

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
TỔ CHỨC Y TẾ -
ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng VLVH

Bạc Liêu, năm 2021

**ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ**



**GIÁO TRÌNH
TỔ CHỨC Y TẾ -
ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng VLVH

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 118A/QĐ-CDYT, ngày 10/03/2020 của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu ban hành giáo trình đào tạo ngành Điều dưỡng trình độ cao đẳng hệ VLVH)

Bạc Liêu, năm 2021

CHỦ BIÊN

TS. Phạm Thị Nhã Trúc

THAM GIA BIÊN SOẠN

TS. Phạm Thị Nhã Trúc

BS. CK2. Nguyễn Kim Nhung

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Giáo trình Tổ chức y tế và Đạo đức nghề nghiệp được biên soạn dựa trên chương trình đào tạo ngành cao đẳng Điều dưỡng của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu. Giáo trình này nhằm cung cấp cho người học kiến thức về hệ thống tổ chức y tế ở Việt Nam, đồng thời giúp người học rèn luyện thực hiện y đức trong quá trình hành nghề trong hệ thống tổ chức y tế Việt Nam với những chức năng, nhiệm vụ của tổ chức, từng chức danh để phối hợp làm việc hiệu quả.

Nội dung giáo trình gồm kiến thức chung nhất về hệ thống tổ chức, quản lý và hoạt động của ngành Y tế nói chung của Việt Nam. Chức năng, nhiệm vụ, tổ chức quản lý của các tuyến. Tầm quan trọng của công tác quản lý nhân lực và quản lý các nguồn lực y tế để tăng cường chất lượng và hiệu quả chăm sóc sức khỏe nhân dân. Các nguyên lý cơ bản về quản lý y tế, lập kế hoạch, tổ chức điều hành, theo dõi, giám sát và đánh giá các hoạt động y tế. Các kiến thức căn bản về Y đức và tầm quan trọng của đạo đức trong nghiên cứu y học.

Trong quá trình biên soạn giáo trình, nhóm biên soạn có tham khảo nhiều tài liệu, đảm bảo tính kế thừa và cập nhật. Nhóm biên soạn rất trân trọng và cảm ơn các tổ chức, cá nhân, thông tin, tài liệu được sử dụng làm tài liệu tham khảo trong quá trình biên soạn. Giáo trình gồm 3 chương. Chương I: Hệ thống tổ chức ngành y tế Việt Nam. Chương II: Quản lý y tế. Chương III: Đạo đức nghề nghiệp. Tổng thời gian đào tạo là 30 tiết học lý thuyết.

Trong quá trình biên soạn, mặc dù đã rất cố gắng nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi những hạn chế, thiếu sót. Nhóm biên soạn rất mong nhận thêm sự đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên và học viên cũng như người sử dụng giáo trình.

NHÓM BIÊN SOẠN

MỤC LỤC



TRANG

Lời giới thiệu

Chương I. Hệ thống tổ chức ngành y tế Việt Nam..... 1

Bài 1.1. Đại cương về hệ thống y tế Việt Nam..... 2

Bài 1.2. Quan điểm Y tế Việt Nam..... 13

Bài 1.3. Mô hình sức khỏe - bệnh tật ở Việt Nam 25

Bài 1.4. Tổ chức và quản lý hệ thống khám chữa bệnh..... 36

Bài 1.5. Tổ chức và quản lý bệnh viện 49

Chương II. Quản lý y tế 57

Bài 2.1. Đại cương về quản lý y tế..... 58

Bài 2.2. Lập kế hoạch y tế..... 64

Bài 2.3. Theo dõi, đánh giá hoạt động y tế 70

Bài 2.4. Giám sát hoạt động y tế..... 75

Chương III. Đạo đức nghề nghiệp 81

Bài 3.1. Giới thiệu về đạo đức hành nghề Y, Dược..... 82

Bài 3.2. Nghĩa vụ và yêu cầu đạo đức của cán bộ y tế 93

Bài 3.3. Nguyên tắc đạo đức trong chăm sóc y tế 97

Bài 3.4. Đạo đức trong nghiên cứu khoa học y học..... 106

Tài liệu tham khảo 116

Tên môn học: TỔ CHỨC Y TẾ - ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP

Mã môn học: DD.V.10

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** Môn học Tổ chức y tế - Đạo đức nghề nghiệp được thực hiện sau khi học xong các môn chung.

- **Tính chất:** Môn học Tổ chức y tế - Đạo đức nghề nghiệp giúp sinh viên có kiến thức cơ bản về các tổ chức trong ngành y tế; lập và theo dõi, đánh giá được kế hoạch y tế; biết các quan điểm của Đảng về công tác y tế; mô hình sức khỏe - bệnh tật ở Việt Nam; các kiến thức căn bản về Y đức và tầm quan trọng của đạo đức trong nghiên cứu y học.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được đặc điểm của hệ thống y tế Việt Nam
- 1.2. Mô tả được tổ chức và nhiệm vụ của các tuyến trong hệ thống y tế Việt Nam
- 1.3. Trình bày được nội dung quản lý chính của y tế cơ sở
- 1.4. Trình bày được các quan điểm chỉ đạo cơ bản về công tác y tế Việt Nam
- 1.5. Trình bày được đặc điểm mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam, nhu cầu khám chữa bệnh của người dân
- 1.6. Mô tả được nhiệm vụ chung và hệ thống tổ chức của bệnh viện
- 1.7. Mô tả được chu trình quản lý y tế
- 1.8. Trình bày được kiến thức căn bản về Y đức và các nguyên tắc về Đạo đức hành nghề.
- 1.9. Trình bày được tầm quan trọng của đạo đức trong nghiên cứu lĩnh vực Y-Dược.

2. Kỹ năng

- 2.1. Vận dụng được các quan điểm, mục tiêu, giải pháp trên vào trong học tập và công tác.
- 2.2. Vận dụng những kiến thức đã học để thực hiện việc lập kế hoạch y tế nơi được phân công thực tập, công tác.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm

- 3.1. Tôn trọng và nghiêm túc xây dựng cho bản thân những quan điểm, tình cảm đúng đắn về chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe nhân dân.
- 3.2. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.

3.3. Chịu trách nhiệm cá nhân trong công việc được giao và khi phối hợp làm việc.

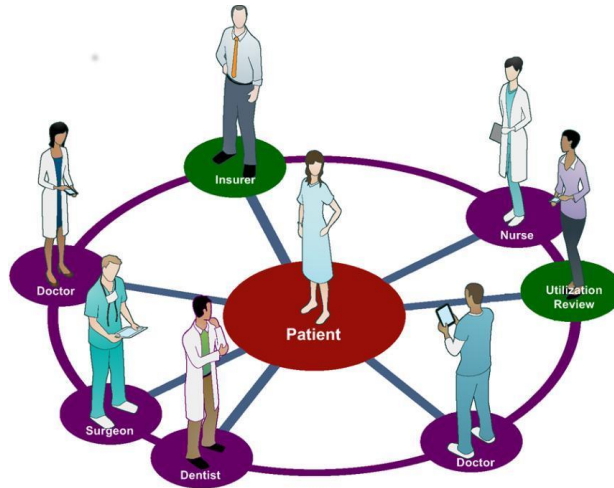
III. NỘI DUNG MÔN HỌC:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)		
		TS	LT	KT
I	Chương I. Hệ thống tổ chức ngành y tế Việt Nam			
1.1	Bài 1. Đại cương về hệ thống y tế Việt Nam	1	1	
1.2	Bài 2. Quan điểm Y tế Việt Nam	3	3	
1.3	Bài 3. Mô hình sức khỏe - bệnh tật ở Việt Nam	2	2	
1.4	Bài 4. Tổ chức và quản lý hệ thống khám chữa bệnh	2	2	
1.5	Bài 5. Tổ chức và quản lý bệnh viện	2	2	
II	Chương II. Quản lý y tế			
2.1	Bài 1. Đại cương về quản lý y tế	1	1	
2.2	Bài 2. Lập kế hoạch y tế	4	3	1
2.3	Bài 3. Theo dõi, đánh giá hoạt động y tế	3	3	
2.4	Bài 4. Giám sát hoạt động y tế	2	2	
III	Chương III. Đạo đức nghề nghiệp			
3.1	Bài 1. Giới thiệu về đạo đức hành nghề Y, Dược	2	2	
3.2	Bài 2. Nghĩa vụ và yêu cầu đạo đức của cán bộ y tế	3	3	
3.3	Bài 3. Nguyên tắc đạo đức trong chăm sóc Y, Dược	2	2	
3.4	Bài 4. Đạo đức trong nghiên cứu Y, Dược	3	2	1
	Cộng	30	28	2

Chương I

HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH Y TẾ

VIỆT NAM



Bài 1.1

ĐẠI CƯƠNG VỀ HỆ THỐNG Y TẾ VIỆT NAM

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

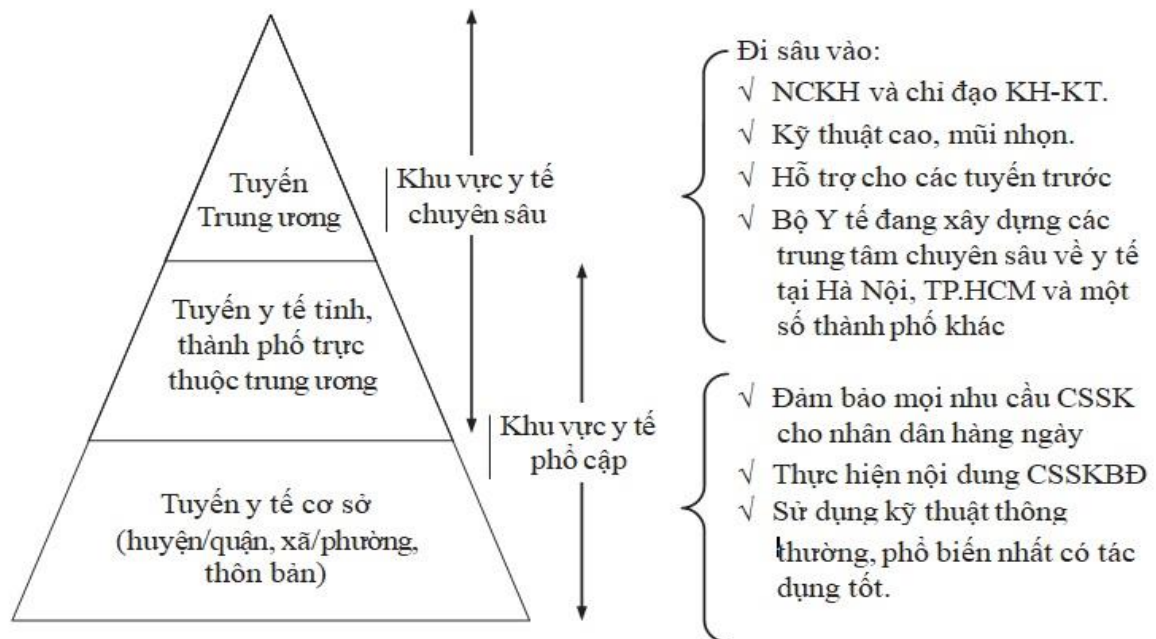
1. Mô tả được hệ thống tổ chức các tuyến của Ngành Y tế Việt Nam.
2. Trình bày được nguyên tắc tổ chức và điều hành của hệ thống Y tế.
3. Phân tích được chức năng của các tuyến.
4. Vẽ và giải thích được sơ đồ hệ thống tổ chức Ngành Y tế ở Việt Nam.

B. NỘI DUNG

I. HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

1. Tổ chức chung của Ngành Y tế Việt Nam

Theo Thông tư 02 ngày 27/6 /1998, nghị định 172/ 2003/ NĐ – CP ngày 29/ 09/ 2004 của chính phủ, thông tư liên tịch số 11/ 2005/ TTLT – BHYT – BNV ngày 12/ 04 / 2005 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ, nghị định số 14/2008/NĐ-CP ngày 04/02/2008, thông tư liên tịch số 03/2008/ TTLT-YT-BNV ngày 25/4/2008 của Bộ Y tế -Bộ Nội vụ thì tổ chức Ngành Y tế Việt Nam tóm tắt như sau:



Hình 1. Mô hình chung tổ chức bộ máy y tế Việt Nam

1.1. Tuyến Trung ương: bao gồm:

- Bộ Y tế
- Các bệnh viện, viện trung ương.
- Các trường đại học, cao đẳng trực thuộc Bộ Y tế.

1.2. Tuyển địa phương

1.2.1. Tuyển tỉnh - thành phố trực thuộc trung ương

- Sở y tế tỉnh.
- Bệnh viện Đa khoa tỉnh, thành phố, Bệnh viện Đa khoa khu vực.
- Các bệnh viện, các trung tâm chuyên khoa tỉnh, thành phố.
- Trường Cao đẳng, trường Trung cấp y tế tỉnh, thành phố.

1.2.2. Tuyển cơ sở

- Bệnh viện đa khoa huyện, thành phố thuộc tỉnh.
- Trung tâm y tế dự phòng huyện, thành phố thuộc tỉnh.
- Phòng y tế huyện, thành phố thuộc tỉnh.
- Phòng khám đa khoa khu vực.
- Trạm y tế xã, phường, thị trấn và y tế thôn bản. (Riêng các huyện miền núi và hải đảo những nơi khó khăn chưa hội đủ điều kiện thì còn tổ chức Phòng y tế và Trung tâm y tế huyện).

1.3. Y tế ngành

- Bệnh viện riêng của 6 bộ (Giao thông - Vận tải, Xây dựng, Nông nghiệp và phát triển Nông thôn, Công nghiệp, Bru chính viễn thông, Giáo dục - Đào tạo).
- Bệnh viện Bộ Quốc phòng, Bộ công an, nhà Điều dưỡng thương bệnh binh thuộc Bộ lao động thương binh và xã hội.

2. Tổ chức của các tuyến y tế

2.1. Tuyển Trung ương

- Bộ Y tế: Theo nghị định số 49/2003/NĐ - CP ngày 15/5/2003 của chính phủ Bộ Y tế có các chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn như sau:

* Chức năng chung: pháp luật, chiến lược, quy hoạch, hợp tác quốc tế...

* Nhiệm vụ - quyền hạn: quản lý Nhà nước và điều hành 13 lĩnh vực cụ thể sau:

1. Ban hành văn bản quy phạm pháp luật của ngành nói chung.
2. Về YTDP
3. Về ĐT CBYT
4. Về KCB, PHCN
5. Về NCKH, ứng dụng CN
6. Về YHCT
7. Thẩm định và kiểm tra các dự án đầu tư.
8. Về Thuốc và Mỹ phẩm
9. Thanh tra chuyên ngành
10. Về VSATTP
11. Về các dịch vụ công.
12. Về TTB và công trình Y tế
13. Về các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế.

Về tổ chức Bộ Y tế gồm có 14 cơ quan và 6 lĩnh vực trực thuộc Bộ Y tế đó là:

2.1.1. Cơ quan Bộ Y tế: Có 14 cơ quan.

1. Vụ Điều trị
2. Vụ Pháp chế
3. Vụ YHCT
4. Vụ Tổ chức cán bộ
5. Vụ SKSS
6. Văn phòng
7. Vụ TTB và công trình y tế
8. Thanh tra
9. Vụ Khoa học - Đào tạo
10. Cục YTDP và phòng chống HIV/AIDS
11. Vụ Hợp tác quốc tế
12. Cục Quản lý Dược
13. Vụ Kế hoạch - Tài chính
14. Cục ATVSTP

2.1.2. Các lĩnh vực y tế: có 6 lĩnh vực.

1. YTDP
2. KCB, Điều dưỡng, PHCN
3. Đào tạo
4. Giám định, Kiểm nghiệm
5. Giáo dục truyền thông và chiến lược, chính sách y tế
6. Dược - Thiết bị Y tế

2.2. Tuyển địa phương

Theo nghị định số 01/1998 NĐ - CP ngày 03/01/1998 và Nghị định 172/ 2003/ NĐ - CP ngày 29/9/2004 của chính phủ và thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT - BYT-BNV ngày 12/04 2005 của Bộ y tế - Bộ Nội vụ và nghị định số 14/2008/NĐ-CP ngày 04/02/2008, thông tư liên tịch số 03/2008/ TTLT-YT-BNV ngày 25/4/2008 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ thì tuyển địa phương của Ngành Y tế bao gồm:

2.2.1. Sở Y tế

2.2.1.1. Vị trí - Chức năng

- Sở Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc UBND tỉnh, TP trực thuộc trung ương.
- Chịu sự quản lý toàn diện của UBND tỉnh, thành phố, đồng thời chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ của Bộ y tế.
- Chức năng của Sở y tế là giúp UBND tỉnh, thành phố quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn; đồng thời quản lý kinh phí và nhân lực y tế đối với hệ thống y tế theo phân cấp của cơ quan có thẩm quyền.

2.2.1.2. Tổ chức thuộc Sở Y tế:

- * Các tổ chức chuyên môn - kỹ thuật
 - Trung tâm YTDP
 - Trung tâm CSSKSS

- Trung tâm Phòng chống bệnh xã Hội (Mắt, Da liễu, Sốt rét, Nội tiết...)
- Trung tâm TTGDSK
- Trung tâm Kiểm nghiệm Thuốc, Mỹ phẩm
- Các BVĐK, BVCK, BVĐKKV.
- Trường Cao đẳng y tế hoặc THYT
- Các tổ chức kinh doanh, sản xuất Dược, TTBYT
- Phòng Giám định y khoa
- Tổ chức Giám định y pháp tỉnh, thành phố.

* Các phòng chức năng giúp việc Giám đốc sở có:

- Phòng KHTH
- Phòng TCCB
- Phòng Nghiệp vụ Y
- Phòng HC- QT
- Phòng Quản lý dược
- Thanh tra Y tế
- Phòng TC- KT

2.2.2.Y tế cơ sở: gồm có:

2.2.2.1. Phòng y tế quận, huyện, thành phố, thị xã (thuộc tỉnh)

* Vị trí, chức năng:

- Là cơ quan chuyên môn trực thuộc UBND quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh.

- Chịu sự chỉ đạo về quản lý, tổ chức, tài chính, của UBND huyện, quận, thị xã, thành phố, đồng thời chịu sự kiểm tra, chỉ đạo chuyên môn của Sở y tế.

- Chức năng là quản lý Nhà nước về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn bao gồm: YTDP, KCB - PHCN, YHCT, Mỹ phẩm, ATVSTP, TTBYT; thực hiện một số nhiệm vụ, quyền hạn theo phân cấp của UBND cấp huyện và uỷ quyền của Sở Y tế.

* Tổ chức biên chế: Tuỳ tình hình thực tế, CT UBND cấp huyện (nói chung) quyết định biên chế và tổ chức của Phòng y tế để đảm bảo chức năng nhiệm vụ và quyền hạn được giao. Biên chế thường bao gồm:

- 1 Trưởng phòng
- 1 đến 2 phó trưởng phòng
- 1 CB phụ trách công tác Tài chính - kế toán.
- 1 CB phụ trách Thủ quỹ
- Văn thư - Lưu trữ.

- 3- 4 CB phụ trách công tác tổ chức cán bộ, hành chính quản trị, thống kê báo cáo, chuyên trách các chương trình y tế mục tiêu...

2.2.2.2. Bệnh viện đa khoa tuyến huyện - Phòng khám đa khoa khu vực

* Vị trí, chức năng:

- Là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Sở y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn, thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí và nhân lực y tế.

- Chịu sự quản lý, chỉ đạo của UBND cấp huyện (nói chung) trong việc xây dựng kế hoạch KCB

- Điều dưỡng

- PHCN và tổ chức thực hiện kế hoạch đó trên địa bàn.

- Chức năng là KCB, chăm sóc, PHCN cho cán bộ và nhân dân trên địa bàn, đồng thời hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho tuyến y tế xã, phường, thị trấn.

* Tổ chức BV huyện:

+ Các đơn vị chuyên môn kỹ thuật gồm:

- Các Khoa lâm sàng, cận lâm sàng

- Đội Y tế lưu động

- Phòng khám đa khoa khu vực

+ Các phòng chức năng giúp việc cho Giám đốc

- Phòng KH

- Nghiệp vụ

- Phòng Tài chính Kế toán

- Phòng Tổ chức

- Hành chính

- Quản trị.

2.2.2.3. Trung tâm y tế dự phòng quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh:

* Vị trí - chức năng:

- Là đơn vị chuyên môn nghiệp vụ trực thuộc Sở y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn, thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở Y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí và nhân lực y tế.

- Chịu sự quản lý, chỉ đạo của UBND cấp huyện trong việc xây dựng kế hoạch phòng bệnh, vệ sinh phòng dịch và tổ chức thực hiện kế hoạch đó trên địa bàn.

- Chức năng là phòng bệnh, phòng chống dịch, xây dựng kế hoạch và triển khai các chương trình y tế mục tiêu quốc gia trên địa bàn, quản lý y tế xã, phường, thị trấn

* Tổ chức TT YTDP huyện + Các đơn vị chuyên môn kỹ thuật

- Các Khoa: Bệnh xã hội, BVSKBM

- TE, Dịch tễ ATVSTP, HIV/AIDS, Sốt rét.

- Đội Y tế lưu động

- Các Trạm y tế xã, phường, thị trấn.

+ Các phòng chức năng giúp việc Giám đốc

- Phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ
- Phòng Tài chính - Kế toán
- Phòng Tổ chức - Hành chính - Quản trị

Những nơi địa phương / vùng còn khó khăn chưa đủ điều kiện tách rời Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế dự phòng huyện thì vẫn giữ nguyên mô hình tổ chức Phòng y tế huyện, và Trung tâm y tế huyện

2.2.2.4. Trạm y tế xã, phường, thị trấn.

* Vị trí, chức năng:

- Là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân trong hệ thống Y tế Nhà nước.
- Chịu sự quản lý trực tiếp, toàn diện của phòng y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực y tế.

- Chịu sự quản lý Nhà nước của UBND xã, phường, thị trấn trong việc xây dựng, thực hiện các kế hoạch y tế trên địa bàn, đồng thời chịu sự giám sát và chỉ đạo chuyên môn kỹ thuật của BVĐK và chịu sự quản lý toàn diện của Trung tâm YTDP cấp huyện.

- Chức năng là thực hiện các dịch vụ kỹ thuật CSSK BD, phát hiện và báo cáo dịch, phòng chống dịch thực hiện các chương trình y tế mục tiêu quốc gia.

- Giúp TTYT dự phòng cấp huyện và UBND xã, phường, thị trấn quản lý y tế thôn bản cũng như thực hiện các nhiệm vụ được giao về công tác y tế trên địa bàn.

* Tổ chức biên chế: tùy điều kiện thực tế, thông thường là:

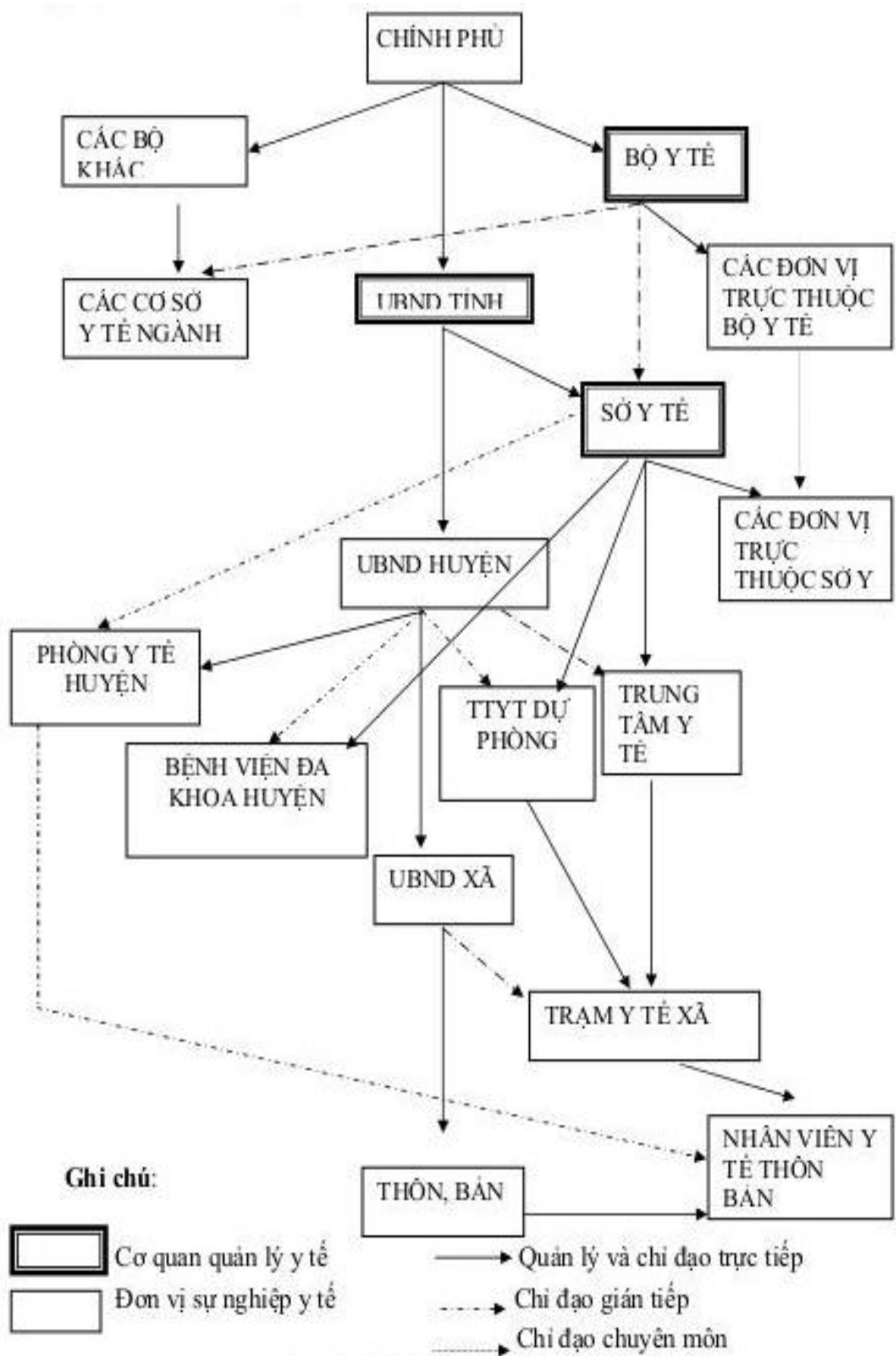
- 1 Trưởng trạm
- 1 Phó trưởng trạm
- 1 CB chuyên trách các công tác TCMR, VSPD, các chương trình y tế mục tiêu.
- 1 CB chuyên trách công tác BVSKBM -TE- KHHGD
- 1-2 CB chuyên trách công tác KCB - Dực - YTCT.

2.2.2.5. Y tế khám áp (Y tế thôn bản)

Không có trong tổ chức y tế Nhà nước, chỉ có nhân lực bán chuyên trách, có tên là nhân viên y tế khám áp/thôn bản (y tế áp/thôn) do nhân dân chọn cử, được ngành y tế đào tạo và cấp chứng chỉ.

- Chịu sự quản lý của Trưởng áp/thôn, Trưởng bản và chỉ đạo của Trạm Y tế xã. Phòng Y tế quản lý nhân lực, kinh phí và chuyên môn.

- Nhiệm vụ của nhân viên y tế khám áp (thôn bản) là truyền thông - GDSK, hướng dẫn nhân dân vệ sinh phòng dịch, CSSKBMTE - KHHGD, sơ cứu ban đầu, chăm sóc bệnh thông thường, thực hiện các chương trình y tế trong khám áp.



Hình 2. Hệ thống tổ chức ngành Y tế

II. HỆ THỐNG TỔ CHỨC NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

1. Tổ chức Ngành Điều dưỡng Việt Nam

1.1. Quá trình hình thành

Mặc dù các bệnh viện của Việt Nam đã được hình thành từ đầu thế kỷ thứ 20 và lúc đó, đã có các y tá làm việc trong các bệnh viện nhưng công việc của người y tá hoàn toàn dưới sự chỉ đạo trực tiếp của các bác sĩ và vì thế, không có hệ thống tổ chức riêng cho y tá. Đến năm 1965, Bộ Y tế đặt ra chức vụ Y tá trưởng bệnh viện và Y tá trưởng khoa.

Nhiệm vụ chính của y tá trưởng là làm các công việc kiểm tra chăm sóc và vệ sinh trong các khoa và bệnh viện, chưa được giao nhiệm vụ quản lý và điều hành toàn bộ hệ thống y tá trong bệnh viện cũng như điều hành công tác chăm sóc bệnh nhân. Năm 1987, với sự hỗ trợ của các chuyên gia Điều dưỡng Thụy Điển, phòng y tá thí điểm đầu tiên được thành lập tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Ban Y tá được thành lập tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. Cũng vào những năm này, Bộ Y tế thành lập tổ nghiên cứu công tác y tá quốc gia và nhiều hội thảo cấp vùng đã được tổ chức với sự hỗ trợ của SIDA Thụy Điển, để nghiên cứu kinh nghiệm công tác y tá của hai bệnh viện do Thụy Điển giúp đỡ và kinh nghiệm công tác điều dưỡng tại các tỉnh phía Nam và bệnh viện Việt Nam - Cu Ba tại Đồng Hới, Quảng Bình. Năm 1990, Bộ Y tế ban hành quyết định thành lập Phòng Y tá - Điều dưỡng trong các bệnh viện toàn quốc và giao nhiệm vụ cho Phòng Y tá tổ chức điều hành các hoạt động chăm sóc và toàn bộ y tá, hộ lý trong bệnh viện. Đây là một điểm rất quan trọng mở đường cho công tác y tá của nước ta phát triển. Năm 1992, sau khi hàng loạt các bệnh viện thành lập phòng y tá, làm xuất hiện nhu cầu cần có một tổ chức cao hơn để chỉ đạo các hoạt động của các phòng y tá bệnh viện. Vì vậy Phòng Y tá thuộc Vụ Quản lý Sức khỏe nay là Vụ Điều trị được thành lập. Việc ra đời Phòng Y tá thuộc Vụ Điều trị là một mốc lịch sử thứ hai, mở ra hướng xây dựng hệ thống điều dưỡng thành một chuyên ngành riêng biệt bên cạnh các hệ thống y - dược trong Ngành Y tế. Năm 1999, sau nhiều cố gắng của Hội Điều dưỡng và trên cơ sở đề nghị của các vụ của Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Y tế đã có quyết định ban hành chức vụ Điều dưỡng trưởng Sở Y tế và là phó phòng Nghiệp vụ Y.

Như vậy, sau gần một trăm năm, đặc biệt từ năm 1990 trở lại đây, sau nhiều nỗ lực của Bộ Y tế và Hội Điều dưỡng Việt Nam. Hệ Thống tổ chức Điều dưỡng Việt Nam đã được hình thành. Cùng với việc ra đời của Hội Nghề nghiệp và đưa chương trình điều dưỡng vào đào tạo trong các trường đại học, đã làm cho điều dưỡng trở thành một nghề chuyên nghiệp và thay đổi cơ bản hình ảnh cũng như vị thế của người điều dưỡng trong xã hội.

1.2. Hệ thống tổ chức

- Tại Vụ Điều trị Bộ Y tế: Phòng y tá được thành lập 1992, hiện tại là một bộ phận thuộc Vụ được giao nhiệm vụ chỉ đạo hệ thống y tá điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên (gọi chung là y tá điều dưỡng) trong toàn quốc.

- Tại các Sở Y tế: Bộ Y tế đã có quyết định bổ nhiệm chức vụ Điều dưỡng trưởng Sở Y tế từ năm 1999. Điều dưỡng trưởng Sở Y tế được cơ cấu là phó phòng nghiệp vụ y chuyên trách công tác y tá điều dưỡng trong toàn tỉnh.

- Tại các Trung tâm Y tế quận / huyện: Tùy theo số giường bệnh mà có, Tổ điều dưỡng trưởng hoặc một Điều dưỡng trưởng Trung tâm Y tế huyện. Vai trò của Điều dưỡng trưởng các trung tâm y tế đối với điều dưỡng làm việc tại các trạm y tế đang được nghiên cứu xác định cụ thể.

- Tại các bệnh viện hạng I, II và III: Các bệnh viện có Phòng Y tá điều dưỡng hoạt động theo quy chế bệnh viện ban hành năm 1997. Vị trí, tổ chức, nhiệm vụ của phòng, nhiệm vụ và quyền hạn của Trưởng phòng Y tá điều dưỡng trưởng bệnh viện và Y tá điều dưỡng trưởng khoa đã được xác định rõ và hoạt động ngày càng có hiệu quả.

2. Nhiệm vụ của Điều dưỡng trưởng các cấp:

2.1. Nhiệm vụ của Phòng điều dưỡng, Vụ Điều trị, Bộ Y tế: (Ban hành theo quyết định 356/BYT – ngày 14/3/1992)

- Xây dựng kế hoạch công tác điều dưỡng, nữ hộ sinh và kỹ thuật viên trong toàn ngành.

- Nghiên cứu bổ sung, sửa đổi quy chế chuyên môn, điều lệ kỹ thuật trong lĩnh vực y tá điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ sinh.

- Kiểm tra, đánh giá công tác chăm sóc và theo dõi hoạt động của hệ thống y tá điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ sinh trong cả nước.

- Tham mưu cho lãnh đạo Vụ Điều trị về các vấn đề liên quan tới y tá điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ sinh.

- Tham gia quản lý và biên soạn các chương trình đào tạo, bồi túc, tập huấn cho y tá điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ sinh.

2.2. Nhiệm vụ của Điều dưỡng trưởng Sở Y tế: (Theo Quyết định 1936/1999/QĐ – BHYT, ngày 02/7/1999)

- Xây dựng kế hoạch, phương án công tác y tá điều dưỡng của tỉnh và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch sau khi đã được phê duyệt.

- Kiểm tra, giám sát, đánh giá chất lượng chăm sóc bệnh nhân ở các cơ sở y tế.

- Quản lý, chỉ đạo y tá điều dưỡng trưởng các bệnh viện tuyến tỉnh và trung tâm y tế huyện về lĩnh vực y tá điều dưỡng.

- Phối hợp với trường trung học y tế và các bệnh viện xây dựng chương trình và tổ chức đào tạo lại về chuyên môn nghiệp vụ, y đức cho y tá điều dưỡng.

2.3. Vị trí, tổ chức, nhiệm vụ của Phòng điều dưỡng bệnh viện: (Theo Quyết định 1895/1997/BYT – QĐ, ngày 19/09/1997)

Phòng Điều Dưỡng Bệnh Viện là phòng chỉ đạo nghiệp vụ chăm sóc. Quản lý hệ thống y tá điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ lý toàn bệnh viện.

Với các bệnh viện hạng I, II và III đều có phòng điều dưỡng bệnh viện. Phòng điều dưỡng có các bộ phận: chăm sóc, đào tạo và nghiên cứu khoa học

Tổ chức Phòng Điều dưỡng bệnh viện có các nhiệm vụ sau:

- Tổ chức, chỉ đạo chăm sóc bệnh nhân toàn diện. Với chức năng chỉ đạo nghiệp vụ chăm sóc, Phòng điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm trước giám đốc bệnh viện trong việc tổ chức cung cấp các dịch vụ chăm sóc và phục vụ cho bệnh nhân toàn diện. Nội dung chăm sóc toàn diện bao gồm các chăm sóc về y tế, chăm sóc về thể chất, tinh thần và xã hội cho bệnh nhân khi nằm viện.

- Kiểm tra thực hiện kỹ thuật và quy chế bệnh viện. Việc kiểm tra được thực hiện hàng ngày bởi các Điều dưỡng trưởng khối và kiểm tra định kỳ. Nội dung kiểm tra theo tiêu chuẩn kiểm tra của Bộ Y tế và tập trung vào việc thực hiện các quy trình kỹ thuật chăm sóc, vệ sinh chống nhiễm khuẩn bệnh viện, thực hiện các quy định về giao tiếp và quy chế bệnh viện.

- Đào tạo, hướng dẫn học sinh, kiểm tra tay nghề. Phòng điều dưỡng và các điều dưỡng trưởng chủ động xây dựng kế hoạch đào tạo, đề cập nhật kiến thức và kỹ năng cho điều dưỡng viên. Nội dung đào tạo trong giai đoạn hiện nay là tập trung đào tạo về chăm sóc toàn diện, chống nhiễm khuẩn và kỹ năng giao tiếp. Ngoài ra, tạo điều kiện và giúp đỡ cho học sinh sinh viên đến thực tập.

- Dự trữ, kiểm tra sử dụng và bảo quản vật tư. Phòng y tá chịu trách nhiệm xây dựng định mức tiêu hao vật tư và dụng cụ y tế phục vụ cho công tác chăm sóc và phục vụ bệnh nhân, để lập kế hoạch mua sắm và đề nghị việc cấp phát cho các khoa, đồng thời kiểm tra việc sử dụng bảo đảm tiết kiệm.

- Chỉ đạo công tác vệ sinh, chống nhiễm khuẩn tại các buồng bệnh và các khoa. Phối hợp chặt chẽ với khoa chống nhiễm khuẩn để chỉ đạo công tác và kỹ thuật vệ sinh bệnh viện của hộ lý, công tác khử khuẩn, tiệt khuẩn, xử lý chất thải y tế và các kỹ thuật phòng chống lây chéo trong bệnh viện.

- Phối hợp với phòng tổ chức cán bộ để bố trí và điều hành điều dưỡng viên, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý trong toàn bệnh viện. Theo quy chế của Bộ Y tế, mọi điều dưỡng viên làm việc trong bệnh viện đều thuộc quyền điều hành của phòng điều dưỡng và Điều dưỡng trưởng bệnh viện. Phòng điều dưỡng tham gia với phòng tổ chức cán bộ bệnh viện trong việc lập kế hoạch nhân lực chăm sóc, trong quá trình tuyển chọn và bố trí, cũng như luân chuyển điều dưỡng viên tại các khoa trong bệnh viện.

- Tham gia nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyển. Hàng năm, phòng xây dựng kế hoạch nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyển để trình giám đốc bệnh viện phê duyệt. Những lĩnh vực nghiên cứu và cải tiến trọng tâm hiện nay là thực hành chăm sóc, vệ sinh chống nhiễm khuẩn, quản lý kinh tế và viện phí trong bệnh viện.

- Định kỳ sơ kết, tổng kết, báo cáo. Trưởng phòng điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm tổ chức sơ kết các hoạt động chăm sóc bệnh nhân hàng tháng, hàng quý và hàng năm, đồng thời báo cáo cho Giám đốc bệnh viện và Điều dưỡng trưởng cấp trên.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ:

Phần 1: Chọn trả lời đúng nhất

1. Chức năng Bệnh viện đa khoa tuyến huyện là:
 - A. Khám chữa bệnh cho cán bộ và nhân dân trên địa bàn
 - B. Hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho tuyến y tế xã, phường, thị trấn.
 - C. Chăm sóc, PHCN cho cán bộ và nhân dân trên địa bàn
 - D. Các câu A, B, C đều đúng
2. Các đơn vị chuyên môn kỹ thuật của Trung tâm y tế huyện gồm:
 - A. Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng
 - B. Các Trạm y tế xã.
 - C. Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng; đội y tế lưu động; Phòng khám đa khoa khu vực
 - D. Các câu A, B, C đều đúng

Phần 2: Câu hỏi đúng sai

Câu hỏi	Đúng	Sai
3. Sở Y tế chịu sự quản lý toàn diện và sự chỉ đạo, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ của UBND tỉnh, thành phố	A	B
4. Bệnh viện đa khoa tuyến huyện là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Sở Y tế, chịu sự quản lý, chỉ đạo và hướng dẫn, thanh tra, kiểm tra của Giám đốc Sở Y tế về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí và nhân lực y tế	A	B
5. Trạm y tế xã, phường, thị trấn chịu sự quản lý trực tiếp, toàn diện của UBND xã về chuyên môn nghiệp vụ, kinh phí, nhân lực y tế.	A	B
6. Phòng Y tế có quyền chứng nhận đủ điều kiện hành nghề dược, vắc xin, sinh phẩm y tế tư nhân	A	B
7. Trung tâm Kiểm nghiệm là đơn vị sự nghiệp độc lập, chịu sự quản lý trực tiếp của Ủy ban nhân dân tỉnh.	A	B

Phần 3: Câu hỏi điền khuyết

8. Tuyến Y tế Trung ương: bao gồm.
 - A.
 - B.
 - C. Các trường đại học, cao đẳng trực thuộc Bộ Y tế.
9. Tuyến y tế cơ sở gồm có các cơ sở Y tế:
 - A.
 - B.
 - C. Phòng y tế huyện, thành phố thuộc tỉnh.
 - D. Phòng khám đa khoa khu vực.
 - E. Trạm y tế xã, phường, thị trấn và y tế thôn bản.

Bài 1.2

QUAN ĐIỂM Y TẾ VIỆT NAM

A. MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:*

1. Trình bày đúng quan điểm chỉ đạo của Đảng, nhà nước về hệ thống Y tế Việt Nam.
2. Nêu được mục tiêu chung, mục tiêu cụ thể của chiến lược Y tế đến năm 2020, tầm nhìn năm 2030.
3. Trình bày được các nhiệm vụ và giải pháp chính để thực hiện Chiến lược Y tế Việt Nam giai đoạn năm 2020 và tầm nhìn 2030.

B. NỘI DUNG

I. QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO

1. Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội; Dịch vụ y tế là dịch vụ xã hội đặc biệt, phi lợi nhuận. Đầu tư cho sức khỏe là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của xã hội.

2. Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng Công bằng - Hiệu quả - Phát triển, bảo đảm an sinh xã hội. Tất cả người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm người dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, có chất lượng.

3. Sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là bổn phận của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng; là trách nhiệm của các Bộ, Ngành TW, các cấp ủy Đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội dân sự, trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn và kỹ thuật.

4. Nhà nước giữ vai trò chủ đạo trong quản lý vĩ mô, định hướng phát triển sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân thông qua hệ thống pháp lý và chính sách; điều tiết, phân bổ nguồn lực, quản lý giá và chất lượng dịch vụ y tế. Đẩy mạnh xã hội hóa, phát triển y tế ngoài công lập, kết hợp công - tư để huy động nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe gắn với việc tăng nhanh đầu tư từ NSNN cho y tế, Ưu tiên phát triển y tế dự phòng, y tế cơ sở, chăm sóc sức khỏe ban đầu. Kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền, kết hợp quân dân y, phối hợp y tế ngành. Đẩy nhanh tiến độ hiện đại hoá ngành y tế, phát triển y tế chuyên sâu và y tế phổ cập.

5. Hoàn thiện thể chế kinh tế thị trường định hướng XHCN trong hoạt động của ngành y tế, đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị y tế công lập gắn với việc thực hiện lộ trình Bảo Hiểm Y Tế toàn dân.

II. MỤC TIÊU VÀ GIẢI PHÁP

1. Mục tiêu

1.1. Mục tiêu chung

Bảo đảm mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Người dân được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và cải thiện chất lượng dân số.

1.2. Mục tiêu cụ thể

- Giảm tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và tàn tật; khống chế các bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, các bệnh gây dịch thường gặp và mới nổi, không để dịch lớn xảy ra. Hạn chế, tiến tới kiểm soát các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm, các bệnh liên quan đến môi trường, lối sống, hành vi, an toàn vệ sinh thực phẩm, dinh dưỡng, bệnh tật học đường.

- Nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng ở tất cả các tuyến; giảm tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến trên. Đẩy nhanh tốc độ phát triển y tế chuyên sâu cùng với y tế phổ cập, tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu. Phát triển y tế tư nhân/ngoài công lập, tăng cường phối hợp công- tư. Hiện đại hoá và phát triển y học cổ truyền; tăng cường kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại.

- Nâng cao chất lượng dân số, duy trì mức sinh thấp hợp lý, đáp ứng nhu cầu kế hoạch hoá gia đình của người dân, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ sức khỏe sinh sản có chất lượng, kiểm soát tỷ số giới tính khi sinh; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội ở các cấp, các ngành.

- Đẩy mạnh phát triển nguồn nhân lực y tế cả về số lượng và chất lượng, phát triển nhân lực y tế có trình độ cao; tăng cường nhân lực y tế cho khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa và một số chuyên khoa (cận lâm sàng, y tế dự phòng, nhi, truyền thông và tư vấn sức khỏe...). Bảo đảm cân đối giữa đào tạo và sử dụng nhân lực y tế.

- Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính ngành y tế, tăng nhanh đầu tư công cho y tế, phát triển BHYT toàn dân; điều chỉnh phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế hiệu quả.

- Bảo đảm cung ứng đủ thuốc, vắc-xin, sinh phẩm y tế và trang thiết bị y tế có chất lượng với giá cả hợp lý đáp ứng nhu cầu phòng bệnh, chữa bệnh của nhân dân; quản lý, sử dụng thuốc và trang thiết bị hợp lý, an toàn và hiệu quả.

- Nâng cao năng lực quản lý, hoàn thiện hệ thống pháp luật, chính sách y tế, đẩy mạnh cải cách hành chính, phát triển hệ thống thông tin y tế; tăng cường giám sát, đánh giá, thanh tra, kiểm tra đáp ứng nhu cầu đổi mới và phát triển ngành y tế.

1.3. Các chỉ tiêu sức khỏe

TT	Chỉ tiêu	Năm 2010	Năm 2015	Năm 2020
	Chỉ tiêu đầu vào			
1	Số bác sỹ/vạn dân	7,0	8,0	9,0
2	Số dược sỹ đại học/vạn dân	1,2	1,8	2,2
3	Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế hoạt động (%)	85	90	>90
4	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ hoạt động (%)	70	80	90
5	Tỷ lệ TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi (%)	> 95	> 95	>95
6	Số giường bệnh viện/vạn dân	20,5	23,0	25,0
	trong đó: Giường bệnh viện ngoài công lập	0,76	1,5	2,0
	Chỉ tiêu hoạt động			
7	Tỷ lệ trẻ em <1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ (%)	95 7 loại vaccin	>90 8 loại vaccin	>90 10 loại vaccin
8	Tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế	-	60	80
9	Tỷ lệ dân số tham gia BHYT (%)	60	75	>80
10	Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với y học hiện đại	14	20	25
11	Tỷ lệ chất thải rắn y tế được xử lý	75	85	100
	Chỉ tiêu đầu ra			
12	Tuổi thọ trung bình (tuổi)	73,0	74,0	75,0
13	Tỷ số chết mẹ (100.000 trẻ đẻ ra sống)	68,0	58,3	52,0
14	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (1.000 trẻ đẻ ra sống)	<16	14,0	11,0
15	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (1.000 trẻ đẻ ra sống)	25	19,3	16,0
16	Quy mô dân số (triệu người)	86,9	<93,0	<98,0
17	Mức giảm tỷ lệ sinh (‰)	0,20	0,20	0,20
18	Tốc độ tăng dân số (%)	1,03	1,00	1,00
19	Tỷ số giới tính khi sinh (trai/100 gái)	111	113	115
20	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng (cân nặng/tuổi) (%)	18,0	15,0	12,0
21	Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng (%)	<0,3	<0,3	<0,3

1.4. Mục tiêu định hướng đến năm 2030

- Hoàn chỉnh mạng lưới y tế hoạt động hiệu quả từ Trung ương đến địa phương.
- Các cơ sở y tế dự phòng từ tuyến tỉnh trở lên có labo xét nghiệm đạt tiêu chuẩn an toàn sinh học tối thiểu cấp II, đủ khả năng dự báo, kiểm soát và khống chế dịch bệnh trên địa bàn.

- Hoàn thiện 4 Trung tâm y tế chuyên sâu, kỹ thuật cao tại Hà Nội, Huế - Đà Nẵng, TP HCM và Cần Thơ. Một số kỹ thuật chuyên sâu đạt ngang tầm các nước tiên tiến trên thế giới.

- Các bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, vùng áp dụng quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn quốc tế. Thực hiện chi trả trọn gói theo ca bệnh, theo nhóm chẩn đoán, khoán định suất dịch vụ khám chữa bệnh; tự chủ toàn diện về tài chính, tổ chức, nhân sự và hoạt động trong phạm vi khuôn khổ pháp luật cho phép. Việc thanh toán viện phí được thực hiện thông qua BHYT kể cả dịch vụ y tế ở khu vực công lập và tư nhân.

- Các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên ứng dụng khoa học công nghệ tiên tiến trong các lĩnh vực chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh, tật và bảo hiểm y tế.

- Bảo đảm đáp ứng đủ nhân lực y tế có chất lượng cho các lĩnh vực hoạt động của ngành.

- Bảo đảm đủ thuốc, vắc xin, sinh phẩm, máu đạt tiêu chuẩn quy định phục vụ phòng bệnh, khám, chữa bệnh.

- Thanh toán bệnh sốt rét, bệnh lao theo tiêu chuẩn Tổ chức y tế Thế giới vào năm 2030.

2. Các giải pháp chính

a. Phát triển và hoàn thiện hệ thống tổ chức y tế

- Kiên toàn và ổn định mô hình tổ chức hệ thống y tế thống nhất từ trung ương đến địa phương. Kết hợp hài hòa giữa phát triển các trung tâm y tế chuyên sâu với kiên toàn, phát triển mạng lưới y tế cơ sở, giữa phát triển y tế công lập và ngoài công lập, giữa y học hiện đại và y học cổ truyền.

- Tiếp tục phát triển và hoàn thiện hệ thống y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS, hệ thống quản lý nhà nước về an toàn vệ sinh thực phẩm, hệ thống dân số-kế hoạch hoá gia đình, sức khoẻ sinh sản, hệ thống y tế trường học và y tế các bộ ngành.

- Phát triển và hoàn thiện mạng lưới KCB: Phát triển các trung tâm y tế chuyên sâu và các bệnh viện vùng. Cùng cố, nâng cao năng lực hoạt động các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh, tổ chức sắp xếp bệnh viện đa khoa tuyến huyện theo địa bàn cụm dân cư; phát triển các bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện ở những địa bàn xa trung tâm tỉnh. Duy trì và củng cố các phòng khám đa khoa cụm liên xã ở miền núi, vùng sâu, vùng xa. Xây dựng cơ sở y tế kết hợp quân dân y, nhất là tại các khu vực biên giới và hải đảo. Phát triển mạng lưới khám chữa bệnh y học cổ truyền. Khuyến khích phát triển các cơ sở khám chữa bệnh ngoài công lập. Phát triển các Trung tâm y tế chuyên sâu, các bệnh viện vùng (liên tỉnh). Cùng cố, phát triển và hiện đại hóa mạng lưới vận chuyển cấp cứu.

- Sắp xếp lại mạng lưới đào tạo phát triển nguồn nhân lực cho y tế, phân bổ hợp lý gắn đào tạo lý thuyết với đào tạo thực hành.

- Củng cố và phát triển mạng lưới sản xuất, lưu thông, phân phối và cung ứng thuốc. Củng cố và phát triển mạng lưới truyền máu; phấn đấu số lượng đơn vị máu thu được đạt tỷ lệ tương đương 2% dân số vào năm 2020, trong đó hiến máu tình nguyện đạt 90% vào năm 2015 và 100% vào năm 2020.

b. Đẩy mạnh công tác y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS, an toàn vệ sinh thực phẩm, nâng cao sức khỏe

- Đẩy mạnh các hoạt động YTDP và phòng chống HIV/AIDS, củng cố và hoàn thiện hệ thống cảnh báo dịch, phòng chống dịch bệnh chủ động, không để dịch lớn xảy ra. Tiếp tục triển khai thực hiện có hiệu quả các mục tiêu Chương trình Quốc gia.

- Thiết lập hệ thống giám sát, phòng chống các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm trong hệ thống y tế dự phòng và cộng đồng, có đủ năng lực tầm soát, phát hiện các đối tượng nguy cơ cao bệnh không lây nhiễm, người tiền bệnh.... Tư vấn và hướng dẫn điều trị dự phòng.

- Tăng cường phối hợp liên ngành trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Phòng chống tai nạn và thương tích, tai nạn giao thông, đuối nước, tai nạn lao động, tự tử và bệnh nghề nghiệp. Có các giải pháp thích hợp để đối phó với tác động của biến đổi khí hậu, dân số già hóa, bạo lực gia đình...

- Nâng cao năng lực điều phối, phản ứng nhanh với thảm họa, thiên tai... Xây dựng và triển khai các phương án đề phòng và khắc phục nhanh chóng hậu quả về sức khỏe do thảm họa, thiên tai gây ra.

- Xây dựng các công trình nước sạch, công trình vệ sinh để thực hiện việc “ăn sạch, uống sạch, ở sạch”, góp phần bảo vệ sức khỏe người dân.

- Triển khai các giải pháp để kiểm soát các yếu tố nguy cơ liên quan đến sức khỏe môi trường; giám sát và xử lý các chất thải y tế gây ô nhiễm môi trường và tác động xấu đến sức khỏe.

- Tăng cường quản lý an toàn vệ sinh thực phẩm; giám sát tình hình ô nhiễm thực phẩm để đề phòng ngộ độc thực phẩm. Phát triển đội ngũ thanh tra và kiểm tra an toàn vệ sinh thực phẩm tại tất cả các tuyến.

c. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng

- Tiếp tục đầu tư củng cố, nâng cấp đồng bộ và phát triển hệ thống khám chữa bệnh, phù hợp với nhu cầu KCB đa dạng của nhân dân và khả năng kinh tế- xã hội của từng vùng. Kết hợp phát triển dịch vụ KCB phổ cập với phát triển kỹ thuật cao, y tế chuyên sâu. Phát triển y tế tư nhân, tăng cường phối hợp công tư.

- Triển khai các giải pháp tổng thể để giảm quá tải bệnh viện. Từng bước thiết lập lại hệ thống chuyển tuyến trong KCB, khuyến khích việc thực hiện KCB phù hợp theo tuyến chuyên môn. Đồng thời tăng cường hệ thống y tế cơ sở (nhân lực, cơ sở vật chất, cơ chế tài chính) và phát triển chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Tiếp tục đẩy mạnh các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ khám, 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; xây dựng cơ chế xử

lý, 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, dịch vụ kỹ thuật cao. Xây dựng hệ thống kiểm định chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh từ trung ương đến địa phương.

- Xây dựng các quy trình chuyên môn trong KCB, các hướng dẫn về giám sát chất lượng KCB, kiểm soát nhiễm khuẩn, giảm sai sót chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh. Từng bước áp dụng chuẩn khu vực và quốc tế trong khám, chữa bệnh. Cải cách thủ tục hành chính trong KCB. Tăng cường giáo dục y đức cho cán bộ y tế.

- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện; tăng cường quản lý và sử dụng hiệu quả nguồn nhân lực y tế ở các bệnh viện; quản lý thuốc trong bệnh viện công; quản lý TTB y tế và cơ sở hạ tầng; chú trọng ứng dụng CNTT trong quản lý bệnh viện.

- Đổi mới cơ chế hoạt động, phân loại bệnh viện theo mức độ tự chủ nhằm mở rộng phân cấp, phân quyền trong quản lý hoạt động của các cơ sở khám, chữa bệnh.

- Thực hiện tốt công tác giám định tư pháp (giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần), giám định y khoa.

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

d. Phát triển y học cổ truyền

- Đầu tư nguồn lực để triển khai thực hiện có hiệu quả kế hoạch hành động về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020. củng cố hệ thống tổ chức y dược cổ truyền từ Trung ương đến địa phương.

- Đẩy mạnh phát triển đông dược và dược liệu; Tiêu chuẩn hoá thuốc bán thành phẩm và thuốc thành phẩm y dược cổ truyền.

- Xây dựng quy trình kỹ thuật điều trị bằng y dược cổ truyền và quy trình điều trị kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại đối với một số chứng, bệnh. Xây dựng phác đồ điều trị bằng y dược cổ truyền đối với một số bệnh mà y dược cổ truyền có khả năng điều trị đạt kết quả tốt.

e. Dân số-Kế hoạch hóa gia đình và CSSKSS

- Triển khai có hiệu quả Chương trình mục tiêu quốc gia về Dân số- KHHGD, CSSKSS, giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em, đặc biệt là tử vong trẻ sơ sinh, đảm bảo đạt các chỉ tiêu đề ra cho lĩnh vực dân số.

- Nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS; tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ SKSS và KHHGD tiến tới thu hẹp cách biệt giữa các vùng, miền, các nhóm dân cư. Bổ sung nguồn nhân lực đủ về số lượng, đảm bảo chất lượng; bổ sung, nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, dụng cụ y tế cho các điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS, đảm bảo các yêu cầu về quy trình và phân tuyến kỹ thuật, ưu tiên tuyến cơ sở và khu vực khó khăn.

- Thực hiện các can thiệp DS-KHHGD, SKSS cho vị thành niên, thanh niên và người chưa kết hôn thông qua giáo dục, truyền thông, tư vấn và cung cấp dịch vụ nhằm tăng cường tình dục an toàn, tránh có thai ngoài ý muốn và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đảm bảo đáp ứng tốt với các yếu tố dân tộc, giới và văn hoá.

f. Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, đổi mới CSSK ban đầu

- Tiếp tục củng cố, phát triển và nâng cao năng lực mạng lưới y tế cơ sở, triển khai thực hiện tốt tiêu chí quốc gia về y tế cơ sở giai đoạn 2011-2020. Nâng cấp cơ sở vật chất, tăng cường trang thiết bị thích hợp cho y tế cơ sở thông qua nguồn vốn trái phiếu Chính phủ, ngân sách địa phương, viện trợ nước ngoài và nguồn vốn xã hội hoá.

- Mở rộng hình thức đào tạo và bồi dưỡng để phát triển đội ngũ cán bộ y tế cơ sở, ưu tiên đào tạo cán bộ tại địa phương. Bảo đảm đủ chức danh cán bộ cho trạm y tế. Có chính sách đãi ngộ thích hợp để khuyến khích cán bộ y tế làm việc tại trạm y tế xã phường, thị trấn, đặc biệt là ở miền núi, vùng sâu, vùng xa.

- Xây dựng cơ chế tài chính thích hợp cho hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, đảm bảo kinh phí cho hoạt động thường xuyên của trạm y tế xã, phường, phụ cấp cho nhân viên y tế thôn, bản, ấp.

- Đổi mới hoạt động và tăng cường năng lực cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng số lượng và nâng cao chất lượng dịch vụ tại trạm y tế xã phường, thị trấn để người dân, nhất là người dân ở vùng sâu vùng xa, vùng khó khăn có thể tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng; tăng cường lồng ghép giữa hoạt động khám chữa bệnh và y tế dự phòng; phát triển quản lý bệnh mãn tính tại cộng đồng. Tăng cường vai trò tham gia của các tổ chức đoàn thể, quần chúng, tổ chức xã hội dân sự trong hoạt động CSSKBD.

- Phát triển đội ngũ NVYTĐB, đặc biệt ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, khu vực biên giới; xây dựng, phát triển mạng lưới, mô hình hoạt động bác sỹ gia đình, chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

- Duy trì, củng cố, nâng cao năng lực hoạt động của Trung tâm y tế huyện để triển khai đồng bộ các nội dung của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tăng cường phối kết hợp giữa các đơn vị y tế tuyến huyện trong triển khai hoạt động, theo dõi, giám sát hỗ trợ cho hoạt động của y tế xã và thôn bản.

g. Phát triển nhân lực y tế

- Tăng cường đào tạo và nâng cao năng lực chuyên môn cho CBYT, đảm bảo đủ và phân bổ hợp lý cho các vùng. Nâng cao chất lượng CBYT thông qua đầu tư nâng cấp các cơ sở đào tạo cán bộ y tế, nâng cao chất lượng giảng viên, đổi mới chương trình, tài liệu, áp dụng phương pháp giảng dạy dựa trên năng lực thực hành...

- Xây dựng tiêu chuẩn cụ thể để đánh giá, thẩm định chất lượng đào tạo cán bộ y tế. Tổ chức cấp, quản lý chứng chỉ hành nghề cho người hành nghề KB,CB, cấp giấy phép hoạt động cho cơ sở KCB theo quy định của pháp luật.

- Xây dựng mô hình/hệ thống viện trường, gắn đào tạo lý thuyết với đào tạo thực hành; củng cố và hoàn thiện môi trường thực hành cho các cơ sở đào tạo.

- Tiếp tục đào tạo cán bộ dực, đào tạo hệ cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ, đào tạo bác sỹ hệ liên thông với quy mô hợp lý để đáp ứng nhu cầu cho vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, giảm dần quy mô khi có đủ cán bộ; tăng cường đào tạo NVYT thôn bản đủ điều kiện về chuyên môn để đáp ứng nhu cầu CBYT ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn.

- Đẩy mạnh đào tạo sau đại học có chất lượng cho tuyến tỉnh và tuyến huyện, nhất là các cán bộ phụ trách khoa, phòng. Đào tạo nước ngoài để phát triển đội ngũ cán bộ y tế chuyên sâu, cán bộ y tế chất lượng cao cho các lĩnh vực hoặc chuyên ngành mà Việt Nam chưa có điều kiện đào tạo.

- Xây dựng các chế độ, chính sách đãi ngộ thích hợp đối với cán bộ, viên chức ngành y tế, đặc biệt là cán bộ y tế làm việc ở vùng nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa, cán bộ làm việc trong các lĩnh vực nguy hiểm, độc hại, và các chuyên ngành không hấp dẫn. Xây dựng lại mức lương khởi điểm cho bác sỹ và điều chỉnh chế độ phụ cấp ưu đãi nghề cho phù hợp, xây dựng phụ cấp thâm niên nghề cho cán bộ viên chức ngành y tế.

- Triển khai thực hiện quy định về nghĩa vụ và trách nhiệm xã hội đối với các CBYT mới ra trường và tổ chức cấp chứng chỉ hành nghề cho các cán bộ y tế.

h. Phát triển khoa học-công nghệ

- Đầu tư nghiên cứu, ứng dụng khoa học công nghệ trong y tế dự phòng, chẩn đoán, điều trị, sản xuất trang thiết bị y tế, dược phẩm, vắc-xin bằng các công nghệ tiên tiến, hiện đại.

- Triển khai công tác đánh giá công nghệ y tế để xác định các can thiệp y tế có hiệu lực, hiệu quả, chi phí thấp, đồng thời bảo đảm chất lượng dịch vụ y tế.

i. Tài chính và đầu tư

- Tiếp tục tăng nhanh đầu tư NSNN cho y tế (gồm cả nguồn trái phiếu Chính phủ) với tốc độ tăng chi NSNN cho y tế cao hơn tốc độ tăng NSNN, phấn đấu chi NSNN cho y tế chiếm ít nhất 10% tổng chi NSNN, tăng tỷ lệ chi cho y tế từ bảo hiểm y tế, đảm bảo chi tiêu công cho y tế chiếm ít nhất 50% tổng chi y tế. Ưu tiên phân bổ NSNN cho miền núi, vùng sâu, vùng xa, y tế cơ sở, y tế dự phòng và để thực hiện các chính sách xã hội liên quan đến CSSK; áp dụng phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo kết quả hoạt động và chỉ số đầu ra.

- Phát triển BHYT toàn dân cả về chiều rộng và chiều sâu; cải cách và đơn giản hóa thủ tục mua, thanh toán BHYT, tạo thuận lợi cho người có BHYT trong KCB; đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHYT.

- Tiếp tục huy động các nguồn đầu tư của xã hội cho y tế, đồng thời có những điều chỉnh chính sách phù hợp để hạn chế tác động mặt trái của các chính sách xã hội hóa đối với ngành y tế và nhân dân.

- Tăng cường và mở rộng hoạt động hợp tác quốc tế, chủ động hội nhập quốc tế để huy động sự giúp đỡ về kỹ thuật và đầu tư nguồn lực của các nước, các tổ chức quốc tế, nâng cao hiệu quả sử dụng các nguồn viện trợ dành cho y tế.

- Đổi mới chính sách tài chính bệnh viện; điều chỉnh giá dịch vụ bệnh viện theo hướng tính đúng, tính đủ phù hợp với đầu tư và trình độ chuyên môn ở từng tuyến kỹ thuật và phù hợp với khả năng chi trả của nhân dân; từng bước áp dụng những cơ chế chi trả dịch vụ y tế bệnh viện, phù hợp hơn như chi trả trọn gói theo ca bệnh, theo nhóm chẩn đoán, khoán định suất và các mô hình tài chính hiện đại khác; thực hiện các biện pháp khả thi để kiểm soát chi phí bệnh viện.

- Tăng cường chặt chẽ quy chế kê đơn, bán thuốc tại các quầy thuốc, nhất là các quầy thuốc tư để giảm chi tiêu tiền túi cho y tế của người dân.

- Tiếp tục triển khai tốt các chính sách hỗ trợ tài chính trong KCB (bao gồm chi phí trực tiếp và gián tiếp) cho người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số vùng khó khăn và các đối tượng chính sách xã hội, tăng tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của các đối tượng ưu tiên, giảm tỷ lệ hộ gia đình rơi vào chi tiêu y tế thảm họa³⁸, góp phần đảm bảo tính công bằng trong CSSK nhân dân.

j. Dược, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế

- Tăng cường phát triển công nghiệp Dược trong nước, phân đầu thuốc sản xuất trong nước đáp ứng 70% trị giá tiền thuốc vào năm 2015 và 80% vào năm 2020, trong đó thuốc thuộc danh mục thuốc thiết yếu, thuốc phục vụ cho các chương trình y tế quốc gia đáp ứng được khoảng 90% nhu cầu sử dụng. Nâng cao năng lực sản xuất vắc-xin, sinh phẩm y tế trong nước, ưu tiên các dạng bào chế công nghệ cao. Phát triển các vùng dược liệu, các cơ sở sản xuất nguyên liệu hóa dược để chủ động các nguồn nguyên liệu sản xuất thuốc.

- Triển khai các giải pháp quản lý chất lượng thuốc và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, khuyến khích sử dụng thuốc sản xuất trong nước. Phân đầu 100% doanh nghiệp sản xuất thuốc thành phẩm đạt tiêu chuẩn của WHO về thực hành tốt sản xuất thuốc (GMP); 100% cơ sở kiểm nghiệm thuốc đạt tiêu chuẩn của WHO về thực hành tốt kiểm nghiệm thuốc (GLP); các doanh nghiệp nhập khẩu và lưu thông thuốc có quy mô lớn đạt tiêu chuẩn về thực hành tốt lưu trữ thuốc (GSP).

- Tăng cường công tác quản lý giá thuốc, chấn chỉnh công tác đấu thầu thuốc, hướng tới đấu thầu thuốc quốc gia. Cải cách có hiệu quả mạng lưới ứng ứng thuốc; quy hoạch lại mạng lưới phân phối, bán buôn, bán lẻ trong cả nước.

- Đẩy mạnh sản xuất TTB y tế trong nước, trước mắt là các TTB y tế thông dụng, đồng thời từng bước tăng cường liên doanh, liên kết sản xuất TTB y tế công nghệ cao; bảo đảm cung ứng tối thiểu 60% nhu cầu TTB y tế thông dụng cho các cơ Sở Y Tế.

- Tăng cường công tác quản lý, khai thác sử dụng, bảo quản, bảo dưỡng và sửa chữa TTB y tế. Khuyến khích phát triển đội ngũ bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị y tế ở các địa phương, đặc biệt là các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa để tăng cường hiệu quả đầu tư TTB y tế và chất lượng dịch vụ y tế; đảm bảo đủ kinh phí. Chi tiêu y tế thảm họa là thuật ngữ chuyên môn chỉ tình trạng gia đình bệnh nhân rơi vào biến cố kinh tế khi thanh toán chữa bệnh vượt quá khả năng chi trả của họ cho việc bảo dưỡng, duy tu, sửa chữa thiết bị và hạ tầng y tế. Nâng cao năng lực mạng lưới kiểm chuẩn và kiểm định thiết bị y tế.

- Đầu tư mở rộng, phát triển cơ sở hạ tầng y tế phù hợp với quy hoạch mạng lưới khám chữa bệnh và các tiêu chuẩn xây dựng.

k. Thông tin y tế

- Xây dựng kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế từ trung ương đến địa phương, cả khu vực y tế công và y tế tư. Hoàn thiện hệ thống chỉ số thống kê, có khả

năng so sánh quốc tế; theo dõi được quá trình thực hiện mục tiêu thiên niên kỷ và các chính sách chiến lược; hoàn thiện sổ sách ghi chép và báo cáo thống kê y tế, tài liệu hướng dẫn về thông tin quản lý y tế, thông tin bệnh viện, thông tin về YTDP và phòng chống dịch bệnh, thông tin liên quan đến giảng dạy và nghiên cứu...

- Xây dựng cơ sở dữ liệu thông tin y tế ở các cấp, cơ bản xây dựng cơ sở dữ liệu y tế quốc gia; nâng cao chất lượng thông tin y tế (độ chính xác, tính đại diện, kịp thời, đầy đủ). Tăng cường khả năng tổng hợp, phân tích và xử lý số liệu, thông tin y tế để phục vụ có hiệu quả cho xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng. Xây dựng cơ chế chia sẻ thông tin, cơ chế phản hồi về chất lượng thông tin y tế.

- Xây dựng hệ thống theo dõi các vấn đề y tế ưu tiên, trong đó có: giám sát, báo cáo, ứng phó và dự báo của các bệnh truyền nhiễm; bộ dữ liệu về các bệnh không lây nhiễm, ATVSTP; dữ liệu về y tế tư nhân.

- Từng bước hiện đại hóa hệ thống thông tin y tế, Ứng dụng công nghệ thông tin phù hợp với khả năng tài chính, kỹ thuật và nhu cầu sử dụng của từng tuyến, trong đó có việc nâng cấp phần cứng, phát triển phần mềm, xây dựng các phương thức chia sẻ thông tin, truyền tin, gửi báo cáo, số liệu qua trang web...

- Tăng cường phổ biến thông tin với các hình thức đa dạng và phù hợp với người sử dụng; tăng cường sử dụng thông tin cho quản lý trực tiếp ở từng đơn vị, từng tuyến cung cấp thông tin và sử dụng hoạch định chính sách, quản lý ngành y tế.

1. Truyền thông-giáo dục sức khỏe

- Kiện toàn mạng lưới, tổ chức hệ thống truyền thông-giáo dục sức khỏe từ Trung ương đến cơ sở. Tăng cường đào tạo, đào tạo lại, tập huấn nâng cao năng lực hoạt động, kỹ thuật chuyên sâu, chuyên ngành về truyền thông-giáo dục sức khỏe cho các tuyến.

- Phát triển các mô hình truyền thông hiệu quả tại cộng đồng; mở rộng và đa dạng hóa các hoạt động truyền thông để nâng cao nhận thức của các cấp ủy đảng, chính quyền và mọi người dân về trách nhiệm, nghĩa vụ và quyền lợi của mình trong chăm sóc sức khỏe với quan điểm “Mọi người vì sức khỏe”.

- Tăng cường truyền thông nâng cao nhận thức cho nhân dân về lối sống, hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe như hút thuốc, lạm dụng rượu bia, tình dục không an toàn, dinh dưỡng không hợp lý, sức khỏe học đường, dân số-kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe sinh sản, rèn luyện thể dục-thể thao, giúp người dân có các kiến thức cơ bản về phòng chống bệnh tật, có lối sống lành mạnh, tự rèn luyện nâng cao sức khỏe.

- Xây dựng chương trình truyền thông có hiệu quả và phù hợp với nhóm đối tượng đích theo vùng miền, địa phương, đáp ứng các yếu tố về văn hóa, giới, lứa tuổi và dân tộc.

m. Tăng cường công tác quản lý và quản trị nhà nước về y tế

- Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống chính sách, pháp luật y tế; tăng cường công tác phổ biến, giáo dục pháp luật, chính sách y tế, kiểm tra và trợ giúp pháp lý cho các đơn vị ngành y tế nhằm đảm bảo thực thi tốt hệ thống chính sách, pháp luật cho toàn ngành y tế.

- Xây dựng hệ thống quy chuẩn, tiêu chuẩn cho các lĩnh vực khác nhau của ngành y tế, trong đó có cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế, các quy định, quy chuẩn về chuyên môn, làm cơ sở để chấn chỉnh và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, nâng cao hiệu quả đầu tư.

- Nâng cao năng lực hoạch định, vận động chính sách, chiến lược kế hoạch y tế ở cả trung ương và địa phương, tăng cường xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng có sự tham gia rộng rãi của các tổ chức xã hội nghề nghiệp, tổ chức dân sự xã hội và người dân.

- Thiết lập hệ thống và thường xuyên theo dõi, giám sát và đánh giá tác động của chính sách, kế hoạch y tế.

- Xây dựng và kiện toàn hệ thống thanh tra y tế, đảm bảo đủ về số lượng và chất lượng, đủ năng lực để thực hiện chức năng nhiệm vụ theo qui định.

- Xây dựng chính sách bảo hiểm rủi ro nghề nghiệp cho cán bộ hành nghề y, dược; nghiên cứu hình thành Hội đồng đạo đức, trong đó có sự tham gia của đại diện các cơ quan y tế, tư pháp và hành pháp ở từng tuyến; khuyến khích thành lập “Hội bảo vệ quyền lợi hợp pháp của người sử dụng dịch vụ y tế”.

- Giao quyền tự chủ cho các đơn vị sự nghiệp công lập (tự chủ tài chính, bộ máy và nhân lực). Phân cấp, phân quyền quản lý theo địa phương và theo lãnh thổ.

- Tăng cường cải cách hành chính công, giảm phiền hà cho người dân và doanh nghiệp; thúc đẩy ứng dụng CNTT trong quản lý, đưa dịch vụ y tế công lên mạng, áp dụng hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO.

- Nâng cao trách nhiệm giải trình; thực hiện dân chủ, công khai, minh bạch trong quản lý (tổ chức, nhân sự, tài chính, đầu tư...) trong các đơn vị y tế từ trung ương đến địa phương.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

Phần 1: Tự luận

1. Phân tích các yếu tố dự báo ảnh hưởng đến sức khỏe.

2. Các quan điểm chỉ đạo của Đảng và Nhà nước về hệ thống Y tế Việt Nam căn cứ vào điều gì?

Phần 2: Chọn câu trả lời đúng nhất

1. Quan điểm nào là quan điểm chỉ đạo của Đảng và Nhà nước Việt Nam về hệ thống Y tế Việt Nam?

A. Hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng Công bằng - Hiệu quả - Phát triển.

B. Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng bảo đảm an sinh xã hội.

C. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là bổn phận của mỗi người dân, mỗi gia đình và cộng đồng; trong đó ngành y tế chỉ giải thích về chuyên môn.

D. Câu A, B đúng.

2. Trong Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu tuổi thọ trung bình đến năm 2020 đạt bao nhiêu?

A. 7

B. 71

C. 75

D. 77

3. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về Tỷ số giới tính khi sinh đến năm 2020 là bao nhiêu?
A. 105 B. 111 C. 113 D. 115
4. Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân, chỉ tiêu về tỷ lệ chết mẹ đến năm 2020 giảm còn bao nhiêu?
A. 52/100.000 B. 58,3/100.000 C. 68/100.000 D. 75/100.000
5. Mục tiêu nào định hướng Chiến lược Chăm sóc và Bảo vệ sức khỏe nhân dân đến năm 2030?
A. Một số kỹ thuật chuyên sâu đạt ngang tầm các nước tiên tiến trên thế giới.
B. Các cơ sở y tế dự phòng từ tuyến tỉnh trở lên đủ khả năng dự báo, kiểm soát và khống chế dịch bệnh trên địa bàn.
C. Các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên ứng dụng khoa học công nghệ tiên tiến trong các lĩnh vực chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh, tật và bảo hiểm y tế.
D. Câu A, B, C đúng.
6. Để phát triển và hoàn thiện hệ thống tổ chức y tế, Việt Nam cần phải làm gì?
A. Củng cố và hoàn thiện hệ thống cảnh báo dịch, phòng chống dịch bệnh chủ động, không để dịch lớn xảy ra.
B. Thực hiện tốt công tác giám định tư pháp, giám định y khoa.
C. Kết hợp hài hòa giữa phát triển các trung tâm y tế chuyên sâu với kiện toàn, phát triển mạng lưới y tế cơ sở, giữa phát triển y tế công lập và ngoài công lập, giữa y học hiện đại và y học cổ truyền.
D. Triển khai có hiệu quả Chương trình mục tiêu quốc gia về Dân số- KHHGD, CSSKSS, giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em, đặc biệt là tử vong trẻ sơ sinh.

Bài 1.3

MÔ HÌNH SỨC KHỎE - BỆNH TẬT Ở VIỆT NAM

A. MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:*

1. Phân loại quốc tế về bệnh tật được theo ICD 10
2. Liệt kê được các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật ở Việt Nam
3. Trình bày được đặc điểm mô hình bệnh tật ở Việt Nam

B. NỘI DUNG

1. Phân loại quốc tế về bệnh tật theo ICD 10

Phân loại bệnh tật là phân chia bệnh theo nhóm dựa trên các tiêu chuẩn được quy ước từ trước. Mục đích của ICD là giúp cho việc phân tích, phiên giải và so sánh số liệu bệnh tật, tử vong thu thập tại những thời điểm, quốc gia, khu vực khác nhau một cách có hệ thống. ICD dùng để mã hóa chẩn đoán và vấn đề sức khỏe thành các mã ký tự, giúp cho công tác lưu trữ, khai thác và phân tích số liệu dễ dàng hơn.

Trên thực tế, ICD đã trở thành tiêu chuẩn phân loại chẩn đoán quốc tế cho lĩnh vực dịch tễ học nói chung và nhiều mục đích quản lý y tế khác, gồm có phân tích tổng quan thực trạng sức khỏe của các nhóm quần thể; giám sát tỷ lệ mới mắc, tỷ lệ hiện mắc của một bệnh; những vấn đề sức khỏe liên quan như đặc điểm, hoàn cảnh của người bệnh. ICD không phù hợp để liệt kê các ca bệnh riêng lẻ cũng như có nhiều hạn chế nếu sử dụng ICD để nghiên cứu khía cạnh tài chính như phương thức chi trả hoặc phân bổ nguồn lực.

ICD có thể dùng để phân loại bệnh tật và những vấn đề sức khỏe được ghi chép trên nhiều loại hồ sơ, bệnh án khác nhau. Mục đích ban đầu của ICD là phân loại nguyên nhân tử vong, sau đó được mở rộng để phân loại chẩn đoán bệnh tật. Một điều quan trọng cần lưu ý là mặc dù ICD được xây dựng để phân loại chẩn đoán bệnh tật và chấn thương nhưng không phải tất cả các trường hợp đến cơ sở y tế đều có thể phân loại theo ICD.

Do đó, ICD đã đưa ra nhiều đặc điểm như dấu hiệu, triệu chứng, phát hiện bất thường, bệnh tật và hoàn cảnh xã hội để thay thế cho một chẩn đoán (Xem Tập 1, chương XVIII và XXI). Vì vậy, ICD có thể được sử dụng để phân loại các dạng thông tin khác nhau khác nhau như “chẩn đoán”; “lý do nhập viện”, “điều kiện điều trị”, “lý do tới khám”, những nội dung trên được thấy ở các cuộc thống kê, các thông tin về tình trạng sức khỏe khác.

Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan, gọi tắt là Phân loại quốc tế về bệnh tật (tiếng Anh: International Classification of Diseases, viết tắt: ICD) cung cấp mã hóa các bệnh thành những mã ngắn gọn, làm chuẩn cho công tác nghiên cứu và thực hành y học. Không những giúp ích khi bệnh nhân được chuyển từ nước này sang nước khác (tránh lỗi dịch), ở trong cùng một nước ICD cũng

giúp tránh sự hiểu sai do cách dùng từ khác nhau giữa nhân viên y tế do đào tạo bởi các trường khác nhau, hoặc được đào tạo trong các thời kỳ khác nhau.

Hiện nay, nhiều quốc gia đang phát triển sử dụng ICD-10, nhưng những quốc gia phát triển đã bắt đầu sử dụng ICD-11

Để áp dụng ICD-10 ở Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3870/QĐ-BYT ngày 24/09/2015 ban hành Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật tử vong theo ICD-10.

Nguyên tắc chung về phân loại bệnh tật

Như William Farr đã phát biểu năm 1856: Phân loại bệnh tật là một phương pháp tổng hợp. Có nhiều bảng phân loại sẽ thuận lợi hơn cho thầy thuốc, nhà bệnh học hoặc luật gia vì những đối tượng này có quan điểm, kiến thức khác nhau về cùng một kết quả phân loại bệnh tật và nguyên nhân tử vong.

Một bảng phân loại bệnh tật nên giới hạn trong một số nhóm bệnh chính và có thể bao trùm toàn bộ tình trạng bệnh lý. Những nhóm bệnh được chọn phải thuận lợi cho nghiên cứu thống kê hiện tượng bệnh. Một bệnh có tầm quan trọng đặc biệt đối với lĩnh vực y tế công cộng hoặc xảy ra thường xuyên nên có một mã bệnh riêng. Nếu không, các bệnh được phân theo các nhóm riêng biệt nhưng có liên quan về tình trạng bệnh. Mỗi bệnh hoặc tình trạng bệnh phải có một vị trí nhất định trong bảng phân loại. Như vậy, các bệnh, tình trạng bệnh đặc biệt đều có vị trí riêng mà không phải mở rộng thêm các nhóm bệnh.

Có một số tiêu chí để phân biệt sự khác nhau giữa phân loại thống kê và danh pháp là mỗi tình trạng bệnh phải có một tiêu đề riêng. Tuy nhiên, khái niệm về phân loại và danh pháp có mối liên quan chặt chẽ với nhau vì danh pháp cũng thường được sắp xếp theo hệ thống. Bảng phân loại cho phép phân chia các cấp độ chi tiết khác nhau nếu có thể. Bảng phân loại bệnh nên bao gồm khả năng xác định một bệnh đặc trưng và trình bày số liệu cho các nhóm bệnh rộng hơn nhằm có được những thông tin hữu ích, dễ hiểu.

Những Nguyên tắc chung này có thể áp dụng để phân loại những vấn đề sức khỏe khác và lý do tiếp xúc với cơ sở chăm sóc sức khỏe, những nội dung này cũng được đưa vào ICD.

ICD đã phát triển như là công cụ thực hành chứ không đơn thuần chỉ mang tính lý thuyết, trong đó có sự dung hòa giữa phân loại dựa trên nguyên nhân, vị trí, nơi giải phẫu, hoàn cảnh khởi phát... Mặt khác cũng có những điều chỉnh khi thiết kế ICD để đáp ứng nhu cầu ứng dụng ICD trong bệnh tật, tử vong, an sinh xã hội và các loại thống kê, điều tra y tế khác.

Cấu trúc cơ bản và nguyên tắc phân loại của ICD

ICD phân loại theo trục biến số. Cách thức dựa trên ý tưởng của William Farr tại những lần thảo luận quốc tế đầu tiên về cấu trúc bảng phân loại. Theo đề xuất của William Farr số liệu bệnh tật, dịch tễ, thực hành nên được nhóm như sau:

- Bệnh gây dịch
- Bệnh toàn thân hoặc toàn trạng
- Bệnh khu trú sắp xếp theo vị trí
- Bệnh đang tiến triển

- Chấn thương: Các nhóm trên có thể tìm thấy trong các chương của ICD-10. Nó đã đứng vững theo thời gian, mặc dù có một số cách phân nhóm khác, nhưng nó vẫn được xem như là một cấu trúc hữu ích cho những mục đích dịch tễ học nói chung hơn các phương pháp từng được đem ra thử nghiệm. Hai nhóm đầu tiên và hai nhóm cuối được liệt kê ở trên bao gồm các “nhóm đặc biệt”, trong đó tập hợp các bệnh khác nhau, sẽ rất khó khăn nếu sắp xếp chúng để nghiên cứu dịch tễ học. Nhóm còn lại “Bệnh khu trú sắp xếp theo vị trí” gồm các chương ICD cho mỗi hệ thống cơ thể chính. Sự khác biệt giữa các chương “nhóm đặc biệt” và các chương “hệ thống cơ thể” là hàm ý thực tiễn để hiểu cấu trúc bảng phân loại, để mã hóa, phiên giải số liệu. Nhìn chung cần lưu ý rằng, ban đầu tình trạng bệnh được phân loại theo một trong các chương “nhóm đặc biệt”. Nếu có khó khăn khi phân loại tình trạng bệnh thì ưu tiên chọn các chương “nhóm đặc biệt”.

ICD cơ bản là một danh sách các nhóm bệnh có 3 ký tự, mỗi nhóm có thể chia thêm thành 10 phân nhóm có 4 ký tự. Thay cho hệ thống mã bệnh chỉ bao gồm các chữ số ở các lần hiệu đính trước, lần hiệu đính thứ Mười sử dụng mã bệnh gồm cả chữ cái và chữ số với một chữ cái ở vị trí đầu tiên, chữ số ở vị trí thứ 2, thứ 3 và thứ 4. Ngăn cách giữa ký tự thứ 3 và thứ 4 là một dấu chấm. Do đó, mã bệnh có thể từ A00.0 đến Z99.9. Chữ cái U không được sử dụng

Sử dụng ICD như thế nào?

Phần giới thiệu của ICD-10: giới thiệu những thông tin mang tính thực hành mà tất cả người sử dụng cần phải biết để có thể khai thác ICD một cách hiệu quả. Kiến thức và hiểu biết về mục đích, cấu trúc của ICD là rất quan trọng cho các nhà thống kê, nhà phân tích thông tin y tế cũng như cho những người làm công tác mã hóa. Sử dụng ICD chính xác và nhất quán phụ thuộc vào việc áp dụng đúng tất cả 3 tập ICD.

Hiện nay, người ta cũng đang xây dựng một Bảng Phân loại sử dụng cho các tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu và một Bảng Phân loại trong đó sắp xếp lại các rối loạn tâm thần trẻ em theo một hệ thống đa chiều, cho phép đánh giá đồng thời tình trạng lâm sàng, các yếu tố môi trường liên quan và mức độ khuyết tật do di chứng của bệnh tật cùng một lúc.

2. Các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật:

2.1. Kinh tế - xã hội

Trong những năm qua, với những giải pháp đúng đắn, kinh tế Việt Nam không ngừng phát triển với tốc độ ổn định. Tốc độ tăng trưởng kinh tế được duy trì ở mức 6-7%. Thu nhập quốc dân GNI trên đầu dân tăng từ 130 USD (năm 1990) lên 1.010 USD (năm 2009), và số liệu ước tính năm 2010 là 1.200 USD/người.

Kinh tế phát triển nhanh và ổn định là điều kiện thuận lợi để tăng đầu tư y tế và tăng cường sức khỏe nhân dân. Theo quy luật chung, khi điều kiện kinh tế càng phát triển thì tỷ lệ đầu tư cho y tế cũng càng tăng lên. Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, các nước có mức thu nhập GDP bình quân đầu người từ 2170- 3209 USD (PPP) (Việt Nam nằm trong nhóm này) trung bình có tổng chi cho y tế của toàn xã hội là 6,2% GDP và chi tiêu công cho y tế chiếm khoảng 11,0% tổng chi NSNN hàng năm. Kinh tế phát triển cũng làm gia tăng nhu cầu ngày càng cao của các tầng lớp dân cư

đối với các dịch vụ y tế cũng như quyền được tiếp cận các dịch vụ y tế chất lượng cao trong bối cảnh toàn cầu hóa.

Tuy nhiên, trong quá trình phát triển kinh tế, khoảng cách giàu-nghèo giữa các địa phương, vùng miền, giữa các nhóm dân cư cũng có xu hướng gia tăng. Đây là yếu tố quan trọng tác động đến sự bất công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, từ đó tác động đến sự khác nhau về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm dân cư.

2.2. Các yếu tố liên quan đến dân số

Kết quả sơ bộ tổng điều tra dân số và nhà ở ngày 1/4/2009 cho thấy dân số Việt nam là 85 789 573 người; tốc độ tăng dân số đã giảm mạnh. Tỷ lệ phát triển dân số bình quân hằng năm giai đoạn 1999-2009 còn 1,2%, mức tăng thấp nhất trong 50 năm qua. Một số khía cạnh dân số có tiềm năng lớn ảnh hưởng tới sức khỏe của người dân. Quy mô dân số lớn và tiếp tục tăng nên mật độ dân số Việt Nam tăng từ 231 người/km² năm 1999 lên 259 người/km². Cơ cấu dân số biến động mạnh, tỷ trọng dân số của nhóm dưới 15 tuổi giảm từ 33% năm 1999 xuống còn 25%/2009. Ngược lại tỷ trọng dân số của nhóm 15-59 tuổi (là nhóm chủ lực của lực lượng lao động) lại tăng từ 59% năm 1999 lên 66%/2009, và nhóm dân số từ 60 tuổi trở lên tăng từ 8% năm 1999 lên 9% năm 2009. Chỉ số già hóa dân số (tổng số người >60 tuổi/người dưới 15 tuổi) tăng 11% từ 24,5% năm 1999 lên 35,9% năm 2009. Điều này đặt ra yêu cầu cho chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi trong thời gian tới. Đồng thời, nhóm phụ nữ bước vào tuổi sinh đẻ cũng rất lớn, sẽ ảnh hưởng nhiều tới nhu cầu sử dụng dịch vụ sức khỏe sinh sản, và nhi khoa.

Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh là một vấn đề quan trọng cần ưu tiên giải quyết. Tỷ số giới tính khi sinh đã tăng lên trong 10 năm, rõ nét nhất là trong vòng 5 năm qua. Đến 2010 ước tính đã tăng lên 111 bé trai/100 bé gái. Các nguyên nhân dẫn đến tình trạng này là tâm lý “trọng nam, kinh nữ” vẫn còn tồn tại, cha mẹ già thường sống dựa vào con trai, kèm theo đó là những kỹ thuật y học mới (siêu âm) cho phép xác định thai sớm ngày càng phổ biến, đồng thời việc nạo phá thai là khá dễ dàng và phổ biến ở cả cơ sở y tế công lập và tư nhân.

2.3. Công nghiệp hóa, đô thị hóa và di cư và thay đổi lối sống

Di cư ngày càng tăng gây áp lực cho vấn đề chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ở các thành phố lớn và tổ chức hệ thống cung cấp dịch vụ y tế. Di cư từ nông thôn ra thành thị cũng nảy sinh nhiều vấn đề ảnh hưởng đến sức khỏe. Số người di cư trong 5 năm qua là 3,3 triệu người, tăng 163 000 người. Sau 10 năm (1999– 2009), tổng số người di cư tăng lên 1,4 triệu người.

Đô thị hóa, công nghiệp hóa nhanh cùng với đẩy mạnh công nghiệp hóa còn tạo ra những thách thức lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe. Đến nay đã có 29,6% dân số sống ở khu vực thành thị so với 23,7% vào năm 1999. Sự gia tăng nhịp độ của cuộc sống là yếu tố nguy cơ cho các bệnh tâm thần, tim mạch, và bệnh không lây nhiễm khác. Công nghiệp hóa tăng nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố gây bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động.... Ô nhiễm không khí, ô nhiễm môi trường, thiếu nước sạch, thiếu các dịch vụ xã hội cơ bản khác do không đáp ứng kịp nhu cầu tăng dân số đang đe dọa đến sức khỏe người dân.

2.4. Biến đổi khí hậu

Việt Nam là một trong số các quốc gia đang bị ảnh hưởng nặng nề nhất do biến đổi khí hậu và mực nước biển dâng. Biến đổi khí hậu dẫn đến gia tăng các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, các bệnh do véc tơ truyền, đe dọa tới sức khỏe con người đặc biệt những người nghèo và cận nghèo. Các bệnh nhạy cảm với khí hậu nằm trong số những bệnh gây tử vong lớn nhất toàn cầu. Tiêu chảy, sốt rét và suy dinh dưỡng làm chết hơn 3 triệu người trên toàn thế giới. Thời tiết ấm hơn đồng nghĩa với việc mở rộng phạm vi địa lý phát triển của muỗi, gây ra hiểm họa bệnh tật nhiều hơn. Ngoài ra, các loại thiên tai có ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe người dân do hậu quả là mất nguồn nước sạch, thiếu ăn, tai nạn, chấn thương, khó tiếp cận với dịch vụ y tế. Mô hình cung ứng dịch vụ y tế ổn định, bảo đảm y tế công cộng khi thiên tai xảy ra cần được xây dựng và bảo đảm.

2.5. Sức khỏe môi trường

Theo số liệu báo cáo sơ bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở ngày 01/4/2009, đến nay đã có 87% hộ gia đình sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, 54% hộ sử dụng hố xí hợp vệ sinh. Cùng với quá trình công nghiệp hóa và đô thị hóa, vấn đề ô nhiễm môi trường đô thị, ô nhiễm không khí và nguồn nước khu dân cư ngày càng nghiêm trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người dân. Ô nhiễm không khí đô thị chủ yếu do giao thông (70%) do quá tải ô tô, xe máy và do các thành phố đang xây dựng, đô thị hoá một cách mạnh mẽ. Có hàng loạt các vấn đề có liên quan đến sức khoẻ cấp tính và mãn tính nảy sinh do phơi nhiễm ngắn hạn và dài hạn với các chất gây ô nhiễm không khí. Ô nhiễm không khí nguy hiểm nhất đối với những người mắc bệnh hô hấp tim mạch, những người cao tuổi...

Môi trường và điều kiện lao động tuy đã được cải thiện đáng kể nhất là từ khi các nhà đầu tư, cơ sở sản xuất nhập đồng bộ dây chuyền công nghệ. Tuy nhiên, tại một số cơ sở sản xuất nội địa, vẫn sử dụng dây chuyền cũ kỹ lạc hậu, gây ô nhiễm môi trường làm việc. Đối với các doanh nghiệp nhỏ, doanh nghiệp tư nhân, cơ sở làng nghề, điều kiện lao động chưa được giám sát hoặc giám sát ở mức rất thấp. Lực lượng lớn di cư tự do từ nông thôn vào thành thị làm việc kiếm sống với nhiều công việc phức tạp, điều kiện lao động của những người này không được đảm bảo, có nhiều yếu tố nguy cơ đối với tình trạng sức khỏe và bệnh tật trong khi không có hỗ trợ đầy đủ từ y tế lao động.

2.6. Các yếu tố liên quan đến lối sống và hành vi

Hút thuốc lá là yếu tố gây tử vong phòng được số một trên thế giới. Tiêu thụ thuốc lá ở Việt Nam đang có chiều hướng gia tăng: năm 1998, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới là 50%, năm 2002 tỷ lệ này là 56%. Ở nữ giới tỷ lệ hút thuốc chỉ chiếm 1,8%. Tỷ lệ hút thuốc theo nhóm tuổi: cao nhất ở các nhóm tuổi từ 25 đến 55 tuổi ở nam giới (tỷ lệ hút từ 68% đến 72%) và 55-64 tuổi ở nữ giới (5,8%). Một điều đáng lưu tâm là trong những thanh niên đã từng hút, tỷ lệ vẫn hút đã tăng lên từ năm 2004 đến năm 2009. Bên cạnh gánh nặng về bệnh tật và tử vong, hút thuốc còn tạo ra gánh nặng về tài chính. Thuốc lá làm phát sinh chi phí khổng lồ để điều trị những ca bệnh do hút thuốc gây ra. Đã có quy định về cấm hút thuốc lá ở nơi công cộng, nơi đông người,

nhưng việc thực hiện và các chế tài xử lý không đủ mạnh nên hầu như không có kết quả trên thực tế. Một số giải pháp về truyền thông, cấm quảng cáo, hạn chế lưu thông, tăng thuế... đã được triển khai nhưng hiệu quả không cao.

Sử dụng rượu bia không hợp lý có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe thông qua 3 kênh: say rượu, nghiện rượu và ngộ độc do rượu. Theo Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, tỷ lệ nam giới 15 tuổi trở lên uống rượu là 46%. Tỷ lệ uống rượu cao ở nhóm có trình độ học vấn cao hơn: Nam giới có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống uống rượu khoảng 40%, trong khi đó ở nhóm nam giới có trình độ trên trung học phổ thông, kể cả nông thôn, thành thị là khoảng 60%. Theo điều tra thanh thiếu niên VN (SAVY1 và SAVY 2), tỷ lệ đã từng uống hết một cốc rượu/bia trong độ tuổi 14-17 tuổi năm 2004 là 35% đến năm 2009 đã lên 47.5%, đối với tuổi 18-21 năm 2004 là 57,9% đến năm 2009 đã lên 66,9%.

Chế độ dinh dưỡng: Nói chung, chế độ ăn hiện nay của người Việt Nam chứa nhiều rau, quả, với lượng lipid thấp là một yếu tố mạnh bảo vệ cho sức khỏe người dân. Tuy nhiên, tình hình này có thể thay đổi rất nhanh, đặc biệt đối với tầng lớp giàu có, ở thành thị, nơi dễ dàng tiếp cận với những loại thực phẩm đem lại nhiều năng lượng.

Ma túy, mại dâm: Số người sử dụng ma túy ở VN tăng nhanh trong những năm gần đây, đặc biệt là nhóm trẻ tuổi. HIV/AIDS có liên quan rất cao với sử dụng ma túy ở nước ta, ước tính có khoảng 56,9% người nhiễm HIV/AIDS trong cả nước là do tiêm chích ma túy. Tỷ lệ người nghiện ma túy có quan hệ tình dục với gái mại dâm trong 12 tháng qua từ 18% đến 59%, vì vậy nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, mại dâm và bạn tình của họ là khá cao. Sử dụng ma túy phổ biến ở nam giới (chiếm hơn 90% các ca nghiện ma túy) và người trẻ. Hiện nay 80% người sử dụng ma túy < 35 tuổi và 52% < 25 tuổi. Theo BC giám sát hành vi năm 2000, tỷ lệ người SD ma túy cao ở trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông, từ 65% đến 94% chưa lập gia đình.

Hành vi tình dục không an toàn cũng là một vấn đề của xã hội, gây ra những nguy cơ gia tăng các bệnh lây truyền qua đường tình dục, ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản. Các vấn đề khác như tai nạn, thương tích đang ngày càng gia tăng, làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và tử vong, tổn kém chi phí xã hội.

Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá ô nhiễm không khí là rủi ro sức khỏe nghiêm trọng nhất do môi trường gây ra (Sự thật là 9/10 người phải hít thở không khí bị ô nhiễm mỗi ngày). Các chất gây ô nhiễm vi mô/siêu mịn trong không khí có thể xâm nhập vào hệ hô hấp và hệ tuần hoàn, gây tổn thương phổi, tim và não, là nguyên nhân gây ra 7 triệu ca tử vong sớm hàng năm do mắc các bệnh lý như ung thư, đột quỵ, tim và phổi. Khoảng 90% số ca tử vong này xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi có tỷ lệ phát thải khí cao từ các ngành công nghiệp, giao thông, nông nghiệp và việc sử dụng nhiều bếp lò cũng như nhiên liệu bản tại gia đình.

Nguyên nhân ban đầu gây ô nhiễm không khí (từ việc đốt nhiên liệu hóa thạch) cũng chính là tác nhân chủ đạo gây ra biến đổi khí hậu, đe dọa tới sức khỏe con người theo nhiều cách khác nhau. Theo ước tính, từ năm 2030 tới 2050, biến đổi khí hậu sẽ

gây ra thêm 250.000 trường hợp tử vong mỗi năm do bị suy dinh dưỡng, sốt rét, tiêu chảy và căng thẳng do nhiệt.

3. Đặc điểm mô hình bệnh tật ở Việt Nam

Mô hình bệnh tật ở Việt Nam đã có sự chuyển hướng mạnh từ các bệnh nhiễm trùng là chủ yếu đã chuyển sang các bệnh không lây nhiễm và tai nạn, ngộ độc, chấn thương, đòi hỏi có sự chuyển hướng rõ rệt về định hướng đầu tư, công tác đào tạo cán bộ y tế, phát triển nguồn nhân lực và tập trung vào các kỹ thuật mới, kỹ thuật chuyên sâu.

- Các bệnh lây nhiễm tuy đã giảm nhưng một số bệnh có nguy cơ bùng phát trở lại, một số bệnh dịch mới, nguy hiểm dễ lây lan xuất hiện và diễn biến khó lường.

- Các bệnh không lây nhiễm tăng nhanh: bệnh tim mạch (tăng huyết áp), ung thư, đái tháo đường, béo phì, rối loạn tâm thần, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hen phế quản...

- Tai nạn, chấn thương tuy đã có nhiều giải pháp khống chế nhưng chưa thật sự hiệu quả.

- Tình hình thực phẩm không an toàn ngày càng nhiều và đa dạng.

- Suy dinh dưỡng thể thấp còi còn cao, tình trạng thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính không lây có liên quan đến dinh dưỡng đang có xu hướng gia tăng đặc biệt ở các thành phố lớn.

Theo đánh giá của Bộ Y tế: Hiện nay, Việt Nam phải đối mặt với mô hình bệnh tật kép bệnh lây nhiễm và bệnh không lây nhiễm. Trong đó bệnh không lây nhiễm chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam và là nguyên nhân gây ra 77% tổng số tử vong toàn quốc. Đây là một thách thức lớn cho ngành y tế Việt Nam.

Tăng huyết áp và tiểu đường là những nguyên nhân hàng đầu của tử vong, tàn tật và gánh nặng y tế. Theo kết quả nghiên cứu quốc gia của Bộ Y Tế, tại Việt Nam tỷ lệ tăng huyết áp chưa được chẩn đoán là 56,9%, tỷ lệ này ở đái tháo đường lên đến lên đến 69,9%; về quản lý bệnh, tỷ lệ tăng huyết áp chưa được quản lý là 86,4%, tỷ lệ này ở đái tháo đường là 71,1%.

Nguyên nhân chính là do nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế; người bệnh chưa tuân thủ điều trị; nhận thức và năng lực của cơ sở y tế chưa thực hiện tốt hoạt động khám, phát hiện sớm bệnh, điều trị tập trung chính vào cung cấp thuốc, chưa thực hiện các tư vấn, can thiệp về các yếu tố nguy cơ gây bệnh, tư vấn về tuân thủ điều trị... Đây là thách thức lớn trong việc đạt được mục tiêu kiểm soát tăng huyết áp và đái tháo đường ở Việt Nam.

Để phòng chống và hạn chế các bệnh không lây nhiễm nói chung và các bệnh tim mạch và tiểu đường nói riêng, Chương trình Sức khỏe Việt Nam được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 2-9-2018.

Chương trình đề ra các nhiệm vụ và giải pháp để tập trung thực hiện 28 chỉ tiêu của 11 lĩnh vực sức khỏe ưu tiên, gồm: Dinh dưỡng hợp lý; vận động thể lực; chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh; phòng chống tác hại thuốc lá; phòng chống tác hại rượu, bia; vệ sinh môi trường; an toàn thực phẩm; phát hiện sớm và quản lý bệnh không lây nhiễm; chăm sóc sức khỏe ban đầu; sức khỏe người cao tuổi; sức khỏe người lao động.

Đây là chương trình tổng thể được triển khai trên quy mô toàn quốc, nhằm huy động, phát huy hiệu quả vai trò, trách nhiệm của chính quyền các cấp, các bộ, ngành, địa phương và các tổ chức xã hội cùng xây dựng môi trường hỗ trợ, huy động sự tham gia của người dân và cộng đồng thực hiện tốt công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe toàn diện để nâng cao sức khỏe, tầm vóc, tuổi thọ và chất lượng sống của người Việt Nam. Chương trình Sức khỏe Việt Nam được xây dựng trong bối cảnh Việt Nam đang phải đối mặt với nhiều thách thức mới trong việc cải thiện các chỉ số sức khỏe, kiểm soát bệnh tật và chăm sóc sức khỏe nhân dân, như: Chất lượng cuộc sống của người dân còn hạn chế do bệnh tật; tầm vóc, thể lực của người Việt Nam còn phát triển chậm; gia tăng nhanh của gánh nặng bệnh không lây nhiễm; gia tăng các yếu tố nguy cơ về hành vi và môi trường; già hóa dân số.

Chương trình đặt nhiều mục tiêu cụ thể, trong đó đến năm 2025 và 2030, giảm tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thể thấp còi còn lần lượt là dưới 20% và dưới 15%; tăng chiều cao trung bình của thanh niên (18 tuổi) lên mức 167 cm và 168,5 cm (với nam), 156 cm và 157,5 cm (với nữ); giảm tỷ lệ hút thuốc ở nam giới trưởng thành xuống 37% và 32,5%...

Ngoài ra, Bộ Y tế Việt Nam cũng đang triển khai thí điểm chương trình phát hiện sớm các bệnh như tiểu đường, tim mạch, ung thư. “Bên cạnh đó, ngành y tế Việt Nam cũng chú trọng tới các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường sức khỏe, gắn với y tế cơ sở ở xã, phường, quận, huyện; đổi mới cơ chế tài chính, tiến tới bao phủ sức khỏe toàn dân”.

Mô hình "NGÀY ĐẦU TIÊN" gồm tổ hợp các hoạt động khép kín theo vòng đời nhằm chăm sóc sức khỏe cho người dân gồm: tầm soát phát hiện bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường sớm, đào tạo phương pháp tư vấn mới cho y bác sĩ, đào tạo trực tuyến cho đội ngũ điều dưỡng, giáo dục bệnh nhân qua website. Đây là dự án phi lợi nhuận được sự bảo trợ của cộng đồng Pháp ngữ, Hội Tim mạch và Đái tháo đường quốc gia.

Cơ cấu bệnh tật thay đổi trong 15 năm tới

Trong vòng 15 năm tới, Việt Nam sẽ phải tiếp tục đối phó với những bệnh lây như lao, HIV, AIDS,...Thêm vào đó, các loại bệnh mãn tính và bệnh tật do những yếu tố về hành vi và môi trường đang nổi lên nhanh chóng. Trong những thập kỷ tới, bệnh không lây sẽ là những nguyên nhân gây tử vong và suy giảm hàng đầu ở Việt Nam. Các bệnh tim mạch bao gồm các bệnh về tim, mạch, đột quỵ và bệnh ung thư sẽ là những nguyên nhân gây tử vong chính ở người lớn. Các rối loạn tâm thần, thần kinh sẽ là những nguyên nhân chính của gánh nặng bệnh tật. Các bệnh không lây khác như khiếm thị, giảm thính giác, các bệnh xương khớp, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, đái tháo đường, béo phì sẽ phát triển mạnh.

Có nhiều yếu tố dẫn đến sự gia tăng của các bệnh không lây ở Việt Nam trong những thập kỷ tới, như dân số già, thay đổi kinh tế xã hội, hút thuốc lá, uống rượu, nghiện hút và chế độ ăn... Do vậy, việc xây dựng các chương trình quốc gia về dự phòng và kiểm soát bệnh tật nói chung đang được đặt ra rất cấp bách.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ:

Phần 1: Chọn trả lời đúng nhất

1. Mục đích của ICD là:

- A. Giúp cho việc phân tích, phiên giải và so sánh số liệu bệnh tật, tử vong thu thập tại những thời điểm, quốc gia, khu vực khác nhau một cách có hệ thống
- B. Phân chia bệnh theo nhóm dựa trên các tiêu chuẩn được quy ước từ trước
- C. Để nghiên cứu khía cạnh tài chính như phương thức chi trả hoặc phân bổ nguồn lực
- D. Một phương pháp tổng hợp các loại bệnh tật

2. Phân loại quốc tế về bệnh tật – ICD là:

- A. Giúp cho việc phân tích, phiên giải và so sánh số liệu bệnh tật, tử vong thu thập tại những thời điểm, quốc gia, khu vực khác nhau một cách có hệ thống
- B. Phân chia bệnh theo nhóm dựa trên các tiêu chuẩn được quy ước từ trước
- C. Để nghiên cứu khía cạnh tài chính như phương thức chi trả hoặc phân bổ nguồn lực
- D. Cung cấp mã hóa các bệnh thành những mã ngắn gọn, làm chuẩn cho công tác nghiên cứu và thực hành y học

3. Nguyên tắc chung về phân loại bệnh tật là:

- A. Phân loại bệnh tật là một phương pháp tổng hợp. Có nhiều bảng phân loại sẽ thuận lợi hơn cho thầy thuốc, nhà bệnh học hoặc luật gia
- B. Một bảng phân loại bệnh tật nên giới hạn trong một số nhóm bệnh chính và có thể bao trùm toàn bộ tình trạng bệnh lý. Những nhóm bệnh được chọn phải thuận lợi cho nghiên cứu thống kê hiện tượng bệnh
- C. Để một bệnh có tầm quan trọng đặc biệt đối với lĩnh vực y tế công cộng hoặc xảy ra thường xuyên nên có một mã bệnh riêng
- D. Câu A, B, C đều đúng

4. Cấu trúc cơ bản và nguyên tắc phân loại của ICD

- A. ICD phân loại theo trục biến số
- B. Số liệu bệnh tật, dịch tễ, thực hành nên được nhóm lại 5 nhóm
- C. ICD cơ bản là một danh sách các nhóm bệnh có 3 ký tự, mỗi nhóm có thể chia thêm thành 10 phân nhóm có 4 ký tự
- D. Câu A, B, C đều đúng

5. Sử dụng ICD như thế nào?

- A. Phần giới thiệu về ICD-10: giới thiệu những thông tin mang tính thực hành mà tất cả người sử dụng cần phải biết để có thể khai thác ICD một cách hiệu quả
- B. Kiến thức và hiểu biết về mục đích, cấu trúc của ICD là rất quan trọng cho các nhà thống kê, nhà phân tích thông tin y tế cũng như cho những người làm công tác mã hóa
- C. Sử dụng ICD chính xác và nhất quán phụ thuộc vào việc áp dụng đúng tất cả 3 tập ICD
- D. Câu A, B, C đều đúng

6. Yếu tố nào tác động đến mô hình bệnh tật ở Việt Nam?

- A. Biến đổi khí hậu
- B. Ô nhiễm không khí
- C. Ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt
- D. Câu A, B, C đều đúng

7. Các bệnh lý thường gặp ở Việt Nam hiện nay là:
- Ung thư, đột quỵ, tim và phổi
 - Cúm, tăng huyết áp, tim và phổi
 - Tai nạn giao thông, viêm phổi tắc nghẽn, hen phế quản
 - Tiêu chảy, suy dinh dưỡng, bệnh tim, phổi
8. Những lĩnh vực sức khỏe ưu tiên ghi trong Chương trình Sức khỏe Việt Nam được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 2-9-2018 là:
- Dinh dưỡng hợp lý; vận động thể lực; chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh
 - Phòng chống tác hại thuốc lá; phòng chống tác hại rượu, bia; vệ sinh môi trường; an toàn thực phẩm
 - Phát hiện sớm và quản lý bệnh không lây nhiễm; chăm sóc sức khỏe ban đầu; sức khỏe người cao tuổi; sức khỏe người lao động
 - Câu A, B, C đều đúng
9. Chương trình Sức khỏe Việt Nam được xây dựng trong bối cảnh Việt Nam đang phải đối mặt với thách thức nào?
- Chất lượng cuộc sống của người dân còn hạn chế do bệnh tật
 - Tầm vóc, thể lực của người Việt Nam còn phát triển chậm
 - Gia tăng nhanh của gánh nặng bệnh không lây nhiễm; gia tăng các yếu tố nguy cơ về hành vi và môi trường; già hóa dân số
 - Câu A, B, C đều đúng
10. Cơ cấu bệnh tật thay đổi trong 15 năm tới như thế nào?
- Tiếp tục đối phó với những bệnh lây như: lao, HIV, AIDS,...
 - Các bệnh về tim, mạch, đột quỵ và bệnh ung thư là những nguyên nhân gây tử vong chính ở người lớn
 - Các rối loạn tâm thần, thần kinh sẽ là những nguyên nhân chính của gánh nặng bệnh tật
 - Câu A, B, C đều đúng

Phần 2: Câu hỏi đúng sai

Câu hỏi	Đúng	Sai
1. ICD đã phát triển như là công cụ thực hành chứ không đơn thuần chỉ mang tính lý thuyết	A	B
2. Để áp dụng ICD-10 ở Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3870/QĐ-BYT ngày 24/09/2015 ban hành Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật tử vong theo ICD-10	A	B
3. Hiện nay, nhiều quốc gia đang phát triển sử dụng ICD-10, nhưng những quốc gia phát triển đã bắt đầu sử dụng ICD-11	A	B
4. ICD có thể dùng để phân loại bệnh tật và những vấn đề sức khỏe được ghi chép trên nhiều loại hồ sơ, bệnh án khác nhau	A	B
5. Yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật đứng đầu là ô nhiễm không khí và biến đổi khí hậu	A	B

Câu hỏi	Đúng	Sai
6. Theo ước tính, từ năm 2030 tới 2050, biến đổi khí hậu sẽ gây ra thêm 250.000 trường hợp tử vong mỗi năm do bị suy dinh dưỡng, sốt rét, tiêu chảy và căng thẳng do nhiệt	A	B
7. Chương trình Sức khỏe Việt Nam được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 2-9-2018: Đề ra các nhiệm vụ và giải pháp để tập trung thực hiện 28 chỉ tiêu của 11 lĩnh vực sức khỏe ưu tiên	A	B
8. Mô hình "NGÀY ĐẦU TIÊN" gồm tổ hợp các hoạt động khép kín theo vòng đời nhằm chăm sóc sức khỏe cho người dân	A	B
9. Có nhiều yếu tố dẫn đến sự gia tăng của các bệnh không lây ở Việt Nam trong những thập kỷ tới, như dân số già, thay đổi kinh tế xã hội, hút thuốc lá, uống rượu, nghiện hút và chế độ ăn...	A	B
10. Ngành y tế Việt Nam hiện đang chú trọng tới các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường sức khỏe, gắn với y tế cơ sở ở xã, phường, quận, huyện; đổi mới cơ chế tài chính, tiến tới bao phủ sức khỏe toàn dân.	A	B

Phần 3: Điền vào chỗ trống các câu hỏi sau:

1. Mô hình bệnh tật kép mà Việt Nam phải đối mặt là .

A. B.

2. Những nguyên nhân hàng đầu của tử vong, tàn tật và gánh nặng y tế do bệnh nào gây ra?

A. B.

3. Theo đề xuất của William Farr số liệu bệnh tật, dịch tễ, thực hành nên được nhóm thành:

A. B.

C. D.

E. Chấn thương

4. Chương trình Sức khỏe Việt Nam đặt nhiều mục tiêu cụ thể, trong đó đến năm 2025 và 2030, giảm tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thể thấp còi còn lần lượt làA.... và dướiB.... ; tăng chiều cao trung bình của thanh niên (18 tuổi) lên mức 167 cm vàC.... cm (với nam),D.... cm và 157,5 cm (với nữ); giảm tỷ lệ hút thuốc ở nam giới trưởng thành xuống 37% và 32,5%...

A. B.

C. D.

TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ HỆ THỐNG KHÁM CHỮA BỆNH

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Mô tả được hệ thống khám chữa bệnh tại Việt Nam
2. Trình bày được mô hình tổ chức và nhiệm vụ của bệnh viện
3. Trình bày được những khó khăn, thách thức và định hướng phát triển công tác khám chữa bệnh của Việt Nam thời gian tới.

B. NỘI DUNG

1. Hệ thống khám chữa bệnh tại Việt Nam

1.1. Thực trạng

Khám chữa bệnh (KCB) là một chức năng quan trọng hàng đầu của ngành y tế. Trước đây, nói đến y tế là người ta hiểu đó là việc khám và điều trị bệnh, là các bệnh viện. Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam hiện nay gồm cả y tế công lập và ngoài công lập khá phát triển với nhiều loại hình cơ sở y tế như bệnh viện đa khoa, chuyên khoa, bệnh viện y học dân tộc, viện điều dưỡng-phục hồi chức năng (PHCN), phòng khám đa khoa, chuyên khoa, nhà hộ sinh, trạm y tế xã/phường, trung tâm y tế ngành, và y tế cơ quan.v.v. Việc tổ chức mạng lưới khám chữa bệnh một cách hợp lý, đạt mức bao phủ toàn quốc, có sự phân tuyến hợp lý, có khả năng cung ứng dịch vụ phù hợp là yếu tố hàng đầu để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân một cách hiệu quả.

Cơ sở khám chữa bệnh công lập

Theo Niên giám thống kê của Bộ Y tế năm 2008 trong lĩnh vực y tế công lập có 44 cơ sở y tế tuyến trung ương do Bộ Y tế quản lý. Các cơ sở y tế do địa phương quản lý gồm 383 cơ sở tuyến tỉnh, 1366 tuyến huyện, 10866 tuyến xã. Trong các cơ sở y tế ngành (công an, bưu điện, giao thông, nông nghiệp,...) có 47 cơ sở y tế do nhà nước cấp kinh phí và 717 cơ sở y tế do ngành tự túc kinh phí. Về bệnh viện, có 774 bệnh viện đa khoa và 236 bệnh viện chuyên khoa (gồm cả bệnh viện y học cổ truyền và bệnh viện điều dưỡng, da liễu). Tất cả các tỉnh đều có bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh.

Y tế cơ sở gồm y tế tuyến huyện, tuyến xã và thôn bản. Các cơ sở này được xác định là ưu tiên vì là tuyến gần dân, dễ tiếp cận về mặt tài chính và địa lý. Hầu hết các huyện đều có bệnh viện đa khoa huyện và một số nơi có phòng khám đa khoa khu vực hoặc nhà hộ sinh khu vực cung cấp dịch vụ KCB. Tính đến năm 2008, gần như tất cả các xã/ phường trên toàn quốc đã có trạm y tế (chiếm 98,6%) với nhiệm vụ khám chữa các bệnh thông thường cho người dân địa phương. Nhân viên y tế hoạt động tại 99 409 thôn bản trong toàn quốc chiếm 84,4% tổng số thôn bản (Báo cáo tổng quan ngành y tế 2010).

Cơ sở khám chữa bệnh ngoài công lập

Trước thời kỳ Đổi mới (1989), hoạt động của hệ thống y tế Việt Nam được bao cấp toàn bộ từ ngân sách. Y tế nhà nước đóng vai trò chủ đạo trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Hành nghề y học cổ truyền, thầy lang, bà đỡ dân gian tại cộng đồng vẫn tồn tại, nhưng hoạt động nhỏ lẻ và phân tán. Sau khi Đảng và

Nhà nước thực hiện chính sách đổi mới, hệ thống cung cấp dịch vụ y tế ở Việt Nam có sự thay đổi rõ nét. Pháp lệnh hành nghề y dược năm 1993 đã chính thức hóa sự có mặt của khu vực y tế tư nhân ở Việt Nam. Năm 2003, Quốc hội đã ban hành Pháp lệnh mới về Hành nghề Y dược tư nhân, tạo một hành lang pháp lý đầy đủ hơn cho sự phát triển của khu vực y tế tư nhân.

Sau khi được chính thức công nhận, y tế tư nhân đã phát triển mạnh mẽ và đa dạng về thành phần: cơ sở y tế tư nhân, cơ sở dược tư nhân, cơ sở y học cổ truyền tư nhân, bệnh viện (BV), phòng khám tư nhân,... Theo số liệu của Cục Quản lý khám chữa bệnh, đến hết năm 2009, toàn quốc hiện có 97 bệnh viện tư nhân (30 BV chuyên khoa và 67 BV đa khoa) tại 29/63 tỉnh/TP (chiếm 44%) với tổng số 6.210 giường bệnh, chiếm tỷ lệ 3,7 % so với tổng số giường bệnh viện công lập, đạt 0,7 giường bệnh tư nhân cho 10.000 dân. Cả nước có 300 phòng khám đa khoa, 87 nhà hộ sinh, số còn lại là phòng khám chuyên khoa, dịch vụ y tế. Tuy nhiên những con số này còn chưa phản ánh đầy đủ thực tế vì nhiều cơ sở không đăng ký kinh doanh, số lượng những người cung cấp dịch vụ đơn lẻ không có phòng khám, thầy lang đến khám chữa bệnh tại nhà rất phổ biến, đặc biệt ở các vùng nông thôn.

Thống kê năm 2009 cũng cho thấy trung bình có 28 người hành nghề y tư nhân/100.000 dân. Gần 70% số bác sĩ hành nghề y tư nhân là cán bộ nhà nước, chủ yếu hành nghề hình thức phòng khám chuyên khoa ngoài giờ.

Mức độ bao phủ của khu vực y tế tư nhân, mạng lưới y tế ngoài công lập cũng rất phổ biến. Kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cho thấy có tới 71% số xã phường trong phạm vi điều tra có y tế ngoài công lập. Số xã có thầy thuốc tây y ngoài công lập (gồm bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng) chiếm 62%. Có khoảng 48% các xã/phường có thầy thuốc Y học cổ truyền hành nghề ngoài công lập. Tuy nhiên, y tế tư nhân tập trung ở những vùng có mức sống cao hơn là những vùng xa, vùng sâu và miền núi.

Mô hình cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế tư nhân ở Việt Nam cũng giống như rất nhiều nước đang phát triển khác là tư nhân hoạt động mạnh ở lĩnh vực khám chữa bệnh ngoại trú, còn dịch vụ phòng bệnh và điều trị nội trú hầu như vẫn thuộc phạm vi của Nhà nước. Việc sử dụng dịch vụ y tế tư nhân và công lập ở các tuyến có sự khác biệt giữa các nhóm có mức sống khác nhau và khu vực sinh sống.

2. Tổ chức và Quản lý hệ thống khám chữa bệnh

2.1. Một số khái niệm và quy định chung

Hệ thống khám chữa bệnh được hình thành từ các cơ sở khám chữa bệnh (cố định hoặc lưu động) nhằm cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người bệnh. Các hoạt động khám chữa bệnh được thực hiện bởi những người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh (là người đã được cấp chứng chỉ hành nghề và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh) (Theo Luật khám chữa bệnh).

2.2. Các hình thức tổ chức cơ sở khám chữa bệnh

Theo Luật khám bệnh, chữa bệnh, các cơ sở khám chữa bệnh có thể dưới các hình thức sau:

- Bệnh viện.
- Cơ sở giám định y khoa.

- Phòng khám đa khoa.
- Phòng khám chuyên khoa, bác sỹ gia đình.
- Phòng chẩn trị y học cổ truyền.
- Nhà hộ sinh.
- Cơ sở chẩn đoán.
- Cơ sở dịch vụ y tế.
- Trạm y tế cấp xã và tương đương.
- Các hình thức tổ chức khám bệnh, chữa bệnh khác

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được phép hoạt động khi đáp ứng đủ các điều kiện:

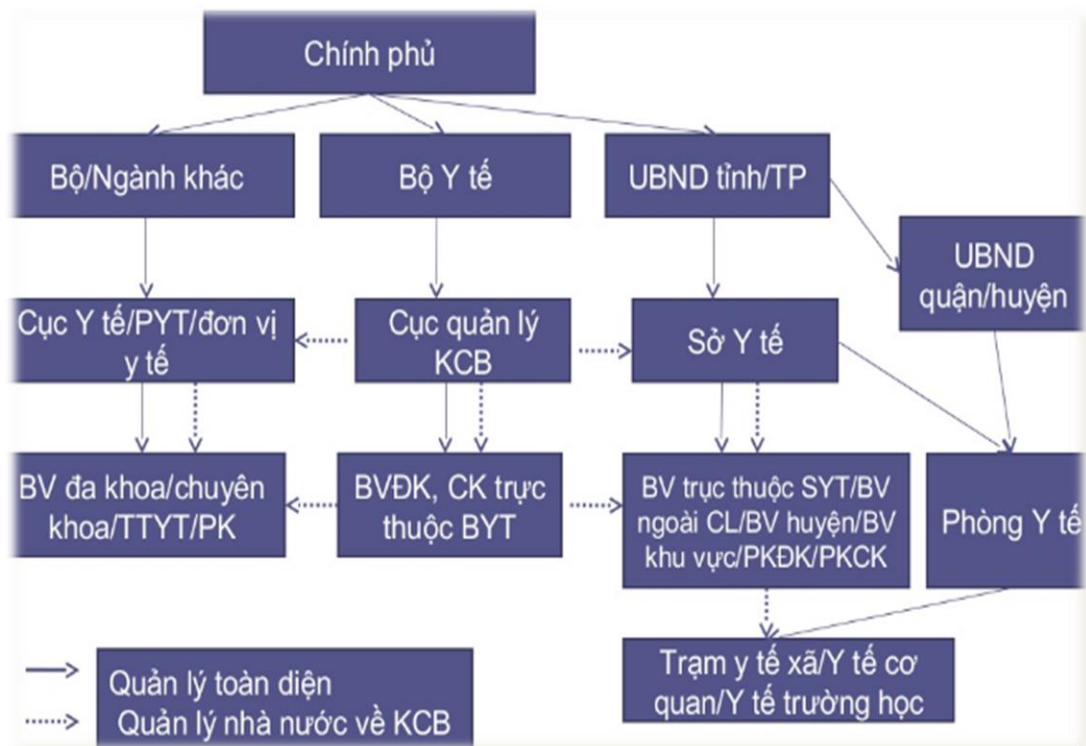
- Có quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Nhà nước thành lập hoặc giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc giấy phép đầu tư theo quy định của pháp luật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

- Có giấy phép hoạt động do Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng hoặc Giám đốc Sở Y tế cấp.

2.3. Quản lý hệ thống khám chữa bệnh

Phân cấp quản lý hệ thống khám chữa bệnh:

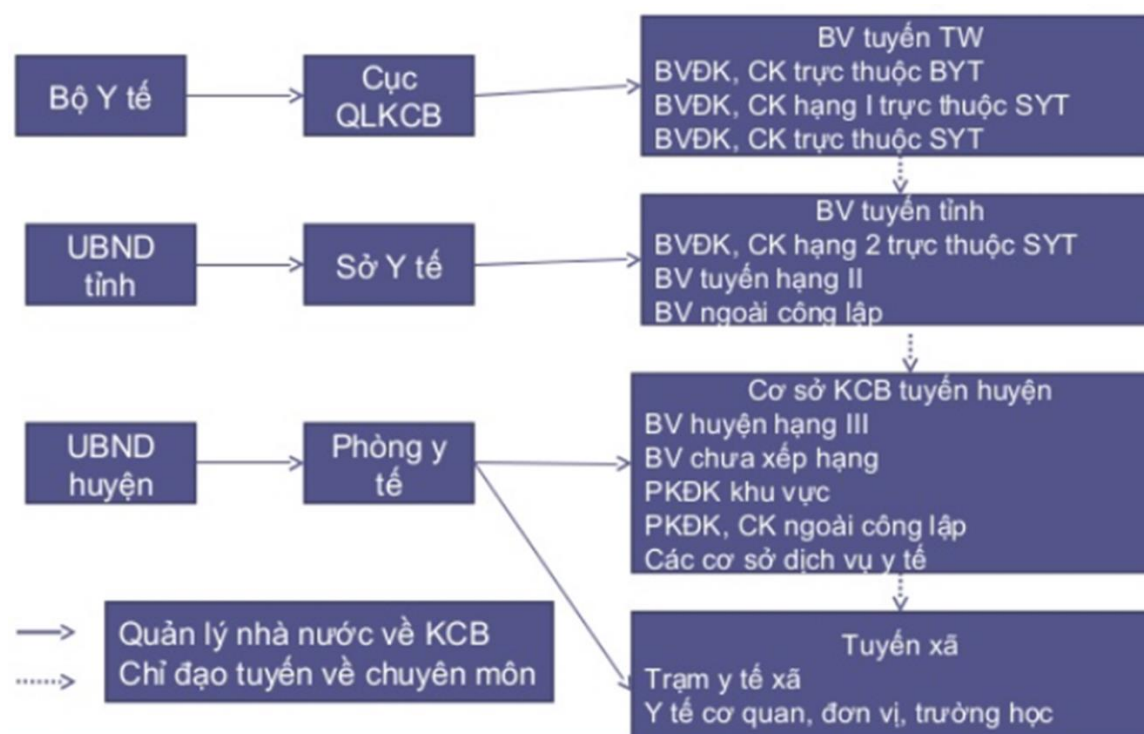
Theo cấp quản lý hành chính (hình 6.1): Các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Các bệnh viện thuộc tỉnh; Các bệnh viện thuộc y tế ngành.



Hình 6.1 Sơ đồ các cơ sở khám chữa bệnh theo hành chính

Theo phân tuyến chuyên môn kỹ thuật y tế

Quy định phân tuyến kỹ thuật trong khám chữa bệnh gồm 4 tuyến: tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện và tuyến xã (hình 6.2).



Hình 6.2 Sơ đồ các cơ sở khám, chữa bệnh theo tuyến kỹ thuật

a) Tuyến trung ương

- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa; viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế;
- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa hạng I thuộc sở Y tế và Y tế Ngành;
- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa trực thuộc sở Y tế được Bộ Y tế giao nhiệm vụ tuyến cuối của vùng, miền.

b) Tuyến tỉnh

- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa trực thuộc sở Y tế (trừ bệnh viện hạng I và bệnh viện được Bộ Y tế giao thực hiện nhiệm vụ khám chữa bệnh tuyến cuối);
- Trung tâm Y tế có chức năng khám chữa bệnh trực thuộc sở Y tế;
- Bệnh viện tuyến huyện hạng II;
- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa hạng II của Y tế ngành;
- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa ngoài công lập.

c) Tuyến huyện

- Bệnh viện quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố;
- Phòng khám đa khoa khu vực;
- Bệnh viện hạng III và các bệnh viện chưa xếp hạng, trung tâm Y tế có giường bệnh của Y tế ngành;
- Phòng khám đa khoa, chuyên khoa ngoài công lập.
- Cơ sở dịch vụ y tế.

d) Tuyến xã

- Trạm Y tế xã;
- Trạm Y tế của các cơ quan, đơn vị, trường học.

2.4. Chức năng, nhiệm vụ quản lý dịch vụ khám chữa bệnh

2.4.1. Tuyên Trưng ương

Nhiệm vụ quản lý của Bộ Y tế:

Điều 5 Luật khám chữa bệnh quy định trách nhiệm của Bộ Y tế trong thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh như sau:

- Xây dựng và ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cơ quan có thẩm quyền ban hành văn bản quy phạm pháp luật, quy chuẩn kỹ thuật về khám bệnh, chữa bệnh; chiến lược phát triển, quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- Chỉ đạo hướng dẫn, tuyên truyền và tổ chức triển khai thực hiện văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh; chiến lược phát triển, quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Quản lý thống nhất việc cấp, cấp lại, thu hồi chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động;

- Xây dựng và quản lý cơ sở dữ liệu quốc gia về người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Thanh tra, kiểm tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

- Tổ chức đào tạo, đào tạo liên tục, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực; hướng dẫn việc luân phiên người hành nghề; nghiên cứu, ứng dụng khoa học và công nghệ trong khám bệnh, chữa bệnh;

- Thực hiện hợp tác quốc tế về khám bệnh, chữa bệnh; thừa nhận chứng chỉ hành nghề giữa các nước, hướng dẫn khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo, hợp tác chuyên gia, chuyển giao kỹ thuật và phương pháp chữa bệnh mới.

Bộ Quốc phòng trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình tổ chức thực hiện và hướng dẫn việc khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý theo quy định của Luật này và phù hợp với điều kiện thực tế của quân đội.

Các bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm phối hợp với Bộ Y tế thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh.

Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi chung là cấp tỉnh) trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi địa phương.

Theo quy định này, Bộ Y tế mà đứng đầu là Cục quản lý khám chữa bệnh là cơ quan có thẩm quyền quản lý cao nhất về mặt chuyên môn nghiệp vụ với tất cả các cơ sở khám chữa bệnh trên toàn quốc, kể cả công lập và tư nhân.

Nhiệm vụ quản lý của Cục quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế:

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 uỷ quyền của Bộ trưởng Bộ Y tế.

(Theo Quyết định số 16/2008/QĐ-BYT ngày 22/4/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương

Đây là tuyến thực hiện các kỹ thuật chuyên khoa sâu, hiện đại, nghiên cứu khoa học, đồng thời là cơ sở thực hành cho sinh viên các trường Đại học Y-Dược; thường là các bệnh viện lớn trực thuộc Bộ Y tế như bệnh viện Bạch Mai, Việt Đức, bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí,... (xem thêm trong phần Phân hạng bệnh viện).

2.4.2. Tuyến tỉnh/thành phố

Sở Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là Ủy ban nhân dân cấp tỉnh) có chức năng tham mưu, giúp Ủy ban nhân dân cấp tỉnh thực hiện chức năng quản lý nhà nước về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, gồm: y tế dự phòng; khám, chữa bệnh; phục hồi chức năng; y dược cổ truyền; thuốc phòng bệnh, chữa bệnh cho người; mỹ phẩm; an toàn vệ sinh thực phẩm; trang thiết bị y tế; dân số; bảo hiểm y tế.

Nhiệm vụ của Sở Y tế:

1. Hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra và xử lý vi phạm trong thực hiện các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật đối với các cơ sở khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, phẫu thuật tạo hình, giải phẫu thẩm mỹ, giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần trên cơ sở quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế theo phân cấp và theo phân tuyến kỹ thuật.

2. Cấp, đình chỉ và thu hồi chứng chỉ hành nghề khám, chữa bệnh; giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề cho các cơ sở khám, chữa bệnh tư nhân theo quy định của pháp luật và theo phân cấp.

3. Giúp ủy ban nhân dân quản lý về tổ chức, bộ máy, nhân sự, cơ sở vật chất và tài chính bệnh viện theo phân cấp.

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh:

- Các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tỉnh, thành phố;
- Bệnh viện đa khoa khu vực;
- Một số bệnh viện đa khoa, chuyên khoa của Y tế ngành;
- Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa ngoài công lập.

- Dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh:

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh cung cấp các dịch vụ khám, chữa bệnh với các kỹ thuật chuyên khoa, chuyên ngành, đáp ứng hầu hết nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân trên địa bàn, trừ các kỹ thuật cao, chuyên sâu;

Là cơ sở thực hành cho học sinh các trường y-dược trong tỉnh, thành phố.

2.4.3. Tuyến quận/huyện

Nhiệm vụ của Phòng Y Tế:

1. Quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh: phòng Y tế là cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là Ủy ban nhân dân cấp huyện) có chức năng tham mưu, giúp Ủy ban nhân dân cấp huyện thực hiện chức năng quản lý nhà nước về y tế trên địa bàn huyện.

2. Khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng: kiểm tra, thanh tra và xử lý vi phạm trong thực hiện các quy định chuyên môn, quy chuẩn kỹ thuật đối với các cơ sở khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng, trên cơ sở quy định, hướng dẫn của Bộ Y tế theo phân cấp của Sở Y tế và theo phân tuyến kỹ thuật.

Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện

- Bệnh viện quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố.

- Phòng khám đa khoa khu vực:

- Bệnh viện hạng III và các bệnh viện chưa xếp hạng.

- Phòng khám đa khoa, chuyên khoa ngoài công lập.

- Nhà hộ sinh.

- Cơ sở dịch vụ y tế.

- Dịch vụ khám, chữa bệnh tuyến huyện

Các cơ sở khám, chữa bệnh tuyến huyện cung cấp các dịch vụ khám, chữa bệnh thông thường về nội khoa và các trường hợp cấp cứu ngoại khoa; là cơ sở chỉ đạo chuyên môn đối với trạm y tế xã.

2.4.4. Tuyến xã/phường

Tuyến xã bao gồm: trạm Y tế xã và trạm Y tế của các cơ quan, đơn vị, trường học.

Trạm y tế xã có nhiệm vụ chủ yếu là chăm sóc sức khỏe ban đầu, quản lý sức khỏe người dân địa phương.

Ngoài ra, trạm y tế xã còn là cơ sở quản lý thai sản, đỡ đẻ thường và tiếp nhận người bệnh đầu tiên để khám bệnh, chữa bệnh một số bệnh thông thường và làm thủ tục chuyển người bệnh lên tuyến trên.

Tùy theo từng địa phương mà phân công Phòng Y tế hoặc Trung tâm y tế hoặc Bệnh viện huyện quản lý Trạm y tế xã.

Trạm y tế xã là cơ sở quản lý chuyên môn nhân viên y tế thôn bản.

Tóm lại:

Bộ Y tế chịu trách nhiệm về quản lý nhà nước toàn bộ hệ thống khám bệnh, chữa bệnh và trực tiếp quản lý toàn diện các bệnh viện trực thuộc Bộ.

Cục Quản lý khám, chữa bệnh giúp Bộ trưởng Bộ Y tế quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh và trực tiếp quản lý một số nhiệm vụ được Bộ trưởng giao.

Sở Y tế giúp Ủy ban nhân tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh của địa phương và trực tiếp quản lý về tổ chức, bộ máy, nhân sự, cơ sở vật chất và tài chính bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện theo phân cấp.

Phòng Y tế giúp Ủy ban nhân dân huyện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh của địa phương và trực tiếp quản lý trạm y tế xã.

3. Một số định hướng chính về cung ứng dịch vụ KCB

Quan điểm chung là đổi mới và hoàn thiện hệ thống khám chữa bệnh theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ngang tầm các nước tiên tiến trong khu vực, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân.

Tổ chức cung ứng dịch vụ y tế

Phát triển cân đối, hợp lý giữa các bệnh viện đa khoa và chuyên khoa, phát triển y tế phổ cập kết hợp y tế chuyên sâu, giữa y học hiện đại với y học cổ truyền.

Trong phát triển mạng lưới KCB nhấn mạnh vào y tế cơ sở.

Bảo đảm tính hệ thống và tính liên tục trong hoạt động chuyên môn của từng tuyến và giữa các tuyến.

Khả năng tiếp cận dịch vụ KCB

Thực hiện tốt việc trợ giúp cho các đối tượng chính sách và người nghèo trong chăm sóc và nâng cao sức khỏe chủ yếu dựa trên giải pháp BHYT toàn dân.

Tài chính cho khám chữa bệnh

Tăng chi ngân sách nhà nước cho y tế, phát triển BHYT toàn dân, kết hợp với xã hội hóa các hoạt động chăm sóc sức khỏe.

An toàn, chất lượng, hiệu năng dịch vụ y tế

Tăng cường kiểm soát chất lượng các dịch vụ y tế theo quy định của Bộ Y tế, và xây dựng hệ thống kiểm định chất lượng dịch vụ y tế định kỳ tại tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh.

Quản lý bệnh viện

Đổi mới toàn diện cơ chế quản lý, điều hành, tài chính, nhân lực tại các bệnh viện để phát huy tính năng động, sáng tạo của cơ sở trong việc huy động, quản lý và sử dụng hiệu quả các nguồn lực.

Thực hiện cơ chế tự chủ đối với các cơ sở khám chữa bệnh công lập, cùng với tiến trình mở rộng bảo hiểm y tế, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân.

4. Tồn tại và thách thức trong tổ chức hệ thống và cung ứng dịch vụ KCB

4.1. Tình trạng vượt tuyến trong khám chữa bệnh diễn ra khá phổ biến

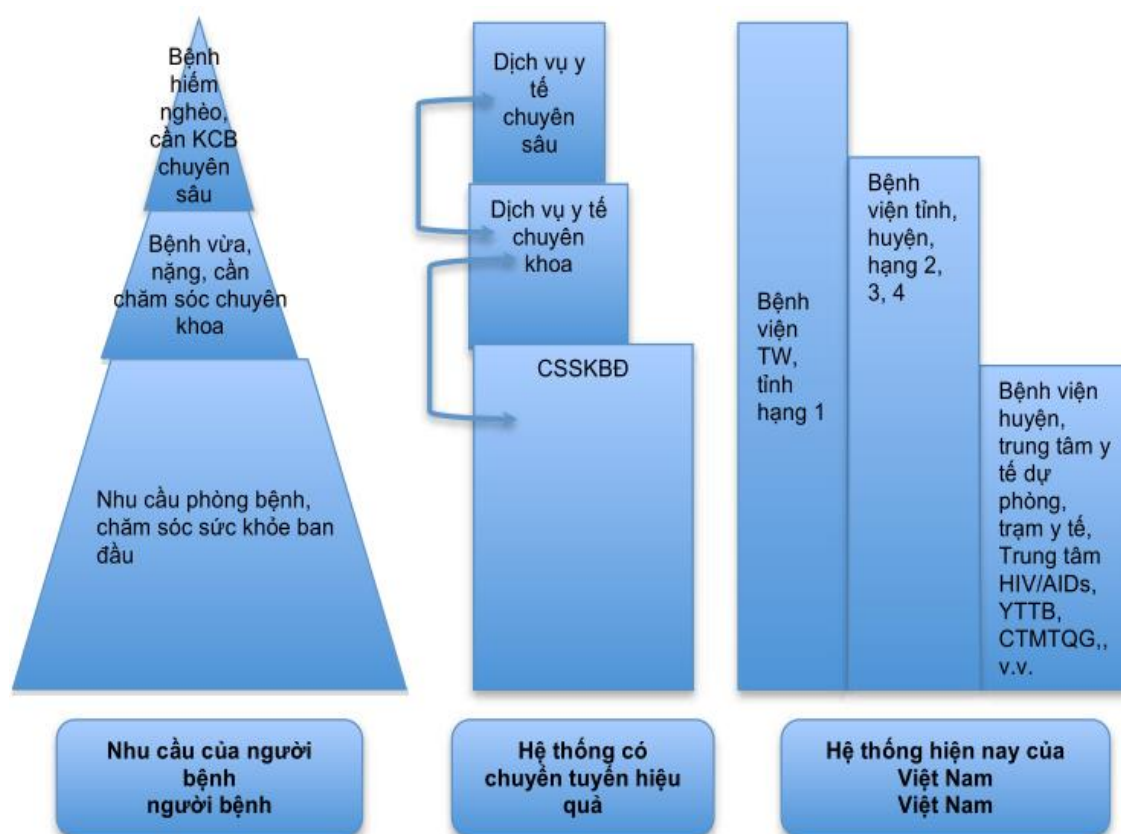
Theo tổ chức của nhiều nước tiên tiến, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế được chia theo 3 cấp khác nhau để đáp ứng các nhu cầu khác nhau. Thứ nhất, là chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm cả KCB và y tế dự phòng lồng ghép. Thứ hai, là dịch vụ y tế chuyên khoa (secondary care) và thứ ba là dịch vụ y tế chuyên sâu tại các trung tâm chuyên sâu (tertiary care). Dịch vụ chuyên khoa và chuyên sâu được tiếp cận khi người bệnh được cán bộ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu chuyển đến.

Việt Nam, chăm sóc sức khỏe ban đầu được thực hiện chủ yếu tại tuyến xã. Tuy nhiên, do tình trạng vượt tuyến, nhiều người sử dụng dịch vụ tuyến tỉnh, thậm chí

tuyến trung ương, để khám chữa bệnh thông thường, thuộc phạm vi chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Bảng 6.3 Khái niệm về hệ thống cung ứng dịch vụ và cơ cấu tổ chức ở Việt Nam

Khái niệm quốc tế	Cơ cấu tổ chức ở Việt Nam
Dịch vụ y tế chuyên sâu	Dịch vụ KCB chuyên sâu tại một số trung tâm có đầu tư trang thiết bị chuyên sâu và có cán bộ được đào tạo, có nhiều kinh nghiệm chuyên sâu
Dịch vụ y tế chuyên khoa	Dịch vụ KCB chuyên khoa tại phòng khám chuyên khoa, bệnh viện các tuyến
Chăm sóc sức khỏe ban đầu	Dịch vụ KCB tại trạm y tế xã, phòng khám đa khoa, khoa khám chữa bệnh (ngoại trú) tại bệnh viện đa khoa các tuyến kết hợp với các hoạt động y tế dự phòng như truyền thông giáo dục sức khỏe, bảo đảm nguồn nước sạch.



Hình 6.4 Nhu cầu KCB, mô hình chuyển tuyến và cơ cấu tổ chức KCB hiện nay ở Việt Nam

4.2. Hoạt động lồng ghép các chương trình y tế chưa tốt

Mặc dù lồng ghép đã được thừa nhận là một chiến lược tốt cho các chương trình y tế đang thực hiện độc lập, tuy nhiên hiện nay việc lồng ghép này chưa được thực hiện tốt. Các dự án thuộc chương trình mục tiêu hoạt động tương đối độc lập. Thông tin liên quan người bệnh và tình trạng sức khỏe và quá trình điều trị chưa có

tính liên tục khi chuyển từ tuyến này sang tuyến khác, từ cơ sở này sang cơ sở khác, thậm chí từ lần khám này sang lần khám tiếp theo tại cùng một cơ sở.

4.3. Tồn tại cả trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện trên cùng một địa bàn.

Các cơ sở y tế được thành lập theo đơn vị hành chính và gần như xã nào cũng có trạm y tế, huyện nào cũng có bệnh viện đa khoa. Tuy nhiên, quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam có mục tiêu phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh theo cụm dân cư không phân biệt địa giới hành chính. Rõ ràng ở vùng nào có giao thông thuận lợi, việc tổ chức một bệnh viện phục vụ một vài huyện có thể tạo điều kiện thuận lợi để chuyên môn hóa, đầu tư và bảo dưỡng tốt trang thiết bị y tế công nghệ cao hơn, giảm các chi phí hành chính để hoạt động 2 hoặc 3 cơ sở y tế khác nhau và không ảnh hưởng xấu tới khả năng tiếp cận về địa lý. Đến nay đã có mô hình phòng khám liên xã và bệnh viện liên huyện, tuy nhiên, ở cùng địa bàn thường vẫn tồn tại cả trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện.

4.4. Tổ chức và hoạt động y tế tư nhân còn nhiều bất cập

Phân bố không đều, thường tập trung ở vùng thành thị, đông dân cư, có điều kiện kinh tế và có khả năng thu lợi nhuận cao. Số liệu thống kê cho thấy, đồng bằng sông Hồng có 17 bệnh viện tư nhân, tương đương 12,6% tổng số giường bệnh tư nhân. Đông Nam bộ có 31 bệnh viện tư nhân chiếm 47% tổng số giường bệnh tư nhân. Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên chỉ có 5 bệnh viện tư nhân, với khoảng 5,4% tổng số giường bệnh tư nhân, trong khi dân số ở các vùng cao này chiếm 20% dân số toàn quốc.

Ngoại trừ các bệnh viện tư nhân và các phòng khám lớn ở các thành phố lớn, quy mô của các cơ sở y tế tư nhân vẫn còn nhỏ lẻ, phát triển mang tính tự phát cá nhân. Y tế tư nhân vẫn chủ yếu cung cấp các dịch vụ đơn giản, sơ cứu ban đầu. Do đó, đóng góp của y tế tư nhân trong cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt trong dịch vụ điều trị nội trú còn hạn chế

Có sự lạm dụng xét nghiệm ở một số cơ sở y tế tư nhân, không thực hiện đúng quy chế kê đơn, kê nhiều thuốc ngoại, thuốc đắt tiền không cần thiết, chạy theo lợi nhuận.

Chất lượng kỹ thuật và chuyên môn của y tế tư nhân còn nhiều hạn chế. Nhiều các cơ sở y tế tư nhân ở vùng nông thôn còn hạn chế về thiết bị, dụng cụ y tế, không đảm bảo chế độ sát khuẩn vô trùng, người hành nghề y tế tư nhân còn có những hạn chế về chuyên môn, nhất là những người hiện không còn làm việc trong các cơ sở y tế công.

Một số cơ sở y tế tư nhân hành nghề không có giấy chứng nhận đủ tiêu chuẩn và điều kiện hành nghề, vi phạm quy chế chuyên môn, kỹ thuật y tế, gây tai biến, hành nghề vượt quá khả năng chuyên môn, quá phạm vi được quy định trong giấy chứng nhận hành nghề gây nên ảnh hưởng xấu đến sức khỏe và tính mạng người bệnh.

Hiện nay, số liệu về y tế tư nhân rất không đầy đủ và không được thu thập định kỳ nên công tác quản lý và lập kế hoạch trong lĩnh vực này còn nhiều khó khăn.

4.5. Mức độ phát triển của cơ sở y tế công lập còn có sự khác nhau giữa các vùng

Tỷ lệ đạt chuẩn y tế xã thấp nhất là ở hai vùng miền núi cao: vùng Tây Bắc (18,3%) và vùng Tây Nguyên (36,9%). Chất lượng dịch vụ KCB bị ảnh hưởng nhiều bởi chất lượng nhân lực. Phân tích về cơ cấu nhân lực cho thấy vùng Tây Bắc có tỷ lệ

cán bộ y tế trình độ đại học (bác sĩ, dược sĩ đại học) trên tổng số cán bộ y tế thấp nhất. Tây Nguyên và Đồng bằng sông Cửu Long cũng có tỷ lệ dược sĩ đại học thấp. Để thực hiện công bằng y tế, bảo đảm cho nhân dân các vùng khó khăn được tiếp cận các dịch vụ KCB có chất lượng, cũng cần giảm chênh lệch về chất lượng dịch vụ y tế giữa các vùng, trọng tâm là giảm chênh lệch về trình độ chuyên môn của cán bộ y tế.

4.6. Quá tải bệnh viện

Vấn đề quá tải bệnh viện hiện còn khá trầm trọng, đặc biệt ở bệnh viện tuyến trung ương, các thành phố lớn và một số chuyên khoa như tim mạch, ung thư. Một số nguyên nhân dẫn đến tình trạng này là do nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng cao, ngày càng có nhiều người dân có khả năng tiếp cận các bệnh viện tuyến trên, mức viện phí giữa các tuyến khác nhau không nhiều, chất lượng dịch vụ y tế tuyến dưới chưa được người dân tin tưởng, cơ chế tự chủ khuyến khích các bệnh viện tăng thu hút bệnh nhân để tăng nguồn thu, hệ thống chuyên tuyến hoạt động kém hiệu quả,...

4.7. Vấn đề an toàn cho người bệnh và chất lượng dịch vụ KCB

Vấn đề an toàn cho người bệnh và chất lượng dịch vụ KCB đặc biệt ở bệnh viện tuyến trung ương, các thành phố lớn và một số chuyên khoa như tim mạch, ung thư. Một số nguyên nhân dẫn đến thiếu an toàn gồm có thiếu định hướng rõ ràng để xác định các ưu tiên hoặc nguồn lực cần thiết để thực hiện mục tiêu bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB ngày càng cao.

4.8. Định hướng công tác khám chữa bệnh trong các giai đoạn tiếp theo

4.8.1. Tổ chức hệ thống cung cấp dịch vụ đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh, đảm bảo công bằng trong tiếp cận, sử dụng và đảm bảo chất lượng dịch vụ

Nói chung, ở Việt Nam đã có nhiều chính sách được thực hiện nhằm bảo đảm công bằng trong cung ứng dịch vụ y tế. Tuy nhiên, khi xét về khía cạnh tiếp cận dịch vụ y tế, thì người nghèo, người dân tộc thiểu số vẫn gặp khó khăn trong sử dụng dịch vụ KCB nội trú và ngoại trú so với những nhóm khác. Thứ hai, dù mạng lưới KCB được mở rộng toàn quốc, nhưng chất lượng dịch vụ rất khác nhau tùy từng địa phương. Thứ ba, khu vực y tế tư nhân phát triển ở vùng thuận lợi, có thể dẫn đến tình hình ít công bằng hơn, nhưng chưa có số liệu đầy đủ để đánh giá kết quả về công bằng dịch vụ y tế khi tính đến cả khu vực tư nhân.

Ngoài ra, khi mô hình bệnh tật thay đổi theo hướng tỷ lệ mắc bệnh mạn tính, không lây nhiễm, bệnh nhân người già có nhiều bệnh kèm theo, hệ thống khám chữa bệnh cần được điều chỉnh cho phù hợp, bảo đảm tuyến y tế cơ sở có thể quản lý các bệnh mạn tính, bệnh nhân người cao tuổi nhằm tăng hiệu lực của hệ thống y tế, giảm chi phí xã hội của những nhóm bệnh này.

4.8.2. Kết hợp hài hòa giữa phát triển các dịch vụ KCB phổ cập có chất lượng cho toàn dân với phát triển kỹ thuật cao, chuyên sâu

Hiện nay hệ thống KCB đạt được nhiều thành tích trong ứng dụng công nghệ mới, tăng khả năng điều trị các bệnh hiểm nghèo. Tuy nhiên, trong mạng lưới KCB vẫn còn có cơ sở KCB chưa bảo đảm an toàn, chất lượng đối với chức năng cơ bản như chống nhiễm khuẩn, hạn chế và theo dõi tác dụng có hại của thuốc, sai sót chuyên

môn. Vì vậy, mạng lưới KCB chưa bảo đảm cung cấp dịch vụ có hiệu lực với giá thấp nhất cho người bệnh, ở tất cả các tuyến từ tuyến xã đến trung ương. Tình hình quá tải bệnh viện trên một phần do chưa tin tưởng vào chất lượng tuyến dưới.

Mặc dù đã có nhiều chính sách khác nhau liên quan đến an toàn, chất lượng dịch vụ y tế, nhưng vẫn thiếu chính sách hoặc chiến lược toàn diện. Trong các cơ chế hiện có để bảo đảm chất lượng, còn thiếu nhiều tiêu chuẩn ngành được cập nhật, tính đến hiệu quả chi phí. Những tiêu chuẩn đang có vẫn khó tiếp cận, chưa được sử dụng phổ biến làm cơ sở cho người hành nghề y tế trong quyết định lâm sàng, và cho người quản lý và người kiểm tra, thanh tra trong giám sát.

4.8.3. Cải tiến cơ chế tài chính và quản lý bệnh viện

Trong những năm gần đây có sự thay đổi rất lớn trong quản lý bệnh viện theo cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm. Tuy nhiên, hoạt động của các bệnh viện công trong cơ chế tài chính này đang xuất hiện những vấn đề đáng quan tâm. Một số văn bản pháp quy liên quan đến kiểm soát hoạt động KCB vẫn chưa được hoàn thiện. Thêm nữa, các lãnh đạo Sở y tế, phòng y tế huyện, và lãnh đạo từng cơ sở y tế chủ yếu được đào tạo về chuyên môn y tế, chưa được đào tạo đầy đủ về quản lý nên một số nhà quản lý trong hệ thống y tế khó thích nghi hiệu quả với cơ chế mới, đặc biệt vì một số quy định còn mâu thuẫn. Hậu quả là một số vấn đề phát sinh như quá tải bệnh viện, lạm dụng xét nghiệm, một số cán bộ y tế thiếu đạo đức, v.v.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả hệ thống khám chữa bệnh tại Việt Nam
2. Trình bày mô hình tổ chức và nhiệm vụ của bệnh viện
3. Trình bày những khó khăn, thách thức và định hướng phát triển công tác khám chữa bệnh của Việt Nam thời gian tới.

Bài 1.5

TỔ CHỨC VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

A. MỤC TIÊU: *Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:*

1. Trình bày được khái quát về sự ra đời và phát triển bệnh viện và quản lý bệnh viện.
2. Trình bày được vai trò, nhiệm vụ của bệnh viện.
3. Mô tả được các chức năng quản lý bệnh viện.

B. NỘI DUNG

I. KHÁI LƯỢC VỀ SỰ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CỦA BỆNH VIỆN VÀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

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

Tới thế kỷ thứ XIII trong các vụ dịch, người ta thấy cần thiết phải tập trung những người bị bệnh vào một nơi (như nhà thờ) và mời các thầy thuốc tới chữa bệnh cho họ. Cuối thế kỷ 19 đầu thế kỷ 20 nhiều nước đã dần dần hình thành các bệnh viện phục vụ cho các tầng lớp quý tộc, cho quân đội và có cả bệnh viện từ thiện cho người nghèo. Khoa học kỹ thuật y học ngày càng phát triển đã giúp cho một số chuyên khoa ra đời như Gây mê hồi sức, Ngoại, Xét nghiệm. Bệnh viện đa khoa và bệnh viện chuyên khoa lần lượt ra đời.

Ở Việt Nam, bệnh viện cũng được hình thành từ đầu thế kỷ XX. Bệnh viện nhiều tuổi nhất đã được hơn 100 năm như Bạch Mai, Việt Đức (Phủ Doãn).

Bệnh viện ra đời, nhưng mãi về sau này người ta mới thấy việc quản lý bệnh viện thực sự là vấn đề khoa học. Sau chiến tranh thế giới lần thứ hai, áp dụng y học hạt nhân, miễn dịch học chăm sóc điều dưỡng dẫn đến sự cần thiết phải phát triển khoa học quản lý bệnh viện. Ở các nước phát triển đã hình thành Khoa Quản lý bệnh viện trong trường đại học. Nhiều xu hướng quản lý bệnh viện ra đời. hiện nay việc quản lý bệnh viện đang có xu hướng quản lý theo hình thức quản trị kinh doanh xí nghiệp.

II. ĐỊNH NGHĨA BỆNH VIỆN

Bệnh viện là gì? Rất nhiều những định nghĩa về bệnh viện đã được nêu lên. Trước đây người ta quan niệm bệnh viện chỉ là nơi chữa bệnh. Năm 1957 Tổ chức y tế Thế giới đã đưa ra định nghĩa: Bệnh viện là một bộ phận không thể tách rời của một tổ chức xã hội và y tế, chức năng của nó là chăm sóc sức khỏe toàn diện cho nhân dân cả phòng bệnh và chữa bệnh, dịch vụ ngoại trú của bệnh viện phải vươn tới cả gia đình và môi trường cư trú. Bệnh viện còn là nơi đào tạo cán bộ y tế và nghiên cứu y sinh xã hội học.

Định nghĩa này quan niệm về bệnh viện đã có thay đổi, bệnh viện không chỉ có nhiệm vụ chữa bệnh mà còn phòng bệnh, nghiên cứu khoa học và đào tạo. Tuy vậy định nghĩa này cũng chưa nêu được chức năng chỉ đạo tuyến và hợp tác quốc tế. Gần đây Vụ Điều trị - Bộ Y tế đã nêu một định nghĩa mới như sau:

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

Theo quan điểm hiện đại người ta lại xem bệnh viện là một hệ thống, một phức hợp và một tổ chức động:

- Bệnh viện là một hệ thống, bao gồm Ban giám đốc, các phòng nghiệp vụ, các khoa lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bệnh viện là một phức hợp bao gồm rất nhiều yếu tố liên quan mật thiết với nhau từ khám bệnh đến chữa bệnh. Người bệnh vào viện được chẩn đoán, điều trị, chăm sóc ...

- Bệnh viện là một tổ chức động bao gồm đầu vào (Inputs) là người bệnh, cán bộ y tế, trang thiết bị, thuốc chữa bệnh và vật tư tiêu hao. Đầu ra (Outputs) là người bệnh khỏi bệnh ra viện, hoặc hồi phục sức khỏe, hoặc tử vong.

III. VAI TRÒ CỦA BỆNH VIỆN

Trong ngành y tế cũng như trong xã hội, bệnh viện có những vai trò rất quan trọng đó là:

3.1. Bệnh viện là nơi cung cấp các dịch vụ y tế nhằm bảo đảm chức năng bảo vệ, chăm sóc và tăng cường sức khỏe nhân dân. Thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe người bệnh.

3.2. Bệnh viện là "bộ mặt" của ngành y tế. Trình độ chuyên môn của các thầy thuốc, nhân viên y tế và các tiến bộ kỹ thuật được thực hiện trong bệnh viện, phản ánh trình độ phát triển về y học của một cộng đồng dân cư, của một Tỉnh, Thành phố, một Quốc gia. Người ta không thể đánh giá một khu vực dân cư nào đó có sự phát triển về y tế khi lại thấy bệnh viện của khu vực đó còn lạc hậu, non kém và ngược lại.

3.3. Bệnh viện là một đơn vị hành chính sự nghiệp có thu. Trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa hiện nay, một số bệnh viện không chỉ chăm lo sức khỏe cho người bệnh, bảo vệ sức khỏe nhân dân tốt, được nhân dân tin tưởng, quý trọng mà còn đóng góp GDP cho nền kinh tế quốc dân.

IV. NHIỆM VỤ CỦA BỆNH VIỆN

4.1. Khám chữa bệnh

Khám chữa bệnh là nhiệm vụ trọng tâm xuyên suốt mọi hoạt động của bệnh viện. Bác Hồ dạy "Người bệnh phó thác tính mệnh của họ nơi các cô các chú. Chính phủ phó thác cho các cô chú việc chữa bệnh tật và giữ gìn sức khỏe của đồng bào". Đây là nhiệm vụ rất vẻ vang nhưng cũng chính là lý do sinh tồn của một bệnh viện.

4.2. Đào tạo cán bộ

Nghị quyết 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới nêu rõ "Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo sử dụng và đãi ngộ đặc biệt". Đào tạo cán bộ y tế không

thể đào tạo chỉ ở trong Trường học mà phải được đào tạo tại bệnh viện. Bệnh viện có thể là nơi trực tiếp làm công tác đào tạo, mở trường, mở lớp đào tạo trong bệnh viện (như Bệnh viện Bạch Mai có trường trung học y tế riêng) mở lớp đào tạo nâng cao cho các đối tượng. Bệnh viện cũng là nơi thực hành của các trường đào tạo. Các trường đào tạo thường kết hợp với bệnh viện để thực hiện nhiệm vụ đào tạo cán bộ y tế như: đào tạo mới, đào tạo lại, đào tạo nâng cao.

4.3. Nghiên cứu khoa học

Trong sự bùng nổ thông tin hiện nay, khoa học y học luôn phát triển rất mạnh mẽ, bên cạnh đó sự phát triển của các ngành khoa học nói chung và công nghệ đã trực tiếp tạo nên những trang thiết bị giúp cho chẩn đoán và điều trị cũng luôn luôn đổi mới và hiện đại. Vì thế, bệnh viện lại càng cần có sự nghiên cứu khoa học để ứng dụng, triển khai những tiến bộ khoa học kỹ thuật mới. Nghiên cứu tổng kết những vấn đề thực tiễn trong khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe nhân dân, có những kết luận khoa học giúp cho công tác khám chữa bệnh ngày càng có hiệu quả hơn và góp phần vào sự tiến bộ khoa học y học, phục vụ sức khỏe con người.

4.4. Chỉ đạo tuyến

Bệnh viện dù lớn hay nhỏ, dù là bệnh viện Trung ương hay địa phương thì hàng ngày đều được nhận bệnh nhân từ các tuyến dưới gửi về. Do điều kiện còn nhiều khó khăn về trang thiết bị, về nguồn lực, nhiều bệnh nhân từ tuyến dưới gửi tới tuyến trên có nhiều vấn đề cần được điều chỉnh cho sự hợp tác trong vận chuyển, điều trị. Bên cạnh đó, bệnh viện tuyến trên có nhiệm vụ chuyển giao kỹ thuật, đào tạo cán bộ nâng cao chất lượng công tác cho tuyến dưới.

4.5. Phòng bệnh

Bệnh viện là nơi chữa bệnh, vì thế bệnh viện là nơi tập trung nhiều loại bệnh tật khác nhau, có bệnh lây nhiều, có bệnh lây ít, có bệnh không lây, nhưng các bệnh có khả năng truyền nhiễm, nhất là các bệnh trong các vụ dịch thì khả năng phát tán mầm bệnh, lây lan là rất lớn. Vì vậy, phòng bệnh là một nhiệm vụ rất quan trọng của bệnh viện. Bệnh viện trước hết phải phòng sự nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện, phòng sự lây chéo từ bệnh nhân sang bệnh nhân, từ bệnh nhân sang thầy thuốc, lây nhiễm từ bệnh viện sang cộng đồng dân cư. Bệnh viện có nhiệm vụ phòng bệnh được cho mọi người và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

4.6. Hợp tác quốc tế

Trong xu thế hội nhập hiện nay, ngành y tế càng rất cần thiết có sự hội nhập và hợp tác quốc tế. Hợp tác quốc tế trong khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân, phòng chống dịch và trong nghiên cứu khoa học. Hợp tác quốc tế để phát triển.

4.7. Quản lý kinh tế trong bệnh viện

Bệnh viện nào cũng có một cơ sở hạ tầng từ nhà cửa tới trang thiết bị, vật tư, thuốc men và nguồn tài chính để duy trì mọi hoạt động của bệnh viện. Quản lý như thế nào để phát huy được hiệu quả các nguồn lực về vật chất, về tài chính đảm bảo cho mọi hoạt động đạt kết quả cao là một nhiệm vụ rất quan trọng của bệnh viện.

5. Mô hình bệnh viện

Nước ta đang xây dựng nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Một nền kinh tế hàng hóa nhiều thành phần, mà kinh tế Nhà nước giữ vai trò chủ đạo. Nghị quyết Trung ương 4 khóa VII đã chỉ rõ cần đa dạng hóa việc cung ứng chăm sóc y tế, Nghị quyết 90/CP ngày 21/8/1997 của Chính phủ về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân đã khuyến khích đa dạng hóa các loại hình dịch vụ để chăm sóc sức khỏe nhân dân. Xây dựng một hệ thống y tế vừa Nhà nước vừa tư nhân. Cùng với sáu thành phần kinh tế, ngành y tế nước ta cũng có đầy đủ các loại hình bệnh viện tương ứng để chăm sóc sức khỏe nhân dân. Bên cạnh một hệ thống bệnh viện công của Nhà nước giữ vai trò chủ đạo còn có các bệnh viện tư nhân, bệnh viện bán công, bệnh viện dân lập, bệnh viện ban ngày, bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài, bệnh viện liên doanh với nước ngoài. Tất cả các bệnh viện trên đều có vai trò to lớn trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

6. Quản lý bệnh viện

Trong thời gian dài trước đây chúng ta quan niệm y tế là lĩnh vực "Phi sản xuất vật chất", có nghĩa đối lập với lĩnh vực sản xuất vật chất như công nghiệp, nông nghiệp. Từ quan niệm này, sự đầu tư cho lĩnh vực y tế được coi là sự tiêu tốn các nguồn lực của Nhà nước mà không sáng tạo ra giá trị và giá trị sử dụng. Các bệnh viện, cơ sở y tế, chỉ thuần túy là cơ quan hành chính sự nghiệp, chỉ cần thu đủ và chi đủ.

Chuyển sang giai đoạn kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, chúng ta phải thay đổi căn bản nhận thức trên. Ngành y tế thuộc nhóm ngành dịch vụ. Nó đóng góp vào GDP của đất nước. Vì vậy, đầu tư cho y tế không phải là tiêu phí mà là đầu tư cơ bản, đầu tư cho phát triển.

Từ đó phải đổi mới tư duy trong tổ chức và quản lý bệnh viện:

6.1. Bệnh viện là cơ sở kinh tế dịch vụ

Điều này khác với kinh doanh dịch vụ với mục tiêu cơ bản và lợi nhuận. Đơn vị kinh tế dịch vụ y tế thông qua hoạt động của mình để có thu nhập và tích cực hoạt động không vì doanh lợi. Sản phẩm chủ yếu của các bệnh viện là dịch vụ. Sản phẩm này mang các đặc trưng là sản phẩm vô hình, không nhìn thấy. Sản phẩm diễn ra đồng thời, không có tích trữ, không có tồn kho. Giá trị sản phẩm phụ thuộc trình độ đáp ứng yêu cầu của khách hàng. Tính phong phú đa dạng của sản phẩm không có giới hạn cuối cùng, cho nên cuộc chạy đua về dịch vụ không bao giờ kết thúc.

Trong nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa hiện nay, tổ chức quản lý bệnh viện cần phải chú trọng các mặt cơ bản như sau:

6.1.1. Công tác quản lý bệnh viện phải chuyển từ mô hình quản lý thuần túy chuyên môn sang mô hình quản lý kinh tế dịch vụ. Tổ chức hệ thống định mức quản lý kinh tế hợp lý. Quản lý chặt chẽ các yếu tố đầu vào, chi phí và thu nhập. Trong nhận thức cần chuyển trọng tâm từ "Bác sĩ" sang trọng tâm là "Người yêu cầu dịch vụ". Người đứng đầu bệnh viện đòi hỏi có kiến thức tổ chức quản lý và điều hành bệnh viện giống như điều hành một doanh nghiệp.

6.1.2. Đa dạng hóa các hình thức dịch vụ và đồng bộ hóa các dịch vụ nhằm đáp ứng tốt nhất yêu cầu của người bệnh và xã hội. Các mô hình bệnh viện - sức khỏe cộng đồng - môi trường, bệnh viện khách sạn hóa đang được quan tâm.

6.1.3. Kinh tế dịch vụ y tế không chỉ có các bệnh viện Nhà nước mà có các bệnh viện của các thành phần kinh tế khác. Cạnh tranh trên thị trường dịch vụ này sẽ diễn ra ngày càng gay gắt. Quản lý bệnh viện phải tạo dựng niềm tin ở khách hàng, sự nổi tiếng của nhãn hiệu sản phẩm, chất lượng và giá cả dịch vụ, kỹ năng quản lý... sẽ đảm bảo lợi thế trong cạnh tranh và phát triển.

6.1.4. Cơ chế xin cho trong đầu tư và cấp phát kinh phí sẽ dần dần mất đi. Các bệnh viện sẽ được giao quyền tự chủ về tài chính. Các dự án, các chương trình đầu tư phải qua đấu thầu, tự chịu trách nhiệm cân đối, bảo đảm các nguồn lực và cải thiện đời sống cho cán bộ nhân viên, nâng cao chất lượng công việc.

6.2. Chức năng quản lý bệnh viện

6.2.1. Chức năng hoạch định kế hoạch

Hoạch định bao gồm xây dựng và lựa chọn các mục tiêu chiến lược, mục tiêu sách lược. Xây dựng và triển khai thực hiện chiến lược, chính sách, chương trình kế hoạch và các biện pháp để thực hiện các mục tiêu đã đề ra. Trên cơ sở đó hoạch định ra các quyết định quản lý phù hợp với thực tế.

6.2.2. Chức năng tổ chức

Phải thiết lập cơ chế tổ chức sao cho phù hợp với mục tiêu cơ chế đề ra và thích ứng với tình hình nhằm đạt tới hiệu quả cao. Tùy từng loại bệnh viện cụ thể mà có cách tổ chức khác nhau. Mỗi một đơn vị tổ chức đều phải có chức năng nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng, tránh mập mờ, chồng chéo. Phân công phân nhiệm rõ ràng, phân cấp hợp lý và thiết lập hệ thống thông tin chính xác, kịp thời, thông suốt.

6.2.3. Chức năng tuyển chọn nhân lực

Tuyển chọn nhân lực phải chọn người có trình độ chuyên môn giỏi. Mọi chương trình kế hoạch và cơ sở vật chất dù có hoàn hảo tới bao nhiêu cũng sẽ trở thành vô nghĩa khi người thực hiện lại có năng lực kém hoặc thiếu trách nhiệm. Tiếp theo khâu tuyển chọn (thi tuyển) là chương trình huấn luyện, sắp xếp công việc phù hợp, kiểm tra đánh giá và động viên vật chất, tinh thần đối với nhân viên, làm cho mọi người gắn bó với bệnh viện, tự giác làm việc, tự mình rèn luyện nâng cao năng lực chuyên môn và đem hết trí tuệ tài năng cống hiến cho bệnh viện.

6.2.4. Chức năng điều hành

Hướng dẫn và lãnh đạo cấp dưới phải rõ ràng, cụ thể mà không làm thay họ, tạo môi trường cho họ tự do sáng tạo. Trong điều hành tránh sa vào sự vụ mà bỏ qua định hướng mục tiêu. Tạo sự cộng đồng trách nhiệm và tin tưởng lẫn nhau giữa các cấp là đảm bảo cho sự thành công của công việc.

6.2.5. Chức năng kiểm tra giám sát

Đây là chức năng quan trọng của quản lý. Không có kiểm tra coi như không có lãnh đạo, quản lý. Kiểm tra phải đánh giá và phân tích rõ thực trạng để chấn chỉnh, uốn nắn kịp thời các khâu yếu kém. Tùy mục tiêu cụ thể mà có thể tiến hành kiểm tra thường xuyên, định kỳ hay đột xuất.

6.3. Các phương pháp quản lý chung bệnh viện

6.3.1. Phương pháp hành chính

Phương pháp hành chính là tác động trực tiếp của cơ quan quản lý hay người lãnh đạo đến cơ quan bị quản lý hay chấp hành, nhằm mục đích bắt buộc cấp bị quản lý phải thực hiện.

Để tập trung thống nhất mọi hoạt động theo mục tiêu phải sử dụng phương pháp hành chính. Khi không sử dụng đúng đắn phương pháp hành chính sẽ dẫn tới tình trạng vô chính phủ.

Phương pháp quản lý hành chính bao gồm các nội dung như sau:

- Thiết lập hệ thống quan hệ phụ thuộc lẫn nhau. Cơ quan bị lãnh đạo, bị quản lý phải phục tùng cơ quan lãnh đạo. Cơ quan quản lý cấp dưới phục tùng cơ quan quản lý cấp trên. Tất nhiên cơ quan quản lý phải có cơ chế để lắng nghe thông tin ngược chiều, để có sự điều chỉnh phù hợp, kịp thời.

- Xác định chức năng, nhiệm vụ rõ ràng của các cơ quan quản lý tổ chức. Nếu không rõ ràng về chức năng, nhiệm vụ thì sẽ bị rối chạy theo nhau hoặc bỏ ngỏ công việc không thực hiện. Khi qui định chức năng nhiệm vụ cho các bộ phận cần phải quan tâm tới mối quan hệ giữa các bộ phận, để vừa không bị chông chéo, vừa phát huy được sự hợp tác kết hợp.

- Quản lý hành chính là sử dụng các căn cứ pháp chế để ban hành chủ trương hoặc ra các quyết định. Vì vậy, cần phải chống thói quan liêu hoặc hành chính quan liêu. Chống chủ nghĩa bè phái, cục bộ. Không ngừng hoàn thiện phương pháp và lề lối làm việc dân chủ, cởi mở. Phát huy mọi tiềm năng của các thành viên trong đơn vị.

6.3.2. Phương pháp kinh tế

Phương pháp kinh tế là sự tác động tới lợi ích vật chất của tập thể hay cá nhân nhằm làm cho họ quan tâm tới kết quả hoạt động và chịu trách nhiệm vật chất về hoạt động của mình.

Phương pháp kinh tế lấy lợi ích vật chất là động lực cơ bản của sự phát triển kinh tế xã hội. Lợi ích cá nhân người lao động phải được coi là cơ bản và tác động nhất đến hoạt động của con người. Vi phạm nguyên tắc khuyến khích lợi ích vật chất và trách nhiệm vật chất sẽ thủ tiêu động lực kích thích người lao động. Ăngghen đã nhấn mạnh rằng lợi ích vật chất là cái làm chuyển động quảng đại nhân dân lao động, đồng thời lợi ích vật chất cũng là chất kết dính các hoạt động riêng lẻ theo một mục đích chung.

Sử dụng các đòn bẩy kinh tế là nội dung chủ yếu của phương pháp kinh tế. Các đòn bẩy như tiền lương, tiền thưởng... có tác động lớn tới người lao động. Nó có tác dụng kích thích hay hạn chế động lực làm việc của mỗi người. Bên cạnh việc sử dụng hệ thống đòn bẩy kinh tế cũng phải sử dụng đòn hãm như phạt vật chất và trách nhiệm vật chất khác.

6.3.3. Phương pháp tuyên truyền giáo dục

Phương pháp tuyên truyền giáo dục và sự tác động tới tinh thần và năng lực chuyên môn của người lao động để nâng cao ý thức và hiệu quả công tác. Phương pháp tuyên truyền bao gồm những nội dung cơ bản như sau:

- Qua hệ thống thông tin đa chiều tác động tới toàn bộ hệ thống quản lý và người lao động. Động viên khích lệ những tư tưởng tốt tiến bộ và uốn nắn kịp thời những tư tưởng thiếu lành mạnh. Khơi dậy ý thức trách nhiệm và lòng tự tôn của mỗi người lao động.

- Phương pháp giáo dục thể hiện sự khen chê rõ ràng, nêu gương tốt để tác động gây chú ý và thuyết phục mọi người làm theo. Xử phạt nghiêm minh để giữ vững kỷ cương, ngăn chặn các khuynh hướng xấu.

- Giáo dục chuyên môn và năng lực công tác là vấn đề quan trọng trong hệ thống tuyên truyền vận động. Dân trí càng cao, con người được tự do tư tưởng là yếu tố quan trọng bảo đảm cho sự thành công của mọi hoạt động.

- Giáo dục truyền thống ở mỗi bệnh viện, truyền thống của ngành làm cho mỗi người có ý thức đầy đủ về vị trí công tác của mình, tự hào về những đóng góp của đơn vị, xác định rõ trách nhiệm của cá nhân là động lực để nâng cao trách nhiệm đối với công việc của họ.

- Nâng cao đời sống tinh thần, tăng niềm tin của cán bộ công chức vào bệnh viện để phát huy sức mạnh, hạn chế những nhược điểm tạo nên một động lực mới cho việc hoàn thành nhiệm vụ của người lao động.

7. Cơ sở pháp lý của quản lý

Trong quá trình công tác, mỗi cán bộ quản lý muốn hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình đòi hỏi không những phải giỏi về nghiệp vụ quản lý mà phải thấu hiểu mọi chủ trương của Đảng, tuân thủ theo các chế độ chính sách, pháp luật của Nhà nước, qui chế, qui định của ngành để có những quyết định sáng suốt và sát hợp.

Đối với cán bộ quản lý y tế, quản lý bệnh viện cần phải:

- Nắm vững các Chỉ thị, Nghị quyết, các quan điểm của Đảng về công tác y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

- Nắm vững các văn bản pháp luật của Nhà nước và Chính phủ như Luật, Pháp lệnh, Nghị định, Quyết định, Chỉ thị, Thông tư, Hướng dẫn liên quan đến công tác y tế.

- Nắm vững các văn bản pháp luật của Bộ Y tế hoặc các bộ, ngành có liên quan hướng dẫn thực hiện các nghị định, quyết định của Chính phủ như: Thông tư liên bộ, Thông tư của các Bộ, Thông tư, Chỉ thị của Bộ Y tế, các Quyết định của Bộ trưởng, qui chế bệnh viện, qui chế dân chủ trong bệnh viện và các thông tư hướng dẫn về các qui trình chẩn đoán, điều trị...

Quản lý bệnh viện phải căn cứ vào các văn bản trên để điều hành tổ chức thực hiện. Tránh rơi vào tình trạng không thực hiện đầy đủ các qui định của Pháp luật, quản lý theo kinh nghiệm, theo yếu tố chủ quan, buông lỏng quản lý dẫn đến những sai lầm khuyết điểm làm tổn hại đến lợi ích chung của bệnh viện, thậm chí tổn hại đến lợi ích và uy tín của ngành.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

Phần I: Câu hỏi trắc nhiệm

1. Khám chữa bệnh giữ gìn sức khỏe cho nhân dân là nhiệm vụ vẻ vang nhưng cũng là lý do...
 - A. Được đầu tư kinh phí cho bệnh viện
 - B. Để bệnh viện phát triển
 - C. Thể hiện vai trò của bệnh viện
 - D. Sinh tồn của bệnh viện
2. Đào tạo cán bộ y tế không chỉ ở trong trường học mà phải được đào tạo cả trong...
 - A. Cộng đồng
 - B. Thực tế
 - C. Bệnh viện
 - D. Cơ sở
3. Bệnh viện có nhiệm vụ nghiên cứu khoa học để tổng kết những vấn đề từ thực tiễn giúp cho công tác khám chữa bệnh ngày càng có hiệu quả hơn, góp phần vào sự tiến bộ khoa học y học, phục vụ ...
 - A. Sức khỏe con người
 - B. Sự phát triển y tế
 - C. Sự phát triển khoa học kỹ thuật
 - D. Sự đào tạo cán bộ y tế
4. Bệnh viện tuyến trên có nhiệm vụ chuyển giao kỹ thuật, đào tạo cán bộ, nâng cao chất lượng công tác cho...
 - A. Cán bộ y tế
 - B. Tuyến dưới
 - C. Công tác xã hội hóa y tế
 - D. Sự phát triển y tế
5. Nhiệm vụ hợp tác quốc tế của bệnh viện là hợp tác trong khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân, phòng chống dịch và trong...
 - A. Đầu tư kinh phí
 - B. Nghiên cứu khoa học
 - C. Bảo vệ sức khỏe
 - D. Phát triển kinh tế y tế
6. Phát huy được các nguồn lực về vật chất, tài chính là yêu cầu cơ bản của quản lý...
 - A. Kinh tế trong bệnh viện
 - B. Bệnh viện
 - C. Y tế
 - D. Lãnh đạo

Phần II: Phân biệt đúng sai các câu bằng cách đánh dấu X vào cột A cho câu đúng và cột B cho câu sai:

Câu hỏi	Đúng	Sai
7. Khi con người biết chữa bệnh, nghề y ra đời thì bệnh viện cũng được hình thành	A	B
8. Ngay sau khi cách mạng thành công, các bệnh viện ở Việt Nam đã được thành lập	A	B
9. Bệnh viện là một đơn vị kinh tế dịch vụ, nhưng bệnh viện tích cực hoạt động không phải vì doanh lợi.	A	B
10. Bệnh viện muốn đạt kết quả cao trong mọi hoạt động cần phải biết quản lý kinh tế, đó là một nhiệm vụ của bệnh viện	A	B

Phần III: Bài tập tình huống

11. Tình huống 1: Sau khi trang bị thêm máy siêu âm ba chiều, cán bộ công chức khoa thăm dò chức năng đề nghị tăng phần ăn chia phúc lợi cho khoa. Là cán bộ quản lý bạn sẽ xử lý thế nào?
12. Tình huống 2: Trong đêm trực, bác sĩ trực khoa Hồi sức cấp cứu phản ánh có bệnh nhân nghi bị nhiễm H5N1. Là cán bộ quản lý bạn sẽ xử lý thế nào?

Chương II

QUẢN LÝ Y TẾ



Bài 2.1

ĐẠI CƯƠNG VỀ QUẢN LÝ Y TẾ

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có thể:

1. Trình bày được khái niệm về quản lý, quản lý y tế.
2. Mô tả được chu trình quản lý y tế
3. Trình bày được chức năng, phương pháp quản lý trong chu trình quản lý y tế.
4. Lựa chọn, sử dụng đúng theo các nguyên tắc và phương pháp quản lý y tế.
5. Trình bày được các nội dung của công tác quản lý cơ sở y tế.

B. NỘI DUNG

I. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

1. Khái niệm quản lý

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

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

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

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

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

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

Quản lý là một hiện tượng xã hội xuất hiện cùng một lúc với con người, trong quan hệ giữa con người với con người. Xã hội càng phát triển thì quản lý càng phát triển theo, từ việc quản lý mang tính tự nhiên, tự phát đến tính khoa học và nghệ thuật hiện đại. Những người sau đây được coi là mở đầu cho khoa học và nghệ thuật hiện đại:

Không có một định nghĩa duy nhất cho thuật ngữ quản lý. Tùy từng tình huống cụ thể mà có các định nghĩa về quản lý khác nhau. Một số định nghĩa quản lý thường được sử dụng:

Quản lý là làm cho mọi người làm việc có hiệu quả: Trong khái niệm quản lý này đề cập đến quản lý con người và điều kiện làm việc của con người. Vấn đề đặt ra là làm sao cho mọi thành viên trong tổ chức y tế hay trong cộng đồng tùy theo chức năng, nhiệm vụ và điều kiện cụ thể đều phải làm việc theo kế hoạch một cách tích cực, có trách nhiệm để đạt được mục tiêu đề ra.

Quản lý là làm cho mọi người biết việc cần làm và làm cho việc đó hoàn thành: Những việc, hoạt động, dịch vụ y tế hoặc chăm sóc sức khỏe được ghi trong kế hoạch hoặc được thông qua phải được thực hiện.

Quản lý còn là quá trình làm việc cùng nhau và thông qua các cá nhân, các nhóm cũng như những nguồn lực khác để hoàn thành mục tiêu của tổ chức.

Quản lý là biết kết hợp những nỗ lực, sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả, động viên con người, tạo ra bộ máy lãnh đạo, chỉ đạo và kiểm tra một tổ chức hoặc một hệ thống nhằm đạt tới một loạt các mục tiêu: Nguồn lực chính để thực hiện các

dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hay giải quyết mọi công việc khác là nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và kể cả thời gian. Tuy nhiên nguồn lực không phải là vô tận, nên việc sử dụng các nguồn lực đòi hỏi phải như thế nào để có hiệu quả nhất, nghĩa là với chi phí về nguồn lực nhỏ nhất mà vẫn đạt được mục tiêu đề ra.

Quản lý y tế là chức năng của hệ thống y tế, đảm bảo cho sự phát triển cân đối và năng động của hệ thống đó, giữ gìn cơ cấu tổ chức tối ưu đã được xác định, duy trì chế độ hoạt động có hiệu quả, thực hiện những chương trình khác nhau nhằm đạt được mục đích và mục tiêu về bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Khái niệm khoa học quản lý

Khoa học quản lý là ngành khoa học tổng hợp về những quy luật, phương pháp luận, nguyên lý và kỹ thuật học của hoạt động quản lý. Như vậy khoa học quản lý bao gồm những kiến thức có tổ chức làm cơ sở cho thực hành quản lý.

Quản lý với cách tiếp cận khoa học đòi hỏi sự rõ ràng của các khái niệm (những từ, thuật ngữ chính xác, thích hợp), áp dụng các phương pháp khoa học để phát triển kiến thức, lý thuyết về quản lý. Lý thuyết là một nhóm hệ thống các khái niệm và các nguyên tắc phụ thuộc lẫn nhau, hoặc ràng buộc lại với nhau tạo nên một bộ khung cho một mảng lớn kiến thức.

Các nguyên tắc trong quản lý có tính chất mô tả hoặc tiên đoán chứ không có tính tất yếu, có nghĩa là cái gì sẽ xảy ra khi các biến số (quản lý có nhiều biến số tác động) tác động qua lại.

3. Khái niệm kỹ thuật quản lý

Kỹ thuật quản lý là những cách thức thực hiện các công việc, là những phương pháp trong việc thực hiện một kết quả định trước (Kỹ thuật lập kế hoạch, lập ngân sách v.v...).

4. Khái niệm thực hành/ nghệ thuật quản lý

Thực hành quản lý đòi hỏi phải xét tới thực tại của một tình huống/ điều kiện khi áp dụng lý thuyết, nguyên tắc hoặc các kỹ thuật quản lý. Quản lý có hiệu quả luôn luôn là quản lý theo điều kiện hoặc theo tình huống. Cách quản lý với tư cách thực hành là nghệ thuật quản lý. Nghệ thuật quản lý còn được hiểu là sự vận dụng linh hoạt những kinh nghiệm thành công và thất bại, cách ứng xử của con người v.v...

5. Đối tượng của khoa học quản lý

Khoa học quản lý là ngành khoa học tổng hợp về những quy luật, phương pháp luận, nguyên lý và kỹ thuật của hoạt động quản lý. Khoa học quản lý nghiên cứu tính quy luật của việc hình thành và phát triển các quan hệ quản lý. Các quan hệ quản lý bao gồm:

- Quan hệ chủ thể (có quyền uy) tác động vào khách thể (dưới quyền).
- Quan hệ giữa hoạt động chủ quan của chủ thể với tính khách quan của đối tượng.
- Quan hệ giữa tính khoa học và nghệ thuật: tính khoa học được thể hiện bởi các luật lệ, nguyên tắc, công thức. Nghệ thuật được thể hiện bởi kinh nghiệm thành

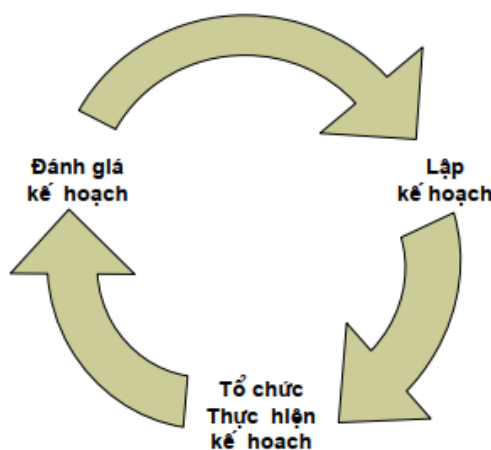
bại; sự linh hoạt trước nhiều tình huống khác nhau; cách ứng xử của con người (thương lượng, thuyết phục, vận động con người nhằm đạt được mục tiêu đề ra).

- Quan hệ giữa cá thể với tập thể.
- Quan hệ giữa các bộ phận của một hệ thống và giữa hệ thống với môi trường và với các hệ thống khác.

Khoa học quản lý còn nghiên cứu nhằm xác định những nguyên tắc chỉ đạo của hoạt động quản lý, nghiên cứu hình thức, phương pháp, công cụ tác động của chủ thể quản lý vào đối tượng quản lý và nghiên cứu quá trình hoạt động lao động quản lý.

II. CHU TRÌNH QUẢN LÝ

1. Quá trình (Chu trình) quản lý cơ bản



Hình 1. Chu trình quản lý cơ bản

2. Các chức năng cơ bản của Chu trình quản lý

2.1. Lập kế hoạch

Lập kế hoạch là chức năng mang tính chất kỹ thuật giúp cho các cơ sở y tế và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có khả năng đương đầu với hiện tại và dự kiến tương lai. Điều đó bao gồm việc xác định làm việc gì, lúc nào và làm như thế nào. Chức năng lập kế hoạch là chức năng khởi đầu vì chức năng quản lý về tổ chức, nhân sự, điều hành, kiểm tra giám sát đều triển khai sau khi lập kế hoạch.

Khi lập kế hoạch, người quản lý tiến hành:

- Thu thập các thông tin cần và đủ
- Phân tích xác định các vấn đề sức khỏe
- Chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên
- Xác định các mục tiêu
- Chọn giải pháp thích hợp
- Liệt kê các hoạt động cần làm.
- Phối hợp các nguồn lực cần thiết và lập lịch trình công tác
- Viết bản kế hoạch, chuyển lên cấp trên duyệt kế hoạch

2.2. Lập tổ chức

Lập tổ chức nghĩa là xác định các mối quan hệ về quyền hạn và trách nhiệm, quan hệ về cấu trúc và sự phụ thuộc. Công tác tổ chức nhằm tập hợp các nguồn lực và các hoạt động một cách hợp lý, bao gồm việc phân công, mô tả công việc, các phương pháp và quá trình lao động, điều phối các bộ phận, sử dụng hệ thống thông tin và phản hồi. Công tác tổ chức ấn định chính thức các hoạt động của các cá nhân và các nhóm. Các hoạt động có những yếu tố: cấu trúc, nhiệm vụ, công nghệ, quan hệ con người và tác động giữa các yếu tố đó với nhau.

2.3. Lãnh đạo

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

2.4. Ra quyết định

Ra quyết định nghĩa là chọn lựa. Mọi nhà quản lý đều phải thực hiện chức năng này. Tuy vậy phạm vi, tính chất, tầm quan trọng của quyết định thay đổi tùy theo vị trí, mức độ, quyền hạn và trách nhiệm của người quản lý.

2.5. Điều khiển

Điều khiển nhằm vào việc thúc đẩy hành động trong tổ chức, hướng về con người. Những hoạt động điều khiển chính là: động viên, chỉ đạo và giao tiếp cùng với các hoạt động khác tác động vào hành vi của nhân viên. Những người quản lý ở mọi cấp đều sử dụng mối quan hệ con người và các kỹ năng hành vi.

2.6. Kiểm tra và giám sát

- Kiểm tra tập trung vào việc theo dõi, điều chỉnh và nâng cao năng lực thực hiện. Kiểm tra có nghĩa là thiết lập các tiêu chuẩn để đo lường kết quả, các kỹ thuật, hệ thống theo dõi và can thiệp. Ví dụ: Kiểm tra việc ghi chép sổ sách thống kê báo cáo của nhân viên; kiểm tra việc thực hiện giờ trực tại các cơ sở y tế của nhân viên y tế v.v...

- Giám sát: Giữa kiểm tra và giám sát thường rất khó phân biệt trong thực tiễn. Có thể phân biệt một cách tương đối: Kiểm tra là xem xét việc thực hiện theo quy định, còn giám sát về mục đích và việc làm có khi cũng như kiểm tra nhưng thường xem xét về kỹ thuật chuyên môn. Về bản chất giám sát là một hình thức quản lý trực tiếp: thu thập thông tin liên tục, phân tích thông tin để đưa ra những quyết định, những giải pháp hợp lý để giải quyết vấn đề. Giám sát còn có nghĩa là trong khi thực hiện, người giám sát xem xét và tìm ra các vấn đề rồi cùng với người được giám sát và những người có liên quan tìm cách giải quyết các vấn đề đó. Như vậy giám sát là một quá trình hỗ trợ, đào tạo con người tại chỗ liên tục trong khi triển khai các hoạt động y tế nhằm hoàn thành và nâng cao hiệu quả, chất lượng phục vụ.

- Quản lý mà không giám sát là thả nổi quản lý.

2.7. Nhân sự

Chức năng nhân sự là thu nhận và củng cố nguồn nhân lực. Nó thể hiện ở việc lập kế hoạch nhân lực, phân tích việc làm, tuyển dụng, đánh giá trình độ, trợ giúp nhân viên, an toàn và sức khoẻ. Đồng thời thể hiện ở các hoạt động có ảnh hưởng đến hành vi và năng lực của các thành viên của tổ chức: đào tạo và phát triển, động viên, tư vấn và kỷ luật.

2.8.Đánh giá

Đánh giá là chức năng quản lý y tế nhằm đo lường và xem xét, so sánh, đối chiếu các kết quả đạt được của một chương trình/ hoạt động trong một giai đoạn nhất định nào đó với mục đích:

- Đối chiếu kết quả với mục tiêu.
- Xem xét các vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hiện.
- Ra quyết định điều chỉnh.
- Chuẩn bị cho việc lập kế hoạch.

III. QUẢN LÝ THEO QUAN ĐIỂM HỆ THỐNG

Quản lý theo quan điểm hệ thống là phân tích các yếu tố của một hệ thống cụ thể để trên cơ sở đó thực hiện các chức năng quản lý nhằm đạt được mục tiêu đã đề ra một cách hiệu quả nhất, tốt nhất. Những yếu tố cần được xem xét của hệ thống quản lý y tế:

1. Môi trường của hệ thống

Đó là tất cả những biểu hiện mà hệ thống không khống chế trực tiếp nhưng lại chịu tác động nhiều và có thể khai thác được. Ví dụ: Môi trường của bệnh viện huyện là hệ thống dân số, kinh tế, văn hóa, giáo dục huyện ...

2. Đầu vào (inputs)

Đó là những nguồn lực được đưa vào hệ thống cung cấp năng lượng cơ bản cho sự vận hành và chuyển đổi. Khác với những biểu hiện của môi trường, những biểu hiện của đầu vào lệ thuộc vào sự khống chế trực tiếp của bộ phận xử lý. Người xử lý trong khi lệ thuộc vào ép buộc của môi trường lại tự do quyết định các nguồn lực là gì, bao nhiêu, khi nào, ở đâu và ra sao. Ví dụ: Nguồn lực của hệ thống bệnh viện huyện là số lượng, chất lượng chuyên môn, cơ cấu các loại cán bộ và nhân viên y tế; trang thiết bị y tế và tài chính bệnh viện...

3. Đầu ra (outputs)

Là kết quả, sản phẩm do hoạt động xử lý của hệ thống. Có hai loại đầu ra riêng biệt nhưng phụ thuộc lẫn nhau do hệ thống tạo ra:

Đầu ra mong muốn (desired outputs) là những sản phẩm mà hệ thống định ra, có liên quan trực tiếp và tích cực tới mục tiêu của hệ thống. Thí dụ tỷ lệ tiêm chủng cao, dân số hạ, bệnh nhân khỏi, tỷ lệ mắc bệnh giảm, tỷ lệ tử vong giảm...

Đầu ra ngẫu nhiên (incidental outputs) là sản phẩm phụ của hệ thống. Ví dụ: Chương trình dân số KHHGD có đầu ra là tỷ số giới khi sinh tăng lên, nghĩa là số con trai nhiều hơn con gái khi sinh. Người quản lý giỏi là người lường được những kết quả ngẫu nhiên này.

4. Mạng lưới thông tin

Trong hệ thống quản lý thông tin có chức năng như thần kinh hay giác quan trong cơ thể con người. Sự truyền đạt thông tin cũng giống như liên hệ giữa bộ phận này với bộ phận khác trong cơ thể. Điều đó giúp cơ thể điều chỉnh, đương đầu và hướng sự phát triển mới. Mạng lưới thông tin rộng khắp, chính xác và nhạy bén đảm bảo sự vận hành có hiệu quả và cả sự sống còn của hệ thống.

Mạng lưới thông tin có 3 kênh:

- Kênh chính thức: Là kênh thông tin qua sự kiểm soát của cơ quan quản lý Nhà nước, tạo nên những báo cáo và số lượng chính thức. Đó là những số liệu thống kê, báo cáo của các cơ sở y tế theo hệ thống thống kê nghiệp vụ.

- Kênh không chính thức, có tổ chức: Là kênh thông tin không lệ thuộc vào sự kiểm soát trực tiếp của quản lý Nhà nước. Đó là thông tin của các nhà khoa học hay báo chí.

- Kênh không chính thức, không có tổ chức: Thường là những dư luận, tin đồn hoặc phát ngôn cá nhân.

5. Quá trình vận hành và chuyển đổi các yếu tố (Process)

Đó chính là quá trình quản lý, trong đó các chức năng quản lý của hệ thống được thực hiện nhằm:

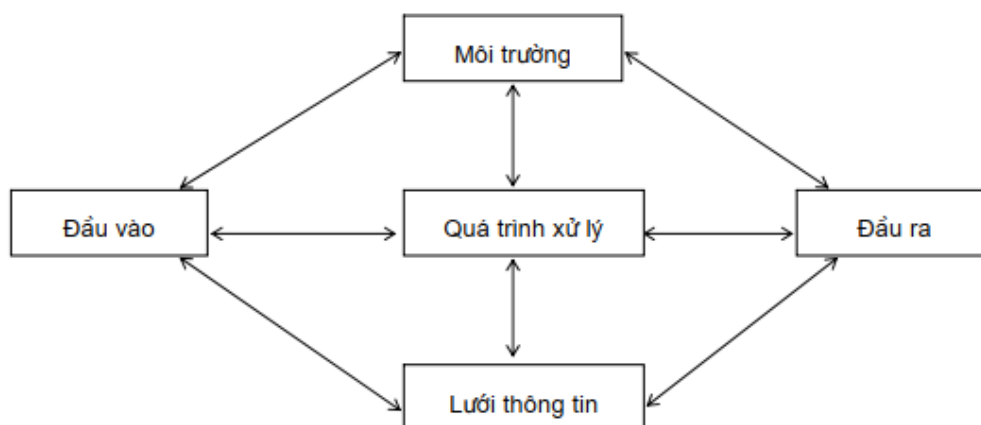
- Làm cho môi trường thuận lợi hơn cho sự phát triển của hệ thống. Khai thác được nhiều nguồn lực ở môi trường.

- Cuốn hút các nguồn lực một cách hợp lý vào hệ thống.

- Huy động đầu vào trong thời gian tốt nhất cho các chương trình sức khỏe.

- Đảm bảo các số liệu của mạng lưới thông tin kịp thời được xử lý có hiệu quả.

- Giúp cho hệ thống được tinh tế.



Hình 2. Sơ đồ một hệ thống và các yếu tố

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Định nghĩa về quản lý.

2. Trình bày các nguyên tắc về quản lý

3. Vẽ và giải thích chu trình quản lý.

Bài 2.2

LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm kế hoạch và lập kế hoạch
2. Mô tả được các bước và nội dung các bước của tập kế hoạch
3. Nhận thức được tầm quan trọng của lập kế hoạch trong việc quản lý y tế

B. NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề

Lập kế hoạch là một chức năng cơ bản nhất trong tất cả các chức năng quản lý.

Trong mỗi cơ sở y tế, lập kế hoạch là cần thiết cho mọi chương trình/hoạt động y tế.

Lập kế hoạch là cơ sở để đưa các hoạt động/chương trình y tế công cộng tới thành công, giúp cho các nhà quản lý xác định được việc cần làm và làm việc đó bằng cách nào, ai làm, khi nào làm, làm ở đâu, chi phí bao nhiêu là hợp lý... để có thể đạt được hiệu quả cao và tiết kiệm tối đa các nguồn lực hiện có.

Lập kế hoạch phải khoa học và có tính khả thi, nghĩa là khi lập kế hoạch phải tuân thủ theo các nguyên tắc, nguyên lý, cơ sở khoa học, trình tự các bước và phù hợp với thực tiễn về nhu cầu và nguồn lực.

Mọi cán bộ làm việc trong lĩnh vực y tế công cộng trước hết cần phải biết và có khả năng lập được kế hoạch cho từng hoạt động/chương trình y tế công cộng để giải quyết các vấn đề sức khỏe tại cơ sở công tác.

2. Khái niệm về kế hoạch và lập kế hoạch

2.1. Kế hoạch và lập kế hoạch

Kế hoạch là việc chuẩn bị, sắp xếp, bố trí công việc cần. phải giải quyết cho tương lai. Nói một cách hình tượng, kế hoạch là con đường đưa ta đi từ chỗ đang đứng đến chỗ ta muốn đến.

Lập kế hoạch là quá trình xây dựng một chương trình tiến độ tối ưu cho việc thực hiện các mục tiêu đã lựa chọn của hệ thống dựa trên cơ sở tính toán một cách đầy đủ và khoa học về các điều kiện, phương tiện, các nguồn lực hiện có hoặc sẽ có trong tương lai.

2.2. Các loại kế hoạch

Hiện nay có nhiều cách phân loại kế hoạch. Theo Phan Văn Tường, 1997 gồm các loại sau:

2.2.1. Phân theo thời gian

Kế hoạch dài hạn hay kế hoạch chiến lược: từ 3 đến 5 năm, có kế hoạch 10 năm và xa hơn nữa.

Kế hoạch trung hạn: từ 1 đến 2 năm.

Kế hoạch ngắn hạn: kế hoạch 6 tháng đầu năm hay cuối năm, kế hoạch quý, tháng, tuần hoặc hàng ngày.

2.2.2. Phân theo nội dung công việc

Kế hoạch tài chính, ví dụ: tài chính để thực hiện tiêm chủng mở rộng.

Kế hoạch nhân lực: trong đó có kế hoạch đào tạo, tiếp nhận, đề bạt cán bộ...

Kế hoạch xây dựng cơ sở hạ tầng, mua sắm vật tư trang thiết bị, duy tu bảo dưỡng máy móc, dụng cụ cần thiết để thực hiện các hoạt động của cơ sở y tế.

Kế hoạch hoạt động về một nội dung y tế công cộng. v.v....

2.2.3. Phân theo cách làm kế hoạch

- Lập kế hoạch theo chỉ tiêu:

Đó là cách lập kế hoạch từ trên đưa xuống, nghĩa là cấp trên đưa chỉ tiêu thực hiện cho cấp dưới và cấp dưới lấy đó làm mục tiêu xây dựng kế hoạch của mình. Với cách làm kế hoạch này, cấp dưới luôn bị động và đa số trường hợp chỉ tiêu của trên đưa xuống không phù hợp với thực tế của địa phương do cấp dưới phụ trách. Có những vấn đề sức khỏe là ưu tiên của cấp trên song không phải là ưu tiên của cấp dưới. Ví dụ: Đến năm 2010 phấn đấu tất cả các xã tỷ lệ suy dinh dưỡng là 15%, nhưng thực tế năm 2005 đạt suy dinh dưỡng ở xã chỉ là 10% vậy chỉ tiêu giải quyết suy dinh dưỡng không phù hợp với xã A.

- Lập kế hoạch từ dưới lên:

Nhiều khi còn được gọi là lập kế hoạch theo định hướng vấn đề hay lập kế hoạch theo nhu cầu.

Cấp dưới (hay tuyến dưới) lập kế hoạch trước, cấp trên (hay tuyến trên) lập kế hoạch sau và căn cứ vào bản kế hoạch của cấp dưới (tuyến dưới) để xây dựng bản kế hoạch của mình.

Phương pháp lập kế hoạch từ dưới lên có rất nhiều ưu điểm. Trước hết nó gắn chặt trách nhiệm của cấp dưới (tuyến dưới) vào việc lập kế hoạch và việc thực hiện kế hoạch đó. Cấp dưới luôn chủ động trong soạn thảo và thực hiện kế hoạch và đặc biệt là bản kế hoạch rất sát thực với điều kiện của cấp dưới. Với phương pháp này bản kế hoạch của các cấp từ dưới cơ sở tới trung ương luôn đảm bảo tốt về mọi phương diện, như giải quyết được vấn đề đang thực sự tồn tại cần ưu tiên giải quyết, các giải pháp đưa ra để giải quyết vấn đề sức khỏe phù hợp với điều kiện nguồn lực thực tế ở địa phương...

3. Quy trình lập kế hoạch y tế công cộng

3.1. Những điều kiện lập kế hoạch

- Xác định vấn đề sức khỏe phải dựa vào tình hình thực tế: đặc biệt là phân tích cả các thông tin định tính và định lượng.

- Phải dự kiến một cách chi tiết các nguồn lực hiện có và sẽ có khi triển khai kế hoạch.

Nhân lực: ai sẽ tham gia vào chương trình hay hoạt động y tế, Nhân lực bao gồm: cán bộ của cơ sở y tế, các tổ chức cơ quan; ban ngành đoàn thể khác; nhân lực từ cộng đồng.

Kinh phí: các nguồn kinh phí có thể có để xây dựng sử dụng cho chương trình hoặc hoạt động y tế. Ví dụ: kinh phí từ huyện, xã, dịch vụ y tế, huy động từ cộng đồng và nguồn lực khác.

Cơ sở vật chất: những phương tiện, trang bị cơ sở vật chất có thể huy động cho hoạt động y tế.

- Sắp xếp thời gian hợp lý: mọi chương trình/ hoạt động đều phải có thời hạn thực hiện, sắp xếp thời gian phải hợp lý, tránh trùng lặp, hoạt động nào nên làm trước để tạo điều kiện thuận lợi cho hoạt động sau.

- Kết hợp các kế hoạch khác của cơ sở để xây dựng hài hoà với kế hoạch khác cũng như cơ sở khác.

- Áp dụng nguyên lý chăm sóc sức khỏe ban đầu vào việc lập kế hoạch y tế công cộng: Công bằng; thích hợp; lồng ghép; huy động sự tham gia của cộng đồng; sẵn có; tiếp cận; chi trả; giới; phối hợp liên ngành. Các nguyên lý này được áp dụng khi hình thành các giải pháp để giải quyết vấn đề sức khỏe. Trên thực tế, khó có thể có được giải pháp thỏa mãn toàn bộ các nguyên lý trên vì vậy khi lựa chọn các giải pháp cũng cần cân nhắc để đảm bảo tính khả thi và hiệu quả của các hoạt động can thiệp.

Thực tế có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch giải quyết vấn đề sức khỏe ở cộng đồng: chủ trương chính sách của Nhà nước, điều kiện văn hoá, xã hội, kinh tế ở địa phương, năng lực của cán bộ y tế cơ sở,... những yếu tố này quyết định đến việc đưa ra các giải pháp cụ thể phù hợp với cơ sở đó.

3.2. Các bước lập kế hoạch

Khi lập kế hoạch, tùy vào loại kế hoạch và nội dung quản lý mà ta có quy trình lập kế hoạch cụ thể chi tiết khác nhau. Quy trình lập kế hoạch hoạt động y tế hiện nay thường theo các bước sau:

3.2.1. Bước 1: Xác định vấn đề sức khỏe và lựa chọn vấn đề ưu tiên

Đây là bước hết sức quan trọng để xác định vấn đề sức khỏe hiện đang tồn tại và xác định vấn đề ưu tiên cần giải quyết trong thời gian nhất định.

- a. Thu thập thông tin
- b. Xác định vấn đề sức khỏe
- c. Lựa chọn vấn đề ưu tiên
- d. Phân tích nguyên nhân của vấn đề

Khi giải quyết các vấn đề sức khỏe chúng ta thường không có đủ nguồn lực để giải quyết tất cả các vấn đề ngay một lúc tất cả các vấn đề. Đứng trước thực tế nguồn lực không đủ mà yêu cầu về chăm sóc sức khỏe cao, người quản lý phải cân nhắc nên đầu tư vào khu vực sẽ mang lại hiệu quả cao nhất. Để trả lời câu hỏi này việc đầu tiên cần xác định nguyên nhân của vấn đề.

Trong y tế, có thể phân loại nguyên nhân như sau:

- Phía người cung cấp dịch vụ y tế
- Điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội Người sử dụng dịch vụ y tế

Hoặc có thể phân làm ba loại:

- Do thiếu nguồn lực (con người, kinh phí, thời gian, cơ sở vật chất và trang thiết)
- Do tổ chức không hợp lý, yếu kém
- Do cộng đồng không chấp nhận và phản ứng

Hoặc chia làm hai nhóm:

- Nguyên nhân trực tiếp Nguyên nhân gián tiếp
- Trên thực tế nguyên nhân của một vấn đề khá phức tạp nên có thể mô tả theo "cây căn nguyên"

Phân tích nguyên nhân của vấn đề sức khỏe làm cơ sở cho việc xác định mục tiêu hoạt động và giải pháp để giải quyết mọi vấn đề có hiệu quả.

3.2.2. Bước 2: Xác định mục tiêu

Mục tiêu là cái đích/ những điều cụ thể mà ta mong muốn (hoặc phấn đấu) để đạt được, làm được trong một khoảng thời gian nào đó.

Mục tiêu được xây dựng trên cơ sở của việc phân tích nguyên nhân vấn đề. Từ những nguyên nhân có thể can thiệp được, chúng ta phân tích hậu quả và diễn tả ngược lại hậu quả, đó chính là mục tiêu cần xác định.

Nội dung của mục tiêu bao gồm:

- Tên công việc
- Mức phấn đấu
- Thời gian hoàn thành
- Địa điểm thực hiện

Viết một mục tiêu phải ngắn gọn, rõ ràng. Một mục tiêu phải: Đặc thù: Không được lẫn lộn giữa vấn đề này với vấn đề khác. Đo lường được, theo dõi được, đánh giá được.

Thích hợp, phù hợp với vấn đề sức khỏe đã được xác định. Thực thi được: Tiến hành được và có ý nghĩa.

Qui định khoảng thời gian phải đạt được những điều mong muốn/công việc. Có tính thách thức, phải gắng sức phấn đấu nhất định, không quá dễ.

Đặc thù - Đo lường - Thích hợp - Thực thi - Thời gian (2Đ + 3T)

Ví dụ: Đến ngày 31/12/2006 80% bà mẹ xã Linh Sơn - Đồng Hỷ - Thái Nguyên pha đúng gói ORS cho trẻ uống khi bị tiêu chảy.

- Đặc thù: Pha đúng ORS
- Đo lường được: 80%
- Thích hợp: Một trong các khâu cơ bản của điều trị tiêu chảy Thực thi được: Qua giáo dục sức khỏe
- Thời gian: từ nay đến hết ngày 31/12/2007

3.2.3. Bước 3: Xác định các giải pháp

Giải pháp là phương thức/phương pháp giải quyết vấn đề, là tập hợp nhiều hoạt động có cùng một mục đích. Khi đã có mục tiêu, xác định giải pháp chính là xác định con đường đi tới mục tiêu đó. Con đường đi tới mục tiêu càng ngắn, càng phù hợp với người đi là con đường tốt, có hiệu quả.

Để tìm được giải pháp tối ưu phải tìm được nguyên nhân "gốc rễ" gây ra sự tồn tại của vấn đề. Một mục tiêu có thể có một hay nhiều giải pháp.

Giải pháp tối ưu là giải pháp có tính khả thi cao; thích hợp; có hiệu lực và hiệu quả cao; chấp nhận được. Trong một số kế hoạch lớn, mỗi giải pháp thực chất là một kế hoạch nhỏ.

Phương pháp hình thành giải pháp:

- Cách tìm giải pháp: Xác định giải pháp bằng cách trả lời cho câu hỏi “làm gì”.

o Nguyên nhân nào - giải pháp đó.

Ví dụ: Nguyên nhân - Giải pháp

- Sử dụng nguồn nước không hợp vệ sinh
- Cung cấp nước sạch
- Giáo dục sức khỏe
- Thiếu kiến thức phòng bệnh
- Cung cấp kiến thức phòng bệnh
- Kỹ năng chuyên môn của nhân viên y tế kém
- Đào tạo kỹ năng chuyên môn cho nhân viên y tế.

- Xác định phương pháp thực hiện giải pháp:

Mỗi giải pháp có một hoặc nhiều phương pháp thực hiện tương ứng với nó.

Việc xác định phương pháp thực hiện bằng trả lời cho câu hỏi “làm như thế nào”?

Ví dụ: Giải pháp - Phương pháp

+ Cung cấp nguồn nước

- Làm sạch nguồn nước đang dùng
- Sửa chữa, nâng cấp, bảo quản nguồn nước
- Xử lý phân, rác thải

+ Đào tạo kỹ năng chuyên

- Mở lớp đào tạo ngắn hạn tại cơ quan
- Đào tạo qua giám sát thường xuyên

+ Thiếu kiến thức phòng bệnh

- Giáo dục sức khỏe
- Lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện hiệu quả, khả thi:

Việc lựa chọn giải pháp và phương pháp thực hiện hiệu quả, khả thi đòi hỏi phải phân tích một cách sâu sắc, chi tiết các tiền đề và mục tiêu của kế hoạch. Những tiền đề cần luôn được chú ý là những nguồn lực hiện tại và trong tương lai sẽ có.

Lưu ý đến những nguyên lý chăm sóc sức khỏe ban đầu để lựa chọn những giải pháp. Đặc biệt đối với nguyên lý tiếp cận, chi trả, thích hợp và sự tham gia của cộng đồng.

3.2.4. Bước 4: Lập kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động

Mỗi giải pháp sẽ có một hoặc nhiều hoạt động phối hợp thực hiện. Với mỗi hoạt động cần nêu chi tiết những điểm sau: Tên hoạt động.

Thời gian: Thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc.

Người thực hiện

Người hoặc cơ quan phối hợp

Kinh phí, cơ sở vật chất cần thiết

Dự kiến kết quả

Lập dự toán ngân sách: Lập dự toán ngân sách là việc lượng hoá toàn bộ nội dung kế hoạch thành tiền bao gồm cả thu và chi ngân sách theo từng khoản mục trong

từng kế hoạch đã lập (cho từng hoạt động, giải pháp đã lựa chọn)

Sắp xếp bố trí nhân lực cho từng hoạt động trong kế hoạch: Các hoạt động được đưa ra phải phù hợp với giải pháp và phải được mô tả rất cụ thể về nội dung, địa điểm, thời gian bắt đầu, thời gian kết thúc, người chịu trách nhiệm, người phối hợp, người giám sát, kinh phí được cấp và các chỉ số đánh giá...

3.2.5. Bước 5: *Viết bản kế hoạch tổng thể, thông qua, duyệt kế hoạch*

Kế hoạch phải được viết ra giấy. Tất cả những nội dung được xác định từ bước 1 đến bước 5 đều được ghi vào bản kế hoạch. Bản kế hoạch phải được thông qua toàn bộ cán bộ công chức trong đơn vị và phải được cấp trên phê duyệt trước khi thực hiện. Kết luận: Lập kế hoạch là một khâu quan trọng trong chu trình quản lý. Thực hiện lập kế hoạch tốt giúp cho việc quản lý có hiệu quả chương trình y tế.

Khi lập kế hoạch cần phân tích kỹ lưỡng tình hình nguồn lực hiện có và các yếu tố liên quan tới chương trình sẽ tiến hành. Tùy theo từng loại kế hoạch mà đưa ra bản kế hoạch có tính khả thi nhưng phải tuân thủ theo 5 bước lập kế hoạch cơ bản.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kế hoạch chiến lược là kế hoạch triển khai trong khoảng thời gian:

- A. Từ hai năm đến ba năm
- B. Từ một đến hai năm
- C. Trên ba năm
- D. Trên mười năm

2. Kế hoạch trung hạn là kế hoạch triển khai trong khoảng thời gian:

- A. Từ hai đến ba năm
- B. Từ một đến hai năm
- C. Dưới một năm
- D. Từ ba đến bốn năm

3. Kế hoạch ngắn hạn là kế hoạch triển khai trong khoảng thời gian:

- A. Từ một đến hai năm
- B. Dưới một năm
- C. Dưới sáu tháng
- D. Kế hoạch hàng quý

4. Ưu điểm của lập kế hoạch từ dưới lên là:

A. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với nguồn lực của địa phương

B. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với khả năng, nguồn lực của địa phương

C. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với năng lực của cán bộ y tế địa phương

D. Giải quyết vấn đề sức khỏe thực sự đang tồn tại phù hợp với chiến lược giải quyết các vấn đề tồn tại của cộng đồng

5. Yêu cầu đối với tuyến dưới khi lập kế hoạch theo chỉ tiêu là:

- A. Tự xác định chỉ tiêu của đơn vị mình
- B. Đề xuất các chỉ tiêu của đơn vị mình với cấp trên
- C. Sử dụng chỉ tiêu tuyến trên giao để xác định mục tiêu
- D. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên giải quyết để xác định chỉ tiêu

Theo dõi và đánh giá là những công cụ quản lý cần thiết để cung cấp thông tin cho quá trình ra quyết định và chứng tỏ tinh thần trách nhiệm của cán bộ. Đánh giá không thể thay thế cho theo dõi và ngược lại. Tuy vậy cả hai đều sử dụng các bước giống nhau để thu thập các loại thông tin khác nhau. Thu thập các số liệu theo dõi một cách hệ thống là rất quan trọng, giúp cho hoạt động đánh giá có thể thành công.

2. Các bước lên kế hoạch theo dõi và công cụ theo dõi

2.1. Các bước lên kế hoạch theo dõi

Khi lên kế hoạch theo dõi để lượng giá tiến độ đạt được các kết quả mong muốn cần phải quan tâm đến những bước cơ bản sau:

- Xác định các kết quả của chương trình hoạt động y tế, để góp phần đạt được kết quả đó. Cần những thông tin gì để lượng giá các kết quả đó? Những yếu tố nào là quan trọng nhất, cần phải theo dõi chặt chẽ? Những chỉ số nào cho biết được tiến độ thành công của chương trình/ hoạt động y tế.

- Đánh giá các công cụ theo dõi hiện đang sử dụng, có cung cấp các thông tin cần thiết không? Có sự tham gia các đối tác chính không? Theo dõi có tập trung những vấn đề then chốt không, đối với hiệu quả chương trình/hoạt động y tế đó hay không?

- Xem xét kỹ lưỡng phạm vi và công cụ giám sát. Có cần phải bổ sung thêm phạm vi hoặc sử dụng công cụ giám sát cụ thể nào nữa không?

- Đưa ra cơ chế theo dõi để cung cấp đầy đủ cơ sở cho việc phân tích quá trình hướng tới kết quả và hạn chế khoảng cách giữa thông tin đang có và thông tin cần phải có.

2.2. Công cụ theo dõi:

Báo cáo và phân tích	Khả năng định tính chính xác	Tham gia
Báo cáo hàng năm về chương trình/hoạt động y tế	Kiểm tra lại cơ sở/thực địa thực hiện chương trình/hoạt động y tế	Ban điều hành chương trình/hoạt động y tế
Báo cáo tiến độ hoặc báo cáo theo quý	Kiểm tra ngẫu nhiên	Họp các bên có liên quan
Các kế hoạch làm việc	Lương giá/theo dõi độc lập	Thảo luận nhóm có trọng tâm
Các tài liệu có liên quan khác	Điều tra khách hàng	

Việc sử dụng công cụ theo dõi nào, phụ thuộc vào quyết định của người quản lý. Không có một công cụ nào là thoả mãn được tất cả các nhu cầu, vì vậy có thể đòi hỏi phải có sự phối hợp các công cụ theo dõi khác nhau.

3. Đánh giá chương trình hoạt động y tế

3.1. Các hình thức đánh giá

- *Đánh giá ban đầu:* để biết được nhu cầu về chương trình/ hoạt y tế và hiện trạng của điểm xuất phát, làm cơ sở cho việc so sánh đối chiếu với kết quả sau khi kết thúc can thiệp

- *Đánh giá tiến độ:* để điều chỉnh hoặc sửa đổi, nhằm định hướng để đạt được kết quả mong muốn.

- *Đánh giá kết quả cuối kỳ:* để xem có đạt được mục tiêu đã đề ra hay không?

3.2. Các chỉ số dùng trong đánh giá

Chỉ số là đại lượng dùng để mô tả gián tiếp về một sự vật hay hiện tượng. Đại lượng này phải đo lường được, ước lượng được và dùng để so sánh, đối chiếu được.

* Có 3 loại chỉ số:

- *Các chỉ số đầu vào:* Bao gồm các con số về các nguồn lực và cũng có thể cả về nhu cầu CSSK của cộng đồng (ví dụ: kinh phí tính theo đầu dân năm của cộng đồng xác định, hoặc các tỉ suất sinh, tỉ suất tử vong. . .).

- *Các chỉ số về quá trình hoạt động:* bao gồm các con số nói lên việc tổ chức một hoạt động (ví dụ phần trăm số xã đã tổ chức ngày tiêm chủng).

- *Các chỉ số đầu ra:* có 3 mức độ khác nhau: đầu ra (output) tức thì (ví dụ: Tỷ lệ % trẻ em < 1 tuổi được tiêm chủng 6 loại vaccin); các chỉ số về hiệu quả (effect) lại bao gồm chỉ số về kiến thức, thái độ, kỹ năng; các chỉ số về thành quả tác động (impact) như tỷ lệ chết trẻ < 5 tuổi vì tiêu chảy, tỷ lệ bà mẹ sinh con thứ 3

* Tiêu chuẩn của chỉ số:

- *Tính hữu dụng:* cần thiết và được các nhà quản lý sử dụng thường xuyên trong việc xây dựng kế hoạch, theo dõi, đánh giá và quyết định đường hướng hoạt động chương trình/ hoạt động y tế trong việc xây dựng các chính sách y tế.

- *Tính khả thi:* các số liệu dùng để tính chỉ số cần phải đơn giản, dễ thu thập.

- *Độ nhạy:* chỉ số phải nhạy cảm với sự thay đổi của đối tượng là chỉ số cần đo lường. Chỉ cần sự thay đổi nhỏ của đối tượng cần đo lường là chỉ số cũng thay đổi theo.

- *Độ đặc hiệu:* sự thay đổi của chỉ số phản ánh đúng sự thay đổi của đối tượng là chỉ số đo lường, chứ không phải do ảnh hưởng của các yếu tố khác.

- *Tính khách quan:* ít thay đổi do ảnh hưởng các yếu tố gây nhiễu và không điều chỉnh số liệu dùng để tính chỉ số.

* Các bước chọn chỉ số đánh giá:

Để đáp ứng được các tiêu chuẩn đã nêu trên, khi tiến hành chọn các chỉ số để đánh giá, người ta thường thực hiện theo 3 bước:

- Bước 1: Dựa vào mục tiêu của chương trình/hoạt động. Xác định câu hỏi cho việc đánh giá.

- Bước 2: Lựa chọn cho các chỉ số đánh giá.

- Bước 3: Chọn thông tin/dữ liệu cho các chỉ số, các phương pháp và nguồn thu thập thông tin.

Để hệ thống hoá các bước trên, có thể dùng bảng sau để xác định chỉ số đánh giá:

Mục tiêu	Câu hỏi đánh giá	Các chỉ số đánh giá	Phương pháp và nguồn thu thập

3.3. Các bước của quy trình đánh giá:

Bước 1: Lập kế hoạch chuẩn bị đánh giá:

- *Xác định mục tiêu đánh giá:*

Trong chương trình y tế có rất nhiều hoạt động khác nhau. Do nguồn lực có hạn và do trên thực tế không thể đánh giá toàn bộ các hoạt động. Vì vậy phải xác định sẽ

đánh giá hoạt động gì, đánh giá nhằm mục tiêu gì và kết quả đánh giá được ai sử dụng, sử dụng để làm gì.

Mục tiêu của đánh giá không phải là báo cáo lên cấp trên, phê bình hay chỉ trích, mà tìm ra nguyên nhân của thành công hay thất bại, để giúp cho công tác quản lý các hoạt động tốt hơn, hiệu quả hơn.

- *Xác định phạm vi đánh giá:*

Cần dựa vào mục tiêu, nguồn lực và thông tin sẵn có, để xác định phạm vi và thời gian đánh giá phù hợp. Người quản lý giỏi là người biết đánh giá ở phạm vi nhỏ nhất, nhưng vẫn đủ cho ta những thông tin tin cậy, cần thiết. Cần phải có kiến thức về dịch tễ học cơ bản, nhất là trong việc quyết định cách chọn mẫu, cỡ mẫu và bố trí mô hình đánh giá phù hợp.

- Chọn các chỉ số đánh giá

- Chọn người đánh giá

Sau khi đã xác định được mục tiêu và phạm vi đánh giá, cần xác định rõ ai sẽ là người thực hiện đánh giá. Thông thường, để khách quan người đánh giá là những người không trực tiếp tham gia hoạt động/chương trình đó đồng thời phải có những kỹ năng đánh giá tốt. Ở cấp độ tuyến huyện, xã (cơ sở) có thể tổ chức tự đánh giá hoặc đánh giá chéo để rút kinh nghiệm.

- Chọn các phương pháp thu thập số liệu.

- Những việc làm cần thiết khác khi lập kế hoạch đánh giá:

+ Phân bổ nguồn tài chính cho đánh giá: tùy theo khối lượng công việc, thời gian tiêu tốn, khoảng cách đi lại và các khoản chi phí, mà phân bổ cho thích hợp.

+ Về nhân lực: đào tạo kỹ năng đánh giá, tập huấn với nội dung cụ thể, chọn người có kinh nghiệm làm giám sát.

+ Các phương tiện sử dụng cho đánh giá cần được chuẩn bị kỹ, dụng cụ đo lường phải được hiệu chỉnh. Các câu hỏi, biểu mẫu, bảng kiểm được soạn thảo cùng với tài liệu hướng dẫn dành cho điều tra viên, giám sát viên trước khi điều tra thử.

Bước 2: Thực hiện đánh giá:

Thu thập số liệu:

Trước khi thu thập số liệu chính thức cho đánh giá, các công cụ thu thập số liệu (bảng kiểm, biểu mẫu, bộ câu hỏi. . .) cần được kiểm tra lại, nếu cần có thể thử nghiệm trước (pretest) ở diện hẹp để hoàn chỉnh. Tập huấn về sử dụng các công cụ thu thập số liệu cho các điều tra viên, giám sát viên.

Phân nhóm điều tra viên và cử giám sát viên cho mỗi nhóm, giám sát viên có trách nhiệm giúp đỡ, hỗ trợ tiến hành điều tra, đánh giá đúng kỹ thuật, chính xác, không sai sót, bảo đảm trung thực.

Bước 3: Phân tích số liệu, viết báo cáo và sử dụng kết quả đánh giá

* Sau khi thu thập được các thông tin/ dữ liệu cần thiết, phải tổng hợp và phiên giải các thông tin dưới các hình thức có thể sử dụng được, phục vụ cho mục tiêu đánh giá hoạt động/ chương trình y tế đó.

- So sánh với mục tiêu.
- So sánh với điểm xuất phát, so sánh với đối chứng.
- Rút ra kết luận và những nguyên nhân thành công, thất bại.

* Các số liệu sau khi đã được xử lý, được trình bày trong các bảng biểu, minh họa bằng các dạng đồ thị.

* Kết quả thu được của đánh giá, có thể sử dụng để:

- Xác định vấn đề sức khoẻ và vấn đề tồn tại trong quản lý các hoạt động CSSK, chỉ đạo tuyến và khám chữa bệnh...

- Giúp tìm các giải pháp khả thi, ít tốn kém và có khả năng duy trì sau khi kết thúc chu kỳ kế hoạch.

- Lập kế hoạch và điều chỉnh kế hoạch cho những hoạt động, những năm tiếp theo.

- Điều chỉnh nguồn lực, tìm các giải pháp kỹ thuật thích hợp, để đảm bảo tiến độ và đúng chất lượng.

Đánh giá hoạt động y tế là một quá trình phân tích sâu sắc, để phát hiện ra mức độ hoàn thành kế hoạch và những nguyên nhân dẫn đến thành công, cũng như phát hiện ra những sai lệch so với kế hoạch và nguyên nhân dẫn đến thất bại. Từ đó, đưa ra các bài học, nhằm nâng cao hiệu quả của các chương trình và hoạt động y tế được tốt hơn.

Tóm lại:

Theo dõi xem xét cả các quá trình thực hiện chương trình/hoạt động y tế và cả những thay đổi xảy ra đối với nhóm cộng đồng đích hoặc với các tổ chức/đơn vị do chương trình hoạt động y tế mang lại.

Theo dõi xác định các điểm mạnh/yếu của chương trình/ hoạt động y tế. Các thông tin về hoạt động của chương trình/hoạt động y tế thu được thông qua theo dõi, sẽ thúc đẩy quá trình cải thiện bằng cách rút kinh nghiệm, để đưa ra các quyết định quản lý đúng đắn. Các nhà quản lý và những người thực hiện chương trình/ hoạt động y tế, đóng vai trò chính trong việc theo dõi.

Đánh giá sẽ phân tích sâu các hoạt động chương trình/ hoạt động y tế theo chu kỳ. Đánh giá dựa vào các số liệu thu thập được thông qua các hoạt động theo dõi cũng như các thông tin có được từ các nguồn khác (ví dụ: các nghiên cứu, các cuộc phỏng vấn...). Các cuộc đánh giá thường được thực hiện với sự giúp đỡ của các nhà đánh giá độc lập bên ngoài.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày định nghĩa và tầm quan trọng của việc theo dõi, đánh giá hoạt động y tế.
2. Trình bày các bước lên kế hoạch theo dõi và công cụ theo dõi.
3. Kể 5 tiêu chuẩn để chọn chỉ số đánh giá.
4. Trình bày các bước cơ bản khi đánh giá.

Bài 2.4

GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG Y TẾ

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

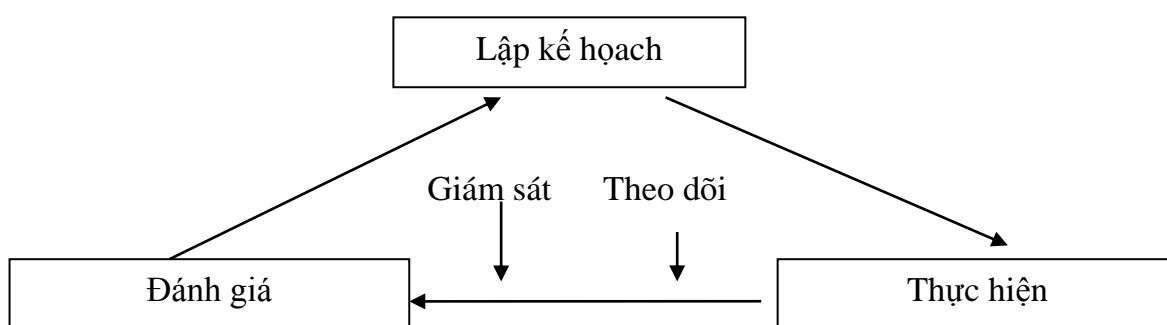
1. Trình bày được khái niệm và tầm quan trọng của giám sát.
2. Trình bày được nguyên tắc, phương pháp, hình thức và các bước cơ bản trong giám sát.
3. Trình bày được nguyên tắc xây dựng bảng kiểm, dùng cho giám sát hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu.

B. NỘI DUNG

1. Khái niệm giám sát

1.1. Giám sát là gì?

Giám sát là một khâu quan trọng của chu trình quản lý. Giám sát là tìm ra các vấn đề tồn tại, khó khăn, vướng mắc trong quá trình thực hiện kế hoạch hành động, để có thể giải quyết kịp thời và có thể điều chỉnh kế hoạch các hoạt động.



1.2. Phân biệt giữa giám sát, kiểm tra, thanh tra và theo dõi

1.2.1. Giám sát

Khái niệm giám sát được hiểu là hoạt động có tính hỗ trợ và cộng tác cùng đối tượng được giám sát, để xác định ra các vấn đề tồn tại, khó khăn và phân tích các nguyên nhân của nó, cùng tìm cách giải quyết vấn đề đó nhằm đạt được mục tiêu của kế hoạch đề ra.

1.2.2. Kiểm tra

Là tìm hiểu tiến độ của công việc và được hiểu rằng đó là việc đánh giá những gì đã làm được, những gì chưa làm được theo yêu cầu của tuyến trên kiểm tra thường thiếu tính chất hỗ trợ đối tượng được kiểm tra, trong việc xác định và giải quyết tồn tại.

1.2.3. Thanh tra

Là hoạt động kiểm tra đối tượng được thanh tra, trong việc thực thi các yêu cầu của pháp luật và quy định của nhà nước về một hoạt động nào đó. Kết quả thanh tra là kết luận về việc có vi phạm hay không, các nội quy và quy định của pháp luật.

1.2.4. Theo dõi

Là quá trình thu thập thông tin, sự kiện liên tục và viết báo cáo định kỳ theo quy định để giúp cho các nhà quản lý biết được tiến độ, quá trình hoạt động của các chương trình, dự án, kế hoạch trong chương trình chăm sóc sức khỏe.

2. Tầm quan trọng của giám sát

Mục đích của giám sát là không ngừng nâng cao chất lượng thực hành của cán bộ y tế. Giám sát nhằm đạt được 4 mục đích chính sau:

2.1. Đảm bảo các mục tiêu hoạt động phù hợp:

Giám sát là một trong những cách thích hợp để đảm bảo chắc chắn rằng các mục tiêu của chương trình được thảo luận, giải thích, xác nhận và đạt được sự thống nhất giữa nhà quản lý, người thực hiện và người hưởng lợi về tính phù hợp của mục tiêu.

2.2. Đảm bảo giải quyết được các vấn đề khó khăn gặp phải

Sau khi triển khai các hoạt động của chương trình y tế, GS sẽ là cách thích hợp nhất để:

- Xem xét lại cái cán bộ y tế được giao nhiệm vụ đã thực hiện như thế nào, có gặp những, khó khăn gì không? Cùng phân tích những thuận lợi, khó khăn để xác định nguyên nhân của các khó khăn đó và có biện pháp giải quyết phù hợp.
- Phát hiện những thiếu sót trong kế hoạch, để bổ sung kịp thời.

2.3. Giúp đỡ động viên

Các mục tiêu của chương trình dù rất tốt đẹp, cũng không thể tự nó đưa đến kết quả tốt. Các mục tiêu ấy phải được chấp nhận và thông hiểu bởi các nhân viên thực hiện. Vì thế, giám sát là cách thích hợp để:

- Tăng cường tính tự giác của các thành viên trong các hoạt động CSSKBD.
- Giúp nhân viên y tế hoàn thành nhiệm vụ của họ theo tinh thần thi đua.

2.4. Khuyến khích nâng cao năng lực cán bộ

Giám sát khác thanh tra ở chỗ, giám sát đem đến sự hỗ trợ cho người được giám sát. Sự hỗ trợ phải được có ngay khi thấy có nhu cầu, dù để hiểu rõ mục tiêu, để hoàn thành công việc hoặc trong quan hệ giữa con người. Vì thế giám sát thích hợp để:

- Xác định nhu cầu về thông tin của các cán bộ y tế.
- Xác định các kỹ năng cần có để chăm sóc bệnh nhân, TT-GDSK, quản lý, đào tạo và giải quyết vấn đề.
- Quyết định phương pháp học cho cán bộ y tế, để họ có thể bù đắp các thiếu sót
- Đặt ra một chương trình giáo dục liên tục, phù hợp với nhu cầu nâng cao kỹ năng của người CB y tế.
- Xác định nhu cầu cơ bản của họ.
- Lựa chọn và lập kế hoạch về các phương pháp quản lý đào tạo thích hợp
- Xác định bất cứ nhu cầu đặc biệt nào cho hậu cần và hỗ trợ tài chính
- Thảo luận và đưa ra những gợi ý cho công tác quản lý

3. Nguyên tắc cơ bản của giám sát

- Thái độ của giám sát viên:
 - + Nghiêm túc nhưng không căng thẳng

- + Uốn nắn các sai sót trên tinh thần xây dựng, chứ không bới móc chê bai.
- Dân chủ trao đổi để rút ra bài học kinh nghiệm và những phương án phù hợp để giải quyết các vấn đề tồn tại.
- Phải đảm bảo duy trì các hoạt động giám sát theo đúng lịch, định kỳ.
- Báo cáo giám sát phải được hoàn thành ngay, sau khi kết thúc đợt giám sát.

4. Phương pháp và hình thức giám sát

4.1. Phương pháp giám sát

4.1.1. Giám sát trực tiếp

Là phương pháp mà người giám sát tiếp xúc hay làm việc cùng các đối tượng được giám sát và người liên quan, để có thể phát hiện ra các vấn đề tồn tại. Trong phương pháp này, giám sát viên có thể không cần nêu rõ cho đối tượng được giám sát biết là mình đang thực hiện công việc giám sát. Đây là phương pháp cơ bản cần được thực hiện trong các cuộc giám sát hoạt động CSSKBĐ.

4.1.2. Giám sát gián tiếp

Đây là phương pháp mà người giám sát viên không tiếp xúc hoặc cùng làm với các đối tượng được giám sát. Người giám sát thu thập các thông tin cần thiết, qua các nguồn tin khác nhau:

- Xem xét phân tích các báo cáo, sổ sách ghi chép hoặc tiếp xúc với người dân để nhận định về công việc và chất lượng công việc và tìm ra những điểm yếu kém, tồn tại của đối tượng cần giám sát, để có biện pháp giải quyết phù hợp.
- Thông tin có thể thu thập qua băng ghi âm: ghi hình các thao tác, quy trình và thái độ làm việc của người được giám sát. Nói chung, phương pháp này ít được áp dụng trên thực tế, vì điều kiện không cho phép.

4.2. Hình thức giám sát

4.2.1. Giám sát định kỳ

Định kỳ tiến hành các hoạt động giám sát, với những nội dung trọng tâm giám sát khác nhau được sắp xếp có kế hoạch cụ thể, nằm trong kế hoạch hoạt động hàng năm của đơn vị.

4.2.2. Giám sát đột xuất

Giám sát được tiến hành không nằm trong kế hoạch, được thực hiện do yêu cầu đột xuất trước một thực tế bức xúc, ví dụ như có một vụ dịch xảy ra, cần tiến hành giám sát và hướng dẫn thực hiện các khâu phát hiện người mắc, xử trí kịp thời người bệnh và môi trường lây nhiễm theo đúng các yêu cầu chuyên môn.

5. Các bước hoạt động giám sát

5.1. Chuẩn bị cho giám sát

Muốn cuộc giám sát đạt kết quả tốt, thì đòi hỏi sự chuẩn bị cẩn thận, chu đáo bao gồm việc: nghiên cứu tình hình hoạt động, xác định vấn đề hay nội dung trọng tâm giám sát lần này, xây dựng bộ công cụ giám sát, xây dựng kế hoạch và lịch trình giám sát.

5.1.1. Nghiên cứu tình hình các hoạt động

Nghiên cứu các tư liệu liên quan đến mục tiêu, đến các đích và các tiêu chuẩn hoạt động, các mức độ đã thực hiện được và các vấn đề còn tồn tại được ghi trong báo cáo giám sát lần trước. Nguồn tư liệu là bản kế hoạch và bản phân công nhiệm vụ chi

tiết, các bản báo cáo tiến độ, các bản báo cáo đánh giá mới nhận được và bản báo cáo giám sát lần trước.

5.1.2. Xác định vấn đề hay nội dung trọng tâm giám sát

Dựa vào cơ sở nghiên cứu trên, người quản lý, người giám sát xác định các vấn đề còn tồn tại, cần phải ưu tiên giám sát, đặt ra các giả thiết tức là dự kiến các nguyên nhân gây ra các vấn đề, những việc gì, chỗ nào cần phải giám sát, xem xét tìm ra nguyên nhân để có biện pháp giải quyết.

5.1.3. Xây dựng công cụ giám sát

Xây dựng bảng danh mục các nội dung cần giám sát (công cụ giám sát) cho thích hợp với mục tiêu cuộc giám sát đề ra. Công việc này giúp cho người giám sát có được công cụ phù hợp và chủ động trong giám sát, không bỏ sót các nội dung được cân nhắc từ trước (tuy nhiên, trong quá trình thực hiện giám sát, cũng có thể bổ sung thêm).

5.1.4. Lập kế hoạch, lịch trình giám sát

Mức độ thường xuyên của các lần giám sát, phụ thuộc vào mức độ cấp bách của các vấn đề cần giải quyết và phụ thuộc vào các nhiệm vụ khác của người giám sát. Giám sát viên cần lập kế hoạch về địa điểm, thời gian gặp gỡ trao đổi với các đối tượng được giám sát và người có liên quan.

Mẫu lịch trình giám sát

Các hoạt động	Thời gian	Địa điểm	Những người liên quan

5.2. Thực hiện giám sát

Trình tự hoạt động giám sát, được tiến hành tại thực địa theo phương pháp giám sát trực tiếp gồm các bước sau:

5.2.1. Quan sát và trao đổi trực tiếp

Giám sát viên quan sát trực tiếp đối tượng được giám sát thực hiện các thao tác chuyên môn và quy trình công việc, thời gian tiến hành, thái độ ứng xử, cách ra quyết định giải quyết vấn đề và so sánh với các yêu cầu chuyên môn, quy trình kỹ thuật chuẩn để cho điểm và đánh giá.

Đặc biệt chú trọng đến các vấn đề còn yếu kém, thiếu sót và cùng trao đổi để đối tượng được giám sát có thể trình bày thêm và qua đó có thể biết được nguyên nhân của thiếu sót, yếu kém đó là gì và mức độ ảnh hưởng của nó ra sao, nó diễn ra từ bao giờ, cũng như những tâm tư nguyện vọng và tinh thần, thái độ trong công việc của người được giám sát.

Trên cơ sở các vấn đề được phát hiện và những nguyên nhân tìm được, phân loại các vấn đề tồn tại có tính hệ thống hay tính nhất thời, để đưa ra các giải pháp khắc phục đồng bộ hay tức thời bằng trao đổi, hướng dẫn trực tiếp người được giám sát.

5.2.2. Hướng dẫn

Hướng dẫn những vấn đề kỹ thuật chuyên môn hay quy trình công việc, mà đối tượng được giám sát có thể khắc phục được ngay, đây là hình thức đào tạo trực tiếp. giúp người được giám sát khắc phục ngay các thiếu sót trong công việc của mình. Người giám sát có thể thực hiện các thao tác kỹ thuật, quy trình công việc. làm mẫu cho người được giám sát có thể học được ngay.

5.2.3. Động viên hỗ trợ

Người giám sát phải tôn trọng và giữ gìn mối quan hệ tốt với người được giám sát xây dựng mối quan hệ công tác và hỗ trợ giữa các thành viên, thì sẽ dễ dàng khắc phục những vấn đề yếu kém và công việc sẽ đạt hiệu quả hơn.

5.2.4. Hỗ trợ về hậu cần

Sau khi đã xác định được những thiếu sót, bất cập của công tác hậu cần, như cấp kinh phí thuốc men, trang thiết bị vật tư, thì có thể bàn bạc với các thành viên có liên quan và có kế hoạch giải quyết thích đáng. Việc hỗ trợ hậu cần và vật chất, nếu được sử dụng có hiệu quả cao, thì người có quyền quyết định thường không do dự trong khả năng giải quyết của mình. Việc hỗ trợ, đôi khi không phải chỉ là vật chất cụ thể, mà có thể là văn bản đề nghị về cơ chế.

5.2.5. Kết luận về kết quả giám sát

Các vấn đề được xác định ngay trong cuộc giám sát và các thông tin thu thập được của cuộc giám sát cần được phân tích sơ bộ để có kết luận ngắn gọn về kết quả của giám sát, đồng thời các nguyên nhân và các giải pháp được nêu và thống nhất việc khắc phục các thiếu sót.

5.3. Công việc sau giám sát

Sau khi giám sát, giám sát viên cần tiếp tục thực hiện các việc sau đây:

5.3.1. Tập hợp và phân tích các số liệu giám sát để có thể làm báo cáo đầy đủ trong báo cáo kết quả giám sát.

5.3.2. Bổ sung và điều chỉnh kế hoạch (nếu cần)

- Nêu rõ các vấn đề được xác định, quy mô của vấn đề và các nguyên nhân của nó.
- Xây dựng giải pháp cụ thể, cho việc giải quyết từng vấn đề, theo thứ tự ưu tiên, bức xúc.
- Điều chỉnh hoặc bổ sung kế hoạch, nếu cần.
- Tiếp tục theo dõi, chỉ đạo và hỗ trợ việc thực hiện các hoạt động nêu ra, cho đến kỳ giám sát sau hoặc cho tới khi đánh giá kế hoạch hoạt động.

5.3.3. Báo cáo lên cấp trên hoặc trao đổi trực tiếp với tổ chức của cộng đồng và cùng cộng đồng giải quyết các vấn đề, với khả năng và tính sáng tạo tự chủ.

5.3.4. Lưu trữ tài liệu và báo cáo giám sát vào hồ sơ các hoạt động CSSKBĐ và để làm tài liệu tham khảo khi đánh giá kết thúc kế hoạch hoạt động CSSKBĐ.

6. Xây dựng công cụ giám sát

6.1. Khái niệm bảng kiểm giám sát

Danh mục bảng kiểm giám sát là bảng liệt kê các nội dung cuộc giám sát cần tiến hành, để người giám sát có công cụ chủ động trong việc giám sát. Nó giúp cho

người giám sát tiến hành công việc dễ dàng, không bỏ sót nội dung giám sát theo mục tiêu đề ra và là cơ sở để tổng hợp số liệu, phân tích kết quả giám sát.

6.2. Nguyên tắc xây dựng bảng kiểm

- Thứ nhất để xây dựng một bảng kiểm, cần phải dựa vào bảng chức năng nhiệm vụ của từng nhân viên y tế.

- Thứ hai là phải dựa vào hoạt động giám sát ưu tiên đã được lựa chọn.

- Thứ ba là cấu trúc của một bảng kiểm, bao giờ cũng có mục nội dung, mục đánh giá và cuối bảng có phần xác định mức độ đạt hay chưa đạt yêu cầu về tiêu chuẩn của nội dung giám sát.

6.3. Cách viết một bảng kiểm giám sát

6.3.1. Tiêu đề của bảng kiểm

Tiêu đề của bảng kiểm phải phù hợp với nội dung cần giám sát, ví dụ: Giám sát kỹ thuật khám thai, giám sát kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chằm chậu trái trước.

6.3.2. Nội dung giám sát

Nội dung giám sát được biên soạn dựa trên vấn đề giám sát được nêu và mục tiêu cụ thể của cuộc giám sát, trên cơ sở các yêu cầu kỹ thuật chuyên môn, chỉ tiêu kế hoạch y tế đặt ra, quy trình kỹ thuật và các thao tác chuẩn, cũng như tinh thần thái độ giao tiếp trong CSSKBD... (Mô tả công việc và yêu cầu công việc với người thực hiện)

6.3.3. Đánh giá

Chỉ phân thành hai bậc có hoặc không, cho từng bước hoạt động trong bảng kiểm. Đánh giá chỉ phân thành 2 loại, đạt hoặc không đạt:

- Đạt: khi mọi nội dung đều được đánh dấu ở mục có hoặc chỉ sai sót ở một vài nội dung không quan trọng.

- Không đạt: khi có một nội dung quan trọng không đạt yêu cầu hoặc sai sót nhiều nội dung.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm và tầm quan trọng của giám sát.
2. Trình bày nguyên tắc, phương pháp, hình thức và các bước cơ bản trong giám sát.
3. Trình bày nguyên tắc xây dựng bảng kiểm, dùng cho giám sát hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Chương III

ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP



Bài 3.1

GIỚI THIỆU VỀ ĐẠO ĐỨC HÀNH NGHỀ Y, DƯỢC

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Trình bày được đạo đức y học và lời thề Hyppocrat.
2. Trình bày được đạo đức y học qua các thời kỳ.
3. Trình bày các sự kiện chính trong lịch sử đạo đức y học Việt Nam.

B. NỘI DUNG

I. ĐẠO ĐỨC Y HỌC (Déontologie Médical)

- Đạo đức y học là một bộ phận của đạo đức nghề nghiệp, là yêu cầu đặc biệt có liên quan đến việc tiến hành các hoạt động nhằm đem lại sức khỏe cho con người.

- Là các quy tắc, nguyên tắc chuẩn mực của ngành y tế, nhờ đó mà mọi thành viên y tế (từ hộ lý đến bộ trưởng,..) phải tự giác điều chỉnh hành vi của mình sao cho phù hợp với lợi ích và tiến bộ của ngành y tế.

- Là khoa học về lý luận, phẩm cách của người cán bộ y tế và bản chất giai cấp của vấn đề ấy. Là học thuyết về nghĩa vụ người thầy thuốc và cả trách nhiệm công dân của người ấy, không những trên bệnh nhân, trên đồng nghiệp mà cả toàn thể nhân dân.

- Những quan hệ riêng biệt, cơ bản nói lên tính chất luân lý của đạo đức y học là:

- Quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân
- Quan hệ giữa thầy thuốc với công việc
- Quan hệ giữa thầy thuốc với khoa học
- Quan hệ giữa thầy thuốc với đồng nghiệp

- Lĩnh vực nghề nghiệp của ngành y có hai phạm vi nguyên tắc chuẩn mực: luật pháp hành nghề y tế, và tiêu chuẩn đạo đức người thầy thuốc. Luật pháp và đạo đức có mối quan hệ hữu cơ khăng khít, luật pháp bị vi phạm thì bầu không khí đạo đức bị thoái hóa.

Người thầy thuốc sẽ bị tước danh hiệu cao quý của mình nếu xâm phạm luật pháp ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng con người, người thầy thuốc sẽ bị lương tâm dày vò dẫn vật đau khổ vì chưa hết lòng vì nghề nghiệp vì hạnh phúc của người bệnh. “Hàng trăm cuộc đời được cứu sống không làm dịu đi niềm cay đắng của một tổn thất” (Cuprianob)...

Đạo đức hình thành và phát triển cùng với sự phát triển của xã hội loài người.

Thông qua sự phát triển của các hình thái kinh tế xã hội, nội dung đạo đức được hình thành và phát triển từ đơn giản đến phức tạp và phong phú. Đạo đức y học cũng vậy, đạo đức y học hình thành và phát triển cùng với lịch sử y học. Nhiều nhà tư tưởng vĩ đại đã có nhiều công trình nghiên cứu về đạo đức, tuy nhiên nghiên cứu về đạo đức y học còn chưa nhiều. Các nghiên cứu về đạo đức y học hầu hết là do các nhà tư tưởng các triết gia và một phần rất ít là của các thầy thuốc tiến hành. Chúng ta ghi nhận

những nét lịch sử đạo đức cơ bản về y học bắt đầu từ thời kỳ đạo đức xã hội phát triển. Từ thời kỳ chiếm hữu nô lệ, đó là thời kỳ mà đạo đức xuất hiện và tồn tại thông qua đấu tranh giai cấp, còn trước đó, xã hội công xã nguyên thủy mới chỉ là trạng thái mờ của đạo đức, tuy nhiên đã để lại nhiều dấu hiệu có tác dụng cho tới ngày nay.

II. THỜI KỲ CHIẾM HỮU NÔ LỆ (CHNL)

(Từ 4000 năm trước công nguyên đến 500 năm sau công nguyên)

1. Thời kỳ Sumerien Babilon

Cùng với sự xuất hiện nền y học cổ lưỡng hà, 3000 năm trước công nguyên, bộ tộc Sumerien có vị vua là Hamourabi, (vua của bộ tộc) đã đặt ra bộ luật lấy tên Hamourabi. Bộ luật Hamourabi có quy định tiêu chuẩn hành nghề y một cách đơn giản:

Người thầy thuốc được lấy tiền khám và chữa bệnh (10 đồng tiền nếu là người chủ nô, 2 đồng tiền nếu người bệnh là nô lệ - nô lệ do chủ nô trả).

2. Thời Trung hoa cổ đại

- Thần nông 3000 năm trước công nguyên đã thử trên bản thân các cây cỏ để tìm và xác định các cây thuốc và các phương pháp chữa bệnh (tài liệu bản thảo cương mục).

- Có nhiều sách nói về “thiên nhiên và cuộc sống”, trong một cuốn sách cùng tên đã quy định rõ nguyên lý hành nghề cơ bản của thầy thuốc, và yêu cầu thầy thuốc phải có đạo đức, thầy thuốc phải biết khuyên bệnh nhân tự chữa bệnh, hãy “biết giữ gìn trái tim trong lồng ngực”.

- Thầy thuốc Hoa đà thời Chiến quốc (TKII trước công nguyên) đã nêu cao đạo đức hết lòng vì người bệnh. Là danh y đề cao đạo đức trong lúc hành nghề, biết phép tâm lý trị liệu, biết dùng khí công chữa bệnh, là người tìm ra thuốc mê và sử dụng nó như là một phương pháp nhân đạo.

“Khuyên mọi người giữ gìn sức khỏe: Y học không cứu ta khỏi chết nhưng giúp ta sống lâu”.

3. Thời Ấn độ cổ đại

Có nhiều sách nói về đạo đức y học, cuốn “Đời sống” đã nói lên tiêu chuẩn người thầy thuốc:

- Đệ tử ngành y phải là người như thế nào?

+ Đẹp cả hình thức: Là người đạo mạo, đôi mắt, miệng, mũi đẹp, cột sống thẳng, lưỡi đỏ thon, răng và môi đều.

+ Xuất thân từ một giai cấp quyền quý hoặc từ một gia đình thầy thuốc.

+ Tư chất và tình cảm: có giọng nói thanh thoát, tính tình cương nghị, thông minh, không vụ lợi, có lý trí, khiêm tốn, thương người, không khuyết tật, có khả năng về lý thuyết và thực hành. Ai có tiêu chuẩn ấy thì hãy làm nghề thầy thuốc.

- Kinh Veda Harak nêu cách lựa chọn, đào tạo và đặc điểm thầy thuốc:

+ Chọn lọc người học ngành y phải từ 16 tuổi trở lên, có phẩm chất, có thể lực, có mục đích tốt và phải xuất thân từ một gia đình tốt.

+ Khi nhập học, phải có cam kết hy sinh cả cuộc đời để cứu chữa bệnh nhân, không được đung đỉnh của cái của họ, không được làm phật lòng họ.

+ Có quyền được vào nhà bệnh nhân với mục đích trong sáng vì chữa bệnh và có cách xử thế đàng hoàng.

+ Tiêu chuẩn hạnh kiểm của thầy thuốc:

1. Lòng trắc ẩn

2. Sự niềm nở

3. Nhẫn nại, chủ động, bình tĩnh, lạc quan hy vọng

+ Đối với bệnh nhân thầy thuốc là cha

+ Đối với người đang bình phục thầy thuốc là người bảo vệ

+ Đối với người khỏe thầy thuốc là bạn

- Kinh Veda Bachatta yêu cầu thầy thuốc và bệnh nhân phải có đạo đức và niềm tin:

+ Thầy thuốc phải có lòng nhân đạo, lòng nhân đạo phải trở thành một tôn giáo đối với thầy thuốc.

+ Bệnh nhân phải tin tưởng thầy thuốc, bệnh nhân có quyền nghi ngờ người khác và cả bà con ruột thịt của mình nhưng không được nghi ngờ thầy thuốc.

+ Đối với bệnh nhân cấp cứu sắp chết thầy thuốc phải hết lòng cứu chữa tới cùng, cứu bệnh khẩn trương như cứu hỏa.

- Nền y học Brama nêu những chuẩn mực:

+ Thầy thuốc phải mặc quần áo trắng, thơm tho, móng tay phải cắt cẩn thận và sạch sẽ.

+ Thầy thuốc khi ra đường phải luôn mang ô và gậy.

+ Tránh cười đùa với phụ nữ

+ Có lòng trắc ẩn và nhân hậu

+ Khám bệnh kỹ, đúng hẹn, giữ bí mật.

4. Thời Hy Lạp cổ đại

Thời kỳ Hy Lạp cổ đại chú ý xây dựng đạo đức thầy thuốc trên cơ sở những mối quan hệ giữa người và người. Cùng với La Mã cổ đại, Hy Lạp cổ đại có nhiều nhà tư tưởng lớn, học giả lớn để tâm đến đạo đức học.

Aristot cho rằng chỉ có con người mới có khả năng thu nhận một cách nhạy cảm những khái niệm về tốt, xấu, công bằng, bất công và nhân mạnh: “Con người không có cái gốc đạo đức thì chỉ là một con vật xấu xa và mọi rợ nhất, một con vật thấp hèn với bản năng sinh vật và hưởng thụ của nó”.

Người ta đề cao phẩm chất con người có trí thức cao, đạo đức trong sáng, lòng nhân đạo, tinh thần dũng cảm như là một lý tưởng, là mục tiêu giáo dục thanh niên.

Lời thề khi nhập môn và ra trường xuất phát từ mục đích hành nghề:

+ Khi nhập môn phải nghe lời huấn thị trước bàn thờ: phải sống trong sạch, không được có những ham muốn quá độ, như sự hận thù, dâm ô, ghen tị, tự kiêu, thô bạo, tham lam xảo quyệt,... mà phải sống khiêm tốn, cần cù, yêu đời, từ bỏ cả thức ăn có thịt,...

+ Lời thề ra trường của phái Asclépiat là những chuẩn mực, nguyên tắc hành nghề, đạo đức của thầy thuốc:

“Tôi xin thề rằng, trước vị giáo thụ là Apollon, Esculape, Hygie, và Panace, trước tất cả thần linh nam nữ, xi các vị chứng kiến cho là, tôi sẽ đem hết khả năng, sức lực và trí tuệ để thực hiện lời thề nay của tôi và hứa viết trên giấy này, đối với thầy dạy tôi nghệ thuật, tôi kính trọng như cha mẹ và chia sẻ với thầy mọi phương tiện sinh sống và chăm lo mọi nhu cầu của thầy; Đối với con của thầy tôi xem như anh chị em ruột và họ muốn theo nghề này tôi sẽ truyền thụ lại không lấy tiền và không mặc cả trước. Những đơn thuốc và mọi học thuyết còn lại, tôi sẽ truyền lại cho con tôi, con của thầy tôi và cho học trò của tôi, với những người này sẽ có một giấy cam kết phù hợp với luật lệ y học, ngoài những người này ra tôi sẽ không truyền cho một người nào khác nữa.

Tôi sẽ cố gắng hết sức lực và trí tuệ để xây dựng lối sống cho bệnh nhân theo lợi ích của họ và sẽ ngăn ngừa cho họ mọi tổn hại và thiếu sót. Dù cho có van nài đến mấy, tôi cũng không cho bất cứ thứ thuốc độc chết người, và cũng không chỉ bảo cho ai về thứ thuốc đó. Cũng như dứt khoát là tôi không bao giờ cho một người phụ nữ nào phương tiện phá thai. Tôi sẽ giữ gìn cuộc sống và học thuật của tôi một cách thành kính và trong sách. Tôi sẽ không bao giờ làm thủ thuật mổ xẻ bằng đá và giành các thủ thuật này cho các chuyên gia khác làm.

Tôi không vào bất cứ nhà nào, và chỉ tới đó khi cần cứu chữa bệnh nhân mà thôi, và không có bất cứ một ý đồ nào làm hại bệnh nhân hoặc có tham vọng nhục dục đối với phụ nữ hay nam giới, đối với người tự do hay nô lệ. Khi hành nghề tôi phải giữ im lặng những điều được xem là bí mật hoặc những điều tâm phúc mà tôi biết. Nếu tôi thực hiện được lời thề mà không bội tín, tôi được xem như là người có thể hưởng hạnh phúc trong cuộc sống, trong học thuật và luôn luôn được mọi người kính trọng, và nếu tôi làm sai lời thề thì số phận của tôi ngược lại”.

- **Hippocrat (466-377)** nổi bật như một ông tổ của nghệ thuật y học và đạo đức y học, là người đã có nhiều đóng góp cho ngành y với những chuẩn mực đạo đức và nhân sinh quan trong sáng vì nghề nghiệp.

Lời thề Hippocrat sống mãi và có nhiều tác dụng tích cực cho thầy thuốc mọi thời đại sau ông noi theo. Lời thề chứa đựng các chuẩn mực đạo đức có giá trị. Đáng ghi nhớ là các nguyên tắc chuẩn mực về quan hệ thầy trò, quan hệ với bệnh nhân, hết lòng vì người bệnh và tránh mọi bất công; Xây dựng nhân sinh quan về cuộc sống nghề nghiệp; tất cả vì hạnh phúc người bệnh; bí mật nghề nghiệp,...(xem phần lời thề Hippocrat).

- Thời Hy Lạp cổ đại đã xuất hiện tiêu chuẩn đạo đức của người đỡ đẻ. Yêu cầu người đỡ đẻ phải là phụ nữ, biết chữ, khôn ngoan, linh hoạt, đúng đắn, có thể lực, biết vệ sinh, có đức độ và bình tĩnh; cấm phá thai, không được mê tín (tạp chí phụ khoa Efeskin Sorai-TKII).

5. Thời La mã cổ đại

Là vùng trung tâm văn minh của thế giới, cũng như thời Hy Lạp cổ đại, thời La mã cổ đại đã để lại nhiều công trình và chuẩn mực đạo đức.

- Có hội thầy thuốc nhân dân (Archiatri popularis) được thượng viện bổ nhiệm, bắt buộc thầy thuốc phải hành nghề nhân đạo, chữa bệnh không lấy tiền đối với người nghèo.

- Có quyền được nhận tiền thưởng của người bệnh (Khi họ bình phục) nhưng nghiêm cấm hối lộ, mặc cả, nếu phát hiện sẽ bị tước quyền.

- **Senaka** nói lên sự đánh giá của xã hội đối với thầy thuốc: “Thầy thuốc là bạn của ta chứ không phải là người làm thuê” vì sự cống hiến to lớn của thầy thuốc “chúng ta trả cho thầy thuốc tiền công? không đủ đâu, vì họ cống hiến cho chúng ta, không chỉ lao động của họ mà cả trái tim của họ nữa. Họ đáng được trọng vọng và yêu mến”.

- **Galien** (131-201) là thầy thuốc vĩ đại đã có đóng góp vào lĩnh vực y đức; ý nghĩa đạo đức của Galien được thể hiện:

+ Có hướng y học dự phòng và thể dục chữa bệnh.

+ Có xu hướng chú ý chữa bệnh và chữa cả người mắc bệnh (anh ta chỉ cho tôi một trường hợp sa ruột và chỉ thấy sa ruột chứ không thấy bệnh nhân. Còn tôi, tôi muốn xem không phải chỉ bệnh sa ruột mà chính là người có bệnh sa ruột).

+ Yêu cầu người thầy thuốc phải có lòng nhân đạo, thương người, tế nhị, khôn ngoan, mềm dẻo,... Không được kích động bệnh nhân, giữ được phẩm cách của mình.

+ Chỉ trích mạnh mẽ thầy thuốc chỉ quan tâm người bệnh giàu sang quyền thế, “đương đương tự đắc khi cùng đi với họ ngoài đường, cùng dự những cuộc hành lạc và cùng làm bộ làm tịch như thẳng diên”.

III. THỜI KỲ PHONG KIẾN (TK 5 - TK 17)

1. **Avicenne (980-1037)** là nhà khoa học, nhà triết học, nhà thơ, một danh y nổi tiếng đã có nhiều công trình y học và đạo đức y học (người biên soạn y điển “Canon of medicine” 5 tập; “quy tắc khoa học y học”; “đạo đức”, ...).

- Là người có đức độ, có lòng nhân đạo và nhạy cảm trước người bệnh, luôn tự tin kiến thức mình sẽ giúp cho người đời bớt đau khổ.

- Tiêu chuẩn người thầy thuốc được thể hiện: Thầy thuốc phải có:

- Mắt của chim đại bàng
- Bàn tay của người con gái
- Trí khôn của con rắn
- Trái tim của con sư tử

- Biết mình lâm bệnh và sẽ chết, Avicenne đã bán cả gia tài của mình phân phát cho người nghèo, đọc thánh kinh Coran cho đến khi chết.

- Lần đầu tiên môn đạo đức y học được giảng dạy ở đại học Salerne (TK 9 - TK 13). Cùng với tập thể các thầy thuốc, giáo sư Arnold đã soạn và viết bộ luật “Salerno về sức khỏe”.

Bộ luật Salerne được trình bày bằng thơ nói tới vai trò y học trong đời sống, phương pháp dự phòng, chữa bệnh và đặc biệt quan tâm tới đạo đức của người thầy thuốc:

*“Nếu anh muốn sức khỏe trở về và không mắc bệnh
Thì tránh việc làm quá nặng sức
Cáu giận coi là không xứng đáng
Nên ăn uống thanh đạm và quên rượu
Nên biết rằng sau bữa ăn mà đi bách bộ sẽ rất bổ ích
Và tránh ngủ ngày,...*

*...Thực hiện những điều trên anh sẽ sống lâu
Bữa cơm chiều ăn bội thực chẳng lợi gì
Cho dạ dày chúng ta
Muốn ngon giấc trước khi ngủ
Chớ ăn nhiều
Nếu không có thầy thuốc
Thì ba điều sau đây sẽ là thầy thuốc của bạn
Vui tính, yên tĩnh, ăn uống điều độ"...*

Bộ luật Salerne là một di sản lớn về văn học và y học tồn tại gần 1000 năm.

2. Arkhimat (TK 13) *thầy thuốc nổi tiếng với luận điểm “Khi nào cũng làm cho người bệnh tin tưởng là họ nhất định khỏi bệnh; và nói với những người xung quanh là bệnh họ rất nặng”*

Luận điểm sẽ có lợi, vì nếu bệnh nhân khỏi bệnh sẽ ca ngợi thầy thuốc tận tình, nếu không may mà người bệnh chết thì những người xung quanh sẽ nói thầy thuốc sáng suốt.

3. Thời kỳ phục hưng, *y học trở lại những nét đạo đức trung cổ, chỉ có một số ít thầy thuốc có văn bằng được học ở các trường đại học, còn lại đa số được coi như ông lang, các thầy thuốc tạp nham.*

Alôidi Mundeli (1561) đã viết: *“Trong thời đại chúng ta có biết bao nhiêu là loại người vô liêm sỉ làm nghề thầy thuốc, nào là các bà mẹ vườn, nào là anh bán thuốc rong, nào là anh thợ cạo, nào là anh rao hàng ở chợ, nào ông tu sĩ, tất cả chỉ mang lại tác hại lớn cho bệnh nhân mà thôi”.*

IV. THỜI KỲ CHỦ NGHĨA TƯ BẢN PHÁT TRIỂN

- Đạo đức xã hội tư bản chủ nghĩa nói chung tiến bộ nhiều so với thời kỳ trung cổ. Là một cống hiến lớn khi chủ nghĩa tư bản làm cuộc cách mạng giải phóng con người, đặt con người vào vị trí trung tâm, thì sau đó chính chủ nghĩa tư bản với chủ nghĩa cá nhân của mình đã bước đầu phá hoại nghiêm trọng các giá trị đạo đức, xác lập quyền sở hữu tư nhân là phá vỡ nguyên tắc đạo đức.

- Các nhân vật có chiểu kiến đạo đức y học đáng chú ý:

+ **Francis bacon (TK 18)** chú ý các điều kiện sinh sống của con người, các điều kiện đó ảnh hưởng đến quá trình bệnh. Là người quan tâm các phương pháp chữa bệnh bằng dinh dưỡng.

+ **Sydenham** cho rằng thầy thuốc là *công bộc của lòng từ thiện thiên liêng. Người thầy thuốc phải phục vụ tận tâm và tạo điều kiện cho người bệnh lạc quan tin tưởng khi chữa bệnh.*

+ **Helvetius (1715-1771):** *“Con người đạo đức không phải con người hy sinh những thói quen và những ham muốn mạnh mẽ nhất của mình vì lợi ích chung, không thể có con người như thế được mà con người có sự ham mê nhất trí với lợi ích chung”...*

Từ thế kỷ 19, tư bản công nghiệp phát triển mạnh, hình thành thầy thuốc TBCN thì khả năng của thầy thuốc bị hạn chế, họ đã trải qua tâm bi kịch nghề nghiệp khi nghĩ

rằng lao động nghề nghiệp của mình không thể giúp ích được mấy cho quảng đại quần chúng nhân dân.

V. BẢN CHẤT ĐẠO ĐỨC Y HỌC XHCN

Tiêu chuẩn đạo đức y học có những cơ sở và yêu cầu chung của đạo đức xã hội. Nhưng dưới những xã hội khác nhau, yêu cầu đạo đức y học cũng khác nhau. Bản chất đạo đức y học XHCN có những đặc điểm yêu cầu riêng.

1. *Đạo đức người thầy thuốc trước hết phải có đạo đức của một công dân XHCN.* Người thầy thuốc có đạo đức không bao giờ bị luật pháp tước quyền công dân.

2. *Người thầy thuốc XHCN luôn coi trọng trách nhiệm nghề nghiệp và đạo đức thầy thuốc.* Cả hai bổ sung cho nhau (vì trách nhiệm của thầy thuốc trước bệnh nhân, khiến người thầy thuốc phải không ngừng vươn lên đỉnh cao đạo đức y học và ngược lại vì trách nhiệm đạo đức mà người thầy thuốc không ngừng học tập nâng cao tay nghề,..).

Trách nhiệm và đạo đức thầy thuốc luôn hướng tới những điều kiện thuận lợi nhất cho sức khỏe người bệnh. Sức khỏe người bệnh là trên hết. “Đạo đức y học có mục đích cứu người, trách nhiệm nghề nghiệp yêu cầu người thầy thuốc phải có trí thức khoa học, nghệ thuật chữa bệnh và chuyên môn sâu”.

“Người cán bộ y tế không thể so sánh với những người làm công tác khác được, những đức tính mà các nghề khác cần đòi hỏi chưa đủ đối với người cán bộ y tế. Còn đức tính vừa đủ cho người lao động khác đạt được kết quả tốt thì lại càng ít ỏi đối với cán bộ y tế”.

3. *Phải có lòng nhân đạo đối với bệnh nhân.* Lòng nhân đạo của người thầy thuốc XHCN xuất phát từ bản chất chế độ, trách nhiệm lớn lao cao cả của thầy thuốc bắt nguồn từ bản chất XHCN.

Bản chất nhân đạo XHCN đó là làm cho con người được giải phóng, được lao động sáng tạo, được phát huy trong điều kiện tự do, có nhà nước bảo vệ. Nhân đạo, vì con người được xem là nhân tố phát triển quan trọng của xã hội.

Quan hệ nhân đạo đối với người bệnh là yêu cầu cơ bản của thầy thuốc XHCN, thầy thuốc phải quan hệ rộng rãi với mọi tầng lớp nhân dân lao động, hiểu họ, thấy họ là một con người với đầy đủ đặc điểm và quy luật đời sống,...

Hãy tránh mọi sự sai lầm của thầy thuốc, một sự sai lầm của thầy thuốc dẫn đến hậu quả tai hại cho cuộc sống.

4. *Thầy thuốc XHCN hành nghề vì mục đích trong sáng*

Thầy thuốc XHCN hết lòng vì người bệnh, không vụ lợi. Nguyên lý y tế XHCN tạo tiền đề cho thầy thuốc vừa thực hiện nghĩa vụ và lý tưởng của mình, vừa là điều kiện để nâng cao đạo đức.

Thầy thuốc XHCN xem đồng tiền là phương tiện để phát triển nghề nghiệp, đồng thời không phải là mục đích.

VI. ĐẠO ĐỨC Y HỌC VIỆT NAM

Đạo đức y học Việt Nam từ lâu mang màu sắc từ bi, bác ái, các thầy thuốc thường sống hoặc nương nhờ cửa phật làm điều thiện như nuôi trồng cây thuốc, bốc thuốc chữa bệnh không lấy tiền cho người nghèo.

1. Thế kỷ 13 Phạm Công Bân là một thái y lệnh nhưng về nhà thì chữa bệnh cho dân nghèo không lấy tiền, tự bỏ tiền làm nhà chữa bệnh và nuôi dưỡng người nghèo người tàn tật, kẻ mồ côi, nêu cao tinh thần trách nhiệm người thầy thuốc.

Chu văn An (1292-1370) là thầy thuốc, thầy giáo có bản lĩnh, trong sáng, có đức độ và tài năng. Chu văn An quê làng Thanh liệt, huyện Thanh Trì, Hà Nội ngày nay, đậu Thái học sinh (tiến sĩ) được bổ nhiệm làm quan tư nghiệp quốc tử giám nhưng đã từ quan về nhà mở trường dạy học, nghiên cứu y học, vận dụng đông y sáng tạo chế nhiều phương thuốc mới, tổng kết nhiều bệnh án và biên soạn nhiều sách (trong đó quyển “ học chú giải tạp chí biên”).

Về đạo đức: Chu văn An rất coi trọng *Nhân, Minh, Trí*, trong đó mấu chốt của nghề làm thuốc là nhân.

Phải có Nhân rồi mới có Minh, Trí. Đức độ là điều cần nhất của thầy thuốc.

2. Thế kỷ 14 có Tuệ Tĩnh (Tuệ Tĩnh 1330-1339)

+ Tuệ Tĩnh nêu cao tinh thần dân tộc “Nam dược trị Nam nhân”.

+ Cô đức phương hướng phòng bệnh và chữa bệnh nhân đạo.

+ Có lý tưởng làm cho dân bớt đau khổ.

3. Thế kỷ 15 có bộ luật Hồng đức (triều lê)

Có quy định quy chế hành nghề y, trừng phạt kẻ vụ lợi cố tình chữa bệnh dây dưa hoặc dùng thuốc mạnh gây chết người,...

4. Thế kỷ 18 có Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (1720-1791)

Hải Thượng Lãn Ông quê cha ở làng Liêu Xá, Yên Mỹ, Hải Hưng, quê mẹ Sơn quán, Hương Sơn, Hà Tĩnh.

Hải Thượng Lãn Ông từng tham gia quân ngũ một thời gian ngắn sau đó vì chán ghét chiến tranh đàn áp nông dân mà bỏ về quê mẹ làm nghề thuốc. Thời bấy giờ phần đông sĩ phu đều có tư tưởng cầu danh lợi, ham quan trường mà xem nhẹ nghề y. Trái lại Lãn Ông chỉ có một mơ ước “ Làm sao cho người đời không có bệnh” và chỉ có một lý tưởng cao quý “Bảo vệ sức khỏe cho người nghèo”.

+ Quan điểm xử thế của Hải Thượng Lãn Ông:

1. Làm nghề thuốc là một nhân thuật (lo cái lo của mọi người, vui cái vui của mọi người, giúp người làm phận sự của mình mà không ham lợi kể công)

2. Chống tư tưởng vụ lợi.

3. Nêu gương sáng trong việc đối xử với bệnh nhân (bệnh gấp thì phục vụ trước,...).

4. Không xu nịnh kẻ giàu sang quyền thế (khi nhận quà của người khác thường nảy sinh ra nể nang, hướng chi kẻ giàu sang quyền thế tính khí khác thường mà mình cầu cạnh thường hay bị khinh rẻ; không được tặng bốc để cầu lợi).

5. Hết lòng giúp đỡ người nghèo (vì người giàu thì không thiếu gì thầy thuốc, còn người nghèo thì khó lòng kiếm được lương y,...)

6. Nêu cao đạo đức thầy thuốc, tận tụy phục vụ người bệnh.

7. Thận trọng tỷ mỉ trong kỹ thuật chữa bệnh vì tính mạng của con người.

+ Hải Thượng Lãn Ông nhắc thầy thuốc phải tránh tám tội:

1. *Tội lười*: “Có bệnh, xem xét đã rồi mới kê đơn, bốc thuốc, nếu ngại đêm mưa vất vả, không chịu tới thăm mà đã cho phòng là tội lười”.

2. *Tội bủn xỉn*: “Có bệnh, nên uống thuốc thứ nào đó mới cứu được nhưng sợ con bệnh nghèo túng không trả được tiền nên chỉ cho loại thuốc rẻ tiền, đó là tội bủn xỉn”.

3. *Tội tham*: “Khi thấy bệnh chết đã rõ, không báo thực lại nói lơ mơ để làm tiền, đó là tội tham”.

4. *Tội lừa dối*: “Như thấy bệnh dễ chữa lại dối là khó, lè lưỡi, cau mày dọa cho người ta sợ để lấy nhiều tiền, đó là tội lừa dối”.

5. *Tội bất nhân*: “Như thấy bệnh khó đáng lý bảo thật rồi hết sức cứu chữa nhưng lại sợ mang tiếng, không biết thuốc chưa chắc đã thành công mà e rồi sẽ không được hậu lợi nên cương quyết không chịu chữa để người ta bó tay chịu chết, đó là tội bất nhân”.

6. *Tội hẹp hòi*: “Có trường hợp, người bệnh ngày thường bất bình với mình, khi mắc bệnh phải đưa đến mình liền nghĩ ra ý nghĩ oán thù không chịu chữa hết lòng đó là tội hẹp hòi”.

7. *Tội thất đức*: “Lại như thấy kẻ mồ côi, góa bụa người hiền con ốm mà nghèo đói, ốm đau thì cho là chữa mất công vô ích, không chịu hết lòng cứu chữa, đó là tội thất đức”.

8. *Tội dốt*: “Lại như xét bệnh còn lơ mờ, sức học còn nông mà đã cho thuốc chữa bệnh, đó là tội dốt”.

+ Thầy thuốc phải có 8 đức tính :

1. Thương người.

2. Sáng suốt.

3. Khôn ngoan.

4. Rộng lượng.

5. Thành thật.

6. Liêm khiết.

7. Siêng năng.

8. Khiêm tốn.

“*Suy nghĩ cho cùng, tôi hiểu rằng thầy thuốc là người bảo vệ tính mạng con người, sống chết trong một tay mình nắm, phúc họa trong một tay mình giữ; thế thì đâu có thể kiến thức không đầy đủ, đạo đức không trọn vẹn, tâm hồn không rộng lớn, hành vi không thận trọng mà dám học đòi làm cái nghề cao quý đó chẳng*”.

VII. ĐẠO ĐỨC Y HỌC VIỆT NAM TỪ 1945 ĐẾN NAY

Từ năm 1945, đạo đức thầy thuốc Việt Nam là giữ vững truyền thống tốt đẹp cao quý của y đức dân tộc, đặc biệt, được phát huy mạnh mẽ trên cơ sở đạo đức học Mác-Lênin và tư tưởng Hồ Chí Minh nêu cao quan điểm “lương y như từ mẫu” Trong những điều kiện khó khăn nhất của đất nước, các thầy thuốc Việt Nam đã nêu cao y đức Việt Nam phấn đấu hy sinh vì sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân đạt nhiều thắng lợi.

Khi đất nước bước vào thời kỳ đổi mới, cùng với sự hình thành cơ chế thị trường dưới sự điều khiển của nhà nước XHCN, đạo đức người thầy thuốc Việt Nam đứng trước sự thách thức lớn đã nhanh chóng lựa chọn và xác định chỗ đứng của mình, tiếp tục giữ vững đạo đức tốt đẹp của thầy thuốc Việt Nam thực hiện “lương y như từ mẫu” hết lòng vì sự nghiệp sức khỏe nhân dân.

Các thầy thuốc Việt Nam XHCN nêu cao phẩm chất đạo đức thầy thuốc xứng đáng có rất nhiều, trong số đó có:

7.1. Thầy thuốc Phạm Ngọc Thạch (1909-1968) sinh tại Phan Thiết trong một gia đình khá giả, cha mẹ mất sớm, được anh chị nuôi ăn học. Đỗ bác sĩ y khoa Paris 1934, về Sài Gòn mở phòng khám chữa bệnh lao cho nhân dân lao động. Giác ngộ cách mạng trong phong trào dân chủ rồi tham gia tổng khởi nghĩa ở Sài Gòn-Chợ lớn, làm chủ tịch đặc khu Sài Gòn-Chợ lớn. Năm 1954 là trưởng ban y tế trung ương, viện trưởng viện chống lao, bộ trưởng bộ y tế. Hy sinh tại chiến trường B2 năm 1968.

- Hết lòng vì người bệnh: Tuy là tầng lớp trên nhưng thầy thuốc Phạm Ngọc Thạch rất thương người nghèo khổ, chữa bệnh theo y đạo. Dù ở bất cứ vị trí nào cũng luôn nhớ mình là thầy thuốc của nhân dân.

- Có nhiều công trình nghiên cứu và sáng tạo đầy lòng nhân ái, giản dị, thực tế, cứu chữa hàng ngàn bệnh nhân là người lao động:

+ Sana xã: Năm 1954 miền Bắc có 560.000 người mắc bệnh lao,... sáng kiến thành lập sana xã đã tập trung được 280.000 bệnh nhân cấp tính về điều trị, sau 10 năm miền Bắc cơ bản giải quyết xong bệnh lao.

+ Các công trình nghiên cứu: Tổ chức màng lưới y tế, ba công trình về hố xí hai ngăn, vacin, subtilis, BCG đều xuất phát từ hoàn cảnh và sức khỏe con người Việt Nam để dạy, để học, để nhớ, để làm.

- Làm việc tận tâm, sâu sát thực tế: làm việc và ăn ở tại phòng, tại bệnh viện không kể giờ giấc vì người bệnh và đồng nghiệp. Tự mình lái xe, đi công tác khi cần thiết, đi bất cứ đâu, kiểm tra bất cứ việc gì kể cả vào chiến trường, vào tuyến lửa,... luôn đặt lợi ích của nhân dân, của nghề nghiệp lên trên lợi ích cá nhân...

Thầy thuốc Phạm Ngọc Thạch là thầy thuốc nhân dân, anh hùng lao động, người lãnh đạo ngành y tế Việt Nam với tấm lòng nhân đạo cao cả đã cống hiến trọn đời mình cho sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Thầy thuốc Đặng Văn Ngữ(1910-1967): Thầy thuốc nhân dân, anh hùng lao động, giáo sư bác sĩ Đặng Văn Ngữ sinh tại Huế, trong một gia đình đông con. Đỗ vào Đại học Y Hà Nội năm 1930 tốt nghiệp bằng luận án “áp xe gan” và là người đầu tiên đi vào chuyên khoa ký sinh trùng.Năm 1943 được cử sang Tokyo nghiên cứu.

Năm 1949 từ Nhật trở về tham gia kháng chiến. Hy sinh tại chiến trường B4 (Trị Thiên-Huế) trong lúc đang nghiên cứu tiêu diệt bệnh sốt rét ác tính cho chiến sĩ (1967).

- Là thầy thuốc có tâm hồn và đạo đức cao thượng, luôn nghĩ làm cho con người có sức khỏe là một hạnh phúc lớn của mình, vì vậy mà luôn luôn suy nghĩ, nghiên cứu sáng tạo độc đáo:

+ Nghiên cứu sản xuất thành công nước lọc Penicilin và Streptomycin để cứu chữa thương bệnh binh.

+ Nghiên cứu có giá trị về giun sán, muỗi, bọ chét gây bệnh và các ký sinh trùng. Những năm 1966-1967 bệnh sốt rét ác tính ở chiến trường miền Nam đã làm hao mòn sức khỏe chiến đấu của quân giải phóng. Thầy thuốc Đặng Văn Ngữ đã tự nguyện xin vào nghiên cứu và hy sinh vì bom B52 vùi chết tại chỗ.

3. Thầy thuốc Tôn Thất Tùng (1912-1982)

- Thầy thuốc nhân dân, anh hùng lao động, giáo sư, viện sĩ Tôn Thất Tùng quê ở Huế. Vào Đại học Y Hà Nội năm 1931, tốt nghiệp bác sĩ năm 1938, làm công tác giảng dạy và nghiên cứu tại bộ môn Ngoại của trường. Tham gia cách mạng 1945, năm 1948 được cử làm thứ trưởng bộ y tế, tham gia chiến đấu cứu thương binh ở nhiều mặt trận, mất năm 1982 tại Hà Nội.

- Là thầy thuốc, Nhà khoa học có lòng nhân đạo cao quý, quên mình vì nghệ thuật y học và nhân thuật, mong muốn chữa được các bệnh hiểm nghèo đem lại sự sống cho nhân dân, đó là nguyên nhân là động lực đã đào luyện nên người thầy thuốc có bàn tay vàng, bộ óc thông minh, tác phong khiêm tốn, lòng vị tha hết lòng vì sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân.

+ Nghiên cứu làm việc nghiêm túc, bền bỉ, cẩn thận và tỉ mỉ, thường xuyên trau dồi nghệ thuật ngoại khoa nên từ 1935-1939 sau 200 lần mổ gan người chết để phân tích phơi trần các mạch máu của gan đã tìm ra phương pháp cắt gan có kế hoạch và mỗi ca không quá 10 phút.

+ Năm 1961 cắt gan mỗi ca trong 6 phút

+ Năm 1974 tại Lunz (Thụy Điển) trước sự chứng kiến và kinh ngạc của thế giới thầy thuốc Tôn Thất Tùng cắt toàn bộ gan phải trong thời gian 4 phút.

+ Năm 2020 cả thế giới kinh ngạc về thành quả phòng chống COVID-19 của Việt Nam: Cả nước có 334 ca nhiễm bệnh, điều trị khỏi 323 ca (chiếm tỷ lệ 96,7%), không có ca tử vong. Đặc biệt đã điều trị cho ca 91 (phi công người Anh) thoát khỏi cái chết đang dần dần hồi sinh.

Tóm lại:

Chiến công của thầy thuốc Việt Nam là nêu cao đạo đức y học Việt Nam, hết lòng hy sinh phấn đấu vì sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân vì vậy đã lập nên nhiều chiến công xuất sắc trong công tác nghiên cứu, chữa bệnh, phòng bệnh phát triển nền y học Việt Nam ngang tầm thế giới.

Bài 3.2

NGHĨA VỤ VÀ YÊU CẦU ĐẠO ĐỨC CỦA CÁN BỘ Y TẾ

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Phân tích các mối liên quan nghĩa vụ giữa bệnh nhân, cán bộ y tế.
2. Phân tích đạo đức y học bản chất đạo đức y học XHCN.
3. Trình bày được những yêu cầu đạo đức của người CBYT.
4. Khái quát nội dung và ý nghĩa 12 điều quy định về y đức.

B. NỘI DUNG

I. NGHĨA VỤ

1. Nghĩa vụ của cán bộ y tế đối với bệnh nhân, tổ chức y tế và XH

Đây là nghĩa vụ luân lý, làm người được ủy thác của bệnh nhân. Nghĩa vụ này đòi hỏi người CBYT phải đặt quyền lợi của bệnh nhân lên trên hết, trên và trước cả quyền lợi của chính mình.

Nó được thể hiện qua 4 đức tính: Quên mình, hy sinh, vị tha và chính trực.

- *Tính quên mình:* Tất cả tập trung bảo vệ quyền lợi của bệnh nhân trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh mà không bị chi phối bởi giới tính, sắc đẹp, tiền bạc, địa vị xã hội, ... Nếu bị các yếu tố trên quyến rũ thì trong trường hợp đó người CBYT đã đặt quyền lợi của mình lên trên bệnh nhân.

- *Tính hy sinh:* Là người CBYT sẵn sàng hy sinh quyền lợi của mình, ngay cả sinh mạng khi cần thiết như nhiều tấm gương đã được ghi vào lịch sử y học để đem lại sự sống cho bệnh nhân.

- *Tính vị tha:* Là hiểu được nỗi đau của bệnh nhân và đồng cảm với bệnh nhân.

- *Tính chính trực:* Là chân thật và làm được những điều mình nói, không làm những gì vượt quá khả năng của mình, không quảng cáo khoa trương sai sự thật.

Bên cạnh nghĩa vụ, người CBYT cũng có những quyền lợi chính đáng. Xác định quyền lợi chính đáng và mức độ chính đáng thật sự rất khó. Hiện nay, có 3 phân nhóm cho xếp loại quyền lợi chính đáng của người CBYT:

- *Nhóm 1:* Các quyền lợi nhằm giúp phục vụ bệnh nhân tốt hơn (Giờ nghỉ, giờ tự trao đổi kiến thức).

- *Nhóm 2:* Các nghĩa vụ của người CBYT đối với người thân (Lương đủ nuôi sống gia đình, thời gian với gia đình).

- *Nhóm 3:* Quyền được thăng tiến trong các lĩnh vực của cuộc sống.

2. Nghĩa vụ của bệnh nhân đối với CBYT, tổ chức y tế và xã hội

- Để thực hành tốt nguyên tắc tôn trọng quyền tự chủ của bệnh nhân, bệnh nhân cần phải tỏ ra quan tâm và lắng nghe giải thích của CBYT. Bệnh nhân được quyền yêu

cầu giải thích tình trạng bệnh của mình bằng 1 ngôn ngữ phù hợp với trình độ của bệnh nhân. Bệnh nhân có nghĩa vụ đối với thân nhân, nhất là khi mắc các bệnh mạn tính hay đến giai đoạn cuối của bệnh nan y. Đó là nghĩa vụ đối với sức khỏe của thân nhân, tiền bạc trong gia đình hoặc những chuyện xảy ra sau khi mình nhắm mắt ai sẽ là người quyết định thay mình.

- Nghĩa vụ của bệnh nhân đối với bệnh viện và xã hội chủ yếu là việc sử dụng nguồn lực y tế eo hẹp một cách hiệu quả và công bằng nhất. Hiện nay, bệnh nhân thường có khuynh hướng thích sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế nhiều hơn mức cần thiết.

3. Nghĩa vụ của tổ chức y tế đối với bệnh nhân, CBYT và xã hội

- Các chế độ, chính sách của bệnh viện ảnh hưởng trực tiếp đến bệnh nhân.

- Bệnh viện phải tạo mọi điều kiện thuận lợi để phát triển mối quan hệ y đức đối với bệnh nhân, phải làm cho CBYT ý thức được mối quan hệ này như một vấn đề quan tâm hằng ngày.

- Bệnh viện dù công hay tư cũng phải chứng tỏ rằng bệnh viện và các CBYT luôn đặt quyền lợi của bệnh nhân lên trên hết thông qua hành động, thái độ, chính sách và các quy tắc.

4. Nghĩa vụ của xã hội về chính sách y tế

- Mọi người đều quan tâm đến tính công bằng. Công bằng xã hội thường được đề cập qua 2 dạng: công bằng thủ tục và công bằng phân phối.

+ Công bằng thủ tục là bàn về các quy tắc thực hiện để có công bằng.

+ Công bằng phân phối là bàn về ai được hưởng chăm sóc y tế và được hưởng bao nhiêu.

- Ba quan điểm về công bằng:

+ Mọi người dân đều có quyền hưởng chăm sóc y tế ở một mức nào đó, đó là quyền cơ bản của công dân.

+ Mọi người có nhu cầu y tế ngang nhau và cần được chăm sóc y tế ngang nhau.

+ Mọi người sử dụng chăm sóc y tế tùy theo vị trí trong xã hội, chính quyền hoặc theo khả năng tài chính.

- Công bằng phân phối trong y tế là bài toán khó, nhưng không có nghĩa là không có lời giải đáp. Tùy theo hoàn cảnh xã hội mà các chính sách được hoạch định dựa trên một trong ba quan niệm trên

II. BẢN CHẤT ĐẠO ĐỨC Y HỌC XÃ HỘI CHỦ NGHĨA

1. Người CBYT XHCN phải có nhân sinh quan cách mạng vững vàng

- Tuyệt đối trung thành với chế độ XHCN, góp phần xây dựng và bảo vệ tổ quốc.

- Phải là người hoạt động xã hội tích cực.

- Phải là người lao động kiểu mới, có hoài bão và vươn lên trong y học.

2. Đạo đức XHCN đòi hỏi người CBYT phải:

Giản dị, khiêm tốn, chính trực, thật thà, có nguyên tắc, dũng cảm, yêu lao động, kiên trì trong công việc, tôn trọng và quan tâm đến tất cả mọi người.

3. Người CBYT XHCN phải có mối quan hệ nhân đạo với bệnh nhân.

Câu châm ngôn của ngành Y đó là: “Không có con bệnh mà chỉ có người bệnh”.

- Phải có kiến thức toàn diện: Người CBYT phải tiếp xúc với nhiều người thuộc nhiều thành phần, trình độ, hoàn cảnh sống khác nhau. Vì thế bắt buộc người thầy thuốc phải có 1 nhãn quan đầy đủ, qua đó nâng cao hiệu quả điều trị. Y học đòi hỏi người thầy thuốc phải có học vấn sâu rộng, trình độ văn hóa cao, am hiểu kiến thức vượt qua giới hạn chuyên khoa.

- Người CBYT cần sẵn sàng nhận nhiệm vụ ở những nơi xa xôi, hoàn cảnh khó khăn.

- Đặc điểm cơ bản của ngành Y là phải làm việc theo nhóm.

- Đối xử đặc biệt với người già, phụ nữ và người có hoàn cảnh khó khăn.

- Quan tâm đến hạnh phúc của người bệnh và thân nhân họ.

- Có tinh thần trách nhiệm cao và lương tâm nghề nghiệp.

- Giao tiếp với bệnh nhân một cách chín chắn, tế nhị, thận trọng với lời nói và hành vi.

- Có ý thức giữ gìn bí mật nghề nghiệp.

- Khi tiến hành các thực nghiệm trên người phải có bồn phận và nghĩa vụ bảo đảm an toàn đối với cho cuộc sống và sức khỏe bệnh nhân; và phải được bệnh nhân đồng ý.

III. QUY ĐỊNH VỀ Y ĐỨC CỦA BỘ Y TẾ (12 Điều Y đức)

1. Tôn trọng pháp luật và thực hiện nghiêm túc các quy chế chuyên môn. Không được sử dụng người bệnh làm thực nghiệm khi chưa được phép của Bộ Y tế và sự chấp nhận của người bệnh.
2. Tôn trọng quyền được khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh; khi thăm khám, chăm sóc cần bảo đảm kín đáo và lịch sự.
3. 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. 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.
5. Khi cấp cứu phải khẩn trương chẩn đoán, xử trí kịp thời không được đùn đẩy 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. Hăng 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.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu nghĩa vụ của người cán bộ y tế đối với bệnh nhân, tổ chức y tế và XH
2. Trình bày bản chất đạo đức y học xã hội chủ nghĩa
3. Nêu 12 điều Y đức theo quy định của Bộ Y tế

Bài 3.3

NGUYÊN TẮC ĐẠO ĐỨC TRONG CHĂM SÓC Y TẾ

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Trình bày được Lời thề Hippocrates, Nguyên tắc đạo đức y khoa và Quy ước đạo đức ngành y của Hiệp hội Y khoa Thế giới.
2. Liệt kê được các nguyên tắc và cam kết ghi trong Hiến chương Thầy thuốc
3. Phân tích được phẩm chất của người Điều dưỡng và nghĩa vụ nghề nghiệp của người Điều dưỡng.

B. NỘI DUNG

Trong ngành y, đạo đức nghề nghiệp chính là y đức mà mỗi cán bộ y tế cần phải phấn đấu và tích cực thực hiện. Y đức không phải là ngày một ngày hai có thể đạt tới mà cần phải tích cực rèn luyện.

Đạo đức nghề nghiệp là tiêu chuẩn cho mỗi người, luôn hướng tới và phấn đấu. Ngành y là ngành đặc thù, cán bộ y tế mang sứ mệnh cứu người và thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Sinh viên ngành y là thế hệ tương lai của đất nước, những người sẽ cống hiến tài năng của mình cho đất nước, phục vụ nhân dân, họ là những nhà trí thức, là những nhân tài làm rạng rỡ ngành y. Do đó, ngay khi còn ngồi trên ghế nhà trường mỗi sinh viên cần phải học tập trau dồi và không ngừng phấn đấu, rèn luyện bản thân để lấy đó là nền móng khi bước vào nghề.

Sáng y đức, giỏi y thuật là tiêu chuẩn mà mỗi cán bộ nhân viên làm nghề y cần lấy đó là mục tiêu để phấn đấu. Và hơn hết, quá trình rèn luyện khi ở nhà trường là bước cần thiết đối với mỗi sinh viên.

Vì vậy Sinh viên ngành y phải luôn luôn ghi nhớ Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế:

Dưới đây là những lời quy ước đạo đức ngành y ở một số nước trên thế giới.

I. LỜI THỀ HIPPOCRATES

Hippocrates (khoảng 460 - 370 Trước Công nguyên) là một y sĩ Hy Lạp thời cổ đại và được xem là ông tổ của nền y khoa phương Tây. Ông là người khởi xướng nền y khoa mang tính khoa học trong hoàn cảnh hệ thống y khoa của Hy Lạp thời đó là hệ thống chữa bệnh một nửa là y học một nửa là pháp thuật phù thủy và tất nhiên không khỏi bị chống đối kịch liệt. Do đi trước thời đại, chống lại lối mòn xưa cũ gắn với cường quyền, Hippocrates lúc đó bị tù 20 năm. Ở trong tù, bộ óc thiên tài của ông không chịu phạt tù đã viết nên quyển “Cơ thể phức tạp” về cơ thể con người mà rất nhiều điều trong đó vẫn đúng cho đến ngày nay.

“*Lời thề Hippocrates*” là lời tuyên thệ của các thầy thuốc khi vào nghề. Ở Việt Nam ta còn gọi là “Lời thề Y đức”. Trải qua thời gian với một không gian hầu như

khắp toàn cầu, lời thề Hippocrates có nhiều dị bản khác nhau. Tuy nhiên, bản gốc của lời thề Hippocrates được nhiều nước lưu giữ như sau:

“Tôi tuyên thệ với Apollo, thần chữa bệnh, Asclepius, Hygieia và Panacea, và tôi minh chứng với tất cả các nam thần, các nữ thần, tôi gìn giữ, tùy theo khả năng và thẩm định của tôi, lời thề sau đây:

Yêu kính, như là cha mẹ tôi, người đã dạy tôi môn học này; sống hòa nhã với thầy và nếu cần, chia sẻ tài sản với thầy; chăm sóc con cái thầy như là anh chị em tôi và dạy họ môn học này.

Tôi sẽ kê toa vì lợi ích của bệnh nhân, tùy theo khả năng và thẩm định của tôi, và không bao giờ làm hại ai.

Tôi không bao giờ đưa thuốc giết người cho bất kỳ ai hỏi tôi và sẽ không tư vấn một kế hoạch như vậy; và cũng như thế tôi sẽ không cho bất kỳ người phụ nữ nào một dụng cụ phá thai.

Nhưng tôi sẽ giữ tinh khiết cho đời tôi và cho nghề nghiệp của tôi.

Tôi sẽ không giải phẫu để lấy sạn, kể cả đối với bệnh nhân biểu lộ là mang bệnh này; tôi sẽ dành việc giải phẫu cho những y sĩ, chuyên gia về bệnh này.

Mỗi căn nhà tôi bước vào, tôi bước vào vì lợi ích của bệnh nhân của tôi, giữ gìn tôi khỏi mọi ý đồ xấu xa và mọi cám dỗ và đặc biệt là khỏi các khoái lạc tình yêu với phụ nữ hay với nam giới, dù họ là người tự do hay nô lệ.

Tất cả mọi điều tôi biết trong khi hành nghề hay trong giao tiếp với mọi người, mà không nên để lộ ra ngoài, tôi sẽ giữ bí mật và sẽ không bao giờ tiết lộ.

Nếu tôi giữ lời thề này một cách thành khẩn, tôi sẽ được an hưởng đời tôi và thực hành nghề tôi, được mọi người kính trọng mãi mãi; nhưng nếu tôi đi trái đường và vi phạm lời thề, những điều ngược lại sẽ đến với tôi”

II. NGUYÊN TẮC ĐẠO ĐỨC Y KHOA (Hội Y học Mỹ)

1. Người thầy thuốc phải tận tâm chăm sóc sức khỏe với sự cảm thông và tôn trọng danh dự và quyền con người.

2. Người thầy thuốc phải duy trì các chuẩn mực của chuyên ngành, thành thật trong tất cả các giao tiếp chuyên môn, và phân đầu báo cáo nhà chức trách những thầy thuốc thiếu tư cách, hay bất tài, hay liên đới đến những vụ lừa đảo.

3. Người thầy thuốc phải tôn trọng luật pháp và nhận lãnh trách nhiệm theo đuổi những cải cách nhằm đem lại lợi ích tốt nhất cho bệnh nhân.

4. Người thầy thuốc phải tôn trọng quyền của bệnh nhân, đồng nghiệp, và các nhân viên y tế khác, và phải bảo vệ sự riêng tư của bệnh nhân trong phạm vi luật pháp cho phép.

5. Người thầy thuốc phải liên tục học hỏi, ứng dụng, và trao đổi kiến thức khoa học; duy trì học thuật y khoa; cung cấp những thông tin liên quan đến bệnh nhân, đồng nghiệp, và công chúng; tư vấn và sử dụng tài năng của các chuyên gia khác khi cần thiết theo chỉ định.

6. Người thầy thuốc (ngoại trừ các trường hợp cấp cứu) trong điều kiện thích hợp, có quyền chọn lựa ai để phục vụ, ai cần liên hệ, và có quyền chọn môi trường để cung cấp dịch vụ y khoa.

7. Người thầy thuốc phải nhận lãnh trách nhiệm tham gia vào các hoạt động nhằm cải thiện cộng đồng và y tế công cộng.

8. Người thầy thuốc trong khi chăm sóc bệnh nhân phải xem nhiệm vụ của mình đối với bệnh nhân là trên hết.

9. Người thầy thuốc phải ủng hộ mọi thành phần trong xã hội được quyền tiếp cận dịch vụ y khoa.

3. Quy ước đạo đức ngành y của Hiệp hội Y khoa Thế giới (World Medical Association)

III. NHIỆM VỤ CHUNG CỦA NGƯỜI THẦY THUỐC

Người thầy thuốc phải:

1. Thực hành nghề nghiệp và duy trì chuẩn mực chuyên môn ở mức độ cao nhất.
2. Tôn trọng quyền của bệnh nhân chấp nhận hay bác bỏ đề nghị của thầy thuốc.
3. Không để cho phán xét cá nhân bị chi phối bởi quyền lợi cá nhân hay phân biệt đối xử.

4. Hết lòng trong việc cung cấp dịch vụ chuyên môn cho bệnh nhân.

5. Hành xử thành thật với bệnh nhân và đồng nghiệp. Báo cáo cho giới chức có trách nhiệm biết những thầy thuốc thiếu y đức hoặc bất tài hoặc có hành vi lừa đảo.

6. Không thuyên chuyển bệnh nhân hoặc ra toa thuốc để hưởng lợi ích tài chính hay quà cáp.

7. Tôn trọng quyền và sự lựa chọn của bệnh nhân.

8. Có trách nhiệm giáo dục công chúng về những khám phá mới trong y học, nhưng cần phải cẩn thận trong việc áp dụng các phương pháp còn trong vòng thử nghiệm.

9. Cố gắng sử dụng tài nguyên y tế một cách sáng suốt nhằm đem lại lợi ích cho bệnh nhân và cộng đồng.

10. Tìm người điều trị nếu mình mắc bệnh.

11. Tôn trọng các chuẩn mực đạo đức địa phương và quốc gia.

12. Tôn trọng sinh mạng của con người.

13. Hành động vì lợi ích của bệnh nhân.

14. Tuyệt đối trung thành với bệnh nhân. Bất cứ khi nào phương pháp điều trị hay xét nghiệm ngoài khả năng của mình, người thầy thuốc phải giới thiệu đến một chuyên gia khác.

15. Tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân. Không tiết lộ bất cứ thông tin nào về bệnh nhân cho bất cứ ai, nếu không có sự đồng thuận của bệnh nhân.

16. Cung cấp dịch vụ chăm sóc trong trường hợp khẩn cấp.

17. Không quan hệ tình dục với bệnh nhân. Không lợi dụng mối quan hệ thầy thuốc – bệnh nhân.

IV. Y NGHIỆP TRONG THIÊN NIÊN KỶ MỚI (Medical Professionalism in the New Millennium)

Là Tuyên ngôn của ngành Y trước tình hình mới, giúp người thầy thuốc chấp nhận, duy trì và phát triển:

- Hệ thống giá trị của Y đức (đã có từ ngàn xưa);
- Cập nhật kiến thức khoa học và kỹ thuật chuyên môn;
- Cải thiện kỹ năng giao tiếp giữa người với người.

Tóm lại, Y nghiệp bao gồm các hành vi giao tiếp ứng xử và năng lực chuyên môn, thực hiện trách nhiệm nghề nghiệp gắn liền với các nguyên tắc đạo đức:

- Thấu cảm, trung thực, tôn trọng;
- Đáp ứng nhu cầu của người bệnh;
- Giữ bí mật nghề nghiệp
- Tôn trọng tự chủ của người bệnh,
- Trách nhiệm giải trình;
- Nhạy cảm với những vấn đề văn hoá.

V. HIẾN CHƯƠNG THẦY THUỐC (A physician charter)

Từ những nguyên tắc về Y nghiệp trong thiên niên kỷ mới vừa nêu trên, Hiến chương Thầy thuốc đã được đề ra: Hiến chương như là một Hợp đồng xã hội, hai chiều, được cả Thầy thuốc và Xã hội thấu hiểu, chấp nhận, duy trì và phát triển. Từ đó có được lòng tin vào sự trung thực của người thầy thuốc cũng như của hệ thống y tế: biết đặt quyền lợi bệnh nhân lên trên hết, đảm bảo năng lực chuyên môn và phẩm chất đạo đức, cung cấp những khuyến cáo có giá trị để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cá nhân và cộng đồng...

Hiến chương Thầy thuốc gồm 3 nguyên tắc và 10 cam kết như sau:

- **Nguyên tắc 1:** Đặt lợi ích của bệnh nhân lên trên hết.

(Primacy of Patient Welfare)

Dù dưới bất cứ áp lực nào của xã hội, thị trường, chính trị, cũng không được vi phạm (Đây là những nguyên tắc, giá trị cơ bản của Y đức đã có từ ngàn xưa).

- **Nguyên tắc 2:** Tôn trọng sự tự chủ của người bệnh.

(Patient Autonomy)

Người thầy thuốc được coi như nhà tư vấn, tham vấn sức khỏe, không chỉ chữa trị bệnh tật mà còn phải nâng cao sức khỏe, quan tâm chất lượng cuộc sống, chăm sóc thân chủ toàn diện, không chỉ ở phòng mạch, ở bệnh viện mà còn ở nơi người dân sống và làm việc, học tập.

Cung cấp đầy đủ thông tin, trung thực, đảm bảo y đức, để bệnh nhân quyết định về phương thức điều trị, tránh những quyết định nhằm trục lợi.

- **Nguyên tắc 3:** Công bằng xã hội

(Social Justice)

- + Công bằng về tổ chức hệ thống y tế,
- + Công bằng về phân bố tài nguyên hạn hẹp,
- + Tránh kỳ thị, phân biệt đối xử giới tính, dân tộc, màu da, vùng miền...
- +

*** 10 Cam Kết của Hiến chương Thầy thuốc**

1. Đảm bảo năng lực chuyên môn;
2. Trung thực, lương thiện;
3. Giữ bí mật nghề nghiệp;
4. Có mối quan hệ tốt với bệnh nhân;
5. Nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe; chất lượng điều trị;
6. Cải thiện hệ thống Y tế, giúp cho việc tiếp cận y tế được thuận lợi;
7. Phân bổ tài nguyên công bằng;
8. Cập nhật kiến thức khoa học;
9. Xử lý tốt tình huống nếu có xung đột quyền lợi;
10. Làm tròn trách nhiệm nghề nghiệp

*** Xã hội kỳ vọng ngành y:**

- Dịch vụ khám chữa bệnh tốt;
- Năng lực đảm bảo;
- Nhân ái, vị tha ;
- Đạo đức, liêm chính;
- Trách nhiệm ;
- Trong sáng;
- Hướng dẫn tận tình;
- Nâng cao sức khỏe cộng đồng.

*** Ngành y kỳ vọng xã hội:**

- Tự quản (Self-regulation); Tự chủ, tự trị (Autonomy);
- Hệ thống y tế hướng về các giá trị nhân bản
- Kinh phí đầy đủ;
- Được tôn trọng,
- Đời sống kinh tế đảm bảo.
- Tham gia các chính sách công cộng liên quan sức khỏe;
- Chia sẻ trách nhiệm với bệnh nhân và cộng đồng;

VI. Y ĐỨC VÀ PHẨM CHẤT CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết lòng yêu thương chăm sóc người bệnh. Chức năng của y đức là để chỉ đạo hành vi, thái độ của người làm công tác y tế, đưa ra các yêu cầu về thái độ và đánh giá hành động của bác sỹ, điều dưỡng...

Florence Nightingale (1820 - 1910), người mẹ tinh thần của ngành Điều dưỡng thế giới đã “đặt người bệnh vào điều kiện tốt nhất để thiên nhiên tác động vào họ”. Người điều dưỡng phải biết cách giúp người bệnh để họ được sống, biết cách chăm sóc, giữ gìn sức khỏe của trẻ em cũng như người lớn để mọi người lúc nào cũng ở trong tình trạng khỏe mạnh.

Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: “Lương y phải như từ mẫu”.

Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế được thể hiện trong “Quy định về y đức” của Bộ Y Tế Việt Nam.

Do tính đặc thù của nghề nghiệp, người điều dưỡng cần có thêm những phẩm chất, đạo đức của người trực tiếp làm công tác chăm sóc y tế.

1. Phẩm chất cá nhân của người điều dưỡng

Phẩm chất cá nhân cao là điều kiện cần thiết để người điều dưỡng thực hiện nghĩa vụ nghề nghiệp của mình.

1.1 Phẩm chất về đạo đức

- *Ý thức trách nhiệm cao*: Đối tượng phục vụ của điều dưỡng là con người. Công việc của người điều dưỡng liên quan chặt chẽ tới cuộc sống, tính mạng và hạnh phúc của bệnh nhân. Mọi sự cẩu thả, sơ suất đều có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. Người điều dưỡng phải thấu hiểu sâu sắc và phải rèn luyện thường xuyên để nâng cao ý thức trách nhiệm của mình.

- *Đức tính trung thực*: Trung thực tuyệt đối là một trong những nét cơ bản trong tính cách của người điều dưỡng. Thực hiện các chức năng điều dưỡng: chủ động và phối hợp. Người điều dưỡng có mối quan hệ chặt chẽ với bệnh nhân, với đồng nghiệp dựa trên cơ sở lòng tin.

- *Sự ân cần và cảm thông sâu sắc*: Người điều dưỡng phải thấu hiểu, cảm thụ được nỗi đau đớn của bệnh nhân như nỗi đau của chính mình. Trong công việc phải tận tụy, ân cần chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên không được để tình cảm gây trở ngại đến công việc.

- *Tính mềm mỏng và nguyên tắc*: Điều dưỡng phải biết xem xét, đánh giá đặc điểm, tính cách cá nhân của từng bệnh nhân trong mọi giai đoạn của bệnh. Phải là nhà tâm lý học, có tính dễ gần, chan hoà, đồng thời phải biết đòi hỏi yêu cầu cao, có nguyên tắc. Tính tình cau có, khô khan, thiếu cởi mở hoặc đùa cợt không đúng chỗ, tiếp xúc xuống xã sẽ làm cho người điều dưỡng mất uy tín trước bệnh nhân, đồng nghiệp.

- *Tác phong khẩn trương và tự tin*: Tính khẩn trương là một yêu cầu và phẩm chất của cán bộ y tế. Nhiệm vụ của cán bộ y tế là đấu tranh cho sự sống của con người. Chậm trễ, thiếu tự tin sẽ làm mất cơ hội cứu sống bệnh nhân. Vì vậy, người điều dưỡng phải khẩn trương, bình tĩnh, tự tin trong công việc. Không được vội vàng, hấp tấp dễ gây hậu quả xấu cho bệnh nhân.

- *Lòng yêu nghề*: Người điều dưỡng say mê nghề nghiệp sẽ không ngừng học tập nâng cao trình độ, cập nhật kiến thức hiện đại, khắc phục được khó khăn để hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình.

1.2. Phẩm chất về mỹ học

Phẩm chất về mỹ học của người điều dưỡng bao gồm: sự tươm tất, tính đúng mực, vẻ bên ngoài chỉnh tề, không có tật xấu.

Tác phong nghiêm chỉnh, đúng mực, đầu tóc gọn gàng dưới chiếc mũ đẹp, cùng với bộ quần áo choàng trắng sẽ gây được lòng tin cho bệnh nhân, gây được không khí nghiêm túc trong cơ quan.

Quần áo nhàu nát, tóc rối bù hoặc trang điểm sặc sỡ, móng tay bôi sơn và để dài sẽ gây tổn hại đến uy tín của cán bộ y tế, đặc biệt đối với người đang chịu đau đớn, người nghèo khổ sẽ là cảm giác mâu thuẫn, căng thẳng, sự thiệt thòi trong cuộc sống.

Môi trường bệnh viện, nhân viên bệnh viện không được gây cho bệnh nhân cảm giác buồn chán. Người điều dưỡng không được phép để các mùi khó chịu như mồ hôi, nước hoa, mùi rượu... gây phản ứng khó chịu cho bệnh nhân.

1.3. Phẩm chất về trí tuệ

Phẩm chất về trí tuệ bao gồm: khả năng nhận định và đánh giá tình trạng bệnh nhân, kỹ năng thành thạo, khả năng nghiên cứu và cải tiến, khôn khéo trong công tác.

Ngành điều dưỡng đã phát triển, trở thành một ngành riêng. Người làm công tác điều dưỡng được đào tạo có hệ thống, trình độ đào tạo đã được nâng cao. Những kiến thức về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và các phương pháp điều trị, dự phòng bệnh cho phép người điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, điều trị bệnh nhân, theo dõi bệnh nhân có ý thức, có cơ sở khoa học, giảm bớt được những sai sót trong khám chữa bệnh.

Điều dưỡng là khoa học chăm sóc bệnh nhân. Những đề tài nghiên cứu khoa học, những sáng kiến cải tiến điều dưỡng sẽ giúp cho khoa học điều dưỡng, thực hành điều dưỡng phát triển lên trình độ cao hơn. Người dân, bệnh nhân được hưởng chăm sóc y tế tốt hơn.

Người điều dưỡng phải thực hiện thành thạo các kỹ năng tiếp xúc, giao tiếp với bệnh nhân. Thực hiện thành thạo các kỹ thuật chăm sóc, khôn khéo trong công việc, trong quan hệ với đồng nghiệp, với môi trường xung quanh, như người nghệ sỹ trong nghệ thuật chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

2. Nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng

2.1. Người điều dưỡng với bệnh nhân

Nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng với bệnh nhân dựa trên những nguyên tắc cơ bản sau:

2.1.1. Không được từ chối giúp đỡ bệnh nhân

Người điều dưỡng phải sẵn sàng quên mình để giúp đỡ bệnh nhân trong bất cứ hoàn cảnh, thời gian nào, luôn nhớ rằng bệnh nhân là người đang gặp tai họa, đe dọa đến tính mạng, đang cần sự quan tâm giúp đỡ đặc biệt của người cán bộ y tế. Từ chối giúp đỡ bệnh nhân là vi phạm nghĩa vụ xã hội, phải chịu sự lên án về mặt đạo đức, sự trừng phạt của pháp luật.

2.1.2. Giúp bệnh nhân loại trừ các đau đớn về thể chất

Người điều dưỡng phải luôn thông cảm và thể hiện sự quan tâm đặc biệt đến nỗi đau đớn của bệnh nhân, coi đó là nỗi đau của chính mình. Trong khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc điều trị phải nhẹ nhàng, nhanh chóng làm giảm đến mức thấp nhất nỗi đau đớn của bệnh nhân.

2.1.3. Không được bỏ mặc bệnh nhân

Người điều dưỡng có nhiệm vụ đấu tranh vì sự sống của bệnh nhân đến cùng, với tinh thần “còn nước, còn tát”, “cứu bệnh như cứu hỏa”. Không được rời bỏ vị trí

trong khi làm nhiệm vụ, không được để bệnh nhân một mình đối phó, vật lộn với bệnh tật, cũng không được nhờ cậy người nhà, người quen chăm sóc bệnh nhân.

Trước mọi nhu cầu về thể chất của bệnh nhân, người điều dưỡng phải linh hoạt đáp ứng với thái độ nghề nghiệp và tinh thần trách nhiệm cao.

2.1.4. Hỗ trợ về tinh thần cho bệnh nhân

Người bị bệnh thường lo lắng, đôi khi chán nản, suy sụp tinh thần. Bệnh nhân phải nằm viện, cách ly với gia đình và người thân, môi trường bệnh viện... là các yếu tố ảnh hưởng đến tinh thần bệnh nhân. Người điều dưỡng phải gây được niềm tin cho bệnh nhân ngay từ khi tiếp xúc, để bệnh nhân tin tưởng, yên tâm chữa bệnh.

Mọi hành vi, thái độ, lời nói gây chấn thương tinh thần cho bệnh nhân đều bị lên án, xử phạt. Những trường hợp bệnh nhân nặng, bệnh nhân trong giai đoạn cuối thường hay suy xét về quá khứ, về hiện tại và tương lai của chính họ, gia đình, xã hội, về vật chất, tinh thần... người điều dưỡng phải thông cảm dành cho họ sự quan tâm chăm sóc đặc biệt.

2.1.5. Tôn trọng nhân cách của bệnh nhân

Trong xã hội hiện đại, mọi người dân đều có quyền được hưởng các dịch vụ chăm sóc y tế. Bệnh nhân thuộc nhiều thành phần khác nhau, có vị trí xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán, nhân cách khác nhau. Người điều dưỡng phải tôn trọng mọi giá trị nhân cách của bệnh nhân. Phải niềm nở, mềm mỏng khi tiếp xúc với bệnh nhân. Không được gọi bệnh nhân là ông kia, bà kia, không được quát mắng, cấu gât, dọa nạt bệnh nhân. Không được phân biệt đối xử với bệnh nhân.

2.1.6. Giữ bí mật những điều riêng tư của bệnh nhân

Bệnh nhân khi đã tin tưởng nhân viên y tế, thường tâm sự, trao đổi những điều riêng tư. Người điều dưỡng phải tuyệt đối giữ kín, không được để lộ gây tổn hại đến niềm tin của họ. Tình trạng bệnh tật của bệnh nhân cũng cần được giữ kín, chỉ nên thông báo cho bệnh nhân ở thời điểm thích hợp.

Trong trường hợp bệnh nặng phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho gia đình, đơn vị bệnh nhân.

2.2. Người điều dưỡng với đồng nghiệp

2.2.1. Cộng tác, giúp đỡ lẫn nhau

Điều dưỡng có 2 chức năng:

- Chức năng chủ động (chức năng độc lập).
- Chức năng phối hợp.

Trong toàn bộ quá trình chăm sóc bệnh nhân, điều dưỡng phải cộng tác thân ái và giúp đỡ lẫn nhau, hỗ trợ lẫn nhau, thiết lập bàn không khí hoà thuận trong tập thể, cùng nhau giành giật sự sống cho bệnh nhân.

2.2.2. Tôn trọng lẫn nhau

Môi trường làm việc của điều dưỡng có nhiều thành phần: Bác sỹ, dược sỹ, điều dưỡng với nhiều trình độ khác nhau,... nhưng cùng chung một nhiệm vụ là chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Tôn trọng người khác, tế nhị trong ứng xử có ý nghĩa quyết định trong thiết lập các mối quan hệ. Điều dưỡng không được phép cãi nhau, xúc phạm, chê bai lẫn nhau trước mặt bệnh nhân.

2.2.3. Phê bình có thiện chí

Phê bình rất cần thiết trong công tác cũng như trong cuộc sống, làm cho con người tiến bộ, hoàn thiện hơn. Phê bình, góp ý phải có thiện chí, tức là điều dưỡng phải tế nhị, khôn khéo trong phê bình và tiếp thu phê bình. Người có khuyết điểm tiếp thu được ý kiến của cá nhân, tập thể để sửa chữa, khắc phục. Tập thể đoàn kết, không khí làm việc vui vẻ, thân mật chăm sóc bệnh nhân sẽ tốt hơn.

2.2.4. Truyền thụ kinh nghiệm

Người điều dưỡng có nhiều năm công tác thường đúc ra nhiều kinh nghiệm, có nghĩa vụ truyền lại những kinh nghiệm ấy cho lớp trẻ. Điều dưỡng mới ra trường cần học hỏi, cần sự chỉ bảo giúp đỡ của nhiều người khác để đảm bảo an toàn tính mạng cho bệnh nhân. Thường xuyên trao đổi học hỏi lẫn nhau là điều rất thiết thực với người điều dưỡng hiện đại.

2.3. Người điều dưỡng với nghề nghiệp

- Người điều dưỡng có trách nhiệm cá nhân khi hành nghề, phải tôn trọng luật pháp. Không được hành nghề khi chưa được phép, không được hành nghề vượt quá quy định của pháp luật.

- Phải luôn giữ vững tư cách đạo đức, mang lại uy tín cho nghề nghiệp, không được vì lợi ích trước mắt làm mất nhân phẩm của bản thân, uy tín của nghề điều dưỡng.

- Không ngừng học tập nâng cao trình độ: Nền y học thế giới ngày càng phát triển, đòi hỏi người điều dưỡng phải liên tục học tập để nâng cao kiến thức, trình độ và kỹ năng chăm sóc. Không được thỏa mãn, chủ quan mà phải khiêm tốn, kiên trì học tập để tiếp thu các kiến thức mới, hiện đại.

- Duy trì các tiêu chuẩn chăm sóc cao nhất trong từng hoàn cảnh, điều kiện thực tế, điều dưỡng phải biết vận dụng khắc phục khó khăn, triển khai, tìm mọi cách để công tác chăm sóc bệnh nhân đạt tiêu chuẩn cao nhất.

2.4. Người điều dưỡng với xã hội

- Hoà nhập với cộng đồng: Người điều dưỡng là một thành viên trong xã hội, nghề điều dưỡng hiện nay ngang bằng với các nghề khác. Phát huy vai trò điều dưỡng trong cộng đồng là góp phần vào công tác nâng cao sức khoẻ cho nhân dân.

- Tìm hiểu hoàn cảnh xã hội, phong tục tập quán, tôn giáo, thói quen, cơ cấu xã hội, người điều dưỡng sẽ có điều kiện để đề ra các biện pháp phù hợp và thực hiện kế hoạch chăm sóc tốt hơn.

- Người điều dưỡng có trách nhiệm cùng tham gia, hỗ trợ các hoạt động chăm sóc y tế trong khuôn khổ cho phép để đáp ứng các nhu cầu sức khoẻ của xã hội, của nhân dân.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày Lời thề Hippocrates, Nguyên tắc đạo đức y khoa và Qui ước đạo đức ngành y của Hiệp hội Y khoa Thế giới

2. Liệt kê các nguyên tắc và cam kết ghi trong Hiến chương Thầy thuốc

3. Phân tích phẩm chất của người Điều dưỡng và nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng

Bài 3.4

ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y HỌC

A. MỤC TIÊU: Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

1. Trình bày được Một số nguyên lý trong của đạo đức trong nghiên cứu lĩnh vực Y học.
2. Phân tích được nội dung, hoạt động của đạo đức nghiên cứu khoa học

B. NỘI DUNG

Đạo đức là một phạm trù cực kì quan trọng trong mọi quan hệ và hoạt động xã hội. Có lẽ không có lĩnh vực nào của đời sống xã hội lại thiếu vấn đề đạo đức, vì vậy phạm trù này luôn được xem xét đầu tiên. Có thể nói, thiếu phạm trù đạo đức, hoạt động trở nên có hại cho con người và cộng đồng xã hội.

Trong nghiên cứu khoa học cũng vậy, nhất là lĩnh vực nghiên cứu Y học, do đặc thù của Y học là gắn với sức khỏe và tính mệnh của con người nên phạm trù đạo đức trong nghiên cứu Y học (ĐĐNC) được đặc biệt quan tâm thông qua việc thành lập Hội đồng đạo đức (Institutional Review Board-IRB hay Independent Ethical Committee- IEC), chỉ để xét duyệt và đánh giá phạm trù này.

1. Khái niệm đạo đức

Có một số định nghĩa khác nhau về đạo đức, Từ điển Bách Khoa Toàn Thư Mở định nghĩa: “Đạo đức là hệ thống quy tắc, tiêu chuẩn, chuẩn mực xã hội mà nhờ đó con người tự nguyện điều chỉnh hành vi của mình cho phù hợp với lợi ích của cộng đồng, xã hội”.

Một khái niệm khác: “Đạo đức là toàn bộ những quan niệm về thiện, ác, lương tâm, danh dự, trách nhiệm, về lòng tự trọng, về công bằng, hạnh phúc và về những quy tắc đánh giá, điều chỉnh hành vi ứng xử giữa người với người, giữa cá nhân với xã hội”.

Các chuẩn mực đạo đức trong nghiên cứu không phải là luật pháp, nên không có tính pháp lý, mà chỉ là những quy ước hay điều lệ về hành xử được các thành viên (ở đây là các nghiên cứu viên và những người liên quan) chấp nhận như là những kim chỉ nam cho việc hành nghề. Các quy ước này cho phép, nghiêm cấm, hay đề ra thủ tục về cách hành xử cho các tình huống khác nhau. Trong hoạt động khoa học, cụm từ “hành xử” ở đây bao gồm các lĩnh vực chuyên biệt khác nhau như thí nghiệm, xét nghiệm, giảng dạy và huấn luyện, phân tích dữ liệu, quản lý dữ liệu, chia sẻ dữ liệu, xuất bản ấn phẩm, trình bày công trình nghiên cứu trước công chúng và quản lý tài chính.

Các chuẩn mực ĐĐNC cụ thể là gì? Rất khó trả lời cho câu hỏi này, bởi vì hoạt động khoa học cực kỳ đa dạng, do đó các chuẩn mực đạo đức thường tùy thuộc vào từng lĩnh vực cụ thể. Ví dụ, các tiêu chuẩn đạo đức cho ngành khoa học nông nghiệp khác với các tiêu chuẩn đạo đức cho hoạt động nghiên cứu liên quan đến y sinh học.

2. Một số nguyên lý trong ĐĐNC

2.1. Thành thật tri thức (intellectual honesty)

Sứ mệnh của khoa học là khai hóa, quảng bá và phát triển tri thức. Tri thức khoa học dựa vào sự thật, mà sự thật đó phải được quan sát hay thu thập bằng những

phương pháp khách quan. Khoa học dựa vào những sự thật có thể nhìn thấy, có thể nghe thấy, có thể sờ được, chứ không dựa vào kinh nghiệm cá nhân hay suy luận theo cảm tính. Do đó, khoa học đặt sự thật khách quan trên hết và trước hết. Không có sự khách quan và không có sự thành thật thì khoa học không có ý nghĩa gì cả. Nhà khoa học phải khách quan và thành thật. Nguyên tắc thành thật tri thức được xem là một cột trụ cơ bản nhất trong các nguyên tắc về đạo đức khoa học. Theo đó, nhà khoa học phải tuyệt đối thành thật với những gì mình quan sát hay nhận xét. Nói cách khác, nhà khoa học không nên gian lận trong nghiên cứu, không giả tạo dữ liệu, không thay đổi dữ liệu, và không lừa gạt đồng nghiệp. Như vậy, thiếu sự thành thật thì đó không phải là khoa học mà đó là sự giả tạo, lừa dối, nặng nề hơn đó là một tội lỗi.

2.2. Nguyên tắc cẩn thận, trịnh trọng

Trong hoạt động khoa học nói chung, NCV đương đầu với rất nhiều khó khăn thách thức, thậm chí là các rủi ro lớn, nhất là trong nghiên cứu y học, vì động chạm đến con người và hơn thế nữa là tính mạng con người. Do vậy, NCV không cho phép làm qua loa, đại khái bất cứ việc gì. Từ khâu đầu tiên là hình thành ý tưởng nghiên cứu cho đến khâu cuối là nghiệm thu đánh giá, công bố công trình khoa học đều đòi hỏi sự cẩn thận, trịnh trọng. Đã là nhà khoa học thì phải phấn đấu hết mình để tránh các nhầm lẫn và sai sót trong tất cả các việc làm. Nhà khoa học có nghĩa vụ phải báo cáo đầy đủ, chi tiết những kết quả đạt được trong quá trình nghiên cứu để các nhà khoa học khác có thể thẩm định hay xác nhận (nếu cần thiết). Bất cứ một thay đổi về số liệu, dữ liệu thu thập được đều phải có chú thích rõ ràng (ví dụ, ghi rõ ngày tháng sửa, ai là người chịu trách nhiệm và tại sao thay đổi).

Khi thực hiện đầy đủ nguyên tắc cẩn thận, trịnh trọng thì NCV cũng như những người liên quan luôn làm các việc cụ thể sau:

2.2.1. Đối với cá nhân NCV và nhóm nghiên cứu:

- Tâm niệm trong đầu “sự cẩn thận” cho bất kì việc làm nào của hoạt động nghiên cứu khoa học Y học;

- Đặt câu hỏi trước khi thực hiện bất cứ việc làm nào:

- + Việc làm này có lợi ích gì, có hại gì cho cá nhân con người và cộng đồng xã hội? Có ý nghĩa gì? Nếu làm thì cái gì sẽ xảy ra và không làm thì cái gì sẽ xảy ra?
- + Làm việc đó bằng cách nào là tốt nhất?
- + Làm việc đó vào thời gian nào là tốt nhất?
- + Làm việc đó ở đâu là tốt nhất?
- + Làm việc đó có kết quả cao cần điều kiện gì (như người hỗ trợ, dụng cụ, trang thiết bị, kinh phí, đồ bảo hiểm...)?

- Làm việc với trách nhiệm cao và chú ý theo dõi chặt việc làm của mình, cảnh giác cao độ với rủi ro và hiệu quả tiêu cực.

- Tích cực tham gia phản biện với trách nhiệm cao trước mọi việc làm của đồng nghiệp.

- Tích cực hỗ trợ đồng nghiệp thực hiện các hoạt động nghiên cứu, giảm thiểu tối đa “tác động có hại, rủi ro” đến lợi ích của con người và cộng đồng.

2.2.2. Đối với cơ quan quản lý và các tổ chức đối tác

- Thành lập hội đồng đạo đức (IRB/IEC) xét duyệt nghiêm túc, kĩ càng khía cạnh đạo đức của các công trình NCKH.

- Tổ chức kiểm tra, giám sát và đánh giá thường xuyên, chính xác việc chấp hành/ thực thi các khía cạnh đạo đức trong NCKH.

- Đưa khía cạnh đạo đức NCKH làm tiêu chí quan trọng trong nghiêm thu và công bố các công trình NCKH Y học.

2.3. Nguyên tắc tự do tri thức

Đây cũng là một nguyên tắc quan trọng trong NCKH. Nếu thiếu tự do tri thức thì không có hay có rất ít sự sáng tạo và cao hơn nữa là thiếu vắng các phát minh khoa học. Khoa học sẽ khô cứng và không phát triển được ở các tổ chức hay xã hội độc tài, thiếu vắng dân chủ. Tự do tri thức sẽ kích thích và cổ vũ cho lao động trí óc, cho sự sáng tạo và phát minh. Nước Mỹ là điển hình cho một xã hội tự do tri thức, do vậy ở quốc gia này có sự phát triển như vũ bão của khoa học, kỹ thuật. Một minh chứng điển hình là rất nhiều giải Nobel khoa học thuộc về nước Mỹ (tính đến năm 2016, nước Mỹ đã sở hữu 258 trong tổng số 519 giải Nobel của 5 quốc gia giât nhiều giải thưởng này nhất thế giới)[2]. Nhà khoa học nhất thiết phải được tạo điều kiện để theo đuổi những ý tưởng mới và phê phán những ý tưởng cũ và có quyền thực hiện những nghiên cứu mà họ cảm thấy thú vị và đem lại phúc lợi cho xã hội.

Mấu chốt để thực hiện nguyên lý này là về phía tổ chức, phải có chính sách đúng đắn, tạo ra môi trường tốt cho mọi NCV thể hiện được tri thức, sáng tạo và kích thích nó phát triển.

2.4. Cởi mở và công khai

NCKH là hoạt động có tính tương tác và phụ thuộc lẫn nhau rất cao. Sự thành công của một công trình NCKH không bao giờ chỉ là nỗ lực của một cá nhân, nó luôn luôn là nỗ lực của cả tập thể các nhà khoa học và người phụ trợ. Vậy, đòi hỏi người làm NCKH cũng như tổ chức luôn phải cởi mở, công khai. Cụ thể như sau:

2.4.1. Với cá nhân NCV

- Luôn có tư duy cầu thị và ham học hỏi;
- Không dấu giếm, bảo mật các hoạt động hay ý tưởng khoa học;
- Luôn chia sẻ rộng rãi với các đồng nghiệp về ý tưởng, các tài liệu hay hoạt động NCKH;
- Tham khảo rộng rãi các ý kiến và các phản biện của đồng nghiệp;
- Kiên quyết gạt bỏ những thói gen ty, thành kiến cá nhân, lợi ích cá nhân, tính bè phái...

2.4.2. Với tổ chức quản lý công trình NCKH

- Xây dựng chính sách thích hợp, tạo điều kiện cho tính cởi mở và công khai trong NCKH;
- Thực hiện các giải pháp, các hoạt động, tạo điều kiện cho NCV phát huy tính cởi mở và công khai;
- Biến tính cởi mở và công khai này thành tiêu chuẩn để quản lý, kiểm tra, đánh giá, giám sát các hoạt động NCKH;

2.5. Ghi nhận công lao thích hợp

Như trên đã đề cập, sự thành công của một hoạt động hay công trình NCKH luôn là sự nỗ lực, cố gắng, công sức đóng góp của nhiều người, kể cả người phụ trợ (như người chuẩn bị tài chính cho NCKH, người in ấn bộ công cụ chẳng hạn...), kể cả những nhà khoa học, hoàn toàn không tham gia nghiên cứu cùng chúng ta, nhưng đã

đóng góp ý tưởng mà ta đã trích dẫn cho công trình NCKH của mình. Tất cả những người liên quan tới công trình đều phải được ghi công ở mức độ khác nhau:

- Mức thấp nhất là nêu tên người trong phần tài liệu tham khảo hay footnote nếu ta trích dẫn ý tưởng hay kết quả nghiên cứu của họ;

- Mức tiếp theo là nêu tên và công sức đóng góp của người hỗ trợ trong lời cảm ơn;

- Mức cao hơn là ghi tên trong nhóm nghiên cứu;

- Mức cao nhất là đứng tên chủ nhiệm đề tài: Ai có tư cách đứng tên chủ nhiệm đề tài đôi khi trở thành một vấn đề tế nhị và khó khăn. Theo quy ước chung, nhà khoa học có tư cách đứng tên chủ nhiệm đề tài nếu hội đủ tất cả 3 tiêu chuẩn: Một là đã có đóng góp quan trọng trong việc hình thành ý tưởng và phương pháp nghiên cứu, hay thu thập, phân tích và diễn dịch dữ kiện; hai là đã soạn thảo bài báo cáo hay kiểm tra nội dung tri thức của bài báo cáo một cách nghiêm túc; ba là phê chuẩn bản thảo sau cùng để gửi cho tạp chí hay hội đồng nghiệm thu.

2.6. Trách nhiệm trước công chúng

Hầu hết các công trình NCKH y học đều dựa vào nguồn kinh phí của Nhà nước cấp, của cộng đồng cấp hay của các tổ chức có nguồn gốc vì lợi ích cộng đồng cấp, vì vậy nghiên cứu y học cũng phải phục vụ lợi ích cộng đồng và có trách nhiệm cải thiện, tăng cường sức khỏe cho cộng đồng. Điều đó yêu cầu các nhà khoa học, các NCV luôn có trách nhiệm cao trước cộng đồng khi làm NCKH trong tất cả các khâu: Chọn đề tài, chọn đối tượng nghiên cứu, chọn địa điểm, thời gian, nguồn lực cho nghiên cứu, xử lý số liệu, viết báo cáo nghiên cứu, nghiệm thu và công bố các kết quả nghiên cứu, kể cả khâu xét duyệt các đề tài nghiên cứu...

Để đảm bảo không xâm hại tới lợi ích của cộng đồng, thì nhà khoa học/ NCV cần thảo luận kỹ với cấp trên, với đồng nghiệp, trong các hội nghị quốc tế, hội nghị quốc gia, seminar, chính quyền địa phương, đối tượng nghiên cứu (nếu đây là con người)...và đặc biệt là hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu và hội đồng đạo đức (IRB/IEC) về mọi khía cạnh đạo đức nghiên cứu. Do đó, có thể xem hoạt động khoa học kỹ thuật là một việc làm mang tính xã hội, chứ không phải là một nỗ lực đi tìm sự thật trong cô đơn, lặng lẽ. Vì mang tính xã hội, nên các chuẩn mực về ĐĐNC phải là một “thể chế” của bất cứ trung tâm khoa học nào, và phải được xem như là quy ước ứng xử và là một mục tiêu của khoa học – đó là trách nhiệm trước cộng đồng.

2.7. Nguyên tắc công bằng

Một số tài liệu có đề cập tới nguyên tắc công bằng trong nghiên cứu y sinh học. Tức đề cập tới sự công bằng trong phân bổ lợi ích và cả rủi ro đối với người tham gia nghiên cứu (kể cả nhóm dễ bị tổn thương). NCV không được lợi dụng sự thiếu hụt nguồn lực của đối tượng nghiên cứu và cộng đồng, nơi tiến hành nghiên cứu.

3. Nội dung, hoạt động của đạo đức nghiên cứu khoa học

3.1. Với tổ chức quản lý, thực hiện và hỗ trợ đề tài nghiên cứu y học

3.1.1. Thành lập và đưa vào hoạt động hội đồng đạo đức nghiên cứu y học (IRB/IEC)

- IRB/IEC là một hội đồng được thành lập ở cấp địa phương/ cơ sở và cấp quốc gia. Thành phần hội đồng gồm các nhà khoa học, chuyên gia về y tế và các thành viên khác. Hội đồng có nhiệm vụ đánh giá, thẩm định về khía cạnh khoa học và chủ yếu về đạo đức chuyên ngành của các đề cương nghiên cứu y học như thử thuốc trên lâm sàng... xem xét những vấn đề liên quan đến sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu nhằm bảo đảm sự an toàn, quyền lợi và sức khỏe của đối tượng tham gia

nghiên cứu hay thử thuốc trên lâm sàng, đưa ra các ý kiến chấp thuận hoặc không chấp thuận đối với các nghiên cứu.

- Chọn thành viên của (IRB/IEC) phải là những nhà khoa học hết sức trung thực, nghiêm túc, tận tâm, tận lực với khoa học, không chút vụ lợi cá nhân, luôn lấy lợi ích của cộng đồng làm đích đi tới. Thành viên này phải được đào tạo và am hiểu sâu sắc về ĐĐNC, có kinh nghiệm trong NCKH Y học;

- Xây dựng quy tắc và nội dung của ĐĐNC, phổ biến hay tổ chức học tập/giáo dục các quy tắc và nội dung này cho mọi cán bộ, nhân viên trong đơn vị và ngoài đơn vị có liên quan;

- Xây dựng quy chế hoạt động của IRB/IEC theo nguyên tắc dân chủ và theo quy tắc, nội dung của ĐĐNC đã ban hành;

3.1.2. Đưa quy tắc, nội dung của ĐĐNC làm tiêu chí nghiêm thu và công bố các công trình NCKH.

3.1.3. Tổ chức kiểm tra, giám sát, tư vấn về ĐĐNC cho mọi NCV cũng như mọi công trình NCKH.

3.1.4. Tổ chức đánh giá hàng năm, rút bài học kinh nghiệm và cải tiến các quy định, hoạt động thuộc vấn đề ĐĐNC trong đơn vị.

3.2. Với cá nhân nhà khoa học/ nghiên cứu viên

- Tích cực tìm hiểu nguyên lý, quy định và nội dung về ĐĐNC;

- Thực hiện triệt để các nguyên lý, quy định và nội dung về ĐĐNC;

- Học hỏi, rút kinh nghiệm việc chấp hành, thực hiện nguyên lý, quy định và nội dung về ĐĐNC;

- Tích cực phản biện, hỗ trợ đồng nghiệp khắc phục những yếu kém, khó khăn trong ĐĐNC;

3.3. Một số quy định về ĐĐNC

3.3.1. Chọn đề tài và mục tiêu nghiên cứu:

- Mang lại lợi ích nhiều nhất cho cộng đồng, không xâm hại lợi ích của bất kỳ người nào. Nếu có rủi ro thì là nhỏ nhất và có sự đền bù thỏa đáng.

- Phù hợp với luật pháp và các quy định sở tại;

- Phù hợp với tập quán, văn hóa của người dân địa phương.

3.3.2. Chọn đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- Đặc biệt chú ý đối tượng nghiên cứu là nhóm dân cư bị yếu thế, thiệt thòi trong xã hội như: Người khuyết tật, người dân tộc thiểu số, người nghèo, trẻ chưa thành niên, phụ nữ, người cao tuổi... (theo quy định của Liên hợp quốc). Luôn bảo vệ quyền lợi chính đáng, hợp pháp cho họ;

- Có văn bản chấp thuận của đối tượng tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện sau khi giải thích rõ lý do và ý nghĩa của nghiên cứu; với đối tượng không đọc hay viết được thì cần người đại diện hợp pháp cho ý kiến thay. Đối tượng tham gia nghiên cứu phải trực tiếp ghi ngày tháng và đánh dấu vào ô: Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu, rồi kí tên hay điền chỉ.

3.3.3. Xét duyệt đề cương nghiên cứu:

- NCV hay nhóm nghiên cứu phải có hồ sơ trình IRB/IEC hay chính quyền của địa phương (nơi triển khai nghiên cứu) và IRB/IEC của cơ quan quản lý đề tài;

- IRB/IEC xem xét và đưa ra các kiến nghị và kết luận cụ thể;

- NCV hay nhóm nghiên cứu thực hiện chỉnh sửa đề cương theo ý kiến của IRB/IEC;

3.3.4. Thực hiện nghiên cứu và viết báo cáo.

NCV hay nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu, thực hiện theo biên bản của IRB/IEC.

Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học (Tên tiếng Anh là: Research Ethics Committee, Ethical Review Board, Ethical Review Committee, Human Research Ethics Committee, Institutional Review Board, Independent Ethics Committee – Viết tắt là HĐĐĐ) là tổ chức bao gồm các chuyên gia tư vấn xem xét, đánh giá, thẩm định (sau đây viết tắt là tư vấn đánh giá), về khía cạnh khoa học và đạo đức đối với các nghiên cứu y sinh học liên quan đến con người để bảo đảm các nghiên cứu này được thực hiện phù hợp với các quy định, hướng dẫn về đạo đức y sinh học của pháp luật Việt Nam).

*** Tổ chức của HĐĐĐ**

Ở nước ta, có hai loại HĐĐĐ: Cấp cơ sở và cấp quốc gia. HĐĐĐ cấp cơ sở được thành lập ở các tổ chức có thẩm quyền phê duyệt nghiên cứu như các cơ quan đơn vị để xem xét, đánh giá về khía cạnh đạo đức và khoa học có liên quan đối với các nghiên cứu y sinh học được triển khai tại cơ quan, đơn vị. HĐĐĐ cấp cơ sở thường được thành lập ở các cơ sở y tế lớn như các trường đại học y, các sở y tế tỉnh/ thành phố, các viện, bệnh viện lớn...và được cấp mã số hoạt động bởi Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế. Còn HĐĐĐ cấp quốc gia được thành lập tại Bộ Y tế, có vai trò xét duyệt về khía cạnh đạo đức nghiên cứu cho các đề tài cấp Bộ Y tế quản lý cũng như các đề tài nghiên cứu khoa học (NCKH) có yêu cầu.

Đối với những tổ chức không có HĐĐĐ, việc xem xét, đánh giá ĐĐNC được thực hiện bởi HĐĐĐ do Sở Y tế thành lập hoặc HĐĐĐ có chuyên môn phù hợp.

HĐĐĐ luôn có tính độc lập, thể hiện là, thành viên của HĐĐĐ không được:

- Thẩm định nghiên cứu mà bản thân thành viên hoặc người thân (vợ, chồng, cha đẻ, cha nuôi, mẹ đẻ, mẹ nuôi, con đẻ, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột...) thực hiện.

- Tham gia hỗ trợ, triển khai những nghiên cứu mà thành viên đó đã tham gia thẩm định khi thông qua Hội đồng đạo đức.

- Bao gồm người đứng đầu tổ chức thành lập HĐĐĐ, người đứng đầu và cấp phó của người đứng đầu tổ chức tài trợ nghiên cứu, tổ chức tiến hành nghiên cứu được thẩm định bởi HĐĐĐ.

- Gồm 100% là người có chuyên môn cùng khối ngành sức khỏe với tổ chức thành lập HĐĐĐ, mà gồm ít nhất một người có chuyên môn thuộc khối ngành sức khỏe độc lập với tổ chức thành lập HĐĐĐ.

- Bao gồm công chức của Bộ Y tế nếu đó là HĐĐĐ đức cấp quốc gia.

HĐĐĐ cấp quốc gia là tổ chức tư vấn độc lập, có con dấu riêng sử dụng trong các hoạt động có liên quan đến chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng. Còn Hội đồng cơ sở có thể sử dụng con dấu của tổ chức thành lập Hội đồng.

HĐĐĐ cấp quốc gia gồm có 9 thành viên còn Hội đồng cơ sở gồm 5 thành viên. Tiêu chuẩn chọn thành viên của HĐĐĐ là:

- Có kinh nghiệm, kiến thức, kỹ năng cần thiết và khả năng có liên quan để thực hiện nhiệm vụ của thành viên nhằm bảo vệ quyền lợi cho đối tượng nghiên cứu và NCV.

- Có chuyên môn (thuộc khối ngành sức khỏe và các vấn đề pháp lý và/hoặc đạo đức) phải có trình độ đại học trở lên.

- Có thời gian tham gia nhiệm vụ của HĐĐĐ.

- kê khai đầy đủ tên, nghề nghiệp và mối liên kết của mình với các nhà tài trợ nghiên cứu.

- Cam kết bảo mật thông tin liên quan đến nghiên cứu theo quy định.

- Có chứng chỉ tập huấn về thực hành nghiên cứu lâm sàng tốt (GCP) và quy trình hoạt động chuẩn của HĐĐĐ do Bộ Y tế hoặc các tổ chức được Bộ Y tế công nhận cấp và được đào tạo liên tục để tiếp cận và cập nhật các vấn đề mới [1].

Trong nhiều trường hợp cần sử dụng chuyên gia tư vấn cho HĐĐĐ, có thể bao gồm các chuyên gia về đạo đức, pháp luật, chuyên ngành, khoa học hoặc các quy trình y khoa cụ thể, đại diện của các cộng đồng, bệnh nhân, các nhóm khác có liên quan đến những cuộc thảo luận cần thiết... Chuyên gia này được tham dự cuộc họp để trao đổi, thảo luận về nghiên cứu nhưng không có quyền biểu quyết hoặc ra quyết định và cũng không được tính vào số lượng thành viên tối thiểu trong cuộc họp HĐĐĐ.

Tài chính cho hoạt động của HĐĐĐ từ nguồn ngân sách Nhà nước... Đối với các đề tài, dự án không sử dụng ngân sách Nhà nước thì NCV và nhà tài trợ phải tự chi trả cho mọi hoạt động của Hội đồng theo quy chế chi tiêu nội bộ của Tổ chức thành lập HĐĐĐ phù hợp với quy định của pháp luật.

1.2. Chức năng, nhiệm vụ của HĐĐĐ

Sau đây chủ yếu đề cập đến HĐĐĐ cấp cơ sở.

1.2.1. Chức năng: Tư vấn cho người đứng đầu tổ chức thành lập HĐĐĐ xem xét, thẩm định về khía cạnh đạo đức và khoa học của các NCKH liên quan đến con người.

1.2.2. Nhiệm vụ:

- Thẩm định khía cạnh đạo đức và khoa học đối với các đề cương nghiên cứu liên quan đến con người không thuộc các nghiên cứu quy định cho HĐĐĐ cấp quốc gia.

- Thẩm định khía cạnh đạo đức và khoa học các nghiên cứu liên quan đến con người (các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng phục vụ mục đích đăng ký lưu hành sản phẩm; thử nghiệm lâm sàng sản phẩm chưa được cấp phép lưu hành tại Việt Nam; thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm; nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật mới, phương pháp mới lần đầu tiên trên người tại Việt Nam; nghiên cứu hợp tác quốc tế có chuyển mẫu sinh học của đối tượng nghiên cứu ra nước ngoài hoặc kết quả nghiên cứu có ý nghĩa đại diện cho người Việt Nam và các nghiên cứu y sinh học khác theo yêu cầu của Bộ Y tế và cơ quan, tổ chức, cá nhân chủ trì nghiên cứu) do cơ sở thành lập HĐĐĐ chủ trì trước khi trình hồ sơ nghiên cứu để được thẩm định tại HĐĐĐ cấp quốc gia.

- Thực hiện các nhiệm vụ quy định (Thẩm định những thay đổi, bổ sung đề cương nghiên cứu; Theo dõi, giám sát các nghiên cứu trong việc tuân thủ đề cương; Thẩm định các kết quả nghiên cứu theo đề cương; Tư vấn cho cơ quan quản lý trong xây dựng chính sách, pháp luật liên quan đến nghiên cứu y sinh học trên đối tượng con người và hoạt động chuyên môn của HĐĐĐ cấp cơ sở) đối với các nghiên cứu do cơ sở thành lập HĐĐĐ chủ trì.

1.3. Các tài liệu Hội đồng đạo đức cần thẩm định

1.3.1. Đối với thẩm định đề cương nghiên cứu đề xuất:

- Đơn đã ký và ghi ngày, bao gồm cả chữ ký của người đồng nộp đơn và đại diện của tổ chức có liên quan.

- Đề cương nghiên cứu có mã số và các phụ lục (nếu có).

- Bản tóm tắt nghiên cứu bằng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu.

- Bản mô tả (có thể được bao gồm trong đề cương) những cân nhắc về đạo đức liên quan; các biện pháp sẽ được thực hiện để bảo vệ sự riêng tư của người tham gia và tính bảo mật của dữ liệu; tiền hoặc hàng hóa, dịch vụ khác được cung cấp cho người tham gia nghiên cứu; gói bảo hiểm cho người tham gia nghiên cứu (nếu áp dụng)...

- Bản cập nhật tóm tắt đầy đủ tất cả dữ liệu an toàn, dược lý, dược phẩm, độc tính và thử nghiệm lâm sàng đã có của sản phẩm nghiên cứu.

- Tất cả biểu mẫu thu thập dữ liệu được sử dụng trong nghiên cứu có mã số và ngày được xác định rõ ràng.

- Tất cả biểu mẫu, tài liệu, quảng cáo được sử dụng trong việc tuyển chọn người tham gia tiềm năng.

- Phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu (ghi ngày tháng và số phiên bản) có ngôn ngữ dễ hiểu, thích hợp cho những người tham gia nghiên cứu tiềm năng. Với đối tượng tham gia nghiên cứu dưới 7 tuổi, bố mẹ/người giám hộ hợp pháp của trẻ sẽ đại diện ký Phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu. Với đối tượng tuổi từ 7 tuổi đến 12 tuổi, quy trình lấy chấp thuận phải có hỏi sự đồng ý của trẻ bằng lời nói và người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp của đối tượng này sẽ ký Phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu. Với đối tượng tuổi từ 12 tuổi đến 16 tuổi, quy trình lấy chấp thuận phải bao gồm việc đối tượng tham gia nghiên cứu ký vào Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu được đơn giản hóa và người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp của đối tượng đó ký Phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu. Với đối tượng tuổi từ 16 tuổi đến dưới 18 tuổi, đối tượng tham gia nghiên cứu và người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp của đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ cùng ký Phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Bản mô tả chi tiết quy trình tuyển chọn đối tượng và thu thập phiếu cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Quy trình theo dõi, đánh giá, xử trí biến cố bất lợi và biến cố bất lợi nghiêm trọng.

- Tất cả quyết định trước đây của HĐDD khác hoặc cơ quan quản lý đối với nghiên cứu đề xuất (bao gồm cả những quyết định và lý do phản đối hoặc đề nghị sửa đổi đề cương trước đó).

- Văn bản của tổ chức quản lý điểm triển khai nghiên cứu đồng ý cho phép thực hiện nghiên cứu sau khi được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt (nếu nghiên cứu được triển khai ngoài tổ chức thành lập HĐDD).

- Bản cam kết của các nghiên cứu viên đồng ý tuân thủ các nguyên tắc đạo đức.

- Lý lịch hiện tại và văn bằng, chứng chỉ liên quan của NCV chính.

- Tài liệu khác có liên quan.

1.3.2. Đối với thẩm định báo cáo kết quả nghiên cứu

- Đơn đã ký và ghi ngày, bao gồm cả chữ ký của người đồng nộp đơn và đại diện của tổ chức có liên quan.

- Báo cáo kết quả nghiên cứu, có mã số và ngày xác định rõ ràng, cùng với các tài liệu hỗ trợ và các phụ lục (nếu có).

- Các sản phẩm của nghiên cứu (nếu có) và các tài liệu khác có liên quan.

1.4. Nội dung HDDĐ cần thẩm định:

a) Thiết kế nghiên cứu và tiến hành nghiên cứu;

b) Rủi ro và lợi ích tiềm năng;

c) Lựa chọn quần thể nghiên cứu và tuyển chọn, bảo vệ người tham gia nghiên cứu;

d) Lợi ích tài chính và chi phí tài chính;

đ) Bảo vệ sự riêng tư và bảo mật tham gia nghiên cứu;

e) Quá trình cung cấp thông tin và lấy sự đồng ý tham gia nghiên cứu;

g) Tác động của nghiên cứu lên cộng đồng sẽ lựa chọn người tham gia;

h) Năng lực của nghiên cứu viên và điểm nghiên cứu.

2. Đạo đức nghiên cứu trong nghiên cứu thử nghiệm thuốc trên lâm sàng

Thử nghiệm thuốc trên lâm sàng hay thử thuốc trên lâm sàng (TTTLS) là các cụm từ đồng nghĩa, là hoạt động khoa học nghiên cứu thuốc trên người tình nguyện nhằm xác minh hiệu quả lâm sàng, nhận biết, phát hiện phản ứng có hại do tác động của sản phẩm nghiên cứu; khả năng hấp thu, phân bố, chuyển hoá, thải trừ của sản phẩm đó, xác định sự an toàn và hiệu quả của thuốc.

2.1. Nguyên tắc của nghiên cứu thử nghiệm thuốc trên lâm sàng

Các nguyên tắc của thực hành tốt TTTLS phản ánh sự chấp nhận quốc tế về đạo đức cũng như về mục đích đảm bảo chất lượng của các TTTLS. Không có một nguyên tắc nào đặt riêng trách nhiệm cho từng bên liên quan (như Chủ nhiệm đề tài, nhà tài trợ, HDDĐ hay cơ quan quản lý), nhưng thông qua 13 nguyên tắc dưới đây đã thể hiện tất cả các bên liên quan đều phải có trách nhiệm liên đới đối với TTTLS.

- Nguyên tắc 1: Các TTTLS phải được tiến hành theo những nguyên tắc cơ bản của ĐĐNC trong tuyên ngôn Helsinki.

- Nguyên tắc 2: Trước khi TTTLS cần phải dự đoán được những lợi ích và rủi ro hay những bất tiện đối với đối tượng tham gia nghiên cứu cũng như đối với xã hội hoặc cộng đồng dân cư liên quan.

- Nguyên tắc 3: Một thử TTTLS chỉ bắt đầu và được tiến hành nếu dự đoán lợi ích cho đối tượng và cho xã hội là vượt trội (lớn hơn một cách rõ ràng) so với rủi ro có thể xảy ra.

- Nguyên tắc 4: TTTLS phải được tiến hành trên cơ sở tuân thủ nghiêm ngặt quy trình đã được các cơ quan xét duyệt như HDDĐ, Hội đồng khoa học và cơ quan quản lý phê duyệt.

- Nguyên tắc 5: Việc thông qua TTTLS cần được xem xét kỹ dựa trên các thông tin về tiền lâm sàng, lâm sàng và những kết quả nghiên cứu khác từ trước.

- Nguyên tắc 6: TTTLS phải được tiến hành bảo đảm đúng theo thiết kế có đầy đủ tính khoa học và được miêu tả chi tiết trong một quy trình nghiên cứu rõ ràng đã được phê duyệt.

- Nguyên tắc 7: Đối tượng tham gia các nghiên cứu TTTLS được tự do lựa chọn, thoả thuận đồng ý tham gia và cần được cung cấp đầy đủ các thông tin về TTTLS và liên quan. Đối tượng chưa đến tuổi thành niên, bị hạn chế hoặc mất năng

lực hành vi dân sự thì phải được sự đồng ý của người đại diện theo quy định của pháp luật.

- Nguyên tắc 8: Chăm sóc y tế và các quyết định y tế được thực hiện trên đối tượng tham gia nghiên cứu là trách nhiệm của các bác sĩ trong các TTTLS.

- Nguyên tắc 9: Mỗi cá nhân tham gia vào TTTLS cần phải đạt tiêu chuẩn và các yêu cầu về trình độ chuyên môn, được huấn luyện và có kinh nghiệm để thực hiện nhiệm vụ tương ứng.

- Nguyên tắc 10: Mọi thông tin về thử thuốc trên lâm sàng phải được ghi chép, xử lý, quản lý và lưu giữ đúng quy định, đảm bảo tính chính xác và tin cậy của các thông tin và dữ liệu.

- Nguyên tắc 11: Các thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu cần được bảo vệ và cất giữ đảm bảo nguyên tắc cũng như quyền được giữ bí mật riêng tư.

- Nguyên tắc 12: Các sản phẩm thuốc đưa vào nghiên cứu phải được sản xuất, quản lý, lưu giữ phù hợp với hướng dẫn thực hành tốt sản xuất (GMP) và được sử dụng cho nghiên cứu theo đúng quy trình đã được phê duyệt.

- Nguyên tắc 13: Những hệ thống bảo đảm chất lượng và các phương pháp để bảo đảm chất lượng đối với tất cả các lĩnh vực của TTTLS cần được thực hiện đầy đủ và nghiêm túc theo đúng các hướng dẫn.

2.2. Quy trình thẩm định, phê duyệt nghiên cứu thử thuốc trên lâm sàng

- Đăng ký nghiên cứu TTTLS: Chuẩn bị hồ sơ đăng ký theo mẫu tại phụ lục 1, 2a và 2b (Quyết định số 799/QĐ-BYT) rồi gửi về Bộ Y tế (Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo).

- Xây dựng hồ sơ nghiên cứu: Căn cứ vào văn bản chấp thuận của Bộ Y Tế, Nhà tài trợ phối hợp với Chủ nhiệm đề tài xây dựng hồ sơ (theo mẫu tại phụ lục 3, 4, 5 và 6 - Quyết định số 799/QĐ-BYT). Thiết kế đề cương nghiên cứu, chuẩn bị đầy đủ các hồ sơ, đề cương, các văn bản pháp lý...

- Nộp Hồ sơ nghiên cứu TTTLS về Bộ Y tế trước ngày 20 hàng tháng (theo dấu công văn đến của Phòng Hành chính-Văn phòng Bộ) mới được xem xét thẩm định trong tháng đó.

- Thẩm định, phê duyệt: Trong vòng 30 ngày làm việc sau khi nhận đầy đủ hồ sơ đăng ký, Bộ Y tế sẽ tổ chức họp Ban Thẩm định hồ sơ và HĐĐĐ. Trong vòng 15 ngày sau khi có các kết quả thẩm định của Ban Thẩm định và HĐĐĐ, Bộ Y tế thông báo cho các đơn vị liên quan (theo mẫu tại phụ lục 7, Quyết định số 799/QĐ-BYT). Chỉ những hồ sơ được chấp thuận bởi cả hai khâu thẩm định nói trên (Thẩm định hồ sơ sản phẩm, thẩm định hồ sơ nghiên cứu) mới được Bộ Y tế xem xét phê duyệt. Đối với những hồ sơ không được chấp thuận bởi cả hai khâu hoặc một trong hai khâu nói trên, Bộ Y tế sẽ có văn bản thông báo.

- Các hồ sơ và thủ tục của TTTLS khá phức tạp, các NCV phải tuân thủ theo đúng các quy định tại các văn bản đề cập trên của Bộ Y tế, ngoài ra tham khảo thêm thông tư số 03/2012/TT-BYT của Bộ Y tế.

C. TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày Một số nguyên lý trong của đạo đức trong nghiên cứu lĩnh vực Y học.
2. Phân tích nội dung, hoạt động của đạo đức nghiên cứu khoa học

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. 1997. Quy chế bệnh viện. NXB Y học
2. Bộ Y tế. 2003. Xây dựng y tế Việt Nam công bằng và phát triển. NXB Y học
3. Bộ Y tế-Tổng cục thống kê. 2003. Báo cáo chuyên đề: Thực trạng khu vực y tế tư nhân. Điều tra Y tế Quốc gia 2001-2002.
4. Bộ Y tế. 2008. Quyết định về việc ban hành hướng dẫn thực hành tốt thử nghiệm thuốc trên lâm sàng, Quyết định số 799/QĐ-BYT, ngày 07 tháng 03 năm 2008.
5. Bộ Y tế. 2008. Thông tư quy định về thử thuốc trên lâm sàng, Số: 29/2018-TT-BYT, ngày 29 tháng 10 năm 2018.
6. Bộ Y tế. 2008. Hướng dẫn thực hành tốt thử thuốc trên lâm sàng, Quyết định số: 799/2008/QĐ-BYT ngày 07 tháng 3 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế. 2010. Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2010: đổi mới và tăng cường hệ thống y tế Việt Nam (bản thảo lần thứ 3).
8. Bộ Y tế. 2012. Thông tư về hướng dẫn thử thuốc trên lâm sàng, Số 03/2012/TT-BYT, ngày 02 tháng 02 năm 2012.
9. Bộ Y tế. 2017. Thông tư quy định việc thành lập, chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Số: 45/2017/TT-BYT, ngày 16-11-2017.
10. Chính phủ. 2008. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22/2/2008 phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
11. Đại học Y tế Công cộng. 2005. Giáo trình Tổ chức quản lý Y tế và Chính sách y tế.
12. Lương Ngọc Khuê. 2010. Chi phí và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Báo cáo tại Hội nghị Khoa học kinh tế y tế lần thứ 1- Hà Nội.
13. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. 2009. Luật khám chữa bệnh (có hiệu lực từ 1/1/2011).
14. Nguyễn Tuấn (2008) “Đạo đức khoa học”, Tạp chí Hoạt động Khoa học, số 3/2008.
15. Nguyễn Quốc Triệu, Nguyễn Đức Hình (2011) “Bài 7. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học”, Đạo đức y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. Ủy ban thường vụ Quốc hội. 2003. Pháp lệnh số 07/2003/PL-UBTVQH, ngày 25-2-2003. Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân
17. Wattpad (2020) Đạo đức là gì? <https://www.wattpad.com/255253-đạo-đức-là-gì>, cập nhật 04-4-2020.
18. Michael R. Reich. 2007. Public-private partnerships for public health. Available online PDF at: http://www.hsph.harvard.edu/faculty/michael-reich/files/Partnerships_book.