



BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM CHỮA BỆNH
DỰ ÁN TĂNG CƯỜNG CHẤT LƯỢNG NGUỒN
NHÂN LỰC TRONG KHÁM CHỮA BỆNH



QUẢN LÝ BỆNH VIỆN
TÀI LIỆU CƠ BẢN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH

QUẢN LÝ BỆNH VIỆN
TÀI LIỆU CƠ BẢN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2014

BAN BIÊN SOẠN

CHỦ BIÊN

PGS.TS Lương Ngọc Khuê

THÀNH VIÊN BAN BIÊN SOẠN

PGS.TS Lương Ngọc Khuê

GS.TS. Trần Quy

ThS. Tống Song Hương

ThS. Nguyễn Minh Tuấn

PGS.TS. Nguyễn Tuấn Hưng

TS. Trần Quý Tường

ThS. Phạm Đức Mục

ThS. Nguyễn Trọng Khoa

TS. Hoàng Thị Phụng

ThS. Nguyễn Đức Tiến

ThS. Nguyễn Thị Hồng Yến

ThS. Nguyễn Bích Lưu

DS. Nguyễn Phương Châm

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

ThS. Bùi Quốc Vương

BS. Nguyễn Hải Yến

LỜI NÓI ĐẦU

Quản lý là một nghề, một khoa học, vì vậy, các cán bộ chủ chốt của bệnh viện cần được đào tạo các nội dung về Quản lý bệnh viện để quản lý khoa, phòng và bệnh viện hiệu quả.

Để tăng cường và cập nhật các kiến thức, kỹ năng thiết yếu về Quản lý bệnh viện, Bộ Y tế ban hành cuốn Tài liệu quản lý bệnh viện. Đối tượng dự học là các cán bộ đang đương nhiệm, cán bộ diện quy hoạch các chức vụ cấp khoa, cấp phòng và lãnh đạo bệnh viện.

Tài liệu này được biên soạn gồm 21 bài chia làm 03 phần. Nội dung từng bài có 04 phần bao gồm mục tiêu học tập, nội dung thiết yếu của bài, câu hỏi lượng giá và tài liệu tham khảo. Tài liệu dùng đào tạo cho các lớp đào tạo liên tục, thời gian đào tạo khoảng 02 tuần.

Tài liệu đào tạo quản lý bệnh viện do Trung tâm phát triển năng lực quản lý khám, chữa bệnh thuộc Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế tổ chức đào tạo và cấp chứng chỉ. Giảng viên là Lãnh đạo Bộ Y tế, các nhà đào tạo, nhà hoạch định chính sách y tế, các nhà nghiên cứu và quản lý bệnh viện có kinh nghiệm.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các giảng viên, các chuyên gia tích cực tham gia biên soạn cuốn tài liệu này. Nội dung tài liệu biên soạn không tránh khỏi những thiếu sót và cần được bổ xung cập nhật. Bộ Y tế khuyến khích nhiều ý kiến đóng góp của các nhà Lãnh đạo, các giảng viên, chuyên gia để cuốn tài liệu này ngày càng hoàn thiện hơn.

TM. BAN BIÊN TẬP

Trưởng ban

PGS.TS. LƯƠNG NGỌC KHUÊ

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

MỤC LỤC

Bài 1: Những thành tựu, thách thức công tác khám, chữa bệnh và trọng tâm chỉ đạo của Bộ Y tế	7
Bài 2: Tổng quan vị trí, chức năng, nhiệm vụ, cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế và hệ thống khám, chữa bệnh	24
Bài 3: Những nội dung cơ bản của Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn	34
Bài 4: Luật Khám bệnh, chữa bệnh	56
Bài 5: Lãnh đạo và Quản lý hiệu quả	78
Bài 6: Quản lý và lập kế hoạch các hoạt động y tế	96
Bài 7: Một số kỹ năng quản lý nguồn nhân lực bệnh viện	117
Bài 8: Quản lý tài chính bệnh viện	130
Bài 9: Tự chủ bệnh viện: những thành công, khó khăn, bất cập và bài học kinh nghiệm	144
Bài 10: Quản lý công tác dược bệnh viện	161
Bài 11: Quản lý trang thiết bị kỹ thuật y tế trong bệnh viện	170
Bài 12: Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện	185
Bài 13: Quản lý phát triển khoa học công nghệ, công tác nghiên cứu Khoa học, đào tạo liên tục và thực hiện y học thực chứng	203
Bài 14: Công tác chỉ đạo tuyến và luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyến dưới	220
Bài 15: Tổng quan về quản lý chất lượng trong y tế	252
Bài 16: Tiêu chuẩn và chứng nhận chất lượng bệnh viện	268
Bài 17: Hướng dẫn công tác quản lý chất lượng bệnh viện	279
Bài 18: An toàn người bệnh: hiện trạng và giải pháp	293
Bài 19: Giải pháp nâng cao y đức, sự hài lòng của người bệnh và người nhà người bệnh	310
Bài 20: Tổ chức công tác chăm sóc, dinh dưỡng, tiết chế người bệnh trong bệnh viện	330
Bài 21: Triển khai chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	349

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BYT : Bộ Y tế	BVTW : Bệnh viện trung ương
BV : Bệnh viện	BVSK : Bảo vệ sức khỏe
BHYT : Bảo hiểm y tế	BHXXH : Bảo hiểm xã hội
CS : Cơ sở	CBVC : Cán bộ viên chức
CSNB : Chăm sóc người bệnh	CSSK : Chăm sóc sức khỏe
CBYT : Cán bộ y tế	DVKT : Dịch vụ kỹ thuật
HĐLV : Hợp đồng làm việc	HCSN : Hành chính sự nghiệp
INCB : Ủy ban kiểm soát ma túy quốc tế	KH : Kế hoạch
KCB : Khám chữa bệnh bệnh	KBCB : Khám bệnh chữa
LDLK : Liên doanh liên kết	NN : Nhà nước
NSNN : Ngân sách nhà nước	NCKH : Nghiên cứu khoa học
NLYT : Nhân lực y tế	NVYT : Nhân viên y tế
QLTCBV : Quản lý tài chính bệnh viện	QĐND : Quân đội nhân dân
TW : Trung ương	TSCĐ : Tài sản cố định
TSCĐ : Tài sản cố định	TTB : Trang thiết bị
TNTT : Thu nhập tăng thêm	TW : Trung ương
UDCNTT: Ứng dụng công nghệ thông tin	UBND : Ủy ban nhân dân
VTYT : Vật tư y tế	XHH : Xã hội hóa
XN : Xét nghiệm	

BÀI 1

NHỮNG THÀNH TỰU, THÁCH THỨC CÔNG TÁC KHÁM, CHỮA BỆNH VÀ TRỌNG TÂM CHỈ ĐẠO CỦA BỘ Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Mô tả được tình hình chung về mạng lưới khám, chữa bệnh ở Việt Nam
2. Những thành tựu của hệ thống khám, chữa bệnh
3. Những khó khăn thách thức
4. Phân tích được những định hướng chiến lược cơ bản phát triển hệ thống khám, chữa bệnh ở Việt Nam và trọng tâm chỉ đạo của Bộ Y tế.

NỘI DUNG

I. NHỮNG THÀNH TỰU VÀ KHÓ KHĂN, THÁCH THỨC

1. Những thành tựu của công tác khám, chữa bệnh

1.1. Sự phát triển của hệ thống khám, chữa bệnh

Theo báo cáo thống kê của Cục Quản lý Khám chữa bệnh, tính đến thời điểm 31/12/2013 trên toàn quốc có tổng số các loại hình bệnh viện, cơ sở điều dưỡng – Phục hồi chức năng trong hệ thống (không bao gồm các bệnh viện Quân đội) là 1.180 bệnh viện (công và tư) (trong đó có 44 bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng, 20 khu điều trị phong). Tổng số giường bệnh kế hoạch là 199.011 giường bệnh công lập và tư nhân (chưa bao gồm nhà hộ sinh, phòng khám, đa khoa, trạm y tế xã). Số bệnh viện tư nhân 150 bệnh viện (bao gồm bệnh viện tư, bệnh viện bán công và bệnh viện có 100% vốn nước ngoài) với tổng số 9.611 giường bệnh.

Bảng 1. Tổng số bệnh viện và giường bệnh theo tuyến, năm 2013

Tổng số bệnh viện theo tuyến	Tổng số BV hiện có	Tổng số giường bệnh (GBKH)
BV trực thuộc Bộ Y tế	39	22.110
BV tuyến tỉnh	382	98.375
Bệnh viện tuyến huyện	561	60.628
Bệnh viện ngành	48	8.287
Bệnh viện tư nhân	150	9.611
Tổng	1180	199.011

Bảng 2. Ước tỷ lệ giường bệnh trên 10.000 dân

Năm	Số GB theo kế hoạch	Số GB thực kê	Dân số ước tính	BQ số GB KH/10.000 dân	BQ số GB thực tế/ 10.000 dân
2011	184.742	206.227	87.856.688	21,0	23,5
2012	199,011	221,145	88.780.000	22,4	24,9

(Nguồn: Báo cáo thống kê bệnh viện năm 2013 của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh)

Với số giường bệnh theo kế hoạch và số giường bệnh thực kê tại các cơ sở khám chữa bệnh của năm 2013 tăng đều so với năm 2012 khoảng 6,2-6,3%, số giường bệnh bình quân trên vạn dân cũng tăng hơn so với năm 2012. Theo số giường bệnh kế hoạch, bình quân đạt 22,4 giường bệnh/ 1 vạn dân và nếu tính theo số giường thực kê hiện đã đạt 24,9 giường bệnh/ 1 vạn dân (chưa kể giường bệnh của Quân đội và số giường bệnh thuộc trạm y tế xã). Tỷ lệ này đứng ở mức trung bình thấp so với các nước trong khu vực.

Ngoài hệ thống bệnh viện hiện nay, mạng lưới các cơ sở khám chữa bệnh ngoài công lập với khoảng 35.000 phòng khám đa khoa, chuyên khoa tư nhân, phòng khám có vốn đầu tư nước ngoài và 11.636 trạm y tế xã, phường và trạm y tế ngành đã cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh rộng khắp, mở rộng tiếp cận dịch vụ đến với người dân.

1.2. Mạng lưới khám, chữa bệnh

Hệ thống bệnh viện chia làm 3 tuyến:

- *Tuyến trung ương* có các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa thuộc Bộ Y tế có chức năng điều trị các tuyến cuối với các can thiệp, chuyên khoa sâu với những kỹ thuật phức tạp và hiện đại.

- *Tuyến tỉnh* gồm các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa thuộc tỉnh, thành phố trong đó có một số bệnh viện đóng vai trò như bệnh viện tuyến cuối của khu vực. Các bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh hiện nay chủ yếu là bệnh viện lao, tâm thần, y học cổ truyền, phụ sản, nhi, một số bệnh viện phong, điều dưỡng và phục hồi chức năng, ...

- *Tuyến huyện* gồm các bệnh viện quận, huyện, thị xã là các bệnh viện đa khoa hoặc đa khoa khu vực liên huyện thuộc tuyến 1 trong hệ thống bệnh viện, đóng vai trò chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trong khu vực.

Ngoài ra, còn có các bệnh viện trực thuộc các Bộ, Ngành khác phục vụ công tác khám, chữa bệnh cho cán bộ công chức, viên chức các ngành và đồng thời kết hợp phục vụ nhân dân.

Các bệnh viện ngoài công lập (tư nhân, dân lập, vốn đầu tư nước ngoài, ...) chỉ phát triển mạnh ở những thành phố, tỉnh lớn nơi có điều kiện kinh tế, xã hội thuận lợi và người dân có khả năng chi trả.

Hệ thống khám chữa bệnh có những đóng góp quan trọng trong công tác bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho nhân dân. Sau hơn 20 năm đổi mới,

Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể về mặt kinh tế, xã hội. Trong lĩnh vực y tế, hầu hết các chỉ tiêu sức khỏe cơ bản đã đạt và vượt so với mục tiêu quốc gia như: tuổi thọ trung bình đạt 72,8 (so với mục tiêu đến 2010 là dưới 72 tuổi), chết trẻ em dưới 1 tuổi là 16/1000 (so với mục tiêu năm 2010 là 25/2010), chết trẻ em dưới 5 tuổi là 25/1000 (so với mục tiêu năm 2010 là 32/1000). Chỉ số sức khỏe của người Việt Nam tốt hơn so với một số nước có thu nhập cao hơn. Với tổng thu nhập quốc dân (GNI) bình quân đầu người tính theo sức mua đô la Mỹ (PPP\$) xấp xỉ mức của Ấn Độ và Indonexia nhưng Việt Nam đạt tuổi thọ cao hơn, ngang với một số nước có GNI bình quân cao hơn như Philippin, Trung Quốc hoặc Thái Lan.

Hệ thống khám, chữa bệnh mặc dù năng lực chuyên môn tuyến dưới còn thấp nhưng về chuyên môn kỹ thuật các bệnh viện Việt Nam đã triển khai được nhiều kỹ thuật chuyên sâu ngang tầm với các nước trong khu vực:

- Ghép tạng đã từng bước phát triển, nhiều kỹ thuật hiện nay đã trở thành kỹ thuật thường quy ở một số bệnh viện, như ghép thận, ghép giác mạc, ... Luật hiến, lấy ghép mô và bộ phận cơ thể người tạo thuận lợi cho chuyên ngành ghép tạng ở Việt Nam. Hiện nay, một số bệnh viện đã thành công việc ghép tim (Bệnh viện 103, Bệnh viện Trung ương Huế) và nhiều bệnh viện ghép gan. Kỹ thuật ghép tế bào gốc đang được nghiên cứu và phát triển. Ghép tạng từ người cho chết não đã được triển khai, Trung tâm điều phối ghép tạng đã được thành lập mở ra triển vọng mới cho ghép tạng ở Việt Nam.

- Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được áp dụng phổ biến với các kỹ thuật tiên tiến và hiện đại nhất hiện có: MRI, CT scan 64 lớp cắt, PET CT, chụp mạch đa bình diện, siêu âm doppler, ... Nhiều kỹ thuật phổ biến đến tuyến tỉnh.

- Phẫu thuật nội soi đã trở thành thường quy ở hầu hết các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh. Một số kỹ thuật phẫu thuật nội soi đã phát triển mạnh và có thể chuyển giao cho nước ngoài.

- Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, một số kỹ thuật khó trong sản phụ khoa đã được áp dụng thành công ở nhiều bệnh viện với mức chi phí thấp hơn nhiều so với các nước trong khu vực và trên thế giới.

- Năng lực chẩn đoán, điều trị ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh đã được cải thiện nhiều nhờ được đầu tư trang thiết bị hiện đại, chuyển giao kỹ thuật từ nước ngoài và trong nước.

- Công nghệ thông tin ứng dụng trong quản lý bệnh viện đã được áp dụng chủ yếu ở bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh.

- Các bệnh viện đang thực hiện tự chủ về tài chính theo Nghị định số 43/2006 NĐ – CP ngày 25 tháng 04 năm 2006 của Chính phủ với mục tiêu tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn kinh phí Nhà nước cung cấp.

2. Những khó khăn thách thức của hệ thống khám, chữa bệnh và các giải pháp thực hiện

2.1. Nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân ngày càng tăng về số lượng và chất lượng

Mô hình bệnh tật thay đổi, các bệnh truyền nhiễm diễn biến phức tạp, bệnh không truyền nhiễm, tai nạn, thương tích gia tăng. Kỹ thuật y học ngày càng phát triển, nhu cầu KCB của người dân ngày càng gia tăng cả về số lượng và chất lượng dịch vụ làm cho chi phí y tế tăng nhanh, trong đó ngân sách có tăng nhưng mức tăng còn thấp chưa đáp ứng được các yêu cầu chi tiêu cơ bản.

2.2. Trình độ chuyên môn y tế không đều và còn thấp ở tuyến dưới

Bộ Y tế cũng đã chỉ đạo về công tác chỉ đạo tuyến. Tuy nhiên, mối liên kết giữa 3 tuyến chưa thực sự chặt chẽ. Công tác chỉ đạo tuyến còn phụ thuộc nhiều vào mối quan hệ giữa các cơ sở y tế của tuyến Trung ương và địa phương. Việc mất cân đối về cơ cấu nhân lực giữa các cơ sở y tế hiện đang là vấn đề cần phải xem xét và có các giải pháp khắc phục. Đề án luân phiên cán bộ, đưa cán bộ chuyên môn ở tuyến trên về hỗ trợ và chuyển giao kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến dưới (Quyết định số 1816/ QĐ – BYT ngày 26/5/2008) đang được triển khai thực hiện có kết quả tốt. Hiện nay, các bệnh viện Trung ương và các địa phương đang tích cực triển khai thực hiện với trung bình hàng ngày có trên 400 cán bộ đang thực hiện luân phiên. Bộ Y tế trực tiếp chỉ đạo đề án.

2.3. Tình trạng quá tải bệnh viện

Bên cạnh những thành tựu đạt được, công tác khám chữa bệnh cũng còn nhiều tồn tại và không ít khó khăn, bất cập cần phải khắc phục. Đặc biệt là tình trạng quá tải bệnh viện trở nên ngày càng trầm trọng, người bệnh điều trị nội trú phải nằm ghép đôi, thậm chí 3 đến 4 người trên một giường bệnh ở nhiều bệnh viện tuyến trung ương, bệnh viện tuyến cuối của các thành phố lớn thuộc các chuyên khoa như: ung bướu, tim mạch, nhi, sản, chấn thương chỉnh hình. Tình trạng quá tải bệnh viện bắt đầu xảy ra từ những năm cuối của thập kỷ 90 và ngày càng có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở khu vực điều trị nội trú. Qua số liệu năm 2013 cho thấy: công suất sử dụng giường bệnh ở một số bệnh viện tuyến trung ương: Bệnh viện K (249%), bệnh viện Bạch Mai (168%), bệnh viện Chợ Rẫy (154%), bệnh viện Phụ sản Trung ương (124%), bệnh viện Nhi trung ương (120%); bệnh viện thuộc Sở Y tế thành phố Hà Nội: bệnh viện Phụ Sản (230%), bệnh viện huyện Mê Linh (159,8%), bệnh viện Ung bướu (158,8%), bệnh viện Đức Giang (148%), bệnh viện Xanh Pôn (145,8%), bệnh viện Sóc Sơn (141%); bệnh viện thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh: bệnh viện Ung bướu (247%), bệnh viện Phụ sản Từ Dũ (126%), bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình (129%), bệnh viện Nhi Đồng 1 (123%), bệnh viện Nhi đồng 2 (123%).

Quá tải bệnh viện như đã được xác định đó là hậu quả của nhiều nhóm nguyên nhân khác nhau, mà điển hình là:

- Cơ sở hạ tầng và đầu tư cho y tế chưa đáp ứng nhu cầu, tỷ lệ giường bệnh trên vạn dân quá thấp so với các nước trong khu vực (bằng 60%), mới đạt 21,5 giường (năm 2011).

- Năng lực và trình độ chuyên môn của y tế cơ sở còn hạn chế; Năng lực của các bác sĩ tuyến dưới còn hạn chế, nhiều cơ sở không đủ bác sĩ, đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ có trình độ tay nghề cao, cán bộ y tế phân bổ không hợp lý giữa các tuyến, cán bộ có năng lực chuyên môn cao chủ yếu làm việc ở bệnh viện lớn và ở các thành phố lớn.

- Diễn biến phức tạp của mô hình bệnh tật là nguyên nhân gia tăng đáng kể nhu cầu chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế mà đặc biệt là tại bệnh viện tuyến trung ương.

- Bệnh dịch đã làm cho lượng bệnh nhân tăng dồn dập theo từng thời điểm nhất định, lượng bệnh nhân đổ dồn về các bệnh viện chuyên khoa tuyến trên như Bệnh viện Nhi trung ương, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1, Nhi đồng 2...; bệnh không lây nhiễm lại chủ yếu là những bệnh mạn tính, cần sự chăm sóc và theo dõi lâu dài đã là yếu tố cơ bản để tăng số lượt khám chữa bệnh và tổng số ngày điều trị nội/ ngoại trú trong hệ thống khám chữa bệnh chung của cả nước”.

- Cơ chế tài chính và tác động không mong muốn của một số chính sách; Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật chưa đầy đủ; Nhu cầu và ý thức khám chữa bệnh của người dân, người bệnh được tự chọn dịch vụ khám, chữa bệnh. Vấn đề quá tải còn có lý do quan trọng là hoạt động phân tuyến chưa hiệu quả, người dân chấp nhận quá tải mà không sử dụng dịch vụ y tế cho phù hợp.

2.4. Thực hiện bệnh viện tự chủ

Nghị định số 43/2006/ ND – CP ngày 25 tháng 04 năm 2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập. Các bệnh viện thực hiện theo hướng dẫn tại thông tư số 71/2006/TT–BTC ngày 09 tháng 08 năm 2006 của Bộ Tài chính về tự chủ tài chính và Thông tư liên tịch số 02/2008/TTLT–BYT–BNV, ngày 24/1/2008 liên Bộ Y tế và Bộ Nội vụ hướng dẫn thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế, quản lý và sử dụng cán bộ, viên chức của đơn vị sự nghiệp y tế công lập. Đây là một chủ trương đúng đắn nhằm làm tăng cường hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập, phát huy tính sáng tạo và tính chủ động trong quản lý, điều hành cơ sở y tế. Tuy nhiên, điều kiện thực hiện tự chủ đối với nhiều bệnh viện còn khó khăn do còn thiếu những điều kiện cần thiết. Để thực hiện tự chủ có hiệu quả cần ít nhất 3 yếu tố chính: con người, cơ sở vật chất, trang thiết bị và tình trạng kinh tế của địa phương. Trên thực tế nhiều bệnh viện còn gặp khó khăn trong quá trình thực hiện do ba điều kiện này chưa đủ, đặc biệt là các bệnh viện tuyến huyện và các bệnh viện chuyên

khoa điều trị các bệnh viện xã hội và mang tính đặc thù như lao, phong, tâm thần, HIV/AIDS, y học cổ truyền...

Những khó khăn khi thực hiện tự chủ là:

- Năng lực đội ngũ lãnh đạo còn yếu, nhiều lãnh đạo bệnh viện chưa qua đào tạo về quản lý bệnh viện;
- Nguồn lực hạn chế, cả về nhân lực và nguồn thu;
- Cơ sở vật chất trang thiết bị lạc hậu;
- Thiếu phương tiện hỗ trợ cho quản lý thông tin phục vụ cho công tác quản lý và hạch toán thu chi;
- Một số vấn đề khác cần chú ý khi áp dụng cơ chế tự chủ của bệnh viện là phải kiểm soát nhằm hạn chế tình trạng lạm dụng thuốc, xét nghiệm và lạm dụng kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

Giá một số dịch vụ y tế theo Thông tư 14/TTLB ngày 30/9/1995 ở mức thấp nên hầu hết các bệnh viện gặp khó khăn, phải tìm mọi biện pháp tăng thu, cải thiện đời sống nhân viên y tế, vì vậy, tình trạng không tuyển đủ biên chế hoặc hạn chế tuyển dụng mới, mở rộng các dịch vụ khám chữa bệnh, xu hướng lạm dụng xét nghiệm, kỹ thuật là khó tránh khỏi.

2.5. Tài chính bệnh viện

Mặc dù nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước cấp về giá trị tuyệt đối tăng hàng năm nhưng tỷ trọng lại giảm.

Năm 2013, tổng ngân sách Nhà nước cấp cho các bệnh viện là 7,7 nghìn tỷ đồng và tổng thu viện phí 27,8 nghìn tỷ đồng, trong đó bảo hiểm y tế chiếm 48,4%. Tuy vậy, hạn chế về nguồn kinh phí vẫn là khó khăn nổi bật của hầu hết các bệnh viện. Nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân ngày càng tăng trong khi ngân sách cho y tế không được đầu tư ở mức độ tương ứng. Khung giá viện phí hiện nay vẫn ở mức thu một phần viện phí gây nhiều khó khăn cho các bệnh viện trong việc đảm bảo kinh phí hoạt động trong bối cảnh thực hiện tự chủ về tài chính.

Bộ Y tế đang trình chính phủ đề án cải cách cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập, đồng thời, liên bộ đã điều chỉnh giá hơn 447 dịch vụ y tế nhằm tháo gỡ những khó khăn cho các bệnh viện về nguồn kinh phí bảo đảm hoạt động và nâng cao chất lượng.

Hầu hết các bệnh viện đều gặp khó khăn về tài chính trong khám, chữa bệnh cho người bệnh bảo hiểm y tế. Cơ chế thanh toán cho người bệnh bảo hiểm y tế hiện nay gây ra tình trạng bệnh viện tuyến dưới không muốn chuyển người bệnh lên tuyến trên. Tình trạng chậm thanh quyết toán kinh phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, không thống nhất giữa cơ quan bảo hiểm y tế và bệnh viện đã gây khó khăn cho các bệnh viện.

2.6. Quản lý Nhà nước về kinh tế

Sau khi triển khai thực hiện nghị định 171, 172, sự phối hợp giữa hệ dự phòng và hệ điều trị ở tuyến y tế cơ sở gặp khó khăn khi trung tâm y tế huyện

được chia tách thành trung tâm y tế dự phòng, bệnh viện huyện và phòng y tế huyện. Việc chia tách này đòi hỏi phải chia sẻ cán bộ ở tuyến y tế cơ sở. Trong khi số bác sĩ làm việc tại tuyến huyện, xã còn ít thì việc chia tách đòi hỏi bổ nhiệm thêm cán bộ lãnh đạo gây thiếu hụt cán bộ trực tiếp làm công tác chuyên môn. Chính phủ đã ban hành Nghị định số 13, 14 điều chỉnh một số nội dung liên quan đến tổ chức hệ thống y tế tuyến tỉnh và tuyến huyện.

2.7. Quản lý chất lượng khám, chữa bệnh

Chất lượng khám, chữa bệnh không đồng đều ở các tuyến và là vấn đề đáng lo ngại ở nhiều cơ sở y tế do cơ sở vật chất, trang thiết bị nghèo nàn, nhân lực vừa thiếu vừa yếu, đặc biệt là tình trạng thiếu bác sĩ tại các bệnh viện huyện miền núi, vùng sâu, vùng xa. Tình trạng vượt tuyến điều trị tương đối phổ biến do chất lượng khám, chữa bệnh ở bệnh viện tuyến dưới hạn chế, gây nên tình trạng quá tải ở bệnh viện tuyến trên. Bộ Y tế đang xây dựng đề án nghiên cứu phát triển Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện để căn cứ đánh giá chất lượng bệnh viện và khởi động chương trình cải tiến chất lượng bệnh viện. Trên thực tế hiện nay, một số bệnh viện đang áp dụng tiêu chuẩn ISO 9001: 2000 cho một số khoa, phòng. Tuy nhiên, việc áp dụng ISO trong cải tiến chất lượng bệnh viện có phù hợp không và nên áp dụng ở mức độ như thế nào hiện đã và đang được nghiên cứu và đánh giá. Một số bệnh viện khác áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management) như Bệnh viện Nhi đồng 1 TP. Hồ Chí Minh và có kết quả tốt.

2.8. Vấn đề kiểm chuẩn xét nghiệm và kỹ thuật chuẩn hóa y học

Một vấn đề bức xúc hiện nay là vấn đề kiểm chuẩn xét nghiệm và các kỹ thuật cận lâm sàng. Trên thực tế, trang thiết bị xét nghiệm ở đa số các bệnh viện tuyến huyện và một số bệnh viện tuyến tỉnh còn nghèo nàn. Tình trạng này đã được cải thiện nhờ Đề án 47 và Đề án 930. Phần lớn cán bộ làm việc tại các khoa phòng xét nghiệm chưa được đào tạo chuyên môn đầy đủ và toàn diện. Chỉ có một số bệnh viện lớn thực hiện nội kiểm và ngoại kiểm một cách tự phát. Hầu hết kết quả xét nghiệm không có chuẩn mực đánh giá và không thực hiện một phương pháp kiểm tra chất lượng nào. Điều này dẫn đến việc không tin tưởng vào kết quả xét nghiệm của nhau giữa các bệnh viện dẫn đến khi chuyển viện làm lại xét nghiệm gây phiền hà, tốn kém về thời gian, tiền bạc cho người bệnh, cán bộ y tế và toàn xã hội. Thiết bị xét nghiệm, hóa chất và vật tư tiêu hao cũng đa dạng được cung cấp bởi nhiều nhà cung cấp khác nhau với chất lượng cung ứng cũng khác nhau và khó kiểm soát phần nào cũng ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm. Bộ Y tế đã ban hành chương trình hành động về nâng cao chất lượng xét nghiệm và chẩn đoán y học để từng bước giải quyết vấn đề này (Quyết định số 3710/QĐ-BYT). Năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013, hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Hiện nay, 3 trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm đã được thành lập và đang từng bước

đầu tư và đi vào hoạt động để đi vào chương trình ngoại kiểm chất lượng xét nghiệm.

2.9. Vấn đề quản lý chất thải bệnh viện

Đây là vấn đề còn gặp nhiều khó khăn, bất cập cả về quản lý và tài chính. Các cơ sở xử lý chất thải hiện có (khoảng gần 500 lò đốt và một số thiết bị xử lý khác) đã xử lý cho khoảng hơn 70% lượng chất thải rắn y tế nguy hại. Với công suất hiện có, nếu xử lý tốt và có kế hoạch xử lý tập trung và theo cụm bệnh viện, số cơ sở trên có thể xử lý được số lượng nhiều hơn hiện tại. Để giải quyết được vấn đề này, các tỉnh cần xây dựng kế hoạch tổng thể và có phương án, cơ chế cụ thể.

Số bệnh viện có hệ thống xử lý chất thải lỏng được đầu tư trong vài năm qua đã tăng lên đáng kể. Bộ Y tế đang chỉ đạo, kiểm tra, hướng dẫn việc triển khai thực hiện Quy chế quản lý chất thải y tế, huy động nguồn vốn đầu tư cho xử lý chất thải y tế và cơ chế tài chính cho quản lý và xử lý y tế. Ngân hàng thế giới đã chấp nhận khoản vay 150 triệu USD cho xử lý chất thải bệnh viện. Dự án đã được khởi động và triển khai.

2.10. Hệ thống thông tin quản lý

Việc áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện hiện nay là nhu cầu cấp bách, nhất là đối với bệnh viện lớn. Công nghệ thông tin là công cụ không thể thiếu giúp công tác quản lý thuận lợi, thông tin kịp thời giúp các nhà quản lý ra quyết định chính xác, góp phần cải tiến chất lượng và an toàn bệnh nhân. Một số bệnh viện đang triển khai áp dụng thí điểm bệnh án điện tử. Tuy nhiên, ứng dụng thông tin tại các bệnh viện hiện nay còn chưa đồng bộ với sự tham gia của nhiều công ty cung cấp dịch vụ nên việc kết nối thông tin gặp khó khăn. Các bệnh viện mới chủ yếu phục vụ cho công tác thống kê.

II. ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG KHÁM, CHỮA BỆNH

1. Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân

Trong dự thảo Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030 trình Thủ tướng Chính phủ đã xác định **mục tiêu cụ thể của công tác khám bệnh, chữa bệnh** là: “Nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng ở tất cả các tuyến, giảm tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên. Phát triển y tế phổ cập, tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu; đẩy nhanh tiến độ phát triển y tế chuyên sâu. Phát triển y tế ngoài công lập, tăng cường phối hợp y tế công-tư. Hiện đại hóa và phát triển y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại”.

Phát triển nguồn nhân lực y tế cả về số lượng và chất lượng; tăng cường nhân lực y tế cho khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa và một số

chuyên khoa, đạt cơ cấu hợp lý giữa bác sĩ và điều dưỡng, kỹ thuật viên, phát triển nhân lực trình độ cao.

Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính, tăng nhanh đầu tư cho y tế, phát triển bảo hiểm y tế toàn dân là những mục tiêu quan trọng thúc đẩy sự phát triển của hệ thống khám, chữa bệnh.

Dự thảo Chiến lược đã đưa ra **các chỉ tiêu cụ thể**, trong đó có nhiều chỉ tiêu liên quan trực tiếp đến KCB:

Bảng 1. Một số chỉ tiêu y tế trong dự thảo Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020 (trích)

	Chỉ tiêu đầu vào	Năm 2010	Năm 2015	Năm 2020
1	Số bác sĩ/vạn dân	7,0	8,0	9,0
2	Số dược sĩ đại học/vạn dân	1,78	2,0	2,2
3	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ hoạt động (%)	70	80	90
4	Tỷ lệ trạm y tế xã có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi (%)	>95	>95	>95
5	Tỷ lệ giường bệnh/vạn dân (không bao gồm giường bệnh trạm y tế xã) trong đó có giường bệnh viện ngoài công lập	20,5	23,0	26,0
	Chỉ tiêu hoạt động			
6	Tỷ lệ KCB bằng y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại	14	20	25
7	Tỷ lệ chất thải y tế được xử lý đạt tiêu chuẩn	75	85	100
	Chỉ tiêu đầu ra			
8	Tuổi thọ trung bình (tuổi)	72,8	74,0	75,0
9	Tỷ số chết mẹ (100 trẻ đẻ ra sống)	68,0	58,3	<52,0
10	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (1000 trẻ đẻ ra sống)	15,0	14,0	11
11	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (1000 trẻ đẻ ra sống)	23,8	19,3	16,0
12	Tỷ lệ chi trực tiếp từ hộ gia đình cho chăm sóc sức khỏe trong tổng chi cho y tế (%)	52	<50	<45

Các giải pháp thực hiện liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng:

- Tiếp tục đầu tư củng cố, nâng cấp đồng bộ và phát triển hệ thống khám bệnh, chữa bệnh, phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh ngày càng đa dạng của nhân dân và điều kiện kinh tế - xã hội của từng vùng. Kết hợp phát triển dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phổ cập với phát triển kỹ thuật cao, y tế chuyên sâu. Phát triển y tế tư nhân, thực hiện minh bạch hóa các hoạt động liên doanh, liên kết của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập.

- Triển khai các giải pháp tổng thể để giảm quá tải bệnh viện. Từng bước thiết lập lại hệ thống chuyển tuyến trong khám bệnh, chữa bệnh, khuyến khích việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh phù hợp theo tuyến chuyên môn, đồng thời tăng cường y tế cơ sở và đẩy mạnh chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Tiếp tục triển khai các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh; thực hiện chăm sóc liên tục và chăm sóc toàn diện cho người bệnh; xây dựng chương trình bảo đảm và cải thiện chất lượng dịch vụ y tế; cơ chế xử lý và phản hồi ý kiến, bảo vệ quyền lợi của người bệnh. Kiểm soát kê đơn, sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, đặc biệt lưu ý chống nguy cơ lạm dụng thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng và dịch vụ kỹ thuật cao. Thiết lập hệ thống kiểm định chất lượng từ trung ương đến địa phương.

- Ban hành các quy trình chuyên môn thống nhất trong khám bệnh, chữa bệnh, các hướng dẫn về giám sát chất lượng chẩn đoán, điều trị; kiểm soát nhiễm khuẩn, giám sát sót chuyên môn trong KBCB; từng bước áp dụng chuẩn khu vực và quốc tế trong KBCB. Cải cách thủ tục hành chính trong KBCB, tăng cường giáo dục y đức, quy tắc ứng xử của nhân viên y tế.

- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện; quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn lực ở các bệnh viện; nhân lực, tài chính, BHYT, thuốc, trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

- Đổi mới cơ chế hoạt động, phân loại bệnh viện theo mức độ tự chủ và nhằm mở rộng phân cấp, phân quyền trong quản lý hoạt động các cơ sở KBCB. Nghiên cứu thành lập Hội đồng đạo đức, Hội đồng quản lý nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, hiệu quả đầu tư và bảo đảm tính minh bạch trong quản lý, hoạt động và phân bổ nguồn lực.

- Thực hiện tốt công tác giám định tư pháp và giám định y khoa.

- Đẩy mạnh và phát triển mạng lưới phục hồi chức năng, chú trọng và quan tâm công tác phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

Bộ Y tế đang xây dựng Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế trình Chính phủ, trên cơ sở đó, Bộ Y tế sẽ tiếp tục xây dựng quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống khám bệnh, chữa bệnh, đáp ứng yêu cầu của Chiến lược bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế.

Kế hoạch y tế 5 năm 2011-2015 đã được ban hành với các trọng tâm:

- Hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (Thực hiện Luật Khám, chữa bệnh; quy chế, quy trình chuyên môn trong KCB; Thực hiện xử phạt khắc phục hậu quả đối với vi phạm đạo đức nghề nghiệp.

- Tiếp tục củng cố và hoàn thiện mạng lưới KBCB; Chống quá tải bệnh viện;

- Điều chỉnh phân tuyến kỹ thuật theo hướng mở rộng dịch vụ, kỹ thuật y tế, tạo điều kiện cho người bệnh tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng ở nơi gần nhất; Tiếp tục triển khai thực hiện Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền; Củng cố hệ thống tổ chức y dược học cổ truyền từ trung ương đến địa phương.

- Nâng cao chất lượng dịch vụ KBCB: Đặc biệt lưu ý khắc phục tình trạng lạm dụng thuốc, xét nghiệm cận lâm sàng, dịch vụ kỹ thuật cao. Triển khai thực hiện các quy định về cấp chứng chỉ hành nghề theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Tiếp tục đẩy mạnh công tác chỉ đạo tuyến, thực hiện Quyết định 1816/QĐ-BYT.

- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện, quản lý tài chính bệnh viện: Triển khai Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính ngành y tế.

III. CÁC HOẠT ĐỘNG TRỌNG TÂM CỦA HỆ THỐNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ CHỈ ĐẠO CỦA BỘ Y TẾ

1. Các nhiệm vụ trọng tâm năm trong thời gian tới

- Giảm tải các bệnh viện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương
- Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính y tế công lập
- Thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, tiến tới Bảo hiểm y tế toàn dân
- Tăng cường mạng lưới y tế cơ sở
- Tăng cường nhân lực y tế
- Thí điểm khám, chữa bệnh theo yêu cầu
- Nâng cao hiệu quả công tác thông tin, truyền thông giáo dục sức khỏe

2. Từng bước hoàn thiện hệ thống pháp luật và đẩy mạnh công tác phổ biến, giáo dục người dân tự giác thực hiện pháp luật về khám, chữa bệnh.

Triển khai xây dựng và thực hiện Nghị định, Thông tư hướng dẫn thực hiện Luật khám, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan:

- Nghị định của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

- Các thông tư đã ban hành:

- + Thông tư hướng dẫn chi tiết về điều kiện đối với người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- + Thông tư hướng dẫn quản lý chất lượng bệnh viện;
- + Thông tư quy định điều kiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép cấp giấy chứng nhận sức khỏe.
- Các thông tư đã dự thảo
- + Thông tư hướng dẫn áp dụng kỹ thuật mới, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh;
- + Thông tư phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và danh mục kỹ thuật;
- + Thông tư hướng dẫn quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về cơ sở khám, chữa bệnh;

Triển khai phổ biến Luật Khám bệnh, chữa bệnh, luật Bảo hiểm y tế và các văn bản pháp quy liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh.

Trong quá trình thực hiện yêu cầu của Sở Y tế, các bệnh viện phối hợp chặt chẽ nhằm tham mưu nội dung văn bản sát với thực tế, đáp ứng yêu cầu triển khai luật có hiệu quả.

3. Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh

Tiếp tục thực hiện có hiệu quả chỉ thị 06/2007/CT – BYT về nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, hạn chế tình trạng quá tải bệnh viện, thực hiện chương trình số 527/ CTr – BYT. Thực hiện Chỉ thị 05/CT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2012 Về việc tăng cường thực hiện các giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh sau khi điều chỉnh giá dịch vụ y tế.

Các bệnh viện tiếp tục thực hiện các biện pháp cải cách thủ tục hành chính, sắp xếp quy trình làm việc quy trình khám, chữa bệnh khoa học và hợp lý nhằm giảm phiền hà cho người bệnh, giảm thời gian chờ đợi khám bệnh, chờ làm xét nghiệm của người bệnh.

Tiếp tục nghiên cứu, nhân rộng các mô hình thí điểm thành công về quản lý chất lượng bệnh viện phù hợp với điều kiện của Việt Nam.

4. Tiếp tục thực hiện đề án 1816

Trong thời gian tới để triển khai Đề án 1816 đạt hiệu quả cao, phát huy những kết quả bước đầu đạt được, khắc phục những hạn chế, bất cập trong tổ chức thực hiện và bảo đảm duy trì tính bền vững và hiệu quả của đề án, trong năm 2013 ngành y tế cần tập trung:

- Tiếp tục phổ biến, quán triệt đến tất cả cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức trong toàn ngành về chủ trương triển khai việc thực hiện nghĩa vụ xã hội của cán bộ y tế, cụ thể trong giai đoạn hiện nay là thực hiện đề án 1816; phổ biến và quán triệt mục tiêu, yêu cầu và nội dung của đề án nhằm tạo ra sự thống nhất cao trong nhận thức và hành động của toàn thể cán bộ, công chức, viên chức y tế.

- Tiếp tục duy trì, phát huy vai trò chỉ đạo của ban chỉ đạo các cấp (Trung ương, địa phương, cơ sở). Kien toàn bộ phận tham mưu Ban chỉ đạo

các cấp triển khai đề án 1816. Triển khai đồng bộ việc cử cán bộ luân phiên từ Trung ương xuống tuyến tỉnh, từ tỉnh xuống huyện và từ huyện xuống xã. Tăng cường vai trò điều phối của Cục quản lý khám, chữa bệnh, các Sở Y tế trong việc cử cán bộ đi luân phiên. Đảm bảo đáp ứng đúng nhu cầu của tuyến dưới và khả năng của tuyến trên, tránh trùng lặp, nâng cao hiệu quả hoạt động.

- Xây dựng văn bản hướng dẫn thi hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh về nghĩa vụ và trách nhiệm của cán bộ y tế đối với xã hội, đồng thời xây dựng chính sách chế độ với cán bộ đi luân phiên.

5. Xây dựng và triển khai các đề án phát triển trung tâm y tế kỹ thuật cao, chuyên sâu

Hoàn thiện đề án phát triển kỹ thuật cao của các bệnh viện đầu ngành, lập dự án đầu tư nâng cấp hạ tầng kỹ thuật, trang thiết bị y tế, đào tạo nguồn nhân lực, sẵn sàng tiếp nhận các kỹ thuật tiên tiến từ các nước có nền y học phát triển.

Kiến toàn mạng lưới Trung tâm/ phòng đào tạo và chỉ đạo tuyến của các bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I trực thuộc Bộ, xây dựng và chuẩn hóa các chương trình, tài liệu đào tạo nhằm thực hiện tốt việc đào tạo bác sĩ CKI, CKII, BS. Nội trú, tạo nguồn nhân lực có chất lượng cho cơ sở khám, chữa bệnh các tuyến.

6. Xây dựng, sửa đổi, bổ sung các hướng dẫn chuyên môn

Phối hợp với các bệnh viện, chuyên gia đầu ngành xây dựng các hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật trong chăm sóc điều trị để trình Bộ trưởng ban hành. Đây sẽ là cơ sở pháp lý quan trọng để các cơ sở khám, chữa bệnh thực hiện nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, sử dụng thuốc hợp lý an toàn, làm cơ sở kiểm soát việc lạm dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật.

Thí điểm triển khai kiểm định lâm sàng, cận lâm sàng nhằm kiểm soát chất lượng thực hành điều trị và chăm sóc người bệnh.

7. Nâng cao y đức trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Tiếp tục thực hiện quy tắc ứng xử ban hành kèm theo quyết định số 29/2008/ QĐ – BYT ngày 18/8/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Các bệnh viện tiếp tục quán triệt và triển khai sâu rộng tới từng cán bộ y tế Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế; tiếp tục thực hiện cuộc vận động học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh. Mỗi cán bộ y tế phải làm tốt chuyên môn nghiệp vụ của mình, phải thực hiện nghiêm các quy chế chuyên môn đặc biệt chú ý đến thái độ trong giao tiếp với người bệnh và người nhà người bệnh;

Không ngừng giáo dục y đức cho cán bộ nhân viên, đặc biệt đội ngũ cán bộ trẻ. Hạn chế tối đa tình trạng tiêu cực, hiện tượng xuống cấp về đạo đức của một số cán bộ y tế. Duy trì hoạt động có hiệu quả của đường dây nóng. Điều tra đánh giá sự hài lòng của người bệnh một cách thường xuyên để nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.

8. Nâng cao năng lực đội ngũ lãnh đạo và cán bộ quản lý bệnh viện

Tiếp tục mở các lớp đào tạo quản lý bệnh viện cho Lãnh đạo các bệnh viện, từng bước nâng cao năng lực và chuẩn hóa đội ngũ cán bộ quản lý trong bệnh viện, đặc biệt là quản lý tài chính bệnh viện, quản lý vật tư, trang thiết bị y tế. Tổ chức đào tạo về quản lý chăm sóc và nâng cao năng lực quản lý cho Điều dưỡng trưởng các cấp.

9. Tăng cường công tác dược bệnh viện

Duy trì thực hiện chỉ thị số 05/2004/CT – BYT về việc chấn chỉnh công tác cung ứng, sử dụng thuốc trong bệnh viện. Phát huy vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị. Tăng cường kiểm tra giám sát và xử dụng thuốc hợp lý, an toàn. Bảo đảm cung ứng đầy đủ thuốc, công khai thuốc và thông tin thuốc trong bệnh viện. Triển khai thực hiện quy chế kê đơn. Tiếp tục tổ chức tập huấn công tác Dược lâm sàng. Duy trì và công tác bình bệnh án, bình đơn thuốc tại các khoa, tránh việc thực hiện một cách hình thức.

10. Tăng cường chăm sóc người bệnh và dinh dưỡng tiết chế

Củng cố hệ thống điều dưỡng trưởng các cấp, đảm bảo đủ biên chế điều dưỡng để triển khai chăm sóc toàn diện. Đẩy mạnh việc thực hiện làm theo ca kíp tại các khoa trọng điểm. Đảm bảo các chăm sóc cơ bản, giáo dục sức khỏe, nuôi dưỡng chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh.

11. Tăng cường đầu tư cho công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện

Chuẩn hóa hệ thống thông tin bệnh viện nhằm đáp ứng yêu cầu về đổi mới phương thức chi trả theo chẩn đoán; rà soát sửa đổi biểu mẫu hồ sơ bệnh án, sổ sách ghi chép trong bệnh viện; cập nhật bổ sung bảng phân loại bệnh tật, tử vong quốc tế ICD – 10; dịch và ban hành bảng phân loại phẫu thuật thủ thuật quốc tế ICD – 9; xây dựng hệ thống tổng hợp báo cáo trực tuyến; xây dựng chương trình đào tạo nhân viên quản lý thông tin bệnh viện, mã hóa bệnh tật, tử vong, mã hóa phẫu thuật thủ thuật;

Với định hướng đổi mới phương thức chi trả theo ca bệnh, đòi hỏi các bệnh viện phải có thông tin tốt, đặc biệt là công tác mã hóa bệnh tật tử vong; mã hóa phẫu thuật thủ thuật phải chính xác mới đáp ứng được yêu cầu hạch toán chi trả.

Đẩy mạnh thực hiện chỉ thị số 02/2009/CT – BYT ngày 25/2/2009 của Bộ trưởng về đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong ngành y tế, trong đó thúc đẩy việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện; giao cho lãnh đạo các đơn vị cân bố trí ngân sách không dưới 1% chi thường xuyên cho công nghệ thông tin. Hoàn thành việc triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện ở các bệnh viện tuyến trung ương, và các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

12. Đầu tư nâng cấp các bệnh viện

Tập trung đầu tư nâng cấp các bệnh viện từ trung ương đến địa phương bằng nguồn vốn ngân sách Nhà nước, vốn trái phiếu Chính phủ (Đề án 47 đầu tư cho bệnh viện tuyến huyện, Quyết định 930 của Thủ tướng Chính phủ đầu tư cho bệnh viện tuyến tỉnh); nguồn vốn ODA và các nguồn vốn hợp pháp khác.

13. Tiếp tục đầu tư và hoàn thiện hệ thống xử lý chất thải bệnh viện

Đối với các bệnh viện chưa có hệ thống xử lý chất thải bệnh viện cần khẩn trương xây dựng đề án, lồng ghép vào các đề án khác (đề án 47, đề án 930, các dự án hỗ trợ y tế vùng). Đối với các bệnh viện đã có tên trong danh mục được các dự án hỗ trợ kinh phí (WB) cần khẩn trương hoàn thiện dự án trình cấp thẩm quyền phê duyệt làm cơ sở đầu tư. Triển khai đúng tiến độ, theo đúng hướng dẫn các dự án đã được phê duyệt về hoàn thiện hệ thống xử lý chất thải rắn, chất thải lỏng.

14. Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát

Tăng cường công tác kiểm tra thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh, các quy định chuyên môn khám chữa bệnh; công tác đấu thầu thuốc vật tư, trang thiết bị y tế, xã hội hóa khám chữa bệnh. Xử lý nghiêm những trường hợp vi phạm quy chế chuyên môn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Khen thưởng thích đáng về tinh thần và vật chất cho các tập thể và cá nhân có thành tích đặc biệt trong khám chữa bệnh.

Với sự quan tâm của Đảng, Nhà nước, hệ thống khám chữa bệnh đang đứng trước cơ hội phát triển và nâng cao chất lượng mặc dù vẫn còn không ít khó khăn, thách thức. Cần tiếp tục nghiên cứu đổi mới cơ chế quản lý nhằm tăng cường hiệu quả sử dụng nguồn lực còn hạn chế để từng bước đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị quyết số 46 NQ/TW ngày 23 tháng 2 năm 2005 về công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới
2. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020
3. Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22 tháng 02 năm 2008 phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh đến 2010 và tầm nhìn đến 2020

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Một số thành tựu cơ bản của y học Việt Nam

	Đúng	Sai
Ghép tim		
Ghép gan		
Ghép phổi		
Ghép thận từ người cho chết não		
Ghép tế bào gốc		

Câu 2. Tuổi thọ bình quân của người Việt Nam so với tuổi thọ bình quân các nước có mức thu nhập quốc dân theo đầu người tương đương:

- A) Cao hơn
- B) Tương đương
- C) Thấp hơn

Câu 3. Bệnh viện tư nhân được xếp vào tuyến nào?

- A) Tuyến tỉnh
- B) Tuyến huyện
- C) Không phân tuyến

Câu 4. Theo anh/chị, quá tải bệnh viện xảy ra ở đâu? (Chọn 1 phương án đúng nhất)

- A) Ở tất cả các bệnh viện trung ương
- B) Bệnh viện tuyến cuối ở một số chuyên khoa
- C) Bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh
- D) Bệnh viện huyện

Câu 5. Theo anh/chị, nguyên nhân quá tải bệnh viện chủ yếu là gì?

	Đúng	Sai
Thiếu bệnh viện, thiếu giường bệnh		
Năng lực chuyên môn tuyến dưới còn hạn chế		
Nhu cầu KCB tăng, giao thông đi lại thuận tiện		
Giá viện phí không chênh lệch giữa các tuyến		

Tăng tỷ lệ người có bảo hiểm y tế		
Phân tuyến kỹ thuật chưa hợp lý, người bệnh dễ dàng vượt tuyến lên tuyến trên		
Chất lượng dịch vụ tuyến trên cao hơn tuyến dưới		
Chất lượng kỹ thuật tuyến trên cao hơn tuyến dưới		

Câu 6. Theo anh/chị, đâu là giải pháp cơ bản để giảm tải bệnh viện

	Đúng	Sai
Xây thêm bệnh viện, tăng giường bệnh		
Nâng cao năng lực chuyên môn tuyến dưới		
Tăng cường công tác y tế dự phòng và truyền thông giáo dục sức khỏe		
Tăng cao giá viện phí tuyến trên		
Giữ mức ổn định tỷ lệ người có bảo hiểm y tế		
Điều chỉnh phân tuyến kỹ thuật, người bệnh không dễ dàng vượt tuyến lên tuyến trên		
Nâng cao chất lượng dịch vụ tuyến dưới		
Chuyển giao kỹ thuật tuyến trên cho tuyến dưới		

BÀI 2

TỔNG QUAN VỊ TRÍ, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ, CƠ CẤU CỦA BỘ Y TẾ VÀ HỆ THỐNG KHÁM, CHỮA BỆNH

MỤC TIÊU

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

1. Mô tả được vị trí, chức năng, nhiệm vụ của Bộ Y tế
2. Trình bày được cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế và hệ thống khám, chữa bệnh
3. Mô tả được chức năng, nhiệm vụ Cục Quản lý khám, chữa bệnh
4. Mô tả chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện

NỘI DUNG

I. CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA BỘ Y TẾ

1. Các lĩnh vực

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

- Y tế dự phòng
- Khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, pháp y tâm thần
- Y học cổ truyền
- Dược, mỹ phẩm
- An toàn vệ sinh thực phẩm
- Trang thiết bị y tế
- Bảo hiểm y tế
- Dân số - Kế hoạch hóa gia đình
- Sức khỏe sinh sản
- Quản lý Nhà nước các dịch vụ công thuộc các lĩnh vực quản lý của Bộ

2. Nhiệm vụ

- Trình Chính phủ các Dự án luật, pháp lệnh, dự thảo nghị quyết, nghị định của Chính phủ theo chương trình, kế hoạch xây dựng pháp luật của Bộ đã

được phê duyệt và các đề án khác về các lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Bộ theo sự phân công của Chính phủ.

- Trình TTgCP phê duyệt chiến lược, quy hoạch, kế hoạch dài hạn, 5 năm và các Chương trình mục tiêu Quốc gia, các công trình, dự án quan trọng về các lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Bộ, các dự thảo Quyết định và chỉ thị của TTgCP

- Chủ trì, phối hợp với Bộ tài chính, trình TTgCP quyết định danh mục dự trữ quốc gia; tổ chức thực hiện dự trữ quốc gia về thuốc, hoá chất, trang thiết bị y tế, phương tiện phòng chống dịch bệnh, thiên tai thảm hoạ theo quy định của pháp luật...

- Ban hành theo thẩm quyền các Quyết định, Chỉ thị, Thông tư về các lĩnh vực thuộc phạm vi Nhà nước của Bộ

- Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và tổ chức thực hiện các văn bản Qui phạm pháp luật, chiến lược, quy hoạch, kế hoạch các Chương trình mục tiêu Quốc gia sau khi được phê duyệt; tổ chức thông tin, tuyên truyền, phổ biến giáo dục pháp luật về các lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý Nhà nước của Bộ và các vấn đề liên quan đến sức khỏe

Các nhiệm vụ cụ thể khác trong các lĩnh vực:

- Khám chữa bệnh và phục hồi chức năng;
- Y tế dự phòng;
- Vệ sinh an toàn thực phẩm;
- Y dược cổ truyền, dược và mỹ phẩm;
- Trang thiết bị và công trình y tế;
- Dân số kế hoạch hóa gia đình và sức khỏe sinh sản;
- Bảo hiểm y tế;
- Nhân lực y tế;
- Khoa học công nghệ,...

II. LĨNH VỰC KHÁM, CHỮA BỆNH

- Ban hành các quy định về điều kiện, tiêu chuẩn, thành lập, sáp nhập, tổ chức lại, giải thể các cơ sở khám, chữa bệnh;

- Xây dựng tiêu chuẩn quốc gia trình cấp có thẩm quyền công bố và ban hành các quy định phân tuyến kỹ thuật, quy chế chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần;

- Thẩm định, quyết định cho phép ứng dụng các kỹ thuật mới trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng theo quy định của pháp luật;

- Cấp, đình chỉ, thu hồi chứng chỉ hành nghề y tư nhân và giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề y tư nhân đối với hình thức Bệnh viện tư nhân và các cơ sở hành nghề y tư nhân có vốn đầu tư của nước ngoài theo quy định của pháp luật;

- Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

III. CƠ CẤU TỔ CHỨC

1. Danh sách các Vụ, Cục, đơn vị chức năng, giúp Bộ trưởng thực hiện chức năng quản lý Nhà nước

1. Vụ Truyền thông và Thi đua, khen thưởng.
2. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em.
3. Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế.
4. Vụ Bảo hiểm y tế.
5. Vụ Kế hoạch - Tài chính.
6. Vụ Tổ chức cán bộ.
7. Vụ Hợp tác quốc tế.
8. Vụ Pháp chế.
9. Văn phòng Bộ.
10. Thanh tra Bộ.
11. Cục Y tế y tế dự phòng.
12. Cục phòng, chống HIV/AIDS.
13. Cục An toàn thực phẩm.
14. Cục Quản lý môi trường y tế.
15. Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo.
16. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.
17. Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền
18. Cục Quản lý Dược.
19. Cục Công nghệ thông tin.

20. Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình.
21. Viện chiến lược và chính sách y tế.
22. Báo sức khỏe và đời sống.
23. Tạp chí Y học thực hành.
24. Tạp chí Dược học.

2. Sở Y tế Tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

Sơ đồ hệ thống y tế Việt Nam (phụ lục 2)

3. Y tế các bộ, ngành

1. Cục Y tế Bộ Công an
2. Cục Y tế Giao thông Vận tải
3. Ban Tổ chức Cán bộ - Lao động, VNPT
4. Trung tâm Y tế Bộ xây dựng
5. Trung tâm Y tế Dệt may
6. Trung tâm Y tế Gang thép
7. Trung tâm Y tế Bộ NN - PTNT
8. Trung tâm Y tế Môi trường - Lao động, Bộ Công thương
9. Trung tâm y tế Hàng không
10. Cục Quân y, Bộ quốc phòng

IV. CÁC ĐƠN VỊ SỰ NGHIỆP TRỰC THUỘC BHYT

Quyết định số 1874/QĐ-TTg ngày 12/11/2009 của Thủ tướng chính phủ về việc ban hành danh sách các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế có 73 đơn vị (Quyết định kèm theo - Phụ lục 2) trong đó:

- 35 Bệnh viện/viện có giường bệnh
- 22 Viện nghiên cứu;
- 14 Trường đại học, học viện/trung tâm đào tạo...
- 1 TTTT-GDSK
- 1 Viện CNTT-Thư viện

V. GIỚI THIỆU VỀ CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH

Theo Quyết định 16/2008/QĐ-BYT ngày 22/4/2008 Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Cục Quản lý khám, chữa bệnh

1. Vị trí và chức năng

Cục Quản lý Quản lý khám, chữa bệnh là Cục quản lý chuyên ngành, thuộc Bộ Y tế, giúp Bộ trưởng Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước về công tác khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần trong cả nước.

Cục Quản lý khám, chữa bệnh có tư cách pháp nhân, có con dấu và có tài khoản riêng, trụ sở trong Bộ Y tế. Kinh phí hoạt động của Cục do ngân sách Nhà nước cấp và các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

2. Nhiệm vụ và quyền hạn

1) Chủ trì hoặc phối hợp xây dựng, sửa đổi, bổ sung luật, pháp lệnh và các văn bản quy phạm pháp luật khác về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần trình các cấp có thẩm quyền ban hành.

2) Chủ trì hoặc phối hợp xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, các chương trình, dự án liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần trình các cấp có thẩm quyền phê duyệt.

3) Chủ trì xây dựng tiêu chuẩn kỹ thuật quốc gia trình cấp có thẩm quyền công bố; xây dựng các quy định phân tuyến kỹ thuật, quy chế chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần trình Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

4) Tham gia xây dựng chính sách viện phí, bảo hiểm y tế, cơ chế tự chủ và các chính sách khác trong khám, chữa bệnh; chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức thực hiện các cơ chế, chính sách đó.

5) Tham gia xây dựng các quy định về điều kiện, tiêu chuẩn, thành lập, sáp nhập, tổ chức lại, giải thể các cơ sở khám, chữa bệnh.

6) Phối hợp xây dựng các tiêu chuẩn phân hạng các cơ sở khám, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần; Tham gia phân hạng đối với các cơ sở trên trực thuộc Bộ Y tế.

7) Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và tổ chức thực hiện luật, pháp lệnh và các văn bản quy phạm pháp luật, chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các cơ sở khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

8) Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra công tác quản lý sử dụng thuốc hợp lý an toàn và hiệu quả trong chữa bệnh, bao gồm: hoạt động của Hội đồng thuốc

và điều trị; công tác kê đơn, sử dụng thuốc. Chủ trì xây dựng danh mục thuốc chủ yếu sử dụng trong các cơ sở khám, chữa bệnh;

9) Chủ trì hoặc phối hợp thẩm định các điều kiện cho phép ứng dụng các kỹ thuật mới, kỹ thuật cao, kỹ thuật lấy ghép mô, bộ phận cơ thể người trong các cơ sở khám, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng theo quy định của pháp luật.

10) Thẩm định và cấp, đình chỉ, thu hồi chứng chỉ hành nghề cho người hành nghề y, giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề y tư nhân đối với hình thức bệnh viện tư nhân, kể cả bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài theo quy định của pháp luật.

11) Chỉ đạo, hướng dẫn và kiểm tra việc quản lý chất thải y tế, chống nhiễm khuẩn và công tác bảo vệ môi trường trong các cơ sở khám, chữa bệnh.

12) Chỉ đạo các cơ sở khám, chữa bệnh tổ chức ứng cứu, tiếp nhận và điều trị nạn nhân trong các vụ dịch bệnh, thiên tai, thảm họa.

13) Chỉ đạo và tổ chức triển khai các chương trình, dự án mục tiêu y tế quốc gia theo sự phân công của Bộ trưởng.

14) Làm đầu mối tổ chức các hội đồng chuyên môn giải quyết các vấn đề về chuyên môn, kỹ thuật trong khám, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

15) Tham gia, chỉ đạo, hướng dẫn các hoạt động nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế trong lĩnh vực khám, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

16) Chỉ đạo, hướng dẫn, bồi dưỡng nâng cao năng lực quản lý Nhà nước và chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ quản lý trong lĩnh vực khám, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

17) Chỉ đạo, hướng dẫn thực hiện cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực khám chữa bệnh, triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong Quản lý Khám, chữa bệnh.

18) Thống kê số liệu hoạt động khám, chữa bệnh, xây dựng hệ cơ sở dữ liệu về khám, chữa bệnh.

19) Quản lý cán bộ, công chức, tài sản, kinh phí được giao theo quy định của pháp luật và phân cấp của Bộ trưởng Bộ Y tế.

20) Thực hiện các nhiệm vụ, quyền hạn khác theo sự phân công hoặc ủy quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Cơ cấu tổ chức

Lãnh đạo Cục: Cục trưởng và các Phó Cục trưởng do Bộ trưởng Bộ Y tế bổ nhiệm và miễn nhiệm. Cục trưởng chịu trách nhiệm trước Bộ trưởng Bộ Y tế về mọi hoạt động của Cục, các Phó cục trưởng giúp việc Cục trưởng và chịu trách nhiệm trước Cục trưởng và pháp luật về nhiệm vụ được phân công.

Các Phòng ban

- 1) Văn phòng Cục
- 2) Phòng Nghiệp vụ và Pháp chế
- 3) Phòng Phục hồi chức năng và giám định
- 4) Phòng Điều dưỡng và tiết chế
- 5) Phòng Hành nghề y ngoài công lập
- 6) Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện
- 7) Phòng Chỉ đạo tuyến và Luân phiên, luân chuyển cán bộ

Các tổ chức sự nghiệp

1. Trung tâm phát triển năng lực quản lý khám, chữa bệnh
2. Tạp chí bệnh viện

Sơ đồ hệ thống khám chữa bệnh (Phụ lục 3)

VI. PHÒNG NGHIỆP VỤ Y SỞ Y TẾ

1. Chức năng

Phòng Nghiệp vụ Y là Phòng thuộc Sở Y tế tỉnh, Thành phố, trực thuộc Trung ương, có chức năng tham mưu cho Giám đốc Sở Y tế trong việc thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về công tác chuyên môn Nghiệp vụ Y và phát triển Khoa học kỹ thuật trong ngành Y tế.

2. Nhiệm vụ

1) Phối hợp với các phòng ban chức năng, các đơn vị trực thuộc Sở Y tế và các cơ quan chức năng trên địa bàn tỉnh, xây dựng phương án và chuẩn bị các điều kiện đảm bảo cho việc thực hiện kế hoạch phòng bệnh, khám chữa bệnh, điều dưỡng chăm sóc phục vụ người bệnh, phục hồi chức năng và phòng chống thiên tai, dịch bệnh tại địa phương.

2) Triển khai hướng dẫn, theo dõi và giám sát việc thực hiện các quy chế, quy trình kỹ thuật, chế độ chuyên môn đồng thời đánh giá hiệu quả hoạt động về chuyên môn nghiệp vụ trong công tác phòng bệnh, khám chữa bệnh, điều dưỡng chăm sóc phục vụ người bệnh, phục hồi chức năng và phòng chống thiên tai, dịch bệnh của các đơn vị y tế trực thuộc Sở Y tế, y tế cơ quan, xí nghiệp, trường học... và y tế tư nhân đóng trên địa bàn.

3) Tham mưu cho Giám đốc Sở Y tế trong việc tổ chức thực hiện kế hoạch của ngành về quản lý chất lượng, vệ sinh an toàn thực phẩm.

4) Theo dõi đánh giá và phân tích diễn biến mô hình bệnh tật trên địa bàn tỉnh, đề xuất phương án củng cố, phát triển mạng lưới phòng bệnh, khám chữa bệnh.

5) Đề xuất việc nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị, phối hợp xây dựng kế hoạch cung cấp thuốc thiết yếu, để đáp ứng nhu cầu phòng bệnh, khám chữa bệnh cho các cơ sở y tế của tỉnh.

6) Là đầu mối triển khai và theo dõi thực hiện công tác nghiên cứu khoa học và ứng dụng các tiến bộ kỹ thuật hiện đại, phục vụ cho sự phát triển của ngành. Tham gia đề xuất nhu cầu và phối hợp thực hiện công tác đào tạo về chuyên môn, kỹ thuật đối với tất cả các đơn vị trực thuộc Sở Y tế.

7) Tham mưu cho Giám đốc Sở Y tế về mặt chuyên môn nghiệp vụ trong công tác giám định Y khoa, giám định pháp y, pháp y tâm thần, quản lý sức khỏe.

8) Phối hợp với thanh tra Sở Y tế để thanh tra, kiểm tra chuyên môn Y tế về công tác khám chữa bệnh, vệ sinh an toàn lao động, quản lý chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm và phòng chống dịch bệnh.

9) Tham gia giải quyết các khiếu nại, tố cáo liên quan đến chuyên môn, kỹ thuật trong phòng và khám chữa bệnh.

10) Tham mưu cho Giám đốc Sở Y tế trong việc quản lý về chuyên môn nghiệp vụ đối với các cơ sở hành nghề y, y học cổ truyền tư nhân, bán công, dân lập theo quy định của pháp luật.

11) Thống kê tổng hợp báo cáo về công tác chuyên môn, nghiệp vụ theo quy định.

12) Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc sở Y tế giao.

VII. CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA BỆNH VIỆN

Điều 53 (Luật KB,CB). Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh kịp thời cho người bệnh.

2. Thực hiện quy định về chuyên môn kỹ thuật và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

3. Công khai thời gian làm việc, niêm yết giá dịch vụ và thu theo đúng giá đã niêm yết.

4. Báo cáo cơ quan cấp giấy phép hoạt động trong trường hợp thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người hành nghề là người nước ngoài theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

5. Bảo đảm việc thực hiện các quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề được quy định tại Luật này.

6. Bảo đảm các điều kiện cần thiết để người hành nghề thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn được phép.

7. Chấp hành quyết định huy động của cơ quan nhà nước có thẩm quyền trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh nguy hiểm.

8. Trường hợp dừng hoạt động, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm chuyển người bệnh, hồ sơ bệnh án đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Khám bệnh, chữa bệnh

2. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020

3. Kiểm tra bệnh viện 2008, 2009, 2010

4. Thông tư số 23/2005/TT-BYT Hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Xác định câu đúng và câu sai trong các câu khẳng định dưới đây:

Cục Quản lý khám, chữa bệnh có nhiệm vụ:

	Đúng	Sai
Câu 1. Chủ trì xây dựng các Tiêu chuẩn, quy chuẩn quốc gia về khám chữa bệnh và trình cấp có thẩm quyền công bố		
Câu 2. Chủ trì xây dựng các văn bản hướng dẫn về đào tạo liên tục trong các đơn vị sự nghiệp		
Câu 3. Đầu mối xây dựng các quy định về phân tuyến kỹ thuật		
Câu 4. Xây dựng các hướng dẫn chuyên môn về khám chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, giám định pháp y và giám định pháp y tâm thần trình Bộ trưởng ban hành		
Câu 5. Chủ trì gia xây dựng chính sách viện phí, bảo hiểm y tế, cơ chế tự chủ và các chính sách khác trong khám, chữa bệnh;		
Câu 6. Đầu mối tổ chức các hội đồng chuyên môn giải quyết các vấn đề về chuyên môn, kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh.		
Câu 7. Đầu mối chỉ đạo, hướng dẫn các hoạt động nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh.		
Câu 8. Chỉ đạo, hướng dẫn, bồi dưỡng nâng cao năng lực quản lý Nhà nước và chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ quản lý trong lĩnh vực khám, chữa bệnh.		
Câu 9. Chủ trì thẩm định các điều kiện cho phép ứng dụng các kỹ thuật mới, kỹ thuật cao, kỹ thuật lấy ghép mô, bộ phận cơ thể người trong các cơ sở khám, chữa bệnh		

BÀI 3

NHỮNG NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

VÀ CÁC VĂN BẢN HƯỚNG DẪN

MỤC TIÊU

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

1. Nắm được tổng quan về Bảo hiểm y tế tại Việt Nam
2. Trình bày được những nội dung chính của Luật Bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn.
3. Xác định những khó khăn, bất cập trong việc triển khai Luật Bảo hiểm y tế
4. Các biện pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế

NỘI DUNG

Chính sách tài chính y tế là một trong những chính sách quan trọng nhất, tạo nguồn tài chính hỗ trợ cho hoạt động y tế, thực hiện mục tiêu công bằng và hiệu quả trong lĩnh vực bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Có 4 nguồn tài chính y tế chủ yếu:

- *Thuế*: Thuế trực tiếp theo thu nhập và thuế gián tiếp theo mức tiêu thụ là nguồn cung cấp tài chính quan trọng cho y tế ở nhiều quốc gia, có thể đáp ứng các tiêu chí về một hệ thống tài chính theo định hướng công bằng. Quỹ được huy động thông qua thuế có thể thu theo khả năng trả và nguồn thu được phân bổ theo nhu cầu, như vậy, không có ràng buộc giữa mức đóng góp cá nhân và khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế

Tỷ lệ ngân sách thu từ thuế chi cho y tế là một trong những yếu tố quyết định trong việc nâng cao tính công bằng trong cung cấp tài chính và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cũng như phát triển hệ thống bảo hiểm y tế (BHYT) dựa vào cộng đồng ở các nước, các vùng có thu nhập thấp

- *Bảo hiểm y tế xã hội*: Mọi người đều đóng BHYT xã hội dựa trên thu nhập, không kể người đó có sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay không.

Chính phủ hỗ trợ một phần chi phí từ ngân sách, nhưng số tiền chủ yếu là từ nguồn đóng góp của người tham gia theo hình thức thuế thu nhập, chính phủ điều tiết hệ thống này bằng pháp luật. Hệ thống y tế này phát triển dựa trên quan niệm về chi trả trước và chia sẻ nguy cơ.

- *Chi trả trực tiếp*: Bao gồm các chi trả mà người sử dụng phải lấy tiền túi của mình để mua dịch vụ y tế. Người sử dụng có thể phải chi trả toàn bộ chi phí khám chữa bệnh hay đồng chi trả với BHYT. Việc huy động tài chính từ chi trả trực tiếp hay viện phí trực tiếp có thể làm giảm khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế về mặt kinh tế và gây ảnh hưởng tiêu cực về mặt xã hội là làm tăng sự nghèo đói của người bệnh.

- *Bảo hiểm y tế tư nhân*: Người sử dụng dịch vụ y tế mua BHYT tư nhân theo mệnh giá nhất định được quyết định tùy theo nguy cơ mắc bệnh của người mua bảo hiểm. Với mệnh giá này, họ sẽ được cung cấp gói dịch vụ như đã thỏa thuận với công ty BHYT tư nhân.

A. HỆ THỐNG BẢO HIỂM Y TẾ TẠI VIỆT NAM, QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN BHYT Ở VIỆT NAM

Ngày 15/8/1992 Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ban hành Nghị định 299/HĐBT kèm theo Điều lệ Bảo hiểm y tế, đánh dấu sự ra đời chính thức của chính sách BHYT ở nước ta, cho đến nay, chính sách BHYT đã qua 4 lần sửa đổi, bổ sung chính sách, đó là:

1. Giai đoạn từ 1992 - 8/1998: Giai đoạn hình thành chính sách, xây dựng bộ máy tổ chức thực hiện chính sách

Chính sách BHYT trong giai đoạn này thực hiện theo Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng và được bổ sung bằng Nghị định 47/CP ban hành ngày 6/6/1994.

- Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc bao gồm: cán bộ, công chức, viên chức, cán bộ hưu trí, mất sức lao động ở các khu vực hành chính sự nghiệp, người lao động khu vực sản xuất kinh doanh của Nhà nước và tư nhân nếu có từ 10 lao động trở lên. Các đối tượng khác tham gia BHYT theo khả năng và nhu cầu, trên cơ sở tự nguyện.

- Phạm vi quyền lợi được đảm bảo cơ bản trong khám chữa bệnh, cả nội trú và ngoại trú và không thực hiện cùng chi trả.

- Mức đóng với đối tượng tham gia bắt buộc được quy định là 3% mức lương và phụ cấp theo lương, trong đó người lao động đóng 1% và chủ sử dụng lao động đóng 2%.

- Thanh toán chi phí khám chữa bệnh của người tham gia BHYT theo phí dịch vụ và theo ngày điều trị bình quân.

- Về tổ chức bộ máy BHYT: trong giai đoạn này, hệ thống BHYT trực thuộc Bộ Y tế và được tổ chức theo quy định của Thông tư 11/BYT-TT ngày 17/9/1992 của Bộ Y tế, bao gồm cơ quan BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế và BHYT tỉnh, thành phố là một bộ phận trực thuộc Sở Y tế. Quỹ BHYT được quản lý theo từng tỉnh, hạch toán độc lập, không có sự bù đắp, điều tiết, hỗ trợ

lẫn nhau (theo mô hình đa quỹ). Cơ quan BHYT Việt Nam ở Trung ương trực thuộc Bộ Y tế có trách nhiệm quản lý, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ với BHYT các tỉnh và ngành dưới sự giám sát của Hội đồng quản trị BHYT Việt Nam. Bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố và ngành chịu sự giám sát của Hội đồng quản trị BHYT địa phương hoặc của ngành.

Mô hình tổ chức bộ máy BHYT trong giai đoạn này đã bước đầu đáp ứng các yêu cầu nhiệm vụ đặt ra, phù hợp với đặc điểm, tình hình kinh tế xã hội ở mỗi địa phương và mỗi ngành, phù hợp với sự phân cấp quản lý hành chính và phát huy được tính chủ động, sáng tạo, gắn với trách nhiệm của lãnh đạo các địa phương và ngành cũng như các đoàn thể liên quan ở địa phương.

2. Giai đoạn từ tháng 8/1998 - 6/2005: Giai đoạn mở rộng đối tượng, củng cố bộ máy tổ chức.

Để giải quyết những bất cập trong quá trình thực hiện Nghị định 299, ngày 13/8/1998, Chính phủ đã ban hành Nghị định 58/1998/NĐ-CP nhằm mở rộng chính sách BHYT, đa dạng hoá các loại hình bảo hiểm để mở rộng đối tượng tham gia; xác định rõ nghĩa vụ và trách nhiệm của các bên liên quan đến tổ chức thực hiện BHYT; đảm bảo cân đối quỹ; đảm bảo thống nhất quyền lợi giữa các địa phương, các đối tượng; thống nhất quản lý để việc triển khai được đồng bộ:

- Bộ máy thực hiện bảo hiểm y tế được tổ chức thống nhất từ trung ương đến địa phương và trực thuộc Bộ Y tế.

- Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất trên phạm vi cả nước và được hạch toán độc lập với ngân sách Nhà nước.

- Mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc, mở rộng quyền lợi, được thanh toán một phần chi phí đối với các trường hợp khám chữa bệnh theo yêu cầu hoặc tự chọn thầy thuốc.

- Bảo hiểm y tế tự nguyện đã có khung pháp lý cụ thể hơn, Quỹ KCB được phân bổ để chi cho chăm sóc sức khỏe ban đầu; đảm bảo thanh toán cho KCB ngoại trú và chi trả theo dịch vụ đối với nội trú.

- Quỹ quản lý được trích trên tỷ lệ thu (8,5%) để chi cho con người, cơ sở vật chất và các hoạt động quản lý hành chính khác của hệ thống BHYT.

- Áp dụng quy định “cùng chi trả” 20% chi phí KCB đối với một số đối tượng (trừ học sinh, cán bộ hưu, người nghèo, người có công với Cách mạng) như một biện pháp kiểm soát, chống lạm dụng quỹ BHYT.

Trong giai đoạn này có sự thay đổi về tổ chức hệ thống: từ 1/1/2003 hệ thống BHYT Việt Nam được chuyển giao từ Bộ Y tế sang BHXH Việt Nam theo Quyết định 20/QĐ-TTg ngày 20/1/2002 của Thủ tướng Chính phủ và được tổ chức hoạt động theo quy định tại Nghị định 100/2002/NĐ-CP ngày

6/12/2002 của Chính phủ. Với sự sáp nhập này, quỹ BHYT trở thành một quỹ thành phần của quỹ BHXH, được quản lý tập trung, thống nhất và thực hiện điều tiết chung theo Quy chế quản lý tài chính đối với BHXH Việt Nam.

3. Giai đoạn từ tháng 7/2005 - 1/7/2009: Giai đoạn mở rộng BHYT cho các đối tượng xã hội với sự hỗ trợ của Nhà nước

Sau 7 năm thực hiện, Nghị định 58/1998/NĐ-CP đã mang lại những kết quả đáng khích lệ trên nhiều mặt: đối tượng tham gia ngày càng tăng, đến cuối năm 2004 đã bao phủ khoảng 23% dân số; số thu từ BHYT chiếm khoảng 28-32% tổng chi ngân sách Nhà nước cấp cho cơ sở KCB, vừa đảm bảo nguồn thu ổn định cho hoạt động cơ sở KCB vừa đảm bảo tính công bằng trong khám chữa bệnh thông qua cơ chế bảo hiểm trên phạm vi cả nước.

Bên cạnh những kết quả đã đạt được, cùng với sự phát triển về kinh tế-xã hội và một số chính sách mới ban hành liên quan đến hệ thống y tế, cơ sở khám chữa bệnh, Nghị định 58 cũng đã bộc lộ một số bất cập, cần phải điều chỉnh. Ngày 16/5/2005, Chính phủ ban hành Nghị định 63/2005/NĐ-CP kèm theo điều lệ BHYT sửa đổi. Liên Bộ Y tế - Tài chính ban hành Thông tư 21 và 22/2005/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn thực hiện BHYT. Nội dung sửa đổi của Nghị định và các Thông tư hướng dẫn thực hiện có các điểm sửa đổi và bổ sung như sau:

a. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc được mở rộng đến tất cả đối tượng có quan hệ lao động có hợp đồng từ đủ 3 tháng trở lên, đặc biệt là với các đối tượng chính sách xã hội và người nghèo với sự hỗ trợ từ ngân sách Nhà nước.

b. Mở rộng đối tượng tham gia BHYT tự nguyện: bên cạnh BHYT học sinh, BHYT tự nguyện còn triển khai dưới hình thức BHYT theo hộ gia đình, hội viên hội đoàn thể.

c. Mở rộng quyền lợi thanh toán cho một số dịch vụ như xét nghiệm chẩn đoán sàng lọc HIV; chi phí vận chuyển cho một số nhóm đối tượng; ...

d. Mở rộng cơ sở KCB BHYT, thay đổi cơ chế cùng chi trả; ngoài cơ chế thanh toán theo phí dịch vụ, bổ sung các phương thức thanh toán định suất và thanh toán theo chẩn đoán.

e. Toàn bộ phí BHYT được sử dụng để thanh toán chi phí KCB, không trích chi cho bộ máy; quỹ khám chữa bệnh được điều hoà chung trong phạm vi cả nước.

f. Bộ Y tế và UBND các tỉnh, thành phố thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về Bảo hiểm y tế; cơ quan thực hiện chính sách bảo hiểm y tế là Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

4. Giai đoạn từ tháng 1/7/2009 đến nay: Giai đoạn thực hiện Luật BHYT với mục tiêu BHYT toàn dân.

Luật BHYT được Quốc hội thông qua ngày 24/11/2008 và bắt đầu có hiệu lực từ ngày 1/7/2009, đây là giai đoạn đánh dấu một bước trong hoàn thiện pháp luật về bảo hiểm y tế, là cơ sở pháp lý cao nhất thể chế hoá quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước trong việc thực hiện chính sách tài chính y tế thông qua BHYT, với mục tiêu BHYT toàn dân, xây dựng nền y tế Việt Nam theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

B. NHỮNG NỘI DUNG CHÍNH CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Luật bảo hiểm y tế và các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật bao gồm một số nội dung quan trọng, thay đổi so với quy định hiện hành. Luật BHYT quy định về chế độ, chính sách BHYT, áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến BHYT. Luật này không áp dụng đối với BHYT mang tính kinh doanh.

I. Những quy định chung

1. Một số khái niệm

- *Bảo hiểm y tế* là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật. BHYT toàn dân là các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia BHYT.

- *Quỹ BHYT* là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng BHYT và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí KCB cho người tham gia BHYT, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức BHYT và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến BHYT.

- *Cơ sở KCB BHYT ban đầu* là cơ sở KCB đầu tiên theo đăng ký của người tham gia BHYT và được ghi trong thẻ BHYT.

- *Giám định BHYT* là hoạt động chuyên môn do tổ chức BHYT tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT, làm cơ sở để thanh toán chi phí KCB BHYT.

2. Nguyên tắc xây dựng Luật BHYT

- Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT.

- Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (sau đây gọi chung là mức lương tối thiểu).

- Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT.

- Chi phí KCB BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả.

- Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ.

3. Trách nhiệm quản lý Nhà nước về BHYT

a) Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý Nhà nước về BHYT. Bộ Y tế có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan, tổ chức có liên quan thực hiện nhiệm vụ sau:

- Xây dựng chính sách, pháp luật về BHYT, tổ chức hệ thống y tế, tuyến chuyên môn kỹ thuật y tế, nguồn tài chính phục vụ công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân dựa trên BHYT toàn dân;

- Xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch tổng thể phát triển BHYT;

- Ban hành danh mục thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT và các quy định chuyên môn kỹ thuật liên quan đến KCB BHYT;

- Xây dựng và trình Chính phủ các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ BHYT;

- Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về BHYT;

- Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức triển khai thực hiện chế độ BHYT;

- Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về BHYT;

- Theo dõi, đánh giá, tổng kết các hoạt động trong lĩnh vực BHYT;

- Tổ chức nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về BHYT.

b) Ủy ban nhân dân các cấp thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước về BHYT tại địa phương, cụ thể:

- Chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT;

- Bảo đảm kinh phí đóng BHYT cho các đối tượng được ngân sách Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ theo quy định của Luật này;

- Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về BHYT;

- Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về BHYT.

4. Các hành vi bị nghiêm cấm trong thực hiện BHYT

- Không đóng hoặc đóng BHYT không đầy đủ theo quy định của Luật.

- Gian lận, giả mạo hồ sơ, thẻ BHYT

- Sử dụng tiền đóng BHYT, quỹ BHYT sai mục đích.
- Cản trở, gây khó khăn hoặc làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người tham gia BHYT và của các bên liên quan đến BHYT.
- Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về BHYT.
- Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với quy định của pháp luật về BHYT.

II. Đối tượng, mức đóng BHYT

1. Đối tượng tham gia BHYT

Luật BHYT quy định có 25 nhóm đối tượng có trách nhiệm tham gia BHYT, bao gồm:

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (gọi chung là người lao động).
2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.
3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng.
4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.
5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách Nhà nước.
6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp BHXH hàng tháng.
7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách Nhà nước hàng tháng.
8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.
9. Người có công với cách mạng.
10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.
11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.
12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.
13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật.

14. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.

15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.

16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;

b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;

c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan QĐND và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc QĐND nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.

17. Trẻ em dưới 6 tuổi.

18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.

19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

21. Học sinh, sinh viên.

22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.

23. Thân nhân của người lao động

24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.

25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ.

2. Lộ trình thực hiện BHYT toàn dân

- Đối tượng quy định từ khoản 1 đến khoản 20 Điều 12 của Luật thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 1/7/2009;

- Học sinh sinh viên có trách nhiệm tham gia BHYT từ ngày 01/01/2010;

- Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có trách nhiệm tham gia BHYT từ ngày 01/01/2012;

- Thân nhân người lao động; xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và các đối tượng còn lại khác có trách nhiệm tham gia BHYT từ ngày 01/01/2014;

3. Mức đóng và trách nhiệm đóng BHYT

Luật BHYT quy định mức đóng hàng tháng của đối tượng tối đa bằng 6% mức tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu. Từ 1/1/2010 mức đóng hàng tháng của đối tượng bằng 4,5% mức tiền lương, tiền công, lương hưu, tiền trợ cấp, mất sức lao động, mức lương tối thiểu, cụ thể:

- Người lao động được hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật: Bằng 4,5% mức tiền lương, tiền công hàng tháng của người lao động trong đó người lao động đóng 1/3, người sử dụng lao động đóng 2/3.

- Học sinh sinh viên: bằng 3% mức lương tối thiểu

- Ngân sách Nhà nước bảo đảm cho một số đối tượng: Người nghèo, người có công, người cao tuổi...

- Ngân sách Nhà nước hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng đối với hộ gia đình cận nghèo; hỗ trợ tối thiểu 30% - 50% mức đóng đối học sinh sinh viên

- Giảm mức đóng khi tham gia BHYT theo hộ gia đình.

III. Thẻ bảo hiểm y tế

1. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ BHYT và thời điểm thẻ BHYT có giá trị sử dụng được quy định như sau:

- Đối với người tự nguyện tham gia BHYT nếu đóng BHYT liên tục kể từ lần thứ hai trở đi hoặc người tham gia BHYT quy định của Luật này thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng BHYT;

- Đối với người tự nguyện tham gia BHYT đóng BHYT lần đầu hoặc đóng BHYT không liên tục thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng BHYT; riêng đối với quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao thì thẻ BHYT có giá trị sử dụng sau 180 ngày, kể từ ngày đóng BHYT;

- Thẻ BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi thì có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi.

2. Thẻ BHYT bị thu hồi trong trường hợp: Gian lận trong việc cấp thẻ BHYT; người có tên trong thẻ BHYT không tiếp tục tham gia BHYT. Thẻ BHYT bị tạm giữ trong trường hợp người đi KCB sử dụng thẻ BHYT của người khác. Người có thẻ BHYT bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo quy định của pháp luật.

IV. Phạm vi được hưởng Bảo hiểm y tế

1. Người tham gia BHYT được quỹ BHYT chi trả các chi phí sau

- a) KCB, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;
- b) Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh;
- c) Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với các đối tượng sau: (1) Người có công với cách mạng; (2) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội; (3) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; (4) Trẻ em dưới 6 tuổi; (5) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.

2. Mức hưởng BHYT

Luật quy định mức hưởng cụ thể theo các nhóm đối tượng, theo tuyến, theo các hạng bệnh viện khác nhau cho 2 trường hợp: (1) Đi KCB theo đúng quy định của Luật; (2) Đi KCB không đúng quy định của Luật.

2.1. Người tham gia BHYT khi đi KCB theo đúng quy định của Luật thì được quỹ BHYT thanh toán theo 3 mức:

- 100% chi phí KCB đối với đối tượng quy định tại các khoản 2, 9 và 17 Điều 12 của Luật; Chi phí cho một lần KCB thấp hơn 15% mức lương tối thiểu và KCB tại tuyến xã;

- 95% chi phí KCB đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 Điều 12 của Luật;

- 80% chi phí KCB đối với các đối tượng khác.

- Trường hợp sử dụng DVKT cao, chi phí lớn, quỹ thanh toán theo mức như trên nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó;

2.2 KCB không đúng cơ sở KCB ban đầu hoặc KCB không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (trừ trường hợp cấp cứu) thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo 3 mức:

- 70% chi phí đối với cơ sở KCB hạng III

- 50% chi phí đối với cơ sở KCB hạng II

- 30% chi phí đối với cơ sở KCB hạng I, hạng đặc biệt

Trường hợp sử dụng DVKT cao, chi phí lớn, quỹ thanh toán theo các mức quy định như trên nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó.

2.3 Một số quy định khác

a) Trường hợp tự chọn thầy thuốc, tự chọn buồng bệnh: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí KCB theo giá dịch vụ hiện hành của Nhà nước áp dụng cho cơ sở KCB đó và theo mức hưởng quy định

b) KCB tại các cơ sở y tế ngoài công lập được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định của Luật và theo giá dịch vụ áp dụng đối với các cơ sở KCB công lập tương đương tuyến chuyên môn kỹ thuật.

c) Quỹ BHYT thanh toán 50% chi phí của thuốc điều trị ung thư, thuốc chống thải ghép ngoài danh mục quy định của Bộ Y tế nhưng đã được phép lưu hành tại Việt Nam theo chỉ định của cơ sở y tế theo mức hưởng quy định đối với một số trường hợp: Người bệnh tham gia BHYT liên tục từ đủ 36 tháng trở lên; Trẻ em dưới 6 tuổi...;

d) Luật BHYT cũng quy định cụ thể việc thanh toán trong một số trường hợp: Chi phí vận chuyển người bệnh; Tai nạn giao thông; KCB ngoài giờ hành chính; khám chữa bệnh trong những ngày nghỉ, ngày lễ; KCB tại cơ sở y tế không ký hợp đồng KCB BHYT; không đủ thủ tục khám chữa bệnh hoặc KCB ở nước ngoài.

3. Quỹ BHYT không thanh toán trong các trường hợp sau:

- Các chi phí đã được ngân sách Nhà nước chi trả.
- Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.
- Khám sức khỏe.
- Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.
- Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.
- Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.
- Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.
- Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong KCB và PHCN
- KCB, PHCN đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.
- KCB trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.
- KCB nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.
- KCB tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.
- Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.
- Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

V. Tổ chức khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT

1. Cơ sở KCB BHYT

Cơ sở KCB BHYT là cơ sở y tế có ký hợp đồng KCB với tổ chức BHYT, bao gồm: Trạm y tế xã và tương đương, nhà hộ sinh; Phòng khám đa khoa, chuyên khoa; Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa.

2. Đăng ký KCB BHYT

Người tham gia BHYT có quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; một số trường hợp được đăng ký tại cơ sở KCB tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương thực hiện theo quy định tại Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Trường hợp người tham gia BHYT phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được KCB ban đầu tại cơ sở KCB phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật và nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Chuyển tuyến điều trị

Người bệnh có thể bảo hiểm y tế được chuyển tuyến khám, chữa bệnh tùy theo mức độ bệnh tật, phù hợp với phạm vi chuyên môn và phân tuyến kỹ thuật trong khám chữa bệnh theo quy định và được quy định cụ thể tại Thông tư số 10 như sau:

a) Trường hợp các dịch vụ kỹ thuật mà cơ sở khám chữa bệnh đã được phê duyệt nhưng vì lý do khách quan không thể thực hiện được thì cơ sở khám chữa bệnh đó được phép chuyển người bệnh đến cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế khác có khả năng thực hiện kỹ thuật đó để điều trị.

b) Trường hợp người bệnh đã được cấp cứu, điều trị mà vẫn phải tiếp tục theo dõi, điều trị nhưng vượt quá khả năng đáp ứng về cơ sở vật chất của cơ sở khám chữa bệnh (tình trạng quá tải) thì cơ sở KCB được phép chuyển người bệnh đến cơ sở khám chữa bệnh BHYT khác có khả năng cấp cứu, điều trị người bệnh.

c) Trường hợp người bệnh đã được cấp cứu, điều trị đến giai đoạn ổn định nếu cần điều trị, theo dõi, chăm sóc tiếp thì chuyển đến cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nơi chuyển bệnh nhân đến hoặc cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu hoặc cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế khác nếu cơ sở đó đồng ý tiếp nhận và điều trị.

Căn cứ điều kiện thực tế của địa phương và khả năng đáp ứng của cơ sở khám chữa bệnh, Sở Y tế chủ trì phối hợp với Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố quy định các đối tượng, số lượng người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký

khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, các trường hợp chuyển tuyến giữa các địa bàn để bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, tránh quá tải.

4. Thủ tục KCB BHYT

a) Người tham gia BHYT khi đến KCB phải xuất trình thẻ BHYT có ảnh; trường hợp thẻ BHYT chưa có ảnh thì phải xuất trình thẻ BHYT cùng với giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó;

b) Trẻ em dưới 6 tuổi khi đi khám chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT; trường hợp chưa có thẻ BHYT thì xuất trình giấy khai sinh hoặc giấy chứng sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở y tế và cha (hoặc mẹ) hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để thanh toán với Bảo hiểm xã hội.

c) Trường hợp cấp cứu, người tham gia BHYT được KCB tại bất kỳ cơ sở KCB nào và phải xuất trình thẻ BHYT, các giấy tờ quy định trước khi ra viện.

d) Trường hợp chuyển tuyến điều trị, người tham gia BHYT phải có hồ sơ chuyển viện của cơ sở KCB; trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia BHYT phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở KCB.

e) Trường hợp đi khám chữa bệnh mà không phải trong tình trạng cấp cứu khi đi công tác, khi làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được KCB ban đầu tại cơ sở y tế tương đương với cơ sở đăng ký khám chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ và ngoài việc phải xuất trình các giấy tờ quy định và giấy công tác hoặc giấy đăng ký tạm trú để được hưởng quyền lợi BHYT

5. Hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Bảo hiểm xã hội có trách nhiệm ký hợp đồng với cơ sở y tế. Căn cứ phạm vi, tính chất chuyên môn, hình thức thanh toán được áp dụng, hai bên thống nhất bổ sung, hoàn chỉnh các điều khoản cụ thể trong hợp đồng. Hằng năm, hai bên tổ chức thanh lý hợp đồng và xem xét, điều chỉnh bổ sung các điều khoản của hợp đồng cho năm tới. Việc hợp đồng khám bệnh chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã và tương đương được quy định:

- Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với Bệnh viện huyện hoặc Bệnh viện đa khoa khu vực (nơi không có Bệnh viện huyện) hoặc Trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng Bệnh viện huyện để tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu tại Trạm y tế xã.

- Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho Trạm y tế xã và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có), các dịch vụ kỹ thuật do Trạm y tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn được quy định; Việc lưu người bệnh để theo dõi và điều

trị tại Trạm y tế xã thực hiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế nhưng số ngày lưu theo dõi không quá 3 ngày. Riêng đối với các Trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn theo Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg ngày 05/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ, Giám đốc Sở Y tế quy định việc tổ chức điều trị nội trú tại Trạm y tế xã nhưng số ngày điều trị không quá 5 (năm) ngày. Tổng quỹ để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã không thấp hơn 10% quỹ khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo số thẻ đăng ký khám chữa bệnh BHYT tại Trạm y tế xã.

VI. Thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT

1. Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT

Luật quy định 3 phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT tại các cơ sở khám chữa bệnh :

a) Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí KCB và mức đóng tính trên mỗi thẻ BHYT được đăng ký tại cơ sở KCB BHYT trong một khoảng thời gian nhất định.

b) Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh;

c) Thanh toán theo trường hợp bệnh là thanh toán theo chi phí KCB được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán.

2. Việc tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí KCB BHYT

a) Cơ sở KCB BHYT được tạm ứng kinh phí hàng quý tối thiểu bằng 80% chi phí KCB BHYT thực tế của quý trước đã được quyết toán.

b) Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở KCB và tổ chức BHYT được thực hiện hằng quý như sau:

- Trong tháng đầu của mỗi quý, cơ sở KCB BHYT có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí KCB BHYT của quý trước cho tổ chức BHYT;

- Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán của cơ sở KCB BHYT, tổ chức BHYT có trách nhiệm xem xét và thông báo kết quả quyết toán chi phí. Trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày thông báo kết quả quyết toán, tổ chức BHYT phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở KCB.

- Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia BHYT KCB theo quy định tổ chức BHYT phải thanh toán chi phí KCB trực tiếp cho các đối tượng này

VII. Một số quy định về Quỹ Bảo hiểm y tế

1. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức BHYT. Tổng số thu bảo

hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố được phân bổ và quản lý như sau:

- 90% số thu bảo hiểm y tế (gọi là quỹ khám bệnh, chữa bệnh) để lại Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý.

- 10% số thu bảo hiểm y tế chuyển Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý để lập quỹ dự phòng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế và chi phí quản lý BHYT

2. Quỹ khám chữa bệnh do BHXH tỉnh quản lý được sử dụng như sau:

- Chi trả các khoản chi phí KCB bảo hiểm y tế;

- Trích chuyển 12% quỹ khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng học sinh, sinh viên cho cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân để chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh, sinh viên.

3. Trường hợp quỹ khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh quản lý trong năm không sử dụng hết được sử dụng như sau:

- 60% sử dụng để mua sắm, bảo dưỡng trang thiết bị y tế, đào tạo nâng cao trình độ nghiệp vụ và những khoản chi khác để phục vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại địa phương theo hướng dẫn của liên Bộ Y tế - Tài chính;

- 40% chuyển về Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung vào quỹ dự phòng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Ngoài ra, Luật BHYT cũng quy định cụ thể quyền, trách nhiệm của các bên liên quan trong thực hiện BHYT, đồng thời xác định rõ: Thanh tra y tế thực hiện chức năng thanh tra chuyên ngành về BHYT. Việc khiếu nại và giải quyết khiếu nại đối với quyết định hành chính, hành vi hành chính về BHYT, việc tố cáo và giải quyết tố cáo vi phạm pháp luật về BHYT được thực hiện theo quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo./.

C. NHỮNG KHÓ KHĂN, BẤT CẬP TRONG TRIỂN KHAI THỰC HIỆN LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Trong thời gian qua việc triển khai thực hiện Luật BHYT đã đạt được một số kết quả nhất định, nhưng vẫn còn một số khó khăn, bất cập:

1. Trong mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT

Tỷ lệ tham gia BHYT chưa đầy đủ, tính tuân thủ pháp luật chưa cao. Trong khoảng 40% dân số chưa tham gia BHYT, có cả đối tượng tham gia BHYT bắt buộc và đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng (Người lao động trong các doanh nghiệp mới đạt 53,4% và có khoảng 13,1% số người cận nghèo). Tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm tự nguyện đóng BHYT chỉ đạt trên 18% tổng số đối tượng. Một số nguyên nhân chủ yếu:

- Các doanh nghiệp không đóng hoặc trốn đóng BHYT cho người lao động do nhận thức của chủ sử dụng lao động chưa đầy đủ, một bộ phận người lao động còn thiếu hiểu biết về chính sách BHYT.

- Chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa Sở, ngành trong chỉ đạo, hướng dẫn triển khai thực hiện Luật BHYT đối với một số nhóm đối tượng: Cận nghèo, học sinh, sinh viên; trẻ dưới 6 tuổi

- Số người tự nguyện tham gia BHYT còn thấp, đa số trong đó là những người mắc bệnh mãn tính, bệnh hiểm nghèo mới tham gia để được hưởng chi phí KCB từ quỹ BHYT.

2. Tổ chức khám chữa bệnh BHYT

- Chất lượng khám, chữa bệnh nhìn chung còn chưa đáp ứng nhu cầu KCB của nhân dân nhất là ở tuyến y tế cơ sở và các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa do điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, quy định phạm vi chuyên môn, năng lực cán bộ còn hạn chế. Hầu hết các bệnh viện đều quá tải, nhất là ở các cơ sở tuyến tỉnh, tuyến trung ương.

- Tình trạng khám, chữa bệnh vượt tuyến dẫn tới sự quá tải ở tuyến trên và người dân chưa hài lòng vì thủ tục KCB và phải mất thời gian chờ đợi.

- Việc tổ chức, quản lý KCB tại Trạm y tế xã còn một số khó khăn vướng mắc do việc tổ chức KCB tại Trạm y tế xã chưa thống nhất; điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực Trạm y tế xã còn hạn chế, vẫn còn 30% Trạm y tế xã chưa có bác sĩ.

3. Khó khăn, vướng mắc trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT

- Việc thực hiện hợp đồng giữa cơ quan BHXH và cơ sở khám chữa bệnh chưa nghiêm, trong Hợp đồng không có đầy đủ thông tin để cơ sở KCB theo dõi, quản lý thông tin của các bên (số thẻ BHYT, về tổng quỹ...), ký hợp đồng và thanh lý hợp đồng hàng năm thực hiện chậm.

- Quy định cùng chi trả (theo các mức 5% hoặc 20% tùy theo nhóm đối tượng) và phần chi phí mà người bệnh phải thanh toán đối với các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn nếu vượt mức 40 tháng lương tối thiểu đã có tác động đáng kể đến người bệnh, nhất là những người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, người mắc các bệnh mạn tính (chạy thận nhân tạo, ung thư, bệnh nội tiết..).

- Một số quy định khác cũng ảnh hưởng đến quá trình tổ chức thực hiện Luật BHYT đó là: Giá thu một phần viện phí theo Nghị định 95 từ năm 1994 chưa được sửa đổi; quy định về đấu thầu, thanh toán thuốc BHYT

4. Một số khó khăn, vướng mắc khác

- Công tác tuyên truyền phổ biến pháp luật ở một số địa phương chưa được quan tâm đúng mức, một số cán bộ hiểu không đúng tinh thần của Luật và các văn bản hướng dẫn gây vướng mắc trong tổ chức thực hiện; người dân thiếu thông tin về những quy định mới của Luật BHYT nhất là vùng đặc biệt khó khăn.

- Nhân lực của cả Sở Y tế và BHXH để tổ chức thực hiện và tham mưu chính sách còn thiếu. Sở Y tế chưa có bộ phận chuyên trách; số cán bộ theo dõi BHYT tại tỉnh chủ yếu là kiêm nhiệm. Ở tuyến huyện, theo quy định của Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4 /2008 của liên Bộ Y tế - Nội vụ, Phòng Y tế có chức năng tham mưu, giúp Ủy ban nhân dân cấp huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn nhưng không quy định rõ chức tham mưu trong quản lý Nhà nước về BHYT.

- Công tác thống kê, quản lý dữ liệu và thu thập thông tin về BHYT phục vụ cho quản lý, xây dựng chính sách, giám sát chưa kịp thời.

- Số lượng cán bộ làm công tác giám định của BHXH hiện chưa đáp ứng được yêu cầu nhiệm vụ và sự gia tăng đối tượng tham gia BHYT, nhất là năng lực trong việc theo dõi, giám sát chất lượng khám chữa bệnh, thanh toán chi phí khám chữa bệnh.

D. CÁC BIỆN PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh đáp ứng sự hài lòng của người bệnh là một trong những yếu tố hấp dẫn người tham gia BHYT. Để thực hiện nhiệm vụ này, cùng với việc tiếp tục hoàn thiện một số văn bản quy phạm pháp luật như: Quy chế bệnh viện, các quy trình chuyên môn, kỹ thuật, các qui định cung ứng thuốc, chính sách viện phí, bảo hiểm y tế, chế độ phụ cấp cho cán bộ y tế cho phù hợp với tình hình hiện nay, Bộ Y tế tập trung triển khai một số giải pháp sau: .

1. Tăng cường tập huấn, tuyên truyền các chính sách pháp luật về BHYT, giúp cộng đồng hiểu biết đầy đủ Luật BHYT liên quan đến lợi ích, nghĩa vụ, quyền lợi của các đối tượng tham gia BHYT. Bên cạnh đó, các cơ sở KCB phải tăng cường nhân lực để giải thích cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân hiểu rõ các chính sách BHYT mới, nhất là việc thực hiện cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh BHYT.

2. Triển khai các hoạt động giáo dục y đức, nâng cao tinh thần thái độ phục vụ người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Thực hiện tốt quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp với người bệnh. Phát động phong trào “Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh” mà trọng tâm là học tập làm theo lời dạy của Bác “Thầy thuốc như mẹ hiền”.

3. Tiếp tục thực hiện Chương trình 527; Chỉ thị 06/2007/CT-BYT về việc nâng cao chất lượng KCB; đẩy mạnh thực hiện Đề án 1816 về luân phiên cán bộ từ tuyến trên hỗ trợ cho tuyến dưới.

- Các cơ sở KCB duy trì và tăng cường các hoạt động để nâng cao chất lượng KCB như: bố trí kinh phí mua sắm các trang thiết bị phục vụ người bệnh trong thời gian chờ khám bệnh, tăng thêm giờ, thêm bàn khám bệnh, tăng thêm bàn thanh toán BHYT, trả kết quả xét nghiệm theo giờ...

- Rà soát các quy trình, thủ cải cách thủ tục hành chính trong KCB cho người có thẻ BHYT, giảm bớt các thủ tục không cần thiết nhằm làm giảm phiền hà cho người bệnh tạo sự hài lòng của người bệnh, góp phần củng cố, xây dựng niềm tin của nhân dân đối với ngành. Duy trì hoạt động có hiệu quả đường dây nóng, để kịp thời nắm thông tin và xử lý các tình huống.

- Triển khai, thực hiện tốt Nghị định số 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập. Triển khai, thực hiện tốt Thông tư liên tịch Bộ Y tế, Bộ Nội vụ số 08/2007/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để đảm bảo nguồn nhân lực hoạt động của đơn vị.

- Nâng cao năng lực y tế tuyến cơ sở đặc biệt là tuyến quận, huyện. Tiếp tục triển khai thực hiện Đề án 1816, duy trì thực hiện đảm bảo định mức cán bộ, duy trì thời gian cử cán bộ đi luân phiên, quan tâm nhiều hơn đến chất lượng chuyển giao kỹ thuật, góp phần nâng cao hơn nữa trình độ, chuyên môn của cán bộ y tế, nâng cao chất lượng KCB cho tuyến dưới, nhất là đối với miền núi, vùng sâu, vùng xa.

4. Thực hiện đồng bộ các giải pháp làm giảm tình trạng quá tải tại Bệnh viện, tiếp tục thực hiện Chỉ thị 05 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc chấn chỉnh công tác cung ứng sử dụng thuốc trong bệnh viện, phát huy vai trò của hội đồng thuốc và điều trị, tổ chức đấu thầu mua thuốc theo đúng quy định.

5. Tăng cường công tác kiểm tra, thanh tra, xử lý nghiêm những trường hợp vi phạm quy chế chuyên môn, quản lý và sử dụng quỹ BHYT trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Khen thưởng kịp thời về tinh thần và vật chất cho các tập thể và cá nhân có thành tích.

Ngoài ra, các đơn vị tăng cường đầu tư cho công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện; nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ lãnh đạo và cán bộ quản lý bệnh viện; thực hiện hiệu quả nguồn trái phiếu Chính phủ cho các dự án trong Quyết định 47, 930; tăng cường quan tâm đến các lĩnh vực như hợp tác quốc tế, mở rộng mối quan hệ hợp tác quốc tế...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Bảo hiểm y tế
2. Nghị định 62/2009/NĐ - CP ngày 27/7/2009 của chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế
3. Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế
4. Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
5. Các Danh mục: dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn; thuốc BHYT; VTYT

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Điền các cụm từ vào chỗ trống để hoàn thiện các định nghĩa dưới đây:

Câu 1. BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực (A)....., không vì mục đích (B)....., do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật.

Câu 2. Quỹ BHYT là quỹ (A).....được hình thành từ nguồn (B).....và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí KCB cho người (C).....BHYT, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức BHYT và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến BHYT.

Câu 3. Luật bảo hiểm được xây dựng trên nguyên tắc:

(Xác định câu đúng sai đối với các câu khẳng định dưới đây)

STT		Đ	S
1	Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người dân		
2	Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (sau đây gọi chung là mức lương tối thiểu).		
3	Mức hưởng BHYT không phân biệt theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT.		
4	Chi phí KCB BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả		
5	Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ		

Câu 4. Các mức chi phí KCB quỹ BHYT sẽ thanh toán đối với các trường hợp KCB đúng cơ sở KCB ban đầu hoặc KCB theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (trừ trường hợp cấp cứu):

(Chọn các câu trả lời đúng nhất đối với các câu dưới đây)

A) 70% chi phí đối với cơ sở KCB hạng III, 50% chi phí đối với cơ sở KCB hạng II và 30% chi phí đối với cơ sở KCB hạng I, hạng Đặc biệt

B) 70% chi phí đối với cơ sở KCB hạng III, 50% chi phí đối với cơ sở KCB hạng II và 20% chi phí đối với cơ sở KCB hạng I, hạng Đặc biệt

C) 70% chi phí đối với cơ sở KCB hạng III, 40% chi phí đối với cơ sở KCB hạng II và 30% chi phí đối với cơ sở KCB hạng I, hạng Đặc biệt

D) Trường hợp sử dụng DVKT cao, chi phí lớn, quỹ thanh toán theo các mức quy định như trên nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật đó.

Câu 5. BHYT sẽ thanh toán cho các trường hợp khám chữa bệnh:

(Xác định câu đúng sai đối với các câu khẳng định dưới đây)

STT		Đ	S
1	Chi phí vận chuyển người bệnh từ bệnh viện tuyến huyện trở lên		
2	Chi phí vận chuyển đối với đối tượng khi đang điều trị nội trú nhưng vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở y tế.		
3	KCB ngoài giờ hành chính; những ngày nghỉ, ngày lễ thì được thanh toán chi phí khám chữa bệnh như quy định đối với khám chữa bệnh trong ngày làm việc.		

Câu 6. BHYT sẽ không thanh toán cho các trường hợp khám chữa bệnh:

(Xác định câu đúng sai đối với các câu khẳng định dưới đây)

STT		Đ	S
1	Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai sẽ không được BHYT thanh toán, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.		
2	KCB nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác và Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.		
3	Khám chữa bệnh ở nước ngoài người bệnh sẽ phải tự thanh toán toàn bộ chi phí KCB		

Câu 7. Ghép cặp các cụm từ ở cột hỏi cho phù hợp với các câu trả lời trong cột hỏi để mô tả Quá trình phát triển chính sách BHYT tại Việt Nam.

Cột trả lời

Cột hỏi

(1) Sửa đổi, bổ sung một số điều của Điều lệ BHYT ban hành theo Nghị định 299/HĐBT;

(2) Sự ra đời chính thức của chính sách BHYT ở nước ta

1. Nghị định 299/HĐBT (1992) kèm theo Điều lệ Bảo hiểm y tế,

2. Nghị định số 47/CP ngày 06/6/1994

(3) Ban hành Điều lệ BHYT thay thế Điều lệ BHYT ban hành theo Nghị định 299/HĐBT;	3. Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13/8/1998
(4) Ban hành ngày 24/11/2008	4. Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005
(5) Ban hành Điều lệ BHYT thay thế Điều lệ BHYT ban hành theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP.	5. Luật Bảo hiểm y tế

BÀI 4

LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

MỤC TIÊU

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

1. Nắm được quan điểm và ý nghĩa ban hành Luật khám bệnh, chữa bệnh

2. Học viên nắm được những nội dung cơ bản của Luật Khám bệnh, chữa bệnh (KBCB)
3. Trình bày các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

NỘI DUNG

I. VÌ SAO QUỐC HỘI BAN HÀNH BAN HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

1. Thể chế hóa quan điểm của Đảng và Nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh

a) Đánh giá đúng đắn vai trò quan trọng của sức khỏe con người trong quá trình đổi mới, đưa đất nước tiến lên công nghiệp hoá và hiện đại hoá, Đảng và Nhà nước ta đã đề ra mục tiêu tổng quát để phát triển sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân (bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân) là *“Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật và tử vong, nâng cao sức khỏe, tăng tuổi thọ, cải thiện chất lượng giống nòi, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, chất lượng nguồn nhân lực, hình thành hệ thống chăm sóc sức khỏe đồng bộ từ Trung ương đến cơ sở và thói quen giữ gìn sức khỏe của nhân dân, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, xây dựng và bảo vệ Tổ quốc”*¹.

b) Để đạt được mục tiêu trên đòi hỏi phải thực hiện nhất quán một trong những quan điểm cơ bản là *“Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước”*².

Như vậy, quan điểm của Đảng và Nhà nước ta về điều khẳng định nhất quán mục tiêu từng bước nâng cao chất lượng công tác khám bệnh chữa bệnh nhằm đáp ứng ngày một tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân và quan điểm này cần phải thể chế hóa bằng pháp luật, trong đó có Luật Khám bệnh chữa bệnh.

¹ Nghị quyết số 46 - NQ/TW ngày 25/02/2005 của Bộ Chính trị về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.

¹ Nghị quyết số 46 - NQ/TW ngày 25/02/2005 của Bộ Chính trị về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.

¹ Báo cáo tại Hội nghị tổng kết công tác y tế năm 2008 của Bộ Y tế ngày 28/12/2008.

2. Đáp ứng yêu cầu thực tiễn của công tác khám bệnh chữa bệnh hiện nay

a) Trong những năm qua, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó có lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng. Hoạt động y tế dự phòng được đẩy mạnh hơn. Một số dịch bệnh mới như viêm phổi cấp (SARS), dịch cúm A (H5N1) ở người đã được ngăn chặn, khắc phục nhanh. Mạng lưới y tế, đặc biệt là y tế cơ sở đã được củng cố và phát triển; đã có 97,9 % xã trong cả nước có trạm y tế; 66,5 % trạm y tế có bác sỹ. Nhiều cơ sở khám bệnh chữa bệnh được đầu tư, nâng cấp, nhiều kỹ thuật y học cao được áp dụng và mở rộng đến tuyến tỉnh như hỗ trợ sinh sản, ghép thận, gan, phẫu thuật tim hở, nong mạch vành, phẫu thuật nội soi, chẩn đoán hình ảnh... đáp ứng nhu cầu khám bệnh chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân³. Chế độ khám bệnh chữa bệnh cho người nghèo, khám bệnh chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi đang được triển khai thực hiện. Đến nay, "Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm từ 33,4% năm 2000 xuống 21,2% năm 2007; tỷ lệ chết của trẻ em dưới 1 tuổi còn 16%. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam từ 67,8 tuổi đã nâng lên 72,84 tuổi vào năm 2007"⁴.

b) Bên cạnh các kết quả đạt được trên đây, công tác khám bệnh chữa bệnh vẫn còn một số tồn tại sau :

- Mô hình bệnh tật ở nước ta được phân loại theo 3 nhóm (nhiễm trùng, không nhiễm trùng và tai nạn, thương tích). Nhóm bệnh không nhiễm trùng chiếm tỷ trọng mắc bệnh cao nhất là 60,61 %, nhóm bệnh nhiễm trùng vẫn còn phổ biến và chiếm tỷ trọng mắc bệnh trên 27,0 %, nhóm bệnh do tai nạn thương tích chiếm tỷ trọng mắc bệnh là 11,95 %. Tình trạng ngộ độc thực phẩm còn cao, hàng năm có từ 1,3 - 1,5 triệu người ngộ độc; tình trạng ô nhiễm môi trường ngày càng trầm trọng, đặc biệt là ô nhiễm do sử dụng hóa chất; tình hình sức khỏe công nhân và bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động vẫn còn cao⁵ đòi hỏi việc cung cấp các dịch vụ khám bệnh chữa bệnh thuận lợi, đa dạng, hiệu quả và kịp thời.

- Hiện nay, tính trên cả nước, trong khu vực Nhà nước có 13.439 cơ sở khám bệnh chữa bệnh, trong đó có 953 bệnh viện công với gần 202.941 giường bệnh⁶, được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại nhưng so với nhu cầu cung cấp dịch vụ y tế thì hầu hết cơ sở vật chất, nhà cửa, điện nước, thiết bị thông dụng của các bệnh viện vẫn chưa đạt tiêu chuẩn tối thiểu. Ở khu vực tư nhân, đến

⁴ Bộ Y tế, Niên giám thống kê y tế năm 2007.

⁵ Quy hoạch hệ thống y tế năm 2007.

⁶ Tổng cục thống kê, Niên giám thống kê y tế năm 2010 - tr. 43.

nay, cả nước đã có 121 bệnh viện tư nhân với trên tổng số 5.600 giường bệnh; hơn 30.000 phòng khám, dịch vụ y tế tư nhân. Đối với các cơ sở khám bệnh chữa bệnh công do chưa có quy định điều kiện cụ thể để cấp giấy phép hoạt động nên nhiều cơ sở khám bệnh chữa bệnh đã không đạt điều kiện, đặc biệt là cơ sở vật chất, xử lý chất thải y tế. Trong khi đó, các cơ sở khám bệnh chữa bệnh tư nhân muốn hoạt động được phải đáp ứng đầy đủ các điều kiện mới được cấp phép. Do đó, cần thiết phải có cơ chế pháp lý về điều kiện cụ thể và cấp giấy phép hoạt động cho mọi cơ sở trên để bảo đảm cung cấp dịch vụ y tế khám bệnh chữa bệnh cho người bệnh một cách hiệu quả, đồng đều.

- Theo số liệu thống kê của Bộ Y tế năm 2013, ở nước ta, đến nay có 310.980 cán bộ y tế làm việc trong khu vực nhà nước (trong đó, 56.661 bác sỹ, 51.062 y sỹ, 2736 điều dưỡng viên đại học, 64.901 điều dưỡng viên trung học, 8.254 điều dưỡng viên sơ học, 23.569 nữ hộ sinh đại học và trung học, 1.429 nữ hộ sinh sơ học, 13.171 kỹ thuật viên y tế, 679 xét nghiệm viên và 269 lương y)⁷, chưa kể người đang hành nghề trong khu vực tư nhân. Việc cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện từ năm 1995 đối với người đứng đầu các cơ sở hành nghề y tư nhân (việc cấp này thông qua việc xét hồ sơ thuần túy của đối tượng hành nghề) nhưng đối với người trực tiếp hành nghề khám bệnh chữa bệnh thuộc khu vực Nhà nước và khu vực tư nhân đều chưa được thực hiện nên chất lượng của đội ngũ này cũng chưa đồng đều do Việt Nam chưa có hệ thống đăng ký, kiểm tra, cấp chứng chỉ hành nghề và giám sát hoạt động cho người hành nghề khám bệnh chữa bệnh.

3. Đáp ứng với yêu cầu phát triển và hoàn thiện hệ thống pháp luật về KBCB

Hiện nay, các chế định pháp luật về KBCB chủ yếu được quy định trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30/6/1989 (Chương KBCB, chương KBCB bằng y học cổ truyền), Pháp lệnh Hành nghề y, được tư nhân. Qua đánh giá, pháp luật về KBCB còn các bất cập sau:

a) Các quy định về KBCB trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân còn chung chung, mang tính nguyên tắc nên hiệu lực pháp luật không cao. Một số quy định đã được luật, pháp lệnh khác ban hành sau này điều chỉnh như bảo vệ sức khỏe (BVSK) người cao tuổi đã được quy định tại Pháp lệnh Người cao tuổi ngày 28/4/2000; về BVSK thương binh, bệnh binh đã được quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người hoạt động cách mạng, liệt sỹ và gia đình liệt sỹ, thương binh, bệnh binh, người hoạt động kháng chiến, người có công giúp đỡ cách mạng ngày 10/9/2004; về BVSK người tàn tật đã được quy định tại Pháp lệnh người tàn tật ngày 30/7/1998; về thực hiện kế hoạch hóa gia đình đã được quy định trong Pháp lệnh Dân số ngày 22/01/2003; về BVSK trẻ em đã được quy

⁷ Tổng cục thống kê, Niên giám thống kê y tế năm 2009 - tr 49.

định trong Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em ngày 15/6/2004.... Do đó, chỉ còn các quy định về điều kiện hành nghề KBCB, các quy định chuyên môn kỹ thuật y tế trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân là chưa được cụ thể hóa.

b) Pháp lệnh Hành nghề y, dược tư nhân (Nội dung hành nghề dược tư nhân đã bị bãi bỏ bởi Luật Dược năm 2005 đã nhất thể hóa điều kiện hành nghề dược của Nhà nước với hành nghề dược tư nhân) nên Pháp lệnh này chỉ còn nội dung hành nghề y tư nhân, trong khi hành nghề KBCB của Nhà nước lại không quy định cụ thể. Do đó, Luật KBCB cũng phải nhất thể hóa điều kiện hành nghề KBCB của Nhà nước với hành nghề KBCB tư nhân, đồng thời bãi bỏ Pháp lệnh Hành nghề y, dược tư nhân sau khi Luật KBCB được ban hành và có hiệu lực.

c) Các quy định về KBCB trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân được ban hành từ năm 1989 khi đất nước ta mới chuyển từ nền kinh tế bao cấp sang nền kinh tế cơ chế thị trường nên chưa đề cập đến các thành phần kinh tế khác tham gia vào công tác KBCB, chưa đề cập đến vấn đề xã hội hóa và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ KBCB, cũng như chưa tạo tiền đề pháp lý cho việc cạnh tranh lành mạnh giữa khu vực KBCB của Nhà nước và tư nhân thông qua việc cấp chứng chỉ hành nghề KBCB cho mọi người hành nghề, cấp giấy phép hoạt động cho tất cả cơ sở KBCB không phân biệt Nhà nước hay tư nhân.

d) Các quy định về KBCB trong Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân đã được ban hành gần 20 năm, từ đó đến nay, thực tiễn đã có nhiều thay đổi, một số quan hệ xã hội mới nảy sinh nhưng chưa có quy phạm pháp luật đồng bộ để điều chỉnh như quyền và nghĩa vụ của người bệnh, của người hành nghề và của các cơ sở KBCB; công nhận chất lượng đối với cơ sở KBCB; sai sót chuyên môn kỹ thuật và giải quyết khiếu nại của người bệnh; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong KBCB... Đây là các khoảng trống pháp luật cần phải được điều chỉnh.

4. Đáp ứng yêu cầu hội nhập quốc tế trong hoạt động KBCB

a) Việt Nam đã chính thức trở thành thành viên của Tổ chức Thương mại thế giới nên phải từng bước tuân thủ các hiệp định của Tổ chức này, trong đó có các dịch vụ y tế. Mặt khác, Việt Nam cũng đã ký kết Hiệp định khung về điều kiện hành nghề điều dưỡng giữa các nước ASEAN và sắp tới là Hiệp định khung về điều kiện hành nghề bác sỹ và nha sỹ... Do đó, Việt Nam cần phải nội luật hóa các quy định này để có cơ sở pháp lý thực hiện tại Việt Nam.

b) Từ các quan điểm chỉ đạo của Đảng và Nhà nước, từ thực trạng công tác KBCB, thực trạng pháp luật về KBCB trên đây, việc ban hành Luật KBCB để cùng với các luật, pháp lệnh khác về y tế đã và sẽ ban hành để có một hệ thống pháp luật về y tế thống nhất, đồng bộ là hết sức cần thiết, góp phần phát

triển kinh tế-xã hội của đất nước, đáp ứng yêu cầu hội nhập với các nước trong khu vực và trên thế giới, thực hiện thành công sự nghiệp BV, CS & NCSKND.

II. QUAN ĐIỂM VÀ Ý NGHĨA CỦA VIỆC BAN HÀNH LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Quan điểm

a) Thể chế hoá quan điểm của Đảng Cộng sản Việt Nam về phát triển sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân nói chung và trong lĩnh vực khám bệnh chữa bệnh nói riêng.

b) Tổng kết kinh nghiệm, kế thừa có chọn lọc các quy định của pháp luật về khám bệnh chữa bệnh trong thời gian qua.

c) Chúng tôi hành nghề sẽ được cấp cho mọi người hành nghề khám bệnh chữa bệnh, giấy phép hoạt động sẽ được cấp cho mọi cơ sở khám bệnh chữa bệnh, kể cả trong khu vực Nhà nước và khu vực tư nhân, bảo đảm các dịch vụ khám bệnh chữa bệnh này đều hoạt động trong một mặt bằng pháp luật bình đẳng, không có sự phân biệt đối xử giữa hai khu vực Nhà nước và tư nhân.

d) Xã hội hóa hoạt động khám bệnh chữa bệnh thông qua việc đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế.

đ) Quản lý các hoạt động khám bệnh chữa bệnh trên cơ sở tăng cường vai trò quản lý của Nhà nước và có sự tham gia tích cực của các hội nghề nghiệp, của người hành nghề, của người bệnh... để phù hợp với chuẩn mực của pháp luật quốc tế về khám bệnh chữa bệnh và đáp ứng với yêu cầu hội nhập.

e) Bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp, tính thống nhất, đồng bộ, tính khả thi trong thực tế và bảo đảm yếu tố về bình đẳng giới.

2. Ý nghĩa

a) Ngày 23/11/2009, Quốc hội khóa XII, kỳ họp thứ 6 đã chính thức thông qua Luật Khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) và Chủ tịch nước đã ký Lệnh công bố Luật này số 17/2009/L-CTN ngày 04/12/2009. Theo đó, Luật này sẽ có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2011. Đây là đạo luật then chốt trong hoạt động y tế hiện nay.

b) Mọi quan hệ xã hội liên quan đến khám bệnh chữa bệnh đã được Luật này điều chỉnh. Đó là các quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ

thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh.

c) Luật Khám bệnh chữa bệnh được ban hành về cơ bản đã đạt được các mục đích đặt ra, đó là bảo đảm, bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người bệnh; nâng cao chất lượng khám bệnh chữa bệnh; giảm phiền hà cho người bệnh; nâng cao tính sẵn có trong việc tiếp cận các dịch vụ khám bệnh chữa bệnh; xác định nền tảng cho sự phát triển y học thực chứng vì quyền lợi của người bệnh và là cơ sở pháp lý để điều chỉnh mối quan hệ giữa người bệnh với người hành nghề khám bệnh chữa bệnh và với cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

III. BỐ CỤC VÀ NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA DỰ ÁN LUẬT

Luật có 9 chương, 91 điều và bao gồm các nội dung cơ bản sau:

1. Chương I - Những quy định chung gồm 6 điều (từ Điều 1 đến Điều 6) quy định về phạm vi điều chỉnh; giải thích từ ngữ; nguyên tắc trong hành nghề khám bệnh chữa bệnh; chính sách của nhà nước về khám bệnh chữa bệnh; trách nhiệm quản lý nhà nước về khám bệnh chữa bệnh và những hành vi bị nghiêm cấm.

Nội dung quan trọng của Chương này là điều chỉnh một cách thống nhất toàn bộ hoạt động khám bệnh chữa bệnh trong khu vực khám bệnh chữa bệnh của Nhà nước và khu vực tư nhân, tạo sự công bằng, bình đẳng giữa 2 khu vực khám bệnh chữa bệnh này như: quy định về quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám bệnh chữa bệnh và cơ sở khám bệnh chữa bệnh; quy định chuyên môn kỹ thuật khám bệnh chữa bệnh; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh chữa bệnh; điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh chữa bệnh, từ đó đã tạo ra sự cạnh tranh lành mạnh giữa những người hành nghề và giữa các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trong khu vực nhà nước và khu vực tư nhân nhằm đáp ứng các yêu cầu của công tác khám bệnh chữa bệnh. Bên cạnh đó, tại Điều 3 đã quy định 6 nguyên tắc cơ bản làm "sợi chỉ đỏ" xuyên suốt toàn bộ nội dung của Dự thảo Luật. Đây là các nguyên tắc chủ đạo của công tác khám bệnh chữa bệnh. Các nguyên tắc này được xây dựng theo hướng tiếp cận quyền của người bệnh, bảo vệ những quyền lợi chính đáng của người hành nghề, đặc biệt thể hiện bản chất nhân đạo của công tác khám bệnh chữa bệnh.

2. Chương II - Quyền và nghĩa vụ của người bệnh

Gồm 10 điều (từ Điều 7 đến Điều 16) được chia thành 2 mục:

a) *Mục 1. Quyền của người bệnh (từ Điều 7 đến Điều 13)* bao gồm các quy định về quyền được khám bệnh chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế; quyền được tôn trọng bí mật riêng tư; quyền được tôn trọng danh

dự, bảo vệ sức khỏe trong khám bệnh chữa bệnh; quyền được lựa chọn trong khám bệnh chữa bệnh; quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh chữa bệnh; quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở khám bệnh chữa bệnh và quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi.

b) Mục 2. Nghĩa vụ của người bệnh (từ Điều 14 đến Điều 16) bao gồm các quy định về nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề; nghĩa vụ chấp hành các quy định trong khám bệnh chữa bệnh và nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh chữa bệnh.

Nội dung của Chương này được tiếp cận trên cơ sở quyền con người và đã đề cập đầy đủ đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh. Những quy định này đã khắc phục được tình trạng các quy định trước đây tuy đã được đề cập nhưng còn chung chung và mờ nhạt. Quyền của người bệnh được xây dựng trên cơ sở kế thừa quy định tại Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân và tham khảo các quy định tại Công ước Châu Âu về Nhân quyền và Y sinh học, Tuyên ngôn Helsinki của Hiệp hội y khoa Thế giới về nghiên cứu y sinh học (1964, bổ sung 1975, 1983, 1989) và Tuyên ngôn về những quyền của bệnh nhân của Hiệp hội y tế Thế giới (1995) để lựa chọn các quy định phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam. Điểm đặc biệt của chương này là mỗi quy định về quyền đều gắn chặt với nghĩa vụ mà người bệnh phải thực hiện nhằm tránh sự lạm quyền, làm ảnh hưởng đến uy tín nghề nghiệp của người hành nghề cũng như không tuân thủ nghiêm các quy định của cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

3. Chương III - Người hành nghề khám bệnh chữa bệnh

Gồm 24 điều (từ Điều 17 đến Điều 40) được chia thành 4 mục:

a) Mục 1. Điều kiện đối với người hành nghề (từ Điều 17 đến Điều 25) quy định về người xin cấp chứng chỉ hành nghề; điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam; điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề tại Việt Nam đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài; điều kiện cấp lại chứng chỉ hành nghề đối với trường hợp bị thu hồi chứng chỉ hành nghề; khám bệnh chữa bệnh nhân đạo, chuyển giao kỹ thuật chuyên môn về khám bệnh chữa bệnh, hợp tác đào tạo về y có thực hành khám bệnh chữa bệnh; thừa nhận chứng chỉ hành nghề; sử dụng ngôn ngữ trong khám bệnh chữa bệnh tại Việt Nam của người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài; xác nhận quá trình thực hành; chứng chỉ hành nghề.

b) Mục 2. Thẩm quyền, hồ sơ, thủ tục cấp, cấp lại và thu hồi chứng chỉ hành nghề (từ Điều 26 đến Điều 30) quy định về thẩm quyền cấp, cấp lại và thu hồi chứng chỉ hành nghề; hồ sơ cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề; thủ tục

cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề; thu hồi chứng chỉ hành nghề, đình chỉ hành nghề và lệ phí cấp, cấp lại chứng chỉ hành nghề khám bệnh chữa bệnh.

c) *Mục 3. Quyền của người hành nghề (từ Điều 31 đến Điều 35)* quy định về quyền được hành nghề; quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh; quyền được nâng cao năng lực chuyên môn; quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh và quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề.

d) *Mục 4. Nghĩa vụ của người hành nghề (từ Điều 36 đến Điều 40)* quy định về nghĩa vụ đối với người bệnh; nghĩa vụ đối với nghề nghiệp; nghĩa vụ đối với đồng nghiệp và nghĩa vụ đối với xã hội và nghĩa vụ thực hiện đạo đức nghề nghiệp.

Các quy định tại Chương này đã thiết lập một cơ chế pháp lý rõ ràng bảo đảm nâng cao năng lực thực hành y khoa của người hành nghề, đặc biệt các quy định về điều kiện đối với người hành nghề đã được thống nhất đối với người hành nghề trong khu vực Nhà nước và khu vực tư nhân, đặc biệt là các quy định này đã tiếp cận được với các chuẩn mực của pháp luật quốc tế về khám bệnh chữa bệnh. Việc cấp chứng chỉ hành nghề được quy định bắt buộc thực hiện đối với mọi người hành nghề, bao gồm cả người hành nghề là người Việt Nam và người nước ngoài, người Việt Nam định cư tại nước ngoài muốn hành nghề tại Việt Nam; đồng thời tại chương này cũng đưa ra quy định về hoạt động khám bệnh chữa bệnh nhân đạo để hợp pháp hóa việc tổ chức khám bệnh chữa bệnh nhân đạo tại Việt Nam của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước, trong đó quy định giao cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết điều kiện, hồ sơ, thủ tục đề nghị và thẩm quyền cho phép khám bệnh chữa bệnh nhân đạo. Bên cạnh đó, các quy định về nghĩa vụ của người hành nghề đã được quy định mở rộng hơn, ngoài việc quy định nghĩa vụ đối với bệnh nhân, các nghĩa vụ khác mà người hành nghề phải thực hiện như: Nghĩa vụ đối với nghề nghiệp, nghĩa vụ đối với xã hội...đã được đề cập cụ thể. Ngoài ra, bên cạnh một loạt những trách nhiệm phải thực hiện trong hành nghề, người hành nghề rất cần được hưởng những quyền lợi chính đáng. Một điều không thể không đề cập đến, đó là nghề y rất dễ bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp, trong quá trình hành nghề, người hành nghề nào cũng có thể mắc lỗi, sai sót chuyên môn, kỹ thuật, nên họ có quyền được bảo vệ, đặc biệt cần được bảo hiểm rủi ro trách nhiệm nghề nghiệp. Vì vậy, vấn đề này cũng đã được đề cập trong mục quyền của người hành nghề.

4. Chương IV - Cơ sở khám bệnh chữa bệnh

Gồm 11 điều (từ Điều 41 đến Điều 53) được chia thành 4 mục:

a) *Mục 1. Hình thức tổ chức và điều kiện hoạt động của các cơ sở khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 41 đến Điều 44)* quy định về các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh chữa bệnh; điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh

chữa bệnh; điều kiện để cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh; giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

b) Mục 2. Thẩm quyền, hồ sơ, thủ tục cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 45 đến Điều 49) quy định về thẩm quyền cấp, cấp lại, điều chỉnh và thu hồi giấy phép hoạt động đối với các cơ sở khám bệnh chữa bệnh; hồ sơ cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh; thu hồi và đình chỉ giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh và lệ phí cấp, cấp lại, điều chỉnh giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

c) Mục 3. Chứng nhận nâng cao chất lượng đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 50 đến Điều 51) quy định về chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh; các tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

d) Mục 4. Quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 52 đến Điều 53) quy định về quyền, trách nhiệm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

Các quy định về điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh chữa bệnh tại Chương này chính là nền tảng để nâng cao chất lượng khám bệnh chữa bệnh, từng bước đáp ứng các tiêu chuẩn của quốc tế về khám bệnh chữa bệnh, đặc biệt là các quy định về chứng nhận nâng cao chất lượng đối với cơ sở khám bệnh chữa bệnh nhằm bảo đảm tính ổn định ở mức độ cao trong việc cung cấp dịch vụ khám bệnh chữa bệnh. Ngoài ra, Chương này cũng quy định đầy đủ về quyền và trách nhiệm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh, cùng với các quy định về quyền và nghĩa vụ của người hành nghề, đã nâng cao trách nhiệm của người hành nghề và cơ sở khám bệnh chữa bệnh trong thực hiện khám bệnh chữa bệnh cho người bệnh, đồng thời cũng bảo vệ cho người hành nghề, cơ sở khám bệnh chữa bệnh trong những trường hợp xảy ra rủi ro hoặc trong những trường hợp vượt quá khả năng, điều kiện thực tế mà không thể đáp ứng yêu cầu của người bệnh cũng như tình trạng bệnh.

5. Chương V - Các quy định về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh chữa bệnh gồm 15 điều (từ Điều 54 đến Điều 68) bao gồm các quy định về cấp cứu; chẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp điều trị và kê đơn thuốc; hội chẩn; điều trị ngoại trú; điều trị nội trú; hồ sơ bệnh án; sử dụng thuốc trong cơ sở khám bệnh chữa bệnh có điều trị nội trú; thực hiện phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa; kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh chữa bệnh; xử lý chất thải y tế; giải quyết đối với người bệnh không có người nhận; giải quyết đối với người bệnh tử vong; bắt buộc chữa bệnh; trực khám bệnh chữa bệnh và kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh chữa bệnh.

Nội dung của Chương này tập trung vào các quy định thuần túy về chuyên môn, kỹ thuật được luật hóa từ các quy định dưới luật nhằm nâng cao hiệu lực pháp lý của các quy định trong thực tiễn. Đây chính là cơ sở thực tế cho việc bảo đảm về chuyên môn đối với quyền của người bệnh và cũng là cơ sở cho việc xử lý pháp luật đối với các vi phạm quy định về chuyên môn kỹ thuật của người hành nghề.

6. Chương VI - Áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh gồm 4 Điều (từ Điều 69 đến Điều 72) quy định về kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh; điều kiện áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh tại Việt Nam; thẩm quyền cho phép áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới và hồ sơ, thủ tục cho phép cơ sở khám bệnh chữa bệnh áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh. Đây là nội dung rất mới được đưa vào Luật trên cơ sở những quy định dưới Luật đã được thực hiện có hiệu quả trong thực tiễn. Các quy định này đã phân định rõ các loại kỹ thuật, phương pháp mới được xem xét để cho phép áp dụng tại Việt Nam cũng như thẩm quyền cho phép áp dụng các kỹ thuật, phương pháp mới này để tránh áp dụng tùy tiện trong thực tiễn, bảo đảm an toàn về sức khỏe và tính mạng cho người bệnh.

7. Chương VII - Sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh chữa bệnh gồm 8 Điều (từ Điều 73 đến Điều 80) được chia thành 2 mục:

a) Mục 1. Sai sót chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 73 đến Điều 78) quy định về xác định người hành nghề có sai sót hoặc không có sai sót chuyên môn kỹ thuật; thành lập hội đồng chuyên môn; thành phần, nguyên tắc hoạt động và nhiệm vụ của hội đồng chuyên môn; trách nhiệm của người hành nghề, cơ sở khám bệnh chữa bệnh khi xảy ra tai biến trong khám bệnh chữa bệnh; xác định mức bồi thường thiệt hại do sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến trong khám bệnh chữa bệnh và bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh chữa bệnh.

b) Mục 2. Khiếu nại, tố cáo và giải quyết tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh (từ Điều 79 đến Điều 80) quy định về khiếu nại, tố cáo về khám bệnh chữa bệnh và tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh.

Các quy định tại Chương này đã đặt ra cơ chế pháp lý để bảo vệ các quyền của người bệnh cũng như quyền của người hành nghề trong khám bệnh chữa bệnh, đồng thời cũng nhằm nâng cao trách nhiệm của cơ sở khám bệnh chữa bệnh và người hành nghề trong quá trình khám bệnh chữa bệnh, đặc biệt đã quy định cụ thể những trường hợp nào phải bồi thường, trường hợp nào không phải bồi thường thiệt hại cho người bệnh khi xảy ra tai biến trong khám bệnh chữa bệnh. Chương này cũng đưa ra những quy định về giải quyết tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh, đây là những quy định mang tính đặc thù liên

quan trực tiếp đến các hành vi chuyên môn kỹ thuật trong hoạt động khám bệnh chữa bệnh mà pháp luật hiện hành chưa đề cập một cách cụ thể.

8. Chương VIII- Các điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh chữa bệnh gồm 9 điều (từ Điều 81 đến Điều 89) quy định về hệ thống tổ chức cơ sở khám bệnh chữa bệnh; quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh chữa bệnh; đào tạo, bồi dưỡng người hành nghề; chế độ đối với người hành nghề; các nguồn tài chính phục vụ cho công tác khám bệnh chữa bệnh; ngân sách nhà nước chi cho công tác y tế; xã hội hóa công tác khám bệnh chữa bệnh; giá dịch vụ khám bệnh chữa bệnh; quỹ hỗ trợ khám bệnh chữa bệnh.

Nội dung của Chương này tập trung vào việc quy định cơ chế bảo đảm các nguồn lực nhằm bảo đảm thực hiện tốt công tác khám bệnh chữa bệnh như tài chính, cơ sở vật chất, con người, chế độ đối với người hành nghề khám bệnh chữa bệnh...

9. Chương VI - Điều khoản thi hành gồm 2 Điều (từ Điều 90 đến Điều 91) quy định về hiệu lực thi hành và quy định chi tiết thi hành.

IV. CÁC CHẾ ĐỊNH PHÁP LUẬT CẦN QUAN TÂM TRONG LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nhất thể pháp luật giữa khu vực khám bệnh chữa bệnh Nhà nước và tư nhân

Luật đã nhất thể hóa về mặt pháp luật, tạo sự công bằng, bình đẳng giữa khu vực khám bệnh chữa bệnh Nhà nước và tư nhân, từ đó đã tạo ra sự cạnh tranh lành mạnh giữa những người hành nghề và giữa các cơ sở khám bệnh chữa bệnh trong cả hai khu vực này nhằm đáp ứng các yêu cầu thực tiễn của công tác khám bệnh chữa bệnh. Điều này được thể hiện qua các quy định của Luật như: quy định về điều kiện đối với người hành nghề tại Mục 1 Chương III và mục I Chương IV của Luật, theo đó người hành nghề dù làm việc trong khu vực Nhà nước hay tư nhân đều phải đáp ứng các điều kiện như nhau trong cùng một mặt bằng pháp luật; tương tự đối với các cơ sở khám bệnh chữa bệnh cũng vậy cho dù là cơ sở của Nhà nước hay của tư nhân đều phải tuân thủ và đáp ứng đầy đủ các điều kiện tối thiểu mà một cơ sở khám bệnh chữa bệnh phải có được nhằm đáp ứng yêu cầu của công tác khám bệnh chữa bệnh. Từ đó, chứng chỉ hành nghề sẽ được cấp cho tất cả những người hành nghề có đủ điều kiện hành nghề trong khu vực Nhà nước và khu vực tư nhân (thay vì theo quy định trước đây chỉ cấp cho người đứng đầu của cơ sở khám bệnh chữa bệnh tư nhân), giấy phép hoạt động sẽ được cấp cho tất cả các cơ sở khám bệnh chữa bệnh có đủ điều kiện trong khu vực Nhà nước và khu vực tư nhân (thay vì theo quy định của pháp luật trước đây, việc cấp phép này chỉ được thực hiện đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tư nhân). Luật cũng quy định rất rõ tại Điều 29 và Điều 48 về các trường hợp chứng chỉ hành nghề, giấy

phép hành nghề bị đình chỉ, thu hồi và quy định này cũng được áp dụng đối với bất kỳ người hành nghề hoặc cơ sở khám bệnh chữa bệnh nào vi phạm luật.

2. Tiếp cận quyền của người bệnh theo hướng tôn trọng quyền con người

Đây là đạo luật đầu tiên về y tế đề cập đầy đủ đến quyền và nghĩa vụ của người bệnh, quyền và nghĩa vụ của người hành nghề. Cụ thể, toàn bộ chương II của Luật đã đưa ra các quy định rất cụ thể và đầy đủ về quyền và nghĩa vụ của người bệnh, theo đó, người bệnh có các quyền sau: Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế; quyền được tôn trọng bí mật riêng tư; quyền được tôn trọng danh dự; bảo vệ sức khỏe trong khám bệnh chữa bệnh, quyền được lựa chọn trong khám bệnh chữa bệnh; quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh chữa bệnh; quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở khám bệnh chữa bệnh; quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi. Bên cạnh các quyền của mình, người bệnh còn phải thực hiện các nghĩa vụ sau: Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề; nghĩa vụ chấp hành các quy định trong khám bệnh chữa bệnh; nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh chữa bệnh.

So với các quy định của pháp luật trước đây, Luật khám bệnh chữa bệnh đã thể hiện được những quyền lợi thiết thực của người bệnh trong khám bệnh chữa bệnh, đó là những quyền nhân thân mà họ đáng được hưởng như: quyền quyết định những vấn đề về khám bệnh chữa bệnh liên quan đến bản thân; quyền được tôn trọng bí mật riêng tư; quyền được tôn trọng nhân phẩm; quyền được từ chối chữa bệnh...

Tương ứng với quyền và nghĩa vụ của người bệnh, Luật đã quy định khá rõ nét về quyền và nghĩa vụ của người hành nghề thể hiện tại Mục 3 Chương III của Luật. Theo đó, để bảo đảm an toàn, chất lượng chuyên môn trong quá trình hành nghề, người hành nghề có những quyền sau: Quyền được hành nghề, quyền từ chối khám bệnh chữa bệnh, quyền được nâng cao năng lực chuyên môn; quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh; quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề. Các quy định này đã thể hiện được những quyền lợi chính đáng mà người hành nghề có quyền được hưởng, đặc biệt là quyền được bảo vệ khi xảy ra tai nạn nghề nghiệp đối với thầy thuốc và nhân viên y tế cũng chưa được pháp luật đề cập nên dẫn đến tình trạng khiếu kiện xảy ra nhiều trong khi đó thủ tục và trình tự giải quyết các khiếu kiện này cũng chưa được quy định cụ thể. Bên cạnh việc quy định quyền, luật cũng quy định khá cụ thể về nghĩa vụ của người hành nghề như: Nghĩa vụ đối với người bệnh; nghĩa vụ đối với nghề nghiệp; nghĩa vụ đối với đồng nghiệp; nghĩa vụ đối với xã hội; nghĩa vụ thực hiện đạo đức nghề nghiệp. Các quy định này đã đề cập

một cách rõ ràng về nghĩa vụ của người hành nghề đối với từng nhóm đối tượng khác nhau mà họ phải tiếp xúc trong quá trình hành nghề và thông qua đó tính chất nghề nghiệp được giữ gìn và bảo vệ.

3. Nguyên tắc cơ bản trong hành nghề khám bệnh chữa bệnh

Điều 3 Luật Khám bệnh chữa bệnh đã đưa ra các nguyên tắc cơ bản trong khám bệnh chữa bệnh. Đây là các nguyên tắc được áp dụng thống nhất và xuyên suốt trong Luật này. Đó là các nguyên tắc:

- Bình đẳng, công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người bệnh.

- Tôn trọng quyền của người bệnh; giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 8, khoản 1 Điều 11 và khoản 4 Điều 59 của Luật này.

- Kịp thời và tuân thủ đúng quy định chuyên môn kỹ thuật.

- Ưu tiên khám bệnh chữa bệnh đối với trường hợp cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng, người từ đủ 80 tuổi trở lên, người có công với cách mạng, phụ nữ có thai.

- Bảo đảm đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề.

- Tôn trọng, hợp tác và bảo vệ người hành nghề khi làm nhiệm vụ.

Trong 6 nguyên tắc này thì có 5 nguyên tắc dành cho người hành nghề khám bệnh chữa bệnh và chỉ có một nguyên tắc dành cho người bệnh thể hiện nhất quán quan điểm lấy người bệnh làm trung tâm trong các hoạt động khám bệnh chữa bệnh.

4. Các hành vi bị nghiêm cấm

Điều 6 Luật khám bệnh chữa bệnh đã chỉ rõ các hành vi bị cấm liên quan đến khám bệnh chữa bệnh. Đây là các hành vi mà nếu cơ quan, tổ chức, cá nhân vi phạm sẽ bị xử lý rất nghiêm khắc nhằm bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người bệnh và người hành nghề khám bệnh chữa bệnh. Đó là các hành vi:

- Từ chối hoặc cố ý chậm cấp cứu người bệnh.

- Khám bệnh, chữa bệnh không có chứng chỉ hành nghề hoặc đang trong thời gian bị đình chỉ hành nghề; cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh mà không có giấy phép hoạt động hoặc đang trong thời gian bị đình chỉ hoạt động.

- Hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh vượt quá phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động, trừ trường hợp cấp cứu.

- Thuê, mượn, cho thuê, cho mượn chứng chỉ hành nghề hoặc giấy phép hoạt động.

- Người hành nghề bán thuốc cho người bệnh dưới mọi hình thức, trừ bác sỹ đông y, y sỹ đông y, lương y và người có bài thuốc gia truyền.

- Áp dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật y tế chưa được công nhận, sử dụng thuốc chưa được phép lưu hành trong khám bệnh, chữa bệnh.

- Quảng cáo không đúng với khả năng, trình độ chuyên môn hoặc quá phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động; lợi dụng kiến thức y học cổ truyền hoặc kiến thức y khoa khác để quảng cáo gian dối về phương pháp chữa bệnh, thuốc chữa bệnh.

- Sử dụng hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh.

- Người hành nghề sử dụng rượu, bia, thuốc lá hoặc có nồng độ cồn trong máu, hơi thở khi khám bệnh, chữa bệnh.

- Vi phạm quyền của người bệnh; không tuân thủ các quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh; lợi dụng chức vụ, quyền hạn trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh; lạm dụng nghề nghiệp để xâm phạm danh dự, nhân phẩm, thân thể người bệnh; tẩy xóa, sửa chữa hồ sơ bệnh án nhằm làm sai lệch thông tin về khám bệnh, chữa bệnh.

- Gây tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người hành nghề.

- Ngăn cản người bệnh thuộc diện chữa bệnh bắt buộc vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cố ý thực hiện chữa bệnh bắt buộc đối với người không thuộc diện chữa bệnh bắt buộc.

- Cán bộ, công chức, viên chức y tế thành lập, tham gia thành lập hoặc tham gia quản lý, điều hành bệnh viện tư nhân hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo Luật doanh nghiệp và Luật hợp tác xã, trừ trường hợp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử tham gia quản lý, điều hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phần vốn của Nhà nước.

- Đưa, nhận, môi giới hối lộ trong khám bệnh, chữa bệnh.

5. Nâng cao kỹ năng thực hành của người hành nghề khám bệnh chữa bệnh

Luật đã thiết lập một cơ chế pháp lý rõ ràng bảo đảm nâng cao năng lực của người hành nghề, đặc biệt các quy định về điều kiện đối với người hành nghề đã tiếp cận được các chuẩn mực của pháp luật quốc tế về khám bệnh, chữa bệnh. Cụ thể luật đưa ra các quy định cụ thể về điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam; điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề tại Việt Nam đối với người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài;

điều kiện cấp lại chứng chỉ hành nghề đối với các trường hợp bị thu hồi chứng chỉ hành nghề, trong đó có các trường hợp "Người hành nghề không hành nghề trong thời gian 2 năm liên tục; Người hành nghề được xác định có sai sót chuyên môn kỹ thuật gây hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe, tính mạng người bệnh; Người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian 02 năm liên tiếp". Đặc biệt, luật quy định "có giấy chứng nhận đã cập nhật kiến thức y khoa liên tục" là một trong các điều kiện để không bị thu hồi chứng chỉ hành nghề. Một vấn đề rất cần thiết trong công tác khám bệnh, chữa bệnh nhằm đáp ứng yêu cầu hội nhập hiện nay cũng đã được quy định tại Điều 22 của luật về thừa nhận chứng chỉ hành nghề, đó là "Việc thừa nhận chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh giữa các nước được thực hiện theo quy định của thảo thuận quốc tế hoặc điều ước quốc tế mà Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên". Ngoài ra, tại Điều 23 của luật quy định về sử dụng ngôn ngữ trong khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam của người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài, trong đó có quy định cụ thể "Người nước ngoài, người Việt Nam định cư ở nước ngoài trực tiếp khám bệnh, chữa bệnh cho người Việt Nam được xác định là biết tiếng Việt thành thạo và người được xác định là đủ trình độ phiên dịch trong khám bệnh, chữa bệnh khi được cơ sở đào tạo chuyên ngành y do Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ định kiểm tra và công nhận. Như vậy, thay vì quy định việc xem xét khả năng biết tiếng Việt thành thạo chỉ mang tính hình thức qua việc xem xét văn bằng, chứng chỉ, luật khám bệnh, chữa bệnh đã đưa ra quy định việc thực hiện kiểm tra và công nhận khả năng, trình độ thực tế trong sử dụng tiếng Việt của người nước ngoài, người phiên dịch bởi một cơ sở đào tạo chuyên ngành y do Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ định. Đây là phương thức công nhận hết sức tiên bộ, phù hợp với xu hướng hội nhập hiện nay.

6. Vấn đề khám bệnh chữa bệnh nhân đạo, việc chuyển giao các kỹ thuật chuyên môn về khám, chữa bệnh nhân, hợp tác đào tạo về y có thực hành khám bệnh chữa bệnh

Đây cũng là một nội dung rất mới được đưa vào Luật. Theo đó, cá nhân, tổ chức trong và ngoài nước có quyền đề nghị được tổ chức khám bệnh chữa bệnh nhân đạo hoặc chuyển giao kỹ thuật chuyên môn về khám bệnh chữa bệnh hoặc hợp tác đào tạo về y có thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam. Quy định này nhằm mở rộng, phát triển và đa dạng hóa các hình thức khám bệnh chữa bệnh, cũng như việc hợp tác trao đổi kinh nghiệm giữa các nước.

7. Điều kiện cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh

Các quy định về điều kiện cấp giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh chữa bệnh trong Luật chính là nền tảng để nâng cao chất lượng khám bệnh

chữa bệnh. Điều này được thể hiện rõ tại Điều 43 của Luật như sau "Đáp ứng các quy định của quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành; có đủ người hành nghề phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn; người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có thời gian hành nghề khám bệnh, chữa bệnh ít nhất là 36 tháng". Các quy định về công nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã đáp ứng các tiêu chuẩn của quốc tế về khám bệnh, chữa bệnh và tạo ra sự cạnh tranh lành mạnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhằm hướng đến việc cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tốt nhất cho người bệnh, cụ thể tại khoản 1 Điều 50 của Luật có quy định "Tiêu chuẩn quản lý chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là yêu cầu về đặc tính kỹ thuật và quản lý dùng làm chuẩn để phân loại, đánh giá chất lượng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do tổ chức trong nước hoặc nước ngoài ban hành được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của Việt Nam thừa nhận".

8. Chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Luật đã đưa ra những quy định về thời hạn, giá trị của chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động của cơ sở khám bệnh chữa bệnh. Đó là, theo quy định tại Điều 25 của Luật thì chứng chỉ hành nghề được cấp một lần và có giá trị trong phạm vi cả nước; tại Điều 44 của Luật quy định giấy phép hoạt động được cấp một lần cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh. Quy định theo hướng này có ưu điểm là đơn giản, bớt tốn kém, thuận lợi cho cả cơ quan quản lý nhà nước và người hành nghề, cơ sở khám bệnh chữa bệnh, hạn chế thủ tục xin cho, phù hợp với điều kiện của cơ quan quản lý nhà nước và xu thế cải cách hành chính, đặc biệt đối với người hành nghề, việc quy định chứng chỉ hành nghề có giá trị trong phạm vi toàn quốc tạo điều kiện thuận lợi cho người hành nghề trong giao lưu quốc tế về chuyên môn kỹ thuật thông qua việc thừa nhận chứng chỉ hành nghề giữa các nước. Tuy nhiên, đã cũng chính là điểm hạn chế của Luật vì không có nước nào trên thế giới quy định thời hạn của chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động vĩnh viễn như Việt Nam.

9. Chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh chữa bệnh

Đây là nội dung mới mà chưa được luật nào đề cập, Luật khám bệnh chữa bệnh đã đưa ra một loạt các quy định chuyên môn như: Cấp cứu, chẩn đoán bệnh, chỉ định phương pháp điều trị và kê đơn thuốc, hội chẩn, điều trị ngoại trú, điều trị nội trú, hồ sơ bệnh án...

Trong quy định về hồ sơ bệnh án có chế định về việc lưu hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, việc khai thác hồ sơ bệnh án trong một số trường hợp cụ thể và quy định về quyền của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này (điểm c, khoản 4 Điều 59)... Đây là cơ sở pháp lý vững chắc cho việc triển khai thực hiện các hoạt động về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh,

chữa bệnh và cũng là cơ sở pháp lý để bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người bệnh và người hành nghề khám bệnh chữa bệnh.

10. Áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh chữa bệnh

Vấn đề này mới chỉ được quy định rải rác tại các văn bản cấp Bộ, vì vậy trong thực tế thực hiện các quy định này đã gặp một số các khó khăn, vướng mắc. Mặt khác, do quy định ở văn bản cấp Bộ ban hành nên hiệu lực pháp lý của các quy định chưa cao, đặc biệt nhiều quy định còn chưa rõ ràng. Chính vì vậy, vấn đề này đã được luật hóa bởi một chương trong Luật, bao gồm các quy định về điều kiện áp dụng, thẩm quyền cho phép áp dụng, hồ sơ, thủ tục cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam. Theo đó, thẩm quyền cho phép áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh được giao cho Bộ trưởng Bộ Y tế và Giám đốc Sở y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương. Các quy định này chính là cơ sở pháp lý để Việt Nam tiếp cận nền khoa học kỹ thuật tiên tiến của các nước trên thế giới và áp dụng trực tiếp trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, góp phần nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và đáp ứng yêu cầu hội nhập.

11. Sai sót chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh chữa bệnh

Một vấn đề mới nữa cũng được đề cập trong Luật, đó là các quy định về sai sót chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, theo đó Luật đã đặt ra cơ chế pháp lý để bảo vệ các quyền của người bệnh cũng như của người hành nghề trong khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời cũng nhằm nâng cao trách nhiệm của người hành nghề trong quá trình khám bệnh chữa bệnh. Cụ thể, luật đã đưa ra các quy định cụ thể về xác định người hành nghề có sai sót hoặc không có sai sót chuyên môn kỹ thuật, thành lập Hội đồng chuyên môn để xác định người hành nghề có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật; trách nhiệm của người hành nghề, cơ sở khám bệnh chữa bệnh khi xảy ra tai biến trong khám bệnh chữa bệnh và bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh chữa bệnh.

Điều 73 Luật Khám bệnh chữa bệnh quy định rõ việc xác định người hành nghề có sai sót hoặc không có sai sót chuyên môn kỹ thuật như sau: Người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định đã có một trong các hành vi sau đây: vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh; vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật và đạo đức nghề nghiệp; xâm phạm quyền của người bệnh. Đồng thời Luật Khám bệnh chữa bệnh cũng xác định người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định thuộc một trong các trường hợp sau đây: đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến đối với người

bệnh; trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn để thực hiện dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh; các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh.

12. Khiếu nại, tố cáo và giải quyết khiếu nại tố cáo về khám bệnh chữa bệnh

Mặc dù pháp luật về khiếu nại tố cáo đã quy định rất cụ thể về vấn đề này, nhưng nhằm giải quyết triệt để những vấn đề xảy ra trong thực tiễn công tác khám bệnh chữa bệnh, Luật đã đưa ra các quy định mang tính đặc thù liên quan trực tiếp đến các hành vi chuyên môn kỹ thuật trong hoạt động khám bệnh chữa bệnh mà pháp luật về khiếu nại, tố cáo chưa quy định như vấn đề tranh chấp về giải quyết tranh chấp trong khám bệnh chữa bệnh.

Điều 80 Luật khám bệnh chữa bệnh đã quy định cụ thể cách thức giải quyết tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh như sau:

- Tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh là tranh chấp liên quan đến quyền, nghĩa vụ và trách nhiệm trong khám bệnh chữa bệnh giữa các đối tượng sau đây: người bệnh, người đại diện của người bệnh; người hành nghề; cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

- Tranh chấp về khám bệnh chữa bệnh được giải quyết như sau: các bên tranh chấp có trách nhiệm tự hòa giải về nội dung tranh chấp; trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh được Quốc hội thông qua và được Chủ tịch nước công bố là một sự kiện hết sức quan trọng. Luật đã thể chế hóa quan điểm, đường lối của Đảng về khám bệnh chữa bệnh, tạo hành lang pháp lý thuận lợi cho hoạt động khám bệnh chữa bệnh trong giai đoạn đổi mới hệ thống y tế hiện nay, góp phần tích cực vào việc thực hiện thành công sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Khám bệnh, chữa bệnh
2. Nghị quyết số 46 NQ/TW ngày 23 tháng 2 năm 2005 về công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới
3. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn một câu trả lời thích hợp nhất cho các câu hỏi từ 1 đến 8

Câu 1. Ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh đối với:

- A) Các trường hợp cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi,
- B) Người khuyết tật nặng, người từ đủ 80 tuổi trở lên,
- C) Người có công với cách mạng, phụ nữ có thai.
- D) Tất cả các trường hợp trên

Câu 2. Bác sĩ mới tốt nghiệp trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian tập sự là

- A) 18 tháng thực hành tại bệnh viện và viện nghiên cứu có giường bệnh
- B) 18 tháng thực hành tại cơ sở khám chữa bệnh
- C) 18 tháng thực hành bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh
- D) 18 tháng thực hành tại bệnh viện, trạm y tế, phòng khám đa khoa

Câu 3. Điều dưỡng viên mới tốt nghiệp trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian tập sự là

- A) 9 tháng thực hành tại bệnh viện và viện nghiên cứu có giường bệnh
- B) 9 tháng thực hành tại cơ sở khám chữa bệnh
- C) 9 tháng thực hành bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh
- D) 9 tháng thực hành tại bệnh viện, trạm y tế, phòng khám đa khoa

Câu 4. Chứng chỉ hành nghề sẽ bị thu hồi nếu người hành nghề không hành nghề liên tục trong thời gian:

- A) 18 tháng
- B) 24 tháng
- C) 36 tháng
- D) 60 tháng

Câu 5. Chứng chỉ hành nghề sẽ bị thu hồi nếu người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian:

- A) 1 năm
- B) 2 năm
- C) 3 năm
- D) 5 năm

Câu 6. Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu giữ ít nhất trong thời gian:

- A) 5 năm
- B) 10 năm
- C) 15 năm
- D) 20 năm

Câu 7. Người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được Hội đồng chuyên môn xác định:

- A) Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;
- B) Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật, vi phạm đạo đức nghề nghiệp;
- C) Xâm phạm quyền của người bệnh
- D) Tất cả A,B và C

Câu 8. Các đối tượng liên quan trong tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh gồm:

- A) Người bệnh, người đại diện của người bệnh;
- B) A và người hành nghề
- C) A và B
- D) B và cơ sở khám chữa bệnh

Điền vào chỗ trống để hoàn thiện các câu từ 9 đến 11

Câu 9. Các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- A) Khử trùng thiết bị y tế, môi trường và xử lý chất thải;
- B) Phòng hộ cá nhân, vệ sinh cá nhân;
- C) Vệ sinh an toàn thực phẩm;
- D)

Câu 10. Người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được Hội đồng chuyên môn xác định đã có một trong các hành vi sau:

- A) Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;
- B) Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật
- C) Vi phạm đạo đức nghề nghiệp;
- D)

Câu 11. Điền cho đủ 3 quyền của người hành nghề:

A)

B) Được quyết định và chịu trách nhiệm về chẩn đoán, phương pháp điều trị bệnh trong phạm vi chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề

C) Được ký hợp đồng hành nghề khám bệnh, chữa bệnh với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Chọn câu đúng và câu sai trong các câu từ 12 đến 18

	Đúng	Sai
Câu 12. Người bệnh được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư ghi trong hồ sơ bệnh án		
Câu 13. Người hành nghề có thể công bố tình trạng sức khỏe và đời tư của người bệnh trong hồ sơ bệnh án mà không cần sự đồng ý của người bệnh.		
Câu 14. Người bệnh nữ phải được bố trí nằm phòng bệnh riêng với người bệnh nam		
Câu 15. Người bệnh được lựa chọn người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của mình trong khám, chữa bệnh		
Câu 16. Trong khi thường trực, trường hợp bị người khác đe dọa tính mạng, người hành nghề không được bỏ vị trí trực.		
Câu 17. Người đại diện hợp pháp của người bệnh có quyền quyết định việc khám chữa bệnh cho người bệnh		
Câu 18. Hội nghề nghiệp có quyền bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của hội viên khi hội viên để xảy ra tai biến đối với người bệnh.		

BÀI 5

LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ HIỆU QUẢ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Giải thích được các khái niệm quản lý và lãnh đạo
2. Trình bày được những đổi mới tác động tới công tác khám chữa bệnh
3. Trình bày được tóm tắt các cách phân loại phong cách quản lý và lãnh đạo
4. Mô tả được các phong cách quản lý và lãnh đạo hiệu quả

NỘI DUNG

I. CÁC KHÁI NIỆM VỀ QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO

1. Khái niệm về quản lý

Ở đâu con người tập hợp với nhau thành một nhóm để sống và lao động thì ở đó có yếu tố quản lý. Quản lý được coi là một khoa học cho mọi ngành, là nghệ thuật và quản lý là một nghề. Có hàng nghìn định nghĩa khác nhau về quản lý, dưới đây là một số định nghĩa về quản lý :

- Quản lý là làm cho mọi công việc được thực hiện bởi mọi người
- Quản lý là sử dụng có hiệu quả các nguồn lực (con người, phương tiện, tiền bạc)
- Quản lý là sự tác động của đối tượng 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.

2. Khái niệm về lãnh đạo

Mọi người ai cũng nói tới sự lãnh đạo, lãnh đạo là một cái gì đó dường như ai cũng biết nó đang hiện hữu nhưng không định nghĩa chính xác được, nhiều người già tiều tuỵ và nhiều người trẻ đang lao vào làm chính trị để đạt được ước muốn có vai trò lãnh đạo.

Theo Warren Bennis tác giả cuốn sách nổi tiếng “Những người lãnh đạo - Leaders”, có tới hơn 850 định nghĩa khác nhau về lãnh đạo và đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá về lãnh đạo nhưng vẫn chưa đi tới một sự thống nhất lãnh đạo là gì?. Một trong những định nghĩa về lãnh đạo theo Jones và Jeorge là: *“lãnh đạo là quá trình một người tạo ảnh hưởng tới*

những người khác, thúc đẩy, khuyến khích và chỉ đạo các hoạt động để nhóm hoặc tổ chức đạt được mục tiêu đề ra”.

3. Khác nhau giữa lãnh đạo và quản lý

Quản lý và lãnh đạo (Management and Leadership) là hai thuật ngữ được sử dụng trong việc quản lý con người và xã hội. Cả hai thuật ngữ đều có nghĩa là điều khiển và tác động đến con người, đến môi trường nhưng khác nhau về mức độ và phương pháp tiến hành. Quản lý là quá trình chủ thể quản lý tác động lên đối tượng quản lý để đạt được mục tiêu cụ thể đã đề ra.

Lãnh đạo là quá trình dẫn dắt, định hướng dài hạn cho chuỗi các tác động có mục tiêu rộng hơn, xa hơn và khái quát hơn. Theo Rost: Lãnh đạo và quản lý đều do chủ thể tiến hành, nhưng quản lý là nói về quyền hạn và ngược lại lãnh đạo nói về tầm ảnh hưởng hay sự cảm hóa. Khác biệt lớn nhất giữa lãnh đạo và quản lý nằm ở biện pháp thúc đẩy nhân viên.

Rất nhiều người lãnh đạo cũng là nhà quản lý và ngược lại. Druker nhấn mạnh rằng ở vị trí đứng đầu luôn có hai mặt cùng tồn tại đó là lãnh đạo và quản lý. Nhà quản lý có thể đóng vai trò của nhà lãnh đạo nhưng nhà lãnh đạo thì không phải lúc nào cũng là nhà quản lý. Trong cuốn sách nổi tiếng "The Art of Possibility", Rosamund và Benjamin Zander đã đưa ra luận điểm "*lãnh đạo từ bất kỳ vị trí nào - Leading from any chair*".

Bệnh viện là một xã hội thu nhỏ, nhiều giám đốc, trưởng phó các khoa phòng và điều dưỡng trưởng vừa là người lãnh đạo giỏi và người quản lý giỏi. Tuy nhiên, cũng có một số người chưa chú ý tới vai trò lãnh đạo. Người lãnh đạo thực sự phải là người truyền cảm hứng cho cấp dưới làm việc, xác định các vấn đề cần giải quyết và tạo động cơ để các bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và các nhân viên thực thi công việc một cách có hiệu quả.

Sự khác biệt lớn nhất giữa lãnh đạo và quản lý nằm ở cách thức họ khuyến khích người lao động, sự khác biệt này cũng điều chỉnh những hành vi khác của họ. Peter Druker cha đẻ của kinh doanh hiện đại phân biệt sự khác nhau cơ bản giữa quản lý và lãnh đạo là: "*Quản lý là làm đúng cách còn lãnh đạo là làm đúng việc*".

II. QUẢN LÝ VÀ LÃNH ĐẠO TRONG BỐI CẢNH ĐỔI MỚI

1. Toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế đặt ra những thách thức lớn.

Toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế đang diễn ra trên quy mô ngày càng lớn tác động đến mọi cấp độ: quốc gia, tổ chức, gia đình và cá nhân. Mở ra nhiều cơ hội hợp tác, phát triển thị trường mới, đối tác mới, mang lại những cơ hội và nguồn lực quan trọng cho sự phát triển, mang lại sự tăng trưởng kinh tế cao (nửa đầu thế kỷ XX kinh tế thế giới tăng 2,7 lần, nửa cuối thế kỷ XX tăng 5,2 lần).

Toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế gây sức ép gay gắt về sức cạnh tranh, làm cho các yếu tố chất lượng, thời gian và giá trị gia tăng được đặt lên hàng đầu. xã hội hóa các lực lượng sản xuất và phát triển kinh tế. Gia nhập WTO mang lại 4 điều lợi: thị trường toàn cầu, sự công bằng trong đối xử thương mại quốc tế, dỡ bỏ rào cản thương mại không phải chịu sự hạn ngạch và có quyền đưa ra tiếng nói về thương mại toàn cầu.

Tuy nhiên, toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế làm trầm trọng thêm sự bất công và mất công bằng xã hội, làm rộng thêm khoảng cách giàu nghèo, phân tầng xã hội và những nguy cơ bất ổn về kinh tế, tài chính và về tiền tệ trên phạm vi toàn cầu.

Toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế có phần thu hẹp phạm vi quyền lực của các nhà nước, các dân tộc, đặt ra sức ép từ bên ngoài và những vấn đề nhạy cảm, gây nên những phản ứng quyết liệt.

Tuy vậy, toàn cầu hóa là xu thế thời đại, không một quốc gia nào ngăn cản được xu thế này và đang bị xu thế này chi phối. Đặt ra cho những quốc gia đang phát triển trước nhiều thách thức nếu có chính sách đúng sẽ vượt qua khó khăn và có thêm nhiều cơ hội, ngược lại nếu sai lầm về chính sách sẽ bị lệ thuộc và thất bại.

2. Đổi mới chính sách và cơ chế hoạt động trong hệ thống y tế

Nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân ngày càng tăng về số lượng và chất lượng. Các bệnh viện phải kê thêm giường để người bệnh đỡ phải nằm ghép, ngày càng có nhiều người bệnh đăng ký sử dụng giường dịch vụ và lựa chọn bác sĩ giỏi khám chữa bệnh cho mình, mong đợi của người dân về chăm sóc y tế luôn luôn ở trên khả năng đáp ứng của các cơ sở y tế dẫn đến các bức xúc, kiện cáo gia tăng.

Sự phát triển của hệ thống y tế ngoài công lập: đã có hơn 100 bệnh viện, chiếm khoảng 5% tổng số giường bệnh. Hệ thống y tế ngoài công lập chia sẻ gánh nặng bệnh tật, cạnh tranh về chất lượng dịch vụ với cơ sở y tế công, người dân có thêm lựa chọn và thu hút nguồn nhân lực có trình độ từ khu vực y tế công. Ngoài ra, hệ thống y tế ngoài công lập đang áp dụng các chính sách thu hút nhân lực, tạo nên sự dịch chuyển nhân lực y tế từ công ra tư, từ hệ dự phòng sang điều trị, từ vùng sâu, vùng xa về đô thị.

Đổi mới cơ chế tài chính trong hoạt động bệnh viện: Nghị định 43/2006/NĐ-CP giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập đã tạo sự thay đổi cơ bản trong việc quản lý bệnh viện.

Cơ chế tự chủ đang được đón nhận và triển khai có kết quả, tuy nhiên cũng xuất hiện những tồn tại cần điều chỉnh như xu hướng cắt giảm đầu vào về nhân lực ảnh hưởng tới chất lượng và thời gian phục vụ người bệnh.

Các bệnh viện trước năm 1990, hoàn toàn do nhà nước cấp kinh phí hoạt động và đầu tư phát triển, nay đã có những thay đổi cơ bản, kinh phí

nhà nước cấp cho các hoạt động của bệnh viện mặc dù tăng hàng năm nhưng giảm dần về tỷ trọng giữa chi công và chi tư; năm 2010, tổng ngân sách Nhà nước cấp cho các bệnh viện là 7,7 nghìn tỷ đồng và tổng thu viện phí 27,8 nghìn tỷ đồng, trong đó Bảo hiểm y tế chiếm 48,4%. Căn cứ vào mức độ tự chủ tài chính được chia thành:

- Đơn vị tự chủ kinh phí hoạt động toàn bộ
- Đơn vị tự chủ kinh phí một phần
- Đơn vị sử dụng kinh phí hoàn toàn do nhà nước cấp.

Chính sách xã hội hóa dịch vụ y tế: nhằm huy động các nguồn lực cho y tế, Nhà nước đã có chủ trương thực hiện xã hội hoá lĩnh vực y tế, nhằm vào hai mục tiêu lớn. Thứ nhất, phát huy tiềm năng vật chất trong nhân dân, huy động toàn xã hội chăm lo sự nghiệp y tế. Thứ hai, tạo điều kiện để toàn xã hội, đặc biệt là các đối tượng chính sách, người nghèo được thụ hưởng thành tựu y tế.

Những mặt được của chính sách xã hội hóa như: tăng thêm kinh phí, tăng thêm trang thiết bị hiện đại, áp dụng nhiều kỹ thuật cao, người dân được thụ hưởng dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng. Mặt tồn tại của chính sách xã hội hóa là khó kiểm soát sự lạm dụng xét nghiệm và kỹ thuật cao trong khám chữa bệnh, nâng giá thành chi phí điều trị cao, giảm sự tiếp cận cho người nghèo và những tồn tại về y đức của cán bộ y tế.

Sự phát triển khoa học công nghệ lĩnh vực khám chữa bệnh: Hệ thống khám, chữa bệnh mặc dù năng lực tuyến dưới còn hạn chế nhưng về chuyên môn kỹ thuật các bệnh viện Việt Nam đã triển khai được nhiều kỹ thuật chuyên sâu ngang tầm với các nước trong khu vực như: ghép tạng, ghép mô và bộ phận cơ thể người, ghép tim, ghép tế bào gốc.

Các kỹ thuật chuẩn đoán hình ảnh được áp dụng phổ biến với các kỹ thuật tiên tiến và hiện đại nhất hiện có: MRI, CT, chụp mạch đa bình diện, siêu âm doppler, phẫu thuật nội soi đã trở thành thường quy ở hầu hết các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh; thụ tinh trong ống nghiệm, một số kỹ thuật khó trong sản phụ khoa đã được áp dụng thành công ở nhiều bệnh viện với mức chi phí thấp hơn nhiều so với các nước trong khu vực và trên thế giới. Năng lực chuẩn đoán, điều trị ở các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh đã được cải thiện nhiều nhờ được đầu tư trang thiết bị hiện đại, chuyển giao kỹ thuật từ nước ngoài và trong nước.

Bên cạnh những thành tựu đã được cũng xuất hiện nhiều khó khăn thách thức như: hệ thống chuyên tuyến có nguy cơ bị phá vỡ do người bệnh bỏ y tế tuyến dưới đi thẳng lên bệnh viện tuyến trên, chi phí y tế ngày càng cao dẫn đến sự tiếp cận của người nghèo đối với các dịch vụ y tế có chất lượng khó khăn hơn, tác động của cơ chế thị trường làm tăng nguy cơ lạm dụng chỉ định và vấn đề đạo đức nghề nghiệp trở thành quan tâm chung trong và ngoài ngành y tế.

3. Xu hướng lãnh đạo và quản lý Thế kỷ XXI

TỪ	ĐẾN
❖ Lãnh đạo ít- quản lý nhiều ❖ Lãnh đạo theo mục tiêu ngắn hạn ❖ Phản ứng với thay đổi ❖ Giám sát chặt chẽ ❖ Tập trung quyền lực ❖ Thông tin do người ra quyết định nắm giữ ❖ Lãnh đạo là ông chủ	❖ Lãnh đạo nhiều - quản lý ít ❖ Lãnh đạo bằng tầm nhìn ❖ Dự báo với thay đổi ❖ Trao quyền ❖ Phân quyền ❖ Thông tin được chia sẻ với mọi người ❖ Lãnh đạo là giáo viên

III. CÁC PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO VÀ QUẢN LÝ

1. Phân loại kinh điển

Phân loại kinh điển theo Douglas McGregor: đưa ra hai giả thuyết trái ngược nhau về lãnh đạo, gọi tắt là thuyết X và thuyết Y. Trên cơ sở những giả thuyết này, người ta hình thành nên những phong cách lãnh đạo và quản lý tương ứng:

Thuyết X cho rằng, con người thường chỉ có thể được thúc đẩy bằng tiền và vật chất, bản chất của con người là lười biếng trong công việc và thường có thái độ bất hợp tác. Do đó, theo quan điểm này thì mọi người phải bị ép buộc, bị cai quản, thúc bách làm việc và phải dùng hình phạt để hăm dọa họ. Do đó các nhà quản lý phải áp dụng phong cách lãnh đạo chỉ huy trực tiếp. Họ cần đưa ra những chỉ thị đòi hỏi nhân viên phải thực hiện một công việc nào đó và đặt ra những tiêu chuẩn, những yêu cầu đối với cấp dưới trong công việc.

Trái lại, thuyết Y cho rằng, sự cố gắng đạt được những thành quả về vật chất và tinh thần là bản tính tự nhiên của con người. Một người bình thường luôn có nhu cầu muốn được làm việc, trong những hoàn cảnh thích hợp, người ta thường biết cách nhận lấy trách nhiệm và sẽ tự kiểm soát bản thân trong khi thực hiện công việc được giao. Bởi vậy nhà quản lý là tư vấn cho cấp dưới trong công việc, khuyến khích nhân viên tham gia vào tiến trình hoạch định và ra quyết định.

Tuy nhiên, cả thuyết X và Y đều có những luận điểm cực đoan. Chẳng hạn, thuyết X đánh giá về con người, về tính tự giác của con người

dưới một góc độ quá tiêu cực, còn thuyết Y thì nhìn nhận con người dưới một góc độ quá lạc quan.

2. Phân loại hiện đại

2.1. Phong cách quản lý và lãnh đạo lấy con người là trung tâm.

Vào những năm 1940s, các nhà nghiên cứu đại học Michigan và Ohio đã tiến hành một loạt các cuộc điều tra trong các tổ chức và đưa ra đề xuất về hai phong cách lãnh đạo: lấy sản phẩm làm trung tâm (Production-centered leadership style) và phong cách lãnh đạo lấy nhân viên làm trung tâm (Employee-centered leadership style).

Phong cách lãnh đạo lấy con người là trung tâm: có đặc trưng nổi bật là sự quan tâm tới đời sống, lợi ích và lắng nghe ý kiến của nhân viên. Các nhà lãnh đạo theo phong cách này cố gắng tạo ra một bầu không khí thân thiện và dễ chịu tại nơi làm việc. Do đó đem lại cho nhân viên ham muốn hoàn thành công việc và điều đó khiến cho công việc của họ được thực hiện dễ dàng hơn.

Nhà lãnh đạo đối xử với cấp dưới dựa trên sự tôn trọng cá nhân và phẩm giá, giảm đến mức tối thiểu việc sử dụng quyền hạn và ép buộc. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy nhân viên làm trung tâm là:

- Tạo môi trường làm việc thân thiện
- Thúc đẩy động cơ làm việc
- Thúc đẩy ý thức làm việc theo nhóm
- Quan tâm đến lợi ích của mọi nhân viên
- Giúp đỡ nhân viên giải quyết những vấn đề riêng tư của họ.
- Đối xử với nhân viên một cách thân thiện và gần gũi .
- Khen thưởng kịp thời những nhân viên hoàn thành tốt công việc .

Phong cách lãnh đạo này được nhân viên hoan nghênh và đem lại sự hài lòng cao cho nhân viên, tạo ra sự hợp tác chặt chẽ hơn giữa các nhà lãnh đạo và nhân viên, làm tăng động lực thúc đẩy nhân viên và làm giảm tỉ lệ phàn nàn, bỏ việc..

2.2. Phong cách quản lý và lãnh đạo lấy công việc làm trung tâm:

Phong cách lãnh đạo này dựa trên cơ sở những giả thuyết của thuyết X. Những hành vi điển hình của nhà lãnh đạo lấy công việc làm trung tâm bao gồm :

- Phân công nhân viên đảm nhiệm từng công việc cụ thể
- Thiết lập các tiêu chuẩn công việc
- Cung cấp thông tin, tài liệu phương tiện cần thiết cho nhân viên theo yêu cầu của công việc

- Xây dựng quy trình công việc thống nhất
- Kiểm tra, giám sát kết quả.

Dựa trên kết quả điều tra các nhà Nghiên cứu Michigan kết luận: Phong cách lãnh đạo lấy nhân viên làm trung tâm tạo ra hiệu quả cao hơn phong cách lãnh đạo lấy công việc làm trung tâm. Trong khi đó, các nhà nghiên cứu của Ohio cho rằng những nhà lãnh đạo thành công thường đã áp dụng cả hai phong cách lãnh đạo trên ở mức cao.

2.3. Phong cách 3Ds.

Văn hóa quản lý và lãnh đạo lâu nay vẫn được xem là cấu thành bởi rất nhiều phong cách khác nhau, bao gồm: độc đoán chuyên quyền, thủ lĩnh, đối tác, điều khiển, trực tiếp, ủy quyền, dân chủ, hỗ trợ, định hướng. Song trên thực tế, theo các nhà nghiên cứu có thể quy nạp thành ba phong cách cơ bản đó là: độc đoán, dân chủ và ủy quyền.

Ba phong cách này tiếng Anh đều bắt đầu bằng chữ “D” (Directing, Discussing, Delegating) nên còn được gọi là “ Phong cách quản lý và lãnh đạo 3Ds - The 3Ds of Management Style ”. Mỗi phong cách đều có những điểm tích cực và hạn chế nhất định, song chúng khác nhau ở một số điểm cơ bản như cách đưa ra quyết định, cách truyền đạt mệnh lệnh, cách thiết lập mục tiêu, kiểm soát và sự ghi nhận kết quả.

a. Phong cách độc đoán:

Những nhà quản lý theo phong cách này thường nói với nhân viên rằng họ phải làm gì, làm như thế nào và khi nào thì phải hoàn thành. Họ phân công và gán trách nhiệm cho từng người, thiết lập các tiêu chuẩn và dự kiến kết quả mà họ mong muốn đạt được.

- Cách thức giao tiếp với nhân viên: Nhà quản lý nói, nhân viên lắng nghe. Thông thường, những nhà quản lý có phong cách này đưa ra các chỉ dẫn chi tiết, vì vậy, nhân viên biết chính xác họ phải làm gì. Cách giao tiếp của nhà quản lý rõ ràng, ngắn gọn. Khi muốn nhận thông tin phản hồi từ nhân viên, họ thường chỉ đặt một câu hỏi “ anh đã hiểu cần phải làm gì chưa ? ”.

- Thiết lập mục tiêu: Nhà quản lý thường thiết lập các mục tiêu ngắn hạn với nhân viên, chẳng hạn “ Mục tiêu của anh trong tháng này là hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án ”. Khi mục tiêu đã được xác định rõ ràng và thời gian cũng được ấn định, thì người nhân viên biết rõ nhà quản lý mong chờ ở anh ta điều gì. Các mục tiêu và thời hạn thường là động lực thúc đẩy nhân viên.

- Cách thức ra quyết định: người quản lý có phong cách độc đoán thường nói với nhân viên dưới quyền “ Bây giờ tôi muốn anh dừng ngay những việc đang làm và giúp chuẩn bị một phòng họp để chiều nay tiếp khách ”. Nhà quản lý thường quyết định phần lớn nếu không muốn nói là tất cả mọi việc từ lớn đến nhỏ. Khi nảy sinh vấn đề cần giải quyết, nhà lãnh đạo

đưa ra quyết định và trực tiếp hướng dẫn nhân viên những công việc họ cần phải thực hiện.

- Giám sát sự thực hiện và cung cấp thông tin phản hồi: Những nhà quản lý thường thiết lập các khâu kiểm soát nhất định để điều khiển quá trình thực hiện công việc. Cách đưa mệnh lệnh của họ thường là: “ *Hãy quay trở lại gặp tôi vào lúc 11 giờ trưa và báo cáo tóm tắt những công việc mà anh đã làm xong* ”. Các nhà lãnh đạo kiểu độc đoán thường xuyên cung cấp thông tin dưới dạng các hướng dẫn cụ thể về cách làm thế nào để cải tiến công việc tốt hơn.

- Sự khen thưởng và ghi nhận công việc: Người quản lý cảm thấy hài lòng là khi nhân viên dưới quyền làm đúng theo sự hướng dẫn của họ. Và họ thường nói “ Công việc rất tuyệt vời, anh đã làm chính xác những gì mà tôi đã nói với anh ”, đó là câu nói thể hiện thái độ hài lòng của người quản lý đối với nhân viên.

- Phong cách độc đoán thích hợp khi có một mệnh lệnh từ cấp trên, mô tả những gì cần phải làm và phải làm như thế nào. Khi đó, nhà quản lý là người chỉ huy thực hiện nhiệm vụ, làm đúng những gì được yêu cầu. Phong cách quản lý này cũng thích hợp trong trường hợp các nhân viên còn hạn chế về kinh nghiệm hoặc thiếu những kỹ năng cần thiết để hoàn thành công việc. Nhà quản lý theo phong cách này đưa ra các bước đi và hành động, kiểm soát những khâu quan trọng để các nhân viên có thể dễ dàng hoàn thành nhiệm vụ.

b. Phong cách dân chủ

Những nhà quản lý sử dụng phong cách dân chủ thường tận dụng thời gian để thảo luận các vấn đề quan trọng của tổ chức đối với nhân viên. Nhân viên đưa ra các ý kiến, đặt câu hỏi, lắng nghe, cung cấp thông tin phản hồi, những giả định về thách thức và các chương trình đào tạo khi cần thiết. Nhà quản lý đóng vai trò như là một nhân tố đảm bảo cho các cuộc thảo luận đi đúng hướng và tất cả mọi nhân viên đều có cơ hội góp ý kiến.

- Cách thức giao tiếp: Giao tiếp hai chiều là quy tắc của các nhà quản lý thuộc phong cách này. “ Họ đi xung quanh bàn và tạo cho mọi người có cơ hội trao đổi ý kiến của mình ”. Nhà quản lý sẽ dành rất nhiều thời gian để đặt câu hỏi và lắng nghe. Họ cùng hội thoại với nhân viên và chia sẻ các ý kiến của mình trong quá trình thảo luận.

- Thiết lập mục tiêu: người quản lý thường nói “ Hoa, bạn nghĩ mục tiêu chuyên môn của chúng ta nên thiết lập cho quý tới là gì? ”. Tận dụng sự thảo luận của nhiều người để kết nối những kiến thức, ý tưởng của từng nhân viên riêng lẻ để đạt được mục tiêu đề ra là phong cách của nhà quản lý dựa trên sự thảo luận dân chủ.

- Ra quyết định: người quản lý dân chủ thường đưa ra đầu bài “ Chúng ta đang gặp vấn đề khó khăn về việc thực hiện tiêm an toàn, bạn

nghe chúng ta nên làm như thế nào? ”. Quyết định chỉ được đưa ra sau khi có sự cộng tác và phối hợp của nhân viên. Cả nhà quản lý và nhân viên đều đóng vai trò chủ động, tích cực trong việc xác định vấn đề, đánh giá sự lựa chọn và ra quyết định.

- Kiểm soát việc thực hiện và cung cấp thông tin: Nhà quản lý và nhân viên cùng kiểm soát quá trình thực hiện và thảo luận xem cần phải tiến hành những hành động nào. Công việc sẽ đạt được kết quả tốt nhất khi cả hai bên cùng cởi mở và có những điều chỉnh khi thấy cần thiết.

- Khen thưởng và ghi nhận công lao: “ Hoa, chị đã làm được một điều rất tốt khi đề xuất công việc này ”. Các nhà quản lý ghi nhận những thành quả đóng góp của các nhân viên trong cuộc thảo luận, xây dựng ý tưởng cùng với người khác và gợi mở ra những ý tưởng mới.

Phong cách lãnh đạo dân chủ đặc biệt thích hợp khi cần câu trả lời cho các vấn đề như: “ Mục tiêu của chúng ta là gì? ”; “ Tiêu chuẩn chất lượng chúng ta cần là gì? ”; “ Tiến trình thực hiện công việc nên tiến hành như thế nào? ”; “ Ai nên làm công việc này? ”; “ Những thông tin phản hồi nào là cần thiết? ”. Phong cách lãnh đạo dân chủ thường có hiệu quả khi nhân viên là những người có chính kiến riêng và tự tin nói ra chính kiến của mình.

c. Phong cách ủy quyền

Những nhà quản lý sử dụng phong cách này thường giải thích hoặc đưa ra những cam kết về các công việc cần được thực hiện và khi nào phải hoàn thành công việc đó. Còn cách thức làm việc thì toàn quyền do người nhân viên quyết định.

- Cách thức giao tiếp: Đối với những công việc cần thực hiện, các giao tiếp có thể chỉ là một chiều: “ Tôi muốn anh sẽ phát biểu 15 phút về công tác chăm sóc người bệnh trong buổi họp ngày thứ Ba tới ”. Trong nhiều trường hợp khác lại là hai chiều: “ Tôi muốn trao đổi với anh về bài báo cáo anh mới gửi cho tôi ”. Giao tiếp để xem xét lại những gì đã được thực hiện và chia sẻ thông tin để hoàn thiện công việc.

- Thiết lập mục tiêu: mục tiêu có thể được nhà quản lý thiết lập ngay hoặc có thể đưa ra sau khi đã thảo luận với nhân viên. Thất bại trong sự giao phó công việc có thể do nhân viên không hiểu nhà quản lý mong gì ở mình hoặc không tự tin vào chính sự giao phó đó.

- Ra quyết định: người quản lý thường nói “ Thanh, công việc đó thực hiện thế nào là quyết định của bạn ”. Quyết định thực hiện nhiệm vụ được chuyển cho nhân viên. Người nhân viên có quyền chọn lựa những phương cách thích hợp để đạt được kết quả mong đợi. Nhà quản lý phải tiếp tục duy trì sự ủy quyền khi nhân viên không muốn tự ra quyết định mà tìm cách “trả lại” quyền ra quyết định cho nhà quản lý.

- Kiểm soát quá trình thực hiện và cung cấp thông tin: người quản lý kiểu ủy quyền thường nói “ Tôi muốn trong vòng 1 tuần, anh phải cập nhật

xong toàn bộ dữ liệu cho việc thực hiện kế hoạch ”. Nhà quản lý thuộc phong cách này thường quyết định cách thức kiểm soát công việc. Số lần kiểm soát phụ thuộc vào tính chất ưu tiên của nhiệm vụ và người thực hiện nó. Cung cấp thông tin phản hồi là trách nhiệm của nhân viên. Việc giữ để nhà quản lý không nổi giận và mất bình tĩnh, đặc biệt khi kế hoạch bị chệch hướng là điều rất quan trọng.

- Khen thưởng và ghi nhận kết quả: Nhà quản lý thường khen thưởng và ghi nhận những ai chứng minh được khả năng làm việc một cách độc lập. “ Hương, bạn đã vượt qua rất nhiều khó khăn để hoàn thành công việc. Bạn đã tìm ra được cách giải quyết công việc rất tốt. Thật tuyệt vời ”.

Phong cách quản lý này thích hợp khi nhân viên là người hiểu biết, có kỹ năng và động lực để hoàn thành công việc. Những nhân viên có kinh nghiệm sẽ không cần một nhà quản lý nói rằng họ phải làm như thế nào, họ muốn tự do lựa chọn cách thức thực hiện công việc. Phong cách quản lý này cũng tạo cho các nhà quản lý có nhiều thời gian để dành cho việc thực hiện các nhiệm vụ khác như xây dựng các tiêu chuẩn, suy nghĩ chiến lược và xây dựng kế hoạch.

IV. NHỮNG PHẨM CHẤT LÃNH ĐẠO

1. Những phẩm chất lãnh đạo hiệu quả

Trong xã hội và cũng như trong hoạt động của các tổ chức luôn trọng dụng những người có khả năng lãnh đạo và ai cũng đều mơ ước có một người lãnh đạo với đầy đủ những phẩm chất tốt đẹp. Dưới đây là tổng hợp các phẩm chất cần thiết để trở thành người lãnh đạo thành công.

1.1. Có tầm nhìn:

Người lãnh đạo giỏi phải biết xây dựng cho tổ chức một tầm nhìn hướng vào tương lai, một tư duy dài hạn. Nhiệm vụ này có thể chia sẻ với nhiều người khác trong tổ chức nhưng trách nhiệm chính không thể giao phó cho ai khác ngoài người lãnh đạo đứng đầu một tổ chức.

Như Gari Selfridje đã nói, người lãnh đạo phải “lãnh đạo” hay nói một cách khác người lãnh đạo một tổ chức giữ vai trò hướng dẫn, lựa chọn mục tiêu, xác định tầm nhìn, phát triển chiến lược và giải pháp có hiệu quả, khuyến khích sáng tạo và tạo động lực cho tổ chức đó phát triển.

Kinh nghiệm và cách thức làm việc có thể hiệu quả hôm nay nhưng ngày mai thì lại khác. Một người lãnh đạo có tài cần phải nhận thức được những yếu tố tác động đến cơ quan, tổ chức (chính trị, kinh tế, xã hội và những chiều hướng phát triển) và phải biết thức thời với những thay đổi của môi trường bên trong và bên ngoài. Đưa ra các kế hoạch thực hiện hiệu quả, điều chỉnh lại các cấu trúc tổ chức, các mục tiêu, các quy trình và chính sách nhằm đạt được những nhu cầu đang thay đổi, biến điều trở ngại thách thức thành cơ hội.

1.2. Tự tin

Tự tin là một trong những phẩm chất dẫn đến thành công. Một người lãnh đạo muốn thành công thì phải tin tưởng vào những gì mình làm, phải tin tưởng vào những gì mình kêu gọi người khác làm và phải có lập trường vững vàng trong các quyết định của mình, luôn đi thẳng, ngẩng cao đầu và tự tin. Người lãnh đạo phải bình tĩnh và tự chủ trong mọi tình huống để đối mặt với mọi sóng gió và thách thức. Một người lãnh đạo thật sự phải luôn tự tin vào chính mình. Sự tự tin này hình thành từ sự từng trải qua thời gian dài rèn luyện những kỹ năng trong công việc, tích lũy vốn kiến thức rộng cùng với sự thông minh sẵn có. Những phẩm chất thiếu tự tin, tính bi quan, thái độ thất vọng, rụt rè không phù hợp với người lãnh đạo.

1.3. Ủy quyền

Người đứng đầu tổ chức là người quản lý chứ không phải người làm, sa đà vào nhiều công việc cụ thể sẽ dẫn đến bao biện kém hiệu quả. Ủy quyền là sự giao trách nhiệm và quyền thực hiện nhiệm vụ cho một người có đủ năng lực thực hiện và báo cáo kết quả thực hiện cho người ủy quyền.

Ủy quyền là một trong những nghệ thuật của người lãnh đạo thành công. Người lãnh đạo có giỏi đến mấy cũng có nguy cơ bị ngập lụt trong những công việc mà lẽ ra họ không phải làm. Ủy quyền cần phải được xem là một trong những kỹ năng được ưu tiên hàng đầu trong công tác của người lãnh đạo.

Ủy quyền còn là một công cụ để phát triển năng lực nhân viên và tạo sự đồng thuận trong tập thể. Nguyên tắc ủy quyền: Phải bảo đảm đúng người đúng việc, phải ủy quyền trong phạm vi trách nhiệm của người ủy quyền và người được ủy quyền, phải đưa ra chỉ dẫn rõ ràng, phải giám sát hỗ trợ nhân viên làm việc và theo dõi kết quả thực hiện.

Người quản lý cần nghiên cứu kỹ các yếu tố trở ngại đến sự ủy quyền như: năng lực của nhân viên, niềm tin đối với nhân viên, đặc biệt là cơ chế lợi ích. Đối với những nhân viên mới, độ tin cậy còn thấp nên được ủy quyền công việc, trách nhiệm từ dễ đến khó, từ ít đến nhiều. Nhiều người lãnh đạo có xu hướng cho rằng chỉ có mình họ mới có thể hoàn thành công việc, cần loại bỏ tâm lý này, bởi nhiều trường hợp nhân viên có thể hoàn thành công việc tốt hơn lãnh đạo.

Mặt khác, một số người lãnh đạo thích tự mình thực hiện công việc và sẽ dễ dàng dẫn đến sự bao biện, làm thay cho nhân viên, làm cho nhân viên trở nên thụ động. Tránh ủy quyền cho nhân viên những công việc khó khăn lẽ ra mình phải giải quyết “ủy quyền ngược”.

1.4. Năng lực chuyên môn:

Năng lực chuyên môn rất quan trọng đối với một người lãnh đạo. Khi bạn làm lãnh đạo, các thành viên trong nhóm sẽ luôn cần bạn định hướng và dẫn dắt. Họ cần có niềm tin là bạn có khả năng định hướng chính xác, chỉ

đạo hợp lý và điều phối hiệu quả hoạt động chuyên môn của nhóm để mang lại kết quả tốt nhất.

Nếu bạn là người lãnh đạo là một chuyên gia đích thực, các thành viên trong nhóm sẽ ngưỡng mộ năng lực chuyên môn của bạn, họ sẽ đặt niềm tin vào khả năng chỉ đạo, điều hành của bạn. Để có năng lực chuyên môn bạn cần cập nhật thông tin mới nhất, thông tin tổng quát về ngành nghề của mình cũng như thông tin liên quan đến những công việc cụ thể mình đang làm.

Nên khéo léo “giới thiệu” với cấp dưới, đồng nghiệp và cấp trên về kinh nghiệm làm việc liên quan đến công việc của mình khi giao tiếp với đồng nghiệp. Nên chú ý bảo vệ hình ảnh của mình, nếu được yêu cầu hợp tác trong những việc có khả năng thành công thấp, bạn nên phân tích và đưa ra ý kiến tại sao không nên thực hiện, thay vì tham gia một cách vô điều kiện để hình ảnh và danh tiếng của bạn bị ảnh hưởng.

1.5. Quyết đoán

Người lãnh đạo lớn là người quyết tâm hành động trong khi những người khác e dè. Người lãnh đạo phải luôn ý thức về sứ mệnh chỉ huy của mình, sứ mệnh đại diện cho quyền lực của tổ chức và phải làm cho những người dưới quyền tôn trọng và chấp nhận quyền của mình. Là người đứng đầu, mọi nhân viên luôn trông chờ người lãnh đạo đưa ra những quyết định kịp thời và phù hợp trong khi những người khác thường cố gắng tránh xa nó.

Cho dù những quyết định này đôi khi sẽ tạo ra những tác động lớn ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa bạn và những người xung quanh thì cũng phải chấp nhận điều đó. Sự cả nể, nhân nhượng trong cách đưa ra quyết định có thể dẫn bạn đến những sai lầm khi tạo tiền lệ xấu dẫn đến việc làm mất đi cái “uy” trong vị thế là người lãnh đạo.

Đôi khi, người lãnh đạo cũng cần “nhẫn tâm” một chút trong việc sa thải một nhân viên nào đó vì hành động của anh ta gây tổn hại lớn đến lợi ích của tổ chức. Tai họa lớn nhất của người lãnh đạo là sợ nói và hành động như một nhà lãnh đạo.

1.6. Biết chọn cộng sự

Người lãnh đạo phải chọn cho được người cộng tác là người dám nói sự thật cho mình. Có một vị vua Trung Hoa giữa một buổi ngự châu yêu cầu bá quan góp ý cho chương trình của vua, cả triều đình im lặng. Bỗng một vị quan oà khóc thảm thiết, Vua hỏi tại sao, Vị quan trả lời: “ thừa hoàng thượng, thần khóc thương cho một đất nước mà cả triều đình không ai dám nói lên sự thật ”.

Công cụ tốt nhất của người lãnh đạo là những người cộng tác. Tuy nhiên trong thực tế có một nhầm lẫn thật tai hại là nhiều người lãnh đạo thường chọn ưu tiên khi thiết lập một tổ chức là tìm đâu ra chỗ làm văn phòng và tìm đâu ra tiền để điều hành, quản trị, mua máy móc. Cái ưu tiên

nhất, quyết định sự sống còn và thành công của một tổ chức không phải nơi đặt văn phòng, tiền bạc, máy móc, mà là nơi nhân sự cộng tác.

Người lãnh đạo cần biết tôn trọng nhân tài, quy tụ mọi nhân viên bằng cách: tìm họ, khám phá họ, tiếp đón họ, chọn họ, huấn luyện họ, tín nhiệm họ, sử dụng họ và mến yêu họ. Không ai là nhà lãnh đạo lý tưởng cũng như không ai là cộng tác viên hoàn hảo.

Biết đặc tính của nhân viên: Mỗi cá nhân là một tế bào của tổ chức, muốn lãnh đạo được họ đòi hỏi người lãnh đạo phải hiểu biết từng nhân viên về nhu cầu, sở thích, tính tình, phản ứng của họ, đánh giá họ đúng mức và đặt họ vào đúng chỗ. Đây là điều rất quan trọng, đặc biệt là đối với những tổ chức lớn, nơi có khả năng “không thấy được con người”. Thực tế đã cho thấy tổ chức nào có lãnh đạo biết quan tâm tới nhân viên, khích lệ nhân viên, ở đó sẽ gây dựng được đội ngũ nhân viên làm việc hăng hái, nhiệt tình, đồng thời đem lại được thành công. Các doanh nhân thành đạt trên thế giới luôn là những người có tài khích lệ nhân viên như vậy. Sochiro Honda, chủ tịch tập đoàn Honda đã từng nói: “Nhân viên luôn là tài sản quý giá nhất của công ty, nếu có một đội ngũ nhân viên tốt và hết mình vì công việc, công ty sẽ như: hồ mọc thêm cánh”. Biết được đặc tính cá nhân của từng nhân viên, gọi họ theo tên, hỏi họ về việc riêng tư, chào hỏi, chúc mừng ngày sinh nhật, lễ, tết,... là một phương pháp hữu hiệu nâng cao tinh thần, tạo bầu không khí hữu nghị, tốt đẹp trong hoạt động của tổ chức.

1.7. Vì lợi ích tập thể

Trong thực tế ai nghĩ đến mình quá mức thì sẽ quên tập thể. Chấp nhận thiệt thòi là một yêu cầu cao nhưng đó là một yêu cầu cần thiết đối với người lãnh đạo. Người lãnh đạo thực sự là người “nô bộc tự nguyện” vì thế không hành động vì quyền lợi của riêng mình mà quên quyền lợi của tập thể. Bất cứ chuẩn mực nào mà người lãnh đạo không thể thực hiện được thì không nên mong đợi người khác thực hiện.

Người lãnh đạo có trách nhiệm tạo ra các chuẩn mực để chi phối hành vi của các cá nhân trong tổ chức. Có nhiều cách khác nhau để tạo nên những chuẩn mực này, một trong số đó là lấy hành vi hy sinh lợi ích cá nhân của bản thân để làm gương cho nhân viên. Nếu người lãnh đạo không phải là tấm gương của sự hy sinh lợi ích cá nhân thì sẽ được nhân viên vâng phục mà không kính phục.

Là một người đứng đầu một tổ chức, người lãnh đạo phải tốn rất nhiều thời gian và công sức để quản lý tốt những người dưới quyền và công việc của mình. Thậm chí, sự bận rộn đó còn chiếm cả những khoảng thời gian riêng tư dành cho bản thân và gia đình. Vì vậy, hy sinh lợi ích cá nhân là một tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá một người lãnh đạo chân chính.

1.8. Giao tiếp hiệu quả

Người lãnh đạo một tổ chức phải có kỹ năng giao tiếp hiệu quả: *biết nói, biết im lặng và biết lắng nghe*. Người lãnh đạo cần nói ngắn gọn, khúc triết, chính xác, có khả năng trình bày quan điểm và truyền đạt thông tin một cách rõ ràng, hiệu quả, điều đó hoàn toàn không có nghĩa họ phải là nhà hùng biện. Người lãnh đạo không thể không biết trình bày những điều cần thiết và một cách lưu loát và nhạy cảm với những quan tâm của người khác. Phải biết gọi người khác đến nói chuyện, biết cách giải trừ căng thẳng về tinh thần, biết nêu ra câu hỏi và biết đặt các câu hỏi cảm thông, biết cách “tước được vũ khí” của người đối diện. Trong nhiều trường hợp, người lãnh đạo cũng cần có đức tính kiên nhẫn và không vội vàng bộc lộ bản thân. Im lặng cũng là một phẩm chất lớn “ Lời nói là bạc, im lặng là vàng, lắng nghe là kim cương ”.

1.9. Công bằng

Sự công bằng của người lãnh đạo sẽ tạo ra động cơ phấn đấu cho mọi nhân viên trong tổ chức. Người lãnh đạo không nên đề tình cảm riêng tư xen kẽ vào công việc, cần có tấm lòng độ lượng, không định kiến và giúp nhân viên có cơ hội khắc phục thiếu sót.

Phê bình và tiếp thu phê bình: nghiêm túc và đòi hỏi cao ở nhân viên không đồng nghĩa với bắt bẻ hay hạch sách nhân viên. Những đòi hỏi đúng mực và nghiêm túc không hề gây ra sự thiếu thiện cảm với nhân viên dưới quyền, ngược lại, qua đó lãnh đạo sẽ nâng cao được uy tín của mình.

Người lãnh đạo không nên tiết kiệm lời khen. Hãy khen thưởng nhân viên khi họ xứng đáng được khen. Ngược lại, khi phạt cũng phải mang tính xây dựng, không nên mắng mỏ. Cảnh cáo nên bắt đầu từ khen ngợi, sau đó chỉ cho nhân viên biết khuyết điểm của họ.

1.10. Lịch thiệp

Lịch thiệp là sự tôn trọng đối với bản thân và người khác. Những mệnh lệnh được đưa ra trong tổ chức có tính lịch thiệp thường mang lại hiệu quả cao hơn là mệnh lệnh không tôn trọng người khác. Con người, bao giờ cũng có xu hướng chống lại sự thô bạo - một tính chất trái ngược với lịch thiệp và tế nhị.

Nếu người lãnh đạo không cảm hóa được nhân viên bằng sự lịch thiệp, tế nhị thì sẽ phải sử dụng hạ sách “vũ lực”. Một nhà quản lý tốt phải là người luôn có thái độ đúng mực và biết cách động viên cấp dưới bằng những lời khen ngợi trung thực và lịch sự, chứ không chỉ trích hay phàn nàn. Một nhà quản lý tốt luôn thể hiện mối quan tâm thực sự đến người khác bằng việc tạo cho nhân viên cảm giác chính họ mới là người quan trọng.

2. Những phẩm chất lãnh đạo không phù hợp

1. Kiêu căng, độc đoán, bảo thủ.
2. Bi quan, phiến toái.

3. Không biết dùng người, không khoan dung, sống cách biệt.
4. Đa nghi, thay đổi ý kiến như chong chóng.
5. Ôm đồm, lạc lõng trong những chuyện vụn vặt.
6. Nói một đằng làm một nẻo
7. Dẫn thân nửa vời “ xông pha giúp người thắng trận”
8. Làm việc tùy tiện, theo cảm hứng, không có kế hoạch
9. Ích kỷ, lo danh lợi bản thân, sợ người khác hơn mình
10. Trông cậy vào quyền thế.

KẾT LUẬN

Lãnh đạo và Quản lý tuy có khác nhau nhưng kết hợp chặt chẽ với nhau; lãnh đạo là quá trình tạo ra những đổi mới để đạt được kết quả tốt hơn so với ban đầu và quản lý là bố trí các nguồn lực để thực hiện các công việc đã đề ra có hiệu quả nhất.

Không có một phong cách lãnh đạo và quản lý nào duy nhất đúng. Mỗi phong cách quản lý và lãnh đạo có thể thành công trong mỗi hoàn cảnh và tổ chức nhất định.

Việc áp dụng phong cách quản lý và lãnh đạo cần căn cứ vào việc xác định đặc điểm nhân viên, tính chất công việc, đặc điểm môi trường và vị trí của người quản lý và lãnh đạo trong mỗi tổ chức.

Trong mọi tổ chức, nguồn nhân lực là tài sản quan trọng và quý giá nhất, vì vậy, người lãnh đạo và quản lý cần đặt trọng tâm vào việc phát triển nhân viên, phát huy tính sáng tạo, chủ động của nhân viên và tạo điều kiện tốt nhất để nhân viên phát huy cao nhất năng lực và sự nhiệt tình của họ.

Xu hướng chuyển dịch từ quản lý sang lãnh đạo là tất yếu. Người quản lý và lãnh đạo thế kỷ XXI cần có những phẩm chất thiết yếu để lãnh đạo hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế – Trường Cán bộ Quản lý Y tế – Quản lý bệnh viện. NXB Y học Hà Nội, 2001.
2. Bộ Y tế. Quản lý điều dưỡng – Tài liệu huấn luyện điều dưỡng trưởng khoa. Nhà xuất bản Y học; 2004.
3. Bộ Y tế. Quy chế bệnh viện. Nhà xuất bản Y học. 1997.
4. Dee Ann Gilies. Nursing Management – A system Approach, 2nd edition. W.B. Saunders.
5. Department of Health Philippines. Hospital Nursing service administration Manual

6. Eleanor J., Sullivan and Philip J. Decker. Effective Leadership and Management in Nursing, 4th edition. Addison Wesley.
7. Nguyễn Hải Sản. Quản trị học – NXB Thống kê.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Hãy đánh dấu X vào các câu từ 1 đến 10 để xác định các câu đúng và các câu sai dưới đây:

Số TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
Câu 1	Người lãnh đạo thường nói đến từ “ quản lý ” nhiều nhất?		
Câu 2	Người lãnh đạo sợ nhất là thiếu “cấp trên” ủng hộ mình?		
Câu 3	Lãnh đạo là những người có năng khiếu bẩm sinh, chứ không phải do rèn luyện?		
Câu 4	Nhà lãnh đạo giỏi không đưa ra quyết định dựa theo "cảm tính" mà dựa trên lý trí?		
Câu 5	Các ông chủ và nhà lãnh đạo có chung các tính cách tiêu biểu?		
Câu 6	Phong cách lãnh đạo của nữ thường giỏi hơn nam giới trong việc xây dựng nhóm làm việc?		
Câu 7	Nhà quản lý và nhà lãnh đạo làm các việc giống nhau?		
Câu 8	Đặc điểm của những lãnh đạo giỏi là giống nhau, bất kể quy mô tổ chức lớn hay nhỏ?		
Câu 9	Điều hành công việc ở cơ quan không giống với điều hành một gia đình?		
Câu 10	Những người đi theo (ủng hộ lãnh đạo) cũng quan trọng không kém gì lãnh đạo?		

Câu 11. Hãy nghĩ về một người lãnh đạo mà anh chị cho là thần tượng và hãy liệt kê ít nhất 5 phẩm chất lãnh đạo của người đó và liệt kê câu nói người đó hay sử dụng.

Câu 12. Hãy nghĩ về người lãnh đạo mà anh chị cho là kém hiệu quả, hãy liệt kê ít nhất 5 phẩm chất của người đó mà theo anh chị là không phù hợp và hãy nêu câu nói điển hình người đó hay sử dụng.

Câu 13. Những yếu tố mà các nhà nghiên cứu căn cứ vào đó để phân loại phong cách lãnh đạo là:

- A) Cách thiết lập mục tiêu
- B) Cách ra quyết định
- C) Cách kiểm soát quá trình thực hiện và cung cấp thông tin

D) Cách ghi nhận kết quả công việc

E) Tất cả đều đúng

Câu 14. Quản lý là làm đúng việc và lãnh đạo là làm đúng cách:

A) Đúng

B) Sai

Câu 15. Người lãnh đạo lấy nhân viên làm trung tâm là người có xu hướng theo Thuyết Y:

A) Đúng

B) Sai

Câu 16. Người lãnh đạo lấy sản phẩm làm trung tâm là người lãnh đạo có xu hướng theo Thuyết X:

A) Đúng

B) Sai

BÀI 6

QUẢN LÝ VÀ LẬP KẾ HOẠCH CÁC HOẠT ĐỘNG Y TẾ

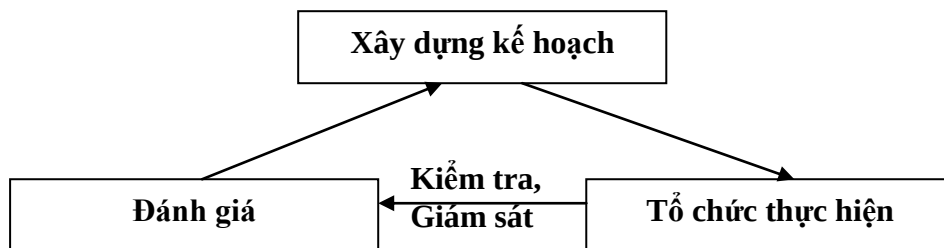
MỤC TIÊU

Sau khi nghiên cứu phần này học viên có khả năng:

1. Khái niệm quản lý và lập kế hoạch
2. Phân loại kế hoạch.
3. Các bước lập kế hoạch
4. Kỹ năng triển khai thực hiện kế hoạch.
5. Kỹ năng đánh giá thực hiện kế hoạch.

NỘI DUNG

I. CHU TRÌNH QUẢN LÝ



II. XÂY DỰNG KẾ HOẠCH

1. Khái niệm về kế hoạch

Xây dựng kế hoạch là một trong các chức năng cơ bản của quản lý, nhằm vạch ra những công việc (các hoạt động) sẽ thực hiện trong tương lai theo một cách thức, trình tự, tiến độ nhất định nhằm đạt được mục tiêu đã định.

Lập kế hoạch trả lời câu hỏi sau:

- Mục tiêu cần đạt là gì?
- Nên làm những việc gì, làm như thế nào để có thể đạt được mục tiêu.
- Làm khi nào?
- Cần các nguồn lực như thế nào? Bao nhiêu?
- Ai làm?

- Làm ở đâu?

Xây dựng kế hoạch là quá trình bao gồm việc nghiên cứu đề xuất kế hoạch hoạt động với mục tiêu, giải pháp và công cụ thực hiện, được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt. Kế hoạch đó dưới hình thức văn bản quy phạm pháp luật hoặc văn bản hành chính.

Mục đích của việc xây dựng kế hoạch là triển khai các chủ trương chính sách, kế hoạch dài hạn của nhà nước về y tế vào thực tiễn.

2. Phân loại kế hoạch

Có nhiều cách phân loại kế hoạch. Nhìn chung, kế hoạch có thể được phân loại theo các hình thức sau:

Theo thời gian

- *Kế hoạch dài hạn*: thường được xây dựng cho 10 - 15 năm.

- *Kế hoạch trung hạn*: thường được xây dựng cho 3 - 7 năm (phổ biến là 5 năm).

- *Kế hoạch ngắn hạn*: dưới 3 năm, thường là 1 năm.

Theo cấp độ

- *Kế hoạch vĩ mô*: là kế hoạch định cho thời kỳ dài, mang tính chiến lược cao.

Ví dụ: Quyết định 153/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến 2010 và tầm nhìn đến 2010.

- *Kế hoạch vi mô*: là kế hoạch mang tính chiến thuật, dùng để triển khai kế hoạch vĩ mô, chiến lược, giải pháp thường do các nhà quản lý của các đơn vị xây dựng.

Ví dụ: Kế hoạch đào tạo cán bộ y tế tại Trung tâm y tế huyện A.

Theo phương pháp xây dựng kế hoạch

- ***Xây dựng kế hoạch từ trên xuống (top down)***. Đây là quá trình chuyển các kế hoạch vĩ mô thành kế hoạch hoạt động của cơ sở, hiện thực hoá các chủ trương, chính sách, kế hoạch hành động vĩ mô của nhà nước trong lĩnh vực y tế thông qua các hoạt động cụ thể tại cơ sở (thường được đảm bảo bằng các nguồn lực của nhà nước). Quá trình hiện thực hoá này có thể được thể hiện qua các chỉ tiêu được phân bổ từ trên xuống, từ trung ương xuống tỉnh, tỉnh xuống huyện, huyện xuống xã. Dựa trên các chỉ tiêu được phân bổ, các đơn vị sẽ xây dựng kế hoạch hoạt động của mình nhằm đạt được các chỉ tiêu đó. Như vậy, phương pháp này không dựa trên nhu cầu thực tế của địa phương nên tính hiệu quả thường không cao.

- ***Xây dựng kế hoạch từ dưới lên (bottom up)***. Đây là quá trình xây dựng kế hoạch dựa trên nhu cầu thực tế tại cơ sở, được xây dựng không chỉ

những nhà lãnh đạo mà còn có sự tham gia của cả cộng đồng. Phương pháp này có ưu điểm là xác định được các vấn đề một cách cụ thể, thiết thực, ngoài ra còn trao trách nhiệm và quyền chủ động giải quyết cho tuyến dưới, cấp dưới, huy động được nguồn lực và sáng kiến của cán bộ và nhân dân. Ví dụ xây dựng kế hoạch của các chương trình, dự án ...

Những phân loại trên đây chỉ có ý nghĩa tương đối, tùy theo nhu cầu, quan điểm mà có cách phân loại khác nhau và có phương pháp xây dựng phù hợp với điều kiện và nguồn lực của đơn vị, địa phương mình.

3. Các bước lập kế hoạch

- Thu thập thông tin
- Phân tích thực trạng, xác định vấn đề
- Xác định mục tiêu
- Lựa chọn giải pháp
- Xây dựng kế hoạch hoạt động.

3.1. Thu thập thông tin

3.1.1. Khái niệm về thông tin y tế

Thông tin y tế là những tin tức về các yếu tố liên quan đến sức khỏe con người và cộng đồng. Đồng thời thông tin y tế có thể mô tả các lĩnh vực ngoài ngành y tế liên quan đến y tế.

Thu thập thông tin có vai trò quan trọng trong quản lý và lập kế hoạch; Để đánh giá được thực trạng, chúng ta cần phải xác định rõ những thông tin cần thu thập, thu thập từ nguồn nào, bằng phương pháp nào.

Ví dụ: Thu thập thông tin liên quan đến vấn đề “Chuẩn Quốc gia về y tế xã”, các thông tin liên quan gồm có:

- Hiện nay, trên địa bàn huyện có bao nhiêu xã đã đạt “Chuẩn Quốc gia về y tế xã”.

- Lý do các xã chưa đạt chuẩn

3.1.2. Nguồn thu thập thông tin

Có thể thu thập thông tin từ các nguồn sau:

3.1.2.1. Các nguồn sẵn có

Đó là thông tin thu được qua sổ sách, báo cáo thống kê, tin tức trên các phương tiện thông tin đại chúng ... Đó là các thông tin chính thức, đã được công bố.

Ví dụ:

- Báo cáo của trạm y tế, của chính quyền xã, trung tâm y tế huyện, bệnh viện huyện, phòng y tế huyện ...

- Sổ sách, báo cáo của các chương trình, dự án y tế ...
- Các văn bản, tài liệu của cấp trên

Tuy nhiên, thông tin, tài liệu sẵn có có thể không cung cấp đầy đủ, chi tiết, toàn diện một số vấn đề cụ thể mà ta cần, vì vậy khi sử dụng cần cân nhắc và phối hợp với các số liệu từ các nguồn khác.

3.1.2.2. Quan sát, tiếp xúc tại cộng đồng

Có thể thu nhận thông tin qua việc quan sát trực tiếp tình hình cộng đồng và các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng cũng như tại đơn vị y tế của địa phương. Trong những trường hợp cần thiết, có thể tổ chức các buổi tiếp xúc với những đối tượng khác nhau như lãnh đạo chính quyền địa phương, các ban ngành, hội phụ nữ hay cán bộ y tế. Kết quả quan sát, tiếp xúc có thể giúp cán bộ y tế huyện có những nhận xét hoặc phát hiện về các thông tin liên quan đến vấn đề y tế ở địa phương.

3.2.1.3. Điều tra, nghiên cứu

Phương pháp này đòi hỏi người thu thập thông tin phải có kinh nghiệm thiết kế nghiên cứu để đảm bảo tính khoa học của nghiên cứu. Thông tin từ nguồn này thường chính xác, có độ tin cậy, đầy đủ cho vấn đề quan tâm nghiên cứu.

3.1.3. Phương pháp thu thập thông tin

Trong nhiều trường hợp, chúng ta cần phối hợp nhiều phương pháp thu thập thông tin như xem xét số liệu thống kê, các điều tra trên quy mô nhỏ, phỏng vấn, quan sát để thu thập những thông tin cần thiết.

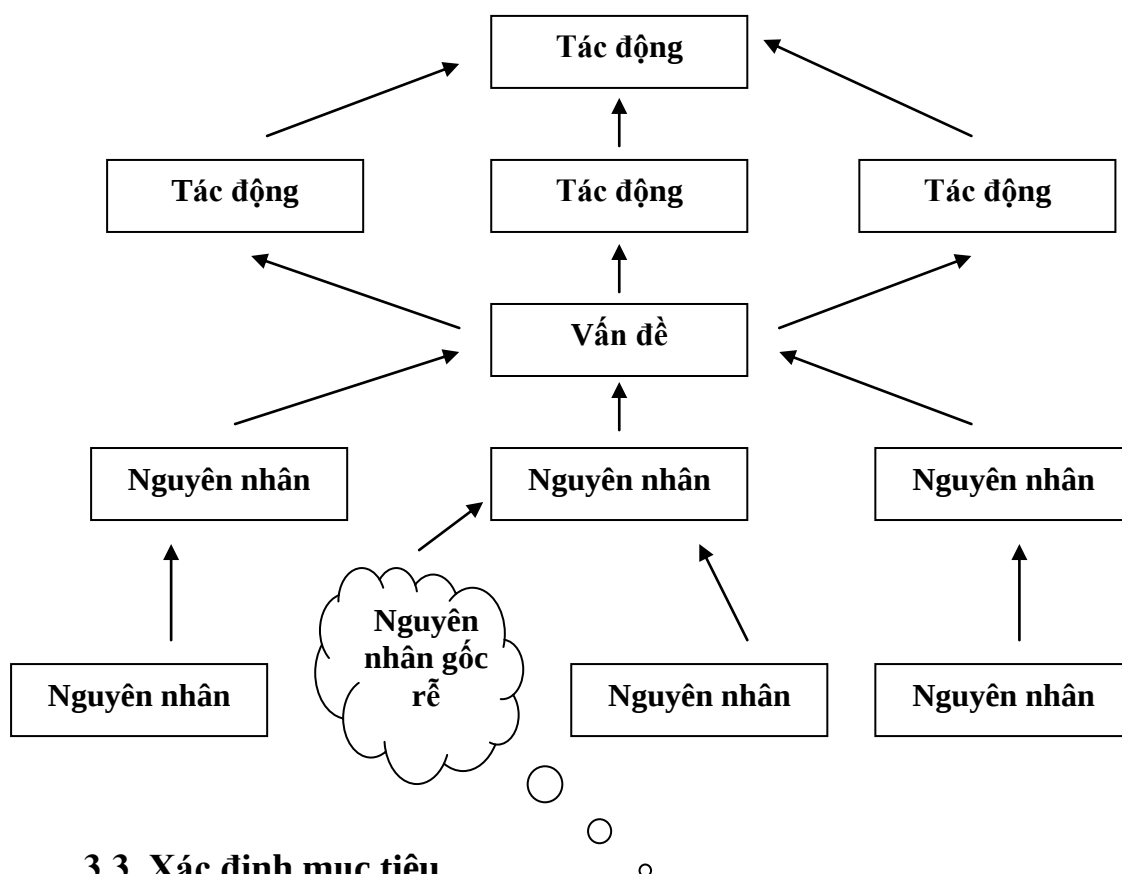
3.2. Phân tích thực trạng, xác định vấn đề

Phân tích, xác định vấn đề giúp chúng ta có thể:

- Xác định được những nguyên nhân và tác động của vấn đề;
- Phát hiện nguyên nhân nào là nguyên nhân gốc rễ để tìm giải pháp can thiệp.
- Giúp cho việc xác định được ưu tiên và đầu tư có trọng điểm.

Ví dụ:

Sử dụng “cây vấn đề” (problem tree) để phân tích vấn đề, tìm nguyên nhân gốc rễ.



3.3. Xác định mục tiêu

3.3.1. Khái niệm

Mục tiêu là **điểm mà chúng ta mong muốn đạt** được trong một khoảng thời gian nhất định thông qua các hoạt động với các nguồn lực cho phép.

- Nếu rõ ràng: triển khai kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá sẽ thuận lợi.

- Nếu không rõ: lập kế hoạch không tốt, không thực thi, gây lãng phí, kém hiệu quả.

3.3.2. Phương pháp xác định mục tiêu

Trước hết, để xây dựng được mục tiêu đúng, phải nêu được vấn đề một cách rõ ràng và cụ thể, vấn đề phải có đầy đủ các thông tin và trả lời được các câu hỏi sau:

- Vấn đề gì?
- Đối tượng nào?
- Ở đâu?
- Bao nhiêu ?
- Khi nào ?

Ví dụ: Tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia y tế xã ở huyện A năm 2007 là 30%, thấp hơn mức trung bình của tỉnh.

- Vấn đề gì?: Tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia y tế xã thấp
- Đối tượng nào ? : Y tế xã
- Ở đâu ? : huyện A
- Bao nhiêu ? : 30%
- Khi nào ? : năm 2010

Nêu được vấn đề rõ ràng và cụ thể là điều rất quan trọng vì nếu không nêu được vấn đề rõ ràng thì không thể đưa ra được mục tiêu rõ ràng. Điều này sẽ dẫn đến các hoạt động trong bản kế hoạch không rõ ràng, khó thực hiện.

Sau khi nêu được vấn đề rõ ràng, chúng ta xác định mục tiêu cần đạt được. Cần quan tâm lưu ý đến các thông tin thu thập được từ bước đánh giá thực trạng để tìm hiểu các thông tin có liên quan đến vấn đề. Ngoài ra, cần phải cân đối giữa điều mà chúng ta mong muốn đạt được với nguồn lực cho phép.

Ví dụ: Tăng tỷ lệ đạt chuẩn y tế xã ở huyện A lên 40% vào năm 2011.

Nhận xét: Như vậy, mục tiêu nêu trên được viết đúng, rõ ràng.

3.4. Lựa chọn giải pháp

3.4.1. Khái niệm

Giải pháp là cách làm để đạt được mục tiêu đề ra. Người lập kế hoạch có thể đề xuất nhiều giải pháp để đạt được mục tiêu đã đề ra. Tuy nhiên nếu với nguồn lực hạn chế, thì từ những giải pháp đó, chúng ta phải lựa chọn các giải pháp tối ưu để thực hiện.

Đây là một khâu quan trọng trong quá trình lập kế hoạch để giải quyết hay hạn chế nguyên nhân gốc rễ.

3.4.2. Tìm giải pháp

- Tìm giải pháp giúp chúng ta trả lời câu hỏi: “ Chúng ta phải làm như thế nào ”

- Nguyên tắc tìm giải pháp: Nguyên nhân gốc rễ nào thì giải pháp đó.

Mỗi nguyên nhân gốc rễ có thể có một hay nhiều giải pháp tương ứng để giải quyết, song ta chỉ chọn những giải pháp tối ưu.

Ví dụ:

Vấn đề	Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp
Tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia y tế xã ở huyện A năm 2010 là 30% , thấp hơn mức trung bình của tỉnh	- Chưa đạt chuẩn về nhân lực (chưa có cán bộ y học cổ truyền).	- Cử cán bộ đi học, bổ túc về y học cổ truyền.

	- Cơ sở hạ tầng chưa đạt chuẩn.	- Đề nghị các cơ quan có thẩm quyền hỗ trợ.
	- Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt chuẩn	- Tăng cường cung cấp kiến thức cho cộng đồng - Bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng về truyền thông cho cán bộ trạm y tế xã, và nhân viên y tế thôn bản . -

- Từ các giải pháp, chúng ta xác định các phương pháp thực hiện. Mỗi giải pháp có thể có nhiều phương pháp thực hiện.

Ví dụ:

Vấn đề	Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp	Phương pháp thực hiện
Tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia y tế xã ở huyện A năm 2007 là 30% , thấp hơn mức trung bình của tỉnh	Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt chuẩn	- Cung cấp kiến thức cho cộng đồng	- Truyền thông đại chúng (qua hệ thống loa truyền thanh xã). - Tổ chức các buổi họp cộng đồng tại thôn, bản để tuyên truyền giáo dục sức khỏe.
		Bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng về truyền thông cho cán bộ trạm y tế xã, và nhân viên y tế thôn bản	- Mở các lớp tập huấn về kiến thức, kỹ năng truyền thông cho các cán bộ trạm y tế xã và nhân viên thôn bản.

3.4.3. Lựa chọn giải pháp, phương pháp tối ưu

3.4.3.1. Chấm điểm hiệu quả

Chấm điểm hiệu quả của các phương pháp thông qua việc tính điểm để đánh giá mức độ hiệu quả của phương pháp thực hiện.

Cách tính điểm như sau:

- Điểm 1: không hiệu quả
- Điểm 2: hiệu quả kém
- Điểm 3: hiệu quả trung bình
- Điểm 4: hiệu quả khá
- Điểm 5: hiệu quả tốt

Dựa vào ý kiến của các thành viên trong nhóm để chọn điểm cho các phương pháp thực hiện, có thể tính như sau:

Cách 1: Nhóm thảo luận và thống nhất điểm

Cách 2: Mỗi người trong nhóm đưa ra điểm của mình, sau đó cộng tất cả điểm của nhóm rồi chia trung bình để có điểm chung của nhóm. Cách này giúp cho việc đưa ra ý kiến chung một cách nhanh chóng.

3.4.3.2. Cách tính điểm khả thi

Dựa vào các yếu tố như thời gian, chi phí, sự chấp nhận công việc ... Phương pháp thực hiện nào có tính khả thi cao hơn thì cho điểm cao hơn. Mức độ khả thi và cách chấm điểm cũng tương tự như cách chấm điểm hiệu quả.

3.4.3.3. Tính tích số của điểm hiệu quả và điểm khả thi

Tích số của điểm hiệu quả và điểm khả thi sẽ được sử dụng làm căn cứ để lựa chọn những phương pháp thực hiện mà chúng ta thấy phù hợp.

3.4.3.4. Chọn phương pháp thực hiện

Chọn phương pháp thực hiện có số điểm cao hơn điểm mốc do nhóm quy định. Nếu có đủ nguồn lực thì có thể triển khai nhiều phương pháp thực hiện cùng một lúc để đạt được mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, nếu nguồn lực hạn chế thì nên tập trung triển khai các phương pháp tối ưu. Trình tự thực hiện có thể dựa vào tích số, điểm cao là trước, điểm thấp làm sau.

Ví dụ: Bảng lựa chọn giải pháp

Vấn đề	Nguyên nhân gốc rễ	Giải pháp	Phương pháp thực hiện	Điểm hiệu quả	Điểm khả thi	Tích số	Thực hiện
Tỷ lệ đạt chuẩn quốc gia y tế xã ở huyện A năm 2010 là 30% , thấp hơn mức trung bình của tỉnh	Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe chưa đạt chuẩn	(1) Cung cấp kiến thức cho cộng đồng	- Truyền thông đại chúng (qua hệ thống loa truyền thanh xã). - Tổ chức các buổi họp cộng đồng tại thôn, bản để tuyên truyền giáo dục sức khỏe.	4 4	5 4	20 16	C K
		(2) Bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng về truyền thông cho cán bộ trạm y tế xã, và nhân viên y tế thôn bản	- Mở các lớp tập huấn về kiến thức, kỹ năng truyền thông cho các cán bộ trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản.	50	4	20	C

3.5. Viết kế hoạch

Viết kế hoạch là bước cuối cùng trong quy trình lập kế hoạch để cụ thể hoá các giải pháp và phương pháp thực hiện đã lựa chọn nhằm đạt được các mục tiêu đề ra.

Dựa vào bản kế hoạch, chúng ta có thể biết được từng nhiệm vụ cụ thể cần thực hiện, người thực hiện, thời gian, địa điểm thực hiện, người phối hợp, giám sát kinh phí, nguồn lực cần thiết và dự kiến kết quả.

Ngoài ra, kế hoạch còn là cơ sở để xem xét, đánh giá lại kết quả đạt được sau khi thực hiện, hoạt động nào đã thực hiện, hoạt động nào chưa thực hiện hoặc thực hiện chưa đạt, lý do tại sao, để từ đó kịp thời rút kinh nghiệm, điều chỉnh kế hoạch để đạt được mục tiêu đề ra.

Nguyên tắc viết

- Trước khi viết kế hoạch, cần kiểm tra lại tất cả các dữ liệu, thông tin, kết quả phân tích, các nguyên nhân gốc rễ, các mục tiêu, giải pháp và phương pháp thực hiện.

- Viết kế hoạch là dựa trên mục tiêu, giải pháp và phương pháp thực hiện đã được lựa chọn. Bên cạnh đó, cần xem xét lại các nguồn lực sẵn có và sẽ huy động được.

Các bước viết kế hoạch

- Liệt kê tất cả các hoạt động, công việc sẽ phải tiến hành, các phương pháp để giải quyết các nguyên nhân gốc rễ. Sắp xếp các công việc theo trật tự hợp lý.

- Dự kiến thời gian bắt đầu tiến hành và thời gian kết thúc cho từng hoạt động.

- Phân bổ nguồn lực: Từng hoạt động, công việc cần phải có sự phân công trách nhiệm rõ ràng, đúng người, đúng việc. Ngoài nhân lực, cần phải dự trù các nguồn lực khác như tài chính, trang thiết bị, cơ sở vật chất.

- Xác định rõ địa điểm tiến hành

- Dự kiến kết quả

Ví dụ:

Mẫu 1: Kế hoạch hoạt động tổng thể

T	Tên hoạt	Thời	Địa	Người	Người	Người	Kinh	Dự	kiến
T	động	gian	điểm	thực	phối	giám	phí	kết	quả
				hiện	hợp	sát			

1

2

3
4
5

Mẫu 2: Kế hoạch theo mục tiêu / giải pháp

Tên kế hoạch:

Mục tiêu:

.....

Giải pháp 1:

T	Tên hoạt	Thời	Địa	Người	Người	Người	Kinh	Dự	kiến
T	động	gian	điểm	thực	phối	giám	phí	kết	quả
				hiện	hợp	sát			

1
2
3
4
5

Giải pháp 2:

T	Tên hoạt	Thời	Địa	Người	Người	Người	Kinh	Dự	kiến
T	động	gian	điểm	thực	phối	giám	phí	kết	quả
				hiện	hợp	sát			

1
2
3
4
5

Giải pháp 3:

T	Tên hoạt	Thời	Địa	Người	Người	Người	Kinh	Dự	kiến
T	động	gian	điểm	thực	phối	giám	phí	kết	quả
				hiện	hợp	sát			

1
2

3
4
5

Mẫu 3: Kế hoạch theo thời gian

	Quý I			Quý II			Quý III			Quý IV			Ghi chú
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Mục tiêu 1													
Hoạt động 1.1													
Hoạt động 1.2													
.....													
Mục tiêu 2													
Hoạt động 2.1													
Hoạt động 2.2													
Hoạt động 2.3													
.....													
Mục tiêu 3													
Hoạt động 3.1													
Hoạt động 3.2													

3.6. Các nguyên tắc trong lập kế hoạch

3.6.1. Tính mục tiêu

Trên cơ sở xác định đúng và rõ mục tiêu cần đạt, người quản lý ở các cấp khác nhau sẽ có khả năng lựa chọn các giải pháp, phương pháp thực hiện cũng như các điều kiện hỗ trợ một cách phù hợp và xác định vị thế ưu tiên cho từng mục tiêu (trong những chương trình/kế hoạch có nhiều mục tiêu). Tính mục

tiêu trong lập kế hoạch giúp đảm bảo được hiệu quả hoạt động, tránh lãng phí hoặc sử dụng nguồn lực không phù hợp, làm cơ sở cho theo dõi, giám sát và đánh giá.

3.6.2. Tính khoa học

Mọi sản phẩm của quá trình lập kế hoạch (các văn bản, kế hoạch hoạt động ...) chỉ có hiệu quả nếu nó đạt đến những mức độ nhất định về căn cứ khoa học. Tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của các kế hoạch được thảo ra.

3.6.3. Tính cân đối

Tính cân đối là một nguyên tắc xuyên suốt quá trình lập kế hoạch để đảm bảo kế hoạch đạt được các mục tiêu đề ra. Cân đối ở đây không chỉ cân đối giữa nhu cầu và khả năng trong lập kế hoạch mà còn là sự cân đối giữa các yếu tố, các bộ phận, các lĩnh vực và quá trình trong hệ thống tổ chức để đảm bảo thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn.

3.6.4. Tính chấp nhận

Kế hoạch được lập ra phải được sự chấp nhận của không chỉ chính quyền, các cấp lãnh đạo, những người lập kế hoạch mà cả những người trực tiếp thực hiện và đối tượng can thiệp (cộng đồng). Chấp nhận ở đây bao gồm cả chấp nhận về chính trị, văn hoá, đạo đức v.v.. giúp đảm bảo các kế hoạch thảo ra là hiệu quả, khả thi và phù hợp với tình hình thực tế của địa phương.

III. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN

Thực hiện các vấn đề/nội dung gì; ai thực hiện; thực hiện như thế nào; thực hiện bằng nguồn lực nào; cơ chế phối hợp; kiểm tra, giám sát.

Sau khi đã xây dựng được kế hoạch, chúng ta cần tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch. Quá trình triển khai thực hiện thường có những công việc sau:

1. Phân công, thông báo công việc, trách nhiệm

Phân công, thông báo công việc, trách nhiệm một cách rõ ràng cho từng người thực hiện, tránh trường hợp người làm thì không biết cụ thể việc mình phải làm gì. Khi đó, kế hoạch dù có được lập tốt đến đâu, nhưng khi triển khai cũng không có hiệu quả.

2. Điều phối, chỉ đạo hoạt động

Đây chính là việc phối hợp các hoạt động của các cá nhân, đơn vị một cách có kế hoạch nhằm đạt được mục tiêu đề ra. Hoạt động này rất quan trọng trong việc triển khai thực hiện kế hoạch, bởi vì điều phối sẽ giúp nâng cao hiệu quả thực hiện các hoạt động thông qua việc phát huy tối đa khả năng, điểm mạnh của các cá nhân, tập thể và sử dụng hiệu quả các nguồn lực.

Để nâng cao hiệu quả việc triển khai thực hiện kế hoạch cần phải quan tâm đến các vấn đề sau:

a. Xây dựng các quy định và phân bổ các nguồn lực phù hợp để thực hiện kế hoạch đề ra.

b. Xây dựng hệ thống báo cáo, sổ sách ghi chép thống nhất, đầy đủ, chính xác.

- Công việc này rất quan trọng nhằm nâng cao hiệu quả quản lý, lập kế hoạch cũng như thực hiện kế hoạch.

- Là công việc quan trọng trong quá trình triển khai thực hiện kế hoạch.

- Là cơ sở để thực hiện công tác theo dõi, giám sát và đánh giá hiệu quả các hoạt động theo kế hoạch đề ra.

- Là cơ sở để kiểm tra, đối chứng lại quá trình lập kế hoạch để đảm bảo rằng kế hoạch lập ra đã xem xét tới tất cả các điều kiện thực tế, các nguồn lực sẵn có, các khó khăn, thuận lợi có thể ảnh hưởng tới hiệu quả của quá trình triển khai thực hiện kế hoạch.

c. Xây dựng kế hoạch thời gian một cách chi tiết, rõ ràng.

Thời gian cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới thành công hay thất bại của việc thực hiện kế hoạch. Nhiều hoạt động thực thi không đúng với kế hoạch do không có kế hoạch thời gian cụ thể và rõ ràng. Sự chậm trễ trong việc thực hiện công việc sẽ dẫn đến lãng phí các nguồn lực, đặc biệt, với những hoạt động có tính chất dây chuyền, sự chậm trễ của hoạt động này sẽ dẫn tới sự chậm trễ của các hoạt động khác.

Gắn kết chặt chẽ công tác lập kế hoạch với công tác quản lý, bởi vì công tác lập kế hoạch là một trong các chức năng, đồng thời là một công cụ của quản lý. Để đạt được mục tiêu đề ra, công tác lập kế hoạch cần phải gắn kết chặt chẽ với công tác quản lý, bao gồm công tác theo dõi, giám sát và đánh giá. Trong nhiều trường hợp, bên cạnh kế hoạch thực hiện, cần xây dựng kế hoạch theo dõi, giám sát để giúp cho công tác quản lý, phân bổ nguồn lực và có thể kịp thời điều chỉnh kế hoạch nếu cần, nhằm nâng cao hiệu quả của việc triển khai thực hiện kế hoạch.

3. Theo dõi, giám sát

3.1. Khái niệm

Theo dõi, giám sát là một hoạt động thường xuyên của chu trình quản lý nhằm thu thập và cung cấp các thông tin phản hồi về tiến độ, các vấn đề nảy sinh trong quá trình triển khai thực hiện kế hoạch, từ đó có thể đưa ra những kiến nghị và biện pháp khắc phục. Giám sát tốt sẽ dự báo tốt, lập kế hoạch tốt và thu được hiệu quả cao.

3.2. Hình thức giám sát

3.2.1. Giám sát trực tiếp từ bên ngoài

Giám sát viên là người ngoài, hoặc ở tuyến trên tiếp xúc và quan sát trực tiếp người được giám sát thực hiện chuyên môn và thảo luận với họ để giải quyết các tồn tại (nếu có)

3.2.2. Giám sát nội bộ

Cơ sở, đơn vị tự giám sát (do lãnh đạo hoặc cán bộ được phân công giám sát). Phương pháp này mang tính bền vững, thường xuyên, phát huy được nội lực, giải quyết kịp thời những phát sinh trong thực tế, có hiệu quả. Bản thân cán bộ cũng có thể dựa vào bảng kiểm để tự giám sát khả năng thực hiện chuyên môn của mình.

3.2.3. Giám sát chuyên biệt (chuyên sâu)

Là loại giám sát tập trung vào một chủ đề/vấn đề/lĩnh vực nào đó trong công tác chăm sóc sức khỏe.

3.2.4. Giám sát lồng ghép

Là loại giám sát nhằm giải quyết các vấn đề tồn tại của cơ sở từ công tác quản lý đến công tác chuyên môn và thu thập ý kiến để lập kế hoạch giải quyết.

3.3. Phương pháp giám sát

3.3.1. Quan sát

Là sự nhìn nhận chủ yếu bằng mắt để đánh giá được toàn cảnh hoặc từng phần hoạt động đang diễn ra, như quan sát cơ sở làm việc, trang thiết bị, cơ sở vật chất, sổ sách, báo cáo thống kê, bệnh án, hoạt động của cán bộ y tế trong lúc họ đang làm việc.

3.3.2. Giao tiếp

Là sự tiếp xúc giữa giám sát viên và người được giám sát, giao tiếp trong giám sát dịch vụ y tế.

3.3.3. Huấn luyện (cầm tay chỉ việc)

Là hình thức hỗ trợ kỹ thuật, huấn luyện kỹ năng thực hành bằng cách cùng làm việc với người được giám sát, giúp cho họ làm đúng và tốt hơn theo quy trình công việc.

3.3.4. Làm việc nhóm

Là cách làm việc của giám sát viên với một nhóm cán bộ y tế được giám sát để cùng thảo luận về một vấn đề nào đó được phát hiện trong quá trình giám sát và cùng nhau tìm hướng giải quyết.

3.4. Quy trình giám sát

Bước 1: Chuẩn bị giám sát

1) Chuẩn bị nguồn lực, chọn giám sát viên

Giám sát viên phải có kỹ năng, thành thạo về chuyên môn trong lĩnh vực giám sát; có kiến thức và kỹ năng giám sát; sắp xếp được thời gian thích hợp để đi giám sát; có khả năng lãnh đạo để tổ chức tốt cuộc giám sát và ra quyết định sau khi giám sát.

2) Lập kế hoạch giám sát gồm các nội dung sau:

- Các vấn đề cần giám sát
- Mục tiêu của đợt giám sát
- Thành phần đoàn giám sát
- Đơn vị/cơ sở được giám sát
- Công cụ giám sát
- Thời gian giám sát
- Nguồn lực thực hiện giám sát

Ví dụ:

Đơn vị/cơ sở được giám sát	Mục tiêu, nội dung giám sát	Thời gian	Giám sát viên	Người phối hợp	Công cụ	Phương tiện	Kinh phí	Ghi chú
1								
2								
..								

3) Chuẩn bị công cụ giám sát

- Thu thập và nghiên cứu các tư liệu liên quan đến cơ sở được giám sát.
- Xây dựng bảng kiểm ghi danh mục các nội dung, hoạt động cần giám sát.

4) Xây dựng lịch trình và thông báo tới các đơn vị, cá nhân liên quan để thống nhất kế hoạch giám sát.

Bước 2: Triển khai giám sát

Có nhiều công việc phải làm, tùy theo mục đích và phương pháp để chọn công việc thích hợp khi thực hiện giám sát. Chúng tôi xin giới thiệu một số bước cơ bản sau đây, các bước có thể được điều chỉnh linh hoạt theo thực tế khi triển khai thực hiện:

1) Gặp gỡ, tiếp xúc với cán bộ, cơ sở được giám sát: nói rõ mục đích và nội dung giám sát, giới thiệu và thông báo thời gian làm việc ...

2) Sử dụng bảng kiểm để giám sát

3) Xem xét kế hoạch can thiệp (nếu có)

4) Trao đổi, giải đáp đến các nội dung công việc liên quan

5) Hỏi ý kiến các bên liên quan như người cung cấp dịch vụ, người nhận dịch vụ.

Bước 3: Các công việc sau giám sát.

Sau giám sát có nhiều công việc quan trọng, nếu không thực hiện thì sẽ không phát huy được hiệu quả của công tác giám sát.

- Phản hồi nhanh cho cán bộ, cơ sở được giám sát. Phản hồi nhanh (bằng miệng) ngay sau khi giám sát, chỉ ra các mặt tích cực và những bất cập cần khắc phục, cam kết sẽ tiếp thu các kiến nghị, đề xuất của đơn vị được giám sát và tiếp tục hỗ trợ trong thời gian tới ...

- Phản hồi bằng văn bản sau giám sát: các cán bộ giám sát cần phải phản hồi sớm cho đơn vị được giám sát bằng văn bản và gửi cho các bên liên quan khác. Phải hoàn thiện phiếu giám sát và báo cáo giám sát gửi cho cơ quan có thẩm quyền.

IV. ĐÁNH GIÁ

1. Khái niệm

Đánh giá là việc thực hiện phân tích sâu các hoạt động trong kế hoạch/ chương trình theo chu kỳ. Đánh giá dựa vào các số liệu thu được thông qua các hoạt động theo dõi giám sát cũng như các thông tin thu được từ các nguồn khác (như các nghiên cứu, phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm, điều tra ...).

Đánh giá tập trung phân tích vào các kết quả của hoạt động (đầu ra) trong mối quan hệ với đầu vào, so sánh kết quả đạt được với chi phí, quá trình triển khai hoạt động để đạt được thực hiện, tính tổng thể, tác động và tính bền vững của kế hoạch/chương trình/dự án đó; so sánh kết quả đạt được so với mục tiêu đề ra.

Đánh giá là một trong những công cụ của quản lý để cung cấp thông tin cho việc ra quyết định.

2. Phân loại

2.1. Phân loại theo thời gian thực hiện

2.2.1. Đánh giá ban đầu

Là việc thu thập các số liệu cần thiết để xây dựng mục tiêu của kế hoạch/chương trình/dự án. Những chỉ số đó là cơ sở cho tổ chức triển khai kế hoạch và sẽ được sử dụng trong đánh giá để so sánh, đối chiếu với kết quả đạt được cuối chu kỳ hoạt động hoặc khi kết thúc chương trình kế hoạch, dự án.

2.1.2. Đánh giá tiến độ thực hiện

Là đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện kế hoạch theo chu kỳ có thể là một quý, 6 tháng, 9 tháng ... nhằm xem xét việc triển khai kế hoạch có đúng mục tiêu không, giúp cho quá trình điều hành kế hoạch đúng tiến độ và đảm bảo chất lượng các hoạt động.

2.1.3. Đánh giá kết thúc

Là đánh giá kết quả cuối cùng của kế hoạch/chương trình/dự án so với mục tiêu đề ra.

2.1.4. Đánh giá tác động

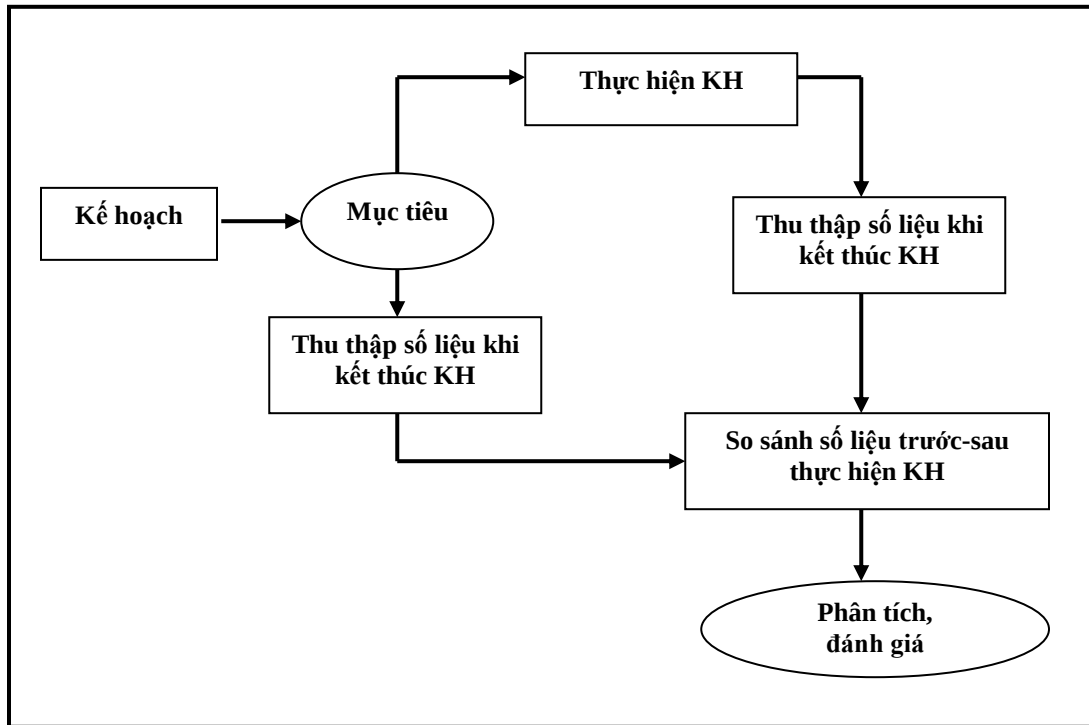
Là đánh giá về tính duy trì của chương trình dự án và các tác động lâu dài của kế hoạch/chương trình/dự án đối với sức khoẻ của cộng đồng, kinh tế - xã hội, hoặc tác động của nó đối với việc hoạch định chính sách, chiến lược phát triển của ngành ... Loại đánh giá này thường được tiến hành sau khi kế hoạch/chương trình/dự án kết thúc nhiều năm.

2.2. Phân loại theo phương pháp đánh giá

2.2.1. Đánh giá đối chiếu với mục tiêu.

Đánh giá đối chiếu kết quả thu được khi kết thúc kế hoạch/chương trình/dự án với mục tiêu đề ra trong bản kế hoạch.

2.2.2 Đánh giá so sánh trước sau khi thực hiện kế hoạch/chương trình/dự án.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thuật ngữ hành chính, Học viện Hành chính quốc gia, 2002
2. Mười công việc chuyên viên trong quản lý hành chính nhà nước, 2004
3. Giáo trình quản lý hành chính Nhà nước, Học viện Hành chính Quốc gia, năm 2006.
4. Giáo trình Tổ chức, quản lý và chính sách y tế, Trường Đại học Y tế công cộng, năm 2005

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ BÀI

Câu 1. Ghép cặp hợp lý giữa các cụm từ bên cột hỏi và cột trả lời để mô tả mối quan hệ về thời gian giữa các loại kế hoạch:

Câu trả lời	Câu hỏi
A) <3 năm, thường là 1 năm.	I. <i>Kế hoạch dài hạn</i>
B) 10 - 15 năm.	II. <i>Kế hoạch trung hạn:</i>
C) 3 - 7 năm (phổ biến là 5 năm).	III. <i>Kế hoạch ngắn hạn:</i>

Câu 2. Điền cho đủ 5 bước lập kế hoạch

- A)(Thu thập thông tin)
- B) Phân tích thực trạng, xác định vấn đề
- C) Xác định mục tiêu
- D)(Lựa chọn giải pháp)
- E) Xây dựng kế hoạch hoạt động.

Câu 3. Kể cho đủ 4 nguyên tắc áp dụng trong lập kế hoạch

- A)
- B) Tính khoa học
- C)
- D) Tính chấp nhận

Câu 4. Điền cho đủ các bước viết kế hoạch

- A) Liệt kê tất cả các hoạt động và sắp xếp hợp lý.
- B) Dự kiến thời gian bắt đầu tiến hành và thời gian kết thúc cho từng hoạt động.
- C)
- D) Xác định rõ địa điểm tiến hành
- E) Dự kiến kết quả

Xác định đúng sai đối với các câu hỏi từ 5 đến 9

	Đúng	Sai
Câu 5. Giải pháp là cách làm để đạt mục tiêu đề ra		
Câu 6. Mỗi mục tiêu cần một giải pháp thực hiện		

Câu 7. Giải pháp được đưa ra dựa vào xác định nguyên nhân gốc		
Câu 8. Giải pháp được đưa ra dựa vào xác định mục tiêu		
Câu 9. Giải pháp lựa chọn phải có tính hiệu quả và tính khả thi		

BÀI 7

MỘT SỐ KỸ NĂNG QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

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

1. Trình bày được khái niệm cán bộ, công chức, viên chức
2. Trình bày được khái niệm về quản trị nhân lực
3. Trình bày được những nội dung quản lý nguồn nhân lực và một số kỹ năng quản lý nguồn nhân lực bệnh viện.

NỘI DUNG

I. VAI TRÒ CỦA CÁN BỘ, CÔNG CHỨC, VIÊN CHỨC

1. Cán bộ:

- Cán bộ là công dân Việt Nam, được bầu cử, phê chuẩn, bổ nhiệm giữ chức vụ, chức danh theo nhiệm kỳ trong cơ quan của Đảng Cộng sản Việt Nam, Nhà nước, tổ chức chính trị - xã hội ở trung ương, ở tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi chung là cấp tỉnh), ở huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là cấp huyện), trong biên chế và hưởng lương từ ngân sách nhà nước.

2. Công chức:

- Công chức là công dân Việt Nam, được tuyển dụng, bổ nhiệm vào ngạch, chức vụ, chức danh, trong biên chế, hưởng lương từ ngân sách nhà nước hoặc được bảo đảm từ quỹ lương của đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của pháp luật, làm việc trong các cơ quan, tổ chức, đơn vị quy định tại Nghị định số 06/2010/NĐ-CP.

- Công chức trong bộ máy lãnh đạo, quản lý đơn vị sự nghiệp công lập bao gồm: Người đứng đầu, cấp phó của người đứng đầu; Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập được ngân sách nhà nước cấp kinh phí hoạt động thuộc Tổng cục, Cục và tương đương trực thuộc Bộ, cơ quan ngang Bộ; Người giữ các vị trí việc làm gắn với nhiệm vụ quản lý nhà nước trong đơn vị sự nghiệp công lập được giao thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước.

3. Viên chức:

- Viên chức là người được tuyển dụng, bổ nhiệm một chức danh nghề nghiệp, chức vụ quản lý trong đơn vị sự nghiệp công lập theo vị trí việc làm

và hưởng lương từ quỹ lương của đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của pháp luật

+ *Viên chức quản lý* là người được bổ nhiệm giữ chức vụ quản lý có thời hạn, chịu trách nhiệm điều hành, tổ chức thực hiện một hoặc một số công việc trong đơn vị sự nghiệp công lập nhưng không phải là công chức và được hưởng phụ cấp chức vụ quản lý.

+ *Hợp đồng làm việc* là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa viên chức hoặc người được tuyển dụng làm viên chức với người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập về vị trí việc làm, tiền lương, chế độ đãi ngộ, điều kiện làm việc quyền và nghĩa vụ của mỗi bên

+ *Vị trí việc làm* là công việc hoặc nhiệm vụ gắn với chức danh nghề nghiệp hoặc chức vụ quản lý tương ứng, là căn cứ xác định số lượng người làm việc, cơ cấu

4. Đặc điểm nguồn nhân lực các cơ sở khám chữa bệnh:

- Đa dạng về nghề nghiệp:

+ Chủ yếu là nguồn nhân lực được đào tạo các trình độ về y và được như: bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y, hộ sinh, được sĩ khoảng 80 – 85 % tổng số nguồn nhân lực hoạt động tại các cơ sở khám chữa bệnh. Trong đó có rất nhiều chuyên khoa sâu khác nhau, độ thu hút từng chuyên khoa đối với nguồn nhân lực cũng khác nhau.

+ Một số các chuyên ngành khác: Tâm lý học, kỹ sư, kế toán, nhân viên kỹ thuật, lái xe....

- Thời gian đào tạo bác sĩ các trình độ rất dài, đào tạo đại học 06 năm, sau đó phải liên tục đào tạo sau đại học và cập nhật kiến thức.

- Cung cấp loại dịch vụ đặc biệt, tác động trực tiếp đến tính mạng và sức khỏe con người (đối tượng được cung cấp dịch vụ là con người), hoạt động trong môi trường đặc biệt, độ rủi ro nghề nghiệp cao, thời gian làm việc vất vả, trực đêm...

- Nhiều yếu tố, nguy cơ trực tiếp ảnh hưởng đến tính mạng và sức khỏe của nhân viên y tế: bệnh tật, lây nhiễm, bạo hành..

- Điều kiện cơ sở vật chất phục vụ cho đa số các bác sĩ, nhân viên y tế làm việc tại các cơ sở khám, chữa bệnh còn thiếu thốn, chật hẹp, quá tải, chưa đáp ứng được yêu cầu của chuyên môn.

- Yêu cầu giải quyết công việc của công tác khám, chữa bệnh đòi hỏi sự phối hợp, hợp tác giữa các nhân viên y tế phải nhanh chóng, chính xác, kịp thời khả năng làm việc nhóm cao.

II. KHÁI NIỆM VỀ QUẢN TRỊ NHÂN LỰC

1. Khái niệm về quản trị nguồn nhân lực:

Khái niệm nguồn nhân lực: nguồn nhân lực xã hội là dân số trong độ tuổi lao động và có khả năng lao động.

Một số quốc gia định nghĩa: Nguồn nhân lực là toàn bộ những người từ độ tuổi lao động trở lên có khả năng lao động.

Theo Liên hợp quốc thì: Nguồn nhân lực là tổng thể sức dự trữ, những tiềm năng, những lực lượng thể hiện sức mạnh và tác động của con người trong việc cải tạo tự nhiên và cải tạo xã hội.

Ngân hàng thế giới: Nguồn nhân lực là toàn bộ vốn con người bao gồm thể lực, trí lực, kỹ năng nghề nghiệp của mỗi cá nhân

Theo bộ Luật Lao động của Việt Nam: Nguồn lực chính là nguồn lực con người bao gồm sức mạnh của thể lực, trí lực, tinh thần và sự tương tác giữa các cá nhân trong một cộng đồng quốc gia”

Khái niệm quản trị nguồn nhân lực: Quản lý nguồn nhân lực là hệ thống các triết lý, chính sách và hoạt động chức năng về thu hút, đào tạo, phát triển và duy trì con người của một tổ chức nhằm đạt được kết quả tối ưu cho cả tổ chức lẫn nhân viên.

Quản lý nguồn nhân lực là tổ hợp toàn bộ mục tiêu, chiến lược và công cụ mà qua đó các nhà quản lý và nhân viên trong cơ quan dùng làm nền tảng cho cung cách ứng xử để phát triển cơ quan.

Quản lý nguồn nhân lực là tất cả các hoạt động, chính sách và các quyết định quản lý liên quan, có ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa cơ quan và cán bộ, công chức, viên chức của cơ quan đó. Quản lý nguồn nhân lực đòi hỏi phải có tầm nhìn chiến lược và gắn với chiến lược hoạt động và phát triển của cơ quan, đơn vị, liên quan trực tiếp đến: cơ cấu nguồn nhân lực, điều hành và phát triển nguồn nhân lực đó.

Quản lý nguồn nhân lực nhằm hai mục tiêu cơ bản:

- Sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực nhằm tăng năng suất lao động và nâng cao tính hiệu quả của tổ chức.

- Đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân viên, tạo điều kiện cho nhân viên được phát huy tối đa các năng lực cá nhân, được kích thích, động viên nhiều nhất tại nơi làm việc và trung thành tận tâm với tổ chức.

Các nguyên tắc:

- Nhân viên cần được đầu tư thỏa đáng để phát triển các năng lực riêng nhằm thỏa mãn các nhu cầu cá nhân, đồng thời tạo ra năng suất lao động, hiệu quả làm việc cao và đóng góp tốt nhất cho tổ chức.

- Các chính sách, chương trình, thực tiễn quản trị cần được thiết lập và thực hiện sao cho có thể thỏa mãn cả nhu cầu vật chất và tinh thần của nhân viên.

- Môi trường làm việc cần được thiết lập sao cho có thể kích thích nhân viên phát triển và sử dụng tối đa các kỹ năng của mình.

- Quy hoạch nhân lực cần được phối hợp chặt chẽ trong tổng thể quy hoạch phát triển của tổ chức.

Các chức năng cơ bản của quản trị nguồn nhân lực:

- *Nhóm chức năng thu hút nguồn nhân lực:* chú trọng vấn đề đảm bảo đủ số lượng nhân lực với các phẩm chất phù hợp với vị trí việc làm của tổ chức. Cần phải làm tốt công tác phân tích công việc, xác định vị trí việc làm, dự báo nhu cầu và hoạch định nguồn nhân lực là việc làm thường xuyên và khoa học của một tổ chức.

- *Nhóm chức năng đào tạo và phát triển:* chú trọng việc nâng cao năng lực của nhân viên, đảm bảo cho nhân viên trong tổ chức có các kỹ năng, trình độ chuyên môn, trình độ lành nghề cần thiết để hoàn thành tốt công việc được giao và tạo điều kiện cho nhân viên được phát triển tối đa năng lực cá nhân. Các hoạt động thường là: đào tạo lại, đào tạo nâng cao tay nghề, cập nhật kiến thức quản lý, kỹ năng thực hành, đào tạo chính quy, đào tạo sau đại học...

- *Nhóm chức năng duy trì nguồn nhân lực:* Chú trọng đến việc duy trì và sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực trong tổ chức. Nhóm này chia thành 2 nhóm nhỏ là: kích thích, động viên nhân viên và duy trì, phát triển các mối quan hệ lao động tốt đẹp trong tổ chức.

2. Tầm quan trọng của nhân lực trong công tác CSSK:

- Nguồn nhân lực quyết định số lượng, chất lượng các hoạt động y tế
- Quản lý nhân lực: bao gồm các nội dung tuyển dụng, sử dụng, quy hoạch, đào tạo, đánh giá công chức viên chức, chú ý đảm bảo về số lượng, chất lượng cán bộ
- Có kế hoạch phát triển nguồn nhân lực hợp lý với quy hoạch phát triển của tổ chức, của bệnh viện.

3. Một số chú ý trong quản lý nhân lực

- Đảm bảo tuyển dụng nhân lực, bố trí nhân lực theo quy định chung
- Quyết định phân công nhiệm vụ cho cán bộ hợp lý để phát huy tối đa hiệu quả
- Chú trọng quy hoạch bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực

III. CÁC NỘI DUNG QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC

- Ban hành và tổ chức thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật, điều lệ, quy chế về viên chức.
- Lập quy hoạch, kế hoạch xây dựng đội ngũ viên chức.
- Quy định tiêu chuẩn chức danh viên chức.
- Hướng dẫn định mức biên chế trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước ở Trung ương; quy định định mức biên chế viên chức thuộc ủy ban nhân dân;

- Ban hành quy chế tuyển dụng, nâng ngạch; chế độ thử việc.
- Tổ chức thực hiện việc quản lý, sử dụng và phân cấp quản lý viên chức.
- Đào tạo, bồi dưỡng viên chức.
- Đánh giá viên chức.
- Chỉ đạo, tổ chức thực hiện chế độ tiền lương và các chế độ, chính sách đãi ngộ, khen thưởng, kỷ luật đối với viên chức.
- Thực hiện việc thống kê viên chức.
- Thanh tra, kiểm tra việc thi hành các quy định của pháp luật về viên chức.
- Chỉ đạo, tổ chức giải quyết khiếu nại, tố cáo đối với viên chức.

IV. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ NHÂN LỰC

- *Quản lý theo công việc:* Phân công nhiệm vụ hợp lý qua chức năng, nhiệm vụ, đặc điểm, số lượng, trình độ nguồn nhân lực...
- *Quản lý theo thời gian:* Yêu cầu cán bộ lập lịch công tác của mình theo nhiệm vụ, chức trách được giao (mô tả công việc)
- *Quản lý theo điều hành, giám sát:* là hoạt động theo dõi, giúp đỡ cấp dưới hoàn thành tốt nhiệm vụ. Có 2 loại giám sát là giám sát trực tiếp, giám sát gián tiếp
- *Quản lý bằng cách phối hợp các hình thức:* người quản lý nắm được thời gian, công việc của cán bộ, tạo điều kiện, tính chủ động trong thực hiện nhiệm vụ của cán bộ

V. QUY TRÌNH VÀ KỸ NĂNG TUYỂN DỤNG

- Hằng năm, đơn vị lập kế hoạch gửi cơ quan có thẩm quyền xem xét, phê duyệt KH.
- Thông báo trước 30 ngày tuyển dụng
- Chậm nhất 30 ngày công bố kết quả tuyển dụng người trúng tuyển ký HĐLV
- Chậm nhất 30 ngày ký HĐLV, phải đến nhận nhiệm vụ
- Hình thức tuyển dụng:

1. Tuyển dụng bằng hình thức thi tuyển:

Căn cứ tuyển dụng

Căn cứ vào nhu cầu công việc, kế hoạch biên chế được duyệt và nguồn tài chính của đơn vị, cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức hoặc đơn vị được giao quyền tuyển dụng xây dựng kế hoạch tuyển dụng và quyết định hình thức thi tuyển hoặc xét tuyển, báo cáo cấp trên trực tiếp và cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức để theo dõi kiểm tra.

Thông báo tuyển dụng

Trước 30 ngày tổ chức tuyển dụng, đơn vị sự nghiệp phải thông báo công khai về tiêu chuẩn, điều kiện, số lượng, chức danh cần tuyển, nội dung của hồ sơ dự tuyển trên các phương tiện thông tin đại chúng ở địa phương để mọi người biết và đăng ký.

Hội đồng tuyển dụng

Khi thực hiện việc tuyển dụng viên chức, cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức hoặc đơn vị được giao quyền tuyển dụng phải thành lập Hội đồng thi tuyển nếu tổ chức thi tuyển hoặc Hội đồng xét tuyển nếu tổ chức xét tuyển (sau đây gọi chung là Hội đồng tuyển dụng). Trường hợp tuyển dụng mà người đăng ký tuyển dụng cao hơn nhiều so với số lượng cần tuyển thì Hội đồng tuyển dụng có thể tổ chức sơ tuyển trước khi tổ chức tuyển dụng chính thức.

Hội đồng tuyển dụng do người đứng đầu cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức hoặc do người đứng đầu đơn vị được giao quyền tuyển dụng ra quyết định thành lập có 05 hoặc 07 thành viên, bao gồm:

- a) Chủ tịch Hội đồng là người đứng đầu hoặc cấp phó của người đứng đầu cơ quan được giao quyền tuyển dụng viên chức;
- b) Phó Chủ tịch Hội đồng là người phụ trách công tác tổ chức cán bộ của cơ quan được giao quyền tuyển dụng viên chức;
- c) Các ủy viên Hội đồng là đại diện lãnh đạo các tổ chức, đơn vị chuyên ngành của cơ quan được giao quyền tuyển dụng viên chức;
- d) Ủy viên kiêm Thư ký Hội đồng là viên chức phụ trách công tác tuyển dụng của cơ quan, đơn vị.

Giúp việc cho Hội đồng tuyển dụng có Ban coi thi, Ban chấm thi.

Nhiệm vụ và quyền hạn của Hội đồng tuyển dụng

Hội đồng tuyển dụng làm việc theo nguyên tắc tập thể, biểu quyết theo đa số, có nhiệm vụ và quyền hạn sau đây:

Thông báo công khai kế hoạch tuyển dụng; thể lệ, quy chế; tiêu chuẩn và điều kiện dự tuyển; hồ sơ cần thiết của người dự tuyển; môn thi, hình thức thi (nếu là thi tuyển), thời gian, địa điểm;

Tổ chức việc ra đề thi, thành lập Ban coi thi, Ban chấm thi;

Tiếp nhận và xét hồ sơ dự tuyển; tổ chức sơ tuyển (nếu có); công bố danh sách những người đủ điều kiện và tiêu chuẩn dự tuyển;

Chỉ đạo và tổ chức kỳ thi (coi thi, chấm thi) theo đúng quy chế; báo cáo kết quả tuyển dụng lên cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức để xem xét và ra quyết định tuyển dụng;

Giải quyết khiếu nại, tố cáo của người dự tuyển.

Tính điểm và xác định người trúng tuyển trong thi tuyển

Mỗi phần thi được chấm theo thang điểm 100.

Người trúng tuyển trong kỳ thi tuyển là người phải thi đủ các môn thi, có số điểm của mỗi phần thi đạt từ 50 điểm trở lên và tính từ người có tổng số điểm cao nhất cho đến hết chỉ tiêu được tuyển.

Người dự tuyển thuộc đối tượng ưu tiên quy định tại Điều 7 Nghị định 116/2003/NĐ-CP thì được cộng điểm ưu tiên vào tổng số điểm thi, cụ thể như sau: được cộng 30 điểm hoặc 20 điểm hoặc 10 điểm; nếu người dự thi thuộc nhiều diện ưu tiên thì chỉ được cộng một điểm ưu tiên cao nhất.

Trường hợp nhiều người thi có tổng số điểm bằng nhau ở chỉ tiêu cuối cùng được tuyển thì Hội đồng thi tuyển quyết định hình thức thi tiếp để chọn người có điểm cao nhất trúng tuyển.

Trúng tuyển trong kỳ xét tuyển

Người trúng tuyển trong kỳ xét tuyển là người đủ tiêu chuẩn và điều kiện, được Hội đồng tuyển dụng xem xét và nhất trí đề nghị cơ quan có thẩm quyền quyết định tuyển dụng.

Thời hạn ra quyết định tuyển dụng và nhận việc

Trong thời hạn chậm nhất là 30 ngày, kể từ ngày công bố kết quả tuyển dụng, người trúng tuyển phải đến cơ quan có thẩm quyền tuyển dụng để ký hợp đồng làm việc.

Trong thời hạn chậm nhất là 30 ngày, kể từ ngày ký hợp đồng làm việc, người được tuyển dụng phải đến nhận nhiệm vụ.

Trường hợp người được tuyển có lý do chính đáng mà không thể đến ký hợp đồng làm việc hoặc nhận việc theo thời hạn quy định nêu trên thì phải làm đơn đề nghị gia hạn và được đơn vị sử dụng viên chức đồng ý.

Quá thời hạn nói trên, người được tuyển không đến ký hợp đồng, nhận việc thì cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức huỷ bỏ kết quả tuyển dụng hoặc huỷ hợp đồng làm việc đã ký.

2. Về tuyển dụng bằng hình thức xét tuyển:

Người trúng tuyển trong kỳ xét tuyển là người đạt yêu cầu, tiêu chuẩn nghiệp vụ của ngạch dự tuyển và có kết quả học tập trung bình toàn khóa (được quy đổi theo thang điểm 100) nhân hệ số 2, sau đó được cộng với điểm ưu tiên theo quy định tại khoản 3 Điều 12 Nghị định số 116/2003/NĐ-CP ngày 10 tháng 10 năm 2003 của Chính phủ về tuyển dụng, sử dụng và quản lý cán bộ, công chức trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước tính từ người có kết quả cao nhất cho đến hết chỉ tiêu được tuyển dụng.

Trường hợp nhiều người có kết quả xét tuyển bằng nhau ở chỉ tiêu cuối cùng thì Hội đồng tuyển dụng bổ sung nội dung phỏng vấn để lựa chọn người có kết quả cao nhất trúng tuyển. Việc tổ chức phỏng vấn được tiến hành như sau:

- Hội đồng tuyển dụng quy định nội dung phỏng vấn, thang điểm cụ thể để tiến hành phỏng vấn người dự tuyển:

- Nội dung phỏng vấn: Nhằm đánh giá về kiến thức giao tiếp; hiểu biết xã hội; nguyện vọng, hướng phấn đấu của người dự tuyển vào vị trí của ngạch được tuyển dụng.

3. Về chế độ chính sách đối với một số trường hợp trong tuyển dụng:

Đối với trường hợp khi được tuyển dụng vào các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước đã có thời gian công tác liên tục có đóng bảo hiểm xã hội trong các cơ quan, tổ chức, đơn vị của Nhà nước hoặc trước đây là cán bộ, công chức sau đó chuyển ra làm ở các khu vực khác ngoài nhà nước, nay được tuyển dụng và bố trí làm việc theo đúng chuyên môn nghiệp vụ trước đây đã đảm nhiệm thì quá trình công tác có đóng bảo hiểm xã hội được xem xét để làm cơ sở xếp ngạch, bậc lương phù hợp với vị trí được tuyển dụng.

VI. NỘI DUNG BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. Mục đích sử dụng

a) Với người quản lý

Bảng mô tả công việc giúp cho người đứng đầu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (gọi tắt là giám đốc bệnh viện) trong việc tổ chức các hoạt động trong công việc, tránh được sự chồng chéo hay bỏ sót công việc để giao nhiệm vụ cho từng công chức, viên chức (nhân viên), đồng thời làm rõ trách nhiệm của từng cá nhân cũng như mối quan hệ của họ trong bệnh viện, để kiểm tra đánh giá sự thực hiện của nhân viên; để huấn luyện nhân viên và xác định các phương tiện cần thiết.

b) Đối với nhân viên:

Chỉ cho nhân viên biết rõ nhiệm vụ của mình, tự đánh giá được sự hoàn thành nhiệm vụ thông qua sự đối chiếu công việc thực thi và bảng mô tả công việc.

2. Yêu cầu của bảng mô tả công việc

- Mỗi nhân viên có một bảng mô tả công việc.
- Bảng mô tả công việc được lưu trữ tại phòng tổ chức cán bộ hoặc phòng chuyên môn trong bệnh viện do giám đốc bệnh viện quyết định và niêm yết tại nơi nhân viên làm việc, được bổ sung hàng năm và khi cần.
- Từng nhiệm vụ phải được mô tả ngắn gọn, chính xác. Nhấn mạnh yêu cầu về chất lượng, số lượng và tiêu chuẩn công việc. Các nhiệm vụ được sắp xếp trật tự hợp lý

3. Quy trình xây dựng bảng mô tả công việc

a) Trách nhiệm xây dựng

- Phòng Tổ chức cán bộ là đầu mối giúp cho giám đốc bệnh viện hướng dẫn nhân viên tại các phòng, khoa, trung tâm thuộc bệnh viện xây dựng bảng

mô tả công việc theo từng vị trí việc làm phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của từng đơn vị trong bệnh viện trình giám đốc bệnh viện phê duyệt.

b) Thu thập các nguồn thông tin:

- Chức năng nhiệm vụ của từng chức danh đã được Bộ Nội vụ, Bộ Y tế quy định, do đó bệnh viện dựa vào vị trí việc làm, chức năng, nhiệm vụ của các khoa, phòng trong bệnh viện để liệt kê công việc của toàn đơn vị và dự kiến phân công từng nhân viên chịu trách nhiệm thực hiện những nhiệm vụ cụ thể nhằm hoàn thành chức năng nhiệm vụ mà đơn vị được giao.

- Dựa vào nhân lực trang bị hiện có, khối lượng công việc và kinh nghiệm của từng chuyên khoa, từng đơn vị.

- Dựa vào trình độ, kinh nghiệm của nhân viên.

- Kết quả giám sát thực tế và những kinh nghiệm cá nhân người quản lý, kể cả những thông tin thu thập từ phía nhân viên. Khi biên soạn bảng mô tả công việc không được để sót nhiệm vụ nào, và khi dự kiến phân công cần chuẩn bị cho sự kế tục, thay thế mỗi khi nhân viên vắng mặt, nhưng cũng không được phân công chồng chéo giữa các cá nhân.

c) Viết bản thảo:

Phòng Tổ chức cán bộ có thể xây dựng bảng mô tả công việc mẫu để các khoa, phòng trong bệnh viện tự soạn thảo hoặc phân công một số cá nhân soạn thảo bảng mô tả công việc cho từng vị trí việc làm, từng cá nhân để có được bản thảo 1.

- Bản thảo 1 được gửi tới những cá nhân dự kiến nhận nhiệm vụ của mô tả công việc đó, các cá nhân sẽ tự nghiên cứu và trao đổi với phòng tổ chức cán bộ hoặc những người có trách nhiệm, nếu cần có thể điều chỉnh để có bản thảo hai.

- Họp toàn đơn vị để có thể điều chỉnh (nếu cần) từng bảng mô tả công việc để có bản thảo 3. Bước này sẽ tránh được phân công chồng chéo giúp cá nhân hiểu được nhiệm vụ của mình, nhiệm vụ của đồng nghiệp, đây cũng là cuộc họp dân chủ trước khi giao nhiệm vụ chính thức. Phòng tổ chức cán bộ sau khi hoàn thành biên bản và sửa bản thảo 3 để có bản thảo 4.

d) Trình duyệt và tổ chức thực hiện

- Bản thảo 4, bảng mô tả nhiệm vụ được gửi tới phòng Tổ chức cán bộ bệnh viện để phòng tổ chức cán bộ và các khoa phòng chuyên môn nghiên cứu góp ý hoàn chỉnh trước khi trình giám đốc phê duyệt. Bảng mô tả nhiệm vụ cho từng vị trí công tác của điều được chính thức thực hiện khi có phê duyệt của giám đốc bệnh viện.

- Trong trường hợp nhân viên mới được bổ sung tới nhận công tác, người có trách nhiệm tại các đơn vị trong bệnh viện cần giải thích rõ từng nhiệm vụ và trách nhiệm đã ghi trong bảng mô tả công việc cho người đảm đương công việc trước khi họ thực hiện.

- Thời hạn thực hiện do giám đốc bệnh viện quy định. Các khoa, phòng phải tổ chức triển khai thực hiện theo quy định của giám đốc. Mọi nhân viên phải thuộc và hiểu rõ những nhiệm vụ được nêu trong bảng mô tả nhiệm vụ của mình. Bảng mô tả nhiệm vụ phải được treo gần nơi nhân viên thực hiện công việc và được quản lý tại phòng tổ chức cán bộ, các đơn vị trong bệnh viện để kiểm tra đánh giá từng nhân viên.

4. Nội dung bảng mô tả công việc

- Chức danh: ghi đúng theo chức danh theo quy định.
- Quan hệ với tổ chức: cần ghi rõ người đảm đương công việc phải báo cáo với ai? Giám sát công việc của ai? Và phối hợp với ai?

- Nhiệm vụ chính: chỉ ghi những nhiệm vụ chính có tính chất tổng quát.

Ví dụ: nhiệm vụ tổng quát của điều dưỡng trưởng viện là chăm sóc người bệnh, hỗ trợ và thực hiện y lệnh của thầy thuốc, quản lý tài sản, tham gia huấn luyện cho học sinh và nhân viên mới

- Nhiệm vụ cụ thể: mô tả từng nhiệm vụ cụ thể, ngắn gọn, chính xác và rõ ràng có trình tự theo từng nhiệm vụ chính. Ghi rõ các yêu cầu về chất lượng, tiêu chuẩn công việc mà không cần ghi cách thực hiện công việc để tránh sự áp dụng cứng nhắc. Chú ý tới tần số hoặc kết quả cần đạt được, không cần đề cập tới cách thực hiện.

Ví dụ: đo mạch nhiệt độ huyết áp 2 lần/ ngày cho người bệnh. Mỗi công việc được mô tả ngắn gọn, mở đầu bằng động từ.

- Các điều kiện khác:

- + Trình độ chuyên môn.
- + Trình độ hoặc kinh nghiệm chuyên khoa
- + Phẩm chất đạo đức hoặc thái độ tác phong.

5. Đánh giá công tác theo bảng mô tả công việc

Thông thường mỗi đơn vị tổ chức đánh giá nhân viên thường kỳ hàng tháng, hàng quý, 6 tháng, 1 năm. Khi bảng mô tả công việc được giám đốc bệnh viện phê chuẩn, có nghĩa đây là văn bản pháp lý trong nội bộ bệnh viện, đã được phổ biến tới các cá nhân và tổ chức. Mọi cá nhân và tổ chức phải thực hiện theo bảng mô tả công việc này. Do vậy khi đánh giá nhân viên bệnh viện cần dựa vào nội dung công việc của bảng mô tả công việc mà đánh giá. Kết quả đánh giá cần được thông báo tới đương sự để họ biết những gì họ cần cải thiện để hoàn thành tốt nhiệm vụ.

** Tóm lại, bảng mô tả công việc cần chú ý các nội dung chính như sau :*

- Nhận diện công việc
- Tóm tắt công việc
- Các mối quan hệ trong thực hiện công việc

- Chức năng, chức trách trong công việc
- Quyền hạn của người thực hiện công việc
- Tiêu chuẩn mẫu trong đánh giá nhân viên thực hiện công việc
- Điều kiện làm việc

VII. MỘT SỐ KỸ NĂNG QUẢN LÝ NGUỒN NHÂN LỰC:

1. Quản lý chất xám:

- Vấn đề thu nhập: lương, phụ cấp quanh lương
- Vấn đề sử dụng và tạo môi trường làm việc, đào tạo cán bộ
- Đề bạt, cân nhắc cán bộ

2. Kỹ năng khích lệ cán bộ, công chức trong bệnh viện

- Nghiêm khắc nhưng phải biết cách tin tưởng
- Biết cách làm cho CBVC vui vẻ hưởng ứng ý kiến của mình
- Bố trí công việc hợp lý, phù hợp khả năng chuyên môn, đánh giá đúng; đề bạt, bổ nhiệm hợp lý
- Biết lắng nghe, có khả năng thuyết phục
- Tạo môi trường làm việc thân thiện
- Động viên, khuyến khích kịp thời, đãi ngộ hợp lý, công bằng, thích đáng...tiến tới trả lương theo vị trí công việc

3. Kỹ năng đánh giá cán bộ, công chức, viên chức

a) Mục đích:

Đánh giá viên chức để làm rõ năng lực, trình độ, kết quả công tác, phẩm chất đạo đức làm căn cứ để bố trí, sử dụng, bổ nhiệm, đề bạt, đào tạo, bồi dưỡng và thực hiện chính sách đối với viên chức.

- Cung cấp các thông tin phản hồi về mức độ thực hiện công việc
- Giúp CBVC điều chỉnh, sửa chữa
- Khích lệ động viên CBVC
- Cung cấp các thông tin để làm cơ sở cho quản lý, sử dụng CBVC
- Tăng cường quan hệ giữa cấp trên và cấp dưới

b) Quy trình: Căn cứ và trình tự đánh giá

- Khi đánh giá viên chức phải căn cứ vào nhiệm vụ được phân công, kết quả hoàn thành nhiệm vụ và phẩm chất đạo đức của viên chức.

- Việc đánh giá viên chức được tổ chức hàng năm và thực hiện vào cuối năm hoặc cuối kỳ công tác theo trình tự sau: viên chức tự nhận xét công tác; tập thể nơi viên chức làm việc tham gia góp ý và ghi phiếu phân loại; người đứng đầu đơn vị sử dụng trực tiếp đánh giá viên chức và tham khảo ý kiến góp

ý và phân loại của tập thể để tổng hợp và xếp loại viên chức; thông báo ý kiến đánh giá đến từng viên chức.

- Viên chức có quyền được trình bày, bảo lưu ý kiến tự đánh giá nhưng phải chấp hành ý kiến kết luận của lãnh đạo đơn vị.

- Việc đánh giá viên chức biệt phái do đơn vị sử dụng viên chức thực hiện. Văn bản đánh giá viên chức biệt phái được gửi về cơ quan, đơn vị cử biệt phái để lưu vào hồ sơ cá nhân.

- Tài liệu đánh giá viên chức được lưu giữ trong hồ sơ viên chức.

Đánh giá viên chức giữ chức vụ lãnh đạo

Việc đánh giá viên chức giữ chức vụ lãnh đạo được thực hiện theo phân cấp quản lý. Ngoài những nội dung nêu tại Điều 43 Nghị định này, khi đánh giá viên chức giữ chức vụ lãnh đạo còn phải căn cứ vào kết quả hoạt động của đơn vị và trách nhiệm của viên chức giữ chức vụ lãnh đạo.

- Các sai lầm cần tránh: tiêu chuẩn không rõ ràng, thiên kiến, định kiến, xu hướng thái quá, xu hướng trung bình chủ nghĩa,

- Các nhà lãnh đạo cần tránh: không có khả năng phê bình; không có khả năng cung cấp thông tin phản hồi; phê phán cá nhân thay vì cần phê phán sự việc, vấn đề cụ thể

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Lao động
2. Thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước
3. Luật cán bộ, công chức
4. Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các cơ sở sự nghiệp y tế: Ban hành kèm theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18 tháng 8 năm 2008.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền cho đủ 2 mục tiêu quản trị nguồn nhân lực

A)

B) Đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân viên, tạo điều kiện cho nhân viên được phát huy tối đa các năng lực cá nhân, được kích thích, động viên nhiều nhất tại nơi làm việc và trung thành tận tâm với tổ chức.

Câu 2. Bốn nguyên tắc của quản trị nhân lực là:

A) Nhân viên cần được đầu tư thỏa đáng để phát triển các năng lực riêng nhằm thỏa mãn các nhu cầu cá nhân, đồng thời tạo ra năng suất lao động, hiệu quả làm việc cao và đóng góp tốt nhất cho tổ chức.

B) Các chính sách, chương trình, thực tiễn quản trị cần được thiết lập và thực hiện sao cho có thể thỏa mãn cả nhu cầu vật chất và tinh thần của nhân viên.

C) Môi trường làm việc cần được thiết lập sao cho có thể kích thích nhân viên phát triển và sử dụng tối đa các kỹ năng của mình.

D)

Câu 3. Kể cho đủ 4 nhóm chức năng cơ bản của quản trị nguồn nhân lực:

A) Nhóm chức năng thu hút nguồn nhân lực

B)

C) Nhóm chức năng duy trì nguồn nhân lực

Xác định đúng sai đối với các câu hỏi từ 4 đến 6 dưới đây

	Đúng	Sai
Câu 4. Tuyển dụng bằng hình thức thi tuyển đơn vị không nhất thiết phải thông báo tuyển dụng trước 30 ngày tổ chức tuyển dụng		
Câu 5. Nội dung thông báo tuyển dụng gồm tiêu chuẩn, điều kiện, số lượng, chức danh cần tuyển, nội dung của hồ sơ dự tuyển trên các phương tiện thông tin đại chúng ở địa phương để mọi người biết và đăng ký.		
Câu 6. Nội dung bản mô tả công việc gồm 7 phần		

BÀI 8

QUẢN LÝ TÀI CHÍNH BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này học viên có thể nắm được:

1. Khái niệm về quản lý tài chính bệnh viện
2. Mục tiêu quản lý tài chính bệnh viện
3. Nội dung quản lý tài chính bệnh viện, bao gồm
 - 3.1. Lập kế hoạch dự toán thu chi tài chính
 - 3.2. Thực hiện dự toán
 - 3.3. Thực hiện chế độ quyết toán
 - 3.4. Thực hiện chế độ giám sát, thanh tra, kiểm tra và đánh giá
4. Một số đổi mới trong cơ chế quản lý tài chính bệnh viện trong những năm gần đây ở Việt Nam

NỘI DUNG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hệ thống y tế, bệnh viện đóng vai trò nòng cốt thực hiện chức năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh. Tính đến năm 2012, cả nước có gần 13.562 cơ sở khám chữa bệnh với 237.914 giường bệnh, đạt 27,65 giường bệnh/10.000 dân và đóng vai trò chủ đạo trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh. Hệ thống bệnh viện công cũng đang chiếm một nguồn lực tài chính đáng kể cho chăm sóc sức khỏe, chi tiêu cho hoạt động khám chữa bệnh chiếm khá cao (75,98%) trong tổng chi cho các hoạt động y tế [3].

Trong bối cảnh hiện nay, hệ thống bệnh viện công đang đứng trước những yêu cầu đổi mới sâu sắc, việc đẩy mạnh công cuộc đổi mới về mặt tổ chức, quản lý đối với khu vực nhà nước trong đó có các đơn vị hành chính sự nghiệp (HCSN) và các tổ chức cung ứng dịch vụ công là một nội dung quan trọng trong quá trình xây dựng và phát triển nền kinh tế thị trường định hướng XHCN và hội nhập quốc tế. Định hướng xã hội hóa với mục tiêu giảm bớt phụ thuộc của các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế vào ngân sách nhà nước và chính sách đổi mới chung theo hướng tăng

cường tự chủ, tự chịu trách nhiệm của các đơn vị hành chính sự nghiệp (HCSN), trong đó có các cơ sở dịch vụ khám chữa bệnh đang tác động rõ rệt đến hoạt động của các bệnh viện nhà nước. Định hướng này đã được cụ thể hóa bằng Nghị định 10/2002/NĐ-CP của Chính phủ, ngày 16/01/2002, quy định chế độ tự chủ tài chính áp dụng cho đơn vị sự nghiệp có thu và nay là Nghị định 43/2006-CP-NĐ của Chính phủ, ban hành ngày 25/4/2006 về việc trao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế, tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập. Việc triển khai thực hiện tự chủ tại các bệnh viện công lập đã mang lại một số kết quả nhất định, tuy nhiên cũng nảy sinh một số mặt hạn chế, bất cập và tác động không mong muốn liên quan đến vấn đề quản lý bệnh viện nói chung, quản lý tài chính bệnh viện nói riêng [4]. Việc quản lý tài chính bệnh viện vừa phải đảm bảo các mục tiêu về tài chính, nhưng cũng phải đảm bảo tính hiệu quả, công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Chính vì vậy, quản lý tài chính bệnh viện trở thành chìa khoá quyết định sự thành công hay thất bại trong việc quản lý bệnh viện; quyết định sự tụt hậu cũng như phát triển của một bệnh viện [6].

Mục tiêu của bài viết này nhằm giới thiệu cho học viên một số kiến thức cơ bản về quản lý tài chính bệnh viện (QLTCBV) và một số đổi mới về chính sách tài chính y tế trong hệ thống bệnh viện trong những năm gần đây. Hy vọng sau khóa học, học viên có thể vận dụng những kiến thức về QLTCBV để thực hiện tốt công tác quản lý và sử dụng nguồn lực tài chính của bệnh viện một cách hiệu quả, công bằng và phát triển.

II. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CƠ BẢN TRONG QUẢN LÝ TÀI CHÍNH BỆNH VIỆN

1. Một số thuật ngữ/khái niệm có liên quan

- **Hệ thống tài chính y tế:** là một bộ phận của hệ thống tài chính quốc gia hoạt động trong lĩnh vực y tế. Hệ thống tài chính y tế có 4 chức năng: 1) huy động đủ nguồn lực tài chính cho CSSK; 2) quản lý và phân bổ nguồn lực theo hướng công bằng, với hiệu suất cao (hiệu suất phân bổ); 3) khuyến khích nâng cao chất lượng và hiệu suất trong cung ứng dịch vụ y tế (hiệu suất kỹ thuật y tế); 4) bảo vệ người dân trước các rủi ro tài chính gây nên bởi chi phí y tế [1].

- **Quản lý bệnh viện:** bao gồm lập kế hoạch, tổ chức, điều phối nhân viên, hướng dẫn thực hiện, giao tiếp và điều khiển một tổ chức xã hội theo cách chuyên nghiệp để có thể cung cấp các dịch vụ y tế chất lượng cao cho người bệnh ở mức giá cả chấp nhận được [10]. Quản lý tài chính là một trong 10 lĩnh vực quản lý trong bệnh viện.

- **Quản lý tài chính bệnh viện:** Quản lý tài chính bệnh viện theo nghĩa rộng là sự tác động liên tục có hướng đích, có tổ chức của các nhà quản lý bệnh viện lên đối tượng và quá trình hoạt động tài chính của bệnh viện nhằm xác định nguồn thu

và các khoản chi, tiến hành thu chi theo đúng pháp luật, đúng các nguyên tắc của Nhà nước về tài chính, đảm bảo kinh phí cho mọi hoạt động của bệnh viện [6].

Tại Việt Nam, quản lý tài chính trong bệnh viện được định nghĩa là việc quản lý toàn bộ các nguồn vốn: vốn ngân sách Nhà nước cấp, vốn viện trợ, vốn vay và các nguồn vốn khác; tài sản, vật tư của bệnh viện để phục vụ nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh, đào tạo, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến... Quản lý tài chính trong bệnh viện của Việt Nam gồm: 1) Thực hiện nghiêm chỉnh các quy định của Nhà nước về thu, chi ngân sách của bệnh viện. 2) Có kế hoạch sử dụng hiệu quả cao ngân sách Nhà nước cấp và các nguồn kinh phí; 3) Tạo thêm nguồn kinh phí từ các dịch vụ y tế: Viện phí, bảo hiểm y tế, đầu tư nước ngoài, và các tổ chức kinh tế; 4) Thực hiện chính sách ưu đãi và đảm bảo công bằng về khám, chữa bệnh cho các đối tượng ưu đãi xã hội và người nghèo.

- **Tính công bằng** đòi hỏi cung cấp dịch vụ y tế bằng nhau cho những người có mức độ bệnh tật như nhau, thoả mãn nhu cầu khám chữa bệnh của mọi người khi ốm đau theo một mặt bằng chi phí nhất định không mà không đòi hỏi khả năng chi trả của người bệnh là điều kiện tiên quyết.

- **Tính hiệu quả** chú trọng đến trình độ trang thiết bị kỹ thuật, phương pháp phân phối nguồn lực, hiệu lực quản lý hành chính và chất lượng dịch vụ y tế cung cấp cho nhân dân.

2. Mục tiêu của quản lý tài chính bệnh viện:

- Duy trì cán cân thu chi: đây là điều kiện tiên quyết và bắt buộc của quản lý tài chính bệnh viện và cũng là tiêu chuẩn cho sự thành công trong cơ chế quản lý mới – tiến tới hạch toán chi phí.

- Bệnh viện phải cải thiện chất lượng thông qua một số chỉ tiêu chuyên môn như: tỉ lệ tử vong,...

- Nhân viên hài lòng với bệnh viện: đời sống cán bộ công nhân viên được cải thiện, cải thiện phương tiện làm việc, xây dựng văn hóa Bệnh viện

- Bệnh viện phát triển cơ sở vật chất, phát triển các chuyên khoa.

- Công bằng y tế: chất lượng phục vụ như nhau cho toàn bộ các đối tượng.

3. Nội dung của quản lý tài chính bệnh viện

Quy trình quản lý tài chính trong bệnh viện ở Việt Nam gồm 4 bước:

- Lập kế hoạch dự toán thu chi tài chính.

- Thực hiện dự toán.

- Quyết toán.

- Thanh tra, kiểm tra, đánh giá.

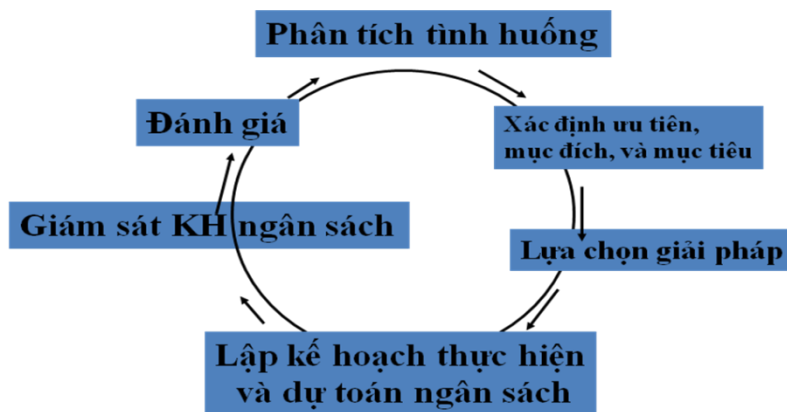
3.1. Lập kế hoạch dự toán thu chi tài chính:

Lập dự toán thu chi các nguồn kinh phí của bệnh viện là thông qua các nghiệp vụ tài chính để cụ thể hoá định hướng phát triển, kế hoạch hoạt động ngắn hạn của bệnh viện, trên cơ sở tăng nguồn thu hợp pháp và vững chắc, đảm bảo được hoạt động thường xuyên của bệnh viện, đồng thời từng bước củng cố và nâng cấp cơ sở vật chất của bệnh viện, tập trung đầu tư đúng mục tiêu ưu tiên nhằm đạt hiệu quả cao, hạn chế tối đa lãng phí và tiêu cực, từng bước tính công bằng trong sử dụng các nguồn đầu tư cho bệnh viện.

a. Tầm quan trọng của việc lập kế hoạch thu chi tài chính:

- Giúp người quản lý sử dụng nguồn lực có hiệu quả nhất.
- Là một cấu phần quan trọng không thể thiếu được của kế hoạch bệnh viện.
- Là công cụ quan trọng để thực hiện các mục tiêu của bệnh viện.
- Là công cụ kiểm tra dự toán và chi tiêu cho các hoạt động của bệnh viện

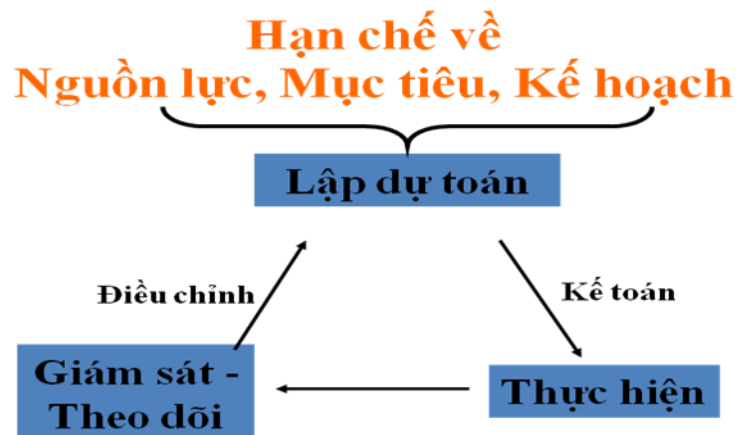
b. Chu trình quản lý tài chính



c. Lập kế hoạch theo khung logic



c. Chu trình ngân sách



d. Các nguyên tắc cơ bản trong lập kế hoạch thu chi tài chính

- Đáp ứng các lĩnh vực hoạt động của bệnh viện
- Phù hợp các nội dung chuyên môn, các hoạt động của bệnh viện
- Đơn giá, chi phí, định mức chi theo các quy định
- Tuân thủ luật pháp của Nhà nước, những quy định, thỏa thuận khác

e. Căn cứ để lập dự toán thu chi tài chính

- Phương hướng, nhiệm vụ của đơn vị

- Chỉ tiêu, kế hoạch có thể thực hiện được
- Kinh nghiệm thực hiện các năm trước
- Khả năng ngân sách nhà nước cho phép
- Khả năng cấp vật tư của Nhà nước và của thị trường
- Khả năng tổ chức quản lý và kỹ thuật của đơn vị

f. Các nguồn tài chính bệnh viện

- Nguồn thu:
 - + Ngân sách nhà nước
 - + Viện phí
 - + Bảo hiểm y tế (BHYT)
 - + Khác (viện trợ, thu phí dịch vụ...)
- Nguồn chi:
 - + Chi cho con người
 - + Chi nghiệp vụ chuyên môn
 - + Chi quản lý hành chính
 - + Chi mua sắm, sửa chữa tài sản cố định (TSCĐ)

3.2. Thực hiện dự toán

a. Tầm quan trọng của việc thực hiện dự toán:

- Là khâu quan trọng trong QLTCBV
- Sử dụng tổng hợp các biện pháp kinh tế tài chính và hành chính để biến các chỉ tiêu kế hoạch thành hiện thực.
- Là tiền đề quan trọng để thực hiện các chỉ tiêu phát triển bệnh viện.
- Niên độ thực hiện dự toán thường là 1 năm, từ ngày 01/01 đến 31/12 hàng năm

b. Căn cứ thực hiện dự toán

- Dự toán thu chi phải được cấp có thẩm quyền phê duyệt
- Khả năng nguồn tài chính có thể đáp ứng nhu cầu hoạt động của bệnh viện
- Dự toán thu chi tuân thủ theo đúng Chính sách, chế độ chi tiêu và quản lý tài chính hiện hành của nhà nước

c. Yêu cầu của công tác thực hiện dự toán

- Đảm bảo phân phối, cấp phát, sử dụng nguồn kinh phí một cách hợp lý, tiết kiệm và hiệu quả.

- Đảm bảo giải quyết linh hoạt về kinh phí

- Chủ động sử dụng nguồn kinh phí để hoàn thành các nhiệm vụ được giao

- Tổ chức tiếp nhận các nguồn tài chính theo kế hoạch và theo quyền hạn của bệnh viện

- Thực hiện các khoản chi theo chế độ, tiêu chuẩn và định mức theo quy định trên cơ sở đánh giá hiệu quả, chất lượng công việc

3.3. Thực hiện chế độ quyết toán

- Tổ chức bộ máy kế toán theo quy định đảm bảo tinh giản, gọn nhẹ, linh hoạt và hiệu quả.

- Mở sổ sách theo dõi đầy đủ và đúng quy định.

- Ghi chép cập nhật, phản ánh kịp thời và chính xác.

- Thực hiện chế độ chứng từ kế toán

- Thực hiện chế độ báo cáo quyết toán, kiểm toán nội bộ theo đúng quy định (báo cáo quý sau 15 ngày và báo cáo năm sau 45 ngày)

3.4. Thực hiện giám sát, thanh tra, kiểm tra và đánh giá

a. Mục đích của giám sát, thanh tra, kiểm tra và đánh giá

- Tuân thủ thực hiện thu chi so với kế hoạch

- Phát hiện những vấn đề nảy sinh, các khác biệt giữa kế hoạch ngân sách và thực hiện kế hoạch

- Điều chỉnh kế hoạch và ngân sách cho phù hợp

- Nâng cao hiệu quả kinh tế

- Làm tiền đề cho kế hoạch trong tương lai.

b. Công cụ giám sát, thanh tra, kiểm tra và đánh giá

- Công tác kế toán và sổ sách kế toán

- Kế hoạch ngân sách và chi tiêu thực tế

- Sổ theo dõi quỹ tiền mặt

- Bảng theo dõi thu, chi tài chính kế toán

- Sổ sách theo dõi tài sản cố định và tài sản khác, kho...

- Bảng cân đối tài khoản

- Tiêu chí đánh giá hiệu quả hoạt động tài chính
- + Chất lượng chuyên môn
- + Hạch toán chi phí bệnh viện
- + Mức độ tiếp cận các dịch vụ bệnh viện

III. NHỮNG ĐỔI MỚI TRONG CƠ CHẾ QUẢN LÝ TÀI CHÍNH BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM TRONG NHỮNG NĂM GẦN ĐÂY

1. Một số chính sách đổi mới về cơ chế quản lý tài chính bệnh viện

Hoạt động tài chính bệnh viện là xương sống của bệnh viện, chi phối mọi hoạt động của bệnh viện. Tại các bệnh viện công lập, hoạt động tài chính bệnh viện tuân thủ theo các quy định về tài chính-kế toán nói chung đồng thời phản ánh các chính sách về tài chính bệnh viện nói riêng.

1.1. Chính sách “xã hội hóa y tế”

Liên quan đến chủ trương đẩy mạnh xã hội hoá y tế, ngày 18/4/2005, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 05/ 2005/NQ-CP về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao [8]. Nghị quyết đã nêu rõ định hướng phải tiếp tục hoàn thiện cơ chế chính sách, giải pháp để vừa bảo đảm định hướng phát triển, vừa khuyến khích, đẩy mạnh và nâng cao chất lượng xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao. Nghị quyết cũng khẳng định nhà nước tiếp tục tăng đầu tư cho y tế, bảo đảm ngân sách cho y tế công cộng. Đẩy nhanh tiến độ phát triển và nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế; củng cố và mở rộng bảo hiểm y tế bắt buộc theo hướng đa dạng hoá các loại hình bảo hiểm y tế đáp ứng nhu cầu của nhân dân; phát triển mạnh bảo hiểm y tế cộng đồng dựa chủ yếu vào sự đóng góp của người tham gia bảo hiểm, có sự trợ giúp của Nhà nước và các nguồn tài trợ khác; khuyến khích các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện. Đổi mới chế độ viện phí trên cơ sở từng bước tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân. Từng bước chuyển đổi việc cấp kinh phí hoạt động thường xuyên cho các cơ sở khám chữa bệnh sang cấp trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng dịch vụ y tế do Nhà nước cung cấp thông qua hình thức bảo hiểm y tế. Chính sách này cũng khuyến khích các cơ sở giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao tăng cường tính tự chủ, giảm dần sự phụ thuộc vào ngân sách nhà nước cho các hoạt động của cơ sở.

1.2. Chính sách tự chủ bệnh viện

Một trong những chủ trương của Đảng và Nhà nước nhằm đổi mới cơ chế quản lý phù hợp với bối cảnh phát triển nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đó là từng bước cải cách phương thức tài chính công theo hướng phát huy tính tự chủ và hiệu quả sử dụng NSNN, phát huy mọi khả năng của các đơn vị

sự nghiệp công lập trong việc cung cấp dịch vụ công với chất lượng cao [1]. Chủ trương này đã được thể chế hóa bằng các Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế tài chính bắt đầu từ Nghị định 10/2002/ NĐ-CP, ban hành năm 2002 về việc thực hiện tự chủ tài chính đối với tất cả các đơn vị sự nghiệp có thu, trong đó có các đơn vị sự nghiệp ngành y tế, sau đó được thay thế bằng Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ban hành năm 2006 về giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế và tài chính trong các đơn vị sự nghiệp nói chung và các đơn vị sự nghiệp y tế nói riêng. Chính sách giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập trong đó có bệnh viện được xem như một công cụ để nâng cao tính hiệu quả về kỹ thuật, trong việc cung cấp các dịch vụ y tế bằng cách tạo ra các động lực kinh tế mạnh mẽ hơn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên và bằng cách củng cố thẩm quyền của các nhà quản lý trong các cơ sở y tế [11].

a. Quyền tự chủ tự chịu trách nhiệm về tổ chức bộ máy biên chế [7]:

- Tổ chức bộ máy
- Thành lập, sáp nhập, giải thể/hoặc đề nghị cơ quan có thẩm quyền thành lập, sáp nhập, giải thể

- Phương án xử lý, sắp xếp, tuyển dụng mới lao động

b. Quyền tự chủ tự chịu trách nhiệm về hoạt động chuyên môn

c. Quyền tự chủ tự chịu trách nhiệm về tài chính của BV:

- Được phép sử dụng tiền gửi ngân hàng hoặc kho bạc để phản ánh các khoản thu chi của hoạt động sản xuất, cung ứng dịch vụ. Các khoản kinh phí Ngân sách Nhà nước vẫn được phản ánh qua tài khoản tại kho bạc;

- Được phép huy động vốn liên doanh liên kết (LDLK) dưới nhiều hình thức (vay vốn tín dụng ngân hàng, hoặc ngân hàng phát triển, vay vốn của cán bộ công nhân viên, LDLK đặt máy phân chia lợi nhuận hoặc độc quyền mua hóa chất, thuê máy...);

- Nguồn NSNN cấp: Ngân sách chỉ cấp ngân sách hoạt động thường xuyên cho đơn vị phụ thuộc hoàn toàn NSNN và tự đảm bảo một phần NSNN và không cấp cho đơn vị tự đảm bảo toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên;

- Nguồn tự thu của đơn vị:

- + Khoản thu phí, lệ phí đơn vị tự thu theo quy định của NN

- + Khoản thu từ hoạt động sản xuất, cung ứng dịch vụ: thủ trưởng đơn vị quyết định mức thu theo nguyên tắc bảo đảm bù đắp chi phí và có tích lũy.

d. Tự chủ về sử dụng các nguồn tài chính

- Thực hiện chi tiêu tài chính theo quy chế chi tiêu nội bộ

- Chủ động quyết định mức chi hành chính
- Đổi mới về chi trả lương tăng thêm theo hiệu suất công việc:

e. Thủ trưởng đơn vị quyết định việc chi trả lương tăng thêm

f. Hệ số lương cấp bậc, hệ số phụ cấp như hiện nay còn được hưởng mức điều chỉnh tăng thêm cho mỗi cá nhân, tối đa 3 lần lương cơ bản

g. Trích lập các quỹ:

Hàng năm ngoài việc trích lập quỹ khen thưởng, quỹ phúc lợi như hiện nay đơn vị phải trích lập thêm quỹ dự phòng ổn định thu nhập và quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp. Sau khi thống nhất với tổ chức Công đoàn, thủ trưởng đơn vị quyết định việc trích lập các quỹ theo trình tự sau:

- Quỹ dự phòng ổn định thu nhập: để đảm bảo thu nhập cho người lao động trong trường hợp nguồn thu bị giảm sút.

Quỹ khen thưởng: dùng để khen thưởng định kỳ hay đột xuất cho tập thể, cá nhân theo kết quả công tác và có thành tích đóng góp.

Quỹ phúc lợi: dùng cho các nội dung phúc lợi.

Quỹ phát triển hoạt động sự nghiệp: dùng để đầu tư, phát triển nâng cao hoạt động sự nghiệp, bổ sung vốn đầu tư xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm máy móc thiết bị,...

2. Định hướng trong thời gian tới

2.1. Đổi mới giá dịch vụ y tế

- Xác định viện phí là giá dịch vụ y tế

- Nguyên tắc xây dựng: Tính đủ các chi phí thực tế để thực hiện dịch vụ, trừ khoản do NSNN đảm bảo, không tính khấu hao TSCD là nhà cửa, cơ sở hạ tầng

+ Bộ tài chính phối hợp với BHYT quy định khung giá dịch vụ KCB kể cả đối với người nước ngoài KCB tại bệnh viện nhà nước

+ Bộ Y tế quy định giá dịch vụ KCB đối với cơ sở KCB thuộc BHYT và các Bộ khác; Hội đồng Nhân dân cấp tỉnh quy định giá dịch vụ KCB đối với cơ sở KCB thuộc địa phương quản lý theo đề nghị của UBND cùng cấp

2.2. Lựa chọn phương thức thanh toán KCB BHYT

a. Vai trò của phương thức thanh toán

- Tác động tới chất lượng dịch vụ

- Thay đổi khả năng kiểm soát chi phí

- Thay đổi khối lượng công việc quản lý hành chính

- Thay đổi chi phí cá nhân và toàn xã hội

b. Các phương thức thanh toán phổ biến

- Thanh toán theo phí dịch vụ

- + Mỗi dịch vụ được quỹ Bảo hiểm y tế trả cho người cung ứng theo một đơn giá được xác định trước

- + Tổng số tiền chi trả = khối lượng dịch vụ x đơn giá

- + Đặc điểm là phương thức chi trả mang tính thị trường cao nhất

- Thanh toán theo định suất: Là thanh toán theo định mức chi phí KCB và mức đóng tính trên mỗi thẻ BHYT được đăng ký tại cơ sở KCB BHYT trong một thời gian nhất định (Điều 30, Luật BHYT, 2008)

- Thanh toán theo trường hợp bệnh/nhóm bệnh (DRG – Diagnosis Related Groups): Là hình thức thanh toán trọn gói để đảm bảo khám chữa bệnh cho trường hợp bệnh đã được chẩn đoán xác định (Thông tư liên tịch số 09/2009/TT-LT/BYT-BTC)

- Khoán chi ngân sách (global budget)

- + Thỏa thuận tổng ngân sách y tế cần thiết của một cơ sở y tế cho thời gian cố định (quý, năm)

- + Tổng ngân sách phụ thuộc số người tham gia BHYT do cơ sở y tế chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhóm đối tượng đó

- + Cơ sở y tế toàn quyền sử dụng ngân sách được giao

- + Thường phối hợp với các phương thức thanh toán theo chẩn đoán + phí dịch vụ

c. Lộ trình triển khai phương thức thanh toán:

- Phương thức chi trả theo định suất: Luật BHYT năm 2008 đã chỉ rõ lộ trình thực hiện phương thức thanh toán BHYT theo định suất như sau:

- + Năm 2011: 30% cơ sở áp dụng

- + Năm 2013: 60% cơ sở áp dụng

- + Năm 2015: 100% cơ sở áp dụng

- Phương thức chi trả theo trường hợp bệnh/nhóm bệnh (DRG): thí điểm, đúc rút kinh nghiệm phần đầu đến năm 2020 áp dụng phương thức này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), “Đầu tư để nâng cao sức khỏe nhân dân”, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR), năm 2008.
2. Bộ Y tế (2009), Niên giám thống kê y tế, Nhà xuất bản Thống kê, năm 2009.
3. Bộ Y tế (2010), Tài khoản y tế quốc gia 1998-2008, Nhà xuất bản Thống kê, năm 2010.
4. Lê Quang Cường và cộng sự (2010). Tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP trong hệ thống bệnh viện công lập. *Tạp chí Chính sách Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*, Số 6, 2010.
5. Hùng, Phạm Mạnh, *Tài chính y tế: một trong những yếu tố quan trọng nhất để đảm bảo một nền y tế mang tính chất công bằng, góp phần an sinh xã hội*, Tài liệu hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ nhất, năm 2010.
6. Luận văn thạc sỹ kinh tế, “Một số giải pháp hoàn thiện quản lý tài chính tại Bệnh viện Bạch Mai trong cơ chế tài chính mới”. Năm 1997.
7. Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ngày 26/5/2006 về việc trao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế, tài chính cho các đơn vị sự nghiệp y tế và các văn bản hướng dẫn.
8. Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao.
9. Phú, Vũ Xuân, *Quản lý tài chính y tế*, bài giảng bộ môn kinh tế ý tế, trường đại học y tế công cộng
10. Tường, Phan Văn, *Tổng quan về quản lý bệnh viện*, bài giảng bộ môn quản lý bệnh viện, trường đại học y tế công cộng.
11. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. “Đánh giá các vấn đề tài chính bệnh viện – Kết quả khảo sát tại một số bệnh viện”, năm 2008

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền đủ 4 mục tiêu của hệ thống tài chính y tế

- A) Huy động các nguồn tài chính y tế một cách thích hợp
- B)
- C) Khuyến khích việc nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và phát triển kỹ thuật y tế
- D) Bảo vệ người dân trước các chi phí quá lớn do y tế gây ra để họ không rơi vào cảnh nghèo khó.

Câu 2. Điền đủ 4 nhiệm vụ quản lý tài chính bệnh viện

- A) Thực hiện nghiêm chỉnh các quy định của Nhà nước về thu, chi ngân sách của bệnh viện.
- B)
- C) Tạo thêm nguồn kinh phí từ các dịch vụ y tế: Viện phí, bảo hiểm y tế, đầu tư nước ngoài, và các tổ chức kinh tế
- D) Thực hiện chính sách ưu đãi và đảm bảo công bằng về khám, chữa bệnh cho các đối tượng ưu đãi xã hội và người nghèo.

Câu 3. Điền cho đủ quy trình quản lý tài chính 4 bước

- E) Lập kế hoạch dự toán thu chi tài chính.
- F) Thực hiện dự toán.
- G)
- H) Thanh tra, kiểm tra, đánh giá.

Câu 4. Các nguồn thu tài chính của bệnh viện gồm:

- A) Ngân sách nhà nước cấp
- B) Viện phí và Bảo hiểm y tế
- C) Thu phí dịch vụ
- D) Viện trợ
- E) Cả 4 mục A, B, C, D

Câu 5. Hãy nêu 2 chính sách lớn của Nhà nước liên quan đến cơ chế đổi mới quản lý tài chính bệnh viện trong những năm gần đây

- A).....
- B).....

Câu 6. Bệnh viện được phép huy động vốn LDLK dưới nhiều hình thức (vay vốn tín dụng ngân hàng, hoặc ngân hàng phát triển, liên doanh, liên kết đặt máy phân chia lợi nhuận hoặc độc quyền mua hóa chất, vay vốn của cán bộ công nhân viên chức...):

A) Đúng

B) Sai

Câu 7. Nguồn ngân sách nhà nước chỉ cấp ngân sách hoạt động thường xuyên cho đơn vị phụ thuộc hoàn toàn ngân sách nhà nước và đơn vị tự đảm bảo một phần ngân sách nhà nước và không cấp cho đơn vị tự đảm bảo toàn bộ kinh phí hoạt động thường xuyên:

A) Đúng

B) Sai

Câu 8. Điền cho đủ 4 phương thức chi trả BHYT phổ biến hiện nay:

A) Thanh toán theo phí dịch vụ

B) Thanh toán theo định suất

C)

D) Khoán chi ngân sách

Câu 9. Phương thức chi trả BHYT theo định suất sẽ được áp dụng 100% tại các cơ sở KCB ban đầu vào năm 2015 theo lộ trình của Luật BHYT:

A) Đúng

B) Sai

BÀI 9

TỰ CHỦ BỆNH VIỆN: NHỮNG THÀNH CÔNG, KHÓ KHĂN, BẤT CẬP VÀ BÀI HỌC KINH NGHIỆM

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, học viên có thể nắm được:

1. Các nội dung cơ bản của chính sách tự chủ bệnh viện ở Việt Nam.
2. Khái niệm/quan niệm về tự chủ hóa bệnh viện công.
3. Kinh nghiệm thực hiện tự chủ bệnh viện trên thế giới.
4. Tình hình thực hiện tự chủ bệnh viện ở Việt Nam: thành công, hạn chế, bất cập và bài học kinh nghiệm

NỘI DUNG

I. GIỚI THIỆU VỀ CHÍNH SÁCH TỰ CHỦ BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM

Một trong những chủ trương của Đảng và Nhà nước nhằm đổi mới cơ chế quản lý phù hợp với bối cảnh phát triển nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đó là từng bước cải cách phương thức tài chính công theo hướng phát huy tính tự chủ và hiệu quả sử dụng ngân sách nhà nước (NSNN), phát huy mọi khả năng của các đơn vị sự nghiệp công lập trong việc cung cấp dịch vụ công với chất lượng cao [3]. Chủ trương này đã được thể chế hóa bằng các Nghị định của Chính phủ về đổi mới cơ chế tài chính bắt đầu từ Nghị định 10/2002/ NĐ-CP, ban hành ngày 16/01/2002 về việc thực hiện tự chủ tài chính đối với tất cả các đơn vị sự nghiệp có thu, trong đó có các đơn vị sự nghiệp ngành y tế, sau đó được thay thế bằng Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ban hành ngày 25/4/2006 về giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy biên chế và tài chính trong các đơn vị sự nghiệp nói chung và các đơn vị sự nghiệp y tế nói riêng. Chính sách giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập trong đó có bệnh viện được xem như một công cụ để nâng cao tính hiệu quả về kỹ thuật, trong việc cung cấp các dịch vụ y tế bằng cách tạo ra các động lực kinh tế mạnh mẽ hơn cho đội ngũ cán bộ, nhân viên và bằng cách củng cố thẩm quyền của các nhà quản lý trong các cơ sở y tế [9]. Sau gần 10 năm thực hiện tự chủ bệnh viện theo Nghị định 10 và Nghị

định 43 tại các cơ sở dịch vụ y tế bước đầu đã thu được một số kết quả nhất định trong việc đảm bảo tự chủ về tài chính, nhiệm vụ chuyên môn, tổ chức bộ máy biên chế, tuy nhiên cũng bộc lộ một số hạn chế, bất cập và tác động không mong muốn khi thực hiện chính sách này.

Mục tiêu của bài viết này nhằm giới thiệu cho các học viên các kiến thức chung về tự chủ bệnh viện, quan niệm/khái niệm về tự chủ bệnh viện, khái quát về tình hình thực hiện tự chủ bệnh viện trên thế giới và ở Việt Nam (thành công, hạn chế, bất cập, tác động không mong muốn và bài học thực tiễn). Hy vọng sau khóa học các học viên có thể thực hiện tốt chính sách tự chủ tại các cơ sở y tế của mình góp phần đạt mục tiêu chung của ngành y tế trong chăm sóc sức khỏe người dân theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

II. QUAN NIỆM/KHÁI NIỆM VỀ TỰ CHỦ HÓA BỆNH CÔNG

Quá trình "Tự chủ" diễn ra trong bối cảnh đổi mới quản lý khu vực công (New Public Management), được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới từ những năm đầu của thập kỷ 80. Khái niệm về "tự chủ hóa bệnh viện" mặc dù ngày càng được xác định rõ, tuy nhiên vẫn chưa có sự thống nhất. Theo Ngân hàng Thế giới (WB) thì "Tự chủ hóa" hoặc "Doanh nghiệp hóa" là những cải cách nhằm đảm bảo cho các cơ quan cung ứng dịch vụ công có quyền tự chủ nhiều hơn và dựa vào những khuyến khích của thị trường hoặc "Tương tự thị trường" để thúc đẩy việc cải thiện và phát triển các hoạt động của mình. Cả tự chủ hóa và doanh nghiệp hóa đều làm thay đổi quyền ra quyết định, quy ước phân bổ phần kết dư và mức độ chịu ảnh hưởng của thị trường. Những cải cách này cũng tạo nên các quy tắc trách nhiệm gián tiếp, cho phép nhà quản lý ngày càng có nhiều tự do trong hoạt động điều hành hàng ngày. Trách nhiệm liên quan tới các dịch vụ thua lỗ và các chức năng xã hội khác cũng được làm rõ hơn và thường có nguồn vốn để đảm bảo cung ứng dịch vụ liên tục [19]. Theo các chuyên gia của Trường Đại học Y tế Công cộng Harvard – Hoa Kỳ thì tự chủ bệnh viện chính là việc tăng cường chất lượng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB). Tự chủ mạnh mẽ là một vấn đề gây nhiều tranh cãi cùng với sự khuyến khích phù hợp, phản hồi của người sử dụng dịch vụ y tế và tính giải trình có thể dẫn đến đảm bảo về mặt nhân lực, nâng cao trình độ chuyên môn và có thái độ hướng tới người bệnh, tăng tính sẵn có của thuốc và các dịch vụ y tế, nâng cao sự duy trì về cơ sở vật chất và trang thiết bị...tất cả các yếu tố đó góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế [18]. Một số khác cho rằng khái niệm bệnh viện tự chủ gắn liền với khái niệm phân cấp trong hệ thống y tế, tư tưởng chủ đạo của bệnh viện tự chủ là sự ủy quyền của cấp trung ương cho địa phương và các đơn vị cấp dưới về thẩm quyền quản lý và trách nhiệm [21]. Hay nói một cách khác bệnh viện tự chủ về bản chất là một hình thức phân cấp trong đó phân chia quyền lực và trách nhiệm về kinh tế và hành chính giữa đơn

vị Trung ương và đơn vị cấp dưới [17]. Thuật ngữ "tự chủ" đề cập đến mức độ phân cấp trong việc ra quyết định cho nhiều lĩnh vực khác nhau, bao gồm: quản lý mang tính chiến lược, tuyển dụng nhân lực, quản lý tài chính, quản lý nguồn nhân lực, điều hành hoạt động và quản lý chất lượng dịch vụ [17].

Ở Việt Nam, khái niệm về tự chủ trong ngành y tế cũng chưa được định nghĩa rõ ràng, tuy nhiên đến nay quá trình tự chủ đang được thực hiện theo Nghị định số 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ và Thông tư hướng dẫn số 71/2006/TT-BTC, ngày 9/8/2006 của Bộ Tài chính, trong đó quy định về quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế, tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp công lập, trong đó có các đơn vị sự nghiệp trong ngành y tế. Vấn đề tự chủ tài chính được quy định khá cụ thể và các đơn vị tự chủ được chia làm 3 loại hình như sau: 1/ Đơn vị tự đảm bảo chi phí hoạt động (tự đảm bảo hoàn toàn chi phí hoạt động); 2/ Đơn vị tự đảm bảo một phần chi phí hoạt động thường xuyên (phần còn lại do nhà nước cấp); 3/ Đơn vị sự nghiệp do ngân sách nhà nước đảm bảo toàn bộ chi phí hoạt động (nguồn thu đáp ứng dưới 10% tổng số chi).

III. KHÁI QUÁT TÌNH HÌNH THỰC HIỆN TỰ CHỦ BỆNH VIỆN TRÊN THẾ GIỚI

Trong thập kỷ qua, Chính phủ ở tất cả các nước trên thế giới đều phải đối mặt với vấn đề chất lượng dịch vụ y tế, hiệu quả hoạt động và chi phí ngày càng lớn tại các bệnh viện công, vì vậy, vào những năm đầu của thập kỷ 80 cuộc cải cách bệnh viện công đã lan rộng trên khắp mọi nơi trên thế giới, từ các nước có thu nhập cao như: Anh, Newzealand, Úc, Mỹ, Bỉ Thụy Điển ...; các nền kinh tế phát triển nhanh, mở rộng chi tiêu cho phúc lợi xã hội và nhu cầu của tầng lớp trung lưu thành thị tăng lên như: Singapore, Hong Kong, Malaysia, Thailand; các nước trong thời kỳ chuyển đổi kinh tế sau giai đoạn theo Liên xô cũ: các nước Đông Âu và Trung Âu; đến các nước đang phát triển như: Tunisia, Lebanon, Argentina, Colombia, Brazil, Indonesia, Philipine...

Việc cải cách bệnh viện công đã được nhóm chuyên gia của Ngân hàng Thế giới phân loại theo mức độ cải cách quản lý thành các tiểu nhóm như sau: i) Bệnh viện hưởng thụ ngân sách theo dự toán (budgetary hospitals); ii) Bệnh viện tự chủ (Autonomized hospitals); Bệnh viện tự trị (Corporatized hospitals); Bệnh viện tư nhân (Privatization) [16].

Bệnh viện thụ hưởng NSNN là nhóm bệnh viện phụ thuộc hoàn toàn vào NSNN, toàn bộ hoạt động của bệnh viện được thực hiện trong khuôn khổ các quy định, hướng dẫn hành chính của Bộ Y tế hoặc chính quyền địa phương.

Bệnh viện tự chủ (autonomized hospital)⁸: đặc điểm của bệnh viện tự chủ là giám đốc các bệnh viện này không còn chức năng thuần túy là viên chức hành chính, quản lý hoạt động bệnh viện theo mệnh lệnh hành chính, mà đã được thực hiện một phần chức năng của nhà quản lý thực sự (*manager*). Tuy sự phân công chịu trách nhiệm (*accountability*) trong bệnh viện vẫn còn mang tính hành chính, nhưng các mục tiêu hoạt động được xác định rõ ràng hơn. Về quản lý tài chính, bệnh viện được tự chủ một phần: cơ chế chi tiêu theo khoản mục ngân sách cứng nhắc được thay thế bằng cơ chế chi tiêu theo ngân sách tổng (*global budget*), bệnh viện có quyền quyết định điều chỉnh ngân sách giữa các khoản mục chi trong tổng ngân sách đã được cấp. Đáng chú ý là bệnh viện tự chủ có quyền tạo thêm các nguồn thu ngoài ngân sách và sử dụng các nguồn tài chính ngoài ngân sách này; bệnh viện được quyền giữ lại số dư cuối năm tài chính để chuyển cho năm tài chính tiếp theo mà không phải nộp vào ngân sách nhà nước [7].

Bệnh viện tự trị (corporatized hospital) [7]: Là bước phát triển tiếp theo của bệnh viện tự chủ. Về tư cách pháp nhân, bệnh viện tự trị là một đơn vị hoàn toàn độc lập, tự chịu trách nhiệm về tổ chức, nhân lực và cân đối thu chi tài chính. Giám đốc (board of directors) của bệnh viện tự trị chịu trách nhiệm tuyệt đối về vận hành của bệnh viện, trong khi bệnh viện hoàn toàn thuộc sở hữu của Nhà nước. Tuy nhiên, có khá nhiều cảnh báo về nguy cơ các tác động bất lợi của bệnh viện tự trị, khi bệnh viện tự trị quan tâm nhiều tới việc tăng nguồn thu từ thu phí trực tiếp của người bệnh, đặc biệt là tại các nước chưa đảm bảo được chăm sóc sức khỏe toàn dân qua BHYT hoặc qua ngân sách.

Bệnh viện tư nhân: là nhóm bệnh viện có vốn sở hữu hoàn toàn do tư nhân, hoạt động vì lợi nhuận, trong một số trường hợp có các bệnh viện tư nhân không vì lợi nhuận (có thể là BV tình thương hay các quỹ hỗ trợ...).

Các bệnh viện thực hiện tự chủ đã mang lại một số những thay đổi đáng kể trong hoạt động về tài chính, nhiệm vụ chuyên môn và tổ chức đặc biệt tại các khu vực thành thị, tuy nhiên, các bằng chứng đánh giá tác động thực hiện tự chủ về tổ chức còn rất hạn chế, mà chủ yếu đánh giá về sự thay đổi về chuyên môn, tài chính trước và sau khi thực hiện tự chủ. Cho đến nay, đã có nhiều nghiên cứu về bệnh viện tự chủ ở các nước, đặc biệt là tại các nước đang phát triển như Malawi, Pakistan, Jordan, Indonesia... [10].

⁸ Định nghĩa corporatization: A reform of a public organization that reproduces some elements of private sector business structure in an attempt to engender the efficiency of private corporations while assuring continued emphasis on social objectives through public ownership (Preker A, Hardling A, Innovations in health services delivery, The World Bank, 2003).

Anh Quốc là nước thực hiện tự chủ bệnh viện khá thành công trên thế giới. Tuy nhiên, bối cảnh cải cách bệnh viện của Anh rất khác so với các nước có thu nhập thấp, trung bình và các nền kinh tế đang chuyển đổi. Việc thực hiện cải cách được tiến hành vào những năm đầu của thập kỷ 80 đã tạo nền móng cho cải cách toàn diện bệnh viện vào những năm tiếp theo. Tự chủ bệnh viện đã được tiến hành theo một lộ trình nhất định sau khi đánh giá tính sẵn sàng của bệnh viện. Tính tiếp cận xã hội hoàn toàn được đảm bảo và chính phủ cấp kinh phí cho các hoạt động đào tạo, nghiên cứu. Hoạt động chuyên môn được chú trọng, “Quản lý lâm sàng” – trách nhiệm giải trình đối với sự an toàn của bệnh nhân trong bệnh viện. Bộ Y tế có vai trò mạnh hơn trong việc xác lập các mục tiêu, tiêu chuẩn, kế hoạch để nâng cao dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK). Tỷ lệ giường bệnh tư nhân trong các bệnh viện công chiếm tỷ lệ rất nhỏ < 2%. Không có các bao cấp chéo từ các dịch vụ công ích, không trộn lẫn công tư trong cùng một đợt điều trị. Cùng chuẩn mực dịch vụ lâm sàng, thuốc, xét nghiệm như nhau, cho tất cả người bệnh. Sang đến thập kỷ 90, đã triển khai thêm một số sáng kiến tư nhân (phối hợp công tư - PPP) trong các bệnh viện tự chủ như: hợp đồng dài hạn để xây dựng bệnh viện, điều hành và chuyển giao. Từ thập kỷ 2000, đã quy định trần đối với doanh thu tư nhân và các bệnh viện công đã tiến hành ký hợp đồng với các dịch vụ và chẩn đoán tư nhân [16].

Thái Lan cũng là một ví dụ điển hình về thực hiện thành công tự chủ bệnh viện, tuy nhiên, Thái Lan mới chỉ áp dụng thí điểm ở 01 bệnh viện đó là bệnh viện Ban Phaeo. BV Ban Phaeo thực hiện tự chủ trong bối cảnh Thái Lan thực hiện BHYT toàn dân – đảm bảo được các chức năng xã hội. BV tự chủ Thái Lan đã thành công trong việc nâng cao chất lượng và tăng nguồn thu bằng cách hấp dẫn bệnh nhân BHYT; thu phí dịch vụ cao hơn đối với các phòng hạng sang hơn; chính sách tiêu chuẩn lâm sàng như nhau cho tất cả bệnh nhân (bao gồm thuốc, xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh); nhân viên BV không còn theo chế độ công chức và được BV tuyển dụng theo Luật tư nhân: tự do đặt mức lương nhân viên cao hơn để kích lệ nhân viên mà không gây ảnh hưởng tiêu cực như chi trả phí dịch vụ hoặc dựa theo lợi nhuận; Hội đồng chỉ đạo (Management Board) đã hoạt động hiệu quả trong việc giám sát quản lý và huy động nguồn vốn cho đầu tư phát triển của BV [16].

Tại Indonesia: Thực hiện mô hình bệnh viện tự chủ và hình thức tư nhân cùng hoạt động trên cùng một bệnh viện (Private wing), đó là i) Hợp tác với các nhà đầu tư quốc tế Singaporore để mua sắm máy móc TTB kỹ thuật cao, tháng 9/2002; ii) Hợp tác với Nhật bản cung cấp dịch vụ giường/phòng nghỉ theo yêu cầu, tháng 10/2004. Tất cả các hình thức phối hợp công tư trên đều theo hình thức ký biên bản ghi nhớ. BV đã xây dựng một chiến lược tăng thu và tăng hiệu suất công việc cân bằng nhau, đồng thời chú trọng xây dựng

thương hiệu của BV và tăng sự hài lòng của bệnh nhân đối với BV. Kết quả cho thấy, từ một BV kém chất lượng (trước), khi thực hiện tự chủ, bệnh viện đã cải thiện được chất lượng khá tốt, nguồn thu tài chính tăng lên và đạt lợi nhuận vào năm 2008. Năm 2009, BV đã được Tổng thống Indonesia trao tặng cup vàng với danh hiệu: “Bệnh viện chất lượng tuyệt vời” [23].

Bên cạnh các điển hình thành công cũng có những thí điểm ít thành công, điều này đã được chỉ rõ trong nghiên cứu đánh giá kinh nghiệm thực hiện thí điểm tự chủ tại 5 nước đang phát triển: Ghana, Kenya, Zimbabwe, Indonesia và Ấn Độ của Trường Đại học Harvard Mỹ tiến hành năm 1996, trong khuôn khổ Chương trình Dữ liệu cho lập chính sách (DDM). Nghiên cứu cho thấy ở cả 5 nước triển khai bệnh viện tự chủ mới chỉ đem lại kết quả hạn chế về cả tính hiệu quả, chất lượng dịch vụ và trách nhiệm giải trình. Một trong những nguyên nhân được đưa ra là bệnh viện tự chủ vẫn là một khái niệm khá mới, khả năng quản lý bệnh viện kém hiệu quả, các bệnh viện không có kế hoạch tài chính bền vững và thiếu hệ thống thông tin đầy đủ, chính xác [19]. Một nghiên cứu khá đầy đủ được tiến hành tại 10 bệnh viện của Indonesia, do nhóm nghiên cứu của Thomas Bossert và cộng sự năm 1997, trong đó có 5 bệnh viện đã thực hiện tự chủ 2-3 năm, 3 bệnh viện chưa tự chủ và 2 bệnh viện tư nhân. Nghiên cứu đã chỉ ra một số thay đổi về nguồn kinh phí cho bệnh viện đã tăng lên về cả nguồn ngân sách nhà nước cấp và nguồn viện phí do bệnh viện thu được. Tuy nhiên, nghiên cứu đã nêu lên một số ảnh hưởng tiêu cực về công bằng phát sinh khi triển khai tự chủ bệnh viện, đặc biệt là việc tăng giá viện phí. Xu hướng tăng giá viện phí khá cao so với các BV chưa thực hiện tự chủ. Khả năng tiếp cận dịch vụ bệnh viện của người nghèo giảm đi rõ rệt. Tác động của tự chủ bệnh viện đối với công tác nhân sự và hiệu quả hoạt động của bệnh viện không rõ rệt. Tuy nhiên, nghiên cứu đã cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về công tác quản lý tại các bệnh viện thực hiện tự chủ [20].

Một bằng chứng về việc thực hiện tự chủ kém thành công ở Trung quốc diễn ra từ năm 1980-2005 đã cho thấy có những tác động ngoài mong muốn khi thực hiện tự chủ bệnh viện đó là [16]:

- Các BV theo đuổi lợi ích kinh tế và mở rộng cơ sở hạ tầng và TTB theo một cách hỗn loạn
- Các khuyến khích tự chủ tài chính không nâng cao tính hiệu quả
- Mô hình “Hợp tác Dự án” làm suy yếu tính quản lý và dẫn tới việc vận hành không theo chuẩn mà nhà nước đã cấm
- Các BV công vận hành như một BV tư trong một hệ thống phí dịch vụ không được quản lý

- Việc định giá dịch vụ và BHYT không bảo vệ trách nhiệm xã hội của BV để cung cấp dịch vụ có chất lượng cho người nghèo và cải thiện y tế công cộng

- Cung ứng thuốc, dịch vụ kỹ thuật cao và các dịch vụ tư nhân không hợp lý, quá mức cần thiết cho các bệnh nhân giàu có dẫn đến tình trạng không ngừng tăng chi phí y tế

- Xung đột và mất lòng tin giữa bệnh nhân và BV

- Nguồn thu từ ngân sách được cấp có ảnh hưởng không đáng kể đối với hoạt động của BV

Từ những bài học thành công và ít thành công hay thất bại của việc thực hiện tự chủ bệnh viện tại các nước phát triển, đang phát triển như phân tích ở trên, có thể rút ra bài học kinh nghiệm đó là: Việc cải cách về tổ chức bệnh viện cần phải được thiết kế phù hợp với điều kiện bối cảnh của từng quốc gia/địa phương. Những cuộc cải cách phức tạp cần phải có các chính sách đồng bộ, ổn định, các cơ quan của chính phủ đủ mạnh với năng lực thực hiện tốt và sự tín nhiệm.

IV. TÌNH HÌNH THỰC HIỆN TỰ CHỦ BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM – THÀNH CÔNG, HẠN CHẾ, BẤT CẬP VÀ BÀI HỌC KINH NGHIỆM

4.1. Quá trình, phạm vi, mức độ thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện

Tại Việt Nam, chính sách tự chủ tài chính được tiến hành qua hai giai đoạn, giai đoạn 1 thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 10 từ năm 2002 đến tháng 4/2006. Ở giai đoạn này chính sách tự chủ tài chính được triển khai khá dè dặt và chỉ được thí điểm ở một số tỉnh, thành phố lớn, nơi đông dân cư, có mức sống cao và điều kiện cơ sở vật chất tương đối tốt. Theo báo cáo của Bộ Y tế tính đến tháng 12 năm 2005, ngành y tế đã có 676 đơn vị được giao quyền tự chủ một phần kinh phí, trong đó có 10 đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, 24 đơn vị thuộc bộ, ngành trung ương và 623 đơn vị thuộc địa phương quản lý [13].

Giai đoạn 2 thực hiện tự chủ bệnh viện theo Nghị định 43 bắt đầu từ tháng 5/2006 đến nay. Ở giai đoạn này việc thực hiện tự chủ được triển khai khá rộng rãi và gần như bắt buộc tất cả các đơn vị sự nghiệp trong ngành y tế thực hiện. Theo số liệu ước tính của Bộ Y tế, đến nay có gần 100% các cơ sở y tế từ tuyến huyện trở lên đã thực hiện tự chủ tài chính theo Nghị định 43[14]. Tuy nhiên cũng còn có một số đơn vị hiện vẫn chưa thực hiện tự chủ là do họ bị hạn chế về nguồn thu cũng như cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực y tế. Nội dung thực hiện tự chủ ở giai đoạn này được mở rộng hơn so với Nghị định

10, không chỉ tự chủ về tài chính mà bệnh viện còn được tự chủ cả về tổ chức, bộ máy, biên chế. Mức độ tự chủ nhìn chung khá khác nhau giữa các bệnh viện, giữa các địa phương khác nhau, thậm chí ngay cùng một tỉnh cũng có sự khác biệt đáng kể [10].

4.2. Một số kết quả đạt được

4.2.1. Tự chủ về tài chính

Nguồn thu tài chính của bệnh viện tăng lên qua các năm: việc thực hiện tự chủ tài chính đã tạo điều kiện cho bệnh viện chủ động hơn về thu chi tài chính, các đơn vị có thể tự cân đối, điều tiết các khoản mục chi một cách linh hoạt. Với phương thức cấp phát ngân sách tổng (global budget), ổn định trong vòng 3 năm cho nên các đơn vị cũng chủ động trong các hoạt động chi tiêu không phải gò bó theo các khoản mục như trước đây. Kết quả khảo sát tình hình thực hiện Nghị định 43 trong hệ thống bệnh viện công lập của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Vụ Kế hoạch tài chính – Bộ Y tế, năm 2010 cho thấy tổng nguồn thu của các BV các tuyến tăng nhanh qua các năm, trong đó mức tăng chủ yếu từ nguồn thu viện phí và BHYT (Năm 2008, BV thực hiện tự chủ toàn phần tăng 1,8 lần, tại BVTW tăng gần 3 lần; BV tuyến tỉnh tăng 2,9 lần; BV tuyến huyện tăng 2,5 lần so với năm 2005). Tuy nhiên, tỷ trọng nguồn thu từ NSNN có xu hướng giảm dần ở tất cả các tuyến trong khi tỷ trọng nguồn thu viện phí và BHYT tăng lên ở tất cả các nhóm BV, trừ BV tâm thần TW (thu từ nguồn sự nghiệp chiếm 96,8% ở BV tự chủ toàn phần; 72% ở BV tuyến TW; 81,7% ở BV tuyến tỉnh và 59,4% ở BV tuyến huyện) [11].

Các đơn vị chủ động hơn trong việc sử dụng các nguồn tài chính. Do được giao quyền chủ động trong việc sử dụng ngân sách chi thường xuyên và các nguồn thu, nên các đơn vị đã chủ động điều tiết các khoản chi hợp lý và hiệu quả hơn. Có sự khác biệt lớn trong cơ cấu chi của bệnh viện các tuyến, chi cho con người có xu hướng tăng lên đối với tất cả bệnh viện thuộc các tuyến (số chi tuyệt đối) năm 2008 so với năm 2005 (BV tuyến tỉnh là 2,7 lần, BVTW là 1,9 lần, BV huyện là 1,8 lần; nhóm BV tự chủ toàn có mức tăng không đáng kể chỉ tăng gấp 1,2 lần so với năm 2005). Trong khi đó tỷ trọng chi hành chính và chi duy tu bảo dưỡng có xu hướng giảm nhẹ so với tổng chi của BV, trừ nhóm BV tuyến tỉnh và nhóm BV tự chủ toàn phần có xu hướng giảm nhẹ, không đáng kể [11].

Thu nhập của các cán bộ công nhân viên được cải thiện. Từ khi thực hiện tự chủ tài chính, thu nhập của các cán bộ công nhân viên được cải thiện rõ rệt. Cơ chế trả lương và thu nhập tăng thêm đã chú ý đến hiệu suất công việc và trình độ năng lực cán bộ. Khi thực hiện tự chủ, thu nhập tăng thêm của CBCNV tăng lên đáng kể so với năm trước khi thực hiện (năm 2008 tăng 1,7

lần ở BV tuyến TW; tăng gấp 3 lần ở các BV tuyến tỉnh so với năm 2005). Hệ số thu nhập tăng thêm (TNNT) của nhóm các BV tự chủ toàn phần có hệ số trung bình là 2,1 lần lương cơ bản, trong khi BV Tâm thần và các BV tuyến huyện thì hệ số TNNT chỉ dao động từ 0,1 – 0,8 lần lương cơ bản [11]. Tuy nhiên, cũng có những BV có hệ số thu nhập tăng thêm không đáng kể sau khi thực hiện tự chủ. Báo cáo của Sở Y tế tỉnh Hà Tây, sau một năm thực hiện tự chủ tại 21 cơ sở dịch vụ y tế (2007), hệ số TNNT cho cán bộ chỉ dao động trong khoảng 0,01-0,2 ở 19 bệnh viện, chỉ có bệnh viện Đa khoa Hà Tây và bệnh viện Ba Vì có hệ số thu nhập tăng thêm khoảng 0,46 và 0,55 [8]. Trái lại, có những bệnh viện có thể đảm bảo mức lương khoảng 4-5 lần lương cơ bản, trong khi đó, Nghị định 43 chỉ khống chế hệ số tối đa không quá 3 lần quỹ lương cấp bậc, chức vụ trong năm do nhà nước quy định, đây cũng là điểm bất cập cũng cần phải được xem xét. Với tình trạng chênh lệch về thu nhập và điều kiện làm việc giữa các BV trung ương, các thành phố lớn với các BV ở tỉnh nghèo, vùng sâu vùng xa, các BV huyện, dẫn đến hiện tượng di chuyển bác sĩ giỏi từ dưới lên trên, từ nông thôn ra thành thị, từ miền núi xuống miền xuôi hoặc từ khu vực nhà nước sang khu vực tư nhân ngày càng tăng, làm cho sự thiếu hụt CBYT ở tuyến cơ sở ngày càng trầm trọng hơn [3].

Tăng cường huy động vốn và chủ động mở rộng đầu tư cơ sở vật chất và TTB. Việc thực hiện đầu tư liên doanh liên kết khá đa dạng trong các BV như: (1) Liên kết với các công ty đặt máy phân chia lợi nhuận; (2) Nhà đầu tư đặt máy và độc quyền cung ứng hóa chất và vật tư tiêu hao; (3) Cán bộ, nhân viên bệnh viện góp vốn. Bên cạnh hình thức LDLK, còn có 2 hình thức đầu tư TTB nữa là: (1) Thực hiện vay vốn ưu đãi từ ngân hàng đầu tư phát triển; (2) Hình thức thuê máy có thời hạn tuy nhiên không phổ biến. Trong đó phổ biến là các hình thức 1 và 2. Nhờ có chính sách này mà số lượng các TTB kỹ thuật cao (CT_Scan, MRI...) đều tăng lên sau khi thực hiện tự chủ, đặc biệt là các BV tuyến TW và các tỉnh/TP lớn. Có BV còn tăng đầu tư về quy mô và giá trị tài sản tại các BV có mức tự chủ mạnh (khu điều trị theo yêu cầu, khu chuyên sâu...) [11]. Tính đến cuối năm 2008, các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3.000 tỷ đồng để triển khai các kỹ thuật cao, trong đó, các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế huy động được trên 500 tỷ đồng; các đơn vị thuộc thành phố Hồ Chí Minh huy động và vay vốn kích cầu gần 1.000 tỷ đồng; các đơn vị thuộc thành phố Hà Nội huy động được trên 100 tỷ đồng; Quảng Ninh gần 50 tỷ đồng, Thái Bình gần 30 tỷ đồng... [1]. Như vậy, cùng với chủ trương tự chủ hóa, việc xã hội hóa trong thời gian qua đã thu hút được một lượng vốn tương đối lớn cho ngành y tế, góp phần làm giảm gánh nặng đầu tư cho y tế bằng nguồn NSNN. Tuy nhiên, hiện nay chưa có sự hướng dẫn, phân định rạch ròi đầu tư của tư nhân trong các cơ sở công lập và cơ chế phân chia lợi nhuận giữa

các bên dẫn đến những lo ngại liên quan đến vấn đề công bằng và hiệu quả trong CSSK.

4.2.2. Tự chủ về nhiệm vụ chuyên môn và giải pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế

Hầu hết các BV thực hiện tự chủ đều có sự bố trí sắp xếp, điều chuyển, mở ra các loại hình dịch vụ mới để phục vụ nhu cầu KCB ngày càng cao của người dân, do đó có sự thay đổi rõ rệt trong các hoạt động chuyên môn của BV. Kết quả khảo sát của Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Vụ Kế hoạch-Tài chính – Bộ Y tế năm 2010 cũng đã chỉ ra một số chỉ số phản ánh sự thay đổi về mặt chuyên môn của BV. Đó là công suất sử dụng giường bệnh tăng (so năm 2008 so với năm 2005: tăng 25% tại các BV tự chủ toàn phần, 17% tại BVTW, 14% tại BV tuyến tỉnh, 16% tại tuyến huyện). Số lượt khám bệnh và nhập viện ở hầu hết các bệnh viện các tuyến tăng dần qua các năm: mức chênh lệch về tổng số lượt khám bệnh của năm 2008 và 2005 là từ 1,3-1,5 lần; mức chênh lệch về tổng số lượt nhập viện là từ 1,2-1,4 lần. Tại cả 3 tuyến số XN bình quân/lượt bệnh nhân tăng từ sau khi thực hiện tự chủ: so sánh số liệu năm 2008 và 2005 thấy chênh lệch tăng 1,5 lần ở BV tự chủ toàn phần; tăng 1,4 lần ở BV tuyến TW; tăng 2,1 lần ở BV tuyến tỉnh; tăng 1,3 lần ở BV tuyến huyện. Số XN chẩn đoán hình ảnh từ CT-scanner trung bình/lượt BN tại BV tuyến TW tăng 2 lần năm 2008 so với năm 2005; ở tuyến tỉnh tăng 3 lần. Số lần siêu âm trung bình /lượt bệnh nhân tăng khoảng 1,4-1,5 lần ở các BV tuyến huyện, tỉnh. Tổng số phẫu thuật được thực hiện tại các BV tuyến tỉnh và huyện năm 2008 tăng rõ rệt so với năm 2005 (tương ứng với 1,5 lần và 2 lần), trong khi số lượng phẫu thuật tại BV tự chủ toàn phần và tuyến TW tăng không đáng kể [11].

4.2.3. Đào tạo và thu hút nguồn nhân lực chất lượng cao

Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực có chất lượng cao là một trong những giải pháp chiến lược đã được định hướng rất rõ trong Nghị quyết 46/NQ-TW, ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Đó là: *“Kiện toàn đội ngũ CBYT cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu sắp xếp lại mạng lưới, mở rộng và nâng cấp các cơ sở đào tạo, đáp ứng nhu cầu về CBYT phù hợp với quy hoạch phát triển ngành; chú trọng đào tạo cán bộ quản lý y tế, nhất là cán bộ quản lý bệnh viện; xây dựng và thực hiện chính sách đãi ngộ hợp lý đối với cán bộ, NVYT; thực hiện việc luân chuyển cán bộ; khuyến khích thầy thuốc về công tác ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng có nhiều khó khăn...”* [6].

Hầu hết các đơn vị đã có sự thay đổi về bố trí sắp xếp bộ máy cũng như sử dụng hiệu quả hơn nguồn nhân lực hiện có. Các đơn vị đã chú ý đến các quyết định về phân bổ lao động, tuyển chọn cán bộ và ký kết hợp đồng với

từng cá nhân. Chất lượng nguồn nhân lực được nâng cao, thúc đẩy đơn vị tổ chức theo hướng tinh gọn, hiệu quả, nâng cao chất lượng tuyển chọn nhân sự và chất lượng bổ nhiệm cán bộ lãnh đạo, nhất là cán bộ có khả năng quản lý đơn vị. Đồng thời, các đơn vị cũng đã chú trọng cử cán bộ đi học nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ trong và ngoài nước; đào tạo vận hành các thiết bị máy móc kỹ thuật mới. Công tác đào tạo về năng lực quản lý, quản trị, kinh tế y tế và tài chính y tế bắt đầu được quan tâm hơn. Tuy nhiên, sự thiếu hụt trầm trọng về nhân lực chuyên môn ở các khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu vùng xa và cơ chế phân bổ sắp xếp nhân lực giữa các tuyến hiện đang vấp phải những khó khăn, vướng mắc. Trên thực tế các đơn vị không được chủ động trong tuyển chọn biên chế, cắt giảm biên chế hay sa thải cán bộ, vì còn bị ràng buộc bởi nhiều các văn bản pháp luật khác đang tồn tại song hành với chính sách tự chủ tài chính, chưa được điều chỉnh kịp thời. Kết quả khảo sát tình hình thực hiện Nghị định 43 năm 2010 cho thấy tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh và điều dưỡng/bác sĩ còn chưa đảm bảo theo đúng quy định của Thông tư 08 ở các BV có mức độ tự chủ thấp như các BV tuyến huyện và các BV phục vụ các nhóm bệnh xã hội như tâm thần, lao, phong...nhưng tỷ lệ này lại đạt ở các BV có mức độ tự chủ mạnh như nhóm các BV tự chủ toàn phần, nhóm BVTW và BV tỉnh [11]. Sự thiếu hụt này cũng sẽ ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và điều trị tại các bệnh viện. Mặt khác, việc quá tải công việc của cán bộ y tế tại bệnh viện cũng có thể gây ảnh hưởng xấu tới thái độ phục vụ của người thầy thuốc do các cán bộ y tế phải làm việc quá sức và không có đủ thời gian để chăm sóc bệnh nhân như yêu cầu.

4.2.4. Tự chủ và vấn đề y đức trong bệnh viện

Tự chủ và vấn đề y đức trong bệnh viện cũng đã được đề cập rất nhiều trong các báo cáo của Bộ Chính trị, của Chính phủ cũng như trên các phương tiện thông tin đại chúng, vấn đề y đức trong ngành y tế được xác định là một trong những vấn đề trọng tâm được thể hiện trong Thông báo của Thủ tướng Chính phủ về việc triển khai công tác y tế năm 2008, Thủ tướng đã nêu ra một số vấn đề trọng tâm, trong đó có vấn đề chất lượng nhân lực y tế và y đức, cụ thể là: “...Loại trừ các hành vi sách nhiễu, gây phiền phiền hà, thái độ vô cảm đối với người bệnh; đẩy mạnh công tác phòng, chống tham nhũng ở mọi cấp, mọi đơn vị...”[12]. “*Lương y như từ mẫu*”, “*Thầy thuốc như mẹ hiền*” đã là những khẩu hiệu không thiếu ở tất cả các BV các tuyến và công tác giáo dục y đức cho CBYT được thực hiện thường xuyên tại các BV từ trước đến nay. Từ khi có chính sách tự chủ bệnh viện, công tác này càng được chú trọng hơn. Các BV thực hiện tự chủ đều có các chiến lược để thu hút bệnh nhân thông qua chất lượng, giá cả dịch vụ và thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Các BV tự chủ mạnh thu hút được nhiều bệnh nhân hơn so với các BV có mức tự chủ thấp hơn

[10]. Việc thực hiện tự chủ tài chính đã làm tăng tính cạnh tranh giữa các cơ sở y tế công, kể cả khu vực y tế tư nhân về chất lượng, giá cả và phong cách phục vụ người bệnh. Tự chủ hoá cũng thúc đẩy việc đổi mới tư duy quản lý tài chính, phương thức hoạt động cũng như văn hóa ứng xử với người bệnh, tạo sự hài lòng cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Tuy nhiên, chính những động cơ tăng thu nhập cho bệnh viện và thu nhập tăng thêm cho CBYT và mối quan hệ bất đối xứng giữa thầy thuốc và bệnh nhân có thể là những yếu tố nguy cơ dẫn đến y đức của nhân viên y tế và giá trị phúc lợi xã hội bị xói mòn. Tuy nhiên, tự chủ và vấn đề y đức bệnh viện, hiện nay chưa được quan tâm nghiên cứu đầy đủ, cần phải được nghiên cứu sâu hơn và nhìn nhận đánh giá cả hai phía từ góc độ người cung ứng và sử dụng dịch vụ y tế.

4.3. Một số hạn chế, bất cập và tác động không mong muốn

Như đã phân tích ở trên, việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện theo Nghị định 43 bước đầu đã đạt được những kết quả nhất định. Tuy nhiên, trong quá trình triển khai thực hiện chính sách này cũng đã bộc lộ một số hạn chế, bất cập và tác động không mong muốn có thể xảy ra, cụ thể như sau:

Thứ nhất: Quá trình tự chủ diễn ra thiếu nhất quán và thiếu định hướng, thiếu các điều kiện đảm bảo và các hình thức tự chủ thích hợp.

Thứ hai: Việc giao quyền về quản lý điều hành bộ máy, nhân lực nếu không được kiểm soát thì có thể dẫn đến một số nguy cơ như lạm quyền trong việc tiếp nhận và sa thải cán bộ.⁹ Sự chênh lệch về thu nhập (lương và thu nhập tăng thêm) giữa các đơn vị, các bệnh viện và môi trường làm việc sẽ dẫn đến hiện tượng dịch chuyển các bác sĩ, nhân viên y tế, cán bộ giỏi từ miền núi chạy về miền xuôi, nông thôn ra thành thị và từ khu vực nhà nước chuyển sang khu vực tư nhân. Như vậy, cùng với chủ trương phát triển XHH trong ngành y tế, đặc biệt phát triển hệ thống y tế tư nhân, nguồn nhân lực chất lượng cao trong ngành y tế bị phân tán, căng mỏng [3].

Thứ ba: Việc tự chủ hoàn toàn về mặt tài chính có thể dẫn đến một loạt các nguy cơ, như: Tăng chỉ định sử dụng các XN và TTB kỹ thuật cao, đặc biệt việc đầu tư TTB dưới dạng góp vốn với mọi hình thức và hình thức nhà đầu tư đặt máy và độc quyền cung cấp hóa chất, vật tư tiêu hao, trong đó bệnh viện bị khống chế việc sử dụng hóa chất - vật tư tiêu hao dễ dẫn đến nguy cơ lãng phí hoặc lạm dụng TTB vì có mối liên quan trực tiếp đến lợi ích của các bên; Tăng nhập viện điều trị nội trú để tăng thu cho BV; Sử dụng thuốc không hợp lý; Kéo dài thời gian điều trị; Tăng chi phí điều trị; Chất lượng phục vụ bệnh nhân

⁹ Theo Nghị định 43 thì giám đốc đơn vị có toàn quyền trong việc tuyển người (được thuê nhân lực từ chức danh phó giám đốc trở xuống), cũng như toàn quyền tổ chức biên chế; đào tạo cán bộ, nhân viên và sa thải nhân viên.

có thể bị ảnh hưởng do đông bệnh nhân, khối lượng công việc nhiều, trong khi số bác sĩ/giường bệnh và điều dưỡng/bác sĩ không đủ so với quy định ở hầu hết các BV.

Thứ tư: Cơ chế khuyến khích tăng thu nguy cơ dẫn đến “thương mại hóa hệ thống y tế”, bệnh nhân sẽ là đối tượng để tăng thu và có thể sẽ gây ra mất công bằng trong chăm sóc sức khỏe; tăng gánh nặng chi phí cho bệnh nhân; chi định thừa; lạm dụng xét nghiệm; lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật đắt tiền... dẫn đến hạn chế sự tiếp cận dịch vụ y tế của người dân, đặc biệt là người nghèo, người cận nghèo, người không có thẻ BHYT và nhóm xã hội yếu thế. Mặt khác, cơ chế này có thể sẽ dẫn đến tình trạng các bệnh viện tuyến dưới chuyển những ca bệnh khó chữa, ít tạo thu nhập lên tuyến trên và giữ lại những ca dễ chữa, dễ thu phí, đó chính là một trong những nguyên nhân gây ra hiện tượng quá tải BV tuyến trên ngày càng trầm trọng. Công tác chỉ đạo tuyến ít được quan tâm và dễ dàng bỏ qua những nhiệm vụ về y tế công cộng.

Thứ năm: Tự chủ sẽ dẫn đến sự chia cắt hệ thống y tế thành các đơn vị độc lập không điều phối, không hợp tác, điều này có thể dẫn tới nguy cơ mua sắm các TTB kỹ thuật cao như máy CT-Scanner, MRI hoặc máy xét nghiệm đắt tiền tập trung tại các thành phố lớn mà không có sự điều tiết, kiểm soát và định hướng quy hoạch gây lãng phí nguồn lực đầu tư cho y tế.

Thứ sáu: Còn một số bất cập trong triển khai thực hiện các văn bản liên quan về tự chủ bệnh viện. Hệ thống văn bản pháp quy và các công cụ để quản lý còn chưa hoàn thiện và đồng bộ để giám sát hiệu quả hoạt động của bệnh viện khi thực hiện tự chủ. Mặt khác, bản thân các quy định của Nghị định 43 cũng như các Thông tư hướng dẫn chưa phù hợp với đặc thù của ngành y tế và những tác động tiềm tàng tới công bằng y tế [2] (sức khỏe là hàng hóa đặc biệt; vấn đề về thông tin; sự co giãn của nhu cầu; tính nhạy cảm của chăm sóc y tế và rất khó để xác định chi phí - hiệu quả...).

Thứ bảy: Năng lực về quản lý, quản trị bệnh viện hay kiến thức về kinh tế y tế, tài chính y tế của đội ngũ lãnh đạo các đơn vị còn hạn chế nguyên nhân là do chưa được đào tạo bài bản về lĩnh vực này. Sẽ dẫn đến các nguy cơ như: thất thoát, lãng phí nguồn lực, tham nhũng, làm sai, làm ẩu... trong điều kiện hệ thống thông tin, giám sát còn yếu kém, tính công khai, minh bạch, tính giải trình và tính tự chịu trách nhiệm còn hạn chế.

4.4. Bài học kinh nghiệm

Từ kinh nghiệm về thực hiện tự chủ bệnh viện trên thế giới và thực tiễn ở Việt Nam, có thể đúc rút một số bài học kinh nghiệm/giải pháp như sau cho Việt Nam:

a. Cần xác định một lộ trình thống nhất cho việc từng bước triển khai tự chủ trong lĩnh vực y tế: Xây dựng lộ trình triển khai tự chủ cụ thể cho từng loại bệnh viện theo từng tuyến; Xây dựng tiêu chí và điều kiện cụ thể tự chủ BV cho từng đơn vị ở các tuyến đồng thời hướng hướng dẫn cho các đơn vị triển khai thực hiện tự chủ có hiệu quả dựa trên các tiêu chí cụ thể.

b. Hoàn thiện, đồng bộ về cơ chế chính sách:

Sửa đổi và hoàn thiện một số nội dung quy định trong Nghị định 43 cho phù hợp với đặc thù ngành y tế như: trích các quỹ, quy định về hệ số lương tăng thêm; quy định về liên doanh, liên kết; về nộp thuế doanh nghiệp...; Nghiên cứu xây dựng khung giá viện phí trên cơ sở tính đúng tính đủ chi phí KCB, trong đó có phần hỗ trợ của nhà nước; Nghiên cứu xây dựng và thí điểm hình thức chi trả BHYT cho phù hợp như: chi trả theo nhóm chẩn đoán (DRG – Diagnosis Related Groups), chi trả theo định suất.

c. Tăng cường tính công khai, minh bạch trong quản lý các hoạt động cung ứng dịch vụ và tài chính

- Xây dựng quy trình chuẩn về chuyên môn
- Xây dựng bộ chỉ số giám sát chuẩn áp dụng thống nhất cho các loại hình dịch vụ các tuyến
- Tăng cường áp dụng hệ thống thông tin quản lý bệnh viện
- Xây dựng cơ chế và bộ chỉ số theo dõi, giám sát và điều chỉnh việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện.

d. Nâng cao năng lực quản lý, điều hành kinh tế, tài chính, quản trị cho đội ngũ lãnh đạo và cán bộ chủ chốt:

- Tập huấn nâng cao nhận thức, kiến thức về tự chủ tài chính, về bệnh viện phi lợi nhuận cho các lãnh đạo bệnh viện
- Tập huấn nâng cao kỹ năng về quản lý, kinh tế y tế, tài chính y tế, quản trị bệnh viện cho lãnh đạo và các cán bộ chủ chốt của các đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Báo cáo số 65/BC-CP. *“Tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khỏe nhân dân”*, ngày 05/5/2008.
2. Bộ Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR); 2007.
3. Bộ Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR); 2008. *“Đầu tư để nâng cao sức khỏe nhân dân”*.
4. Diễn đàn Tiền phong online. *“Làn sóng công chức xin nghỉ việc”*; ngày 15/7/2008, <http://www.tienphong.vn/Tuong-Tac/Dien-Dan-Tien-Phong-Online/130028/Lan-song-cong-chuc-xin-nghi-viec.html>.
5. Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/04/2006 của Chính phủ. *“Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập”*.
6. Nghị quyết 46/NQ-TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị. *“Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới”*.
7. Tiền TV., *“Cổ phần hóa bệnh viện công”*.
8. Sở Y tế Hà Tây (2007). *“Báo cáo tình hình thực hiện Nghị định 43 của Sở Y tế”*.
9. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2008). *Báo cáo đánh giá các vấn đề tài chính bệnh viện – Kết quả khảo sát tại một số bệnh viện”, năm 2008*
10. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. *Báo cáo đánh giá tác động ban đầu của việc thực hiện tự chủ bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế”, năm 2008.*
11. Lê Quang Cường và cộng sự (2010). Tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP trong hệ thống bệnh viện công lập. *Tạp chí Chính sách Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Số 6 (2010)*
12. Văn phòng Chính phủ. *“Thông báo số 27/2008/TB-VPCP về Ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Nguyễn Tấn Dũng tại hội nghị tổng kết công tác y tế năm 2007 và triển khai công tác năm 2008 (ngày 15/2/2008).*
13. Vụ Kế hoạch Tài chính – Bộ Y tế
14. Vụ Kế hoạch Tài chính, Bộ Y tế. *“Báo cáo ảnh hưởng của Nghị định số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 của Chính phủ về chế độ tài chính áp dụng cho các đơn vị sự nghiệp có thu đến lĩnh vực tài chính y tế và điều kiện thực hiện”*; tháng 5/2005.

15. April H. and Alexander S.P. *“Understanding organizational reforms: The corporatization of public hospitals”*. The World Bank; 2000.
16. Loraine Hawkins, Hospital Autonomy Policy in Vietnam (Government Decree 10/43): Lessons from International Experience, June 2010.
17. Paibul Suriyawongpaisa, Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management. A Thai Case Study, Round table discussion, World Health Organization , 2004
18. Preker A, Hardling. *“A reform of a public organization that reproduces some elements of private sector business structure in an attempt to engender the efficiency of private corporations while assuring continued emphasis on social objectives through public ownership”*: Innovations in health services delivery. The World Bank; 2003.
19. Ramesh Govindaraj and Mukesh Chawla – Harvard School of Public Health. *“Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries – What Can We Learn?”*
20. Thomas Bossert, Soewarta Kosen, Budi Harsono, Ascobat Gani, Hospital Autonomy in Indonesia, 1997
21. Veronica Walford and Ken Grant, Improving hospital Efficiency, 1998
22. World Bank. *“Health System Financing - Autonomization /Corporatization”*,
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:20190817~menuPK:438810~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html#Definition>
23. World Bank Institute. Building Public/Private Partnership for Health System Strengthening. *Field Visit_Gede Patra_TABANAN HOSPITAL PROFILE of Indonesia*, 2010.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Kể đủ 3 loại hình tự chủ bệnh viện hiện nay ở Việt Nam

A)

B) Đơn vị tự đảm bảo một phần chi phí hoạt động thường xuyên (phần còn lại do nhà nước cấp);

C) Đơn vị sự nghiệp do ngân sách nhà nước đảm bảo toàn bộ chi phí hoạt động (nguồn thu đáp ứng dưới 10% tổng số chi).

Câu 2. Việt Nam bắt đầu triển khai thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện từ năm nào?

A) 2000 B) 2001 C) 2002 D) 2003 E) 2004

Câu 3. Các nội dung thực hiện tự chủ bệnh viện theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP đối với đơn vị sự nghiệp công lập:

A) Tự chủ tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ chuyên môn

B) Tự chủ tự chịu trách nhiệm về tổ chức bộ máy, biên chế

C) Tự chủ tự chịu trách nhiệm về tài chính

D) Cả A, B và C

Câu 4. Kể cho đủ 4 nguyên tắc thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP đối với đơn vị sự nghiệp công lập:

A) Hoàn thành nhiệm vụ được giao.

B)

C) Thực hiện quyền tự chủ phải gắn với tự chịu trách nhiệm trước cơ quan quản lý cấp trên trực tiếp và trước pháp luật về những quyết định của mình; đồng thời chịu sự kiểm tra, giám sát của các cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

D) Bảo đảm lợi ích của Nhà nước, quyền, nghĩa vụ của tổ chức, cá nhân theo quy định của pháp luật.

Câu 5. Thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đem lại kết quả gì?

A) Nguồn thu tài chính của bệnh viện tăng lên qua các năm

B) Đơn vị chủ động hơn trong việc sử dụng các nguồn tài chính

C) Thu nhập của cán bộ viên chức được cải thiện

D) Tăng huy động vốn và chủ động mở rộng đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị.

E) Cả A, B, C, D

Câu 6. Nêu những khó khăn vướng mắc thực tế khi triển khai thực hiện tự chủ tại đơn vị mình?

BÀI 10

QUẢN LÝ CÔNG TÁC DƯỢC BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Nắm được vai trò của công tác dược lâm sàng
2. Tổ chức hoạt động dược lâm sàng
3. Phối hợp giữa bác sỹ, điều dưỡng và dược sỹ trong hoạt động dược lâm sàng
4. Quy chế kê đơn thuốc.

NỘI DUNG

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

1. Sinh học lâm sàng: Sinh học lâm sàng không phải là thành ngữ mới và việc giảng dạy đã được hệ thống hóa. Ngược lại, dược lâm sàng mới được dịch từ (clinical pharmacy) từ tiếng Anh-lo Xắc-xông, ít được biết tới tại Việt Nam

2. Dược lý lâm sàng

- Điều trị mang tính cá thể (individualized therapy). Tỷ lệ rủi ro, hữu ích của từng bệnh nhân cụ thể (riêng biệt). Hiểu biết về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Hiệu lực trung bình từ thử nghiệm lâm sàng được đối chiếu với từng cá thể. Hiệu lực cá thể tăng lên hoặc giảm xuống. Phản ứng có hại (ADR) được quan sát trong thử nghiệm lâm sàng đối chiếu với từng cá thể:

+ Những đặc điểm chuyên biệt của bệnh nhân có thể thay đổi khả năng phản ứng có hại do thuốc.

+ Những nhóm bệnh nhân tương đối nhỏ được nghiên cứu trong thử nghiệm lâm sàng.

+ Khả năng quan sát được hiện tượng phản ứng có hại do thuốc tương đối hiếm gặp là rất thấp

- Hai thành phần của dược lý lâm sàng

+ Dược động học (pharmacokinetic):

. Mỗi quan hệ giữa liều lượng với nồng độ thuốc trong huyết tương

. Sự liên quan với việc hấp thu, phân bố, chuyển hóa, thải trừ thuốc.

+ Dược lực học (pharmacodynamics): Mỗi quan hệ giữa liều lượng với các hậu quả lâm sàng có thể quan sát được.

3. Dược lâm sàng

- Thuốc nào chữa bệnh này cho người bệnh này
- Dược lâm sàng liên quan tới kiến thức về sử dụng thuốc ở người:
 - + Định nghĩa về các bệnh điều trị với sự mô tả khái quát những dấu hiệu chính của lâm sàng - sinh học.
 - + Số phận của thuốc trong cơ thể: các yếu tố của dược động học và sinh học khả dụng áp dụng cho sự hợp lý hóa phương thức cho thuốc thông dụng và liều lượng thuốc.
 - + Các phối hợp có thể, các phối hợp cần tránh sự thay đổi liều lượng trong những tình trạng bệnh lý chính (trường hợp người có tuổi, mang thai, suy thận, suy gan...), theo cách điều trị và những tác dụng độc hại, chống chỉ định, những tác dụng phụ chủ yếu.
 - + Dùng thuốc phối hợp cùng thời điểm (tương tác thuốc với thuốc)
 - + Những quy tắc về vệ sinh ăn uống kèm theo (tương tác thuốc với thức ăn đồ uống)

4. Lịch sử dược lâm sàng

- **Trên thế giới:** Từ thời xa xưa thầy thuốc và dược sĩ là một (thầy thuốc kiêm luôn chức năng bào chế thuốc). Đến thời kỳ Hypocrat bắt đầu tách y và dược (có người giúp Hypocrat bào chế thuốc) dần dần y và dược tách dần ra. Tháng 1- 1945 bác sỹ Rising Đại học Washington, Hoa Kỳ đề xuất dược lâm sàng. Thập kỷ 60 dược lâm sàng hình thành tại Mỹ. Thập kỷ 70 dược lâm sàng phát triển tại nhiều nước Châu Âu, Châu Úc.
- **Dược lâm sàng tại Việt Nam:** Đại học Cursin của Australia giúp Việt Nam khóa học dược lâm sàng đầu tiên tại đại học dược Hà Nội. Năm 1995 đại học Dược khoa Hà Nội thành lập tổ dược lâm sàng, nay là Bộ môn dược lâm sàng. Năm 1997-2006 Việt Nam xuất bản tạp chí dược lâm sàng do chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển (Sida) tài trợ, nay đổi tên là tạp chí thông tin thuốc và điều trị. Việt Nam chưa đào tạo chuyên ngành dược lâm sàng cho dược sỹ, hiện nay đang xây dựng chương trình khung về giảng dạy dược lâm sàng với nguồn từ dự án Hà Lan cho các trường học dược Việt Nam.

II. VAI TRÒ CỦA DƯỢC BỆNH VIỆN

- Đảm bảo cung ứng đủ thuốc đảm bảo chất lượng
- Đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý
 - + Năm 1998 Tổ chức Y tế thế giới đưa ra định nghĩa: Sử dụng thuốc hợp lý đòi hỏi người bệnh phải nhận được thuốc thích hợp với đòi hỏi lâm sàng và ở liều lượng đáp ứng được yêu cầu cá nhân người bệnh, trong một khoảng thời gian thích hợp và với chi phí ít gây tổn kém nhất cho người bệnh và cho cộng đồng.
- **Các yếu tố đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý:**
 - + Chẩn đoán đúng

- + Kê đơn hợp lý
- + Cấp phát đúng chủng loại và thông tin thuốc đúng
- + Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc phù hợp
- + Giám sát thích hợp để đảm bảo tuân thủ điều trị

III. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN DƯỢC LÂM SÀNG TRONG BỆNH VIỆN

1. Hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị (HĐT&ĐT)

Chức năng, nhiệm vụ, triển khai hoạt động được hướng dẫn cụ thể tại Thông tư 08/BYT-TT ngày tháng 3 năm 1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hoặc Hội đồng thuốc và điều trị trong sách Quản lý bệnh viện do Bộ Y tế ban hành.

2. Ai là người thực hiện triển khai dược lâm sàng trong bệnh viện?

Hội đồng thuốc và điều trị và người chịu trách nhiệm cụ thể là dược sỹ đại học tại bệnh viện, bệnh viện không có dược sỹ đại học thì Hội đồng thuốc và điều trị cử 01 bác sỹ hỗ trợ.

- Yêu cầu dược sỹ đại học đảm nhiệm công tác dược lâm sàng:

- + Có kiến thức sử dụng thuốc (dược lâm sàng và sinh học lâm sàng)
- + Biết tiếng Anh tối thiểu có thể đọc được thông tin về thuốc
- + Sử dụng thành thạo internet để tìm thông tin thuốc

- Dược sỹ lâm sàng làm gì ? Thông tin và tư vấn lựa chọn và dùng thuốc (bao gồm cả tham gia phân tích sử dụng thuốc trong ca lâm sàng) cho:

- + Hội đồng thuốc và điều trị: Xây dựng danh mục thuốc bệnh viện, phối hợp giám sát kê đơn hợp lý
- + Bác sỹ để lựa chọn thuốc cho người bệnh
- + Điều dưỡng để dùng thuốc đúng cách cho người bệnh
- + Bệnh nhân với các thuốc không cần kê đơn.

3. Tổ chức thực hiện dược lâm sàng như thế nào?

+ Xây dựng tổ dược lâm sàng (với bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh) hoặc phân công 01 người thực hiện dược lâm sàng. Dược sỹ lâm sàng cần thường xuyên xuống khoa lâm sàng để tư vấn cho bác sỹ lựa chọn thuốc

+ Tổ chức và triển khai hoạt động đơn vị thông tin thuốc trong bệnh viện theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

4. Một số kỹ năng cần thiết để dược sỹ lâm sàng thực hiện dược lâm sàng trong bệnh viện

Phương pháp tiến hành phân tích sử dụng thuốc trong các ca lâm sàng :

- Kiểm tra những ghi chép cơ bản của bệnh án
- Cơ địa của người bệnh

- Kê đơn chuyên khoa hay đa khoa. Thuốc sử dụng phù hợp với chẩn đoán hay không (căn cứ các mạch, nhiệt độ, kết quả cận lâm sàng)
- Cùng một lúc chữa một hay nhiều bệnh? Những bệnh nào?
- Kiểm tra thuốc: liều lượng, khoảng cách đưa thuốc, đợt điều trị
- Kiểm tra tương tác thuốc và thuốc và chống chỉ định
- Kiểm tra tương tác thuốc với thức ăn đồ uống (nước uống thuốc)
- Những thuốc đã tự điều trị, hoặc những thuốc tuyến dưới đã sử dụng
- Những hướng dẫn bệnh nhân sử dụng thuốc:
 - + Hiệu quả của thuốc
 - + Tác dụng phụ
 - + Hướng dẫn dùng thuốc
 - + Cảnh báo
 - + Hẹn khám lại (khi nào cần đến khám lại, khi nào đến khám sớm hơn)
- Bệnh nhân rõ ràng chưa, còn thắc mắc gì không, cần tìm phương pháp nào cung cấp đủ thông tin với thời gian ngắn.

Các bước lựa chọn thuốc điều trị và kê đơn hợp lý (theo Tổ chức Y tế thế giới)

- Bước 1: Xác định vấn đề bệnh lý của bệnh nhân
- Bước 2: Xác định mục tiêu điều trị (muốn đạt được điều trị)
- Bước 3: Xác định cách điều trị có phù hợp với bệnh nhân (kiểm tra tính hiệu quả và an toàn: thuốc lựa chọn hàng đầu, thuốc lựa chọn thứ hai...)
- Bước 4: Bắt đầu điều trị
- Bước 5: Cung cấp thông tin, hướng dẫn và cảnh báo
- Bước 6: Theo dõi, đánh giá hiệu quả.

Tìm hiểu nguyên nhân thất bại của điều trị:

- Chẩn đoán chưa chính xác
- Lựa chọn thuốc không đúng
- Thuốc bào chế kém (không rã, không hòa tan) nên sinh khả dụng kém
- Thuốc giả, thuốc hết hạn dùng.
- Chỉ định không đúng về: liều, số lần đa thuốc, khoảng cách đa thuốc, thời gian điều trị.

IV. QUY CHẾ KÊ ĐƠN THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

1. Căn cứ của việc sửa đổi, bổ sung quy chế kê đơn, bán thuốc

1.1. Nhu cầu khám chữa bệnh hiện nay: nhiều trạm y tế phường vùng khó khăn còn thiếu bác sĩ khám chữa bệnh.

1.2. Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ với bệnh nhân ung thư và AIDS (Quyết định số 3483/QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2005, của Bộ trưởng Bộ Y tế) có hướng dẫn sử dụng thuốc giảm đau opioids cho người bệnh.

1.3. Luật dược có các quy định về thuốc nói chung và các chất kiểm soát nói riêng

1.4. Theo hướng dẫn của Ủy ban Phòng chống Ma túy Quốc tế (công ước Quốc tế về kiểm soát opioids)

1.5. Theo hướng dẫn của WHO về đảm bảo cân bằng trong chính sách opioids (cân bằng giữa kiểm soát và đảm bảo sự sẵn có thuốc cho điều trị)

2. Một số khái niệm

2.1. Ủy ban kiểm soát ma túy quốc tế (INCB)

- Ủy ban kiểm soát ma túy quốc tế (INCB viết tắt của The International Narcotic Control Board) thành lập năm 1968. Là một tổ chức hoạt động công bằng và độc lập để thực hiện những cam kết của các quốc gia về kiểm soát thuốc gây nghiện ở tầm quốc tế.

- Chức năng của INCB nằm trong các hiệp ước: Hiệp ước riêng lẻ về thuốc gây nghiện 1961; Hiệp ước về các thuốc hướng thần 1971; Cam kết của liên hiệp quốc chống lại việc buôn bán, vận chuyển trái phép các thuốc gây nghiện và những chất hướng thần 1988:

- Hướng tới việc sản xuất, buôn bán, sử dụng thuốc hợp pháp: INCB hợp tác với các Chính phủ để đảm bảo cung cấp đầy đủ thuốc cho việc sử dụng trong y tế, khoa học và tiêu thụ thuốc từ các nguồn hợp pháp để không còn những nguồn cung cấp bất hợp pháp

- INCB hướng dẫn các Chính phủ kiểm soát các chất hóa học dùng trong các cơ sở sản xuất bất hợp pháp và giúp các Chính phủ ngăn chặn sự tiêu thụ các chất hóa học bất hợp pháp

- Trách nhiệm của INCB:

+ Phân tích các thông tin cung cấp từ các Chính phủ những tổ chức liên hiệp quốc, những cơ quan đặc biệt và những tổ chức quốc tế có uy tín để đánh giá việc đảm bảo những điều khoản của những hiệp ước quốc tế về kiểm soát thuốc gây nghiện đã được các quốc gia thực hiện đầy đủ và nhắc nhở các phần chưa làm đầy đủ.

+ Duy trì trao đổi thường xuyên với các Chính phủ nhằm giúp họ tuân theo những bổn phận đã cam kết ở các hiệp ước quốc tế đã ký kết và nhắc nhở các Chính phủ về sự giúp đỡ tài chính kỹ thuật thích hợp sẽ có từ đâu để thực hiện công việc về sản xuất, buôn bán, sử dụng thuốc bất hợp pháp:

+ INCB xác định những yếu điểm của hệ thống kiểm soát quốc tế, quốc gia và đề xuất việc giải quyết những vấn đề này

+ INCB cũng có trách nhiệm đánh giá những chất hóa học đã được dùng trong việc sản xuất thuốc bất hợp pháp để xác định những chất hoá học này có bị quốc tế kiểm soát hay không.

2.2. Tiêu chí đánh giá chính sách OPIOID của tổ chức y tế thế giới (WHO) về OPIOIDS

1. Khảo sát chính sách quốc gia
2. Opioid là tối cần thiết
3. Trách nhiệm đảm bảo sự sẵn có
4. Chỉ định cơ quan quản lý đủ năng lực
5. Nêu ngại ngăn về các biện pháp trừng phạt về mặt pháp lý
6. Hợp tác để đảm bảo sự sẵn có
7. Thuật ngữ chuẩn về opioid và phụ thuộc thuốc
8. Tránh đưa ra các qui định ngăn cản người bệnh tiếp cận thuốc điều trị
9. Tránh đưa ra các qui định gây trở ngại cho việc kê đơn.

Tổ chức Y tế thế giới có khuyến cáo các Chính phủ “ TIỀN TỐI CÂN BẰNG TRONG CHÍNH SÁCH QUỐC GIA VỀ KIỂM SOÁT OPIOIDS ” Với nội dung: Làm thế nào để đánh giá sự cân bằng? Đảm bảo sự sẵn có của opioid dùng cho mục đích y tế.

Rất nhiều quốc gia trên thế giới đã có những tiến bộ trong các quy định để giảm rào cản khi kê đơn opioids cho bệnh nhân. Ví dụ:

	Trước	Nay
1. Pháp:	7 Ngày	28 Ngày
2. Mê hi co:	5 Ngày	30 Ngày
3. Ý:	8 Ngày	1 Tháng
4. Đức:	1 Ngày	Không thời hạn
5. Ba lan:	100mg	4,0 Gram
6. Peru:	1 Ngày	14 Ngày
7. Rumani:	3 Ngày	30 Ngày
8. Việt Nam:	7 Ngày	30 Ngày

Với các Quy định, khuyến cáo của Quốc tế trên chúng ta cần sửa đổi bổ sung vấn đề gì của quy chế quản lý thuốc gây nghiện, quy chế quản lý thuốc hướng tâm thần, quy chế kê đơn để đảm bảo cân bằng trong sản xuất, phân phối, kê đơn và kiểm soát opioids

V. NHỮNG QUY ĐỊNH MỚI CỦA QUY CHẾ KÊ ĐƠN

1. Quy định y sĩ có quyền kê đơn tại các trạm y tế vùng khó khăn chưa có bác sĩ tại khoản 2 của Điều 3: Điều kiện của người kê đơn thuốc

“ Đối với các tỉnh có vùng núi, vùng sâu, vùng cao, hải đảo xa xôi, **vùng khó khăn và những nơi chưa có bác sĩ:** Sở Y tế có văn bản ủy quyền cho trưởng phòng y tế huyện chỉ định y sĩ của trạm y tế thay thế cho phù hợp với tình hình địa phương”

2. Không kê thực phẩm chức năng tại mục c khoản 3 của **Điều 6. Quy định cho người kê đơn.** Do luật được quy định thực phẩm chức năng không phải là thuốc

3. Quy định cho kê đơn opioids giảm đau cho người bệnh ung thư và AIDS giai đoạn cuối:

Nội dung	Quy chế cũ	Quy chế mới
Thời gian kê đơn	Tối đa 7 ngày	- 7 ngày với bệnh nhân cấp tính - Không vượt quá 01 tháng (Kê 3 đơn mỗi đơn 10 ngày cho 3 đợt điều trị) với bệnh nhân ung thư và AIDS cần dùng opioids giảm đau
Liều lượng	Không quá 5 ngày với liều $\geq 30\text{mg}$ (1 viên MORPHIN 30mg hoặc 3 ống MORPHIN 10mg	Theo nhu cầu điều trị của người bệnh
Điều kiện được kê đơn	Phải khám bệnh mới được kê đơn	Sổ điều trị bệnh mạn tính nếu có chỉ định opioids giảm đau, bệnh nhân giai đoạn cuối không tới khám được người được cấp có thẩm quyền phân công khám và kê đơn không vượt quá 07 ngày
Nơi cung cấp	Nhà thuốc công ty dược (do Sở Y tế yêu cầu)	Nhà thuốc công ty dược. Nơi nào không có điểm bán thuốc, khoa dược bệnh viện phải cung ứng thuốc
Kê đơn	Vào đơn thuốc “N” (1 đơn – 2 bản)	Vào đơn: Đơn chính và gốc đơn; ghi vào sổ điều trị mạn tính để tuyến huyện, y tế cơ sở căn cứ để kê đơn các lần tiếp theo
Lưu đơn tại nơi cấp, bán thuốc	5 năm	Theo quy chế thuốc gây nghiện và ghi vào đơn
Lưu gốc đơn, cam kết của người nhà bệnh	5 năm	2 năm

nhân		
Cam kết của người nhà bệnh nhân	Không quy định	Làm 02 bản: 01 lưu tại cơ sở khám bệnh, 01 ghi ngay trong sổ điều trị bệnh mạn tính của người bệnh

VI. THẢO LUẬN

1. Những tồn tại, khó khăn của đơn vị khi thực hiện quy chế kê đơn. Ví dụ quy định các thuốc cần bán theo đơn các nhà thuốc có thực hiện không? Tại sao? Làm thế nào để giám sát, quản lý quy định này?

2. Việc kê đơn opioid giảm đau cho người bệnh ung thư, người bệnh AIDS giai đoạn cuối tại đơn vị có gì khó khăn? Các đơn vị tự đưa thêm một số quy định ngoài quy định của quy chế kê đơn là hợp lý hay không hợp lý? Tại sao? Làm cách nào để đảm bảo sẵn có opioids giảm đau mà vẫn quản lý được?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Dược
2. Quy chế kê đơn

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

A) Đúng B) Sai

A) Đúng B) Sai

A) Đúng B) Sai.

A) Chẩn đoán đúng

B)

D) Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc phù hợp

E) Giám sát thích hợp để đảm bảo tuân thủ điều trị

A) Dược sỹ lâm sàng:.....

B) Hội đồng thuốc và điều trị: Tư vấn danh mục thuốc

C) Bác sĩ:.....

D) Điều dưỡng:.....

E) Người bệnh: dùng thuốc không cần kê đơn

- Bước 1: Xác định vấn đề bệnh lý của bệnh nhân

- Bước 2: Xác định mục tiêu điều trị (muốn đạt được điều trị)

- Bước 4:

- Bước 5: Cung cấp thông tin, hướng dẫn và cảnh báo

- Bước 6: Theo dõi, đánh giá hiệu quả.

A) Đúng B) Sai

BÀI 11

QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ KỸ THUẬT Y TẾ TRONG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm, phân loại lý trang thiết bị y tế
2. Hiểu được vai trò, vị trí của trang thiết bị kỹ thuật y tế trong khám, chữa bệnh
3. Phân tích được thực trạng, tồn tại và thách thức của công tác trang thiết bị kỹ thuật y tế trong bệnh viện
4. Trình bày được nội dung quản lý trang thiết bị y tế
5. Nắm được những giải pháp nhằm tăng cường quản lý trang thiết bị y tế và nâng cao hiệu quả đầu tư

NỘI DUNG

Chúng ta đang đứng trước một nhiệm vụ nặng nề là quản lý một bệnh viện với chức năng nhiệm vụ đa dạng và phức tạp trong cơ chế thị trường khi mà bản thân chúng ta là cán bộ y tế, thực chất là cán bộ khoa học kỹ thuật có chuyên môn về y tế. Do vậy chúng ta cần phải tăng cường học hỏi nâng cao năng lực quản lý của bản thân. Quản lý trang thiết bị y tế là một trong những nội dung quan trọng trong quản lý bệnh viện.

I. KHÁI NIỆM, PHÂN LOẠI TRANG THIẾT BỊ Y TẾ:

1. Khái niệm về trang thiết bị y tế

Trang thiết bị kỹ thuật y tế (gọi tắt là trang thiết bị y tế) là những, thiết bị, máy móc, dụng cụ, vật tư...dùng trong y tế, đó chính là những phương tiện ứng dụng các thành tựu khoa học kỹ thuật và công nghệ trong việc khám, chữa bệnh

Gần đây cụm từ “ Trang thiết bị y tế ” còn được gọi là “Kỹ thuật y tế” hoặc “Công nghệ y tế” đã trở thành ngôn ngữ thường dùng trong giới y học hiện đại

2. Phân loại trang thiết bị y tế

Trang thiết bị y tế bao gồm các loại thiết bị, dụng cụ, vật tư y tế, phương tiện vận chuyển chuyên dụng phục vụ cho hoạt động chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân. Theo WHO ngày nay, có khoảng 10.500 chủng loại trang thiết bị y tế khác nhau trên thị trường. Chúng bao gồm từ các thiết bị chẩn đoán và điều trị có giá trị lớn, công nghệ cao như máy gia tốc tuyến tính giúp điều trị các bệnh ung thư, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp... cho đến ống nghe

khám bệnh và các trang thiết bị cơ bản khác hỗ trợ cho các bác sỹ, điều dưỡng thực hiện công việc chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân hàng ngày. Trang thiết bị y tế bao gồm cả các thiết bị trợ giúp cải thiện cuộc sống hàng triệu người dân như: xe đẩy, máy trợ thính, kính thuốc, máy điều hòa nhịp tim và các thiết bị cấy ghép. Được Bộ Y tế (tại Thông tư 07/ 2007/BYT) chia làm bốn nhóm trang thiết bị sau:

a) Thiết bị y tế bao gồm: Các loại máy, thiết bị hoặc hệ thống thiết bị đồng bộ phục vụ cho công tác chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng, nghiên cứu khoa học và đào tạo trong lĩnh vực y tế;

b) Phương tiện vận chuyển chuyên dụng bao gồm: Phương tiện chuyên thương (Xe chuyên thương, xuồng máy, ghe máy chuyên thương, xe ô tô cứu thương). Xe chuyên dùng lưu động cho y tế (X. Quang, xét nghiệm lưu động, chuyên chở vắc xin...);

c) Dụng cụ, vật tư y tế, hóa chất xét nghiệm được sử dụng cho công tác chuyên môn trong khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe

- Vật tư bằng nhựa: Bơm kim tiêm, kim luồn tĩnh mạch, dây truyền dịch, găng tay y tế, ống thông, ống dẫn lưu, túi máu,ambu thổi ngạt, chai nhựa, đầu cone lọc vô trùng, Cuvette...

- Vật tư bằng thủy tinh: Pipette, Micro Pipette, Lamen, Bình đong

- Dụng cụ, vật tư bằng kim loại: Dao mổ, khoan xương, mũi khoan sọ não, đinh nẹp cố định, hệ thống cố định xương, khung đóng đinh chốt, kim chọc tuỷ sống, mỏ vịt, bộ phẫu thuật các loại...

d) Các loại dụng cụ, vật tư cấy, ghép trong cơ thể gồm: Xương nhân tạo, nẹp vít cố định xương, van tim, máy tạo nhịp tim, ống nong mạch, điện cực ốc tai, thủy tinh thể...

II. VAI TRÒ, VỊ TRÍ CỦA TRANG THIẾT BỊ Y TẾ TRONG KHÁM CHỮA BỆNH:

Muốn nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cần phải có đồng bộ ba yếu tố: ***Đội ngũ bác sỹ, điều dưỡng giỏi, tận tình; đầy đủ thuốc chữa bệnh; trang thiết bị y tế đầy đủ an toàn và hạ tầng cơ sở tốt***

1. Trang thiết bị y tế đóng vai trò quan trọng trong *chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh*. Trang thiết bị y tế là một trong những yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả, chất lượng của công tác y tế, hỗ trợ tích cực cho người thầy thuốc trong công tác phòng bệnh và chữa bệnh.

2. Trang thiết bị y tế có vị trí quan trọng trong ba yếu tố: *Thầy thuốc, thuốc, Trang thiết bị y tế* (y – dược - trang thiết bị y tế trong đó y là chủ lực đóng vai trò quyết định, dược là nòng cốt và trang thiết bị y tế là quan trọng). Ba yếu tố đó quyết định hiệu quả, chất lượng của công tác chăm sóc bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân

3. Tổ chức Y tế thế giới WHO đã khẳng định trang thiết bị y tế thuộc vào một chuyên môn của Ngành y tế, nó thâm nhập và phát triển sâu

rộng vào các kỹ thuật khám chữa bệnh của tất cả các chuyên khoa, bộ môn của Ngành y tế. Trong thời kỳ phát triển như vũ bão hiện nay của công nghệ trên thế giới chỉ sau có công nghiệp vũ trụ, quốc phòng và an ninh, nên công nghiệp thiết bị y tế đã nhanh chóng ứng dụng những thành tựu mới nhất vào việc chẩn đoán và điều trị để đạt được mục tiêu cao nhất “ vì sức khỏe của con người ” .

4. Bộ Khoa học công nghệ đánh giá: “ Trong những năm qua, ngành Y tế Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng khích lệ từ việc đầu tư, ứng dụng các trang thiết bị kỹ thuật công nghệ cao: Đã thành công trong một số lĩnh vực với trình độ ngang tầm trong khu vực và một số nước tiên tiến, tiết kiệm cho xã hội hàng trăm tỷ đồng mỗi năm như: phẫu thuật nội soi, kỹ thuật can thiệp nội mạch, ghép tạng, y học hạt nhân, ứng dụng sóng siêu cao tần, laser, kỹ thuật bơm bóng đối xung động mạch chủ, siêu lọc máu, tuần hoàn ngoài cơ thể, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, nuôi cấy tế bào gốc sinh tinh để điều trị vô sinh, xây dựng ngân hàng tế bào gốc và bước đầu có những nghiên cứu cơ bản về biệt hóa tế bào gốc, ứng dụng tế bào gốc tạo máu tự thân và đồng loại trong điều trị ung thư, tim mạch, xương khớp” (Nguồn Bộ Khoa học công nghệ - Đánh giá hoạt động KH-CN 2006-2010).

Đầu tư trang thiết bị vào Bệnh viện làm tăng Chất lượng, an toàn, hiệu quả, sự hài lòng của người bệnh từ đó góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe của nhân dân. Cùng với kinh nghiệm và kiến thức y học, trang thiết bị hiện đại sẽ giúp các bệnh viện:

- + Phát hiện sớm bệnh, Chẩn đoán chính xác
- + Tăng hiệu quả điều trị
- + Rút ngắn ngày điều trị, hạn chế việc sử dụng thuốc, giảm chi phí
- + Hạn chế di chứng và góp phần giảm tỷ lệ tử vong

III. THỰC TRẠNG VỀ ĐẦU TƯ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ, TỒN TẠI VÀ THÁCH THỨC.

1. Thực trạng đầu tư về trang thiết bị y tế

Ngành Y tế đã đầu tư nâng cấp trang thiết bị cho các cơ sở thuộc các lĩnh vực: y tế dự phòng, khám chữa bệnh, y dược học cổ truyền, đào tạo nghiên cứu khoa học, chuyển giao công nghệ sản xuất thuốc và trang thiết bị y tế. Đầu tư cho trang thiết bị y tế chiếm tỷ trọng đáng kể cả về số lượng và giá trị kinh tế từ nhiều nguồn khác nhau như:

- Ngân sách ngành y tế 2009: 38.770 tỷ VNĐ (chiếm 6,6% tổng chi ngân sách nhà nước)

- Đầu tư nâng cấp các bệnh viện huyện, đa khoa khu vực liên huyện, giai đoạn 2008-2011 là 17.000 tỷ VNĐ

- Đầu tư nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, Tâm thần, Nhi, Ung bướu và một số bệnh viện đa khoa tỉnh vùng khó khăn, giai đoạn 2009-2013 là 45.280 tỷ VNĐ

- Tính đến hết QII/2010, Bộ Y tế quản lý 64 chương trình, dự án, với tổng kinh phí: 15.651 tỷ VNĐ

Tuy nhiên với một nước gần 90 triệu dân thì trang thiết bị y tế của Việt Nam hiện nay nhìn chung còn thiếu, chưa đồng bộ và lạc hậu so với các nước trong khu vực. Kinh phí giành cho đầu tư trang thiết bị y tế còn hạn hẹp. Theo báo cáo quyết toán các bệnh viện năm 2006-2007-2008 tỷ lệ % đầu tư cho trang thiết bị y tế vẫn chưa cao, nhất là chi cho sửa chữa, bảo dưỡng duy tu, Trang thiết bị y tế còn thấp.

Nhìn vào một số bảng thống kê dưới đây chúng ta sẽ thấy rõ điều này:

BÁO CÁO QUYẾT TOÁN CỦA HỆ BỆNH VIỆN VỀ ĐẦU TƯ TRANG THIẾT BỊ (NĂM 2006, 2007, 2008)

Triệu ĐVN

Chỉ tiêu	N ă m 2006		N ă m 2007		N ă m 2008	
	T ồ n g s ố	%	T ồ n g s ố	%	T ồ n g s ố	%
T ổng kinh phí quyết toán	3.196.178	100	4.100.377	100	5.058.748	100
Chi mua TSCĐ là TTBYT	128.376	4,0	165.868	4,0	121.503	2,4
Chi duy tu sửa chữa TTBYT	21.791	0,7	22.705	0,6	28.558	0,6

Tổng kinh phí đầu tư cho công tác khám chữa bệnh của các bệnh viện tăng hàng năm, nhưng kinh phí dành cho trang thiết bị, đặc biệt là duy tu sửa chữa còn quá thấp

BÁO CÁO QUYẾT TOÁN CỦA MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG LỚN (NĂM 2008)

Triệu ĐVN

Chỉ tiêu	BV B ạ ch Mai		BV TW Hu ế		BV CHỢ RẦY	
	T ồ n g s ố	%	T ồ n g s ố	%	T ồ n g s ố	%
T ổng kinh phí quyết toán	792.701	100	286.121	100	1.239.987	100

Chi mua TSCĐ là TTBYT	6.831	0,9	2.871	1	3.472	0,3
Chi duy tu sửa chữa TTBYT	1 494 60	19	1 235 10	43	13 042 1 1	05

Tỷ lệ kinh phí dành cho đầu tư trang thiết bị và sửa chữa không cân đối

BÁO CÁO QUYẾT TOÁN CỦA CÁC BỆNH VIỆN VỀ CHI PHÍ DỤNG CỤ VẬT TƯ Y TẾ (NĂM 2006, 2007, 2008)

Triệu ĐVN

Chỉ tiêu	Năm 2006	Năm 2007	Năm 2008
Tổng kinh phí quyết toán	3,196,178.8	4,100,377.1	5,058,748.4
Chi mua thuốc, vật tư, hóa chất	1,601,157.5	2,044,949.9	2,700,249.4
Chi mua dụng cụ, vật tư kỹ thuật chuyên dùng	154,297.9	184 528 5	224,985.6

Chi phí dụng cụ, vật tư y tế ngày càng tăng và chiếm tỷ trọng khá lớn trong công tác khám chữa bệnh ở bệnh viện

2. Một số tồn tại và thách thức :

2.1. Về tổ chức :

- Một số bệnh viện chưa có phòng vật tư thiết bị y tế
- Phân công quản lý trang thiết bị y tế chưa rõ ràng ở nhiều bệnh viện: Giữa các Phòng Vật tư Trang thiết bị y tế, Khoa Dược, Khoa Chẩn đoán nhiễm khuẩn, Khoa Dịch vụ...

2.2. Về cán bộ

- Cán bộ y tế: Trình độ của đội ngũ cán bộ chuyên môn y tế chưa đủ để khai thác hết công suất trang thiết bị hiện có.
- Cán bộ kỹ thuật về trang thiết bị thiếu và chưa đáp ứng yêu cầu:
 - + Công tác tham mưu, giúp việc lập kế hoạch đầu tư, quản lý Trang thiết bị y tế tại nhiều đơn vị còn yếu.
 - + Năng lực xây dựng hồ sơ mua sắm, thực hiện quy trình đấu thầu chưa cao.
 - + Năng lực của cán bộ kỹ thuật trang thiết bị y tế chưa đáp ứng kịp những đổi mới về kỹ thuật và công nghệ. Chất lượng đào tạo, bố trí sử dụng nhân lực chuyên sâu về kỹ thuật thiết bị y tế còn thấp so với yêu cầu.

2.3. Về Quản lý trang thiết bị y tế

- Công tác tham mưu, giúp việc lập kế hoạch đầu tư, quản lý Trang thiết bị y tế tại nhiều bệnh viện còn hạn chế.

- Năng lực xây dựng hồ sơ mua sắm, thực hiện quy trình đấu thầu chưa đầy đủ.

- Nhiều bệnh viện chưa quan tâm đúng mức đến công tác quản lý trang thiết bị y tế, nhất là các khâu tiếp nhận, lắp đặt, hướng dẫn sử dụng và bàn giao nghiệm thu đưa trang thiết bị y tế mua sắm vào khai thác sử dụng có hiệu quả.

- Một số bệnh viện chưa quan tâm đến việc kiểm tra đối chiếu giữa Hợp đồng và thực tế giao nhận các chứng từ quan trọng ...

- Nhiều bệnh viện chưa chuẩn bị tốt các điều kiện tiếp nhận, đưa Trang thiết bị y tế vào khai thác sử dụng ngay, nhiều nơi còn có hiện tượng “ Đắp chiếu ” không sử dụng.

- Hầu hết trang thiết bị y tế đang sử dụng tại bệnh viện chưa được định kỳ kiểm chuẩn, bảo dưỡng và sửa chữa, không đủ nguồn vốn để đầu tư và đổi mới, nhiều địa phương không có đủ kinh phí để mua vật tư tiêu hao.

- Vai trò của Phòng Tài chính kế toán bệnh viện trong thanh toán chi phí và bảo hiểm y tế cho bệnh nhân sử dụng các thiết bị hiện đại còn bất cập

- Một số bệnh viện vẫn còn tình trạng sử dụng vật tư thay thế rất lớn nhưng chưa thống nhất quản lý qua Phòng Vật tư Trang thiết bị y tế, Tài chính kế toán mà các Hãng vẫn gửi trực tiếp tại các Khoa chuyên môn.

- Công tác theo dõi, giám sát, đánh giá và xây dựng cơ sở dữ liệu, Trang thiết bị y tế tại đơn vị còn yếu, dẫn đến khó khăn, lúng túng trong quản lý khai thác sử dụng trang thiết bị, công tác lập kế hoạch, báo cáo theo yêu cầu (chậm, không đầy đủ, thiếu chính xác ...)

2.4. Về kinh phí :

- Thiếu ngân sách và kế hoạch đảm bảo cho trang thiết bị y tế hoạt động có hiệu quả (Kinh phí đầu tư mới, vật tư tiêu hao, phụ tùng, linh kiện thay thế, kinh phí bảo dưỡng, sửa chữa, kiểm định ...)

- + Trong thời gian qua, giá cả thị trường biến động, các Nhà cung ứng vật tư tiêu hao (chỉ khâu, bơm kim tiêm, bông băng, phim X - quang...) đòi điều chỉnh giá, nhiều mặt hàng tăng giá tới 15-20% khiến cho bệnh viện gặp nhiều khó khăn

- + Nhiều mặt hàng vật tư tiêu hao không thể dự trù chính xác về số lượng, chủng loại, kích thước. Nếu mua sẵn có thể sẽ không sử dụng đến, tồn kho không thu hồi được vốn vì vậy *Bệnh viện nhập hàng với điều kiện sử dụng tới đâu, thanh toán tới đó...*

IV. GIỚI THIỆU MỘT SỐ NỘI DUNG CHÍNH TRONG CHÍNH SÁCH QUỐC GIA VỀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ (2002-2010).

Cho đến nay Bộ Y tế chưa ban hành mới về chính sách Quốc gia về trang thiết bị y tế, nhưng những nội dung của bản chính sách đã ban hành vẫn còn nguyên giá trị mà lãnh đạo các bệnh viện cần biết

1. Mục tiêu chung:

Đảm bảo đủ trang thiết bị y tế cho các tuyến theo quy định của Bộ Y tế. Từng bước hiện đại hoá trang thiết bị cho các cơ sở y tế nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân. Phân đầu đến năm 2010 đạt trình độ kỹ thuật về trang thiết bị y tế ngang tầm các nước trung bình tiên tiến trong khu vực. Đào tạo đội ngũ cán bộ kỹ thuật chuyên ngành để khai thác sử dụng, bảo dưỡng, sửa chữa và kiểm chuẩn trang thiết bị y tế. Phát triển công nghiệp trang thiết bị y tế nhằm nâng cao dần tỷ trọng hàng hoá sản xuất trong nước và tiến tới tham gia xuất khẩu.

2. Một số giải pháp cụ thể liên quan tới công tác trang thiết bị bệnh viện

2.1. Phát triển nguồn nhân lực chuyên ngành trang thiết bị y tế

- Tăng cường đào tạo cán bộ đại học và sau đại học chuyên ngành trang thiết bị y tế.

- Nâng cao chất lượng, mở rộng quy mô đào tạo đội ngũ công nhân kỹ thuật thiết bị y tế.

- Ban hành chính sách phù hợp để các cơ sở y tế có điều kiện tiếp nhận cán bộ kỹ thuật đã được đào tạo như: kỹ sư y sinh học, cử nhân và công nhân kỹ thuật thiết bị y tế.

2.2. Đầu tư trang thiết bị y tế bằng cách huy động các nguồn vốn :

- Kết hợp các nguồn vốn bao gồm nguồn ngân sách Nhà nước, các dự án ODA, vốn vay ưu đãi và thực hiện xã hội hoá trong công tác đầu tư trang thiết bị y tế.

- Thực hiện lồng ghép các chương trình, dự án, các nguồn viện trợ của các tổ chức quốc tế, quốc gia và các tổ chức phi chính phủ.

- Xây dựng cơ chế thu hồi vốn để duy trì hoạt động và tái đầu tư trang thiết bị y tế.

- Ban hành quy định về kinh phí dành cho công tác kiểm chuẩn, bảo dưỡng và sửa chữa trang thiết bị y tế hàng năm.

- Định hướng đầu tư trang thiết bị y tế có trọng tâm, trọng điểm nhằm đạt được tính hiệu quả, khoa học và kinh tế.

2.3. Phát triển công nghiệp trang thiết bị y tế.

- Khuyến khích dùng trang thiết bị y tế sản xuất trong nước, giảm dần nhập khẩu, đến năm 2010 chỉ nhập khẩu những thiết bị y tế chưa sản xuất được trong nước.

2.4. Tổ chức mạng lưới hoạt động của chuyên ngành trang thiết bị y tế.

a) Tăng cường công tác quản lý Nhà nước:

- Hoàn chỉnh và đổi mới hệ thống bộ máy quản lý Nhà nước về trang thiết bị y tế từ Trung ương đến địa phương. Các cơ sở y tế có cán bộ nghiệp vụ theo dõi công tác trang thiết bị y tế. Các bệnh viện, các viện Trung ương, bệnh viện đa khoa tỉnh có phòng vật tư kỹ thuật thiết bị y tế. Các trung tâm y tế huyện có cán bộ chuyên môn theo dõi công tác vật tư thiết bị y tế. Từng bước nâng cao năng lực quản lý trang thiết bị y tế của các cơ sở y tế trong toàn ngành.

- Thực hiện kiểm chuẩn định kỳ trang thiết bị y tế đang sử dụng tại các cơ sở y tế cũng như sản phẩm sản xuất trong nước và nhập khẩu.

Vụ Trang thiết bị và công trình y tế: Là vụ chuyên ngành tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế quản lý nhà nước về lĩnh vực Trang thiết bị và công trình y tế:

- Quản lý danh mục, tiêu chuẩn kỹ thuật Trang thiết bị cho các tuyến y tế.

- Phối hợp chỉ đạo và xây dựng các tiêu chuẩn kỹ thuật (Tiêu chuẩn Việt Nam, Tiêu chuẩn cơ sở...) và hướng dẫn, kiểm tra thực hiện.

- Quản lý việc sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu Trang thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật, kiểm chuẩn... Trang thiết bị y tế.

- Đào tạo bồi dưỡng đội ngũ cán bộ chuyên ngành Trang thiết bị y tế

- Thực hiện mục tiêu Chính sách quốc gia về Trang thiết bị y tế

- Tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành các văn bản qui phạm pháp luật

b) Tăng cường công tác dịch vụ kỹ thuật - thiết bị y tế:

- Từng bước xây dựng và củng cố Viện trang thiết bị và Công trình y tế. Phối hợp với tổng cục Tiêu chuẩn - Đo lường - Chất lượng đào tạo kiểm định viên, xây dựng và ban hành các quy trình kiểm chuẩn trang thiết bị y tế.

- Củng cố và xây dựng cơ chế hoạt động của các trung tâm dịch vụ kỹ thuật trang thiết bị y tế. Đẩy mạnh công tác thanh tra, kiểm tra chất lượng, giám sát hiệu quả khai thác sử dụng

V. NỘI DUNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ TẠI CÁC BỆNH VIỆN, CƠ SỞ Y TẾ TOÀN NGÀNH

- Mục tiêu của quản lý trang thiết bị y tế là sử dụng, vận hành, bảo quản, phát triển hệ thống trang thiết bị y tế của bệnh viện có hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho nhân dân.

- Trang thiết bị là hàng hóa đặc biệt, chúng ta không thể coi công tác trang thiết bị chỉ là thuộc khâu hậu cần, cung ứng đơn thuần mà phải coi là công tác đảm bảo và đưa tiến bộ kỹ thuật vào bệnh viện để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Do vậy lãnh đạo bệnh viện cần phải tăng cường công tác quản lý trang thiết bị với các nội dung sau

1. Quản lý trang thiết bị y tế hiện có ở bệnh viện:

1.1. Đối với thiết bị y tế hiện có trong bệnh viện: Cần có sự quản lý toàn diện, chính xác và cập nhật về thiết bị y tế, Phải có hồ sơ, sổ sách ghi chép về việc sử dụng thiết bị.

- Với một thiết bị phải ghi chép đầy đủ :
 - + Giá mua
 - + Ngày mua
 - + Loại hình thiết bị, nước, hãng năm sản xuất
 - + Tên khoa sử dụng thiết bị, người phụ trách sử dụng
 - + Ngày nhận
 - + Nguồn vốn
- Theo dõi số đầu thiết bị là bao nhiêu?
- Theo dõi chất lượng, tần suất khai thác thiết bị.

1.2. Đối với vật tư y tế: Yêu cầu điều kiện bảo quản? Hạn dùng? Số lượng hiện còn trong kho.

1.3. Thanh lý vật tư trang thiết bị

2. Quản lý sử dụng trang thiết bị y tế

- Khai thác sử dụng Trang thiết bị y tế có hiệu quả phụ thuộc vào: Nhu cầu thăm khám, tần suất sử dụng thiết bị của đơn vị nhiều hay ít. Trình độ cán bộ chuyên môn sử dụng và cán bộ kỹ thuật Trang thiết bị y tế ? Điều kiện lắp đặt và hoạt động? Kinh phí đảm bảo hoạt động.

- Tìm mọi cách để đưa thiết bị vào khai thác, sử dụng, tránh “đắp chiếu” gây lãng phí.

3. Quản lý bảo dưỡng, sửa chữa Trang thiết bị y tế

- Ưu tiên nhu cầu về thiết bị và xác định thiết bị cần thay thế;
- Xác định cách thức và thời gian tiến hành bảo dưỡng thiết bị và chi phí sẽ là bao nhiêu

3.1. Bảo dưỡng

- Khâu này có tác dụng đảm bảo thiết bị hoạt động an toàn, chính xác, tăng tuổi thọ, tiết kiệm kinh phí sửa chữa lớn ..

- Người quản lý phải nắm được chu kỳ bảo dưỡng, vật tư phụ tùng thay thế... và lên kế hoạch thực hiện bảo dưỡng, duy tu và định kỳ kiểm chuẩn các Trang thiết bị y tế có yêu cầu.

3.2. Sửa chữa

- Khâu này hiện đang và sẽ là vấn đề lớn cần có giải pháp tối ưu mang tính khả thi cho toàn ngành. Nếu làm tốt khâu này sẽ tránh gây lãng phí, tăng hiệu quả đầu tư.

- Các bước tiến hành:
- + Xác định hiện trạng, mức độ hỏng hóc, nguyên nhân hỏng
- + Lên kế hoạch: sửa ngay, phối hợp tiến hành sửa chữa, ký hợp đồng sửa chữa.

4. Quản lý đầu tư Trang thiết bị y tế

Là khâu quan trọng trong 4 khâu chính của công tác quản lý Trang thiết bị y tế, quyết định đến chất lượng chuyên môn và hiệu quả đầu tư. Tránh khuynh hướng sao lãng 3 nhiệm vụ trên mà chỉ quan tâm đến mua sắm. Trước hết chúng ta cần nắm được vòng đời của một thiết bị y tế hoặc chu trình của một thiết bị y tế.

Vòng đời của một thiết bị

Đánh giá nhu cầu

Thanh lý

Lập kế hoạch

Sửa chữa

Mua sắm

Bảo hành, bảo dưỡng

Tiếp nhận

Khai thác, sử dụng

Lắp đặt

Nghiệm thu

Đào tạo

4.1. Đánh giá nhu cầu :

Trước khi đầu tư một thiết bị y tế cần phải đánh giá nhu cầu của bệnh viện về loại thiết bị, các tính năng tác dụng của thiết bị phù hợp với trình độ chuyên môn kỹ thuật và nhu cầu sử dụng của người bệnh (mức độ, loại bệnh thường gặp ở địa phương). Bởi vì thiết bị, nhất là loại kỹ thuật cao có giá rất đắt, nếu không sử dụng hết công dụng sẽ rất lãng phí .

4.2. Lập kế hoạch

a) Tại sao phải lập kế hoạch

Theo Dr.PH Cha-oncin Sooksriwong ĐH Mahidol Thái lan: “ Phần lớn thiết bị (25%-50%) hiện có mặt ở các nước đang phát triển không thể sử dụng được mà Nguyên nhân chính là do: Thiếu kinh phí, Quản lý không đúng ” vì vậy phải lập kế hoạch mua sắm thật khả thi.

b) Lập kế hoạch đầu tư mua sắm phải dựa trên chiến lược phát triển ngắn hạn, dài hạn về chuyên môn của bệnh viện và nên cân nhắc kĩ:

- + Nhu cầu sử dụng: mua những loại thiết bị nào, số lượng bao nhiêu
- + Khả năng tài chính, nguồn kinh phí
- + Thế hệ công nghệ, cấu hình Trang thiết bị y tế.
- + Điều kiện hạ tầng lắp đặt, trang bị...
- + Cán bộ quản lý khai thác, sử dụng

+ Đặc biệt phải quan tâm đến hiệu quả phối hợp chuyên môn tại bệnh viện.

4.3. Mua sắm

a) Lựa chọn trên cơ sở đánh giá Thiết bị

Cần quan tâm tới việc phân công cho ai thực hiện? Tại sao? Các bước thực hiện:

- Thu thập dữ liệu để đánh giá thiết bị định mua:
- + Phân tích chi phí cho toàn bộ vòng đời của thiết bị
- + Số liệu về toàn bộ lịch sử sử dụng và tiêu dùng thiết bị
- + Nhu cầu dựng và lắp đặt thiết bị
- + Hồ sơ/ lai lịch của nhà sản xuất
- + Trình diễn tại chỗ, vận hành điều trị thử nghiệm, và thử nghiệm vận hành chuẩn
- + Khả năng nâng cấp công nghệ hiện có
- + Có các công nghệ thay thế khác
- Thu hút sự tham gia của tất cả các bên có chung quyền lợi để có các thông tin, Tài liệu chứng minh tốt, minh bạch, có thể tin tưởng được
- Lợi ích của việc đánh giá chọn được đúng thiết bị sẽ mua
- Mọi nhu cầu của bệnh viện đều được đáp ứng

b) Mua sắm thiết bị: theo đúng luật đấu thầu và các quy định hiện hành.

Thực hiện đúng quy trình mua sắm thiết bị:

- Nghiên cứu kỹ phương án mua sắm tốt nhất
- Sàng lọc báo giá của các hãng cung cấp thiết bị
- Đàm phán với nhà cung cấp
- Các phương án Mua sắm:
- + Mua ngay lập tức
- + Thuê mua để vận hành
- + Chia sẻ thu nhập

4.4. Thanh lý Thiết bị

Là bước cuối cùng, nhưng cũng là bước đầu tiên trong kế hoạch và vòng đời của thiết bị y tế. cần thực hiện theo đúng qui định hiện hành về thanh lý thiết bị

- Cần xác định những thiết bị không còn khả năng phục vụ cho mục đích ban đầu nữa

- Đánh giá mục đích sử dụng thứ hai và/ hoặc thứ ba trong chính bệnh viện đó
- Cân nhắc nhu cầu mua MỚI so với việc SỬ DỤNG LẠI
- Các phương án thải loại: Lắp đặt vào chỗ khác, Đổi, Dem bán, Dem cho....

VI. CÁC GIẢI PHÁP TĂNG CƯỜNG QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ VÀ NÂNG CAO HIỆU QUẢ ĐẦU TƯ CỦA BỆNH VIỆN

1. Về tổ chức :

1.1. Thành lập, Kiện toàn, tăng cường bộ phận quản lý Trang thiết bị y tế các Bệnh viện (Phòng Trang thiết bị y tế, Tổ Vật tư -thiết bị y tế) theo tinh thần Chỉ thị 01/2003/CT-BYT của Bộ Y tế. Tạo điều kiện để phòng vật tư, trang thiết bị của bệnh viện có đủ cán bộ có trình độ chuyên môn, nghiệp vụ kỹ thuật về trang thiết bị nhằm nâng cao năng lực, tham mưu, giúp giám đốc quản lý trang thiết bị của bệnh viện.

1.2. Thành lập, củng cố hội đồng tư vấn đầu tư trang thiết bị bệnh viện.

- Phát huy vai trò Hội đồng tư vấn kỹ thuật Trang thiết bị y tế tại bệnh viện.

- Nâng cao hiệu quả của công tác tư vấn kỹ thuật thiết bị y tế (cấu hình kỹ thuật, thể hệ công nghệ thiết bị y tế tương ứng với yêu cầu, phân tuyến kỹ thuật cũng như trình độ cán bộ khai thác sử dụng, điều kiện lắp đặt là hết sức cần thiết, mang tính quyết định đến hiệu quả đầu tư.

2. Đào tạo liên tục cho :

2.1. Cán bộ y tế (bác sỹ, y tá, kỹ thuật viên..) vận hành thành thạo thiết bị được giao, biết cách bảo quản sử dụng một cách an toàn, thông báo kịp thời khi thiết bị có sự cố

2.2. Cán bộ kỹ thuật để biết vận hành, duy tu, sửa chữa thiết bị hiện có trong bệnh viện.

2.3. Cán bộ quản lý trang thiết bị bệnh viện

3. Nâng cấp hạ tầng kỹ thuật của bệnh viện để đảm bảo đủ điều kiện cho thiết bị vận hành an toàn:

- Đảm bảo điện dự phòng điện áp (ổn áp) ,
- Điều hòa nhiệt độ, hút ẩm
- Phòng sạch
- Hệ thống khí y tế
- Hệ thống thông tin bệnh viện
- Hệ thống giặt là
- Chống nhiễm khuẩn
- Bảo vệ an toàn tia xạ, xq

- Hệ thống xử lý chất thải...

4. Ứng dụng công nghệ thông tin để quản lý trang thiết bị y tế trong bệnh viện:

- Chương trình phần mềm quản lý hồ sơ Trang thiết bị y tế
- Chương trình phần mềm quản lý sử dụng Trang thiết bị y tế
- Chương trình phần mềm quản lý bảo dưỡng, sửa chữa, kiểm định Trang thiết bị y tế ...

5. Đẩy mạnh các hình thức huy động vốn hợp pháp: xã hội hóa trong đầu tư, khai thác Trang thiết bị y tế tại các bệnh viện trên nguyên tắc:

- Đáp ứng yêu cầu và chất lượng khám chữa bệnh của nhân dân; theo đúng các quy định, nghĩa vụ của Nhà nước; các bên cùng có lợi...
- Ủng hộ, ưu tiên sử dụng Trang thiết bị y tế trong nước đã nghiên cứu, sản xuất thành công; được Bộ Y tế cấp đăng ký lưu hành sản phẩm.

6. Vai trò quản lý của Giám đốc bệnh viện:

6.1. Quản lý thiết bị y tế: Toàn diện, chính xác, cập nhật

6.2. Tổ chức thực hiện các quy định hiện hành về Quản lý:

- Chỉ thị số 01/2003/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về tăng cường công tác quản lý Trang thiết bị y tế.
- Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/2/2002 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục Trang thiết bị y tế bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và y tế thôn bản.
- QĐ 36/2006/QĐ-BYT ngày 14/11/2006 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy định thử nghiệm lâm sàng Trang thiết bị y tế (*hàng sản xuất trong nước*) .

6.3. Tăng cường công tác giám sát đầu tư, mua sắm Trang thiết bị y tế để phát huy hiệu quả đầu tư, khai thác sử dụng tốt các Trang thiết bị y tế đã được trang bị của bệnh viện

VII. KẾT LUẬN

Quản lý trang thiết bị y tế là một phần rất quan trọng trong quản lý bệnh viện nói chung. Do vậy chúng ta phải dành một sự quan tâm đặc biệt. Lãnh đạo bệnh viện cần coi trọng công tác lập kế hoạch và ra quyết định đầu tư: Chỉ trang bị những thiết bị mà đơn vị mình cần sử dụng cho chuyên môn, không mua những thiết bị người ta muốn chào bán; Coi trọng và nâng cao trách nhiệm của cán bộ y tế trong sử dụng và cán bộ kỹ thuật thiết bị y tế trong công tác tham mưu, quản lý để hệ thống trang thiết bị phục vụ đắc lực hơn, hiệu quả hơn, góp phần nâng cao chất lượng trong công tác khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Bảo hiểm y tế

2. Nghị định 62/2009/NĐ - CP ngày 27/7/2009 của chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế

3. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020

4. Các Danh mục: dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn; thuốc BHYT; VTYT

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Liệt kê cho đủ 2 văn bản quy phạm pháp luật của Bộ y tế về quản lý trang thiết bị y tế

A)

B) Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/2/2002 về Danh mục TTBYT bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã và y tế thôn bản.

Câu 2. Điền cho đủ các yếu tố cần phải cân nhắc kỹ khi lên kế hoạch mua sắm:

- A) Nhu cầu sử dụng
- B) Khả năng tài chính, nguồn kinh phí
- C) Thể hệ công nghệ, cấu hình TNKT
- D) Điều kiện hạ tầng lắp đặt, trang bị
- E)
- F) Hiệu quả phối hợp chuyên môn tại bệnh

Câu 3. Điền cho đủ 4 lĩnh vực quản lý trang thiết bị y tế

- A) Quản lý thực trạng TTBYT
- B) Quản lý sử dụng TTBYT
- C)
- D) Quản lý đầu tư TTBYT

BÀI 12

ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có thể:

1. Trình bày được mục tiêu và định hướng ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.
2. Các tiêu chí chủ yếu của phần mềm tin học quản lý bệnh viện.
3. Nội dung cơ bản về ứng dụng nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

NỘI DUNG

I. MỤC TIÊU VÀ ĐỊNH HƯỚNG ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

Bước vào thế kỷ XXI, sự phát triển của cuộc cách mạng khoa học và công nghệ hiện đại và sự bùng nổ các công nghệ cao, trong đó công nghệ thông tin (CNTT) là yếu tố quan trọng có tác động sâu sắc đến toàn xã hội. Kinh tế tri thức với sản phẩm mũi nhọn là công nghệ thông tin đang thể hiện vai trò và sức mạnh vượt trội chi phối các hoạt động của con người. Đặc biệt, công nghệ thông tin là phương tiện trợ giúp đắc lực và có hiệu quả cao trong công tác quản lý nền hành chính nói chung và quản lý ngành y tế nói riêng. Vì vậy, việc ứng dụng công nghệ thông tin (UDCNTT) trong công tác quản lý bệnh viện (QLBV) là một yêu cầu cấp bách nhằm góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả của công tác quản lý bệnh viện, thúc đẩy bệnh viện phát triển toàn diện, từng bước đáp ứng được yêu cầu về khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện nhằm các mục tiêu sau đây:

1. Mục tiêu chung

1.1. Tăng cường công tác quản lý hoạt động bệnh viện dựa trên cơ sở quản lý khoa học và hiệu quả của hệ thống quản lý áp dụng tin học (*tin học hoá quản lý bệnh viện*).

1.2. Giúp cho người quản lý nắm được các thông tin nhanh, chính xác, bất cứ lúc nào, tránh được quan liêu, hiệu chỉnh ngay được các sai sót và điều chỉnh hoạt động kịp thời. Thông qua các dữ liệu và thông tin, người quản lý có thể đưa ra được những kế hoạch phù hợp và giúp cho việc điều hành thực hiện kế hoạch một cách nhanh chóng.

1.3. Giúp đơn giản hoá các thủ tục hành chính, loại bỏ bớt các hoạt động trung gian, tạo điều kiện cho các dịch vụ khám chữa bệnh nhanh chóng, thuận tiện và kịp thời.

1.4. Tăng cường chất lượng thông tin của bệnh viện các tuyến và thống nhất dữ liệu cho hoạt động quản lý ngành.

2. Mục tiêu cụ thể giai đoạn 2010-2015

2.1. Bộ Y tế đặt mục tiêu phấn đấu đến hết năm 2010 có 100% các bệnh viện trong toàn quốc thực hiện phần mềm quản lý báo cáo thống kê bệnh viện (Medisoft 2003).

2.2. Phấn đấu đến năm 2015 hệ thống bệnh viện nước ta đạt được một số nội dung về ứng dụng công nghệ thông tin:

- 100% các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai tốt ứng dụng công nghệ thông tin trong QL BV.

- 100 % các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và 50% bệnh viện tuyến quận, huyện có hệ thống mạng LAN trong bệnh viện.

- 100 % các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và 50% bệnh viện tuyến quận, huyện mở cổng Internet, cán bộ nhân viên bệnh viện được sử dụng miễn phí Internet tại bệnh viện.

- 100 % các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và 50% bệnh viện tuyến quận, huyện có trang Website riêng của bệnh viện.

3. Đến năm 2020, kết nối mạng giữa các bệnh viện trong toàn quốc với Bộ Y tế và từng bước thực hiện telemedicine.

3. Định hướng ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện thời gian tới (2010 – 2015)

- Căn cứ nội dung và tiêu chí phần mềm tin học quản lý bệnh viện, đẩy mạnh xây dựng phần mềm quản lý ở các bệnh viện trong toàn quốc.

- Tiếp tục xây dựng và hoàn thiện hành lang pháp lý cho công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

- Sửa đổi, bổ sung, hoàn thiện phần mềm quản lý báo cáo thống kê bệnh viện và hồ sơ bệnh án.

- Nghiên cứu xây dựng bệnh án điện tử.

- Nghiên cứu, ứng dụng công nghệ thông tin trong tư vấn chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và tư vấn về chẩn đoán, điều trị giữa các bệnh viện,

- Nghiên cứu ứng dụng chuẩn HL7 ở Việt Nam.

II. TIÊU CHÍ PHẦN MỀM TIN HỌC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

1. Tiêu chí về quản lý

1.1. Việc đầu tư xây dựng và triển khai ứng dụng phần mềm tin học quản lý bệnh viện phải theo đúng pháp luật, đúng các quy định hiện hành của Nhà nước.

1.2. Quy trình quản lý của phần mềm tin học quản lý bệnh viện phải đáp ứng các yêu cầu quản lý trong Quy chế bệnh viện do Bộ Y tế ban hành.

1.3. Các thông tin và biểu mẫu sử dụng trong phần mềm tin học phải đảm bảo tính tương đồng về mặt cấu trúc dữ liệu với hệ thống biểu mẫu báo cáo, hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế ban hành.

1.4. Thống nhất các danh mục, các dịch vụ kỹ thuật chuyên môn, cận lâm sàng, phẫu thuật, thủ thuật, ... theo danh mục Bộ Y tế đã ban hành, nhằm đảm bảo tính đồng bộ giữa chuyên môn, thống kê báo cáo và thanh toán viện phí. Hạn chế việc nhập lại thông tin nhiều lần trong bệnh viện.

1.5. Quản lý giá của các dịch vụ kỹ thuật chuyên môn, cận lâm sàng, phẫu thuật, thủ thuật, thuốc, vật tư tiêu hao ... theo đúng quy định hiện hành của Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam. Bảng giá các dịch vụ tại bệnh viện phải đảm bảo công bằng, công khai và minh bạch chi phí khám chữa bệnh của người bệnh.

1.6. Quản lý báo cáo thống kê, hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ Y tế.

2. Tiêu chí về kỹ thuật

2.1. Kết nối được với phần mềm Medisoft 2003 hoặc in được báo cáo và kết xuất dữ liệu theo chuẩn báo cáo thống kê bệnh viện của Medisoft 2003 do Bộ Y tế ban hành.

2.2. Kết nối được với phần mềm thanh toán bảo hiểm y tế (BHYT) hoặc in được báo cáo và kết xuất dữ liệu theo yêu cầu của bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.3. Đảm bảo an toàn dữ liệu và bảo mật thông tin, có cơ chế phân quyền và xác thực người dùng, cho phép kiểm soát chặt chẽ công việc của từng người dùng và ngăn chặn được sự truy cập trái phép. Hệ thống bảo mật tối thiểu phải có 3 lớp: hệ thống, cơ sở dữ liệu và ứng dụng.

2.4. Về phông (font) chữ: Thống nhất sử dụng Font chữ Unicode dạng UTF-8.

2.5. Về Hệ điều hành và cơ sở dữ liệu và ngôn ngữ phát triển phần mềm:

- Ưu tiên phát triển phần mềm chạy trên hệ điều hành và hệ quản trị cơ sở dữ liệu miễn phí.
- Có chức năng sao lưu dự phòng và phục hồi dữ liệu.
- Có giải pháp kỹ thuật giải quyết bài toán cơ sở dữ liệu.
- Chứng minh được bản quyền của ngôn ngữ phát triển phần mềm.
- Đảm bảo tính khách quan trung thực giữa cơ sở dữ liệu và báo cáo thống kê.

2.6. Thiết kế phần mềm tin học quản lý bệnh viện mang tính mở, thuận tiện cho việc bảo hành, bảo trì và nâng cấp để tiếp tục phát triển trong tương lai.

2.7. Khuyến khích việc sử dụng các công nghệ, kỹ thuật tiên tiến khi xây dựng và phát triển phần mềm tin học quản lý bệnh viện .

2.8. Một số danh mục sử dụng trong phần mềm tin học quản lý bệnh viện

- Mã hành chính theo Chính phủ (Tổng cục Thống kê) ban hành.

- Mã bệnh viện theo danh mục của Bộ Y tế ban hành.
- Mã nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu của người bệnh có thể bảo hiểm y tế theo bảo hiểm xã hội Việt Nam.
- Mã người bệnh: Có phương pháp quản lý mã người bệnh tại mỗi bệnh viện.
- Mã y tế, mã hồ sơ bệnh án, mã lưu hồ sơ bệnh án trong bệnh viện: Theo quy chế bệnh viện.
- Mã hoạt chất thuốc theo hệ thống phân loại về thuốc và hoạt chất của Tổ chức Y tế thế giới: ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System).
- Mã quản lý kháng sinh đồ theo Tổ chức Y tế thế giới (WHONET).
- Mã quản lý bệnh tật theo Tổ chức Y tế thế giới: ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), phân loại bệnh tật quốc tế.

2.9. Một số chuẩn cơ sở dữ liệu sử dụng trong phần mềm tin học quản lý bệnh viện

- Chuẩn trao đổi dữ liệu y khoa quốc tế: HL7 (Health Level Seven).
- Nếu phần mềm chưa hỗ trợ được chuẩn trao đổi dữ liệu quốc tế (HL7), nhà cung cấp phải cam kết bằng văn bản về việc sẵn sàng cung cấp tài liệu kỹ thuật hoặc trợ giúp để bệnh viện chủ động kết nối với các hệ thống phần mềm khác của bệnh viện, của Sở Y tế và Bộ Y tế.
- Chuẩn trao đổi dữ liệu hình ảnh DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine).
- Chuẩn quản lý hình ảnh dùng trong PACS (Picture Archiving and Communication Systems).

III. NỘI DUNG MỘT SỐ PHÂN HỆ CỦA PHẦN MỀM TIN HỌC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

1. Phân hệ quản lý khoa khám bệnh

Phân hệ (Mô-đun) quản lý khoa khám bệnh, đăng ký khám chữa bệnh có chức năng quản lý các thông tin hành chính và các thông tin khám bệnh của người bệnh để tái sử dụng trong toàn bộ hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện và trong các lần khám sau.

1.1. Quản lý đăng ký khám chữa bệnh (tiếp đón người bệnh)

- Cấp mã người bệnh: đảm bảo nguyên tắc hình thành mã người bệnh duy nhất, tránh trùng lặp, một người bệnh chỉ có một mã số duy nhất có thể sử dụng trong các lần khám chữa bệnh sau.
- Quản lý đầy đủ thông tin hành chính theo mẫu hồ sơ bệnh án do Bộ Y tế ban hành:

- Các thông tin nhân khẩu học của người bệnh: họ và tên, ngày tháng năm sinh (năm sinh, hoặc tuổi), địa chỉ 4 cấp: thôn/xóm/số nhà - xã/phường/đường phố - huyện/quận - tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương.

- Các thông tin về đối tượng người bệnh: Miễn, thu phí, bảo hiểm y tế, hộ nghèo, miễn phí, trẻ em dưới 6 tuổi và các đối tượng khác.

- Các thông tin về người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế (theo yêu cầu của bảo hiểm xã hội Việt Nam): Mã số thẻ, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, hạn sử dụng, mã hưởng quyền lợi của người bệnh bảo hiểm y tế, nơi phát hành thẻ bảo hiểm y tế lần đầu; lý do đến khám chữa bệnh.

- Thông tin nơi chuyển đến: mã số, tên cơ sở y tế ...

1.2. Quản lý phòng/buồng khám bệnh

- Quản lý chẩn đoán của người bệnh theo ICD-10 (4 ký tự): Tiền sử bệnh tật; chẩn đoán tuyến trước, chẩn đoán bệnh chính, chẩn đoán các bệnh kèm theo.

- Quản lý thông tin khám bệnh: Ngày giờ khám, họ và tên bác sỹ khám bệnh, họ tên người nhập dữ liệu.

- Quản lý các chỉ định cận lâm sàng, các chỉ định dịch vụ điều trị.

- Quản lý kê đơn thuốc tại phòng khám bệnh, in và lưu đơn.

- Quản lý thông tin về xử trí của bác sỹ: cấp đơn cho về, điều trị ngoại trú, nhập viện, chuyển phòng khám ...

- In phiếu khám bệnh cho người bệnh nhập viện theo mẫu của Bộ Y tế.

1.3. Quản lý người bệnh điều trị ngoại trú.

- Quản lý hồ sơ bệnh án người bệnh điều trị ngoại trú.

- Quản lý các chỉ định, dịch vụ điều trị ngoại trú.

Thông kê ngày điều trị ngoại trú.

1.4. Quản lý người bệnh nằm theo dõi tại khoa khám bệnh (phòng lưu)

- Quản lý theo dõi về mặt chuyên môn.

- Quản lý các dịch vụ điều trị tại phòng lưu.

1.5. Quản lý cận lâm sàng ngoại trú (xem phần quản lý cận lâm sàng)

1.6. Quản lý dược tại khoa khám bệnh (xem phần quản lý dược)

2. Phân hệ quản lý khoa lâm sàng/người bệnh nội trú

2.1. Quản lý thông tin người bệnh

Quản lý các thông tin hành chính theo phiếu nhập viện và biểu mẫu hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế.

2.2. Quản lý thông tin bệnh tật

- Mã hóa bệnh tật theo ICD-10 4 chữ số.

- Quản lý đầy đủ các thông tin về chẩn đoán bệnh: Chẩn đoán của tuyến trước; Chẩn đoán phòng khám; Chẩn đoán nguyên nhân; Chẩn đoán bệnh kèm theo; Tiền sử bệnh tật; Chẩn đoán bệnh chính vào viện; Chẩn đoán bệnh chính vào khoa; Chẩn đoán bệnh chính chuyển khoa; Chẩn đoán bệnh chính ra viện; Chẩn đoán khi tử vong; Chẩn đoán sau khi mổ tử thi.

2.3. Quản lý thông tin về khoa, giường bệnh

- Quản lý giường bệnh: số giường, loại giường, giá tiền, chuyển giường của từng loại giường.

- Xuất khoa, chuyển khoa cho người bệnh.

- Xuất viện, chuyển viện.

2.4. Quản lý thông tin phẫu thuật thủ thuật

- Sắp xếp lịch phẫu thuật, thủ thuật, chỉ định phẫu thuật, thủ thuật cho người bệnh; Họ và tên, ngày - giờ thực hiện, phẫu thuật viên chính, người gây mê và các thành viên tham gia; loại phẫu thuật, thủ thuật, giá của từng phẫu thuật thủ thuật.

- Quản lý các thông tin trong biên bản phẫu thuật, kết quả thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

2.5. Quản lý báo cáo thống kê

- Kết xuất được báo cáo thống kê hoạt động điều trị theo 11 biểu mẫu thông kê bệnh viện.

- Kết xuất được các báo cáo theo yêu cầu của bảo hiểm xã hội và các đối tượng khác (nếu có).

- Kết xuất được các báo cáo thống kê theo yêu cầu của bệnh viện.

3. Phân hệ quản lý cận lâm sàng

Phân hệ quản lý cận lâm sàng (CLS) được ứng dụng theo từng giai đoạn khác nhau tùy theo khả năng và hạ tầng cơ sở thông tin của từng bệnh viện. Từ quản lý các chỉ định cận lâm sàng (thống kê và tính viện phí), quản lý kết quả cận lâm sàng (phục vụ chuyên môn và bệnh án điện tử), kết nối với máy xét nghiệm để kết xuất kết quả trực tiếp. Đây là một mô - đun phức tạp đòi hỏi phải có sự kết nối với các mô - đun khác như quản lý khoa khám bệnh; quản lý các khoa lâm sàng điều trị nội trú; quản lý kho dược - vật tư y tế, quản lý viện phí.

3.1. Quản lý danh mục cận lâm sàng

Thống nhất sử dụng tên theo danh mục cận lâm sàng của Bộ Y tế ban hành trong “Mẫu hồ sơ bệnh án” để đồng bộ quản lý giữa chuyên môn và tài chính, giữa danh mục giá của bảo hiểm y tế và danh mục giá dịch vụ, bao gồm:

- Danh mục các nhóm xét nghiệm: Sinh hóa; Huyết học; Tế bào; Vi sinh; Giải phẫu bệnh,...

- Danh mục các xét nghiệm thăm dò chức năng: Điện tim; Điện não; Lưu huyết não; Miễn dịch,...

- Danh mục các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: XQ; Nội soi; Siêu âm; CT-Scanner, MRI ...

3.2. Quản lý cận lâm sàng cho người bệnh ngoại trú

Quản lý các chỉ định xét nghiệm của người bệnh từ khoa khám bệnh: mã người bệnh; tên người bệnh; tên phòng khám chỉ định; tên xét nghiệm; ngày - giờ thực hiện; tên bác sỹ yêu cầu xét nghiệm...

3.3. Quản lý cận lâm sàng cho người bệnh nội trú

- Quản lý chỉ định cận lâm sàng của từng người bệnh.

- Quản lý kết quả cận lâm sàng của người bệnh.

- Các tai biến xảy ra trong khi người bệnh được thực hiện thăm dò cận lâm sàng.

- Chuyển tải thông tin như: phim, hình ảnh, âm thanh của người bệnh và thông tin lấy từ các máy thăm dò cận lâm sàng (nếu có).

3.4. Quản lý kết quả cận lâm sàng tại các khoa xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

- Cho phép cập nhật, lưu trữ, hiển thị các kết quả thăm dò cận lâm sàng của người bệnh đã được thực hiện tại khoa cận lâm sàng kèm theo thông tin của người bệnh.

- Thông tin hành chính và thông tin bệnh tật của người bệnh.

- Thông tin về khoa và người chỉ định thăm dò cận lâm sàng.

- Thông tin về kết quả thăm dò cận lâm sàng: tên xét nghiệm; ngày giờ yêu cầu; ngày giờ lấy mẫu; ngày giờ thực hiện; người thực hiện; kết quả của xét nghiệm; ngày giờ trả kết quả; người nhập dữ liệu

- Hướng tới kết nối với các máy xét nghiệm để kết xuất kết quả trực tiếp.

3.5. Quản lý giá cận lâm sàng (xem phần quản lý viện phí)

3.6. Quản lý vật tư, hóa chất phục vụ cận lâm sàng (xem phần quản lý được, vật tư tiêu hao, hoá chất cận lâm sàng)

3.7. Quản lý báo cáo thống kê và kết xuất dữ liệu

- Kết xuất dữ liệu được ra các biểu mẫu thống kê hoạt động cận lâm sàng (biểu mẫu về chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm) của biểu mẫu thống kê bệnh viện.

- Kết xuất được các báo cáo thống kê theo yêu cầu quản lý của bệnh viện.

4. Phân hệ quản lý dược bệnh viện

4.1. Quản lý thông tin thuốc - vật tư

- Xây dựng danh mục chuẩn thuốc, vật tư tiêu hao thống nhất cho toàn BV.

- Quản lý được các thông tin về hạn sử dụng của thuốc, có khả năng lập bảng theo dõi hạn sử dụng thuốc và có khả năng cảnh báo thuốc sắp hết hạn sử dụng.

- Đáp ứng được yêu cầu thu hồi thuốc theo quyết định thu hồi hay đình chỉ lưu hành thuốc do Cục Quản lý Dược Việt Nam ban hành.

- Xây dựng được từ điển tra cứu thông tin hướng dẫn sử dụng thuốc.

4.2. Quản lý xuất nhập thuốc tại kho dược

- Thiết kế hệ thống các danh mục phục vụ cho tác nghiệp xuất, nhập thuốc. Xây dựng màn hình nhập liệu cho phép khai báo mới, sửa chữa hay huỷ bỏ từng loại danh mục trên.

- Xây dựng màn hình nhập liệu cho chức năng nhập thuốc vào kho dược từ các đầu vào khác nhau: nhập từ nhà cung cấp, nhập thuốc trả lại từ khoa phòng, nhập thuốc pha chế trong bệnh viện bao gồm các thông tin theo yêu cầu quản lý của Bộ Y tế.

- Xây dựng màn hình nhập liệu cho chức năng xuất thuốc từ kho dược tương ứng với các loại xuất khác nhau: xuất trả nhà cung cấp, xuất kho lẻ ... bao gồm đầy đủ các thông tin theo yêu cầu quản lý của Bộ Y tế.

- Xây dựng màn hình nhập liệu cho phép lập danh sách các thuốc vật tư phục vụ cho các chức năng xuất khác: xuất để phòng dịch, xuất huỷ, xuất thanh lý, xuất mất/hỏng/vỡ... Dựa trên danh sách này thiết kế chức năng của chương trình duyệt xuất cho từng trường hợp tương ứng trên, trong đó bao gồm lập biên bản xuất, phiếu xuất...

4.3. Quản lý cấp phát thuốc cho bệnh nhân

- Xây dựng màn hình nhập liệu cấp phát thuốc cho bệnh nhân theo đơn, cần phân biệt giữa bệnh nhân bảo hiểm y tế và bệnh nhân điều trị ngoại trú, trong trường hợp cần thiết phải lập được “ Sổ sao đơn điều trị ngoại trú ”.

- Chương trình được thiết kế phải có chức năng dự trữ thuốc qua mạng cho bệnh nhân điều trị nội trú trên cơ sở bệnh án điều trị của bệnh nhân. Phân biệt được dự trữ thuốc điều trị cho bệnh nhân hay dự trữ thuốc bù tử trực theo bệnh nhân.

- Xây dựng chức năng hoàn trả thuốc cho các trường hợp bệnh nhân tử vong, bệnh nhân đổi thuốc hay trốn viện... và chức năng duyệt nhập thuốc hoàn trả, lập phiếu nhập thuốc hoàn trả từ khoa phòng.

4.4. Các tiêu chí chung cho quản lý xuất nhập và cấp phát thuốc

- Phần mềm phải thực hiện quá trình xuất nhập theo nguyên tắc nhập trước xuất trước và dựa trên hạn sử dụng của thuốc theo đúng quy định tồn trữ và phân phối thuốc.

- Quản lý được việc nhập, xuất và cấp phát thuốc theo các nguồn kinh phí khác nhau: nguồn ngân sách, nguồn bảo hiểm y tế, nguồn viện trợ...

- Phần mềm tin học phải đáp ứng được các yêu cầu tổng hợp, báo cáo thông tin nhập, xuất, tồn kho nhanh chóng và chính xác.

- Cung cấp chức năng tra cứu tìm kiếm theo các tiêu chí khác nhau.

- Các biểu mẫu phiếu, sổ sách được in từ phần mềm phải tuân theo đúng quy chế Dược chính.

- Phần mềm phải kết xuất được các mẫu biểu, báo cáo thống kê về công tác dược bệnh viện quy định trong hệ thống báo cáo thống kê bệnh viện của Bộ Y tế ban hành. Ngoài ra phải đáp ứng được các biểu mẫu báo cáo thống kê khác theo yêu cầu quản lý của Sở Y tế, bệnh viện.

5. Phân hệ quản lý thanh toán viện phí và bảo hiểm y tế

Phân hệ quản lý viện phí và thanh toán bảo hiểm y tế có tính quyết định về hiệu quả của phần mềm quản lý bệnh viện. Phân hệ này kết nối với tất cả các phân hệ hoạt động chuyên môn như: quản lý khoa khám bệnh; xét nghiệm và thăm dò chức năng; quản lý nội trú; quản lý dược... được cài đặt tại phòng tài vụ và các điểm thu viện phí trong bệnh viện. Tại các bệnh viện có triển khai phần mềm quản lý bệnh viện nên thống nhất dùng 1 phần mềm để quản lý thanh toán bảo hiểm y tế, tránh nhập thông tin nhiều lần, gây lãng phí nhân lực và phiền hà cho người bệnh.

5.1. Quản lý thống nhất danh mục các dịch vụ y tế

- Thống nhất quản lý danh mục các dịch vụ y tế về tên gọi (theo Bộ Y tế) giữa quản lý chuyên môn, quản lý thu chi người bệnh dịch vụ và quản lý tài chính bảo hiểm y tế. Sử dụng tên gọi và mã phẫu thuật, thủ thuật theo danh mục của Bộ Y tế ban hành; sử dụng tên gọi và mã về dịch vụ cận lâm sàng (bao gồm cả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh) theo danh mục của Bộ Y tế ban hành.

- Quản lý giá của các dịch vụ điều trị: chuyên môn, cận lâm sàng, phẫu thuật, thủ thuật, thuốc, vật tư tiêu hao ... theo các quy định hiện hành của Bộ Y tế và bảo hiểm xã hội Việt Nam.

5.2. Công khai tài chính chi cho người bệnh

Cho phép tính toán viện phí cho tất cả các đối tượng người bệnh tại bất kỳ thời điểm nào của quá trình điều trị và với bất kỳ hình thức thu phí nào.

5.3. Quản lý thu chi của người bệnh theo đối tượng

- Người bệnh thanh toán trực tiếp: người bệnh dịch vụ, người nghèo, thực thanh thực chi.

- Người bệnh thanh toán gián tiếp: các nhóm đối tượng người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế thanh toán toàn phần và thanh toán một phần chi phí; trẻ em dưới 6 tuổi.

- Người bệnh được miễn phí: đối tượng chính sách, người nghèo, thông kê được tổng số tiền bệnh viện đã miễn cho người bệnh.

Các đối tượng khác nếu có.

5.4. Quản lý viện phí ngoại trú

Quản lý thu viện phí người bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh: tiền khám bệnh; tiền cận lâm sàng; tiền phẫu thuật, thủ thuật; tiền các dịch vụ điều trị tại phòng khám.

5.5. Quản lý viện phí nội trú

- Quản lý tiền tạm ứng, tạm thu vào viện (với các đối tượng người bệnh thanh toán trực tiếp).

- Quản lý chi phí điều trị: tiền thuốc, máu, dịch truyền; tiền giường; tiền phẫu thuật, thủ thuật; tiền dịch vụ cận lâm sàng (xét nghiệm, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh).

- Công khai tài chính từng ngày của người bệnh: cho phép tính toán chi phí điều trị của người bệnh tại bất kỳ thời điểm nào..

- Cho phép in các loại phiếu thanh toán theo biểu mẫu đã ban hành, in hoá đơn đặc thù.

- Ngoài ra đối với người bệnh bảo hiểm y tế cần phải quản lý phí các dịch vụ kỹ thuật cao bảo hiểm y tế chi trả và các khoản mà bảo hiểm y tế không chi trả.

5.6. Quản lý viện phí của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế

- Quản lý phí các dịch vụ kỹ thuật cao bảo hiểm y tế chi trả và các khoản bảo hiểm y tế không chi trả (người bệnh phải tự chi trả).

- In báo cáo và kết xuất được dữ liệu chi tiết về chi phí khám chữa bệnh của đối tượng người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế theo định dạng dữ liệu của cơ quan bảo hiểm xã hội Việt Nam. Trên cơ sở dữ liệu chi tiết của đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tại cơ sở khám chữa bệnh sẽ được cán bộ giám định của bảo hiểm xã hội rà soát xác nhận để lưu trữ và chuyển dữ liệu về tổng hợp tại bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố.

5.7. In hóa đơn, báo cáo tài chính

- Cho phép in hoá đơn thu tiền đặc thù (tùy thuộc bệnh viện đăng ký dịch vụ).

- In báo cáo thu viện phí theo các loại từ người bệnh dịch vụ: báo cáo viện phí phòng khám; báo cáo tạm ứng, tạm thu; thanh toán ra viện.

- Kết xuất dữ liệu và in được biểu thống kê về hoạt động tài chính viện phí và bảo hiểm y tế trong hệ thống biểu mẫu thống kê bệnh viện.

6. Phân hệ quản lý nhân sự, tiền lương

6.1. Quản lý nhân sự

- Quản lý các thông tin của nhân viên trong hồ sơ lý lịch.
- Quản lý quá trình đào tạo cán bộ công chức.
- Quản lý thông tin hợp đồng.
- Truy cứu được từng vấn đề của tiêu sử bản thân của từng cán bộ công chức, viên chức (quá trình công tác, quá trình đào tạo, gia cảnh, đi nước ngoài).
- Quản lý báo cáo thống kê: In và kết xuất báo cáo về tình hình nhân sự theo mẫu thống kê của Bộ Y tế quy định và một số vấn đề cần quan tâm tùy từng đơn vị (ví dụ: Thống kê độ tuổi trung bình của toàn viện, toàn khoa hoặc mức lương bình quân của toàn viện, toàn khoa ...).

6.2. Quản lý tiền lương và bảo hiểm xã hội

- Quản lý hệ số lương, phụ cấp của từng cán bộ công chức viên chức.
- Quản lý về bảo hiểm xã hội: Danh sách lao động và quỹ tiền lương nộp bảo hiểm xã hội; Bảng đối chiếu nộp bảo hiểm xã hội; Danh sách điều chỉnh mức lương phụ cấp nộp bảo hiểm xã hội.
- Quản lý chấm công, ví dụ như: Chấm công theo từng tháng; Chấm công thêm giờ; Chấm công thủ thuật - phẫu thuật; Chấm công phân công trực chuyên môn; Chấm công bồi dưỡng trực....

6.3. Quản lý báo cáo thống kê

- Quản lý thông tin và in các báo cáo thống kê theo yêu cầu của cơ quan Tài chính Nhà nước, ví dụ: Bảng thanh toán tiền lương, bảng tổng hợp tiền lương, các bảng chấm công...,
- Một số biểu mẫu báo cáo hay sử dụng trong phần mềm tin học quản lý nhân sự và tiền lương: Lý lịch nhân viên, lý lịch trích ngang, quá trình đào tạo, gia cảnh, danh sách cán bộ nhân viên bệnh viện, quá trình công tác, danh sách nhân viên nghỉ việc, thống kê nhân sự, đăng ký sử dụng lao động, danh sách đề nghị ký hợp đồng lao động, danh sách lao động đề nghị cấp sổ bảo hiểm xã hội, danh sách cán bộ, nhân viên đề nghị nâng lương, thống kê lao động tiền lương, báo cáo chất lượng cán bộ, nhân viên đơn vị bộ phận, trực thuộc, báo cáo số lượng cán bộ, nhân viên giữ các chức vụ lãnh đạo, báo cáo danh sách, tiền lương và chất lượng cán bộ viên chức, báo cáo tổng hợp ngạch, bậc và phụ cấp cán bộ, viên chức, báo cáo tăng giảm biên chế - quỹ lương, danh sách và kết quả nâng bậc lương (theo Bộ Y tế), báo cáo theo yêu cầu của bệnh viện, tổng hợp báo cáo về Bộ Y tế (Medisoft 2003).

7. Phân hệ quản lý chỉ đạo tuyến

- Quản lý công tác đào tạo tuyến dưới.
- Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám sức khỏe định kỳ tuyến dưới (nếu có).

- Quản lý chương trình y tế (nếu có và tùy từng cơ sở).
- Quản lý các báo cáo của các công tác trên.

8. Phân hệ quản lý trang thiết bị y tế

- Xây dựng danh mục chuẩn các trang thiết bị y tế thống nhất sử dụng trong toàn bệnh viện. Thiết kế hệ thống các danh mục thiết bị y tế phục vụ cho tác nghiệp xuất nhập và cấp phát trang thiết bị. Xây dựng màn hình nhập liệu cho phép khai báo mới, sửa chữa hay huỷ bỏ từng loại danh mục trên.
- Quản lý được các thông tin tình trạng sử dụng của trang thiết bị y tế, có khả năng kết xuất các báo cáo về tình trạng trang thiết bị hiện tại.
- Xây dựng giao diện nhập liệu cho các chức năng nhập trang thiết bị y tế gồm có: nhập mới thiết bị và nhập lại thiết bị từ khoa phòng.
- Thiết kế màn hình làm việc cho chức năng cấp phát trang thiết bị cho các khoa phòng, điều chuyển trang thiết bị giữa các khoa phòng và chức năng điều chuyển trang thiết bị ngoại viện. Xây dựng màn hình nhập liệu cho các thông tin sửa chữa, bảo dưỡng trang thiết bị. Xác định được trường hợp sửa chữa nâng cấp làm tăng giá trị thiết bị để có cơ sở tính khấu hao.
- Xây dựng màn hình chức năng lập danh sách thanh lý thiết bị xin thanh lý và chức năng thanh lý thiết bị.
- Cập nhật được đầy đủ các thông tin cần thiết của quy trình quản lý do Bộ Y tế, Sở Y tế ban hành.
- Phải tự động hoá quá trình tính toán, cung cấp chức năng tra cứu, tìm kiếm theo các tiêu chí khác nhau.
- Các biểu mẫu báo cáo thống kê được kết xuất từ phần mềm phải đáp ứng đủ, tuân theo các mẫu giấy phiếu thiết bị y tế do Bộ Y tế ban hành.
- Đáp ứng được báo cáo thống kê theo yêu cầu của Sở Y tế, của bệnh viện

IV. PHẦN MỀM TIN HỌC QUẢN LÝ BÁO CÁO THỐNG KÊ BỆNH VIỆN

- Ngày 19 tháng 8 năm 2004, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2824/2004/QĐ-BYT, về việc ban hành phần mềm ứng dụng tin học trong “ Quản lý báo cáo thống kê bệnh viện và hồ sơ bệnh án ”, viết tắt là Medisoft 2003, gồm 2 phân hệ:
- Phân hệ 1: áp dụng tại các bệnh viện của Nhà nước, bán công và tư nhân.
- Phân hệ 2: áp dụng tại Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Y tế ngành.
- Các bệnh viện triển khai thực hiện phần mềm quản lý báo cáo thống kê bệnh viện (Medisoft 2003) và kết xuất báo cáo gửi về Bộ Y tế. Bộ Y tế (Cục Quản lý khám, chữa bệnh) cung cấp định dạng tin học các báo cáo thống kê bệnh viện cho các bệnh viện sử dụng.

- Cần giải thích rõ Medisoft 2003 của Bộ Y tế chỉ là phần mềm thống kê, báo cáo, không bao gồm phần quản lý bệnh viện. Nên kể cả các bệnh viện còn khó khăn về máy tính, về cơ sở vật chất vẫn có thể triển khai phần mềm này được để quản lý các báo cáo thống kê. Thậm chí, chỉ với một máy tính, một nhân viên nhập số liệu, trong vòng 1 đến 2 ngày là hoàn thành tổng hợp, thống kê của một kỳ báo cáo của bệnh viện và gửi được về Bộ Y tế.

V. NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CHUẨN HL7 Ở VIỆT NAM

- HL7 là tên viết tắt của Health Level Seven là một chuẩn được thiết kế cho y tế, được Tổ chức về những chuẩn phát triển công nhận. HL7 là dữ liệu về lâm sàng, hành chính và chuyên môn.

- Nhiệm vụ của HL7 là cung cấp một chuẩn cho trao đổi, quản lý và tích hợp thống nhất dữ liệu về trợ giúp chăm sóc lâm sàng bệnh nhân, quản lý, phân phát, đánh giá về hoạt động y tế. Đặc biệt, HL7 tạo lập mềm dẻo, giá trị của hiệu quả tiếp cận, chuẩn hoá, hướng dẫn, phương pháp và phục vụ liên quan cho khả năng giao tiếp giữa các hệ thống thông tin y tế.

- HL7 là định dạng các gói thông tin (dữ liệu) gửi đi giữa các bệnh viện với nhau, các bệnh viện với sở y tế, với Bộ Y tế.

- Như vậy, với việc xây dựng chuẩn HL7 được sử dụng dùng chung trong hệ thống bệnh viện trong toàn quốc sẽ giải quyết được sự đa dạng, không thống nhất của các phần mềm quản lý ở các bệnh viện khác nhau, mà vẫn kết nối, báo cáo, trao đổi thông tin, hình ảnh cho nhau được.

VI. WEBSITE BỆNH VIỆN

Trang website bệnh viện tạo một kho dữ liệu thông tin về quá trình phát triển, tổ chức kết cấu bệnh viện, vật tư thiết bị y tế, phục vụ tra cứu thuốc, năng lực phục vụ người bệnh, các nghiên cứu khoa học, đào tạo cán bộ, chỉ đạo tuyến, hợp tác quốc tế, dịch vụ khám chữa bệnh theo yêu cầu; giúp cho cán bộ trong bệnh viện, sinh viên, người dân quan tâm tra cứu đáp ứng yêu cầu thông tin kịp thời phục vụ người bệnh, nghiên cứu khoa học, đào tạo; tăng cường trao đổi thông tin trong hệ thống bệnh viện, cũng như các cơ sở khoa học trong và ngoài nước thông qua việc kết nối mạng trong hệ thống bệnh viện trên cả nước và kết nối Internet; nâng cao năng lực quản lý điều hành bệnh viện trên cơ sở nắm bắt kịp thời các thông tin bệnh viện qua website.

VII. SỬ DỤNG INTERNET TRONG HỆ THỐNG BỆNH VIỆN

- Internet (liên mạng quốc tế) đang được phổ biến hết sức nhanh chóng trở thành hệ thống huyết mạch quan trọng của mọi hoạt động kinh tế, văn hoá, xã hội.

- Việc sử dụng dịch vụ Internet, dịch vụ kết nối và dịch vụ ứng dụng Internet trong hệ thống bệnh viện là rất cấp thiết, là một cửa ngõ lưu thông để cập nhật với khoa học công nghệ Y học thế giới, khuyến khích ưu tiên phát triển Internet bệnh viện là một chủ trương lớn của ngành Y tế.

VIII. TELEMEDICINE

- Telemedicine là việc ứng dụng công nghệ thông tin nhằm đưa các dịch vụ y tế, y học tới những người sử dụng ở xa một cách thuận lợi, nhanh chóng và hiệu quả. Những năm gần đây telemedicine đã phát triển nhanh chóng tại các nước có nền y học tiên tiến, có cơ sở kinh tế và kỹ thuật cao, đặc biệt là công nghệ thông tin và viễn thông.

- Có hai hướng phát triển chủ yếu của telemedicine. Một là nghiên cứu và tổ chức mạng và đường truyền. Các dữ liệu y tế, y học gồm văn bản, âm thanh, hình ảnh, ... được tổ chức xử lý và khai thác qua các mạng cục bộ (LAN – Local Area Network), mạng diện rộng (WAN – Wide Area Network), intranet và internet.

- Hướng thứ hai là phát triển các phần mềm quản lý dữ liệu, nhằm xây dựng các hệ thống thông tin bệnh viện (HIS – Hospital Information System), các hệ thống lưu trữ, xử lý, khai thác cơ sở dữ liệu, âm thanh, hình ảnh để phục vụ việc chẩn đoán và điều trị, hội chẩn từ xa (Telediagnose), truyền hình ảnh động và các dữ liệu khác tương ứng thiết bị chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, X quang, CT scanner, cộng hưởng từ hạt nhân...

IX. MỘT SỐ GIẢI PHÁP ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THÔNG TIN TRONG QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

Để thực hiện thành công các mục tiêu cụ thể về ứng dụng, phát triển công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện nêu trên, đồng thời để đẩy nhanh tốc độ ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện từ nay đến năm 2015, chúng ta cần phải chú trọng thực hiện các giải pháp cơ bản sau đây:

1. Trước hết, đó là giải pháp về vai trò của Lãnh đạo. Phải nêu cao trách nhiệm của Giám đốc Sở Y tế, Giám đốc các bệnh viện trong việc quyết tâm và đầu tư cho công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

2. Cục Quản lý khám, chữa bệnh tiếp tục tăng cường chỉ đạo, hướng dẫn cụ thể để các bệnh viện thực hiện khẩn trương ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện và có chế tài thích hợp để đẩy mạnh công tác này.

3. Tăng cường công tác đào tạo tin học cơ bản cho cán bộ, thầy thuốc bệnh viện. Đồng thời, mỗi bệnh viện phải có ít nhất một cán bộ tin học có trình độ đại học trở lên để làm quản trị mạng toàn bệnh viện.

Nâng cao năng lực quản lý công nghệ thông tin cho các lãnh đạo bệnh viện, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Vụ Khoa học và Đào tạo tiếp tục phối hợp với các Vụ, Cục và các đơn vị liên quan tổ chức các lớp quản lý công nghệ thông tin (CIO) cho các lãnh đạo và các nhà quản lý bệnh viện.

4. Giải pháp về tổ chức, Cục Quản lý khám, chữa bệnh cần phải khẩn trương phối hợp với Vụ Tổ chức Cán bộ để xây dựng Đề án về Phòng công nghệ thông tin trong bệnh viện (cơ cấu nhân lực, số nhân lực, chức năng nhiệm vụ của Phòng công nghệ thông tin...), báo cáo Bộ trưởng xem xét, quyết định.

5. Phát hiện và giới thiệu một số mô hình các bệnh viện đã ứng dụng có hiệu quả công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện để nâng cao năng lực và kinh nghiệm quản lý và điều hành ứng dụng công nghệ thông tin cho các bệnh viện.

6. Giải pháp về phần mềm

Gồm 4 giải pháp chủ yếu sau đây:

a) *Một là*, các bệnh viện tiếp tục triển khai thực hiện phần mềm quản lý báo cáo thống kê bệnh viện (Medisoft 2003) và kết xuất báo cáo gửi về Bộ Y tế. Cục Quản lý khám, chữa bệnh cung cấp định dạng tin học các báo cáo thống kê bệnh viện cho các bệnh viện sử dụng.

Cần giải thích rõ Medisoft 2003 của Bộ Y tế (Cục Quản lý khám, chữa bệnh) hiện tại chỉ là phần mềm thống kê, báo cáo, không bao gồm phần quản lý bệnh viện. Nên kể cả các bệnh viện còn khó khăn về máy tính, về cơ sở vật chất vẫn có thể triển khai phần mềm này được để quản lý các báo cáo thống kê. Thậm chí, chỉ với một máy tính, một nhân viên nhập số liệu, trong vòng 1 đến 2 ngày là hoàn thành tổng hợp, thống kê của một kỳ báo cáo của bệnh viện và gửi được về Bộ Y tế.

b) *Hai là*, các Sở Y tế, các bệnh viện trong toàn quốc tích cực, chủ động xây dựng phần mềm tin học quản lý bệnh viện nhưng phải kết nối được với phần mềm thống kê Medisoft 2003 và theo Tiêu chí phần mềm và nội dung một số phân hệ phần mềm tin học quản lý bệnh viện mà Bộ Y tế đã ban hành. Trên cơ sở đó, các bệnh viện tổ chức đấu thầu chọn lựa công ty tin học thích hợp để phát triển phần mềm quản lý bệnh viện.

Ở đây cần trao đổi thêm về kinh nghiệm của một số bệnh viện đã ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện có hai vấn đề cần xác định. Nếu bệnh viện không quan tâm đến mã nguồn và tài liệu kỹ thuật của phần mềm, thì bệnh viện sẽ phải phụ thuộc với công ty, đơn vị cung cấp phần mềm cho bệnh viện. Hiện nay, phần lớn các bệnh viện thực hiện theo hướng này. Nếu bệnh viện có được mã nguồn, cấu trúc cơ sở dữ liệu và tài liệu kỹ thuật của phần mềm thì sau này bệnh viện hoàn toàn chủ động trong việc nâng cấp, phát triển phần mềm ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

c) *Ba là*, Cục Quản lý khám, chữa bệnh nghiên cứu, hoàn thiện và chuẩn hoá một số danh mục như danh mục phẫu thuật thủ thuật, danh mục cận lâm sàng, các danh mục giá thu một phần viện phí ... Phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam để thống nhất và tích hợp quản lý thanh toán viện phí bảo hiểm y tế.

Xây dựng mô hình điểm về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, để từ đó nhân rộng ra toàn quốc.

d) *Bốn là*, Bộ Y tế phối hợp với các đơn vị liên quan từng bước nghiên cứu và xây dựng chuẩn tra đổi dữ liệu y khoa quốc tế HL7, bệnh án điện tử, vv... .

7. Giải pháp về phần cứng, tùy theo quy mô, đặc thù bệnh viện và yêu cầu ứng dụng công nghệ thông tin của bệnh viện mà trang bị phần cứng cho phù hợp (máy chủ và các máy tính ở các khoa, phòng), nhưng phải đảm bảo yêu cầu đồng bộ.

8. Về kinh phí, đến nay, Bộ Tài chính đã có các Thông tư hướng dẫn việc sử dụng ngân sách sự nghiệp cho nội dung ứng dụng công nghệ thông tin. Vì vậy, các bệnh viện hàng năm cần ưu tiên dành một khoản ngân sách thích hợp để đầu tư hoặc tái đầu tư cho công nghệ thông tin. Theo kinh nghiệm từ một số mô hình ứng dụng thành công tin học quản lý bệnh viện việc ứng dụng tin học để quản lý đồng bộ, triệt để sẽ đem lại hiệu quả kinh tế cao, bù đắp các chi phí ban đầu chi cho hoạt động này.

9. Về hành lang pháp lý, Cục Quản lý khám, chữa bệnh tiếp tục phối hợp với Vụ Khoa học và Đào tạo, Văn phòng Bộ và các Vụ, Cục, đơn vị liên quan khẩn trương xây dựng bổ sung và hoàn thiện các văn bản quản lý về các nội dung ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện.

- Xây dựng quy chế ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, đây sẽ là cơ sở pháp lý để các nhà quản lý thực hiện tốt công tác ứng dụng tin học quản lý bệnh viện.

- Từng bước xây dựng quy chế bệnh án điện tử, chữ ký điện tử.

- Tiếp tục duy trì chấm điểm thi đua cho tiêu chí bệnh viện có ứng dụng công nghệ thông tin vào tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện cuối năm, tiêu chuẩn xếp hạng bệnh viện, nhằm khuyến khích, thúc đẩy các bệnh viện ứng dụng công nghệ thông tin.

10. Về hợp tác quốc tế, cần mở rộng hợp tác quốc tế về đào tạo cán bộ, chuyển giao công nghệ và tranh thủ sự giúp đỡ của các nước, các tổ chức trên thế giới. Tìm kiếm nguồn lực để phát triển phần mềm quản lý bệnh viện và cập nhật các kiến thức, giải pháp và thông tin mới nhất về lĩnh vực này.

TÓM TẮT 4 GIẢI PHÁP VỀ PHẦN MỀM QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

a) Một là, các bệnh viện tiếp tục triển khai thực hiện phần mềm quản lý báo cáo thống kê bệnh viện (Medisoft 2003).

b) Hai là, các sở Y tế, các bệnh viện trong toàn quốc tích cực, chủ động xây dựng phần mềm tin học quản lý bệnh viện cho đơn vị mình theo Tiêu chí Bộ Y tế đã ban hành.

c) Ba là, Bộ Y tế xây dựng mô hình điểm về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, để từ đó nhân rộng ra toàn quốc.

d) Bốn là, Bộ Y tế phối hợp với các đơn vị liên quan từng bước nghiên cứu và xây dựng chuẩn trao đổi dữ liệu y khoa quốc tế HL7, bệnh án điện tử, vv... .

KẾT LUẬN

Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện là một yêu cầu cấp bách, là nội dung tất yếu của hiện đại hoá bệnh viện. Đảng, Nhà nước đã quan tâm chỉ đạo và có nhiều chính sách về công tác này.

Để đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện đòi hỏi có sự quan tâm của các cấp lãnh đạo, đặc biệt giám đốc Sở Y tế và giám đốc bệnh viện đầu tư thích hợp ngang với yêu cầu phát triển, để ngành y tế không bị tụt hậu, phát triển ngang tầm với các ngành khoa học khác và cập nhật với các nước trung bình tiên tiến trong khu vực.

Bộ Y tế đã và đang chỉ đạo sát sao, quyết liệt về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý ngành nói chung và trong quản lý bệnh viện nói riêng. Trong thời gian qua, công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện bước đầu đã giành được một số thành tựu quan trọng, như Bộ Y tế đã ban hành một số văn bản quy phạm pháp luật, văn bản chỉ đạo, hướng dẫn về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện; Ban hành phần mềm Medisoft 2003 trong quản lý các báo cáo thống kê và hồ sơ bệnh án bệnh viện; có khoảng 5% số bệnh viện trong toàn quốc có phần mềm ứng dụng tin học quản lý bệnh viện tương đối tổng thể.

Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện là thiết thực nâng cao năng lực quản lý và điều hành của giám đốc các bệnh viện, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, vì vậy giám đốc các bệnh viện phải thực sự quan tâm đầu tư mọi nguồn lực để ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin trong bệnh viện. Chúng ta tin tưởng rằng, với sự đồng tâm hiệp lực, năng động, sáng tạo, phấn đấu vươn lên vượt qua khó khăn của các cấp lãnh đạo trong ngành, của đội ngũ cán bộ trong các đơn vị, công tác ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện nhất định sẽ giành nhiều thắng lợi, đạt và vượt các chỉ tiêu đã đề ra, góp phần xứng đáng vào hiện đại hoá bệnh viện Việt Nam.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Mục tiêu áp dụng tin học trong quản lý bệnh viện gồm:

A) Giúp cho người quản lý nắm được các thông tin nhanh, chính xác

B) Giúp đơn giản hoá các thủ tục hành chính, loại bỏ bớt các hoạt động trung gian, tạo điều kiện cho các dịch vụ khám chữa bệnh nhanh chóng, thuận tiện và kịp thời.

C) A và B

D) C và tăng cường chất lượng thông tin và thống nhất dữ liệu cho hoạt động quản lý ngành.

Câu 2. Phần đầu đến năm 2015 hệ thống bệnh viện nước ta đạt được một số nội dung về UDCNTT:

A) 100% các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai UDCNTT trong QLBV.

a) Đúng

b) Sai

B) 100 % các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có hệ thống mạng LAN trong bệnh viện.

a) Đúng

b) Sai

C) 100 % các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và 50% bệnh viện tuyến quận, huyện mở cổng Internet, cán bộ nhân viên bệnh viện được sử dụng miễn phí Internet tại bệnh viện.

a) Đúng

b) Sai

Câu 3. Medisoft 2003 của Bộ Y tế là phần mềm thống kê, báo cáo và bao gồm phần quản lý bệnh viện.

a) Đúng

b) Sai

Câu 4. Điền cho đủ 8 phân hệ cơ bản của phần mềm ứng dụng tin học trong quản lý bệnh viện:

A) Phân hệ quản lý khoa khám bệnh

B) Phân hệ quản lý khoa lâm sàng/người bệnh nội trú

C) Phân hệ quản lý cận lâm sàng

D)

E) Phân hệ quản lý thanh toán viện phí và bảo hiểm y tế

F)

G) Phân hệ quản lý chỉ đạo tuyến

H) Phân hệ quản lý trang thiết bị y tế

BÀI 13

QUẢN LÝ PHÁT TRIỂN KHOA HỌC CÔNG NGHỆ

CÔNG TÁC NGHIÊN CỨU KHOA HỌC, ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VÀ THỰC HIỆN Y HỌC THỰC CHỨNG

MỤC TIÊU

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

1. Định hướng phát triển khoa học công nghệ lĩnh vực chăm sóc sức khỏe
2. Quản lý đào tạo và đào tạo liên tục trong các cơ sở khám chữa bệnh
3. Thử nghiệm lâm sàng
4. Chuyên giao kỹ thuật
5. Y học dựa vào bằng chứng

NỘI DUNG

Trong công cuộc đổi mới của đất nước hơn 20 năm qua, dưới sự lãnh đạo của Đảng, sự quan tâm chỉ đạo, đầu tư của Chính phủ cho sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân và sự phấn đấu vượt lên trên mọi gian khó của đội ngũ cán bộ khoa học, các giáo sư, tiến sỹ, bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên trong ngành, Ngành Y tế Việt Nam đã giành được nhiều thành tựu to lớn trên tất cả các lĩnh vực phòng bệnh, chữa bệnh, các chỉ tiêu tổng quát về sức khỏe con người Việt Nam đã đạt được mục tiêu đề ra. Trong đó, khoa học và kỹ thuật công nghệ đã đóng góp vai trò quan trọng trong giải quyết những vấn đề thiết thực, cấp bách về y tế và y học, góp phần to lớn nâng cao chất lượng, hiệu quả trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Khoa học, công nghệ thực sự là động lực phát triển Y tế và Y học Việt Nam.

Tuy nhiên, nhìn chung trình độ khoa học công nghệ ở Việt Nam còn thấp hơn các nước tiên tiến trung bình trong khu vực. Nghiên cứu về y học cơ sở còn yếu, các đề tài về y xã hội học còn ít. Chuyên gia giỏi về khoa học công nghệ còn thiếu cả về số lượng và chất lượng. Năng lực tổ chức quản lý, điều hành khoa học công nghệ cũng còn nhiều hạn chế. Cơ sở khoa học - công nghệ còn nhiều khó khăn về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và vốn đầu tư. Chưa phát triển được tốt các hình thức dịch vụ khoa học công nghệ trên cơ sở hạch toán để tăng thêm nguồn kinh phí cho phát triển.

I. MỘT SỐ THÀNH TỰU VỀ KHOA HỌC CÔNG NGHỆ Y HỌC

1. Khoa học, công nghệ trong lĩnh vực y học dự phòng

Khoa học, công nghệ đã góp phần tích cực để khống chế, đẩy lùi và từng bước thanh toán một số dịch bệnh nguy hiểm ở Việt Nam trong 10 năm cuối thế kỷ XX, giảm tỷ lệ tử vong của nhiều bệnh như: sốt rét, tiêu chảy,

nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp ở trẻ em, không chế không để xảy ra các dịch bệnh lớn ngay cả trong và sau thiên tai bão lụt lớn.

Ví dụ như, về sốt rét năm 2000 so với năm 1991 đã giảm chết hơn 96,8% và giảm mắc hơn 73,1% và duy trì kết quả bền vững đến nay. Kết quả này có sự đóng góp tích cực của công nghệ sinh học triết xuất Artemisinin từ cây thanh hao hoa vàng, Artemisinin và các chế phẩm của nó đã thể hiện rất rõ tác dụng trong điều trị sốt rét ác tính. Cụm công trình triết xuất Artemisinin từ cây thanh hao hoa vàng Việt Nam đã nhận được Giải thưởng Hồ Chí Minh. Tiếp tục công trình này, Trường Đại học Dược Hà Nội đã tiến hành nghiên cứu, hoàn thiện công nghệ sản xuất thuốc tiêm Artesunat điều trị sốt rét. Kết quả là đã hoàn thiện được quy trình công nghệ sản xuất bột nguyên liệu Artesunat tiêm ở quy mô 3kg/mẻ. Hoàn thiện quy trình công nghệ sản xuất ống dung môi hoà tan thuốc tiêm Artesunat dung dịch, quy mô 50.000 ống/mẻ với chỉ tiêu kỹ thuật đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam III. Quy trình sản xuất ổn định, nâng hạn sử dụng của thuốc lên 3 lần. Dự án đã cung cấp đủ thuốc cho Chương trình phòng chống sốt rét quốc gia, không phải nhập khẩu, một phần đã xuất khẩu sang Malaysia, giá thành của sản phẩm chỉ bằng 50% so với giá nhập khẩu từ Trung Quốc.

Về tiêm chủng mở rộng, các sản phẩm công nghệ sinh học vacxin đã cung cấp cho chương trình nhiều vacxin sản xuất trong nước đạt tiêu chuẩn chất lượng quốc tế như: vacxin Bại Liệt, Uốn ván, Viêm gan B, Viêm não Nhật Bản ... Nhờ vậy, đã góp phần làm giảm rõ rệt nhiều dịch bệnh có vacxin mà trước kia đe dọa sức khỏe trẻ em, như đến năm 2000 Việt Nam đã đạt tiêu chuẩn quốc tế thanh toán bệnh Bại liệt cho trẻ em và loại trừ uốn ván sơ sinh. Nghiên cứu sản xuất được các bộ sinh phẩm chẩn đoán có chất lượng: viêm não Nhật Bản, sốt xuất huyết, viêm gan B ... đáp ứng yêu cầu chẩn đoán, một số vacxin đã xuất khẩu.

Về công nghệ gen, đã có kết quả bước đầu tại trường Đại học Y Hà Nội và Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh.

2. Khoa học, công nghệ trong lĩnh vực khám chữa bệnh

- Ứng dụng nhiều kỹ thuật mới hiện đại đã thiết thực nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Các kỹ thuật hiện đại về chẩn đoán hình ảnh đã được áp dụng tại các trung tâm y tế chuyên sâu Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Huế ... góp phần phát hiện chính xác một số căn bệnh mà trước kia chưa chẩn đoán được. Các kỹ thuật điều trị hiện đại như phẫu thuật nội soi, tán sỏi, ghép thận, ghép tủy, thay chỏm xương đùi, hồi sức cấp cứu, phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao (phương pháp Pha-co), các kỹ thuật vi phẫu tạo hình, công nghệ cao về nha khoa, ứng dụng công nghệ laser vào y học, ứng dụng máy gia tốc trong điều trị ung thư, về sản khoa, đã thành công thụ tinh trong ống nghiệm.

- Đặc biệt, trong chuyên ngành Tim mạch đã tiếp thu, ứng dụng thành công nhiều kỹ thuật tiên tiến. Đó là các kỹ thuật không xâm lấn hiện đại như Siêu âm Doppler màu, siêu âm ba chiều, siêu âm trong thực quản. Ngành tim mạch Việt Nam đã thực hiện thành công nhiều kỹ thuật tim mạch can thiệp như mổ

tim hở, thay van tim, chụp buồng tim, nong động mạch vành, bắc cầu nối động mạch vành, nong van 2 lá bằng bóng Inoue, ghi điện sinh lý trong buồng tim và triệt bỏ các cầu nối phụ để điều trị loạn nhịp tim. Chúng ta có thể tự hào nói rằng, chuyên ngành tim mạch Việt Nam đã triển khai được nhiều kỹ thuật tim mạch hiện đại ngang tầm với các nước khu vực Đông Nam á.

- Hiệu quả về mặt xã hội, việc tiếp nhận và ứng dụng thành công công nghệ tiên tiến cho thấy ngành Tim mạch nước ta đã theo kịp được các tiến bộ khoa học công nghệ của các nước trong khu vực và thế giới, tạo được niềm tin cho nhân dân trong việc điều trị bệnh Tim mạch trong nước.

- Hiệu quả về mặt kinh tế: chi phí thực hiện các kỹ thuật trong nước thấp hơn rất nhiều chi phí của các nước khác. Ví dụ như, nong van hai lá 7 triệu đồng Việt Nam, trong khi đó ở nước ngoài là 5000 đến 15000 USD tùy theo nước. Nong và đặt Stent mạch vành là 35 triệu đồng Việt Nam, trong khi đó ở nước ngoài là 7000 đến 20000USD

3. Kỹ thuật ghép tạng

- Tiếp theo thành công của ghép thận, đã mở rộng tới nhiều bệnh viện trong cả nước, Học viện Quân Y - Bộ Quốc phòng đã nghiên cứu một số vấn đề ghép gan và đã thực hiện thành công ca ghép gan đầu tiên tại Việt Nam. Đề tài đã hoàn thiện quy trình ghép gan thực nghiệm trên lợn theo 2 mô hình. Xây dựng được bản chỉ định ghép gan ở Việt Nam và bản tiêu chuẩn người khỏe mạnh cho gan.

- Kết quả Đề tài nghiên cứu đã thực hiện 80 ca ghép gan thực nghiệm, các kết quả nghiên cứu sự biến đổi sinh lý, bệnh lý của gan và cơ thể động vật cho và nhận gan trong quá trình ghép, đưa ra các đề xuất dự phòng và điều trị. Xây dựng được quy trình vận hành các thiết bị, máy móc đảm bảo ghép gan thực nghiệm và lâm sàng.

- Về mặt xã hội, đề tài đã tiếp cận và ứng dụng thành công công nghệ tiên tiến đã tạo niềm tin cho người bệnh, tạo uy tín chuyên môn cho ngành Y nước ta và mở ra khả năng cứu sống người bệnh.

4. Khoa học, công nghệ trong lĩnh vực Dược

Thời gian qua, đã tập trung ứng dụng khoa học công nghệ vào nội dung tạo nguồn nguyên liệu làm thuốc trên cơ sở phát huy nguồn dược liệu của Việt Nam, đã nghiên cứu nâng cao hiệu quả trồng cây thanh hao hoa vàng và chiết xuất Artemisinin, phục hồi cây canh-kia-na, chiết xuất Ancalolit khác từ cây dừa cạn ngoài Vinblastin. Nghiên cứu tái sinh sa nhân, hoàng đằng tạo thêm nguồn nguyên liệu chiết xuất Berberin ở Việt Nam. Thực hiện chọn giống và trồng đu đủ tập trung, tạo nguồn nguyên liệu để chiết xuất Papain sử dụng trong công nghệ dược, thực phẩm và xuất khẩu. Nhiều dây truyền công nghệ sản xuất thuốc đạt tiêu chuẩn GMP.

5. Các đề tài khoa học về Y xã hội

Đồng thời với nhiều công trình khoa học công nghệ có giá trị được ứng dụng vào phòng bệnh và chữa bệnh, nhiều đề tài nghiên cứu khoa học về y xã

hội học, điều trị cơ bản về tình hình sức khoẻ và bệnh tật, môi sinh, đặc biệt là kết quả của điều trị y tế quốc gia 2001 - 2002 cũng như công trình điều tra sức khoẻ răng miệng có giá trị khoa học và thực tiễn cao, thiết thực góp phần nâng cao chất lượng và năng lực quản lý điều hành trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

II. ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN KHOA HỌC CÔNG NGHỆ Y DƯỢC NHỮNG NĂM ĐẦU THẾ KỶ XXI

1. Vai trò to lớn của khoa học công nghệ trong phát triển Y tế và y học

- Thực hiện mục tiêu chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân, mà nghị quyết IV Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá VII đã chỉ ra là phấn đấu nhằm bệnh tật ngày càng giảm, sức khoẻ ngày càng tăng, tuổi thọ ngày càng cao và giống nòi ngày càng tốt. Công nghiệp hoá, hiện đại hoá Y - Dược Việt Nam là nhiệm vụ cấp bách, trong đó khoa học công nghệ phải thực sự là động lực phát triển y tế và y học Việt Nam.

- Thế kỷ 21 là thế kỷ của trí tuệ, với sự phát triển kinh tế trí thức, tiến bộ khoa học công nghệ nhất là công nghệ cao, công nghệ sinh học, công nghệ thông tin đang phát triển rất nhanh. Phát triển khoa học công nghệ ở nước ta để tạo nội lực bên trong vươn lên để tiếp nhận và tiếp nhận có chọn lọc khoa học công nghệ tiên tiến của thế giới vào những năm đầu thế kỷ 21, tạo nền móng vững chắc phát triển y tế và y học Việt Nam hiện đại và bền vững, đáp ứng nhu cầu nâng cao sức khoẻ cho nhân dân.

2. Một số định hướng phát triển khoa học, công nghệ trong lĩnh vực y dược

a. Phát triển khoa học, công nghệ trong phòng bệnh

- Phát triển khoa học, công nghệ nhằm từng bước khống chế và tiến tới thanh toán một số bệnh xã hội và bệnh dịch nguy hiểm ở Việt Nam. Ngăn chặn nhiễm HIV/AIDS.

- Khoa học công nghệ trong sản xuất vacxin, ứng dụng có hiệu quả công nghệ sinh học trong sản xuất vacxin, sinh phẩm chẩn đoán, sản xuất thuốc và tách chiết các thành phần máu. Ưu tiên công nghệ sản xuất vacxin thế hệ mới, đảm bảo cung cấp đủ các vacxin phục vụ cho chương trình tiêm chủng mở rộng. Đặc biệt chú trọng vacxin viêm gan B, vacxin sởi, vacxin dại, vacxin thương hàn. Nghiên cứu, triển khai các kỹ thuật dịch tễ học phân tử. Các kỹ thuật sinh học, xác định nhanh về ngộ độc, kiểm soát và đảm bảo được vệ sinh an toàn thực phẩm.

b. Phát triển khoa học, công nghệ trong khám chữa bệnh

- Không chế và đẩy lùi các bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng. Ngăn ngừa những bệnh xuất hiện trong quá trình công nghiệp hoá và phát triển xã hội như bệnh tim mạch, bệnh nghề nghiệp, ung thư, chấn thương, tâm thần, đái tháo đường ... quan tâm chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em và người cao tuổi, hướng về cộng đồng, chăm sóc sức khoẻ tới hộ gia đình.

- Về chẩn đoán và điều trị, đầu tư phát triển các trung tâm quốc gia Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Huế phát triển các khoa học công nghệ mũi nhọn ngang tầm quốc tế.

- Các trung tâm khu vực: Cần Thơ, Buôn Ma Thuột, Sơn La, Thái Nguyên ... được đầu tư đồng bộ chữa các bệnh có chuyên khoa sâu.

- Các trung tâm kỹ thuật cao của các tỉnh thành phố trực thuộc trung ương được đầu tư các khoa học công nghệ đồng bộ, phù hợp để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh thông thường.

- Các bệnh viện huyện được đầu tư một số kỹ thuật phổ cập theo phân tuyến kỹ thuật.

- Trạm y tế xã được đầu tư kỹ thuật theo trình độ cán bộ cơ sở, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe tới hộ gia đình.

- Một số khoa học công nghệ ưu tiên: chẩn đoán hình ảnh; cấp cứu hồi sức; khoa học công nghệ cao về tim mạch; kỹ thuật nội soi; các khoa học công nghệ đảm bảo an toàn bức xạ; công nghệ sinh học, công nghệ gen, bệnh học phân tử, các kit chẩn đoán, kỹ thuật vi sinh về kháng sinh đồ, chế phẩm sinh học phục vụ cho điều trị; các chế phẩm sinh học tách chiết từ máu và huyết tương; các kỹ thuật hiện đại về hoá sinh, miễn dịch; phát triển phương pháp điều trị ghép tạng và ghép tổ chức (các loại ghép: thận, gan, tụy xương, giác mạc, ghép tim, ghép tụy) cấy điện cực ốc tai, các phẫu thuật chỉnh hình, các khoa học công nghệ cao về nhãn khoa, răng hàm mặt, phục hồi chức năng; hiện đại hoá y học cổ truyền, phát huy cao hiệu quả thuốc nam và châm cứu chữa bệnh.

c. Phát triển khoa học, công nghệ về Dược

Ưu tiên nghiên cứu và sản xuất thuốc mới từ nguồn dược liệu trong nước để phục vụ trong nước, xuất khẩu. ứng dụng công nghệ sinh học trong sản xuất nguồn nguyên liệu làm thuốc, đặc biệt là kháng sinh. Bảo vệ và lưu giữ nguồn gen quý hiếm về dược liệu. Ưu tiên phát triển công nghệ bào chế và bao bì. Hoàn thiện các quy trình sản xuất thuốc đạt tiêu chuẩn GMP của Tổ chức Y tế thế giới.

d. Nghiên cứu ảnh hưởng của hoá chất lên sức khỏe con người và môi trường.

Nghiên cứu những ảnh hưởng của các hoá chất độc hại do Mỹ đã dùng trong chiến tranh ở Việt Nam, cũng như một số hoá chất, thuốc trừ sâu dùng trong công nghiệp, nông nghiệp tới con người, bảo vệ môi sinh và các biện pháp đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm, cải thiện tình trạng dinh dưỡng.

đ. Phát triển khoa học, công nghệ trong khoa học cơ bản và Y học cơ sở

Xây dựng cơ sở khoa học-công nghệ có nền móng khoa học cơ bản và y cơ sở để đón nhận những tiến bộ khoa học-công nghệ tiên tiến vào những năm đầu của thế kỷ 21. Ví dụ: sinh học phân tử, công nghệ thông tin trong Y học, điện sinh học, miễn dịch học, di truyền học, xác định hệ thống các phòng thí

nghiệm trọng điểm; công nghệ gen và di truyền; kỹ thuật hình thái học, đặc biệt là hình thái học tế bào, siêu cấu trúc, kỹ thuật gen ở mức phân tử; công nghệ laser; công nghệ vật liệu mới.

e. Khoa học công nghệ tới Y học cổ truyền

Hướng về cộng đồng, nghiên cứu điều tra cơ bản, đánh giá thực trạng sức khoẻ và mô hình bệnh tật trong nhân dân, là cơ sở để xây dựng kế hoạch nâng cao sức khoẻ nhân dân. Phát triển kỹ thuật thích ứng phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, nghiên cứu xây dựng nền móng phát triển y học biển.

h. Khoa học công nghệ về trang thiết bị y tế

Xây dựng các trung tâm bảo dưỡng và sửa chữa trang thiết bị y tế, đáp ứng nhu cầu hiện đại hoá trang thiết bị y tế. Tăng cường nghiên cứu và sản xuất dụng cụ y tế trong nước.

i. Công nghệ thông tin trong Y-Dược

- Ứng dụng công nghệ thông tin trong phòng bệnh, khám chữa bệnh, sản xuất và kinh doanh thuốc, trang thiết bị y tế, từng bước ứng dụng Telemedicine ở các đơn vị Y tế có khả năng kỹ thuật và kinh tế.

- Ứng dụng nhanh chóng công nghệ thông tin trong quản lý y tế và phát triển y học. Khẩn trương đầu tư phát triển công nghệ thông tin y tế, tạo cơ sở khoa học kỹ thuật để phát triển nhanh và hiệu quả lĩnh vực khoa học công nghệ này trong ngành y tế.

k. Khoa học công nghệ trong Y xã hội

Nghiên cứu những vấn đề xã hội trong y tế và y học, đẩy mạnh cải cách hành chính. Tăng cường năng lực quản lý y tế, đổi mới và từng bước hoàn thiện những chính sách lớn về y tế nhằm mục tiêu công bằng xã hội và xã hội hoá cao về chăm sóc sức khoẻ. Chú trọng đổi mới kinh tế trong y tế, chính sách viện phí và bảo hiểm y tế, khuyến khích hành nghề y dược tư nhân phù hợp nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, nghiên cứu giải quyết các vấn đề bức xúc về bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân vùng sâu, vùng xa, vùng miền núi, vùng đồng bào các dân tộc thiểu số.

III. MỘT SỐ GIẢI PHÁP PHÁT TRIỂN KHOA HỌC, CÔNG NGHỆ Y-DƯỢC

1. Đào tạo cán bộ khoa học

Giải pháp hàng đầu là phải rất coi trọng đào tạo, bồi dưỡng nguồn nhân lực y tế, đặc biệt đội ngũ cán bộ khoa học kỹ thuật có trình độ cao và đội ngũ lao động kỹ thuật có phẩm chất đạo đức tốt, có trình độ chuyên môn giỏi ngang tầm với yêu cầu nhiệm vụ hiện đại hoá ngành y dược, thiết thực đáp ứng yêu cầu nâng cao sức khoẻ nhân dân cả hai khu vực chuyên sâu và cộng đồng như hai chân của một cơ thể. Tăng cường năng lực đào tạo trong nước, mở rộng hợp tác quốc tế, gửi đi đào tạo cán bộ ở các nước có nền y học tiên tiến, kỹ thuật cao nhằm cập nhật kiến thức và trình độ kỹ thuật của thế giới. Chú trọng đổi mới phương pháp giảng dạy để nâng cao chất lượng đào tạo.

2. Đầu tư cho khoa học công nghệ

Tăng cường đầu tư trên cơ sở có quy hoạch và kế hoạch phát triển khoa học công nghệ cụ thể. Đảm bảo nguyên tắc hiện đại hoá trên cơ sở chuẩn hoá thường quy và đồng bộ, lựa chọn ưu tiên phù hợp. Đầu tư cho trang thiết bị song song với đầu tư cơ sở hạ tầng và đầu tư cán bộ, ưu tiên chẩn đoán hình ảnh, hoá sinh, huyết học, vi sinh, giải phẫu bệnh, nội soi, các kỹ thuật hồi sức cấp cứu, tim mạch ...

3. Lồng ghép các nhiệm vụ

Lồng ghép và kết hợp chặt chẽ các nhiệm vụ đầu tư, nghiên cứu khoa học và phục vụ sức khoẻ trong phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng vốn đã là truyền thống quý của ngành Y. Hướng về cộng đồng, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho nhân dân. Mở rộng liên kết với các trung tâm khoa học công nghệ trong nước và ngoài nước.

4. Sắp xếp mạng lưới các đơn vị sự nghiệp Y tế hợp lý

Trên cơ sở quy hoạch phát triển ngành, tổ chức sắp xếp mạng lưới hệ thống bệnh viện, viện nghiên cứu, trường đào tạo, sản xuất thuốc và trang thiết bị y tế một cách khoa học hợp lý và hiệu quả để phát huy được mọi tiềm năng sẵn có về sức người và sức của trong phát triển khoa học công nghệ. Theo nguyên tắc kết hợp lý thuyết với thực hành, nghiên cứu và đào tạo gắn với phục vụ sức khoẻ nhân dân. Xây dựng các trung tâm y tế và y học tầm quốc gia ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, các trung tâm khu vực như ở miền Trung, Tây Nguyên, đồng bằng Sông Cửu Long, miền núi Tây Bắc, Đông Bắc, các bệnh viện đa khoa trung tâm của tỉnh kết hợp với trung tâm y tế dự phòng hình thành trung tâm kỹ thuật cao của tỉnh.

5. Xây dựng môi trường pháp lý

Xây dựng một hệ thống chính sách với các văn bản pháp quy chặt chẽ, đồng bộ, nhằm tạo môi trường pháp lý để đảm bảo và thúc đẩy khoa học và công nghệ phát triển nhanh và mạnh.

6. Xây dựng kế hoạch cụ thể

Các chuyên khoa đầu ngành phải xác định được cụ thể kế hoạch phát triển khoa học công nghệ của chuyên ngành trong giai đoạn từ nay tới năm 2015 và tầm nhìn đến năm 2020 để đầu tư có hiệu quả thiết thực và cập nhật quốc tế.

7. Vai trò của hội đồng khoa học kỹ thuật.

Tiếp tục phát huy vai trò tư vấn về khoa học công nghệ của hội đồng khoa học kỹ thuật các cấp trong phát triển kỹ thuật công nghệ.

8. Công tác quản lý khoa học công nghệ

Tăng cường vai trò quản lý khoa học công nghệ các cấp, có năng lực tổ chức thực hiện tốt theo các chương trình nghiên cứu và triển khai các cấp: quốc gia, Bộ, tỉnh, thành và cơ sở. Thực hiện đúng tiến độ và hiệu quả một số chương trình khoa học công nghệ đã có kế hoạch như chương trình kỹ thuật

về công nghệ sinh học, điều tra cơ bản, nâng cao năng lực sản xuất thuốc, chương trình khắc phục hậu quả chất độc hoá học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam...

9. Hợp tác quốc tế

Mở rộng hợp tác quốc tế trên cơ sở trao đổi và hợp tác nhằm tiếp thu và cập nhật được trình độ khoa học công nghệ thế giới về y học, chủ động đầu tư gửi cán bộ đi học nước ngoài theo hướng phát triển khoa công nghệ.

10. Chăm lo đời sống cán bộ

Chăm lo tốt công tác đời sống cán bộ khoa học, giúp họ yên tâm phát triển khoa học công nghệ là rất quan trọng.

IV. QUẢN LÝ ĐÀO TẠO TRONG BỆNH VIỆN

Đào tạo liên tục và nghiên cứu khoa học của cán bộ chuyên môn ngành y nói chung và của cán bộ chuyên môn trong bệnh viện nói riêng nhằm nâng cao chất lượng công tác chuyên môn.

Quản lý đào tạo và nghiên cứu khoa học nhằm hỗ trợ các hoạt động đào tạo và nghiên cứu khoa học phát triển một cách có kế hoạch góp phần nâng cao chất lượng công tác chuyên môn.

1. Đào tạo là gì?

Đào tạo là quá trình liên tục nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ nhằm đáp ứng nhu cầu công việc.

2. Các hình thức đào tạo

Đào tạo gồm rất nhiều các hình thức khác nhau, thông thường như:

- Đào tạo ban đầu trong nhà trường
- Đào tạo nâng cao trình độ, cấp bậc (sau/trên đại học)
- Đào tạo lại hay đào tạo liên tục.
- Tự đào tạo
- Đào tạo từ xa
- Sinh hoạt chuyên môn.

3. Quy trình quản lý đào tạo

Trong bài này, nhấn mạnh vào qui trình quản lý đào tạo sau/trên đại học và đào tạo liên tục phù hợp với việc quản lý đào tạo và nghiên cứu khoa học cho các đối tượng đang công tác trong bệnh viện.

Phân tích công việc

Phân tích đối tượng

XĐ nhu cầu đào tạo

XĐ mục tiêu

**XĐ Chương trình
XĐ kế hoạch
Tổ chức triển khai
Theo dõi, giám sát
Đánh giá**

3.1. Xác định nhu cầu đào tạo

- Xác định nhu cầu đào tạo là việc xác định xem ai cần được nâng cao về kiến thức - kỹ năng và thái độ về cái gì trước yêu cầu của công việc.

- Xác định nhu cầu đào tạo bao gồm:

* Phân tích công việc:

Nhu cầu đào tạo phải xuất phát từ nhu cầu của công việc.

- Trước yêu cầu của công việc cần thực hiện, đòi hỏi người cán bộ phải có kiến thức, kỹ năng và thái độ nhất định theo yêu cầu của chương trình đào tạo và được đánh giá bằng các đợt kiểm tra và thi tốt nghiệp. Nhưng trước yêu cầu của công việc đòi hỏi ngày một chuyên sâu, cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật người cán bộ phải không ngừng được nâng cao kiến thức và kỹ năng để thực hiện công việc được tốt hơn.

- Việc xác định nhu cầu đào tạo là quá trình phân tích chi tiết các yêu cầu của công việc, liệt kê các chức năng, nhiệm vụ cần thực hiện, tiêu chuẩn cần phải đạt của các nhiệm vụ: thao tác kỹ thuật nghề nghiệp. Trước yêu cầu công việc đòi hỏi người cán bộ phải có kiến thức - kỹ năng - thái độ ở một mức độ như thế nào để hoàn thành tốt công việc.

- Phân tích đối tượng:

Phân tích đối tượng là xác định về một số đặc trưng của đối tượng đào tạo như giới, tuổi đời, nghề, chuyên khoa, chức vụ, đơn vị công tác ... để có thể hỗ trợ cho việc xác định đúng đối tượng nào cần được đào tạo là có hiệu quả cao.

* Xác định sự thiếu hụt về kiến thức - kỹ năng - thái độ của đối tượng trước yêu cầu của công việc cần thực hiện có thể được thực hiện bằng các phương pháp khác nhau (không trình bày ở đây).

- Việc xác định nhu cầu đào tạo không đúng khi không có sự phù hợp giữa: nội dung đào tạo và đối tượng đào tạo. Việc này tạo nên sự lãng phí các nguồn lực có được.

3.2. Xác định chương trình và nội dung đào tạo.

- Xác định chương trình và nội dung đào tạo phù hợp cho đối tượng đào tạo về:

- Mục tiêu đào tạo
- Chương trình đào tạo
- Phương pháp đào tạo
- Thời gian đào tạo
- Trong bài này không đi sâu vào việc xây dựng một chương trình và nội dung đào tạo.

3.3. Xây dựng kế hoạch đào tạo

Một kế hoạch đào tạo phải bao gồm: đối tượng, mục tiêu, chương trình, hình thức, thời gian, địa điểm và kinh phí đào tạo.

Mẫu phiếu quản lý đào tạo

ĐTĐT	M.tiêu/C.trình	Hình thức	Thời gian	Địa điểm	Kinh phí	Kết quả yêu cầu

1.....

.....

ĐTĐT * chi tiết gồm: Họ và tên đối tượng, tuổi đời, nghề, chuyên khó, chức vụ, đơn vị công tác.

3.4. Theo dõi, giám sát hỗ trợ

Theo dõi giám sát hỗ trợ đào tạo là nhiệm vụ của các nhà quản lý đào tạo các cấp trên cơ sở kế hoạch đào tạo đã được phê duyệt.

Mục tiêu theo dõi, giám sát hỗ trợ là tạo điều kiện tốt nhất cho kế hoạch được thực thi một cách hiệu quả nhất trong điều kiện có được.

Nội dung theo dõi, giám sát hỗ trợ bao gồm:

- Thúc đẩy, hỗ trợ việc thực hiện các hoạt động, nội dung của kế hoạch đào tạo và có thể điều chỉnh kế hoạch cho phù hợp với điều kiện thực tại.
- Xác định quá trình thực hiện kế hoạch đào tạo có gì khó khăn, vấn đề tồn tại là gì và nguyên nhân nào.
- Đưa ra các giải pháp và quyết định giải quyết vấn đề để kế hoạch được thực hiện hiệu quả nhất.

3.5. Đánh giá

- Đánh giá là bước xem xét lại các mục tiêu của kế hoạch (hay dự án, chương trình) có đạt được hay không.
- Đánh giá bao gồm đánh giá kế hoạch và đánh giá thực hành công việc (Performance assessment) sau khi đối tượng được đào tạo.
- Đánh giá kế hoạch đào tạo cũng cần được thực hiện ngay mỗi giai đoạn thực hiện kế hoạch (gắn với giám sát hỗ trợ) nhằm xác định các mục tiêu trung gian hay giai đoạn có đạt được hay không. Điều này giúp cho việc phân tích các nguyên nhân thành công hay thất bại của kế hoạch đào tạo.

- Đánh giá thực hành công việc và đánh giá hiệu quả cần được các nhà chuyên môn xây dựng bảng danh mục và tiêu chuẩn đánh giá để đánh giá việc áp dụng các Kiến thức - Kỹ năng của đối tượng đào tạo, có thể so sánh trước khi và sau khi được đào tạo.

- Báo cáo đánh giá cần được hoàn thiện sau mỗi kế hoạch hoạt động nhằm xác định rõ các mục tiêu đã đạt được và mục tiêu chưa đạt được vì các nguyên nhân gì.

3.6. Các văn bản về đào tạo.

Các văn bản về quản lý đào tạo là các quy định pháp quy của Nhà nước (ví dụ: cấp bộ được ban hành văn bản pháp quy dưới dạng Thông tư) về việc đào tạo một loại hình cán bộ y tế hoặc hình thức đào tạo nhất định. Phần lớn các văn bản này đề cập đến việc đào tạo các đối tượng chính quy, tập trung hay tại chức, sau và trên đại học (Thạc sĩ, Tiến sĩ, Chuyên khoa cấp I, cấp II) trong các trường đại học và trung học. Đối với các hình thức đào tạo liên tục hay đào tạo bổ túc thường có các văn bản hướng dẫn, chỉ đạo. Nhưng từng đơn vị cũng cần tự xác định nhu cầu đào tạo liên tục và phát triển các hình thức đào tạo phù hợp cho đơn vị mình như: hội thảo chuyên ngành, sinh hoạt chuyên môn, báo cáo chuyên đề, lớp tập huấn, giao ban, hội thi tay nghề, cung cấp tài liệu và tổ chức đọc tài liệu để không ngừng nâng cao chất lượng công việc đảm nhiệm.

V. NỘI DUNG QUẢN LÝ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. Xác định vấn đề nghiên cứu

- Các vấn đề cần giải quyết bằng nghiên cứu khoa học là các vấn đề nêu ra chưa có giải pháp hay câu trả lời cụ thể trong tình hình hiện tại.

- Các vấn đề định hướng nghiên cứu có thể phân loại như sau:

- Nghiên cứu về chỉ tiêu sức khỏe, về các hình thái bệnh tật và tử vong.

- Nghiên cứu về nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ liên quan đến sức khỏe.

- Nghiên cứu về hệ thống y tế, cơ chế hoạt động, kinh tế - xã hội và hiệu quả phục vụ.

- Nghiên cứu về ứng dụng, triển khai các kỹ thuật, công nghệ hiện đại.

- Các nghiên cứu cơ bản làm tiền đề cho khoa học kỹ thuật phát triển.

2. Xây dựng đề cương nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu gồm các nội dung chủ yếu như sau:

- Tên đề tài hay dự án nghiên cứu, triển khai.

- Mục tiêu nghiên cứu.

- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, có thể có giả thiết nghiên cứu.

- Nội dung và tiến độ triển khai kế hoạch nghiên cứu.

- Sản phẩm nghiên cứu.

- Dự toán kinh phí và vật tư phục vụ nghiên cứu.

3. Quản lý đề tài khoa học - công nghệ

- Tác giả đề xuất đề tài nghiên cứu hoặc tổ chức, cá nhân đặt hàng nghiên cứu.

- Đăng ký nghiên cứu đề tài ở các cấp thích hợp, như cấp nhà nước (do Bộ Khoa học Công nghệ xét duyệt), cấp Bộ (do Bộ trưởng xét duyệt), cấp tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương (do Sở Khoa học Công nghệ xét duyệt), cấp cơ sở (do Thủ trưởng đơn vị xét duyệt) .

- Việc xét duyệt đề tài phải dựa vào một số tiêu chuẩn như tính cấp thiết, tính thực tiễn, sự ưu tiên vì nhiệm vụ chung, tính khả thi, quy mô đề tài, ... được xét duyệt thông qua đề cương nghiên cứu của đề tài. Thông thường, việc xét duyệt đề tài ở cấp nào thì cấp đó thành lập Hội đồng khoa học kỹ thuật để tư vấn cho Thủ trưởng cơ quan, đơn vị ra quyết định.

- Cấp kinh phí và giám sát hỗ trợ thực hiện đề tài.

Đề tài được quản lý ở cấp nào thì cấp đó cấp kinh phí và cùng đơn vị chủ trì đề tài tiến hành giám sát hỗ trợ việc triển khai thực hiện đề tài.

Tuy nhiên, nếu nguồn kinh phí cấp không đủ so với yêu cầu của đề tài thì đơn vị có thể huy động các nguồn lực khác để thực hiện đề tài (nguồn của đơn vị, hay hợp tác với các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài theo đúng quy định).

- Nghiệm thu, đánh giá đề tài.

Đề tài được quản lý ở cấp nào thì cấp đó có trách nhiệm ra quyết định nghiệm thu, đánh giá đề tài. Đơn vị chủ trì thực hiện đề tài tổ chức nghiệm thu, đánh giá đề tài và báo cáo toàn bộ kết quả đề tài về các cơ quan, đơn vị quản lý đề tài.

- Công bố và đăng ký kết quả nghiên cứu.

Đề tài sau khi đã được nghiệm thu, đánh giá đạt mục tiêu đề ra thì đơn vị chủ trì đề tài có quyền công bố kết quả đề tài ở trong nước và nước ngoài theo quy định. Quyền tác giả được bảo vệ theo quy định của pháp luật.

VI. QUY ĐỊNH VỀ ÁP DỤNG KỸ THUẬT MỚI, PHƯƠNG PHÁP MỚI TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Thẩm quyền cho phép áp dụng lần đầu kỹ thuật mới, phương pháp mới

1.1. Bộ trưởng Bộ Y tế tổ chức thẩm định và cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh áp dụng lần đầu đối với:

- Kỹ thuật, phương pháp được nghiên cứu tại Việt Nam hoặc nước ngoài, được cơ quan nhà nước có thẩm quyền của Việt Nam công nhận và lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam.

- Kỹ thuật, phương pháp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền ở nước ngoài cho phép áp dụng nhưng lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam;

1.2. Giám đốc Sở Y tế tổ chức thẩm định và cho phép cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc địa bàn quản lý áp dụng kỹ thuật, phương pháp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cho phép đã áp dụng tại Việt Nam, nhưng lần đầu tiên áp dụng tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Điều kiện về nhân lực, cơ sở vật chất, thiết bị để có thể áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới

2.1. Nhân lực.

Cán bộ thực hiện kỹ thuật cao, phương pháp mới là yếu tố quyết định thành công của kỹ thuật. Vì vậy, về nhân lực thực hiện kỹ thuật cao, phương pháp mới phải đảm bảo các điều kiện:

- Có trình độ chuyên sâu, kiến thức rộng, nắm bắt và làm chủ được công nghệ kỹ thuật, phương pháp chẩn đoán và điều trị mới.
- Được đào tạo và được cấp văn bằng, chứng chỉ về thực hành công nghệ kỹ thuật cao, phương pháp mới do nơi có thẩm quyền đào tạo cấp; hoặc hợp đồng chuyển giao kỹ thuật với cơ quan, tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước (phối hợp thực hiện kỹ thuật cho đến khi có thể triển khai độc lập).

2.2. Cơ sở vật chất.

- Nơi thực hiện được đặt tại vị trí thuận lợi cho việc thực hiện kỹ thuật, phương pháp mới.
- Có phòng thực hiện kỹ thuật, số lượng phòng, diện tích phòng, tiện nghi điện nước, vệ sinh vô khuẩn.
- Phòng thực hiện kỹ thuật phải được thiết kế đảm bảo đáp ứng yêu cầu tiêu chuẩn của kỹ thuật.

2.3. Trang thiết bị

- Trang thiết bị đảm bảo chất lượng để thực hiện kỹ thuật chính xác, hiệu quả.
- Phải có kế hoạch định kỳ kiểm tra, bảo trì và hiệu chỉnh để đảm bảo chính xác và an toàn cho người sử dụng và người bệnh.
- Có danh mục và chuẩn bị sẵn sàng dụng cụ, thuốc men hỗ trợ kỹ thuật để thực hiện kỹ thuật và xử trí tai biến nếu có.
- Phải có quy định, hướng dẫn xử trí trong trường hợp có tai biến và dự phòng thuốc cấp cứu.
- Có danh mục các hoá chất chuyên dụng cho kỹ thuật và các yêu cầu khử khuẩn dụng cụ.
- Bảo đảm có đầy đủ phương tiện bảo hộ lao động cho người thực hiện kỹ thuật.
- Bảo đảm an toàn, vệ sinh tại chỗ và môi trường xung quanh.

2.4. Khả năng đáp ứng, tính bền vững của kỹ thuật.

- Hiệu quả chuyên môn: Mọi đối tượng người bệnh đều được tiếp cận những kỹ thuật cao, phương pháp mới.

- Hiệu quả kinh tế: Chi phí cho việc thực hiện kỹ thuật không quá lớn nhưng bảo đảm đủ chi trả cho các quá trình thực hiện kỹ thuật (vật tư tiêu hao, khấu hao thiết bị, thuốc men, hoá chất, điện nước, con người).

- Bảo đảm tính bền vững của kỹ thuật, phương pháp mới triển khai đưa vào thực hiện thường quy. Quá trình thực hiện cần phải có lộ trình theo dõi, đánh giá và đúc kết kinh nghiệm và báo cáo kết quả với Hội đồng khoa học và y đức của cơ sở và Bộ Y tế.

3. Hồ sơ đề nghị áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới bao gồm

3.1. Đơn đề nghị áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới

3.2. Tài liệu chứng minh tính hợp pháp, bằng chứng lâm sàng, tính hiệu quả trong khám bệnh, chữa bệnh của kỹ thuật, phương pháp mới đối với trường hợp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền ở nước ngoài cho phép áp dụng nhưng lần đầu tiên áp dụng tại Việt Nam.

3.3. Đề án triển khai áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới, bao gồm các nội dung chủ yếu sau: mô tả năng lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về cơ sở vật chất, nhân lực, thiết bị, hiệu quả kinh tế, quy trình kỹ thuật dự kiến áp dụng và phương án triển khai thực hiện.

3.4. Bản sao văn bằng, chứng chỉ chuyên môn, giấy chứng nhận của người hành nghề có liên quan đến kỹ thuật, phương pháp mới.

3.5. Hợp đồng do cơ quan, tổ chức, cá nhân trong nước hoặc nước ngoài chuyển giao kỹ thuật, phương pháp mới.

3.6. Thông qua Hội đồng khoa học, kỹ thuật và y đức.

Hội đồng khoa học, kỹ thuật và y đức tại cơ sở tổ chức đánh giá kỹ thuật, phương pháp mới áp dụng trong khám bệnh, chữa bệnh.

Trong thời gian qua, được sự quan tâm của Đảng, sự đầu tư của Chính phủ, sự phối hợp chặt chẽ của Bộ khoa học và công nghệ và các Bộ, Ngành, sự nghiệp khoa học công nghệ trong y tế đã phát triển rất mạnh mẽ. Ban đầu là thông qua các đề tài khoa học, nhiều khoa học hiện đại và kỹ thuật Y học tiên tiến được áp dụng thành công ở nước ta. Từ đó, các nhà y học Việt Nam đã triển khai, nhân rộng và trở thành kỹ thuật thường quy nhiều kỹ thuật cập nhật các nước tiên tiến trong khu vực, phòng chống được nhiều dịch bệnh nguy hiểm, cứu chữa được nhiều người bệnh mà trước kia Việt Nam phải bó tay, góp phần quan trọng nâng cao chất lượng công tác bảo vệ, chăm sóc sức khoẻ nhân dân.

Tiếp tục đẩy mạnh ứng dụng các tiến bộ khoa học công nghệ nhất là công nghệ cao, công nghệ sinh học, công nghệ thông tin vào các lĩnh vực của y - Dược, để khoa học, công nghệ thực sự là động lực thúc đẩy Y tế và Y học của Việt Nam phát triển mạnh mẽ hơn nữa, từng bước hội nhập với các nước trong khu vực và thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Dược
2. Luật Bảo hiểm y tế
3. Luật Lao động
4. Nghị định 62/2009/NĐ - CP ngày 27/7/2009 của chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế
5. Nghị quyết số 46 NQ/TW ngày 23 tháng 2 năm 2005 về công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới
6. Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020
7. Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 của liên Bộ Y tế Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế
8. Thông tư số 10/2009/TT-BYT ngày 14/8/2009 của Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
9. Các Danh mục: dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn; thuốc BHYT; VTYT
10. Kiểm tra bệnh viện 2008, 2009, 2010
11. Nghị định 43/2006/NĐ-CP ngày 25/5/2006 của Chính phủ v/v Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công
12. Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22 tháng 02 năm 2008 phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh đến 2010 và tầm nhìn đến 2020
13. Thông tư số 23/2005/TT-BYT Hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế
14. Thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước
15. Luật cán bộ, công chức
16. Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các cơ sở sự nghiệp y tế: Ban hành kèm theo Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18 tháng 8 năm 2008.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Lựa chọn các ưu tiên phát triển khoa học, công nghệ trong phòng bệnh (khoanh tròn vào đầu các lĩnh vực ưu tiên)

- A)
- B) Sản xuất thuốc
- C) Tách triết các thành phần máu.
- D) Triển khai các kỹ thuật dịch tễ học phân tử.
- E) Các kỹ thuật kiểm soát và đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm.

Câu 2. Lựa chọn ưu tiên phát triển khoa học, công nghệ trong khám chữa bệnh (khoanh tròn vào đầu các lĩnh vực ưu tiên)

A) Đầu tư phát triển các trung tâm quốc gia Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Huế có mũi nhọn ngang tầm quốc tế.

B)

.....
C) Các trung tâm kỹ thuật cao của các tỉnh thành phố trực thuộc trung ương được đầu tư các khoa học công nghệ đồng bộ.

D) Một số khoa học công nghệ ưu tiên : chẩn đoán hình ảnh; cấp cứu hồi sức; tim mạch; kỹ thuật nội soi; công nghệ sinh học, công nghệ gen, bệnh học phân tử, các kit chẩn đoán, kỹ thuật vi sinh về kháng sinh đồ, chế phẩm sinh học, hoá sinh, miễn dịch;

E) Phát triển phương pháp điều trị ghép tạng và ghép tổ chức

Câu 3. Điền cho đủ 10 giải pháp phát triển khoa học công nghệ

1.
2. Đầu tư cho khoa học công nghệ
3. Lòng ghép các nhiệm vụ
4. Sắp xếp mạng lưới các đơn vị sự nghiệp Y tế hợp lý
5. Xây dựng môi trường pháp lý
6. Xây dựng kế hoạch cụ thể
7.
- (Vai trò của hội đồng khoa học kỹ thuật).
8. Công tác quản lý khoa học công nghệ
9. Hợp tác quốc tế
10. Chăm lo đời sống cán bộ

Câu 4. Điền cho đủ các thành phần cơ bản của đề cương nghiên cứu

- A) Tên đề tài hay dự án nghiên cứu, triển khai.
- B)
- C) Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, có thể có giả thiết nghiên cứu.
- D) Nội dung và tiến độ triển khai kế hoạch nghiên cứu.
- E) Sản phẩm nghiên cứu.
- F) Dự toán kinh phí và vật tư phục vụ nghiên cứu.

Câu 5. Điền cho đủ 6 hình thức đào tạo áp dụng trong bệnh viện

- A) Đào tạo ban đầu trong nhà trường
- B) Đào tạo nâng cao trình độ, cấp bậc (sau/trên đại học)
- C)
- D) Tự đào tạo
- E) Đào tạo từ xa
- F) Sinh hoạt chuyên môn.

Câu 6. Mô tả quy trình tổ chức đào tạo liên tục tại các cơ sở khám chữa bệnh

BÀI 14

CHỈ ĐẠO TUYỂN VÀ CÁC HOẠT ĐỘNG HỖ TRỢ TUYỂN DƯỚI TRONG LĨNH VỰC KHÁM, CHỮA BỆNH

Mục tiêu:

Sau bài học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Hiểu rõ mục đích, ý nghĩa, nội dung nhiệm vụ chỉ đạo tuyển. Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện hoạt động chỉ đạo tuyển của đơn vị.
2. Hiểu rõ sự cần thiết, mục tiêu, phương thức, quy trình thực hiện luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyển dưới; xây dựng được quy trình, chuyển giao và tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật.

CHỈ ĐẠO TUYỂN TRONG LĨNH VỰC KHÁM, CHỮA BỆNH

I. CHỈ ĐẠO TUYỂN, MỤC ĐÍCH, Ý NGHĨA

Công tác chỉ đạo tuyển là một trong những nhiệm vụ quan trọng của ngành Y tế. Trong những năm qua, Bộ Y tế đã chỉ đạo các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện công tác chỉ đạo tuyển nhằm đưa những dịch vụ kỹ thuật y tế đến gần dân, góp phần thực hiện công bằng và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Nhằm góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, đưa dịch vụ kỹ thuật y tế đến gần nhân dân, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, đảm bảo sự công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân, giảm tình trạng quá tải cho bệnh viện tuyến Trung ương, Bộ Y tế luôn quan tâm, chú trọng chỉ đạo thực hiện nhiệm vụ chỉ đạo tuyển. Trải qua các thời kỳ hình thành, phát triển, ngành y tế luôn coi chỉ đạo tuyển là một nhiệm vụ quan trọng của các bệnh viện.

Năm 2009, Luật khám bệnh, chữa bệnh ban hành, tại Khoản 3 Điều 81 quy định: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tuyến trên có trách nhiệm chỉ đạo, hỗ trợ về chuyên môn kỹ thuật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tuyến dưới.

Chỉ đạo tuyển là hoạt động hỗ trợ tuyển dưới của các cơ sở khám bệnh chữa bệnh tuyến trên về chuyên môn, nghiệp vụ trong chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt là việc thực hiện các kỹ thuật y tế: đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, hội chẩn, hỗ trợ nhân lực.

Thông qua hoạt động chỉ đạo tuyển, bệnh viện tuyến trên có điều kiện giúp đỡ tuyển dưới cả về phòng bệnh, chữa bệnh, về tổ chức quản lý, về chuyên môn kỹ thuật cả về lý thuyết và thực hành.

Hoạt động đào tạo, cầm tay chỉ việc, chuyển giao kỹ thuật, giúp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến dưới khai thác hết công suất sử dụng trang thiết

bị, góp phần tạo điều kiện người dân ở các địa phương đặc biệt là vùng sâu, vùng xa tiếp cận với dịch vụ y tế chất lượng cao với chi phí thấp.

Tăng cường công tác chỉ đạo tuyến góp phần đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân, giảm quá tải ở bệnh viện tuyến trên.

Thực hiện chỉ đạo tuyến chính là tạo điều kiện cho tuyến dưới tăng thêm uy tín trong cộng đồng do chữa được nhiều bệnh với chất lượng kỹ thuật cao hơn.

Thực hiện tốt nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, giúp mối quan hệ đồng nghiệp, thầy trò giữa bệnh viện tuyến trên và bệnh viện tuyến dưới được tăng cường, gắn kết, đồng cảm. Nhiều hình thức liên hệ, trao đổi chuyên môn được hình thành giúp nâng cao năng lực chuyên môn tuyến dưới, nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh.

Trong quá trình thực hiện hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, cầm tay chỉ việc hỗ trợ tuyến dưới, cán bộ tuyến trên được hoàn thiện nâng cao năng lực chuyên môn, năng lực sư phạm, hiểu biết thêm về kiến thức xã hội, về môi trường làm việc của đồng nghiệp tuyến dưới, văn hóa địa phương, phong tục tập quán, hoàn cảnh sống của người dân...

II. CÁC VĂN BẢN CHỈ ĐẠO VỀ CHỈ ĐẠO TUYẾN

1. “Dự thảo các chế độ, chức trách trong bệnh viện” và “Hướng dẫn tổ chức công tác bệnh viện” năm 1961 quy định chỉ đạo tuyến trước là một trong 5 nhiệm vụ của bệnh viện.

2. “Tổ chức, chức trách, chế độ công tác bệnh viện” năm 1969, 1971 và 1978 khẳng định nhiệm vụ chỉ đạo tuyến trước của bệnh viện.

3. “Quy chế bệnh viện” năm 1997, quy định nhiệm vụ chỉ đạo tuyến dưới là một trong 7 nhiệm vụ của bệnh viện, nêu rõ nội dung, cơ cấu tổ chức chỉ đạo tuyến của các bệnh viện Hạng I, Hạng II và Hạng III.

4. Chỉ thị số 09/2004/CT-BYT ngày 29 tháng 11 năm 2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám, chữa bệnh yêu cầu các đơn vị không ngừng hoàn thiện mạng lưới chỉ đạo tuyến và thực hiện tốt các nội dung hoạt động chỉ đạo tuyến.

5. Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án: “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên, hỗ trợ bệnh tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tuyến dưới”, là một hoạt động chỉ đạo tuyến đặc thù, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và trình độ chuyên môn kỹ thuật tay nghề cho cán bộ y tế tuyến dưới và giảm tải từ xa cho các bệnh viện tuyến trên.

6. Quyết định số 3172/QĐ-BYT ngày 01 tháng 9 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án: “Thành lập/kiện toàn Trung tâm/Phòng đào tạo chỉ đạo tuyến trực thuộc các bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I trực thuộc Bộ Y tế”, nhằm góp phần củng cố, kiện toàn tổ chức, tăng cường hoạt động chỉ đạo tuyến.

7. Quyết định số 4026/QĐ-BYT ngày 20 tháng 6 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy định về việc phân công công tác chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám, chữa bệnh.

8. Quyết định số 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo Đề án 1816 từ năm 2013.

9. Quyết định số 14/QĐ-TTg ngày 20 tháng 02 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

III. TỔ CHỨC MÀNG LƯỚI CHỈ ĐẠO TUYẾN TRONG LĨNH VỰC KHÁM, CHỮA BỆNH HIỆN NAY

1. Phòng Chỉ đạo tuyến và luân phiên cán bộ thuộc Cục Quản lý khám, chữa bệnh

- Phòng Chỉ đạo tuyến và luân phiên luân chuyển cán bộ trực thuộc Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế được thành lập theo Quyết định số 982/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

- Chức năng, nhiệm vụ: là bộ phận chuyên trách có chức năng giúp Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh thực hiện các nhiệm vụ được Bộ trưởng Bộ Y tế giao cho trong lĩnh vực chỉ đạo tuyến, luân phiên, luân chuyển cán bộ theo nội dung Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh” ban hành kèm theo Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Đề án bệnh viện vệ tinh, Đề án bác sĩ gia đình và công tác đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 47, Đề án 930.

- Cơ cấu tổ chức, nhân lực: Gồm 01 trưởng phòng và 04 cán bộ.

2. Trung tâm/phòng đào tạo, chỉ đạo tuyến trực thuộc các bệnh viện Hạng đặc biệt, Hạng I trực thuộc Bộ Y tế

Là đơn vị trực thuộc bệnh viện và chịu sự quản lý toàn diện của giám đốc bệnh viện. Tính đến tháng 11/2012 đã có 23 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế được phê duyệt thành lập trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến.

2.1. Chức năng: tham mưu, giúp giám đốc bệnh viện xây dựng chiến lược tổng thể, tổ chức thực hiện và quản lý tập trung việc thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học, ứng dụng các tiến bộ về khoa học kỹ thuật trong khám, chữa bệnh; đào tạo bồi dưỡng nâng cao năng lực chuyên môn, chuyển giao công nghệ kỹ thuật y học cho tuyến dưới; chỉ đạo kỹ thuật cho tuyến dưới, cử cán bộ đi luân phiên và chịu trách nhiệm trước Giám đốc bệnh viện về toàn bộ hoạt động đào tạo, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến và luân phiên cán bộ của bệnh viện.

2.2. Nhiệm vụ:

1) Đào tạo: điều phối và quản lý tập trung công tác đào tạo và phát triển các loại hình đào tạo, bao gồm: đào tạo liên tục, chuyển giao kỹ thuật cho cán bộ y tế; Đào tạo luân vòng cho bác sĩ, điều dưỡng mới tốt nghiệp; đào tạo

chuyên khoa định hướng cho bác sĩ, điều dưỡng; phối hợp theo dõi và quản lý học viên hệ chính quy của các trường đại học Y, Dược, các trường cao đẳng, trung cấp y đến thực tập tại bệnh viện; phối hợp với các trường đại học, cao đẳng và trung cấp y, triển khai các loại hình đào tạo dài hạn, có bằng cấp chính quy, bác sĩ chuyên khoa I, bác sĩ chuyên khoa II; hợp tác, liên kết đào tạo nguồn nhân lực y tế và phát triển năng lực khám chữa bệnh của các tuyến điều trị với các dự án, đề án, chương trình, tổ chức trong nước và quốc tế.

2) Nghiên cứu khoa học: điều phối, quản lý việc thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước, cấp Bộ và cấp cơ sở về hoạt động chuyên môn và quản lý y tế.

3) Chỉ đạo tuyển và luân phiên cán bộ: lập kế hoạch chỉ đạo tuyển, cử cán bộ chuyên môn luân phiên hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới thường xuyên và đột xuất khi có nhu cầu. Tổ chức triển khai thực hiện các hoạt động hướng về cộng đồng, các chương trình y tế quốc gia, chăm sóc sức khỏe ban đầu; theo dõi, đôn đốc kiểm tra, đánh giá hiệu quả công tác chỉ đạo tuyển và luân phiên cán bộ hỗ trợ chuyên môn tuyến dưới; định kỳ sơ kết, tổng kết với tuyến dưới để có thông tin hai chiều, rút kinh nghiệm trong thực hiện, điều chỉnh hoạt động chỉ đạo tuyển và luân phiên cán bộ phù hợp với nhu cầu; thống kê, lưu trữ các tài liệu về hoạt động chỉ đạo tuyển, luân phiên cán bộ của bệnh viện.

2.3. Cơ cấu tổ chức, nhân lực, kinh phí hoạt động

- Trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyển:

Cơ cấu tổ chức: trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyển có giám đốc và các phó giám đốc; các phòng chức năng: Phòng đào tạo; phòng chỉ đạo tuyển và luân phiên; phòng nghiên cứu khoa học; văn phòng trung tâm.

Nhân lực: 20 - 30 cán bộ và các cộng tác viên do giám đốc bệnh viện quyết định theo nhu cầu chuyên môn và qui mô, phạm vi hoạt động của trung tâm.

Kinh phí hoạt động từ nguồn Ngân sách Nhà nước cấp và các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

- Phòng đào tạo và chỉ đạo tuyển:

Cơ cấu tổ chức: phòng đào tạo và chỉ đạo tuyển có trưởng phòng và các phó trưởng phòng; gồm ba bộ phận chức năng: chỉ đạo hoạt động chuyên khoa tuyến dưới; đào tạo cán bộ chuyên khoa, nghiên cứu khoa học.

Nhân lực, kinh phí: do giám đốc bệnh viện giao trong tổng biên chế và kinh phí chung của bệnh viện.

2.4. Cơ chế hoạt động:

- Trung tâm/phòng đào tạo và chỉ đạo tuyển chịu sự quản lý toàn diện của Giám đốc bệnh viện theo qui định của pháp luật và có mối quan hệ phối kết hợp với các khoa, phòng của bệnh viện trong việc thực hiện nhiệm vụ.

- Trung tâm/phòng đào tạo và chỉ đạo tuyển có mối quan hệ hợp tác, liên kết đào tạo nguồn nhân lực y tế và phát triển năng lực khám chữa bệnh của các tuyến điều trị với các dự án, đề án, chương trình, tổ chức trong nước và quốc tế và các cơ sở đào tạo khác.

(Quyết định số 3172/QĐ-BYT ngày 01/9/2009)

3. Phòng Chỉ đạo tuyển trực thuộc các bệnh viện Hạng I trực thuộc Sở Y tế các tỉnh/thành phố

Phòng chỉ đạo tuyển là phòng nghiệp vụ chịu sự lãnh đạo trực tiếp của giám đốc bệnh viện và chịu trách nhiệm trước giám đốc về toàn bộ hoạt động công tác chỉ đạo tuyển (chỉ áp dụng cho bệnh viện hạng I).

3.3. Nhiệm vụ:

- Lập kế hoạch chỉ đạo tuyển dưới, trình giám đốc bệnh viện phê duyệt để tổ chức thực hiện.

- Theo dõi, đôn đốc, kiểm tra, đánh giá hiệu quả công tác hoạt động chuyên môn kỹ thuật của tuyển dưới.

- Phối hợp các chuyên khoa tổ chức thực hiện đào tạo liên tục cho cán bộ tuyển dưới, đồng thời làm tốt công tác nghiên cứu khoa học.

- Định kỳ sơ kết, tổng kết, đúc rút kinh nghiệm về công tác chỉ đạo tuyển, trình giám đốc Bệnh viện vào báo cáo cấp trên.

- Tổ chức thống kê, lưu trữ hồ sơ theo đúng quy chế bệnh viện.

3.2. Tổ chức: phòng chỉ đạo tuyển có trưởng phòng và 01 phó trưởng phòng. Phòng có các bộ phận: chỉ đạo hoạt động chuyên khoa ở tuyển dưới; đào tạo cán bộ chuyên khoa; nghiên cứu khoa học.

(Quy chế bệnh viện năm 1997)

4. Bộ phận chỉ đạo tuyển thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp các bệnh viện Hạng II, Hạng III

Bệnh viện Hạng II, Hạng III theo quy định tại Quy chế bệnh viện năm 1997, không có phòng chỉ đạo tuyển. 5 nhiệm vụ chỉ đạo tuyển sẽ được thực hiện bởi bộ phận chỉ đạo tuyển trực thuộc phòng kế hoạch tổng hợp.

Nhiệm vụ: Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện việc chỉ đạo tuyển dưới phát triển kỹ thuật chuyên khoa để nâng cao chất lượng cấp cứu - chẩn đoán và điều trị chuyên khoa trong địa phương. Kết hợp với các cơ sở y tế tuyển dưới thực hiện chương trình và kế hoạch chăm sóc sức khỏe ban đầu trong địa phương.(Quy chế bệnh viện năm 1997)

IV. NỘI DUNG NHIỆM VỤ CHỈ ĐẠO TUYỂN CỦA CÁC ĐƠN VỊ

4.1. Các đơn vị tuyển trên được phân công chỉ đạo tuyển:

a. Chỉ đạo tuyển công tác khám, chữa bệnh:

- Khảo sát đánh giá năng lực chuyên môn và nhu cầu đào tạo của tuyển dưới.

- Hướng dẫn và tạo điều kiện cho tuyến dưới nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, thực hiện đúng tuyến kỹ thuật; thông báo kịp thời các sai sót về chuyên môn kỹ thuật.

- Kiểm tra việc thực hiện quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật của đơn vị tuyến dưới.

- Hỗ trợ kỹ thuật tuyến dưới khi có yêu cầu.

- Định kỳ sinh hoạt và lắng nghe ý kiến đóng góp của tuyến dưới.

- Xây dựng phương án chuyển tuyến trong phạm vi được phân công.

- Tổ chức thực hiện công tác đào tạo lại, đào tạo liên tục cho cán bộ của các đơn vị tuyến dưới về chuyên môn kỹ thuật tại bệnh viện hoặc tại cơ sở.

- Tiếp nhận cán bộ chuyên môn của tuyến dưới về học tập thực hành, nâng cao tay nghề.

b. Tổ chức thực hiện công tác nghiên cứu khoa học - công nghệ:

- Thực hiện nghiên cứu khoa học về chỉ đạo tuyến.

- Hướng dẫn và phối hợp với tuyến dưới nghiên cứu xây dựng mô hình chuyển tuyến.

c. Triển khai công tác hướng về cộng đồng:

- Cùng với tuyến dưới hướng về cộng đồng thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu, giữ gìn vệ sinh môi trường, tham gia phòng chống dịch bệnh.

- Sẵn sàng ứng cứu hỗ trợ tuyến dưới khi trong địa bàn xảy ra thảm họa, thiên tai và dịch bệnh.

d. Tham gia phối hợp với đơn vị đầu ngành trong việc thực hiện nhiệm vụ chỉ đạo tuyến.

e. Hàng năm các đơn vị tổ chức tổng kết việc thực hiện công tác chỉ đạo tuyến theo kế hoạch và báo cáo kết quả với đơn vị làm đầu ngành cho từng chuyên khoa, chuyên ngành.

4.2. Các đơn vị tuyến trên được phân công làm đầu ngành chỉ đạo tuyến công tác khám, chữa bệnh

a. Giúp Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đạo chuyên môn, nghiệp vụ, quy hoạch phát triển hệ thống mạng lưới chuyên ngành, chuyên khoa trên phạm vi toàn quốc, đồng thời chủ trì phối hợp với một số bệnh viện được phân công chỉ đạo tuyến.

b. Lập kế hoạch đào tạo và tổ chức thực hiện giúp tuyến dưới phát triển kỹ thuật chuyên khoa, chuyên ngành để nâng cao chất lượng cấp cứu, chẩn đoán, điều trị, phòng bệnh.

c. Xây dựng kế hoạch và chỉ đạo các cơ sở y tế tuyến dưới triển khai thực hiện các chương trình, dự án quốc gia, quốc tế.

d. Theo dõi, kiểm tra, giám sát và đánh giá hoạt động chuyên môn, nghiệp vụ của tuyến dưới.

e. Hàng năm tổ chức tổng kết và tổng hợp, báo cáo kết quả công tác chỉ đạo tuyển trên toàn quốc với Bộ Y tế (Cục Quản lý khám, chữa bệnh) theo định kỳ, đột xuất.

4.3. Nhiệm vụ của đơn vị tuyển dưới

a. Tiếp nhận sự chỉ đạo và giám sát của đơn vị tuyển trên về chuyên môn nghiệp vụ trong các hoạt động chỉ đạo tuyển công tác khám, chữa bệnh.

b. Xây dựng kế hoạch đề nghị đơn vị chỉ đạo tuyển trên hỗ trợ đào tạo cán bộ, đăng ký nhu cầu chuyển giao các quy trình kỹ thuật.

c. Chuẩn bị đầy đủ về nhân sự, trang thiết bị, vật tư cần thiết khi tiếp nhận chuyển giao quy trình kỹ thuật từ đơn vị chỉ đạo tuyển trên.

d. Hợp tác với đơn vị chỉ đạo tuyển trên khi tiến hành kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật tại đơn vị mình.

đ. Phối hợp cùng đơn vị chỉ đạo tuyển trên xây dựng mô hình chuyển tuyển.

e. Thông báo kịp thời và đề nghị đơn vị tuyển trên hỗ trợ về chuyên môn nghiệp vụ khi có trường hợp vượt quá khả năng hoặc khi trên địa bàn có thảm họa, thiên tai, dịch bệnh.

g. Báo cáo định kỳ, đột xuất với đơn vị chỉ đạo tuyển trên.

(Quyết định 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010)

V. PHẠM VI CHỈ ĐẠO TUYỂN

Được phân công dựa trên nguyên tắc:

- Chỉ đạo tuyển theo các chuyên khoa, chuyên ngành.
- Kết hợp giữa chuyên khoa và đa khoa.
- Lựa chọn một đơn vị làm đầu ngành để chỉ đạo, tổ chức thực hiện, tổng hợp, thống kê, báo cáo cho từng chuyên khoa, chuyên ngành trên toàn quốc.
- Căn cứ vào điều kiện thực tế và năng lực của các chuyên khoa, chuyên ngành và nhu cầu của các đơn vị để phân công phạm vi chỉ đạo tuyển phù hợp.
- Phân công theo vị trí địa lý, miền, vùng, tỉnh/ thành phố tạo điều kiện thuận lợi nhất cho các đơn vị tham gia công tác chỉ đạo tuyển.
- Đảm bảo sự thống nhất giữa các vụ, cục thuộc Bộ Y tế và các đơn vị được phân công công tác chỉ đạo tuyển.

(Quyết định 4026/QĐ-BYT ngày 20/10/2010)

LUÂN PHIÊN CÁN BỘ HỖ TRỢ TUYỂN DƯỚI

A. ĐỀ ÁN 1816

I. Sự cần thiết luân phiên cán bộ từ tuyển trên về hỗ trợ tuyển dưới

1. Bối cảnh thế giới:

Hầu hết các nước trên thế giới luôn tồn tại tình trạng phân bố nhân lực y tế không đồng đều giữa các vùng, miền, giữa nông thôn/thành thị, đồng bằng/miền núi. Theo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2006 ở vùng thành thị dân cư <55% nhưng tập trung 75% bác sĩ; 60% điều dưỡng, 58% nhân viên y tế khác. Việc thiếu cán bộ chuyên môn trình độ cao ở tuyến dưới là tình trạng bức xúc của nhiều nước.

Trung Quốc: 67% cán bộ y tế phục vụ cho dân thành thị (chiếm 47%DS). 80% CBYT trình độ cao di chuyển về thành thị, Tỷ lệ cán bộ y tế/1 vạn dân: 6,63 gấp 2,2 lần so với nông thôn (2,94). Thái Lan: tỷ lệ cán bộ y tế /1 vạn dân tại Băng Cốc gấp 17 lần vùng Tây Bắc (1979). Nhật Bản là nước phát triển nhưng cũng luôn tồn tại tình trạng thiếu NLYT ở vùng nông thôn, đặc biệt là miền núi, vùng sâu, vùng xa.

Để khắc phục tình trạng nêu trên các nước trên thế giới đã thực hiện nhiều giải pháp tình thế và lâu dài. Bao gồm 4 nhóm giải pháp chính: Tuyển dụng đào tạo, tài chính, luật hóa và nhóm giải pháp mang tính hỗ trợ.

- Chú trọng tuyển sinh và đào tạo cán bộ y tế là người ở các vùng nông thôn (Thái lan, Úc, Mỹ...) Trang bị kiến thức, kỹ năng cho sinh viên để có thể làm việc ở vùng nông thôn...Có chính sách ưu tiên tuyển dụng làm việc tại vùng nông thôn, Hợp đồng với cán bộ y tế đã nghỉ hưu, thuê sinh viên nước ngoài mới ra trường....

- Tăng cường chế độ đãi ngộ, điều kiện sống, điều kiện làm việc cho cán bộ y tế ở vùng sâu, vùng xa. Indonesia: Lương bác sĩ vùng sâu, vùng xa gấp đôi bác sĩ thành thị. Thái Lan trả phụ cấp gấp 3 lần lương cơ bản cho bác sĩ công tác tại vùng sâu vùng xa, đồng thời ưu đãi sắp xếp ngạch công chức. Bác sĩ có thâm niên 10-12 năm tại nông thôn được xếp bậc lương bằng Lãnh đạo cơ sở y tế tuyến tỉnh (xếp bậc 9/11). Xây nhà ở cho cán bộ y tế, cải thiện điện, đường, nước sinh hoạt. Zambia bác sĩ công tác ở vùng nông thôn được nhận phụ cấp 30% lương, được hỗ trợ nâng cấp nhà ở, hỗ trợ xe, cho vay tiền mua nhà, hỗ trợ học phí thời gian học đại học, hỗ trợ học phí học nâng cao. Nhật Bản: thành lập trường đại học y đào tạo bác sĩ cho vùng sâu, vùng xa, hỗ trợ kinh phí đào tạo đại học y cho các sinh viên được gửi đi học từ các vùng thiếu bác sĩ, sau khi tốt nghiệp sinh viên có trách nhiệm về công tác một số năm tại địa phương đã gửi đi học và hỗ trợ kinh phí đào tạo.

- Nhiều nước như Malaixia, Thái Lan, ...đã xác định việc điều đưa ra chính sách đối phối, bố trí cán bộ chuyên môn cao làm việc tại vùng sâu, vùng xa là chương trình quốc gia, xác định nhu cầu địa phương, điều động cán bộ phù hợp. Sinh viên sau tốt nghiệp có nghĩa vụ phải công tác một số năm ở vùng sâu, vùng xa. Cán bộ trước khi được đi học chuyên khoa sâu phải có thời gian công tác ở vùng sâu, vùng xa.

- Thực hiện các hình thức tôn vinh cán bộ y tế ở vùng nông thôn. Thái Lan: thành lập Hiệp hội bác sĩ nông thôn để tăng vị thế, bảo vệ quyền lợi bác sĩ nông thôn

Như vậy, việc thiếu cán bộ y tế làm việc tại tuyến dưới, vùng sâu vùng xa, đặc biệt là cán bộ y tế tay nghề cao là phổ biến ở các nước trên thế giới. Giải pháp Luân phiên về tuyến dưới, vùng sâu vùng xa, vùng khó khăn là một trong bốn giải pháp được nhiều nước thực hiện và đã mang lại hiệu quả tốt.

2. Việt Nam tại thời điểm xây dựng Đề án:

Trong những năm qua, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng.

Mạng lưới y tế phát triển rộng khắp, 97,9% xã có trạm y tế hoạt động, 100% xã có cán bộ y tế hoạt động, 99,6% xã có nữ hộ sinh hoạt động. Số bác sĩ/vận dân xu hướng tăng 2001: 4,1; 2006: 6,2, trong khi đó Indonesia: 1,3; Trung Quốc:10,6; Thái Lan: 3,7.

Hệ thống khám, chữa bệnh ngày càng phát triển. Trang thiết bị được trang bị hiện đại hơn. Chất lượng chẩn đoán, điều trị nâng cao, nhiều kỹ thuật cao được thực hiện.

Tổng số bệnh viện công: **1062**: Bệnh viện trung ương : 36; bệnh viện đa khoa, chuyên khoa các tỉnh: 325; bệnh viện đa khoa huyện: 621, Trạm y tế: 10.997. Tổng số bệnh viện ngoài công lập: **100**. Tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh tại các bệnh viện: Trung ương 0,25/1 GB, địa phương là 0,22/1 giường bệnh.

Các bệnh viện tuyến trên đã tích cực hỗ trợ kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến dưới qua phương thức chỉ đạo tuyến, nhưng kết quả còn nhiều hạn chế.

Ngành y tế nói chung, hệ thống khám, chữa bệnh nói riêng phải đối mặt với một số hạn chế. Đầu tư cho y tế tuy có tăng nhưng chưa tương xứng với nhu cầu khám, chữa bệnh. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị của nhiều bệnh viện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến dưới xuống cấp. Tình trạng thiếu nhân lực y tế phổ biến ở tuyến dưới, vùng sâu, vùng xa, đặc biệt thiếu cán bộ y tế có tay nghề cao.

Chất lượng công tác khám, chữa bệnh của các bệnh viện tuyến dưới, nhất là miền núi, vùng sâu, xa còn hạn chế. Hiện tượng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên vẫn còn phổ biến.

Để khắc phục tình trạng trên, ngày 26/5/2008, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1816/2008/QĐ-BYT phê duyệt Đề án: “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh” (gọi tắt là Đề án 1816), một hoạt động đặc thù của chỉ đạo tuyến.

II. Mục tiêu Đề án 1816:

1) Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện tuyến dưới, đặc biệt là miền núi, vùng sâu, vùng xa thiếu cán bộ y tế.

2) Giảm tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương.

3) Chuyển giao công nghệ và đào tạo cán bộ tại chỗ nhằm nâng cao tay nghề cho cán bộ tuyến dưới.

III. Phương thức, quy trình, chỉ tiêu thực hiện cử cán bộ luân phiên:

Bệnh viện tuyến trên cử cán bộ chuyên môn về hỗ trợ bệnh viện tuyến dưới theo hai phương thức: hỗ trợ đào tạo, chuyển giao kỹ thuật nhằm nâng cao trình độ cán bộ tuyến dưới, chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tuyến dưới; hỗ trợ nhân lực cho vùng sâu vùng xa, vùng khó khăn, thiếu nhân lực. Hỗ trợ đào tạo, chuyển giao kỹ thuật là chủ yếu.

a) Nguyên tắc và thời gian cử cán bộ luân phiên:

- Cử cán bộ chuyên môn có khả năng giải quyết độc lập các kỹ thuật về hỗ trợ BV tuyến dưới.

- Thời gian luân phiên do đơn vị cử cán bộ quyết định nhưng tối thiểu 3 tháng/1 đợt.

- Một bệnh viện tuyến trên có thể hỗ trợ một hoặc nhiều BV tuyến dưới, một bệnh viện bệnh viện tuyến dưới có thể nhận hỗ trợ của một hoặc nhiều bệnh viện tuyến trên.

b) Chỉ tiêu cử cán bộ luân phiên:

- Bộ Y tế quy định về chỉ tiêu cử cán bộ luân phiên đối với các bệnh viện trực thuộc Bộ: bệnh viện đa khoa: 01 cán bộ/50 giường bệnh kế hoạch; bệnh viện chuyên khoa: 01 cán bộ/30 giường bệnh kế hoạch. Định mức này được quy định thực hiện ổn định trong 2 năm 2008, 2009. Tuy nhiên trong thực tế, quy định này đã thực hiện đến hết năm 2011.

c) Quy trình thực hiện:

- Khảo sát thực trạng năng lực và nhu cầu hỗ trợ chuyên môn của tuyến dưới. Xác định nội dung hỗ trợ phù hợp với khả năng tuyến trên và nhu cầu tuyến dưới.

- Ký kết hợp đồng hỗ trợ giữa bệnh viện tuyến trên và bệnh viện tuyến dưới. Lập kế hoạch hỗ trợ/ tiếp nhận hỗ trợ.

Bệnh viện tuyến trên trình cấp có thẩm quyền phê duyệt quyết định cử cán bộ luân phiên. Thực hiện cử cán bộ luân phiên hỗ trợ.

Bệnh viện tuyến dưới chuẩn bị các điều kiện về trang thiết bị, nhân lực, bệnh nhân để tiếp nhận hỗ trợ chuyên môn, tiếp nhận và tạo điều kiện cán bộ luân phiên về làm việc.

- Tổ chức kiểm tra giám sát, hỗ trợ thực hiện.

- Đánh giá kết quả hỗ trợ, thanh lý hợp đồng.

- Tiếp tục theo dõi đánh giá nhu cầu hỗ trợ của bệnh viện tuyến dưới để có hỗ trợ phù hợp.

IV. Kết quả cơ bản thực hiện Đề án 1816 giai đoạn 2008 - 2012:

1. Công tác triển khai thực hiện

1.1. Bộ Y tế:

- *Thành lập Ban chỉ đạo Đề án 1816 Bộ Y tế* do Bộ trưởng làm Trưởng ban, Thứ trưởng phụ trách lĩnh vực khám, chữa bệnh làm Phó Trưởng Ban Thường trực, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh là phó Ban. Ban chỉ đạo duy trì họp giao ban hàng tuần. Thành lập Phòng Chỉ đạo tuyến và luân phiên luân chuyển cán bộ, bộ phận thường trực giúp việc Ban chỉ đạo.

- *Tổ chức các hoạt động truyền thông*: Bộ Y tế giao Trung tâm Truyền thông Giáo dục Sức khỏe Trung ương phối hợp với các cơ quan báo đài trung ương, địa phương tổ chức các hoạt động truyền truyền, phổ biến về chủ trương, mục tiêu, nội dung và kết quả thực hiện Đề án. Hàng ngàn tin, bài, phóng sự về Đề án 1816 được đưa trên các phương tiện thông tin đại chúng. Bản tin chuyên đề về 1816, được xây dựng và duy trì phát hành hàng tháng, phát hành tài liệu: “Đề án 1816 từ chủ trương đến thực tiễn”.

- *Ban hành các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn, đôn đốc tổ chức thực hiện* Đề án 1816 và các hoạt động hỗ trợ Đề án 1816:

+ Công văn số 86/BCSD ngày 24/2/2009 của Ban cán sự Đảng Bộ Y tế chỉ đạo tăng cường lãnh đạo thực hiện Đề án 1816.

+ Quyết định số 4149/QĐ-BYT ngày 22/10/2008 quy định tạm thời định mức cán bộ chuyên môn được cử đi luân phiên đối với các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế.

+ Quyết định số 3169/QĐ-BYT ngày 26/8/2008 về việc giao bổ sung chỉ tiêu biên chế năm 2008 đối với các bệnh viện tham gia đợt I Đề án 1816.

+ Các văn bản hướng dẫn tạm thời về kinh phí, về chỉ tiêu đi luân phiên; về mẫu báo cáo, về quy trình đi luân phiên, về hướng dẫn xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật, hướng dẫn chứng nhận chuyển giao kỹ thuật, chứng nhận hoàn thành nhiệm vụ luân phiên.....

- *Triển khai các đề tài nghiên cứu khoa học* để đánh giá hoạt động Đề án 1816, mặt mạnh, tồn tại, đề xuất giải pháp khắc phục tồn tại: Giao Viện Chiến lược và Chính sách y tế và Cục Quản lý Khám, chữa bệnh tổ chức nghiên cứu đánh giá thực hiện Đề án.

- *Tổ chức hoạt động tập huấn/hội thảo* để phổ biến, quán triệt, tuyên truyền về chủ trương, mục tiêu, nội dung, giải pháp của Đề án 1816, tăng cường năng lực thực hiện Đề án 1816 cho cán bộ các cấp ngành Y tế.

- *Kiểm tra, giám sát tổ chức thực hiện*: thường xuyên kiểm tra giám sát hỗ trợ, hướng dẫn thực hiện tại các địa phương.

- *Tổ chức giao ban/sơ kết* để rút kinh nghiệm thực hiện và giải quyết khó khăn, vướng mắc.

- *Kinh phí tổ chức thực hiện*: Ngân sách nhà nước cấp cho việc tổ chức thực hiện tại cấp trung ương: năm 2008: 4,825 tỷ; năm 2009: 30 tỷ; năm 2010 và 2011 mỗi năm 35 tỷ đồng. Nhiều tổ chức, cá nhân đã ủng hộ cho việc thực hiện Đề án: Ngân hàng Viettinbank (ủng hộ 20 xe ô tô), Công ty Việt Nhật và nhiều đơn vị khác...

1.2. Các bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế

- 37/37 bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế thành lập Ban chỉ đạo.

- 37/37 bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh đã xây dựng kế hoạch tổ chức thực hiện Đề án 1816; 02 bệnh viện thuộc các cơ sở đào tạo: BV Tuệ Tĩnh - Học viện Y Dược Cổ truyền, BV Đại học Y Dược TP. HCM tình nguyện cử cán bộ luân phiên; 37/37 bệnh viện đã có khảo sát đánh giá thực trạng tuyến dưới, xác định nhu cầu cần hỗ trợ trước khi lập kế hoạch cử cán bộ luân phiên.

- Các bệnh viện đã tổ chức quán triệt quan điểm, chủ trương thực hiện Đề án 1816 đến từng cán bộ, đảng viên, công chức, viên chức của bệnh viện.

- 72 bệnh viện cử 6.831 lượt cán bộ luân phiên, trong đó bệnh viện trung ương 4.143 lượt cán bộ.

* Địa phương

- 47/63 tỉnh/thành phố thành lập ban chỉ đạo Đề án tại địa phương do Phó Chủ tịch Ủy ban nhân dân (UBND) tỉnh/thành phố phụ trách văn xã làm Trưởng ban chỉ đạo, Giám đốc Sở Y tế làm Phó Trưởng ban Thường trực, ủy viên là các lãnh đạo các sở, ban, ngành liên quan để chỉ đạo công tác triển khai thực hiện Đề án tại địa phương.

25 Sở Y tế đã thành lập ban chỉ đạo cấp Sở; 185 Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh và 322 bệnh viện huyện thành lập ban chỉ đạo thực hiện Đề án 1816 của bệnh viện.

- Các tỉnh/thành phố phối hợp với bệnh viện tuyến trên đánh giá thực trạng, nhu cầu hỗ trợ chuyên môn, lập kế hoạch tiếp nhận cán bộ luân phiên từ bệnh viện trung ương về hỗ trợ (62/63 tỉnh/thành phố); cử cán bộ luân phiên từ bệnh viện tỉnh hỗ trợ bệnh viện huyện (47/63 tỉnh/thành phố); cử bác sĩ từ bệnh viện huyện về khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã (36/63 tỉnh/thành phố).

- Một số địa phương đã cân đối kinh phí để chi cho hoạt động cử cán bộ luân phiên: TP. Hồ Chí Minh (4,1 tỷ), Hà Nội (3,5 tỷ), Cao Bằng (3 tỷ), Thừa Thiên Huế, Hải Dương (320tr)...

b) Kết quả hỗ trợ chuyên môn của cán bộ luân phiên

* Kết quả hỗ trợ của cán bộ bệnh viện trung ương luân phiên hỗ trợ bệnh viện tỉnh

- Cán bộ đi luân phiên đã tổ chức 2.904 lớp tập huấn nâng cao năng lực, trình độ chuyên môn tay nghề cho 69,044 lượt cán bộ tuyến dưới.

- 5.148 kỹ thuật thuộc 26 chuyên ngành đã được chuyển giao cho tuyến tỉnh. 90% các kỹ thuật sau tiếp nhận chuyển giao, tuyến dưới đã tự thực hiện được.

- 875.569 lượt người bệnh được CBLP khám, chữa bệnh tại tuyến dưới; 22.415 ca phẫu thuật, thủ thuật được CBLP trực tiếp thực hiện.

Nhiều đơn vị báo cáo giảm tỷ lệ chuyển tuyến theo loại bệnh tật được điều trị bằng các kỹ thuật chuyển giao cho tuyến dưới từ 17- 30%. (Ví dụ: Đục thủy tinh thể giảm chuyển tuyến sau chuyển giao kỹ thuật phaco...) . Tuy nhiên chưa có đánh giá cụ thể nào về giảm tỷ lệ chuyển tuyến để loại trừ các yếu tố nhiễu.

* Kết quả luân phiên nội bộ địa phương: Theo báo cáo chưa đầy đủ của các đơn vị có:

- Bệnh viện tỉnh cử **2.770** lượt cán bộ luân phiên hỗ trợ **360** lượt bệnh viện huyện, tổ chức **962** lớp tập huấn cho **20.443** lượt học viên, chuyển giao **2.514** kỹ thuật, khám, chữa bệnh cho **270.500** lượt người bệnh, trực tiếp phẫu thuật **6.788** ca.

- Bệnh viện huyện cử **3.234** lượt cán bộ xuống hỗ trợ **2.116** lượt trạm y tế xã, KCB cho **3.781.658** lượt người bệnh.

IV. Đánh giá kết quả:

- Việc thực hiện đề án 1816 là thực hiện đường lối chỉ đạo của Đảng và nhà nước về công tác Y tế hướng về cơ sở, đảm bảo an sinh xã hội, công bằng trong chăm sóc sức khỏe.

- Qua 4 năm thực hiện đề án cơ bản đã bám sát mục tiêu Đề án, đã góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh cho tuyến dưới, nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật tay nghề cho cán bộ y tế, nâng cao vị thế uy tín của cơ sở khám, chữa bệnh địa phương, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên, tạo điều kiện cho bệnh viện tuyến dưới phát triển các chuyên khoa sâu.

- Đề án mang nhiều lợi ích cho ngành y tế, đặc biệt nâng cao năng lực tuyến dưới, góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh tuyến dưới, giúp người dân được hưởng dịch vụ y tế kỹ thuật cao tại địa phương với chi phí thấp, góp phần giảm tải tuyến trên.

- Đề án 1816 đã có hiệu quả thiết thực cho các bệnh viện tuyến dưới. Nhiều bệnh viện tuyến dưới đã, đang tiếp tục đề nghị bệnh viện tuyến trên đến hỗ trợ tăng cường.

- Mối quan hệ đồng nghiệp giữa bệnh viện tuyến trên và bệnh viện tuyến dưới được tăng cường, gắn kết, đồng cảm, hình thức trao đổi chuyên môn qua điện thoại, Internet được hình thành giúp nâng cao năng lực chuyên môn.

- Sau khi đi luân phiên cán bộ tuyến trên được hoàn thiện nâng cao năng lực chuyên môn, năng lực sư phạm, hiểu biết thêm về kiến thức xã hội, về môi trường làm việc của đồng nghiệp tuyến dưới, văn hóa địa phương, phong tục tập quán, hoàn cảnh sống của người dân...

Thực hiện chỉ đạo của PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Tiến, Bộ trưởng Bộ Y tế về việc coi hoạt động luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyến dưới là một giải pháp góp phần chống quá tải bệnh viện, Đề án 1816 đã, sẽ được tiếp tục triển khai thực hiện.

1.6. Hạn chế, bất cập:

- Quy định bắt buộc thời gian 3 tháng/ một cán bộ/ một lần đi luân phiên chưa phù hợp với nhu cầu chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới vì có kỹ thuật cần thời gian chuyển giao trên 3 tháng nhưng cũng có kỹ thuật chỉ cần dưới 3 tháng. Vì vậy có tình trạng đối phó trong quá trình thực hiện.

- Định mức cử cán bộ đi luân phiên theo Quy định 50 giường kế hoạch đối với BV đa khoa và 30 giường đối với BV chuyên khoa cử 01 cán bộ đi luân phiên là quá cao, vì thực tế hầu hết các đơn vị thực hiện đều dưới 100% định mức. Vì thực tế khi triển khai các đơn vị phải căn cứ nhu cầu tuyển dưới và khả năng đáp ứng của bệnh viện.

- Về tổ chức thực hiện có tình trạng các bệnh viện tuyển trên khảo sát không kỹ nhu cầu tuyển dưới cử cán bộ đi luân phiên không phù hợp, hiệu quả thấp.

- Trang thiết bị, nhân lực ở các bệnh viện tuyển dưới, đặc biệt là tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa hạn chế do đó khó thực hiện chuyển giao kỹ thuật.

B. QUYẾT ĐỊNH 14/QĐ-TTG CỦA THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ VÀ QUYẾT ĐỊNH SỐ 5068/QĐ-BYT CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Nhằm phát huy mặt mạnh, khắc phục tồn tại của Đề án 1816 và nâng cao chất lượng, hiệu quả của hoạt động luân phiên cán bộ, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Quyết định số 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo Đề án 1816 từ năm 2013.

Đồng thời để tăng cường thực hiện luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyến dưới tại các địa phương, Bộ Y tế đã tham mưu Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 14/2013/QĐ-TTg ngày 20 tháng 02 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Quyết định số 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế

Quyết định số 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định một số nội dung triển khai thực hiện Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh” được phê duyệt tại Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế (viết tắt là Đề án 1816) từ năm 2013, như sau:

1. Nguyên tắc thực hiện:

- a) Các bệnh viện tuyến trên tập trung tổ chức chuyển giao gói kỹ thuật theo nhu cầu của bệnh viện tuyến dưới và phù hợp với khả năng đáp ứng của bệnh viện tuyến trên.

- b) Việc tăng cường nhân lực cho tuyến dưới có thể áp dụng trong các trường hợp: tuyến dưới có nhu cầu hỗ trợ khi có thiên tai, dịch bệnh xảy ra; các

cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa thiếu cán bộ y tế; tuyến xã chưa có bác sĩ.

c) Các bệnh viện tuyến trung ương hỗ trợ tuyến tỉnh; tuyến tỉnh hỗ trợ tuyến huyện; tuyến huyện cử bác sĩ định kỳ về trạm y tế xã khám, chữa bệnh theo buổi trong tuần.

d) Cán bộ hoặc kíp cán bộ chuyên môn của bệnh viện tuyến trên tham gia chuyển giao kỹ thuật cho bệnh viện tuyến dưới phải là cán bộ có khả năng giải quyết độc lập được các kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn hỗ trợ.

2. Hình thức chuyển giao kỹ thuật:

Các bệnh viện xây dựng và tổ chức thực hiện chuyển giao kỹ thuật theo hướng dẫn tại Công văn số 2950 /BYT- KCB, ngày 10 tháng 5 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc hướng dẫn xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật y tế trong thực hiện Đề án 1816. Việc chuyển giao kỹ thuật có thể thực hiện theo một trong các hình thức sau:

a) Bệnh viện tuyến trên về chuyển giao kỹ thuật cho bệnh viện tuyến dưới;

b) Bệnh viện tuyến dưới cử cán bộ hoặc kíp cán bộ chuyên môn phù hợp tiếp nhận kỹ thuật tại bệnh viện tuyến trên;

c) Phối hợp hai hình thức trên.

3. Xác định kỹ thuật hoặc gói dịch vụ kỹ thuật đã được chuyển giao:

Các bệnh viện sau khi hoàn thành chuyển giao kỹ thuật hoặc gói dịch vụ kỹ thuật được cấp chứng nhận chuyển giao kỹ thuật theo hướng dẫn tại Công văn số 1999/BYT-KCB, ngày 19 tháng 4 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Tổ chức thực hiện:

a) Các bệnh viện:

- Bệnh viện tuyến dưới (kể cả trạm y tế xã) đề xuất nhu cầu chuyển giao kỹ thuật và tăng cường nhân lực gửi về bệnh viện tuyến trên trước ngày 31 tháng 10 hàng năm.

- Bệnh viện tuyến trên tổng hợp báo cáo nhu cầu tuyến dưới theo phân công chỉ đạo tuyến của Bộ Y tế; xem xét khả năng đáp ứng, lập kế hoạch chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ tuyến dưới. Trong kế hoạch cần ghi rõ danh mục gói kỹ thuật chuyển giao, đơn vị tiếp nhận, danh sách cán bộ tham gia chuyển giao và nhận chuyển giao và dự toán kinh phí theo từng gói kỹ thuật báo cáo về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (đối với bệnh viện trung ương), Sở Y tế (đối với bệnh viện thuộc Sở Y tế) trước ngày 15 tháng 11 hàng năm để Cục và Sở trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt, tổ chức thực hiện.

b) Cục Quản lý Khám, chữa bệnh là đầu mối phối hợp với các Vụ, Cục liên quan có trách nhiệm tổng hợp, điều phối, tổ chức thẩm định kế hoạch của các bệnh viện trực thuộc Bộ, trình Lãnh đạo Bộ Y tế xem xét phê duyệt; tổ chức kiểm tra, giám sát định kỳ, đột xuất và tổng kết, đánh giá thực hiện Đề án 1816 hàng năm.

c) Sở Y tế các tỉnh, thành phố: có trách nhiệm tổng hợp, điều phối, thẩm định kế hoạch của các bệnh viện trực thuộc Sở Y tế, phê duyệt theo thẩm quyền; tổ chức kiểm tra, giám sát định kỳ, đột xuất và tổng kết, đánh giá thực hiện Đề án 1816 (đặc biệt đánh giá việc tiếp nhận và duy trì các gói kỹ thuật

nhận chuyển giao từ bệnh viện tuyến Trung ương) hàng năm; báo cáo Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố và Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh).

5. Bãi bỏ Quyết định số 4149/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định tạm thời định mức cán bộ chuyên môn được cử đi luân phiên đối với các bệnh viện trực thuộc Bộ khi thực hiện Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26 tháng 5 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Quyết định số 14/2013/QĐ-TTg ngày ngày 20 tháng 02 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ

2.1. Quyết định này quy định thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ tuyến trung ương xuống tuyến tỉnh, từ tuyến tỉnh xuống tuyến huyện và tuyến huyện xuống tuyến xã, từ vùng có điều kiện kinh tế - xã hội không khó khăn đến vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

2.2. Đối tượng áp dụng:

- Quyết định này áp dụng đối với bác sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên (sau đây gọi chung là người hành nghề) làm việc trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập.

- Quyết định này không áp dụng đối với người hành nghề thuộc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của lực lượng vũ trang.

2.3. Quy định về đối tượng được miễn thực hiện chế độ luân phiên

- Người hành nghề là nữ đang mang thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 36 tháng tuổi, nam nuôi con nhỏ một mình dưới 36 tháng tuổi.

- Người hành nghề đã có thời gian công tác ở vùng sâu, vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn từ 24 tháng trở lên.

- Người hành nghề có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn: Là con độc nhất trong gia đình có bố, mẹ già; người trực tiếp chăm sóc bố, mẹ già yếu hoặc tàn tật, ốm đau thường xuyên; có vợ (hoặc chồng) bị tàn tật không có khả năng chăm sóc con cái; bản thân không bảo đảm sức khỏe để công tác xa nhà.

- Người hành nghề là nam quá 55 tuổi, nữ quá 50 tuổi (trừ trường hợp tự nguyện).

- Các trường hợp đặc biệt khác do Thủ trưởng cơ quan, đơn vị xem xét, quyết định đối với người hành nghề thuộc quyền quản lý.

2.4. Nguyên tắc thực hiện

- Phù hợp với nhu cầu về số lượng và chất lượng chuyên môn của tuyến dưới cần hỗ trợ và khả năng đáp ứng của tuyến trên.

- Ưu tiên thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn người hành nghề tăng cường cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến cơ sở, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn.

- Bảo đảm tính công bằng, hiệu quả, tránh lãng phí nguồn nhân lực.
- Chế độ luân phiên có thời hạn phải thực hiện theo kế hoạch được duyệt, đúng thẩm quyền và đúng trình tự.

2. 5. Hình thức, thời gian thực hiện chế độ luân phiên

- Việc cử người hành nghề đi luân phiên có thời hạn theo hình thức cử cá nhân hoặc theo nhóm chuyên môn.
- Người hành nghề thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn với thời gian tối thiểu là 06 tháng, tối đa là 12 tháng (trừ trường hợp tự nguyện đi thời gian dài hơn).
- Người hành nghề có thể được cử đi luân phiên có thời hạn theo nhiều đợt, ở nhiều nơi theo yêu cầu của tuyến dưới. Mỗi đợt đi luân phiên theo nhu cầu công việc của nơi được cử đến cần bố trí người đến luân phiên làm việc 2 ngày/tuần, 1 tuần/tháng và được cộng dồn thời gian của các đợt để tính tổng thời gian hoàn thành chế độ luân phiên. Thời gian tối đa của mỗi đợt đi luân phiên không quá 60 ngày.
- Người hành nghề đã có thời gian đi luân phiên có thời hạn theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền trước khi Quyết định này có hiệu lực thì được tính trừ vào thời gian đi luân phiên theo quy định của Quyết định này.

2. 6. Trách nhiệm của người hành nghề đi luân phiên

- Chấp hành nội quy, quy chế và sự chỉ đạo, điều hành của người đứng đầu cơ quan, đơn vị đến làm việc theo chế độ luân phiên.
- Chấp hành quyết định điều động của người đứng đầu cơ quan, đơn vị cử đi luân phiên có thời hạn; thực hiện đúng phạm vi chuyên môn, thời gian, địa điểm làm việc được giao.
- Chấp hành các quy chế chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp theo quy định của Bộ Y tế.
- Báo cáo kết quả thực hiện nhiệm vụ trong thời gian được cử đi luân phiên có thời hạn cho đơn vị trực tiếp cử đi luân phiên.

2.7. Chế độ áp dụng đối với người hành nghề trong thời gian đi luân phiên

a) Chế độ tiền lương, phụ cấp hiện hưởng:

- 100% tiền lương, các khoản phụ cấp theo lương (không bao gồm phụ cấp ưu đãi nghề);
- Phụ cấp ưu đãi nghề, phụ cấp độc hại, phụ cấp đặc biệt; phụ cấp khu vực (nếu có) như đối với người hành nghề tại nơi đến công tác. Trường hợp nơi đến luân phiên thực hiện các mức phụ cấp này thấp hơn tại đơn vị được cử đi thì được giữ nguyên mức hiện hưởng;
- Phụ cấp đặc thù đối với viên chức y tế như: Phụ cấp thường trực, phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật, phụ cấp chống dịch và chế độ làm đêm, thêm giờ (nếu có) theo chế độ quy định;

- Các quyền lợi khác như: Thu nhập tăng thêm, tiền thưởng (nếu có).

b) Chế độ đặc thù với người hành nghề đi luân phiên

- Trợ cấp hằng tháng bằng 50% mức lương hiện hưởng cộng phụ cấp chức vụ lãnh đạo và phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có);

- Thù lao biên soạn giáo trình, tài liệu giảng dạy, tập huấn; tiền báo cáo viên theo chế độ đào tạo, bồi dưỡng công chức, viên chức nhà nước hiện hành khi tham gia các lớp tập huấn trong thời gian đi luân phiên.

c) Chế độ ưu tiên

Người hành nghề hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ trong thời gian đi luân phiên (có quyết định khen thưởng của đơn vị, nơi người hành nghề đến luân phiên) thì được xét ưu tiên nâng bậc lương trước thời hạn, thay đổi chức danh nghề nghiệp khi đủ điều kiện theo quy định của pháp luật và được hưởng các chế độ khen thưởng khác do đơn vị quy định.

2. 8. Nguồn kinh phí và trách nhiệm chi trả chế độ

Nguồn kinh phí thực hiện các chế độ đối với người hành nghề trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập được bố trí trong dự toán ngân sách nhà nước hằng năm giao cho các Bộ, cơ quan Trung ương và địa phương theo phân cấp ngân sách nhà nước hiện hành; trong đó:

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cử người hành nghề đi luân phiên có thời hạn xuống tuyến dưới có trách nhiệm thanh toán các chế độ quy định tại Điểm a, b Khoản 1 và Khoản 2 Điều 7 của Quyết định này cho người hành nghề thuộc đơn vị mình đã được cử đi luân phiên. Trường hợp đơn vị nơi người hành nghề đến luân phiên đã bố trí phòng nghỉ thì không thực hiện thanh toán tiền thuê chỗ nghỉ.

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận người hành nghề từ tuyến trên đến luân phiên có trách nhiệm thanh toán các chế độ quy định tại Điểm c Khoản 1 Điều 7 và các quyền lợi khác như: Thu nhập tăng thêm, tiền thưởng (nếu có), phúc lợi tập thể của đơn vị mình cho người hành nghề được cử đến luân phiên.

- Chế độ công tác phí:

Công tác phí của người hành nghề đi luân phiên do đơn vị cử đi chi trả theo chế độ quy định.

2.9. Trách nhiệm của Bộ Y tế

- Tổ chức triển khai, hướng dẫn việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn của người hành nghề; theo dõi, tổng hợp tình hình thực hiện Quyết định này trong toàn quốc và định kỳ hằng năm báo cáo Thủ tướng Chính phủ.

- Chỉ đạo thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn của người hành nghề đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế.

- Phê duyệt kế hoạch đi luân phiên của các đơn vị trực thuộc Bộ trước 30 tháng 6 hằng năm.

2.10. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

- Tổ chức triển khai, hướng dẫn việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn của người hành nghề đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc quyền quản lý của địa phương.

- Phê duyệt các chương trình, kế hoạch, chính sách luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề trên địa bàn tỉnh trước 30 tháng 6 hằng năm.

- Bố trí kinh phí thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn người hành nghề theo quy định của Quyết định này.

2.11. Trách nhiệm của Sở Y tế

- Xây dựng và trình Ủy ban nhân dân cấp tỉnh các dự thảo chương trình, kế hoạch, chính sách luân phiên có thời hạn người hành nghề trên địa bàn tỉnh.

- Chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra và tổ chức thực hiện chương trình, kế hoạch, chính sách luân phiên có thời hạn của địa phương sau khi được Ủy ban nhân dân cấp tỉnh phê duyệt đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc quyền quản lý.

- Quản lý, sử dụng ngân sách nhà nước chi cho việc thực hiện nhiệm vụ luân phiên có thời hạn người hành nghề; huy động các nguồn lực xã hội hóa cho các hoạt động luân phiên có thời hạn người hành nghề.

- Quyết định khen thưởng hoặc đề nghị cấp có thẩm quyền khen thưởng cho các tổ chức, cá nhân có thành tích trong thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn.

- Chỉ đạo, hướng dẫn và tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo Bộ Y tế về việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn.

2.12. Trách nhiệm của các đơn vị cử người hành nghề đi luân phiên

- Thực hiện khảo sát, xác định nhu cầu của đơn vị, địa phương tiếp nhận người hành nghề đến luân phiên có thời hạn; hợp đồng trách nhiệm với địa phương, đơn vị về số lượng, trình độ chuyên môn nghiệp vụ, thời gian làm việc của người hành nghề đến làm nhiệm vụ.

- Xây dựng kế hoạch hằng năm, thông qua các tổ chức chính trị, chính trị - xã hội của đơn vị, công khai kế hoạch trong toàn đơn vị và điều động hoặc đề nghị cơ quan có thẩm quyền điều động người hành nghề đi luân phiên có thời hạn theo kế hoạch.

- Bố trí kinh phí để thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn người hành nghề của đơn vị theo quy định tại Điều 8 của Quyết định này.

2.13. Trách nhiệm của các đơn vị tiếp nhận người hành nghề đến thực hiện chế độ luân phiên

- Xác định nhu cầu về nhân lực cần bổ sung, tăng cường phù hợp với yêu cầu thực tế, lập kế hoạch tiếp nhận người hành nghề đến luân phiên có thời hạn và kỹ thuật chuyên môn cần hỗ trợ.

- Sắp xếp chỗ ở, phương tiện làm việc, phổ biến về phong tục tập quán của đồng bào địa phương cho người hành nghề đến luân phiên có thời hạn.
- Bố trí kinh phí để giải quyết chế độ cho người hành nghề luân phiên có thời hạn ở đơn vị và kinh phí để bảo đảm các điều kiện vật chất phục vụ công tác chuyên môn cho người hành nghề đến làm việc.
- Xây dựng và ban hành quy chế phối hợp làm việc giữa người hành nghề đi luân phiên có thời hạn và người hành nghề của đơn vị.
- Xác nhận kết quả làm việc của người hành nghề đến luân phiên.

ĐỀ ÁN BỆNH VIỆN VỆ TINH GIAI ĐOẠN 2013-2020

I. SỰ CẦN THIẾT XÂY DỰNG ĐỀ ÁN

Trong thời gian qua, ngành y tế nước ta nói chung, hệ thống khám bệnh, chữa bệnh nói riêng đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng. Cơ sở vật chất, trang thiết bị của các bệnh viện được đầu tư, phát triển hơn, nhiều kỹ thuật, công nghệ y học tiên tiến được áp dụng trong khám, chữa bệnh, khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của người dân được cải thiện, góp phần cứu chữa được nhiều người mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo mà trước đây chưa cứu chữa được hoặc phải đi nước ngoài khám, chữa bệnh.

Tuy nhiên, bên cạnh những thành tựu đã đạt được, hệ thống khám, chữa bệnh của nước ta vẫn còn phải đối mặt với nhiều khó khăn, bất cập, thách thức: Mô hình bệnh tật kép (bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm); nguồn lực đầu tư cho y tế tuy có tăng, nhưng vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu; số giường bệnh/vạn dân thấp hơn so với các nước trong khu vực, năm 2011 đạt tỷ lệ 21,1 giường bệnh/vạn dân¹⁰; nhân lực y tế cho lĩnh vực khám chữa bệnh còn thiếu so với định mức biên chế và nhu cầu thực tế; tỷ lệ bác sĩ/vạn dân đạt 7,211 là tỷ lệ thấp so với nhiều nước trong khu vực; phân bố nhân lực y tế không đồng đều, cán bộ có tay nghề cao thường tập trung chủ yếu ở các thành thị, vùng kinh tế, xã hội phát triển, tình trạng thiếu nhân lực y tế phổ biến ở nhiều địa phương; nhiều kỹ thuật y học cao đã triển khai nhưng không đồng đều, chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn và ở các bệnh viện tuyến trung ương; ở tuyến dưới, vùng sâu, vùng xa có chất lượng dịch vụ y tế thấp hơn hẳn so với vùng kinh tế phát triển, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng cao của người dân hạn chế, dẫn đến sự mất công bằng trong chăm sóc sức khỏe, người dân không tin tưởng chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tuyến dưới.

Việc vượt tuyến khám bệnh, chữa bệnh xảy ra khá phổ biến, nhiều người bệnh đến cơ sở khám chữa bệnh tuyến trung ương để khám, chữa các bệnh mà đáng lẽ có thể được điều trị hiệu quả ngay ở tuyến tỉnh, tuyến huyện, gây quá tải tại các bệnh viện tuyến trên đặc biệt là các bệnh viện trung ương.

Để giải quyết những khó khăn, thách thức nêu trên, trong nhiều năm qua Bộ Y tế đã thực hiện nhiều giải pháp để nâng cao năng lực y tế tuyến dưới

¹⁰ Đề án giám quá bệnh viện giai đoạn 2012-2020

¹¹ Báo cáo tổng kết ngành y tế năm 2012.

thông qua việc đẩy mạnh hoạt động chỉ đạo tuyến, hướng dẫn hỗ trợ chuyên môn, chuyển giao kỹ thuật, luân phiên cán bộ theo Đề án 1816 của Bộ Y tế và các Đề án của Chính phủ. Nhiều bệnh viện tuyến tỉnh và hầu hết bệnh viện tuyến huyện đã được đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị theo Đề án 225, Đề án 47, Đề án 930 của Chính phủ. Tuy nhiên, các bệnh viện này còn thiếu cán bộ chuyên môn có trình độ phù hợp để sử dụng có hiệu quả cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế đã được đầu tư.

Từ năm 2005 Bộ Y tế đã thí điểm triển khai Đề án bệnh viện vệ tinh về chuyên ngành ngoại khoa và nội khoa. Mục tiêu của Đề án là tăng cường năng lực khám bệnh, chữa bệnh cho một số đơn vị vệ tinh của Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hoạt động chủ yếu là đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, cung cấp trang thiết bị y tế, tư vấn khám, chữa bệnh từ xa thông qua mạng Internet (Telemedicine). Kết quả của Đề án thí điểm là rất tốt, các bệnh viện vệ tinh của hai bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bạch Mai đã tiếp nhận được nhiều kỹ thuật, công nghệ y học, năng lực cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh được nâng cao, tỷ lệ chuyển người bệnh lên tuyến trên giảm.

Thực tiễn cho thấy, triển khai thực hiện Đề án bệnh viện vệ tinh là gắn thương hiệu của bệnh viện tuyến trên với bệnh viện tuyến dưới, đẩy mạnh công tác đào tạo cán bộ của tuyến dưới, chuyển giao kỹ thuật từ bệnh viện tuyến trên về bệnh viện tuyến dưới, giúp bệnh viện tuyến dưới sử dụng có hiệu quả cơ sở vật chất đã được đầu tư.

Xuất phát từ cơ sở thực tiễn nêu trên, thực hiện Quyết định của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án giảm quá tải bệnh viện, Bộ Y tế xây dựng Đề án bệnh viện vệ tinh giai đoạn 2013-2020.

II. KHÁI NIỆM

1. *Bệnh viện hạt nhân* là bệnh viện tuyến trên có đủ năng lực, được giao nhiệm vụ xây dựng và phát triển mạng lưới bệnh viện vệ tinh để giúp bệnh viện tuyến dưới nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.

2. *Bệnh viện vệ tinh* là bệnh viện có một hoặc nhiều đơn vị vệ tinh. Bệnh viện vệ tinh chủ yếu là bệnh viện tuyến tỉnh hoặc tuyến huyện

3. *Đơn vị vệ tinh* là khoa (hoặc trung tâm) thuộc bệnh viện tuyến tỉnh hoặc bệnh viện tuyến huyện được bệnh viện hạt nhân lựa chọn đỡ đầu, hỗ trợ đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, tư vấn để hoàn thiện cơ cấu tổ chức, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, năng lực và khả năng cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo mô hình bệnh viện hạt nhân.

III. CĂN CỨ PHÁP LÝ XÂY DỰNG ĐỀ ÁN

1. Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

2. Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

3. Quyết định số 92/QĐ-TTg ngày 09 tháng 01 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ Phê duyệt Đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013-2020.

IV. MỤC TIÊU ĐỀ ÁN:

1. Mục tiêu chung:

Nâng cao năng lực về khám bệnh, chữa bệnh cho các bệnh viện vệ tinh, thông qua các hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, cải tạo cơ sở vật chất, nâng cấp trang thiết bị y tế, giúp người dân được khám bệnh, chữa bệnh chất lượng cao tại các bệnh viện vệ tinh, không phải lên tuyến trên; trước mắt tập trung ưu tiên 5 chuyên khoa: Ung bướu, ngoại chấn thương, tim mạch, sản và nhi.

2. Mục tiêu cụ thể:

1. Hình thành và phát triển mạng lưới bệnh viện vệ tinh gồm một số bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh, Sở Y tế Hà Nội và một số tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương về các chuyên khoa hiện đang quá tải trầm trọng: Ung bướu, ngoại chấn thương, tim mạch, sản và nhi.

2. Nâng cao năng lực khám bệnh, chữa bệnh của các bệnh viện vệ tinh thông qua việc tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật và tư vấn khám, chữa bệnh từ xa bằng công nghệ thông tin (Telemedicine).

3. Các bệnh viện hạt nhân và bệnh viện vệ tinh được đầu tư về nhân lực, cơ sở vật chất, trang bị thiết bị y tế, phương tiện chuyển tuyến, công nghệ thông tin để bảo đảm việc chuyển giao, tiếp nhận kỹ thuật có hiệu quả cao và bền vững.

3. PHẠM VI ĐỀ ÁN

1. Phạm vi chuyên môn: Tập trung đầu tư vào 5 chuyên khoa có công suất sử dụng giường bệnh quá cao: Ung bướu, ngoại chấn thương, tim mạch, sản và nhi.

2. Thời gian và địa bàn triển khai:

a) Giai đoạn 2013-2015: Ưu tiên đầu tư 48 bệnh viện tuyến tỉnh là bệnh viện vệ tinh của 14 bệnh viện hạt nhân (08 bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và 06 bệnh viện trực thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh).

b) Giai đoạn 2016 – 2020: Tiếp tục duy trì kết quả của Đề án bệnh viện vệ tinh giai đoạn 2013-2015, đồng thời căn cứ vào thực trạng quá tải bệnh viện, điều kiện kinh tế xã hội để mở rộng Đề án.

4. NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG CỦA ĐỀ ÁN

1. Thành lập mạng lưới bệnh viện vệ tinh

a) Tiêu chí lựa chọn bệnh viện vệ tinh

- Đại diện cho các vùng miền, có tầm ảnh hưởng với các bệnh viện lân cận.

- Mật độ dân cư đông, giao thông thuận lợi.

- Phù hợp quy hoạch phát triển mạng lưới chuyên khoa, chương trình mục tiêu quốc gia về y tế.

- Có điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, năng lực chuyên môn, đủ khả năng phát triển thành vệ tinh theo yêu cầu chuyên môn của chuyên khoa được lựa chọn.

- Có tỷ lệ chuyển tuyến lên bệnh viện hạt nhân cao.

- Có sự cam kết và quyết tâm tham gia thực hiện đề án của lãnh đạo Ủy ban nhân dân tỉnh, Sở Y tế và các bệnh viện dự kiến tham gia đề án.

- Các điều kiện khác theo yêu cầu đặc thù của chuyên khoa vệ tinh.

b) Mạng lưới bệnh viện vệ tinh theo chuyên khoa

*** Chuyên khoa ung bướu**

- Bệnh viện hạt nhân: Bệnh viện K, Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện đa khoa trung ương Huế;

- Bệnh viện vệ tinh, gồm 18 bệnh viện:

- + 06 bệnh viện vệ tinh của bệnh viện K: Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Hòa Bình, Bắc Ninh, Phú Thọ, Ninh Bình, Bệnh viện đa khoa Bãi Cháy - tỉnh Quảng Ninh và Bệnh viện Ung bướu Nghệ An;

- + 03 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh: Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ, Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Khánh Hòa và Bệnh viện Quân y 175 thành phố Hồ Chí Minh;

- + 06 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Bạch Mai: Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Lào Cai, Vĩnh Phúc, Bắc Giang, Thái Bình, Thanh Hóa và Hà Tĩnh;

- + 03 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện đa khoa trung ương Huế: Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Quảng Trị, Quảng Nam và Kon Tum.

*** Chuyên khoa ngoại - chấn thương**

- Bệnh viện hạt nhân: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện đa khoa trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh.

- Bệnh viện vệ tinh, gồm 19 bệnh viện:

- + 07 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Lào Cai, Thái Bình, Ninh Bình, Quảng Ninh, Hà Giang, Điện Biên và Bắc Giang;

- + 06 bệnh viện vệ tinh của bệnh viện đa khoa trung ương Huế: Bệnh viện đa khoa các tỉnh Thừa Thiên Huế, Quảng Trị, Hà Tĩnh, Quảng Nam, Kon Tum và Phú Yên;

- + 02 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Chợ Rẫy: Bệnh viện đa khoa các tỉnh Đồng Nai và Tiền Giang;

- + 04 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh: Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa, Kiên Giang, Đắk Lắk và Bệnh viện Quân y 175.

*** Chuyên khoa tim mạch**

- Bệnh viện hạt nhân: Bệnh viện Bạch Mai (Viện Tim Mạch), Bệnh viện E (Trung tâm Tim mạch), Bệnh viện đa khoa trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Nhân dân Gia Định thành phố Hồ Chí Minh.

- Bệnh viện vệ tinh, gồm 18 bệnh viện:

+ 06 bệnh viện vệ tinh của bệnh viện Bạch Mai (Viện Tim Mạch): Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn – thành phố Hà Nội, Bệnh viện đa khoa các tỉnh Quảng Ninh, Hòa Bình, Lào Cai, Ninh Bình và Phú Thọ;

+ 04 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện E (Trung tâm Tim mạch): Bệnh viện đa khoa các tỉnh: Thái Bình, Thanh Hóa, Bắc Giang và Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng.

+ 03 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện đa khoa Trung ương Huế: Bệnh viện đa khoa các tỉnh Quảng Trị, Quảng Nam và Phú Yên;

+ 03 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Chợ Rẫy: Bệnh viện đa khoa các tỉnh Khánh Hòa, Tiền Giang và Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai;

+ 02 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Nhân dân Gia Định TP. Hồ Chí Minh: Bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng và Trung tâm Y tế Liên doanh dầu khí Việt Nga.

*** Chuyên khoa sản**

- Bệnh viện hạt nhân: Bệnh viện Phụ sản trung ương, Bệnh viện Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh.

- Bệnh viện vệ tinh, gồm 10 bệnh viện:

+ 08 Bệnh viện vệ tinh của bệnh viện Phụ sản trung ương: Bệnh viện Sản Nhi các tỉnh Ninh Bình, Vĩnh Phúc, Bắc Giang, bệnh viện Phụ Sản các tỉnh: Nam Định, Hải Dương, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh và Bệnh viện đa khoa khu vực Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh; Bệnh viện A Thái Nguyên.

+ 02 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Từ Dũ - thành phố Hồ Chí Minh: Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang và Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

*** Chuyên khoa nhi**

- Bệnh viện hạt nhân: Bệnh viện Nhi trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1 và Bệnh viện Nhi đồng 2 - thành phố Hồ Chí Minh.

- Bệnh viện vệ tinh, gồm 10 bệnh viện:

+ 05 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Nhi Trung ương: Bệnh viện Nhi các tỉnh: Hải Dương, Thái Bình, Bệnh viện Sản Nhi các tỉnh: Ninh Bình, Bắc Giang và Vĩnh Phúc;

+ 03 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Nhi đồng 1: Bệnh viện đa khoa tỉnh Long An, Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau và Bệnh viện Nhi Cần Thơ;

+ 02 bệnh viện vệ tinh của Bệnh viện Nhi đồng 2 thành phố Hồ Chí Minh: Bệnh viện Nhi Đồng Nai, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

2. Các hoạt động và giải pháp

a) Đào tạo

- Nội dung đào tạo: Lĩnh vực chuyên môn thuộc chuyên khoa vệ tinh: Ung bướu, tim mạch, ngoại chấn thương, sản và nhi; Lĩnh vực chuyên môn hỗ trợ: Gây mê hồi sức, cấp cứu hồi sức, chẩn đoán hình ảnh, nội soi, hóa sinh, huyết học, vi sinh, giải phẫu bệnh - tế bào học và các lĩnh vực liên quan khác; Kỹ năng quản lý bệnh viện, lập kế hoạch, phương pháp giảng dạy...

- Biên soạn và in ấn tài liệu: Xây dựng, chuẩn hóa chương trình, nội dung tài liệu đào tạo liên tục thuộc các lĩnh vực thực hiện trong Đề án; Xây dựng, hoàn thiện và triển khai áp dụng các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quy trình kỹ thuật chuyên môn thuộc các lĩnh vực thực hiện trong Đề án; Bảo đảm các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quy trình kỹ thuật chuyên môn, chương trình và các tài liệu đào tạo được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt trước khi tổ chức áp dụng đào tạo thống nhất trong hệ thống các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Tiến hành tổ chức đào tạo về lý thuyết và thực hành tại bệnh viện vệ tinh và tại bệnh viện hạt nhân, với đối tượng đào tạo là: Bác sĩ, kỹ thuật viên, nhân viên y tế của bệnh viện vệ tinh sẽ tham gia tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật.

b) Chuyển giao kỹ thuật :

Bệnh viện hạt nhân: Xây dựng, hoàn thiện quy trình chuyển giao các gói kỹ thuật công nghệ theo quy định. Tổ chức chuyển giao các gói kỹ thuật cho bệnh viện vệ tinh. Sau khi chuyển giao kỹ thuật phải bảo đảm cho bệnh viện vệ tinh tự thực hiện được các kỹ thuật đã chuyển giao. Thực hiện chuyển tuyến người bệnh ở giai đoạn hồi phục về điều trị tại bệnh viện vệ tinh. Đánh giá hiệu quả chuyển giao, tiếp nhận các gói kỹ thuật giữa các bệnh viện hạt nhân và bệnh viện vệ tinh.

Bệnh viện vệ tinh: Chuẩn bị các điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực để tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật của bệnh viện hạt nhân. Phải tự thực hiện và bảo đảm duy trì bền vững các kỹ thuật đã tiếp nhận chuyển giao từ bệnh viện hạt nhân. Không chuyển lên tuyến trên các loại hình bệnh tật thuộc lĩnh vực kỹ thuật đã tiếp nhận chuyển giao, trừ các trường hợp vượt quá khả năng.

c) Ứng dụng công nghệ thông tin: Triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, bao gồm đầu tư cơ sở hạ tầng công nghệ thông tin và xây dựng phần mềm tin học ứng dụng. Trên cơ sở Đề án tư vấn khám, chữa bệnh từ xa bằng công nghệ thông tin (Đề án Telemedicine) của Bộ Y tế, xây dựng và triển khai Dự án Telemedicine của bệnh viện để kết nối với các bệnh viện tham gia Đề án nhằm trao đổi thông tin (bao gồm cả thông tin chuyển tuyến), đào tạo, hội chẩn, tư vấn chuyên môn giữa các bệnh viện vệ tinh và bệnh viện hạt nhân, kết nối trong nước và nước ngoài;

- Tổ chức đào tạo, hội chẩn, tư vấn chuyên môn với các bệnh viện vệ tinh thông qua Telemedicine theo đề nghị của bệnh viện vệ tinh.

d) Nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị

- **Bệnh viện hạt nhân :** Tổ chức khảo sát về cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện chuyển tuyến tại các đơn vị vệ tinh để xác định yêu cầu về cơ sở vật chất, danh mục trang thiết bị cần bổ sung. Tư vấn đầu tư xây dựng, cải tạo nâng cấp cơ sở vật chất và cung ứng đủ trang thiết bị thiết yếu theo các chuyên khoa cho các bệnh viện vệ tinh để phục vụ việc tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật. Bảo đảm có đủ trang thiết bị văn phòng, trang thiết bị giảng dạy để đáp ứng yêu cầu đào tạo cho bệnh viện vệ tinh.

- **Bệnh viện vệ tinh:** Phối hợp với bệnh viện hạt nhân thực hiện việc khảo sát về cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện chuyển tuyến tại bệnh viện để xác định yêu cầu về cơ sở vật chất, danh mục trang thiết bị cần bổ sung phục vụ việc tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật. Đầu tư xây dựng, cải tạo nâng cấp cơ sở vật chất và cung ứng đủ trang thiết bị cần thiết theo các chuyên khoa.

đ) Củng cố, kiện toàn tổ chức hoạt động chỉ đạo tuyến:

- Các bệnh viện hạt nhân và các bệnh viện vệ tinh phải củng cố, kiện toàn đơn vị (trung tâm, phòng hoặc bộ phận) đào tạo, chỉ đạo tuyến của bệnh viện ;

- Duy trì các hoạt động chỉ đạo tuyến, đào liên tục, hội thảo, hội nghị chuyên môn, nghiên cứu khoa học, thông tin hai chiều giữa bệnh viện hạt nhân và bệnh viện vệ tinh, giữa các bệnh viện trong mạng lưới vệ tinh nhằm tăng cường hợp tác, chia sẻ kinh nghiệm chuyên môn ;

- Lòng ghép có hiệu quả với các hoạt động nâng cao năng lực y tế tuyến dưới của các đề án khác (Đề án 1816, Đề án 47, Đề án 930...) để tăng cường hiệu quả của Đề án.

e) Hoàn thiện cơ chế, chính sách

- Xây dựng các quy định về tài chính thực hiện Đề án;

- Xây dựng, hoàn thiện các quy định về phân tuyến kỹ thuật, chỉ đạo tuyến, chuyển tuyến, chuyển giao kỹ thuật, tư vấn khám bệnh, chữa bệnh từ xa qua hệ thống công nghệ thông tin (telemedicine);

- Xây dựng chính sách thu hút cán bộ nhằm tăng cường nhân lực chuyên môn cho tuyến dưới.

g) Truyền thông, tư vấn sức khỏe

- Tăng cường truyền thông về các biện pháp phòng bệnh chủ động cho mọi người dân, với phương châm “mọi người vì sức khỏe”. Chú trọng truyền thông, tư vấn về các biện pháp phòng ngừa các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm như các bệnh tim mạch, ung bướu, chấn thương ;

- Tổ chức truyền thông về năng lực, khả năng cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các bệnh viện vệ tinh, thuyết phục người dân tuân thủ các quy định khám bệnh, chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

h) Quản lý, giám sát:

- Xây dựng tiêu chí, bộ công cụ giám sát, đánh giá để xác định sản phẩm, đầu ra của Đề án theo từng chuyên khoa;
- Hàng năm kiểm tra, đánh giá tổng kết rút kinh nghiệm, bổ sung điều chỉnh các hoạt động phù hợp và hoàn thiện, phát triển mô hình bệnh viện vệ tinh.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH CHUYỂN GIAO KỸ THUẬT

Phương thức hỗ trợ tuyến dưới theo hoạt động chỉ đạo tuyến, Đề án 1816 giai đoạn 2013-2015, Đề án bệnh viện vệ tinh, Đề án 47, Đề án 930 chủ yếu là đào tạo và chuyển giao kỹ thuật nhằm nâng cao năng lực trình độ cán bộ y tế tuyến dưới và chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh tuyến dưới. Phương thức hỗ trợ nhân lực (làm thay) chỉ được thực hiện ở một số địa phương vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn, thiếu nhân lực trầm trọng.

Năm 2009, nhằm tăng cường hiệu quả thực hiện Đề án 1816 về việc “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh”, để đáp ứng kịp thời nhu cầu chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới, Bộ Y tế đã ban hành văn bản hướng dẫn tạm thời về việc xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật trong thực hiện Đề án 1816. Sau hơn nửa năm thực hiện, văn bản hướng dẫn tạm thời đã giúp các đơn vị thực hiện tốt việc chuyển giao kỹ thuật, Bộ Y tế đã hoàn thiện và ban hành hướng dẫn xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật y tế trong quá trình thực hiện Đề án 1816 bản chính thức.

I. CĂN CỨ PHÁP LÝ:

Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/08/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phân tuyến kỹ thuật và Danh mục kỹ thuật trong khám, chữa bệnh.

Quyết định số 1816/QĐ –BYT ngày 26/5/2008 của Bộ trưởng BYT về việc phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ BV tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng KCB tuyến dưới”.

Quyết định số 5068/QĐ-BYT ngày 21 tháng 12 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định một số nội dung triển khai thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật theo gói dịch vụ y tế theo Đề án 1816 từ năm 2013.

Quyết định số 14/QĐ-TTg ngày 20 tháng 02 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

II. CÁC BƯỚC XÂY DỰNG QUY TRÌNH CHUYỂN GIAO KỸ THUẬT

Bước 1: Khảo sát, đánh giá nhu cầu tuyến dưới.

Bước 2: Xây dựng đề cương chuyển giao kỹ thuật.

Bước 3: Phê duyệt kỹ thuật chuyển giao.

Bước 4: Tổ chức thực hiện chuyển giao kỹ thuật.

1. Bệnh viện tuyến trên:

Bước 1: Khảo sát, đánh giá nhu cầu tuyến dưới

- Bệnh viện tuyến trên phối hợp với BV tuyến dưới tổ chức khảo sát đánh giá thực trạng BV tuyến dưới về nhân lực, trang thiết bị, năng lực thực hiện kỹ thuật của tuyến dưới theo quy định phân tuyến kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành, sự cần thiết, nhu cầu chuyển giao kỹ thuật của bệnh viện tuyến dưới.

- Lựa chọn kỹ thuật chuyển giao cho tuyến dưới: căn cứ kết quả khảo sát, khả năng đáp ứng của đơn vị, bệnh viện tuyến trên lựa chọn và xác định ưu tiên các kỹ thuật chuyển giao cho bệnh viện tuyến dưới.

Bước 2: Xây dựng đề cương chuyển giao kỹ thuật:

Căn cứ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện, bệnh viện tuyến trên xây dựng đề cương chuyển giao cho từng kỹ thuật dự kiến chuyển giao. Đề cương chuyển giao kỹ thuật cần nêu rõ mục tiêu chuyển giao, nội dung chuyển giao:

- Mô tả kỹ thuật chuyển giao, các tiêu chuẩn, chỉ tiêu cụ thể cần đạt được của kỹ thuật; chỉ tiêu đánh giá kết quả chuyển giao.

- Thời gian cần thiết để chuyển giao; nhân lực thực hiện chuyển giao.

- Điều kiện cơ sở vật chất máy móc, trang thiết bị và nhân lực tiếp nhận chuyển giao (số lượng, trình độ, năng lực).

- Dự toán kinh phí chi tiết tổ chức các hoạt động phục vụ chuyển giao.

Bước 3: Phê duyệt đề cương chuyển giao kỹ thuật

Bệnh viện tuyến trên tổ chức họp Hội đồng khoa học thẩm định đề cương chuyển giao kỹ thuật. Căn cứ vào kết quả thẩm định đề cương chuyển giao kỹ thuật của Hội đồng khoa học bệnh viện, Giám đốc bệnh viện ký quyết định phê duyệt đề cương.

Bước 4: Tổ chức thực hiện chuyển giao kỹ thuật

- Bệnh viện tuyến trên ký hợp đồng với bệnh viện tuyến dưới.

- Bệnh viện tuyến trên tổ chức đào tạo cho kíp kỹ thuật của bệnh viện tuyến dưới tại bệnh viện tuyến trên, đảm bảo nắm vững lý thuyết và thành thạo về thực hành kỹ thuật chuyển giao.

- Bệnh viện tuyến trên cử kíp kỹ thuật tiếp tục chuyển giao kỹ thuật cho kíp kỹ thuật tại bệnh viện tuyến dưới.

- Giám sát, hướng dẫn bệnh viện tuyến dưới thực hiện kỹ thuật, phát hiện và cùng tuyến dưới giải quyết sớm các vấn đề phát sinh trong quá trình chuyển giao để đảm bảo việc chuyển giao đạt hiệu quả cao nhất.

- Bệnh viện tuyến trên phối hợp bệnh viện tuyến dưới nghiệm thu thanh lý hợp đồng dựa trên các chỉ tiêu kỹ thuật đã nêu trong hợp đồng.

2. Bệnh viện tuyến dưới

Bước 1:

- Tự khảo sát đánh giá thực trạng thực hiện quy định phân tuyến kỹ thuật, tình hình phân bố loại hình bệnh tật địa phương, nhu cầu cần chuyển giao kỹ thuật của đơn vị. Tìm hiểu, lựa chọn đơn vị tuyến trên chuyển giao kỹ thuật.

- Phối hợp với bệnh viện tuyến trên tổ chức khảo sát đánh giá nhân lực, trang thiết bị, sự cần thiết, nhu cầu hỗ trợ chuyển giao kỹ thuật.

- Lựa chọn kỹ thuật cần chuyển giao: căn cứ kết quả khảo sát, khả năng tiếp nhận của đơn vị, bệnh viện tuyến dưới lựa chọn và xác định ưu tiên các kỹ thuật tiếp nhận chuyển giao. Báo cáo Sở Y tế đề nghị bệnh viện tuyến trên hỗ trợ.

Bước 2: Chuẩn bị các điều kiện tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật. Thời gian thuận lợi để tiếp nhận chuyển giao. Số nhân lực thực hiện nhận chuyển giao. Các yêu cầu về cơ sở vật chất máy móc, trang thiết bị tiếp nhận chuyển giao.

- Tổ chức thực hiện chuyển giao kỹ thuật: ký hợp đồng với bệnh viện tuyến trên. Tạo điều kiện cho cán bộ đi luân phiên đến chuyển giao kỹ thuật. Giám sát, phát hiện và cùng tuyến trên giải quyết sớm các vấn đề phát sinh trong quá trình chuyển giao để đảm bảo việc chuyển giao đạt hiệu quả cao nhất.

- Tiếp tục giám sát, đánh giá để có đề nghị hỗ trợ phù hợp, đảm bảo duy trì hiệu quả và tính bền vững của kỹ thuật được chuyển giao.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Chỉ đạo tuyến là gì?

Chỉ đạo tuyến là nhiệm vụ của

..... (các bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh tuyến trên), nhằm hướng dẫn, hỗ trợ tuyến dưới về(chuyên môn, nghiệp vụ trong chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt là việc thực hiện các kỹ thuật y tế cho cơ sở y tế tuyến dưới).

Câu 2. Mục đích, ý nghĩa hoạt động chỉ đạo tuyến? (khoanh tròn vào các ý đúng)

a) Tuyến trên hỗ trợ tuyến dưới về phòng bệnh, chữa bệnh, về tổ chức quản lý, về chuyên môn kỹ thuật cả về lý thuyết và thực hành

b) Giúp các cơ sở y tế tuyến dưới khai thác hết công suất sử dụng trang thiết bị

c) Giúp các cơ sở y tế tuyến trên khai thác hết công suất sử dụng trang thiết bị của bệnh viện tuyến trên

d) Góp phần tạo điều kiện người dân ở các địa phương đặc biệt là vùng sâu, vùng xa tiếp cận với dịch vụ y tế chất lượng cao với chi phí thấp

đ) Góp phần đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân, giảm quá tải ở bệnh viện tuyến trên

e) Góp phần tạo điều kiện người dân ở các địa phương tiếp cận với dịch vụ y tế chất lượng cao tại bệnh viện trung ương

g) Tăng cường sự hiểu biết, sự gắn kết quan hệ đồng nghiệp, thầy trò giữa bệnh viện tuyến trên và bệnh viện tuyến dưới

h) Xây dựng nhiều hình thức liên hệ, trao đổi chuyên môn

Câu 3. Cơ cấu tổ chức chỉ đạo tuyển? (khoanh tròn vào các ý đúng)

a) Trung tâm/phòng đào tạo chỉ đạo tuyển trực thuộc bệnh viện Hạng đặc biệt, Hạng I trực thuộc Bộ Y tế

b) Phòng đào tạo thuộc bệnh viện Hạng I trực thuộc SYT

c) Phòng chỉ đạo tuyển trực thuộc bệnh viện Hạng I trực thuộc SYT

d) Bộ phận chỉ đạo tuyển thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp, bệnh viện Hạng II, Hạng III trực thuộc SYT

Câu 4. Nhiệm vụ chỉ đạo tuyển của bệnh viện Hạng I ? (khoanh tròn vào các ý đúng)

a) Lập kế hoạch chỉ đạo tuyển dưới, trình giám đốc bệnh viện phê duyệt, để tổ chức thực hiện

b) Theo dõi, đôn đốc, kiểm tra, đánh giá hiệu quả công tác hoạt động chuyên môn kỹ thuật của tuyển dưới

c) Lập kế hoạch nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế của bệnh viện

d) Phối hợp các chuyên khoa tổ chức thực hiện đào tạo liên tục cho cán bộ tuyển dưới, đồng thời làm tốt công tác nghiên cứu khoa học

đ) Định kỳ sơ kết, tổng kết, đúc rút kinh nghiệm về công tác chỉ đạo tuyển, trình giám đốc bệnh viện vào báo cáo cấp trên

e) Tổ chức thống kê, lưu trữ hồ sơ theo đúng quy chế bệnh viện

Câu 5. Nhiệm vụ chỉ đạo tuyển của bệnh viện Hạng II, Hạng III (khoanh tròn vào các ý đúng)

a) Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện việc chỉ đạo tuyển dưới phát triển kỹ thuật chuyên khoa để nâng cao chất lượng cấp cứu, chẩn đoán và điều trị chuyên khoa trong địa phương

b) Lập kế hoạch và tổ chức thực hiện việc chỉ đạo tuyển dưới phát triển kỹ thuật chuyên khoa để nâng cao chất lượng cấp cứu, hợp tác đào tạo trong địa phương và các địa phương lân cận

c) Kết hợp với các cơ sở y tế tuyển dưới thực hiện chương trình và kế hoạch chăm sóc sức khỏe ban đầu trong địa phương

Câu 6. Sự cần thiết của việc luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyến dưới? Theo Đề án 1816 (khoanh tròn vào các ý đúng)

Để khắc phục tình trạng:

- a) Thiếu nhân lực tại tuyến dưới
- b) Thiếu bác sĩ chuyên khoa sâu tại tuyến dưới
- c) Chất lượng dịch vụ tuyến dưới chênh lệch so với tuyến trên
- d) Thừa nhân lực y tế tại tuyến trên
- đ) Quá tải tại bệnh viện tuyến trên
- e) Quảng bá dịch vụ y tế chất lượng cao của bệnh viện tuyến trên

Câu 7. Mục tiêu thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ? (khoanh tròn vào các ý đúng)

- a) Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của bệnh viện tuyến dưới, đặc biệt là miền núi, vùng sâu, vùng xa thiếu cán bộ y tế.
- b) Giảm tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương.
- c) Tăng cường chuyển tuyến về bệnh viện tuyến trên.
- d) Chuyển giao công nghệ và đào tạo cán bộ tại chỗ nhằm nâng cao tay nghề cho cán bộ tuyến dưới.
- đ) Giảm quá tải cho bệnh viện tuyến dưới.

Câu 8. Phương thức, quy trình thực hiện luân phiên cán bộ hỗ trợ tuyến dưới theo từ năm 2013? (khoanh tròn vào các ý đúng)

Phương thức hỗ trợ của bệnh viện tuyến trên với bệnh viện tuyến dưới:

- a) Làm thầy và làm thay. Làm thầy là chủ yếu
- b) Làm thầy và làm thay. Làm thay là chủ yếu

Câu 9. Quy trình thực hiện luân phiên cán bộ theo Đề án 1816 (khoanh tròn vào các ý đúng)

- a) Khảo sát thực trạng năng lực và nhu cầu hỗ trợ chuyên môn của tuyến dưới. Xác định nội dung hỗ trợ
- b) Ký kết hợp đồng hỗ trợ. Lập kế hoạch, tổ chức thực hiện kế hoạch hỗ trợ/tiếp nhận hỗ trợ
- c) Ký hợp đồng đào tạo giữa bệnh viện tuyến trên và tuyến dưới
- d) Tổ chức kiểm tra giám sát, hỗ trợ thực hiện
- đ) Đánh giá kết quả hỗ trợ, thanh lý hợp đồng
- e) Tiếp tục theo dõi đánh giá nhu cầu hỗ trợ của bệnh viện tuyến dưới để có hỗ trợ phù hợp

Câu 10. Các bước xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 1816? (khoanh tròn vào các ý đúng)

- a) Khảo sát, đánh giá nhu cầu tuyến dưới
- b) Khảo sát, đánh giá nhu cầu tuyến dưới và tuyến trên
- c) Xây dựng đề cương chuyển giao kỹ thuật
- d) Phê duyệt kỹ thuật chuyển giao
- đ) Tổ chức thực hiện chuyển giao kỹ thuật

Câu 11. Mục tiêu Đề án bệnh viện vệ tinh

- a) Hình thành và phát triển mạng lưới bệnh viện vệ tinh về các chuyên khoa hiện đang quá tải trầm trọng: Ung bướu, ngoại chấn thương, tim mạch, sản và nhi.
- b) Nâng cao năng lực khám bệnh, chữa bệnh của các bệnh viện vệ tinh thông qua việc tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật và tư vấn khám, chữa bệnh từ xa bằng công nghệ thông tin (Telemedicine).
- c) Giảm quá tải bệnh viện các tuyến.
- d) Các bệnh viện hạt nhân và bệnh viện vệ tinh được đầu tư về nhân lực, cơ sở vật chất, trang bị thiết bị y tế, phương tiện chuyển tuyến, công nghệ thông tin để bảo đảm việc chuyển giao, tiếp nhận kỹ thuật có hiệu quả cao và bền vững.

Câu 12. Hoạt động chủ yếu của Đề án bệnh viện vệ tinh

- a) Cử người hành nghề luân phiên hỗ trợ tuyến dưới
- b) Đào tạo, chuyển giao các gói kỹ thuật
- c) Cung cấp trang thiết bị thiết yếu phục vụ chuyển giao kỹ thuật
- d) Ứng dụng công nghệ thông tin (Telemedicine) cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

BÀI 15

TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Định nghĩa thế nào là chất lượng và giải thích chất lượng theo các quan điểm khác nhau
2. Giải thích các quan niệm sai lầm về chất lượng.
3. Mô tả đặc tính của chất lượng
4. Mô tả các nguyên lý chất lượng cơ bản

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG

1. Chất lượng là gì?

Chất lượng là gì? Tùy từng trường hợp, mỗi người sẽ hiểu khái niệm về chất lượng một cách khác nhau tùy thuộc vào việc họ đại diện cho ai trong hệ thống y tế.

Chất lượng – từ góc độ của người bệnh hay khách hàng - liên quan đến loại hình chăm sóc và tính hiệu quả của nó, có thể chú trọng hơn vào tính tiện ích (đạo đức) như thái độ thân thiện, được đối xử tôn trọng, sự thoải mái, sự sạch sẽ và sự sẵn có của nhiều dịch vụ phù hợp với túi tiền.

Nếu nhìn từ góc độ nhân viên y tế hoặc cơ sở y tế lại sẽ quan tâm nhiều hơn đến quy trình khoa học của chăm sóc y tế, khả năng chẩn đoán và điều trị một ca bệnh mà ít để ý đến tính tiện lợi và càng ít tập trung vào khía cạnh “chăm sóc”.

Nhà quản lý cũng có quan niệm khác về chất lượng. Họ có thể cho rằng chất lượng là sự tiếp cận, hiệu lực, tính phù hợp, khả năng có thể chấp nhận được và hiệu quả trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chi phí là yếu tố quan trọng đối với nhà quản lý. Vì vậy, khi phải định nghĩa chất lượng là gì, cần phải tính đến quan điểm khác nhau của từng đối tượng.

Nếu dựa trên các quy trình, nhiệm vụ và kỳ vọng về kết quả thực hiện thì:

“Chất lượng không có một cách ngẫu nhiên mà là kết quả của ý định quyết đoán, nỗ lực nghiêm túc, hướng đi thông minh và sự thực thi khéo léo”.

Chất lượng không xảy ra một cách tình cờ mà đòi hỏi phải được lập kế hoạch, được nhắm tới và phân đầu để thực hiện. Lập kế hoạch là việc làm quan trọng để có được chất lượng. Xác định được đúng mục tiêu, mục đích

đúng đắn và các tiêu chí phù hợp là những điều cần thiết để có được chất lượng. Tất nhiên, nỗ lực lập kế hoạch cần phải đi kèm với sự toàn tâm, sự cống hiến để thực hiện kế hoạch và đạt được các mục tiêu đặt ra. Song tất cả những điều này sẽ không trọn vẹn nếu không xem xét các khả năng và chiến lược khác nhau để lựa chọn và làm theo.

Đặt ra các ưu tiên và xác định được chiến lược quan trọng nhất là một nhiệm vụ cần phải được hoàn thành để đáp ứng yêu cầu về chất lượng. Hành động này phải được thực hiện với sự chính xác và với các kỹ năng cần thiết để triển khai công việc một cách đúng đắn và có hiệu quả.

Dựa trên các nguyên tắc cơ bản của công tác lãnh đạo và quản lý thì:

“Chất lượng là làm việc đúng đắn ngay từ lần đầu tiên và làm điều đó tốt hơn trong những lần tiếp theo”

Người ta thường kỳ vọng người lãnh đạo phải làm việc đúng đắn ngay từ lần đầu tiên còn nhà quản lý phải làm tốt và làm đúng điều đúng đắn đó. Một ví dụ trong lĩnh vực y tế là người ta muốn một bác sĩ phải làm việc tốt, cung cấp chăm sóc sức khỏe cho người bệnh bằng cách đặt ra các câu hỏi phù hợp, tiến hành những tìm hiểu cần thiết và thực hiện đúng quy trình. Song làm như vậy thôi là chưa đủ nếu không đi kèm với việc là phải làm tất cả những điều đó đúng cách ngay từ nỗ lực đầu tiên. Nếu quá trình đó lặp lại thì nhà cung cấp dịch vụ trở nên có kinh nghiệm hơn và do đó sẽ ngày càng trở nên hiệu suất, hiệu quả hơn, tức là cải thiện chất lượng thường xuyên.

Chất lượng là sự cải thiện gia tăng

Đây là một định nghĩa khá đơn giản về chất lượng, thế nhưng lại khá rắc rối. Gia tăng có nghĩa là hệ thống có thể trả lời khẳng định 2 câu hỏi sau đây:

Hôm nay bạn có tốt hơn hôm qua không? Và...

Liệu ngày mai bạn có tốt hơn hôm nay không?

Để trả lời các câu hỏi trên không đơn giản, muốn trả lời chính xác thì phải đo lường một cách chính xác mức độ thực hiện nhiệm vụ của một ai đó trước đây, hiện nay và tương lai. Vì vậy, đo lường mức độ thực hiện nhiệm vụ rất quan trọng trong chất lượng và khả năng xác định được biện pháp và cách thức để đo lường mức độ thực hiện đó một cách đầy đủ và phù hợp cũng quan trọng không kém.

Do đó, cần có một hệ thống thu thập số liệu, phân tích số liệu và báo cáo số liệu, tất cả đều liên quan đến mức độ thực hiện nhiệm vụ của hệ thống đó. Quy trình này cần phải liên kết với hệ thống thường xuyên giám sát kết quả thực hiện và thường xuyên nâng cấp khả năng thực hiện của nó.

Với những tiến bộ rất nhanh của công nghệ y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần phải được cập nhật với các thông tin y học hiện hành và nhờ vậy bảo đảm cho các dịch vụ y tế được cung ứng thường xuyên nâng cấp hoạt động của mình.

2. Những quan điểm sai lầm về chất lượng

- *Chất lượng là thứ xa xỉ.* Nếu ta hỏi một người thế nào là một sản phẩm có chất lượng, thường thì người ta sẽ trả lời đó là một sản phẩm đáng tin cậy, tiện dụng không gây rắc rối và tiết kiệm. Vì thế trong một tổ chức, một vật hoặc một sản phẩm dù không hào nhoáng hoặc xa xỉ vẫn là một sản phẩm có chất lượng.

- *Chất lượng là vô hình* và không thể đo lường được. Tất nhiên không phải vậy. Chất lượng có thể đo lường được nếu các tiêu chuẩn và chỉ số liên quan có thể xác định và theo dõi được. Tổ chức, sản phẩm có sự tuân thủ cao về tiêu chuẩn được coi là tổ chức, sản phẩm có chất lượng.

- *Chất lượng là tốn kém.* Hiển nhiên là không phải vậy. Chất lượng có thể tốn kém hơn khi ta xây dựng cơ sở hạ tầng để hỗ trợ nó nhưng khi đã triển khai thì chi phí sẽ không tăng mà còn giảm dần trong khi mức độ chất lượng lại tăng dần. Chất lượng làm giảm hoặc loại bỏ sự lãng phí, sự trùng lặp và sự lặp đi lặp lại công việc ban đầu.

- *Sai sót do lỗi cá nhân.* Người ta đã chứng minh những sai lầm do lỗi hệ thống thường nhiều hơn lỗi do con người. Đã có các nghiên cứu trên thực tế phỏng đoán rằng 80-85% sai lầm là lỗi hệ thống chứ không phải lỗi của con người. Phần còn lại là các lỗi từ con người, do môi trường không hỗ trợ cho sự phát triển và cho việc đạt được kết quả.

- *Làm chất lượng là do phòng quản lý chất lượng.* Các phòng quản lý chất lượng cần phải được gắn kết vào các tổ chức. Các phòng này sẽ chỉ chịu trách nhiệm trong việc điều phối, hướng dẫn và thúc đẩy các nỗ lực nâng cao chất lượng, nhưng không nên là một chủ thể duy nhất thực hiện cải tiến chất lượng. Nếu không, mọi người sẽ trở nên lệ thuộc vào các bộ phận đó và khiến chúng trở thành chuyên chế về chất lượng, làm mất đi tính sáng tạo của mỗi thành viên của tổ chức đó.

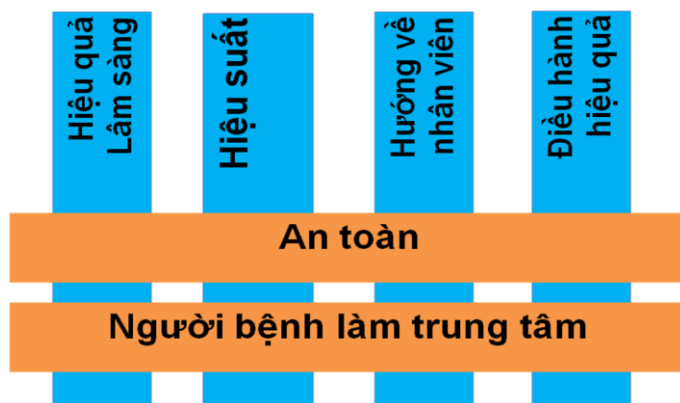
3. Chiều hướng và các đặc tính của chất lượng

3.1. Chiều hướng chất lượng trong chăm sóc y tế

Trong báo cáo của Viện Y khoa Hoa Kỳ năm 2001 đã xác định, chất lượng trong chăm sóc y tế là « An toàn, hiệu quả, người bệnh là trung tâm, đúng thời gian, hiệu năng và công bằng ».(*Crossing the Quality Chasm: A NewHealth System for the 21st Century, 2001*).

Tổ chức Y tế Thế giới cũng xác định, chiều hướng chất lượng trong y tế bao gồm (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007*):

An toàn, Người bệnh làm trung tâm, Chăm sóc lâm sàng hiệu quả, Hiệu suất, Hướng về nhân viên, Điều hành hiệu quả.



- Tính an toàn và khả năng tiếp cận

Không ai chấp nhận việc cung cấp hoặc tiếp nhận sự chăm sóc trong một môi trường không an toàn hoặc bị cho là không an toàn. Từ khía cạnh quản lý rủi ro, nhiệm vụ của thầy thuốc là bảo đảm môi trường an toàn cho người bệnh của mình. Tai nạn có nhiều hậu quả và đều là hậu quả xấu. Điều kiện không an toàn có thể dẫn đến vấn đề trách nhiệm, tổn thương tâm sinh lý, cũng như mất đi thiện chí và gây tổn hại cho danh tiếng của một cơ sở y tế trong cộng đồng. Ngoài ra, một môi trường không an toàn sẽ làm giảm năng suất vì mọi người sẽ phải mất thời gian giải quyết khiếu nại và theo đuổi kiện cáo. An toàn là một giới hạn thiết yếu và được trông đợi của chất lượng, đặc biệt là trong y tế.

Một vấn đề khác của chất lượng là khả năng tiếp cận. Chăm sóc dễ tiếp cận có nghĩa là sẵn có, chấp nhận được và người sử dụng đủ khả năng chi trả. Tính dễ tiếp cận bao gồm cả dễ tiếp cận về thực thể, về mặt tài chính cũng như về tinh thần. Ý nghĩa tinh thần cực kỳ quan trọng trong một môi trường đa văn hoá, đa hệ tư tưởng và trình độ học vấn. Chăm sóc có chất lượng cần phải được phổ biến tới “người sử dụng” trong bối cảnh của chính họ và với các điều kiện riêng của chính họ để có sự tiếp cận đúng nghĩa. Vì thế, kỹ năng truyền thông hiệu quả là điều thiết yếu trong cung ứng chăm sóc y tế dễ tiếp cận.

- Hiệu quả, hiệu năng và năng lực kỹ thuật

Chỉ có những dịch vụ phù hợp và cần thiết mới được cung ứng. Sự lãng phí, lặp lại hoặc trùng lặp sẽ bị loại bỏ. Chỉ có cách thức chăm sóc khách hàng hiệu quả nhất, kinh tế nhất mới được đề cao. Trong một hệ thống vừa có đòi hỏi cao về chất lượng nhưng đi kèm với thực tế là nguồn lực hạn chế, cần có các quyết định dẫn về cách kết hợp tối ưu giữa hiệu quả và hiệu năng.

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc khách hàng hiệu quả theo cách thức hiệu năng đòi hỏi kỹ năng chuyên môn cao của các thầy thuốc biết áp dụng nguyên tắc “Làm đúng ngay từ lần đầu và làm tốt hơn trong những lần tiếp theo”. Trong chất lượng y tế, cơ sở y tế và các thầy thuốc cần phải được đào tạo và tập huấn tốt để cập nhật những kiến thức y khoa nhằm đáp ứng đòi hỏi và kỳ vọng của người bệnh. Y tế là một lĩnh vực phức tạp và nếu không có

nền tảng kỹ thuật tốt, cơ hội sống còn về chuyên môn là rất yếu. Chất lượng phải đi kèm với khả năng và năng lực kỹ thuật.

- *Quan hệ giữa người với người, tính liên tục và sự tiện nghi*

Tương tác cá nhân rất quan trọng trong cung ứng chăm sóc y tế có chất lượng. Chăm sóc y tế do các cá nhân có kỹ năng tinh tế và có trình độ học vấn cao đảm trách, tuy nhiên những cá nhân này không thể đem đến cho người bệnh một sự chăm sóc tổng thể nếu họ không hợp tác theo nhóm. Quan hệ giữa người với người vì thế đóng một vai trò rất lớn trong việc hình thành các quy trình chăm sóc và bảo đảm kết quả tích cực cho người bệnh.

Một vấn đề khác liên quan đến chất lượng là chăm sóc y tế phải được cung ứng liên tục. Điều đó có nghĩa là chăm sóc cần phải được bắt đầu, được thực hiện, được đánh giá, cải thiện và liên tục theo dõi kể cả khi người bệnh đã được điều trị khỏi bệnh. Chăm sóc được mở rộng bao hàm cả việc duy trì sự khỏe mạnh, nâng cao sức khoẻ và phòng bệnh. Hơn thế nữa, trong những trường hợp phải chuyển viện, cần phải bảo đảm các cơ sở y tế sau tiếp nhận và tiếp tục chăm sóc người bệnh để bảo đảm tính liên tục của việc chăm sóc. Sự chăm sóc ngắt quãng và một hệ thống tách rời không phải là hệ thống chất lượng. Chất lượng y tế không bao giờ có thể có được trong một hệ thống như vậy.

Cuối cùng, khách hàng luôn luôn sẽ hài lòng hơn nếu dịch vụ chăm sóc được cung ứng trong một môi trường chấp nhận được về đạo đức. Một cơ sở y tế tập trung vào từng chi tiết nhỏ để mang lại sự thoải mái và sức khoẻ cho khách hàng chắc chắn là một cơ sở có chất lượng. Có thể đó là sự sạch sẽ, cách trang trí, hoặc các dịch vụ gia tăng, chất lượng chăm sóc y tế sẽ được tăng thêm nhờ đặc tính có giá trị như thế.

II. CÁC NGUYÊN TẮC CHẤT LƯỢNG

Tóm tắt các nguyên tắc chất lượng

Năng lực lãnh đạo: Đó là việc phát triển và đào tạo về kỹ năng lãnh đạo chứ không phải về quản lý. Đó là làm điều đúng đắn, kết hợp với việc làm đúng mọi việc. Đó là việc đào tạo và phát triển các kỹ năng như lắng nghe, lấy mọi người làm trọng tâm, có tầm nhìn xa trông rộng, xây dựng nhóm hợp tác làm việc, xây dựng sự đồng thuận và xác lập các mục tiêu vv. Nhà lãnh đạo là người biết đánh giá đổi mới, cải tiến và thành tích cao.

Cam kết: Cam kết của lãnh đạo có ý nghĩa rất quan trọng trong việc duy trì và thể chế hoá vấn đề chất lượng và sự cải thiện hoạt động trong các tổ chức y tế. Cam kết có nghĩa là tham gia chủ động, hỗ trợ chủ động và hào phóng qua việc bố trí nguồn nhân lực và vật lực cho các nỗ lực cải tiến chất lượng và sự tham gia chủ động của lãnh đạo trong các hoạt động cải thiện thành tích và trong các nhóm liên quan đến chất lượng.

Lấy khách hàng làm trọng tâm: Trước hết phải biết ai là khách hàng, cả bên trong và bên ngoài tổ chức. Sau đó phân loại họ thành nhóm khách hàng ‘sống còn’ và khách hàng quan trọng. Sau khi đã xác định được khách

hàng, phải áp dụng các quy trình để nhận biết nhu cầu và mong đợi của khách hàng, rồi tìm ra cách đáp ứng nhu cầu và mong đợi đó.

Cải tiến theo định hướng quy trình: đối lập với cải tiến theo định hướng cấu trúc và định hướng kết quả. Theo Deming, “mỗi tổ chức được tạo thành bởi hàng ngàn quy trình”, do đó cải thiện các quy trình này sẽ dần dần từng bước và cuối cùng dẫn đến việc cải tiến tổ chức. Vì vậy, đòi hỏi tổ chức phải tự xác định những quy trình sống còn nhất, tìm cách nghiên cứu, phân tích những quy trình đó và xây dựng các biện pháp cải tiến.

Tính hệ thống: Avedis Donabedian đưa ra lý thuyết mẫu để đánh giá chất lượng tổ chức y tế, trong đó, mỗi một tổ chức là một hệ thống với 3 thành phần chính: Cấu trúc (nguồn lực), quy trình và kết quả. Vì thế, chúng ta cần phải nghiên cứu tổ chức trong bối cảnh mà các thành phần của nó có liên kết với nhau và đều cần được phân tích và xác định các thành tố cần phải cải thiện và tăng cường thêm.

Quản lý có sự tham gia của tập thể: so với phương thức quản lý dân chủ là hình thức quản lý theo đó các quyết định của một nhóm sẽ được đưa ra trên nguyên tắc đồng thuận. Đồng thuận ở đây bao gồm cả sự ủng hộ “thống nhất” của tất cả thành viên trong nhóm và là phương thức để đạt được đồng thuận về mọi quyết định mà nhóm sẽ đưa ra kể cả với các mức độ ủng hộ và nhiệt tình khác nhau. Phương thức này gắn với nghệ thuật đàm phán, thuyết phục và thái độ quả quyết.

Trách nhiệm cá nhân. Trong một tổ chức có chất lượng, các nhân viên chịu trách nhiệm về những công việc hàng ngày cũng như kết quả làm việc của mình sao cho công việc thể hiện trực tiếp kết quả làm việc, tính cách cũng như sự hài lòng về công việc. Trong một tổ chức như vậy, mỗi người lao động đều nhận thức được môi trường làm việc, nhu cầu, khách hàng cũng như trách nhiệm của bản thân mình. Mục đích chính của họ là bảo đảm hoàn thành nhiệm vụ cũng như kết quả làm việc đạt mức hoàn hảo mà không cần ai phải bảo họ nên hay không nên làm điều gì. Chỉ khi nhân viên hành động theo cách đó họ mới có thể tự phát hiện những lĩnh vực dễ xảy ra sai sót và khắc phục chúng, cũng như tự phát hiện thiếu sót để sửa chữa.

Trao quyền cho nhân viên. Khi bạn tới thăm một tổ chức cho dù là trực tiếp hay trực tuyến, nếu cán bộ mà bạn tiếp xúc được trao quyền thì người đó có thể làm mọi việc cần thiết để đáp ứng nhu cầu của bạn với tư cách là một khách hàng cho dù đó có phải là trách nhiệm của họ hay không. Nếu vấn đề không thuộc trách nhiệm của họ, họ sẽ tìm ra câu trả lời hoặc cách thức để đáp ứng được điều bạn muốn bằng mọi cách, trong khả năng của họ.

Hạn chế sự khác biệt. Tiêu chuẩn hóa là một phương thức để kiểm soát sự khác biệt vì mọi người đều có thể sử dụng và áp dụng những tiêu chuẩn giống nhau cho các quy trình và cấu trúc. Kiểm soát sự khác biệt có ý nghĩa vô cùng quan trọng vì sự khác biệt có tác động tiêu cực tới việc dự báo kết quả cũng như các nhu cầu cần thiết về nguồn lực. Sự khác biệt (là dao động của một quy trình xung quanh mức trung bình – có thể cao hơn hoặc thấp hơn mức đó) có thể sẽ khiến cho một quy trình khó có thể đoán trước được, vì thế

kết quả của quy trình đó cũng khó dự đoán và ta khó có thể chuẩn bị đầy đủ để đối phó với tác động của nó. Vì vậy, một trong các mục tiêu của chương trình chất lượng là giảm bớt sự khác biệt, qua đó giảm bớt dao động của các quy trình xung quanh một điểm trung bình, điều này sẽ nâng cao kết quả dự báo, tiết kiệm nguồn lực và tăng cường hiệu năng.

Can thiệp đón đầu: Đối lập với các can thiệp sau, và là cách cải thiện kết quả hoạt động có hiệu quả nhất. Thay vì để tình hình trở nên xấu đi mà không làm gì, các tổ chức có chất lượng nên tìm cách để xác định những lĩnh vực dễ có sai sót và can thiệp đón đầu TRƯỚC KHI vấn đề xảy ra.. Điều này thực ra cũng giống nguyên tắc dự phòng ban đầu nhằm loại bỏ căn nguyên của sai sót trước khi nó có thể gây hại cho hệ thống. Trong phương pháp này một lĩnh vực có vấn đề được xác định trước khi nó trở nên có vấn đề và sẽ được loại bỏ hoặc cải thiện.

Một quy trình không phải là một chương trình: nghĩa là sự cải tiến phải được thực hiện liên tục giống như một quy trình, chứ không phải như một chương trình có điểm bắt đầu và điểm kết thúc.

Đánh giá và công nhận: Một vấn đề liên quan đến việc đánh giá là nên thực hiện đánh giá liên tục, không phải một lần trong năm hoặc là định kỳ. Tại sao phải đợi đến kỳ hạn định sẵn mới nói với một công nhân là anh ta làm việc tốt hay kém. Tại sao không làm như vậy thường xuyên và thực hiện thưởng cho việc làm tốt và kết quả hiệu quả. Công nhận thành tích cũng nên được thực hiện một cách tự do và tiên phong. Nó có thể được thực hiện theo nhiều cách khác nhau bao gồm và không chỉ giới hạn ở hình thức thưởng tiền cũng như thưởng bằng các hình thức khác.

Số liệu có vai trò quyết định: Trong kỷ nguyên mà thực hành đều dựa vào bằng chứng, các tổ chức phải trở thành người sử dụng hiệu quả các dữ liệu và có sẵn số liệu phục vụ cho việc phân tích và hành động. Không nên quyết định tùy tiện mà phải dựa trên các số liệu chính xác. Ở đây, kỹ năng quản lý số liệu theo cách thích hợp cần phải được đưa vào áp dụng trong tổ chức, bao gồm việc thu thập, phân tích và báo cáo số liệu một cách hiệu quả nhằm chuyển số liệu thành các thông tin hữu ích.

Hợp tác nhóm: Có rất nhiều lý do giải thích tại sao làm việc nhóm lại có thể có hiệu quả tích cực cho kết quả cuối cùng. Nhóm có hiệu ứng cộng lực kết hợp các ý tưởng, kiến thức và kinh nghiệm của các thành viên trong nhóm. Xây dựng các nhóm làm việc hiệu quả có xác định rõ nhiệm vụ, gồm những thành viên có khả năng đáp ứng cao và các lãnh đạo năng động là mục tiêu của bất kỳ chương trình chất lượng nào đặc biệt là chương trình của một tổ chức hoạt động có hiệu quả cao.

Liên ngành: Một nhóm **đơn** ngành chỉ bao gồm các thành viên trong một lĩnh vực chuyên ngành ví dụ nhóm bác sĩ hoặc nhóm điều dưỡng... Nhóm **đa** ngành là nhóm tập hợp các cá nhân ở một vài chuyên ngành khác nhau như trong một hội đồng hoặc một đội công tác và thường có hơn một lĩnh vực chuyên ngành tham gia. Tuy nhiên trong một nhóm **liên** ngành, mối quan hệ giữa các thành viên được củng cố vững chắc và tập trung vào một chức năng

và một quy trình. Giữa các thành viên có một số điểm chung: ví dụ nhóm làm giảm thời gian chờ của bệnh nhân đến khám tại khoa khám bệnh ngoại trú có sự tham gia của các bác sĩ khoa ngoại trú, y tá, kỹ thuật viên Xquang và nhân viên phụ trách đăng ký khám và phụ trách bệnh viện, mỗi thành viên đại diện cho một bước hoặc một phần của quy trình khám chữa bệnh ngoại trú.

Giáo dục và đào tạo: Gần như tất cả các chuyên gia về chất lượng đều đồng ý rằng đào tạo rất quan trọng trong việc tăng cường và bổ sung các kỹ năng mới cho nhân viên. Biện pháp hiệu quả nhất là đào tạo tại chỗ - nhân viên được đào tạo ngay tại nơi họ làm việc và có thể ngay lập tức áp dụng những kiến thức đã học trực tiếp lên môi trường làm việc của mình. Tất nhiên phát triển chuyên môn đến mức cao nhất vẫn là đạt được trình độ học vấn cao hơn và điều này đi liền với việc giáo dục và đào tạo thường xuyên là cơ chế để tăng cường thành tích hoạt động của nhân .

Quản lý dự phòng: Dựa trên nguyên lý *dự phòng* là cách tốt nhất để chống lại bệnh tật, và quản lý dự phòng là cách tốt nhất để giải quyết các vấn đề về quản lý. Đây cũng chính là nguyên tắc góp phần làm nên lý thuyết cho rằng việc xác định các lĩnh vực có khả năng dễ xảy ra sai sót nhất, hoặc xác định sớm các vấn đề (khi nó còn chưa đáng kể) là cách tốt nhất để hạn chế thiệt hại tiềm tàng do các vấn đề trên có thể gây ra nếu để chúng xảy ra, trở nên lớn hơn hoặc diễn ra kinh niên hơn.

Chuẩn hoá: Có 2 loại chuẩn hoá là chuẩn hoá theo quy trình và chuẩn hoá theo kết quả. Dù là loại nào thì nó đều là quá trình tìm được sự xuất sắc về thành tích trong một tổ chức và học cách làm và đạt được điều tương tự như vậy. Trong chuẩn hoá theo kết quả, một bệnh viện luôn luôn xem xét các bệnh viện có thành tích xuất sắc trong một hoạt động hoặc một lĩnh vực (ví dụ như một bệnh viện có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện thấp) và lấy đó làm mục tiêu cần đạt được trong hệ thống của mình. Trong chuẩn hoá theo quy trình, bệnh viện sẽ nắm bắt vấn đề đó thêm bằng cách cử một nhóm nhân viên (ví dụ nhóm bác sĩ) tới thăm bệnh viện có thành tích nổi trội trên để học cách đạt được mức thành tích cao để đưa về thực hiện trong bệnh viện của mình.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẤT LƯỢNG

Có rất nhiều phương pháp chất lượng, nhưng trong phạm vi bài này, chúng tôi xin giới thiệu 3 phương pháp chất lượng chính thường được sử dụng:

- [1]- PDSA (Plan-Do-Study-Act) hay PDCA (Plan-Do-Check-Act)
- [2]- Six Sigma (6 Sigma)
- [3]- Quản lí tinh gọn (Lean)

1. Chu trình PDCA

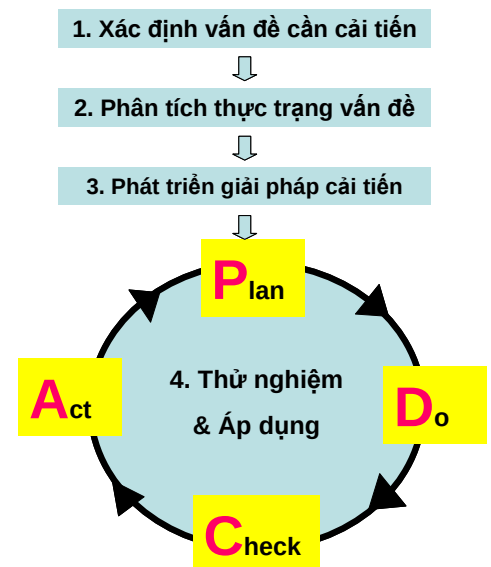
Khái niệm PDCA dựa trên phương pháp khoa học được phát triển từ tác phẩm của Francis Bacon năm 1620, mô tả tiến trình 3 bước là “giả thuyết” – “thực nghiệm” – “lượng giá”. Người đầu tiên áp dụng khái niệm trên vào cải tiến chất lượng là **Walter Andrew Shewhart** (1891-1967). Vào năm 1924 khi thực hiện một yêu cầu cải tiến chất lượng của công ty, ông đã phác thảo 4 thành tố quan trọng được xem là nguyên lý của chu trình chất lượng ngày nay. Trong những năm cuối thập niên 30 của thế kỷ trước, những ý tưởng của Shewhart được mở rộng từ quản lý chất lượng công nghiệp sang những lĩnh vực khoa học khác. Đến thập niên 50, khái niệm trên được phát triển và giới thiệu rộng rãi nhờ công của William Edward Deming. Ông mô tả dưới tên gọi “Shewhart cycle” nhưng người ta thường nhớ đến nó với tên gọi “Deming cycle”, hay chu trình cải tiến chất lượng PCDA hay PDSA.

Chu trình PDCA là nguyên lý cốt lõi của nhiều mô hình quản lý chất lượng như TQM (Total Quality Management), CQI (Continuous Quality Improvement), được sử dụng trong hệ thống quản lý chất lượng ISO và cả trong mô hình đánh giá và công nhận chất lượng (healthcare accreditation).

2. Six Sigma (6 sigma)

6 Sigma là một phương pháp được tiến hành một cách chặt chẽ, khoa học, tập trung vào việc thực hiện có hiệu quả các kỹ thuật và các nguyên tắc quản lý chất lượng đã được thừa nhận. Bằng việc kết hợp các yếu tố trong nhiều lĩnh vực công việc khác nhau, 6 Sigma tập trung vào việc làm thế nào để thực hiện công việc mà không có lỗi hay khuyết tật. Chữ Sigma (σ) theo ký tự Hy Lạp đã được dùng trong kỹ thuật xác suất - thống kê để đánh giá sự sai lệch của các quá trình. Hiệu quả hoạt động của một công ty cũng được đo bằng mức Sigma mà công ty đó đạt được đối với các quá trình sản xuất kinh doanh của họ. Các công ty truyền thống thường đặt 3 hoặc 4 Sigma là mức Sigma chuẩn cho công ty, mặc dù ở mức đó, xác suất lỗi có thể xảy ra là từ 6200 tới 67000 trên một triệu cơ hội. Nếu đạt tới mức 6 Sigma, con số này chỉ còn là 3,4 lỗi trên một triệu cơ hội. Điều này cho phép đáp ứng được sự mong đợi ngày càng tăng của khách hàng cũng như sự phức tạp của các sản phẩm và quy trình công nghệ mới ngày nay.

6 Sigma không hẳn là một kỹ thuật thống kê hay một công nghệ cao, 6 Sigma dựa trên chính những kỹ thuật đã được thử nghiệm và được khẳng định giá trị từ hàng chục năm nay. Về thực chất, 6 Sigma đã loại bỏ khá nhiều các yếu tố phức tạp, 6 Sigma chỉ lựa chọn các công cụ hữu dụng nhất và đã được kiểm chứng và đào tạo cho một số nhỏ cán bộ kỹ thuật chủ chốt. Những người này sẽ được gọi là "Đai đen 6 Sigma" và có chức năng làm đầu mối chỉ đạo việc triển khai thực hiện ở tầm vĩ mô. Vì vậy, các kỹ thuật do nhóm đai đen



này sử dụng thường là các ứng dụng công nghệ cao, chẳng hạn như là các chương trình ứng dụng máy tính tiên tiến nhất. Còn các công cụ được sử dụng phổ biến nhằm cải tiến hiệu quả hoạt động được gọi tắt là DMAIC (viết tắt của các từ tiếng Anh: Define-xác định; Measure - đo lường; Analyze- phân tích; Improve-cải tiến; Control- kiểm soát). Nội dung các yếu tố này được mô tả trong bảng sau:

D (Define)	Xác định	Xác định mục tiêu của các hoạt động cải tiến. ở tầm vĩ mô trong công ty, các mục tiêu này chính là mục tiêu chiến lược, chẳng hạn như tăng lợi nhuận trên vốn đầu tư (ROI) hay tăng thị phần. ở quy mô phòng ban chức năng, các mục tiêu này có thể là năng suất hay hiệu quả hoạt động của một bộ phận sản xuất. Còn ở quy mô tác nghiệp cụ thể thì đó có thể là mục tiêu giảm tỷ lệ khuyết tật hoặc tăng số sản phẩm đầu ra đạt chất lượng... Để xác định các mục tiêu cho hoạt động cải tiến có thể dùng phương pháp phân tích dữ liệu thông kê để tìm kiếm các cơ hội có thể cải tiến.
M (Measure)	Đo lường	Đo lường hệ thống hiện hành. Cần thiết lập một hệ thống có đủ độ tin cậy cần thiết để giám sát các hoạt động cải tiến đang được tiến hành để tiến tới mục tiêu. Bắt đầu bằng việc xác định vị trí hiện tại. Có thể sử dụng các phương pháp phân tích và mô tả dữ liệu nhằm dễ dàng nắm bắt vấn đề
A (Analyze)	Phân tích	Phân tích hệ thống nhằm tìm ra cách tốt nhất vượt qua khoảng cách giữa hiệu quả đang đạt được của hệ thống hay quá trình để đạt tới mục tiêu mong muốn. áp dụng các kỹ thuật thống kê là một cách tốt để phân tích.
I (Improve)	Cải tiến	Cải tiến hệ thống. Cố gắng tìm tòi sáng tạo để tìm ra cách thực hiện công việc một cách tốt hơn, rẻ hơn, nhanh hơn. Sử dụng phương pháp quản lý dự án và các phương pháp hoạch định và quản lý khác để quản lý việc triển khai các ý tưởng cải tiến mới. Sử dụng kỹ thuật thống kê để đánh giá hiệu quả của việc cải tiến.
C (Control)	Kiểm soát	Kiểm soát hệ thống sau khi cải tiến. Thể chế hoá hệ thống sau khi cải tiến bằng cách thay đổi các vấn đề về lương thưởng, chính sách, các quy trình công việc, việc hoạch định nguồn lực, ngân quỹ, hướng dẫn công việc và các vấn đề quản lý khác. Sử dụng ISO 9000 để thể chế hoá và văn bản hoá công việc là một phương tiện rất tốt trong trường hợp này.

6 Sigma là khái niệm đang và sẽ được sử dụng ngày càng rộng rãi hơn trong các cơ sở y tế trong vài năm tới, đặc biệt trong một số lĩnh vực thực hiện

kỹ thuật lặp lại với số lượng lớn như xét nghiệm y học hay chẩn đoán hình ảnh.

Hãy làm một phép so sánh giữa năng lực của một hoạt động (bệnh viện, hãng hàng không, cung cấp điện) điển hình với năng lực là 3.8 Sigma với việc đạt được năng lực là 6 Sigma.

3.8 Sigma	6 Sigma
5000 ca phẫu thuật thất bại hàng tuần	1.7 ca phẫu thuật thất bại hàng tuần
2 chuyến bay gặp sự cố mỗi ngày	Trong 5 năm mới có 1 chuyến bay gặp sự cố
200. 000 đơn thuốc bị kê sai mỗi năm	68 đơn thuốc kê sai mỗi năm
Mỗi tháng có 7 giờ bị mất điện	34 năm mới có 1 giờ bị mất điện

3. Quản lí tinh gọn (Lean)

Nhiều khái niệm về Quản lí tinh gọn bắt nguồn từ Hệ thống sản xuất Toyota (TPS) và đã được dần triển khai xuyên suốt các hoạt động của Toyota từ những năm 1950. Từ trước những năm 1980, Toyota đã ngày càng được biết đến nhiều hơn về tính hiệu quả trong việc triển khai hệ thống sản xuất Just-In-Time (JIT). Ngày nay, Toyota thường được xem là một trong những công ty sản xuất hiệu quả nhất trên thế giới và là công ty đã đưa ra chuẩn mực về điển hình áp dụng quản lí tinh gọn.

Quản lí tinh gọn đang được áp dụng ngày càng rộng rãi tại các công ty sản xuất hàng đầu trên toàn thế giới, dẫn đầu là các nhà sản xuất ô tô lớn và các nhà cung cấp thiết bị cho các công ty này. Quản lí tinh gọn đang trở thành đề tài ngày càng được quan tâm tại các công ty sản xuất ở các nước phát triển khi các công ty này đang tìm cách cạnh tranh hiệu quả hơn đối với khu vực châu Á.

Trong y tế, quản lí tinh gọn cũng ngày càng được áp dụng rộng rãi với góc nhìn bệnh viện là một hệ thống phức tạp với hàng loạt các quy trình và mối liên hệ.

Chi phí y tế đang ngày càng gia tăng nhanh chóng, nhiều sai sót có thể phòng ngừa được đã xảy ra. Quản lí tinh gọn có thể áp dụng tại bệnh viện và các cơ sở y tế nhằm làm giảm lãng phí và các chi phí không cần thiết.

Quản lý tinh gọn (Lean) là phương pháp nâng cao hệ thống quản lý hướng tới nỗ lực loại bỏ lãng phí



(Nguồn: <http://www.gmlvn.com/vn/dich-vu-dao-tao/lean-quan-ly-tinh-gon>)

Các nguyên tắc chính trong Quản lý tinh gọn có thể được tóm tắt như sau:

1. Nhận thức về sự lãng phí – Bước đầu tiên là nhận thức về những gì có và những gì không làm tăng thêm giá trị từ góc độ khách hàng. Bất kỳ vật liệu, quy trình hay tính năng nào không tạo thêm giá trị theo quan điểm của khách hàng được xem là thừa và nên loại bỏ. Ví dụ như việc giảm thời gian và khoảng cách đi lại của nhân viên y tế và người bệnh trong bệnh viện.

2. Chuẩn hoá quy trình – Lean đòi hỏi việc triển khai các hướng dẫn chi tiết gọi là Quy trình chuẩn, trong đó ghi rõ nội dung, trình tự, thời gian và kết quả cho tất cả các thao tác do nhân viên thực hiện. Điều này giúp loại bỏ sự khác biệt trong cách các nhân viên y tế thực hiện công việc.

3. Quy trình liên tục – Trong sản xuất, Lean thường nhắm tới việc triển khai một quy trình sản xuất liên tục, không bị ùn tắc, gián đoạn, đi vòng lại, trả về hay phải chờ đợi. Khi được triển khai thành công, thời gian chu kỳ sản xuất sẽ được giảm đến 90%. Trong y tế điều này có thể nhận thấy và áp dụng trong quy trình khám bệnh, quy trình phẫu thuật, xuất viện v.v...

4. Sản xuất “Pull” – Còn được gọi là Just-in-Time (JIT), sản xuất Pull chủ trương chỉ sản xuất những gì cần và vào lúc cần đến. Sản xuất được diễn ra dưới tác động của các công đoạn sau, nên mỗi phân xưởng chỉ sản xuất theo yêu cầu của công đoạn kế tiếp.

5. Chất lượng từ gốc – Lean nhằm tới việc loại trừ phế phẩm từ gốc và việc kiểm soát chất lượng được thực hiện bởi các công nhân như một phần công việc trong quy trình sản xuất.

6. Liên tục cải tiến – Lean đòi hỏi sự cố gắng đạt đến sự hoàn thiện bằng cách không ngừng loại bỏ những lãng phí khi phát hiện ra chúng. Điều này cũng đòi hỏi sự tham gia tích cực của nhân viên trong quá trình cải tiến liên tục.

Các chuyên gia y tế ước tính rằng, khoảng 30-50% các hoạt động y tế có thể được coi là lãng phí. Cơ hội sử dụng Lean để giảm chi phí là rất lớn, mang lại lợi ích cho người bệnh, nhân viên y tế, bệnh viện, cơ sở y tế và cộng đồng.

So sánh các phương pháp cải tiến:

	PDCA	6 Sigma	Lean
Các bước quy trình	Lập kế hoạch (Plan); Thực hiện (Do); Đánh giá (Check/Study); Kế hoạch tương lai (Act)	Thiết kế (Design); Đo lường (Measure); Phân tích (Analyze); Cải tiến (Improve); Kiểm soát (Control);	Loại trừ các bước thừa không giá trị; Loại trừ các sản phẩm lỗi hỏng; Giảm thời gian của chu kỳ sản xuất;
Trọng tâm cải tiến	Chu trình cải tiến nhanh nhằm xác định cải tiến quy trình một cách tối ưu	Giảm lỗi, hỏng; Khách hàng là trung tâm	Tăng hiệu năng; Loại trừ các hoạt động vô giá trị, giảm sự sai lệch và thời gian thực hiện chu kỳ; Sản phẩm được mang đến khi khách hàng muốn và cần.
Sử dụng lí tưởng	Các dự án mục tiêu được lựa chọn và cải tiến; Thời gian và nguồn lực hạn chế.	Các dự án mục tiêu được lựa chọn để cải tiến với nguồn lực sẵn có. Dự án có các hoạt động được lặp đi lặp lại với tần số cao.	Quan tâm đến hiệu năng của quy trình. Quy trình có thể xác định rõ và có nhiều hoạt động vô giá trị.
Những công cụ hỗ trợ để thành công	Môi trường thử nghiệm áp dụng và thí điểm áp dụng các ý tưởng	Biểu đồ kiểm soát quy trình có số liệu thống kê, chuyên gia 6 sigma (“đai đen”; “đai xanh”)	bản đồ dòng giá trị (Value stream mapping), phân tích giá trị; Kaizen.

Tùy thuộc điều kiện của từng cơ sở y tế, có thể vận dụng các phương pháp trên để áp dụng cải tiến chất lượng. Với điều kiện nguồn lực hạn chế hiện nay ở Việt Nam, trước mắt áp dụng chu trình PDCA sẽ có nhiều thuận lợi và mang lại hiệu quả tức thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Y khoa Hoa Kỳ. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001.
2. Tổ chức Y tế Thế giới. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007:
3. Viện nghiên cứu hệ thống y tế-Bộ Y tế Malaysia. Promoting for Quality of Healthcare. 2004.
4. Juran Joseph M. ; Godfrey Blanton A. Juran's Quality Handbook. Fifth edition, 1999.
5. USAID. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality (2002), pages: 51-76.
6. USAID. Quality Assurance Project. Monitoring the Quality of Hospital Care.
7. American College of Medical Quality. Medical Quality Management-Theory and Practice, 2010.
8. <http://asq.org/learn-about-quality/cause-analysis-tools/overview/pareto.html>
9. <http://en.wikipedia.org/wiki/Shewhart>
10. <http://www.teamtechnology.co.uk/tda/>
11. <http://www.gmlvn.com/vn/dich-vu-dao-tao/lean-quan-ly-tinh-gon>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Chất lượng trong y tế theo quan điểm của từng nhóm đối tượng là giống nhau hay khác nhau?

A) Giống nhau

B) Khác nhau

Câu 2. Chiều hướng về chất lượng trong chăm sóc y tế theo chương trình PATH 2007 của tổ chức y tế thế giới là gì? (Đánh dấu x vào ô đúng)

A) An toàn

E) Hướng về nhân viên

B) Người bệnh làm trung tâm

F) Công bằng

C) Chăm sóc lâm sàng hiệu quả

G) Điều hành hiệu quả

D) Hiệu suất

H) Đúng thời gian

Câu 3. Lựa chọn đánh giá cho các câu sau (đúng hay sai):

		Đúng	Sai
1.	Lập kế hoạch là quan trọng để có được chất lượng		
2.	Chất lượng có ở sản phẩm hay dịch vụ đắt tiền		
3.	Chất lượng là làm đúng ngay từ đầu và làm tốt hơn trong những lần tiếp theo		
4.	Chất lượng là cần đầu tư tốn kém chi phí		
5.	Chất lượng là vô hình không thể đo đếm được		
6.	Chất lượng là sự cải thiện gia tăng, đáp ứng ngày càng cao với người sử dụng		
7.	Sai sót chủ yếu do lỗi cá nhân		
8.	Làm chất lượng là do phòng quản lý chất lượng thực hiện		

Câu 4. Theo khuyến cáo, phương pháp chất lượng nào nên được áp dụng cho các cơ sở y tế mới áp dụng quản lý chất lượng?

A) Chu trình PDCA/PDSA

B) 6 Sigma

C) Quản lý tinh gọn (Lean)

Câu 5. Các nguyên tắc quản lý chất lượng dưới đây theo anh/chị là đúng hay sai?

		Đúng	Sai
1.	Chất lượng cần sự cam kết của lãnh đạo		
2.	Sự trao quyền là nguyên tắc quan trọng		
3.	Cải tiến chất lượng đòi hỏi sự tham gia của tất cả		

	mọi người		
4.	Chất lượng đòi hỏi phải cải tiến liên tục		
5.	Trong bối cảnh nước ta hiện nay, cần tăng cường đầu tư nhiều nguồn lực mới có thể cải tiến chất lượng		
6.	Cải tiến quy trình trước để cải thiện chất lượng dịch vụ y tế		
7.	Tăng cường xử phạt cá nhân gây sai sót		
8.	Cần phải chuẩn hóa quy trình nhằm giảm bớt sự khác biệt và bảo đảm chất lượng dịch vụ		
9.	Sáng kiến cải tiến do các chuyên gia về chất lượng đưa ra		

BÀI 16

TIÊU CHUẨN VÀ CHỨNG NHẬN

CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU:

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Tổng quan về tiêu chuẩn và chứng nhận chất lượng bệnh viện
2. Mô tả được các nhóm tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện
3. Biết các nội dung cơ bản về phương pháp đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện (hospital accreditation)

NỘI DUNG

Đánh giá và chứng nhận chất lượng là một phương thức đánh giá chất lượng từ bên ngoài. Có 3 hình thức đánh giá chất lượng từ bên ngoài như sau:

- *Đánh giá và chứng nhận chất lượng (accreditation)*: Là hình thức chứng nhận bởi một tổ chức chứng nhận cấp quốc gia về đạt được tiêu chuẩn chất lượng của một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do một cơ quan bên ngoài độc lập đánh giá mức độ thực hiện liên quan đến tiêu chuẩn chất lượng.

- *Cấp chứng chỉ*: Công nhận chính thức về sự phù hợp với bộ tiêu chuẩn (ví dụ ISO 9000 cho hệ thống chất lượng) cấp bởi tổ chức đánh giá bên ngoài có thẩm quyền.

- *Cấp phép*: Là quá trình do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cho phép cơ sở hoạt động sau khi đã có đánh giá đạt các quy chuẩn kỹ thuật tối thiểu hoặc cấp cho thầy thuốc thực hành hoặc tổ chức y tế đủ điều kiện hoạt động và hành nghề.

Đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện (hospital accreditation): Là một hoạt động giám sát bên ngoài không do các chuyên gia y tế trong bệnh viện hay cơ quan chức năng tiến hành; mục đích là bảo đảm bệnh viện cung cấp cho người bệnh các dịch vụ y tế chất lượng và an toàn.

Đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện trong thời gian vừa qua có sự phát triển nhanh chóng với sự ra đời của các bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện và các cơ quan đánh giá độc lập.

I. MỤC TIÊU VÀ Ý NGHĨA CỦA ĐÁNH GIÁ VÀ CHỨNG NHẬN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN:

- Đánh giá chất lượng và an toàn trong chăm sóc người bệnh;
- Đánh giá năng lực của bệnh viện trong bảo đảm và cải tiến không ngừng chất lượng chăm sóc người bệnh;

- Đưa ra các khuyến nghị;
- Kết hợp giữa các chuyên gia đánh giá của tổ chức thẩm định và chuyên gia của bệnh viện trong tất cả các giai đoạn của quy trình thẩm định;
- Cung cấp kiến thức về chất lượng bệnh viện;
- Nâng cao niềm tin của công chúng, người bệnh và cơ quan quản lý đối với bệnh viện;

II. CÁC THÀNH TỐ CỦA HỆ THỐNG ĐÁNH GIÁ VÀ CHỨNG NHẬN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN:

2.1. Khung pháp lý cho hoạt động đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện.

Nhìn chung, trên thế giới hiện nay các nước áp dụng chiến lược quốc gia về chất lượng dựa trên sự pha trộn giữa bắt buộc và tự nguyện về quản lý chất lượng.

Các văn bản quy phạm pháp luật có những điều khoản quy định liên quan đến hoạt động thẩm định chất lượng bệnh viện, như:

- Xây dựng hoặc thừa nhận bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện
- Thành lập hoặc cho phép Tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện hoạt động
- Cơ quan quản lý chất lượng cấp quốc gia

Các văn bản được ban hành dưới dạng Luật, Nghị định hay Thông tư hướng dẫn. Ví dụ về một số quốc gia đã đưa vấn đề chất lượng cơ sở y tế vào trong luật:

Úc: Năm 1993 đưa Luật Bệnh viện và phòng khám xác định rõ quyền người bệnh, vấn đề đánh giá chất lượng từ bên ngoài, hệ thống chất lượng nội bộ và uỷ ban bảo đảm chất lượng.

Pháp: Năm 1984: Luật yêu cầu uỷ ban y khoa của bệnh viện phải có báo cáo đánh giá chất lượng hàng năm.

Năm 1991: Luật yêu cầu bệnh viện phải có hệ thống chất lượng nội bộ

Năm 1996: Pháp lệnh yêu cầu cải tiến chất lượng bắt buộc, đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện và khảo sát người bệnh ở tất cả các bệnh viện công lập và ngoài công lập.

Bỉ năm 1987, Ý năm 1986, Hà Lan năm 1981 yêu cầu phải có Uỷ ban chất lượng bệnh viện.

Mỹ: Năm 1986 quy định cơ quan tài trợ liên bang, quy định bắt buộc vấn đề bảo đảm chất lượng và hiệu quả chăm sóc bởi Medicare và Medicaid.

Thụy Điển: Năm 1997 Luật Sức khỏe và Dịch vụ khám, chữa bệnh yêu cầu tất cả nhân viên phải cải tiến chất lượng có hệ thống, tự đánh giá, thực hành dựa trên bằng chứng, quản lý rủi ro, đánh giá kết quả và cải thiện chất lượng liên tục.

Philippine: Năm 1995, yêu cầu tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT phải tham gia chương trình bảo đảm chất lượng.

Một số quốc gia, Chính phủ ban hành chính sách riêng về chất lượng khám chữa bệnh, hoặc đưa vào chiến lược y tế hay kế hoạch chất lượng quốc gia.

Tại Việt Nam, Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2009), Điều 55 và Điều 56 quy định về tiêu chuẩn quản lý chất lượng và tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định cụ thể về quy chuẩn kỹ thuật quốc gia, tiêu chuẩn quản lý chất lượng và tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2.2. Bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện:

Bộ Tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện được xây dựng dựa trên sự đồng thuận của Bộ Y tế, hiệp hội y khoa, hiệp hội bệnh viện tùy theo bối cảnh và cấu trúc hệ thống y tế của từng nước. Bộ Tiêu chuẩn được xây dựng thường có nhiều lớp, được kết cấu gồm các nhóm tiêu chuẩn (hoặc chức năng), mỗi nhóm tiêu chuẩn gồm một hoặc nhiều tiêu chuẩn, mỗi tiêu chuẩn có một hoặc nhiều tiêu chí.

Hiệp hội Quốc tế về Chất lượng Chăm sóc sức khỏe (The International Society for Quality in Health Care-ISQua) đã đưa ra nguyên tắc cơ bản và khung yêu cầu cho việc xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cơ sở khám, chữa bệnh.

Phiên bản 3.0 năm 2007 đưa ra 6 nguyên tắc xây dựng bộ tiêu chuẩn chất lượng gồm:

- Cải tiến chất lượng
- Tập trung vào người bệnh và người sử dụng dịch vụ
- Lập kế hoạch và thực hiện của tổ chức
- An toàn
- Xây dựng tiêu chuẩn
- Đo lường tiêu chuẩn

Để có thể thực hiện đánh giá và chứng nhận chất lượng, ngoài tiêu chuẩn chất lượng còn có hướng dẫn đánh giá các tiêu chuẩn, quy trình đánh giá và chứng nhận bao gồm các bước như: đăng ký, tự đánh giá nội bộ (của bệnh viện), đánh giá sơ bộ (của tổ chức đánh giá), phản hồi (của tổ chức đánh giá đối với bệnh viện), đệ trình Hội đồng chất lượng, công nhận.

Chu kỳ đánh giá và chứng nhận thường từ 3 đến 5 năm tùy thuộc vào từng quốc gia và tổ chức đánh giá và chứng nhận. Những quốc gia có số bệnh viện nhiều (như Nhật Bản, Pháp) chu kỳ đánh giá và chứng nhận thường là 5 năm. Một số nước khác có số bệnh viện ít thì chu kỳ thẩm định 3 hoặc 4 năm (Đài Loan, Malaysia, Úc).

Ví dụ: Tại Úc, việc đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện do Hội đồng của Úc về Chuẩn Chăm sóc Sức khỏe (Australian Council on Healthcare Standards-ACHS) thực hiện dựa trên Chương trình Lượng giá và Cải tiến chất lượng (EQuIP) và Bộ Tiêu chuẩn EQuIP4.

Bộ Tiêu chuẩn EQuIP4 bao gồm 3 nhóm tiêu chuẩn (hay 3 chức năng) gồm:

Chức năng lâm sàng: gồm 6 tiêu chuẩn (21 tiêu chí)

Tiêu chuẩn 1.1. Chăm sóc liên tục

Tiêu chuẩn 1.2. Tiếp cận

Tiêu chuẩn 1.3. Sự phù hợp

Tiêu chuẩn 1.4. Hiệu quả

Tiêu chuẩn 1.5. An toàn

Tiêu chuẩn 1.6. Khách hàng là trung tâm

Chức năng hỗ trợ: gồm 5 tiêu chuẩn (14 tiêu chí)

Tiêu chuẩn 2.1. Cải tiến chất lượng và quản lý rủi ro

Tiêu chuẩn 2.2. Quản lý nhân lực

Tiêu chuẩn 2.3. Quản lý thông tin

Tiêu chuẩn 2.4. Sức khỏe cộng đồng

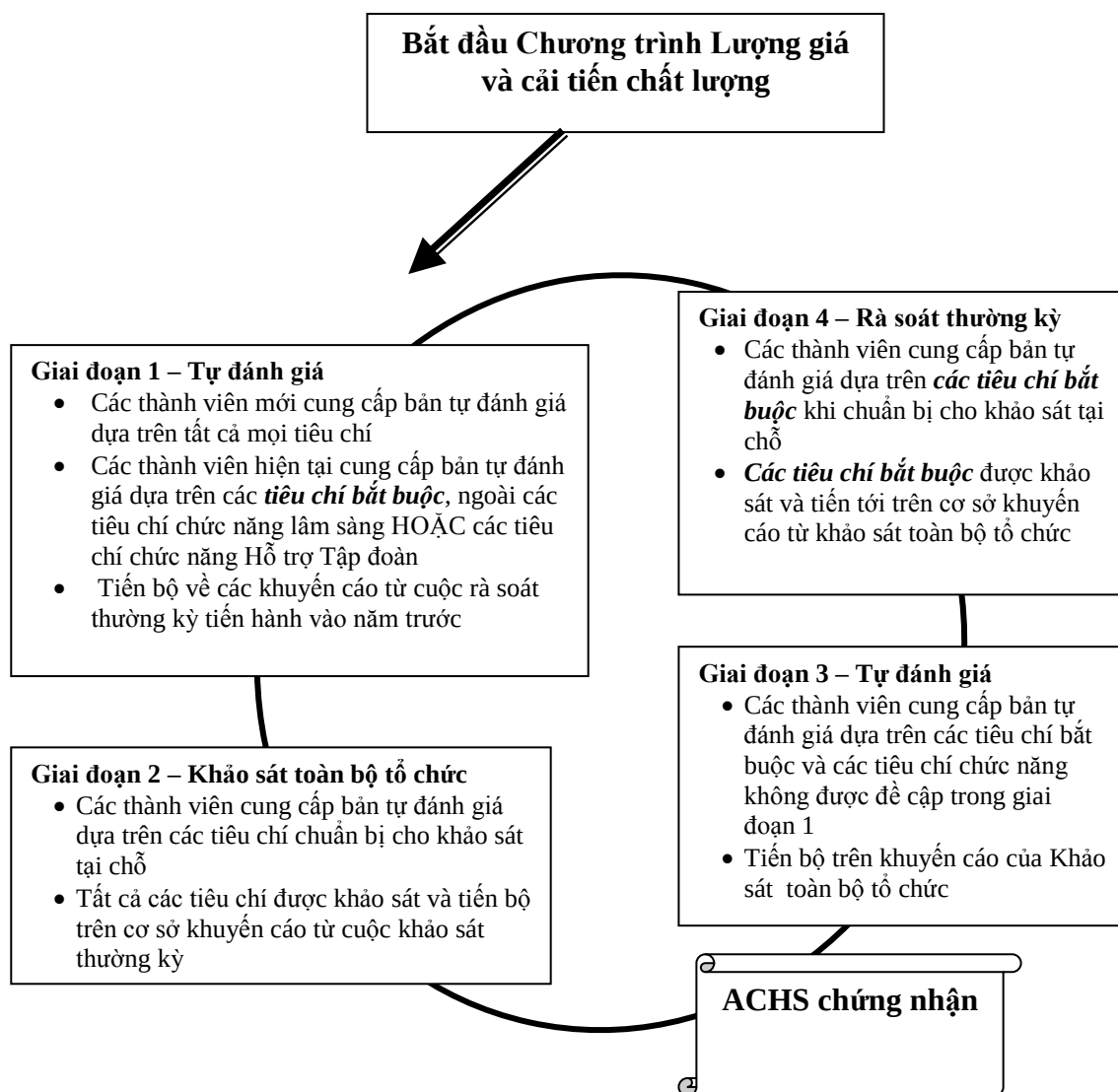
Tiêu chuẩn 2.5. Nghiên cứu

Chức năng phối hợp: gồm 2 tiêu chuẩn (5 tiêu chí)

Tiêu chuẩn 3.1. Lãnh đạo và Quản lý

Tiêu chuẩn 3.2. Thực hành an toàn và Môi trường

Chu kỳ thẩm định là 4 năm và diễn ra theo sơ đồ sau:



Một số tổ chức chứng nhận chất lượng có cách tiếp cận khác, ví dụ JCI. Tiến trình để đánh giá và chứng nhận chất lượng của JCI chia làm 4 cấp độ:

1. Thiết yếu: xác nhận những gì đã đạt được/tự đánh giá và thực hiện cải tiến
2. Chứng chỉ: đối với các chương trình cải tiến chất lượng.
3. Chứng nhận: cấp chứng nhận phù hợp cho toàn bộ tổ chức.
4. Các tổ chức được đánh giá cao.

Bộ tiêu chuẩn thiết yếu được phát triển từ các tài liệu y khoa quốc tế và kinh nghiệm bao quát, mỗi khu vực nguy cơ có 10 chuẩn mực đưa ra các chiến lược giảm thiểu nguy cơ một cách rõ ràng và khả thi. “Mức độ nỗ lực” ghi nhận sự tiến bộ đối với từng chuẩn mực. 5 nhóm nguy cơ của Bộ tiêu chuẩn thiết yếu gồm:

1. Cách thức lãnh đạo và trách nhiệm giải trình
2. Lực lượng lao động có năng lực và thành thạo
3. An toàn môi trường cho nhân viên và người bệnh
4. Chăm sóc lâm sàng cho người bệnh

5. Cải thiện chất lượng và an toàn

2.3. Tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện

Tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện thường là một tổ chức phi lợi nhuận hoạt động mang tính chất quốc tế hoặc trong phạm vi quốc gia.

Tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng được thành lập thường do sự phối hợp và thoả thuận giữa Bộ Y tế, hiệp hội y khoa, hiệp hội bệnh viện hoặc là một tổ chức độc lập hoạt động trong lĩnh vực đánh giá và chứng nhận chất lượng cơ sở y tế.

Tính đến tháng 11/2011, có 19 tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng được ISQua công nhận dựa trên các tiêu chuẩn về tổ chức đánh giá chất lượng từ bên ngoài do ISQua đưa ra (International accreditation standards for healthcare external evaluation organisations).

Các tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng do ISQua công nhận tính đến 11/2011:

1. Hiệp hội Ngân hàng máu Hoa Kỳ, Chương trình Thẩm định và Chất lượng (American Association of Blood Banks, Accreditation and Quality Programme – **AABB**)
2. Tổ chức Thẩm định Canada (Accreditation Canada)
3. Hội đồng Tiêu chuẩn Chăm sóc sức khỏe Úc (The Australian Council on Healthcare Standard – **ACHS**)
4. Tổ chức Thẩm định Thực hành Đa khoa Úc/ Chất lượng Thực hành (Australian General Practice Accreditation Limited / Quality in Practice - **QIP/AGPAL**)
5. Đơn vị Thẩm định Chất lượng Chăm sóc Sức khỏe, Anh (Healthcare Accreditation Quality Unit, UK - **CHKS-HAQU**)
6. Hội đồng Thẩm định Dịch vụ Y tế Nam Phi (Council for Health Service Accreditation of Southern Africa – **COHSASA**)
7. Hệ thống Thẩm định Y tế của Viện Tiêu chuẩn Kỹ thuật và Chứng nhận Colombia (Health Accreditation System of Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, Co – **ICONTEC**)
8. Ban Thẩm định Dịch vụ Y tế Hồi giáo (The Irish Health Service Accreditation Board – **IHSAB**)
9. Ủy ban Hỗn hợp Quốc tế (Joint Commission International, USA – **JCI**)
10. Hội Chất lượng Y tế Malaysia (Malaysian Society for Quality in Health – **MSQH**)
11. Viện Thẩm định Chăm sóc sức khỏe Hà Lan (Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare – **NIAZ**)
12. Hội đồng Cải tiến Chất lượng và Chương trình Thẩm định Chất lượng

Úc (Quality Improvement Council and the QIC Accreditation Program, Australia – **QIC**)

13. Ủy ban Hỗn hợp Thẩm định Chăm sóc sức khỏe Đài Loan (Taiwan Joint Commission on Healthcare Accreditation – **TJCHA**)
14. Thẩm định Y tế và Khuyết tật Niu Dilân (Health and Disability Auditing New Zealand – **HDANZ**)
15. Chương trình Chứng nhận Y tế của Cty Global Mark –Úc (Global-Mark Pty Ltd, Healthcare Certification Programme)
16. Cơ quan Tiêu chuẩn và Thẩm định Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi Úc (Aged Care Standards and Accreditation Agency, Australia – **ACSAA**)
17. Hội đồng Thẩm định Chăm sóc sức khỏe Giooc-da-ni (Health Care Accreditation Council of Jordan – **HCAC**)

ISQua cũng thẩm định các bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện do các tổ chức tiêu chuẩn và thẩm định xây dựng. Đến nay đã có 35 bộ tiêu chuẩn của 21 tổ chức đã được ISQua thẩm định. Ngoài ra, ISQua còn thẩm định cho 8 chương trình đào tạo đánh giá viên.

III. TIẾN TRÌNH ÁP DỤNG ĐÁNH GIÁ VÀ CHỨNG NHẬN CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN TRÊN THẾ GIỚI

Hoa Kỳ là một trong những quốc gia thực hiện đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện và các tổ chức chăm sóc sức khỏe sớm nhất trên thế giới. Những thập niên 90' có sự phát triển nhanh chóng với sự ra đời các tổ chức tiêu chuẩn và thẩm định chất lượng bệnh viện tại các nước châu Âu, Úc, Mỹ và một số quốc gia Châu Á, Phi. Trong số các nước Đông Nam Á, Indônêxia, Malaysia, Thái Lan, Philippine là những nước sớm đưa chương trình đánh giá và chứng nhận chất lượng vào thực hiện đánh giá chất lượng bệnh viện theo các bộ tiêu chuẩn do tổ chức đánh giá và chứng nhận chất lượng xây dựng, trong đó, các bộ tiêu chuẩn và tổ chức thẩm định chất lượng của Malaysia đã được ISQua thẩm định. Úc và Anh là những quốc gia có 3-5 tổ chức thẩm định chất lượng y tế.

Tiến trình thẩm định chất lượng các tổ chức chăm sóc sức khỏe trên thế giới (Elma 2003).

Năm đầu tiên thẩm định	Quốc gia/vùng lãnh thổ và tổ chức thẩm định
1951	Hoa Kỳ (JCAHO)
1958	Canada

1974	Australia (ACHS)
1979	Hoa Kỳ (AAAHHC)
1986	Đài Loan
1987	Australia (QIC)
1989	New Zealand
1990	Anh (HAP)
1991	Anh (HQS), Hoa Kỳ (NCQA)
1994	Nam Phi
1995	Phần Lan, Hàn Quốc, Indonesia
1996	Argentina, Tây Ban Nha
1997	Cộng hoà Séc, Nhật Bản
1998	Brazil, Ba Lan, Australia (AGPAL), Thụy Sĩ
1999	Pháp, Malaysia, Hà Lan, Thái Lan, Zambia
2000	Bồ Đào Nha, Anh (CSBS)*, Philippines
2001	Đức, Italy, Ireland

IV. CHI PHÍ CHO ĐÁNH GIÁ VÀ CHỨNG NHẬN CHẤT LƯỢNG

Chi phí cho đánh giá và chứng nhận chất lượng chủ yếu gồm những nội dung sau:

- Phí đi lại cho đánh giá viên
- Phí trả công cho đánh giá viên
- Một số chi phí khác (trước đánh giá, sau đánh giá v.v...)

Mức phí có thể rất khác nhau giữa các quốc gia. Để tiện so sánh, trong một cuộc khảo sát của ISQua và WHO năm 2000, mức phí thẩm định chất lượng cho một bệnh viện 100 giường bệnh nội trú có thể từ vài trăm USD (Italia) đến 28.000 USD (Anh).

V. KẾT LUẬN:

Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định về tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là một định hướng quan trọng về việc áp dụng mô hình quản lý chất lượng hiện nay.

Mô hình đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện đang được áp dụng phổ biến trên thế giới với những kinh nghiệm thực tiễn đã có của các nước đang phát triển có thể là bài học cho Việt Nam khi triển khai./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Australian Council on Healthcare Standards. *EQuIP 4 guide. Part 2: Standards*. 2006.
2. Australian Council on Healthcare Standards. *EQuIP 4 guide. Part 4: Implementing the Evaluation and Quality Improvement Program*. 2006.
3. ISQua and WHO. *Quality and accreditation in health care services. A global review*. 2003.
4. ISQua. *International principles for healthcare standards*. 2007.
5. ISQua. *International accreditation standards for healthcare external evaluation organisations*. Third edition, 2007.
6. Nguyễn Quốc Tuấn, Trương Hồng Trình, Lê Thị Minh Hằng. *Quản trị chất lượng toàn diện*. Nhà Xuất bản Tài chính, 2007.
7. Quốc hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009.
8. Chính phủ. Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Cơ sở pháp lý của việc đánh giá và chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là gì? (Khoanh tròn vào mục đúng)

- A) Luật Tiêu chuẩn và quy chuẩn kỹ thuật
- B) Luật Chất lượng sản phẩm hàng hóa
- C) Luật Khám bệnh, chữa bệnh
- D) Nghị định số 87/2011/NĐ-CP

Câu 2. Kết cấu bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng bệnh viện thường bao gồm những nhóm tiêu chuẩn nào?

- A) Tiêu chuẩn cấu trúc
- B) Tiêu chuẩn quá trình
- C) Tiêu chuẩn kết quả
- D) Cả 3 nhóm trên

Câu 3. Tổ chức chứng nhận chất lượng phải bảo đảm yêu cầu như thế nào trong mối quan hệ với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh?

- A) Độc lập
- B) Có mối quan hệ lợi ích chung

Câu 4. Tại Việt Nam, đến 12/2011 đã có tổ chức chứng nhận chất lượng trong khám, chữa bệnh theo yêu cầu của Luật Khám bệnh, chữa bệnh do tổ chức, cá nhân trong nước thành lập chưa?

- A) Có
- B) Chưa

Câu 5. Quy trình đánh giá, chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm các bước theo trình tự nào dưới đây là đúng (đánh dấu x vào ô đúng):

A) Đăng ký => tự đánh giá nội bộ (của bệnh viện) => đánh giá sơ bộ (của tổ chức đánh giá) => phản hồi (của tổ chức đánh giá đối với bệnh viện) => đệ trình Hội đồng chất lượng => công nhận

B) Tự đánh giá nội bộ (của bệnh viện) => đăng ký => đánh giá sơ bộ (của tổ chức đánh giá) => phản hồi (của tổ chức đánh giá đối với bệnh viện), => đệ trình Hội đồng chất lượng => công nhận

C) Đánh giá sơ bộ (của tổ chức đánh giá) => Tự đánh giá nội bộ (của bệnh viện) => đăng ký => đệ trình Hội đồng chất lượng => phản hồi (của tổ chức đánh giá đối với bệnh viện) => công nhận

Câu 6. Những câu sau đúng hay sai?
(Đánh dấu x vào ô thích hợp)

		Đúng	Sai
6.	Mô hình đánh giá và chứng nhận chất lượng là mô		

	hình tốt nhất vì mang lại thương hiệu cho bệnh viện		
7.	Khi bệnh viện đạt tiêu chuẩn chất lượng thì không cần tiếp tục cải tiến hoặc không cần áp dụng thêm mô hình nào khác		
8.	Sau khi đạt tiêu chuẩn chất lượng và được công nhận, bệnh viện vẫn phải duy trì các hoạt động cải tiến		
9.	Chu kỳ đánh giá lại tùy theo từng tổ chức thường từ 3-5 năm		
10.	Tiêu chuẩn chất lượng, đánh giá và chứng nhận chất lượng chỉ áp dụng đối với bệnh viện, không áp dụng đối với các cơ sở y tế khác		

BÀI 17

HƯỚNG DẪN CÔNG TÁC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Nắm được các nhiệm vụ trong quản lý chất lượng bệnh viện
2. Hiểu được hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện
3. Biết các nhiệm vụ cơ bản của đơn vị quản lý chất lượng trong bệnh viện

NỘI DUNG

Bệnh viện là một cơ sở dịch vụ phức hợp với rất nhiều nhóm dịch vụ: khám, chữa bệnh, “ khách sạn (dịch vụ buồng bệnh) ”, “ ngân hàng (tài chính-kế toán) ”, “xưởng sản xuất (trung tâm khử khuẩn tiệt khuẩn, khoa xét nghiệm, khoa dược)”v.v... Mỗi quan hệ giữa người bệnh (khách hàng bên ngoài) với bệnh viện và giữa các đơn vị trong bệnh viện (khách hàng nội bộ) cũng rất đa dạng, phức tạp và nhiều áp lực hơn rất nhiều so với các ngành dịch vụ khác. Vì vậy, công tác quản lý bệnh viện ngày càng có vai trò quan trọng, trong đó quản lý chất lượng đang ngày càng được coi trọng và được coi là hoạt động xuyên suốt của các bệnh viện.

I. CÁC NHIỆM VỤ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG:

1. Lập kế hoạch, đề án về quản lý chất lượng bệnh viện

Bệnh viện phải xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu về chất lượng của bệnh viện. Mục tiêu về chất lượng của bệnh viện phù hợp với chính sách chất lượng của quốc gia và nguồn lực của bệnh viện.

Kế hoạch và chương trình quản lý chất lượng của bệnh viện được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm của bệnh viện.

Lập các đề án cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên để triển khai các hoạt động cải tiến chất lượng phù hợp với nguồn lực hiện có của bệnh viện.

2. Áp dụng tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp quản lý chất lượng

Hiện nay, có nhiều phương pháp và mô hình quản lý chất lượng. Bệnh viện có thể áp dụng một hoặc kết hợp nhiều tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp quản lý chất lượng cho tất cả các lĩnh vực hoặc từng lĩnh vực cụ thể của bệnh viện, ví dụ:

2.1. Áp dụng quản lý chất lượng dựa trên các bộ tiêu chuẩn: Đánh giá và chứng nhận chất lượng bệnh viện theo tiêu chuẩn chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện nước ngoài, hoặc bộ tiêu

chuẩn chất lượng bệnh viện do tổ chức chứng nhận chất lượng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong nước xây dựng được Bộ Y tế thừa nhận;

Hiện nay, đã có 19 tổ chức chứng nhận chất lượng nước ngoài và 35 bộ tiêu chuẩn đã được ISQua công nhận.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 đã quy định cụ thể về tổ chức và hoạt động của tổ chức chứng nhận chất lượng ở Việt Nam. Trong thời gian tới, một số tổ chức chứng nhận chất lượng sẽ được thành lập theo quy định của Nghị định số 87 và triển khai xây dựng Bộ Tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện và tổ chức đánh giá chứng nhận chất lượng.

2.2. Hệ thống quản lý chất lượng theo ISO. Đã có một số bệnh viện áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001-2008. Hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học ISO 15189 là một trong các bộ tiêu chuẩn được xây dựng dành cho các phòng thí nghiệm, phù hợp với các khoa xét nghiệm bệnh viện. Các đơn vị trong bệnh viện như: các phòng chức năng, khoa dược, trung tâm khử khuẩn tiệt khuẩn ... có thể áp dụng hệ thống quản lý chất lượng ISO 9001-2008.

2.3. Áp dụng chu trình cải tiến chất lượng, quản lý chất lượng toàn diện;

Với các bệnh viện có nguồn lực hạn chế, việc áp dụng chu trình chất lượng, trong đó lựa chọn những lĩnh vực ưu tiên thông qua khảo sát đánh giá hài lòng người bệnh và nhân viên y tế, có tính khả thi cao. Những vấn đề chất lượng thường gặp hiện nay tại các bệnh viện gồm:

- Thời gian chờ lâu: chờ khám, xét nghiệm, phẫu thuật
- Thái độ, ứng xử
- Chất lượng chuyên môn: sai sót chuyên môn kỹ thuật, lạm dụng thuốc, xét nghiệm, kỹ thuật hoặc sử dụng dưới mức cần thiết.
- An toàn bệnh nhân: Nhiễm khuẩn bệnh viện, sai sót trong sử dụng thuốc, nhầm lẫn người bệnh, v.v...
- Môi trường bệnh viện, vệ sinh, xử lý chất thải v.v...

Việc sử dụng các công cụ chất lượng, áp dụng chu trình cải tiến chất lượng (PDCA, PDSA, chu trình giải quyết vấn đề, chu trình 10 bước) thông qua lựa chọn vấn đề chất lượng ưu tiên từng bước sẽ giúp bệnh viện cải tiến chất lượng, đáp ứng ngày càng tốt hơn sự hài lòng người bệnh và nhân viên y tế.

Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) là một triết lý quản lý. Mục tiêu của TQM là cải tiến chất lượng sản phẩm, dịch vụ và nâng cao sự thoả mãn khách hàng ở mức tốt nhất. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.

Các đặc trưng cơ bản của TQM:

- Chất lượng được tạo nên bởi sự tham gia của tất cả mọi người
- Chú ý đến mối quan hệ với các lợi ích xã hội khác.
- Chú ý đến công tác giáo dục và đào tạo.
- Đề cao tính tự quản: chất lượng được tạo ra từ ý thức tự giác.
- Quản lý dựa trên sự kiện thực tế.
- Xây dựng và triển khai hệ thống chính sách trên toàn tổ chức
- Thúc đẩy ý thức tự quản và hợp tác của người lao động.
- Chia sẻ kinh nghiệm và khuyến khích các ý tưởng sáng tạo và cải tiến
- Thực hiện xem xét của lãnh đạo và đánh giá nội bộ đảm bảo hệ thống hoạt động thông suốt.
- Sử dụng các phương pháp thống kê.

3. Đo lường chất lượng và xây dựng cơ sở dữ liệu về quản lý chất lượng bệnh viện

Vai trò của đo lường trong quản lý chất lượng là không thể thiếu được, không đo lường cũng đồng nghĩa là không cải tiến chất lượng.

Trong những thập niên 60 của Thế kỷ 20, Avedis Donabedian đã đưa ra lý thuyết đo lường chất lượng cả về cấu trúc, quy trình và kết quả.

Đo lường cấu trúc, bao gồm cả về thiết kế, chính sách và phương pháp, số lượng và chất lượng nhân lực, trình độ cán bộ, trang thiết bị, vật tư, cơ sở hạ tầng,

Đo lường quy trình lượng giá các quy trình hoạt động có được thực thi đúng cách nhằm đạt được kết quả mong muốn hay không.

Đo lường kết quả nhằm đánh giá sự thay đổi về sức khỏe của người bệnh sau khi đã thực hiện hàng loạt các quy trình.

Đo lường hiện trạng (baseline measurement) và đo lường xu hướng (trending measurement):

Đo lường hiện trạng là đo lường lúc khởi đầu các biện pháp can thiệp về chất lượng nhằm đánh giá chất lượng y tế tại thời điểm trước can thiệp. Sau khi triển khai các giải pháp can thiệp về chất lượng, *đo lường xu hướng* giúp đánh giá hoặc xem xét các giải pháp can thiệp về chất lượng có mang lại hiệu quả hay không.

Để thực thi việc đo lường, cần xây dựng cơ sở dữ liệu về quản lý chất lượng, trong đó ứng dụng công nghệ thông tin trong xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện là hết sức cần thiết và phải được thực hiện thường xuyên, liên tục, mang tính chất định kỳ, đều đặn.

Việc công bố chất lượng bệnh viện đã được nhiều quốc gia áp dụng thể hiện sự minh bạch và có tác dụng khuyến khích cải tiến chất lượng, đồng thời là yếu tố để giúp người bệnh có thông tin để lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ. Tại Đức, mỗi bệnh viện bắt buộc phải báo cáo chất lượng định kỳ 2 năm. Tại Singapore, hàng năm bệnh viện đều công bố một số chỉ số chất lượng trên trang web của bệnh viện để người bệnh, cơ quan quản lý biết.

4. Xây dựng bộ chỉ số về chất lượng bệnh viện

Một số quốc gia đã đưa ra bộ chỉ số chất lượng quốc gia (ví dụ Malaysia) để các bệnh viện lấy đó làm thước đo chất lượng và dựa trên khung chỉ số chất lượng quốc gia (NIA).

Từ bộ chỉ số chất lượng bệnh viện quốc gia, các bệnh viện xác định ngưỡng chỉ số chất lượng của bệnh viện. Chỉ số chất lượng của bệnh viện có thể chia làm 2 nhóm: chỉ số lâm sàng (clinical indicators) và chỉ số chất lượng dịch vụ (service indicators).

Các bệnh viện phải tiến hành đo lường các chỉ số chất lượng, ban đầu, đo lường chỉ số cơ bản ở thời điểm bắt đầu triển khai các dự án can thiệp về chất lượng, xác định các ngưỡng để đặt mục tiêu cải tiến chất lượng. Các chỉ số chất lượng cũng thường được công bố và theo dõi hàng năm để người dân và cơ quan quản lý biết những tiến bộ về chất lượng.

Các chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng cũng dựa trên các chỉ số chất lượng bệnh viện để triển khai thực hiện.

5. Tổ chức thực hiện các hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ Y tế ban hành

Các hướng dẫn chuyên môn hiện nay do Bộ Y tế, Hội chuyên ngành trong nước hoặc quốc tế biên soạn và phổ biến. Trong những năm qua, Bộ Y tế với sự phối hợp của các hội chuyên ngành và các bệnh viện đã xây dựng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc, hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn, hướng dẫn quản lý một số bệnh mạn tính, bệnh truyền nhiễm.

Việc triển khai thực hiện các hướng dẫn chuyên môn tại các bệnh viện là bắt buộc và là một trong những biện pháp bảo đảm chất lượng chuyên môn và hạn chế sự thay đổi trong thực hành. Với những bệnh viện có chuyên gia lâm sàng giỏi, căn cứ trên hướng dẫn của Bộ Y tế và các hiệp hội chuyên môn quốc tế có thể phát triển các hướng dẫn chi tiết để áp dụng tại bệnh viện, phù hợp với điều kiện của bệnh viện và tuân thủ hướng dẫn của Bộ Y tế.

6. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

Thiết lập chương trình bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế dựa trên 6 mục tiêu an toàn người bệnh quốc tế, bao gồm:

- 1) Xác định chính xác người bệnh
- 2) Bảo đảm trao đổi thông tin giữa các nhân viên y tế hiệu quả

- 3) Cải thiện an toàn với thuốc có nguy cơ cao.
- 4) Loại trừ phẫu thuật sai người bệnh, sai vị trí.
- 5) Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- 6) Phòng ngừa người bệnh ngã.

Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và báo cáo tự nguyện. Khuyến khích báo cáo tự nguyện dựa trên nguyên tắc: không chỉ trích, không phê phán, học từ sai sót.

Xây dựng quy trình điều tra sai sót chuyên môn, sự cố để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; Điều tra các rủi ro tiềm ẩn để có các giải pháp mang tính chất phòng ngừa.

Khi xảy ra sai sót, sự cố, cần chú ý đến xử lý sai sót chuyên môn, sự cố và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro, tránh lặp lại các sai sót sự cố.

7. Đánh giá việc thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn

- Xây dựng kế hoạch và đánh giá thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn trong bệnh viện, tiến hành phân tích một cách có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các kỹ thuật lâm sàng và cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh. Ưu tiên tập trung thực hiện đánh giá đối với các kỹ thuật, bệnh phổ biến, chi phí lớn.

- Thầy thuốc lâm sàng tham gia thực hiện đánh giá thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn tại khoa, tại bệnh viện. Phát huy vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị. Thầy thuốc có chuyên môn giỏi tham gia chương trình đánh giá thực hiện hướng dẫn và quy trình chuyên môn của Bộ Y tế, Sở Y tế khi được yêu cầu.

8. Đánh giá chất lượng bệnh viện

Tùy thuộc vào chính sách và chiến lược cải tiến chất lượng bệnh viện mà mỗi bệnh viện sẽ xây dựng và triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện, có thể sử dụng các bộ tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện quốc tế đã được ISQua công nhận để làm căn cứ đánh giá.

Tổ chức đánh giá hiệu quả áp dụng tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng đã được áp dụng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp. Theo kinh nghiệm của WHO, cùng một mô hình nhưng áp dụng ở bệnh viện khác nhau có thể mang lại hiệu quả khác nhau. Vì vậy, sau một thời gian thực hiện cần có nghiên cứu đánh giá hiệu quả cải thiện chất lượng của bệnh viện.

Định kỳ lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế đối với bệnh viện là một biện pháp được

chứng minh là có hiệu quả. Thông qua việc lấy ý kiến người bệnh và nhân viên y tế, bệnh viện sẽ nắm bắt được những lĩnh vực có chất lượng dịch vụ còn kém để lựa chọn ưu tiên áp dụng cải tiến chất lượng.

II. HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện quy định bệnh viện phải tổ chức hệ thống quản lý chất lượng, trong đó có Hội đồng quản lý chất lượng và đơn vị chất lượng (phòng hoặc tổ quản lý chất lượng), các cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng với sự tham gia của tất cả nhân viên y tế.

1. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm: Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện, các ban liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện, phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng, mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.

Tùy theo quy mô, điều kiện của từng bệnh viện có thể thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng.

Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện.

Cơ chế hoạt động của hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp thường kỳ và đột xuất nhằm giám sát, hỗ trợ và có các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

b) Các ban liên quan đến chất lượng bệnh viện triển khai thực hiện các nhiệm vụ theo sự phân công của Chủ tịch Hội đồng và theo kế hoạch về chất lượng.

c) Chủ tịch Hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng cơ chế hoạt động của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Giám đốc bệnh viện thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng của bệnh viện.

2. Tổ chức và nhiệm vụ của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện

2.1. Tổ chức:

a) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện do Giám đốc bệnh viện ra quyết định thành lập. Chủ tịch hội đồng là Giám đốc hoặc Phó Giám đốc bệnh viện. Thư ký thường trực là trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện.

b) Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện do Giám đốc bệnh viện quyết định. Các thành viên hội đồng gồm đại diện các khoa, phòng liên quan.

2.2. Nhiệm vụ:

a) Tư vấn cho Giám đốc về định hướng, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp, kế hoạch bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện.

b) Đề xuất, bổ sung, bãi bỏ và xây dựng mới các quy định, tiêu chuẩn, chỉ số đo lường, hướng dẫn chuyên môn về quản lý chất lượng bệnh viện.

c) Tham gia đào tạo, nghiên cứu, tư vấn về chất lượng bệnh viện.

d) Ban hành quy chế và duy trì hoạt động của Hội đồng.

3. Tổ chức và nhiệm vụ của Phòng (Tổ) Quản lý chất lượng

3.1. Tổ chức:

a) Phòng Quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng, một số nhân viên tùy thuộc vào quy mô bệnh viện và do Giám đốc quyết định.

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện trực thuộc phòng Kế hoạch tổng hợp, do lãnh đạo phòng phụ trách phối hợp chặt chẽ với phòng điều dưỡng để thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng bệnh viện.

3.2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối tham mưu cho giám đốc bệnh viện và Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện và triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong toàn bệnh viện để trình Giám đốc phê duyệt.

b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng cho các khoa phòng.

c) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện.

d) Xây dựng kế hoạch và triển khai huấn luyện về quản lý chất lượng.

đ) Xây dựng kế hoạch và triển khai đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chuẩn chất lượng được Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

e) Triển khai thực hiện đánh giá việc tuân thủ các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc dựa trên các hướng dẫn của Bộ Y tế và các hướng dẫn chuyên môn chi tiết của bệnh viện đã được Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện thông qua.

g) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

4. Nhiệm vụ và quyền hạn của Trưởng phòng (tổ trưởng) quản lý chất lượng

Theo nội dung dự thảo Thông tư, Trưởng phòng (tổ trưởng) quản lý chất lượng có các nhiệm vụ và quyền hạn như sau:

4.1. Nhiệm vụ:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng (tổ) quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng (tổ) quản lý chất lượng của bệnh viện;

b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng (tổ) quản lý chất lượng và kết quả công tác quản lý chất lượng trong toàn bệnh viện.

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án cải tiến chất lượng.

d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện khi được yêu cầu.

đ) Là thư ký của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

4.2. Quyền hạn:

a) Là thành viên của một số hội đồng của bệnh viện theo sự phân công của Giám đốc.

b) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện.

c) Đề xuất với Giám đốc biểu dương khen thưởng các cá nhân và tập thể thực hiện tốt nhiệm vụ quản lý chất lượng.

5. Cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện

Cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện có các nhiệm vụ và quyền hạn sau:

5.1. Nhiệm vụ:

a) Thực hiện các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng theo sự phân công của Trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện.

b) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án cải tiến chất lượng.

c) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện khi được yêu cầu.

5.2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng.

b) Tham mưu đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân trong bệnh viện thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Tất cả cán bộ, viên chức, nhân viên y tế phải tham gia các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của từng cá nhân trong lĩnh vực công tác của mình.

III. BÀI HỌC KINH NGHIỆM TRONG VIỆC TRIỂN KHAI HOẠT ĐỘNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Bài học kinh nghiệm của Bệnh viện Nhi đồng 1-Thành phố Hồ Chí Minh:

Trước thực trạng bệnh viện luôn trong tình trạng quá tải, với vai trò là 1 bệnh viện nhi tuyến cuối, áp lực công việc luôn cao đòi hỏi bệnh viện luôn phải nỗ lực và không ngừng cải tiến chất lượng, Bệnh viện Nhi đồng 1 là một trong những bệnh viện đầu tiên quan tâm đến các hoạt động cải tiến chất lượng. Sau khi nghiên cứu kinh nghiệm từ các nước và xem xét các mô hình cải tiến chất lượng, Bệnh viện đã lựa chọn mô hình quản lý chất lượng đồng bộ và cải tiến chất lượng liên tục (TQM/CQI) mang tính khả thi và đi vào mọi hoạt động của bệnh viện.

Hội đồng chất lượng của bệnh viện được thành lập trong đó có các ban đóng vai trò trực tiếp triển khai các hoạt động, như: Ban An toàn người bệnh, Ban Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, Ban an toàn môi trường, Ban Khảo sát hài lòng người bệnh và nhân viên với vai trò điều phối, hỗ trợ của nhóm thường trực.

Bệnh viện đã triển khai 10 hoạt động hỗ trợ cho chương trình cải tiến chất lượng của bệnh viện:



1. Phát triển nguồn nhân lực với việc vận dụng chiến lược 3R: tuyển chọn (recruit); giữ chân nhân viên giỏi (retain); động viên, khen thưởng (recognition, reward).

2. Xây dựng quy trình, phác đồ chuẩn, trong đó: cập nhật và chuẩn hóa các quy trình, phác đồ điều trị thống nhất trong toàn bệnh viện dựa trên y học chứng cứ, bao gồm cả quy trình điều dưỡng, phổ biến, triển khai thực hiện và giám sát việc thực hiện.

3. Ứng dụng y học chứng cứ trong bệnh viện trên nguyên tắc: nội dung chăm sóc dựa trên y học chứng cứ, quy trình chăm sóc dựa trên cải tiến liên tục. Triển khai các biện pháp hỗ trợ nhân viên y tế tiếp cận và cập nhật thông tin y học chứng cứ và sử dụng y học chứng cứ làm trọng tài khoa học trong tất cả các hoạt động: nghiên cứu khoa học, xây dựng phác đồ, cải tiến quy trình, hội chẩn và lượng giá chất lượng chăm sóc.

4. Vận dụng các nguyên lý quản lý nguy cơ vào quản lý an toàn người bệnh với mục tiêu xây dựng môi trường bệnh viện an toàn và thân thiện, đưa mục tiêu an toàn người bệnh là 1 trong những ưu tiên hàng đầu trong công tác QLCLBV, lồng ghép trong mọi hoạt động chuyên môn, thúc đẩy việc học từ sai sót (learning from errors), đưa nội dung an toàn vào phác đồ của bác sĩ, quy trình kỹ thuật của điều dưỡng, huấn luyện các chuyên đề ưu tiên về an toàn người bệnh: an toàn sử dụng thuốc, an toàn phẫu thuật. Việc tiếp cận an toàn người bệnh dựa trên nguyên lý tiếp cận hệ thống, phát hiện những thiếu sót từ hệ thống để cải tiến, tránh lặp lại.

5. Triển khai công tác chăm sóc toàn diện trong bệnh viện, bao gồm cả điều trị, kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, dinh dưỡng, VLTL-PHCN, tâm lý trị liệu, GDSK và tạo môi trường an toàn, thân thiện cho trẻ em.

6. Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện giúp giảm thủ tục hành chính, giảm thời gian chờ và giảm nguy cơ sai sót, đồng thời công nghệ thông tin cũng giúp phục vụ hoạt động giám sát chất lượng. Bệnh viện đã hoàn chỉnh mạng vi tính toàn bệnh viện: cáp quang, trung tâm dữ liệu số hóa, đội ngũ nhân viên IT, thành lập Phòng CNTT. ứng dụng công nghệ thông tin trong mọi lĩnh vực hoạt động của bệnh viện: quản lý hồ sơ bệnh án, quản lý dược (Khép kín Khoa lâm sàng→Khoa Dược→Bộ phận Tài chính), quản lý kho y dụng cụ, trả kết quả xét nghiệm qua mạng, quản lý thủ thuật, phẫu thuật, quản lý nhân sự (chăm công, phép, trực qua mạng); quản lý học hỏi liên tục; viện phí (khép kín từ Khoa lâm sàng→ Bộ phận Viện phí), quản lý tài chính; báo ăn qua mạng (từ các khoa lâm sàng→ Khoa Dinh dưỡng); thông tin (web, internet, đăng ký khám bệnh); tiếp nhận, kê đơn, mua thuốc qua mạng.

7. Làm việc theo nhóm, khuyến khích các ý tưởng sáng tạo trong bệnh viện. Các ý tưởng sáng tạo xuất phát từ những vấn đề khó khăn liên quan trực tiếp đến chăm sóc người bệnh. Khi những ý tưởng sáng tạo hình thành, nhân viên bệnh viện sẽ đóng góp và sớm hoàn chỉnh để đi vào thực thi với sự phối hợp của liên khoa/phòng trong bệnh viện.

8. Huấn luyện phương pháp quản lý chất lượng trong bệnh viện. Các khoa lâm sàng thực hiện công tác lượng giá chất lượng chăm sóc, trong đó được hướng dẫn và làm quen với áp dụng chu trình PDCA. Tổ chức huấn luyện chương trình quản lý nguy cơ lâm sàng và an toàn người bệnh cho tất cả bác sĩ trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa. Huấn luyện phương pháp cải tiến chất lượng cho tất cả các điều dưỡng trưởng khoa.

9. Cải thiện môi trường và điều kiện làm việc cho nhân viên, phân bổ nguồn lực hợp lý, đầu tư cải tạo cơ sở vật chất, khoa phòng, bổ sung, nâng cấp trang thiết bị cho những vấn đề liên quan đến chất lượng. Chăm lo điều kiện làm việc và cải thiện đời sống cho cán bộ, viên chức như: tự cân đối tăng lương cơ bản – duy trì thu nhập tăng thêm; hỗ trợ chi phí đào tạo sau đại học: điều dưỡng 100%, đối tượng khác 50%; Cải tạo nâng cấp khoa phòng, TTB, thư viện, hỗ trợ NCKH, sáng kiến; Bữa cơm trực cho nhân viên; Nước uống giữa giờ cho nhân viên tại phòng khám; Tổ chức lớp tiếng Anh trình độ B, C

cho bác sĩ & điều dưỡng; Mua bảo hiểm tai nạn cho 100% nhân viên; Tổ chức vui chơi, nghỉ mát cho CBVC.

10. Cam kết và quyết tâm của lãnh đạo bệnh viện về cải tiến chất lượng bệnh viện: Lồng ghép cải tiến chất lượng vào mọi hoạt động BV; Xây dựng mục tiêu chất lượng của BV, thành lập Hội đồng chất lượng; Tổng kết bệnh viện cũng chính là tổng kết về chất lượng; Hỗ trợ, điều phối nguồn lực cho hoạt động cải tiến chất lượng.

IV. KẾT LUẬN

Trong bối cảnh thực tế hiện nay, tùy theo điều kiện nguồn lực của các bệnh viện mà có thể áp dụng các mô hình khác nhau. Tuy nhiên, việc phát hiện các vấn đề chất lượng, phân tích và đưa ra các giải pháp cải tiến, áp dụng chu trình chất lượng để cải tiến liên tục là cần thiết đối với tất cả các bệnh viện. Để có thể triển khai, cam kết từ lãnh đạo, thành lập Hội đồng chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công cán bộ chuyên trách hoặc bán chuyên trách để tham mưu, triển khai, giám sát hoạt động cải tiến chất lượng với sự tham gia của tất cả các thành viên bệnh viện là cần thiết. Bệnh viện cũng cần đầu tư nguồn lực cho cải tiến chất lượng. Hãy bắt đầu bằng việc huấn luyện về quản lý chất lượng cho các cán bộ quản lý của bệnh viện, triển khai các dự án cải tiến chất lượng nhỏ thuộc lĩnh vực ưu tiên, rút kinh nghiệm rồi nhân rộng. Sau khi các hoạt động cải tiến đã có kết quả và đã có cán bộ chuyên trách, bệnh viện nên tiếp tục nghiên cứu, tìm hiểu để áp dụng theo những mô hình phù hợp nhất. Tiến hành đo lường chất lượng là bắt buộc khi triển khai các hoạt động cải tiến. Việc mời các chuyên gia tư vấn về chất lượng hỗ trợ bệnh viện trong thời gian đầu triển khai các đề án cải tiến chất lượng là cần thiết, chuyên gia sẽ giúp hỗ trợ về kỹ thuật, giải quyết những vấn đề khó hoặc tranh cãi. Từng bước đi nhỏ nhưng liên tục sẽ giúp bệnh viện đạt được chất lượng với những tiến bộ không nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Dự thảo Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện. 2011.
2. Tổ chức Y tế Thế giới. Liên minh Thế giới vì An toàn người bệnh. Sáu mục tiêu quốc tế về an toàn người bệnh.
3. Tổ chức Y tế Thế giới. Chiến lược nào tốt nhất cho cải tiến chất lượng bệnh viện. 2003.
4. Tăng Chí Thượng. Mười hoạt động hỗ trợ chương trình quản lý chất lượng tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Báo cáo tại Hội thảo quản lý chất lượng bệnh viện. Thành phố Hồ Chí Minh. Tháng 8-2011.
5. Quốc hội. Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23/11/2009.
6. Chính phủ. Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27/9/2011 hướng dẫn chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

7. Tổ chức Y tế Thế giới. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital, 2007:
8. Viện nghiên cứu hệ thống y tế - Bộ Y tế Malaysia. Promoting for Quality of Healthcare. 2004.
9. Juran Joseph M. ; Godfrey Blanton A. Juran's Quality Handbook. Fifth edition, 1999.
10. USAID. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality (2002), pages: 51-76.
11. USAID. Quality Assurance Project. Monitoring the Quality of Hospital Care. 2000.
12. American College of Medical Quality. Medical Quality Management-Theory and Practice, 2010.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Theo yêu cầu cải tiến chất lượng bệnh viện, những hoạt động dưới đây là bắt buộc:

		Đúng	Sai
1	Thành lập phòng quản lý chất lượng		
2	Thành lập Hội đồng quản lý chất lượng		
3	Đo lường chất lượng, sử dụng chỉ số chất lượng		
4	Lồng ghép hoạt động cải tiến chất lượng vào các hoạt động của bệnh viện		
5	Xây dựng mục tiêu và chương trình cải tiến chất lượng		
6	Đầu tư kinh phí với dự án đủ lớn để cải tiến chất lượng		
7	Giám đốc bệnh viện trực tiếp chỉ đạo hoạt động cải tiến chất lượng		
8	Huấn luyện về phương pháp cải tiến chất lượng cho nhân viên		

Câu 2. Những quan điểm dưới đây theo anh/chị là đúng hay sai?

		Đúng	Sai
1	Để cải tiến chất lượng, bệnh viện phải có sự hỗ trợ kinh phí từ cấp trên		
2	Cần phải có bằng chứng thành công từ bệnh viện khác có điều kiện tương tự thì mới có thể triển khai hoạt động cải tiến chất lượng		
3	Mục tiêu của cải tiến chất lượng là hài lòng người bệnh và tạo thương hiệu		
4	Bệnh viện có chất lượng cao chỉ có được tại các bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài được thiết kế và hoạt động dưới mô hình bệnh viện khách sạn		
5	Bệnh viện phải tuân thủ hướng dẫn điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành, không được có hướng dẫn riêng của bệnh viện		
6	Trách nhiệm đánh giá tuân thủ hướng dẫn chuyên môn là của Bộ Y tế, Sở Y tế, không phải trách nhiệm của bệnh viện		

7	Nhân viên bệnh viện phải tuân thủ mọi hướng dẫn của cán bộ chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện,		
8	Mỗi bệnh viện chỉ được áp dụng 1 mô hình chất lượng để bảo đảm hiệu quả và tiết kiệm chi phí		
9	Cải tiến chất lượng bệnh viện phải tiến hành đồng bộ với tổng thể các giải pháp		
10	Mỗi bệnh viện tùy theo điều kiện có thể áp dụng 1 hay nhiều mô hình quản lý chất lượng		
11	Cùng một mô hình chất lượng, các bệnh viện khác nhau có thể áp dụng có hiệu quả khác nhau		
12	Để cải tiến chất lượng cần nguồn tài chính ổn định		

BÀI 18

AN TOÀN NGƯỜI BỆNH: HIỆN TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Định nghĩa an toàn người bệnh
2. Các quy định pháp lý về an toàn người bệnh
3. Hiện trạng an toàn người bệnh
4. Các giải pháp toàn cầu về an toàn người bệnh
5. Văn hóa an toàn trong bệnh viện
6. Thiết lập hệ thống quản lý nguy cơ trong bệnh viện

NỘI DUNG

I. SỰ CẦN THIẾT

Bệnh viện là nơi tập trung người bệnh để điều trị, nơi các thầy thuốc đưa ra các chẩn đoán (cho phép sai sót), các quyết định phương pháp điều trị; nơi diễn ra các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn; nơi người bệnh sử dụng các dược chất, hóa chất, vắc xin để điều trị; nơi có nhiều trẻ được sinh ra và cũng là nơi chứng kiến nhiều người bệnh qua đời. Hơn thế nữa, bệnh viện là nơi các thầy thuốc thường xuyên bị áp lực công việc do tình trạng quá tải và áp lực về tâm lý, vì vậy, sự cố y khoa không mong muốn là điều khó tránh và trong nhiều trường hợp ngoài tầm kiểm soát. Có thể khẳng định rằng ở bất cứ công đoạn nào của mọi quy trình khám bệnh, chữa bệnh đều chứa đựng các nguy cơ tiềm tàng cho người bệnh. Khi sự cố y khoa không mong muốn xảy ra, cả người bệnh và thầy thuốc đều là nạn nhân, đặc biệt đối với người bệnh phải gánh chịu thêm hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm ảnh hưởng tới sức khỏe hoặc bị khuyết tật tạm thời hay vĩnh viễn, thậm chí chết người, chẳng khác gì tai nạn chồng lên tai nạn.

Mặc dù, người bệnh rất khó chấp nhận những sai sót và sự cố y khoa, song bác sĩ cũng là con người và có thể phạm sai sót. Bệnh do thầy thuốc gây nên “Iatrogenesis” là vấn đề đã được đề cập từ rất lâu trong Y văn Thế giới, cũng như trong Từ điển Y học của Việt Nam. Hiện nay có nhiều thuật ngữ được các nhà nghiên cứu y học sử dụng để mô tả vấn đề nói trên một cách bản chất hơn như: “nhầm lẫn y khoa – medical mistakes”, sai sót y khoa “medical error” hay “sự cố y khoa không mong muốn “medical adverse events” v.v.. Cho dù khác nhau về thuật ngữ nhưng đều hướng tới việc mô tả các sự cố y khoa không mong muốn và các sai sót chuyên môn có thể xảy ra trong quá trình điều trị và chăm sóc cho người bệnh. Theo các nhà nghiên cứu y học, lĩnh vực y khoa là lĩnh vực có nhiều rủi ro nhất đối với khách hàng. Khi vào

một cơ sở y tế để khám chữa bệnh, cái vốn quý giá nhất của người bệnh là sức khỏe được ủy thác cho các thầy thuốc, đòi lại người bệnh luôn mong đợi và kỳ vọng được chăm sóc và điều trị một cách an toàn, và có chất lượng. Vì vậy, bảo đảm an toàn cho người bệnh là trách nhiệm của mọi cơ sở y tế, mọi người lãnh đạo bệnh viện và cũng là sứ mệnh của mọi thầy thuốc, mọi nhân viên y tế.

An toàn người bệnh là một chương trình có sự khởi đầu nhưng không có điểm kết thúc, bởi vì nguy cơ của các sự cố y khoa luôn thường trực và có thể xảy ra bất cứ khi nào. Các bệnh viện cần thiết phải triển khai chương trình quản lý an toàn người bệnh để thực hiện nguyên tắc hàng đầu trong thực hành y khoa là “ *trước tiên không gây nguy hại cho người bệnh - first do no harm for patient*”.

II. CƠ SỞ PHÁP LÝ VỀ AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

1. Thành lập Hội đồng giải quyết sai sót chuyên môn

- Theo Điều 74. Luật Khám bệnh, chữa bệnh: Khi xảy ra tai biến đối với người bệnh và có tranh chấp thì phải thành lập hội đồng chuyên môn của bệnh viện để xác định. Trường hợp các bên tranh chấp không nhất trí với kết luận của hội đồng chuyên môn thì có quyền đề nghị Bộ Y tế thành lập hội đồng chuyên môn¹.

- Thành phần của hội đồng chuyên môn theo Điều 75 gồm: Các chuyên gia thuộc lĩnh vực chuyên môn phù hợp, Luật gia hoặc luật sư. Hội đồng chuyên môn hoạt động theo nguyên tắc thảo luận tập thể, quyết định theo đa số và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết luận của mình.

- Nhiệm vụ của Hội đồng: căn cứ vào các quy định tại Điều 73 của Luật này có trách nhiệm xác định có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật.

- Kết luận của hội đồng chuyên môn là cơ sở để giải quyết tranh chấp hoặc để cơ quan tiến hành tố tụng xem xét, quyết định giải quyết vụ việc; là căn cứ để cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền về y tế, người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định áp dụng các biện pháp xử lý theo thẩm quyền đối với người hành nghề. Kết luận của hội đồng chuyên môn do Bộ Y tế thành lập là kết luận cuối cùng về việc có hay không có sai sót chuyên môn kỹ thuật.

2. Xác định sai sót chuyên môn

Xác định có sai sót chuyên môn:

Khoản 1 Điều 73 Luật Khám bệnh chữa bệnh quy định người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định đã có một trong các hành vi sau đây:

- Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;
- Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật và đạo đức nghề nghiệp;
- Xâm phạm quyền của người bệnh.

Xác định không có sai sót chuyên môn

Người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn xác định thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến
- Trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn; các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh.

3. Trách nhiệm bồi thường khi có sai sót chuyên môn

Điều 76 Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định như sau:

- Doanh nghiệp bảo hiểm mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã mua bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo hợp đồng bảo hiểm đã ký với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa mua bảo hiểm theo quy định tại khoản 1 Điều 78 của Luật này thì phải tự bồi thường thiệt hại cho người bệnh theo quy định của pháp luật.

- Ngoài việc bồi thường theo quy định tại khoản 1 Điều này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề có sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra tai biến cho người bệnh phải chịu các trách nhiệm pháp lý khác theo quy định của pháp luật.

- Trường hợp xảy ra tai biến trong khám bệnh Hội đồng chuyên môn xác định người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người hành nghề không phải bồi thường thiệt hại.

4. Tranh chấp về khám bệnh, chữa bệnh

Theo điều 80 Luật Khám bệnh, chữa bệnh thì việc tranh chấp liên quan tới các đối tượng sau:

- Người bệnh, người đại diện của người bệnh;
- Người hành nghề;
- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc giải quyết các tranh chấp được giải quyết như sau:

- Tự hòa giải
- Khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

III. HIỆN TRẠNG VỀ SỰ CỐ Y KHOA

Phạm vi và tác động của các sự cố y khoa không mong muốn chưa được nghiên cứu và thống kê đầy đủ. Các nhà quản lý, các nhà lâm sàng còn e ngại trong việc nghiên cứu và chia sẻ thông tin về các sự cố y khoa. Vì vậy, bức tranh về các sự cố y khoa không mong muốn trong các cơ sở y tế của Việt Nam chưa đầy đủ do chưa có các quy định và hướng dẫn cụ thể về thống kê và báo cáo sự cố, sai sót chuyên môn tại các cơ sở y tế. Trong tài liệu này, tác

giả sử dụng các thông tin từ các nghiên cứu và báo cáo quốc gia của một số nước để mô tả tình hình chung về sự cố y khoa không mong muốn.

1. Tần suất xảy ra sự cố y khoa

Theo kết quả nghiên cứu về tỷ lệ các sự cố y khoa không mong muốn của Harvard Medical Practice, Brennan TA và cộng sự đã hồi cứu ngẫu nhiên 30121 bệnh án thuộc 51 bệnh viện tại Bang New York đã báo cáo 3,7% người bệnh nhập viện gặp phải sự cố y khoa; 27,6% các sự cố y khoa do nhân viên y tế tắc trách, 13,6% sự cố dẫn đến tử vong, 2,6% sự cố y khoa dẫn đến tàn tật vĩnh viễn². Cũng theo ước tính của Đại học Harvard, hàng năm ở Mỹ có tới 98000 người tử vong liên quan tới sự cố Y khoa không mong muốn.

Trong báo cáo nghiên cứu về chất lượng chăm sóc y tế của Úc, Wilson RM và cộng sự đã hồi cứu 14179 bệnh án tại Bang New South Wales và South Australia vào năm 1992 ở 28 bệnh viện đã báo cáo có 16,6% người bệnh gặp các sự cố y khoa không mong muốn, trong đó 13,7% sự cố dẫn đến người bệnh tàn tật vĩnh viễn và 4,9% dẫn đến người bệnh tử vong; Các nhà nghiên cứu cho rằng 51% các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa. Ngược lại, những sự cố không thể phòng ngừa gợi ý các biện chứng đó đã được dự đoán trước về khả năng xảy ra³.

Donchin et al đã sử dụng một người quan sát tại giường đối với các cán bộ lâm sàng tại khoa hồi sức tích cực tổng hợp của một bệnh viện đại học tại Israel đã phát hiện 554 sai sót trong thời gian 4 tháng, bình quân 1,7 sai sót / người bệnh/ngày⁴.

Cũng theo nghiên cứu của Harvard và của Úc có 8-9% sự cố y khoa không mong muốn đã xảy ra tại các phòng khám của các bác sĩ, 2-3% tại nhà và 1-2% tại các nhà điều dưỡng. Nghiên cứu tại Úc cho thấy khoảng ¼ các sự cố y khoa không mong muốn làm cho người bệnh bị tàn tật vĩnh viễn hoặc tử vong và các nhà nghiên cứu dự đoán khoảng 2/3 các sự cố y khoa không mong muốn có thể phòng ngừa.

2. Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn

Ở Mỹ, những sự cố y khoa không mong muốn làm cho hơn 44000 nghìn người chết, thậm chí có thể lên tới 98000 người chết và 1 triệu người bị thương tổn². Hậu quả của các sự cố y khoa không mong muốn làm cho người bệnh phải nằm viện kéo dài và tăng phí tổn điều trị. Tại bệnh viện ở Utah các sự cố y khoa không mong muốn đã để lại hậu quả cho 2,4% người bệnh nhập viện, tăng chi phí 2262 US\$/người bệnh, và tăng thêm 1,9 ngày điều trị so với số liệu của nhóm chứng. Trong nghiên cứu của Harvard về sự cố không mong muốn do dùng thuốc, chi phí tăng \$2595 /người bệnh và thời gian nằm viện kéo dài hơn 2,2 ngày/bệnh nhân. Ước tính chi phí cho các sự cố không mong muốn do dùng thuốc của một bệnh viện thực hành có qui mô 700 giường bệnh lên tới 5,6 triệu US\$ hàng năm.

Ở Australia hàng năm: 470 000 NB nhập viện gặp sự cố y khoa, tăng 8% ngày điều trị (thêm 3.3 triệu ngày điều trị) do sự cố y khoa, 18000 tử vong, 17000 tàn tật vĩnh viễn và 280000 người bệnh mất khả năng tạm thời³.

3. Nguyên nhân các sự cố y khoa

- Nhiễm khuẩn bệnh viện
- Nhầm thuốc
- Tác dụng không mong muốn của thuốc
- Nhầm phẫu thuật (người bệnh, vị trí, phương pháp, sót dụng cụ trong vị trí phẫu thuật)
- Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (sai, chậm)
- Phương tiện dụng cụ không phù hợp, không đủ
- Sao chép sai y lệnh, chữ viết xấu
- Thủ tục hành chính rườm rà dẫn đến khám chữa bệnh không kịp thời.
- Nhân viên y tế mới, tắc trách
- Khác: ngã, bỏng, điện giật...

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Lớp chia thành các tổ. Nhiệm vụ của tổ là thảo luận và ghi vào tờ giấy khổ rộng về những sự cố y khoa đã gặp ở nơi công tác.

Trong nghiên cứu của Harvard và của Úc^{2,3}: gần 50% các sự cố y khoa không mong muốn liên quan đến người bệnh có phẫu thuật. Đối với các bệnh nhân không có phẫu thuật, các sự cố y khoa hay gặp nhất là chẩn đoán sai, chỉ định thuốc không đúng. Không có chuyên khoa nào có thể tránh khỏi được sự cố, sai sót y khoa. Sự cố xảy ra nhiều hơn ở những người làm lâm sàng thiếu kinh nghiệm và nơi triển khai các kỹ thuật mới. Những sai sót trong quá trình đọc kết quả X quang, kết quả cơ thể bệnh, kết quả xét nghiệm và sai sót trong xạ trị là những sự cố, sai sót có thể đe dọa và ảnh hưởng tới tính mạng người bệnh. Lỗi do người đi học cũng khá phổ biến. Wu et al đã tiến hành một nghiên cứu về những sự cố y khoa nghiêm trọng nhất đối với các bác sĩ nội khoa tại ba khóa đào tạo, 45% người được hỏi tự khai báo đã để xảy ra ít nhất một sự cố, 31% dẫn đến người bệnh tử vong. Nghiên cứu của Lesar et al đã phát hiện sai sót do chỉ định thuốc xảy ra nhiều hơn ở các bác sĩ mới ra trường năm thứ nhất.

4. Các yếu tố nguy cơ

- Người bệnh >65 tuổi nguy cơ cao hơn và ảnh hưởng nghiêm trọng hơn khi sự cố y khoa xảy ra so với những người bệnh trẻ tuổi.
- Các phẫu thuật phức tạp, phẫu thuật mới triển khai lần đầu (các can thiệp tim mạch, mạch máu, phẫu thuật thần kinh...).
- Những người bệnh nặng, người bệnh có kèm theo bệnh nền có các can thiệp xâm lấn có nguy cơ cao xảy ra sự cố y khoa.
- Các bác sĩ làm kiêm nhiệm, không có đủ thời gian để nghiên cứu đưa ra quyết định về chẩn đoán

- Thời gian nằm viện tỷ lệ thuận với các sự cố y khoa. Nghiên cứu của Andrews et al đã báo cáo sự cố y khoa do nằm viện tăng 6% đối với mỗi ngày nằm viện.

- Khoa hồi sức cấp cứu cũng là nơi nguy cơ người bệnh gặp sự cố cao. Theo báo cáo nghiên cứu các bệnh nhi được điều trị tại bệnh viện đại học British thì nguy cơ sai sót do thuốc tại khoa Hồi sức cấp cứu gấp 7 lần so với các khoa khác.

5. Sự cố y khoa và sai sót chuyên môn trong các cơ sở y tế của Việt Nam

Sự cố y khoa không mong muốn và sai sót chuyên môn kỹ thuật trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam chưa được nghiên cứu hệ thống, chưa có các số liệu để có một bức tranh đầy đủ về sai sót chuyên môn và sự cố y khoa. Tuy nhiên, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đã phải đương đầu với các sự cố ở các mức độ và ảnh hưởng khác nhau, ảnh hưởng tới tính mạng và sức khỏe của người bệnh. Số trường hợp nêu trên báo chí là phần nổi của tảng băng chìm không rõ độ lớn và kích thước. Các sự cố y khoa không mong muốn được biết đến qua khiếu kiện của người bệnh hay gặp như: nhầm người bệnh trong phẫu thuật, nhầm vị trí phẫu thuật, nhầm thuốc, nhầm trẻ sơ sinh, đặc biệt nhiễm trùng hàng loạt sau phẫu thuật cũng đã từng xảy ra.

Sự cố y khoa và sai sót chuyên môn kỹ thuật đang là vấn đề mọi người hành nghề, mọi cơ sở y tế quan tâm. Một số đã phải bồi thường tài chính cho người bệnh và một số trường hợp đã đưa ra tòa để giải quyết.

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Viết một câu chuyện về sự cố y khoa mà cá nhân đã từng trải nghiệm.
Học viên không cần ghi tên và đơn vị.

IV. CÁC GIẢI PHÁP KỸ THUẬT

1. Xác định chính xác tên người bệnh

Xác định một bệnh nhân chỉ mất một phút, nhưng có thể cứu cả một mạng người.

Nguyên tắc

Sử dụng ít nhất hai công cụ để nhận dạng bệnh nhân, nhưng cả hai đều không phải là số phòng và số giường của bệnh nhân.

Biện pháp

- Dùng băng đeo trên cổ tay để nhận dạng người bệnh. Thông tin trên băng gồm: họ tên, địa chỉ, ngày sinh, cùng với số mã vạch.

- Khi dán nhãn lên tuýp bệnh phẩm cần có sự hiện diện của bệnh nhân. Tên và thông tin về người bệnh trên các nhãn bệnh phẩm phải bảo đảm dán chặt lên lọ hoặc ống đựng bệnh phẩm trước, trong và sau khi làm xét nghiệm.

- Khi chăm sóc bệnh nhân rối loạn hành vi: lúc đầu có thể đính kèm ảnh bệnh nhân trong bệnh án để nhân viên y tế nhận diện. Khi đã quen mặt người bệnh, có thể chấp nhận việc nhìn mặt để nhận dạng.

- Xác nhận người bệnh hôn mê: người nhà người bệnh phải xác định nhân thân cho họ. Nếu một người bệnh hôn mê được đưa đến bệnh viện bởi Công an hoặc đơn vị dịch vụ cấp cứu và không có một chứng cứ nào về tên, tuổi để nhận diện phải đặt cho người bệnh một cái tên tạm thời và số hồ sơ. Những công cụ này sau đó có thể dùng để xác định bệnh nhân và để chấp nối với các công việc khác như dán nhãn xét nghiệm, y lệnh, v.v... Tiếp nhận một bệnh nhân hôn mê khó xác định nhân thân không phải là việc hiếm gặp, cần đưa vấn đề này vào quy định và buộc mọi người phải tuân thủ quy định một cách nhất quán.

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Lớp chia thành các tổ. Tổ có nhiệm vụ thảo luận các biện pháp cụ thể để nhận dạng đúng người bệnh

2. Cải thiện thông tin giữa các nhân viên

2.1. Nguyên tắc 1

Phải làm rõ y lệnh miệng hoặc thông báo kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu người nhận “đọc lại” đầy đủ y lệnh hoặc kết quả xét nghiệm.

Biện pháp

- Không khuyến khích y lệnh miệng. Tuy nhiên, ở hầu hết cơ sở y tế, xóa bỏ y lệnh miệng là điều không thể.

- Người nhận y lệnh miệng phải viết ra và đọc lại đúng nguyên văn cho người bác sĩ đã ra y lệnh nghe. Sau đó, bác sĩ xác nhận bằng miệng rằng lệnh đó là chính xác. Người nhận y lệnh về thuốc cần phải đọc lại tên thuốc và liều lượng cho người ra y lệnh. Khi đọc đánh vần như sau “B trong quả bóng”, “P trong phở”; đánh vần từng con số, ví dụ: “0,2g” phải được đọc là “không - phẩy - hai - gam” để tránh nhầm lẫn. Thận trọng với các loại thuốc đọc nghe giống nhau.

2.2. Nguyên tắc 2

Chuẩn hóa danh mục các từ rút gọn, từ viết tắt

Biện pháp

- Danh mục từ rút gọn hoặc viết tắt cần có sự tham gia xây dựng và thống nhất của các bác sĩ và điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

- In danh mục từ viết tắt trên giấy bìa cứng màu sáng và treo ở nơi thuận tiện để nhắc nhở mọi người hoặc in danh mục từ viết tắt ngay ở góc dưới các tờ điều trị hoặc phiếu theo dõi.

- Các Dược sĩ nhà thuốc không chấp nhận bất cứ một từ viết tắt nào không có trong danh mục từ viết tắt.
- Tiến hành một cuộc khảo sát thử để kiểm tra kiến thức nhân viên về danh mục từ viết tắt.
- Xúc tiến chính sách “ không dùng từ viết tắt của tháng ”.
- Theo dõi sự tuân thủ của nhân viên với danh mục từ viết tắt.

2.3. Nguyên tắc 3

Khoa xét nghiệm phải trả kết quả xét nghiệm theo giờ quy định đối với từng loại xét nghiệm và nhân viên tiếp nhận kết quả xét nghiệm phải báo cáo kịp thời cho người có trách nhiệm.

Biện pháp

- Cơ sở y tế cần quy định cụ thể thời gian trả các kết quả xét nghiệm. Quy định người tiếp nhận, cách quản lý và báo cáo kết quả xét nghiệm
- Tổ chức đánh giá việc bảo đảm đúng thời gian trong việc trả và báo cáo kết quả các xét nghiệm quan trọng.

3. Bảo đảm an toàn trong dùng thuốc

3.1. Nguyên tắc 1

Soát xét danh mục các loại thuốc “ trông giống nhau ” hoặc “ nghe giống nhau ” và có các động biện pháp ngăn ngừa sai sót dùng nhầm thuốc.

Biện pháp

- Nhân viên của cơ sở y tế phải được thông tin đầy đủ về danh mục các tên thuốc khi đọc nghe - giống nhau và trông - giống nhau
- Khi trao đổi thông tin về các thuốc nói trên yêu cầu phải viết và đọc lại tên thuốc.
- Ghi các lời nhắc nhở vào máy vi tính hoặc trên lọ thuốc để cảnh giác nhân viên y tế về khả năng nhầm lẫn tiềm ẩn.
- Kiểm tra gói/nhãn thuốc theo chỉ định trước khi đưa thuốc cho người bệnh.

3.2. Nguyên tắc 2:

Kiểm soát các thuốc dạng dung dịch có nồng độ đậm đặc tại các khoa, đặc biệt ở những nơi có người bệnh rối loạn hành vi hoặc trẻ nhỏ.

Biện pháp

- Tất cả các dung dịch có nồng độ đậm đặc (ví dụ: Kali clorua 5%) chỉ cung cấp với số lượng hạn chế ở các khoa và chịu sự kiểm tra giám sát của khoa Dược. Bệnh viện phải xây dựng một hạn mức cho phép về số lượng các thuốc trên tại khoa.
- Phải kiểm soát việc sử dụng các dung dịch này và phải có biện pháp phòng ngừa thích hợp để tránh việc các dung dịch đậm đặc bị dùng nhầm với

những loại thuốc có bao bì giống với bao bì của dung dịch (ví dụ: ống nước cất và dung dịch KCL 5%).

- Phải có nhãn cảnh báo dễ nhìn, dễ thấy ở nơi để thuốc.

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Lớp chia thành các tổ. Tổ có nhiệm vụ thảo luận các biện pháp cụ thể để nhận dạng đúng người bệnh

4. Xóa bỏ nhầm lẫn trong phẫu thuật

Các nguyên tắc sau đây được khuyến cáo để ngăn ngừa phẫu thuật sai vị trí, sai người bệnh đã được các chuyên gia từ nhiều lĩnh vực chuyên môn trên toàn cầu khuyến cáo.

4.1. Nguyên tắc 1

Cơ sở y tế phải xây dựng các quy định nhằm loại bỏ việc phẫu thuật sai vị trí, sai phương pháp, sai bệnh nhân.

Biện pháp

- Các quy định về cách xác định người bệnh trước khi gây mê, trước khi phẫu thuật, trước khi khâu vết mổ...
- Các nhân viên y tế được thông tin về các quy định của cơ sở y tế và nghiêm túc thực hiện.

4.2. Nguyên tắc 2

Thực hiện quy trình xác định chính xác người bệnh trước phẫu thuật

Biện pháp

- Bảo đảm bệnh án và tài liệu liên quan phải sẵn sàng trước khi bắt đầu phẫu thuật và nhân viên kịp mở đọc và xác định lại vị trí, phương pháp phẫu thuật và tên người bệnh.
- Thực hiện việc giao - nhận người bệnh trước mổ.

4.3. Nguyên tắc 3

Đánh dấu vị trí phẫu thuật để xác định vị trí cần rạch và cấy ghép

Biện pháp

- Đánh dấu vị trí phẫu thuật phải làm rõ việc phân biệt bên phải / bên trái, các cấu trúc giải phẫu nhiều thành phần (ngón tay, ngón chân, đốt xương sống...). Nhầm lẫn thường xảy ra đối với các phẫu thuật viên và người bệnh có các phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.
- Quy định đánh dấu phải nhất quán trong mỗi cơ sở y tế. Việc sử dụng dấu “X” hiện nay ít áp dụng vì ý nghĩa mập mờ, “X” có thể hiểu là phẫu thuật

ở đây hay không phẫu thuật ở đây. Một vạch chỉ vị trí phẫu thuật hoặc chữ "YES" là những cách được chấp nhận để đánh dấu vị trí phẫu thuật.

- Nếu vị trí phẫu thuật liên quan đến X quang, kiểm tra xem phim có trong phòng mổ hay chưa. Kiểm tra xem tên của bệnh nhân có giống với tên trên phim không và có giống với tên trên bìa kẹp hồ sơ không.

- Nếu có một vết thương ở vị trí phẫu thuật, không cần phải đánh dấu. Tuy nhiên, nếu có nhiều vết thương hoặc vết xước và chỉ có vài vị trí sẽ được phẫu thuật, cần đánh dấu các vị trí này.

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Lớp chia thành các tổ. Tổ có nhiệm vụ thảo luận các biện pháp cụ thể phòng ngừa nhằm người bệnh, nhằm vị trí phẫu thuật.

5. Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

5.1. Nguyên tắc 1

Tuân thủ các hướng dẫn về vệ sinh tay của Bộ Y tế

Biện pháp

- Mọi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp đủ các phương tiện cần thiết để bảo đảm vệ sinh tay và có sẵn các lọ đựng dung dịch chứa cồn trên các bàn khám bệnh, các xe tiêm, xe làm thủ thuật, lối ra vào khoa

- Khuyến khích bệnh nhân, gia đình họ yêu cầu nhân viên y tế vệ sinh tay trước khi chăm sóc, làm thủ thuật cho người bệnh

- Dán các tờ rơi cạnh bồn rửa tay và trong phòng tắm để nhắc nhở nhân viên vệ sinh tay.

- Giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế và phản hồi với người phụ trách về việc thực hiện của nhân viên hoặc theo dõi số lượng cồn sát khuẩn tay dùng cho mỗi 1000 ngày điều trị.

- Thực hiện một chương trình về vệ sinh tay và làm cho các hoạt động vệ sinh tay trở thành một ưu tiên của cơ sở y tế

5.2. Nguyên tắc 2

Tuân thủ các phòng ngừa cách ly trong các cơ sở y tế để đảm bảo an toàn cho cả người bệnh và nhân viên y tế.

Biện pháp

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa chuẩn

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường tiếp xúc

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường giọt bắn

- Thực hiện các thực hành về Phòng ngừa theo đường không khí

5.3. Nguyên tắc 3

Tuân thủ các quy định về vô khuẩn khi làm thủ thuật xâm lấn

Biện pháp

- Dụng cụ y tế phải đảm bảo vô khuẩn cho tới khi sử dụng cho người bệnh
- Tuân thủ các kỹ thuật vô khuẩn trong khi tiến hành các thủ thuật xâm lấn.
- Thực hiện đúng quy trình khử nhiễm, làm sạch, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.

5.4. Nguyên tắc 4

Thực hiện các giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

Biện pháp

- Giám sát người bệnh nhiễm khuẩn
- Giám sát vi khuẩn kháng thuốc
- Giám sát sử dụng kháng sinh hợp lý

6. Giảm nguy cơ người bệnh bị ngã

6.1. Nguyên tắc

Đánh giá nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến ngã liên quan đến bệnh, thuốc và phương pháp điều trị và có các hành động can thiệp hiệu quả khi nguy cơ được nhận diện.

Áp dụng:

- Lắp đặt chuông báo động tại giường, trong các nhà vệ sinh, lối ra vào
- Hạn chế việc mở cửa sổ
- Huấn luyện bệnh nhân và gia đình về phòng ngừa ngã khi vào viện
- Sử dụng “giường thấp” và có thành cho những người bệnh có nguy cơ ngã.

HOẠT ĐỘNG CỦA HỌC VIÊN

Đề xuất bổ sung, sửa đổi các quy định hiện hành liên quan tới bảo đảm an toàn cho người bệnh.

7. Các biện pháp về tổ chức và quản lý

7.1. Đổi mới văn hóa an toàn người bệnh

Theo Hiệp hội chăm sóc y tế và an toàn của Vương quốc Anh: văn hóa an toàn người bệnh là những giá trị, thái độ, nhận thức, năng lực và hành vi

của mỗi cá nhân cán bộ y tế hay của cơ sở y tế. Nó thể hiện trách nhiệm và sự cam kết của một tổ chức chăm sóc sức khỏe trong việc đảm bảo an toàn người bệnh.

Một cơ sở y tế không thể thực sự cải tiến an toàn người bệnh, nếu chờ đợi các sự cố xảy ra rồi mới có hành động khắc phục. Những phương pháp nhằm vào việc quy chụp trách nhiệm cho cá nhân những người liên quan đến sự cố sẽ dẫn đến văn hóa dấu diếm sự thật và đã được chứng minh ít hiệu quả trong việc mang lại những kết quả dài hạn. Bằng chứng là hầu hết các Sở sai sót của các khoa và các bệnh viện hiện nay hầu như việc ghi theo dõi các sự cố mang tính hình thức và ít hiệu quả.

Theo các nhà nghiên cứu y khoa, 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc sai sót từ hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề. Văn hoá an toàn cần bắt đầu từ cấp lãnh đạo và sự tham gia của mọi cán bộ y tế. Lãnh đạo không định kiến và cởi mở trao đổi về những sai sót-sự cố y khoa không mong muốn. Các hành vi liên quan tới văn hóa an toàn người bệnh bao gồm:

- Chủ động báo cáo và trao đổi một cách cởi mở về các sai sót, sự cố y khoa
- Đánh giá cao những cán bộ y tế chủ động báo cáo khi sự cố xảy ra.
- Giúp đỡ tinh thần cho những cán bộ y tế có liên quan tới sự cố
- Trao đổi thông tin với bệnh nhân về kết quả điều trị, kể cả những việc xảy ra ngoài dự kiến
- Tạo điều kiện để người bệnh trở thành một thành viên tích cực trong nhóm chăm sóc
- Làm việc theo nhóm
- Chủ động đánh giá rủi ro và ngăn ngừa sai sót.

7.2. Thành lập Ban an toàn người bệnh và bổ nhiệm điều phối viên

- Ban an toàn người bệnh bao gồm đại diện Lãnh đạo và một số thành viên. Ban này có thể họp định kỳ để rà soát lại các vấn đề an toàn còn tiềm ẩn hay đã thực sự xảy ra. Việc thành lập Ban an toàn người bệnh sẽ giúp thúc đẩy văn hoá an toàn và duy trì sự hoạt động dài lâu chứ không phải chỉ là nhất thời. Ban an toàn người bệnh sẽ hợp nhất các hoạt động chung của nhiều bộ phận khác nhau ở mỗi cơ sở y tế.

- Bổ nhiệm một người điều phối các hoạt động an toàn người bệnh. Thiết lập một cơ cấu mới để phối hợp và điều phối các hoạt động an toàn người bệnh.

7.3. Khuyến khích tường trình sai sót

- Cơ sở y tế cần có hướng dẫn cách thức báo cáo những sự cố y khoa và sai sót chuyên môn. Các hướng dẫn có thể bao gồm việc xác định các sự cố nào cần báo cáo, nên báo cáo với ai, báo cáo gửi cho ai và lưu ở đâu.

- Có nhiều cách khác nhau để nhận thông tin về các sai sót, sự cố y khoa như: báo cáo qua Email, qua đường dây nóng, qua người phụ trách bộ phận quản lý chất lượng hoặc một cán bộ lâm sàng được tin tưởng. Các quy định báo cáo chính thức, trình trọng cứng nhắc sẽ không có kết quả.

7.4. Chủ động đánh giá rủi ro

- Một cách chủ động làm giảm sai sót, sự cố là thành lập một nhóm người để xem xét các báo cáo về các vấn đề an toàn còn tiềm ẩn và chủ động cải tiến quy trình. Nhóm này có thể gồm các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, bộ phận quản lý rủi ro và bộ phận cải tiến nghiệp vụ chuyên môn. Nhóm này nên gặp nhau thường xuyên để rà soát lại các thông tin từ các báo cáo chính thức cũng như không chính thức, qua đó sẽ chủ động can thiệp.

- Thiết lập các hệ thống báo cáo nội bộ về các sự cố liên quan đến an toàn người bệnh. Báo cáo cần phân tích nguyên nhân chính của các sự cố và để tiến hành các hoạt động chủ động giảm bớt rủi ro. Hàng năm cần có báo cáo phân tích tổng hợp về sự cố đã xảy ra và những hoạt động nhằm cải tiến an toàn cho bệnh nhân. Các cơ sở y tế cần theo các bước sau đây khi thực hiện phương pháp chủ động đánh giá rủi ro:

Bước 1: Chọn một qui trình có rủi ro cao để phân tích

Bước 2: Vẽ sơ đồ qui trình các bước tiến hành

Bước 3: Động não về các kiểu sự cố tiềm ẩn và xác định hậu quả

Bước 4: Xếp ưu tiên các kiểu sự cố

Bước 5: Xác định nguyên do gốc của các kiểu sự cố

Bước 6: Thiết kế lại qui trình

Bước 7: Phân tích và kiểm tra qui trình mới

Bước 8: Thực hiện và theo dõi qui trình được thiết kế lại

7.5. Sự quan tâm của lãnh đạo là chìa khoá

- Văn hoá an toàn hàm chỉ thái độ mang tính tập thể. Xây dựng văn hoá an toàn người bệnh khởi đầu từ người lãnh đạo, lãnh đạo cần có thái độ đúng mực, không định kiến để có thể trao đổi cởi mở với nhân viên y tế về những sai sót tiềm ẩn. Lãnh đạo nào làm được điều này chắc chắn sẽ được nhân viên tin tưởng và tích cực tham gia các hoạt động liên quan đến an toàn người bệnh.

- Lãnh đạo cơ sở y tế phải thường xuyên nói về tầm quan trọng của sự an toàn người bệnh và khuyến khích tất cả mọi người quan tâm, tập trung vào việc cải tiến an toàn người bệnh. Sự an toàn không nên chỉ là nỗ lực nhất thời, thông điệp về sự an toàn cần được duy trì lâu dài.

7.6. Tạo điều kiện cho người bệnh đặt câu hỏi đối với nhân viên y tế

- Hỏi người hành nghề về việc chẩn đoán, các xét nghiệm và kế hoạch điều trị.

- Hỏi điều dưỡng viên, hộ sinh viên những thuốc đưa cho người bệnh uống và tác dụng của thuốc

- Hỏi về khả năng sự cố y khoa không mong muốn khi chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật

V. KẾT LUẬN

An toàn người bệnh là vấn đề phổ biến, có phạm vi rộng và gây sự quan tâm của toàn xã hội. Những bằng chứng nghiên cứu dịch tễ học về vấn đề an toàn người bệnh còn hạn chế, do đây là vấn đề nhạy cảm. Tuy nhiên, hiện nay sai sót chuyên môn đã được đưa vào Luật khám bệnh chữa bệnh và là một trong những tiêu chí quan trọng nhất về chất lượng. Bệnh viện cần triển khai các giải pháp bảo đảm an toàn cho người bệnh bao gồm các nội dung chính sau đây:

1. Thành lập Ban an toàn người bệnh và bổ nhiệm điều phối viên
2. Đào tạo nhân viên y tế nhận thức và thực hiện các hoạt động an toàn người bệnh
3. Nghiên cứu về an toàn người bệnh, chia sẻ các bài học từ việc phân tích nguyên nhân gốc với lãnh đạo cũng như các nhân viên khác. Nghiên cứu và học hỏi từ những sai sót và phải coi đó là cơ hội để rút kinh nghiệm.
4. Thiết lập hệ thống báo cáo sự cố và sai sót y khoa. Phát triển hệ thống thu thập thông tin về sự cố y khoa và trao đổi những sai sót.
5. Xây dựng và thực hiện các giải pháp bảo đảm an toàn người bệnh
6. Giáo dục nhân viên y tế văn hoá an toàn và biết cách thể hiện văn hoá này.
7. Khuyến khích bệnh nhân và gia đình họ tham gia vào tiến trình chăm sóc sức khoẻ.
8. Chia sẻ thông tin về sự an toàn người bệnh tại các hội nghị và qua các buổi trao đổi không chính thức

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật khám bệnh chữa bệnh
2. The Quality in Australian Health Care Study. Ross McL Wilson, William B Runciman, Robert W Gibberd, Bernadette T Harrison, Liza Newby and John D Hamilton
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991; 324: 370-376[Abstract].

4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-471[Medline].
5. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP. Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1991; 266: 2847-2851[Abstract].
6. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med 1995; 23: 294-300[CrossRef][Medline].
7. Trunet P, Le Gall JR, Lhoste F, Regnier B, Saillard Y, Carlet J, et al. The role of iatrogenic disease in admission to intensive care. JAMA 1980; 244: 2617-2620[Abstract].
8. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. Am J Health Syst Pharm 1997; 54: 554-558[Free Full Text].
9. Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JD. An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian health care study. Med J Aust 1999; 170: 411-415[Medline].
10. Windsor JA, Pong J. Laparoscopic biliary injury: more than a learning curve problem. Aust N Z J Surg 1998; 68: 186-189[Medline].

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Xác định đúng sai trong các câu từ 1-7 dưới đây :

	Đúng	Sai
Câu 1. Khi xảy ra tai biến, trường hợp người bệnh không nhất trí với kết luận của Hội đồng chuyên môn cấp bệnh viện thì có quyền đề nghị BHYT thành lập Hội đồng chuyên môn.		
Câu 2. Thành phần hội đồng chuyên môn gồm các chuyên gia trong lĩnh vực chuyên môn phù hợp.		
Câu 3. Hội đồng chuyên môn quyết định theo đa số và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết luận của mình		
Câu 4. Người hành nghề được xác định không có sai sót khi đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật nhưng vẫn xảy ra tai biến		
Câu 5. Trường hợp xảy ra tai biến xác định người hành nghề không có sai sót chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở KCB và người hành nghề vẫn phải bồi thường thiệt hại.		
Câu 6. Việc giải quyết các tranh chấp được giải quyết bằng tự hòa giải hoặc khởi kiện tại Tòa án		
Câu 7. Trên 50% các sai sót, sự cố y khoa có thể phòng ngừa		

Câu 8. Kể cho đủ 3 hành vi xác định người hành nghề có sai sót

- A) Vi phạm trách nhiệm trong chăm sóc và điều trị người bệnh;
- B) Vi phạm các quy định chuyên môn kỹ thuật và đạo đức nghề nghiệp;
- C)

Câu 9. Theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh việc tranh chấp liên quan tới các đối tượng (Chọn câu trả lời đúng nhất) :

- A) Người bệnh,
- B) Người đại diện của người bệnh;
- C) A và B;
- D) C và Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Câu 10. Điền cho đủ các nguyên nhân gây sai sót, sự cố y khoa

- A) Nhiễm khuẩn bệnh viện
- B)
- C) Tác dụng không mong muốn của thuốc

D) Nhầm phẫu thuật (người bệnh, vị trí, phương pháp, sót dụng cụ trong vị trí phẫu thuật)

E) Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng (sai, chậm)

F) Phương tiện dụng cụ không phù hợp, không đủ

G) Sao chép sai y lệnh, chữ viết xấu

H)

I) Nhân viên y tế mới, tắc trách

K) Khác: ngã, bỏng, điện giật...

Câu 11. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra:

A) 4 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

B) 5 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

C) 6 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

D) 7 giải pháp an toàn người bệnh toàn cầu

GIẢI PHÁP NÂNG CAO Y ĐỨC, SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

PHẦN 1: GIẢI PHÁP NÂNG CAO Y ĐỨC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học viên có khả năng:

1. Trình bày được tầm quan trọng và sự cần thiết phải thực hiện y đức
2. Liệt kê được 6 đặc thù của lao động ngành y
3. Trình bày được những nội dung cơ bản về tâm lý người bệnh
4. Trình bày và thực hiện được những nội dung cơ bản quy định về y đức. Tầm quan trọng của hài lòng người bệnh

NỘI DUNG

I. ĐẠO ĐỨC CÁN BỘ Y TẾ

1. Tầm quan trọng và sự cần thiết phải thực hiện y đức

Xã hội muốn phát triển con người phải có năng lực chuyên môn và đạo đức: 2 mặt gắn bó với nhau tạo nên giá trị của người thầy thuốc.

Ngành y tế càng cần quan tâm hơn trong việc giáo dục rèn luyện đạo đức y học.

1.1. Đặc thù của ngành y tế:

Ngành y tế liên quan đến sức khỏe, tính mạng con người, là ngành nhân đạo (thầy thuốc) vì vậy đòi hỏi người cán bộ y tế phải tinh thông nghề nghiệp và phải có lương tâm nghề nghiệp.

Phải được đào tạo nghiêm túc với thời gian dài hơn các ngành khác (6 năm sau đó phải học 3 năm nội trú thành 9 năm mới hành nghề giỏi được).

1.2. Lao động ngành y có đặc thù là loại lao động:

- Trách nhiệm cao trước sức khỏe của con người và tính mạng của người bệnh.

- Là lao động hết sức khẩn trương giành giật từng giây phút trước tử thần để cứu tính mạng người bệnh.

- Là lao động liên tục cả ngày đêm, diễn ra trong điều kiện không phù hợp quy luật sinh lý con người làm ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe của nhân viên y tế, trực đêm ngủ ngày và ngược lại.

- Lao động trong môi trường không thuận lợi, không phù hợp với tâm lý con người. (Tiếp xúc với người bệnh đau đớn, bệnh tật, độc hại, lây nhiễm, hoá chất, chất thải môi trường bệnh viện).

- Là lao động nặng nhọc, căng thẳng (đứng mô hàng chục tiếng đồng hồ, tiếp xúc với tác nhân gây bệnh lây, lao, phong, HIV, AIDS ...

- Chịu sức ép nặng nề của dư luận xã hội, thái độ hành vi không đúng của người bệnh và người nhà bệnh nhân khi không thoả mãn yêu cầu của họ trong khi điều kiện để đáp ứng không có, người thầy thuốc không thể thực hiện được.

1.3. Về tâm lý người bệnh:

- Người bệnh là người có tổn thương về thể chất và tâm thần, họ luôn lo lắng bức xúc với tình trạng bệnh tật của mình. Vì vậy họ buồn phiền, cáu gắt dễ gây phản ứng phức tạp, nếu như trình độ nhận thức, hiểu biết chưa tốt, thiếu giáo dục, thiếu bản lĩnh thì họ sẽ có những hành vi thái độ không đúng mức với thầy thuốc - những người đang tìm cách cứu sống họ. Khi trong gia đình có người bị bệnh cả nhà lo lắng đưa người bệnh đến cơ sở y tế, họ yêu cầu người thầy thuốc và bệnh viện quá mức trong lúc điều kiện đáp ứng của bệnh viện không thể có, họ coi trách nhiệm của bệnh viện là phải đáp ứng các yêu cầu của họ mà không thấy trách nhiệm của mình là phải hợp tác với bệnh viện để tìm cách tốt nhất điều trị người bệnh. Do đó dễ gây thắc mắc, căng thẳng giữa thầy thuốc và người bệnh. Vì vậy đối với ngành y tế đạo đức nghề nghiệp đòi hỏi phải phấn đấu cao hơn và quan tâm sâu sắc hơn.

- Hơn nửa thế kỷ qua, các thế hệ thầy thuốc và nhân viên y tế trên mọi miền của đất nước đã tận tụy hy sinh trong việc bảo vệ sức khoẻ nhân dân qua các cuộc kháng chiến bảo vệ Tổ quốc cũng như trong thời kỳ hoà bình xây dựng đất nước. Bằng trí tuệ và lòng yêu nước vô hạn và tình nhân ái sâu sắc, hàng vạn cán bộ y tế nhiều thế hệ đã thầm lặng chiến đấu không mệt mỏi, ngày đêm chăm sóc người bệnh, cứu sống hàng triệu sinh mạng con người, dập tắt kịp thời nhiều vụ dịch nguy hiểm, hạ tỷ lệ tử vong, nâng cao tuổi thọ trung bình cho người Việt Nam, tổ chức mạng lưới y tế rộng khắp từ đồng bằng, miền núi, từ thành thị đến nông thôn kể cả những nơi hải đảo xa xôi hẻo lánh để phục vụ nhân dân phòng bệnh, chăm sóc sức khoẻ nhân dân.

- Đào tạo nhiều chữa bệnh có chất lượng cho ngành, ứng dụng nhiều kỹ thuật tiên tiến, hiện đại vào việc nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh nhân, cử nhiều chuyên gia phục vụ sự nghiệp Bảo vệ sức khoẻ cho nhân dân các nước. Dù bất kỳ ở đâu, các thế hệ thầy thuốc Việt Nam vẫn nêu cao tinh thần phục vụ, thực hiện tốt đạo đức y tế phục vụ người bệnh với trách nhiệm cao. Xây dựng ngành y tế phát triển ngang tầm với các nước khu vực.

Tuy nhiên, khi chuyển từ cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường, nhu cầu khám chữa bệnh bảo vệ sức khoẻ nhân dân ngày càng tăng cao, trong lúc kinh phí dành cho ngành y tế có hạn, đời sống cán bộ y tế quá khó khăn, điều kiện đáp ứng thiếu thốn, ngành y tế đã phấn đấu nỗ lực hết sức mình để duy trì hoạt động đầy mạnh công tác Bảo vệ sức khoẻ nhân dân. Trình độ cán bộ y tế được nâng cao, kỹ thuật hiện đại được áp dụng, các máy móc trang thiết bị được bổ sung, chất lượng khám chữa bệnh được nâng cao rõ rệt, nhiều bệnh hiểm nghèo trước đây phải chuyển ra nước ngoài thì ngày nay đã giải quyết

được ở trong nước. Tuy nhiên so với nhu cầu thì chúng ta chưa có điều kiện để đáp ứng. Vì vậy không khỏi có những tiêu cực xảy ra vi phạm đạo đức y học của một số ít cán bộ y tế đòi hỏi chúng ta phải luôn luôn quan tâm giáo dục, rèn luyện để giảm bớt những tiêu cực làm ảnh hưởng đến danh dự người thầy thuốc.

2. Cơ sở khoa học của y đức và các mối liên quan

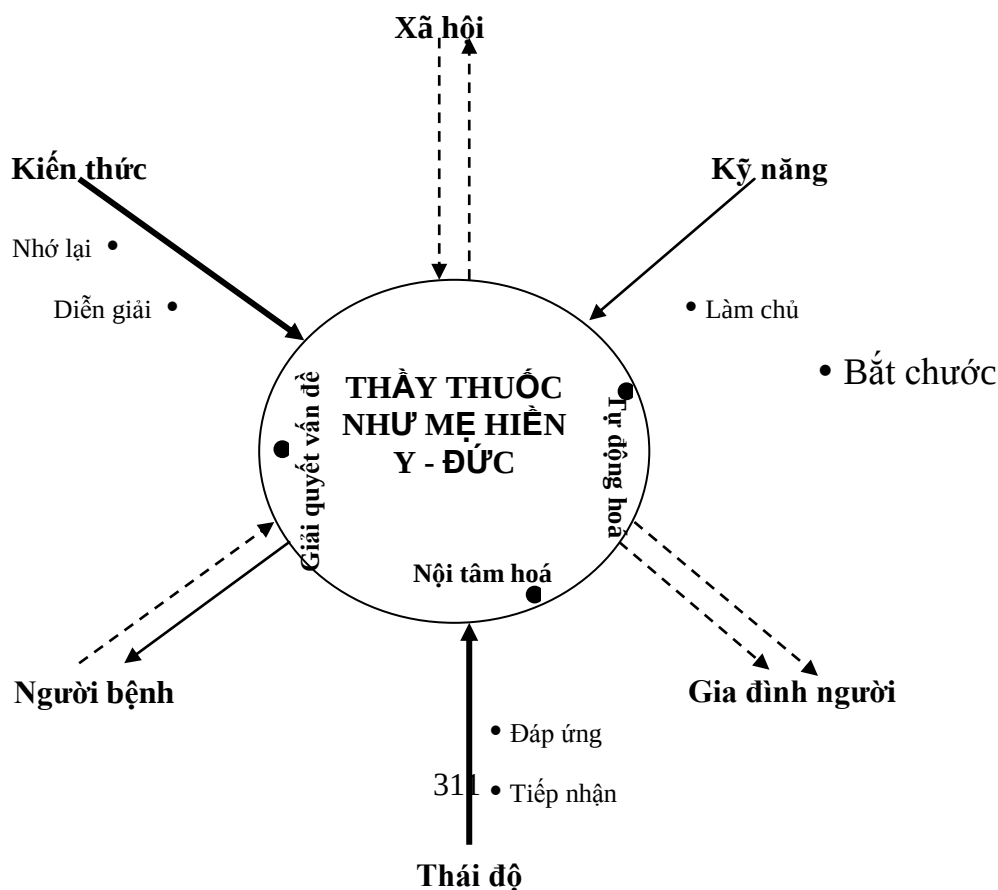
Y đức là đạo đức của người cán bộ y tế. Đạo đức là một hình thái đặc biệt của ý thức xã hội. Đạo đức bắt nguồn từ những yêu cầu của sự tồn tại phát triển xã hội, là điều chỉnh hành vi của con người trong các mối quan hệ xã hội để kết hợp hài hoà lợi ích cá nhân với lợi ích tập thể.

Đạo đức được hình thành qua nhiều yếu tố, trong đó có yếu tố kinh tế - xã hội, yếu tố giai cấp, yếu tố văn hoá là quan trọng.

Hiện nay nền kinh tế ở nước ta đang phát triển và đổi mới, từ cơ chế bao cấp chuyển sang cơ chế thị trường, có sự quản lý của Nhà nước theo định hướng xã hội chủ nghĩa do vậy phải có những qui định cụ thể về y đức để điều chỉnh hành vi của người thầy thuốc trong quan hệ giao tiếp với người bệnh, với người nhà bệnh nhân cũng như quan hệ giữa thầy thuốc với thầy thuốc, thầy thuốc với xã hội.

Đạo đức cũng như các lĩnh vực khoa học khác không phải chỉ do tự nhiên mà có, nó được hình thành trong mối quan hệ giữa người với người từ khi có xã hội loài người và được rèn luyện, giáo dục bổ sung, phát triển ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển của xã hội. Sự phát triển về đạo đức, sự thay đổi 1 hành vi đòi hỏi phải có thời gian, đòi hỏi phải phấn đấu và rèn luyện của mỗi một người trong xã hội, vì vậy đạo đức phải được quan tâm chung của mọi người và của xã hội.

Sơ đồ mối liên quan về đạo đức đạo đức cán bộ y tế



Như vậy đạo đức, đạo đức nghề nghiệp nói chung và đạo đức y tế nói riêng đã được đề cập từ lâu và có mối liên hệ với nhau chặt chẽ, tác động qua lại lẫn nhau, tạo điều kiện cho nhau, giúp đỡ nhau thực hiện. Y đức không chỉ là sự giao tiếp lễ phép, thái độ hoà nhã với người bệnh. Người thầy thuốc có y đức còn cần phải học tập nâng cao trình độ chuyên môn, khám chữa bệnh giỏi, chăm sóc người bệnh chu đáo, cấp cứu người bệnh kịp thời có trách nhiệm, tôn trọng đồng nghiệp, đoàn kết hợp tác vì sự nghiệp bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

3. Những nội dung cần phấn đấu để đạt được tiêu chuẩn y đức

3.1. Chúng ta biết rằng đối với người thầy thuốc có trình độ chuyên môn giỏi chưa đủ mà phải có đạo đức, lương tâm nghề nghiệp.

- Từ xưa đến nay các bậc danh y ngoài việc truyền đạt các kiến thức chuyên môn, luôn răn dạy đạo đức hành nghề cho các học trò của mình vì bản chất ngành y tế là chữa bệnh cứu người. Làm nghề thuốc là nắm trong tay sức khoẻ và sinh mạng của người bệnh, vì vậy không thể coi thường đạo đức nghề nghiệp.

3.2. Hypocrate, ông tổ của nghề y đã đưa ra những nội dung cơ bản về y đức thể hiện trong lời thề mà những người thầy thuốc trên thế giới ai cũng phải học tập:

- "Tôi sẽ cho chế độ ăn uống có lợi cho bệnh nhân phù hợp với bệnh trạng, thể theo quyền hạn và suy xét của tôi. Tôi sẽ không cho thuốc giết người nếu ai có yêu cầu và cũng không khởi xướng một gợi ý như vậy".

- "Tôi sẽ giữ gìn sao cho đời sống và nghề nghiệp của tôi được trong trắng và thần thánh".

- "Tôi tới nhà ai tôi cũng chỉ vì quyền lợi của bệnh nhân, sẽ tránh tất cả mọi hành động đồi bại và nhất là những cử chỉ lừa dối trên thân thể nữ giới cũng như nam giới, bất kể người đó là người tự do hay nô lệ".

- "Những điểm liên quan đến đời sống của người khác đáng phải bảo mật mà trong phạm vi hay ngoài phạm vi nghề nghiệp, tôi nhìn thấy, nghe thấy tôi sẽ không bao giờ thổ lộ".

3.3. Ở nước ta các bậc danh y như Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) và đặc biệt là Hải Thượng Lãn ông Lê Hữu Trác (1720 - 1791) đều hết sức chú trọng y đức. Hải Thượng Lãn ông nói: "Đạo làm thuốc là nhân thuật, có nhiệm vụ giữ gìn tính mạng con người, chỉ lấy việc giúp người làm phận sự của mình mà không cầu lợi kẻ công". Ông đã đề ra 9 điều cần lưu ý đối với các thầy thuốc trong "Y huấn cách ngôn" mà đến nay vẫn còn nguyên giá trị, ví dụ:

- Phạm người mời đi khám bệnh, nên tuỳ bệnh kíp hay không mà sắp đặt thăm trước hay thăm sau. Chớ nên vì giàu sang hay nghèo hèn mà nơi đến trước, chỗ tới sau hoặc bốc thuốc lại phân biệt hơn kém.

- Khi đến xem bệnh ở nhà nghèo túng, hay những người mồ côi goá bụa, hiểm hoi, càng nên chăm sóc đặc biệt vì những người giàu sang không lo

không có người chữa, còn người nghèo hèn thì không đủ sức đón được thầy giỏi, vậy ta để tâm một chút họ sẽ được sống một đời còn những người con thảo, vợ hiền nghèo mà mắc bệnh, ngoài việc cho thuốc lại tùy sức mình chu cấp cho họ nữa vì có thuốc mà không có ăn thì vẫn đi đến chỗ chết.

- Khi chữa bệnh cho ai khỏi rồi, chớ có mưu cầu quà cáp vì những người nhận của người khác cho thường hay sinh ra nể nang, hướng chỉ đối với những kẻ giàu sang, tính khí thất thường mà mình cầu cạnh thường hay bị khinh rẻ. Còn việc tâng bốc người ta để cầu lợi thường hay sinh chuyện. Cho nên nghề thuốc là nghề thanh cao, ta càng phải giữ khí tiết cho trong sạch.

3.4. Sinh thời Chủ tịch Hồ Chí Minh rất quan tâm đến y tế. Trong thư gửi Hội nghị cán bộ y tế, Bác thân ái chúc cán bộ y tế vui vẻ, khoẻ mạnh, hăng hái và làm việc cho tiến bộ. Bác căn dặn:

- Phải thật thà đoàn kết.
- Thương yêu người bệnh
- Xây dựng một nền y học của ta.

Đối với cán bộ y tế với nhau Bác dặn phải đoàn kết. Bác nói: "Đoàn kết giữa cán bộ cũ và cán bộ mới, đoàn kết giữa tất cả những người trong ngành y tế từ Bộ trưởng, Thứ trưởng, bác sỹ, dược sỹ cho đến các anh chị em giúp việc. Bởi vì công việc và địa vị tuy có khác nhau nhưng người nào cũng là một bộ phận cần thiết trong ngành y tế trong việc phục vụ nhân dân".

Tháng 3/1948 trong thư gửi Hội nghị Quân y, Bác nhắc nhở: "Phải thương yêu người bệnh như anh em ruột thịt, phải tận tâm, tận lực phục vụ nhân dân. Cần luôn luôn học tập để luôn luôn tiến bộ".

Trong thư gửi cán bộ y tế ngày 27/02/1955 Bác nói "Người bệnh phó thác sinh mệnh của họ nơi các cô chú. Chính phủ phó thác cho các cô các chú việc chữa bệnh tận giữ gìn sức khoẻ cho đồng bào".

Đó là một nhiệm vụ rất vẻ vang. Vì vậy cán bộ y tế cần phải thương yêu chăm sóc người bệnh như anh em ruột thịt của mình, coi họ đau đớn cũng như mình đau đớn **"Lương y phải như từ mẫu"**.

Về việc xây dựng nền y học của ta Bác Hồ dặn:

"Xây dựng một nền y tế thích hợp với nhu cầu của nhân dân ta. Y học càng phải dựa trên nguyên tắc khoa học, dân tộc đại chúng. Ông cha ta ngày trước có nhiều kinh nghiệm quý báu về cách chữa bệnh bằng thuốc ta, thuốc bắc để mở rộng phạm vi y học, các cô, các chú cũng nên chủ trương nghiên cứu phối hợp thuốc Đông y và thuốc Tây".

- Ngày nay trong bối cảnh mới của đất nước, chuyển đổi từ một nền y tế bao cấp sang một nền y tế trong cơ chế thị trường, vấn đề y đức đang được xã hội và ngành y tế quan tâm. Bộ Y tế đã có chỉ thị 04/BYT ngày 23/03/1996 về việc thực hiện y đức trong ngành y tế và ngày 06/11/1996 Bộ Y tế lại ban hành 12 điều quy định cụ thể về y đức đã nhắc nhở người cán bộ y tế thực hiện tốt lời dạy của Bác Hồ "Lương y như từ mẫu". Thực hiện tốt những điều

quy định đối với người bệnh, gia đình người bệnh, đối với đồng nghiệp và trách nhiệm đối với xã hội trong đó nhấn mạnh:

- Đối với người bệnh phải tôn trọng, thái độ niềm nở, tiếp đón nhiệt tình, chăm sóc chu đáo, cấp cứu khẩn trương, kịp thời, hướng dẫn tỉ mỉ, giải thích rõ ràng lúc vào viện cũng như lúc ra viện.

- Thực hiện được: Đến : niềm nở đón tiếp

Ở : tận tình, chăm sóc

Đi : ân cần dặn dò

- Đối với đồng nghiệp phải tôn trọng, cộng tác, thân ái giúp đỡ lẫn nhau, khiêm tốn học hỏi kinh nghiệm nghề nghiệp của nhau. Sẵn sàng chuyển giao kiến thức và kinh nghiệm cho người khác.

- Đối với nghề nghiệp phải ra sức phấn đấu cho sự nghiệp bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân, yêu ngành, yêu nghề và có lương tâm nghề nghiệp, không ngừng học tập nghiên cứu khoa học để nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật, xứng đáng là người thầy thuốc của nhân dân, vì nhân dân.

3.5. Sau đây là nội dung cụ thể và 12 điều quy định về y đức của Bộ Y tế:

1. Chăm sóc sức khỏe cho mọi người là nghề cao quý. Khi đã tự nguyện đứng trong hàng ngũ y tế phải nghiêm túc thực hiện lời dạy của Bác Hồ. Phải có lương tâm và trách nhiệm cao, hết lòng yêu nghề, luôn rèn luyện nâng cao phẩm chất đạo đức của thầy thuốc. Không ngừng học tập và tích cực nghiên cứu khoa học để nâng cao trình độ chuyên môn. Sẵn sàng vượt qua mọi khó khăn gian khổ vì sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Tôn trọng pháp luật và thực hiện nghiêm túc các quy chế chuyên môn. Không được sử dụng người bệnh làm thực nghiệm cho những phương pháp chẩn đoán, điều trị, nghiên cứu khoa học khi chưa được phép của Bộ Y tế và sự chấp nhận của người bệnh.

3. Tôn trọng quyền được khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng bí mật riêng tư của người bệnh; khi thăm khám, chăm sóc cần bảo đảm kín đáo và lịch sự. Quan tâm đến những người bệnh trong diện chính sách ưu đãi xã hội. Không được phân biệt đối xử với người bệnh. Không được có thái độ ban ơn, lạm dụng nghề nghiệp và gây phiền hà cho người bệnh. Phải trung thực khi thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

4. Khi tiếp xúc với người bệnh và gia đình họ, luôn có thái độ niềm nở, tận tình; trang phục phải chỉnh tề, sạch sẽ để tạo niềm tin cho người bệnh. Phải giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh và gia đình họ hiểu để cùng hợp tác điều trị; phổ biến cho họ về chế độ, chính sách, quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh; động viên an ủi, khuyến khích người bệnh điều trị, tập luyện để chóng hồi phục. Trong trường hợp bệnh nặng hoặc tiên lượng xấu cũng phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho gia đình người bệnh biết.

5. Khi cấp cứu phải khẩn trương chẩn đoán, xử trí kịp thời không được dùn dầy người bệnh.

6. Kê đơn phải phù hợp với chẩn đoán và bảo đảm sử dụng thuốc hợp lý an toàn; không vì lợi ích cá nhân mà giao cho người bệnh thuốc kém phẩm chất, thuốc không đúng với yêu cầu và mức độ bệnh.

7. Không được rời bỏ vị trí trong khi làm nhiệm vụ, theo dõi và xử trí kịp thời các diễn biến của người bệnh.

8. Khi người bệnh ra viện phải dặn dò chu đáo, hướng dẫn họ tiếp tục điều trị, tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe.

9. Khi người bệnh tử vong, phải thông cảm sâu sắc, chia buồn và hướng dẫn, giúp đỡ gia đình họ làm các thủ tục cần thiết.

10. Thật thà, đoàn kết tôn trọng đồng nghiệp, kính trọng các bậc thầy, sẵn sàng truyền thụ kiến thức, học hỏi kinh nghiệm, giúp đỡ lẫn nhau.

11. Khi bản thân có thiếu sót, phải tự giác nhận trách nhiệm về mình không đổ lỗi cho đồng nghiệp, cho tuyến trước.

12. Hằng hái tham gia công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phòng chống dịch bệnh, cứu chữa người bị nạn, ốm đau tại cộng đồng; gương mẫu thực hiện nếp sống vệ sinh, giữ gìn môi trường trong sạch.

Để thực hiện tốt 12 điều quy định về y đức của Bộ Y tế, học tập lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh "Lương y như từ mẫu" các cơ sở y tế cần nghiêm túc tổ chức CBCC học tập nhớ và thực hiện. Bài học đầu tiên của một cán bộ y tế khi mới bước vào nghề là y đức. Cần thường xuyên kiểm tra việc thực hiện 12 điều y đức, nêu gương người tốt, việc tốt, khen thưởng kịp thời những cá nhân, đơn vị điển hình. Nghiêm khắc phê phán những hiện tượng, hành vi sai trái với đạo đức y tế.

Với sự cố gắng nỗ lực của toàn thể cán bộ công chức ngành y tế trong phong trào giáo dục, thực hiện y đức. Chúng ta tin tưởng rằng Đạo đức y tế sẽ trở thành quy tắc của cuộc sống và là một nét đẹp trong đời sống tinh thần của tất cả cán bộ y tế bất kỳ ở cương vị nào nhằm nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh, bảo vệ sức khỏe nhân dân.

II. KỸ NĂNG GIAO TIẾP

1. Định nghĩa (Giao tiếp là gì?)

- Giao tiếp là hiện tượng tâm lý phức tạp đặc thù của con người thông qua việc sử dụng ngôn ngữ nói, viết, hình ảnh nghệ thuật, hành động, cử chỉ ... để tiếp xúc với nhau trong xã hội.

- Là sự trao đổi thông tin, sự rung cảm và ảnh hưởng, tác động qua lại lẫn nhau.

- Là nhu cầu của con người trong đời sống hàng ngày.

- Thông qua giao tiếp thể hiện tác phong tư cách đạo đức của mỗi người.

- Đối với cán bộ công chức ngành y tế giao tiếp là một khía cạnh thể hiện đạo đức của người thầy thuốc đối với người bệnh, đối với xã hội và đối với đồng nghiệp.

- Nói một cách khác, giao tiếp là thể hiện:

- + Những điều ta nói
- + Những điều ta nghe
- + Cách ta nhìn
- + Cách ta hành động
- + Thái độ ta biểu lộ

2. Giao tiếp tốt có lợi gì?

“Lời nói không mất tiền mua

Lựa lời mà nói cho vừa lòng nhau”

2.1. Giao tiếp tốt làm cho người bệnh tin tưởng, họ phó thác tính mạng của mình cho người thầy thuốc, uy tín của người thầy thuốc được nâng cao. Người bệnh được tiếp xúc với một thầy thuốc vui vẻ, nhiệt tình giải thích cặn kẽ, hướng dẫn chi tiết ... họ sẽ yên tâm và tin tưởng điều trị, bệnh chóng khỏi và như vậy uy tín của người thầy thuốc được nâng cao.

2.2. Giao tiếp tốt với người bệnh sẽ giúp thầy thuốc thu thập được đầy đủ các thông tin về người bệnh. Giúp thầy thuốc chẩn đoán đúng và toàn diện hơn. Bởi vì 80% chẩn đoán là dựa vào khai thác bệnh sử, tình hình kinh tế, quan hệ xã hội, về đời sống tinh thần, về trạng thái tâm lý của người bệnh - người bệnh sẽ vui vẻ kể chi tiết với thầy thuốc về bệnh tật của mình.

2.3. Giao tiếp tốt người bệnh sẽ tuân thủ đúng quy định hướng dẫn điều trị, chăm sóc của người thầy thuốc và kết quả điều trị tốt hơn. Ngược lại, giao tiếp không tốt người bệnh sẽ không hợp tác trong điều trị, chăm sóc dẫn đến kết quả điều trị kém.

Giao tiếp tốt người bệnh sẽ hài lòng hơn về các dịch vụ y tế mà họ nhận được, mặc dầu điều kiện còn khó khăn nhưng họ vẫn thông cảm, đặc biệt họ sẵn sàng đóng góp viện phí theo quy định. Họ tin tưởng vào thầy thuốc, vào bệnh viện và đồng thời họ sẽ tuyên truyền cho các người bệnh khác.

“Nếu hài lòng họ sẽ nói cho 3 người; Nếu không hài lòng họ nói cho 19 người”.

Vì vậy cần lưu ý khi giao tiếp đừng để mất lòng người bệnh.

2.4. Tăng cường mối quan hệ giữa thầy thuốc với người bệnh, thầy thuốc với thầy thuốc, thầy thuốc với xã hội.

- Giao tiếp tốt với người bệnh, có sự đồng cảm giữa thầy thuốc và bệnh nhân. Coi cái đau của người bệnh như cái đau của mình. Tận tình phục vụ người bệnh sẽ giảm được những thắc mắc kiện cáo không cần thiết.

- Giao tiếp tốt với đồng nghiệp sẽ bảo đảm đoàn kết, công tác phục vụ bệnh nhân, học tập trao đổi kinh nghiệm nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, đồng viên giúp đỡ nhau trong công tác và trong hoạt động xã hội.

2.5. Giao tiếp tốt là thể hiện được đạo đức của người thầy thuốc theo quan điểm mới. Người thầy thuốc giỏi phải là người thầy thuốc có trình độ chuyên môn vững và tạo được sự hài lòng của người bệnh. Người thầy thuốc vừa hồng vừa chuyên.

3. Kỹ năng giao tiếp

3.1. Cần chú ý sử dụng ngôn ngữ giao tiếp: Trực tiếp nói chuyện với người bệnh, người nhà người bệnh hoặc nói chuyện qua điện thoại ... Phải chào hỏi lịch sự (Ông, bà, anh, chị, em, cháu ...) phải dùng câu có chủ ngữ, không trả lời cộc lốc.

Tùy theo đặc điểm riêng của từng người bệnh mà có cách xưng hô giao tiếp khác nhau. Luôn luôn chú ý đến vai trò của người nhà bệnh nhân vì họ đang lo lắng đến sức khỏe, bệnh tật của người thân, phải giải thích hướng dẫn chu đáo để họ giúp thầy thuốc đồng viên người bệnh an tâm điều trị.

3.2. Biết lắng nghe người bệnh nói, hướng theo câu chuyện người bệnh kể không cắt ngang câu chuyện đó. Tỏ thái độ vui, buồn ... khi người bệnh nói chuyện để họ tôn trọng và tin tưởng thầy thuốc.

Khi đặt câu hỏi, nên đặt các câu hỏi mở, dễ hiểu để người bệnh có cơ hội tâm sự với người thầy thuốc về bệnh tật của mình. Người thầy thuốc sẽ thu nhận được nhiều thông tin hơn.

William Osler khuyên chúng ta ***“Hãy lắng nghe người bệnh vì họ đang giúp bạn chẩn đoán”***.

3.3. Người thầy thuốc cần có kiến thức rộng về y học, xã hội, văn chương, nghệ thuật, tâm lý để nâng cao kỹ năng giao tiếp của mình đối với người bệnh, đối với đồng nghiệp và đối với xã hội.

Biết khai thác những thông tin nhỏ nhất, biết gợi ý để người bệnh trả lời và biết giải thích hướng dẫn cụ thể để người bệnh làm theo.

3.4. Cần chọn phương pháp giao tiếp thích hợp cho mỗi người bệnh, chuẩn bị thời gian, không gian và địa điểm giao tiếp thuận lợi nhất, hiệu quả nhất.

3.5. Người thầy thuốc luôn tự kiểm tra lại mình trước khi tiếp xúc với người bệnh, với người nhà người bệnh cũng như với đồng nghiệp về tư thế ngồi, trang phục ... (đẹp, hài hoà, không quá cầu kỳ, thuận tiện khi làm việc).

Cần quan sát người bệnh trước khi giao tiếp để biết họ có sẵn sàng nói chuyện với mình không? Từ đó có cách tiếp cận thích hợp.

Phải giới thiệu với bệnh nhân về mình trước để họ biết là họ đang nói chuyện với ai, họ sẽ thoải mái hơn, tin tưởng hơn.

3.6. Tạo ấn tượng đẹp cho người bệnh ngay từ đầu khi mới giao tiếp, có thói quen nhún nhường, khiêm tốn. Tạo được sự đồng thuận giữa thầy thuốc

và người bệnh. Thái độ ân cần, quyết đoán, luôn luôn coi trọng phong tục tập quán, tôn trọng người bệnh. Vui vẻ, biết hài hước trong giao tiếp nhưng không cợt nhả, tục tĩu. Tế nhị, khéo léo nhẹ nhàng trong thăm khám.

3.7. Bắt đầu giao tiếp: Chào hỏi một cách tự nhiên, chân thành. Giọng nói nhẹ nhàng, không câu gắt tạo sức lôi cuốn. Biết khen ngợi đúng lúc, đúng chỗ. Tỏ thái độ quan tâm tới những điều người bệnh nói, người bệnh yêu cầu.

3.8. Kết thúc giao tiếp hợp lý, không đột ngột, tránh tình trạng người bệnh đang cần nói chuyện, cần đề xuất mà thầy thuốc đã kết thúc không muốn nghe. Nếu người bệnh kể lể dài dòng mà thầy thuốc muốn kết thúc thì phải tìm cách rút lui hợp lý. Gây ấn tượng tốt giữa người bệnh và thầy thuốc, tạo tiền đề cho những lần tiếp xúc sau.

4. Một số tình huống cụ thể cần lưu ý khi giao tiếp

- Biết giữ lời hứa và thực hiện lời hứa.
- Không hứa những điều không nên hứa.
- Hứa những điều mà mình có khả năng thực hiện không vi phạm pháp luật, không sai nguyên tắc, trái quy định.
- Giữ lời hứa và thực hiện lời hứa là tôn trọng người bệnh, tôn trọng mọi người và trái lại mọi người sẽ tôn trọng mình, uy tín của người thầy thuốc được nâng cao.
- Biết từ chối những điều mình không làm được, khi từ chối cần nói rõ lý do, giải thích cho người bệnh hiểu. Có thể giới thiệu đồng nghiệp khác hiểu biết hơn, chuyên khoa hơn về lĩnh vực mà người bệnh yêu cầu. Không nên trả lời cho qua chuyện.
- Không được nói xấu người khác, không phê phán một cách trực diện, tránh dùng từ ngữ chuyên môn khó hiểu, tiếng nước ngoài trong lúc giao tiếp.
- Khi người bệnh phản kháng cần có thái độ bình tĩnh, thu hẹp sự chống đối, từng bước thu phục họ, tránh tranh luận dài dòng. Dùng cảm đối thoại để tìm cách giải quyết ổn thỏa, dần dần người bệnh sẽ hiểu, thông cảm và tôn trọng người thầy thuốc nhiều hơn.

Để kết luận về phần kỹ năng giao tiếp, xin trích ra đây câu nói của Bansicov: ***“Nói chuyện linh hoạt, sát từng người bệnh, hiểu biết tình cảm của người bệnh, giữ lại trong trí nhớ mọi chi tiết nhỏ nhặt liên quan đến họ. Với gói hành lý này người thầy thuốc bắt đầu, tiếp tục và kết thúc buổi khám và chữa bệnh của mình”***

PHẦN 2: GIẢI PHÁP NÂNG CAO SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài học viên có khả năng :

1. Nắm được các yếu tố liên quan đến sự hài lòng
2. Phương pháp đánh giá sự hài lòng

NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng sự hài lòng của người bệnh với bệnh viện

- Trong việc đánh giá chất lượng khám chữa bệnh tại các cơ sở bệnh viện, sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí quan trọng nhất
- WHO đã định nghĩa khái quát một cách toàn diện về sức khỏe: “Sức khỏe là tình trạng hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, không chỉ là không có bệnh và tật”
- Sự hài lòng của người bệnh là những nhu cầu cần thiết về khám, chữa bệnh và bảo vệ sức khỏe của người bệnh cần được đảm bảo đáp ứng.
- Mục tiêu: đạt tiêu chí hài lòng hoàn toàn
- Trước mắt: Đạt chỉ tiêu hài lòng cần thiết cơ bản nhất phù hợp với điều kiện cần thiết mỗi quốc gia
- Đánh giá sự hài lòng của người bệnh là tiêu chí hàng đầu trong đánh giá chất lượng toàn diện của bệnh viện, đồng thời là tiêu chuẩn thi đua hàng năm để xác định chất lượng hoạt động của bệnh viện
- Khi sự hài lòng của người bệnh được tăng lên chứng tỏ bệnh viện đã có bước phát triển về mọi mặt, chất lượng khám, chữa bệnh được nâng cao, nhu cầu của người bệnh được thỏa mãn

2. Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh

- Quy trình đón tiếp, kỹ năng giao tiếp, tinh thần thái độ phục vụ tốt.
- Khám, chẩn đoán và điều trị, làm xét nghiệm và trả xét nghiệm kịp thời, cung cấp thuốc đủ, sử dụng thuốc an toàn và hợp lý
- Chăm sóc tận tình hướng dẫn chu đáo
- Cơ sở vật chất , trang thiết bị hiện đại, môi trường bệnh viện sạch - an toàn.
- Thu kinh phí đúng chế độ chính sách, thanh toán kịp thời
- Phát triển các dịch vụ khác tạo điều kiện thuận lợi nhất cho người bệnh

3. Phương pháp đánh giá sự hài lòng của người bệnh

- Cần khách quan, chính xác và toàn diện dựa trên những bộ câu hỏi soạn theo các nội dung đã trình bày ở phần trên.
- Mẫu điều tra khảo sát xây dựng dựa trên cơ sở mẫu khảo sát sự hài lòng của người bệnh của Bộ Y tế theo tiêu chuẩn kiểm tra chăm sóc người bệnh toàn diện của Bộ Y tế (Quyết định 939/2001/QĐ-BYT) và phiếu thăm dò ý kiến người bệnh trong tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện năm 2006

- Có thể tham khảo mẫu khảo sát trong đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, phần khảo sát sự hài lòng của người bệnh (Cơ quan chủ trì nghiên cứu: Cục Quản lý khám, chữa bệnh-BYT; cơ quan thực hiện đề tài: Viện xã hội học, viện Khoa học xã hội Việt Nam-2008

- Đối tượng khảo sát, đánh giá chủ yếu là người bệnh (Hội đồng người bệnh ngoại trú và nội trú), gia đình người bệnh nếu cần.

- Ngoài ra có thể khảo sát bằng phương pháp phỏng vấn thảo luận nhóm, lấy ý kiến đánh giá của Lãnh đạo ngành, Lãnh đạo bệnh viện, các bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên phục vụ và các chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu để đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh với bệnh viện

- Thời điểm đánh giá tốt nhất là sau khi người bệnh nằm viện một thời gian hoặc trước khi người bệnh ra viện.

- Có thể đánh giá sự hài lòng của nhiều đối tượng khác như của bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế khác.

4. Kết quả đánh giá sự hài lòng của người bệnh

4.1. Kết quả đánh giá tại BVĐK Việt tiếp - Hải phòng

Biểu đồ 1: Nghề nghiệp công tác của đối tượng phỏng vấn

- Viên chức: 24%
- HS-SV: 5%
- Làm ruộng: 22.7%
- Hưu trí: 32%
- Khác: 17.3%

Biểu đồ 2: Người bệnh vào khoa điều trị từ đâu

- Khám bệnh: 93%
- Cấp cứu: 5.4%
- Vào thẳng khoa: 1.3%

Bảng 1: Thời gian từ khi người bệnh có chỉ định vào viện đến khi vào khoa điều trị

Thời gian	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
< 30 phút	42	60	126/210	1.80/3
30-60	14	20	28/210	0.40/3
60-90	10	14.3	10/210	0.14/3
> 90	4	5.7	0/210	0/3
Tổng cộng	70	100	164/210	2.34/3

Biểu đồ 3: Người bệnh mất thời gian nhất ở khâu nào khi nhập viện

- Làm bệnh án: 14.3%
- Đóng viện phí: 70%
- Tìm đường: 11.4%
- Khác: 4.3%

Bảng 2: Nhân viên y tế đưa người bệnh vào khoa điều trị

Nhân viên y tế đưa vào	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Có	70	93.3	70/75	0.93/1
Không	4	5.4	0/75	0/1
Không trả lời	1	1.3	0/75	0/1
Tổng cộng	75	100%	70/75	0.93/1

Bảng 4: Nhân viên y tế hướng dẫn nội quy bệnh viện cho người bệnh khi vào khoa điều trị

Hướng dẫn nội quy	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Có	63	84	63/75	0.84/1
Không	12	16	0/75	0/1
Tổng cộng	75	100	63/75	0.84/1

Bảng 6: Người bệnh biết tên điều dưỡng trực tiếp chăm sóc cho mình

Biết tên điều dưỡng	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Có	20	26.7	20/75	0.27/1
Không	55	73.3	0/75	0/1
Tổng cộng	75	100%	63/75	0.27/1

Bảng 7: Người bệnh tìm thấy bác sỹ khi cần

Tìm bác sỹ	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Dễ	66	88	132/150	1.76/2
Khó	7	9.3	7/150	0.09/2
Không tìm thấy	2	2.7	0/150	0/2
Tổng cộng	75	100%	139/150	1.85/2

Bảng 9: Bác sỹ điều trị đến khám cho người bệnh bao nhiêu lần trong ngày

Số lần khám trong ngày	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
2 lần / ngày	36	48	72/150	0.96/2
1 lần / ngày	33	44	33/150	0.44/2
Không đến khám	6	8	0/150	0/2
Tổng cộng	75	100%	105/150	1.4/2

Bảng 10: Bác sỹ giải thích cho người bệnh và gia đình về bệnh

Giải thích về bệnh	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Giải thích rõ	52	69.3	104/150	1.39/2
Giải thích chưa rõ	14	18.7	14/150	0.19/2
Không giải thích	9	12	0/150	0/2
Tổng cộng	75	100%	118/150	1.58/2

Bảng 11: Bác sỹ hướng dẫn cho người bệnh về chế độ ăn uống trong quá trình điều trị

Hướng dẫn chế độ ăn	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Hướng dẫn đủ	38	50.7	76/150	1.01/2

Hướng dẫn chưa đủ	18	24	18/150	0.24/2
Không hướng dẫn	19	25.3	0/150	0/2
Tổng cộng	75	100%	94/150	1.25/2

Bảng 12: Điều dưỡng giải thích cho người bệnh trước khi làm thủ thuật

Giải thích về thủ thuật	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Giải thích rõ	41	54.7	85/150	1.09/2
Giải thích chưa rõ	20	26.7	20/150	0.27/2
Không giải thích	11	14.6	0/150	0/2
Không trả lời	3	4	0/150	0/2
Tổng cộng	75	100%	94/150	1.36/2

Bảng 13: Điều dưỡng công khai thuốc cho người bệnh trước khi sử dụng

Công khai thuốc	Số lượng	%	Điểm đạt/Điểm tối đa	Điểm trung bình
Có công khai	59	78.7	59/75	0.79/1
Không công khai	15	20	0/75	0/1
Không trả lời	1	1.3	0/75	0/1
Tổng cộng	75	100%	59/75	0.79/1

4.2. Kết quả đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại Đaklak

Tổng số người tham gia ý kiến: 191

Số nội dung đánh giá: 09

Tổng số ý kiến thu nhận được là 1719

Bảng 1: Mức độ hài lòng về tinh thần thái độ phục vụ

Người bệnh có được	Số lượng có	% có	Số lượng không	% không	Ý kiến khác

Nhanh chóng vui vẻ tiếp nhận và xếp giường ngay khi vào khoa không	171	89.52	16	8.37	04
Giải quyết nhanh thủ tục hành chính, giới thiệu quy định của bệnh viện, của khoa	163	85.34	22	11.5	06
Nhân viên y tế xưng hô lịch sự, phù hợp tuổi	175	91.62	14	7.32	02
Nhân viên y tế thể hiện thái độ bình tĩnh ngay cả khi người bệnh có thái độ không đúng mức?	165	86.38	16	8.37	10
Được thông báo hoặc giải thích trước khi chuyển giường, chuyển khoa, ra viện?	171	89.52	16	8.37	04
Được nhân viên y tế chỉ đường hoặc hướng dẫn chu đáo khi hỏi đường trong bệnh viện	150	78.53	33	17.3	08
Nhân viên y tế giao tiếp với nhau lịch sự, tôn trọng, không nói xấu nhau	165	86.38	16	8.37	10
Chứng kiến cử chỉ hoặc lời nói gợi ý đòi hỏi tiền, quà của nhân viên y tế	191	100	0	0	0
Được phục vụ kịp thời khi có yêu cầu	173	90.57	12	6.28	06

Bảng 2A: Mức độ hài lòng về khám chữa bệnh, chăm sóc

Người bệnh có được	Số lượng có	% có	Số lượng không	% không	Ý kiến khác
Thời gian chờ để được khám bệnh dưới 15 phút	151	79.05	36	18.84	4
Được nhân viên y tế công khai số lượng thuốc hàng ngày	175	91.62	12	6.28	4
Hướng dẫn chuẩn bị những điều cần thiết trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật	171	89.52	04	2.09	16
Đảm bảo kín đáo tôn trọng mỗi khi làm thủ thuật	153	80.1	14	7.32	24

Giải thích rõ lý do khi hoãn hoặc tạm dừng làm thủ thuật	159	83.24	20	10.47	12
Được nhân viên y tế giải thích đầy đủ từng khoản chi phí thanh toán (nếu được hỏi)	162	84.81	11	5.75	18

Bảng 3: Mức độ hài lòng về cơ sở vật chất của bệnh viện

Người bệnh có được	Số lượng có	% có	Số lượng không	% không	Ý kiến khác
Nhân viên y tế giải thích rõ lý do khi phải nằm ghép với người bệnh khác	155	81.15	24	12.56	12
Mượn đủ các đồ dùng cần thiết	99	51.83	44	23.03	48
Nằm trong buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát	155	81.15	28	14.65	8
Tin tưởng vào chất lượng các loại máy móc KCB của bệnh viện.	171	89.52	15	7.85	5
Được cung cấp điện nước đầy đủ, thuận tiện	167	87.43	18	9.42	6
Được sử dụng nhà vệ sinh sạch sẽ	160	83.76	25	13.08	6
Môi trường bệnh viện sạch đẹp an toàn	164	85.86	19	9.94	8
Sơ đồ hướng dẫn đi lại trong bệnh viện rõ ràng	173	90.57	12	6.28	6
Tổng số	1244	81.41	185	12.1	99

Bảng 4: Tổng hợp chung

Nội dung	Tổng số ý kiến	Số lượng hài lòng	% hài lòng	Số lượng không hài lòng	% Không hài lòng
Mức độ hài lòng của người bệnh về tinh thần thái độ phục vụ	1719	1524	88.65	145	8.43

Mức độ hài lòng của người bệnh về khám bệnh chữa bệnh, chăm sóc	2865	2339	81.64	350	12.21
Mức độ hài lòng của người bệnh về cơ sở vật chất của bệnh viện	1588	1244	81.41	185	12.1
Tổng số	6172	5107	82.74	680	11.01

So sánh sự hài lòng của 3 nhóm

- Thái độ: 89 % hài lòng, 8% không hài lòng
- Chuyên môn: 82% hài lòng, 12% không hài lòng
- Cơ sở vật chất: 81% hài lòng, 12% không hài lòng

Sự hài lòng chung về chất lượng phục vụ

- Hài lòng: 83%
- Không hài lòng: 11

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Kể cho đủ 6 đặc thù của lao động trong ngành y tế

A)

B) Khẩn trương từng giây phút để cứu tính mạng người bệnh.

C)

D) Lao động trong môi trường không thuận lợi, không phù hợp với tâm lý con người.

E) Là lao động nặng nhọc, căng thẳng

F) Chịu sức ép nặng nề của dư luận xã hội và người bệnh

Câu 2. Kể cho đủ 4 lợi ích của giao tiếp

A) Làm cho người bệnh tin tưởng

B)

C) Giúp người bệnh tuân thủ hướng dẫn của CBYT

D) Tăng cường mối quan hệ cán bộ y tế với người bệnh

Câu 3. Hãy xác định câu đúng, sai trong các câu khẳng định dưới đây

	Đúng	Sai
1. Khi đặt câu hỏi với người bệnh nên đặt các câu hỏi mở		
2. Phần lớn những phàn nàn hiện nay của người bệnh là do kỹ năng giao tiếp của CBYT.		
3. CBYT không có đủ thời gian để giao tiếp với người bệnh và người nhà người bệnh		
4. Khi chào hỏi người bệnh nên xưng hô Ông, bà, anh, chị, em, cháu		
5. Giao tiếp tốt với người bệnh sẽ hỗ trợ thầy thuốc trong việc chẩn đoán bệnh		

Câu 4. Kể cho đủ 8 kỹ năng cơ bản khi tiếp xúc với người bệnh

A) Sử dụng ngôn ngữ giao tiếp phù hợp và lịch sự

B)

C) Người thầy thuốc có kiến thức về y học, xã hội, tâm lý

D)

E) Kiểm tra lại mình trước khi tiếp xúc với người bệnh

F) Tạo ấn tượng đẹp cho người bệnh ngay từ đầu

- G) Bắt đầu giao tiếp chào hỏi người bệnh một cách tự nhiên
- H) Kết thúc giao tiếp hợp lý, không đột ngột khi người bệnh đang muốn nói

BÀI 20

TỔ CHỨC CÔNG TÁC CHĂM SÓC, DINH DƯỠNG, TIẾT CHẾ NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi học bài này học viên có khả năng:

1. Phát biểu được đầy đủ khái niệm về điều dưỡng và vai trò của người điều dưỡng.
2. Kể được một số xu hướng quốc tế về điều dưỡng.
3. Phát hiện được những đổi mới trong công tác điều dưỡng ở Việt Nam.
4. Trình bày được nhiệm vụ chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
5. Liệt kê được những điều kiện bảo đảm công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
6. Đề xuất được các giải pháp tăng cường tính chuyên nghiệp của điều dưỡng.

NỘI DUNG

Nhiều người cho rằng sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và mỗi gia đình. Đầu tư cho sức khỏe là đầu tư cho sự phát triển giống nòi, xã hội, đất nước và mang lại chất lượng cuộc sống cho mỗi cá nhân, gia đình. Nói đến chăm sóc sức khỏe, chúng ta không thể không nhắc tới người điều dưỡng và nghề điều dưỡng. Họ là lực lượng chính mang dịch vụ chăm sóc sức khỏe tới cộng đồng, tới vùng khó khăn, vùng dân tộc ít người, vùng xa xôi hẻo lánh. Có thể nói, người đầu tiên đón em bé chào đời là người hộ sinh. Người nâng giắc, chăm sóc, an ủi người bệnh lúc đau yếu, những giờ phút cuối đời tại bệnh viện chính là người điều dưỡng. Vì vậy, Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe do người điều dưỡng-hộ sinh cung cấp là trụ cột của hệ thống y tế.

Trong bài này, tác giả muốn trao đổi về khái niệm về điều dưỡng và nghề điều dưỡng, xu hướng quốc tế, những đổi mới trong công tác điều dưỡng, những nhiệm vụ chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, những điều kiện bảo đảm công tác chăm sóc và các giải pháp tăng cường tính chuyên nghiệp của người điều dưỡng.

I. ĐỊNH NGHĨA VÀ VAI TRÒ ĐIỀU DƯỠNG

1. Định nghĩa:

Hội đồng Điều dưỡng quốc tế (ICN) định nghĩa điều dưỡng là:

- Sự chủ động và hợp tác chăm sóc những cá nhân ở mọi lứa tuổi, mọi gia đình và cộng đồng, cả người ốm cũng như người khỏe, ở mọi lúc, mọi nơi.

- Sự tăng cường sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và chăm sóc người ốm, người tàn tật, người sắp tử vong.

- Sự biện hộ, thúc đẩy môi trường an toàn, nghiên cứu và tham gia xây dựng chính sách y tế, quản lý chăm sóc quản lý hệ thống y tế và giáo dục sức khỏe.

Định nghĩa trên đã nêu đầy đủ chức năng, vai trò và nhiệm vụ của người điều dưỡng. Hội đồng Điều dưỡng quốc tế còn định nghĩa: Người điều dưỡng là người được **đào tạo** và **được cấp phép** hành nghề điều dưỡng.

Nhìn ở khía cạnh điều dưỡng trong môi trường bệnh viện, ta có thể định nghĩa một cách tóm tắt: Điều dưỡng là sự hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ, những chăm sóc về tâm lý cho người bệnh, hỗ trợ điều trị và tránh nguy cơ có hại từ môi trường bệnh viện.

2. Vai trò của điều dưỡng

Trong suốt thời gian dài của Thế kỷ XX, đặc biệt từ những năm 50 đến 90, tên gọi y tá đã thấm sâu trong tâm trí người dân Việt Nam bởi trong suốt thời kỳ dài, trong những năm chống Pháp, rồi kháng chiến chống Mỹ, những người y tá đã tham gia tích cực trong chăm sóc sức khỏe người dân và chăm sóc sức khỏe thương binh, bệnh binh. Thời kỳ đó rất thiếu y, bác sĩ, một số y tá đã được bổ nhiệm vào những vị trí lãnh đạo quân y quan trọng. Bên cạnh đó, họ là những người giúp việc cho bác sĩ, thực hiện y lệnh của bác sĩ khi được bác sĩ chỉ định cho người bệnh. Trong những năm kháng chiến chống Mỹ cứu nước, đất nước bị chia cắt làm hai miền, lực lượng y tá ở Miền Nam được đào tạo theo hệ thống đào tạo của Mỹ với chương trình đào tạo điều dưỡng 2 hoặc 3 năm. Số anh chị em được đào tạo ở trình độ 3 năm mang chức danh “Cán sự điều dưỡng”. Sau năm 1975, thống nhất đất nước, thống nhất tên nghề y tá ở cả ba miền Bắc, Trung, Nam. Họ được giao lưu, học hỏi. Tiếp theo đó, một số chương trình, dự án hỗ trợ y tế, trong đó có điều dưỡng đã tiếp cận với hệ thống y tế Việt Nam. Một số chuyên gia điều dưỡng phương tây như Cu Ba, Thụy Điển, Nhật, Úc, Tổ chức Y tế Thế giới, Hội Điều dưỡng Thái Lan... Do vậy, Ngay từ ngày mới thành lập, Hội nghề nghiệp của những người điều dưỡng Việt Nam được mang tên Hội Y tá-điều dưỡng Việt nam (1990) và được chính thức lấy tên là Hội Điều dưỡng Việt Nam vào năm 1997. Tiếp theo đó, năm 2005, Bộ Nội Vụ ra Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ban hành Tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch công chức điều dưỡng chính thức mã ngạch công chức điều dưỡng và xóa bỏ mã ngạch y tá.

Hiện nay điều dưỡng được coi là một nghề riêng biệt và được hội tụ bởi: Hệ thống tổ chức quản lý ngành dọc từ trung ương đến cơ sở; có Hội nghề nghiệp ở mọi cấp; có hệ thống đào tạo từ bậc trung học đến đại học, trên đại học; có mã ngạch công chức được Nhà nước ban hành và áp dụng; có các chính sách, chế độ và quy định cho người làm công tác điều dưỡng.

Để phân biệt giữa y tá và điều dưỡng, Hội Điều dưỡng Việt Nam đưa ra bảng so sánh chức năng như sau:

Chức năng của Y tá

- Thực hiện Y lệnh của thầy thuốc trong chăm sóc, điều trị
- Phối hợp với các thành viên trong khác trong chăm sóc, điều trị người bệnh

Chức năng của Điều dưỡng

- Chủ động trong chăm sóc người bệnh
- Phụ thuộc trong thực hiện y lệnh
- Phối hợp với các thành viên khác trong chăm sóc, điều trị người bệnh

Điều dưỡng là một nghề riêng biệt và có vai trò sau đây:

2.1. Chăm sóc sức khỏe và chăm sóc người bệnh: Nói đến điều dưỡng là nói đến sự chăm sóc, là hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh nhằm duy trì hô hấp, tuần hoàn; giữ gìn thân nhiệt ở chỉ số sinh lý an toàn; ăn uống điều độ, dinh dưỡng hợp lý; bài tiết tự chủ; giữ gìn tư thế, vận động theo chức năng bình thường; giữ gìn vệ sinh cá nhân; đảm bảo giấc ngủ, nghỉ ngơi; thực hiện những chăm sóc về tâm lý cho người bệnh, hỗ trợ điều trị và tránh nguy cơ có hại từ môi trường xung quanh; giúp người bệnh có được những kiến thức y học thông thường và những kiến thức tự chăm sóc với điều kiện sức khỏe và bệnh tật của bản thân...

2.2. Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe: là chức năng chủ động của người điều dưỡng. Chức năng này phân biệt giữa chức danh nghề nghiệp y tá và điều dưỡng. Người y tá trước kia được biết đến là người thực hiện y lệnh của thầy thuốc. Nay Nhà nước đã ban hành Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ban hành ngạch công chức điều dưỡng, tên gọi y tá không còn nữa. Điều dưỡng được đào tạo ở trình độ cao hơn, toàn diện hơn. Họ có vai trò, chức năng, nhiệm vụ rộng hơn trong đó nhiệm vụ hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và cộng đồng.

2.3. Hỗ trợ bác sĩ trong điều trị: là chức năng không thể thiếu được. Người y tá trước kia và người điều dưỡng hiện nay luôn luôn làm việc trong một môi trường có sự tham gia của nhiều thành phần trong chăm sóc sức khỏe khách hàng. Bao gồm: bác sĩ, dược sĩ, nhân viên phục hồi chức năng, học sinh điều dưỡng, sinh viên y khoa, bệnh nhân, người nhà bệnh nhân. Điều dưỡng được đào tạo ở những trình độ khác nhau sẽ tham gia hỗ trợ bác sĩ trong điều trị khác nhau. Điều dưỡng càng được đào tạo ở trình độ cao thì mức độ hỗ trợ càng giảm và mức độ hoạt động độc lập càng tăng. Có nghĩa là có sự ủy quyền trong thực hành chăm sóc, chữa trị càng nhiều. Ví dụ: đứng trước một bệnh nhân khó thở, người điều dưỡng ở trình độ sơ học phải chờ bác sĩ chỉ định tư thế nằm ngòai, nồng độ oxy...những người điều dưỡng có trình độ đại học có thể chủ động cho người bệnh ở tư thế và nồng độ oxy phù hợp.

2.4. Đại diện cho người bệnh: Điều dưỡng là người luôn luôn ở bên cạnh người bệnh khi họ nằm viện, là người đầu tiên và cuối cùng khi họ tới cơ sở y tế do vậy họ là người biết được nhiều thông tin diễn biến bệnh tật và hiểu người bệnh nhất. Nếu làm tốt, người điều dưỡng được người bệnh tin tưởng đề trao đổi những thông tin thầm kín nhất. Nhiều trường hợp, người bệnh

không nói được, không tự bảo vệ được thì người điều dưỡng sẽ đại diện cho bệnh nhân để nói lên những diễn biến sức khỏe của họ, thậm chí một số bệnh nhân tâm thần có hành vi không sáng suốt sẽ được người điều dưỡng chứng thực và bảo hộ khi cần thiết.

2.5. Điều phối và quản lý nhóm chăm sóc: Trong nhóm chăm sóc sức khỏe hoặc điều trị người bệnh bao gồm đa thành phần, đa ngành thì người điều dưỡng làm điều phối là phù hợp hơn cả. Bởi họ thường xuyên bên cạnh người bệnh, họ có đủ các thông tin về người bệnh và họ là người liên hệ giữa người bệnh với các thành viên trong nhóm chăm sóc. Người điều dưỡng không những làm điều phối nhóm chăm sóc mà còn thực hiện chức năng quản lý khoa, phòng và thậm chí bệnh viện. Một số bệnh viện như: Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh, Đa khoa tỉnh Hải dương, Điều dưỡng phục hồi chức năng tỉnh Quảng Trị. Cao hơn thế nữa, ThS. Phạm Đức Mục được bổ nhiệm làm Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh từ năm 2008. Những cán bộ điều dưỡng làm công tác điều phối, quản lý đã góp phần quản lý đơn vị khám chữa bệnh hiệu quả.

2.6. Nghiên cứu: Là một chức năng ít gặp ở y tá. Trước kia y tá chỉ được biết đến trong việc đưa ra những sáng kiến cải tiến trong thực hành nghề nghiệp. Ngày nay, điều dưỡng được biết đến không những ở lĩnh vực chăm sóc mà còn ở lĩnh vực nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu thuộc lĩnh vực điều dưỡng được biết đến bởi tính thực tế, phù hợp và ứng dụng. Từ những kết quả nghiên cứu, điều dưỡng đã biết ứng dụng để cải thiện thực hành nghề nghiệp. Ví dụ đề tài: ứng dụng mô hình chăm sóc người bệnh theo đội của bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí đã và đang là chứng cứ và kinh nghiệm để các bệnh viện áp dụng thực hiện; Sử dụng biểu mẫu theo dõi, chăm sóc cho người bệnh tại khoa Hồi sức cấp cứu và khoa hồi tỉnh của một số bệnh viện như Chợ Rẫy, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, Đa khoa Trung ương Cần thơ ... là bằng chứng để cải tiến phương pháp ghi chép của điều dưỡng trong bệnh; Thực hiện Tiêm an toàn ở 13 bệnh viện trong toàn quốc của Hội Điều dưỡng Việt Nam đã cập nhật kiến thức thực hành và làm thay đổi hành vi, thái độ trong thực hành mũi tiêm hướng tới an toàn.

2.7. Giảng dạy: ở các thập niên của thế kỷ XX, người điều dưỡng Việt Nam chỉ là người trợ giảng cho bác sĩ. Các bác sĩ không hành nghề điều dưỡng nhưng giảng dạy cho điều dưỡng. Hiện nay, Bộ Giáo dục đào tạo và Bộ Y tế có quy định, các trường muốn mở mã ngành đào tạo điều dưỡng thì phải có đủ giáo viên là điều dưỡng và môn học điều dưỡng phải do điều dưỡng dạy. Do vậy, hiện nay, số lượng giáo viên và giảng viên điều dưỡng tăng lên đáng kể họ là những điều dưỡng có trình độ đại học, thạc sĩ và một số có trình độ tiến sĩ. Một số điều dưỡng đang giữ vai trò quản lý, lãnh đạo trường như: ThS. Nguyễn Xuân Bình, Phó Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, ThS. Phan Thị Thanh Nga, Phó hiệu trưởng trường Trung học Y tế Sóc Trăng, ThS. Trần Thị Thuận, Trưởng khoa điều dưỡng trường Đại học Hồng Bàng, cử nhân Nguyễn Thị Phúc, Phó hiệu trưởng trường trung học Y tế tỉnh Bình Thuận...

II. XU HƯỚNG QUỐC TẾ VỀ ĐIỀU DƯỠNG:

Trong ba thập kỷ trở lại đây, thế giới có nhiều biến động trên các lĩnh vực môi trường, kinh tế, chính trị và xã hội. Những biến động trên đòi hỏi sự thay đổi của tất cả các quốc gia, các ngành nghề, trong đó có ngành y tế. Để đáp ứng với sự thay đổi không ngừng, ngành y tế của các nước đã thực hiện nhiều cải cách, điều này đã tác động đến điều dưỡng. Điều dưỡng là lực lượng lao động đã và đang đi đầu trong cải cách y tế vì họ là người trực tiếp thực hiện những chính sách y tế, là người sử dụng và quản lý nguồn lực y tế và chính họ là người hàng ngày tiếp xúc với người bệnh để cung cấp những dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những xu hướng quốc tế về điều dưỡng được thực hiện qua những nội dung sau đây:

1. Toàn cầu hóa và hội nhập: Vấn đề toàn cầu hóa đã đưa con người, ngành nghề ở các nước, các khu vực xích lại gần nhau và tiến tới dần tới hội nhập. Toàn cầu hóa dẫn dắt những con người cùng ngành nghề, những người có ý tưởng tương tự, ý tưởng gần giống nhau tập hợp lại thành nhóm, thành hội nghề nghiệp. Cũng như các nghề khác, điều dưỡng cũng bị ảnh hưởng bởi toàn cầu hóa và đôi khi trở thành thách thức cho những nước nghèo, những nước đang phát triển. Từ năm 2006, Chính phủ 10 nước ASEAN đã ký cam kết thừa nhận lẫn nhau ở một số lĩnh vực ngành nghề, trong đó có nghề điều dưỡng. Để được thừa nhận, các nước phải thừa nhận chất lượng dịch vụ và chương trình đào tạo của nước bạn. Tuy nhiên, để được các nước bạn thừa nhận, mỗi nước sở tại cần phải phấn đấu để đạt chuẩn chung của ASEAN.

2. Quản lý hành nghề: Luật pháp của hầu hết các nước đã quy định người hành nghề muốn hành nghề thì phải có giấy phép hành nghề. Để cấp giấy phép hành nghề, luật của các nước quy định trách nhiệm và quyền hạn của tổ chức cấp phép hành nghề. Theo quy định, Hội đồng cấp phép hành nghề do những người có năng lực về chuyên môn của nghề sẽ được cấp phép. Ví dụ thành viên của Hội đồng cấp phép hành nghề điều dưỡng phải do những người điều dưỡng chủ trì và chịu trách nhiệm. Nước Úc có Hội đồng cấp phép hành nghề cho bác sĩ, Hội đồng cấp phép hành nghề cho điều dưỡng-hộ sinh, Hội đồng cấp phép hành nghề cho nha khoa. Thái lan và nhiều nước cũng có những Hội đồng cấp phép tương tự Úc. Song, gần đây, nhiều nước đang có xu hướng kết hợp các Hội đồng trên thành Hội đồng Y khoa.

Luật Khám bệnh, chữa bệnh mới được Quốc Hội thông qua và ban hành năm 2009 cũng đã quy định người hành nghề Khám bệnh, chữa bệnh phải được cấp phép hành nghề. Bộ Y tế là đơn vị cấp phép hành nghề cho các cá nhân công tác đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. Các Sở Y tế sẽ cấp phép hành nghề cho những cá nhân trực thuộc Sở Y tế.

3. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ra tăng: Do cơ cấu dân số biến động và có xu hướng già hóa dẫn tới nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và nhu cầu chữa trị, chăm sóc bệnh mãn tính, bệnh không lây nhiễm tăng tại bệnh viện và cả cộng đồng và gia đình. Việt Nam cũng như nhiều nước khác đã và đang hình thành, phát triển mô hình chăm sóc người cao tuổi.

4. Điều dưỡng trở thành đa ngành và có nhiều chuyên khoa: việc đào tạo điều dưỡng đa khoa như trước kia mới chỉ đáp ứng được chăm sóc cơ bản và thực hiện chức năng phụ thuộc là chính. Sự phát triển nhanh chóng của khoa học y học, nhiều kỹ thuật y khoa phát triển chuyên sâu đã và đang đòi hỏi người điều dưỡng phải tinh thông, chuyên nghiệp và cá biệt hóa tới từng căn bệnh. Chuyên ngành điều dưỡng đang được phát triển chuyên sâu như: điều dưỡng ICU, điều dưỡng phòng mổ, điều dưỡng sức khỏe tâm thần, điều dưỡng nhi khoa, điều dưỡng cộng đồng... Gần đây Bộ Y tế có chủ trương đào tạo điều dưỡng chuyên khoa I. Từ năm 2006, Trường đại học Y khoa Hà nội phối hợp với một trường đại học của Thụy Điển đào tạo thạc Điều dưỡng chuyên khoa Nhi. Năm 2007, Đại học Y dược Thành phố Hồ chí Minh đã mở mã ngành và đào tạo được 3 khóa thạc sĩ quản lý điều dưỡng. Năm 2010, Trường Đại học Y khoa Huế đã được phép mở mã ngành và tuyển sinh Điều dưỡng chuyên khoa I.

5. Vai trò người điều dưỡng đang thay đổi: Trong chăm sóc người bệnh hiện nay có 3 lĩnh vực chăm sóc, đó là: chăm sóc bằng thuốc (pharmaceutical care), chăm sóc y tế (medical care) và chăm sóc điều dưỡng (nursing care). Điều dưỡng là nhân viên y tế liên quan đến cả 3 lĩnh vực chăm sóc. Họ hỗ trợ, phối hợp với các bác sĩ để thực hiện các kỹ thuật chẩn đoán, điều trị như phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch để làm xét nghiệm, phụ giúp bác sĩ phẫu thuật, hút đờm dãi, thay băng... họ cho người bệnh dùng thuốc theo y lệnh của bác sĩ và theo dõi đáp ứng của người bệnh với tác dụng của thuốc; họ tiếp cận với người bệnh để nhận định nhu cầu chăm sóc, xác định chẩn đoán chăm sóc, thiết lập mục tiêu và lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện các can thiệp điều dưỡng và lượng giá những hành động chăm sóc so với mục tiêu chăm sóc.

6. Thiếu nhân lực điều dưỡng là vấn đề của nhiều nước: Điều dưỡng là một nghề đòi hỏi phải được đào tạo công phu, lâu dài và làm việc lại vất vả, chịu nhiều áp lực và trách nhiệm cao với tính mạng con người. Do vậy, việc thiếu nhân lực đang diễn ra ở hầu hết các nước. Theo báo cáo thống kê ngày 4/12/2009 của Cục Thống kê lao động (BLS) Hoa kỳ cho thấy, tháng 11/2009 Hoa kỳ đã tuyển dụng được 21.000 điều dưỡng chuyên nghiệp (RN) sau khi 85.000 điều dưỡng nghỉ việc trong vòng một tháng. BLS cũng dự tính Hoa Kỳ sẽ phải tuyển dụng hơn 581.500 điều dưỡng chuyên nghiệp (RN) vào năm 2018.

Nhân lực điều dưỡng tại các nước đang có xu hướng cao đẳng và đại học hóa. Tức là các trường tập trung đào tạo điều dưỡng ở trình độ 3 năm trở lên và lấy lực lượng điều dưỡng này cơ bản để cấp phép hành nghề (RN). Thái Lan tập trung đào tạo điều dưỡng mới 4 năm và tổ chức đào tạo liên thông từ điều dưỡng tốt nghiệp ở trình độ dưới 4 năm để lấy bằng cử nhân điều dưỡng. Việt Nam trong 5 năm trở lại đây đã nâng cấp các trường trung học y tế lên cao đẳng, một số trường cao đẳng lên đại học. Tính đến tháng 8/2010, cả nước đã có 33 trường cao đẳng Y tế, 14 trường đại học y dược đào tạo điều dưỡng. Các tỉnh còn lại có trường trung học y tế đào tạo điều dưỡng.

7. Di cư điều dưỡng đã và đang là vấn đề quan tâm của các nước trên toàn cầu. Hiện tượng di cư điều dưỡng xuất hiện từ những nước nghèo, nước đang phát triển sang nước phát triển. Di cư từ vùng sâu, vùng xa, nông thôn ra thành thị, và từ y tế công lập và y tế tư nhân. Nơi nào có điều kiện hành nghề tốt hơn, thu nhập cao hơn sẽ thu hút điều dưỡng tới làm việc.

III. NHỮNG ĐỔI MỚI TRONG CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG Ở VIỆT NAM

1. Hệ thống quản lý điều dưỡng được hoàn thành và phát triển: trước năm những năm 1980 các bệnh viện bổ nhiệm vị trí Y tá trưởng bệnh viện. Năm 1984, Bệnh viện Nhi Trung ương thành lập thí điểm Phòng Y tá với sự cố vấn của chuyên gia điều dưỡng Thụy Điển. Tiếp theo là các mốc lịch sử như sau:

- Quyết định 570/QĐ-BYT năm 1990 đã quy định các bệnh viện có từ 150 giường bệnh trở lên phải thành lập phòng Điều dưỡng.

- Quyết định 1895/1997/QĐ-BYT năm 1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành các quy chế bệnh viện trong đó có quy định các bệnh viện phải thành lập Phòng Điều dưỡng.

- Quyết định 1936/1999/QĐ-BYT năm 1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế yêu cầu các Sở Y tế phải bổ nhiệm điều dưỡng trưởng Sở Y tế.

- Chỉ thị 05/2003/CT-BYT năm 2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế yêu cầu các cơ sở y tế phải củng cố hệ thống điều dưỡng trưởng từ Bộ Y tế, Sở Y tế đến các bệnh viện.

Theo kết quả khảo sát của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, tính đến tháng 8/2010, đã có 36,5% (23/63) Sở Y tế bổ nhiệm điều dưỡng giữ chức vụ Phó trưởng phòng Nghiệp vụ Y phụ trách công tác điều dưỡng, 25,4 % (16 SYT) bổ nhiệm Điều dưỡng trưởng SYT, 25,4% phân công chuyên viên chuyên trách công tác điều dưỡng của SYT. 100% bệnh viện trung ương, 72% bệnh viện tỉnh và 64,6% bệnh viện huyện đã thành lập Phòng Điều dưỡng.

- Thông tư 07/2011/TT-BYT năm 2011 về Hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

2. Hội nghề nghiệp được hình thành và phát triển. Hội Điều dưỡng Việt Nam được thành lập ngày 26/10/1990 đã và đang đóng góp phát triển nghề Điều dưỡng ở Việt Nam. Hiện nay Hội có trên 60 ngàn hội viên, với trên 59 Hội tỉnh/thành phố và trên 600 chi hội bệnh viện, chi hội trường. Hội có một văn phòng trung ương, 1 trung tâm tư vấn và đào tạo, một Chi hội giáo viên điều dưỡng.

3. Phối kết hợp giữa Hội nghề nghiệp và hệ thống quản lý điều dưỡng hiệu quả.

4. Hệ thống đào tạo điều dưỡng phát triển nhanh chóng ở các cấp: trung học, cao đẳng, đại học và trên đại học

5. Trình độ điều dưỡng-hộ sinh đang được cải thiện

6. Các chính sách điều dưỡng đã và đang được bổ sung và cập nhật

IV. NHỮNG NHIỆM VỤ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRONG BỆNH VIỆN

1. Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe

1.1. Bệnh viện có quy định và tổ chức các hình thức tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe phù hợp.

1.2. Người bệnh nằm viện được điều dưỡng viên, hộ sinh viên tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn tự chăm sóc, theo dõi, phòng bệnh trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện.

2. Chăm sóc về tinh thần

2.1. Người bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chăm sóc, giao tiếp với thái độ ân cần và thông cảm.

2.2. Người bệnh, người nhà người bệnh được động viên yên tâm điều trị và phối hợp với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc.

2.3. Người bệnh, người nhà người bệnh được giải đáp kịp thời những băn khoăn, thắc mắc trong quá trình điều trị và chăm sóc.

2.4. Bảo đảm an ninh, an toàn và yên tĩnh, tránh ảnh hưởng đến tâm lý và tinh thần của người bệnh.

3. Chăm sóc vệ sinh cá nhân

3.1. Chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh hằng ngày gồm vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể, hỗ trợ đại tiện, tiểu tiện và thay đổi đồ vải.

3.2. Trách nhiệm chăm sóc vệ sinh cá nhân:

a) Người bệnh cần chăm sóc cấp I do điều dưỡng viên, hộ sinh viên và hộ lý thực hiện;

b) Người bệnh cần chăm sóc cấp II và cấp III tự thực hiện dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và được hỗ trợ chăm sóc khi cần thiết.

4. Chăm sóc dinh dưỡng

4.1. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh.

4.2. Hằng ngày, người bệnh được bác sĩ điều trị chỉ định chế độ nuôi dưỡng bằng chế độ ăn phù hợp với bệnh lý.

4.3. Người bệnh có chế độ ăn bệnh lý được cung cấp suất ăn bệnh lý tại khoa điều trị và được theo dõi ghi kết quả thực hiện chế độ ăn bệnh lý vào Phiếu chăm sóc.

4.4. Người bệnh được hỗ trợ ăn uống khi cần thiết. Đối với người bệnh có chỉ định ăn qua ống thông phải do điều dưỡng viên, hộ sinh viên trực tiếp thực hiện.

(Tham khảo thêm Thông tư 08/2011/TT-BYT để thực hiện)

5. Chăm sóc phục hồi chức năng

5.1. Người bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh viên hướng dẫn, hỗ trợ luyện tập và phục hồi chức năng sớm để đề phòng các biến chứng và phục hồi các chức năng của cơ thể.

5.2. Phối hợp khoa lâm sàng và khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng để đánh giá, tư vấn, hướng dẫn và thực hiện luyện tập, phục hồi chức năng cho người bệnh.

6. Chăm sóc người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thủ thuật

6.1. Người bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh viên hướng dẫn và hỗ trợ thực hiện chuẩn bị trước phẫu thuật, thủ thuật theo yêu cầu của chuyên khoa và của bác sĩ điều trị.

6.2. Trước khi đưa người bệnh đi phẫu thuật, thủ thuật, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải:

- a) Hoàn thiện thủ tục hành chính;
- b) Kiểm tra lại công tác chuẩn bị người bệnh đã được thực hiện theo yêu cầu của phẫu thuật, thủ thuật;
- c) Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, tình trạng người bệnh và báo cáo lại cho bác sĩ điều trị nếu người bệnh có diễn biến bất thường.

6.3. Điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên hoặc hộ lý chuyển người bệnh đến nơi làm phẫu thuật, thủ thuật và bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án cho người được phân công chịu trách nhiệm tiếp nhận của đơn vị thực hiện phẫu thuật hoặc thủ thuật.

7. Dùng thuốc và theo dõi dùng thuốc cho người bệnh

Khi dùng thuốc cho người bệnh, điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải:

7.1. Dùng thuốc đúng theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

7.2. Chuẩn bị đủ và phù hợp các phương tiện cho người bệnh dùng thuốc; khi dùng thuốc qua đường tiêm phải chuẩn bị sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu và phác đồ chống sốc, chuẩn bị đúng và đủ dung môi theo quy định của nhà sản xuất.

7.3. Kiểm tra thuốc (tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, liều dùng một lần, số lần dùng thuốc trong 24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc và đường dùng thuốc so với y lệnh). Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng của thuốc bằng cảm quan: màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của viên thuốc, ống hoặc lọ thuốc.

7.4. Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh tuân thủ điều trị.

7.5. Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng đường dùng, đúng thời gian dùng thuốc.

7.6. Bảo đảm người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh trước sự chứng kiến của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

7.7. Theo dõi, phát hiện các tác dụng không mong muốn của thuốc, tai biến sau dùng thuốc và báo cáo kịp thời cho bác sĩ điều trị.

7.8. Ghi hoặc đánh dấu thuốc đã dùng cho người bệnh và thực hiện các hình thức công khai thuốc phù hợp theo quy định của bệnh viện.

7.9. Phối hợp giữa các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh viên trong dùng thuốc nhằm tăng hiệu quả điều trị bằng thuốc và hạn chế sai sót trong chỉ định và sử dụng thuốc cho người bệnh.

8. Chăm sóc người bệnh giai đoạn hấp hối và người bệnh tử vong

8.1. Người bệnh ở giai đoạn hấp hối được bố trí buồng bệnh thích hợp, thuận tiện cho việc chăm sóc, điều trị tránh ảnh hưởng đến người bệnh khác.

8.2. Thông báo và giải thích với người nhà người bệnh về tình trạng bệnh của người bệnh và tạo điều kiện để người nhà người bệnh ở bên cạnh người bệnh.

8.3. Động viên, an ủi người bệnh và người nhà người bệnh.

8.4. Khi người bệnh tử vong, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên phối hợp với hộ lý thực hiện vệ sinh tử thi và thực hiện các thủ tục cần thiết như quản lý tư trang của người bệnh tử vong, bàn giao tử thi cho nhân viên nhà đại thể.

9. Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng

9.1. Bệnh viện có các quy định, quy trình kỹ thuật điều dưỡng phù hợp, cập nhật trên cơ sở các quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế.

9.2. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên phải tuân thủ quy trình kỹ thuật chuyên môn, kỹ thuật vô khuẩn.

9.3. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện các biện pháp phòng ngừa, theo dõi phát hiện và báo cáo kịp thời các tai biến cho bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời.

9.4. Dụng cụ y tế dùng trong các kỹ thuật, thủ thuật xâm lấn phải bảo đảm vô khuẩn và được xử lý theo Điều 2 và Điều 3 của Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ Y tế về Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác

kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác về kiểm soát nhiễm khuẩn.

10. Theo dõi, đánh giá người bệnh

10.1. Người bệnh đến khám bệnh được điều dưỡng viên, hộ sinh viên khoa Khám bệnh đánh giá ban đầu để sắp xếp khám bệnh theo mức độ ưu tiên và theo thứ tự.

10.2. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên phối hợp với bác sĩ điều trị để đánh giá, phân cấp chăm sóc và thực hiện chăm sóc, theo dõi phù hợp cho từng người bệnh.

10.3. Người bệnh cần chăm sóc cấp I được bác sĩ điều trị, điều dưỡng viên, hộ sinh viên nhận định nhu cầu chăm sóc để thực hiện những can thiệp chăm sóc phù hợp.

10.4. Bệnh viện có quy định cụ thể về theo dõi, ghi kết quả theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các can thiệp điều dưỡng phù hợp với tính chất chuyên môn và yêu cầu của từng chuyên khoa.

10.5. Người bệnh được đánh giá và theo dõi diễn biến bệnh, nếu phát hiện người bệnh có dấu hiệu bất thường, điều dưỡng viên, hộ sinh viên và kỹ thuật viên phải có ngay hành động xử trí phù hợp trong phạm vi hoạt động chuyên môn và báo cáo cho bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời.

11. Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc người bệnh

11.1. Bệnh viện xây dựng và thực hiện những quy định cụ thể về an toàn cho người bệnh phù hợp với mô hình bệnh tật của từng chuyên khoa.

11.2. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên thực hiện các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện, bảo đảm an toàn, tránh nhầm lẫn cho người bệnh trong việc dùng thuốc, phẫu thuật và thủ thuật.

11.3. Bệnh viện thiết lập hệ thống thu thập và báo cáo các sự cố, nhầm lẫn, sai sót chuyên môn kỹ thuật tại các khoa và toàn bệnh viện. Định kỳ phân tích, báo cáo các sự cố, sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc và có biện pháp phòng ngừa hiệu quả.

12. Ghi chép hồ sơ bệnh án

12.1. Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án gồm: phiếu theo dõi chức năng sống, phiếu điều dưỡng và một số biểu mẫu khác theo Quyết định số 4069/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 về việc ban hành mẫu hồ sơ bệnh án của Bộ Y tế và theo tính chất chuyên khoa do bệnh viện quy định.

12.2. Tài liệu chăm sóc người bệnh trong hồ sơ bệnh án phải bảo đảm các yêu cầu sau:

a) Ghi các thông tin về người bệnh chính xác và khách quan.

b) Thống nhất thông tin về công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên, hộ sinh viên và của bác sĩ điều trị. Những khác biệt trong nhận định, theo dõi và đánh giá tình trạng người bệnh phải được kịp thời trao đổi và thống nhất giữa những người trực tiếp chăm sóc, điều trị người bệnh;

c) Ghi đầy đủ, kịp thời diễn biến bệnh và các can thiệp điều dưỡng.

12.3. Hồ sơ bệnh án phải được lưu trữ theo quy định tại Khoản 3 Điều 59 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

V. NHỮNG ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CÔNG TÁC CHĂM SÓC

1. Hệ thống tổ chức chăm sóc người bệnh

1.1. Tổ chức quản lý điều dưỡng cấp bệnh viện

a) Bệnh viện công lập từ hạng III trở lên thành lập Hội đồng Điều dưỡng và phòng Điều dưỡng.

b) Các bệnh viện khác thành lập Hội đồng Điều dưỡng, phòng Điều dưỡng hay tổ Điều dưỡng tùy theo điều kiện của từng bệnh viện.

c) Tổ chức, nhiệm vụ và hoạt động của Hội đồng Điều dưỡng được quy định tại Phụ lục I ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Phòng Điều dưỡng có Trưởng phòng, các Phó trưởng phòng phụ trách khối. Tổ chức và nhiệm vụ phòng Điều dưỡng được quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Thông tư này.

đ) Nhiệm vụ, quyền hạn của Trưởng phòng Điều dưỡng được quy định tại Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

1.2. Tổ chức quản lý điều dưỡng cấp khoa

a) Mỗi khoa có Điều dưỡng trưởng khoa, Hộ sinh trưởng khoa hoặc Kỹ thuật viên trưởng khoa. Điều dưỡng trưởng khoa, Hộ sinh trưởng khoa và Kỹ thuật viên trưởng khoa do Giám đốc bệnh viện quyết định bổ nhiệm.

b) Nhiệm vụ, quyền hạn của Điều dưỡng trưởng khoa, Hộ sinh trưởng khoa được quy định tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

c) Nhiệm vụ, quyền hạn của Kỹ thuật viên trưởng khoa được quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Phạm vi thực hành của Điều dưỡng viên theo Tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng tại Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV ngày 22/4/2005 của Bộ trưởng Bộ Nội vụ và các quy định có liên quan của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Nhân lực chăm sóc người bệnh

2.1. Bệnh viện phải bảo đảm đủ nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên theo quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Nội vụ về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế Nhà nước để bảo đảm chăm sóc người bệnh liên tục.

2.2. Bệnh viện xây dựng cơ cấu trình độ của điều dưỡng viên, hộ sinh viên phù hợp với tính chất chuyên môn và phân hạng bệnh viện. Bảo đảm tỷ lệ điều dưỡng viên, hộ sinh viên có trình độ cao đẳng và đại học đáp ứng yêu cầu Thỏa thuận công nhận dịch vụ chăm sóc đã được Chính phủ ký kết với các nước ASEAN ngày 8/12/2006.

2.3. Bệnh viện bố trí nhân lực điều dưỡng viên, hộ sinh viên hằng ngày hợp lý tại các khoa và trong mỗi ca làm việc.

2.4. Phòng Điều dưỡng phối hợp với phòng Tổ chức cán bộ đề xuất Giám đốc bệnh viện điều động bổ sung điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, hộ lý và y công kịp thời cho khoa khi có yêu cầu để bảo đảm chất lượng chăm sóc và phục vụ người bệnh.

3. Tổ chức làm việc

3.1. Bệnh viện căn cứ vào đặc điểm chuyên môn của từng khoa để áp dụng một trong các mô hình phân công chăm sóc sau đây:

a) Mô hình phân công điều dưỡng chăm sóc chính: Một điều dưỡng viên hoặc một hộ sinh viên chịu trách nhiệm chính trong việc nhận định, lập kế hoạch chăm sóc, tổ chức thực hiện có sự trợ giúp của các điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên khác và theo dõi đánh giá cho một số người bệnh trong quá trình nằm viện.

b) Mô hình chăm sóc theo nhóm: Nhóm có từ 2-3 điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

c) Mô hình chăm sóc theo đội: Đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho một số người bệnh ở một đơn nguyên hay một số buồng bệnh.

d) Mô hình phân chăm sóc theo công việc: Mô hình này được áp dụng trong các trường hợp cấp cứu thảm họa hoặc ở chuyên khoa sâu đòi hỏi điều dưỡng chuyên khoa thực hiện kỹ thuật chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.

3.2. Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên làm việc theo ca tại các khoa, đặc biệt là ở các khoa Cấp cứu, khoa Hồi sức tích cực, khoa Phẫu thuật, khoa Sản và khoa Sơ sinh. Mỗi ca làm việc áp dụng mô hình phân công chăm sóc phù hợp với đặc điểm chuyên môn của từng khoa.

4. Trang thiết bị phục vụ chăm sóc người bệnh

Bệnh viện trang bị đủ các thiết bị và phương tiện dưới đây để bảo đảm yêu cầu chăm sóc người bệnh:

4.1. Thiết bị, phương tiện, dụng cụ chuyên dụng, vật tư tiêu hao y tế và phương tiện bảo hộ phục vụ công tác chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

4.2. Phương tiện phục vụ sinh hoạt của người bệnh.

4.3. Mỗi khoa lâm sàng có ít nhất một buồng thủ thuật, một buồng cách ly

và một buồng xử lý dụng cụ được thiết kế đúng quy cách và có đủ trang thiết bị đáp ứng yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn theo quy định của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm và Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009 của Bộ Y tế về hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.4. Phòng nhân viên, phòng trực, phòng vệ sinh và các điều kiện làm việc, phục vụ sinh hoạt khác cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

5. Nguồn tài chính cho công tác chăm sóc

Hàng năm bệnh viện phân bổ kinh phí thường xuyên cho các hoạt động sau:

5.1. Mua sắm thiết bị, dụng cụ cho công tác chăm sóc và phục vụ người bệnh.

5.2. Thực hiện, duy trì và cải tiến chất lượng chăm sóc người bệnh.

5.3. Đào tạo liên tục để nâng cao kỹ năng thực hành cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên và kỹ thuật viên.

5.4. Khen thưởng các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác chăm sóc người bệnh.

6. Đào tạo, cập nhật kiến thức y khoa liên tục

6.1. Bệnh viện xây dựng chương trình đào tạo và tổ chức đào tạo định hướng cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên mới được tuyển dụng.

6.2. Điều dưỡng viên, hộ sinh viên được đào tạo cập nhật kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ liên tục, bảo đảm thời gian học tập tối thiểu 24 giờ theo quy định tại Thông tư 07/2008/TT-BYT ngày 28/05/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế.

6.3. Bệnh viện tổ chức đào tạo và hướng dẫn thực hành và xác nhận quá trình thực hành cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên đã thực hành tại cơ sở của mình theo quy định tại Điều 24 Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

6.4. Bệnh viện tổ chức cho điều dưỡng viên, hộ sinh viên, kỹ thuật viên tham gia nghiên cứu khoa học và áp dụng các kết quả nghiên cứu, sáng kiến cải tiến kỹ thuật trong chăm sóc.

6.5. Bệnh viện tổ chức kiểm tra đánh giá kiến thức và tay nghề của điều dưỡng viên, hộ sinh viên ít nhất 2 năm một lần.

7. Công tác hộ lý trợ giúp chăm sóc

7.1. Căn cứ vào thực tế, bệnh viện bố trí hộ lý trợ giúp chăm sóc để thực hiện các chăm sóc thông thường cho người bệnh.

7.2. Hộ lý trợ giúp chăm sóc phải:

a) Có chứng chỉ đào tạo theo Chương trình đào tạo hộ lý được Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành;

b) Tuyệt đối không được làm các thủ thuật chuyên môn của điều dưỡng viên, hộ sinh viên.

8. Công tác dinh dưỡng-tiết chế

8.1. Bệnh viện công lập từ hạng III trở lên thành lập khoa Dinh dưỡng, tiết chế; bệnh viện hạng đặc biệt thành lập khoa Dinh dưỡng, tiết chế hoặc Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng; các bệnh viện khác thành lập khoa hoặc tổ Dinh dưỡng, tiết chế tùy theo điều kiện của từng bệnh viện.

8.2. Khoa hoặc tổ Dinh dưỡng, tiết chế thuộc khối các khoa lâm sàng do Giám đốc hoặc Phó giám đốc chuyên môn phụ trách và là đầu mối giúp Giám đốc bệnh viện tổ chức thực hiện Thông tư 08/2011/TT-BYT về việc hướng dẫn công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện.

8.3. Nội dung chuyên môn về chăm sóc dinh dưỡng bao gồm:

- a. Khám và tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh
- b. Theo dõi, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nội trú trong quá trình điều trị.
- c. Điều trị bằng chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh nội trú.
- d. Tổ chức phục vụ dinh dưỡng, tiết chế.
- e. Tổ chức thực hiện và kiểm tra việc thực hiện các quy định về an toàn vệ sinh thực phẩm trong bệnh viện.
- f. Giáo dục truyền thông về dinh dưỡng, tiết chế
- g. Đào tạo, chỉ đạo tuyên và nghiên cứu khoa học về dinh dưỡng, tiết chế.

VI. CÁC GIẢI PHÁP TĂNG CƯỜNG TÍNH CHUYÊN NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG

1. Tiếp tục hoàn thiện chính sách cho điều dưỡng
2. Chuẩn hóa trình độ giáo viên: tăng cường tính chuyên nghiệp trong giảng dạy điều dưỡng, giảng dạy chuyên ngành điều dưỡng phải là điều dưỡng.
3. Chuẩn hóa trình độ điều dưỡng – hộ sinh trưởng: điều dưỡng trưởng phải có trình độ chuyên môn từ cao đẳng trở lên và qua đào tạo quản lý điều dưỡng. Trưởng phòng điều dưỡng phải có trình độ đại học hoặc trên đại học điều dưỡng hoặc hộ sinh.
4. Xây dựng mô hình chăm sóc hiệu quả
5. Làm rõ vai trò chủ động của người điều dưỡng
6. Đẩy mạnh nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <http://www.aacn.nche.edu/media/factsheets/nursingshortage.htm>
2. Quản lý điều dưỡng, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học 2004
3. Website của ICN
4. Thông tư 07/2011/TT-BYT về Hướng dẫn điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện.
5. Thông tư 08/2011/TT-BYT về Hướng dẫn công tác dinh dưỡng - tiết chế trong bệnh viện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điều dưỡng là:

Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất bằng cách đánh khoanh tròn đầu câu:

- A) Sự hỗ trợ, đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mỗi người bệnh.
- B) Là duy trì hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt, ăn uống, bài tiết, tư thế, vận động, vệ sinh cá nhân, ngủ, nghỉ.
- C) Là chăm sóc về tâm lý cho người bệnh.
- D) Là hỗ trợ điều trị và tránh nguy cơ có hại từ môi trường xung quanh
- E) Là A, B, C, D

Câu 2. Vai trò của điều dưỡng

Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất bằng cách đánh khoanh tròn đầu câu:

- A) Chăm sóc, tư vấn và giáo dục sức khỏe cho người bệnh
- B) Hỗ trợ bác sĩ trong chẩn đoán và điều trị
- C) Điều phối nhóm chăm sóc và quản lý
- D) Nghiên cứu và Giảng dạy
- E) Cả A, B, C, D

Câu 3. Xu hướng điều dưỡng quốc tế

Điền vào chỗ trống câu trả lời sau đây:

- A) Hội nhập, thừa nhận văn bằng
- B) Có hệ thống quản lý và cấp phép hành nghề
- C) Thiếu nhân lực và xuất hiện làn sóng.....nghề nghiệp
- D) Điều dưỡng trở thành một ngành đa khoa bao gồm nhiều chuyên khoa
- E) Vai trò của điều dưỡng thay đổi và nhu cầu chăm sóc người cao tuổi tăng

Câu 4. Những đổi mới của điều dưỡng Việt Nam trong 20 năm qua:

Điền vào chỗ trống câu trả lời dưới đây:

- A) Hội nghề nghiệp được hình thành và phát triển

B) Phối kết hợp giữa Hội nghề nghiệp và hệ thống quản lý điều dưỡng hiệu quả.

C) Hệ thống đào tạo điều dưỡng phát triển nhanh chóng ở các cấp độ:

.....

D) Trình độ điều dưỡng-hộ sinh đang được cải thiện

E) Các chính sách điều dưỡng được bổ sung và cập nhật

Câu 5. Nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện:

Bổ sung thêm nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tại người bệnh vào mục E :

A) Tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe

B) Chăm sóc về tinh thần

C) Chăm sóc vệ sinh cá nhân

D) Chăm sóc dinh dưỡng

E).....

Câu 6. Những điều kiện để thực hiện chăm sóc toàn diện thành công tại bệnh viện là:

TT	Điều kiện	Đúng	Sai
1	Thực hiện Nghị định 43, BV nên tổ chức hệ thống quản lý điều dưỡng gọn nhẹ		
2	Để đảm bảo nhân lực chăm sóc người bệnh, tỷ lệ điều dưỡng phải đảm bảo 3-3,5 điều dưỡng/1 bác sĩ		
3	Không tổ chức mô hình chăm sóc người bệnh theo nhóm hoặc theo đội nhằm bộ máy quản lý gọn nhẹ		
4	Trang thiết bị và phương tiện phục vụ chăm sóc được trang bị đầy đủ		
5	Nên quy định nguồn kinh phí hàng năm cho công tác chăm sóc người bệnh		
6	Tăng cường đào tạo liên tục để duy trì kiến thức, cập nhật chuyên môn cho nhân viên.		
7	Nên sử dụng dịch vụ chăm sóc người bệnh để giảm gánh nặng nhân lực của bệnh viện		

Câu 7. Các giải pháp tăng cường tính chuyên nghiệp của điều dưỡng:

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu trả lời của câu hỏi sau đây:

- A) Tiếp tục hoàn thiện chính sách cho điều dưỡng
- B) Làm rõ vai trò chủ động của điều dưỡng, chuẩn hóa trình độ giáo viên và điều dưỡng trưởng.
- C) Xây dựng và thực hiện mô hình chăm sóc hiệu quả
- D) Đẩy mạnh nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng
- E) Cả A, B, C, D

BÀI 21

TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Nêu được khái niệm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế.
2. Trình bày được các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế đối với người bệnh và nhân viên y tế.
3. Nêu được nguyên nhân gây nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế.
4. Nêu được 10 nhiệm vụ chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn
5. Thảo luận các giải pháp tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám, chữa bệnh.

NỘI DUNG

1. Khái niệm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo Tổ chức y tế Thế giới: *Nhiễm khuẩn bệnh viện hay nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là nhiễm khuẩn người bệnh mắc phải trong quá trình nằm viện, nhiễm khuẩn đó không phải là lý do nhập viện và không có biểu hiện triệu chứng hay đang ở giai đoạn ủ bệnh lúc người bệnh nhập viện.* Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế (CSYT) bao gồm cả những nhiễm khuẩn người bệnh đã mắc phải trong bệnh viện nhưng xuất hiện sau khi người bệnh ra viện và những nhiễm khuẩn do phơi nhiễm nghề nghiệp của nhân viên y tế trong các cơ sở khám, chữa bệnh.

Theo Trung tâm kiểm soát bệnh Hoa kỳ (CDC): Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là những nhiễm khuẩn mà người bệnh mắc phải trong khi đang được điều trị một bệnh khác ở cơ sở y tế. Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là một trong mười nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Hoa Kỳ.

Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là chỉ số chất lượng chuyên môn, chỉ số an toàn của người bệnh, chỉ số đánh giá sự tuân thủ về thực hành

của nhân viên y tế (NVYT), chỉ số đánh giá hiệu lực của công tác quản lý và là một chỉ số rất nhạy cảm đối với người bệnh và xã hội.

2. Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện

2.1. Đối với người bệnh

Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là yếu tố hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh trong các cơ sở y tế. Đặc biệt trong thời kỳ gia tăng số người nhiễm HIV/AIDS, viêm gan B, viêm gan C và các bệnh dịch nguy hiểm, người bệnh đứng trước nguy cơ có thể bị mắc thêm bệnh khi nằm viện hoặc khi nhận các dịch vụ y tế.

Các điều tra quy mô vùng, quốc gia và liên quốc gia của các nước và Tổ chức Y tế Thế giới đều ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện từ 3,5% đến 10% người bệnh nhập viện. Một số điều tra ban đầu về nhiễm khuẩn bệnh viện ở nước ta cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc từ 3 - 7% tùy theo tuyến và hạng bệnh viện. Càng ở bệnh viện tuyến trên, nơi có nhiều can thiệp thủ thuật, phẫu thuật thì nguy cơ nhiễm khuẩn càng lớn.

Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Việt Nam chưa được xác định đầy đủ. Có ít tài liệu và giám sát về nhiễm khuẩn bệnh viện được công bố. Những tổn kém về nhân lực và tài lực do nhiễm khuẩn bệnh viện trong toàn quốc cũng chưa được xác định. Đến nay đã có ba cuộc điều tra cắt ngang (point prevalence) mang tính khu vực đã được thực hiện. Điều tra năm 1998 trên 901 bệnh nhân trong 12 bệnh viện toàn quốc cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 11.5%; trong đó nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 51% trong tổng số các nhiễm khuẩn bệnh viện. Điều tra năm 2001 xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 6.8% trong 11 bệnh viện và viêm phổi bệnh viện là nguyên nhân thường gặp nhất (41.8%). Điều tra năm 2005 tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện trong 19 bệnh viện toàn quốc cho thấy là 5.7%.

2.2. Đối với nhân viên y tế

Ngày nay, tuy kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện đã được nâng cao, phương tiện phòng hộ cá nhân đầy đủ hơn nhưng nhiễm khuẩn bệnh viện vẫn phải đối mặt với nguy cơ cao về phơi nhiễm nghề nghiệp đối với các tác nhân gây bệnh tại nơi làm việc. Bức tranh nhân viên y tế phơi nhiễm nghề nghiệp thường không đầy đủ do thiếu hệ thống báo cáo tin cậy. Các nghiên cứu ban đầu của Viện Y học Lao động và Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế (2012) cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế báo cáo bị tai nạn rủi ro do vật sắc nhọn từ 35% đến 54% trong một năm.

2.3. Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện

Theo kết quả điều tra tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện hiện mắc, tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện đa số là vi khuẩn Gram âm (78%), 19%

Gram dương và 3% là Candida sp.

3. Nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn liên quan đến cơ sở y tế

3.1. Đối với người bệnh

- Các yếu tố nội sinh: là các yếu tố liên quan đến người bệnh như mắc các bệnh mãn tính, mắc các bệnh tật làm suy giảm khả năng phòng vệ của cơ thể, trẻ sơ sinh non tháng và người già. Đặc biệt các vi sinh vật cư trú trên da, các hốc tự nhiên của cơ thể người bệnh có thể gây nhiễm trùng cơ hội, những người bệnh dùng thuốc kháng sinh kéo dài...

- Các yếu tố ngoại sinh như: Vệ sinh môi trường, nước, không khí, chất thải, quá tải bệnh viện, nằm ghép, dụng cụ y tế, các phẫu thuật, các can thiệp thủ thuật xâm lấn ...

- Các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ của nhân viên y tế: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn, đặc biệt vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế.

3.2. Nguyên nhân phơi nhiễm nghề nghiệp đối với nhân viên y tế

Ba nguyên nhân chính làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm nghề nghiệp với các tác nhân gây bệnh qua đường máu là:

- Tai nạn rủi ro từ kim tiêm và vật sắc nhọn nhiễm khuẩn;
- Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật;
- Da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh.

4. Hậu quả của nhiễm khuẩn bệnh viện

- Tăng biến chứng
- Tăng tử vong
- Tăng ngày điều trị: một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy nhiễm khuẩn bệnh viện làm kéo dài thời gian nằm viện 15 ngày.
- Tăng sự kháng thuốc của vi sinh vật: cùng với sự xuất hiện một số bệnh gây ra bởi những vi sinh vật kháng thuốc, hoặc bởi những tác nhân gây bệnh mới, nhiễm khuẩn bệnh viện vẫn còn là vấn đề nan giải ngay cả ở các nước đã phát triển. Các bệnh nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện có mức độ đa kháng kháng sinh cao hơn các bệnh nguyên gây nhiễm khuẩn trong cộng đồng.
- Tăng giá thành điều trị: nhiễm khuẩn bệnh viện kéo dài thời gian nằm viện trung bình từ 7 đến 15 ngày, làm gia tăng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh. Theo một số nghiên cứu đã công bố cho thấy: chi phí của một

nhiễm khuẩn bệnh viện thường gấp 2 đến 4 lần so với những trường hợp không nhiễm khuẩn bệnh viện. Chi phí phát sinh do nhiễm khuẩn huyết bệnh viện là \$34,508 đến \$56,000 và do viêm phổi bệnh viện là \$5,800 đến \$40,000. Tại Hoa Kỳ, hàng năm ước tính có 2 triệu bệnh nhân bị nhiễm khuẩn bệnh viện, làm tốn thêm 4,5 tỉ dollar viện phí. Với viện phí trung bình mỗi ngày là 192,000 VND, có thể ước tính chi phí phát sinh do nhiễm khuẩn bệnh viện là vào khoảng 2,880,000 VND Có thể ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện qua những chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Giảm chất lượng điều trị và giảm uy tín của bệnh viện

5. Các văn bản quy phạm pháp luật về kiểm soát nhiễm khuẩn

Kể từ năm 1997, trong Quy chế bệnh viện Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn và các Chỉ thị tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Dưới đây là một số văn bản hiện hành:

- Luật KBCB: Điều 62 quy định Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm: Thực hiện các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn (Giám sát, khử khuẩn, tiệt khuẩn, vệ sinh, XLCT..); bảo đảm cơ sở vật chất cho kiểm soát nhiễm khuẩn; tư vấn về các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn; người làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh phải tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Thông tư 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 về hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã thay thế cho các quy định trước đây tại Quy chế bệnh viện các quy chế liên quan đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Kế hoạch quốc gia về tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn giai đoạn 2011-2015

- Các hướng dẫn về Phòng ngừa chuẩn và các hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện theo cơ quan và theo vị trí.

- Các tiêu chuẩn về kiểm soát nhiễm khuẩn trong Bảng kiểm tra bệnh viện hàng năm

6. Nhiệm vụ chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn

Theo quy định tại Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 về hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhiệm vụ chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn gồm 10 nội dung sau đây:

- Chương trình vệ sinh tay nhân viên y tế

- Thực hiện các quy định về vô khuẩn
- Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế
- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa cách ly
- Giám sát nhiễm khuẩn mắc phải trong cơ sở y tế
- Vệ sinh môi trường và quản lý chất thải
- Vệ sinh người bệnh
- Vệ sinh an toàn thực phẩm
- Quản lý và sử dụng đồ vải
- Vệ sinh trong việc bảo quản, di chuyển thi thể khi người bệnh tử vong.

7. Các giải pháp chính tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

Triển khai chương trình Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện có ý nghĩa thiết thực góp phần nâng cao chất lượng điều trị và nâng cao hiệu quả kinh tế trong y tế. Việc kiểm soát và dự phòng nhiễm khuẩn bệnh viện hiệu quả trở thành một tiêu chuẩn thiết yếu nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và an toàn người bệnh của các bệnh viện. Các biện pháp tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện bao gồm:

- Thiết lập hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn
- Xây dựng các hướng dẫn, quy định cụ thể về kiểm soát nhiễm khuẩn
- Giám sát tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố nguy cơ
- Đào tạo về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế
- Tuân thủ các hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện và phòng ngừa cách ly
- Thực hiện chương trình phòng ngừa phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế.
- Bảo đảm các điều kiện về cơ sở vật chất, phương tiện, hoá chất cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

7.1. Thiết lập hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn trong các bệnh viện

- Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn
- Khoa/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn
- Mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn

Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn:

a) Tổ chức:

- Hội đồng (ban) kiểm soát nhiễm khuẩn do Giám đốc (Thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ra quyết định thành lập. Hội đồng bao gồm Chủ tịch, một Phó Chủ tịch, một Ủy viên thường trực và các ủy viên.

- Chủ tịch Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn là lãnh đạo của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Phó Chủ tịch Hội đồng hoặc Ủy viên thường trực là Trưởng khoa kiểm soát nhiễm khuẩn hoặc Tổ trưởng tổ kiểm soát nhiễm khuẩn hay một lãnh đạo khoa, phòng có kinh nghiệm trong lĩnh vực kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Ủy viên của Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn là đại diện của các khoa lâm sàng và cận lâm sàng; các phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng Điều dưỡng, phòng Hành chính quản trị, Phòng Tài chính kế toán, Phòng Tổ chức cán bộ, Phòng Vật tư thiết bị Y tế và các bộ phận liên quan khác.

b) Nhiệm vụ:

- Xem xét, đề xuất, tư vấn cho Giám đốc (thủ trưởng) đơn vị xây dựng, sửa đổi, bổ sung các quy định kỹ thuật chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn phù hợp với quy định của Bộ Y tế.

- Tư vấn cho Giám đốc (thủ trưởng) đơn vị về kế hoạch phát triển công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng ngừa nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, dịch bệnh; tư vấn sửa chữa, thiết kế, xây dựng mới các công trình y tế trong đơn vị phù hợp với nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Tổ chức huấn luyện, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyên và tuyên truyền thuộc về kiểm soát nhiễm khuẩn trong phạm vi đơn vị quản lý.

c) Phương thức hoạt động

- Họp định kỳ (1 quý/ lần) hoặc đột xuất

- Thư ký Hội đồng chuẩn bị nội dung họp, thảo luận và biểu quyết theo đa số

- Có biên bản họp và trình giám đốc xem xét phê duyệt những khuyến nghị của Hội đồng và gửi những khuyến nghị đó đến các cá nhân và đơn vị liên quan để nghiên cứu thực hiện.

Khoa/tổ kiểm soát nhiễm khuẩn

a) Tổ chức:

- Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có từ 150 giường bệnh hoặc bệnh viện hạng II trở lên phải thành lập Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn; nếu có dưới 150 giường bệnh thành lập Tổ kiểm soát nhiễm khuẩn; các phòng khám đa khoa và các trạm y tế cần có nhân viên phụ trách công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn tùy theo quy mô bệnh viện có các bộ phận sau: hành chính - giám sát; khử khuẩn - tiệt khuẩn; giặt là và các bộ phận khác do Giám đốc quyết định.

- Lãnh đạo khoa (tổ): Có Trưởng khoa (tổ trưởng), các Phó trưởng khoa và Điều dưỡng trưởng khoa. Trưởng khoa (tổ trưởng) có trình độ đại học trở lên thuộc chuyên ngành y, điều dưỡng hoặc dược và được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn.

b) Nhiệm vụ:

- Xây dựng kế hoạch kiểm soát nhiễm khuẩn định kỳ và hàng năm để trình Hội đồng (ban) Kiểm soát nhiễm khuẩn thẩm định trước khi Giám đốc (thủ trưởng) phê duyệt và tổ chức thực hiện.

- Đầu mối xây dựng các quy định, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trên cơ sở các quy định, hướng dẫn chung của Bộ Y tế và trình Giám đốc (thủ trưởng) đơn vị phê duyệt và tổ chức thực hiện.

- Đầu mối phối hợp với các khoa, phòng liên quan giám sát công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

- Kiểm tra, đôn đốc cán bộ, viên chức, hợp đồng lao động, giáo viên, học sinh, sinh viên, người bệnh, người nhà người bệnh và khách thực hiện đúng quy định kiểm soát nhiễm khuẩn trong công tác khám, chữa bệnh.

- Tuyên truyền, huấn luyện, nghiên cứu khoa học, tham gia hợp tác quốc tế và chỉ đạo tuyến dưới về kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Quản lý, giám sát các hoạt động khử khuẩn, tiệt khuẩn, giặt là, cung cấp dụng cụ vô khuẩn, hoá chất sát khuẩn, khử khuẩn, đồ vải và vật tư tiêu hao phục vụ công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong toàn đơn vị.

- Theo dõi, đánh giá, báo cáo phơi nhiễm và tai nạn rủi ro nghề nghiệp liên quan đến tác nhân vi sinh vật của thầy thuốc, nhân viên y tế.

- Tham gia cùng Khoa vi sinh, Khoa dược và các khoa lâm sàng theo dõi vi khuẩn kháng thuốc và sử dụng kháng sinh hợp lý.

- Phối hợp với các khoa, phòng, các thành viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn phát hiện, giải quyết các vấn đề liên quan tới công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

Mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn

a) Tổ chức: Gồm đại diện các khoa lâm sàng và cận lâm sàng; mỗi khoa cử ít nhất một bác sĩ hoặc một điều dưỡng, hộ sinh tham gia mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động dưới sự chỉ đạo chuyên môn của Khoa (tổ)

kiểm soát nhiễm khuẩn. Các thành viên thường xuyên được huấn luyện cập nhật chuyên môn về kiểm soát nhiễm khuẩn.

b) Nhiệm vụ:

- Tham gia, phối hợp tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại đơn vị.

- Tham gia kiểm tra, giám sát, đôn đốc các thầy thuốc, nhân viên tại đơn vị thực hiện các quy định, quy trình chuyên môn liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn.

7.2. Tổ chức giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

- Mục đích giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

- + Biết được tỉ lệ bệnh đang lưu hành và nhận biết những trường hợp có dịch

- + Đánh giá những biện pháp thực hiện trong chống nhiễm khuẩn

- + So sánh được tỉ lệ nhiễm khuẩn giữa các bệnh viện:

- + Thay đổi những thực hành sai

- Các phương pháp giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

- + Trong toàn bộ bệnh viện

- + Tại một số khoa trọng điểm

- + Trên một số nhóm bệnh có nguy cơ

- Tổ chức giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện để có cơ sở dữ liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện như tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện, tác nhân gây bệnh, vi khuẩn kháng thuốc... Chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện tốt đưa những chuẩn mực về chất lượng chăm sóc vào trong những thực hành lâm sàng. Theo kết quả nghiên cứu của Mỹ về kiểm soát nhiễm khuẩn (SENIC - Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) năm 1970 -1976 đã chứng minh rằng một chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện bao gồm giám sát có thể làm giảm 33% nhiễm khuẩn bệnh viện. Theo Điều 62 Luật Khám bệnh, chữa bệnh và Điều 5 Thông tư 18/2009/TT-BYT về tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn các bệnh viện phải triển khai chương trình giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện và có cơ sở dữ liệu về tình hình người bệnh bị nhiễm khuẩn bệnh viện và báo cáo cho cơ quan quản lý khi có yêu cầu.

- Giám sát là hoạt động chủ yếu của chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn. Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện được định nghĩa là “ việc thu thập có hệ thống, liên tục; việc xử lý và

phân tích những dữ kiện cần thiết nhằm triển khai, lập kế hoạch, và phổ biến kịp thời những dữ kiện này đến những người cần được biết ”.

- Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong những yếu tố quan trọng để cải thiện tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhân viên kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện thường phải dành hơn một nửa thời gian để tiến hành giám sát. Chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn phải xây dựng được một kế hoạch giám sát theo yêu cầu của bệnh viện mình. Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện sẽ cung cấp những dữ kiện có ích để đánh giá tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện: nhận biết những bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện, xác định vị trí nhiễm khuẩn, những yếu tố góp phần vào nhiễm khuẩn. Từ đó giúp bệnh viện có kế hoạch can thiệp và đánh giá được hiệu quả của những can thiệp này. Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện còn là tiền đề cho việc thực hiện các nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn - Phương pháp sử dụng để xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cần dựa vào khả năng sẵn có của bệnh viện và của nguồn nhân lực của kiểm soát nhiễm khuẩn. Giám sát có thể hiệu quả hơn khi giám sát những khoa có nguy cơ có nhiễm khuẩn bệnh viện cao, những bệnh nhân có những yếu tố nguy cơ đặc biệt, hay những nhiễm khuẩn có nguy cơ tử vong cao và tốn nhiều kinh phí. Giám sát sẽ cung cấp những thông tin cần thiết về sự xuất hiện và phân bố của nhiễm khuẩn bệnh viện trong dân số được giám sát và những điều kiện hay sự kiện làm tăng hay giảm nhiễm khuẩn. Dữ liệu thu thập được phải tập hợp, phân tích và thông báo cho những người cần biết để có biện pháp thích hợp.

- Chương trình giám sát cũng cần bao gồm chương trình kiểm soát kháng sinh. Cần đưa ra được những quy định chính sách sử dụng kháng sinh. Cần hạn chế những hoạt động tiếp thị của các hãng thuốc trong bệnh viện, đặc biệt tại các bệnh viện có đào tạo.

7.3. Đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện

- Thầy thuốc, nhân viên của Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn phải được đào tạo chuyên khoa và thường xuyên cập nhật kiến thức, kỹ năng thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Thầy thuốc, nhân viên của các sở khám bệnh, chữa bệnh phải được đào tạo về các quy trình kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn, sử dụng đúng và thành thạo, các phương tiện phòng hộ cá nhân.

7.4. Thực hiện các hướng dẫn phòng ngừa cách ly

a) Phòng ngừa chuẩn

Nguyên tắc: tất cả máu, dịch sinh học, các chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) đều có nguy cơ lây bệnh truyền nhiễm. Phòng ngừa chuẩn áp dụng cho tất cả người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, không tùy thuộc vào

chẩn đoán và tình trạng nhiễm trùng của người bệnh. Phòng ngừa chuẩn là các thực hành cơ bản và tối thiểu được áp dụng mọi lúc, mọi nơi trong mọi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc áp dụng các biện pháp của Phòng ngừa chuẩn trong quá trình chăm sóc người bệnh dựa vào dự đoán của cán bộ y tế về bản chất của sự tác động qua lại giữa cán bộ y tế với người bệnh, khả năng phơi nhiễm với máu, dịch cơ thể và tác nhân gây bệnh, để lựa chọn các phương tiện và các thực hành thích hợp. Ví dụ: Trong đa số các trường hợp tiêm tĩnh mạch cho người bệnh thì mang găng tay là thực hành thiết yếu nhất; khi đặt nội khí quản cho người bệnh thì ngoài việc mang găng phải mang khẩu trang y tế, áo bảo hộ và nếu cần phải mang kính bảo hộ hoặc mặt nạ. Nội dung của các thực hành phòng ngừa chuẩn:

- Vệ sinh tay: Vệ sinh tay là thành phần cơ bản của Phòng ngừa chuẩn và là biện pháp hiệu quả nhất trong nỗ lực kiểm soát sự lây truyền tác nhân gây bệnh trong các cơ sở khám, chữa bệnh. Những biện pháp cơ bản để cải thiện vệ sinh tay bao gồm: Cung cấp phương tiện rửa tay, đào tạo, giám sát tuân thủ, thông tin phản hồi cho nhân viên y tế.

- Mang trang phục phòng hộ, bao gồm: Găng, khẩu trang, tạp dề; kính, mặt nạ. Việc sử dụng các trang phục phòng hộ phải căn cứ vào việc đánh giá nguy cơ và dự đoán khả năng và phương thức phơi nhiễm với máu, dịch sinh học của người bệnh mà nhân viên y tế có thể sử dụng một hoặc nhiều trang phục phòng hộ khi khám, điều trị và chăm sóc cho người bệnh.

- Vệ sinh hô hấp: Áp dụng khi nghi ngờ hoặc xác định có nguy cơ phát tán tác nhân gây bệnh qua đường hô hấp như SARS, Cúm A-H5N1, Cúm A-H1N1... Vệ sinh hô hấp áp dụng cho nhân viên y tế, người bệnh, người chăm sóc và người đến thăm người bệnh trong các cơ sở khám, chữa bệnh và là chìa khóa để ngăn ngừa sự phát tán các tác nhân lây bệnh đường hô hấp.

- Xử lý dụng cụ y tế để dùng lại: Mọi dụng cụ y tế sau khi sử dụng đã nhiễm bẩn và nhiễm khuẩn. Nếu sử dụng lại phải phân loại và xử lý theo mục đích sử dụng, thực hiện đúng quy trình xử lý dụng cụ từ khâu khử nhiễm, làm sạch, khử khuẩn, tiệt khuẩn và bảo quản đúng cách; dụng cụ tiệt khuẩn phải đảm bảo vô khuẩn đến khi sử dụng cho người bệnh. Nhân viên khi tiếp xúc dụng cụ nhiễm khuẩn cần mang trang phục phòng hộ cá nhân thích hợp.

- Tiêm an toàn và xử trí tai nạn rủi ro nghề nghiệp: Được bổ sung thêm vào Phòng ngừa chuẩn nhằm giảm nguy cơ nhiễm chéo cho người bệnh và nguy cơ phơi nhiễm nghề nghiệp đường máu cho nhân viên y tế.

- Xử lý đồ vải: Xử lý an toàn đồ vải để kiểm soát nguy cơ lây truyền bệnh cho nhân viên y tế trong quá trình thu gom, vận chuyển, xử lý và an toàn cho người bệnh sử dụng.

- Vệ sinh môi trường: Môi trường các cơ sở khám, chữa bệnh, các bề mặt và các đồ vật trong các cơ sở y tế là nguồn chứa các tác nhân gây bệnh, nguồn phát tán tác nhân gây bệnh truyền nhiễm. Môi trường bệnh viện phải được làm sạch, đảm bảo an toàn cho cả người bệnh và nhân viên y tế.

- Xử lý chất thải rắn y tế: Chất thải rắn y tế là nguồn chứa tác nhân vi sinh vật gây bệnh, tác động tiềm tàng đến sức khỏe, ảnh hưởng tới môi trường nước và không khí. Đồng thời, rủi ro do vật sắc nhọn là nguy cơ bị nhiễm tác nhân gây bệnh đường máu cho nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng. Vì vậy, chất thải rắn y tế phải được thu gom, xử lý và tiêu hủy an toàn, đặc biệt quan tâm xử lý an toàn chất thải sắc nhọn sau tiêm.

b) Lây truyền qua tiếp xúc (Contact transmission)

Lây truyền qua tiếp xúc xảy ra do sự tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp giữa mô/tổ chức của cơ thể (bao gồm cả da và niêm mạc) với da/ niêm mạc hoặc các phương tiện vật liệu bị ô nhiễm. Đây là đường lây truyền chủ yếu nhất làm lan truyền vi sinh vật từ người bệnh này qua người bệnh khác hay từ nhân viên y tế sang người bệnh và ngược lại. Tác nhân thường lây truyền qua đường này gồm những vi sinh vật đa kháng, các nhiễm trùng da và đường ruột như MRSA, Herpes Simplex, chốc, ghẻ, chấy rận, đậu mùa, zona, nhiễm cúm (kể cả H5N1), SARS.

c) Lây truyền qua giọt bắn (Droplet transmission)

Lây truyền qua giọt bắn xảy ra do hít phải những giọt phân tử hô hấp chứa các vi sinh vật gây bệnh có kích thước $\geq 5\mu\text{m}$ tạo ra khi ho, hắt hơi, nói chuyện hoặc khi thực hiện một số thủ thuật như hút rửa, nội soi khí/phế quản. Lây truyền qua giọt bắn cần sự tiếp xúc gần giữa người bệnh đường hô hấp và người nhận bởi vì những giọt bắn chứa vi sinh vật thường chỉ di chuyển một khoảng ngắn trong không khí (< 1 mét) và đi vào kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng của người kế cận. Các tác nhân gây bệnh thường gặp lây theo đường này gồm các vi sinh vật gây viêm phổi, ho gà, bạch hầu, cúm (kể cả H5N1), SARS, quai bị, v.v.

d) Lây truyền qua đường không khí (Airborne transmission)

Lây truyền qua đường không khí xảy ra do hít phải những giọt hô hấp trong không khí chứa tác nhân nhiễm khuẩn có kích thước nhỏ hơn $< 5\mu\text{m}$ phát sinh khi người bệnh ho, hắt hơi hoặc khi thực hiện một số thủ thuật như hút rửa, nội soi khí/phế quản. Vi sinh vật lan truyền theo đường này có thể phân tán rộng, lơ lửng trong không khí trong một thời gian dài. Vì thế, bệnh lây

truyền theo con đường này có thể làm lây nhiễm sang người khác trong cùng một phòng hoặc xa hơn, trong cùng một khoa hoặc toàn bệnh viện. Những vi sinh vật truyền bằng đường khí thường gặp gồm lao phổi, rubella, thủy đậu. H5N1 và SARS cũng có thể lây qua đường này khi thực hiện các thủ thuật có tạo khí dung. Việc khử khuẩn không khí và kiểm soát thông khí buồng bệnh là cần thiết để ngăn ngừa sự truyền bệnh.

7. 5. Bảo đảm các điều kiện cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

7.5.1. Cơ sở vật chất

1. Được thiết kế và trang bị cơ sở vật chất để bảo đảm yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn. Khi xây mới hoặc sửa chữa cải tạo có sự tham gia tư vấn của khoa hoặc cán bộ làm công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Có bộ phận (đơn vị) khử khuẩn - tiệt khuẩn tập trung đạt tiêu chuẩn: Thiết kế một chiều; ngăn cách rõ ba khu vực nhiễm khuẩn, sạch và vô khuẩn; dựa vào phân hạng và phân cấp điều trị để trang bị các phương tiện xử lý dụng cụ phù hợp như: máy rửa - khử khuẩn, máy hấp ướt, máy tiệt khuẩn nhiệt độ thấp, máy sấy khô, đóng gói dụng cụ; các phương tiện làm sạch, hoá chất, các test kiểm tra chất lượng tiệt khuẩn; các buồng, tủ, giá kê để bảo quản dụng cụ tiệt khuẩn.

3. Có nhà giặt thiết kế một chiều, đủ trang bị và phương tiện như máy giặt, máy sấy, phương tiện là (ủ) đồ vải, xe vận chuyển đồ vải bẩn, sạch; bể (thùng) chứa hoá chất khử khuẩn để ngâm đồ vải nhiễm khuẩn, tủ lưu giữ đồ vải; xà phòng giặt, hóa chất khử khuẩn. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể hợp đồng với Công ty có chức năng giặt khử khuẩn đồ vải y tế để bảo đảm việc giặt và cung cấp đồ vải đáp ứng yêu cầu phục vụ người bệnh và chuyên môn.

4. Có cơ sở hạ tầng để bảo đảm xử lý an toàn chất thải lỏng, chất thải rắn và chất thải khí y tế theo Quy định về quản lý chất thải y tế.

5. Các khoa phải có đủ buồng tắm, buồng vệ sinh, nước sạch, phương tiện rửa cho người bệnh, người nhà và nhân viên y tế.

6. Mỗi khoa phải có ít nhất một buồng để đồ bẩn và xử lý dụng cụ y tế.

7. Buồng phẫu thuật và buồng chăm sóc đặc biệt được trang bị hệ thống thông khí, lọc khí thích hợp, đảm bảo yêu cầu vô khuẩn.

8. Khoa lâm sàng phải có ít nhất một buồng cách ly được trang bị các phương tiện cách ly theo hướng dẫn của Bộ Y tế để cách ly người bệnh có nguy cơ phát tán tác nhân gây bệnh truyền nhiễm nguy hiểm.

9. Khoa lâm sàng phải có ít nhất một buồng thủ thuật có đủ trang thiết bị, thiết kế đáp ứng yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn: có bồn rửa tay, vòi nước,

nước sạch, xà phòng hoặc dung dịch rửa tay, khăn lau tay, bàn chải chà tay, bàn làm thủ thuật, tủ đựng dụng cụ vô khuẩn, thùng đựng chất thải.

10. Phòng xét nghiệm phải bảo đảm điều kiện an toàn sinh học phù hợp với từng cấp độ và chỉ được tiến hành xét nghiệm trong phạm vi chuyên môn theo quy định của Luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

11. Khoa truyền nhiễm phải có đủ phương tiện phòng ngừa lây truyền bệnh và có khoảng cách an toàn với các khoa, phòng khác và khu dân cư theo quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

12. Cơ sở vật chất chế biến, phân phối thực phẩm trong bệnh viện phải được xây dựng và thiết kế theo đúng các quy định pháp luật về vệ sinh, an toàn thực phẩm.

7.5.2. Trang thiết bị và phương tiện

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải được trang bị đủ các trang thiết bị và phương tiện dưới đây để bảo đảm yêu cầu kiểm soát nhiễm khuẩn:

1. Bảo đảm các phương tiện vệ sinh môi trường đầy đủ và phù hợp:

a) Phương tiện rửa tay: bồn rửa tay, phương tiện sát khuẩn tay, khăn lau tay sạch dùng một lần và hóa chất rửa tay.

b) Có đủ phương tiện vệ sinh chuyên dụng bảo đảm cho công việc vệ sinh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiệu quả.

c) Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hợp đồng với Công ty cung cấp dịch vụ vệ sinh công nghiệp thì hợp đồng phải xác định rõ yêu cầu về trang thiết bị, hóa chất, tiêu chuẩn vệ sinh, quy trình vệ sinh, đào tạo nhân viên vệ sinh theo chương trình tài liệu của Bộ Y tế và kiểm tra đánh giá chất lượng.

d) Có đủ phương tiện thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải. Thùng, túi lưu giữ chất thải phải bảo đảm đủ số lượng, chất lượng và đúng màu quy định.

2. Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn được trang bị các phương tiện văn phòng để phục vụ công tác giám sát, đào tạo như máy vi tính, máy in; các phương tiện khác phục vụ công tác kiểm tra, đánh giá chất lượng môi trường và kiểm soát nhiễm khuẩn.

3. Cơ sở chế biến thực phẩm và phân phối xuất ăn trong bệnh viện phải có đầy đủ trang thiết bị và phương tiện theo đúng các quy định pháp luật về vệ sinh an toàn thực phẩm.

7.5.3. Nhân lực chuyên trách kiểm soát nhiễm khuẩn

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải bảo đảm nhân lực cho Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn hoạt động. Ngoài nhân lực cho các bộ phận như khử khuẩn, tiệt khuẩn, giặt là, bộ phận giám sát nhiễm khuẩn phải bảo đảm tối thiểu 01 nhân lực được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn/150 giường bệnh.

8. Trách nhiệm triển khai thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

8.1. Trách nhiệm của Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Chỉ đạo và tổ chức thực hiện Thông tư hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Xây dựng và ban hành các qui định cụ thể về các kỹ thuật chuyên môn kiểm soát nhiễm khuẩn phù hợp với thực tế của đơn vị theo hướng dẫn của Thông tư này.

2. Đầu tư kinh phí thường xuyên hàng năm đủ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

3. Bảo đảm đủ nhân lực, phương tiện, thiết bị, hoá chất, vật tư cho việc thực hành chuyên môn, kiểm soát nhiễm khuẩn, quản lý chất thải và vệ sinh, bảo đảm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xanh, sạch, đẹp.

4. Chỉ đạo việc tổ chức huấn luyện, đào tạo, nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

5. Bảo đảm an toàn và phòng ngừa lây bệnh truyền nhiễm cho nhân viên y tế và cho người bệnh, nhất là trong các tình huống có dịch bệnh.

6. Phát động phong trào thi đua và thực hiện khen thưởng, kỷ luật về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

8.2. Trách nhiệm của Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn

1. Tư vấn cho Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Xem xét các đề xuất của Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn và thành viên Hội đồng Kiểm soát nhiễm khuẩn để tham mưu cho Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về kế hoạch, bổ sung sửa đổi các quy định, quy trình và các vấn đề liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn.

3. Đưa ra những ý kiến và đề xuất liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn khi được Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám bệnh, chữa bệnh yêu cầu.

8.3. Trách nhiệm của các phòng chức năng

Phòng Điều dưỡng, phòng Kế hoạch tổng hợp và các phòng liên quan phối hợp với Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn xây dựng các quy định, quy

trình kiểm soát nhiễm khuẩn và thực hiện kiểm tra, giám sát liên quan đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

8.4. Trách nhiệm của các Trưởng khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức thực hiện các quy định, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn.
2. Tổ chức hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh, khách đến thăm thực hiện các quy định kiểm soát nhiễm khuẩn người bệnh, người nhà người bệnh và khách tới thăm.
3. Phối hợp với Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn tổ chức huấn luyện, giám sát, đánh giá công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa.
4. Phát hiện và thông báo kịp thời các trường hợp nhiễm khuẩn mắc phải tại khoa cho Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn và Giám đốc (thủ trưởng) cơ sở khám, chữa bệnh. Phối hợp với Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn tiến hành giám sát, xác định các trường hợp dịch bệnh, nhiễm khuẩn bệnh viện và vi khuẩn kháng thuốc tại khoa.

8.5. Trách nhiệm của các điều dưỡng trưởng khoa

1. Kiểm tra đơn đốc thầy thuốc, nhân viên y tế, người bệnh, người nhà, học sinh, sinh viên, cán bộ y tế đến học tập tuân thủ quy định, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong chăm sóc và điều trị.
2. Hướng dẫn, kiểm tra việc tuân thủ rửa tay của thầy thuốc, nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh và khách tới thăm.
3. Quản lý, hướng dẫn, giám sát sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân, bảo đảm đúng mục đích, đúng đối tượng và hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn.
4. Phân công điều dưỡng hoặc hộ sinh tham gia mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn.

8.6. Trách nhiệm của Khoa vi sinh (xét nghiệm)

1. Phối hợp với Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn thực hiện điều tra giám sát nhiễm khuẩn mắc phải và môi trường.
2. Thông báo kịp thời cho Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn và khoa lâm sàng về kết quả nuôi cấy vi khuẩn và tình hình kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh theo quy định.

8.7. Trách nhiệm của Khoa Dược

1. Cung cấp thông tin về hoá chất khử khuẩn, thuốc kháng sinh và tình hình sử dụng thuốc kháng sinh an toàn hợp lý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Phối hợp cùng Khoa (tổ) kiểm soát nhiễm khuẩn đề xuất mua sắm, cung cấp và sử dụng hoá chất, vật tư tiêu hao đáp ứng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

8.8. Trách nhiệm của thầy thuốc, nhân viên y tế, giáo viên, học sinh, sinh viên thực tập tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Tham gia các lớp huấn luyện, bồi dưỡng kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn.

2. Thực hiện đúng các quy trình, quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn.

8.9. Trách nhiệm của người bệnh, người nhà người bệnh

1. Thực hiện đúng các quy định về giờ thăm, biện pháp cách ly theo quy định và hướng dẫn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Thực hiện các quy định về vệ sinh cá nhân và vệ sinh bệnh viện, phân loại chất thải và các quy định khác của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3. Người mắc, người bị nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm A và một số bệnh thuộc nhóm B do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phải tuân thủ chế độ điều trị, cách ly, di chuyển hoặc ra viện theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Điền cụm từ thích hợp với các chỗ trống để hoàn chỉnh định nghĩa dưới đây:

Nhiễm khuẩn bệnh viện hay nhiễm khuẩn.....(a).....
là nhiễm khuẩn người bệnh(b)..... trong quá trình nằm viện,
nhiễm khuẩn đó không phải là lý do nhập viện, không có triệu chứng hay đang
ở giai đoạn ủ bệnh lúc người bệnh nhập viện.

Câu 2. Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế là nguy cơ hàng đầu
đe dọa sự an toàn của người bệnh trong khi nằm viện.

A) Đúng

B) Sai

Câu 3. Yếu tố nội sinh liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện là:

A) Người bệnh mắc các bệnh mãn tính, bệnh suy giảm miễn dịch, môi trường bệnh viện

B) Người bệnh mắc các bệnh mãn tính, bệnh suy giảm miễn dịch, trẻ em, người già, chất thải bệnh viện

C) Các vi sinh vật định cư trên da, các hốc tự nhiên, người bệnh mắc các bệnh mãn tính, bệnh suy giảm miễn dịch, trẻ sơ sinh và người già

D) Vệ sinh môi trường, nước, không khí, chất thải, quá tải bệnh viện, nằm ghép, dụng cụ y tế, các phẫu thuật, các can thiệp thủ thuật xâm lấn.

Câu 4. Điền cho đủ các nhóm yếu tố nguyên nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện

A) Yếu tố nội sinh

B) Yếu tố ngoại sinh

C)

Câu 5. Nguyên nhân chính làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm nghề nghiệp với các tác nhân gây bệnh qua đường máu là do da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh.

A) Đúng

B) Sai

Câu 6. Điền cho đủ ba nguyên nhân làm cho nhân viên y tế bị phơi nhiễm với các tác nhân gây bệnh qua đường máu:

A)

B) Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật;

C) Da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh.

Câu 7. Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện đã được quy định tại:

A) Luật khám bệnh, chữa bệnh

B) Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 hướng dẫn công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế

C) Luật khám bệnh, chữa bệnh; Thông tư số 18/2009/TT-BYT về các văn bản khác do Bộ Y tế ban hành

D) A và B đúng

Câu 8. Mục đích giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện nhằm:

A) Biết được tỉ lệ bệnh đang lưu hành và nhận biết được những trường hợp có dịch bệnh tại chỗ

B) Đánh giá hiệu quả những biện pháp thực hiện trong chống nhiễm khuẩn và thay đổi những thực hành sai

C) So sánh được tỉ lệ nhiễm khuẩn giữa các bệnh viện

D) Cả A, B và C đều đúng

Câu 9. Điền cho đủ ba phương pháp giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

A) Trong toàn bộ bệnh viện

B)

C) Trên một số nhóm bệnh có nguy cơ

Câu 10. Điền cho đủ 10 nhiệm vụ chuyên môn về KSNK

A).....

B) Thực hiện các quy định về vô khuẩn

C) Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế

D)

E) Giám sát nhiễm khuẩn mắc phải trong cơ sở y tế

F) Vệ sinh môi trường và quản lý chất thải

G) Vệ sinh người bệnh

H) Vệ sinh an toàn thực phẩm

I) Quản lý và sử dụng đồ vải

K) Vệ sinh trong việc bảo quản, di chuyển thi thể khi người bệnh tử vong.

Câu 11. Hãy điền cho đủ các biện pháp thiết yếu nhằm làm giảm NKBV.

- A) Thiết lập hệ thống KSNK
- B) Xây dựng các hướng dẫn, quy định cụ thể về KSNK
- C) Giám sát tỷ lệ NKBV và các yếu tố nguy cơ
- D)
- E) Tuân thủ các hướng dẫn phòng ngừa NKBV và phòng ngừa cách ly
- F) Thực hiện chương trình phòng ngừa phơi nhiễm nghề nghiệp cho NVYT.
- G) Bảo đảm các điều kiện về cơ sở vật chất, phương tiện, hoá chất cho công tác KSNK.

BÀI 22

HƯỚNG DẪN CÔNG TÁC ĐÀO TẠO THEO QUI ĐỊNH TẠI LUẬT KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này học viên sẽ có khả năng:

1. Trình bày được các qui định về đào tạo được qui định trong luật khám bệnh, chữa bệnh.
2. Trình bày được nội dung cơ bản của Thông tư hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.

NỘI DUNG

I. CÁC QUI ĐỊNH VỀ ĐÀO TẠO ĐƯỢC QUI ĐỊNH TRONG LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Nghị quyết 46/NQ-TW của Bộ Chính trị đã chỉ rõ: Nghề Y là một nghề đặc biệt, cần được **đào tạo**, tuyển chọn, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt. Nguồn nhân lực quyết định chất lượng mọi dịch vụ y tế. Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định rõ về nghĩa vụ thực hành và học tập liên tục của người hành nghề Khám chữa bệnh.

Tại Điều 18 và Điều 24 của Luật Khám bệnh chữa bệnh có qui định điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề y đối với người Việt Nam là: “...Có văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam và phải có thêm văn bản xác nhận quá trình thực hành. Đối với bác sĩ phải thực hành 18 tháng tại bệnh viện, viện nghiên cứu có giường bệnh; với Y sĩ là 12 tháng; đối với Hộ sinh, Điều dưỡng, Kỹ thuật viên là 9 tháng. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xác nhận bằng văn bản về quá trình thực hành cho người thực hành tại cơ sở của mình về thời gian, năng lực chuyên môn và đạo đức nghề nghiệp

Tại Điều 29 qui định “người hành nghề không cập nhật kiến thức y khoa liên tục trong thời gian 2 năm liên tiếp thì bị thu hồi chứng chỉ hành nghề”

Như vậy, công tác đào tạo là một trong những hoạt động quan trọng trong hệ thống khám chữa bệnh nhằm đảm bảo và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân đáp ứng với nhu cầu ngày càng cao trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

II. ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CÁN BỘ Y TẾ

Từ năm 2008, Bộ Y tế đã ban hành thông tư số 07/2008/TT-BYT ngày 28/5/2008 về hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế. Bộ Y tế quy định tất cả cán bộ y tế đang hoạt động trong lĩnh vực y tế ở Việt Nam phải được đào tạo cập nhật về kiến thức, kỹ năng, thái độ trong lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ của mình. Trừ một số trường hợp cán bộ cao cấp thì việc học tập có thể là dự các hội thảo, hội nghị quốc tế hoặc tham gia tổ chức giảng dạy, nghiên cứu còn yêu cầu chung cho tất cả cán bộ y tế có thời gian đào tạo tối thiểu là 24 giờ thực học. Trong 5 năm mỗi cán bộ y tế phải tham gia học tập và tích lũy đủ thời gian đào tạo liên tục ít nhất là 120 giờ học, thuộc lĩnh vực chuyên môn, nghiệp vụ đang hành nghề. Mọi cá nhân làm việc trong lĩnh vực y tế ở Việt nam đều có nghĩa vụ tham gia học tập. Thủ trưởng các cơ sở y tế có trách nhiệm xây dựng kế hoạch, bố trí kinh phí và tổ chức cho cán bộ của mình được học tập.

Năm 2009, Luật Khám bệnh, chữa bệnh ra đời, tại điều 29 có yêu cầu người hành nghề trong lĩnh vực khám bệnh, chữa bệnh phải cập nhật kiến thức y khoa liên tục, trong 2 năm liên tiếp không cập nhật sẽ bị thu hồi chứng chỉ hành nghề. Chính vì yêu cầu đó, đến ngày 9/8/2013, Bộ Y tế ban hành Thông tư số 22/2013/TT-BYT trên cơ sở nền tảng của Thông tư số 07/2008/TT-BYT.

Thông tư 22/2013/TT-BYT được xây dựng với cấu trúc gồm 4 chương và 21 điều đã quy định cụ thể và chi tiết việc triển khai công tác đào tạo liên tục cho cán bộ y tế để đảm bảo cho tất cả các đối tượng hành nghề y tế và người làm việc ngoài lĩnh vực này đều được học tập y khoa liên tục phù hợp với vị trí việc làm.

1. TỔ CHỨC QUẢN LÝ CÔNG TÁC ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

1.1. Các cơ sở đào tạo liên tục:

1.1.1. Xây dựng cơ sở đào tạo liên tục

Để triển khai rộng rãi cho tất cả các cán bộ y tế có thể tham gia học tập liên tục theo hướng dẫn của thông tư số 07/2008/TT-BYT và nay là Thông tư số 22/2013/TT-BYT, Bộ Y tế đã tổ chức triển khai các cơ sở đào tạo liên tục bao gồm: Các cơ sở đào tạo YDược chính quy đã được phép thành lập của các cơ quan có thẩm quyền, các viện nghiên cứu, bệnh viện trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo chỉ đạo tuyến và các cơ sở y tế thuộc tỉnh sẽ được tổ chức thành cơ sở đào tạo liên tục dưới sự quản lý của Sở Y tế.

– Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp đã được Bộ Y tế giao nhiệm vụ (theo công văn số 8444/BYT-K2ĐT ngày 9/7/2008). Đây là các cơ sở đào tạo chuyên nghiệp các loại hình đã được Bộ Y tế quy định theo điều lệ trường (Mã cơ sở đào tạo liên tục được cấp mã A). Đến nay Bộ Y tế đã công

nhận hơn 100 cơ sở đào tạo liên tục với mã đào tạo là A (Theo Quyết định số 492/QĐ-BYT ngày 17/2/2012)

- Các cơ quan ở trung ương: (Mã cơ sở đào tạo liên tục được cấp mã B). Đến nay đã có trên 60 Viện nghiên cứu, Bệnh viện trung ương, các trung tâm đào tạo được cấp mã B. Ví dụ như: Viện vệ sinh Dịch tễ trung ương được cấp mã B02 được phép đào tạo các lĩnh vực chuyên môn liên quan đến Dịch tễ học, Y học dự phòng, Y tế công cộng; Bệnh viện Chợ Rẫy được cấp mã số B12 lĩnh vực đào tạo gồm các chuyên ngành lâm sàng, cận lâm sàng và phụ hồi chức năng. Tại cơ quan Bộ Y tế thống nhất cấp mã B1, Thủ trưởng đơn vị các Vụ, Cục chuyên môn và Cục trưởng trưởng Cục Khoa học và Đào tạo chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục. Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo quản lý những lớp học do Bộ Y tế tổ chức.

- Sở Y tế (bao gồm các đơn vị chuyên môn trực thuộc Sở Y tế sau khi được thẩm định và cho phép của Bộ Y tế) tham gia đào tạo liên tục cùng các trường Y tế của địa phương nhằm mở rộng khả năng và phạm vi đào tạo liên tục đáp ứng cho nhu cầu của ngành. Ví dụ Sở Y tế TP Hồ Chí Minh được cấp mã đào tạo C01 có nhiệm vụ đào tạo liên tục cho các cán bộ y tế ở Thành phố Hồ Chí Minh. Tính đến nay đã có đến 40 Sở Y tế có mã số đào tạo liên tục với khoảng 150 đơn vị trực thuộc các Sở Y tế như các bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện chuyên khoa, và các trung tâm sức khỏe sinh sản, Y tế dự phòng, phòng chống HIV/AIDS...

1.1.2. Quy trình thẩm định cơ sở đào tạo liên tục

- Sở Y tế xem xét các điều kiện của các đơn vị trực thuộc sở xin được tham gia đào tạo liên tục theo thông tư 22/2013/TT-BYT gửi công văn về Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo) đề nghị thẩm định và công nhận để cấp mã số cơ sở đào tạo. Công văn của Sở Y tế có gửi kèm “Hồ sơ xin công nhận là cơ sở đào tạo liên tục” được qui định chi tiết tại Điều 11 về cấp mã cơ sở đào tạo liên tục cụ thể gồm 6 nội dung như: Thuyết minh năng lực chuyên môn; chương trình đào tạo, tài liệu dạy – học tương ứng với chương trình; danh sách trích ngang giảng viên phù hợp với cơ cấu và trình độ; phương án tổ chức và quản lý về đào tạo liên tục trong đó chỉ rõ tên lãnh đạo phụ trách, cán bộ chuyên trách và các Hội đồng; thuyết minh cơ sở vật chất, cơ sở thực hành, trang thiết bị phục vụ đào tạo liên tục.

- Sở Y tế xem xét và thẩm định cho từng cơ sở trực thuộc sở.

- Bộ Y tế có văn bản công nhận cơ sở đủ điều kiện.

- Cơ sở đào tạo liên tục đã được công nhận ở tỉnh muốn mở thêm khóa học khác: cần báo cáo Sở Y tế để thẩm định và công nhận (trên cơ sở đề xuất của Hội đồng chuyên môn thẩm định do Sở Y tế thành lập).

- Bộ Y tế kiểm tra, giám sát và hướng dẫn việc thực hiện việc tổ chức triển khai công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế.

1.1.3. Tổ chức đào tạo liên tục

- **Tại các trường Y Dược (Mã A):** Việc quản lý đào tạo được triển khai theo quy định chung của công tác đào tạo. Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục do Hội đồng chuyên môn của nhà trường thẩm định. Hiệu trưởng ký quyết định ban hành. Công tác tổ chức học tập, kiểm tra đánh giá, cấp chứng chỉ/giấy chứng nhận, lưu trữ theo quy định của hệ thống giáo dục quốc dân. Riêng các chương trình đào tạo liên tục thực hiện theo các chương trình dự án y tế có tính chất rộng rãi toàn quốc thì việc phê duyệt chương trình và tài liệu do Bộ Y tế thực hiện và ban hành. Chứng chỉ/Giấy chứng nhận kết quả đào tạo liên tục trường tự in và quản lý theo mẫu đã quy định tại Thông tư 22/2013/TT-BYT của Bộ Y tế.

- **Tại các cơ sở đào tạo trung ương** (viện nghiên cứu, bệnh viện trung ương, các trung tâm đào tạo – Mã B) sau khi được Bộ Y tế cấp mã đào tạo liên tục, các cơ sở đào tạo tổ chức đào tạo theo quy định. Thủ trưởng đơn vị cử 1 lãnh đạo và 1 chuyên viên theo dõi công tác đào tạo. Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục triển khai rộng rãi toàn quốc do Bộ Y tế ban hành. Chứng chỉ/ Giấy chứng nhận kết quả đào tạo liên tục do đơn vị tự in theo mẫu theo đã quy định. Tại cơ quan Bộ Y tế, Thủ trưởng các Vụ, Cục chuyên môn và Cục trưởng Cục Khoa học và Đào tạo chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục.

- **Tại các tỉnh/thành phố**(Mã C): Sở Y tế quản lý chung, xây dựng kế hoạch, phân công nhiệm vụ và cấp chứng chỉ/ giấy chứng nhận đào tạo liên tục.

+ Các đơn vị y tế tuyến tỉnh bao gồm: Các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa; Trung tâm y tế dự phòng; Trung tâm kiểm nghiệm Dược phẩm; Chi cục DS-KHHGD,...có đủ điều kiện theo quy định được thẩm định và cho phép của Bộ Y tế. Tất cả các đơn vị nói trên đều phải hình thành bộ phận quản lý đào tạo liên tục, xây dựng và trang bị cơ sở vật chất tối thiểu, môi trường học tập phù hợp cho đào tạo theo đúng qui định đã hướng dẫn. Khi đủ điều kiện, Sở Y tế sẽ tiến hành thẩm định và chuyển kết quả về Bộ xem xét để cấp mã số cơ sở đào tạo liên tục ở đây là mã số cấp 2.

+ Như vậy tại mỗi tỉnh/thành phố sẽ có các đơn vị đào tạo là các trường (mã A), của đơn vị trung ương/hoặc Trung tâm khu vực (mã B) và các cơ sở đào tạo liên tục của tỉnh (mã C). Mỗi cơ sở đào tạo này sẽ được giao các nhiệm vụ đào tạo liên tục về một lĩnh vực y tế nhất định theo quy định của Bộ Y tế. Giấy chứng nhận đào tạo liên tục có mã A và B có giá trị toàn quốc, còn giấy chứng nhận đào tạo liên tục mã C có giá trị trong tỉnh(các tỉnh cũng có

thể công nhận chương trình đào tạo của nhau nếu có sự thỏa thuận công nhận của các Sở Y tế). Khi có chứng nhận về kiểm định chất lượng thì giá trị các chứng chỉ/ giấy chứng nhận đào tạo liên tục có thể được liên thông.

- Tổ chức quản lý công tác đào tạo liên tục

Tại các tỉnh/thành phố:

+ Sở Y tế có 1 lãnh đạo và 1 cán bộ được giao nhiệm vụ quản lý đào tạo liên tục.

+ Mỗi cơ sở đào tạo liên tục của Sở (bệnh viện tỉnh và các đơn vị khác): có 1 cán bộ chuyên trách và 1 lãnh đạo.

Các cán bộ nói trên có thể kiêm nhiệm những công tác khác về nhiệm vụ đào tạo liên tục, họ là những cán bộ quản lý phải được giao nhiệm vụ bởi quyết định của người có thẩm quyền, đăng ký tên, địa chỉ liên lạc với Sở Y tế và Bộ Y tế. Người ký chứng chỉ phải là người đã đăng ký tên và chữ ký với Sở Y tế và Bộ Y tế.

Các sở sở đào tạo trung ương: Giám đốc cơ sở được giao nhiệm vụ đào tạo có quyết định thành lập bộ phận quản lý gồm 01 Lãnh đạo phụ trách và ít nhất một cán bộ quản lý .

Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo) có cán bộ phụ trách:

- Một lãnh đạo Cục phụ trách chung.
- Một hay một số chuyên viên giúp việc quản lý.

- Chứng chỉ/Giấy chứng nhận đào tạo liên tục

Quy định chung:

- Chứng chỉ đào tạo liên tục cán bộ y tế là một loại văn bằng cấp cho những người đã tham dự và đạt yêu cầu qua các điểm đánh giá qui định tại các khóa đào tạo/ tập huấn nghiệp vụ chuyên môn theo các chương trình đào tạo đã được cấp có thẩm quyền ban hành và thực hiện tại một cơ sở đào tạo liên tục được Bộ Y tế giao nhiệm vụ.

- Giấy chứng nhận đào tạo liên tục là văn bản cấp cho những người tham dự các hội thảo, hội nghị khoa học hay các hình thức khác có nội dung chuyên môn liên quan mật thiết đến nhiệm vụ và có giá trị tương đương với khoảng thời gian học tập theo các chương trình quy định.

- Việc cấp, thu hồi và quản lý chứng chỉ, giấy chứng nhận thực hiện đúng theo các quy trình về cấp và quản lý văn bằng do Chính phủ quy định.

Quản lý, cấp phát chứng chỉ/ giấy chứng nhận đào tạo liên tục cán bộ y tế tại các tỉnh/ thành phố

Sở Y tế in phôi chứng chỉ/ giấy chứng nhận đào tạo liên tục theo mẫu thống nhất do Bộ Y tế ban hành, quản lý và cấp phôi giấy chứng nhận cho mỗi khóa học, kiểm tra hướng dẫn việc cấp phát cho học viên đảm bảo đúng quy định.

Giấy chứng nhận/chứng chỉ in mã số đào tạo được Bộ Y tế cấp cho Sở Y tế (mỗi Sở Y tế có một mã, mang ký hiệu bắt đầu bằng chữ C).

Giấy chứng nhận đào tạo liên tục (phải có 2 chữ ký): Chữ ký của lãnh đạo được thủ trưởng đơn vị giao phụ trách công tác đào tạo liên tục ký tên, đóng dấu và chữ ký của người phụ trách lớp học.

Chỉ một lãnh đạo duy nhất trong đơn vị được giao ký vào chứng chỉ / giấy chứng nhận đào tạo liên tục.

Giấy chứng chỉ/chứng nhận chỉ cấp cho những người hoàn thành khóa học theo đúng các điều kiện được ghi trong chương trình đào tạo.

Ghi và lưu trữ chứng chỉ/giấy chứng nhận

Cán bộ quản lý của đơn vị đào tạo ghi đủ các thông tin như trong chứng chỉ/giấy chứng nhận kèm theo Thông tư 22/2013/TT-BYT. Đồng thời ghi các thông tin cần thiết về người học, khóa học... vào sổ theo dõi cấp giấy chứng nhận, lưu lâu dài tại đơn vị đào tạo.

Cán bộ chuyên trách đào tạo liên tục của Sở Y tế lập sổ quản lý phôi chứng chỉ/chứng nhận, ghi số phát hành chứng chỉ cấp cho các khóa đào tạo, số lượng cấp cho từng lớp và theo dõi đối chiếu phôi chứng chỉ với số lượng học viên được cấp, định kỳ có báo cáo lãnh đạo Sở.

Quản lý, cấp phát chứng chỉ/ giấy chứng nhận đào tạo liên tục cán bộ y tế tại các cơ sở khác

Các trường Y Dược, các bệnh viện, viện nghiên cứu trực thuộc Bộ Y tế, các trung tâm đào tạo thuộc các Hội trung ương khi được Bộ Y tế cho phép đào tạo, được in chứng chỉ/ giấy chứng nhận theo mẫu quy định của Bộ Y tế để cấp cho những học viên đạt kết quả sau khóa học. Chứng chỉ/ giấy chứng nhận ghi rõ mã số đào tạo liên tục của đơn vị mình.

Chứng chỉ/ giấy chứng nhận có 2 chữ ký của Giám đốc (hoặc 01 Phó Giám đốc được giao phụ trách đào tạo liên tục) và của người phụ trách khóa học.

Các cơ sở này chịu trách nhiệm quản lý và lưu trữ phôi chứng chỉ và theo dõi quá trình cấp chứng chỉ/ giấy chứng nhận theo các quy định về quản lý văn bằng chứng chỉ hiện hành.

- Kinh phí cho đào tạo liên tục cán bộ y tế

- Kinh phí do đóng góp của người đi học để tham gia khoá đào tạo liên tục để nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ của bản thân.

- Kinh phí đào tạo liên tục cần được kết cấu từ ngân sách nhà nước trong kế hoạch chung hàng năm của các cơ sở đào tạo.

- Các đơn vị có trách nhiệm bố trí kinh phí đào tạo liên tục cho cán bộ y tế của mình từ kinh phí chi thường xuyên của đơn vị.

- Kinh phí có từ nguồn thu hợp pháp khác để đào tạo liên tục.

Kinh phí đào tạo được tính toán dựa trên các chi phí thực tế của khóa học theo nguyên tắc thu đủ chi, không vì lợi nhuận và theo các qui định của Pháp luật. Cơ sở đào tạo phải công khai kinh phí của khóa học trước khi triển khai để người học lựa chọn.

2. CHƯƠNG TRÌNH, TÀI LIỆU DẠY – HỌC

2.1.Chương trình đào tạo liên tục

Bộ Y tế thống nhất quản lý về mặt nhà nước chương trình và tài liệu dạy - học liên tục về chuyên môn được sử dụng trong các cơ sở đào tạo, ngành y tế. Để xây dựng được chương trình đào tạo đầu tiên cần xác định nhu cầu cần đào tạo về chuyên môn nghiệp vụ cho cán bộ y tế trên cơ sở đó xây dựng chương trình. Việc xây dựng chương trình đào tạo rất công phu và đòi hỏi có kinh nghiệm, nghiệp vụ về lĩnh vực này. Chương trình đào tạo liên tục cần có các nội dung sau:

- Tên của khoá học, thời gian và giới thiệu chung về khóa học.
- Mục tiêu khoá học (Kiến thức/Kỹ năng,Thái độ).
- Đối tượng, yêu cầu đầu vào đối với học viên.
- Chương trình chi tiết (được cụ thể đến tên bài và số tiết học).
- Tên tài liệu dạy-học chính thức và tài liệu tham khảo.
- Phương pháp dạy – học.
- Tiêu chuẩn giảng viên và trợ giảng.
- Thiết bị, học liệu cho khóa học (kể cả thực hành lâm sàng).
- Hướng dẫn tổ chức thực hiện chương trình.
- Đánh giá và cấp chứng chỉ/giấy chứng nhận đào tạo liên tục.

Cơ sở đào tạo xây dựng chương trình đào tạo theo hướng sau:

Các chương trình đào tạo liên tục có thời gian từ 3 tháng trở lên và nội dung chuyên môn sâu nên thiết kế để có thể liên thông với các chương trình đào tạo sau đại học như chuyên khoa 1, chuyên khoa 2.

Đối với những nội dung đào tạo phù hợp thì xây chương trình theo ứng dụng CNTT (e-learning).

Yêu cầu chương trình có các nội dung cụ thể sau:

- Giới thiệu chương trình: Giới thiệu sơ lược ngắn gọn
- Mục tiêu đào tạo của khóa học: Đây chủ yếu là các khóa ngắn hạn nên chỉ cần nêu mục tiêu cụ thể. Trong đó có đủ các mục tiêu về Kiến thức, mục tiêu về Kỹ năng và mục tiêu về Thái độ và hành vi.
- Đối tượng học viên tham dự lớp: yêu cầu cụ thể về trình độ, nơi làm việc,... để có thể dự lớp
- Phân phối thời gian chương trình đào tạo (tiết học 45 phút)

Số TT	Tên bài	Mục tiêu học tập (hoặc Nội dung)	Số tiết		
			Tổng	Lý thuyết	Thực hành
1					
2					
3					
...					
	Ôn tập, kiểm tra đánh giá				
	Tổng số tiết học				

- Hướng dẫn tổ chức đào tạo
- *Hướng dẫn tổ chức thực hiện chương trình:*
 - + Cách tiến hành khóa đào tạo, tổ chức thực hiện chương trình đào tạo.
- + Phương pháp tổ chức học tập: học lý thuyết, thực hành, cộng đồng,...
- + Địa điểm tổ chức học tập.
- *Tên tài liệu dạy học chính thức và Tài liệu tham khảo:*

Tự biên soạn theo chương trình, hoặc sử dụng tài liệu sẵn có nào, ở đâu, của ai,...?
- *Yêu cầu về tiêu chuẩn giảng viên và trợ giảng*
- *Thiết bị, học liệu sử dụng cho khóa học*

- *Phương pháp giảng dạy chính sẽ sử dụng*
- *Phương pháp đánh giá để được cấp chứng chỉ/giấy chứng nhận đào tạo liên tục*

2.2. Tài liệu đào tạo liên tục

2.2.1. Biên soạn mới tài liệu

Căn cứ vào chương trình được phê duyệt, các cơ sở đào tạo xây dựng tài liệu dạy - học cho phù hợp. Tài liệu dạy - học được cấu trúc theo chương, bài. Trong mỗi bài cần có mục tiêu, nội dung và lượng giá. Khi biên soạn phần nội dung, lượng giá cần bám sát theo mục tiêu của bài học đã đề ra.

Bộ Y tế khuyến khích kèm theo tài liệu dạy-học có “Tài liệu cho giảng viên” để thuận lợi cho việc tổ chức các khoá đào tạo, đặc biệt là các khoá học đào tạo giảng viên (TOT) để thuận lợi cho việc triển khai sau khoá học.

Cấu trúc mỗi cuốn sách cho học viên sẽ có các nội dung như sau:

Lời nói đầu: Cần có đủ các nội dung như: Mục tiêu, đối tượng sử dụng, hướng dẫn sử dụng sách, biên soạn dựa trên chương trình nào.

Về nội dung: Nội dung từng bài biên soạn theo chương trình đào tạo cần ghi rõ:

- Tên bài.
- Mục tiêu cụ thể của bài.
- Nội dung cần đảm bảo 4 yêu cầu sau:
 - + Kiến thức cơ bản, hệ thống (đã được thừa nhận, được khẳng định, đặc biệt là những nguyên lý, nguyên tắc).
 - + Chính xác và khoa học (nội dung khoa học chính xác, có chứng cứ).
 - + Cập nhật tiến bộ khoa học kỹ thuật, kinh tế, xã hội (về kiến thức và kỹ thuật hiện đại).
 - + Thực tiễn (đặc biệt thực tiễn Việt Nam).

Cần chú ý tập trung đưa vào những kiến thức cốt lõi (phải biết), sau đó mới đến kiến thức liên quan nhiều (cần biết), hạn chế đưa những kiến thức ít liên quan (biết thì tốt), Kiến thức mới (mà chương trình chưa kịp cập nhật) được đưa vào với tỷ lệ hợp lý.

- Câu hỏi tự lượng giá
 - + Nên chuẩn bị câu hỏi viết ở dạng cải tiến như: câu hỏi ngắn, lựa chọn, đúng sai, điền chỗ trống,....

+ Câu hỏi nghiên cứu (bài tập tình huống)

+ Câu hỏi tự lượng giá cần bao phủ toàn bộ nội dung bài học. Câu hỏi tự lượng giá cũng có thể biên soạn dạng truyền thống. Khuyến khích biên soạn theo phương pháp mới cho học viên dễ tự nghiên cứu, số lượng bố trí khoảng từ 5-10 câu hỏi cho 1 tiết học, để sinh viên có thể tự học.

+ Phần tự lượng giá bố trí ở cuối mỗi bài học, cũng có thể bố trí chung ở cuối cuốn sách. (Những câu hỏi này không phải dùng để làm đề thi, kiểm tra).

+ Trong các khoá đào tạo liên tục, phần lượng giá không đòi hỏi phức tạp, tuy nhiên ít nhất cũng là các câu hỏi truyền thống, đơn giản để học viên có thể tự học và không nhất thiết theo quy định chung đã nêu trên.

Khối lượng kiến thức:

Để đảm bảo cho sinh viên có tài liệu học tập và sử dụng theo phương pháp học tập tích cực, yêu cầu khối lượng kiến thức cho mỗi tiết học khoảng từ 3 đến 4 trang giấy khổ A4. Khuyến khích dùng hình ảnh, sơ đồ minh hoạ.

Trình bày tài liệu:

Trình bày cần lưu ý các kênh thông tin như: chữ, viết dễ hiểu, trong sáng. Hình ảnh cần lựa chọn kỹ càng, phù hợp, rõ ràng. Có sơ đồ, bảng, biểu, đồ thị cho dễ hiểu.

+ Cuối mỗi bài là những tài liệu đọc thêm cho học viên (nếu có thì cần chỉ rõ tài liệu nào? Bài nào và không liệt kê quá dài để học viên có thời gian đọc thêm).

+ Phần cuối của cuốn sách: cần ghi danh mục tài liệu tham khảo trong quá trình biên soạn và trích dẫn nguồn nội dung khoa học (nếu có).

+ Mục lục (để ở đầu tài liệu).

Về tác giả: Tài liệu đào tạo liên tục nên là một tập thể tác giả để có thể thu thập được các kinh nghiệm thực tế. Khuyến khích các tác giả là các nhà khoa học, có kinh nghiệm thực tiễn tham gia biên soạn tài liệu cho đào tạo liên tục để có nhiều nội dung mới, cập nhật.

2.2.2. Sử dụng tài liệu đã có sẵn

Chuẩn bị chương trình phù hợp với yêu cầu của từng đơn vị đã rất công phu, tuy nhiên việc biên soạn tài liệu còn mất nhiều thời gian hơn và không phải ai cũng có thể biên soạn tài liệu được. Nếu cứ bắt buộc phải biên soạn tài liệu thì đôi khi giảng viên buộc phải sao chép để cho có.

Trong đào tạo liên tục, nhất là việc triển khai đào tạo liên tục ở các tỉnh, sau khi có chương trình thì sử dụng tài liệu nào để giảng dạy là vấn đề khó

khăn, vì vậy phương án tối ưu nhất thường được lựa chọn là sử dụng tài liệu có sẵn để giảng dạy, như vậy đảm bảo được sự chính xác, trung thực và lại nhanh chóng có thể triển khai được công tác đào tạo liên tục.

Tài liệu có sẵn là những tài liệu nào:

- Tài liệu của Bộ Y tế.

Các tài liệu, sách đạt chuẩn chuyên môn của Bộ Y tế đã thẩm định và ban hành chính thức, đây là các tài liệu tốt nhất, an toàn nhất để các cơ sở sử dụng cho đào tạo. Nhưng lưu ý cần trích dẫn sách, tài liệu và văn bản phê duyệt.

- Các tài liệu do các đơn vị trung ương biên soạn:

Những tài liệu này thường do các bệnh viện, viện nghiên cứu trung ương hay đơn vị được giao nhiệm vụ chỉ đạo tuyển biên soạn sử dụng trong các lớp tập huấn. Nếu những tài liệu này đã được phê duyệt và phù hợp với nội dung chuyên môn của đơn vị thì thủ trưởng đơn vị có thể ban hành quyết định sử dụng cho khóa học của mình. Tuy nhiên để chắc chắn đảm bảo về pháp lý Thủ trưởng chỉ quyết định sau khi tham khảo ý kiến của Hội đồng chuyên môn phù hợp theo quy định của Bộ Y tế.

- Các tài liệu đã xuất bản ở các nhà xuất bản trong và ngoài nước.

Cần có sự lựa chọn một phần hay toàn bộ để sử dụng cho khóa học, tuy nhiên nếu là ban hành chính thức của cấp trên chỉ đạo về chuyên môn thì sử dụng được ngay, còn lại cần phải tham vấn Hội đồng chuyên môn của đơn vị và ra quyết định sử dụng một phần hay toàn bộ nội dung tài liệu.

- Các tài liệu do các dự án trong nước và quốc tế hoặc các chuyên gia quốc tế và trong nước chuyển đến: Hiện nay có rất nhiều dự án, nhiều chuyên gia quốc tế và trong nước đưa đến các đơn vị để làm tài liệu cho các khóa tập huấn, hội thảo. Những tài liệu này cần được đơn vị chính thức hóa trước khi đưa vào đào tạo thông qua Hội đồng chuyên môn của đơn vị.

2.3. Thẩm định và phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo liên tục.

- Bộ Y tế phê duyệt chương trình, tài liệu dạy - học cho các cơ sở đào tạo tuyển trung ương và các khóa đào tạo nhân lực y tế cho hai tỉnh trở lên, các khóa đào tạo của các dự án y tế trung ương trên cơ sở đề nghị của các Hội đồng thẩm định chuyên môn do Bộ Y tế thành lập. Thời gian đề Bộ Y tế hoàn thành thủ tục thẩm định là 30 ngày.

- Bộ Y tế ủy quyền cho các Sở Y tế phê duyệt chương trình và tài liệu đào tạo trình độ dưới đại học cho các cơ sở đào tạo thuộc Sở Y tế quản lý trên cơ sở đề nghị của hội đồng thẩm định chương trình và tài liệu dạy - học

chuyên môn do Sở Y tế thành lập. Thời gian Sở Y tế hoàn thành việc thẩm định là 30 ngày.

- Bộ Y tế uỷ quyền cho các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp y dược, Các cơ sở chỉ đạo tuyển được thẩm định và phê duyệt các chương trình và tài liệu đào tạo liên tục theo các nội dung của chương trình đào tạo chính quy mà cơ sở đào tạo đang thực hiện trên cơ sở thẩm định của Hội đồng chương trình của trường.

- Các cơ sở đào tạo có trách nhiệm xây dựng chương trình, tài liệu dạy học và trình phê duyệt trước khi tổ chức khoá đào tạo.

- Chương trình và tài liệu dạy - học có thể riêng biệt hoặc gộp chung, nhưng phải thể hiện rõ phần chương trình và phần tài liệu dạy - học. Bộ Y tế khuyến khích các cơ sở đào tạo ứng dụng công nghệ thông tin và truyền thông trong việc xây dựng các tài liệu dạy - học.

- Bộ Y tế sẽ xem xét để phân cấp việc thẩm định và phê duyệt chương trình đào tạo liên tục cho các cơ sở đào tạo liên tục khác khi có đủ điều kiện.

3. ĐÀO TẠO TRONG CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU QUỐC GIA, CÁC DỰ ÁN TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC VỀ Y TẾ

3.1. Công tác đào tạo nhân lực y tế thuộc các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, các dự án viện trợ trong, ngoài nước về y tế được triển khai theo kế hoạch dự án được phê duyệt và tuân theo Luật Việt Nam. Các khoá đào tạo ngắn hạn áp dụng cho 2 tỉnh trở lên phải báo cáo Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo) xin phê duyệt chương trình và tài liệu dạy - học trước khi tiến hành mở lớp. Quy trình phê duyệt chương trình và tài liệu dạy - học của dự án theo quy trình tổ chức các khoá học về đào tạo liên tục ngành y tế.

3.2. Các chương trình mục tiêu quốc gia và dự án do cơ quan trung ương quản lý báo cáo với Bộ Y tế, dự án do tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương quản lý báo cáo với sở y tế về kế hoạch đào tạo liên tục để phối hợp thực hiện.

Kế hoạch đào tạo tổng thể của chương trình/dự án phải được báo cáo về cơ quan quản lý khi dự án triển khai đồng thời đăng ký số lượng chứng chỉ đào tạo liên tục thuộc phạm vi của dự án.

3.3. Những khoá học đào tạo của dự án cho một tỉnh hoặc một đơn vị y tế đang ở dạng thí điểm và không áp dụng các quy định trong thông tư này thì không được cấp chứng chỉ đào tạo liên tục của ngành y tế.

4. KIỂM ĐỊNH CHẤT LƯỢNG CƠ SỞ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 493/ QĐ-BYT ngày 17 tháng 2 năm 2012 quy định Tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng cơ sở đào tạo liên tục cán bộ y tế gồm 3 bộ tiêu chuẩn cụ thể như sau:

- Tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng đơn vị đào tạo liên tục thuộc bệnh viện trung ương.

- Tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng đơn vị đào tạo liên tục thuộc viện nghiên cứu trung ương.

- Tiêu chuẩn đảm bảo chất lượng đơn vị đào tạo liên tục thuộc Sở Y tế các tỉnh/ thành phố trực thuộc trung ương.

Trong bộ tiêu chuẩn dành cho Sở Y tế lại có 3 nhóm tiêu chuẩn riêng cho các đơn vị thuộc Sở:

- + Cơ quan văn phòng Sở Y tế.

- + Các bệnh viện tỉnh, thành phố.

- + Các trung tâm y tế và các đơn vị khác thuộc Sở.

Bộ Y tế đã phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới soạn thảo Tài liệu Hướng dẫn Kiểm định chất lượng cơ sở đào tạo liên tục cán bộ y tế. Trên cơ sở bộ công cụ kiểm định chất lượng cơ sở đào tạo liên tục này, đơn vị sẽ tự đánh giá theo các tiêu chuẩn, tiêu chí và có kế hoạch và đầu tư nâng cấp, tiếp sau đó sẽ có kế hoạch kiểm định ngoài hay kiểm định độc lập.

5. TRIỂN KHAI TỔ CHỨC CÔNG TÁC ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

5.1. Kế hoạch đào tạo bồi dưỡng cán bộ, công chức nhà nước: dựa theo kế hoạch hàng năm của cơ quan có thẩm quyền của nhà nước quy định. Các đơn vị trực thuộc sẽ do Bộ Y tế giao kế hoạch. Các đơn vị y tế thuộc các tỉnh, thành phố, y tế ngành sẽ do Chủ tịch UBND tỉnh /thành phố hoặc Bộ chủ quản giao kế hoạch.

5.2. Kế hoạch đào tạo liên tục về chuyên môn nghiệp vụ: Các đơn vị y tế (công lập và ngoài công lập) xây dựng kế hoạch 5 năm và hàng năm do thủ trưởng đơn vị phê duyệt trên cơ sở góp ý của hội đồng tư vấn cơ quan. Trong bản kế hoạch phải thể hiện nguồn kinh phí và phương án tổ chức triển khai thực hiện.

5.3. Triển khai công tác đào tạo liên tục:

5.3.1. Với các khoá học trong nước bằng ngân sách nhà nước:

- Sau khi nhận được kế hoạch của cấp có thẩm quyền giao, các đơn vị báo cáo kế hoạch mở lớp kèm theo chương trình và tài liệu dạy - học và đội ngũ giảng viên về cơ quan quản lý có thẩm quyền giao kế hoạch. Triển khai công tác đào tạo theo đúng kế hoạch đã đăng ký và báo cáo kết quả sau khoá

học. Trừ trường hợp đặc biệt, các lớp học về chuyên môn, nghiệp vụ không bố trí quá 30 người, đặt ở nơi có môi trường sư phạm để dạy - học.

- Các khoá đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức, viên chức nhà nước theo hướng dẫn của Bộ Nội vụ và những hội thảo khoa học chuyên ngành cũng được công nhận là khoá đào tạo liên tục của ngành.

5.3.2. Các khoá đào tạo liên tục không sử dụng ngân sách nhà nước

- Các đơn vị y tế có trách nhiệm xây dựng và triển khai kế hoạch đào tạo liên tục đã được Thủ trưởng đơn vị phê duyệt và báo cáo cơ quan quản lý cấp trên sau khi thực hiện.

- Sở Y tế có trách nhiệm xây dựng kế hoạch, hướng dẫn, chỉ đạo tổ chức đào tạo về chuyên môn, nghiệp vụ cho những người hành nghề y tế tư nhân thuộc địa bàn.

- Không có sự khác nhau trong công tác đào tạo liên tục có sử dụng hay không sử dụng ngân sách nhà nước.

5.4. Quản lý công tác đào tạo liên tục

- Bộ Y tế: Quản lý những khoá học ở tuyến trung ương và những khoá học liên quan đến nhiều cơ sở y tế (từ 2 tỉnh trở lên). Những khoá học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, được lần đầu tiên được đưa vào Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực, nhiệm vụ được giao và theo kế hoạch của Bộ Y tế.

- Các Sở Y tế: Chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục ở địa phương mình và tổ chức các khoá đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý của Sở.

- Các trường Đại học, Cao đẳng y tế, Trung cấp y tế thuộc tỉnh/thành phố có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với Sở y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.

- Các cơ sở được giao nhiệm vụ đào tạo liên tục phải đáp ứng các điều kiện đảm bảo chất lượng (đội ngũ giảng viên, cơ sở vật chất, học liệu,...) và chịu trách nhiệm quản lý, báo cáo định kỳ về cơ quan quản lý cấp trên.

- Hàng năm, Bộ Y tế phối hợp với các Sở y tế để kiểm tra, giám sát việc tổ chức đào tạo liên tục để đảm bảo chất lượng.

Bộ Y tế đã phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới biên soạn cuốn tài liệu về “Quản lý công tác đào tạo liên tục cán bộ y tế”. Cuốn tài liệu nhằm mục đích hướng dẫn đầy đủ các hoạt động quản lý cho đào tạo liên tục tại các đơn vị.

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Phụ lục 1

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **1874/QĐ-TTg**

Hà Nội, ngày 12 tháng 11 năm 2009

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành danh sách các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Nghị định số 178/2007/NĐ-CP ngày 03 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ, cơ quan ngang Bộ;

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế

1. Bệnh viện Bạch Mai;
2. Bệnh viện Chợ Rẫy;
3. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế;
4. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên;
5. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ;
6. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Quảng Nam;
7. Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí;
8. Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới;
9. Bệnh viện Hữu nghị Việt - Đức;
10. Bệnh viện E;
11. Bệnh viện Hữu nghị;
12. Bệnh viện Thống nhất;
13. Bệnh viện C Đà Nẵng;

14. Bệnh viện K;
15. Bệnh viện Nhi Trung ương;
16. Bệnh viện Phụ - Sản Trung ương;
17. Bệnh viện Mắt Trung ương;
18. Bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương;
19. Bệnh viện Nội tiết Trung ương;
20. Bệnh viện Răng - Hàm - Mặt Trung ương Hà Nội;
21. Bệnh viện Răng - Hàm - Mặt Trung ương thành phố Hồ Chí Minh;
22. Bệnh viện 71 Trung ương;
23. Bệnh viện 74 Trung ương;
24. Bệnh viện Phổi Trung ương;
25. Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1;
26. Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2;
27. Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hoà;
28. Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quỳnh Lập;
29. Bệnh viện Điều dưỡng - Phục hồi chức năng Trung ương;
30. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương;
31. Bệnh viện Da liễu Trung ương;
32. Bệnh viện Lão khoa Trung ương;
33. Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương;
34. Bệnh viện Châm cứu Trung ương;
35. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương;
36. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương;
37. Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên;
38. Viện Pasteur Nha Trang;
39. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh;
40. Viện Dinh dưỡng;
41. Viện Y học biển;
42. Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường;
43. Viện Vệ sinh - Y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh;
44. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương;
45. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn;
46. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng thành phố Hồ Chí Minh;
47. Trường Đại học Y Hà Nội;
48. Trường Đại học Dược Hà Nội;
49. Đại học Y - Dược thành phố Hồ Chí Minh;
50. Trường Đại học Y Thái Bình;
51. Trường Đại học Y Hải Phòng;
52. Trường Đại học Y tế công cộng;
53. Trường Đại học Y - Dược Cần Thơ;
54. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định;

55. Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam;
56. Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương;
57. Trường Cao đẳng Kỹ thuật y tế II;
58. Trường Cao đẳng Dược Trung ương Hải Dương;
59. Trường Cao đẳng nghề Kỹ thuật thiết bị y tế;
60. Trung tâm Đào tạo, bồi dưỡng cán bộ Dân số - Y tế;
61. Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương;
62. Viện Kiểm nghiệm thuốc thành phố Hồ Chí Minh;
63. Viện Kiểm định Quốc gia Vắc xin và Sinh phẩm y tế;
64. Viện Kiểm nghiệm an toàn vệ sinh thực phẩm Quốc gia;
65. Viện Pháp y Quốc gia;
66. Viện Trang thiết bị và Công trình y tế ;
67. Viện Dược liệu;
68. Viện Vắc xin và Sinh phẩm y tế;
69. Trung tâm Nghiên cứu, sản xuất Vắc xin và Sinh phẩm y tế;
70. Viện Giám định pháp y tâm thần Trung ương;
71. Viện Giám định y khoa;
72. Trung tâm Truyền thông - Giáo dục sức khỏe Trung ương;
73. Viện Công nghệ thông tin - Thư viện y học Trung ương;

Điều 2. Hiệu lực thi hành

Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký ban hành.

Bãi bỏ Quyết định số 138/2002/QĐ-TTg ngày 15 tháng 10 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ về việc thành lập Trường Đại học Răng - Hàm - Mặt; mục 3 khoản 1 Điều 1 Quyết định số 621/QĐ-TTg ngày 18 tháng 4 năm 2006 của Thủ tướng Chính phủ về việc sắp xếp, tổ chức lại các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế ngoài Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2003 của Chính phủ; khoản 7 Điều 3 Quyết định số 18/2008/QĐ-TTg ngày 29 tháng 01 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình thuộc Bộ Y tế.

Điều 3. Trách nhiệm thi hành

1. Bộ trưởng Bộ Y tế chịu trách nhiệm:

a) Thành lập Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt trực thuộc Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở sáp nhập Trường Đại học Răng - Hàm - Mặt và Bộ môn Răng Hàm Mặt của Trường Đại học Y Hà Nội;

b) Sắp xếp, tổ chức lại Viện Công nghệ thông tin - Thư viện y học Trung ương trên cơ sở sáp nhập Trung tâm Tin học và Viện Thông tin - Thư viện y học Trung ương;

c) Sắp xếp, tổ chức lại Viện Chiến lược và Chính sách y tế trên cơ sở các đơn vị trực thuộc Viện Chiến lược và Chính sách y tế và Viện Nghiên cứu Dân số và Phát triển trực thuộc Tổng cục Dân số - Kế hoạch hoá gia đình.

2. Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

THỦ TƯỚNG

Đã ký

Nơi nhận:

- Ban Bí thư Trung ương Đảng;
- Thủ tướng, các Phó Thủ tướng Chính phủ;
- Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc CP;
- Văn phòng BCĐ TW về phòng, chống tham nhũng;
- HĐND, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Văn phòng Trung ương và các Ban của Đảng;
- Văn phòng Chủ tịch nước;
- Hội đồng Dân tộc và các Ủy ban của Quốc hội;
- Văn phòng Quốc hội;
- Tòa án nhân dân tối cao;
- Viện Kiểm sát nhân dân tối cao;
- Ủy ban Giám sát tài chính Quốc gia;
- Kiểm toán Nhà nước;
- Ngân hàng Chính sách xã hội;
- Ngân hàng Phát triển Việt Nam;
- Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam;
- Cơ quan Trung ương của các đoàn thể;
- VPCP: BTCN, các PCN, Cổng TTĐT, các Vụ, Cục, đơn vị trực thuộc, Công báo;
 - Lưu: Văn thư, TCCV(5b)

Nguyễn Tấn Dũng

ĐÁP ÁN TRẢ LỜI

1. Đáp án bài 1:

Câu 1: Đúng

Câu 2: Sai

Câu 3: Đúng

Câu 4: Sai

2. Đáp án bài 2:

Câu 1: Đ

Câu 4: Đ

Câu 7: S

Câu 2: S

Câu 5: S

Câu 8: Đ

Câu 3: Đ

Câu 6: Đ

Câu 9: Đ

3. Đáp án bài 3:

Câu 1: A= chăm sóc sức khỏe, B= lợi nhuận

Câu 2: A= tài chính, B= đóng BHYT, C= tham gia BHYT

Câu 3: A sai, B đúng, C đúng.

Câu 4: A và D

Câu 5: A sai, B đúng, C đúng.

Câu 6: A đúng, B đúng, C sai.

Câu 7: 1B, 2A, 3C, 5D

4. Đáp án bài 4:

Câu 1: D

Câu 9: D=Giám sát
Nhiễm khuẩn

Câu 13: S

Câu 2: C

Câu 14: Đ

Câu 3: B

Câu 10: D= xâm phạm
quyền của người bệnh

Câu 15: Đ

Câu 4: B

Câu 11: A= Được hành
nghề theo đúng phạm vi
chuyên môn ghi trong

Câu 16: S

Câu 5: B

chứng chỉ hành nghề

Câu 17: Đ

Câu 6: B

Câu 18: Đ

Câu 7: D

Câu 12: Đ

Câu 8: D

5. Đáp án bài 5:

Câu 1: S

Câu 6: S

Câu 13: E

Câu 2: S

Câu 7: S

Câu 14: S

Câu 3: S

Câu 8: Đ

Câu 15: Đ

Câu 4: S

Câu 9: S

Câu 16: Đ

Câu 5: S

Câu 10: Đ

6. Đáp án bài 6:

Câu 1: A = Đơn vị tự đảm bảo chi phí hoạt động;

Câu 2: B (2002)

Câu 3: D

Câu 4: B= Thực hiện công khai, dân chủ theo quy định của pháp luật).

Câu 5: C

7. Đáp án bài 7:

Câu 1. A= Sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực nhằm tăng năng suất lao động và nâng cao tính hiệu quả của tổ chức.

Câu 2. D= Quy hoạch nhân lực cần được phối hợp chặt chẽ trong tổng thể quy hoạch phát triển của tổ chức.

Câu 3. B = Nhóm chức năng đào tạo và phát triển

Câu 4. Sai

Câu 5. Đúng

Câu 6. Đúng

8. Đáp án bài 8:

Câu 1: IB; IIB; IIIA

Câu 2: 2A= thu thập thông tin; 2B= lựa chọn phương pháp

Câu 3: 3A= tính mục tiêu; 3C = tính cân đối

Câu 4: 4C = Phân bổ nguồn lực cho từng hoạt động, công việc

Câu 5: Đúng

Câu 6: Sai

Câu 7: đúng

Câu 8: Sai

Câu 9: Đúng

9. Đáp án bài 9:

Câu 1: B= Quản lý và phân bổ nguồn tài chính

Câu 2: B= Có kế hoạch sử dụng hiệu quả cao ngân sách Nhà nước cấp và các nguồn kinh phí

Câu 3: C = Quyết toán

Câu 4: D

Câu 5: A= Chính sách “xã hội hóa y tế”theo Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP về đẩy mạnh xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá và thể dục thể thao; và B = Chính sách tự chủ bệnh viện theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP

Câu 6: Đ

Câu 7: S

Câu 8: Đ

Câu 9: S

10. Đáp án bài 10:

Câu 1: Đ

Câu 2: S

Câu 3: Đ

Câu 4: B= kê đơn hợp lý

Câu 5:

A. Dược sỹ lâm sàng: Thông tin và tư vấn lựa chọn thuốc

B. Hội đồng thuốc: Xây dựng danh mục thuốc BV

C. Bác sỹ để lựa chọn thuốc cho người bệnh

D. Điều dưỡng để dùng thuốc đúng cách cho người bệnh

E. Bệnh nhân với các thuốc không cần kê đơn.

Câu 6: Bước 4 = Bắt đầu điều trị

Câu 7: Đúng

11. Đáp án bài 11:

Câu 1. A = Chỉ thị số 01/2003/CT-BYT ngày 13/06/ của Bộ trưởng Bộ Y tế về tăng cường công tác quản lý TTBYT.

Câu 2. E = Cán bộ quản lý khái thác, sử dụng

Câu 3. C = Quản lý bảo dưỡng sửa chữa TTBYT

12. Đáp án bài 12:

Câu 1: D

Câu 2: 2A Đ, 2B Đ, 2C Đ

Câu 3: S

Câu 4: 4D = Phân hệ quản lý dược bệnh viện; 4F= phân hệ quản lý nhân sự, tiền lương

13. Đáp án bài 13:

Câu 1: A= sản xuất vắc xin, sinh phẩm

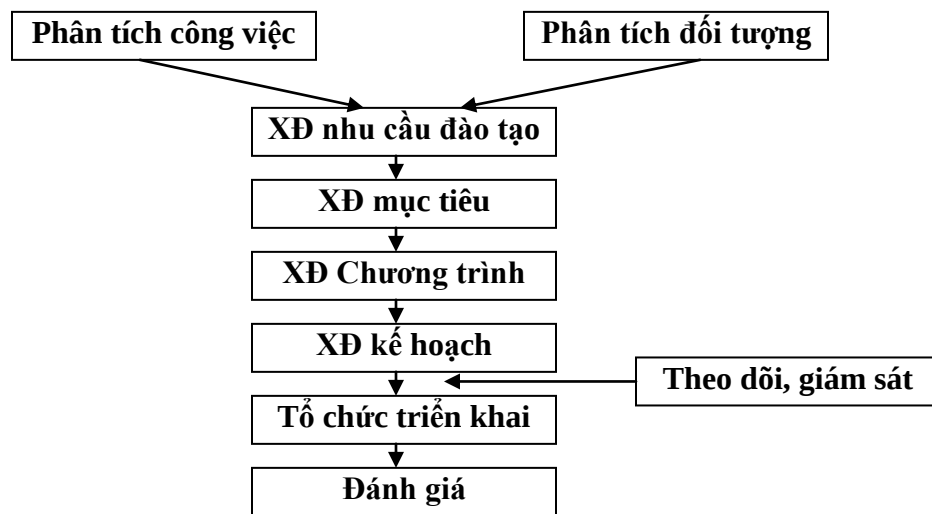
Câu 2: **B**= Các trung tâm khu vực

Câu 3: Đào tạo cán bộ khoa học

Câu 4: Mục tiêu nghiên cứu

Câu 5: Đào tạo liên tục

Câu 6:



14. Đáp án bài 14:

Câu 2: C Sai

Câu 3: B Sai

Câu 4: C Sai

Câu 5: B Sai

Câu 6: D, F Sai

Câu 7: C, E Sai

Câu 8: B Sai

Câu 9: C Sai

Câu 10: B Sai

15. Đáp án bài 15:

Câu 1: Đ

Câu 2: S

Câu 3: Đ

Câu 4: Đ

Câu 5: S

Câu 6: Đ

Câu 7: Đ

Câu 8: C= Xâm phạm quyền của người bệnh.

Câu 9: D

Câu 10: B= nhầm thuốc; H= thủ tục hành chính rườm rà

Câu 11: C

16. Đáp án bài 16:

Câu 1: C, D

Câu 2: D

Câu 3: A

Câu 4: B

Câu 5: B

Câu 6: Đ

Câu 7: S

Câu 8: Đ

Câu 9: Đ

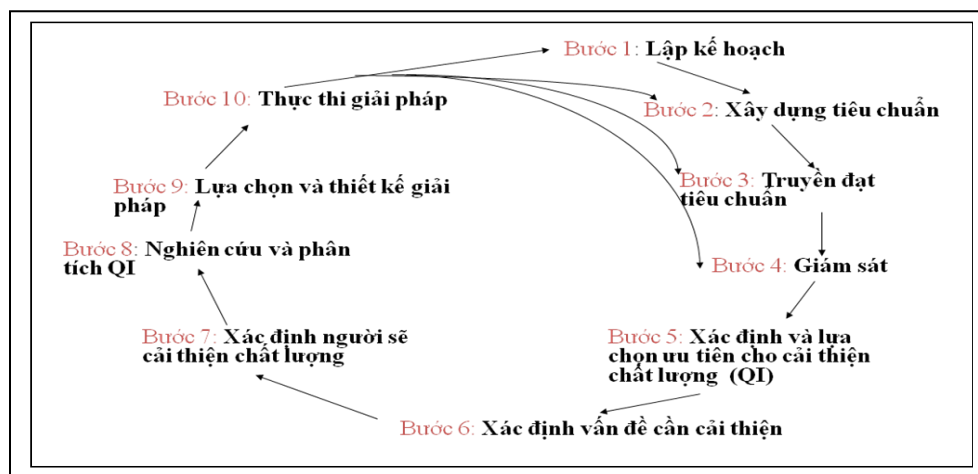
Câu 10: S

17. Đáp án bài 17:

Câu 1: D

Câu 2: C= Đưa ra các khuyến nghị; E = Cung cấp kiến thức về chất lượng bệnh viện;

Câu 3: Bước 1= lập kế hoạch; Bước 4 = Giám sát; Bước 6= Xác định vấn đề cần cải thiện; Bước 10 = Thực thi các giải pháp.



18. Đáp án bài 18:

Câu 1: Đ

Câu 2: Đ

Câu 3: Đ

Câu 4: Đ

Câu 5: S

Câu 6: Đ

Câu 7: Đ

Câu 9: D

Câu 11: D

Câu 10: B) Nhầm thuốc; H) Thủ tục hành chính rườm rà dẫn đến khám, chữa bệnh không kịp thời

19. Đáp án bài 19:

Câu 1: (1)= Trách nhiệm cao trước sức khỏe và tính mạng người bệnh

(3)= Lao động liên tục cả ngày và đêm

Câu 2: B= Giúp thầy thuốc thu thập thông tin về người bệnh

Câu 3:

3.1. Đ

3.2. Đ

3.4. Đ

3.5. Đ

Câu 4:

4.2. Lắng nghe người bệnh nói

4.4. Chọn phương pháp giao tiếp thích hợp

20. Đáp án bài 20:

1. Điều dưỡng là:

A. Là A, B, C, D

2. Vai trò của điều dưỡng

A. Cả A, B, C, D

3. Xu hướng điều dưỡng quốc tế

Điền vào chỗ trống câu trả lời sau đây:

A. Thiếu nhân lực và xuất hiện làn sóng...DI CU'....nghề nghiệp

4. Những đổi mới của điều dưỡng Việt Nam trong 20 năm qua:

Điền vào chỗ trống câu trả lời dưới đây:

C. Hệ thống đào tạo điều dưỡng phát triển nhanh chóng ở các cấp độ:
TRUNG HỌC, CAO ĐẲNG, ĐẠI HỌC VÀ TRÊN ĐẠI HỌC

5. Nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện:

Bổ sung thêm nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tại người bệnh vào mục E

E. (CÂU TRẢ LỜI NÀY CÓ THỂ ĐIỀN BẤT CỨ ĐỀ MỤC NÀO CỦA MỤC IV, CÁC KHOẢN TỪ 5-12 TRONG NỘI DUNG TÀI LIỆU)

6. Những điều kiện để thực hiện chăm sóc toàn diện thành công tại bệnh viện là:

TT	Điều kiện	Đúng	Sai
1	Thực hiện Nghị định 43, BV nên tổ chức hệ thống quản lý điều dưỡng gọn nhẹ, có thể lồng ghép điều dưỡng và Kế hoạch tổng hợp		X
2	Để đảm bảo nhân lực chăm sóc người bệnh, tỷ lệ điều dưỡng phải đảm bảo 3-3,5 điều dưỡng/1 bác sĩ	X	
3	Nên tổ chức mô hình chăm sóc người bệnh theo nhóm hoặc theo đội nhằm bộ máy quản lý gọn nhẹ		X
4	Cần trang bị các phương tiện phục vụ chăm sóc, phục vụ cá nhân người bệnh đầy đủ	x	
5	Nên quy định nguồn kinh phí hàng năm cho công tác chăm sóc người bệnh	x	
6	Tăng cường đào tạo liên tục để duy trì kiến thức, cập nhật chuyên môn cho nhân viên.	x	
7	Nên sử dụng dịch vụ chăm sóc người bệnh để giảm gánh nặng nhân lực của bệnh viện		x

7. Các giải pháp tăng cường tính chuyên nghiệp của điều dưỡng:

A. Cả A, B, C, D

21. Đáp án bài 21

Câu 1: (a) liên quan đến chăm sóc y tế; (b) mắc phải

Câu 2: Đ

Câu 3: C

Câu 4: (C) Sự tuân thủ của nhân viên y tế

Câu 5: S

Câu 6: (C) Kim tiêm và các vật sắc nhọn nhiễm khuẩn xuyên qua da

Câu 7: C

Câu 8: D

Câu 9: Các khoa trọng điểm có nguy cơ cao

Câu 10: (A) Chương trình vệ sinh tay nhân viên y tế; (D) Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện

Câu 11. (D) Đào tạo nhân viên y tế về KSNK