỷ lệ dân đọc báo hàng ngày.
- Tỷ lệ hộ gia đình cầu cúng khi đau ốm.

- Tỷ lệ dân có phong tục tập quán lạc hậu như: bón phân tươi, uống nước chưa đun sôi, ăn gỏi thịt cá sống... Cần chú ý vấn đề địa lý: địa hình rừng núi, sông nước, sinh lấy... vẽ bản đồ hành chính và địa lý của cộng đồng.

2.4.7. Thông tin về thực hiện các dịch vụ y tế

- Tỷ lệ dân tới khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước, tư nhân, khám điều trị bằng y học cổ truyền.
- Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng thực hiện các biện pháp tránh thai.
Tỷ lệ phụ nữ có chồng (15-49 tuổi) sinh con thứ 3, 4...
- Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh, dùng nước sạch...

2.4.8. Thông tin về môi trường chung

- Số lượng thuốc trừ sâu, phân hóa học dùng/ 1m^2 / năm.
- Số nguồn phát ra các độc hại sức khỏe: tiếng ồn, các tia... và tỷ lệ dân bị ảnh hưởng v.v... Ví dụ: số các nhà máy, xí nghiệp, bãi rác trong cộng đồng và tỷ lệ dân bị ảnh hưởng.

2.4.9. Thông tin về sự hỗ trợ của cộng đồng

- Số các ban ngành, đoàn thể và tổ chức xã hội ủng hộ.
- Số tổ chức ủng hộ nhân lực (số ngày công), ủng hộ kinh phí (số tiền), ủng hộ cơ sở vật chất (số lượng và tên cơ sở vật chất).
- Tỷ lệ và số lượng dân ủng hộ giải quyết vấn đề sức khỏe v.v...

Trong lập kế hoạch, người quản lý cần các thông tin của cộng đồng mình song cần thu thập các thông tin của cộng đồng bên cạnh, hoặc các cộng đồng trong vùng, xem cùng một lĩnh vực y tế thì cộng đồng ta xếp vào loại nào nếu đem so sánh với các cộng đồng bên cạnh. Điều đó có ích cho việc xác định vấn đề sức khỏe và thiết lập mục tiêu của bản kế hoạch.

Thông tin nào chưa có số liệu cụ thể thì cần thảo luận với những người liên quan để ước lượng, nhưng sau đó người quản lý phải tổ chức ngay việc theo dõi, đo đạc và thu thập thông tin đó trên thực tế, phục vụ cho lần làm kế hoạch sau tốt hơn.

4.4.10. Thông tin để theo dõi sự bất bình đẳng

Để theo dõi sự bất bình đẳng trong y tế sau khi tính toán các chỉ số thống kê có thể dựa vào bảng kiểm dưới đây để nhận biết:

- Về các nguồn lực cho y tế:
 - + Phương thức thu phí dịch vụ y tế thuận hay nghịch biến với mức thu nhập (nghĩa là người giàu hơn phải thu nhiều hơn hay thu ít hơn một cách tương đối so với người nghèo)
 - + Mức chi tiêu y tế chiếm bao nhiêu phần trăm thu nhập của hộ gia đình theo nhóm giàu nghèo.
 - + Có bằng chứng cho thấy nhóm nghèo không có khả năng chi trả, hạn chế chi tiêu cho y tế hay phải tìm đến các dịch vụ rẻ tiền, tự chữa không.

- + Tỷ lệ ngân sách y tế có dành ưu tiên quá nhiều cho khu vực bệnh viện so với chi cho CSSKBĐ không.
- + Những nhóm thu nhập khác nhau, dân tộc khác nhau, giới khác nhau trong một vùng có sự chênh lệch nhiều trong sử dụng dịch vụ y tế (đặc biệt là BV) không.
- + Việc phân bổ nguồn lực y tế giữa các vùng có dựa trên nhu cầu CSSK của cộng đồng không.
- + Các cơ chế miễn giảm có nhằm tạo ưu tiên cho các nhóm nghèo có nhu cầu cao hơn không.
- Về cơ sở hạ tầng:
 - + Các dịch vụ y tế tại các vùng trong địa phương (cả nước, tỉnh) có khác nhau không, có dựa vào nhu cầu CSSK của cộng đồng không.
 - + Ở những vùng khác nhau tính sẵn có của các nguồn lực y tế có khác nhau không.
- Về tình trạng sức khỏe
 - + Có sự khác biệt nào đáng kể về các chỉ số sức khỏe giữa các nhóm giàu nghèo, dân tộc, nông thôn thành thị, nghề nghiệp, giới không.

Trên đây là một số gợi ý của Vụ kế hoạch Bộ Y tế trước khi đưa ra các hướng dẫn chính thức. Một số bài khác trong tài liệu này cũng như tài liệu kinh tế y tế sẽ bổ xung và làm rõ thêm về mặt kỹ thuật, nghiệp vụ cho các cán bộ kế hoạch của sở y tế.

2.5. Các phương pháp và công cụ thu thập thông tin

2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu thứ cấp (Qua sổ sách báo cáo sẵn có): Cần xây dựng và củng cố hệ thống tổ chức báo cáo từ dưới lên. Công cụ để thu thập thông tin theo phương pháp này là các biểu mẫu - đó là các bảng biểu thiết kế sẵn với các chỉ số và thông tin rất cụ thể. Người đi thu thập thông tin lấy các chỉ số, thông tin trong các báo cáo điền vào các ô hay các dòng để trống của biểu mẫu (xem phụ lục 1).

2.5.2. Quan sát, nghe ngóng tại các cuộc họp hay đi thực tế (đôi khi thông tin không chính xác và đầy đủ). Công cụ thu thập thông tin theo phương pháp này là các bảng kiểm (dùng để quan sát) hay sổ sách để ghi chép các thông tin định tính mà ta nghe được (xem phụ lục 2).

2.5.3. Phỏng vấn cá nhân: Dùng bộ câu hỏi phỏng vấn, ta sẽ thu được cả thông tin định tính và định lượng (xem Phụ lục 3).

2.5.4. Thảo luận nhóm tập trung (Focus group discussion): nhóm gồm 5 - 10 người, thảo luận tập trung vào một số câu hỏi. Thảo luận sâu nên khai thác được nhiều ý kiến. Dùng bộ câu hỏi và ghi biên bản để khai thác và thu nhận thông tin (xem phụ lục 4).

2.5.5. Dùng trắc nghiệm (test): ví dụ: muốn xác định tỉ lệ dân mang kí sinh trùng sốt rét trong máu, cần lấy máu soi lam kính...

Ngoài ra có thể dùng thư gửi qua bưu điện hay gọi điện thoại để thu thập thông tin... Với phương pháp này ta dùng bộ câu hỏi tự điền (để gửi thư) hay bộ câu hỏi phỏng vấn.

Chú ý: Khi thu thập thông tin bằng phỏng vấn, quan sát qua bảng kiểm và trắc nghiệm, cần tiến hành chọn mẫu để đảm bảo thông tin thu được là phản ánh khá chính xác tình hình của cộng đồng (nghiên cứu kỹ các loại mẫu của dịch tễ học).

2.6. Biểu diễn thông tin y tế

Biểu diễn thông tin y tế bằng các bảng, biểu đồ... Nếu là thông tin định tính thì xếp theo nhóm giúp xử lý thuận lợi.

2.6.1. Thông tin định lượng

Cách biểu diễn rất quan trọng, từ đó giúp người xem hiểu được ý nghĩa của thông tin. Ví dụ ta thu được rất nhiều các thông tin định lượng về dân số của một địa dư hành chính như số lượng dân theo lứa tuổi chẳng hạn. Cách biểu diễn tốt nhất là vẽ thành tháp dân số sẽ giúp cho người xem thấy rõ được tỷ lệ, số lượng dân phân bố theo tuổi, giới. Đặc biệt nhìn rõ được độ lớn dân số của từng giới và của chung toàn bộ dân cư qua cấu trúc tuổi.

Thông tin định lượng còn được trình bày qua các bảng số liệu. Bảng có nhiều cột và nhiều dòng tùy theo số lượng các số liệu và loại thông tin. Bảng số liệu có ưu điểm lớn là trong một bảng nhỏ, không tốn nhiều diện tích giấy ta có thể biểu diễn nhiều số liệu, song nhược điểm lớn là người xem khó thấy được biến thiên của các đại lượng (các biến), khó nhìn bao quát và tổng hợp các thông tin trong bảng.

Một cách biểu diễn thông dụng nữa là dùng các loại biểu đồ để biểu diễn thông tin định lượng. Tùy loại thông tin mà ta chọn biểu đồ thích hợp: cột, hình tròn, dây... (xem phụ lục số 5, 6, và 7...). Biểu đồ cho ta tính khái quát cao của thông tin: cho thấy được chiều hướng đang tăng hay giảm, so sánh thông tin dễ dàng...

2.6.2. Biểu diễn thông tin định tính

Cách đơn giản để tóm tắt số liệu là bảng danh mục tương ứng với mã và chủ đề. Khi lập bảng danh mục cần nhớ giữ các nội dung giống nhau từ nguồn số liệu theo các khoản mục thêm vào bảng danh mục vì thế sau này nếu cần ta có thể trở lại với bản số liệu gốc.

Một cách khác để xem xét số liệu là lập bảng ma trận. Đó là một bảng nhưng không phải là số trong các ô mà là các từ. Chủ đề hay câu hỏi được ghi vào mỗi một cột và mỗi hàng là các nguồn thông tin khác nhau. Ví dụ kết quả thảo luận nhóm tập trung với các nhóm bà mẹ khác tuổi về thực hành ăn dặm được tóm tắt trong bảng ma trận sau đây:

Bảng ma trận về thức ăn dặm cho trẻ của các bà mẹ ở các nhóm tuổi khác nhau

Nhóm tuổi	Cho ăn dặm lần đầu	Loại thức ăn dặm	Số lần ăn dặm/ngày
Các bà mẹ trẻ (20 - 30 tuổi)	Từ 4 - 7 tháng trung bình: 6 tháng	- Bột - Bột với đậu lạc, khoai tây nghiền, hoa quả nghiền, bánh mềm.	1-2 lần/ ngày - Tùy thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ. - Tùy thuộc nhu cầu trẻ.
Các bà mẹ quá tuổi sinh đẻ (>45)	Từ 5 - 11 tháng trung bình: 8,5 tháng	- Bột - Nước hoa quả	1-2 lần/ ngày - Tùy thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ. - Tùy thuộc nhu cầu trẻ.

Ngoài ra còn nhiều cách biểu diễn thông tin định tính khác như sơ đồ (diagram), sơ đồ diễn tiến (flow chart)...trong khuôn khổ của bài này, chúng tôi không trình bày, cần tham khảo thêm các tài liệu giới thiệu về phân tích số liệu định tính.

2.7. Lưu giữ và xử lý thông tin y tế

Với thông tin định lượng người ta lưu giữ và xử lý trong máy vi tính bằng các phần mềm: Excel, Epi Info, SPSS, Foxpro... Thông tin định tính lưu giữ trong máy vi tính bằng phần mềm soạn thảo văn bản, Ethnograph, sổ sách. Xử lý bằng máy (phần mềm Ethnograph) hay bằng phương pháp thông thường.

Tóm lại: Thông tin và quản lý thông tin y tế là khâu đầu tiên của quy trình lập kế hoạch. Người cán bộ quản lý phải có thông tin y tế theo đúng yêu cầu, biết sử dụng các phương pháp để có thông tin bảo đảm theo yêu cầu, đồng thời biết lưu giữ và trình bày thông tin để phục vụ cho lập kế hoạch tốt

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. **Bộ Y tế- UNICEF**, Quản lý chăm sóc sức khỏe tuyến ban đầu trạm y tế cơ sở, Nhà xuất bản Y học, 1996.
2. **Bộ Y tế**, Các biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện- ban hành kèm theo Quyết định số 2360/QĐ-BYT ngày 14-11-1997.
3. **Bộ Y tế**, Báo cáo thống kê y tế quận, huyện- Ban hành kèm theo Quyết định số 882/BYT-QĐ, ngày 18 tháng 5 năm 1992.
4. **Bộ Y tế**, Báo cáo thống kê y tế tỉnh, thành phố- Ban hành kèm theo Quyết định số 866/BYT-QĐ, ngày 27 tháng 3 năm 1999.
5. **Nguyễn Duy Luật**, Chỉ số sức khỏe, Bài giảng cho sinh viên năm thứ VI, Bộ môn Tổ chức -Quản lý y tế, Trường Đại học Y Hà nội.
6. **Vũ Khắc Lương**, Lập kế hoạch y tế công cộng- ứng dụng các nguyên lý của quản lý chất lượng toàn bộ, Tài liệu tham khảo cho học viên sau đại học và các nhà quản lý y tế, Bộ môn Tổ chức -Quản lý y tế, Trường Đại học Y Hà nội.
7. **Phan văn Tường**, Đánh giá tình hình sức khỏe hiện tại, Bài giảng quản lý y tế, Nhà xuất bản Y học, 1997.
8. Các tài liệu hướng dẫn sử dụng phần mềm chương trình vi tính: Excel, Epi Info, Foxpro, SPSS, Ethnograph...

CHẨN ĐOÁN CỘNG ĐỒNG, XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ SỨC KHỎE VÀ LỰA CHỌN VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN

*PGS.TS. Phạm Văn Thân
Th.S Vũ Khắc Lương*

MỤC TIÊU

1. Trình bày khái niệm vấn đề sức khỏe (VDSK).
2. Nêu cách xác định vấn đề sức khỏe và VDSK ưu tiên.
3. Thực hành được các kỹ thuật xác định VDSK và VDSK ưu tiên với thông tin thực tế của địa phương.

NỘI DUNG

Danh từ "cộng đồng" trong bài này được hiểu là một khu dân cư có nhiều đặc điểm về kinh tế, văn hóa, xã hội, sức khỏe... khá giống nhau. Theo ranh giới hành chính thì cộng đồng có thể là một xã, một huyện hay một tỉnh...

Chẩn đoán cộng đồng là tìm vấn đề sức khỏe của cộng đồng, nói cách khác là xác định các công việc y tế của một cộng đồng hiện còn tồn tại, đòi hỏi phải được giải quyết sớm mà nguồn lực của cộng đồng cho phép giải quyết vấn đề đó trong thời điểm hiện tại.

1. Khái niệm vấn đề sức khỏe

Hiện nay, vẫn có hai cách hiểu về "vấn đề sức khỏe".

Cách thứ nhất: vấn đề sức khỏe được hiểu là tỉ lệ mắc hay chết của bệnh nào đó còn cao ở cộng đồng.

Cách thứ hai: vấn đề sức khỏe ở đây được hiểu là "công việc tồn tại trong y tế" có nghĩa là ngoài khái niệm theo cách thứ nhất còn có tình trạng thiếu hụt hay tồn tại trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của ngành y tế. Đó là một công việc y tế còn tồn tại ở cộng đồng. Ví dụ: thiếu thuốc phòng và chữa bệnh; thiếu sự hợp tác giữa các ban, ngành, đoàn thể ở một cơ sở y tế; tỉ lệ dân sử dụng nước sạch thấp tại một cộng đồng...

Trên thực tế vấn đề sức khỏe cần được hiểu như công việc tồn tại trong y tế.

Vậy vấn đề sức khỏe là sự tồn tại trong công tác y tế, nổi cộm lên cần được giải quyết sớm trong một cộng đồng và xét về mọi mặt thì cộng đồng có khả năng giải quyết được tồn tại đó (sẽ rõ thêm khi xem bảng số 1).

2. Tại sao phải xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề sức khỏe ưu tiên

Trước đây, theo phương thức quản lý chỉ đạo từ trên xuống, mọi hoạt động y tế đều thực hiện theo chỉ tiêu kế hoạch được giao. Sở y tế thực hiện chỉ tiêu Bộ Y tế đưa xuống. Trung tâm y tế huyện thực hiện chỉ tiêu của sở. Trạm y tế xã thực hiện chỉ tiêu của trung tâm y tế huyện. Chính vì thực hiện theo chỉ tiêu kế hoạch nên tạo ra tâm lý thụ động. Khi thực hiện theo kế hoạch trên giao, cơ sở y tế tuyến dưới ít khi nghĩ tới cần phải xác định xem có thực là đang tồn tại những vấn đề đó tại cộng đồng của mình không. Những vấn đề thực tế tồn tại ở địa phương mình là gì. Trong rất nhiều tồn tại, những tồn tại nào thực sự cần thiết phải can thiệp và có khả năng giải quyết, cũng như giải quyết rồi thì sẽ có khả năng duy trì không...

Như vậy, nếu không xác định các vấn đề sức khỏe, sẽ có các quyết định sai, làm lãng phí các nguồn lực.

Ở mỗi địa phương, mỗi quốc gia có rất nhiều vấn đề sức khỏe tồn tại. Do nguồn lực luôn có hạn nên không một cộng đồng nào có đủ khả năng để giải quyết cùng một lúc tất cả các vấn đề tồn tại trong y tế. Do đó người quản lý phải cân nhắc, sắp xếp các vấn đề tồn tại theo thứ tự ưu tiên giải quyết.

3. Xác định vấn đề sức khỏe (VĐSK)

3.1. Xác định VĐSK bằng kỹ thuật Delphi

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

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

3.2. Xác định VĐSK dựa trên gánh nặng bệnh tật

Đây là phương pháp hoàn toàn dựa vào các số liệu của báo cáo. Phương pháp này có sử dụng thông tin song lại thiếu phân tích định tính.

Ví dụ: Tỷ lệ bệnh giun trong cộng đồng nông nghiệp là rất phổ biến, nếu chỉ nhìn vào tỉ lệ nhiễm giun mà coi đó là vấn đề sức khỏe thì chưa hợp lý vì trong điều kiện sản xuất nông nghiệp, cũng như thiếu hố xí hợp vệ sinh và khó khăn kinh tế như hiện nay, rất khó can thiệp để hạ thấp tỉ lệ nhiễm giun.

Trong phương pháp này, các nhà quản lý đưa ra một số tiêu chuẩn để lựa chọn VĐSK. Mỗi tiêu chuẩn được cân nhắc theo một thang điểm, lần lượt cho từng VĐSK (bảng 1).

Bảng 1. Xác định vấn đề sức khỏe

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

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

1. Dựa vào các chỉ số của vấn đề sức khỏe đó của cộng đồng mình các năm trước để xem có xu hướng tăng lên, giảm đi, hay duy trì (xem lại bài: Thông tin và quản lý thông tin y tế).
2. Dựa vào chỉ số của vấn đề sức khỏe đó tại các cộng đồng bên cạnh vào thời điểm hiện tại (tham khảo).
3. Dựa vào chỉ tiêu trên giao (tham khảo).
4. Dựa vào kế hoạch dài hạn của cộng đồng mình trước đây đã làm.
5. Hợp nhóm hay đội lập kế hoạch để cùng xác định chỉ số bình thường của cộng đồng dựa vào 4 yếu tố trên.

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

Thang điểm được tính đồng đều với cả 4 yếu tố trong bảng 1 như sau:

3 điểm: rất rõ ràng, vượt nhiều.

2 điểm: rõ ràng, vượt ít.

1 điểm: có thể, không rõ lắm.

0 điểm: không rõ, không có.

Cộng điểm của 4 yếu tố trên, nếu:

Từ 9 - 12 điểm: có vấn đề sức khỏe ấy trong cộng đồng.

Từ 8 điểm trở xuống: vấn đề đó chưa rõ là VĐSK.

Mỗi cột ở bảng 1 ta viết tên một đầu việc. Phải liệt kê hết các công việc vào bảng này. Có khi tới 20 - 30 cột ứng với 20 - 30 công việc. Giả dụ ta bỏ sót công việc "sốt rét" không liệt kê vào bảng, có thể dẫn đến sai lầm, vì biết đâu sau khi chấm điểm thì sốt rét lại có điểm cao hơn 9 và nó là VĐSK.

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

4. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

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

4.1. Dựa trên bảng tiêu chuẩn thông thường

Ta sử dụng một bảng điểm và cân nhắc từng tiêu chuẩn.

Bảng 2. Bảng chọn VĐSK ưu tiên

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

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

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

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

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

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

Trong đó:

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

Chấm điểm cho yếu tố A là dựa trên tỉ lệ dân cư trực tiếp bị ảnh hưởng bởi vấn đề sức khỏe (tỉ lệ mắc chẳng hạn). Diện tác động của vấn đề có thể được cân nhắc dựa vào toàn bộ

dân cư hoặc lựa chọn nhóm dân cư đích. Với mỗi vấn đề sức khỏe đều phải cân nhắc và sau đó cho điểm theo thang điểm 0 - 10 dựa vào tỉ lệ dân cư bị tác động bởi vấn đề này. Nếu tỉ lệ dân cư bị tác động của vấn đề sức khỏe lớn thì sẽ cho điểm cao.

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

Bảng 3. Cho điểm yếu tố A

<i>Tỉ lệ dân chúng bị tác động của vấn đề sức khỏe</i>	<i>Phạm vi của vấn đề Thang điểm</i>
25% hoặc lớn hơn	9 hoặc 10
10% - cận 25%	7 hoặc 8
1% - cận 10%	5 hoặc 6
0,1- cận 1%	3 hoặc 4
0,01- cận 0,1	1 hoặc 2
ít hơn 0,01%	0

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

Diện tác động của vấn đề (A)

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

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

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

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

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

Bảng 4. Cho điểm yếu tố B.

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

Mức độ trầm trọng của VĐSK (B):

<i>Vấn đề sức khỏe</i>	<i>Cho điểm</i>	
	<i>Cá nhân</i>	<i>Nhóm (đội)</i>
1.		
2.		

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

Hiệu quả của các chương trình can thiệp được biểu hiện bởi sự giảm độ lớn của vấn đề sức khỏe do chương trình can thiệp đó tác động. Đây là yếu tố quan trọng nhất trong xếp loại vấn đề sức khỏe ưu tiên (nếu cho yếu tố C là 0 điểm thì BPRS = 0). Để đánh giá chính xác hiệu quả là rất khó khăn. Hiệu quả bao giờ cũng được xác định trong một giới hạn (có điểm cao nhất và điểm thấp nhất) và đánh giá mỗi chương trình can thiệp cũng dựa trên khoảng giới hạn này.

Ví dụ: Vắc xin phòng bệnh có hiệu quả cao nhất trong tất cả các chương trình can thiệp để phòng bệnh, nhưng cũng có thể có hiệu quả thấp đáng kể. Hiệu quả của các chương trình can thiệp cho các vấn đề sức khỏe có thể được cho điểm như sau:

Bảng 5. Cho điểm yếu tố C.

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

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

Xếp loại ưu tiên

Hiệu quả của chương trình can thiệp (C)

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

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

Các yếu tố P.E.A.R.L:

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

P (Propriety): Sự thích hợp: Việc giải quyết vấn đề sức khỏe đó có thích hợp với phạm vi hoạt động của tổ chức chăm sóc sức khỏe không. Ví dụ: việc giảm tỉ lệ hộ gia đình dùng nước

bị ô nhiễm có phù hợp với nhiệm vụ hoạt động của trung tâm bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em của tỉnh không hay nó là nhiệm vụ của Trung tâm y học dự phòng.

E (Economic feasibility): Khả năng về kinh tế có đảm bảo thực hiện giải quyết được vấn đề sức khỏe không, và hoặc vấn đề sức khỏe này được giải quyết có mang lại ý nghĩa kinh tế không, có lợi ích về kinh tế không.

A: (Acceptability) Được chấp nhận: Chương trình can thiệp vào vấn đề sức khỏe ưu tiên phải được cộng đồng hoặc nhóm dân cư đích chấp nhận làm. Nhiều trường hợp, người dân hay người lãnh đạo cộng đồng không thích làm hay ngại không muốn làm thì chương trình can thiệp có hiệu quả đến mấy cũng không được áp dụng.

R (Resource availability): Nguồn lực: Nguồn lực có sẵn để giải quyết vấn đề sức khỏe này không.

L (Legality): Tính hợp pháp: Luật pháp hiện hành có cho phép giải quyết vấn đề sức khỏe này không.

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

Xếp loại ưu tiên: P.E.A.R.L

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

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

VĐSK	Yếu tố cấu thành			BPRS (A+2B) C	Xếp hạng ưu tiên	
	A	B	C		Cá nhân	Đội, nhóm
1.						
2.						
3.						

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

BÀI TẬP

1. Trung tâm y tế huyện A gửi cho Sở y tế bản báo cáo xác định vấn đề sức khỏe của huyện mình, nguyên văn như sau:

Bảng chọn vấn đề sức khỏe ở huyện A năm 2000

Tiêu chuẩn	Chấm điểm		
	Sốt rét	Tiêu chảy TE<5 tuổi	Vệ sinh môi trường
1. Chỉ số đó đã vượt quá mức bình thường	3	2	3
2. Cộng đồng đã biết tên vấn đề đó và có phản ứng rõ ràng	1	3	2
3. Các ban ngành đoàn thể đã dự kiến giải quyết vấn đề đó	2	1	3
4. Ngoài CBYT, cộng đồng đã có nhiều người khác thông thạo vấn đề đó	3	2	3
Cộng	9	8	11

Kết luận: VDSK của huyện A trong năm nay là sốt rét và vệ sinh môi trường.

Hãy cho nhận xét về bản báo cáo chọn VDSK trên của huyện A.

2. Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm AT của huyện N là 56% vào tháng 12/1998. Chỉ tiêu của sở y tế cho toàn huyện là 56,2% vào cuối năm 1998. Biết rằng thời điểm 12/ 1998 bốn huyện tiếp giáp với huyện N (các điều kiện na ná với huyện N) có tỷ lệ trên như sau:

K : 61%

X: 62,9%

T: 55%

Q: 60%

Anh chị cho biết tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm AT của huyện N tháng 12/1998 có vượt quá mức bình thường chưa, chấm mấy điểm (thang điểm: 0;1; 2; 3)?

3. Tại huyện Phù Ninh, ông trưởng phòng kế hoạch xác định được 20 công tác y tế. Song anh chỉ quyết định đưa 15 công tác y tế vào bảng chấm điểm để lựa chọn VDSK, 5 công tác y tế còn lại, theo ý kiến ông, thì không đáng quan tâm nên bỏ qua.

Anh (chị) cho ý kiến về việc làm trên của trưởng phòng kế hoạch trung tâm y tế huyện Phù Ninh.

4. Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp của trung tâm y tế huyện M xác định các đầu việc y tế sau: Phòng sốt rét, phòng chống tiêu chảy trẻ em dưới 5 tuổi, tiêm chủng, suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi, vệ sinh môi trường, kế hoạch hóa gia đình.

Anh (chị) cho biết đầu việc y tế nào có phạm vi quá rộng và vì sao? Hãy xác định lại đầu việc y tế đó cho "nhỏ vừa phải".

Giải:

Bài 1

1. Không cho thông tin số liệu, nên chưa thể tin vào điểm chấm ở bảng.
2. Chấm điểm có thể chưa logic vì thường thì tiêu chuẩn số 1 có điểm thấp các tiêu chuẩn còn lại cũng thấp.
3. Thiếu nhiều công việc y tế chưa đưa vào bảng để chấm, nên dễ bỏ sót VDSK.
4. KHHGĐ, vệ sinh môi trường là đầu việc quá lớn, cần tách thành nhỏ hơn.
5. Đối tượng chưa rõ ràng.
6. Chưa xác định mức mức bình thường.

Bài 2.

Xác định mức bình thường của huyện N phải căn cứ vào tình hình (mắc, chết, làm được...) của huyện N, chỉ tiêu của toàn tỉnh và các huyện lân cận.

Mức bình thường (có thể được tính) = các chỉ số trên cộng lại chia trung bình:

$$= [56\% + 56,2\% + 61\% + 62,9\% + 55\% + 60\%]: 6 = 58,5\%$$

Nếu dựa theo thang điểm 0 → 3 thì có thể chấm điểm 1.

Bài 3.

Việc làm đó là sai. Phải đưa các vấn đề y tế vào bảng chấm vấn đề sức khỏe. Không đưa vào chấm điểm và chỉ dựa vào cảm tính, rất dễ sai.

Bài 4.

Xác định vấn đề y tế quá rộng: tiêm chủng, vệ sinh môi trường, kế hoạch hóa gia đình.

Xác định vấn đề y tế nhỏ, vừa phải:

* Tiêm chủng: có thể chia thành các công việc y tế nhỏ sau:

- Tiêm AT cho phụ nữ có thai.
- Tiêm chủng trẻ em dưới 1 tuổi...

* Vệ sinh môi trường: có thể chia nhỏ:

- Hố xí hợp vệ sinh.
- Nước sạch
- Thuốc trừ sâu.
- Rác
- Nước thải...

* Kế hoạch hóa gia đình: có thể chia nhỏ:

- Đẻ con thứ 3, 4...
- Vòng tránh thai
- Biện pháp tránh thai ở nam giới.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế- UNICEF, Quản lý chăm sóc sức khỏe tuyến ban đầu trạm y tế cơ sở, Nhà xuất bản Y học, 1996.
2. Vũ Khắc Lương, Lập kế hoạch y tế công cộng- ứng dụng các nguyên lý của quản lý chất lượng toàn bộ, Tài liệu tham khảo cho học viên sau đại học và các nhà quản lý y tế, Bộ môn Tổ chức -Quản lý y tế, Trường Đại học Y Hà nội.
3. Phan văn Tường, Đánh giá tình hình sức khỏe hiện tại, Bài giảng quản lý y tế, Nhà xuất bản Y học, 1997.
4. Trương Việt Dũng, Phan văn Tường, Phân tích các vấn đề sức khỏe, Bài giảng quản lý y tế, Nhà xuất bản Y học, 1997.
5. CDC, Total quality management- Team member manual.

XÂY DỰNG MỤC TIÊU Y TẾ TRONG LẬP KẾ HOẠCH

PGS.TS Phạm Văn Thân

MỤC TIÊU

1. Trình bày quan trọng của việc xác định mục tiêu cho kế hoạch cho chương trình trong lĩnh vực y tế - sức khỏe
2. Giải thích được mục tiêu đầu ra (mục tiêu kết thúc), mục tiêu quá trình, mục tiêu tác động, mục tiêu đầu ra mong đợi
3. Viết được các loại mục tiêu cho chương trình sức khỏe, hoạt động, dịch vụ y tế cho một kế hoạch cụ thể

1. Đặt vấn đề

Đôi khi vẫn còn lẫn lộn giữa mục đích, mục tiêu, trong nhiều trường hợp cần phân biệt rõ mục đích và mục tiêu, nhất là khi viết ra. Khi nói đến mục tiêu, thường chúng ta quan niệm chỉ có một loại mục tiêu. Tuy nhiên trong y tế nhiều khi cần phải phân chia mục tiêu ra nhiều loại:

- Mục tiêu đầu ra - mục tiêu cuối cùng (kết thúc)
- Mục tiêu tác động - mục tiêu quá trình
- Mục tiêu đầu ra mong đợi

Sự phân chia đó là cần thiết cho cán bộ quản lý, người lập và viết kế hoạch, người theo dõi giám sát và đánh giá trong hoạt động chăm sóc sức khỏe, nhất là khi làm các chương trình - dự án, đặc biệt là cho các kế hoạch dài hạn (*trên 1 năm*)

2. Nội dung chủ yếu

2.1. Định nghĩa

Mục tiêu là đích / những điều cụ thể mà ta mong muốn (*hoặc phấn đấu*) để đạt - làm được trong thời gian nhất định nào đó.

Thí dụ: 80% các bà mẹ trong huyện VB tỉnh Nam Định pha được gói Oresol cho trẻ uống khi bị tiêu chảy vào ngày 31 tháng 12 năm 2001.

Trong thí dụ trên tra thấy:

- Đích thời gian: Trước 31 tháng 12 năm 2001
- Đối tượng tác động: Các bà mẹ
- Khối lượng đo lường: 80%
- Nội dung: pha được (*pha đúng hướng dẫn*) Oresol cho trẻ uống.
- Nơi / địa điểm tác động: Huyện VB, tỉnh Nam Định.

2.2. Vai trò của xác định mục tiêu đúng trong YT

Trong việc chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe có rất nhiều việc phải làm, khó khăn chồng chất mà nguồn lực rất có hạn. Sau khi phân tích vấn đề sức khỏe, chọn ưu tiên... thì phải nêu ra mục đích và viết xây dựng mục tiêu cụ thể cho phù hợp với nguồn lực.

Dựa vào mục tiêu mà lập kế hoạch hành động có khả năng thực thi. Cũng dựa trên mục tiêu mà theo dõi, giám sát, điều chỉnh việc thực hiện kế hoạch. Đặc biệt phải dựa trên mục tiêu mà đánh giá kết quả thực hiện.

Không xây dựng mục tiêu đúng, không thể lập kế hoạch tốt (*không thực thi hoặc lãng phí...*). Bất cứ người quản lý nào, bất luận ai làm kế hoạch không thể không biết xây dựng viết mục tiêu đúng.

2.3. Phương pháp xây dựng/viết mục tiêu

Viết mục tiêu phải ngắn gọn, rõ ràng. Đảm bảo đặc tính - phẩm chất cơ bản mà một mục tiêu phải có:

- Đặc thù: Không lẫn lộn vấn đề này với vấn đề khác.
- Có thể đo lường được, theo dõi được, đánh giá được.
- Thích hợp, phù hợp với vấn đề sức khỏe đã được xác định.
- Thực thi được, phải đạt được và có ý nghĩa.
- Quy định khoảng thời gian phải đạt được những điều mong muốn/công việc đã nêu.
- Có tính thách thức, phải gắng sức - phấn đấu nhất định, không quá dễ dãi

Có thể tóm tắt:

Mục tiêu phải đủ: 2 Đ + 3 T

(Đặc thù - Đo lường - Thích hợp - Thực thi - Thời gian).

3. Các loại mục tiêu

Trong YT thường mọi hoạt động, mọi dịch vụ về sức khỏe, y tế...được tập hợp trong chương trình kế hoạch lớn hay nhỏ. Trước đây và hiện nay thường chỉ viết mục tiêu cho chương trình hay kế hoạch và là mục tiêu đầu ra - mục tiêu kết thúc. Trong bài này đề cập tới nhiều loại mục tiêu:

Mục tiêu đầu ra/kết thúc.

Mục tiêu tác động.

Mục tiêu quá trình.

Mục tiêu đầu ra mong đợi (thay đổi xảy ra sau khi kết thúc can thiệp).

3.1. Mục tiêu đầu ra - kết thúc

- Là mức độ khối lượng công việc CSSK mà ta muốn đạt được hay muốn duy trì trong một khoảng thời gian nhất định (*Khi kết thúc kế hoạch, chương trình*).

Đặc tính:

- + Thường là mục tiêu lâu dài.
- + Có khả năng thực thi.
- + Phải đo lường được, đánh giá được.

- + Liên quan trực tiếp đến vấn đề sức khỏe đã được xác định.

- + Phải tính toán để đưa ra được mức độ/khối lượng là bao nhiêu mà chương trình can thiệp sẽ tác động vào, và khi nào đạt được mức độ đó (hoàn thành).

Thí dụ: Đến hết năm 2005 số trường hợp tiêu chảy thống kê được ở tỉnh X hàng năm ít hơn 200 trường hợp so với năm trước (*số dân không thay đổi đáng kể*).

- Khi xây dựng mục tiêu đầu ra cần lưu ý đánh giá ban đầu:

- + Tình trạng hiện tại: Độ lớn của vấn đề sức khỏe.

- + Ước lượng của vấn đề sức khỏe trong tương lai

- + Khả năng nguồn lực hiện có và sẽ có trong quá trình can thiệp.

- + Phải cân bằng giữa độ lớn can thiệp vào vấn đề sức khỏe với nguồn lực cho phép (liệu cơm gạo nếp)

- Các câu hỏi được đặt ra là:

- + *Hiện nay các vấn đề sức khỏe đang ở đâu?*

- + *Sau một thời gian nhất định nào đó vấn đề sức khỏe đang đi tới đâu?*

3.2. Mục tiêu tác động

Mục tiêu tác động hay còn gọi là mục tiêu can thiệp, là mức độ ta mong muốn làm giảm những nguyên nhân trực tiếp gây nên vấn đề sức khỏe mà ta mong muốn đạt được trong một thời gian nhất định.

Thí dụ: Đến hết năm 2001 thì 60% nhân dân sống trong tỉnh X được cung cấp nước sạch để ăn uống.

- Đặc tính:

- + Thường là mục tiêu trung gian (12 tháng, 2 năm..).

- + Phải có khả năng thực thi.

- + Đo lường được, đánh giá được.

- + Phải liên quan mật thiết với nguyên nhân trực tiếp gây ra “vấn đề”.

- + Xác định mức độ và thời gian tác động vào nguyên nhân trực tiếp của chương trình can thiệp.

3.3. Mục tiêu quá trình

- Định nghĩa: Xác định những hoạt động/việc làm có ảnh hưởng tới một hay nhiều yếu tố mà những yếu tố đó tác động tới nguyên nhân trực tiếp làm nảy sinh các vấn đề sức khỏe. Tác động liên tiếp tới các nguyên nhân đó nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe

Thí dụ: Nâng tỷ lệ dân dùng hố xí hợp vệ sinh từ 50% lên 70% vào 31 tháng 11 năm 2002 tại tỉnh X.

- Đặc tính:

- + Thời gian thường ngắn (dưới 1 năm).

- + Có khả năng thực thi.

- + Đo lường được, đánh giá được.

- Chú ý:
 - + Mục tiêu quá trình, mục tiêu tác động được xây dựng dựa vào nguồn lực cho phép của địa phương, chương trình.
 - + Mục tiêu quá trình phải đo lường, phải hạch toán được.

3.4. Mục tiêu đầu ra mong đợi

- Định nghĩa: Là vấn đề mức độ sức khỏe ta mong muốn được cải thiện trong vòng một thời gian nhất định sau khi thực hiện kế hoạch can thiệp nào đó

Cũng có thể nói một cách khác, là mức độ sức khỏe ta mong muốn được nâng cao trong một thời gian nhất định sau khi hoàn thành kế hoạch...

Mục tiêu	Thời gian	Mô tả	Đo lường
Đầu ra	Thường dài	Liên quan tới vấn đề sức khỏe	Mức độ hoàn thành(Liệu có đi đúng đường không)
Tác động	Trung gian	Liên quan trực tiếp tới nguyên nhân và yếu tố nguy cơ	Mức độ hoàn thành(Liệu có đi đúng đường không)
Quá trình	Ngắn	Liên quan tới các yếu tố khác	Mức độ hoàn thành(Liệu có đi đúng đường không)
Hoạt động	Thường ngắn	Mô tả việc sử dụng nguồn lực chương trình	Có hoàn thành không

Thí dụ: Mục tiêu đầu ra mong đợi: Vào hết năm 2005 (sau 20 năm thực hiện chương trình phòng chống tiêu chảy) tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng ở tỉnh X giảm xuống còn 12% (trước kế hoạch can thiệp là 43%).

- Chú ý: Khi xây dựng mục tiêu đầu ra mong đợi cần phải dựa vào:
 - + Khả năng đạt được mục tiêu đầu ra.
 - + Sự thay đổi của vấn đề sức khỏe do tác động của chương trình can thiệp. Việc xây dựng mục tiêu đầu ra mong đợi chỉ là một sự ước tính/dự báo trong tương lai về một vấn đề sức khỏe, tình trạng sức khỏe sau khi có can thiệp.

4. Bàn luận

- Nguồn lực của chương trình được chi tiêu cho các hoạt động nhằm mục tiêu quá trình.
- Mục tiêu quá trình ảnh hưởng tới nguyên nhân trực tiếp tạo nên mức độ đạt được của mục tiêu tác động.
- Mục tiêu tác động làm giảm ảnh hưởng xấu đến vấn đề sức khỏe, tạo nên thành tựu/kết quả của mục tiêu đầu ra mong đợi.
- Sự phát triển, chọn lọc chiến lược can thiệp thích hợp sẽ dẫn tới những hoạt động hoặc kế hoạch công việc, kế hoạch này sẽ mô tả mục tiêu chương trình sẽ đạt được như thế nào.
- Mục tiêu 3 mức độ và quy trình đánh giá (quá trình, tác động, đầu ra) giúp cho người quản lý trong công việc xác định đúng những khó khăn nếu chương trình không đạt được đầu ra mong đợi.

- Nguyên tắc của thay đổi đầu ra: Mỗi chương trình sức khỏe cần phải có cơ hội để thực hiện có hiệu quả. Nhưng nếu không thể đạt được thì phải điều chỉnh, xem xét lại mục tiêu cho phù hợp để thực thi có kết quả.

5. Tóm tắt

Việc xây dựng các loại mục tiêu đúng, có khả năng thực thi cho những kế hoạch đã được xây dựng trong những điều kiện cụ thể là một trong những việc làm chủ yếu của người quản lý, những người xây dựng kế hoạch, những người duyệt kế hoạch. Việc làm tưởng như đơn giản, nhưng hoàn toàn không dễ dàng, đòi hỏi phải có kiến thức có tư duy, có kỹ năng, có kinh nghiệm và phải thực hành nhiều mới có thể làm tốt được.

BÀI TẬP

(Xin lưu ý rằng các nội dung được đề cập là gắn kết với nhau theo một trình tự hợp lý (logic), không tản mạn rời rạc).

Bài tập 1:

Anh / Chị có trong tay bản kế hoạch của địa phương, có thể kế hoạch đó đã hoàn thành, hoặc đang thực hiện, điều đó không hề gì. Nhưng nếu đã có kế hoạch thì đã viết mục tiêu.

Anh / Chị hãy dùng kiến thức và kỹ năng xây dựng - viết mục tiêu mới trao đổi để nhận xét, bình luận về mục tiêu mà anh chị / cơ quan đã xây dựng. Giả sử nên sửa chữa, bổ xung thì xin Anh / Chị viết lại dựa trên những nội dung đã trao đổi trong bài

Bài tập 2:

Sau khi hoàn thành phân tích vấn đề sức khỏe, đã chọn vấn đề ưu tiên, và Anh / Chị đã dự kiến đưa ra một kế hoạch hành động để giải quyết vấn đề đó.

Dựa vào kế hoạch đó, Anh / Chị xây dựng - viết mục tiêu của kế hoạch đó.

Bao gồm các loại mục tiêu:

- Mục tiêu đầu ra
- Mục tiêu quá trình / Tác động
- Mục tiêu đầu ra mong đợi

<i>Tỉ lệ dân chúng bị tác động của vấn đề sức khỏe</i>	<i>Phạm vi của vấn đề Thang điểm</i>
25% hoặc lớn hơn	9 hoặc 10
10% - cận 25%	7 hoặc 8
1% - cận 10%	5 hoặc 6
0,1- cận 1%	3 hoặc 4
0,01- cận 0,1	1 hoặc 2
ít hơn 0,01%	0

<i>Tính nghiêm trọng của vấn đề</i>	<i>“Tính nghiêm trọng” Thang điểm</i>
Rất nghiêm trọng (Ví dụ tỷ lệ chết rất cao, chết yếu, có ảnh hưởng lớn đối với nhiều đối tượng khác nhau. v.v...)	9 hoặc 10
Nghiêm trọng	6,7 hoặc 8
Tương đối nghiêm trọng	3,4 hoặc 5
Không nghiêm trọng	0,1 hoặc 2

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

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG - CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP Y TẾ

TS. Đào Văn Dũng

ThS. Phan Văn Tường

MỤC TIÊU

1. Trình bày khái niệm và phân loại các hình thức đánh giá.
2. Mô tả các bước đánh giá 1 kế hoạch y tế.
3. Xây dựng các chỉ số đánh giá và cách thu thập số liệu đánh giá
4. Phân tích kết quả đánh giá hoạt động y tế

Trong những năm gần đây, công tác quản lý ngành y tế đã có nhiều chuyển biến rõ rệt. Tỷ lệ cán bộ y tế được học tập, bồi dưỡng kiến thức về quản lý y tế ngày càng được tăng lên. Trước yêu cầu ngày càng cao của công tác quản lý chất lượng toàn diện trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, trong hoạt động của 1 chương trình, dự án về y tế hoặc 1 kế hoạch y tế, cán bộ quản lý y tế tỉnh, huyện còn chưa quen với công việc đánh giá. Trong hoạt động của mình, cán bộ quản lý y tế tỉnh, huyện chủ yếu tập trung vào khâu lập kế hoạch và tổ chức thực hiện kế hoạch với việc đề ra các chỉ tiêu phấn đấu cho từng thời gian nhất định (tháng, quý, năm...). Đánh giá là một khâu đang được hoàn thiện và phát triển.

1. Khái niệm, lý do và phân loại đánh giá

1.1. Khái niệm

Đánh giá một hoạt động, chương trình y tế là quá trình xây dựng các chỉ số để so sánh, việc thực hiện kế hoạch về tiến độ, qui trình và kết quả các hoạt động, cũng như kết quả của kế hoạch/dự án, mục tiêu với kế hoạch đã đề ra, đánh giá còn so sánh kết quả đạt được có tương xứng với công sức và nguồn lực đã đầu tư không, đồng thời phân tích quá trình thực hiện kế hoạch để tìm ra những nguyên nhân của thành công hoặc thất bại, rút ra những bài học kinh nghiệm nhằm hoàn thiện công tác lập kế hoạch hoạt động y tế tiếp theo, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe.

1.2. Lý do đánh giá

Đánh giá nhằm mục đích:

1. Xem đã làm được gì?
2. Tiến độ nhanh hay chậm so với kế hoạch
3. Đạt được mức độ nào so với mục tiêu kế hoạch?

4. Phát hiện các điểm yếu và các sai sót cần phải thay đổi, điều chỉnh về các mặt như mục tiêu, giải pháp, tiến độ
5. Tăng cường công tác quản lý
6. Thúc đẩy thực hiện kế hoạch tốt hơn, nhanh chóng khắc phục những thiếu sót đã phát hiện được
7. Phân tích kết quả sử dụng nguồn lực
8. Thu thập thông tin cho lập kế hoạch chu kỳ mới được tốt hơn và phù hợp hơn
9. Trao đổi kinh nghiệm và tránh được sai lầm trong công tác quản lý cho những địa phương có điều kiện tương đồng

Ví dụ: Trong báo cáo đánh giá dự án phòng chống AIDS tại Hải Phòng, 1999, mục đích của đánh giá đã được đề cập là: "Nghiên cứu kết quả đã đạt được của dự án, xác định các vấn đề và khuyến nghị các giải pháp cho việc lập kế hoạch dự án và thực hiện dự án được tốt hơn trong tương lai" với các mục tiêu cụ thể là:

- Mô tả bức tranh tổng quát về kết quả của dự án phòng chống AIDS tại Hải Phòng
- Xác định những điểm mạnh, điểm yếu trong lập kế hoạch và tổ chức thực hiện kế hoạch dự án phòng chống AIDS tại Hải Phòng
- Khuyến nghị các giải pháp nhằm hoàn thiện các hoạt động phòng chống AIDS tại Hải Phòng trong thời gian tới

1.3. Phân loại đánh giá

Có 3 hình thức đánh giá:

- Đánh giá ban đầu.
- Đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch.
- Đánh giá kết thúc.

1.3.1. Đánh giá ban đầu

Là thu thập các số liệu cần thiết để xây dựng các chỉ số mục tiêu kế hoạch y tế trong một khoảng thời gian nhất định. Những chỉ số đó là cơ sở cho tổ chức triển khai kế hoạch và so sánh, đối chiếu với kết quả đạt được cuối chu kỳ hoạt động.

Đánh giá ban đầu được thực hiện trước và trong quá trình lập kế hoạch y tế. Ví dụ: Trung tâm y tế dự phòng tỉnh H, trước khi xây dựng kế hoạch hoạt động của Trung tâm năm 1999, nghiên cứu các chỉ số đã đạt được của năm kế hoạch 1998, các chỉ tiêu của sở y tế giao cho trung tâm năm 1999, các chỉ số phát triển kinh tế- xã hội, tình hình dân số... của tỉnh để xây dựng các chỉ tiêu số lượng năm 1999 cho phù hợp.

1.3.2. Đánh giá tiến độ thực hiện kế hoạch

Là đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện kế hoạch (sau một quý, 6 tháng, 9 tháng...) nhằm xem xét việc triển khai kế hoạch có đúng mục tiêu không để giúp việc giám sát, điều hành kế hoạch đúng hướng, đúng tiến độ. Ví dụ: Dự án phòng ngừa từ xa nghiện ma túy, rượu, thuốc lá của Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội khóa X tại 2 xã thuộc 2 huyện Giao Thủy và Xuân Trường tỉnh Nam Định trong 4 năm 1997 - 2000 đã được đoàn

đánh giá của Học viện Quân y tiến hành đánh giá giữa kỳ năm 1998 kết luận là triển khai đúng tiến độ, đúng nội dung theo kế hoạch đã được xây dựng.

1.3.3. Đánh giá kết thúc (đối với kế hoạch dài hạn) và đánh giá cuối năm (đối với kế hoạch hàng năm)

Là đánh giá kết quả cuối cùng của kế hoạch (kế hoạch năm hoặc kế hoạch dài hạn) so với mục tiêu ban đầu đã được đề ra. Ví dụ về đánh giá 1 kế hoạch năm:

Trong dự án phòng chống AIDS tại Hải Phòng, năm 1997 có một trong những mục tiêu là: Lựa chọn, phân công trách nhiệm cụ thể cho từng cán bộ, giảng viên và tổ chức một đội ngũ cán bộ chuyên môn chủ chốt và giảng viên cho Ủy ban phòng chống AIDS thành phố Hải Phòng.

Kết quả:

Đã thành lập Ban quản lý dự án gồm 9 cán bộ để xây dựng và thực thi dự án năm 1997. Các cán bộ đều có bản phân công chức năng nhiệm vụ một cách rõ ràng (bằng văn bản).

Tiếp theo, ban đã chọn ra một đội ngũ cộng tác viên (10 người) để đào tạo họ trở thành những giảng viên chủ chốt tuyển thành phố. Các giảng viên đã được các chuyên gia Thái Lan đào tạo 4 lớp về các mặt như: Tư vấn, theo dõi, giám sát, xét nghiệm vô danh, chăm sóc người bệnh tại nhà, tại cộng đồng.

Các lớp này đã cung cấp cho nhân viên chủ chốt phòng chống AIDS của Ủy ban một kiến thức cơ bản, ngoài ra còn được học tập và trao đổi kinh nghiệm với chuyên gia nước ngoài. Kinh nghiệm và kiến thức chuyên sâu đã làm cho cán bộ Ban quản lý dự án thêm tin tưởng về kết quả của chương trình.

Khó khăn: Việc đào tạo về lý thuyết không có khó khăn nhưng thực tế trong điều kiện Việt Nam có một số điểm khó thực hiện như: quan điểm về can thiệp của các ngành khác nhau...

Kết luận:

Hoàn thành được mục tiêu như các kết quả đã được đề cập ở trên.

Ủy ban AIDS Hải Phòng đã và đang hoạt động, nhưng cán bộ của Ủy ban AIDS chưa được đào tạo về công tác quản lý chương trình phòng chống AIDS trước khi phân công công tác. Cán bộ của Ủy ban được đề án hỗ trợ đào tạo về kiến thức, kỹ năng để quản lý chương trình, đồng thời tạo tiền đề cho việc tiến hành tốt dự án trong tương lai là việc làm hết sức cần thiết.

Từ kết quả đánh giá trên, năm 1998, mục tiêu tròn của dự án được xác định là: củng cố các nhóm chủ chốt về phòng chống AIDS do Ủy ban AIDS thành phố thành lập năm 1997.

2. Các bước đánh giá

Trình tự đánh giá gồm 3 giai đoạn:

- Lập kế hoạch đánh giá
- Tiến hành đánh giá
- Viết báo cáo và sử dụng kết quả đánh giá

2.1. Lập kế hoạch đánh giá

2.1.1. Xác định mục tiêu đánh giá

Kế hoạch y tế thường bao trùm toàn bộ các hoạt động theo những nhiệm vụ và chức năng cơ bản của đơn vị. Trong nhiều trường hợp, do kinh phí hạn hẹp hoặc do yêu cầu của thực tế nên không thể đánh giá được chi tiết các hoạt động. Do đó, trước khi đánh giá, cần phải xác định rõ sẽ đánh giá những hoạt động nào trong kế hoạch. Đánh giá nhằm mục tiêu gì và kết quả đánh giá được dùng để làm gì?

Mục tiêu đánh giá không phải là lấy kết quả để báo cáo lên cấp trên và cũng không phải là tìm xem đơn vị đó đạt được thành tích đến mức độ nào để khen thưởng hay xử phạt.

Mục tiêu đánh giá là tìm nguyên nhân của thành công hay thất bại để giúp cho công tác quản lý mọi hoạt động y tế được tốt hơn, hiệu quả hơn.

Sau khi đã xác định được mục tiêu đánh giá, cần xác định rõ ai sẽ thực hiện đánh giá.

Để đánh giá được khách quan hơn, người đánh giá thường phải là những người không trực tiếp tham gia thực hiện kế hoạch y tế đó, đồng thời họ phải được đào tạo về kỹ năng đánh giá. Tuy nhiên, ở cấp tỉnh, huyện, cũng có thể tổ chức tự đánh giá để rút kinh nghiệm trong thực hiện kế hoạch, hoặc tổ chức đánh giá chéo giữa các đơn vị trong tỉnh.

Đánh giá chéo có ưu điểm là những người đánh giá cũng là những người trực tiếp thực hiện kế hoạch ở đơn vị khác. Họ là những người trong cuộc nên hiểu rõ quá trình thực hiện kế hoạch và những ưu, nhược điểm của cách thu thập thông tin đánh giá.

Ví dụ về xác định mục tiêu đánh giá: Trong đánh giá chuyên đề chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam của Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA), năm 1993 có đề ra các mục tiêu:

- Đánh giá xem các hướng dẫn của UNFPA về sức khỏe bà mẹ, trẻ em, kế hoạch hóa gia đình được thực hiện tới mức độ nào trong các chương trình cung cấp dịch vụ, đặc biệt tập trung vào chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.
- Đưa ra các khuyến nghị để cải thiện chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình trong các chương trình do UNFPA tài trợ để tăng cường hiệu quả của chương trình này.

2.1.2. Xác định phạm vi đánh giá

Cần dựa vào mục tiêu, nguồn lực và thông tin sẵn có để xác định phạm vi đánh giá cho phù hợp. Kế hoạch hoạt động của một đơn vị, cơ sở y tế thường được xây dựng theo các nhiệm vụ - chức năng cơ bản nên kế hoạch bao gồm nhiều mặt hoạt động. Tùy vào khả năng của đơn vị mình hoặc yêu cầu của cấp trên để quyết định đánh giá mặt hoạt động nào và vào thời gian nào. Người quản lý giỏi là người biết chọn phạm vi đánh giá thích hợp nhất, đôi khi là nhỏ nhất nhưng vẫn đủ thông tin cần thiết để cải tiến hoạt động. Ví dụ trong đánh giá chuyên đề chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam của Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA), phạm vi đánh giá được tập trung vào chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo khung đánh giá của Judith Bruce (1989).

Để xác định phạm vi đánh giá, những kiến thức về dịch tễ học cơ bản là rất cần thiết, nhất là trong quyết định cách chọn mẫu, cỡ mẫu và phương pháp đánh giá.

2.1.3. Chọn các chỉ số đánh giá

2.1.3.1. Khái niệm chỉ số

Chỉ số (chỉ tiêu) là một đại lượng đo lường được, so sánh được dùng để mô tả gián tiếp một sự vật hoặc một hiện tượng.

2.1.3.2. Đặc điểm của chỉ số

- Có giá trị: Phản ánh đúng mức độ thành công của hoạt động y tế.
- Đáng tin cậy, ít bị sai.
- Có độ nhạy: Dễ phát hiện được vấn đề cần tìm.
- Đặc thù: Không làm nhầm lẫn vấn đề này với vấn đề khác.
- Dễ thu thập trong những điều kiện cụ thể.

Ví dụ: *Tỷ lệ sử dụng giường bệnh của một bệnh viện.*

- Tỷ lệ sử dụng giường đạt hoặc vượt mức quy định chứng tỏ bệnh viện đã nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, đã đầu tư tốt cơ sở vật chất kỹ thuật, chăm sóc toàn diện người bệnh tốt nên thu hút số lượng lớn người bệnh vào viện điều trị nội trú. Điều này phản ánh mức độ thành công trong khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện.
- Chỉ số này đáng tin cậy vì có công thức tính đơn giản và được công nhận cho mọi bệnh viện.
- Chỉ số "Tỷ lệ sử dụng giường bệnh" có độ nhạy cao. Chỉ số này giúp phát hiện khả năng thu hút người bệnh vào viện điều trị, giúp đánh giá gián tiếp trình độ cán bộ của bệnh viện và mức độ mắc bệnh trong nhân dân cũng như công tác vệ sinh phòng dịch tại cộng đồng
- Chỉ số có tính đặc thù cao - phản ánh mức độ sử dụng giường bệnh của bệnh viện.
- Dễ thu thập: đã có thống kê số ngày nằm viện của bệnh nhân ở các bệnh viện theo hệ thống y vụ.

2.1.4. Phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá

Nguồn thông tin có được trước hết phải khai thác triệt để từ những tài liệu sẵn có (từ báo cáo định kỳ, báo cáo tổng kết, các công trình nghiên cứu khoa học, hồ sơ sổ sách). Chỉ khi những thông tin này chưa đủ mới thu thập tiếp bằng điều tra, bao gồm:

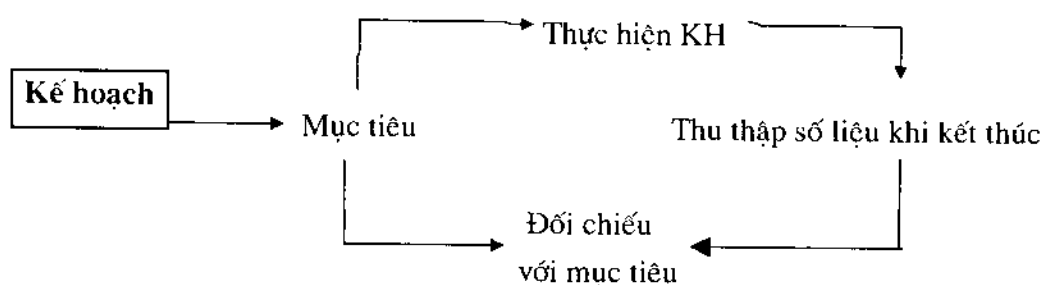
Quan sát trực tiếp đối tượng trong khi họ tiến hành công việc hoặc sử dụng các bảng kiểm (checklist).

Vấn đáp trực tiếp đối tượng (hoặc đôi khi tiến hành gián tiếp) qua sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp, hoặc bộ câu hỏi dùng để gửi cho đối tượng tự điền. Cũng có thể bằng hình thức thảo luận nhóm những người hiểu biết nhất (kỹ thuật Delphi), thảo luận nhóm trọng tâm, kỹ thuật tiếp cận nhanh cộng đồng (PRA) hoặc các phương pháp nhân học khác. Các số liệu thu được qua vấn đáp đối tượng có thể là định hướng (như trường hợp phỏng vấn hộ gia đình bằng câu hỏi về chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe), song cũng có thể chỉ là định tính (như kỹ thuật Delphi, PRA, thảo luận nhóm trọng tâm...)

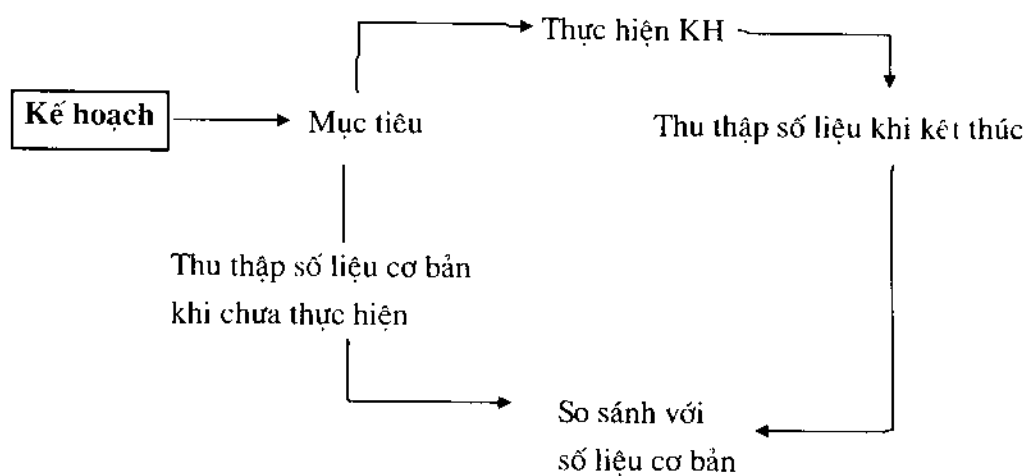
Khi xây dựng quy trình thu thập số liệu cho đánh giá không chỉ chú ý tới việc soạn thảo các công cụ thu thập thông tin mà còn nghiên cứu, cân nhắc để chọn mô hình đánh giá một cách thích hợp.

Đối với những nghiên cứu định hướng, thông thường áp dụng mô hình đánh giá trong dịch tễ học can thiệp. Cụ thể có 3 dạng mô hình sau đây:

CÁC SƠ ĐỒ ĐÁNH GIÁ

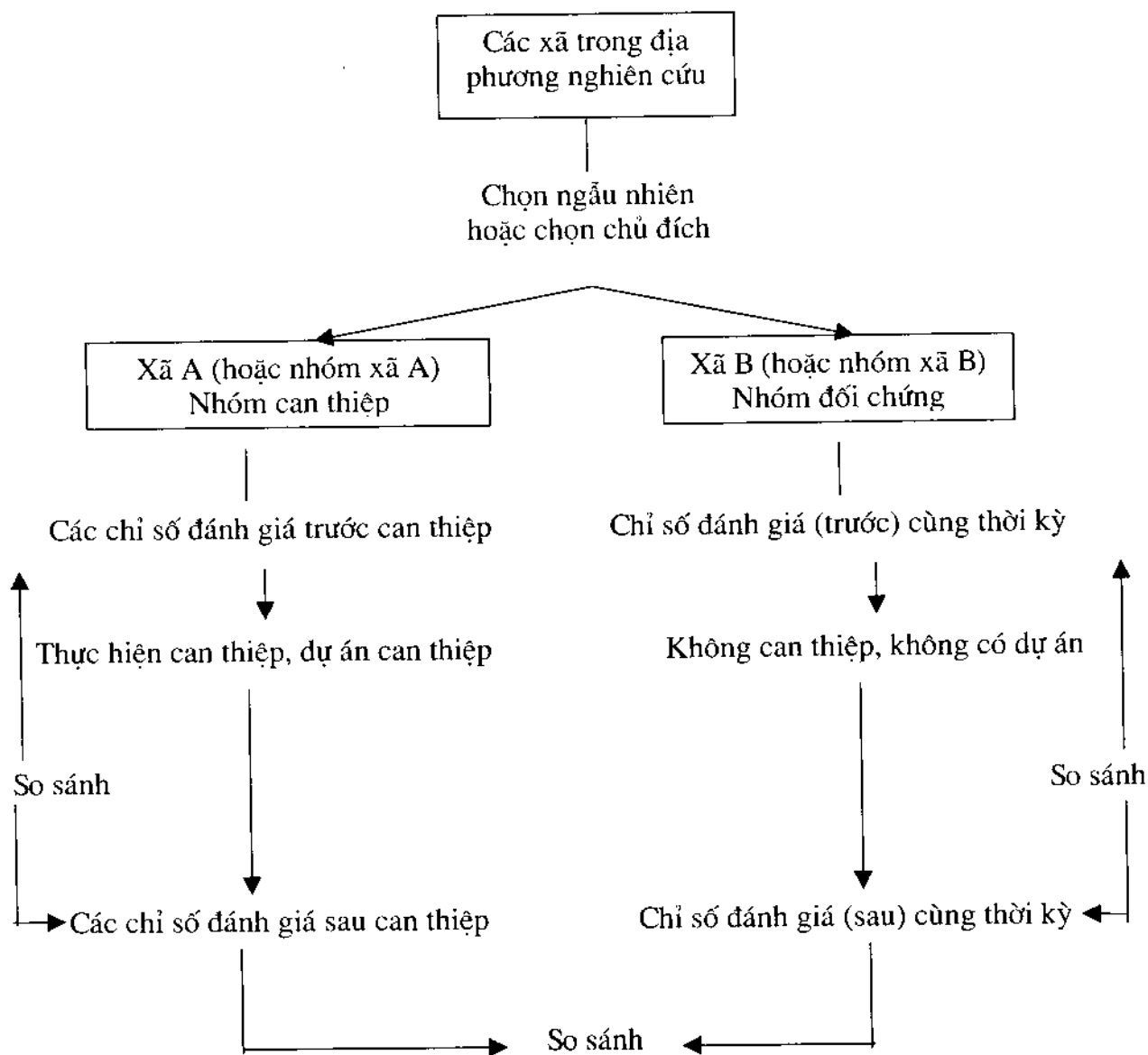


Sơ đồ 1: Đối chiếu với mục tiêu



Sơ đồ 2: So sánh trước và sau khi thực hiện.

Đối với nghiên cứu định tính, đòi hỏi người đánh giá có những kỹ năng nhất định để khai thác thông tin không chỉ để thu về những câu trả lời cho những câu hỏi đặt ra mà còn khuyến khích đối tượng nói cho biết những thông tin, những quan niệm, những ý kiến mà họ muốn chia sẻ. Trong kỹ thuật tiếp cận nhanh cộng đồng (PRA) cho phép loại bỏ sự cách biệt, cản trở về trình độ văn hóa, điều kiện kinh tế, tập quán của đối tượng để có được những thông tin không chỉ mình muốn mà cả khả năng vượt qua các trở ngại của đối tượng đó, do chính các đối tượng nói ra. Các cách đề cập sâu hơn của phương pháp nhân học nhằm hỏi đồng người đánh giá trong cộng đồng để có được bức tranh thật đánh giá định lượng thông qua các con số, các tỷ lệ, các tỷ suất là các chỉ số đánh giá và theo quan điểm dịch tễ học.



Sơ đồ 3: So sánh trước - sau, với đối chứng

+ Những việc làm cần thiết khác khi lập kế hoạch đánh giá:

Trong quá trình chuẩn bị cho đánh giá, việc lập kế hoạch tài chính, nhân lực, phương tiện cho đánh giá là rất quan trọng.

Phân bổ nguồn tài chính cho đánh giá: tùy theo từng khối lượng công việc, thời gian tiêu tốn, khoảng cách đi lại và các khoản phải chi phí mà phân bổ cho thích hợp.

Về nhân lực, cần đào tạo đội ngũ cán bộ có kỹ năng đánh giá nói chung. Tuy nhiên, mỗi cuộc đánh giá vẫn cần đào tạo, tập huấn với nội dung cụ thể. Những người có kinh nghiệm đánh giá được chọn làm giám sát viên.

Các phương tiện sử dụng cho đánh giá cũng cần được chuẩn bị kỹ càng. Các dụng cụ đo lường phải được hiệu chỉnh. Các bộ câu hỏi, biểu mẫu, bảng kiểm được soạn thảo cùng với tài liệu hướng dẫn nghiên cứu viên, giám sát viên trước khi điều tra thử.

2.2. Tiến hành đánh giá thực hiện kế hoạch tại thực địa

2.2.1. Thu thập số liệu tại thực địa

- Trước khi thu thập số liệu chính thức trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, đánh giá, các công cụ thu thập số liệu (bảng kiểm, các biểu mẫu thu thập số liệu, các bảng câu hỏi) cần được kiểm tra lại ở diện hẹp để hoàn chỉnh và soạn thảo hướng dẫn nghiên cứu viên, giám sát viên. Qua điều tra thử có thể chọn ra những người có khả năng đánh giá và giám sát. Nếu số liệu trong điều tra thử đảm bảo yêu cầu kỹ thuật, sau đó có thể được gộp vào với số liệu điều tra chính thức.
- Điều tra viên được chia ra thành từng nhóm, cứ 5 người có 1 người làm giám sát viên. Giám sát viên có trách nhiệm giúp đỡ các điều tra viên tiến hành điều tra, đánh giá đúng kỹ thuật, chính xác, không sai sót cũng như đảm bảo mọi người đều thu thập số liệu cùng một phương pháp.

* Những lưu ý khi đặt câu hỏi:

- Hỏi lần lượt từng câu hỏi trong bảng câu hỏi đã soạn sẵn. Không tự ý sửa đổi câu hỏi, không giải thích tùy tiện làm đối tượng hiểu sai câu hỏi hoặc hướng về một câu hỏi nào đó.
- Không ngắt lời đối tượng và không được hỏi vặn vẹo khi trả lời chưa rõ ràng, không nhất quán.
- Câu trả lời đầu tiên được công nhận. Nếu trả lời "Có", sau đó lại đính chính là "Không", phần đính chính không được công nhận.
- Không để đối tượng suy nghĩ quá lâu, nhất là đối với các câu hỏi đúng/sai.

2.3. Khi viết báo cáo và sử dụng kết quả đánh giá

2.3.1. Lập các bảng trống và phân tích số liệu

Sau khi số liệu thu được từ điều tra đánh giá, cần tập hợp các bảng và biểu đồ. Lập bảng trống là khâu đầu tiên, rất quan trọng, vì từ đây số liệu sẽ được phân tích, vẽ thành biểu đồ, đồ thị.

Thế nào là một bảng trống? Bảng trống là bảng dự kiến bố trí số liệu mô tả hoặc phân tích. Có những bảng trống chỉ có hai cột hoặc hai hàng.

Ví dụ: Phân bố tuổi của đối tượng theo nhóm. Có những bảng trống hai chiều với các cột dọc và các hàng ngang mô tả mối quan hệ hai dãy số liệu của hai biến số liên quan với nhau. Có những bảng trống có ba hoặc nhiều biến số phụ thuộc với nhau, tương quan với nhau trong phân tích phân tầng, loại các yếu tố nhiễu trong nghiên cứu phân tích

Ví dụ: (1) Bảng trống đơn

Nhóm tuổi					Cộng
0 - 12 tháng	1 - 4 tuổi	5 - 14 tuổi	15 - 60 tuổi	Trên 60 tuổi	
Tỷ lệ mắc bệnh					

(2) Bảng trống Matrix hai chiều

	Nhóm tuổi			
	0 - 4 tuổi	5 - 14 tuổi	15 - 60 tuổi	Trên 60 tuổi
Nam				
Nữ				
Số mắc				
Tỷ lệ%				

(3) Bảng trống nhiều chiều

STT	Giới	Nam						Nữ									
	Nhóm tuổi	0 - 4		5-14		15-60		>60		0-4		5-14		15-60		>60	
	Giàu nghèo																
1	Số mắc bệnh A (Tỷ lệ %)																
2	Số mắc bệnh B (Tỷ lệ %)																

Việc lập các bảng trống giúp người phân tích số liệu biết những thông tin cần thiết và lập khung dữ liệu thích hợp khi phân tích bằng máy vi tính.

Trước khi phân tích số liệu, cần xem xét các số liệu đã được mã hóa hết chưa? Những câu hỏi mở cũng phải được mã hóa theo các câu hỏi trả lời.

Kinh nghiệm cho thấy, để dễ dàng phân tích nên mã hóa bằng các số từ 1-9 cho các tình huống trả lời. Nếu nhiều tình huống hơn 9, có thể mã bằng các chữ cái từ A đến Z. Không nên ghi dài dòng các câu trả lời vào máy vi tính, nếu bắt buộc phải ghi, bao giờ cũng có một mã hóa để dễ dàng phân tích các câu trả lời. Chỉ cần hệ phần mềm Epi - info cũng có thể phân tích được các bộ số liệu phức tạp theo nhiều tầng. Nhờ máy vi tính có thể đặt ra các điều kiện, các tiêu chuẩn để chẩn đoán một vấn đề một cách dễ dàng. Thường số liệu đưa vào không chính xác, vì thế phải "làm sạch" số liệu trước khi phân tích (bỏ các số liệu, các bản ghi vô lý).

Đây là kỹ thuật đòi hỏi chuyên môn cao, tự nhân viên máy tính không thể làm được nếu không được chỉ dẫn cụ thể.

Khi phân tích số liệu, cần xử lý thống kê cho phép tính so sánh hai số trung bình, hai tỷ lệ. Đôi khi dùng phép hồi quy, tương quan. Các phép tính này cũng được xử lý dễ dàng bằng Epi - Info hoặc Stata.

2.3.2. Trình bày các kết quả

Sau khi đã có các bảng số liệu, một lần nữa trình bày lại cho hợp lý, chọn một số liệu chuyển thành biểu đồ, hình vẽ. Dưới mỗi bảng, mỗi biểu là các nhận xét, các lời bàn để nêu lên những nét chính trong kết quả mô tả, những giải thích cho kết quả và nguyên nhân của các hiện tượng phát hiện được trong các bảng số liệu. Độ chắc chắn, độ tin cậy của số liệu đến đâu cũng được nêu ra để người đọc nhận thức được những điều rút ra từ đánh giá tin cậy đến đâu, những điểm nào mới là xu hướng, chưa khẳng định và cần làm tiếp.

- Mục tiêu của cuộc đánh giá được thể hiện qua các số liệu thu được. Không nên đưa những số liệu không liên quan tới mục tiêu đã đặt ra vào một báo cáo đánh giá.
- Kết luận của báo cáo đánh giá phải bao gồm những dẫn chứng trả lời cho từng mục tiêu. Thông thường, có bao nhiêu mục tiêu thì có bấy nhiêu kết luận tương ứng.
- Việc viết một báo cáo đánh giá không chỉ là vấn đề kỹ thuật mà còn là một nghệ thuật.

2.3.3. Sử dụng kết quả đánh giá

Kết quả đánh giá sẽ được sử dụng ngay cho việc cải tiến công tác của cơ sở y tế đó một cách có hiệu quả, đảm bảo nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và trao đổi kinh nghiệm với những cơ sở y tế khác.

- Kết quả đánh giá được sử dụng để xác định vấn đề sức khỏe và vấn đề tồn tại trong quản lý các hoạt động CSSK, chỉ đạo tuyến và KCB.
- Kết quả đánh giá giúp tìm các giải pháp khả thi, ít tốn kém và có khả năng duy trì sau khi kết thúc chu kỳ kế hoạch.
- Kết quả đánh giá được dùng rất nhiều trong việc lập kế hoạch, điều chỉnh kế hoạch cho những năm tiếp theo.
- Đối với quá trình thực hiện kế hoạch, kết quả đánh giá điều chỉnh các nguồn lực tìm các giải pháp kỹ thuật thích hợp để đảm bảo tiến độ và đúng chất lượng.

Đánh giá 1 kế hoạch hoạt động y tế là một quá trình phân tích sâu sắc để phát hiện ra mức độ hoàn thành kế hoạch và những nguyên nhân dẫn đến thành công đó, cũng như phát hiện ra những sai lệch so với kế hoạch và nguyên nhân thất bại. Để đánh giá đúng cần dựa vào kế hoạch đang thực hiện tại cơ sở, dựa vào thiết kế đánh giá và các chỉ số đánh giá đã được lựa chọn.

CÂU HỎI THẢO LUẬN

1. Phân tích sự khác nhau giữa đánh giá và giám sát?
2. Hãy thiết kế đánh giá 1 kế hoạch của TTYT huyện về nâng cao chất lượng chương trình tiêm chủng mở rộng tại 1 xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo đánh giá dự án phòng chống AIDS tại Hải Phòng. Hải Phòng, tháng 3/1999.
2. Báo cáo đánh giá dự án phòng ngừa từ xa rượu, thuốc lá, ma túy tại 2 xã thuộc huyện Xuân Thủy (cũ), Nam Định. Văn phòng Quốc hội, 8/1998.
3. Trương Việt Dũng. Đánh giá một chương trình, một hoạt động y tế. Bài giảng quản lý y tế. Trường cán bộ quản lý y tế - BYT. Y học, 1997, 104-116.
4. Đào Văn Dũng, Phan Văn Tường. Đánh giá thực hiện kế hoạch bệnh viện. Quản lý bệnh viện huyện. Ngân hàng Thế giới, Module 5, Trường Cán bộ quản lý y tế. Hà Nội, 1998.
5. Tăng cường kỹ năng quản lý y tế tỉnh-huyện. T1,2. Đề án đào tạo 03/SIDA-Indevelop. Y học, 1994.
6. Phan Văn Tường. Kế hoạch và lập kế hoạch. Bài giảng quản lý y tế. Trường cán bộ quản lý y tế - BYT. Y học, 1997, 51-62.
7. Phan Văn Tường. Đánh giá tình hình sức khỏe hiện tại. Bài giảng quản lý y tế. Trường cán bộ quản lý y tế - BYT. Y học, 1997, 63-73.
8. Y tế công cộng và CSSKBĐ. ĐHY Thái Bình - HVQY, Hà Nội, Y học, 1997.
9. UNFPA. Đánh giá chuyên đề chất lượng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam. Quỹ dân số Liên hợp quốc, 6/1993.

GIÁM SÁT

PGS.TS Phạm văn Thân

MỤC TIÊU

1. Trình bày mục đích của giám sát
2. Ứng dụng kiến thức kỹ năng giám sát nói chung vào giám sát việc lập và thực hiện kế hoạch.
3. Phân tích phạm vi của giám sát lập và thực hiện kế hoạch.
4. Chuẩn bị được một số công cụ giám sát
5. Lập được kế hoạch giám sát cụ thể.
6. Triển khai giám sát tại cơ sở.

I. MỤC ĐÍCH CỦA GIÁM SÁT

Giám sát là quá trình thu thập, phân tích, xử lý, sử dụng thông tin để

- 1.1. Xác định nhu cầu.
- 1.2. Giúp lập kế hoạch.
- 1.3. Hỗ trợ quá trình triển khai kế hoạch.
- 1.4. Góp phần làm cho việc thực hiện kế hoạch đúng kế hoạch, đúng pháp luật/ quy định
- 1.5. Phát hiện vấn đề trong quá trình thực hiện để điều chỉnh, để giải quyết hoặc đề xuất biện pháp giải quyết

Giữa giám sát, kiểm tra, thanh tra, đánh giá đều là quá trình thu thập, phân tích, xử lý, sử dụng thông tin nhưng với mục đích có thể khác nhau, tuy có thể hoạt động lồng ghép nhưng cần phân biệt những điểm khác nhau cơ bản.

Giám sát chủ yếu là hỗ trợ / giúp đỡ, tạo điều kiện để mọi người hoàn thành nhiệm vụ. Như vậy giám sát về cơ bản là nhằm vào con người với khả năng và điều kiện làm việc và cả điều kiện sống của họ.

II. PHẠM VI / NỘI DUNG GIÁM SÁT

Dựa vào quy trình lập và thực hiện kế hoạch, mục tiêu của kế hoạch, phân bổ tài chính và các nguồn lực cho kế hoạch, thời gian thực hiện kế hoạch, kết thúc kế hoạch....mà tiến hành giám sát, tuy nhiên không phải tất cả các nội dung các lĩnh vực đều được giám sát một lúc, mà phải chọn ưu tiên giám sát cho phù hợp với hoàn cảnh cụ thể, thời gian cụ thể.

Nói chung phạm vi giám sát lập và thực hiện kế hoạch gồm các giám sát các lĩnh vực sau chủ yếu sau:

2.1. Việc thu thập các thông tin cần thiết để lập KH

2.2. Xác định / đánh giá nhu cầu cần phải có KH (nhu cầu thật, nhu cầu trước mắt và lâu dài)

2.3. Phân tích nguồn việc xác định / xây dựng các mục tiêu của một KH.

Bao gồm các loại mục tiêu: mục tiêu đầu ra, mục tiêu can thiệp (mục tiêu quá trình, mục tiêu đầu ra mong đợi (*tác động làm thay đổi*))

2.4. Thực hiện quy trình lập KH:

2.5. Tìm nguồn lực, phân bổ nguồn lực, quản lý nguồn lực cho các hoạt động của KH

2.6. Xây dựng các chỉ tiêu thực hiện KH

2.7. Xây dựng các chỉ tiêu đánh giá kết quả thực hiện KH

2.8. Việc lập KH giám sát quá trình thực hiện KH

2.9. Việc điều chỉnh KH

2.10. Báo cáo tổng kết việc thực hiện KH

2.11. Thanh quyết toán từng kỳ và sau khi kết thúc KH

2.12. Theo dõi tác động sau khi thực hiện KH

III. NGUYÊN TẮC GIÁM SÁT

3.1. Giám sát thường xuyên: vì chu trình lập và thực hiện KH là hàng loạt các hoạt động liên tục, hết chu trình này đến chu trình khác, các chu trình chạy song song...

3.2. Tự giám sát: tự giám sát giữ vai trò rất quan trọng, vừa đảm bảo tính giám sát thường xuyên vừa điều chỉnh vừa giải quyết kịp thời những khó khăn vướng mắc.

3.3. Giám sát phải theo đúng chuẩn mực chặt chẽ vì đây là những KH chứ không phải các hoạt động đơn lẻ.

3.4. Phân loại đối tượng được giám sát (bao gồm các con người và các bản KH, các tư liệu kèm theo) và sử dụng phương pháp, công cụ phù hợp cho từng đối tượng (người quản lý, người lập KH, những người thực hiện KH, sản phẩm do thực hiện kế hoạch, những người được KH tác động...)

3.5. Không gây, phiền hà, khó khăn cho đơn vị hoặc người được GS

IV. AI LÀM GIÁM SÁT VIÊN

Rất nhiều loại người cần và có thể tham gia làm giám sát việc lập và thực hiện KH, thí dụ giám sát viên có thể là:

4.1. Những người quản lý, lãnh đạo

4.2. Cán bộ, Chuyên viên về KH (*công tác ở Vụ KH, Phòng KH...*)

4.3. Cán bộ, Chuyên viên về tài chính - kế toán (*vì KH nào cũng phải tiêu tiền*)

4.4. Cán bộ, chuyên viên nghiệp vụ - chuyên môn liên quan tới KH cụ thể

- 4.5. Giám sát viên chuyên nghiệp (nếu có)
- 4.6. Các cán bộ liên quan
- 4.7. Cán bộ địa phương liên quan đến KH định giám sát
- 4.8. Người mà KH tác động vào
- 4.9. Cộng đồng liên quan.
- 4.10. Cơ quan / Người tài trợ. V.v...

V. PHẨM CHẤT CỦA GIÁM SÁT VIÊN

- 5.1. Vững vàng về lĩnh vực định giám sát.
- 5.2. Hướng dẫn được, làm mẫu được về nội dung giám sát.
- 5.3. Có kiến thức và kỹ năng chung về giám sát
- 5.4. Có kiến thức và kỹ năng về giám sát KH
- 5.5. Có trình độ quản lý nhất định.
- 5.6. Hành vi / ứng xử tốt.
- 5.7. Được chấp nhận và được tôn trọng.
- 5.8. Nhiệt tình, trách nhiệm

VI. CÔNG CỤ ĐỂ GIÁM SÁT

6.1. Các văn bản pháp quy, tài liệu liên quan:

- Luật, Nghị định, Quyết định, Quy chế, Quy định....
- Các kế hoạch chiến lược
- Kế hoạch dài hạn,
- Kế hoạch trung hạn
- Kế hoạch hành động / triển khai
- Bản phân cấp, quy định chức năng nhiệm vụ V.v...

6.2. Các chỉ số theo dõi, giám sát, đánh giá

6.3. Các bảng kiểm thích hợp để quan sát

6.4. Các bảng mẫu thống kê (nếu cần)

6.5. Hợp đồng (nếu có)

6.6. Các biên bản GS lần trước (nếu có)

6.7. Mẫu biên bản trắng

6.8. Các phương tiện để hướng dẫn, đào tạo lại tại chỗ

6.9. Các nguồn lực, phương tiện hỗ trợ (nếu có, nếu cần) V.v...

VII. PHƯƠNG THỨC GIÁM SÁT

7.1. Giám sát gián tiếp

Giám sát gián tiếp thông qua:

- Nghiên cứu tài liệu, nghiên cứu các báo cáo sổ sách

Hợp

- Giao ban
- Tiếp dân, đối thoại
- Thư tín, điện thoại,... V.v...

7.2. Giám sát trực tiếp

- Quan sát
- Trao đổi, thảo luận
- Phỏng vấn
- Hợp V.v...

VIII. THÁI ĐỘ / HÀNH VI CỦA NGƯỜI GIÁM SÁT

- 8.1. Dễ dãi, tùy tiện. Không nên lãn nhữ vậy.
- 8.2. Dân chủ, tôn trọng người được GS, cùng thảo luận để giải quyết công việc, vấn đề. Đó là cách chủ yếu, đúng với nghĩa GS
- 8.3. Độc đoán. Hoàn toàn không nên có
- 8.4. Quyết đoán. Đôi khi phải làm như vậy, nhưng cần hạn chế.

IX. QUY TRÌNH GIÁM SÁT

9.1. Chuẩn bị giám sát, gồm những hoạt động chủ yếu sau

- Nghiên cứu tài liệu liên quan
- Chọn ưu tiên để giám sát:
 - + Vấn đề cần ưu tiên GS
 - + Địa điểm, địa phương cần ưu tiên GS
 - + Đối tượng cần ưu tiên GS
 - + Thời gian cần ưu tiên GS
- Chuẩn bị các công cụ cần thiết ở mục 6 (không phải là tất cả, mà chỉ cần công cụ thích hợp).
- Lập & Thông báo kế hoạch GS
- Thành lập đoàn đánh giá, chuẩn bị cán bộ CS
- Thông báo lịch GS
- Tập huấn GS viên (nếu cần) V.v...

9.2. Hoạt động khi triển khai

Tùy theo mục đích, nội dung, phạm vi giám sát mà sử dụng phương pháp cho thích hợp và trong thời gian phù hợp với người GS và cơ quan - người được GS. Các hoạt động khi triển khai giám sát chủ yếu gồm:

- Trao đổi thống nhất mục đích, nội dung và lịch làm việc
- Quan sát trực tiếp (với bảng kiểm hoặc không).
- Phỏng vấn đối tượng liên quan
- Thảo luận, trao đổi với những người liên quan...

- Đối chiếu....
- Đọc, nghiên cứu tài liệu tại chỗ.
- Sưu tầm tài liệu, thông tin cần thiết.
Hướng dẫn, cầm tay chỉ việc (*nếu cần*)
- Họp với các bộ phận, cá nhân liên quan để:
 - + Tìm hiểu thêm, trao đổi nguyên nhân.
 - + Có thể nhận định sơ bộ.
 - + Có thể đưa ra kết luận ban đầu.
 - + Có thể có khuyến cáo đề nghị.
 - + Làm biên bản GS (*nếu cần*) hoặc báo cáo nhanh V.v...

9.3.Hoạt động sau khi giám sát

- Thẩm tra lại thông tin đã thu thập.
- Xem xét có cần thu thập thêm thông tin nào không?
- Có cần đánh giá lại, đánh giá bổ sung không?
- Đối chiếu, so sánh...
- Phân tích thông tin thu thập được
- Tổng hợp TT
- Phân tích việc làm được và chưa làm được, tìm nguyên nhân
- Đưa ra kết luận, khuyến cáo.
Viết báo cáo GS sau khi đã làm xong những việc trên.
- Thông báo, nộp, gửi báo cáo tới nơi cần thiết.
- Làm kế hoạch hỗ trợ (*nếu cần*)
- Công việc tiếp tùy theo hoàn cảnh cụ thể. V.v...

X. THỜI ĐIỂM VÀ CHU KỲ LÀM GIÁM SÁT

- Dựa vào quy trình / chu trình lập và thực hiện KH
- Tùy theo lịch thời gian của đơn vị / người GS
- Chu kỳ giám sát:
 - + Tốt nhất là giám sát thường xuyên theo lịch nhất định để người GS và người được GS đều chủ động. Tuy nhiên khó thực thi do không đủ cán bộ, không có thời gian và nhất là thiếu kinh phí dành cho GS.
 - + Giám sát đột xuất.

XI. GIÁM SÁT LỒNG GHÉP

Thực tế thì hoạt động giám sát ít khi làm độc lập. Do nhiều lẽ như kết hợp công việc, kết hợp chuyển đi, kết hợp kinh phí, tiện cho địa phương, tiết kiệm thời gian...nên giám sát thường lồng ghép với các hoạt động khác như: đánh giá, kiểm tra, thanh tra, hội họp, thăm viếng.... Đó là điều tốt, nhưng phải đảm bảo những phẩm chất cơ bản của giám sát (hỗ trợ, tạo điều kiện, giúp giải quyết khó khăn, điều chỉnh, hướng dẫn, thăm hỏi, động viên - khích lệ)

XII. KINH PHÍ DÙNG ĐỂ LÀM GIÁM SÁT

Hiện nay trong phân bổ tài chính gần như ít thấy phân bổ kinh phí cho hoạt động giám sát, do đó hoạt động giám sát nói chung là tùy tiện, được chăng hay chớ, tình trạng đó dẫn đến hạn chế rất nhiều kết quả và hiệu quả thực hiện kế hoạch. Trong khi bất cứ ai xây nhà riêng thì dù nhà to hay bé đều phải có người giám sát, nghĩa là phải chi tiền cho giám sát (kể cả bản thân làm giám sát).

Cần phải thay đổi tư duy, và nhất là thay đổi hành vi phân bổ kinh phí, nghĩa là phải có kinh phí cho giám sát. Không phải là ít hay nhiều, mà là phân bổ hợp lý. Cổ nhân dạy: "Công cấy là công bỏ, công làm cỏ là công ăn". Công làm cỏ ở đây xin hiểu là "giám sát".

Vậy kinh phí giám sát lấy ở đâu? Có thể huy động từ nhiều nguồn. Nếu tự giám sát thì vấn đề kinh phí đơn giản hơn. Nhưng giám sát các tuyến dưới thì kinh phí là một vấn đề mà phải có kế hoạch chủ động từ đầu. Nói chung thì trong tổng số kinh phí cho kế hoạch là có bao gồm cả kinh phí cho giám sát. Thường thì có bao nhiêu kinh phí cho KH đều phân bổ cho các hoạt động thực hiện để đạt mục tiêu, nên khi cần đi làm GS thì không có kinh phí. Nếu đúng như vậy thì phải thay đổi cả tư duy lẫn cách phân bổ kinh phí.

Nhớ rằng thường trong tổng kinh phí cho một kế hoạch thì cần phải phân bổ cho các nhóm hoạt động như sau:

- ... Lập KH
- Thực hiện KH (chiếm chủ yếu)
- Giám sát
- Đánh giá
- Tổng kết

Tất nhiên người lãnh đạo, người quản lý có thể cân đối kinh phí cho giám sát từ các nguồn khác nữa. Tóm lại không nên nói là "không có kinh phí cho giám sát"

Tóm tắt

Quản lý mà không giám sát là quản lý thả nổi, quản lý tùy tiện. Giám sát hỗ trợ tốt và thường xuyên sẽ góp phần rất tích cực làm cho kế hoạch được hoàn thành có chất lượng và hiệu quả. Vì vậy giám sát là một trong những năng lực cơ bản nhất và là một trong những việc làm quan trọng nhất của người làm quản lý.

Cơ quan:

Biên bản giám sát

(Thí dụ)

Phần I:

Nội dung / vấn đề giám sát:

Người được GS:

+ Nghề nghiệp:

+ Chức vụ / nhiệm vụ chính:

Đơn vị được GS:

Địa điểm GS:

Người / Đoàn GS:

Ngày GS:

Phần 2:

(Nội dung trao đổi giữa đoàn GS và cá nhân / đơn vị được GS sau khi đã tiến hành GS)

- 2.1. Những nét nổi bật / những điểm mạnh / những ưu điểm / những việc đã làm được
- 2.2. Những tồn tại, khó khăn cần giải quyết
- 2.3. Các biện pháp giải quyết, cá nhân / đơn vị giải quyết, thời gian giải quyết
- 2.4. Những hỗ trợ có thể
- 2.5. Đề nghị, các ý kiến khác

Đại diện được GS ký

T/M đoàn GS ký

Ghi chú:

- Biên bản này được làm thành 2 bản, 1 cho cá nhân / đơn vị được GS, cho đoàn GS
- Đây chỉ là một thí dụ, một gợi ý, chưa phải là khuôn mẫu chung
- Nên làm sẵn biên bản trắng, có khoảng trống cần thiết giữa các mục để điền khi triển khai giám sát làm biên bản cho tiện và thống nhất giữa các đoàn GS, giữa các lần GS.

HƯỚNG DẪN VIẾT KẾ HOẠCH Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG

TS. Dương Huy Liệu
PGS. TS. Trương Việt Dũng,
BS. Nguyễn Đình Thường

MỤC TIÊU

1. Xác định được các vấn đề y tế công cộng và mục tiêu ưu tiên cho kế hoạch dài hạn.
2. Viết kế hoạch 5 năm cho y tế địa phương

Làm kế hoạch là việc chuẩn bị, sắp xếp công việc cho tương lai. Như vậy, bên cạnh những bài học kinh nghiệm trước đó (khả năng hiện tại) cần dự đoán những vấn đề sẽ còn tồn tại trong tương lai cũng như khả năng, giải pháp nhằm hạn chế hoặc loại bỏ những vấn đề đó. Trong rất nhiều vấn đề tồn tại, không phải lúc nào cũng có đủ điều kiện để giải quyết, không chỉ với lý do khan hiếm nguồn lực mà còn do quỹ thời gian hoặc môi trường kinh tế, văn hóa- xã hội không cho phép thực hiện những ý định của mình. Vì vậy, cần phải chọn ra những mục tiêu ưu tiên cho từng thời kỳ, cho từng địa phương để từng bước khắc phục những vấn đề tồn tại trong một lĩnh vực chuyên môn hoặc công tác y tế một địa phương.

Dàn ý viết một bản kế hoạch 5 năm của một địa phương

1. Tình hình chung

- 1.1. Đặc điểm địa lý dân cư.
- 1.2. Đặc điểm và dự kiến tình hình phát triển kinh tế-văn hóa-xã hội địa phương trong 5 năm.
- 1.3. Tình hình sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe.
- 1.4. Tình hình và khả năng cung cấp dịch vụ y tế.
- 1.5. Những thuận lợi, tồn tại cơ bản và vấn đề ưu tiên.

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

- 2.1. Mục tiêu tổng thể.
- 2.2. Các chỉ tiêu kế hoạch cơ bản

3. Giải pháp chủ yếu và những nội dung công tác trọng tâm

Mỗi vấn đề ưu tiên có thể được giải quyết bằng một hoặc nhiều giải pháp. Trong kế hoạch tổng thể 5 năm chỉ đề cập đến những nhóm giải pháp lớn, trong đó có những điều kiện để thực thi.

Trong từng nhóm các giải pháp chung sau đây lại phải thể hiện bằng những nhóm hoạt động nhằm giải quyết các vấn đề tồn tại có khả năng can thiệp được trong những chừng mực nguồn lực cho phép, hoặc có khả năng huy động được.

Các nhóm giải pháp lớn bao gồm:

Tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở y tế dựa trên nhu cầu của các cộng đồng dân cư khác nhau. ở đây bao gồm đảm bảo hậu cần y tế, áp dụng kinh tế y tế trong quản lý cũng như cung ứng các nguồn lực, nâng cao chất lượng dịch vụ, tổ chức quản lý để sử dụng các nguồn lực một cách hữu hiệu nhất nhằm đạt từng mục tiêu cụ thể.

Củng cố, hoàn thiện hệ thống văn bản pháp quy, các văn bản, thông tư hướng dẫn nhằm hoàn thiện hệ thống pháp lý, **củng cố quản lý Nhà nước đối với các dịch vụ CSSK** của các cơ sở y tế Nhà nước và tư nhân

Xã hội hóa công tác y tế: bao gồm các hoạt động của liên ngành trong địa phương, huy động cộng đồng tham gia các phong trào và sử dụng dịch vụ y tế công cộng, đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế.

Một số mặt công tác trọng yếu:

3.1. Công tác phòng chống dịch bệnh và tăng cường sức khỏe.

3.2. Công tác khám chữa bệnh và phục hồi chức năng.

3.3. Thực hiện các chương trình y tế Quốc gia.

3.4. Công tác CSSKBMTE và KHHGD.

3.5. Xây dựng cơ bản, bảo dưỡng, nâng cấp cơ sở, cung cấp vật tư, thiết bị và công tác dược.

Tùy địa phương với những vấn đề ưu tiên giải quyết khác nhau mà những công tác trên được cụ thể hóa bằng những hoạt động phù hợp.

4. Dự kiến các nguồn tài chính và phân bổ ngân sách.

5. Công tác cán bộ và cải tiến tổ chức, hành chính.

6. Quản lý tài chính, vật tư, thiết bị. Công tác tài vụ, kế toán.

7. Các hoạt động hỗ trợ khác.

8. Những ý kiến kiến nghị và đề xuất.

Sau đây là một số hướng dẫn chung nhất về việc viết một bản kế hoạch 5 năm.

1. Tình hình chung

1.1. Đặc điểm địa lý, dân cư

Yêu cầu: Trong phần này cần nêu được những nét lớn về:

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

– **Đặc điểm dân cư:** Tổng dân số (tính đến mốc thời gian xác định), tháp dân số, tỷ lệ trẻ em dưới một tuổi, năm tuổi, tỷ lệ phụ nữ 15-49, tỷ suất tăng dân số tự nhiên, tăng dân số cơ học (do di dân), mật độ dân số theo từng vùng, tỷ lệ và phân bố các dân tộc

ít người. Khi mô tả tình hình địa lý dân cư cần tìm ra, nêu lên những vùng nào có những nguy cơ gì cho sức khỏe và vùng nào, dân tộc nào cần được ưu tiên đầu tư.

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

– Tình hình phát triển kinh tế - văn hóa - xã hội của địa phương

Điểm những nét lớn về tình hình phát triển kinh tế, các ngành nghề trong 5 năm trước tới hiện nay để thấy được những khó khăn, những thuận lợi trong đời sống kinh tế các cộng đồng.

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

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

Về phát triển văn hóa, giáo dục, cần nêu ra được các chỉ số về tỷ lệ mù chữ, tỷ lệ trẻ em trong độ tuổi đến trường được đi học, tỉ lệ dân được phổ cập phổ thông cơ sở, tỷ lệ trẻ bỏ học, tỷ lệ trẻ em sống lang thang, tỷ lệ trẻ em phạm pháp ở tuổi vị thành niên. Ngoài các chỉ số trên cũng cần nêu ra những tập tục lạc hậu ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng cũng như ảnh hưởng tới việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế công cộng. Các chỉ số trên cần lập thành bảng diễn đạt các xu hướng trong 5 năm, sự chênh lệch giữa các vùng địa lý, nhóm dân cư để thấy được một số yếu tố thuận lợi hoặc cản trở đối với những tác nhân gây bệnh trong các cộng đồng dân cư. Từ đó có những kế hoạch cho các hoạt động hỗ trợ cho công tác y tế địa phương cũng như trực tiếp cho công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, cho công tác vận động quần chúng tham gia các phong trào vệ sinh phòng bệnh.

Kế hoạch tổng thể phát triển kinh tế XH của địa phương:

Kế hoạch y tế là một yếu tố không thể không coi trọng khi phân tích các vấn đề sức khỏe cộng đồng và chọn những mục tiêu ưu tiên. Dựa vào kế hoạch phát triển tổng thể của địa phương cho thấy những thông tin liên quan như:

- Dự báo tăng trưởng kinh tế hàng năm.
- Dự báo mức đầu tư cho phát triển phúc lợi xã hội, trong đó có một phần của phát triển giáo dục và y tế, của đầu tư xây dựng cơ bản và ngân sách sự nghiệp y tế.
- Dự báo biến động về phân bố nghề nghiệp, dân cư giữa khu vực nông thôn, thị trấn, giữa các vùng địa lý.
- Quan điểm chỉ đạo các hoạt động y tế của cơ quan Đảng, Chính quyền.

Kế hoạch phát triển tổng thể của một chuyên ngành trong lĩnh vực y tế (do các Vụ, các Viện tuyến Trung ương, khu vực và tỉnh) cũng là những yếu tố rất quan trọng cần nêu ra, làm định hướng cho kế hoạch phát triển từng lĩnh vực chuyên ngành của địa phương. Thực chất đây là sự chỉ đạo dọc từ trên xuống của các Viện chuyên khoa Trung ương và chủ trương của Bộ Y tế.

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

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

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

Trường hợp thấy số liệu báo cáo không giống nhau giữa các năm có thể là do chất lượng báo cáo chưa đủ độ tin cậy, song cũng có thể là do có một số yếu tố gây bệnh vừa tăng lên hay giảm đi, và cũng có thể do các hoạt động y tế hoặc các hoạt động khác có liên quan tới sức khỏe (như nêu ra trên đây), có những thay đổi tốt lên hoặc không tốt. Nên lưu ý là, để giải thích xu hướng tình hình mắc bệnh hay tử vong không chỉ nhìn vào tình hình môi trường, các yếu tố gây bệnh khác và hoạt động y tế địa phương mà là một sự tác động tổng hòa. Ví dụ như tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em tăng hay giảm không phải chỉ do tác động của y tế mà còn bởi nhiều hoạt động khác cùng tác động, kể cả việc năm nay được mùa hơn những năm trước. Có bản kế hoạch khi đưa ra nhận định tình hình sức khỏe và giải thích chỉ bằng việc biện luận theo góc độ các dịch vụ y tế đã làm cho bản kế hoạch không mang tính tổng thể và không có tính khách quan. Vì thế, các định hướng công tác cho tương lai cũng có thể không chính xác.

Một điểm nữa cũng cần chú ý là đối với một số bệnh ít xảy ra, với một số địa phương có dân số ít, khi so sánh các tỉ suất mắc hoặc chết hàng năm phải rất thận trọng. Vì về mặt dịch tễ học, tỉ lệ tính hàng năm chưa đủ độ tin cậy cho dù không có sai sót khi thu thập thông tin, báo cáo. Ví dụ, tỉ suất chết vì bệnh sỏi của năm nay bằng 3/10.000 dân so với 6/10.000 dân của năm trước và kết luận: tỉ suất mắc tới năm nay bằng 1/2 năm trước là chưa đủ cơ sở, sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. Đối với tuyến tỉnh, nhìn chung số liệu thống kê có thể dùng được để xác định các vấn đề sức khỏe ở một chừng mực nhất định.

Để mô tả tình hình sức khỏe, cần phải thể hiện bằng các chỉ số mà còn phân bố các chỉ số đó theo các vùng để thấy sự cách biệt giữa các vùng, từ đây khẳng định thêm cho các nhu cầu ưu tiên cho phân bổ ngân sách cho vùng nào nghèo hơn, địa hình khó khăn hơn và tình hình sức khỏe kém hơn (xem thêm phần thông tin cho lập kế hoạch y tế).

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

Trong mục 1.3 phân tích tình hình sức khỏe nhân dân trong địa phương nghĩa là đề cập tới nhu cầu chăm sóc sức khỏe các cộng đồng dân cư với những đặc điểm khác nhau. Ở phần mục này sẽ phân tích tình hình cung cấp dịch vụ y tế và qua đó nhận định khả năng đáp ứng nhu cầu CSSK cộng đồng của mạng lưới y tế trong địa bàn.

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

Đầu vào: Bao gồm những nguồn lực có được cho các hoạt động y tế, gồm nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nguồn ngân sách. Khi phân tích nguồn nhân lực nên chú ý cả về số lượng, chất lượng cán bộ, sự phân bố các loại cán bộ theo hệ và theo tuyến. Tỉ lệ cân đối giữa các loại cán bộ trong từng lĩnh vực. Việc mô tả theo diễn biến thời gian cũng như đối chiếu với sự biến động cơ cấu dân số cũng như cơ cấu bệnh tật trong các quần thể dân cư

cho phép nhận định tình hình sử dụng nhân lực y tế của địa phương và khả năng đáp ứng qua nguồn nhân lực y tế.

- Có đủ hay thiếu?
- Tương xứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe hay không?
- Lĩnh vực nào thiếu cán bộ?
- Nơi nào chất lượng dịch vụ có thể thấp vì không đủ cán bộ có trình độ chuyên môn phù hợp?
- Nơi nào có nguy cơ thừa nhân lực hoặc phân bổ nhân lực bất hợp lý? Không nên quên phân tích những nguyên nhân nào dẫn tới bất hợp lý cũng như phân tích khả năng, nhu cầu phát triển nguồn nhân lực trong 5 năm tới cho địa phương mình.
- Hàng năm biên chế từng loại cán bộ y tế cần có là bao nhiêu?
- Phân bổ vào những lĩnh vực nào? (phòng bệnh, chữa bệnh, dược và quản lý)?
- Mỗi năm cần đào tạo bao nhiêu cán bộ cho từng lĩnh vực?
- Để có được số cán bộ y tế cần thiết bổ xung hàng năm phải chi phí hết bao nhiêu tiền hoặc cần bao nhiêu % ngân sách hàng năm.

Nhân lực y tế

Nhân lực y tế được trình bày dưới dạng các bảng biểu thống kê chung toàn tỉnh, huyện, theo từng tuyến, từng lĩnh vực. Nếu có thể được, cần trình bày theo từng khu vực địa lý. Để có thể so sánh, đối chiếu được, ngoài việc đưa ra con số tuyệt đối, phải viết dưới dạng các chỉ số như những ví dụ sau:

- Số cán bộ y tế/10.000 dân.
- Số bác sỹ và bác sỹ trên đại học/10.000 dân.
- Số nữ hộ sinh (nói chung)/10.000 dân.
- Số dược sỹ đại học, trung học/10.000 dân.

Đối với lĩnh vực khám chữa bệnh:

- Số cán bộ y tế/1 giường bệnh
- Tỷ số y tá, điều dưỡng/bác sỹ

Đối với lĩnh vực phòng bệnh và y tế cộng đồng:

- Số cán bộ y tế / 10.000 dân.
- Tỷ số cán bộ đại học/cán bộ trung, sơ học.
- Số nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi / 10.000 dân.
- Tỷ lệ xã có bác sỹ (%).
- Tỷ lệ thôn, ấp có cán bộ y tế thôn (%).
- Tỷ lệ trạm y tế xã có cán bộ được đào tạo về dược (%).
- Tỷ lệ trạm y tế xã có thầy thuốc y học dân tộc (%).

Số liệu thống kê nên đưa vào các bảng theo ví dụ sau:

Phân bổ nhân lực y tế theo 4 lĩnh vực trong 5 năm

<i>Lĩnh vực</i>	<i>Năm</i>					<i>Trung bình 5 năm</i>
	19..	19..	19..	19..	19..	
<i>A. Khám chữa bệnh.</i> + Số giường bệnh + <i>Tổng số CBYT, trong đó:</i> - Bác sỹ, trên đại học - Dược sỹ Đại học - Y tá TH, y sỹ - NHS TH - KTV - Cán bộ khác						
<i>B. Phòng bệnh, YHCT.</i> <i>Tổng số, trong đó:</i> - Bác sỹ - Y sỹ, y tá TH - KTV TH - Khác						
<i>C. Dược.</i> <i>Tổng số, trong đó:</i> - Dược sỹ đại học - Dược sỹ trung học - Dược tá - Khác						
<i>D. Quản lý.</i> <i>Tổng số, trong đó:</i> - Cán bộ đại học - Cán bộ khác						

Phân bố nhân lực y tế theo các tuyến

Tuyến	Năm					Trung bình 5 năm
	19..	19..	19..	19..	19..	
A. Tuyến huyện. Tổng số, trong đó: - Bác sỹ - Y sỹ, y tá TH - Dược sỹ TH - Dược tá - NHS TH - KTV - Cán bộ khác						
B. Tuyến xã, thôn. Tổng số trong đó: - Bác sỹ - Y sỹ đa khoa - NHSTH/ y sỹ sản nhi - Y tá TH - Dược tá - Thầy thuốc YHCT - NV y tế thôn ấp, công tác viên các loại - Cán bộ khác C: Tuyến tỉnh Tổng số Trong đó:						

Phương pháp phân tích tình hình nhân lực y tế:

Khi phân tích diễn biến nhân lực y tế trong một khoảng thời gian (thường là 5 năm) cần trả lời cho những câu hỏi sau:

- Tại địa phương có tình trạng thiếu hay thừa nhân lực y tế hay không? mức độ thiếu hay thừa nhân lực ra sao?
- Phân bố nhân lực y tế cho các tuyến, các lĩnh vực có hợp lý hay không? Nếu không hợp lý, nêu cụ thể ở tuyến nào, lĩnh vực nào?
- Tình trạng thiếu cán bộ y tế hay sự phân bố cán bộ y tế chưa hợp lý (nếu có) được thể hiện như thế nào? (tuyến nào, lĩnh vực nào, vùng nào)
- Trình độ cán bộ y tế trong từng lĩnh vực, từng tuyến có gì bất cập so với nhu cầu CSSK của cộng đồng?
- Xu thế biến động về số lượng và chất lượng cán bộ y tế trong một số năm gần đây ra sao?
- Những nguyên nhân giải thích cho những vấn đề tồn tại về nguồn và bố trí, sử dụng nhân lực y tế là gì? yếu tố nào, nguyên nhân nào có thể khắc phục được?
- So sánh tình hình nhân lực y tế trong tỉnh, vùng và cả nước.
- Nhu cầu nhân lực y tế (về số lượng, chất lượng, phân bố cán bộ theo tuyến, theo lĩnh vực) cho giai đoạn 5 năm tới như thế nào?

Để nhận định tình hình, cần dựa vào những quy định của Bộ Y tế về bố trí cán bộ cho từng tuyến, từng lĩnh vực. Về trình độ cán bộ y tế, cần dựa vào phân bố cán bộ theo các bậc học (y tá, y sỹ, bác sỹ, dược sỹ...) cũng như những nhận xét chung về khả năng hoàn thành nhiệm vụ, những sai sót chuyên môn đã xảy ra và dựa vào tỷ lệ % những cán bộ y tế của từng tuyến, từng lĩnh vực đã được đào tạo lại, đào tạo liên tục trong 5 năm qua.

Để đưa ra nhu cầu nhân lực y tế cho từng tuyến, từng lĩnh vực cho giai đoạn 5 năm tới phải dựa vào kết quả phân tích tình hình như vừa nêu, đồng thời dựa vào sự biến động dân số, số giường bệnh tăng hay giảm, các nhu cầu về phòng bệnh và giáo dục sức khỏe. Những bất hợp lý, những thiếu hụt cán bộ y tế của giai đoạn 5 năm này là yêu cầu cần khắc phục đầu tiên cho 5 năm tới. Mặt khác, nhu cầu nhân lực y tế của huyện này cũng phải tương đối phù hợp với mặt bằng chung của các huyện khác cùng đặc điểm và khả năng đào tạo, bố trí cán bộ y tế trong cả tỉnh cũng như trong các quy định mới (nếu có) về tổ chức bộ máy hay chức năng nhiệm vụ của y tế tuyến huyện.

Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế:

Một khi chưa có quy chuẩn về diện tích cũng như thiết kế các loại cơ sở y tế, việc nhận định sẽ dễ bị chủ quan. Vì vậy cần dựa vào nhu cầu tối thiểu về xây dựng và thiết kế tương ứng với quy mô các khoa phòng truyền thống, cũng như hệ thống các nhà dịch vụ và xử lý chất thải. Cần mô tả tình trạng sử dụng và chất lượng công trình.

Đối với trang bị y tế, cần đối chiếu với quy định của Bộ Y tế về cơ sở trang bị y tế cho các khoa phòng (kể cả lâm sàng, xét nghiệm và vệ sinh phòng dịch) cho từng loại cơ sở của từng tuyến. Thêm vào đó nêu ra được mức độ sử dụng các trang thiết bị này và đối chiếu với thực tế lưu lượng bệnh nhân cũng như yêu cầu chuyên môn kỹ thuật hàng ngày để nhận xét tình trạng thiếu, đủ hay thừa trang thiết bị. Nếu thiếu ở bộ phận nào và thiếu loại trang thiết bị gì, số lượng là bao nhiêu. Vấn đề phụ tùng thay thế, hóa chất, thuốc thử, thuốc chữa bệnh cũng cần mô tả để thấy được những thiếu hụt hiện tại và nhu cầu bổ xung, dự trữ cho 5 năm tới.

Đối với cơ sở vật chất cho tuyến xã, hiện nay đã có quy chuẩn về xây dựng, thiết kế nhà trạm và danh mục trang thiết bị y tế cho trạm y tế xã, danh mục trang thiết bị cho phòng khám đa khoa khu vực. Đối với tuyến huyện và tỉnh, hiện nay có thể dựa vào quy chế bệnh viện các tuyến, chức năng nhiệm vụ của các trạm chuyên khoa đưa ra do các viện đầu ngành. Dựa vào kết quả thống kê tình hình trang thiết bị, nhà trạm đúng quy chuẩn và không bị xuống cấp để đưa ra nhận định cũng như nhu cầu cho giai đoạn 5 năm tới. Tình trạng thừa hay sử dụng trang thiết bị, cơ sở nhà cửa, ở mức độ thấp cần được đề cập và phân tích nguyên nhân nhằm sử dụng tối đa và hợp lý các nguồn lực này.

Ngân sách và quản lý tài chính:

Ngân sách y tế được mô tả dưới dạng các số liệu tuyệt đối giữa các năm, trung bình 5 năm. Để đối chiếu với quy định mức ngân sách y tế cho từng tuyến cũng như từng cơ sở chuyên khoa để so sánh được với các địa phương, lĩnh vực khác, theo mặt bằng chung của cả nước, cả tỉnh phải thể hiện số liệu dưới dạng các chỉ số và trình bày trong một hoặc nhiều bảng theo ví dụ sau:

Bảng tổng hợp ngân sách y tế tỉnh qua các năm.

<i>Các chỉ số</i>	<i>Đơn vị tính *</i>	<i>Năm</i>					<i>Trung bình 5 năm **</i>
		<i>19</i>	<i>19</i>	<i>19</i>	<i>19</i>	<i>19</i>	
<i>Các nguồn thu:</i>							
- UBND tỉnh	%						
- Viện phí	%						
- Bảo hiểm y tế	%						
- Các chương trình mục tiêu	%						
- Viện trợ và nguồn khác	%						
<i>Tổng thu:</i>	<i>triệu đ</i>						
<i>Chi phí y tế theo lĩnh vực:</i>							
- Cho công tác KCB	%						
- Cho công tác phòng bệnh	%						
- Chi cho chương trình mục tiêu.	%						
- Cho truyền thông GDSK	%						
- Cho đào tạo	%						
- Chi khác	<i>triệu đ</i>						
<i>Tổng chi:</i>							
<i>Chi phí y tế theo các khoản mục:</i>							
Chi thường xuyên	%						
Chi XDCB	%						
Chi phí khác	%						

*) Đơn vị tính: Có thể tính đơn vị theo cách khác, ví dụ: tổng thu không tính bằng triệu đồng mà tính bằng ngàn đồng/người/năm; tổng chi cũng bằng đơn vị trên.

**) Trung bình 5 năm: có thể vừa qua bảng tổng hợp, vừa vẽ ra biểu đồ cột có nhiều tỷ lệ cấu thành cho từng năm và cho cả 5 năm.

Việc phân tích tài chính y tế cho phép giải thích cho biến động của các chỉ số hoạt động cũng như kết quả đầu ra của các hoạt động.

Những người làm công tác quản lý quản lý y tế đôi khi có nhược điểm ít khi nhìn nhận vấn đề tài chính y tế một cách thấu đáo. Thường thì việc phân tích cũng chỉ dừng ở mức so sánh các nguồn thu, các khoản chi giữa năm này với năm khác để thấy sự tăng giảm và xu hướng biến động. Lý do một phần là ngân sách thường rất thấp, chỉ đủ duy trì hoạt động ở mức rất hạn chế, chỉ cho phát triển rất ít hoặc nếu có thì cũng không đều, năm nhiều năm ít không có quy luật.

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

Phân tích tài chính y tế có thể chia làm hai bước:

Bước 1: Phân tích tổng thể

Ở đây các chỉ số cần tính toán (từ số liệu trong bảng) bao gồm một số chỉ số chính sau:

Bình quân chi ngân sách y tế đầu người/năm và trung bình 5 năm. Xu hướng tăng giảm qua các năm.

- Tỷ trọng chi ngân sách theo các nhóm hoạt động (chữa bệnh, phòng bệnh, xây dựng cơ bản) xu hướng biến động qua các năm.
- Tỷ trọng chi ngân sách y tế ở từng tuyến, từng lĩnh vực chuyên ngành. Xu hướng biến động qua các năm.
- Tỷ trọng các nguồn thu ngân sách y tế (Ngân sách Nhà nước, thu viện phí, BHYT và các nguồn khác).

Bước 2: Phân tích chi tiết

Việc phân tích chi tiết tài chính y tế của một số hoạt động chủ yếu, dựa vào một số chỉ số sau:

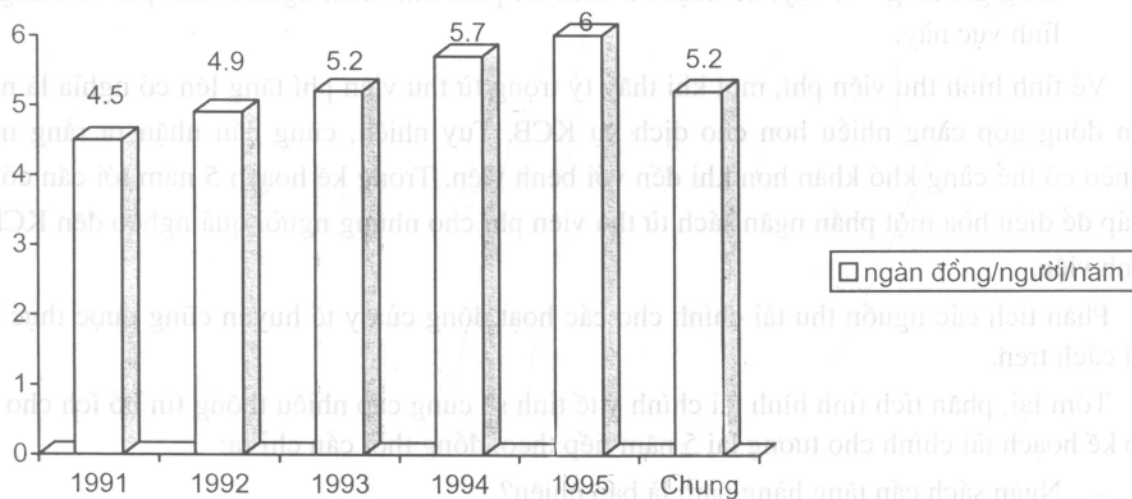
- Bình quân chi phí cho 1 giường bệnh/năm.
- Bình quân chi phí cho từng hoạt động dự phòng theo đầu dân thuộc nhóm đích/năm (ví dụ: chi phí cho hoạt động CSSKBM tính trung bình cho 1 phụ nữ độ tuổi sinh đẻ/năm). Đây cũng chính gần bằng đơn giá chi phí cho 1 đối tượng/phục vụ/năm.
- Bình quân chi phí cho một đơn vị đầu ra (ví dụ: Chi phí 25.000.000đ cho việc tắm màn, nhờ tắm 10.000 màn mà có 20.000 người được bảo vệ là 1.250 đ/người. Hoặc ví dụ tương tự, cách tính trên áp dụng cho giải pháp bảo vệ bằng phun tồn lưu chống muỗi sốt rét, cũng với chi phí trên nhưng số người được bảo vệ là 50.000 người thì đơn giá chi phí sẽ là 500 đ/người. Để đạt cùng một mục tiêu với hiệu quả bảo vệ gần như nhau, nếu giải pháp nào rẻ hơn (tính theo đơn giá chi phí) thì cần được nghiên cứu để đầu tư cho giải pháp đó nhiều hơn.

Đối với từng tuyến, từng lĩnh vực có những yêu cầu phân tích với mức độ chi tiết khác nhau. Càng tuyến trên càng cần chi tiết, nếu có các số liệu đầy đủ để tính toán tổng chi phí cho từng hoạt động và tổng hợp đủ số dịch vụ hay kết quả đầu ra sẽ cho phép nhận định và rút ra các bài học kinh nghiệm để lập kế hoạch cho giai đoạn tới là rất tốt.

Ví dụ: Phân tích cơ cấu nguồn thu ngân sách y tế tỉnh A, giai đoạn 1991 - 1995.

	Đ.vị tính	Năm					Thu TB 5 năm
		1991	1992	1993	1994	1995	
Tỉnh cấp (UBND tỉnh)	%	42,0	35,0	25,0	24,0	24,0	30,0
Viện phí	%	30,3	36,0	45,0	50,0	50,0	45,0
BHYT	%	3,0	4,0	8,0	8,0	8,0	5,0
- Các chương trình mục tiêu	%	25,0	25,0	20,0	20,0	18,0	20,0
- Viện trợ và nguồn khác	%						
Tổng thu	triệu đ	1.000	1.100	1.200	1.350	1.420	1.200
BQ đầu người/năm	ngàn đ	4,5	5,2	5,2	5,7	6,0	5,2

Từ kết quả trên biểu thị bằng biểu đồ:



Kết quả trong biểu đồ trên cho thấy trong vòng 5 năm lại đây mức thu ngân sách y tế tính bình quân theo đầu người mỗi năm đạt 5.200 đ. Sự chênh lệch giữa các năm không nhiều Song xu hướng có sự gia tăng đều nhất là từ sau năm 1992.

Với cách biểu thị kết quả trên cho thấy:

- Mức ngân sách bình quân y tế đầu người cho 5 năm.
- Sự chênh lệch về mức ngân sách giữa các năm.
- Xu hướng tăng/giảm của ngân sách y tế.

Ở đây, qua phân tích thấy xu hướng tăng ngân sách (tính theo đầu dân) có thể lấy làm một căn cứ để ước đoán mức thu ngân sách y tế cho năm sau đó. Ví dụ, ở đây có thể lấy mức tăng thu ngân sách y tế hàng năm là 5%, từ đó dự toán ngân sách y tế cho từng năm tiếp theo.

Để đưa ra con số dự toán gần đúng hơn, hợp lý hơn, cần phân tích xu hướng biến động cơ cấu các nguồn thu qua các năm. Cũng với kết quả trong bảng trên, có thể đưa vào biểu đồ cột sau:

Nhìn vào biểu đồ cột ta có thể đưa ra nhận xét:

Tình hình 5 năm qua nói chung mức kinh phí từ tỉnh cấp đạt 30% tổng ngân sách y tế. nguồn từ viện phí chiếm tỷ lệ cao nhất 45,0%, BHYT: 5% và từ các nguồn viện trợ, các chương trình mục tiêu và các nguồn khác chiếm tỷ lệ 20% ngân sách.

- Cơ cấu ngân sách y tế 5 năm vừa qua thay đổi với 5 năm trước đó thế nào?
- Đặc điểm cơ cấu ngân sách y tế của tỉnh mình so với các tỉnh khác trong tỉnh có gì khác (Ví dụ: Viện phí ở huyện A chiếm tỷ trọng rất cao trong khi ở huyện B BHYT lại ở mức thấp so với huyện khác).

Khi dựa vào biểu đồ để phân tích dễ dàng nhận thấy sự biến động về cơ cấu các nguồn thu ngân sách y tế khá rõ rệt, với một số nhận xét sau:

- Mức thu từ BHYT tăng nhưng rất chậm, khả năng huy động ngân sách từ BHYT đã đạt mức giới hạn, khó có thể tăng thêm nếu không có hướng giải quyết (hoặc do số người thuộc diện mua BHYT bắt buộc không tăng thêm).
- Tỷ trọng ngân sách từ các chương trình mục tiêu và viện trợ giảm cả tuyệt đối và tương đối, cho thấy tình trạng thiếu ngân sách cho các chương trình phòng bệnh ngày càng gia tăng - vì vậy, kế hoạch 5 năm tới phải tìm thêm nguồn kinh phí bổ xung cho lĩnh vực này.

Về tình hình thu viện phí, một khi thấy tỷ trọng từ thu viện phí tăng lên có nghĩa là người dân đóng góp càng nhiều hơn cho dịch vụ KCB. Tuy nhiên, cũng cần nhận ra rằng người nghèo có thể càng khó khăn hơn khi đến với bệnh viện. Trong kế hoạch 5 năm tới cần có giải pháp để điều hòa một phần ngân sách từ thu viện phí cho những người quá nghèo đến KCB tại bệnh viện.

Phân tích các nguồn thu tài chính cho các hoạt động của y tế huyện cũng được thực hiện với cách trên.

Tóm lại, phân tích tình hình tài chính y tế tỉnh sẽ cung cấp nhiều thông tin bổ ích cho việc lập kế hoạch tài chính cho tương lai 5 năm tiếp theo, đồng thời cần chỉ ra:

- Ngân sách cần tăng hàng năm là bao nhiêu?
- Phân bổ ngân sách cần ưu tiên cho lĩnh vực nào và bao nhiêu, tại sao?
- Cơ chế thu chi tài chính cần thay đổi gì?

Một khi có được thông báo (dự kiến) ngân sách y tế cho từng năm sau đó có thể đưa ra số liệu tuyệt đối về ngân sách y tế ở một mức độ nhất định

Từ việc tổng hợp các số liệu thống kê theo các nhóm vừa nêu, bước tiếp theo cần phải làm là phân tích để tìm ra những vấn đề tồn tại trong 5 năm trước và những nguyên nhân chủ yếu dẫn tới các tồn tại đó.

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

1.5.1. Những vấn đề tồn tại cơ bản

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

- **Các vấn đề về sức khỏe:** thể hiện bằng tình hình mắc bệnh hoặc/và tử vong tính chung trong phạm vi toàn tỉnh, huyện và theo các nhóm huyện, xã có đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau, hoặc có thể phối hợp các đặc điểm này với các loại đối tượng (trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, người có tuổi (trên 60)).

Những vấn đề sức khỏe cũng đạt được thể hiện dưới hình thức các tỷ lệ mắc hoặc chết cao hẳn lên ở một số địa phương, hay trong một địa phương nhưng cao hẳn lên vào một giai đoạn thời gian, một mùa, có thể là tình hình dịch bệnh.

- **Các vấn đề về nguồn lực y tế:** như thiếu hụt nhân lực; phân bố nhân lực y tế bất hợp lý; thiếu ngân sách hoặc phân bổ ngân sách không hợp lý, cung cấp tài chính không kịp thời; thiếu trang thiết bị, cơ sở hạ tầng không đảm bảo.
- **Các vấn đề tiếp cận y tế:** Cơ sở y tế bố trí ở xa dân, nơi không thuận tiện giao thông. Cũng có thể là những cản trở ngay cả khi có sẵn các nguồn lực, ở không xa dân song người dân vẫn khó tiếp cận vì nghèo mà giá dịch vụ y tế lại cao; hoặc bố trí giờ làm việc không thuận tiện; hoặc thái độ phục vụ kém; hoặc phối hợp nhiều yếu tố cản trở.
- **Các vấn đề về sử dụng:** Trong tình hình người dân có quyền lựa chọn các cơ sở y tế mà họ chấp nhận không nhất thiết mọi người phải đến cơ sở y tế Nhà nước. Y tế tư nhân có thể chia sẻ gánh nặng dịch vụ với cơ sở Nhà nước. Mục tiêu của ngành Y tế là người khỏe được phòng bệnh và giáo dục sức khỏe, người ốm được chữa bệnh và tư vấn y tế vì vậy vấn đề là ở chỗ liệu người ốm có được chữa bệnh hợp lý không? Làm thế nào để nguồn lực y tế sẵn có được người dân chấp nhận nhiều hơn để không bị lãng phí nguồn lực đó? (không có nghĩa là phải cấm y tế tư nhân hay tuyệt đối không bán thuốc tự do).

Trong vấn đề tồn tại liên quan đến sự ít sử dụng cơ sở y tế, cần làm rõ ai (thuộc nhóm tuổi nào? nhóm giàu hay nghèo? nam/nữ? dân tộc, văn hóa?) để có những biện pháp giúp họ tiếp cận với với sở y tế nhiều hơn, dễ dàng hơn. ở đây cũng còn có cả sự hài lòng của người dân.

- Các vấn đề liên quan tới chất lượng dịch vụ y tế

Chất lượng dịch vụ được thể hiện qua các chỉ số gián tiếp như cơ sở vật chất cho khám chữa bệnh, trình độ cán bộ y tế và tính sẵn có của các nguồn thuốc. Chất lượng còn được thể hiện trực tiếp như tỷ lệ điều trị khỏi, tỷ lệ biến chứng do điều trị, tỷ lệ chẩn đoán đúng và tỷ lệ phải chuyển viện; tỷ lệ bệnh chữa được nhưng phải chuyển viện hoặc tử vong.

1.5.2. Xác định vấn đề ưu tiên

Xác định ưu tiên cho hoạt động y tế trong một khoảng thời gian 5 năm (một giai đoạn kế hoạch) hoặc một giai đoạn ngắn hơn xuất phát từ những việc phân tích nguyên nhân của những tồn tại đối với việc thực hiện những mục tiêu ưu tiên đã được đưa ra trong thời kỳ trước đó.

Những căn cứ để xác định các vấn đề ưu tiên bao gồm:

- Chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế.
- Những vấn đề tồn tại hiện nay và dự kiến các vấn đề sẽ nảy sinh trong tương lai.
- Mục tiêu cần đạt được cho từng nội dung thuộc từng cơ sở, địa phương trong từng thời gian qui định.
- Những yếu tố bên ngoài:
 - + Yếu tố không hoặc ít thay đổi: đặc điểm về dân cư, điều kiện địa lý, khí hậu.
 - + Yếu tố có thể thay đổi: Trong từng thời kỳ, nhiệm vụ của cơ quan Đảng, Chính quyền trong phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội của địa phương cũng như định hướng chiến lược, nhiệm vụ, kế hoạch CSSKND được tuyến trên giao cho địa phương có thể khác nhau, hoặc phải điều chỉnh cho phù hợp.
- Những yếu tố bên trong:
 - + Khả năng cung cấp cũng như huy động các nguồn lực để giải quyết từng vấn đề tồn tại đã nêu ra trong mối tương quan, so sánh giữa các giải pháp giải quyết vấn đề đó và với các mức chi phí để giải quyết các vấn đề khác.
 - + Tính cấp thiết của vấn đề: Diện tác động, mức độ tác động trên sức khỏe cộng đồng và hậu quả tác động đối với đời sống kinh tế, xã hội.
 - + Các khả năng kỹ thuật, chuyên môn cùng hiệu quả dự kiến sẽ mang lại từ các giải pháp can thiệp và khả năng duy trì các giải pháp đưa ra.
 - + Tình hình và khả năng tổ chức, quản lý các nguồn nhân, vật lực và tài chính.
 - + Sự chấp nhận của cộng đồng, sự cam kết của lãnh đạo cộng đồng đối với các giải pháp dự định đề xuất để giải quyết vấn đề đó.
- Những bài học kinh nghiệm trong triển khai kế hoạch trước đó:

Thông thường người ta hay chú ý nhiều tới những kinh nghiệm thành công hơn là bài học thất bại. Cũng có khi người ta quên rằng khả năng áp dụng những bài học kinh nghiệm chỉ có giới hạn về thời gian và đặc điểm từng địa phương. Trước khi dự định tác động vào một vấn đề cần nghiên cứu kỹ những bài học kinh nghiệm của chính địa phương mình và các địa phương khác.

- Gánh nặng bệnh tật, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng.
- Những vấn đề ưu tiên nêu ra trong bản kế hoạch phải luôn thể hiện tính ưu việt của chế độ là: sự đảm bảo công bằng, đồng thời với việc lựa chọn các hoạt động, giải pháp có hiệu quả và chất lượng cao nhất song cũng cần có tính khả thi và duy trì được.

Một số khái niệm sau đây cần thống nhất khi xác định vấn đề ưu tiên và lập kế hoạch:

Công bằng trong chăm sóc y tế có thể hiểu một cách cụ thể là: Mọi người đều nhận được những chăm sóc cơ bản về y tế như nhau. Khả năng chi trả cho CSSK của các cộng đồng khác nhau rất xa. Hiện tại người nghèo, người ở xa các cơ sở y tế, vùng dân cư có mật độ dân trí thấp, còn ít nhận được những dịch vụ y tế (cả phòng bệnh và chữa bệnh) hơn so với người giàu, nơi có kinh tế phát triển, nơi giao thông thuận tiện và gần cơ sở y tế. Để làm bớt đi sự thiếu công bằng này, về phương diện quản lý, thông qua việc xây dựng kế hoạch, trong cân đối các nguồn lực cần ưu tiên đầu tư phù hợp cho vùng dân cư còn đang chịu nhiều thiệt thòi. Công bằng cũng còn có nghĩa là những người dân nào ít có khả năng chi trả cho các chi phí y tế, nơi đó, người đó phải nhận được sự bao cấp nhiều hơn. Trong bản kế hoạch phải thể hiện rõ

tính công bằng, đây chính là thế mạnh lớn nhất của nền y tế XHCN vì vậy để tránh chệch hướng luôn phải đặt câu hỏi: Ai sẽ là người được hưởng lợi nhiều nhất khi bản kế hoạch được thực thi. Ví dụ, khi đặt mục tiêu kế hoạch không phải chỉ nêu “ tăng tỷ lệ sử dụng giường bệnh” mà phải làm rõ tỷ lệ bệnh nhân là người nghèo, đối tượng chính sách đến được bệnh viện đạt xx% và được phục vụ có chất lượng. Bản kế hoạch hợp lý phải ưu tiên phục vụ những người khó tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản vì các lý do khác nhau và là nhóm dễ bị tổn thương, nhằm vào những mục tiêu ưu tiên của ngành, những chính sách XH lớn của Đảng, Nhà nước và cả của địa phương. Một sự nhầm lẫn trước đây hay gặp là lãnh đạo cơ quan lo cho việc tồn tại của cơ quan hay lo cho quyền lợi của nhân viên nhiều hơn là lo cho mục tiêu CSSK nhân dân, đây là điểm khác cơ bản trong việc cung cấp dịch vụ y tế với các dịch vụ kinh doanh khác.

Về tính hiệu quả: Đầu tư nguồn lực vào những hoạt động có mức chi phí tốn kém, mất nhiều thời gian nhưng kết quả đầu ra ít, khó đo lường là đầu tư thiếu hiệu quả. Trong cùng một hoạt động có nhiều giải pháp, cách làm khác nhau, cần chọn cách làm nào ít phải tiêu phí các nguồn lực nhất nhưng vẫn đạt mục tiêu. Cùng một hoạt động không nhất thiết cách triển khai phải giống nhau, mà quan trọng là phải chọn giải pháp thích hợp, duy trì được, chủ động được sẽ có hiệu quả cao hơn.

Trong đầu tư y tế, không thể tính toán lỗ lãi một cách toán học như trong kinh doanh. Song cũng không thể không chú ý đến tính hiệu quả và khả năng tài chính để duy trì hoạt động của cơ sở. Một khi tăng đầu tư (mua sắm thêm máy móc, trang bị, thêm diện tích nhà sử dụng hay đưa vào áp dụng một quy trình mới....) phải tính các chi phí cố định tăng theo, nghĩa là chi phí cho một đơn vị sản phẩm đầu ra sẽ cao hơn cho dù chất lượng có thể cao hơn. Nếu không đủ kinh phí hoặc không tìm được nguồn kinh phí khác bổ xung để duy trì hoạt động (thường xấp xỉ 10% giá trị tăng đầu tư cho thiết bị mới) thì việc tính toán lại xem đã nên mua sắm hay cải tạo mới chưa. Thông thường, người quản lý y tế trong thời kỳ bao cấp chỉ muốn tăng đầu tư thiết bị, diện tích nhà cửa mà không cần chú ý đến kinh phí vận hành sẽ tăng theo vì đã được bao cấp. Trong kinh tế thị trường và khi nguồn kinh phí hàng năm người quản lý cần cân nhắc để cân đối giữa việc mình muốn làm với khả năng mình có thể làm và duy trì được.

Cần tìm hiểu thêm các tài liệu kinh tế y tế để lập kế hoạch không chỉ khả thi mà còn tối ưu, không lãng phí nguồn lực để đạt mục tiêu đã đề ra cho đơn vị.

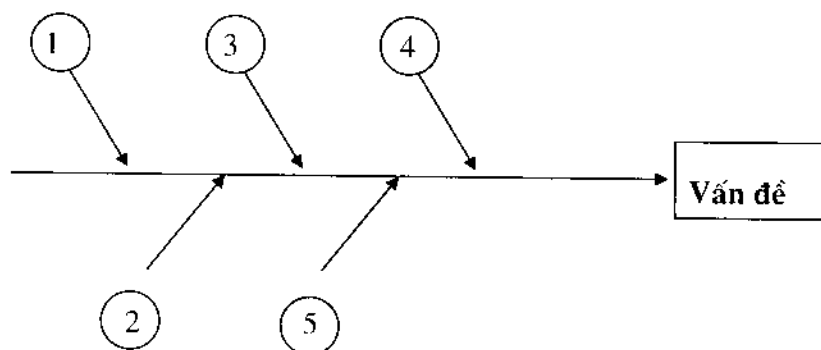
Xác định ưu tiên cần phải dựa trên phân tích các vấn đề tồn tại và các nguyên nhân dẫn đến những tồn tại đó.

Phân tích nguyên nhân của một vấn đề sức khỏe có thể được thực hiện theo những phương pháp sau:

Vẽ cây căn nguyên:

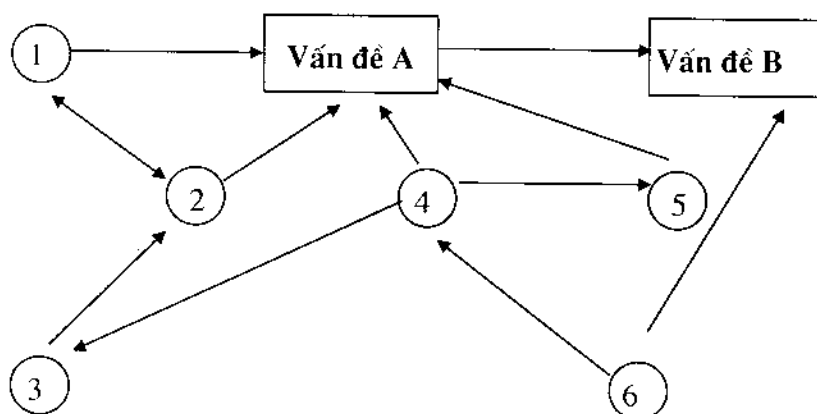
Dựa vào những số liệu cụ thể, kết hợp với kinh nghiệm cá nhân và cách làm việc theo nhóm có thể vẽ cây căn nguyên cho một vấn đề.

Đơn giản nhất là cây căn nguyên mô tả hình xương cá:



①, ②, ③, ④, ⑤ là những căn nguyên dẫn tới vấn đề tồn tại

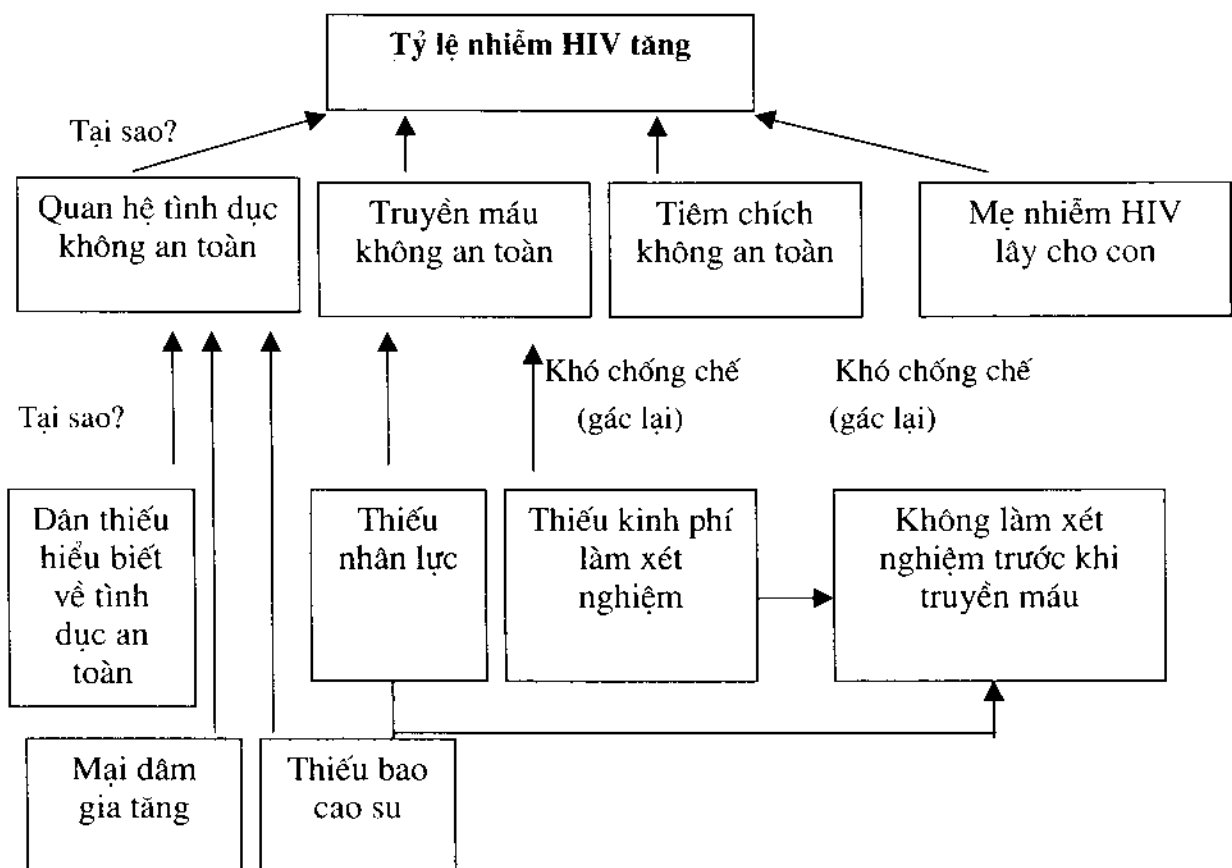
Cách này không cho thấy mối quan hệ nhân quả hoặc không có quan hệ nhân quả giữa các căn nguyên gây ra cùng một vấn đề, vì vậy có cách biểu diễn sau:



Trên đây là cách biểu diễn một cách đầy đủ các căn nguyên, tuy nhiên, nhìn vào đây vẫn chưa biết được nên tác động vào nguyên nhân nào để giảm bớt hoặc loại bỏ vấn đề tồn tại.

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

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



Ngành y tế không tác động được
(gác lại)

Nếu ở một cơ sở y tế tạm thời dừng ở lần thứ 2 đặt câu hỏi "tại sao" và gác lại các nguyên nhân không trong phạm vi trách nhiệm của ngành y hoặc điều kiện kỹ thuật, cơ sở vật chất chưa cho phép xét nghiệm máu cho tất cả các bà mẹ có thai xem có nhiễm HIV không.

Việc làm có thể thực hiện là:

- Cung cấp bao cao su rộng rãi.
- Tổ chức nói chuyện, đăng tải các chương trình về tình dục an toàn trên các phương tiện truyền thông đại chúng.
- Đào tạo cán bộ y tế để có đủ cán bộ có thể xét nghiệm tìm HIV trước khi truyền máu.
- Tăng nguồn kinh phí để làm các xét nghiệm hoặc phân bổ lại ngân sách, ưu tiên cho xét nghiệm HIV ở các cơ sở truyền máu.

Khi đưa những vấn đề trên vào kế hoạch hành động năm tới, chúng ta đã hy vọng giảm nguy cơ nhiễm HIV. Kỹ thuật "Nhưng tại sao" này được sử dụng trong nhiều tình huống khác, có thể tới 5-6 tầng đặt câu hỏi "Tại sao".

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

- Liệu đã có giải pháp nào chưa?
- Nếu có giải pháp rồi, có còn giải pháp nào khác cho ta hiệu quả tốt hơn nhưng chi phí ít hơn hoặc không cao hơn hay không?

- Liệu giải pháp dự định sẽ áp dụng có được cộng đồng hoặc lãnh đạo cộng đồng chấp nhận không?
- Ai là người sẽ ủng hộ, ai là người sẽ phản ứng lại?
- Giải pháp dự kiến áp dụng có đủ nguồn lực để thực hiện hay không? có duy trì được không?
- Vấn đề ưu tiên được chọn cũng phải là một trong những vấn đề chung của địa phương và có sự chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở Y tế (để phục vụ cho kế hoạch tổng thể của cả tỉnh).

Như vậy vấn đề ưu tiên bao gồm hai loại:

Ưu tiên "đọc": dựa vào các chỉ tiêu kế hoạch từ trung ương, Sở giao xuống,

Ưu tiên "ngang": ưu tiên cho những nhu cầu sức khỏe đặc trưng của địa phương. Một bản kế hoạch tốt cần cân nhắc để hài hòa giữa ưu tiên dọc và ưu tiên ngang, trong đó dựa vào những ưu tiên ngang là chủ yếu.

Trong một số tài liệu nước ngoài, việc xác định ưu tiên được lượng hóa, dựa vào công thức sau:

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

Trong đó: BPRS là hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản

A là diện tác động của vấn đề tồn tại, càng nhiều người bị ảnh hưởng, giá trị của A càng lớn

B là mức độ trầm trọng của vấn đề tồn tại, chủ yếu dựa vào gánh nặng bệnh tật (tỷ suất chết, tỷ lệ mắc, tỷ lệ mắc/chết, số năm sống mất đi do một bệnh hoặc một nhóm bệnh, chấn thương hay tàn phế - DALY....)

C là Khả năng can thiệp, hiệu quả-chi phí của một giải pháp dự định sẽ áp dụng, khả năng thực thi và duy trì giải pháp đó.

Dựa vào công thức trên người ta có thể thấy tầm quan trọng của các yếu tố cần cân nhắc khi chọn ưu tiên. Trong đó C là quan trọng nhất, rồi đến B và A. Cách phân loại ưu tiên này có phần cứng nhắc và chú trọng tới yếu tố hiệu quả hơn là yếu tố công bằng. Tuy nhiên cách chọn ưu tiên này cũng không quá cứng nhắc so với cách cho điểm như trong một số tài liệu khác.

Sau hết phải nhận thấy việc chọn ưu tiên cho những hoạt động y tế phải rất khoa học và cũng rất linh hoạt sao cho những mục tiêu lớn sẽ đạt được nếu những ưu tiên này được giải quyết. Quá coi trọng yếu tố hiệu quả hay chỉ chú ý đến công bằng đều không hợp lý. Đưa vào kế hoạch hành động những hoạt động thiếu sự phân tích, cân nhắc, duy ý chí, không chú ý đến hiệu quả kinh tế, xã hội sẽ dễ dẫn đến lãng phí nguồn lực mà không đạt mục tiêu.

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

2.1. Mục tiêu

Mục tiêu được xây dựng trên cơ sở các ưu tiên đã xác định cho một giai đoạn thời gian, nếu là giai đoạn 5 năm thường mang định hướng hơn là các con số cụ thể thể hiện kết quả của những hoạt động trong khi đó những mục tiêu ưu tiên ngắn hạn lại cần khá cụ thể. Ví dụ, đối với mục tiêu giảm tỷ lệ SDD ở trẻ em đến năm 2005 phấn đấu dưới ngưỡng của vùng SDD nặng. Trước khi viết mục tiêu cần dựa trên những gợi ý sau:

(1) Ngoài các chỉ tiêu trên giao (phải thực hiện) các hoạt động có tính chất đặc trưng cho địa phương, phải dựa trên kết quả của sự phân tích tình hình sức khỏe cộng đồng một cách khoa học.

(2) Kế hoạch phải dựa trên khả năng cung cấp các nguồn lực. Cần trả lời tất cả các câu hỏi sau đây trước khi dự định đưa vào bản kế hoạch một hoạt động nào đó:

- Có đủ nguồn kinh phí không?
- Kinh phí liệu có được cung cấp kịp thời không?
- Có đủ nhân lực không? - Liệu có nguồn nhân lực đủ năng lực làm công việc đó không? Yêu cầu khả năng của các nhân viên y tế thực hiện hoạt động này ở mức độ nào?
- Cơ sở y tế có toàn quyền (hoặc được cam kết) huy động đúng cán bộ, đủ số lượng không?
- Có đủ phương tiện không? Nếu không đủ, có thể huy động từ các nguồn nào? Ai sẽ cam kết cung cấp đủ nguồn vật tư, phương tiện đó?

Để đạt mục tiêu sức khỏe, không chỉ dựa vào những cố gắng của ngành y tế, cũng như nguồn lực không chỉ huy động từ ngành y tế mà của liên ngành, vậy ai sẽ đảm bảo nguồn lực cung cấp đầy đủ và kịp thời. Có lẽ người có trách nhiệm điều phối các hoạt động cũng như nguồn lực cho các hoạt động đó là do Ủy ban nhân dân địa phương, chỉ có thể mới có đủ khả năng đưa ra các cam kết này.

(3) Thời gian phải được sắp xếp hợp lý: đây vừa là kỹ thuật vừa là kinh nghiệm. Đưa ra các mốc thời gian để thực hiện của hoạt động phải phù hợp, không để có thời điểm thì tập trung quá nhiều công việc, khi khác lại khá nhàn rỗi. Trong sắp xếp thời gian, cần chú ý việc nào cần làm trước, việc nào cần làm sau, sao cho một việc khởi động tạo cơ sở tiền đề cho các hoạt động khác tiếp nối. Cần tranh thủ những thời gian phù hợp, để đảm bảo huy động được cộng đồng tham gia để tiến hành các hoạt động có tính chất chiến dịch, phong trào.

(4) Một bản kế hoạch phải thể hiện tính công bằng có nghĩa là dành nhiều hoạt động ưu tiên cho các đối tượng trên. Không cào bằng việc cung cấp bằng cách cung cấp dịch vụ cũng như phân bổ ngân sách theo đầu người.

(5) Một bản kế hoạch phải thể hiện tính hiệu quả, nghĩa là sử dụng những kỹ thuật thích hợp nhất, chi phí ít nhưng vẫn đạt mục tiêu. Phải tránh lãng phí các nguồn lực và phải biết phân bổ ngân sách ưu tiên cho các hoạt động cần nhiều vốn hơn và phục vụ nhiều người nghèo hơn.

(6) Phải lồng ghép các hoạt động y tế với nhau và nhất là lồng ghép hoạt động y tế với các hoạt động phát triển cộng đồng trong địa bàn huyện.

(7) Phải phù hợp với tập quán văn hóa, điều kiện kinh tế của địa phương, phải được nhân dân địa phương chấp nhận, được lãnh đạo phê duyệt.

(8) Kết quả của hoạt động phải được duy trì cho dù không còn nguồn viện trợ ưu tiên từ tuyến trên. Viết kế hoạch phải lường trước mọi khó khăn và khả năng giải quyết những khó khăn đó.

(9) Một bản kế hoạch cần phải xem xét kỹ lưỡng các nguy cơ có thể làm cho bản kế hoạch đó khó thực hiện. Ở đây có các khái niệm về phân tích các bên có liên quan. Một bản kế hoạch có thể mang lại lợi ích cho nhóm này nhưng không mang lại lợi ích cho nhóm khác, thậm chí ảnh hưởng tới quyền lợi của nhóm khác. Thông thường sẽ có thể có phản ứng từ nhóm bị ảnh hưởng quyền lợi. Phải xác định những ai, cơ quan nào có thể có phản ứng âm tính và cần tính đến các khả năng và phương án khống chế những yếu tố cản trở này. Có thể hiểu điều này qua ví dụ về việc thu 20% đồng chi trả cho đối tượng BHYT đã gặp những phản ứng gì và cách giải quyết ra sao.

2.2. Chỉ tiêu kế hoạch cơ bản

Căn cứ vào mục tiêu phát triển sự nghiệp y tế của tỉnh và những mục tiêu y tế quốc gia, mục tiêu đặc trưng của địa phương để viết ra những chỉ tiêu kế hoạch cơ bản.

Ví dụ, đối với mục tiêu y tế quốc gia về giảm tỷ lệ trẻ em < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (SDD) đến năm 2005 xuống dưới 25%, do điều kiện của địa phương là một tỉnh hay huyện nghèo, hiện tại tỷ lệ SDD còn cao 45%, căn cứ vào mục tiêu chung của địa phương, tỉnh đặt ra chỉ tiêu là 30%.

Chỉ tiêu kế hoạch cũng cần thể hiện rõ mức độ bao phủ cần đạt ở phạm vi toàn tỉnh hay tất cả huyện trong tỉnh, hay các xã hoặc thôn. Điều này giúp tránh sự che lấp do bù trừ giữa vùng khó khăn và vùng không khó khăn trong tỉnh: vùng không khó khăn tỷ lệ bao phủ có thể đạt 100% trong khi vùng khó khăn (thường là nơi tập trung đối tượng ưu tiên) lại chỉ đạt 50% và tỷ lệ bao phủ chung toàn tỉnh vẫn trên 80%!

3. Kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế của từng lĩnh vực

Dựa vào các mục tiêu và các chỉ tiêu kế hoạch cơ bản, từng lĩnh vực sẽ có kế hoạch phát triển cụ thể hơn cho giai đoạn 5 năm.

- 3.1. Kế hoạch phát triển công tác phòng bệnh, chống dịch.
- 3.2. Kế hoạch phát triển công tác khám chữa bệnh, cung cấp thuốc.
- 3.3. Kế hoạch thực hiện các mục tiêu của Chương trình y tế Quốc gia.
- 3.4. Kế hoạch CSBVBMTE và KHHGD.
- 3.5. Kế hoạch phát triển nhân lực y tế và quản lý cán bộ.
- 3.6. Kế hoạch xây dựng cơ bản, bảo dưỡng nâng cấp cơ sở, cung cấp vật tư thiết bị y tế và công tác được.
- 3.7. Dự kiến kế hoạch phân bổ các nguồn ngân sách và các nguồn thu.
- 3.8. Công tác quản lý tài chính, vật tư thiết bị.
- 3.9. Các hoạt động hỗ trợ tuyến trước.
- 3.10. Công tác tổ chức và phối hợp liên ngành.
- 3.11. Những yếu tố thuận lợi và cản trở.
- 3.12. Những kiến nghị với Bộ y tế, UBND tỉnh.

Trong từng lĩnh vực hoạt động nêu trên, nên trình bày theo thứ tự:

- Những mục tiêu cơ bản.
- Những giải pháp cơ bản để thực hiện các mục tiêu đã nêu và các nhóm hoạt động.
- Dự kiến ngân sách cho từng nhóm hoạt động.

Để dễ theo dõi, cần có bản tổng hợp ngân sách dự kiến trong khoảng thời gian kế hoạch và dự kiến ngân sách cho mỗi năm (Xem bảng tổng hợp ngân sách y tế địa phương qua các năm).

Các bước tiến hành:

Như đã đề cập ở trên, để viết kế hoạch của một địa phương cần phân tích tình hình công tác y tế trước đó. Thông tin dùng trong phân tích tình hình dựa vào:

- Báo cáo, kế hoạch của các đơn vị trực thuộc.
- Số liệu thống kê của sở y tế.
- Các kết quả điều tra nghiên cứu nếu có.

Việc biên soạn bản thảo kế hoạch này cần được một nhóm chuyên viên thực hiện theo phương thức làm việc nhóm kết hợp với làm việc cá nhân, trong đó cần có chuyên viên về kế hoạch, tài chính, văn phòng sở và các chuyên gia khác.

Sau khi có bản thảo kế hoạch sẽ phải đưa ra tham khảo ý kiến, thảo luận đàm phán với các cơ quan có liên quan trong ngành: các phòng ban trong sở, đơn vị trực thuộc sở, một số TTYT huyện nếu cần ; ngoài ngành: sở kế hoạch và đầu tư, sở tài chính, Văn phòng UBND để có được ý kiến đóng góp, bổ xung, sửa đổi.

Bản kế hoạch sẽ được hoàn thiện để bảo vệ trước ban giám đốc sở. Việc bảo vệ kế hoạch là một bước hoàn thiện kế hoạch trước khi tiến hành các bước tiếp theo để được đưa vào kế hoạch chung của tỉnh.

Sau khi kế hoạch tổng thể được phê duyệt, sẽ giao cho các đơn vị trực thuộc xây dựng, hoàn thiện và bảo vệ trước sở y tế về kế hoạch của từng đơn vị, từng huyện. Từ bản kế hoạch tổng thể sẽ xây dựng kế hàng hoạch năm của sở cũng như của các đơn vị trực thuộc tuyến tỉnh, các TTYTH.

Việc xem xét để điều chỉnh kế hoạch là cần thiết và cũng cần cân nhắc kỹ lưỡng như khi xây dựng kế hoạch. Cấp nào phê duyệt kế hoạch, cấp đó sẽ phê duyệt điều chỉnh kế hoạch.

MỘT SỐ DANH TỪ VÀ GIẢI NGHĨA DÙNG TRONG CHÍNH SÁCH VÀ QUẢN LÝ Y TẾ

PGS.TS Trương Việt Dũng

Để cán bộ quản lý y tế dần làm quen với một số khái niệm, danh từ thường dùng trong lĩnh vực chính sách y tế công cộng và quản lý y tế, xin giới thiệu một số khái niệm, định nghĩa, giải nghĩa chủ yếu trích từ tài liệu "Giới thiệu những quan niệm và công cụ phân tích quá trình cải cách y tế và đầu tư bền vững" của Ngân hàng thế giới (1997). Cho dù một số định nghĩa có thể chưa thật thống nhất hoặc chưa được các nước, các tổ chức quốc tế chấp nhận, những khái niệm và giải nghĩa đưa ra sau đây giúp các cán bộ quản lý y tế hiểu thêm một số khái niệm có thể chưa được biết đến trong nhà trường nhưng có thể gặp phải trong khi làm việc, xây dựng kế hoạch, ra quyết định, khi đọc tài liệu tham khảo và khi nghiên cứu khoa học.

1. Khả năng chi trả: là khả năng của một cá nhân, một tổ chức có thể chi trả cho một số dịch vụ hoặc mặt hàng phải mua.

Khả năng chi trả của hộ gia đình đối với các dịch vụ y tế do các cơ sở Nhà nước và tư nhân là chủ đề nghiên cứu rất thường gặp và cũng là yếu tố mà người quản lý, nhà kế hoạch cần phải xem xét, nhìn nhận một cách đầy đủ. Ví dụ: khi người ốm đến chữa bệnh tại bệnh viện, người quản lý phải biết không chỉ là: thu phí cho từng dịch vụ bao nhiêu, thu bằng cách nào, mà còn phải biết những ai sẽ gặp khó khăn khi trả tiền phí dịch vụ, mức phí bao nhiêu thì những người đó sẽ gặp khó khăn, khó khăn ở mức nào trước khi đề nghị hoặc quyết định miễn hay giảm phí cho họ. Đối với người quản lý chính sách địa phương, khi đề nghị hoặc ra quyết định hỗ trợ các đối tượng gặp khó khăn khi chữa bệnh cũng cần biết khả năng chi trả của các nhóm đối tượng đó để hỗ trợ được nhóm người nghèo và tránh bao cấp cả cho nhóm người có khả năng chi trả cao.

Khả năng chi trả của cộng đồng đối với một dịch vụ y tế thể hiện ở các chỉ số:

- Tỷ lệ hộ có khả năng trả phí ngay, không phải vay mượn: *không gặp khó khăn*.
- Tỷ lệ hộ phải bán lương thực, đồ dùng trong nhà hoặc phải vay mượn một phần để trả: *gặp khó khăn*.
- Tỷ lệ hộ phải đi vay toàn bộ số tiền để trả: *rất khó khăn*.
- Tỷ lệ hộ phải khát trả sau: *rất khó khăn*.
- Tỷ lệ hộ hoàn toàn không có gì để trả: *cực kỳ khó khăn*.

Khả năng chi trả cũng còn có thể thể hiện gián tiếp qua mức trả phí chiếm bao nhiêu % tổng các chi tiêu không phải cho ăn uống của cá nhân (hoặc cả hộ gia đình) trong một năm (dựa vào điều tra mức sống dân cư, điều tra y tế). Tỷ lệ % này càng lớn thì khả năng chi trả càng thấp.

Chi trả cho y tế quá nặng nề có thể làm cho hộ gia đình từ không nghèo trở thành hộ nghèo đói, hoặc hộ nghèo trở nên nghèo hơn, đói hơn và vì vậy mà ốm đau nhiều hơn, hạn chế các chi tiêu tối thiểu cần thiết khác, trong đó có hậu quả buộc trẻ em phải bỏ học.

Nghiên cứu khả năng chi trả sẽ cung cấp một số thông tin cơ bản cho việc đề xuất hoặc điều chỉnh chính sách xã hội của một địa phương, một quốc gia.

2. Nguyên vọng chi trả: là số tiền tối đa mà người bệnh đã trả cho một dịch vụ mà họ yêu cầu.

Nguyên vọng ở đây khác với ý định, nó là số tiền tối đa đã trả theo yêu cầu của chính họ. Rất khác với hàng hóa thông thường, dịch vụ mà người ốm yêu cầu đối với người cung cấp (cơ sở y tế công, tư) không rõ ràng. Người ốm cũng như hộ gia đình có thể không biết hết bệnh của mình cần được chữa như thế nào là phù hợp (khỏi bệnh nhưng không phải chi quá mức) và vì vậy "yêu cầu" của họ có thể quá cao, quá thấp hoặc phù hợp với tình trạng bệnh. Họ cũng chịu ảnh hưởng của người cung cấp, có thể "nhìn mặt kẻ đơn", có thể giữ được đạo đức hành nghề, có thể thiếu đạo đức hành nghề thông qua kê đơn lạm dụng thuốc, lạm dụng kỹ thuật, kéo dài ngày điều trị với mục đích kiếm lời. Hệ thống y tế Nhà nước, các luật lệ phải kiểm soát vấn đề này như thế nào để bảo vệ người dân trong cơ chế thị trường. Suy rộng ra, nếu "người mua" dịch vụ y tế là Nhà nước thì cũng cần xác định đúng mức chi phí cho dịch vụ đó đến đâu, để hợp với khả năng ngân sách được cấp, nếu không sẽ bị thiếu hụt ngân sách cho các dịch vụ khác. Không chỉ các dịch vụ dự phòng được Nhà nước bao cấp (mua cho) mà còn có một số dịch vụ KCB khác. Ví dụ: nguyên vọng mỗi địa phương đều muốn có máy CT Scanner trong khi ngân sách y tế rất hạn chế cho cả dịch vụ phòng bệnh và KCB cho người nghèo mà đã đi mua máy chẩn đoán, máy chữa bệnh đắt tiền cũng có nghĩa là "nguyên vọng chi trả" quá cao.

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

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

4. Phân tích chi phí - lợi ích:

Là loại phân tích trong đó có việc đo lường các chi phí và hiệu quả tính bằng các đơn vị tiền tệ, sau đó tính ra tỷ số: số tiền được lợi/số tiền mất đi hoặc thành tỷ số chi phí - hiệu quả (xem tài liệu kinh tế y tế)

5. Phân tích chi phí - hiệu quả:

Là loại phân tích chi phí trong đó có sự so sánh các giải pháp, các chương trình can thiệp có cùng một đơn vị đầu ra về sức khỏe (ví dụ: giảm huyết áp, số năm sống cầu được) theo các mức chi phí nguồn lực tương ứng với tìm giải pháp, chương trình can thiệp (xem tài liệu kinh tế y tế)

6. Tính hiệu quả của chi phí:

Yêu cầu chi phí với mức thấp nhất để có được một đơn vị đầu ra, và cũng là: với một mức chi phí để có được nhiều đơn vị đầu ra nhất.

7. Cùng chia sẻ chi phí:

Việc cung ứng dịch vụ bảo hiểm y tế hoặc tương tự BHYT qua đối tác thứ ba, yêu cầu mỗi đối tượng tham gia (người dân) trả một phần chi phí mà họ nhận được (ví dụ: tình hình thu một phần viện phí, người ốm chưa phải trả hết mọi chi phí cho việc chữa bệnh). Khác với cơ chế trả trước như bảo hiểm y tế hay đóng thuế thu nhập để từ đó có phần trích ra cho hoạt động y tế tất cả mọi người kể cả khi ốm và khi chưa ốm không phải đi KCB cũng phải trả.

8. Phân tích chi phí - thoả dụng:

Là loại phân tích trong đó đo lường lợi ích bằng số QALY (số năm sống khỏe mạnh) thu được và mức chi phí cho một đơn vị lợi ích, để sau đó so sánh giữa các chương trình, dự án, hoạt động y tế.

Việc đo lường lợi ích của một dự án hay một chương trình y tế, một thử nghiệm can thiệp không phải lúc nào cũng dễ dàng. Lý do chính là kết quả đầu ra được đo bằng đơn vị gì nhiều khi khó định lượng. Ví dụ: chương trình phòng chống thấp tim, với giải pháp là phát hiện sớm và điều trị dự phòng các trường hợp nhiễm liên cầu ở họng trẻ em, chi phí đầu vào cho đủ bằng ngày công, bằng cơ sở vật chất, thiết bị xét nghiệm, tiền có thể tính và quy đổi thành tiền không mấy khó khăn. Tuy nhiên đầu ra là gì? có phải là một trẻ được phát hiện và điều trị dự phòng hay số trẻ trong diện được bảo vệ. Cũng có thể là giảm được bao nhiêu trường hợp mắc, giảm bao nhiêu trường hợp chết vì thấp tim. Trong phân tích chi phí - thoả dụng, đầu ra được thể hiện bằng đơn vị QALY nghĩa là bằng số năm sống của một người khỏe mạnh. Chương trình dự phòng thấp tim cấp II nhằm ngăn ngừa không cho người bị thấp tái phát, nhưng người bị thấp không phục hồi chức năng tim một cách hoàn toàn, vì vậy những năm sống và mang theo bệnh có giá trị cuộc sống thấp hơn so với người không bị bệnh, ví dụ bằng 80%. Trường hợp này nếu sống thêm 10 năm mang bệnh tim thì giá trị cuộc sống quy ra QALY bằng $10\text{ năm} \times 0,8 = 8$ năm sống khỏe mạnh. Trái với DALY (số năm sống mất đi vì chết non và mang bệnh), QALY là số năm sống giành lại được nhờ có can thiệp. DALY được sử dụng để đo lường gánh nặng bệnh tật là chủ yếu còn QALY được dùng để đo lường ích lợi của dự án can thiệp, nhằm giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật.

9. Hiệu quả kỹ thuật:

Yêu cầu làm sao đó để có mức đầu tư đầu vào thấp nhất nhưng có được một khối lượng sản phẩm đầu ra nhất định. Hiệu quả kỹ thuật cao đòi hỏi không để lãng phí các nguồn lực, hay nói cách khác càng tiết kiệm nguồn lực càng có hiệu quả kỹ thuật cao.

Trong quản lý y tế việc bố trí các cơ sở y tế ở nơi bất tiện cho người sử dụng, làm cho tỷ lệ sử dụng cơ sở đó thấp, như vậy là lãng phí các nguồn lực và hiệu quả kỹ thuật thấp.

Một cơ sở y tế quản lý kém, các nguồn lực không được bố trí hợp lý, khắp khếnh, nhân viên y tế thiếu kỷ luật lao động, gây phiền hà cho người bệnh cũng là tình trạng hiệu quả kỹ thuật thấp.

Sử dụng kỹ thuật không thích hợp như trong trường hợp bệnh nhân ốm nhẹ cũng được chữa ở bệnh viện tuyến trên (vượt tuyến), nơi mọi chi phí đều cao hơn, làm cho lãng phí nguồn lực rất lớn mà không hẳn chất lượng KCB đã cao hơn so với khi được chữa ở tuyến dưới.

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

10. Hiệu quả chi phí (chi tiêu): các chi phí đầu vào thấp nhất để có được một mức đầu ra nhất định.

Khái niệm này chỉ dùng khi có ít nhất hai giải pháp can thiệp có cùng mục tiêu được so sánh với nhau về đơn giá đầu ra. Từ đây chọn được giải pháp nào có đơn giá chi phí đầu ra thấp nhất. Ví dụ: phương pháp tổ chức tiêm chủng vào một ngày cố định trong tháng, ở một địa điểm cố định trong xã có mức chi phí 1 trẻ được tiêm đủ là 12000 đồng chi phí này lớn hơn so với khi tổ chức tiêm chủng tại nhà và theo chiến dịch là 8000đ/trẻ. Như vậy, nếu giải pháp thứ hai là khả thi và duy trì được thì người quản lý phải khuyến cáo chọn cách tổ chức này.

Giống như hiệu quả kỹ thuật, hiệu quả chi phí thuần túy xem xét dưới góc độ kinh tế - kỹ thuật và vì vậy rất quan trọng đối với người quản lý y tế ở cấp xã, huyện, bệnh viện, cơ sở sản xuất. Trong khi đó, đối với người quản lý y tế ở tầm vĩ mô hơn, chiến lược hơn thì chỉ đẩy mạnh hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả chi phí không thôi là chưa đủ. Cần đẩy mạnh cả hiệu quả đầu tư.

11. Hiệu quả đầu tư: đòi hỏi đầu tư vào đâu, đầu tư như thế nào để đạt được các mục tiêu, các chỉ tiêu sức khỏe đã đặt ra cho ngành y tế.

Để đạt mục tiêu cần phải biết đầu tư một cách hợp lý nhất, cùng với nâng cao hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả chi phí. Ở đây coi mục tiêu trên hết. Ví dụ: trong một tỉnh có hai khu vực đồng bằng và miền núi. Ta biết rằng đơn giá chi phí cho một trẻ ở đồng bằng được tiêm chủng đầy đủ thấp hơn so với khu vực miền núi. Nếu chỉ muốn tăng tỷ lệ tiêm chủng có thể tập trung vào tiêm chủng ở khu vực đồng bằng thì với nguồn lực giới hạn vẫn có thể tiêm được số trẻ nhiều hơn so với cách tập trung cho miền núi (hiệu quả kỹ thuật). Song nếu mục tiêu tiêm chủng của tỉnh đặt ra là đảm bảo tỷ lệ bao phủ đạt 90% đến cấp xã, nghĩa là bao gồm cả miền núi, thì không thể chỉ chú ý tới hiệu quả kỹ thuật. Trường hợp này hiệu quả đầu tư phải đặt lên hàng đầu mới có thể đạt mục tiêu. Ở đây, người quản lý cấp tỉnh phải cố gắng tìm chọn ra những giải pháp có chi phí thấp nhất cho một trường hợp được tiêm đủ (hiệu quả chi phí cao) nhờ đó tiết kiệm nguồn lực, dành ưu tiên nguồn lực cho vùng núi, vùng khó khăn vì đơn giá ở đây cao hơn cho một trường hợp được tiêm đủ.

Rất nhiều câu hỏi đặt ra cho nhà quản lý cấp tỉnh và cấp bộ liên quan tới việc làm thế nào để hiệu quả đầu tư cao nhất trong khi các nguồn lực cho y tế còn giới hạn.

Ví dụ: để thực hiện mục tiêu giảm tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi, có thể thông qua tăng cường các dịch vụ phòng bệnh, giáo dục sức khỏe, cải thiện dinh dưỡng và cũng có thể qua tăng cường công tác khám chữa bệnh, dự phòng cấp 2 đối với một số bệnh gây chết trẻ em nhiều nhất, như chương trình phòng chống tiêu chảy và ARI. Đầu tư ưu tiên cho giải pháp nào để đạt được mục tiêu trên, hay đầu tư dàn trải không có ưu tiên?

Ví dụ khác: hiện nay mức đầu tư từ nguồn ngân sách cho phòng bệnh chiếm 1/3 tổng ngân sách được cấp là phù hợp hay không phù hợp với các mục tiêu sức khỏe. Hoặc mức ưu tiên đầu tư cho miền núi bằng 1,2 đến 1,6 lần so với định mức theo đầu người đã phù hợp chưa khi muốn thực hiện những mục tiêu về công bằng y tế.

12. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe:

Thể hiện chủ yếu bằng gánh nặng bệnh tật. Gánh nặng bệnh tật bao gồm tình hình mắc bệnh, tình hình tử vong hay phối hợp cả hai, và bằng các nguy cơ từ môi trường sống môi trường làm việc, nguy cơ tai nạn, bạo lực, lối sống phản vệ sinh, có hại cho sức khỏe.

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

Nhu cầu CSSK bao gồm nhu cầu phòng bệnh, giáo dục và tư vấn sức khỏe, nhu cầu khám chữa bệnh và phục hồi chức năng.

Để xác định nhu cầu có thể dựa vào các nguồn số liệu sẵn có từ niên giám thống kê y tế, từ hệ thống sổ sách của các bệnh viện, cơ sở y tế và cũng có thể từ các cuộc điều tra sức khỏe (khám lâm sàng, khám sàng lọc) hay điều tra y tế (phỏng vấn hộ gia đình về tình hình ốm trong thời gian nhất định trước khi đến điều tra - thường là hai tuần, kiểm tra các công trình vệ sinh, nguồn nước) và các cuộc điều tra đánh giá ô nhiễm môi trường.

Các số liệu từ thống kê bệnh viện thường không phản ánh chính xác gánh nặng bệnh tật cộng đồng, nhất là khi hiện nay chỉ có khoảng 5%-10% số người ốm tiếp cận với bệnh viện. Các số liệu về tình hình ốm đau qua phỏng vấn cũng bị hạn chế do sai số nhớ lại và các quan niệm khác nhau của các cộng đồng dân cư về ốm hay không ốm. Việc khám lâm sàng hoặc làm xét nghiệm sàng lọc thường tốn kém, nhưng vẫn có khả năng bỏ sót vì không thể phát hiện tình hình bệnh qua khám không toàn diện, cũng như bỏ sót các trường hợp bệnh cấp tính. Các điều tra đánh giá mức độ ô nhiễm môi trường cũng rất tốn kém và đòi hỏi phải theo dõi lâu dài, nhiều lần với hệ thống monitoring nghiêm ngặt.

Cách xác định nhu cầu KCB thông dụng nhất hiện nay là bằng điều tra hộ gia đình qua tổ chức điều tra chọn mẫu. Cũng có thể phối hợp với khám lâm sàng, xét nghiệm sàng lọc đối với một số bệnh chỉ danh đại diện cho ba nhóm: (1) bệnh lây nhiễm và bệnh liên quan đến suy dinh dưỡng, tai biến chữa dễ; (2) bệnh không lây nhiễm và (3) tai nạn, chấn thương.

Đánh giá nhu cầu CSSK qua các cuộc điều tra tử vong cũng gặp rất nhiều khó khăn nhất là tỷ lệ chết ở cơ sở y tế thấp, chết ở nhà là chủ yếu và không có quy định mổ tử thi bắt buộc, cũng như khai báo tử vong không chặt chẽ như hiện nay. Để khắc phục những sai sót do không có mổ tử thi, có thể dùng biện pháp "giải phẫu lời nói" nghĩa là các dấu hiệu trước khi chết để suy ra nguyên nhân có thể dẫn đến tử vong. Kỹ thuật này cũng có những nhược điểm nhất định và khá tốn kém.

Việc đánh giá nguy cơ từ ô nhiễm môi trường cũng như từ lối sống không vệ sinh cũng không gặp ít hạn chế về kỹ thuật, cũng như mức chi phí không nhỏ. Các phương pháp mô hình hóa và dự báo cần được áp dụng để bổ xung cho các kỹ thuật đo đạc ô nhiễm cần được áp dụng để bổ xung cho các kỹ thuật đo đạc ô nhiễm môi trường thường áp dụng.

13. Sử dụng dịch vụ y tế:

Sử dụng dịch vụ y tế khám chữa bệnh, phòng bệnh, giáo dục sức khỏe, tư vấn sức khỏe do các cơ sở y tế Nhà nước (trạm y tế xã, trung tâm y tế huyện, các cơ sở y tế tuyến tỉnh và trung ương) và các cơ sở y tế tư nhân (phòng khám, bệnh viện tư, hiệu thuốc tư.)

Sử dụng dịch vụ y tế phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: nhu cầu CSSK; khả năng cung ứng dịch vụ CSSK; khả năng chi trả; khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (tiếp cận về khoảng cách xa-gần; tiếp cận về kinh tế: đắt - phù hợp - rẻ - cho không; tiếp cận về dịch vụ thuận tiện, thái độ

phục vụ, sự hài lòng hay yêu cầu CSSK được thoả mãn; tiếp cận về văn hóa: các tập quán sử dụng dịch vụ KCB)

Sử dụng dịch vụ y tế có thể dựa vào các số liệu sẵn có như đã nêu trên, tuy nhiên việc điều tra hộ gia đình cung cấp rất nhiều thông tin đáng tin cậy, ít tốn kém về sử dụng dịch vụ y tế, cũng như yếu tố ảnh hưởng đến các cách lựa chọn cách xử trí nào, thái độ ứng xử y tế của các cộng đồng dân cư ra sao.

14. Kinh tế y tế:

Là môn học nghiên cứu các giải pháp đầu tư các nguồn lực y tế vốn luôn bị hạn chế cho việc chăm sóc người ốm và thúc đẩy, duy trì, cải thiện tình trạng sức khỏe bằng các biện pháp y tế hoặc liên quan tới y tế; nghiên cứu các loại chi phí và các hiệu quả mang lại cho các cộng đồng.

Không ít người cho rằng kinh tế y tế là một trong những giải pháp thực hiện mục tiêu. Thực ra chỉ có việc áp dụng các kiến thức kinh tế y tế trong quản lý và ra chính sách y tế, điều chỉnh chính sách. Việc thu phí hay sử dụng các nguồn thu cho y tế là các giải pháp tài chính và quản lý tài vụ, không nên coi là giải pháp kinh tế y tế.

15. Chia sẻ nguy cơ:

Việc áp dụng cơ chế trả trước qua bảo hiểm y tế hoặc qua bảo hiểm xã hội (từ thuế thu nhập, bảo hiểm xã hội) để khi người không ốm hỗ trợ người ốm, chia sẻ các chi phí với người ốm.

16. Trả phí dịch vụ:

Một người nhận được dịch vụ phải bỏ tiền túi để trả theo với mức chi phí của dịch vụ đó. Trường hợp thu phí ở các cơ sở y tế đặc biệt là y tế tư nhân thường áp dụng cách này.

Với cách trả phí dịch vụ nếu được coi là cách tạo nguồn kinh phí chủ yếu của một cơ sở KCB sẽ dễ dàng dẫn đến mất công bằng trong tiếp cận với dịch vụ y tế, nhất là đối với các cơ sở khám chữa bệnh có kỹ thuật cao. Người nghèo khó tiếp cận với dịch vụ kỹ thuật cao mà họ cần hơn là người không nghèo vì khả năng chi trả phí thấp. Khi quyết định "thu đủ" viện phí cần chú ý rằng cách thu này mới chỉ giải quyết một phần vấn đề khó khăn tài chính của đơn vị nhưng chính giải pháp này dễ dẫn đến thiếu công bằng xã hội. Nếu đặt câu hỏi: ai sẽ được lợi khi "thu đủ", ai sẽ chịu ảnh hưởng khi "thu đủ" và thấy rằng các đối tượng nghèo bị ảnh hưởng trước hết và từ đó tìm câu trả lời, tìm giải pháp hỗ trợ những người không có khả năng trả "đủ" trước khi cơ chế thu đủ được thực hiện mới có thể làm giảm mặt trái của việc thu phí đủ.

Việc thu phí cao hơn đối với nhóm bệnh nhân giàu trong bệnh viện để bao cấp chéo cho nhóm nghèo cũng là một giải pháp điều hòa, giảm bớt mất công bằng. Song dựa vào người ốm giàu giúp người ốm nghèo xem ra chưa thật ổn. Cách làm nhân đạo hơn là thông qua bảo hiểm y tế người trong đó nhóm thu nhập cao hơn phải đóng bảo hiểm y tế cao hơn, từ đó bao cấp chéo cho người nghèo.

Việc thu phí dịch vụ đôi khi còn bị hiểu nhầm là "xã hội hóa". Xã hội hóa là làm cách nào đó để cả xã hội lo cho từng thành viên trong xã hội. Để cả xã hội lo cho mỗi người, cần phải thông qua Nhà nước, qua thu thuế. Y tế xã hội chủ nghĩa, y tế dựa vào nguồn thu thuế là hình thức xã hội hóa cao nhất.

17, "Hàng hóa y tế":

Cho dù nhiều người khuyên không nên dùng từ "hàng hóa y tế" vì không thể coi dịch vụ y tế là một loại hàng hóa, dễ bị lợi dụng để biện minh cho hoạt động y tế kiếm lời, trái đạo đức thầy thuốc, nhưng trên thực tế các dịch vụ y tế vẫn ít nhiều mang dáng dấp của hàng hóa: có

nhu cầu, có người cung cấp và có người sử dụng phải trả tiền (có thể người trả tiền là cá nhân có thể người mua dịch vụ là tập thể, Nhà nước).

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

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

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

18. Không theo quy luật thị trường:

Là trường hợp các quy luật của thị trường không thể hoặc không được phép áp dụng vào hoạt động cung ứng dịch vụ y tế.

Trong thị trường, người bán luôn tìm mọi cách để bán được nhiều hàng nhất, có lợi nhuận cao nhất. Trong y tế, nếu người cung cấp dịch vụ này mong có nhiều khách hàng nhất, lợi nhuận cao nhất thì sẽ vi phạm đạo đức của người thầy thuốc. Họ có thể lạm dụng kỹ thuật, lạm dụng thuốc, giữ bệnh nhân lâu hơn, thu phí cao quá mức, quảng cáo thuốc sai với giá trị. Như vậy không được phép áp dụng thị trường vào kinh doanh y tế (cho dù điều này khó thực hiện, vì người dân vẫn có xu hướng yêu cầu được chữa bệnh cao hơn nhu cầu, nguyện vọng chi trả cao, thậm chí hơn cả khả năng chi trả của họ)

Trong thị trường, một khi ở đâu, nơi nào nhu cầu cao về một mặt hàng lập tức sẽ có nhiều người bán tập trung về để đáp ứng nhu cầu đó. Ở đâu, hàng nào bán được giá cũng có nhiều người bán đổ về. Trong y tế, nếu áp dụng cơ chế này để điều tiết dịch vụ y tế thì có những vùng nghèo, người nghèo sẽ ít nhận được dịch vụ cần thiết hơn. Sự phân biệt mức thu phí dịch vụ y tế cũng không có trong thị trường hàng hóa. Một quốc gia nào đó, một bệnh viện nào đó nếu coi y tế tư nhân là cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK chủ yếu thì cũng khó đạt được các mục

tiêu sức khỏe cộng đồng cho dù nó dễ dàng hơn trong việc làm hài lòng những người có khả năng kinh tế cũng như nguyện vọng chi trả cao.

19. Tài khoản y tế quốc gia:

Là hệ thống các danh mục, các khoản thu ngân sách y tế và chi phí cho các dịch vụ y tế (cá nhân và cộng đồng), các tuyến y tế, các lĩnh vực đầu tư y tế, dựa vào đây có thể đánh giá tính công bằng, hiệu quả của các dịch vụ y tế, hiệu quả quản lý tài chính... Cũng nhờ có hệ thống tài khoản y tế quốc gia sẽ theo dõi được các biến động ngân sách, cơ cấu ngân sách và phân bổ ngân sách y tế của một quốc gia, các mức chi phí y tế, phát hiện những bất hợp lý trong thu chi cũng như mất cân đối giữa mục tiêu và đầu tư ngân sách để điều chỉnh. Hệ thống này không chỉ cần tới các số liệu báo cáo tài chính y tế liên quan tới CSSK mà còn cả chi phí y tế của các hộ gia đình (qua điều tra y tế).

20. Công bằng y tế:

Công bằng y tế không có nghĩa là sự đồng đều về các chỉ tiêu sức khỏe hay đồng đều trong sự hưởng lợi từ ngân sách Nhà nước của mọi thành viên trong cộng đồng. Cũng hoàn toàn không phải là sự sòng phẳng giữa những đóng góp công sức của nhân viên y tế với mức lương và trợ cấp mà họ được nhận.

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

Người nghèo khả năng chi trả thấp hơn, người vùng núi, vùng sâu vùng xa tiếp cận với dịch vụ y tế khó khăn hơn (về kinh tế, về khoảng cách) vì vậy họ cần được toàn xã hội quan tâm hơn, ưu tiên hơn, bao cấp y tế nhiều hơn. Người giàu hơn phải trả phí cao hơn. Đó là công bằng về mặt tài chính.

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

Có công bằng theo chiều ngang và cũng có công bằng theo chiều dọc:

- Công bằng theo chiều ngang là những người có nhu cầu CSSK như nhau thì được CSSK như nhau. Người có khả năng chi trả như nhau thì phải chịu mức thu phí như nhau hoặc mức bao cấp như nhau.
- Công bằng theo chiều dọc là những người có nhu cầu CSSK khác nhau thì nhận được dịch vụ CSSK không giống nhau. Người có khả năng chi trả khác nhau thì chịu mức thu phí khác nhau hoặc mức bao cấp khác nhau. Càng giàu càng ít được bao cấp và ngược lại.

Không ít người vẫn cho rằng khó có thể thực hiện được công bằng trong y tế, đó là do đã tuyệt đối hóa khái niệm công bằng. Khi ngân sách y tế rất hạn chế như hiện nay, việc thực hiện công bằng không dễ, song không giữ vững định hướng công bằng- bản chất của y tế XHCN thì tình trạng mất công bằng còn nặng nề hơn nhiều.

Thực hiện công bằng y tế chỉ có thể thông qua hệ thống y tế công. Y tế tư dựa trên cơ sở thuận mua vừa bán, dễ dàng làm hài lòng khách hàng, song lại tạo ra sự phân biệt đối xử giữa người giàu và người nghèo. Y tế công hướng trọng tâm sự ưu tiên cho người nghèo nhưng do hạn chế ngân sách nên khó làm hài lòng các khách hàng có nguyện vọng và khả năng chi trả. Vì vậy, sự phân nân về dịch vụ y tế công tại khu vực bệnh viện cũng có nguyên nhân của nó.

Công bằng và hiệu quả đôi khi cũng bị coi là hai yếu tố đối lập. Tuy nhiên, nếu coi trọng tính hiệu quả đầu tư hơn là coi trọng hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả chi phí thì sự đối lập trên sẽ giảm đi, vì mục tiêu của y tế công bao giờ cũng nhằm bảo vệ người nghèo, vùng nghèo.

Để tránh được chệch hướng cần đưa ra các câu hỏi mỗi khi dự định đề xuất một sáng kiến, thay đổi quản lý, tổ chức là ai, ai sẽ được hưởng lợi, có phải đó là người nghèo không, có phải đó là những đối tượng dễ bị tổn thương không, đặt bên cạnh các câu hỏi khác như có giảm chi phí không, có làm tăng công suất phục vụ không, đời sống cán bộ y tế có được cải thiện không.

21. Xác định ưu tiên trong cung cấp dịch vụ y tế:

Nhu cầu CSSK cộng đồng luôn thay đổi theo địa dư, theo các nhóm dân cư và theo thời gian với các đặc trưng thay đổi của kinh tế- văn hóa, xã hội. Trong khi đó nguồn kinh phí từ ngân sách Nhà nước lại có hạn, vì vậy cần phải xác định ưu tiên trong quyết định đầu tư cho một số dịch vụ y tế nhất định.

Khi xác định ưu tiên, có hai yếu tố chính cần được nhắc đến đó là: Công bằng và hiệu quả. Làm thế nào để chọn được dịch vụ y tế vừa mang lại hiệu quả nhất lại vừa đảm bảo công bằng.

Một số câu hỏi cho người ra quyết định khi chọn ưu tiên là:

- Ai sẽ được ưu tiên: Câu hỏi này hướng người ra quyết định đến các yếu tố công bằng.
- Ưu tiên đối với dịch vụ gì: Câu hỏi này nhằm cả vào nhu cầu của cộng đồng, cả vào việc chọn dịch vụ nào đã có giải pháp kỹ thuật đảm bảo cho mức chi phí thấp nhưng có hiệu quả cao.

Ở từng vùng địa lý, dân cư khác nhau mức độ ưu tiên bao nhiêu là phù hợp. Mức độ ưu tiên là mức độ cam kết tài chính của chính phủ đối với chính sách công bằng y tế. Cần tính toán đầy đủ các yếu tố để trả lời câu hỏi trên, trong đó chú trọng đến đặc điểm phát triển kinh tế, phân bổ thu nhập giữa các nhóm dân cư và nhất là khả năng cũng như nguyện vọng chi trả của dân cư các địa phương.

- Những phản ứng của những người, những khu vực không được hưởng lợi từ quyết định chọn ưu tiên là gì. Ở đây đề cập tới việc phân tích các bên có liên quan sẽ có phản ứng như thế nào. Ví dụ, Bộ tài chính có chấp nhận không? Có phải vì ưu tiên cho vùng này, lĩnh vực này mà ảnh hưởng đáng kể đến vùng khác, lĩnh vực khác không? Nếu có thì đã có giải pháp nào hạn chế ảnh hưởng đó chưa? Ví dụ, khi tăng ngân sách cho lĩnh vực phòng bệnh sẽ giảm ngân sách dành cho lĩnh vực điều trị, nếu xin được cơ chế thu phí hợp lý hoặc tăng cường các cơ chế trả trước (như BHYT) thì sẽ có khả năng bù đắp cho khoản kinh phí đã điều chuyển cho phòng bệnh, vì vậy không sợ có sự xáo trộn.

22. Gói dịch vụ:

Từ "gói" được dùng với nghĩa bóng để chỉ một số dịch vụ y tế có thể là: (1) các dịch vụ y tế thiết yếu mà mọi người dân ai cũng được hưởng; (2) các dịch vụ y tế tối thiểu để đạt được mục tiêu y tế; (3) các dịch vụ có hiệu quả cao nhất; (4) các dịch vụ được chính phủ đảm bảo theo từng khu vực có những nhu cầu CSSK và khả năng chi trả khác nhau. Ví dụ, bất kể người

220

dân nào trong cộng đồng cũng đều có quyền được hưởng các dịch vụ phòng bệnh và truyền thông giáo dục sức khỏe miễn phí.

- Các dịch vụ thiết yếu (1). tùy từng nước, từng thời kỳ người ta quy định dịch vụ thiết yếu rất khác nhau. Nhiều nước Bắc Âu, hầu hết các dịch vụ y tế đều coi là dịch vụ thiết yếu, người sử dụng không phải trả tiền trực tiếp mà qua thuế.

Gói dịch vụ cơ bản tối thiểu (2) nghĩa là chỉ có một số dịch vụ vừa có hiệu quả nhất vừa đảm bảo đạt được các mục tiêu sức khỏe cơ bản thì được bao cấp. Ví dụ, Ngân hàng thế giới khuyến cáo hai gói dịch vụ cơ bản là gói lâm sàng và gói y tế công cộng (xem bài phân tích chính sách).

- Gói dịch vụ dựa trên lợi ích (3) là những dịch vụ có chi phí thấp nhất cho một đơn vị đầu ra và với một nguồn lực có hạn nhưng hiệu quả đầu ra lớn nhất. Gói này không đề cập đến ai được hưởng lợi.
- Gói dịch vụ theo từng cộng đồng (4) là gói dịch vụ cơ bản tối thiểu phù hợp với nhu cầu cũng như mức chi phí ở từng địa phương cho các dịch vụ khác nhau. Ví dụ, Nhà nước có thể bao cấp cho dịch vụ này ở vùng nghèo, song không bao cấp cho dịch vụ đó ở vùng giàu hơn. Mỗi vùng có thể có các gói gồm các dịch vụ khác nhau tùy thuộc vào nhu cầu CSSK đặc trưng của vùng đó (dựa trên các chỉ tiêu sức khỏe đặc trưng theo vùng địa lý, dân cư). Việc phân cấp cho tuyến tỉnh chủ động trong việc xây dựng các chương trình y tế phù hợp với địa phương mình sẽ tạo điều kiện để thực hiện gói dịch vụ này. Ngược lại, các chương trình mục tiêu quốc gia nếu áp đặt kế hoạch từ trên xuống cho từng địa phương, trong khi sở tài chính không cho phép điều chuyển ngân sách giữa các chương trình sẽ có thể tạo ra sự lãng phí và vì vậy mục tiêu sức khỏe không đạt được như kế hoạch.

Việc xây dựng các chỉ tiêu kế hoạch phù hợp theo vùng địa lý dân cư đi kèm với việc chọn các "gói" trên đây một cách phù hợp sẽ góp phần nâng cao hiệu quả của đầu tư y tế.

23. Bao cấp:

Là một dịch vụ y tế được nhận toàn bộ nguồn lực từ ngân sách Nhà nước. Ưu điểm lớn nhất của bao cấp là Nhà nước chủ động điều phối các nguồn lực cho các dịch vụ có định hướng, vì vậy thực hiện công bằng một cách chủ động. Khi muốn giữ định hướng XHCN trong y tế, yêu cầu bao cấp của Nhà nước càng lớn. Tuy nhiên, bao cấp cho dịch vụ nào và bao cấp cho ai, bao cấp thế nào để không thủ tiêu động lực phát triển, cũng như không làm mất đi sự chủ động tham gia của cộng đồng và không làm cho cơ sở y tế trì trệ, ỉ lại vào Nhà nước là những câu hỏi cần cân nhắc kỹ.

Trong cơ chế thị trường, bao cấp cũng rất cần thiết cho các dịch vụ thiết yếu, dịch vụ cơ bản, dịch vụ hướng vào phục vụ các cộng đồng nghèo.

Một khi trong xã hội có sự chênh lệch về mức thu nhập, nhưng Nhà nước bao cấp đều cho tất cả mọi người sẽ làm lãng phí nguồn lực và tạo thêm sự mất công bằng trong hưởng lợi dịch vụ y tế.

- Bao cấp chéo: Bao cấp chéo là tình trạng điều hòa nguồn thu phí từ nhóm này cho nhóm kia. Việc thu phí dịch vụ y tế cao đối với nhóm giàu của xã hội để lấy nguồn thu đó miễn, giảm phí cho nhóm bệnh nhân nghèo. Đây là hình thức điều hòa trong số những người ốm, người ốm giàu hơn giúp người ốm nghèo hơn. Câu hỏi đặt ra là: cách bao cấp chéo này có thực sự nhân đạo không? Thực ra đây chỉ là giải pháp tình thế

cách làm tốt hơn là dựa vào hệ thống thu thuế thu nhập, người có thu nhập cao phải đóng thuế càng nhiều. Từ nguồn thuế Nhà nước đầu tư trở lại cho các dịch vụ y tế mà người nghèo được hưởng lợi nhiều hơn. Một cách khác đang là giải pháp chiến lược, lâu dài của ngành, đó là dựa vào bảo hiểm y tế toàn dân. Ở đây người giàu đóng bảo hiểm y tế nhiều hơn người nghèo; người không ốm hỗ trợ người ốm; người ốm cũng đã chuẩn bị một phần kinh phí khi bị ốm.

24. Y tế tư nhân:

Dịch vụ y tế dựa trên sự thoả thuận chấp nhận của hai phía (người bệnh và thầy thuốc). Y tế tư nhân dễ làm hài lòng yêu cầu người bệnh hơn, song không nên nhầm y tế tư nhân có hiệu quả và công bằng hơn y tế Nhà nước và cũng nên phân biệt giữa yêu cầu với nhu cầu.

Sự thoả thuận của hai phía chỉ là sự "sòng phẳng", "thuận mua vừa bán" của thị trường, hoàn toàn không hàm chứa ý nghĩa của công bằng y tế, thậm chí tạo thêm sự bất công bằng: người nghèo ốm nhiều hơn nhưng cơ hội được chữa bệnh ở cơ sở y tế tư nhân rất hạn chế.

Doanh nghiệp, nhà máy tư nhân có sự tính toán hợp lý nhất để giảm chi phí nhằm giảm giá thành, giảm giá bán vì vậy khách hàng hài lòng hơn. Người hành nghề y tế tư nhân, nếu không phải là thầy thuốc có đức, không vụ lợi và thiếu cái tâm trong hành nghề thì lại có xu hướng làm tăng chi phí cho một thủ thuật, cho một liệu trình chữa bệnh để thu lãi. Thực tế cho thấy Mỹ là nước có mức chi phí y tế trên đầu dân cao nhất (khoảng 1500 USD so với Việt Nam khoảng 10 USD) nhưng các chỉ số đầu ra về sức khỏe cộng đồng lại không cao tương ứng. Tình trạng lạm dụng kỹ thuật, lạm dụng thuốc rất phổ biến với y tế tư nhân và như thế không thể coi là có hiệu quả cao được- lý do chủ yếu là y tế Mỹ dựa trên hệ thống y tế tư nhân là chủ yếu.

Y tế tư nhân hay khu vực bán công trong các bệnh viện có động lực phát triển cao hơn, nhất là khi nguồn bao cấp từ Nhà nước không đầy đủ, cũng như do bao cấp lan tràn tạo ra những trì trệ trong quản lý y tế công. Y tế tư nhân phát triển năng động hơn, nhưng rất cần được kiểm soát bằng pháp luật (pháp lệnh hành nghề y được tư nhân), cùng với nó là nâng cao hiểu biết của cộng đồng để họ có ảnh hưởng đúng hơn, tự kiểm soát hệ thống này.

25. Phát triển bền vững trong y tế:

Là khả năng duy trì một hệ thống, một quy chế trong một khoảng thời gian nhất định. Việc phát triển bền vững dựa vào năng lực vận hành hệ thống, khả năng sử dụng các nguồn lực cho phép. Phát triển bền vững thể hiện dưới ba phương diện: đầu tư tài chính, các thể chế và ổn định xã hội.

26. Chuyển dịch dịch tễ học (quá độ dịch tễ học):

Là tình trạng chuyển dịch mô hình bệnh tật. Ví dụ, khi kinh tế phát triển, chuyển dịch theo hướng thị trường, thu nhập tăng lên, đời sống tăng, tăng phúc lợi xã hội, tăng các yếu tố gây bệnh không lây nhiễm, tai nạn, giảm các yếu tố gây bệnh truyền nhiễm tạo ra mô hình bệnh tật hỗn hợp: vừa có bệnh lây nhiễm (chưa đạt mức thấp như ở các nước kinh tế phát triển) vừa có bệnh không lây nhiễm. Đến thời điểm hiện nay, trong phạm vi cả nước, bệnh không lây nhiễm và tai nạn, chấn thương đã chiếm ưu thế hơn hẳn các bệnh lây nhiễm. Tình trạng này có thể chưa xảy ra ở các vùng kinh tế kém phát triển.

27. Các nguồn viện trợ nước ngoài:

Gồm có viện trợ phát triển chính thức (ODA) và hỗ trợ từ các tổ chức phi chính phủ (NGO) trong đó có tổ chức phi chính phủ thuộc Nhà nước như các viện nghiên cứu, các bệnh

viện, trường đại học, công ty quốc gia cung cấp viện trợ và cũng có những tổ chức hoàn toàn không thuộc chính phủ như các hội, các tổ chức phi chính phủ độc lập (SCF-US, SCF-UK, World vision).

ODA bao gồm: (1) các tổ chức đa phương (gồm các tổ chức thuộc liên hiệp quốc như UNICEF, WHO, UNFPA..) và các tổ chức liên chính phủ EU, OECD ; (2) các tổ chức tài chính quốc tế (WB, ADB, OPEC); (3) Các tổ chức song phương là hỗ trợ của Chính phủ.

Mỗi đối tác viện trợ đều có chiến lược cũng như quan điểm viện trợ không giống nhau. Một số vì mục tiêu mở rộng thị trường, tăng khả năng tiêu thụ, một số vì mục tiêu nhân đạo và hữu nghị, cũng có thể vì mục đích chính trị, an ninh. Mỗi nhà tài trợ có những trọng tâm, lĩnh vực ưu tiên cấp viện trợ, có các điều kiện, quy chế và thủ tục khác nhau trong việc xây dựng dự án, xét duyệt, ký kết, quản lý dự án (xem bài tiếp nhận quản lý, sử dụng viện trợ nước ngoài trong ngành y tế - Tài liệu: Kinh tế y tế)

Một dạng đầu tư nước ngoài khác không phải là viện trợ ODA đó là vay tín dụng thương mại hoặc tín dụng ưu đãi không có thành tố ưu tiên, không có ân hạn và tỷ lệ không hoàn lại thấp (thông thường phải trên 25% tổng vốn) hoặc không có. Nhiều quốc gia, nhiều công ty nước ngoài vừa cho vay ưu đãi (ODA) vừa cho vay tín dụng để dễ dàng xuất khẩu hàng hóa, quảng cáo hàng hóa, tạo thị trường tiêu thụ. Dạng đầu tư này người cho vay được lợi nhiều hơn, dễ nhận hơn, song khi trả nợ sẽ trở thành gánh nặng cho Nhà nước hoặc ngành y tế.

28. Quản lý chất lượng toàn diện (TQM):

Theo ISO 8402 năm 1994, TQM được định nghĩa là *cách quản lý của một tổ chức hướng vào chất lượng, dựa trên sự tham gia đầy đủ của mọi thành viên và cũng hướng vào sự thành công lâu bền, nhờ làm thoả mãn nhu cầu của khách hàng (đối tượng phục vụ) và những lợi ích của mọi thành viên trong tổ chức đó cũng như của lợi ích xã hội.*

Khái niệm trên khác với quản lý chất lượng đơn thuần ở chỗ "chất lượng" chỉ chú ý tới chất lượng của sản phẩm và những khâu liên quan tới chất lượng dịch vụ, không chú ý tới bản thân các thành viên trong tổ chức (cán bộ y tế).

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
Bài 1 Chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 - 2010	5
Bài 2 Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân Việt Nam	13
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
Bài 3 Xây dựng chính sách Y tế công cộng	30
<i>PGS.TS. Trương Việt Dũng, TS. Trương Phi Hùng</i>	
Bài 4 Đánh giá, phân tích và điều chỉnh chính sách y tế công cộng	37
<i>PGS.TS. Trương Việt Dũng</i>	
Bài 5 Tổ chức bộ máy y tế Việt Nam	56
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
Bài 6 Tổng quan chung về quản lý	69
<i>TS. Phạm Trí Dũng</i>	
Bài 7 Xây dựng đội hình làm việc	92
<i>Ths. Phan Văn Tường</i>	
Bài 8 Quản lý chất lượng toàn diện	99
<i>Ths. Phan Văn Tường</i>	
Bài 9 Quyền lực	107
<i>Ths. Nguyễn Văn Hiến</i>	
Bài 10 Sự lãnh đạo	112
<i>Ths. Nguyễn Văn Hiến</i>	
Bài 11 Kỹ năng quản lý	119
<i>TS. Nguyễn Duy Luật</i>	
Bài 12 Tổng quan về kế hoạch	125
<i>TS. Phạm Trí Dũng</i>	
Bài 13 Thông tin và quản lý thông tin	147
<i>Ths. Vũ Khắc Lương</i>	

Bài 14	Chẩn đoán cộng đồng, xác định vấn đề sức khoẻ và lựa chọn vấn đề sức khoẻ ưu tiên	156
	<i>PGS.TS. Phạm Văn Thân, Ths. Vũ Khắc Lương</i>	
Bài 15	Xây dựng mục tiêu y tế trong lập kế hoạch	167
	<i>PGS.TS. Phạm Văn Thân</i>	
Bài 16	Đánh giá hoạt động, chương trình can thiệp y tế	173
	<i>TS. Đào Văn Dũng, Ths. Phan Văn Tường</i>	
Bài 17	Giám sát	184
	<i>PGS.TS. Phạm Văn Thân</i>	
Bài 18	Hướng dẫn viết kế hoạch y tế địa phương	191
	<i>TS. Dương Huy Liệu,</i> <i>PGS.TS. Trương Việt Dũng, BS. Nguyễn Đình Thường</i>	
Bài 19	Một số danh từ và giải nghĩa dùng trong chính sách và quản lý y tế	212
	<i>PGS.TS. Trương Việt Dũng</i>	

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

QUẢN LÝ Y TẾ

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	NGUYỄN THỊ THU HIỀN
<i>Biên tập tái bản:</i>	BS. TÔ ĐÌNH QUỲ
<i>Sửa bản in:</i>	NGUYỄN THỊ THU HIỀN
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23 - 2006/CXB/676 - 271/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2006.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Tel: 04.7625922 - 7625934 - 7.627819 - Fax: 04.7625923

E-mail: Xuatbanyhoc@fpt.vn

Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc

Hiện sách Anh Minh
38.000



0030229
40_quan ly y te

GIÁ: 40.000Đ

