Y TẾ CÔNG CỘNG HẠNG III

1. TIÊU CHUẨN, CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ CỦA CHỨC NĂNG Y TẾ CÔNG CỘNG HẠNG III

Mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp Y tế công cộng được quy định tại Thông tư liên tịch số 11/2015/TTLT-BYT-BNV ngày 27/5/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Nội vụ quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp y tế công cộng có hiệu lực kể từ ngày 16 tháng 7 năm 2015 và được sửa đổi, bổ sung bởiThông tư số 03/2022/TT-BYT ngày 26/4/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về sửa đổi, bổ sung một số quy định về tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp viên chức chuyên ngành y tế, có hiệu lực kể từ ngày 10 tháng 6 năm 2022.

Ngày 14 tháng 20 năm 2022, Bộ Y tế ban hành văn bản hợp nhất số 08/VBHN-BYT Thông tu Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp Y tế công cộng, trong đó quy định cụ thể các nội dung liên quan đến chức danh nghề nghiệp Y tế công cộng hạng III như sau:

I. Mã số chức danh nghề nghiệp Y tế cộng cộng hạng III: V.08.04.10

II. Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp:

1. Tận tuy phục vụ sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khoẻ nhân dân.

2. Hiểu biết và thực hiện đúng quy tắc ứng xử của viên chức ngành y tế.

3. Thực hành nghề nghiệp theo đúng quy chế, quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật và các quy định khác của pháp luật.

4. Không ngừng học tập nâng cao trình độ, năng lực chuyên môn nghiệp vụ.

5. Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của cộng đồng về các nhu cầu sức khoẻ và các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao sức khoẻ cộng đồng.

6. Trung thực, đoàn kết, tôn trọng và hợp tác với đồng nghiệp.

III. Tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp:

1. Nhiệm vụ:

a) Theo dõi, phân tích và chẩn đoán sức khoẻ cộng đồng:

Tham gia xây dựng và triển khai các nghiên cứu khoa học để xác định nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ tác động đến sức khoẻ cộng đồng;

Tham gia xác định những vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng để giải quyết; Tham gia xây dựng hệ thống giám sát về tình trạng sức khoẻ cộng đồng và đánh giá hệ thống giám sát;

b) Lập kế hoạch xử lý các vấn đề sức khoẻ ưu tiên:

Tham gia lập kế hoạch xử lý các vấn đề sức khoẻ ưu tiên dựa trên cơ sở những nguồn lực sẵn có và sự tham gia của cộng đồng, đề xuất những giải pháp thích hợp nhằm giải quyết có hiệu quả nhất các vấn đề sức khoẻ ưu tiên của cộng đồng;

Tham gia xây dựng kế hoạch giám sát hỗ trợ, theo dõi và đánh giá trong quá trình triển khai thực hiện kế hoạch xử lý các vấn đề sức khoẻ cộng đồng;

Đưa ra các đề xuất làm căn cứ cho việc hoạch định chính sách liên quan đến lĩnh vực y tế công cộng.

c) Thực hiện kế hoạch và đánh giá hiệu quả:

Tham gia điều phối và thực hiện kế hoạch đã đề ra, bao gồm cả việc huy động các nguồn lực của cộng đồng, thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ, hướng dẫn các biện pháp thích hợp để quản lý nguy cơ và sức khỏe cho các đối tượng trong cộng đồng, tham gia công tác chỉ đạo tuyến trước và chăm sóc sức khỏe ban đầu khi có yêu cầu;

Tham gia giám sát, đánh giá tiến độ, hiệu quả việc thực hiện kế hoạch đề ra và bổ sung, sửa đổi kế hoạch khi cần thiết;

Thực hiện việc thống kê, báo cáo tiến trình thực hiện kế hoạch và những vấn đề nảy sinh;

Tham gia đề xuất biện pháp để duy trì và mở rộng các kế hoạch chăm sóc sức khoẻ cộng đồng.

d) Tham gia nghiên cứu đề tài khoa học;

đ) Hướng dẫn về chuyên môn, kỹ thuật chuyên ngành y tế công cộng cho viên chức y tế công cộng, học sinh và sinh viên;

e) Quản lý các nguồn lực thuộc phạm vi được phân công phụ trách.

2. Tiêu chuẩn về trình độ đào tạo, bồi dưỡng:

a) Tốt nghiệp đại học nhóm ngành Y tế công cộng; đại học nhóm ngành Quản lý y tế; bác sĩ nhóm ngành Y học (trừ ngành Y học cổ truyền) và tốt nghiệp sau đại học nhóm ngành Y tế công cộng hoặc tốt nghiệp sau đại học nhóm ngành Quản lý y tế.

b) Có chứng chỉ bồi dưỡng theo tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp y tế công cộng (dùng cho các hạng chức danh y tế công cộng).

3. Tiêu chuẩn về năng lực chuyên môn, nghiệp vụ:

a) Hiểu biết quan điểm, chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách pháp luật Nhà nước về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và phương hướng phát triển của chuyên ngành y tế công cộng ở Việt Nam;

b) Có kỹ năng xác định các yếu tố môi trường, xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng;

c) Xác định được các vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng và đề xuất về chiến lược và biện pháp giải quyết thích hợp;

d) Có kỹ năng lập kế hoạch, đề xuất những giải pháp và tổ chức các hoạt động bảo vệ chăm sóc sức khỏe cộng đồng;

đ) Có kỹ năng giám sát, phát hiện sớm dịch, bệnh, tổ chức phòng, chống dịch và theo dõi, đánh giá việc thực hiện các chương trình sức khỏe tại cộng đồng.

e) Có kỹ năng sử dụng công nghệ thông tin cơ bản và sử dụng được ngoại ngữ hoặc sử dụng được tiếng dân tộc thiểu số đối với viên chức công tác ở vùng dân tộc thiểu số theo yêu cầu của vị trí việc làm.

2. THÔNG TƯ 19/2013/TT-BYT NGÀY 12/7/2013

HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này hướng dẫn việc quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện (sau đây gọi tắt là quản lý chất lượng bệnh viện), bao gồm:

1. Nội dung triển khai quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Hệ thống tổ chức quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Trách nhiệm thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 2. Nguyên tắc tổ chức thực hiện quản lý chất lượng

1. Lấy người bệnh làm trung tâm.

2. Việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện, được tiến hành thường xuyên, liên tục và ổn định.

3. Các quyết định liên quan đến hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện dựa trên cơ sở pháp luật, cơ sở khoa học với các bằng chứng cụ thể và đáp ứng nhu cầu thực tiễn nâng cao chất lượng của bệnh viện.

4. Giám đốc bệnh viện chịu trách nhiệm về chất lượng bệnh viện. Tất cả cán bộ, công chức, viên chức, người lao động (gọi chung là nhân viên y tế) trong bệnh viện có trách nhiệm tham gia hoạt động quản lý chất lượng.

Chương II

NỘI DUNG TRIỂN KHAI QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 3. Xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến chất lượng trong bệnh viện

1. Bệnh viện xây dựng, ban hành, phổ biến mục tiêu chất lượng để nhân viên y tế, người bệnh và cộng đồng được biết. Mục tiêu chất lượng phù hợp với chính sách, pháp luật liên quan đến chất lượng và nguồn lực của bệnh viện.

2. Bệnh viện xây dựng, phê duyệt kế hoạch và lập chương trình bảo đảm, cải tiến chất lượng thông qua việc xác định các vấn đề ưu tiên. Nội dung của kế hoạch chất lượng được lồng ghép vào kế hoạch hoạt động hằng năm và 5 năm, phù hợp với nguồn lực của bệnh viện.

Điều 4. Duy trì quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bệnh viện

1. Bệnh viện bảo đảm các điều kiện để được cấp giấy phép hoạt động theo lộ trình quy định tại Nghị định số 87/2011/NĐ-CP ngày 27 tháng 9 năm 2011 của Chính phủ.

2. Bệnh viện đã được cấp giấy phép có trách nhiệm tiếp tục duy trì các hoạt động để bảo đảm đáp ứng quy chuẩn kỹ thuật quốc gia và các điều kiện khác do Bộ Y tế quy định.

Điều 5. Xây dựng chỉ số chất lượng, cơ sở dữ liệu và đo lường chất lượng bệnh viện

1. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo các bộ chỉ số chất lượng bệnh viện trong nước hoặc nước ngoài.

2. Thực hiện đo lường chỉ số chất lượng trong bệnh viện.

3. Tổ chức thu thập, quản lý, lưu trữ, khai thác và sử dụng dữ liệu liên quan đến chất lượng bệnh viện.

4. Lồng ghép báo cáo chất lượng vào báo cáo hoạt động chung của bệnh viện.

5. Ứng dụng công nghệ thông tin để xây dựng cơ sở dữ liệu, phân tích, xử lý thông tin liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện.

Điều 6. Tổ chức triển khai các quy định, hướng dẫn chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức triển khai thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn do Bộ Y tế và bệnh viện ban hành, bao gồm hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hướng dẫn quy trình chăm sóc và các văn bản hướng dẫn chuyên môn khác.

2. Tổ chức triển khai thực hiện kiểm định chất lượng nhằm đánh giá việc thực hiện các quy định, hướng dẫn chuyên môn của bệnh viện; tiến hành phân tích có hệ thống chất lượng chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh, bao gồm các quy trình kỹ thuật lâm sàng, cận lâm sàng sử dụng trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh.

Điều 7. Triển khai các biện pháp bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế

1. Thiết lập chương trình và xây dựng các quy định cụ thể bảo đảm an toàn người bệnh và nhân viên y tế với các nội dung chủ yếu sau:

a) Xác định chính xác người bệnh, tránh nhầm lẫn khi cung cấp dịch vụ;

b) An toàn phẫu thuật, thủ thuật;

c) An toàn trong sử dụng thuốc;

d) Phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện;

đ) Phòng ngừa rủi ro, sai sót do trao đổi, truyền đạt thông tin sai lệch giữa nhân viên y tế;

e) Phòng ngừa người bệnh bị ngã;

g) An toàn trong sử dụng trang thiết bị y tế.

2. Bảo đảm môi trường làm việc an toàn cho người bệnh, khách thăm và nhân viên y tế; tránh tai nạn, rủi ro, phơi nhiễm nghề nghiệp.

3. Thiết lập hệ thống thu thập, báo cáo sai sót chuyên môn, sự cố y khoa tại các khoa lâm sàng và toàn bệnh viện, bao gồm báo cáo bắt buộc và tự nguyện.

4. Xây dựng quy trình đánh giá sai sót chuyên môn, sự cố y khoa để xác định nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan của nhân viên y tế; đánh giá các rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra.

5. Xử lý sai sót chuyên môn, sự cố y khoa và có các hành động khắc phục đối với nguyên nhân gốc, nguyên nhân có tính hệ thống và nguyên nhân chủ quan để giảm thiểu sai sót, sự cố và phòng ngừa rủi ro.

Điều 8. Áp dụng bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng bệnh viện

1. Bệnh viện căn cứ vào các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để lựa chọn bộ tiêu chí, tiêu chuẩn phù hợp và triển khai áp dụng tại bệnh viện.

2. Quy trình triển khai áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng được thực hiện theo hướng dẫn của cơ quan ban hành bộ tiêu chí, tiêu chuẩn đó hoặc tổ chức chứng nhận chất lượng.

3. Sau khi bệnh viện được cấp giấy chứng nhận chất lượng cần tiếp tục duy trì và cải tiến chất lượng.

Điều 9. Đánh giá chất lượng bệnh viện

1. Triển khai thực hiện đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

2. Đánh giá hiệu quả áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp về quản lý chất lượng tại bệnh viện để đưa ra quyết định lựa chọn tiêu chí, tiêu chuẩn, mô hình, phương pháp phù hợp.

3. Bệnh viện thực hiện lấy ý kiến thăm dò và đánh giá sự hài lòng của người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế thường xuyên ít nhất là 03 tháng một lần, làm cơ sở cho việc cải tiến nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh và sự hài lòng của nhân viên y tế.

4. Bệnh viện xây dựng các báo cáo chất lượng và tự công bố báo cáo chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

5. Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá chất lượng bệnh viện hoặc thẩm định báo cáo chất lượng dựa trên bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận theo định kỳ hằng năm hoặc đột xuất.

Chương III

HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TRONG BỆNH VIỆN

Điều 10. Tổ chức hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện

1. Hệ thống quản lý chất lượng trong bệnh viện gồm: hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc bệnh viện làm chủ tịch và phó giám đốc phụ trách chuyên môn làm phó chủ tịch; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhân viên chuyên trách về quản lý chất lượng; mạng lưới quản lý chất lượng phù hợp với quy mô của bệnh viện.

2. Bệnh viện hạng đặc biệt và bệnh viện đa khoa hạng I thành lập phòng quản lý chất lượng; các bệnh viện khác tùy theo quy mô, điều kiện và nhu cầu của từng bệnh viện để quyết định thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng. Phòng/tổ quản lý chất lượng phối hợp chặt chẽ với các khoa, phòng chức năng để thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện: được thiết lập từ cấp bệnh viện đến các khoa, phòng, đơn vị trong bệnh viện, do phòng/tổ quản lý chất lượng làm đầu mối điều phối các hoạt động.

4. Hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Chủ tịch hội đồng phân công nhiệm vụ cho các thành viên và xây dựng quy chế hoạt động của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Chủ tịch hội đồng thiết lập hệ thống quản lý chất lượng, xây dựng và ban hành các văn bản về quản lý chất lượng trong bệnh viện;

c) Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện tổ chức các cuộc họp định kỳ và đột xuất nhằm hỗ trợ, giám sát và đưa ra các khuyến nghị liên quan đến quản lý chất lượng.

5. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng; phòng/tổ quản lý chất lượng; nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng và nhân viên, thành viên mạng lưới quản lý chất lượng thực hiện theo hướng dẫn tại các Điều 11, Điều 12, Điều 13, Điều 14, Điều 15 của Thông tư này.

Điều 11. Tổ chức và nhiệm vụ của hội đồng quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

Hội đồng quản lý chất lượng trong bệnh viện do giám đốc bệnh viện ban hành quyết định thành lập, quy chế và duy trì hoạt động; thư ký thường trực là trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện. Số lượng thành viên hội đồng tùy thuộc vào quy mô của bệnh viện, gồm đại diện các khoa, phòng có liên quan đến hoạt động cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh.

2. Nhiệm vụ:

a) Phát hiện các vấn đề chất lượng, các nguy cơ tiềm ẩn đối với an toàn người bệnh, xác định các hoạt động ưu tiên và đề xuất các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng và an toàn người bệnh với giám đốc bệnh viện;

b) Giúp cho giám đốc triển khai bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận, phù hợp với điều kiện của bệnh viện;

c) Tham gia tổ chức thực hiện việc áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn chất lượng, đánh giá nội bộ chất lượng bệnh viện và thông qua báo cáo chất lượng bệnh viện;

d) Hỗ trợ kỹ thuật cho các khoa, phòng để triển khai các hoạt động của các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng do giám đốc bệnh viện phê duyệt.

Điều 12. Tổ chức và nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng

1. Tổ chức:

a) Phòng quản lý chất lượng bệnh viện có trưởng phòng, phó trưởng phòng và các nhân viên, tùy thuộc quy mô bệnh viện và do giám đốc quyết định;

b) Tổ quản lý chất lượng bệnh viện do giám đốc trực tiếp phụ trách hoặc là bộ phận của một phòng chức năng do lãnh đạo phòng phụ trách.

2. Nhiệm vụ:

Là đơn vị đầu mối triển khai và tham mưu cho giám đốc, hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện về công tác quản lý chất lượng bệnh viện:

a) Xây dựng kế hoạch và nội dung hoạt động quản lý chất lượng trong bệnh viện để trình giám đốc phê duyệt;

b) Tổ chức thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá, báo cáo, phối hợp, hỗ trợ việc triển khai các hoạt động về quản lý chất lượng và các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng tại các khoa phòng;

c) Làm đầu mối thiết lập hệ thống quản lý sai sót, sự cố bao gồm phát hiện, tổng hợp, phân tích, báo cáo và nghiên cứu, đề xuất giải pháp khắc phục;

d) Làm đầu mối phối hợp với các khoa, phòng giải quyết các đơn thư, khiếu nại, tố cáo và các vấn đề liên quan đến hài lòng người bệnh;

đ) Thu thập, tổng hợp, phân tích dữ liệu, quản lý và bảo mật thông tin liên quan đến chất lượng bệnh viện. Phối hợp với bộ phận thống kê, tin học của bệnh viện tiến hành đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện;

e) Triển khai hoặc phối hợp tổ chức đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

g) Tổ chức đánh giá chất lượng nội bộ của bệnh viện dựa trên các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

h) Thực hiện đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế;

i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình an toàn người bệnh.

Điều 13. Nhiệm vụ và quyền hạn của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng

1. Nhiệm vụ:

a) Tổ chức thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của phòng/tổ quản lý chất lượng và chịu trách nhiệm về các hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng.

b) Tổng kết, báo cáo hoạt động của phòng/tổ quản lý chất lượng, kết quả công tác cải tiến chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

d) Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện;

đ) Làm thư ký của hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra và yêu cầu các khoa, phòng, cá nhân thực hiện đúng kế hoạch quản lý chất lượng của bệnh viện;

b) Đề xuất với giám đốc việc khen thưởng, kỷ luật đối với các cá nhân và tập thể trong thực hiện nhiệm vụ quản lý chất lượng.

Điều 14. Nhiệm vụ và quyền hạn của nhân viên phòng/tổ quản lý chất lượng bệnh viện

1. Nhiệm vụ:

a) Thực hiện các nhiệm vụ theo bản mô tả vị trí việc làm của phòng/tổ quản lý chất lượng và các công việc khác theo sự phân công của trưởng phòng/tổ trưởng quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thu thập, phân tích, quản lý, bảo mật các dữ liệu liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện trong lĩnh vực được phân công;

c) Hỗ trợ các nhóm chất lượng tại các khoa, phòng thực hiện các đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng;

d) Tham gia đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng và đánh giá chất lượng bệnh viện.

2. Quyền hạn:

a) Kiểm tra, giám sát các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện của các khoa, phòng;

b) Đôn đốc các cá nhân, đơn vị thực hiện các biện pháp khắc phục sau kiểm tra, giám sát;

c) Đề xuất khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân thực hiện tốt công tác quản lý chất lượng.

Điều 15. Các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng

1. Mỗi khoa, phòng, đơn vị (gọi tắt là đơn vị) của bệnh viện cử ít nhất một nhân viên kiêm nhiệm tham gia mạng lưới quản lý chất lượng.

2. Nhiệm vụ của các thành viên mạng lưới quản lý chất lượng tại đơn vị:

a) Làm đầu mối giúp lãnh đạo đơn vị triển khai, thực hiện, theo dõi các hoạt động liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện;

b) Thực hiện các kế hoạch hoạt động của mạng lưới quản lý chất lượng bệnh viện tại đơn vị;

c) Tham gia kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện theo phân công của Hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

Chương IV

TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

Điều 16. Trách nhiệm của giám đốc bệnh viện

1. Chỉ đạo, phổ biến, quán triệt nội dung Thông tư này tới toàn thể cán bộ, công chức, viên chức trong bệnh viện.

2. Thiết lập hệ thống tổ chức quản lý chất lượng trong bệnh viện theo hướng dẫn tại các Điều 10, Điều 11, Điều 12, Điều 15 của Thông tư này.

3. Triển khai, áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận.

4. Giám đốc bệnh viện bố trí kinh phí cho các hoạt động quản lý chất lượng:

a) Triển khai các hoạt động áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận;

b) Duy trì và cải tiến chất lượng;

c) Tổ chức và cử cán bộ đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng;

d) Khen thưởng cho tập thể, cá nhân xuất sắc trong hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện;

đ) Hợp đồng tư vấn, đánh giá, chứng nhận chất lượng.

e) Các hoạt động nâng cao chất lượng bệnh viện và an toàn người bệnh khác tùy theo nhu cầu bệnh viện.

5. Bảo đảm nguồn nhân lực và đào tạo về quản lý chất lượng, bao gồm:

a) Đầu tư nguồn nhân lực cho quản lý chất lượng, thành lập phòng hoặc tổ quản lý chất lượng, phân công nhân viên y tế chuyên trách, kiêm nhiệm về quản lý chất lượng;

b) Tổ chức hoặc cử nhân viên y tế tham gia các khoá đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Cử nhân viên y tế chuyên trách về quản lý chất lượng bệnh viện tham gia các khóa đào tạo chuyên sâu về quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Bảo đảm điều kiện về trang thiết bị và phương tiện:

a) Trang bị phương tiện phân tích, xử lý, lưu trữ dữ liệu quản lý chất lượng;

b) Xây dựng các công cụ và văn bản hướng dẫn về quản lý chất lượng.

7. Chỉ đạo nghiên cứu khoa học, kiểm tra, giám sát thực hiện công tác quản lý chất lượng.

8. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Điều 17. Trách nhiệm các trưởng phòng chức năng của bệnh viện

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong phòng.

2. Xây dựng mục tiêu chất lượng, lồng ghép các hoạt động quản lý chất lượng vào kế hoạch hoạt động của phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng khác áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại phòng và lĩnh vực được phân công phụ trách.

4. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng xây dựng kế hoạch và triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng bệnh viện.

5. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

6. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 18. Trách nhiệm của các trưởng khoa

1. Phổ biến nội dung Thông tư này tới toàn thể nhân viên trong khoa.

2. Xác định các vấn đề chất lượng cần ưu tiên của khoa để chủ động cải tiến hoặc đề xuất với hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Triển khai và phối hợp với khoa, phòng, đơn vị khác nghiên cứu, áp dụng các tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận tại khoa được phân công phụ trách.

4. Phân công nhân viên triển khai các hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng và đánh giá kết quả thực hiện.

5. Báo cáo kết quả hoạt động bảo đảm và cải tiến chất lượng cho hội đồng quản lý chất lượng bệnh viện.

6. Phối hợp với phòng/tổ quản lý chất lượng và các đơn vị thực hiện đề án bảo đảm, cải tiến chất lượng có liên quan.

7. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

8. Tham gia đánh giá chất lượng bệnh viện.

Điều 19. Trách nhiệm của các nhân viên y tế trong bệnh viện

1. Tham gia các chương trình, kế hoạch, hoạt động cải tiến chất lượng tùy theo chức trách, nhiệm vụ của mình.

2. Tham gia các lớp đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện.

Chương V

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 20. Lộ trình thực hiện công tác quản lý chất lượng ở bệnh viện

1. Giai đoạn I: 2013-2015

a) Hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý chất lượng tại các Sở Y tế, Y tế ngành và các bệnh viện;

b) Mỗi bệnh viện tổ chức hoặc cử nhân viên tham dự các khóa đào tạo, huấn luyện, tập huấn, bồi dưỡng về quản lý chất lượng do các cơ quan, tổ chức trong và ngoài nước thực hiện;

c) Bệnh viện áp dụng bộ tiêu chí, tiêu chuẩn quản lý chất lượng do Bộ Y tế ban hành hoặc thừa nhận để tự đánh giá và cải tiến chất lượng;

d) Khuyến khích các bệnh viện áp dụng thí điểm các mô hình, phương pháp chất lượng và các bộ tiêu chuẩn quản lý chất lượng.

2. Giai đoạn II: 2016 - 2018

a) Bệnh viện đánh giá hiệu quả việc áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng;

b) Đào tạo cán bộ chuyên trách quản lý chất lượng bệnh viện;

c) Tự nguyện đăng ký với tổ chức chứng nhận chất lượng để đánh giá chất lượng bệnh viện;

d) Các cơ quan quản lý tiến hành đánh giá, thẩm định và công nhận chất lượng bệnh viện.

3. Giai đoạn III: Sau năm 2018

Bệnh viện tiếp tục áp dụng các bộ tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số, mô hình, phương pháp chất lượng và đăng ký chứng nhận chất lượng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập.

Điều 21. Hiệu lực thi hành

Thông tư này có hiệu lực từ ngày 15 tháng 9 năm 2013.

Điều 22. Tổ chức thực hiện

1. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh có trách nhiệm:

a) Làm đơn vị đầu mối tổ chức triển khai thực hiện, kiểm tra đánh giá việc thực hiện Thông tư này của các bệnh viện trực thuộc và các địa phương;

b) Chủ trì hoặc phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng quy chuẩn, quy định, tiêu chí, tiêu chuẩn, chỉ số về chất lượng bệnh viện;

c) Thực hiện các nhiệm vụ khác liên quan đến quản lý chất lượng bệnh viện theo sự phân công của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Các Vụ, Cục có liên quan, tùy theo chức năng nhiệm vụ được phân công tham gia chỉ đạo và triển khai các hoạt động quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Y tế ngành có trách nhiệm:

a) Phân công một lãnh đạo Sở Y tế/Y tế ngành; một lãnh đạo phòng nghiệp vụ y và một chuyên viên phụ trách công tác quản lý chất lượng của các bệnh viện do Sở Y tế, Y tế ngành quản lý;

b) Xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng bệnh viện cho hệ thống các bệnh viện của tỉnh/ngành và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt;

c) Phổ biến, chỉ đạo, kiểm tra và đánh giá việc thực hiện Thông tư tại các bệnh viện trực thuộc; báo cáo về Bộ Y tế định kỳ hằng năm và theo yêu cầu.

Trong quá trình thực hiện nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị phản ánh về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế để được hướng dẫn, giải đáp hoặc xem xét giải quyết./.

3. QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN CỘNG ĐỒNG

1. Khái niệm

1.1. Chẩn đoán cộng đồng

Mỗi cộng đồng đều có vấn đề sức khỏe riêng và cách tiếp cận lượng giá "vấn đề sức khỏe" khác nhau. Vì vậy, để xác định đúng các "vấn đề sức khỏe", người y sĩ cộng đồng phải sử dụng kỹ thuật chẩn đoán cộng đồng.

Chẩn đoán cộng đồng nhằm mô tả sự phân bố đặc trưng của sức khỏe cộng đồng và có thể phát hiện ra những yếu tố nguy cơ của chúng, từ đó cho phép ta xác định được những nhóm người có nguy cơ cao với một số bệnh nào đó,

những sự kiện quan trong (sống, chết) hoặc hành vi sức khỏe liên quan đến các dịch vụ y tế.

1.2. Chẩn đoán lâm sàng (chẩn đoán cá nhân)

Khi xác định vấn đề sức khỏe cho một cá nhân, người ta dùng cách chẩn đoán lâm sàng.

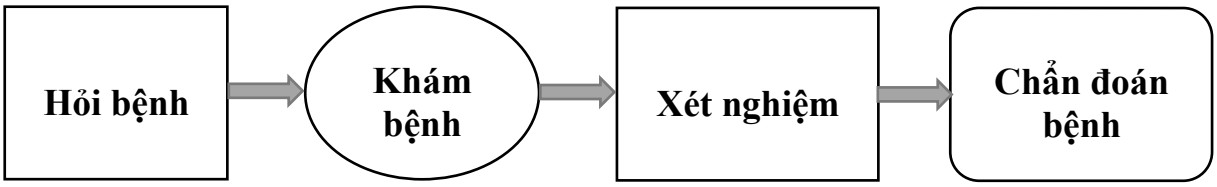
2. Mục tiêu của chẩn đoán cộng đồng và phân biệt được chẩn đoán cộng đồng, chẩn đoán lâm sàng

2.1. Mục tiêu của chẩn đoán cộng đồng

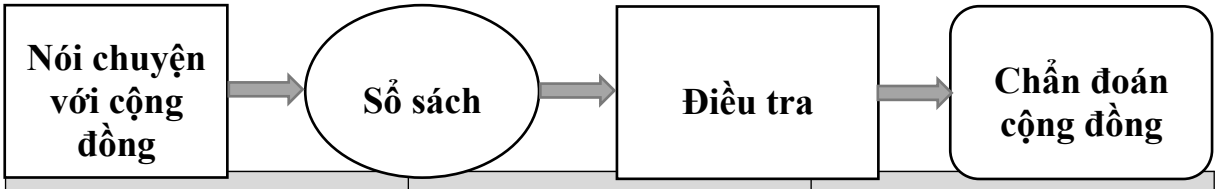
- Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng
- Mô tả tình trạng sức khỏe của cộng đồng và các yếu tố nguy cơ
- Mô tả chiều hướng sức khỏe cộng đồng
- Mô tả sử dụng dịch vụ y tế
- Đánh giá hiệu quả các chương trình can thiệp cộng đồng và sự tham gia của cộng đồng trong các chương trình y tế.
- Cung cấp thông tin cho việc xây dựng các chính sạch y tế hoặc lập kế hoạch can thiệp cộng đồng.

2.2. Phân biệt được chẩn đoán cộng đồng và chẩn đoán lâm sàng

- **Chẩn đoán lâm sàng**



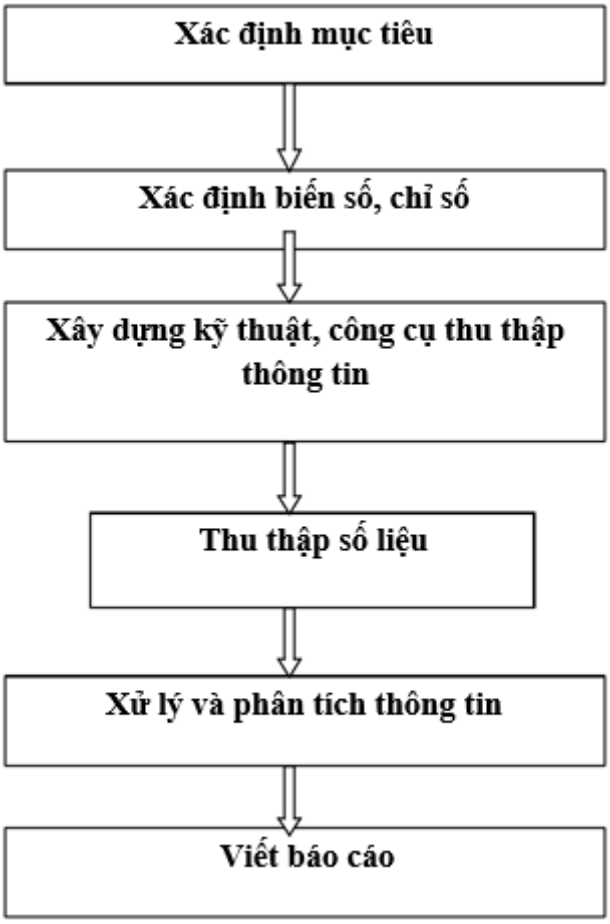
- **Chẩn đoán cộng đồng**



Tiêu chí	Chẩn đoán lâm sàng	Chẩn đoán cộng đồng
Mục đích	Xác định bệnh	Xác định vấn đề tồn tại
Đối tượng	Người bệnh	Người bệnh, người khỏe
Mối quan hệ	Cán bộ y tế- người bệnh	Cán bộ y tế- cộng đồng
Ai đến với ai	Người bệnh đến với cán bộ y tế	Cán bộ y tế đến với cộng đồng

Phương pháp	Khám, xét nghiệm	Điều tra, khám, xét nghiệm
Phạm vi	Cá thể	Nhóm người
Xử trí	Chữa bệnh	Giải quyết vấn đề
Điểm kết thúc	Người bệnh khỏi, giảm, tàn tật hoặc chết	Suốt đời, lâu dài, không kết thúc

2.3. Các bước thực hiện chẩn đoán cộng đồng



3. Các kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin cơ bản trong chẩn đoán vấn đề sức khỏe trong cộng đồng

Kỹ thuật thu thập thông tin	**Công cụ thu thập**	
1. Hồi cứu sổ sách, báo cáo	Bảng kiểm Biểu mẫu thu thập thông tin	ĐỊNH LƯỢNG - Bao nhiêu? - Bằng nào?
2. Phỏng vấn	Bộ câu hỏi	
3. Quan sát	Bảng kiểm	

4. Phỏng vấn sâu	Hướng dẫn phỏng vấn	ĐỊNH TÍNH - Cái nào? - Tại sao? - Như thế nào?
5. Thảo luận nhóm	Hướng dẫn thảo luận nhóm	
6. Khám, đo, xét nghiệm	Bệnh án, bảng kiểm, mẫu	

3.1. Hồi cứu sử dụng tư liệu sẵn có

Còn gọi là số liệu thứ cấp. Là những dữ kiện đã được thu thập sẵn từ trước bởi những viện, cơ quan, bệnh viện, trạm y tế, …. Qua các bệnh án, báo cáo, sổ ghi chép, văn bản, … Tính giá trị của những dữ kiện thứ cấp thường là thấp, vì chúng đã được thu thập không nhằm mục đích nghiên cứu, do đó, không sát hợp với những định nghĩa biến số. Ngoài ra, những nguồn dữ kiện thứ cấp không có sẵn những dữ kiện mà người nghiên cứu cần.

Đây là phương pháp đơn giản, nhiều thông tin, kinh tế nhất. Tuy nhiên, cần xem xét độ tin cậy của các dữ kiện, và luôn luôn ghi nhớ rằng những dữ kiện thường được thu thập không nhằm mục đích nghiên cứu. Công cụ được sử dụng là những biểu mẫu.

3.2. Phỏng vấn hộ gia đình

Là phương pháp tốt nhất và thường là phương pháp tư duy nhất để thu thập dữ kiện. Có thể phỏng vấn trực tiếp hoặc qua người đại diện. Những hình thức phỏng vấn thường được sử dụng là phỏng vấn trực tiếp; phỏng vấn gián tiếp qua điện thoại, phỏng vấn bằng thư, email, …; Phỏng vấn sâu; Hỏi bệnh khai thác triệu chứng.

Kỹ năng giao tiếp cơ bản

Thái độ:

Cởi mở, gần gũi

Tôn trọng, không chỉ trích, coi thường.

Không đột ngột ngắt lời.

Không làm việc khác

Kiên trì

Đặt câu hỏi:

Rõ ràng, tốc độ vừa phải.

Sau khi đặt câu hỏi nên im lặng để đối tượng suy nghĩ, trả lời

Nhìn vào mắt người trả lời

Nói:

Nói to, rõ ràng

Nói có nhấn mạnh, ngừng, ngắt đúng chỗ

Lắng nghe:

Tập trung.

Yên lặng khi người được phỏng vấn nói.

Thể hiện đang nghe (ánh mắt, cử chỉ, dáng điệu, câu hỏi).

Khuyến khích:

Động viên, làm cho người nói cảm thấy tự tin.

Khi đối tượng trả lời, nếu chưa rõ ý cần hỏi lại: *"Có phải chị nói là…?"*

Tránh để đối tượng đi lan man

Lưu ý trong phỏng vấn hộ gia đình

Trước khi đến hộ gia đình:

Phải hiểu rõ mục đích của phỏng vấn

Nội dung cuộc phỏng vấn, từng câu hỏi

Cách chọn đối tượng để phỏng vấn

Ghi tên xã, làng

Chọn đúng bộ câu hỏi và bộ hình vẽ phù hợp

Tại hộ gia đình

Chào hỏi

Giới thiệu rõ ràng về bản thân: tên

Giới thiệu mục đích phỏng vấn

Đề nghị đối tượng tham gia nghiên cứu

Tránh các yếu tố gây nhiễu: quá ồn, nhiều người xung quanh.

Lưu ý trong phỏng vấn hộ gia đình

Đọc chính xác và đầy đủ các nội dung trong bộ câu hỏi à không thay đổi, không thêm nội dung

Nếu đối tượng không hiểu: hỏi xem họ đã nghe rõ câu hỏi chưa?

Một số thuật ngữ có thể làm đối tượng khó hiểu:

- Hỏi xem họ có từ nào không hiểu không
- Giải thích, đọc lại câu hỏi/hướng dẫn một lần nữa

Khi hỏi xong để đối tượng có thời gian suy nghĩ và trả lời, nếu im lặng kéo dàià hỏi xem có hiểu và cần giải thích gì thêm không?

Lắng nghe đối tượng chăm chú.

Ghi chép đầy đủ câu trả lời cho từng câu hỏi

Đối tượng có thể đặt câu hỏi

Nếu có câu hỏi mà không biết à nói không biết

Lưu ý các bước chuyển câu

Kiểm tra tất cả câu hỏi đã được điền đầy đủ

Giải đáp một số câu hỏi (khả năng).

Cảm ơn và chào hộ gia đình.

3.3. Quan sát trong cộng đồng

3.3.1 Quan sát trực tiếp (quan sát không tham gia)

Quan sát trực tiếp bao gồm cả việc quan sát một hiện tượng, một sự kiện, một quá trình hay một đối tượng cụ thể trong hoàn cảnh tự nhiên của nó. Nó thường được phối hợp với các nguồn số liệu khác như phỏng vấn tập thể hay phỏng vấn cá nhân. Việc khảo sát ngắn ngày(2-5 ngày) có thể đủ để đưa ra kết luận tốt về cấu trúc hạ tầng, các điều kiện sinh thái, mùa màng, đất đai môi trường, những vấn đề giới tính và sự lãnh đạo của cộng đồng trong các vùng nông thôn. Quan sát trực tiếp có thể là rất có lợi cho việc đánh giá ban đầu về chất lượng cuộc sống và các nhu cầu quan trọng cũng như các vấn đề tồn tại ở các nhóm người khác nhau trong cộng đồng nông thôn. Trong quá trình đi thăm các hộ gia đình cố gắng quan sát thêm các vấn đề sau:

Quan sát hành động và các phản ứng của người được phỏng vấn, so sánh giữa lời nói và hành động của họ.

Quan sát người mẹ chuẩn bị thức ăn cho trẻ. Việc nấu nướng có hợp vệ sinh hay không? Thức ăn là những gì?

Thái độ của mẹ với trẻ: đặc biệt khi trẻ ốm. Các biểu hiện âu yếm, từ chối…

Ai cho trẻ ăn và ăn bằng gì? (bát, đĩa hay bằng tay)

Các bà mẹ cho trẻ uống thuốc

Các quan hệ trong gia đình? Ai là người quyết định trong kinh tế, trong việc chăm sóc sức khỏe cho các thành viên trong gia đình.

Các điều kiện chung của hộ gia đình (nhà cửa, vệ sinh, nước, ăn, chuồng gia súc…)

Quan sát trực tiếp phải mang tính hệ thống, phải dựa vào các câu hỏi và phiếu điều tra đã được chuẩn bị từ trước. Đây là một phương pháp thu thập số liệu tương đối nhanh. Số liệu được tập hợp ngay trong đợt nghiên cứu ngắn ngày, thường xuyên. Quan sát trực tiếp có thể được thực hiện bởi một cán bộ nhưng thông thường là do một nhóm cán bộ thuộc nhiều ngành tiến hành sẽ thu được kết quả tốt và đúng đắn hơn.

Quan sát trực tiếp dùng trong các trường hợp sau:

Phát hiện các thông tin về sinh thái, mùa màng và định cư, sử dụng đất… các loại thông tin này được thu thập qua quan sát trực tiếp và được trình bày dưới dạng biểu đồ, đánh dấu trên sơ đồ…

Phát hiện các thông tin về cấu trúc hạ tầng (đường xá, nhà cửa, cung cấp nước…) và khả năng tiếp cận các dịch vụ công cộng (dịch vụ y tế, trường học, nhà điều dưỡng…).

Phát hiện các loại thông tin cần thiết khác: Trong công nghiệp (công cụ mới, hạt giống mới), các chức năng và hoạt động của các dịch vụ nhà nước (vay vốn).

Ưu điểm

Quan sát đối tượng cho phép nghiên cứu đối tượng thực tế hay một quá trình trong điều kiện tự nhiên của nó. Cho phép nghiên cứu cảm nhận trực tiếp các sự vật hiện tượng.

Quan sát trực tiếp có thể đưa ra những điều kiện về kinh tế, các đặc trưng về mối quan hệ con người, thái độ và ứng xử của con người mà những vấn đề này người được phỏng vấn không biết, không muốn hoặc không có khả năng mô tả.

Hỗ trợ hay củng cố thêm độ chính xác, tin cậy của các thông tin thu thập từ các cuộc phỏng vấn.

Rẻ tiền và nhanh chóng thu được kết quả.

Hạn chế

Các kết quả quan sát, đặc biệt là các hiện tượng xã hội rất dễ bị thiếu khách quan, ngộ nhận khi nhà nghiên cứu từ nơi khác đến với một thời gian rất ngắn. Để khắc phục hạn chế này, nhóm nghiên cứu phải có kiến thức tốt về hệ thống văn hóa và xã hội của cộng đồng.

Các quan sát trực tiếp có thể bị sai lệch do các sai số chọn mẫu, khi mẫu đại diện chọn nam giới có trình độ học vấn cao hơn, nữ giới có trình độ học vấn thấp hơn, ở nơi xa trung tâm…Các nhóm người và khu vực nghiên cứu phải được lựa chọn một cách kỹ càng để tránh các sai lệch này.

Các kết quả của quan sát trực tiếp cũng có thể bị sai hay không đầy đủ nếu như không cân nhắc yếu tố mùa trong năm. Nếu có thể nên làm bốn mùa trong năm.

Sự có mặt của người quan sát có thể ảnh hưởng đến kết quả quan sát.

Yêu cầu về chất lượng của người nghiên cứu

Nhà quan sát thường phải có trình độ nhất định về lĩnh vực cần quan sát.

Họ phải biết:

- Về nơi nghiên cứu, ngôn ngữ của địa phương

- Thời gian cần thiết cho quan sát

Quan sát trực tiếp thường được phối hợp với một số phương pháp thu thập thông tin khác (phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm). Thời gian cần thiết phụ thuộc vào chủ đề quan sát.

Nếu là nghiên cứu phối hợp thông thường cần vài ngày hay một tuần. Nếu chỉ tiến hành quan sát thì cần 1 tuần để đọc tài liệu, chuẩn bị hậu cần và cụ thể hóa các bộ câu hỏi, các phương tiện nghiên cứu, 2 tuần để quan sát và viết báo cáo.

Viết báo cáo

Để bổ sung các báo cáo chính, nhóm nghiên cứu phải cung cấp trên thông tin:

- Tiêu chuẩn lựa chọn vùng, đối tượng, sự kiện hay quá trình quan sát trực tiếp.
- Các mẫu phiếu quan sát và các tài liệu cần thiết khác
- Các bản ghi chép thực địa.

3.3.2. Quan sát tham gia

Để sử dụng phương pháp này, một nhà nghiên cứu hay một nhóm nhỏ các nhà nghiên cứu sử dụng thời gian (thường là 1 hay nhiều năm) làm việc, tại cộng đồng. Một trong những mục đích chính là hiểu biết kỹ càng, sâu sắc về các mối quan hệ xã hội, thái độ và ứng xử của người dân tại khu vực nghiên cứu. Các nhà nghiên cứu quan sát các ghi chép hàng ngày.

Phương pháp quan sát tham gia là một quá trình tổng hợp bao gồm: đọc tài liệu, xem xét, nghe, hỏi, quan sát phân tích. Nhà nghiên cứu cũng phải thường xuyên xem xét, cân nhắc kỹ trước giả thuyết được đưa ra bởi các quan sát thực tế. Việc phân tích được tiến hành trong suốt quá trình nghiên cứu thực địa. Các giả thuyết được đưa ra có thể xem xét lại hoặc phát triển sâu hơn nữa thông qua các quan sát thực tế.

Ứng dụng của phương pháp quan sát tham gia

Phương pháp này phù hợp trong các lĩnh vực sau:

- Xem xét mối quan hệ xã hội và tác động qua lại
- Quyền và nghĩa vụ sử dụng đất
- Sử dụng lao động và phân phối sản phẩm, tiền lương
- Mô tả sự kiện và động lực phát triển của một quá trình
- Nghiên cứu về quyền lực, ảnh hưởng đến sự lãnh đạo, hoàn cảnh xã hội của các mối quan hệ, các quá trình và các sự kiện xảy ra trong cộng đồng.

Ngoài ra, phương pháp này có thể được sử dụng trong:

- Lập kế hoạch nhằm huy động được các nhóm của cộng đồng tham gia vào dự án, hiểu được các mối quan hệ xã hội, sử dụng đất đai, phân phối sản phẩm và nhiệm vụ, chức năng, hoạt độc của các tổ chức (chính quyên/ đoàn thể).
- Bắt đầu hay hỗ trợ cho các tổ chức trong quá trình thực hiện dự án
- Đánh giá hiệu quả, phân tích quyền lợi, tính bền vững của dự án.

Ưu điểm

Có thể so sánh được các tiêu chuẩn, giá trị trên lý thuyết với hành động trên thực tế.

Cho phép đối chiếu các nguồn thông tin khác nhau để kiểm tra và xác định tính chính xác của thông tin

Phương pháp này có thể được sử dụng trong nhiều trường hợp khi mọi người không biết những gì xảy ra, hay họ không thể mô tả bằng lời.

Cho phép mô tả các sự kiện, động lực phát triển của quá trình. Do vậy giúp cho việc can thiệp dễ dàng hơn.

Hạn chế

Cần nhiều thời gian để thực hiện

Không suy rộng cho các vùng địa lý khác. Chỉ cung cấp thông tin có giá trị cho một cộng đồng xác định.

Không đưa ra các số lượng chính xác, thời điểm xuất hiện các hiện tượng, mối liên quan giữa các hiện tượng.

Yêu cầu chất lượng của người nghiên cứu

Phải có hiểu biết và kinh nghiệm trong lĩnh vực nghiên cứu này

Có đủ kinh nghiệm, hiểu biết vùng nghiên cứu

Có khả năng tiếp xúc, làm việc với nhân dân, cán bộ địa phương

Thông thường chỉ có một nhà nghiên cứu thực hiện quan sát, nhưng nếu có cả một nhóm quan sát cũng rất tốt, có thể kiểm tra chéo chất lượng thông tin.

Thời gian cần thiết

Một năm hay lâu hơn trong nghiên cứu khoa học

2-3 tháng trong các dự án phát triển

Viết báo cáo

Cùng với viết báo cáo chính, các thông tin cần phải trình bày:

Tiêu chuẩn lựa chọn khu vực nghiên cứu, sự kiện, người được quan sát và số người được quan sát. Các bản hướng dẫn quan sát

Những tiêu chuẩn, kỹ thuật của cuộc điều tra định lượng đi kèm (nếu có)

Các kết quả phỏng vấn, quan sát hay nhất.

3.3.3. Bảng kiểm

Thành phần

Tên bảng kiểm

Phần hành chính: người quan sát, nơi/ sự vật hiện tượng được quan sát, thời gian.

Nội dung:

Các nội dung quan sát chính

Thang đánh giá: có/ không, tốt/ khá/ kém, theo mức độ 0-2, 1-3, vv

Kết luận, nhận xét

3.4. Thảo luận nhóm

Thảo luận nhóm là phương pháp nghiên cứu lấy thông tin/ ý kiến của nhóm người về một vấn đề quan tâm nào đó.

Các thành viên trong nhóm tập trung suy nghĩ, trao đổi, chia sẻ hiểu biết của bản thân về vấn đề đó và học hỏi qua quá trình thảo luận.

Thảo luận nhóm được thực hiện khi:

Muốn làm sáng tỏ, kiểm chứng lại các thông tin được thu thập từ các kỹ thuật thu thập thông tin khác.

Làm rõ bản chất của vấn đề: nguyên nhân, lý do, tại sao, như thế nào

Giải thích đầy đủ cho một nghiên cứu định lượng

Có được ý tưởng ban đầu về vấn đề mới (thái độ, suy nghĩ, hành vi)

Chia sẽ thông tin, học tập theo nhóm

3.4.1. Bản chất của thảo luận nhóm

Không phải là buổi giảng bài

Người điều phối thảo luận nhóm chỉ đóng vai trò đặt câu hỏi và lắng nghe

Trọng tâm nằm ở việc các thành viên trong nhóm trao đổi, đóng góp ý kiến xung quanh câu hỏi được đặt ra.

Là một quá trình tương tác ý kiến giữa các thành viên trong nhóm nhằm phát hiện, tìm ra bản chất của vấn đề.

3.4.2. Thành phần tham gia thảo luận nhóm

Nhà nghiên cứu: người điều phối cuộc thảo luận nhóm (người quan tâm và có câu hỏi về một vấn đề nào đó).

Thư ký: trợ giúp cho cuộc thảo luận nhóm, quan sát

Thành viên tham gia thảo luận nhóm: người cung cấp thông tin

3.4.3. Yêu cầu đối với đối tượng tham gia thảo luận nhóm

Số lượng người tham gia: 6-10 người

Trong một nhóm TLN, các thành viên phải tương đồng về đặc điểm nào đó liên quan tới vấn đề nghiên cứu (tuổi, giới, đặc điểm kinh tế, chức vụ, ...)

Ví dụ: Các bà mẹ mang thai (tương đồng) và liên quan đến vấn đề quan tâm là dinh dưỡng cho bà mẹ mang thai.

3.4.4. Các bước thực hiện cho một cuộc thảo luận nhóm

Chuẩn bị

Xác định mục tiêu và các chủ đề của thảo luận nhóm (chủ đề thảo luận phải được nhóm nghiên cứu chuẩn bị trước, viết thành bản còn gọi là "Lược đồ thảo luận", lược đồ này nêu lên những vấn đề chính thuộc chủ đề cần được thảo luận, cho mỗi vấn đề, phải đưa ra mục tiêu cần đạt được và các câu hỏi để đạt được mục tiêu đó.

Phát triển các nội dung trọng tâm cần đặt câu hỏi trong thảo luận nhóm (câu hỏi thăm dò). Từ các câu hỏi này, thành viên sẽ thảo luận sâu vào vấn đề.

Xác định đối tượng, người điều hành, thư ký.

Xác định các tiêu chí về địa điểm thảo luận nhóm

Chuẩn bị công cụ thu thập thông tin (giấy, bút, máy ghi âm).

Tiến hành

Sắp xếp ngồi theo vòng tròn

Vẽ sơ đồ chỗ ngồi các thành viên và mã hóa

Chào hỏi, giới thiệu người HD, người quan sát và người tham dự

Giới thiệu mục tiêu của buổi thảo luận

Giới thiệu phương pháp, nguyên tắc thảo luận

Đề nghị tham gia nghiên cứu (đồng thuận nghiên cứu)

Những nguyên tắc trong thảo luận nhóm:

Mọi người đều có cơ hội đóng góp ý kiến

Không có ý kiến đúng sai

Bảo mật thông tin thảo luận nhóm

Có quyền từ chối những câu hỏi không muốn trả lời

Chia sẽ tối đa hiểu biết

Không thảo luận nhóm cá nhân

Không nghe điện thoại di động

Những việc nên làm trong tiến hành thảo luận nhóm

- Tạo cơ hội cho tất cả nêu ý kiến quan điểm

- Thái độ trung lập, không đưa ra ý kiến cá nhân - Để từng người phát biểu: tôn trong mọi ý kiến - Động viên, khích lệ mọi người thảo luận

- Chủ động quan sát diễn biến

- Tập trung vào vấn đề đã chuẩn bị

- Dùng từ ngữ thông thường, hình ảnh minh họa - Tóm tắt trước khi chuyển câu hỏi

- Cần chuyển câu hỏi thảo luận trước khi cuộc thảo luận lắng xuống.

Những việc nên tránh trong tiến hành thảo luận nhóm

Lan man

Trùng lấp

Một số lấn át một số khác

Căng thẳng do các ý kiến bất hòa

Phê phán, chỉ trích

Người hướng dẫn nói nhiều

Phân bố thời gian không cân đối

Quá dài, không nên quá 1g30

Kết thúc thảo luận nhóm

Khi nào kết thúc thảo luận nhóm?

Tóm tắt

Cảm ơn

Tiếp tục trao đổi nếu cần

Tạo điều kiện hỗ trợ đối tượng

Câu hỏi thảo luận nhóm

Phân bố các khu vực cụm dân cư trên địa bàn xã hiện nay như thế nào?

Các vấn đề sức khoẻ nổi cộm hiện nay tại xã nhà là gì?

Các yếu tố ảnh hưởng (nguyên nhân)?

Giải pháp cho các vấn đề tồn tại là gì?

5. Các bước viết báo cáo một cuộc điều tra sức khỏe cộng đồng

Thông thường một báo cáo điều tra sức khỏe cần có các phần cơ bản sau:

5.1. Tóm tắt báo cáo

Phần này được viết ngắn gọn rõ ràng khoảng 1-2 trang bao gồm các nội dung sau:

Lý do tiến hành nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Các phát hiện chính

Kết luận và kiến nghị

5.2. Đặt vấn đề

Các nội dung sau đây cần được giải thích một cách rõ ràng

Lý do tại sao nghiên cứu vấn đề này

Những vấn đề còn tồn tại

Kết quả nghiên cứu trước đó

Các phương pháp đã được áp dụng để nghiên cứu vấn đề này

Tiến hành nghiên cứu để giải quyết vấn đề gì?

5.3. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu cần viết ngắn gọn, rõ ràng, nêu được đầy đủ nội dung nghiên cứu sao cho mục tiêu được thể hiện thật cụ thể, có thể đo đếm được, có thể thực hiện được và có tính thời gian.

5.4. Phương pháp nghiên cứu

Nếu có phương pháp nghiên cứu đúng thì kết quả nghiên cứu sẽ đúng và số liệu thu được có độ tin cậy cao. Sau đây là một số nội dung cơ bản của phương pháp nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

+ Cỡ mẫu

+ Các nghiên cứu viên

+ Kỹ thuật thu thập thông tin

+ Công cụ sử dụng cho thu thập thông tin

+ Quy trình nghiên cứu

+ Các biện pháp khống chế sai số

+ Thời gian nghiên cứu

+ Phương pháp xử lý số liệu

5.5. Kết quả nghiên cứu

Nêu bật trong báo cáo những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu

<u>Ví dụ</u>

Tình hình sức khỏe, bệnh tật của cộng đồng

Những yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tình hình sức khỏe và bệnh tật

Phong tục tập quán hoặc những thói quen có liên quan đến sức khỏe

Hệ thống y tế và thói quen tìm kiếm dịch vụ y tế,…

5.6. Kết luận

Dựa vào mục tiêu để đưa ra kết luận

5.7. Khuyến nghị

Đưa ra các góp ý đối với địa phương, các ban ngành liên quan nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe của cộng đồng, nêu một số việc nên làm và làm tiếp theo.

5.8. Tài liệu tham khảo

5.9. Phụ lục

Danh sách những người tham gia vào nghiên cứu

Danh sách những người đã tham gia các cuộc thảo luận nhóm

Các biểu mẫu thu thập thông tin.

4. PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH Y TẾ

1. Nhu cầu CSSK nhân dân

Nhu cầu chăm sóc sức khoẻ bao gồm nhu cầu về phòng bệnh, nhu cầu KCB và phục hồi chức năng, nhu cầu truyền thông giáo dục sức khoẻ, tư vấn sức khoẻ.

1.1. Nhu cầu phòng bệnh và khám chữa bệnh

1.1.1. Nhu cầu phòng bệnh

Nhằm ngăn ngừa không để bệnh xảy ra hay làm giảm hoặc loại bỏ nguy cơ gây bệnh.

Những bất cập trong kết quả hoạt động của Hệ thống vệ sinh phòng bệnh như: không hoàn thành theo kế hoạch hoặc không đạt được những tiến bộ đáng kể nào trong một năm, trong một giai đoạn thời gian phản ánh nhu cầu cho công tác phòng bệnh.

Số liệu trong các biểu số 10 (CSSK trẻ em),ll(CSSKBM),14 (thực hiện công tác phòng bệnh) và 15 (các bệnh dịch lây và bệnh dịch quan trọng) trong báo cáo tuyến tỉnh cũng như các biểu tương ứng trong báo cáo tuyến quận huyện được sử dụng để phân tích nhu cầu phòng bệnh.

Trong các biểu trên chưa có thông tin về tình hình ô nhiễm môi trường, tình hình cung cấp nước sạch và tình hình ba công trình vệ sinh. Cũng không có thông tin về lối sống (hút thuốc lá, nghiện rượu, ma tuý) và các thông tin về kinh tế xã hội có liên quan đến sức khoẻ như tình hình đói nghèo, tội phạm, thiên tai. Những thông tin này một phần có thể tìm thấy trong báo cáo thống kê kinh tế xã hội của địa phương hàng năm hoặc bổ sung bằng các cuộc điều tra nghiên cứu. Một số thông tin trên cũng có thể thu được từ báo cáo của các trung tâm YTDP, Trung tâm phòng chống các bệnh xã hội của tỉnh (qua hệ thống báo cáo của các chương trình dọc, chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống các bệnh dịch và bệnh xã hội), các dự án y tế khác tiến hành tại địa phương.

Như vậy nguồn số liệu sẵn có cần được tận dụng tối đa.

1.1.2. Nhu cầu khám chữa bệnh, phục hồi chức năng

Được thể hiện qua tình hình mắc bệnh và tử vong, tình hình tàn tật, tàn phế.

Những thông tin về nhu cầu KCB của cộng đồng chỉ được phản ánh một phần qua số liệu báo cáo (vì không có các số liệu báo cáo của hệ thống KCB tư nhân và tình hình ốm tự mua thuốc về chữa) tuy nhiên, những số liệu báo cáo này thể hiện ***yêu cầu KCB của nhân dân*** đối với các cơ sở y tế công lập.

Các nguồn số liệu sẵn có về mắc bệnh và tử vong qua báo cáo thống kê y tế huyện và tỉnh gồm số liệu trong biểu số 16 (tình hình bệnh tật và tử vong tại bệnh viện) ngoài ra còn có thé lấy một phần số liệu trong các biểu 10,11,14,15. Số liệu về tàn tật, tàn phế lấy từ biểu 13 -BCH, biểu 14 -BCT.

+ Một số chỉ số về tình hình mắc bệnh và tử vong:

Tỷ suất mắc, chết các bệnh dịch lây và bệnh quan trọng - 28 bệnh (trên 100.000dân).

Tỷ suất mắc, chết 10 bệnh cao nhất (tính trên 100.000dân).

Cơ cấu bệnh tật và tử vong trong bệnh viện (% mỗi nhóm theo ICD- X).

Tỷ suất chết trẻ em < 5 tuổi (tính trên 1000 trẻ đẻ sống).

Tỷ suất chết trẻ em < 1 tuổi (tính trên 1000 trẻ đẻ sống).

Tỷ suất chết chu sinh (tính trên 1000 trẻ đẻ sống).

Tỷ lệ chết mẹ (tỉnh trên 100 000 trẻ đẻ sống).

Một số chỉ số không có trong báo cáo thống kê y tế tuyến tỉnh nhưng có thể và cần lấy từ các nguồn thống kê kinh tế - xã hội của địa phương:

Hy vọng sống lúc mới sinh (năm).

Hy vọng sống lúc mới sinh của Nam (năm).

Hy vọng sống lúc mới sinh của Nữ (năm).

Chỉ số phát triển con người (HDI).

Nhu cầu KCB còn được thể hiện qua tình hình cung cấp dịch vụ KCB ở các tuyến. Trong báo cáo tuyến tỉnh: biểu 13- BCT, "huyện: biểu 12 -BCH (công tác KCB Yà dịch vụ). Tinh hình tử vong ở bệnh viện không phản ánh tình hình tử vong của địa phương như tổng hợp báo cáo tuyến xã (biểu l: dân số và sinh tử), tuy nhiên có thể sử dụng để phân tích nguyên nhân tử vong trong bệnh viện ở một chừng mực nhất định. Số liệu về tử vong phải được bổ sung bằng kết quả điều tra nghiên cứu nguyên nhân tử vong dùng phương pháp giải phẫu bệnh bằng phương pháp phỏng vấn.

Lưu ý khi phân tích nhu cầu KCB:

Trường hợp thấy số liệu báo cáo tình hình mắc bệnh hoặc tử vong giống nhau giữa các năm cho thấy không có sự thay đổi đáng kể về yếu tố gây bệnh, yếu tố ngăn ngừa bệnh tật cũng như các hoạt động y tế và hoạt động có liên quan tới y tế (kinh tế, giáo dục, thông tin đại chúng...).

Trường hợp thấy số liệu báo cáo không giống nhau giữa các các năm có thể là do chất lượng báo cáo chưa đủ độ tin cậy, song cũng có thể là do có một số yếu tố gây bệnh vừa tăng lên hay giảm đi, và cũng có thể do các hoạt động y tế hoặc các hoạt động khác có liên quan tới sức khoẻ (như nêu ra trên đây), có những thay đổi tốt lên hoặc không tốt. Nên lưu ý là, để giải thích xu hướng tình hình mắc bệnh hay tử vong không chỉ nhìn vào tình hình môi trường, các yếu tố gây bệnh khác và hoạt động y tế địa phương mà là một sự tác động tổng hoà.

Ví dụ như tỷ lệ tỉ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em tăng hay giảm không phải chỉ do tác động của y tế mà còn bởi nhiều hoạt động khác cùng tác động, kể cả việc năm nay được mùa hơn những năm trước. Do nhiều bản kế hoạch khi đưa ra nhận định tình hình sức khoẻ và giải thích chỉ bằng việc biện luận theo góc

độ các dịch vụ y tế đã làm cho bản kế hoạch không mang tính tổng thể và không có tính khách quan nữa. Vì thế, các định hướng công tác cho tương lai cũng có thể không chính xác.

Một điểm nữa cũng cần chú ý là đối với một số bệnh ít xảy ra, với một số địa phương có dân số ít, khi so sánh các tỉ suất mắc hoặc chết hàng năm phải rất thận trọng. Vì về mặt dịch tễ học, tỉ lệ tính hàng năm chưa đủ độ tin cậy cho dù không có sai sót khi thu thập thông tin, báo cáo (Ví dụ, tỉ suất chết vì bệnh sởi của năm nay bằng 3/10.000 dân so với 6/10.000 dân của năm trước và kết luận: tỉ suất mắc tới năm nay bằng 1/2 năm trước là chưa đủ cơ sở, sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê thống kê). Đối với tuyến tỉnh, nhìn chung số liệu thống kê có thể dùng được để xác định các vấn đề sức khoẻ ở một chừng mực nhất định.

Để mô tả tình hình sức khoẻ, cần phải thể hiện bằng các chỉ số mà còn phân bố các chỉ số đó theo các vùng để thấy sự cách biệt giữa các vùng, từ đây khẳng định thêm cho các nhu cầu ưu tiên cho phân bổ ngân sách cho vùng nào nghèo hơn, địa hình khó khăn hơn và tình hình sức khoẻ kém hơn.

1.1.3. Nhu cầu giáo dục sức khoẻ và tư vấn sức khoẻ

Các nguồn số liệu từ hệ thống báo cáo thống kê y tế hiện nay chư có các thông tin này. Chủ yếu phải sử dụng các kết quả nghiên cứu, điều tra KAP của các chương trình dọc hoặc các dự án y tế. Do phương pháp đánh giá khác nhau nên cần thận trọng khi nhận định kết quả cũng như so sánh các xu hướng biến động về kiến thức vệ sinh phòng bệnh phổ cập của cộng đồng. Nhu cầu tư vấn sức khoẻ chủ yêu nhận định một cách gián tiếp qua tình hình bệnh nhân và khám bệnh của bệnh viện. Rất hiếm đề tài nghiên cứu đề cập tới nhu cầu này.

1.2. Các chỉ tiêu sức khoẻ, chỉ tiêu kế hoạch

Các mục tiêu sức khoẻ của ngành y tế địa phương có xuất phát từ mục tiêu sức khoẻ của cả nước theo Nghị quyết 37/CP của Chính phủ, ký ngày 20 tháng 6 năm 1996 về Định hướng chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân trong thời gian 1996-2000 và 2020.Sau đó là Quyết định của Thủ tướng chính phủ số 35/2001/QĐ- TTg Phê duyệt Chiến lược CSBV SK ND giai đoạn 2001-2010.

Những mục tiêu chiến lược chung cho cả nước là:

Giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ, làm cho nòi giống ngày càng tốt.

Đảm bảo công bằng, nâng cao chất lượng và hiệu quả, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của mọi tầng lớp nhân dân, đưa SKND đạt mức trung bình của các nước trong khu vực.

Mục tiêu cụ thể đến năm 2020:

Tuổi thọ trung bình đạt 75 tuổi.

Giảm chết trẻ em dưới 1 tuổi còn 15 - 18%0.

Giảm chết trẻ em dưói 5 tuổi còn 20%o.

Giảm tỷ lệ trẻ để ra nhẹ cân còn 5%.

Giảm SDD trẻ em < 5 tuổi dưới 15% và không còn SDD nặng.

Tăng chiều cao TB của thanh niên lên lm65.

Thanh toán thiếu hụt Iode vào năm 2005.

Giảm hẳn tỷ lệ mắc và chết do các bệnh truyền nhiễm gây dịch. Cải thiện tình hình bệnh tật của nhân dân.

Thanh toán bại liệt, uốn ván sơ sinh, sốt rét. Khống chế các bệnh dịch khác v.v.

Hạn chế tốc độ gia tăng của HIV, giảm tối đa ảnh hưởng xã hội của HIV/AIDS.

Ngoài ra Quyết định còn nêu các chỉ tiêu về các giải pháp chiến lược nhằm phấn đấu đạt được các chỉ tiêu sức khoẻ nêu trên.

2. Phân tích tình hình các nguồn lực y tế của địa phương

Trong mục 1 phân tích tình hình sức khoẻ nhân dân trong địa phương nghĩa là đề cập tới nhu cầu chăm sóc sức khoẻ các cộng đồng dân cư với những đặc điểm khác nhau, ở phần mục này sẽ phân tích tình hình nguồn lực đảm bảo cho việc cung cấp dịch vụ y tế và qua đó nhận định khả năng đáp ứng nhu cầu CSSK cộng đồng của mạng lưới y tế trong địa bàn.

2.1. Nguyên tắc chung

Để phân tích một cách có hệ thống, nên lần lượt phân tích từ các ***chỉ số đầu vào và tổ chức hoạt động trong mối liên hệ với các kết quả đầu ra.***

Đầu vào:

Bao gồm những nguồn lực có được cho các hoạt động y tế, gồm nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nguồn ngân sách. Khi phân tích nguồn nhân lực nên chú ý cả về số lượng, chất lượng cán bộ, sự phân bổ các loại cán bộ theo hệ và theo tuyến. Tỉ lệ cân đối giữa các loại cári bộ trong từng lĩnh vực. Việc mô tả theo diễn biến thời gian cũng như đối chiếu với sự biến động cơ cấu dân số cũng như cơ cấu bệnh tật trong các quần thể dân cư cho phép nhận định tình hình sử dụng nguồn lực y tế của địa phương.

Tổ chức hoạt động: Có nguồn lực nhưng sử dụng chúng không hợp lý, không đúng mục đích, thiếu cơ sở lý luận và thực tế, thiếu linh hoạt nhạy bén sẽ dẫn đến lãng phí nguồn lực vốn luôn luôn hạn chế và dẫn đến hiệu quả thấp. Tinh trạng áp dụng máy móc cách tiến hành một hoạt động theo chỉ đạo chung toàn quốc, toàn tỉnh mà không chú ý đúng mức tới các điều kiện và hoàn cảnh cụ thể và nhất là nhu cầu CSSK của địa phương mình và của từng nhóm đối tượng phục vụ hay chỉ dựa vào kinh nghiệm đom thuần là phổ biến ở tuyến huyện và cũng gặp khá nhiều trong các bản kế hoạch của sở y tế tỉnh thành. Để sử dụng nguồn lực một cách hợp lý, mang lại hiệu quả cao không ***chỉ biết làm***

đúng mà cần sửa sai. Kiến thức kinh tế y tế, nhất là phương pháp phân tích chi phí, phân tích hiệu quả sẽ giúp ích rất nhiều ***cho*** việc phân tích nguồn lực ***y*** tế địa phương kể cả đối với tuyến huyện và các đơn vị tuyến tỉnh trực thuộc sở y tế.

Khi phân tích nguồn lực y tế cần chú ý tới việc tuân thủ các văn bản pháp quy về quản lý nhân lực, tài chính và vật tư thiết bị, quản lý dự án. Trong một số trường hợp nguồn lực không sử dụng đúng nguyên tắc và quy định quản lý tài chính, vật tư thiết bị, thuốc và sinh phẩm cùng các nguyên tắc tổ chức và quản lý cán bộ gây ra nhiều ách tắc không cần thiết, thậm chí còn có cả các sai phạm nghiêm trọng. Nhiều trường hợp có đủ hoặc không thiếu nguồn lực nhưng không nghiên cứu các văn bản quản lý nhà nước hoặc không có cơ chế huy động và sử dụng hoặc vận dụng văn bản không đúng, tuỳ tiện sẽ làm cho " đủ" thành "thiếu" nguồn lực.

2.2. Nhân lực y tế

Khi phân tích nhân lực y tế thường tính toán các chỉ số như:

Tổng số cán bộ y tế.

Bình quân số dân có một cán bộ y tế nói chung và theo từng loại cán bộ, trình độ chuyên môn.

Cơ cấu, phân bố cán bộ y tế theo từng tuyến tỉnh -huyện- xã-thôn bản , trong từng tuyến lại theo từng lĩnh vực KCB, phòng bệnh, đào tạo, quản lý v.v...

Tinh hình đào tạo cán bộ y tế trên địa bàn.

Nguồn lực y tế tư nhân, bao gồm các cơ sở KCB, dịch vụ KHHGĐ, cung cấp thuốc.

Nguồn số liệu về nhân lực y tế trên địa bàn có được trong biểu số 6 của BCH và BCT. Số liệu về đào tạo cán bộ có trong biểu 7- BCT của báo cáo tỉnh thành.

Không chỉ đơn thuần tính các chỉ số trên, cần phải so sánh , đối chiếu giữa các chỉ số đầu ra, chỉ số về tình hình mắc bệnh , tử vong, tình hình thực hiên các chương trình y tế quốc gia, chỉ số hoạt động của công tác phòng bệnh đé đối chiếu với các huyện khác nhau trong tỉnh, và đối chiếu với kết quả phân tích trong vài ba năm trước để trả lời cho các câu hỏi sau:

Có đủ hay thiếu?

Tương xứng với nhu cầu CSSK hay không?

Lĩnh vực nào thiếu cán bộ?

Nơi nào chất lượng dịch vụ có thể thấp vì không đủ cán bộ có trình độ chuyên môn phù hợp?

Nơi nào có nguy cơ thừa nhân lực hoặc phân bổ nhân lực bất hợp lý? Không nên quên phân tích những nguyên nhân nào dẫn tới bất hợp lý cũng như phân tích khả năng, nhu cầu phát triển nguồn nhân lực trong 5 năm tới cho địa

phương mình.

Hàng năm biên chế từng loại cán bộ y tế cần có là bao nhiêu?

Phân bổ vào những lĩnh vực nào (phòng bệnh, chữa bệnh, dược và quản

lý)?

Mỗi năm cần đào tạo bao nhiêu cán bộ cho từng lĩnh vực?

Để có được số cán bộ y tế cần thiết bổ sung hàng năm phải chi phí hết bao nhiêu tiền hoặc cần bao nhiêu % ngân sách hàng năm.

Nhân lực y tế được trình bày dưới dạng các bảng biểu thống kê chung toàn tỉnh, huyện, theo từng tuyến, từng lĩnh vực. Nếu có thể được, cần trình bày theo từng khu vực địa lý. Để có thể so sánh, đối chiếu được, ngoài việc đưa ra con số tuyệt đối, phải viết dưới dạng các chỉ số như những ví dụ sau:

Số cán bộ y tế/10.000 dân.

Số bác sỹ và bác sỹ trên đại học/10.000 dân.

Số nữ hộ sinh (nói chung)/l0.000 dân.

Số dược sỹ đại học, trung học/10.000 dân. Đối với lĩnh vực khám chữa bệnh:

Số cán bộ y tế/1 giường bệnh.

Tỷ số y tá, điều dưỡng/bác sỹ.

Đối với lĩnh vực phòng bệnh và y tế cộng đồng:

Số cán bộ y tế / 10.000 dân.

Tỷ số cán bộ đại học/cận bộ trung, sơ học.

Số nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi / 10.000 dân.

Tỷ lệ xã có bác sỹ (%).

Tỷ lệ thôn, ấp có cán bộ y tế thôn (%).

Tỷ lệ trạm y tế xã có cán bộ được đào tạo về dược (%).

Tỷ lệ trạm y tế xã có thầy thuốc y học dân tộc (%).

Khi phân tích diễn biến nhân lực y tế trong một khoảng thời gian (thường là 5 năm) của một tỉnh/thành cần trả lời cho những câu hỏi sau:

Tại địa phương có tình trạng thiếu hay thừa nhân lực y tế hay không? Mức độ thiếu hay thừa nhân lực ra sao? Thừa ở cơ quan nào, lĩnh vực nào, loại cán bộ nào?

Phân bổ nhân lực y tế cho các tuyến, các lĩnh vực có hợp lý hay không? Nếu không hợp lý, nêu cụ thể ở tuyến nào, lĩnh vực nào?

Tinh trạng thiếu cán bộ y tế hay sự phân bổ cán bộ y tế chưa hợp lý (nếu có) được thể hiện như thế nào (tuyến nào, lĩnh vực nào, vùng nào)?

Trình độ cán bộ y tế trong từng lĩnh vực, từng tuyến có gì bất cập so với nhu cầu CSSK của cộng đồng?

Xu thế biến động về Số lượng và chất lượng cán bộ y tế trong một số năm gần đây ra sao?

Những nguyên nhân giải thích cho những vấn đề tồn tại về nguồn và bố tri, sử dụng nhân lực y tế là gì? Yếu tố nào, nguyên nhân nào có thể khắc phục được?

Nhu cầu nhân lực y tế (về Số lượng, chất lượng, phân bổ cán bộ theo tuyến, theo lĩnh vực) cho giai đoạn 5 năm tới như thế nào?

Khả năng điều chuyển cán bộ hoặc phân bổ lại nguồn nhân lực y tế trong thời gian tới như thế nào, cần có các điều kiện gì và làm thế nào để có được các điều kiện đó? Việc phân tích nguồn nhân lực y tế cuối cùng là để đưa ra kiến nghị nhằm có được và sử dụng tối đa năng lực cán bộ y tế nhằm đạt mục tiêu.

Để nhận định tình hình, cần dựa vào những quy định của Bộ Y tế về bố trí cán bộ cho từng tuyến, từng lĩnh vực. về trình độ cán bộ y tế, cần dựa vào phân

bổ cán bộ theo các bậc học (y tá, y sỹ, bác sỹ, dược sỹ,,.) cũng như những nhận xét chung về khả năng hoàn thành nhiệm vụ, những sai sót chuyên môn đã xảy ra và dựa vào tỷ lệ % những cán bộ y tế của từng tuyến, từng lĩnh vực đã được đào tạo lại, đào tạo liên tục trong 5 năm qua.

Để đưa ra nhu cầu nhân lực y tế cho từng tuyến, từng lĩnh vực cho giai đoạn 5 năm tới phải dựa vào kết quả phân tích tình hình như vừa nêu, đồng thời dựa vào sự biến động dân số, số giường bệnh tăng hay giảm, các nhu cầu về phòng bệnh và giáo dục sức khoẻ. Những bất hợp lý, những thiếu hụt cán bộ y tế của giai đoạn 5 năm này là yêu cầu cần khắc phục đầu tiên cho 5 năm tới. Mặt khác, nhu cầu nhân lực y tế của huyện này cũng phải tương đối phù hợp với mặt bằng chung của các huyện khác cùng đặc điểm và khả năng đào tạo, bố trí cán bộ y tế trong cả tỉnh cũng như trong các quy định mới (nếu có) về tổ chức bộ máy hay chức năng nhiệm vụ của y tế tuyến huyện.

2.3. Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế

Một khi chưa có quy chuẩn về diện tích cũng như thiết kế các loại cơ sở y tế, việc nhận định sẽ dễ bị chủ quan. Vì vậy cần dựa vào nhu cầu tối thiểu về xây dựng và thiết kế tương ứng với quy mô các khoa phòng truyền thống, cũng như hệ thống các nhà dịch vụ và xử lý chất thải. Cần mô tả tình trạng sử dụng và chất lượng công trình.

Đối với trang bị y tế, cần đối chiếu với quy định của Bộ Y tế về cơ sở trang bị y tế cho các khoa phòng (kể cả lâm sàng, xét nghiệm và vệ sinh phòng dịch) cho từng loại cơ sở của từng tuyến. Thêm vào đó nêu ra được mức độ sử dụng các trang thiết bị này và đối chiếu với thực tế lưu lượng bệnh nhân cũng như yêu cầu chuyên môn kỹ thuật hàng ngày để nhận xét tình trạng thiếu, đủ hay thừa trang thiết bị. Nếu thiếu ở bộ phận nào và thiếu loại trang thiết bị gì, Số lượng là bao nhiêu. Vấn đề phụ tùng thay thế, hoá chất, thuốc thử, thuốc chữa

bệnh cũng cần mô tả để thấy được những thiếu hụt hiện tại và nhu cầu bổ sung, dự trữ cho 5 năm tới.

Nguồn số liệu về trang thiết bị cho bệnh viện các tuyến huyện, tỉnh từ báo cáo thống kê y tế huyện biểu 8-BCH và báo cáo tỉnh biểu 9-BCT. Các trang bị y tế xã không có đầy đủ trong báo cáo của YT huyện và cả trong biểu 7 của báo cáo xã. Khi cần có số liệu về TTBYT của trạm y tế xã cần tổ chức điều tra nghiên cứu, đối chiêu giữa danh mục 'của BYT ban hành với số hiện có, số đang sử dụng tại TYTX.

Đối với cơ sở vật chất cho tuyến xã, hiện nay đã có quy chuẩn về xây dựng, thiết kế nhà trạm và danh mục trang thiết bị y tế cho trạm y tế xã, danh mục trang thiết bị cho phòng khám đa khoa khu vực. Đối với tuyến huyện và tỉnh, hiện nay có thể dựa vào quy chế bệnh viện các tuyến, chức năng nhiệm vụ của các trạm chuyên khoa đưa ra do các viện đầu ngành. Dựa vào kết quả thống kê tình hình trang thiết bị, nhà trạm đúng quy chuẩn và không bị xuống cấp để đưa ra nhận định cũng như nhu cầu cho giai đoạn 5 năm tới. Tình trạng thừa hay sử

dụng trang thiết bị, cơ sở nhà cửa, ở mức độ thấp cần được đề cập và phân tích nguyên nhân nhằm sử dụng tối đa và hợp lý các nguồn lực này.

2.4. Ngân sách và quản lý tài chính

Ngân sách y tế được mô tả dưới dạng các số liệu tuyệt đối giữa các năm và trung bình 5 năm. Để đối chiếu với quy định mức ngân sách y tế cho từng tuyến cũng như từng cơ sở chuyên khoa để so sánh được với các địa phương, lĩnh vực khác, theo mặt bằng chung của cả nước, cả tỉnh.

Việc phân tích tài chính y tế cho phép giải thích cho biến động của các chỉ số hoạt động cũng như kết quả đầu ra của các hoạt động.

Những người làm công tác quản lý quản lý y tế đôi khi có nhược điểm ít khi nhìn nhận vấn đề tài chính y tế một cách thấu đáo. Thường thì việc phân tích cũng chỉ dừng ở mức so sánh các nguồn thu, các khoản chi giữa năm này với năm khác để thấy sự tăng giảm và xu hướng biến động. Lý do một phần là ngân sách thường rất thấp, chỉ đủ duy trì hoạt động ở mức rất hạn chế, chi cho phát triển rất ít hoặc nếu có thì cũng không đều, năm nhiều năm ít không có quy luật.

Người làm công tác quản lý cần đặc biệt chú ý đặt các chỉ số đầu vào bên cạnh chỉ số đầu ra để thấy sự không đồng biến hoặc có thể nghịch biến (đầu vào tăng nhưng đầu ra giảm) và từ đó đi tìm nguyên nhân. Điều này cũng hay gặp đối với cán bộ phụ trách chương trình.

Phân tích tình hình tài chính y tế huyện, tỉnh sẽ cung cấp nhiều thông tin bổ ích cho việc lập kế hoạch y tế hàng năm và kế hoạch tài chính cho năm sau cũng như cho tương lai những năm tiếp theo, trong đó cần chỉ ra:

Ngân sách cần tăng hàng năm là bao nhiêu? Cụ thể năm tới là bao nhiêu?

Phân bổ ngân sách cần ưu tên cho lĩnh vực nào và mức chi tăng giảm bao nhiêu nguồn thu từ đâu, tại sao?

Cơ chế thu chi tài chính cần thay đổi gì? Có thể áp dụng các văn bản hướng dãn nào? Nếu chưa có văn bản vậy tạm thời xin áp dụng cơ chế tài chính theo văn bản nào?

Để xây dựng kế hoạch ngân sách y tế, một khi được thông báo (dự kiến) ngân sách y tế cho từng năm, sau khi phân tích tình hình tài chính của địa phương có thể đưa ra số liệu tuyệt đối về ngân sách y tế thực hiện cho năm sau để trình cấp có thẩm quyền phê duyệt.

Từ việc tổng hợp các số liệu thống kê theo các nhóm vừa nêu, bước tiếp theo cần phải làm là phân tích để tìm ra những vấn đề tồn tại do thiếu kinh phí hoặc sử dụng các nguồn thu không hợp lý trong năm trước và những nguyên nhân chủ yếu dẫn tới cá.

2.5. Tình hình cung ứng và sử dụng thuốc trên địa bàn

Đây là một lĩnh vực rất quan trọng, đặc biệt là tình trạng người ốm tự mua thuốc về chữa rất cao (khoảng 30-70% số trường hợp ốm) . Trong khi tình trạng

thiếu thuốc chữa bệnh đã không còn là vấn đề lớn nữa, quản lý thuốc trên thị trường cần chú ý tới các hậu quả của lạm dụng thuốc và sử dụng thuốc không an toàn. Rất tiếc là hệ thống thống kê y tế của ta hiện nay chưa cung cấp số liệu về tình hình cung ứng và sử dụng thuốc một cách đầy đủ và chính xác trên địa bàn tỉnh. Đối với địa bàn huyện lại càng thiếu thông tin hơn.

'Vì vậy khi muốn có thông tin thường phải dựa vào các kết quả điều tra, nghiên cứu chuyên đề... Số liệu trong báo cáo tỉnh huyện về sản xuất và kinh doanh dược trên địa bàn rất nghèo nàn, không đủ để phân tích, cho dù là phân tích sơ bộ.

3. Phân tích tình hình công tác khám chữa bệnh trên địa bàn

Trong khi phân tích tình hình sử dụng dịch vụ KCB trên địa bàn chúng ta đã nói đến tình hình hoạt động KCB của các cơ sở y tế công lập.

Yêu cầu phân tích tình hình công tác KCB trên địa bàn tỉnh và huyện khá cao, song trường hợp chỉ sử dụng thông tin sẵn có, không tiến hành điều tra nghiên cứu được, để viết báo cáo tình hình y tế địa phương nhất là để viết báo cáo về tính hình y tế hàng năm chỉ đặt ra yêu cầu tối thiểu.

Khi xây dựng kế hoạch 5 năm của tỉnh cần có thêm thông tin từ điều tra người sử **dụng dịch vụ y tế, qua đó cho biết chính xác hơn tình hình sử dụng dịch vụ y tế không** chỉ đối với các cơ sở y tế nhà nước mà còn hệ thống tư nhân, thêm vào đó là các thông tin về lý do lựa chọn và không lựa chọn cơ sở KCB của hệ thống y tế công.

Để phân tích tình hình hoạt động khám chữa bệnh ở các bệnh viện có thể sử dụng biểu số 13-BCT và biểu số 12- BCH. Các báo cáo của bệnh viện huyện, tỉnh (BC-BV).

Qua phân tích tình hình hoạt động KCB ở các bệnh viện đa khoa tỉnh, bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, bệnh viện huyện có thể tính được:

Các chỉ số phản ánh tình hình khám bệnh, chữa bệnh nội trú, điều trị ngoại trú. Các chỉ số về KCB cho đối tượng bảo hiểm y tế.

Số lần khám bệnh bình quân(lần)/ người/năm.

Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú/1000 dân/năm.

Tỷ lệ lượt bệnh nhân điều trị ngoại trú/1000 dân/năm.

Tỷ lệ lần khám, chữa bệnh BHYT/1000 người có thẻ BHYT/năm. + Tính được các chỉ số về công suất sử dụng cơ sở KCB:

Công suất sử dụng giường bệnh.

Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân ra viện.

Vòng quay giường bệnh nội trú (số BN nội trú/giường/năm).

Tỷ lệ phẫu thuật, thủ thuật (trên số bệnh nhân nội, ngoại trú).

Các chỉ số Đánh giá sơ bộ chất lượng KCB thông qua tình hình chuyển viện nhất là các bệnh thuộc tuyến điều trị được phân cấp nhưng vẫn phải chuyển viện, tỷ lệ khỏi ra viện. Tỷ lệ chết trước 24 giờ nhập viện (BC-BV), nhất là đối với trẻ em. Chất lượng KCB của các bệnh viện cũng thể hiện qua các nguồn lực của bệnh viện, trình độ cán bộ (Ví dụ tỷ lệ có bằng sau đại học, thạc sỹ, tiến sỹ, CKI,CKII); trình độ trang thiết bị y tế cho chẩn đoán và chữa bệnh, tình hình sử dụng thuốc, năng lực chẩn đoán và ứng dụng kỹ thuật cao. Những thông tin này có thể lấy từ báo cáo thống kê bệnh viện. Trong chừng mực nhất định, nếu tiếp cận được kiểm điểm tử vong của bệnh viện cũng có thể cho thấy những sai sót chuyên môn.

Tỷ lệ ***%*** BN chuyển viện.

Tỷ lệ % trường hợp tử vong trước 24 giờ (trên tổng số tử vong).

Các chỉ số đầu vào của bệnh viện (nhân lực, kinh phí, gường bệnh, trang thiết bị theo quy định của BYT V.V.).

Những chỉ số phân tích chi phí bình quân cho khám chữa bệnh để đánh giá hiệu quả chi phí. Đặc biệt là khi phân tích trực tiếp các bệnh án bệnh nhân ra viện của từng khoa phòng.

Các chỉ số trên được phân tích chung cho toàn tỉnh, theo các tuyến, theo các cơ sở y tế và cả theo các khoa phòng trong bệnh viện các tuyến huyện và tỉnh.

Tình hình KCB của tuyến xã: Cho dù một trạm y tế xã chỉ có từ 4 đến 6 giường bệnh nội trú, một đến ba y sỹ, không quá hai bác sỹ hoạt động y tế xã vẫn gần dân nhất. Chủ yếu là KCB ngoại trú cho các đối tượng có hoặc không có BHYT. Tinh hình KCB tại các trạm y tế xã khá quan trọng khi phân tích tình hình hoạt động KCB của một huyện. Tuy nhiên khó có thể phân tích theo từng xã vì quy mô dân số ở đây thường nhỏ.

Các chỉ số tính toán cơ bản tương tự như với bệnh viện, trong đó chú trọng

cả hình hình KCB bằng y học cổ truyền. ít khi thấy có báo cáo về sử dụng giường bệnh nội trú tại trạm, cũng khá ít báo cáo đưa ra số liệu về phẫu thuật và thủ thuật tại TYTX

Hoạt động KCB của hệ thống y tế tư nhân: khó có thể lấy số liệu từ báo cáo y tế địa phương, cần phải có các điều tra nghiên cứu hộ gia đình bổ xung. Khi phân tích các bệnh án của bệnh viện có thể cho thấy một phần chất lượng của các dịch vụ tư nhân thông qua tỷ lệ các bệnh nhân đến viện muộn vì bị y tế tư giữ lại (ví dụ viêm ruột thừa đến muộn vì đến thầy thuốc tư hoặc đến thầy lang).

4. Phân tích tình hình CSSK bà mẹ, trẻ em và KHHGĐ

Khá nhiều chỉ tiêu y tế nhằm vào đối tượng là bà mẹ và trẻ em. Cần dựa vào các mục tiêu quốc gia để đánh giá tình hình của tỉnh và dựa vào các chỉ tiêu của tỉnh để đánh giá tình hình của huyện .

Nguyên tắc của phân tích là phải đối chiếu, so sánh theo nhiều năm và so sánh giữa địa phương này với địa phương khác trong cùng một năm. Phải chọn các chỉ số có độ tin cậy cao và nhậy .

Cho dù hệ thống báo cáo y tế hiện nay chứa đựng nhiều thông tin về công tác CSSKBM-TE -KHHGĐ không phải tất cảc các báo cáo đều đầy đủ và có độ tin cậy như nhau. Khi phân tích tình hình, cần dựa vào các chỉ số là chính, song cũng cần chọn lọc các chỉ số đễ thu thập nhất, dễ kiểm tra chất lượng thông tin nhất, và phải đủ nhạy để phân tích (nghĩa là sự thay đổi của chỉ số đó phản ánh được những vấn đề tồn tại hay các thành tựu của hoạt động y tế) . Cũng nên nhớ là có những thông tin định tính, hoặc một số thông tin về lượng không thể hiện bằng chỉ số nhưng cũng có giá trị.

4.1. Phân tích tình hình công tác CSSKBM và KHHGĐ

Các chỉ số cơ bản sử dụng có thể lấy ra từ báo cáo thống kê y tế tuyến huyện (Biểu 10-BCH và biểu 11-BCT của báo cáo tỉnh). + Các chỉ số hoạt động đầu ra và chỉ số tác động:

Tỷ lệ phụ nữ 15-35 tuổi được tiêm phòng uốn ván > 2mũi (%).

Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván > 2 mũi (%).

Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám ít nhất 1 lần (%).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ tại cơ sở y tế (%).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế chăm sóc (%).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ được chăm sóc sau khi sinh (%).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ được chăm sóc tuần đầu sau sinh (%).

Tỷ lệ cặp vợ chồng chấp nhận biện pháp tránh thai (%).

Tỷ lệ sử dụng từng loại biện pháp tránh thai (thuốc, vòng, bao cao su, triệt sản ...)(%).

Tỷ lệ tai biến do thực hiện Kế hoạch hoá gia đình (%).

Tỷ lệ nạo hút thai (%).

Tỷ lệ xảy thai tự nhiên (%).

Tỷ lệ mắc, chết do từng tai biến sản khoa (tính trênioo.ooo sơ sinh sống).

Số lượt khám phụ khoa bình quân /người/năm (lượt).

Tỷ lệ lượt chữa phụ khoa (%).

+ Các chỉ số nguồn lực đầu vào chủ yếu tập trung về nhân lực y tế cho công tác này:

Tỷ lệ xã có NHS trung cấp hoặc y sỹ sản nhi.

Tỷ lệ thôn bản có cán bộ y tế biết khám thai, đỡ đẻ.

Các chỉ số về nguồn lực khác như trang bị y tế cho Trung tâm BVBMTE tỉnh, khoa sản của các bệnh viện, phòng dịch vụ KHHGĐ của các trạm y tế xã có thể phải thu thập từ các báo cáo của các trung tâm này hoặc từ báo cáo bệnh viện v.v.

4.2. Chăm sóc sức khoẻ trẻ em

Các chỉ số sau đây về các kết quả hoạt động đầu ra và tác động trên sức khoẻ trẻ em có thể tính được từ báo cáo y tế tỉnh (biểu 10-BCT) và huyện (biểu 9- BCH)

Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm phòng Lao (BCG) (%).

Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm phòng HG,BH,UV (DPT) (%).

Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được uống vacxin phòng Bại liệt (OPV) (%).

Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm phòng Sởi (%).

Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ (%).

Tỷ lệ tiêm phòng viêm Não (%).

Tỷ lệ tiêm phòng viêm Gan B (%).

Tỷ lệ tiêm phòng Thương hàn (%).

Tỷ lệ uống vắcxin phòng Tả (%).

Tỷ suất mắc, chết 6 bệnh có vacxin của trẻ em <15 tuổi (‰).

Tỷ lệ mắc, chết uốn ván sơ sinh (tính trên 1000 trẻ đẻ sống).

Tỷ lệ trẻ em < 3 tuổi được uống vitamin A (%).

Tỷ lệ trẻ em < 2 tuổi được theo dõi biểu đồ tăng trưởng (%).

Tỷ lệ trẻ em 2-5 tuổi được theo dõi biểu đồ tăng trưởng (%).

Một số chỉ số khác từ báo cáo của chương trình ARI, CDD hoặc từ điều tra nghiên cứu:

Số lần mắc Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính bình quân của trẻ em <5 tuổi (lần).

Tỷ lệ trẻ em không viêm phổi nhưng dùng kháng sinh (%).

Tỷ lệ trẻ em viêm đường hô hấp cấp tính được điều trị đúng (%).

Tỷ suất chết do Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của trẻ em dưới< 5 tuổi (tính trên 100.000 trẻ em dưới 5 tuổi)

Tỷ lệ tiêu chảy được điều trị ORS tại nhà hoặc tại TYTX (%).

Tỷ suất chết do tiêu chảy của trẻ em dưới 5 tuổi (tính trên 100.000 trẻ dưới 5tuổi)

Các chỉ số trên đây được tính toán và phân tích theo tuyến và theo địa bàn dân cư có điều kiện kinh tế xã hội khác nhau, theo thời gian so sánh giữa các

huyện trong tỉnh sẽ cho thấy các xu hướng biến động qua đó thể hiện những bất cập, những nguyên nhân thành công và nguyên nhân dẫn đến thất bại.

Bản phân tích tình hình không chỉ nêu ra các chỉ số và cho biết đạt hay chưa đạt mục tiêu mà còn nêu những vấn đề tồn tại có thể giải quyết được trong phạm vi nguồn lực cho phép của năm sau cũng như theo lộ trình của một số năm tiếp thẽo trong KH 5 năm.

Khi phân tích tình hình không quên rằng CSSKBMTE-KHHGĐ liên quan nhiều đến hoạt động của các ban ngành khác trên địa bàn (UBDS -GĐ và CSTE, Hội phụ nữ, ngành thông tin, giáo dục V.V.). Những thiếu sót trong lồng ghép, phối hợp hoạt động liên ngành do thiếu điều phối cũng phải chỉ ra thật rõ.

5. Phân tích tình hình thực hiện các chương trình y tế (ngoài các chương trình CSSKBM-TE-KHHGĐ)

5.1. Những chỉ tiêu cơ bản của ngành sử dụng trong phân tích tình hình thực hiện một số chương trình y tế

Trong Quyết định số 2553/2002/QĐ-BYT ngày 4/7 năm 2002 quy định 121 chỉ tiêu cơ bản ngành y tế có 29 chỉ tiêu báo cáo về tình hình thực hiện công tác phòng chống các bệnh xã hội. Cho dù trong số các chỉ tiêu đưa ra có một số chỉ tiêu không có trong các biểu mẫu báo cáo như: giá trị trung vị Iode niệu, tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi bị tàn tật được đến trường, nhìn chung các chỉ số còn lại sau đây có thể được tính từ hệ thống kê báo cáo. Một số chỉ tiêu tính bằng tỷ suất (hay số mới phát hiện trong năm) có thể chỉ là ước tính qua số đến khám hoặc số chết theo báo cáo. Nhiều chỉ số báo cáo dưới đây chỉ có được từ báo cáo của các chương trình dọc và bằng các phương phát khám phát hiện trong cộng đồng.

Chương trình phòng chống phong:

Tỷ lệ lưu hành bệnh Phong (tính trên 10.000 dân).

Tỷ lệ phát hiện bệnh Phong (tính trên 100.000 dân).

Tỷ lệ tàn tật độ 2 trong số bệnh nhân Phong mới phát hiện (%).

Chương trình phòng chống lao:

Tỷ suất mắc, chết do Lao (tính trên 100.000 dân).

•.Tỷ suất bệnh nhân Lao mới phát hiện (tính trên 100.000 dân).

Chỉ số mắc Lao Phổi AFB+ mới phát hiện (tính trên 100.000 dân).

Tỷ lệ bệnh nhân Lao Phổi AFB+ điều trị khỏi (%).

Tỷ lệ tử vong trong điều trị Lao (%).

Chương trình phòng chống sốt rét:

Tỷ suất mắc, chết do bệnh Sốt rét (tính trên 100.000 dân).

Tỷ lệ dân số được bảo vệ bệnh Sốt rét (%).

Tỷ suất dân số được điều trị Sốt rét (%).

Tỷ suất dân số được điều trị chữa bệnh Sốt rét (%).

Tỷ suất dân số được điều trị phòng bệnh Sốt rét (%).

Tỷ lộ lam có ký sinh trùng Sốt rét (%).

Số vụ Sốt rét trong năm.

Tỷ suất mắc, chết Sốt rét của trẻ dưới 15 tuổi (tính trên 100 000 trẻ dưới 15 tuổi).

Tỷ lệ mắc, chết Sốt rét của phụ nữ có thai (tính trên 100 000 PN có thai).

Chương trình phòng chống thiếu hụt iod:

Giá trị trung vị iod niệu.

Tỷ lệ trẻ em từ 6-12 hoặc 8-10 tuổi bị bệnh bướu cổ (%).

Chương trình phòng chống HIV/AIDS và các bệnh STDs:

SỐ nhiễm HIV/AIDS mới phát hiện (người).

Số nhiễm HIV/AIDS tích luỹ (người).

SỐ chết do AIDS (người).

Tỷ lệ mắc Giang mai bẩm sinh (%)

Tỷ lệ mắc Lậu mắt ở trẻ sơ sinh (%).

Chương trình khống chế bệnh tâm thần:

Tỷ suất mắc bệnh nhân Tâm thần phân liệt (tính trên 100.000 dân).

Tỷ suất mắc bệnh nhân Động kinh (tính trên 100.000 dân).

Chương trình phục hồi chức năng tại cộng đồng:

Tỷ lệ người tàn tật trên 15 tuổi được hội nhập (%).

Tỷ lệ trẻ em dưói 15 tuổi bị tàn tật được đến trường (%).

Chương trình VSAT thực phẩm :

Số vụ ngộ độc thực phẩm.

Đé phân tích tình hình thực hiện một số chương trình mục tiêu quốc gia trên đây cần có thêm nhiều thông tin từ các nguồn khác, tuỳ thuộc vào hệ thống báo cáo cho các chương trình dọc tại địa phương .

5.2. Nguyên tắc chung trong viết phân tích đánh giá tình hình

Có hai cách phân tích:

Cách phân tích thứ nhất bắt đầu từ các kết quả hoạt động *(Hoạt động và kết quả đầu ra trực tiếp của các hoạt động làm giảm nguy cơ) và tác* động trên sức khoẻ (qua tỷ lệ mắc bệnh, tàn phế và tử vong) sau đó trình bày về các nguyên nhân gồm nguồn lực và các biện pháp tổ chức quản lý hoạt động chương trình, dự án. Mỗi chương trình mục tiêu có những nội dung

hoạt động riêng, các yêu cầu kỹ thuật khác nhau, để đánh giá tình hình thực hiện từng chương trình cần có sự tham gia của các đơn vị chuyên khoa.

Về các nguyên nhân: có thể do thiếu hụt đầu vào, do sử dụng nguồn lực chưa hợp lý, do chỉ đạo không sát, buông lỏng quản lý, không có sự hỗ trợ thích hợp của chính quyền và các đoàn thể. Những nguyên nhân này cần có các dẫn chứng bằng các chỉ số định lượng hoặc bằng các dẫn chứng thực tế. Khi phân tích nguyên nhân cần nêu ra nguyên nhân nào có thể hạn chế hoặc loại bỏ nhờ các can thiệp trong năm tói hoặc trong kế hoạch 5 năm tới để tiếp nối với phần chọn ưu tiên và các mục tiêu cho bản kế hoạch hàng năm, kế hoạch 5 năm của địa phương.

Cách phân tích thứ hai: xuất phát từ phân tích nguồn lực và tổ chức thực hiện trước, sau đó đến phân tích các kết quả hoạt động đầu ra và tác động trên sức khoẻ.

Thông thường nên viết theo cách thứ nhất sẽ dễ dàng hơn cho việc lý giải những vấn đề ưu tiên trong kế hoạch y tế năm tới.

6. Phân tích tình hình thực hiện các chính sách y tế lớn của Đảng, Nhà nước và các chủ trương của ngành

Hiện nay Đảng và Chính phủ đang chỉ đạo ngành y tế thực hiện nhiều chính sách y tế lớn như chính sách khám chữa bệnh cho người nghèo (Quyết định 139/QĐ-TTg, Chương trình 135 về xoá đói giảm nghèo), thực hiện nâng cao tính tự chủ của các bệnh viện (Nghị định 10/NĐ-CP về tự chủ cho các đơn vị có thu) củng cố y tế cơ sở (Chỉ thị của Ban bí thư), tiến tới thực hiện BHYT toàn dân vào năm 2010. cũng có những đường lối y tế có tính chất như phương châm của ngành: xã hội hoá, dự phòng tích cực và chủ động, kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền, đa dạng hoá các loại hình dịch vụ, thực hiện công bằng trong y tế, chính sách thuốc thiết yếu, khám chữa bệnh cho trẻ em <6 tuổi không mất tiền v.v.

Khi phân tích tình hình hoạt động y tế địa phương cho từng lĩnh vực riêng cần phải liên hệ với các chính sách này.

Ví dụ, khi phân tích tình hình sức khoẻ cộng đồng, ngoài việc dưa ra các nhận định như trình bày ở trên, cần phân tích để thấy rõ liệu có sự khác biệt về tình hình mắc bệnh, tử vong giữa các địa'phương có trình độ kinh tế, văn hoá, xã hội khác nhau hay không? Nếu số liệu trong các bệnh viện huyện vùng nông thôn nghèo đa số là các bệnh lây nhiễm, thai sản bất thường, suy dinh dưỡng trong khị ***ở*** khu vực thành phố lại chủ yếu là các bệnh không lây nhiễm, đó có thể là bằng chứng của sự thiếu công bằng trong chăm sóc y tế. Ví dụ, khi phân tích tình hình sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, nếu thấy người có thẻ bình quân đến KCB ở bệnh viện cao gấp 2 lần so với tỷ lệ chung, lúc này có thể lý giải là có sự mất công bằng trong tiếp cận cơ sở y tế của nhóm không có BHYT.

Về chính sách hỗ trợ vùng nghèo, có thể nhận biết qua phân bổ nguồn lực y tế như ngân sách, thuốc chữa bệnh, nhân lực y tế, chi phí đầu tư xây dựng cơ bản, số dự án, cho vùng nghèo nhiều hơn bao nhiêu so với vùng không nghèo. Hoặc qua tỷ lệ người nghèo đã được thanh toán viện phí hoặc có thẻ BHYT v.v.

Về chính sách kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền, có thể đánh giá thông qua tỷ lệ % bệnh nhân nội trú sử dụng YHCT so với tổng số bệnh nhân.

Về xã hội hoá, có thể nhận biết một phần thông qua tỷ lệ xã có Ban CSSKBĐ, hoặc qua tỷ trọng viện phí trên tổng thu. Ngoài ra cần có những bằng chứng về sự tham gia liên ngành trong những hoạt động có tính chất xã hội cao như phòng chống tai nạn thương tích, HIV/AIDS, dân số KHHGĐ, phòng chống dịch bệnh v.v.

Phân tích việc thực hiện các chính sách y tế đòi hỏi phải có sự nhạy cảm chính trị nhưng cũng đòi hỏi phải dựa trên các bằng chứng khách quan (số liệu) và cũng có nhiều chỉ số khá nhạy có thể sử dụng trong phân tích cần được nghiên cứu kỹ cho từng mục đích phân tích riêng.

7. Viết báo cáo y tế địa phương

7.1. Yêu cầu đối với một bản báo cáo

Trước khi nêu những gợi ý cho người viết báo cáo, cần phải nhận thấy việc viết báo cáo hiện nay có chất lượng rất khác nhau. Có những báo cáo viết khá chặt chẽ song rất nhiều báo cáo chất lượng rất thấp. Một trong những nguyên nhân làm cho các báo cáo viết chưa tốt là do ít sử dụng thông tin, xắp xếp thông tin rất lộn xộn, xen lẫn các nhóm thông tin về đầu vào, hoạt động và đầu ra vì vậy không có tính lôgic, không thấy rõ các mối quan hệ nhân quả, quan hệ song hành và rất thiếu tính khái quát. Một trong những nguyên nhân khác là do thiếu một dàn ý rõ ràng. Bài viết khô khan, liệt kê một số hoạt động, một số chỉ tiêu rất tẻ nhạt do không liên hệ một cách có chủ đích và nhất là thiếu những lời bình luận.

Vì vậy, để viết một bản báo cáo cần khắc phục những nhược điểm trên.

Trong đó cần sử dụng tối đa các số liệu có sẵn từ hệ thống báo cáo. sắp xếp theo những lôgic nhất định. Bài viết phân tích phải như một bài văn nghị luận phân tích hoặc chứng minh. Trong đó có phần mở đầu, phần thân bài và tiểu kết sau mỗi chương mục.

Những số liệu được sử dụng một cách cẩn thận và chú ý tới phiên giải chúng sao cho các số liệu nói lên được điều gì cần thiết đối với từng lĩnh vực mục tiêu đặt ra trong bản kế hoạch năm trước như:

Những chỉ tiêu kế hoach đã đạt được là gì, chưa đạt là những chỉ tiêu gì ? Những vấn đề nổi cộm bức xúc nhất là gì ?

Những nguyên nhân nào ?

Các yếu tố thuận lợi và các cản trở là gì?

Những gì có thể bổ khuyết, sửa chữa, rút kinh nghiệm ?

Những điều kiện để khắc phục những vấn đề tồn tại là gì ?

Những bên có liên quan và vai trò của các bên trong giải quyết các vấn đề tồn tại ở từng địa bàn là gì? v.v.

Sau đó dẫn dắt, lý giải cho những hoạt động đưa ra trong bản kế hoạch trong (những) năm tới là có cơ sở: cần thiết, có khả năng làm được, được sự chấp nhận của chính quyền địa phương, của tuyến trên, của cộng đồng, và khi làm sẽ mang lại hiệu quả.

Một khi số liệu thống kê chưa đủ cần tìm các nguồn số liệu khác thay thế. Nếu thiếu số liệu, những nhận định cần dè dặt, không nên chủ quan suy đoán . Khi viết phân tích có sử dụng số liệu sẽ phát hiện những thiếu sót của hệ thống thống kê hiện nay để bổ khuyết cho năm sau và tìm các nguồn số liệu khác thay thế, kể cả tiến hành những điều tra, nhiên cứu chuyên đề.

7.2. Dàn ý viết báo cáo (gợi ý)

Tên báo cáo

Tình hình phát triển kinh tế xã hội trong năm

1. Các chỉ tiêu phát triển kinh tế - xã hội cơ bản

1.1. Mức tăng trưởng kinh tế.

- Tình hình phát triển sản xuất, phát triển ngành nghề.

Tổng chi ngân sách địa phương, tỷ lệ chi ngân sách y tế trong tổng chi, so sánh với các ngành giáo dục, văn hoá, v.v.

Tỷ lệ thất nghiệp, số người mới có việc làm.

- Tỷ lệ hộ nghèo và hộ thoát nghèo theo các vùng địa lý kinh tế, trong tỉnh (hoặc xã trong huyện).

Tỷ lệ trẻ em trong độ tuổi đến trường, tỷ lệ bỏ học.

- Tỷ lệ thanh niên nghiện hút theo địa bàn (vùng địa lý hành chính). Tinh hình các tệ nạn xã hội.

Tình hình tai nạn giao thông.

Kết quả công tác phòng chống thiên tai thảm hoạ (nếu xảy ra).

v.v.

1.2. Tình hình thực hiên các chính sách xã hội, chính sách hỗ trợ người nghèo, vùng nghèo

Chương trình xoá đói giảm nghèo.

Chương trình phát triển nông thôn, nước sạch- vệ sinh môi trường, xây dựng làng văn hoá

1.3. Những chủ chương chính sách lớn của Đảng và chính quyền liên quan đến CSSK

2. Tình hình hoạt động ngành y tế

2. 1. Những kết quả chính thực hiện các mục tiêu chiến lược của ngành y tế (mức độ hoàn thành mục tiêu, sự chênh lệch giữa các địa phương trong tỉnh, huyện)

2. 2. Những khó khăn và thuận lợi chính đối với công tác y tế nói chung và của một số địa phương gặp nhiều khó khăn

3. Đánh giá tình hình sức khoẻ nhân dân trong năm (đây chính là phần viết về Phân tích sức khoẻ cộng đồng)

3.1. Nhu cầu khám chữa bệnh

3.2. Nhu cầu phòng bệnh

3.3. Tình hình sử dụng dịch vụ y tế

4. Tình hình nguồn lực y tế

4.1. Tình hình nhân lực y tế

4.2. Tình hình tài chính

4.3. Tình hình trang thiết bị và cơ sở hạ tầng

4.4. Tình hình cung ứng thuốc và sử dụng thuốc

5. Tình hình công tác KCB của bệnh viện và tuyến xã

5.1. Tình hình hoạt động khám chữa bệnh ở bệnh viện

5.2. Tình hình hoạt động KCB ở tuyến xã

5.3. Tình hình thực hiện các quy chế chuyên môn trong KCB

6. Tình hình công tác CSSK bà mẹ và trẻ em

6.1. Tình hình công tác CSSK bà mẹ và dân số KHHGĐ

6.2. Tình hình thực hiện công tác CSSK trẻ em

7. Tình hình thực hiên các chương trình y tế

7.1. Công tác phòng chống lao

7.2. Công tác phòng chống phong

7.3. Công tác phòng chống HIV/AIDS và các bệnh lây qua đường tình dục

7.4. Công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em

7.5. Công tác phòng chống thiếu hụt iôt

7.6. Công tác khống chế bệnh tâm thần

7.7. Công tác phòng chống sốt rét

7.8. Công tác vệ sinh an toàn thực phẩm

7.9. Công tác phòng chống sốt xuất huyết

7.10. Những chương trình, dự án y tế khác trên địa bàn

8. Tình hình thực hiện các chủ chương chính sách y tế lớn trên địa bàn (tỉnh, huyện)

9. Kết luận và đề nghị

Phụ lục: (các bảng biểu số liệu thống kê chưa đưa vào báo cáo)

---

5. TỔNG QUAN VỀ LẬP KẾ HOẠCH

1. Khái niệm về lập kế hoạch

Kế hoạch là một bản trình bày cụ thể về các hoạt động, nguồn lực và mốc thời gian cần thiết để đạt được mục tiêu. Lập kế hoạch là "*quá trình tìm ra các bước đi tối ưu nhằm đạt được các mục tiêu đã đề ra dựa trên cơ sở tính toán một cách đầy đủ và khoa học về các điều kiện, các phương tiện, các nguồn lực hiện có hoặc sẽ có trong tương lai*".

Các hoạt động đề ra trong bản kế hoạch cần phải xắp xếp theo một cách thức, trình tự, nhất định nhằm đạt được mục tiêu đề ra. Lập kế hoạch là một hoạt động rất quan trọng trong cuộc sống và trong công việc nhằm vạch ra kế hoạch hoạt động cho chính mình và cho những đối tượng mà mình quản lý.

Lập kế hoạch còn là quá trình tìm kiếm câu trả lời cho các câu hỏi sau:

- Mục tiêu cần đạt là gì?

- Nên làm cái gì, làm như thế nào thì có thể đạt được mục tiêu một cách thuận lợi nhất?

- Làm khi nào là tốt nhất?

- Cần có những điều kiện gì? Những yếu tố nào? Bao nhiêu?

- Ai làm?

- Làm ở đâu?

Trong quản lý, công tác lập kế hoạch giữ một vai trò đặc biệt quan trọng: nó vừa là chức năng, vừa là công cụ của hoạt động quản lý.

2. Các loại kế hoạch

2.1. Theo thời gian

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

Kế hoạch trung hạn: thường là 3-7 năm, phổ biến là 5 năm.

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

Việc phân chia kế hoạch thời gian cụ thể như trên chỉ là ví dụ và mang tính tương đối. Tùy cấp độ hay đơn vị xây dựng kế hoạch sẽ có phân loại riêng về khoảng thời gian cho từng loại kế hoạch dại hạn, trung hạn và ngắn hạn.

2.2. Theo cấp độ

Kế hoạch vĩ mô: là kế hoạch hoạch định cho thời kỳ dài, mang tính chiến lược và tập trung cao, do các nhà lãnh đạo, quản lý cấp cao xây dựng. Ví dụ: kế hoạch phát triển nhân lực y tế đến năm 2020.

Kế hoạch vi mô: là kế hoạch mang tính chiến thuật, dùng để triển khai kế hoạch vĩ mô, chiến lược, giải pháp của các cấp lãnh đạo và thường do các nhà quản lý điều hành của đơn vị, tổ chức xây dựng. Ví dụ: kế hoạch đào tạo cán bộ tại trung tâm y tế huyện A.

2.3. Theo phạm vi

Kế hoạch tổng thể: là kế hoạch xây dựng cho quy mô lớn, phạm vi vấn đề rộng, thường mang tính chiến lược. Ví dụ: Kế hoạch phát triển mạng lưới y tế cơ sở đến năm 2020.

Kế hoạch bộ phận: là kế hoạch xây dựng cho quy mô nhỏ và những lĩnh vực cụ thể. Ví dụ: Kế hoạch phát triển cộng tác viên phòng chống HIV/AIDS tại trạm y tế xã.

2.4. Theo tính chất của kế hoạch

2.4.1. Kế hoạch một lần

Kế hoạch 1 lần được xây dựng để đạt được những mục tiêu mà dường như là chỉ xuất hiện một lần. Kế hoạch có thể là kế hoạch cho chương trình hoặc cho dự án. Kế hoạch chương trình nhằm nhằm đạt mục tiêu của tổ chức chỉ một lần, có thể cần vài năm để hoàn thành và có phạm vi lớn. Kế hoạch dự án cũng là các kế hoạch cũng nhằm đạt mục tiêu 1 lần, có phạm vi hẹp hơn, thời gian ngắn hơn chương trình.

2.4.2. Kế hoạch thường xuyên

Các kế hoạch được sử dụng để thực hiện những nhiệm vụ thường xuyên trong tổ chức. Kế hoạch thường xuyên bao gồm:

Các chính sách/qui chế của cơ quan: kế hoạch này có phạm vi rộng- là hướng dẫn chung, dựa trên mục tiêu và kế hoạch chiến lược và đưa ra những giới hạn để có thể quyết định.

Các quy định: có phạm vi hẹp hơn, xác định ra những hành động cụ thể cần thực hiện và có thể chỉ áp dụng trong một số bối cảnh cụ thể. Ví dụ: Không hút thuốc trong giờ làm việc.

Các quy trình: là những bước thực thi công việc cụ thể, xác định một loạt các bước cần tuân thủ để đạt được mục tiêu nhất định. Ví dụ: Quy trình khám thai, quy trình đỡ đẻ, quy trình xử lý dụng cụ kim loại

2.4.3. Kế hoạch khẩn cấp/tình huống

Kế hoạch khẩn cấp xác định những điều tổ chức cần làm trong tình huống khẩn cấp/có sự thay đổi lớn của môi trường hoặc khi muốn giới thiệu một sự thay đổi lớn trong tổ chức. Ví dụ: kế hoạch hoạt động khi có bão lũ xảy ra trên địa bàn bệnh viện hoạt động. Để xây dựng được kế hoạch này, tổ chức cần thực hiện những bước sau:

Xác định những yếu tố không kiểm soát được, ví dụ: lạm phát, sự phát triển của công nghệ, thiên tai. Dự đoán các tình huống có thể xảy ra, kể cả tình huống xấu nhất. Lập các kế hoạch để xử trí kịp thời các tình huống.

2.5. Theo phương pháp xây dựng kế hoạch

Lập kế hoạch từ trên xuống: đó là quá trình hiện thực hóa các chủ trương, chính sách, kế hoạch hành động vĩ mô của nhà nước trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe thông qua các hoạt động cụ thể tại cơ sở. Quá trình hiện thực hóa này cũng có thể được thể hiện qua các chỉ tiêu và được phân bổ từ trên xuống dưới, từ trung ương xuống tỉnh, tỉnh xuống huyện, huyện xuống xã. Dựa trên các chỉ tiêu được phân bổ, các đơn vị sẽ xây dựng kế hoạch hoạt động của mình nhằm đạt được các chỉ tiêu đó. Như vậy, phương pháp lập kế hoạch này không dựa vào nhu cầu và chỉ do một nhóm người không trực tiếp thực hiện xây dựng nên tính hiệu quả của những kế hoạch này thường không cao.

Lập kế hoạch từ dưới lên: là phương pháp lập kế hoạch dựa trên thực tế tại cơ sở, được xây dựng không chỉ bởi những người lãnh đạo mà còn có sự tham gia của những người trực tiếp thực hiện (nhân viên y tế) và cả cộng đồng. Lợi ích của việc lập kế hoạch này là xác định được các vấn đề cần giải quyết một cách cụ thể, thiết thực hơn phương pháp trên, ngoài ra còn trao trách nhiệm và quyền chủ động giải quyết cho tuyến dưới, cấp dưới, huy động được nguồn lực và sáng kiến của cán bộ, nhân dân.

3. Kỹ năng lập kế hoạch

6 kỹ năng thường được ứng dụng trong các loại lập kế hoạch. Các kỹ năng này thực chất là các bước thường được sử dụng để lập kế hoạch đáp ứng với việc lập kế hoạch để giải quyết vấn đề được lựa chọn ưu tiên của cơ sở.

3.1. Thu thập thông tin đánh giá tình hình sức khỏe

Thu thập thông tin đóng vai trò rất quan trọng trong quản lý và lập kế hoạch. Ngay từ bước đầu tiên này, chúng ta cần thu thập thông tin để đánh giá tình hình hiện tại, giúp trả lời câu hỏi "Chúng ta đang ở đâu?". Để có thể trả lời được câu hỏi đó chính xác, ta cần phải xác định rõ những thông tin cần thu thập, biết các phương pháp và các nguồn thu thập thông tin, để đảm bảo thu thập đúng và đủ các thông tin cần thiết. Bên cạnh đó, ta phải biết phân tích thông tin để có thể chuyển đổi các số liệu thô thành các số liệu ta cần, phải trình bày các thông tin thu thập được một cách rõ ràng, dễ hiểu và báo cáo các thông tin thu thập được này nếu cần thiết.

3.2. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Sau khi thu thập thông tin cần thiết và phân tích tình hình, chúng ta có thể phát hiện ra rất nhiều vấn đề cần giải quyết. Tuy nhiên chúng ta không thể tiến hành giải quyết tất cả những vấn đề được phát hiện ngay lập tức và cùng một lúc được. Vậy để sử dụng nguồn lực một cách hiệu quả, chúng ta phải xem xét vấn đề nào cần giải quyết trước, vấn đề nào cần giải quyết sau bằng cách áp dụng các phương pháp khoa học để xác định ưu tiên.

Để lựa chọn ưu tiên chúng ta sẽ phải cân nhắc tới rất nhiều yếu tố như vấn đề đó có quan trọng không? có khẩn cấp không? có thể giải quyết được không? nguồn lực của chúng ta ra sao?... để quyết định.

3.3. Xây dựng mục tiêu

Sau khi đã xác định được vấn đề ưu tiên cần giải quyết, giai đoạn tiếp theo của chúng ta là phải xác định được những vấn đề đó có thể giảm đi hoặc giải quyết được đến chừng mực nào. Ngay cả để giải quyết những vấn đề một cách triệt để cũng phải có những mục tiêu cho từng giai đoạn, giải quyết theo từng nấc để đạt tới đích cuối cùng.

Xác định mục tiêu không chỉ cần thiết cho việc lập kế hoạch mà còn giúp đánh giá việc thực hiện kế hoạch. Để có được một mục tiêu tốt thì trước hết mục tiêu đó phải được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học rõ ràng và tin cậy. Mục tiêu đó cũng phải đảm bảo đầy đủ các tiêu chuẩn như có đối tượng, hoạt động rõ ràng, cụ thể, có thời gian, địa điểm, phải phù hợp, khả thi và đo lường được.

3.4. Phân tích vấn đề sức khỏe

Mục tiêu của phân tích vấn đề là tìm ra các nguyên nhân gốc rễ, nguyên nhân trực tiếp, nguyên nhân gián tiếp, nguyên nhân có thể can thiệp được, nguyên nhân không thể can thiệp được để căn cứ vào đó chúng ta có thể có các giải pháp thích hợp

3.5. Lựa chọn giải pháp

Sau khi biết được các nguyên nhân gốc rễ và xác định được mục tiêu cần đạt tới, chúng ta cần phải tìm cách giải quyết các nguyên nhân đó. Cách giải quyết các vấn đề đó được gọi là các giải pháp và được thực hiện thông qua các phương pháp thực hiện cụ thể. Để thực hiện được một giải pháp thì có thể có một hoặc nhiều phương pháp thực hiện khác nhau. Sau khi lựa chọn được các giải pháp và phương pháp thực hiện, chúng ta phải tiến hành phân tích khó khăn-thuận lợi của các phương pháp thực hiện lựa chọn để lường trước những khó khăn và tận dụng được những thuận lợi, xây dựng được kế hoạch hành động phù hợp nhằm đạt được các mục tiêu đề ra.

3.6. Viết kế hoạch hành động

Sau khi quyết định lựa chọn những giải pháp/phương pháp thực hiện cụ thể, Chúng ta cần xây dựng kế hoạch hành động để đạt được các mục tiêu, giải quyết được các nguyên nhân gốc rễ đã tìm ra. Trước khi lập kế hoạch cần lưu ý

xem xét, cân bằng giữa khả năng và nhu cầu, dự tính xem những nguồn lực hiện có và những nguồn lực có thể huy động được (nhân lực, vật lực, tài lực, thời gian v.v), những khó khăn và thuận lợi hiện tại và tương lai để xây dựng được kế hoạch hành động phù hợp.

4. Các nguyên tắc trong lập kế hoạch

4.1. Tính mục tiêu

Trên cơ sở xác định đúng và rõ mục tiêu cần đạt, người quản lý ở các cấp khác nhau sẽ có khả năng lựa chọn các giải pháp, phương pháp thực hiện cũng như các điều kiện hỗ trợ một cách phù hợp và xác định vị thế ưu tiên cho từng mục tiêu (trong những chương trình/kế hoạch có nhiều mục tiêu). Tính mục tiêu trong lập kế hoạch giúp đảm bảo được hiệu quả hoạt động, tránh lãng phí hoặc sử dụng nguồn lực không phù hợp, làm cơ sở cho theo dõi, giám sát và đánh giá.

4.2. Tính khoa học

Mọi sản phẩm của quá trình lập kế hoạch (các văn bản, kế hoạch hoạt động…) chỉ có hiệu quả nếu nó đạt đến những mức độ nhất định về căn cứ khoa học. Tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của các kế hoạch được thảo ra.

4.3. Tính cân đối

Tính cân đối là một nguyên tắc xuyên suốt quá trình lập kế hoạch để đảm bảo kế hoạch đạt được các mục tiêu đề ra. Cân đối ở đây không chỉ cân đối giữa nhu cầu và khả năng trong lập kế hoạch mà còn là sự cân đối giữa các yếu tố, các bộ phận, các lĩnh vực và quá trình trong hệ thống tổ chức để đảm bảo thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn

4.4. Tính chấp nhận

Kế hoạch được lập ra phải được sự chấp nhận của không chỉ chính quyền, các cấp lãnh đạo, những người lập kế hoạch mà cả những người trực tiếp thực hiện và đối tượng can thiệp (cộng đồng). Chấp nhận ở đây bao gồm cả chấp nhận về chính trị, văn hóa, đạo đức v.v. giúp đảm bảo các kế hoạch thảo ra là hiệu quả, khả thi và phù hợp với tình hình thực tế của địa phương.

6. SỬ DỤNG THÔNG TIN TRONG LẬP KẾ HOẠCH

1. Khái niệm về thông tin y tế

Thông tin y tế là những tin tức mô tả về tình hình hoạt động của các lĩnh vực khác nhau trong ngành y tế và cả những lĩnh vực ngoài ngành y tế có liên quan. Ví dụ:

Tỉ lệ chết, tỉ lệ mắc bệnh của địa phương nào đó/năm nào đó.

Số cán bộ y tế/ 1000 dân của địa phương nào đó/năm đó.

Tỉ lệ hộ gia đình có hố xí hợp vệ sinh của địa phương đó/năm đó.

Tỉ lệ người nghèo của thị xã Trà vinh là 5,34% dân số (12/2000).

Tỉ lệ sinh của Hà Nội là 17,73% năm 1997.

Dân thôn A có nhiều tập quán lạc hậu hơn các thôn khác trong xã...

Tầm quan trọng của thông tin y tế

Người quản lý cần thông tin y tế để phục vụ cho công tác quản lý.

Không có thông tin hay thông tin không đảm bảo yêu cầu thì lập kế hoạch sẽ không sát hợp, kém hiệu quả.

Những yêu cầu của thông tin y tế

1.1. Thông tin đầy đủ và toàn diện

Người lập kế hoạch cần thông tin của mọi hoạt động y tế và cả những lĩnh vực ngoài y tế có liên quan :

Thông tin về các loại bệnh tật: tỉ lệ mắc, tỉ lệ chết, tỉ lệ dân có nguy cơ mắc...

Thông tin về môi trường : hố xí không hợp vệ sinh, ô nhiễm đất, nước, không khí, sử đụng hoá chất gây ô nhiễm ...

Thông tin về trang thiết bị y tế, nhân lực y tế, chính sách chế độ, mục tiêu kế hoạch...

Thông tin về kinh tế, văn hoá, xã hội, dân số.

Thông tin về sự ủng hộ của các tổ chức xã hội với y tế

Lập kế hoạch cho một lĩnh vực nhỏ, ví dụ: Phòng bệnh sốt rét thì cần các thông tin đầy đủ và toàn diện về sốt rét và một số lĩnh vực y tế, xã hội và tự nhiên có liên quan.

1.2. Thông tin chính xác

Thông tin chính xác là phản ánh đúng tình trạng thực tế. Tỉ lệ mắc sốt rét của huyện M thực tế là 2,5% tổng số dân/ năm 1998, nếu báo cáo cao hơn hay thấp hơn tỉ lệ đó đều là sai với tỉ lệ thực, dẫn tới lập kế hoạch không chính xác.

Sử dụng thông tin của giai đoạn hiện tại để lập kế hoạch, không dùng thông tin quá cũ, của những giai đoạn trước để lập kế hoạch. Có thể quy định như sau:

Kế hoạch năm: dùng thông tin năm hiện tại để lập kế hoạch cho năm tới.

Kế hoạch quý : dùng thông tin quý hiện tại để lập kế hoạch quý sau.

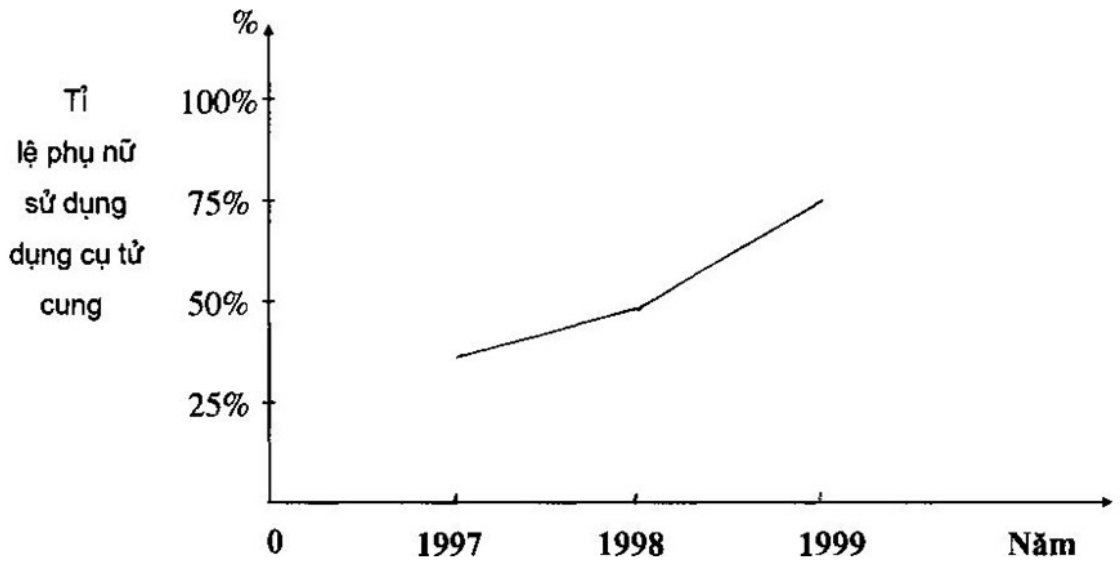
Kế hoạch tháng: dùng thông tin tháng hiện tại để lập kế hoạch tháng sau.

1.3 Thông tin cập nhật

Cập nhật thông tin y tế là rất quan trọng nhưng quan trọng hơn với nhà quản lý là phải biết chiều hướng phát triển của các vấn đề, các công việc. Ví dụ: tỉ lệ uốn ván rốn ở trẻ sơ sinh của huyện nhà tăng hay giảm trong thời gian qua. Muốn được như vậy, nhà quản lý cần theo dõi thông tin theo suốt thời gian: theo các tháng, các quý hay các năm...

Ví dụ 1: Tại tỉnh A, người quản lý theo dõi được tỉ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi có chồng sử dụng dụng cụ tử cung trong ba năm liên tục như sau:

Dùng biểu đồ dây để biểu diễn các số liệu trên: Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi dùng dụng cụ tử cung

Tỉ lệ phụ nữ 15 - 49 tuổi sử dụng dụng cụ tử cung tăng mạnh. Điều đó có ích cho việc xác định mục tiêu của kế hoạch sau này.

Ví dụ 2. Tỉ lệ hộ gia đình dùng hố xí chưa đảm bảo vệ sinh trong năm 2000 của huyện M như sau:

Biểu đồ 2. Tỉ lệ hộ gia đình dùng hố xí kém vệ sinh huyện M năm 2000

Nhìn biểu đồ 2 ta kết luận là tình hình hố xí hợp vệ sinh có xu hướng giảm trong năm 2000.

3.4. Thông tin đặc hiệu

Khi lập kế hoạch để giải quyết vấn đề nào đó, cần thu thập những thông tin phản ánh đặc hiệu cho vấn đề đó. Ví dụ:

Lập kế hoạch về phòng bệnh trẻ sơ sinh thì cần lấy thông tin về tỉ lệ bà mẹ có thai tiêm AT. Ngược lại, lập kế hoạch về bảo vệ sức khoẻ phụ nữ có thai mà lấy thông tin tỷ lệ tiêm A.T cho phụ nữ có thai là không đặc hiệu, vì thông tin này không phản ánh việc chăm sóc sức khoẻ bà mẹ có thai.

3.5. Thông tin về chất lượng

Người quản lý cần đặc biệt chú ý thông tin phản ánh chất lượng của công việc, không nên quá chú ý thông tin về Số lượng. Xem ví dụ ở bảng sau:

Thông tin	Thông tin số lượng	Thông tin chất lượng

Sử dụng Oresol cho trẻ bị tiêu chảy	Số trẻ bị tiêu chảy được cấp Oresol	Số trẻ bị tiêu chảy uống Oresol đúng quy định
Hố xí hai ngăn	Tỷ lệ hộ gia đình có hố xí hai ngăn	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hai ngăn đúng quy định

3.6. Thông tin lượng hoá

Các thông tin phải được biểu diễn thành Số lượng và tỉ lệ phần trăm.

Thông tin	Chưa lượng hóa	Đã lượng hóa (rất cụ thể)
Dân cầu cúng khi ốm đau	Đa số hộ gia đình cầu cúng khi bị ốm đau	78% số hộ cầu cúng khi bị ốm đau
Sự ủng hộ của các ban ngành đoàn thể	Hầu hết các ban ngành ngành đoàn thể ủng hộ	6/8 ban ngành đoàn thể ủng hộ, trong đó có UBND

Tuy nhiên trên thực tế, nhiều thông tin chưa được lượng hoá (thông tin định tính) song rất quan trọng cho người quản lý để làm kế hoạch, vì vậy cần ghi nhận tất cả các thông tin này. Ví dụ: đa số dân hưởng ứng phòng chống sốt rét hơn là phòng chống uống rượu.

2. Các nhóm thông tin cho lập kế hoạch

Mỗi loại kế hoạch cần các thông tin cần thiết riêng. Song nhìn chung thì lập kế hoạch cần có những thông tin sau :

2.1. Thông tin về bệnh tật

Tỉ lệ mắc.

Tỉ lệ chết.

Tỉ lệ biến chứng.

Tỉ lệ tàn phế các mức độ.

Tỉ lệ được điều trị...

Tỉ lệ tiếp xúc với yếu tố tác hại hay nguy cơ cao mắc bệnh...

Các tỉ lệ trên có thể mô tả theo giới, tuổi, nghề nghiệp, dân tộc ...

2.2. Thông tin về phòng bệnh

Tỉ lệ dân uống thuốc phòng.

Tỉ lệ dân tiêm vacxin.

Tỉ lệ dân được giáo dục sức khoẻ về phòng chống bệnh.

Tỉ lệ dân sử dụng các biện pháp phòng bệnh (tuỳ theo bệnh).

2.3. Thông tin về nguồn lực y tế

Số cán bộ y tế hoạt động/ 1000 dân.

Số lượng thuốc các loại và từng loại.

Chất lượng cán bộ y tế: CKI, CKII...

Số lượng và chất lượng các cơ sở tư vấn, phòng bệnh, điều trị công.

Số lượng các cơ sở vật chất trang thiết.

Số lượng kinh phí cho phòng bệnh/ người dân.

Số lượng phòng khám tư nhân, hiệu thuốc tư.

Số lượng và chất lượng hoạt động y dược tư nhân.

2.4. Thông tin về sự hỗ trợ của y tế tuyến trên

Sự chỉ đạo, đường lối chính sách.

Số kinh phí sẽ được hỗ trợ.

Cơ sở vật chất, thuốc và trang thiết bị sẽ được hỗ trợ.

Số nhân lực (ngày công) sẽ được hỗ trợ.

Mục tiêu hay chỉ tiêu kế hoạch trên giao...

2.5. Thông tin về y tế tuyến dưới

Nếu các thông tin vẻ tuyến dưới đã nằm trong mục 4.3 thì không liệt kê ở đây nữa. Nhiều trường hợp các thông tin này được tách ra và liệt kê riêng. Các loại thông tin giống như mục 4.3.

2.6. Thông tin về phía người dân trong cộng đồng

Kinh tế:

Thu nhập bình quân đầu người/ năm.

Tỉ lệ hộ giàu nghèo.

Tỉ lệ dân các nghề chính trong cộng đồng ...

Dân số:

Tổng dân số.

Tỉ suất sinh thô, chết thô và phát triển dân số tự nhiên.

Số lượng và tỉ lệ dân theo nhóm tuổi.

Tỉ lệ các dân tộc trong cộng đồng...

Văn hoá- xã hội - địa lý- khí hậu:

Tỉ lệ dân có trình độ học vấn: tiểu học, trung học, đại học, cao đẳng.

Tỉ lệ người lớn mù chữ.

Tỉ lệ hộ gia đình có ti vi, tỉ lệ dân đọc báo hàng ngày.

Tỉ lệ hộ gia đình cầu cúng khi đau ốm.

Tỉ lệ dân có phong tục tập quán lạc hậu như: bón phân tươi, uống nước chưa đun sôi, ăn gỏi thịt cá sống ... Cần chú ý vấn đề địa lý: địa hình rừng núi, sông nước, sình lầy... vẽ bản đồ hành chính và địa lý của cộng đồng.

2.7. Thông tin về thực hiện các dịch vụ y tế

Tỉ lệ dân tới khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước, tư nhân, khám điều trị bằng y học cổ truyền.

Tỉ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ có chồng thực hiện các biện pháp tránh thai.

Tỉ lệ phụ nữ có chồng (15-49 tuổi) sinh con thứ 3,4 ...

Tỉ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí hợp vệ sinh, dùng nước sạch ...

2.8. Thông tin về môi trường chung

Số lượng thuốc trừ sâu, phân hoá học dùng/ lm2/ năm.

Số nguồn phát ra các độc hại sức khoẻ: tiếng ồn, các tia ... và tỉ lệ dân bị ảnh hưởng v.v. Ví dụ: số các nhà máy, xí nghiệp, bãi rác trong cộng đồng và tỉ lệ dân bị ảnh hưởng.

2.9. Thông tin về sự hỗ trợ của cộng đồng

Số các ban ngành, đoàn thể và tổ chức xã hội ủng hộ.

Số tổ chức ủng hộ nhân lực (số ngày công), ủng hộ kinh phí (số tiền), ủng hộ cơ sở vật chất (Số lượng và tên cơ sở vật chất).

Tỉ lệ và Số lượng dân ủng hộ giải quyết vấn đề sức khoẻ v.v.

Trong lập kế hoạch, người quản lý cần các thông tin của cộng đồng mình song cần thu thập các thông tin của cộng đồng bên cạnh, hoặc các cộng đồng trong vùng, xem cùng một lĩnh vực y tế thì cộng đồng ta xếp vào loại nào nếu đem so sánh với các cộng đồng bên cạnh. Điều đó có ích cho việc xác định vấn đề sức khỏe và thiết lập mục tiêu của bản kế hoạch.

Thông tin nào chưa có số liệu cụ thể thì cần thảo luận với những người liên quan để ***ước lượng,*** nhưng sau đó người quản lý phải tổ chức ngay việc theo dõi, đo đạc và thu thập thông tin đó trên thực tế, phục vụ cho lần làm kế hoạch sau tốt hơn.

2.10. Thông tin để theo dõi sự bất bình đẳng

Để theo dõi sự bất bình đẳng trong y tế sau khi tính toán các chỉ số thống kê có thể dựa vào bảng kiểm dưới đây để nhận biết:

Về các nguồn lực cho y tế:

Phương thức thu phí dịch vụ y tế thuận hay nghịch biến với mức thu nhập (nghĩa là người giàu hơn phải thu nhiều hơn hay thu ít hơn một cách tương đối so vói người nghèo).

Mức chi tiêu y tế chiếm bao nhiêu phần trăm thu nhập của hộ gia đình theo nhóm giàu nghèo.

Có bằng chứng cho thấy nhóm nghèo không có khả năng chi trả, hạn chế chi tiêu cho y tế hay phải tìm đến các dịch vụ rẻ tiền, tự chữa không.

Tỷ lệ ngân sách y tế có dành ưu tiên quá nhiều cho khu vực bệnh viện so với chi cho CSSKBĐ không.

Những nhóm thu nhập khác nhau, dân tộc khác nhau... trong một vùng có sự chênh lệch nhiều trong sử dụng dịch vụ y tế (đặc biệt là BV) không.

Việc phân bổ nguồn lực y tế giữa các vùng có dựa trên nhu cầu CSSK của cộng đồng không.

Các cơ chế miễn giảm có nhằm tạo ưu tiên cho các nhóm nghèo có nhu cầu cao hơn không.

Về cơ sở hạ tầng:

Các dịch vụ y tế tại các vùng trong địa phương (cả nước, tỉnh) có khác nhau không, có dự vào nhu cầu CSSK của cộng đồng không.

Ở những vùng khác nhau tính sẵn có của các nguồn lực y tế có khác nhau không.

Về tình trạng sức khoẻ:

Có sự khác biệt nào đáng kể về các chỉ số sức khoẻ giữa các nhóm giàu nghèo, dân tộc, nông thôn thành thị, nghề nghiệp, giới không.

Trên đây là một số gợi ý của Vụ Kế hoạch Bộ Y tế trước khi đưa ra các hướng dẫn chính thức. Một số bài khác trong tài liệu này cũng như tài liệu kinh tế y tế sẽ bổ sung và làm rõ thêm về mặt kỹ thuật, nghiệp vụ cho các cán bộ kế hoạch của sở y tế.

3. Các phương pháp và công cụ thu thập thông tin

3.1. *Phương pháp thu thập số liệu thứ cấp (qua sổ sách báo cáo sẵncó)*

Cần xây dựng và củng cố hệ thống tổ chức báo cáo từ dưới lên. Công cụ để thu thập thông tin theo phương pháp này là các biểu mẫu- đó là các bảng biểu thiết kế sẵn với các chỉ số và thông tin rất cụ thể. Người đi thu thập thông tin lấy các chỉ số, thông tin trong các báo cáo điền vào các ô hay các dòng để trống của biểu mẫu.

3.2. *Quan sát, nghe ngóng tại các cuộc họp hay đi thực tế (đôi khi thông tin không chính xác và đầy đủ)*

Công cụ thu thập thông tin theo phương pháp này là các bảng kiểm (dùng để quan sát) hay sổ sách để ghi chép các thông tin định tính mà ta nghe được.

3.3. *Phỏng vấn cá nhân*

Dùng bộ câu hỏi phỏng vấn, ta sẽ thu được cả thông tin định tính và định lượng.

3.4. *Thảo luận nhóm tập trung (Focus group discussion)*

Nhóm gồm 5 - 1 0 người, thảo luận tập trung vào một số câu hỏi. Thảo luận sâu nên khai thác được nhiều ý kiến. Dùng bộ câu hỏi và ghi biên bản để khai thác và thu nhận thông tin.

3.5. *Dùng trắc nghiệm (test)*

Ví dụ: muốn xác định tỉ lệ dân mang ký sinh trùng sốt rét trong máu, cần lấy máu soi lam kính...

Ngoài ra có thể dùng thư gửi qua bưu điện hay gọi điện thoại để thu thập thông tin...Với phương pháp này ta dùng bộ câu hỏi tự điền (để gửi thư) hay bộ câu hỏi phỏng vấn.

Chú ý: Khi thu thập thông tin bằng phỏng vấn, quan sát qua bảng kiểm và trắc nghiệm, cần tiến hành chọn mẫu để đảm bảo thông tin thu được là phản ánh khá chính xác tình hình của cộng đồng (nghiên cứu kỹ các loại mẫu của dịch tễ học).

4. Biểu diễn thông tin y tế

Biểu diễn thông tin y tế bằng các bảng, biểu đồ... Nếu là thông tin định tính thì xếp theo nhóm giúp xử lý thuận lợi.

4.1. *Thông tin định lượng*

Cách biểu diễn rất quan trọng, từ đó giúp người xem hiểu được ý nghĩa của thông tin. Ví dụ ta thu được rất nhiều các thông tin định lượng về dân số của một địa dư hành chính như Số lượng dân theo lứa tuổi chẳng hạn. Cách biểu diễn tốt nhất là vẽ thành tháp dân số sẽ giúp cho người xem thấy rõ được tỷ lệ, Số lượng dân phân bổ theo tuổi, giới. Đặc biệt nhìn rõ được độ lớn dân số của từng giói và của chung toàn bộ dân cư qua cấu trúc tuổi.

Thông tin định lượng còn được trình bày qua các bảng số liệu. Bảng có nhiều cột và nhiều dòng tuỳ theo Số lượng các số liệu và loại thông tin. Bảng số liệu có ưu điểm lớn là trong một bảng nhỏ, không tốn nhiều diện tích giấy ta có thể biểu diễn nhiều số liệu, song nhược điểm lớn là người xem khó thấy được biến thiên của các đại lượng (các biến), khó nhìn bao quát và tổng hợp các thông tin trong bảng.

Một cách biểu diễn thông dụng nữa là dùng các loại biểu đồ để biểu diễn thông tin định lượng. Tuỳ loại thông tin mà ta chọn biểu đồ thích hợp: cột, hình tròn, dây... Biểu đồ cho ta tính khái quát cao của thông tin: cho thấy được chiều hướng đang tăng hay giảm, so sánh thông tin dễ dàng...

4.2. Biểu diễn thông tin định tính

Cách đơn giản để tóm tắt số liệu là bảng danh mục tương ứng với mã và chủ đề. Khi lập bảng danh mục cần nhớ giữ các nội dung giống nhau từ nguồn

số liệu theo các khoản mục thêm vào bảng danh mục vì thế sau này nếu cần ta có thể trở lại với bản số liệu gốc.

Một cách khác để xem xét số liệu là lập bảng ma trận. Đó là một bảng nhưng không phải là số trong các ô mà là các từ. Chủ đề hay câu hỏi được ghi vào mỗi một cột và mỗi hàng là các nguồn thông tin khác nhau. Ví dụ kết quả thảo luận nhóm tập trung với các nhóm bà mẹ khác tuổi về thực hành ăn sam được tóm tắt trong bảng ma trận sau đây:

Bảng ma trận về thức ăn sam cho trẻ của các bà mẹ ở các nhóm tuổi khác nhau

Nhóm tuổi	Cho ăn sam lần đầu	Loại thức ăn sam	Số lần ăn sam/ ngày
Các bà mẹ trẻ (20-30 tuổi)	Từ 4-7 tháng Trung bình: 6 tháng	- Bột - Bột với đậu lạc, khoai tây nghiên, hoa quả nghiền, bánh mềm	1-2 lần/ ngày - Tuỳ thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ - Tuỳ thuộc nhu cầu trẻ
Các bà mẹ quá tuổi sinh đẻ (>45 tuổi)	Từ 5-11 tháng Trung bình 8,5 tháng	- Bột - Nước hoa quả	1-2 lần/ ngày - Tuỳ thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ - Tuỳ thuộc nhu cầu trẻ

Ngoài ra còn nhiều cách biểu diễn thông tin định tính khác như sơ đồ (diagram), sơ đồ diễn tiến (flow chart) ... trong khuôn khổ của bài này, chúng tôi không trình bày, cần tham khảo thêm các tài liệu giới thiệu về phân tính số liệu định tính.

5. Lưu giữ và xử lý thông tin y tế

Với thông tin định lượng người ta lưu giữ và xử lý trong máy vi tính bằng các phần mềm: Excel, Epi Info, SPSS, Foxpro... Thông tin định tính lưu giữ trong máy vi tính bằng phần mềm soạn thảo văn bản, Ethnograph, sổ sách. Xử lý bằng máy (phần mềm Ethnograph) hay bằng phương pháp thông thường.

Tóm lại: Thông tin và quản lý thông tin y tế là khâu đầu tiên của quy trình lập kế hoạch. Người cán bộ quản lý phải có thông tin y tế theo đúng yêu cầu, biết sử dụng các phương pháp để có thông tin bảo đảm theo yêu cầu, đồng thời biết lưu giữ và trình bày thông tin để phục vụ cho lập kế hoạch tốt.

7. XÂY DỰNG MỤC TIÊU VÀ GIẢI PHÁP TRONG LẬP KẾ HOẠCH

1. Đặt vấn đề

Khi nói đến mục tiêu, thường quan niệm chỉ có một loại mục tiêu đó là mục tiêu kết thúc hay mục tiêu đầu ra. Tuy nhiên trong lập kế hoạch, nếu thật chi tiết và đầy đủ người ta có thể phân chia mục tiêu thành:

Mục tiêu đầu vào.

Mục tiêu quá trình.

Mục tiêu đầu ra/mục tiêu kết thúc.

Mục tiêu tác động/Mục tiêu can thiệp.

Sự phân chia đó là cần thiết cho cán bộ quản lý, người lập và viết kế hoạch, người theo dõi giám sát và đánh giá trong hoạt động chăm sóc sức khoẻ, nhất là khi làm các chương trình - dự án, đặc biệt là cho các kế hoạch dài hạn. Tuỳ theo quy mô, tầm cỡ, thời gian của công việc - kế hoạch - dự án mà quyết định xây dựng những loại mục tiêu nào.

Trên thực tế người ta còn chia ra mục tiêu dài hạn (trên 5 năm), mục tiêu trung hạn (5 năm), mục tiêu ngắn hạn (dưới 5 năm). Trong phạm vi bài này chỉ nêu 4 loại mục tiêu trên. Các loại mục tiêu lấy độ dài thời gian làm tiêu chí thì nguyên tắc và kỹ thuật xây dựng - viết mục tiêu về cơ bản cũng giống như viết các loại mục tiêu khác.

2. Định nghĩa

Mục tiêu là đích hoặc là những điều cụ thể mà ta mong muốn, đặt ra để phấn đấu đạt được trong thời gian nhất định nào đó.

Ví dụ: Nâng cao tỉ lệ các bà mẹ trong huyện X pha được gói Oresol tại nhà để cho trẻ uống khi bị tiêu chảy từ 30% (1/2003) lên 90% vào 31/11/2004.

Phân tích mục tiêu trên:

Hiện trạng: 30%.

Đích thời gian: 31 tháng 11 năm 2004.

Đối tượng tác động: Các bà mẹ.

Khối lượng, đích muốn đạt là: 90%.

Nội dung: pha được (pha đúng hướng dẫn) Oresol cho trẻ uống.

Nơi/địa điểm tác động: Huyện X.

3. Vai trò của việc xác định mục tiêu

Trong công tác bảo vệ chăm sóc sức khoẻ có nhiều việc phải làm, rất nhiều khó khăn, trong khi đó nguồn lực dành cho công tác CSSK hiện nay còn rất hạn chế. Sau khi phân tích vấn đề sức khoẻ, chọn ưu tiên, việc tiếp theo là phải nêu ra được mục tiêu và biết xây dựng mục tiêu cụ thể cho phù hợp với nguồn lực.

Dựa vào mục tiêu mà lập kế hoạch hành động có khả năng thực thi. Cũng dựa trên mục tiêu mà tiến hành theo dõi, giám sát, điều chỉnh việc thực hiện kế hoạch trong quá trình thực hiện. Đặc biệt phải dựa trên mục tiêu mà đánh giá kết quả thực hiện.

Không xây dựng mục tiêu đúng, ta không thể lập kế hoạch tốt (kế hoạch không thực thi hoặc lãng phí). Bất cứ người quản lý nào cũng cần phải biết cách xây dựng và viết mục tiêu cho kế hoạch một cách đúng đắn.

Xây dựng mục tiêu không hợp lý sẽ gây nhiều hậu quả. Nếu nêu mục tiêu quá thấp thì sẽ gây lãng phí tiền bạc, lãng phí nhân lực, lãng phí thời gian, làm trì trệ sự phát triển. Nếu đặt mục tiêu cao quá sẽ gây hoang mang, giảm lòng tin, và không đạt được mục tiêu đề ra. Cả 2 thái cực là hậu quả xấu, tiếc thay, lại hay xảy ra và khá phổ biến ở mọi tuyến.

Từ mục tiêu được xác định mới xây dựng các chỉ tiêu thực hiện kế hoạch. Từ chỉ tiêu thực hiện mới xác định nguồn lực đầu vào, xây dựng các chỉ số đánh giá việc thực hiện kế hoạch - dự án. Vì vậy ***mục tiêu phải chuẩn mực.***

4. Các thông tin cần thiết để xây dựng mục tiêu

Mục tiêu không phải chỉ là ý tưởng tốt, mục tiêu cũng không phải là sự áng chừng, mục tiêu cũng không phải là càng cao càng tốt, làm được càng nhiều càng tốt. Để xây dựng mục tiêu đúng hoặc gần đúng dựa vào các thông tin, cơ sở khoa học, các dự báo, các dữ kiện sau:

Các thông tin cần và đủ liên quan đến kế hoạch - dự án (thông tin về kinh tế, văn hoá - xã hội, sức khoẻ...)

Các giải pháp để thực hiện kế hoạch.

Nguồn lực bao gồm cả tài chính, nhân lực, trang thiết bị.

Sự chấp nhận và tham gia của cộng đồng.

Sự tham gia của những người hưởng lợi mà kế hoạch dự án tác động tới.

Các khó khăn, rủi ro có thể gặp trong quá trình thực hiện kế hoạch (thiên tai, thảm hoạ..).

Hiện tượng thiếu thông tin và thông tin không chính xác để lập kế hoạch, để xây dựng mục tiêu vẫn còn phổ biến. Đó là một trong những lý do vì sao nhiều kế hoạch tính khả thi thấp, điều chỉnh nhiều lần, hiệu quả không tương xứng với nguồn lực bỏ ra.

5. Phương pháp xây dựng viết mục tiêu

Việc mục tiêu phải ngắn gọn, rõ ràng. Đảm bảo đặc tính phẩm chất cơ bản mà một mục tiêu phải có:

Mục tiêu phải **Đặc thù**, không lẫn lộn vấn đề này với vấn đề khác, đối tượng này với đối tượng khác.

Mục tiêu phải cụ thể, có thể **Đo lường được**, quan sát được, theo dõi được, đánh giá được.

Mục tiêu phải **Thích hợp**, phù hợp với vấn đề sức khoẻ đã được xác định.

Mục tiêu phải có tính **Thách thức**, nghĩa là phải cố gắng, phải phấn đấu thì mới đạt được, chứ không phải là thực hiện được một cách dễ dãi.

Mục tiêu phải quy định khoảng **Thời gian** phải đạt được những điều mong muốn.

Có thể tóm tắt:

Mục tiêu phải đủ: 2Đ + 3T

(Đặc thù - Đo lường - Thích hợp - Thực thi - Thách thức - Thời gian)

Mục tiêu phải được:

Thảo luận kỹ với mọi người liên quan.

Viết ngắn gọn, rõ ràng.

Nếu cần thì biểu quyết trước khi lãnh đạo quyết định.

6. Các loại mục tiêu

Trong y tế thường mọi hoạt động, mọi dịch vụ vẻ sức khoẻ, y tế.... được tập hợp trong các chương trình, các dự án, các kế hoạch lớn hay nhỏ. Trước đây và hiện nay thường chỉ viết mục tiêu cho chương trình hay kế hoạch và là mục tiêu đầu ra - mục tiêu kết thúc. Trong bài này đề cập tới một số loại mục tiêu:

Mục tiêu đầu vào.

Mục tiêu quá trình hoạt động.

Mục tiêu đầu ra - kết thúc.

Mục tiêu tác động.

6.1. Mục tiêu đầu vào

Là nhóm mục tiêu mô tả các nguồn lực đầu vào cơ bản để một kế hoạch, chương trình, dự án có thể thực hiện và đạt được các mục tiêu khác (mục tiêu quá trình, đầu ra và tác động). Các nhóm mục tiêu đầu vào của hoạt động CSSK chủ yếu là:

Nguồn lực cán bộ (ví dụ: số bác sỹ/10.000 dân, tỷ lệ TYT có bác sỹ, tỉ lệ TYT xã có YSSN, nữ hộ sinh...)

Nguồn tài chính: Ngân sách y tế/ đầu dân, ngân sách được cấp/ giường bệnh, tỷ lệ dân tham gia bảo hiểm y tế...

Các nguồn lực khác: Thuốc, trang thiết bị...

Các mục tiêu cần phải dựa vào nguồn lực hiện có, mức độ, phạm vi và thời gian các hoạt động đề ra trong kế hoạch.

6.2. Mục tiêu quá trình

Trong kế hoạch dài hạn thường có nhiều can thiệp hoặc một can thiệp nhưng được chia thành nhiều giai đoạn. Đối với mỗi hoạt động can thiệp và đối với mỗi giai đoạn, cần phải đề ra mục tiêu cần đạt được, trên cơ sở đó có kế hoạch thích hợp để triển khai các hoạt động của giai đoạn tiếp theo. Người ta gọi các mục tiêu đó là mục tiêu quá trình.

Ví dụ: Nâng tỷ lệ dân dùng nước sạch để ăn uống từ 50% năm 2002 lên 60% vào 31 tháng 11 năm 2003, và lên 70% vào hết giữa năm 2004 tại huyện X.

Đặc tính:

- Thời gian thường ngắn (dưới 1 năm).
- Có khả năng thực thi.
- Đo lường được, đánh giá được.

Chú ý:

Mục tiêu quá trình, mục tiêu tác động được xây dựng dựa vào nguồn lực cho phép của địa phương, của chương trình.

Mục tiêu quá trình phải đo lường, phải hạch toán được.

6.3. Mục tiêu đầu ra - kết thúc

Là mức độ khối lượng cồng việc mà ta muốn đạt được hay muốn duy trì được trong một khoảng thời gian nhất định khi kết thúc chương trình - kế hoạch dự án.

Đặc tính:

- Thường là mục tiêu lâu dài.
- Có khả năng thực thi.
- Phải đo lường được, đánh giá được.
- Liên quan trực tiếp đến vấn đề sức khoẻ đã được xác định.
- Phải tính toán để đưa ra được mức độ/khối lượng là bao nhiêu mà chương trình can thiệp sẽ tác động vào, và khi nào đạt được mức độ đó (hoàn thành).

Ví dụ. Đến hết năm 2005 số trường hợp tiêu chảy thống kê được ở huyện Y hàng năm giảm 30% trường hợp so với năm trước.

Khi xây dựng mục tiêu đầu ra cần lưu ý đánh giá ban đầu:

Tinh trạng hiện tại: Độ lớn của vấn đề sức khoẻ. Trong ví dụ trên thì số ca tiêu chảy thống kê được năm 2002 là 1200.

Ước lượng của vấn đề sức khoẻ trong tương lai.

Khả năng nguồn lực hiện có và sẽ có trong quá trình can thiệp.

Phải cân bằng giữa độ lớn can thiệp vào vấn đề sức khoẻ với nguồn lực cho phép (ỉiệu cơm gắp mắm).

Các câu hỏi được đặt ra là:

Hiện nay các vấn đề sức khoẻ đang ở đâu? Ta đang ***ở đâu***?

Sau một thời gian nhất định nào đó vấn đề sức khoẻ đi tới đâu? Ta muốn tới đâu?

Như trong ví dụ trên, ta đang ở mức 1200 ca tiêu chảy/năm. Ta muốn đạt tới mức: mỗi năm giảm 30% ca tiêu chảy so với năm trước.

6.4. Mục tiêu tác động

Mục tiêu tác động, hay còn gọi là mục tiêu can thiệp, là nội dung và các mức độ tác động của can thiệp để làm giảm nguyên nhân gây nên vấn đề sức khoẻ nào đó, mức giảm "vấn đề" mà ta mong muốn đạt được trong một thời gian nhất định. Mục tiêu tác động nhằm nêu lên những tác động lâu dài, ảnh hưởng rộng của hoạt động can thiệp đến vấn đề sức khoẻ. Tác động của hoạt động có thể không nhìn thấy trực tiếp ngay, mà phải một thời gian sau mới thấy tác động đó.

Ví dụ: Một trong các mục tiêu của chương trình phòng chống tiêu chảy là giảm số trường hợp trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy. Tuy nhiên, tác động của chương trình này không chỉ làm giảm tỷ lệ mắc bệnh mà còn góp phần làm giảm tỷ lệ tử vorig trẻ em dưới 5 tuổi, giảm tỷ lệ trẻ em bị suy dinh dưỡng sau tiêu chảy... Đó là mục tiêu tác động.

Một ví dụ khác là chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá. Mục tiêu đầu ra của chương trình là giảm tỷ lệ người nghiện thuốc lá trong cộng đồng sau khi tiến hành can thiệp. Tuy nhiên, tác động lâu dài của chương trình này là giảm các bệnh đường hô hấp, đặc biệt là ung thư phổi, nâng cao sức khoẻ, kéo dài tuổi thọ.

Đặc tính:

- Thường là mục tiêu dài hạn.
- Chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau.
- Phải có khả năng thực thi.
- Đo lường được, đánh giá được.
- Tác động trên diện rộng
- Phải liên quan mật thiết với nguyên nhân trực tiếp gây ra "vấn đề".
- Có ảnh hưởng đến các lĩnh vực khác nhau khi can thiệp, ví dụ kinh tế, giáo dục, xã hội...

Khi xây dựng mục tiêu đầu ra mong đợi cần phải dựa vào:

Khả năng đạt được mục tiêu đầu ra.

Tính bền vững, khả năng duy trì kết quả can thiệp.

Sự thay đổi của vấn đề sức khoẻ do tác động của chương trình can thiệp.

Dự báo các yếu tố kinh tế, giáo dục, xã hội.... xảy ra sau can thiệp.

Điều quan trọng nhất là quá trình tác động phải có hiệu quả thì mới có thể đạt được các loại mục tiêu. Muốn đạt được mục đích tác động thì vấn đề là làm thế nào để duy trì và phát huy được các kết quả trong quá trình can thiệp. Mặt khác, sau khi đã kết thúc chương trình can thiệp, nếu không có kế hoạch tiếp thì vẫn phải làm thế nào để cộng đồng tự chăm lo vấn đề sức khoẻ của mình trên cơ sở được tiếp nhận kỹ thuật, phương pháp và thực hiện bằng chính nguồn lực của cộng đồng. Như vậy thì ***cơ*** hội đạt mục tiêu tác động cao hơn.

Mục tiêu chỉ có thể được xác định và xây dựng khi chúng ta biết được các giả định. Giả định là điều rất cần thiết phải xác định trước để đảm bảo chương trình, dự án có thể đạt được các mục tiêu đề ra. Ví dụ, nếu mục tiêu của một chương trình là tăng tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đầy đủ hoặc tăng các dịch vụ y tế ngoại trạm thì một giả định quan trọng đó là phải có đủ phương tiện đi lại (có đủ xe) và có thể hoạt động được (có dự trù xăng xe...)

7. Các mục tiêu của kế hoạch y tế

Các kế hoạch, các chương trình mục tiêu, các dự án ở tuyến huyện cho dù ở trên đưa xuống hay do huyện tự xây dựng cũng nên lập các loại mục tiêu: mục đích đầu vào, mục tiêu quá trình (hoạt động) mục tiêu đầu ra và mục tiêu tác động. Các kế hoạch, dự án nói chung thực hiện ở tuyến xã, phường, thôn, ấp, bản, làng. Thành quả ở đó phụ thuộc rất lớn vào việc chỉ đạo của huyện trong việc xây dựng kế hoạch, tổ chức thực hiện và giám sát, kiểm tra, đánh giá. Vì vậy tuyến huyện không những cần xây dựng mục tiêu mà còn phải hướng dẫn xã phường trong việc xây dựng các mục tiêu hoạt động sao cho phù hợp với địa phương mình.

Các kế hoạch ngắn này thường chủ yếu chỉ xây dựng mục tiêu đánh giá quá trình và mục tiêu đầu ra. Kế hoạch y tế xã thường chỉ xây dựng mục tiêu đầu ra, trên cơ sở đó sẽ lập các chỉ tiêu thực hiện kế hoạch (mục tiêu quá trình).

8. Nêu và lựa chọn giải pháp để đạt mục tiêu để ra

Chiến lược, giải pháp, biện pháp, cách làm là đồng nghĩa ở một vài khía cạnh nhất định. Tuỳ theo tuyến, tuỳ theo loại kế hoạch mà dùng thuật ngữ cho thích hợp. Ở tuyến tế huyện thì thường gọi là giải pháp thực hiện. Kế hoạch lớn hơn thì có chiến lược thực hiện.

Thực tế khi xây dựng mục tiêu đã phải xem xét kỹ các giải pháp có thể. Vì có nhiều con đường để đi tới đích vì vậy người lập kế hoạch luôn nghĩ làm thế nào để đạt được mục tiêu một cách có hiệu quả hơn.

Một số yêu cầu chủ yếu với một giải pháp:

- Đặc thù, phù hợp với mục tiêu và nội dung hoạt động của kế hoạch.
- Hiệu lực: thực hiện bằng giải pháp đó thì sẽ đạt mục tiêu.
- Dễ thực hiện, không phức tạp, nhiều người có thể áp dụng.
- Dễ tiếp cận, triển khai được ở nhiều nơi, với nhiều người.
- Được đa số chấp nhận.
- Giá chi trả hợp lý.

Quy trình về việc này có thổ tóm tắt như sau:

1. Tìm và nêu các giải pháp: liệt kê hết mọi giải pháp có thể để đạt mục tiêu.

2. Phân tích các điểm mạnh, yếu của mỗi giải pháp, hiệu lực của giải pháp.

3. Phân tích giá chi trả cho giải pháp.

4. Khả năng tiếp cận với giải pháp.

5. Sự chấp nhận giải pháp của từng người/cộng đồng liên quan.

6. Thảo luận.

7. Xem xét kỹ tính khả thi của từng giải pháp.

8. Quyết định chọn lựa.

9. Nếu cần phải thử nghiệm trước.

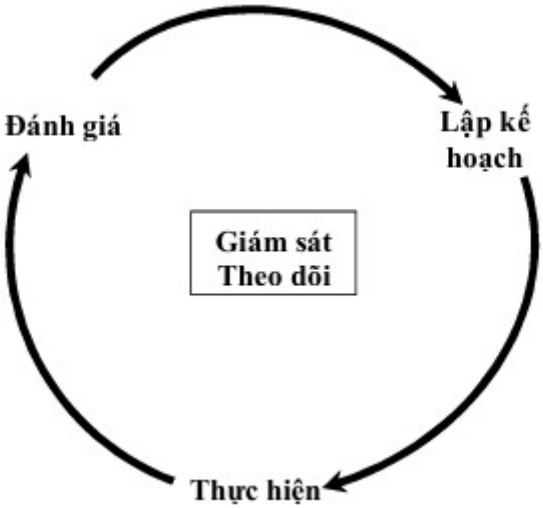
10. Điều chỉnh giải pháp trong quá trình thực hiện nếu cần.

Tóm lại, việc xây dựng các loại mục tiêu đúng, có khả năng thực thi trong những hoàn cảnh cụ thể, việc lựa chọn giải pháp phù hợp để đạt mục tiêu một cách có hiệu quả trong thực hiện kế hoạch là một trong những hoạt động chủ yếu và quan trọng nhất của quá trình lập kế hoạch y tế quận/ huyện, biểu hiện năng lực và kỹ năng của người làm quản lý. Việc làm tưởng như đơn giản, nhưng hoàn toàn không dễ dàng, đòi hỏi phải có kiến thức, tư duy, có thực tế và phải thực hành nhiều mới làm tốt được.

8. TRIỂN KHAI THỰC HIỆN CAN THIỆP

1. Triển khai chương trình/dự án là gì?

Sau khi đã lập được kế hoạch cho một chương trình hay dự án y tế, chúng ta cần tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch đó (xem hình dưới đây). *Thực hiện kế hoạch là quá trình biến mọi kế hoạch trên giấy thành hiện thực, thành sản phẩm mong đợi*. Trên thực tế, đây là bước khó khăn nhất trong chu trình quản lý, đòi hỏi thời gian công sức, trí tuệ và nguồn lực lớn nhất.



Quản lý việc triển khai chương trình/dự án là việc áp dụng kiến thức, kỹ năng, công cụ và kỹ thuật vào các hoạt động của chương trình/dự án nhằm đáp ứng các yêu cầu của chương trình/dự án.

Quản lý triển khai chương trình/dự án đòi hỏi những người quản lý phải hiểu rõ các đặc điểm của chương trình/dự án do tổ chức mình thực hiện. Sau đây là những đặc điểm, mà thường là những khó khăn mà người quản lý sẽ phải đối mặt trong suốt thời gian triển khai thực hiện:

- Chung nguồn lực với nhiều chương trình/dự án hay hoạt động khác. Ví dụ, trung tâm y tế huyện chỉ có một chiếc ô tô nhưng được sử dụng cho tất cả các hoạt động tại Trung tâm. Hoặc cán bộ chương trình phòng chống AIDS cũng kiêm nhiệm luôn việc theo dõi chương trình phòng chống Lao.v.v..

- Nhóm cán bộ tham gia chương trình/dự án thường đến từ nhiều phòng ban bộ phận khác nhau. Ví dụ để triển khai một hoạt động về đào tạo kỹ năng tư vấn về sức khỏe sinh sản cho cán bộ y tế tuyến xã, nhóm cán bộ tham gia của Trung tâm Y tế huyện có thể bao gồm cán bộ phòng sức khỏe sinh sản, cán bộ phòng truyền thông giáo dục sức khỏe, cán bộ phòng kế hoạch .v.v.

- Người điều phối việc triển khai có thể thiếu thẩm quyền chức năng đối với các thành viên nhóm do nhiều khi người điều phối là một cán bộ của một phòng/ban nhưng các thành viên nhóm lại từ các phòng ban khác

Do những đặc điểm trên, quá trình thực hiện nhiều khi không diễn ra như kế hoạch và thường là có những thay đổi trong quá trình thực hiện, cả về thời gian, nhân lực và tài chính.

2. Những lợi ích của quản lý việc triển khai thực hiện

Mặc dù có một số hạn chế nhưng nếu quản lý tốt việc thực hiện thì chúng ta sẽ đạt được mục tiêu của chương trình/dự án một cách hiệu quả. Người ta đã chứng minh rằng quản lý việc thực hiện sẽ đem lại những lợi ích sau:

- Xác định rõ ràng các công việc và xây dựng lộ trình cụ thể để đạt được các yêu cầu/kết quả đầu ra -> Do đó, tăng khả năng thực thi và hiệu quả

- Chủ động điều chỉnh trong trường hợp thay đổi về nguồn lực, thời gian hay chất lượng

- Cho phép lường trước các nguy cơ và chuẩn bị cách thức phòng tránh, ứng phó sớm.

3. Các kỹ năng cần thiết cho quản lý triển khai chương trình/dự án

Quản lý triển khai không chỉ đơn giản là việc thực hiện các kỹ thuật quản lý. Thực tế, người quản lý chương trình/dự án giỏi cần có các kỹ năng đa dạng. Ba lĩnh vực kỹ năng cơ bản mà người quản lý chương trình/dự án cần có gồm:

Kỹ năng lập kế hoạch: khả năng lập kế hoạch sử dụng các nguồn lực của chương trình/dự án bao gồm thời gian, cán bộ, ngân sách, trang thiết bị ...

Kỹ năng chuyên môn: các kỹ năng chuyên môn nghề nghiệp đặc thù cần thiết cho từng chương trình/dự án.

Kỹ năng con người: khả năng quản lý và động viên những người thực hiện chương trình/dự án; giải quyết các mâu thuẫn và vấn đề giữa các cá nhân, và truyền đạt thông tin đến các bên liên quan một cách hiệu quả.

4. Khó khăn ba chiều trong quản lý việc thực hiện chương trình/dự án

"Khó khăn ba chiều" là một thuật ngữ chỉ ba khía cạnh chủ yếu phụ thuộc lẫn nhau trong việc tác động tới kết quả của chương trình/dự án can thiệp.

Như vậy, vai trò của người quản lý việc thực hiện là quản lý thời gian, chi phí và chất lượng/phạm vi của chương trình/dự án - hay kế hoạch thời gian, ngân sách và chất lượng dịch vụ, sản phẩm. Chỉ cần thay đổi một trong số các yếu tố này sẽ phải thay đổi một hoặc cả hai yếu tố còn lại. Ví dụ, nếu bạn được yêu cầu giảm thời gian hoặc tăng các yêu cầu chất lượng/phạm vi của dự án, tổng chi phí của dự án sẽ tăng nhằm đáp ứng yêu cầu này.

Yêu cầu	Điều chỉnh cần có	
Thời gian ngắn hơn	Chi phí cao hơn	Giảm chất lượng hay thu hẹp phạm vi
Giảm chi phí	Thêm thời gian	Giảm chất lượng hay thu hẹp phạm vi
Chất lượng cao hơn hay mở rộng phạm vi	Thêm thời gian	Chi phí cao hơn

Cách duy nhất để nhóm thực hiện chương trình/dự án có thể thay đổi một trong các biến số thời gian, chi phí hay chất lượng/phạm vi mà không ảnh hưởng đến các yếu tố còn lại là có sáng kiến để triển khai hiệu quả hơn trong quá trình thực hiện dự án.

Người quản lý chương trình/dự án nên làm việc với các bên liên quan (nhà tài trợ, khách hàng, chính quyền, ban ngành đoàn thể…) ngay từ khi lập kế hoạch chương trình/dự án để có thể quản lý khó khăn ba chiều này. Người quản lý cũng cần xác định rõ cách thức đo lường những thay đổi của một trong ba biến số trên để có những điều chỉnh kịp thời và phù hợp.

5. Nội dung và công cụ/ kỹ thuật quản lý việc triển khai can thiệp

Các nội dung cơ bản trong quản lý triển khai chương trình/dự án thường bao gồm:

- Quản lý phạm vi chương trình/dự án
- Quản lý thời gian
- Quản lý nhân lực
- Quản lý tài chính
- Quản lý chất lượng
- Quản lý nguy cơ
- Trao đổi thông tin

Với mỗi nội dung quản lý sẽ có các công cụ/kỹ thuật giúp quản lý hiệu quả. Tuy nhiên, các nội dung và các công cụ quản lý này có mối liên quan rất chặt chẽ, không thể tách rời. Thay đổi ở bất kỳ nội dung quản lý nào cũng sẽ ảnh hưởng tới các cấu phần khác, do đó, người quản lý luôn luôn cần xem xét và kiểm soát việc triển khai chương trình/dự án một cách tổng thể, điều phối các cấu phần quản lý một cách hài hòa và linh hoạt để đạt được các yêu cầu của chương trình/dự án và đáp ứng được mong đợi của các bên liên quan.

5.1. Quản lý phạm vi

Bước đầu tiên và quan trọng nhất trong việc quản lý triển khai hiệu quả một chương trình /dự án là xác định phạm vi chương trình/dự án đó một cách rõ ràng nhằm xác định các công việc/nhiệm vụ cần cần phải được hoàn thành để tạo ra một sản phẩm, dịch vụ hay kết quả với những thuộc tính và chức năng cụ thể mà chương trình/dự án yêu cầu.

5.2. Quản lý thời gian

Quản lý thời gian trong triển khai thực hiện chương trình/dự án nhằm mục đích đảm bảo tiến độ của chương trình/dự án. Để quản lý thời gian, người quản lý cần thực hiện các nhiệm vụ:

- Xác định hoạt động
- Ước tính nguồn lực cho hoạt động
- Ước tính thời gian thực hiện hoạt động
- Sắp xếp các hoạt động
- Xây dựng kế hoạch thực hiện theo thời gian
- Kiểm soát thời gian

5.3. Quản lý nhân lực

Quản lý nhân lực là một cấu phần quản lý rất quan trọng trong quản lý triển khai chương trình/dự án, đặc biệt đối với các chương trình/dự án lớn, có nhiều người tham gia, thuộc nhiều đơn vị, tổ chức khác nhau. Quản lý nhân lực trong

triển khai chương trình/dự án nhằm mục đích lập kế hoạch và sử dụng nhân lực thực hiện chương trình/dự án phù hợp và hiệu quả nhất.

Cần lưu ý trong quản lý nhân lực thực hiện, việc phân công vai trò và trách nhiệm thực hiện mỗi công việc/nhiệm vụ là rất quan trọng, việc phân công phải rất cụ thể: nêu rõ ai là người chịu trách nhiệm chính, ai là người phối hợp và ai là người thông qua kết quả hay giám sát công việc đó. Tránh phân công nhiệm vụ cho nhóm hay một đơn vị chung chung. Nên nêu tên cụ thể cá nhân chịu trách nhiệm mặc dù để hoàn thành công việc đó sẽ có một nhóm người tham gia nhưng vai trò mỗi người sẽ khác nhau và chỉ có một người chịu trách nhiệm chính, những người còn lại thường đóng vai trò hỗ trợ trong quá trình thực hiện. Việc phân công cụ thể như vậy tạo ra động lực cho mỗi cá nhân đảm bảo công việc được thực thi. Khi giao trách nhiệm theo nhóm, các thành viên thường cảm thấy đó là nhiệm vụ chung và trách nhiệm của họ là không rõ ràng.

Một trong những lợi ích quan trọng của lập kế hoạch thực hiện là giúp quản lý tốt hơn khối lượng công việc của các cán bộ tham gia chương trình/dự án. Song song với phân công công việc cho các thành viên, người quản lý cũng phải phân tích tổng khối lượng công việc mà mỗi cá nhân phải thực hiện để đảm bảo việc phân công công việc là hợp lý và các công việc có thể hoàn thành đúng kế hoạch. Trong phân công công việc, chúng ta cần hết sức lưu ý đảm bảo việc phân công là phù hợp với khả năng thực hiện thực tế và người được phân công có thể hoàn thành được.

5.4. Quản lý tài chính

Trên thực tế, việc ước tính nguồn lực tài chính cần cho chương trình/dự án đã được thực hiện ngay từ giai đoạn xây dựng đề cương hay văn kiện chương trình/dự án. Tuy nhiên, qua giai đoạn thẩm định, ngân sách được phê duyệt có thể thay đổi so với dự toán đề xuất. Trong khuôn khổ ngân sách chương trình/dự án đã được phê duyệt, nhóm thực hiện sẽ tính toán chi phí cho từng hoạt động cụ thể, lập kế hoạch kiểm soát và thực hiện kiểm soát chi phí trong qúa trình triển khai để đảm bảo thành chương trình/dự án.

Các câu hỏi quan trọng trong dự trù ngân sách thực hiện can thiệp:

- Điều gì cần được thực hiện?
- Ai nên thực hiện điều này?
- Họ cần cái gì để thực hiện điều này?
- Chi phí để họ thực hiện điều này là bao nhiêu?

Trong quản lý thực hiện chương trình/dự án, cách xây dựng ngân sách hoạt động chính xác nhất là lập ngân sách "từ dưới lên". Đây là cách xây dựng ngân sách chi tiết để hoàn thành từng công việc rồi tổng hợp lại thành bản dự toán tổng hợp. Cách tính toán chi tiết như vậy vừa đảm bảo tính chính xác của bản dự toán với công việc thực tế, vừa giúp kiểm soát chi phí của hoạt động trong quá trình triển khai thực hiện.

5.5. Quản lý chất lượng

Quản lý chất lượng trong quá trình triển khai thực hiện bao gồm:

Xác định yêu cầu chất lượng: Xác định các yêu cầu, tiêu chuẩn chất lượng mà sản phẩm/kết quả đầu ra của chương trình/dự án cần đáp ứng**.** Xây dựng kế hoạch để đáp ứng các yêu cầu, tiêu chuẩn chất lượng này.

Đảm bảo chất lượng trong quá trình thực hiện: Áp dụng các công cụ, hệ thống quản lý chất lượng để đảm bảo rằng tất cả các quy trình hoạt động đều hướng tới đáp ứng các yêu cầu/tiêu chuẩn chất lượng.

Kiểm soát chất lượng của sản phẩm/kết quả đầu ra của chương trình/dự án: Đo lường, giám sát các sản phẩm/kết quả đầu ra của chương trình/dự án để xác định xem chúng có tuân theo các tiêu chuẩn chất lượng thích hợp không và đề ra các biện pháp để loại trừ các nguyên nhân làm cho kết quả không được như mong đợi.

Tùy từng yêu cầu chất lượng cần đạt được cũng như quy mô, phạm vi của chương trình/dự án mà việc quản lý chất lượng có thể đơn giản hoặc phức tạp. Trên thực tế có rất nhiều công cụ, hệ thống quản lý chất lượng khác nhau, ví dụ TQM, ISO, .. và việc ứng dụng công cụ, hệ thống nào là rất linh hoạt. Cần lưu ý rằng cấu phần quản lý chất lượng không phải là một cấu phần riêng biệt mà cần được lồng ghép với các cấu phần quản lý khác.

5.6. Quản lý nguy cơ

5.6.1. Nguy cơ dự án là gì?

Nguy cơ dự án là một sự kiện hay điều kiện không chắc chắn. Nếu nguy cơ xảy ra sẽ ảnh hưởng tích cực hay tiêu cực đến mục tiêu chương trình/dự án.

- Nguy cơ là sự kiện, ví dụ những trường hợp sau có thể xảy ra khi triển khai dự án:

+ Thời gian đợi cấp phép của cơ quan chức năng lâu hơn so với thời gian dự kiến trong kế hoạch;

+ Việc bố trí và phân công cán bộ hiện tại trong đơn vị chưa phù hợp với yêu cầu công việc của một số hoạt động trong dự án;

- Nguy cơ là điều kiện, ví dụ như:

+ Thiếu máy tính nối mạng nên việc trao đổi thông tin rất có thể bị ảnh hưởng

+ Nhiều dự án chồng chéo nên hoạt động dự án bị phụ thuộc vào những cán bộ tham gia kiêm chức mà dự án không chi phối được họ.

- Các mục tiêu hoàn thành dự án:

+ Mục tiêu thời gian: Phải hoàn thành công việc đúng thời hạn;

+ Mục tiêu kinh phí: Phải thực hiện theo đúng kế hoạch ngân sách;

+ Mục tiêu phạm vi và chất lượng của dự án: Phải hoàn thành công việc đạt kết quả đúng như dự kiến, đảm bảo đủ số lượng và chất lượng.

Mục đích của quản lý nguy cơ trong quá trình thực hiện là phòng ngừa và giảm thiểu ảnh hưởng của các rủi ro (tiêu cực) và tận dụng các cơ hội (tích cực) nếu xảy ra trong quá trình triển khai chương trình/dự án.

5.6.2. Các lĩnh vực nguy cơ dễ xuất hiện

- Kế hoạch thực hiện:

+ Các công việc trên con đường chủ chốt.

+ Các công việc bị phụ thuộc vào nhiều công việc khác (để thực hiện công việc này cần hoàn thành nhiều công việc trước đó).

+ Các công việc mà được phân bố thời gian quá ít hoặc quá chặt chẽ.

+ Các công việc không thực tế.

+ Các công việc không phụ thuộc nhiều vào các yếu tố bên ngoài.

+ Các mốc chính trong quá trình thực hiện.

- Nguồn lực:

+ Các công việc được phân công cho nhiều người

+ Các công việc sử dụng các nguồn lực không sẵn có hoặc có nhưng ít ỏi, khan hiếm

+ Phân công cho người không đủ trình độ

+ Ốm đau, việc thay thế cán bộ, v.v.

- Ngân sách:

+ Nguồn ngân sách không chắc chắn

+ Thay đổi trong các ưu tiên ngân sách

+ Nguồn lực hoặc hợp đồng tài chính không chắc chắn

- Phạm vi:

+ Không xác định rõ phạm vi

+ Yêu cầu của khách hàng thay đổi

+ Sự sẵn có của các công cụ và kỹ thuật

+ Nhiều sai sót không dự kiến trước được

- Các yếu tố khách quan bên ngoài:

+ Những thay đổi về chính sách

+ Các khủng hoảng tự nhiên hoặc do con người (về chính trị, kinh tế, hay tổ chức…)

5.6.3. Các bước quản lý nguy cơ

Cách hiệu quả nhất để giải quyết các nguy cơ của chương trình/dự án là phân tích và xây dựng kế hoạch để khống chế và giảm tác hại của các nguy cơ này một khi chúng xảy ra ngay từ giai đoạn bắt đầu chương trình/dự án.

Xác định nguy cơ: Xem xét kế hoạch dự án và xác định các nguy cơ có thể tác động tới việc thực hiện, cụ thể như sau:

Điều gì có thể làm trì hoãn hay chậm trễ trong thực hiện kế hoạch?

Điều gì có thể đe doạ chất lượng của sản phẩm/dịch vụ đầu ra cuối cùng của chương trình/dự án hay hoạt động?

Điều gì có thể là nguy cơ dẫn tới việc thiếu hụt nhân lực hay các nguồn lực khác khi cần thiết?

Lượng hóa tác động của mỗi nguy cơ: Trước khi có thể xác định nguy cơ ưu tiên quản lý, chúng ta cần đánh giá tác động của tất cả các nguy cơ đã xác định. Để lượng hóa tác động của các nguy cơ có thể xảy ra, cần xem xét từng nguy cơ dựa trên các tiêu chí: khả năng xảy ra nguy cơ đó, mức độ tác động tới kết quả dự án và khả năng kiểm soát được nguy cơ đó.

Xác định ưu tiên những nguy cơ quan trọng nhất:

Dựa trên kết quả lượng hóa tác động của các nguy cơ đối với chương trình/ dự án để xác định nguy cơ nào có khả năng đe dọa dự án nhiều nhất. Những nguy cơ có khả năng cao xảy ra, có tác động lớn đến chương trình/ dự án là những nguy cơ nên được lập kế hoạch ứng phó. Bên cạnh đó, khả năng kiểm soát một sự kiện cũng ảnh hưởng tới việc lựa chọn ưu tiên nguy cơ.

Xây dựng kế hoạch ứng phó nguy cơ:

Khi đã xác định hay chọn một số nguy cơ ưu tiên, việc cần làm tiếp theo là phải tìm cách ứng phó với chúng để đảm bảo sự thành công của dự án. Kế hoạch ứng phó nguy cơ thường bao gồm:

- Kế hoạch ngăn ngừa nguy cơ đó xảy ra
- Kế hoạch ứng phó khi nguy cơ đó xuất hiện
- Thời điểm bắt đầu hành động ứng phó
- Người hoặc nhóm chịu trách nhiệm chính để quản lý nguy cơ đó

Để ứng phó nguy cơ ưu tiên, dự án cần phải dành nguồn lực cần thiết cho sự chuẩn bị để chủ động đương đầu với nguy cơ. Lập kế hoạch đối phó nguy cơ dự án là cần thiết, nhưng có thể không cần làm một kế hoạch riêng mà nên lồng ghép với các kế hoạch của dự án. Dựa trên phương án đã thiết kế với từng nguy cơ, nhóm cần phân công một người chịu trách nhiệm quản lý nguy cơ đó, cân nhắc nguồn lực và các hoạt động quản lý nguy cơ vào trong kế hoạch ngân sách, kế hoạch thời gian và kế hoạch tổng hợp của dự án (khi cần).

5.7. Trao đổi thông tin về việc triển khai các hoạt động chương trình/dự án tới các bên liên quan

Trao đổi thông tin về việc triển khai các hoạt động tới các bên liên quan đóng vai trò rất quan trọng để đảm bảo thành công của một chương trình/dự án. Công việc này cần được thực hiện liên tục trong tất cả các giai đoạn, bắt đầu từ lúc khởi đầu, xác định, lập kế hoạch, điều hành, kiểm soát và kết thúc mỗi hoạt động và toàn bộ chương trình/dự án. Với mỗi hoạt động trong chương trình/dự án, người quản lý cần dành đủ thời gian thích hợp để trao đổi thông tin nhằm đạt được sự thoả thuận và đáp ứng những mong đợi từ các bên liên quan. Bên cạnh đó, việc thường xuyên trao đổi thông tin còn giúp người quản lý phát hiện và giải quyết các vấn đề khi chúng phát sinh.

Chính vì vậy, để giúp cho việc trao đổi thông tin thực hiện chương trình/dự án được hiệu quả, chúng ta nên lập kế hoạch cụ thể cho công việc này và coi đó như một phần của kế hoạch dự án tổng thể. Đồng thời cũng cần theo dõi và xem xét việc trao đổi thông tin trong quá trình triển khai thực tế để có điều chỉnh kịp thời nếu cần. Nhìn chung, có bốn cách trao đổi thông tin chính như sau:

- Văn bản chính thức: công văn, báo cáo hoạt động chương trình/dự án…

- Văn bản không chính thức: các ghi chép về hoạt động dự án, thư điện tử

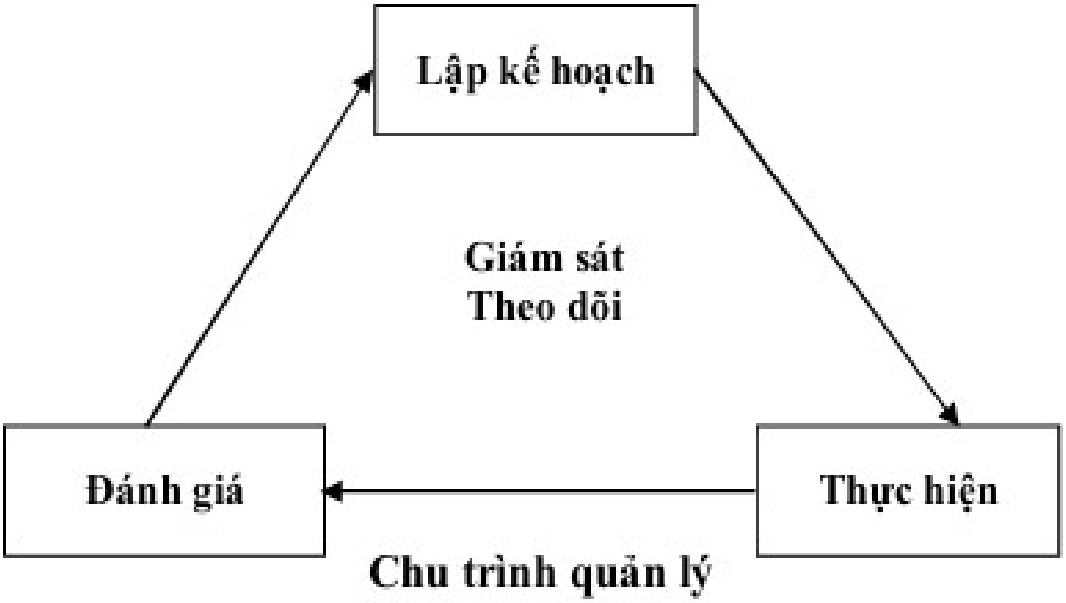
- Tuyên bố miệng chính thức – các bài trình bày trong cuộc họp chính thức, hội thảo

- Tuyên bố miệng không chính thức – các cuộc thảo luận trực tiếp, hoặc qua điện thoại, các cuộc họp nhóm Tất cả các hình thức trao đổi trên đều quan trọng để cập nhật và truyền tải nội dung hoạt động của một chương trình/dự án đến các bên liên quan. Tuy nhiên, việc trao đổi bằng miệng thường xuyên diễn ra, nhưng khó có thể lập kế hoạch hoạt động này.

9. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP

1. Khái niệm Theo dõi và đánh giá

Theo dõi và đánh giá là một trong những thành tố quan trọng của quản lý dự án như thể hiện trong hình vẽ quen thuộc dưới đây:



1.1. Khái niệm

Theo dõi là quá trình thu thập, phân tích và sử dụng thông tin nhằm xác định chương trình/dự án/hoạt động có được thực hiện theo đúng kế hoạch không, các hoạt động có đạt được kết quả như mong muốn không nhằm đưa ra các khuyến nghị để điều chỉnh kế hoạch hoạt động để đạt được mục tiêu.

Đánh giá là một công cụ quản lý nhằm xác định một cách hệ thống và có chủ đích về tính phù hợp, việc thực hiện và sự thành công của chương trình/dự án. Đánh giá thường trả lời cho câu hỏi:

- Chương trình có được thiết kế phù hợp và đúng cách không?

- Chương trình có đạt được hiệu quả, hiệu suất, tác động như mong muốn không?

- Chương trình có khả năng duy trì không?

Và đưa ra các khuyến nghị và bài học kinh nghiệm cho việc thiết kế và triển khai các chương trình/dự án (kể cả chỉnh sửa lại chương trình dự án đang triển khai hoặc các chương trình dự án khác về sau)

Cả theo dõi và đánh giá đều quan trọng trong việc quản lý, vì nhờ có theo dõi mà đảm bảo được tiến độ của chương trình/dự án và nhờ có đánh giá mà các mô hình, bài học kinh nghiệm được rút ra để đảm bảo chương trình/dự án được thực hiện một cách hiệu quả, phù hợp, duy trì.

1.2. Mối quan hệ giữa theo dõi và đánh giá

Theo dõi và đánh giá không thể thay thế được cho nhau. Việc theo dõi được thực hiện tốt, các số liệu được thu thập một cách đầy đủ, hệ thống sẽ giúp cho hoạt động đánh giá thực hiện được một cách dễ dàng hơn.

Theo dõi xem xét các quá trình thực hiện chương trình/kế hoạch và cả những thay đổi xảy ra đối với nhóm cộng đồng đích của chương trình/kế hoạch y tế. Các thông tin về những điểm mạnh và điểm yếu của các hoạt động của chương trình/kế hoạch y tế thu được thông qua theo dõi sẽ thúc đẩy quá trình cải thiện dựa trên việc đưa ra các quyết định quản lý đúng đắn và kịp thời. Các nhà quản lý và những người thực hiện chương trình /kế hoạch đóng vai trò chính trong việc theo dõi.

Đánh giá là thực hiện việc phân tích sâu các hoạt động trong kế hoạch/chương trình theo chu kỳ. Đánh giá dựa vào các số liệu thu được thông qua các hoạt động theo dõi cũng như các thông tin có được từ các nguồn khác (ví dụ, các nghiên cứu, các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm trọng tâm, điều tra...) .

Trong nhiều chương trình, nhằm đảm bảo tính khách quan trong việc đánh giá hiệu quả và tác động các hoạt động của dự án, các nhà tài trợ thường mời các chuyên gia là những người không trực tiếp tham gia thực hiện các hoạt động làm việc này mỗi khi kết thúc dự án hay bắt đầu xây dựng kế hoạch cho một chu kỳ dự án mới. Tuy nhiên nhiều chương trình/dự án thực hiện đánh giá nội bộ vì chính những người tham gia thực hiện chương trình/dự án mới là những người hiểu rõ nhất về những điểm mạnh, điểm yếu, những khó khăn trong quá trình thực hiện. Tuy nhiên mỗi cách thức đều có những điểm yếu nhất định. Vì vậy, một số nơi còn kết hợp cả hai cách thức trên, tức là nhóm đánh giá bao gồm cả chuyên gia bên ngoài lẫn cán bộ chương trình/dự án, để vừa đảm bảo kết quả thu được vừa mang tính khách quan, nhưng vừa có thể có nhìn nhận chính xác về chương trình/dự án.

Vậy theo dõi và đánh giá có gì giống nhau và khác nhau? Cả theo dõi và đánh giá đều là một công cụ quản lý. Tuy nhiên, theo dõi là một hoạt động thường xuyên, nhìn vào các hoạt động đang triển khai nhằm xác định tiến độ và kết quả của quá trình thực hiện. Các khuyến nghị chủ yếu được dùng trong nội bộ. Còn đánh giá được thực hiện với định kỳ, ít hơn so với theo dõi, nhìn vào toàn bộ chương trình/dự án đã hoặc đang triển khai và đưa ra những khuyến nghị cho cả nội bộ và những người bên ngoài có quan tâm về chiến lược, thiết kế, thực hiện chương trình/dự án.

Theo dõi	**Đánh giá**
Thường xuyên	Theo chu kỳ (vào các mốc quan trọng như giữa kỳ hoặc cuối kỳ…)
Giữ đúng tiến độ thực hiện, phân tích và lưu giữ các thông tin về tiến triển	Phân tích sâu, so sánh những kết quả đạt được trong thực tế với mục tiêu đặt

của chương trình/kế hoạch.	ra trong kế hoạch.
Tập trung vào các đầu vào, hoạt động, đầu ra, các quá trình thực hiện, sự phù hợp của những hoạt động cụ thể...	Tập trung vào các sản phẩm đầu ra trong mối quan hệ với đầu vào; các kết quả đạt được so với chi phí, các quá trình sử dụng để đạt được các kết quả, sự phù hợp mang tính tổng thể, tác động và tính bền vững.
Trả lời cho câu hỏi những hoạt động nào đã được thực hiện và những kết quả nào đã thu được.	Trả lời cho câu hỏi tại sao thu được những kết quả như vậy và bằng cách nào. Góp phần đưa ra những cơ sở lý luận và xây dựng mô hình để thay đổi
Cảnh báo cho các nhà quản lý về những vấn đề đang xảy ra và đưa ra các giải pháp để giải quyết	Cung cấp cho các nhà quản lý những lựa chọn về chiến lược và chính sách.
Do các nhà quản lý chương trình/kế hoạch, giám sát viên, các đơn vị/tổ chức cộng đồng có liên quan và các nhà tài trợ tự lượng giá.	Do các nhà quản lý chương trình/kế hoạch, giám sát viên các đơn vị/tổ chức có liên quan, nhà tài trợ và/hoặc các nhà đánh giá độc lập thực hiện việc phân tích nội bộ và/hoặc độc lập.

1.3. Làm thế nào để theo dõi, đánh giá có hiệu quả

Để theo dõi và đánh giá có hiệu quả, mỗi một chương trình/ dự án cần thiết lập một hệ thống theo dõi và đánh giá ngay từ giai đoạn lập kế hoạch của chương trình/dự án đó và dành nguồn lực (kể cả tài chính) thích đáng cho công tác này. Theo hướng dẫn của bộ công cụ theo dõi và đánh giá một số tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Ngân hàng Thế giới (World Bank), Chương trình phòng chống HIV/AIDS của Liên hiệp quốc (UNAIDS), thì một hệ thống theo dõi và đánh giá nên gồm các thành tố sau:

- Đơn vị/người chịu trách nhiệm về theo dõi và đánh giá. Nếu là chương trình/dự án lớn thì có đơn vị, nếu chương trình/dự án nhỏ thì có người chịu trách nhiệm chính về những công việc này. Có sự phân công như vậy mới đảm bảo được công tác theo dõi đánh giá được thực hiện một cách hệ thống và bản thân người/đơn chịu trách nhiệm có thể nhìn nhận được kết quả theo thời gian.
- Mục tiêu và kế hoạch hoạt động rõ ràng, vì dựa trên bản mục tiêu đó mới có thể xây dựng được các chỉ số theo dõi đánh giá phù hợp.
- Các chỉ số theo dõi và đánh giá, các phương pháp, phương tiện thu thập chỉ số phù hợp.
- Kế hoạch theo dõi và đánh giá cụ thể, gồm kế hoạch thu thập thông tin, phân tích thông tin và sử dụng kết quả. Bản kế hoạch này thường được xây dựng sau khi lập kế hoạch hoạt động, dựa trên các chỉ số theo dõi đánh giá.

- Hệ thống báo cáo. Một số chương trình/dự án thiết lập hệ thống báo cáo nhằm đảm bảo các thông tin thu thập được phân tích, trình bày dưới dạng phù hợp với người sử dụng và đảm bảo các kết quả theo dõi và đánh giá được sử dụng hiệu quả.

2. Chỉ số theo dõi và đánh giá

2.1. Khái niệm

Chỉ số là đại lượng dùng để đo lường và mô tả một sự vật hay một hiện tượng. Dựa vào chỉ số, có thể xác định được sự thay đổi của một sự vật hiện tượng. Ví dụ, "tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng dưới 5 tuổi" hoặc "tỷ lệ các bà mẹ có con dưới 1 tuổi thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đúng cách".

Một chỉ số cần được định nghĩa rõ ràng về tử số và mẫu số để đảm bảo các chỉ số có thể dùng để so sánh được, đặc biệt để so sánh với các chỉ số cùng loại của địa phương khác. Có nhiều chỉ số mà mẫu số và tử số là chuẩn cho cả thế giới, ví dụ: tỷ lệ sinh thô, tỷ lệ chết thô, tỷ lệ chết mẹ, tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi.

Nhiều khi, nếu không định nghĩa rõ rằng về tử số và mẫu số, có thể dẫn đến sự sai lệch về nhận định. Ví dụ: trong chương trình kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ), chỉ số thực hiện được biết đến nhiều nhất và phổ biến nhất là "Tỷ lệ cặp vợ chồng sử dụng các biện pháp tránh thai (CPR)". Tử số của chỉ số này là số cặp vợ chồng mà vợ trong độ tuổi 15-49 áp dụng các biện pháp tránh thai và mẫu số là tổng số các cặp vợ chồng trong độ tuổi đó trong một quần thể dân cư. Kết quả CPR sẽ thay đổi tuỳ thuộc vào mẫu số được chọn như cặp vợ chồng hay phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ hay tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Do vậy, khi so sánh CPR tại xã A với xã B, phải hết sức chú ý để đảm bảo rằng tử số và mẫu số của chỉ số này tại cả hai địa phương là như nhau.

V ề thuật ngữ cũng có nhiều cách diễn giải vì thế cần rất chú ý đến định nghĩa của các thuật ngữ, chẳng hạn như: khách hàng mới, người sử dụng dịch vụ liên tục, người sử dụng dịch vụ không liên tục, các điểm cung cấp dịch vụ, nơi cung cấp dịch vụ, bệnh nhân chuyển đi, bệnh nhân khám lại.

2.2. Các loại chỉ số

Có nhiều cách phân loại chỉ số khác nhau tuỳ theo mục đích sử dụng của người sử dụng và tuỳ theo cách thức xây dựng kế hoạch. Ví dụ: có nơi phân loại dựa trên độ bao phủ, tính duy trì, khả năng tiếp cận các dịch vụ của đối tượng đích, có nơi phân loại theo số lượng và chất lượng, có nơi phân loại theo đầu vào, đầu ra. Nhưng cách chung nhất mà các nhà quản lý thường dùng là phân loại dựa trên mức độ kết quả đạt được của chương trình/dự án. Sự phân loại này dựa trên lý luận của lý thuyết về nhân-quả. Khi đầu tư nguồn lực vào các chương trình hoạt động (như nhân lực, thời gian, tài chính, trang thiết bị cơ sở vật chất) thì sẽ diễn ra các hoạt động. Thường người ta không đưa ra các chỉ số hoạt động vì coi bản thân các hoạt động là những đơn vị có thể đo đếm được khi thực hiện theo dõi, ví dụ, số lớp học được tổ chức, số buổi truyền thông được tổ

chức, số chiến dịch truyền thông được tiến hành. Tuy nhiên, một số chương trình dự án đặt ra các chỉ số này và gọi là chỉ số quá trình hay chỉ số hoạt động. Và một thời gian sau khi nhiều hoạt động được thực hiện thì chương trình/dự án sẽ thu được kết quả chung của toàn bộ chương trinh/dự án đó (thường gọi là chỉ số kết quả.) Một thời gian dài sau khi tiến hành các hoạt động của chương trình dự án, thậm chí sau khi chương trình dự án kết thúc nhiều năm thì đạt được kết quả dài hạn (thường gọi là chỉ số tác động). Chỉ số được phân loại như sau:

Các loại chỉ số	Ví dụ
Đầu vào: Nguồn lực, nhân lực, kinh phí, trang thiết bị, thông tin...	Số thôn bản có cộng tác viên dinh dưỡng Số trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng Số tờ rơi tuyên truyền về nuôi con bằng sữa mẹ ....
Hoạt động & Kết quả (mang tính ngắn hạn)	Tỉ lệ các trạm trưởng và cán bộ chuyên trách về dinh dưỡng có thể tư vấn đúng về dinh dưỡng trẻ Tỉ lệ các bà mẹ có con dưới 1 tuổi nói đúng cách nuôi con bằng sữa mẹ
Tác động (kết quả mang tính dài hạn)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng

Với một chương trình dự án, có thể có rất nhiều chỉ số dùng để đo lường, nhưng các cán bộ thiết kế hệ thống theo dõi đánh giá cần tìm ra được những chỉ số phản ánh chính xác nhất kết quả của chương trình/dự án. Tuy nhiên, trên thực tế, để thu được các chỉ số chính xác phải mất nhiều công sức, thời gian, và nhiều khi rất khó khả thi. Vì vậy, để đảm bảo có một bộ chỉ số theo dõi đánh giá tốt (đảm bảo các đặc điểm của chỉ số như đã nêu ở trên) một trong những kinh nghiệm của các nhà thực hiện chương trình là trong giai đoạn xây dựng hệ thống theo dõi đánh giá, cần có sự tham gia của mọi thành viên của chương trình dự án tại các cấp vào việc xác định các chỉ số theo dõi đánh giá, với sự hỗ trợ của các chuyên gia của lĩnh vực đó. Bước đầu, mọi thành viên sẽ tự do liệt kê các chỉ số có thể sử dụng để đo lường kết quả, sau đó sẽ thảo luận và thống nhất cùng nhau, với mỗi kết quả mong muốn đạt được thì chọn các chỉ số nào.

Danh sách dưới đây giới thiệu những chỉ số thường được sử dụng để đánh giá chương trình kế hoạch hoá gia đình.

Chỉ số đầu vào (các nguồn lực, các hoạt động):

- Tổng kinh phí nhận được từ nhà tài trợ và khách hàng.
- Hàng hoá nhận được (vật tư, trang thiết bị, phương tiện tránh thai).
- Số nhân viên của chương trình được đào tạo và giúp đỡ về kỹ thuật.

- Kinh phí đã sử dụng.
- Trang thiết bị và phương tiện tránh thai đã cấp (thống kê đã nhận từ
- sổ đã cấp).
- Các khoản mục trong kế hoạch làm việc như thuê nhân viên...

Chỉ số hoạt động và kết quả (các dịch vụ, đào tạo, thông tin giáo dục truyền thông):

- Số khách hàng mới sử dụng các biện pháp tránh thai.
- Số lượng người cung cấp dịch vụ được đào tạo theo từng loại: bác sĩ, y tá, điều dưỡng viên...
- Số lượng phòng khám hoặc điểm phân phát các biện pháp tránh thai.
- Số lượng từng loại tài liệu giáo dục truyền thông.
- Số lượng buổi họp với cộng đồng và số người được tuyên truyền về KHHGĐ trong các cuộc họp.
- Số lượng người được chuyển đến phòng khám để sử dụng các dịch vụ, phân chia theo từng loại dịch vụ.
- Số lượng người quay trở lại phòng khám để khám lại.
- Số lượng từng loại phương tiện tránh thai được phân phát.

Chỉ số hoạt động và kết quả (về chất lượng chăm sóc):

- Mức độ tuân theo những qui trình về lựa chọn phương pháp tránh thai của người cung cấp.
- Mức độ tuân theo các quy trình lâm sàng đối với từng phương pháp của người cung cấp.
- Cung cấp các biện pháp phối hợp.
- Tỷ lệ khách hàng được các khách hàng khác giới thiệu (chỉ số sự hài lòng của khách hàng).
- Tỷ lệ thường xuyên sử dụng biện pháp KHHGĐ (thay đổi phương pháp, giãn khoảng cách sinh, người chuyển đi khu vực khác không tiếp tục hoặc ngừng sử dụng).
- Tỷ lệ khách hàng hài lòng với các dịch vụ

Chỉ số tác động và kết quả (đầu ra ngắn hạn)

- Tỷ lệ phần trăm các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ trong khu vực được phục vụ.
- Chỉ số về kiến thức thái độ và thực hành đối với KHHGĐ.

Chỉ số tác động:

- Tổng số người/cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp KHHGĐ.
- Tỷ lệ sinh thô trong khu vực (nếu có).
- Tỷ lệ nạo hút thai trong khu vực.
- Tổng tỷ suất sinh và tỷ suất sinh đặc hiệu theo tuổi trong khu vực.
- Tỷ lệ tử vong trẻ dưới 1 tuổi.
- Tỷ lệ tử vong mẹ.
- Tỷ lệ sinh có nguy cơ cao (phụ nữ trên 35 tuổi, nhiều lần có thai...).

2.3. Cách chọn các chỉ số theo dõi đánh giá một cách hệ thống:

Các chỉ số tốt có các đặc điểm sau đây:

- Cụ thể
- Đo lường được
- Phản ánh chính xác kết quả định đo lường
- Cần thiết
- Có thể dùng để so sánh

Các chỉ số được lựa chọn cần phải đảm bảo các đặc điểm của một chỉ số trên đồng thời phải cung cấp đầy đủ thông tin về hoạt động/chương trình để ra quyết định đúng.

Thường mỗi chỉ số là đặc hiệu để đo lường một kết quả nào đó. Chẳng hạn, tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng là chỉ số đo lường tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em. Nhưng một số chỉ số có thể đo được kết quả của nhiều hoạt động. Ví dụ: tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai, vừa dùng để đo lường thực hành của người dân, nhưng đồng thời cũng đo lường sự sẵn có của dịch vụ cung cấp các biện pháp tránh thai. Và có thể với mỗi kết quả lại cần nhiều chỉ số kết hợp mới có thể đo lường được chính xác. Ví dụ: để đo thực hành của các bà mẹ nuôi con đúng cách, có rất nhiều chỉ số, như tỷ lệ bà mẹ cho con bú đúng, tỷ lệ trẻ được theo dõi cân nặng thường xuyên, tỷ lệ trẻ được tiêm chủng đầy đủ. Có nghĩa là với một chỉ số lớn nhiều khi lại bao gồm nhiều chỉ số ở mức độ nhỏ hơn gộp lại. Vì vậy, dựa trên các đặc điểm một chỉ số cần có, các nhà quản lý chương trình dự án phải xem xét trong từng hoàn cảnh mà chọn ra những chỉ số nào đảm bảo tính chính xác về mặt khoa học nhưng cũng khả thi về mặt thực tế.

Hiện nay, các tổ chức kỹ thuật trên thế giới đã đưa ra các bộ chỉ số cho các chương trình/dự án và được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Vì vậy, khi xây dựng hệ thống theo dõi đánh giá cho chương trình/dự án, các nhà quản lý có thể tham khảo các bộ chỉ số này, đặc biệt là những chương trình/dự án thực hiện ở nhiều vùng miền khác nhau có thể dùng bộ chỉ số để so sánh giữa các vùng miền.

3. Theo dõi

Các nguyên tắc cơ bản để thực hiện theo dõi tốt là: ·

- Thường xuyên theo dõi việc thực hiện kế hoạch đã được phê chuẩn để trả lời cho các câu hỏi "Hoạt động nào tốt, theo đúng kế hoạch? Hoạt động nào không?" trong mối liên hệ với tiến trình hướng tới việc đạt được các kết quả mong đợi đã đề ra trong kế hoạch. Kết quả theo dõi cần phải lưu giữ dưới dạng các báo cáo, đưa ra các khuyến nghị và tiếp tục theo dõi các quyết định và hành động sau đó.
- Theo dõi có hiệu quả đòi hỏi các nhà quản lý chương trình/kế hoạch y tế phải làm việc thường xuyên với cơ sở, đảm bảo có những tài liệu thường xuyên phản ánh các kết quả cũng như khó khăn khi chúng bắt đầu nảy sinh mà không chờ đến khi để lại hậu quả nghiêm trọng cho tiến độ thực hiện chương trình/kế hoạch.

- Theo dõi có hiệu quả là lượng giá một cách khách quan việc thực hiện và tiến độ của chương trình/kế hoạch dựa trên những tiêu chuẩn và chỉ số rõ ràng đã được đề ra trong kế hoạch hoặc theo các qui định chuyên môn kỹ thuật. Ví dụ, để theo dõi chất lượng kế hoạch chăm sóc sức khỏe sinh sản của một cơ sở y tế tuyến huyện hoặc tuyến tỉnh, người theo dõi phải lựa chọn một số tiêu chuẩn cơ bản đã được quy định trong chuẩn quốc gia như: (1) Mức độ sẵn sàng của các kế hoạch tại cơ sở y tế; (2) Phòng ngừa nhiễm khuẩn tại cơ sở y tế; (3) Hoạt động tư vấn tại cơ sở y tế;... Để theo dõi chất lượng các kế hoạch y tế cần phải dựa trên các bảng quy định của Bộ Y tế.
- Theo dõi có hiệu quả cần phải đưa ra được những bài học kinh nghiệm giúp điều chỉnh kịp thời và phù hợp các kế hoạch hoạt động.

Để có thể tiến hành theo dõi có hiệu quả cần phải có kế hoạch theo dõi phù hợp và các kết quả của theo dõi được sử dụng làm cơ sở cho đánh giá. Lập kế hoạch theo dõi cần được tiến hành theo các bước sau:

- Lựa chọn chỉ số
- Xác định thông tin cần thu thập
- Xác định tần suất thu thập
- Xác định nguồn thu thập
- Xác định phương pháp thu thập phù hợp
- Xác định công cụ thu thập thông tin
- Xác định cách thức phân tích xử lý thông tin
- Xác định người thu thập và xử lý thông tin
- Xác định cách thức sử dụng và công kết quả

Lựa chọn chỉ số là bước khởi đầu quan trọng nhất của các bước tiếp theo và đã được trình bày ở trên.

3.1. Xác định thông tin cần thu thập

Dựa trên định nghĩa chỉ số mà xác định các thông tin, dữ liệu cần thu thập. Ví dụ: để đo được tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi thì cần số lượng trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng và số lượng trẻ em dưới 5 tuổi ở cộng đồng đó.

3.2. Xác định tần suất thu thập chỉ số

Thông tin để tính toán cho các cần thu thập thường xuyên, khi diễn ra hoạt động. Ví dụ: số phụ nữ đi khám phụ khoa định kỳ theo chiến dịch được thu thập trong những ngày chiến dịch, số trẻ sơ sinh đẻ nhẹ cân được ghi lại vào thời điểm mà trẻ sinh ra, số lượng khách hàng đến khám bệnh tại một cơ sở y tế được ghi chép tổng hợp hàng ngày. Nhưng để thu thập các chỉ số thì có thể theo các khoảng thời gian khác nhau. Có chỉ số chỉ cần thu thập 1 năm một lần, ví dụ: số trẻ sơ sinh đẻ nhẹ cân, số ca tử vong mẹ, có chỉ số được thu thập hàng tháng như tỷ lệ suy dinh duỡng của trẻ em dưới 2 tuổi, nhưng có những chỉ số cần thu thập 6 tháng 1 lần như tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em từ 2 đến 5 tuổi.

Tuỳ theo mục đích theo dõi, xác suất xảy ra của sự vật hiện tượng và mức độ quản lý mà những cán bộ thực hiện chương trình dự án quyết định tần suất thu thập và tổng hợp các số liệu để đo lường các chỉ số. Ví dụ, cùng tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại trạm y tế vì các bệnh thông thường, trạm y tế có thể thu thập chỉ số hàng tháng, nhưng Sở y tế chỉ cần số liệu của 6 tháng 1 lần hoặc Bộ Y tế chỉ cần số liệu một năm một lần.

Thông thường, các chỉ số đầu ra sẽ được thu thập thường xuyên hơn so với các chỉ số hiệu quả và chỉ số tác động.

3.3. Xác định nguồn thu thập thông tin

Có thể thu thập thông tin để đo lường chỉ số từ nhiều nguồn khác nhau, cần tận dụng tất cả những nguồn số liệu sẵn có từ các chương trình, hệ thống số liệu. Ví dụ: với tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ, ta có thể thu được thông tin từ việc xem phiếu tiêm chủng của trẻ, có thể hỏi bà mẹ về những lần đưa con đi tiêm chủng, có thể xem sổ tiêm chủng giữ tại trạm y tế.

Tuỳ theo nguồn lực, sự cần thiết về mức độ chính xác của thông tin, độ tin cậy của nguồn thông tin mà người quản lý có thể xác định nguồn thu thập thông tin phù hợp. Có thể kết hợp thu thập thông tin từ nhiều nguồn khác nhau. Thông thường, với theo dõi thường xuyên người ta chọn nguồn thông tin dễ tiếp cận, dễ thu thập, nhưng để thu thập thông tin cần sự chính xác cao, thường dùng cho đánh giá, người ta thường lấy thông tin từ các cuộc điều tra cơ bản, phỏng vấn trực tiếp đối tượng.

3.4. Xác định phương pháp và phương tiện thu thập thông tin

Với mỗi thông tin cần thu thập để phục vụ đo lường các chỉ số, có thể thu thập bằng nhiều phương pháp khác nhau và sử dụng các công cụ khác nhau. Ví dụ: để đo lường sự hài lòng của khách hàng đối với cơ sở dịch vụ, người ta có thể thu thập từ phỏng vấn trực tiếp khách hàng (thường là phỏng vấn khi khách hàng rời cơ sở) bằng phiếu phỏng vấn, từ xem xét phiếu góp ý của khách hàng đối với cơ sở, từ xem số liệu tỷ lệ khách hàng cũ của cơ sở dịch vụ, hoặc quan sát thái độ của khách hàng. Người quản lý cũng tùy theo mức độ chính xác yêu cầu và nguồn lực mà chọn phương pháp thu thập số liệu thông tin phù hợp. Phương tiện thu thập thông tin cần thiết kế phù hợp để thu thập được chính xác các thông tin. Nhiều chương trình dự án đã gặp khó khăn khi các biểu mẫu sổ sách thu thập thông tin không nhất quán với thông tin cần thu thập, dẫn đến khó khăn khi thu thập hoặc thậm chí, thông tin bị sai lệch hoặc thiếu hụt. Xin xem chi tiết trong bài Thu thập và sử dụng thông tin để phân tích tình hình hiện tại.

3.5. Xác định người thu thập, phân tích số liệu

Người thu thập thông tin thường là những người trực tiếp tham gia hoạt động, chương trình ở các cấp khác nhau, vì chính họ mới là những người sẽ sử dụng số liệu để đưa ra các quyết định cho việc cải thiện chương trình.

3.6. Sử dụng kết quả

Điều này rất quan trọng vì nhiều nơi, các thông tin chỉ được thu thập và gửi lên cấp trên hoặc chỉ thu thập mà không được phân tích và sử dụng một cách hiệu quả. Các cán bộ quản lý cần lưu ý điểm này vì sử dụng kết quả phục vụ cho công tác quản lý là một trong những mục tiêu của theo dõi, đánh giá. Trước mắt, nhìn vào kết quả, bản thân những người tham gia hoạt động có thể rút kinh nghiệm, điều chỉnh để công việc được thực hiện tốt hơn. Sau đó, những kinh nghiệm có thể được sử dụng để điều chỉnh công việc đó ở địa bàn khác, hoặc cho toàn bộ các hoạt động nếu điều đó liên quan đến toàn bộ chương trình.

4. Đánh giá

4.1. Phân loại đánh giá

Một số chương trình phân loại đánh giá dựa vào các thời điểm như sau:

a) Đánh giá tiến độ thực hiện: là đánh giá được tiến hành trong quá trình thực hiện hoạt động/ chương trình y tế (sau một quý, 6 tháng, 9 tháng...) nhằm xem xét việc triển khai kế hoạch có đúng mục tiêu không để giúp việc giám sát, điều hành kế hoạch đúng hướng, đúng tiến độ. Đây cũng được coi là hoạt động theo dõi.

b) Đánh giá kết thúc: Là đánh giá kết quả cuối cùng của hoạt động/ chương trình y tế hoặc kế hoạch (kế hoạch năm hoặc kế hoạch dài hạn), thường được thực hiện khi một chương trình hoặc một dự án kết thúc, dùng để so sánh với mục tiêu ban đầu đã được đề ra.

c) Đánh giá tác động: Là đánh giá về tính duy trì của chương trình/dự án và các tác động lâu dài về sức khoẻ cộng đồng, kinh tế và xã hội, hoặc các tác động của nó đối với việc hoạch định chính sách hoặc phát triển chiến lược cho một ngành, một cơ quan đơn vị… Loại đánh giá này thường được tiến hành sau khi chương trình/dự án kết thúc nhiều năm.

Cả đánh giá tiến trình, kết thúc và tác động đều cần có đánh giá ban đầu. Đó là việc thu thập các số liệu cần thiết để xây dựng mục tiêu của kế hoạch/ chương trình y tế. Những thông tin thu được ban đầu là cơ sở cho tổ chức triển khai kế hoạch và sau này sẽ được dùng để so sánh, đối chiếu với kết quả đạt được cuối chu kỳ hoạt động hoặc khi kết thúc chương trình. Nếu không có đánh giá ban đầu thì đánh giá kết thúc và tác động sẽ gặp nhiều khó khăn vì không có nhiều chứng cứ, dữ liệu để so sánh sự khác biệt.

Một số chương trình chia đánh giá làm hai loại là đánh giá quá trình và đánh giá tác động:

Đánh giá quá trình: được thiết kế nhằm xác định chương trình có thực hiện đúng theo các chiến lược/giải pháp thực hiện không, các chiến lược đưa ra có phù hợp hay không, kế hoạch có theo đúng tiến độ hay không.

Đánh giá tác động: được thiết kế nhằm cung cấp những thông tin về kết quả ở các mức độ khác nhau của chương trình đã thực hiện. Thường có sự so sánh để xem xét sự thay đổi có diễn ra như mong muốn không và tại sao.

4.2. Các bước đánh giá chương trình/hoạt động y tế

Thực hiện một đánh giá chương trình/dự án y tế là sử dụng nghiên cứu trong công tác quản lý, vì vậy tiến trình và cách thức tiến hành tương tự như thực hiện một nghiên cứu.

Cách đơn giản nhất là chia một đánh giá làm ba giai đoạn như sau:

Giai đoạn 1. Xác định câu hỏi đánh giá:

Bước 1. Xác định giả thuyết và mục tiêu của chương trình.

Bước 2. Diễn dịch giả thuyết và mục tiêu của chương trình sang câu hỏi đánh giá

Bước 3. Lựa chọn câu hỏi đánh giá

Giai đoạn 2. Trả lời câu hỏi đánh giá

Bước 1. Thiết kế đánh giá. Dựa trên câu hỏi đánh giá mà lựa chọn thiết kế nghiên cứu phù hợp.

Bước 2. Lập kế hoạch và tiến hành đánh giá, bao gồm cả lựa chọn đối tượng, phương pháp thu thập thông tin, phương tiện thu thập, phân tích số liệu.

Giai đoạn 3. Sử dụng câu trả lời vào quá trình quản lý

Bước 1. Viết báo cáo và đưa ra các khuyến nghị

Bước 2. Lập kế hoạch thông báo kết quả

Bước 3. Sử dụng kết quả

Nội dung của báo cáo đánh giá

Sau khi phân tích xong các số liệu định tính và định lượng, các cán bộ đánh giá cần phải viết báo cáo các kết quả thu được. Nội dung của một báo cáo đánh giá cần viết phụ thuộc vào những ai sẽ đọc báo cáo này, họ quan tâm đến phần nào nhất, và cuối cùng phụ thuộc vào họ muốn gì.

Các nhà tài trợ, các nhà quản lý chương trình can thiệp đều muốn một báo cáo đầy đủ. Tuy nhiên đối với những người khác, một báo cáo đầy đủ lại không cần thiết đối với họ. Các nhân viên chương trình, khách hàng, các nhà chính sách và cộng đồng không cần một báo cáo quá nhiều thông tin, mà họ cần một báo cáo ngắn gọn, rõ ràng, dễ hiểu.

Nói chung, một báo cáo đánh giá cần phải trả lời các câu hỏi đánh giá. Báo cáo đánh giá khác với các báo cáo nghiên cứu khác. Trong báo cáo đánh giá thì các kết quả được trình bày trước tiên. Tuỳ theo độ lớn của chương trình/hoạt động và tuỳ theo yêu cầu của người đọc báo cáo chính mà các nội dung, hình thức và độ dài ngắn của báo cáo có khác nhau.

Tóm lại, theo dõi và đánh giá là hai thành tố quan trọng trong quản lý chương trình dự án hoạt động, cần được lập kế hoạch ngay từ giai đoạn đầu tiên. Để góp phần vào sự thành công của chương trình, hoạt động, việc theo dõi và đánh giá cần nhận được nguồn lực thích đáng cả về nhân lực, thời gian và tài chính, trang thiết bị.

10. SỬ DỤNG SỐ LIỆU TRONG LẬP KẾ HOẠCH Y TẾ

1.Các nhóm chỉ số sử dụng khi lập kế hoạch

1.1. Khái niệm về chỉ số

Chỉ số thường được thể hiện bằng ***tỷ lệ, tỷ số*** và cũng có thể bằng số ***trung bình, bình quân.*** Ví dụ, tỷ lệ hộ gia đình tiếp cận với nước sạch; chiều cao trung bình của nam thanh niên 18 đến 22 tuổi;... Hiện nay nhiều báo cáo thống kê còn dùng " ***chỉ tiêu"*** với nghĩa như chỉ số. Tuy nhiên chúng ta vẫn quen dùng chỉ tiêu với nghĩa là các chỉ tiêu kế hoạch đặt ra trong một khoảng thời gian. Ví dụ, chỉ tiêu kế hoạch năm 2003 là: giảm tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng từ 30% xuống còn 28%; hoặc năm 2003 toàn huyện phấn đấu đạt chỉ tiêu sử dụng giường bệnh trên 80%; v.v.

Nếu là tỷ lệ, tỷ số đòi hỏi phải tính ra từ tử số và mẫu số. Tử số có thể là một thành phần của mẫu số (đối với tỷ lệ) và tử số cũng có thể độc lập với mẫu số (đối với tỷ số). Tỷ lệ được xác định trong một đơn vị thời gian thì gọi là tỷ suất (ví dụ: tỷ suất sinh thô là tỷ lệ sinh trong một năm).

Một lưu ý khi tính các chỉ số bằng tỷ lệ, không hiếm trường hợp khi thu thập số liệu cơ bản người ta chỉ chú ý tới tử số mà coi nhẹ mẫu số và ngược lại. Ví dụ, chú ý nhiều tới số trường hợp tử vong vì ung thư ở bệnh viện trong ghi chép ban đầu song lại không chú trọng xác định mẫu số là tổng số dân trong vùng, hay tổng số bệnh nhân tới viện, hay tổng số trường hợp tử vong tại bệnh viện.

Một số ví dụ khác, trong thông báo dịch hàng năm người ta thường đưa ra một số tỷ lệ ít tính thuyết phục như: tỷ lệ trẻ em bị sởi, tỷ lệ trẻ em bị ho gà vì nếu chỉ dựa vào số trẻ bị hai bệnh này đến cơ sở y tế nhà nước làm tử số thì sẽ bỏ sót rất nhiều trường hợp bị bệnh đã không đến cơ sở y tế và tử số bị ước tính thấp hơn thực tế.

1.2 Các nhóm chỉ số

Về nguồn số liệu, có hai loại: (1) từ ngành y tế và (2) ngoài ngành y tế. Do sức khoẻ cộng đồng không phải do kết quả hoạt động y tế mang lại. Các hoạt động y tế lại không thể đứng ngoài các hoạt động kinh tế - xã hội cũng như quá trình vận động, cải cách kinh tế cũng như các quy định pháp lý. Vì vậy, không thể không tính đến các chỉ số ngoài ngành y tế có liên quan tới sức khoẻ cộng đồng và môi trường kinh tế - xã hội ảnh hưởng tới các hoạt động chăm sóc sức khoẻ. Tại tuyến tỉnh, các số liệu báo cáo từ các cơ sở trực thuộc, các y tế huyện và ngay cả các báo cáo từ TYTX gửi lên YTH cũng là các nguồn số liệu ban đầu rất quý. Rất nhiều chỉ số thống kê tính được từ các báo cáo này, không chỉ nhằm mục đích tập hợp cho báo cáo tuyến tỉnh để rồi gửi về Bộ Y tế mà quan trọng không kém là phục vụ cho phân tích tình hình y tế địa phương như các lĩnh vực sau:

Đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khoẻ các cộng đồng dân cư khác nhau trong tỉnh về phòng bệnh, khám chữa bệnh, cung ứng thuốc chữa bệnh, tư vấn

và giáo dục sức khoẻ. Ví dụ , nhu cầu CSSK của các huyện khu vực nông thôn, miền núi, phụ nữ, trẻ em, người già.

Đánh giá khả năng cung ứng dịch vụ y tế nói chung và từng lĩnh vực chuyên ngành nói riêng. Phát hiện những bất cập trong quan hệ cung cầu và tìm hiểu các nguyên nhân (do thiếu nguồn lực, do thiếu chính sách, do quản lý dịch vụ và sử dụng nguồn lực không hợp lý...)

Tuỳ mục tiêu phân tích số liệu ta có thể tính toán các chỉ số tương ứng. Ngoài mục đích nghiên cứu theo các chủ đề chuyên biệt, có hai nhiệm vụ chính đặt ra cho người phân tích số liệu:

Đánh giá việc thực hiện kế hoạch.

Đánh giá tình hình thực hiện các chính sách y tế, chính sách xã hội liên quan đến y tế.

1.2.1. Chỉ số đánh giá việc thực hiện kế hoạch

Giống như một nhà máy, khi muốn sản xuất ra một sản phẩm phải có nguyên vật liệu, nhiên liệu, năng lượng, có máy móc, có người công nhân và đội ngũ kỹ sư, có người quản lý điều hành và có các quy trình kỹ thuật để kiểm soát quá trình sản xuất chế tạo... Tất cả được gọi là các chỉ sô đầu vào. ***Không có đầu vào thì không có đầu ra hay sản phẩm chất lượng đầu vào sẽ quyết định một phần chất lượng đầu ra. Như người ta thường nói: không có bột thì không có hồ.*** "Bột" không đủ, không có chất lượng thì không thể nấu thành bát "hồ". Trong y tế cũng tương tự như thế.

Các chỉ số đầu vào bao gồm các nhóm sau:

- Tài chính cho y tế.
- Nhân lực cho y tế.
- Cơ sở hạ tầng, vật tư thiết bị, hậu cần và thuốc y tế.
- Hệ thống các văn bản pháp quy và chính sách y tế.

Bên cạnh các chỉ số về đầu vào vừa nêu, có thể bao gồm cả các chỉ về tiếp cận với các dịch vụ y tế. Vì rằng có đầu vào song do cản trở nào đó làm cho đối tượng phục vụ (người dân) không đến để nhận'các dịch vụ được thì nguồn lực y tế sẽ bị lãng phí.

Các chỉ số về tiếp cận:

- Chỉ số tiếp cận về khoảng cách (xa, gần, dễ hay khó đến cơ sở cung cấp dịch vụ y tế).
- Chỉ số tiếp cận về chi phí (đắt, hay rẻ hay giá cả chấp nhận được khiến người dân chọn lựa được theo khả năng chi trả của họ).

- Chỉ số tiếp cận về tổ chức dịch vụ (giờ giấc thích hợp không, thái độ phục vụ tốt hay không, có bị sách nhiễu không...).
- Chỉ số tiếp cận về văn hoá (có một số yếu tố văn hoá, tín ngưỡng, tập quán có thể ngăn cản hoặc khuyến khích người dân tiếp cận với dịch vụ y tế).

Các chỉ số về hoạt động y tế:

Do không thể có chỉ số nào diễn đạt được tất cả các hoạt động y tế, vì vậy các chỉ số hoạt động được đo lường thông qua Số lượng những hoạt động được thực hiện trong một đơn vị thời gian như:

- Các chỉ số dịch vụ khám chữa bệnh.
- Các chỉ số về diện bao phủ của một chương trình y tế khống chế được bệnh tật.
- Các chỉ số về mức độ chỉ tiêu, giải ngân cho từng lĩnh vực.

Các chỉ số đầu ra:

Có đủ nguồn lực, có hoạt động song không duy trì thành của trước đó, giảm nhẹ hậu quả trên sức khoẻ cộng đồng thì nguồn lực và các hoạt động cũng coi như bị lãng phí. Các nhóm chỉ số đầu ra gồm:

- Các chỉ số mắc bệnh (tình hình ốm đau, bệnh tật).
- Các chỉ số tử vong
- Các chỉ số về nguy cơ gây bệnh

Như đã đề cập ở trên, các hoạt động kinh tế, xã hội và nền tảng chính trị, pháp lý có tác động mạnh mẽ đến điều kiện sống, chất lượng môi trường sống, sức khoẻ bệnh tật của cộng đồng và tác động rất rõ rệt đến các hoạt động y tế.

Tất cả các yếu tố trên được gộp thành nhóm: ***Các chỉ số về yếu tố ảnh hưởng tới sức khoẻ (ngoài y tế).*** Các chỉ số này hợp bởi các nhóm nhỏ như sau:

- Các chỉ số về kinh tế và việc làmliên quan tới y tế.
- Các chỉ số về nhân khẩu học.
- Các chỉ số về văn hoá giáo dục.
- Các chỉ số về phát triển cơ sở hạ tầng, phúc lợi công cộng (giao thông, thông tin...
- Các chỉ số về khí tượng, thuỷ văn.

Một số ví dụ:

Để mô tả tình hình khám chữa bệnh trong tỉnh, người ta đưa ra: các số liệu về:

Số lần khám bệnh.

Số người điều tri nội trú.

Số lượt người điều trị ngoại trú.

Tổng số ngày điều trị nội trú.

Các số liệu này được tính toán thành các chỉ số sau:

Bình quân lần khám bệnh/người/năm.

Bình quân lượt người nằm viện nội trú/người/năm.

Bình quân lượt người nằm viện ngoại trú/người/năm.

Bình quân ngày điều trị 1BN nội trú (ngày)

Các số liệu và/ hoặc chỉ số trên được tập hợp thành bảng số liệu cho từng khoa (tương đương với "Ai"), theo từng tuyến hoặc từng vùng (tương đương với "ở đâu") và có thể chia ra 2 giai đoạn 6 tháng đầu năm, 6 tháng cuối năm (tương đương với "***khi nào").***

Cũng với số liệu trên, nếu mục tiêu là phân tích nguyên nhân hoạt động dưới tải của của khoa hoặc bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh thì các nhóm chỉ số trên lại được sắp xếp theo thứ tự thời gian (giả sử trong 5 năm) và cùng với nó là các chỉ số về đầu vào.

1.2.2. Các chỉ số đánh giá việc thực hiện chính sách y tế

Chính sách y tế được thể hiện qua các nhóm chỉ số:

Công bằng:

Công bằng trong cung cấp dịch vụ y tế (mọi người đều được tiếp cận với các dịch vụ y tế như nhau tương ứng với nhu cầu CSSK của họ; chữa bệnh không phân biệt người giàu, người nghèo).

Công bằng trong đầu tư y tế (người nghèo được hưởng bao cấp nhiều hơn từ kinh phí y tế nhà nước đã cấp).

Công bằng trong cống hiến và hưởng thụ.

Hiệu quả:

Hiệu quả kỹ thuật (không bị lãng phí các nguồn lực y tế).

Hiệu quả chi phí (tìm chọn giải pháp phù hợp, có mức chi phí thấp nhất để đạt cùng mục tiêu).

Hiệu quả đầu tư (đầu tư vào lĩnh vực nào để có thể đạt mục tiêu sức khoẻ).

Phát triển bền vững:

Là khả năng duy trì hoạt động bình thường một các có hiệu quả trong một khoảng thời gian với mức đầu tư tối thiểu. Một hoạt động muốn duy trì được phải có đủ nguồn lực, trong đó vai trò của nguồn nhân lực không được coi nhẹ hơn vai trò của nguồn tài chính được đảm bảo.

Sự hài lòng của đối tượng phục vụ, không vi phạm y đức:

Các thông tin về sự hài lòng thường phải tổ chức điều tra xã hội học mới có được. Tuy nhiên, nếu mức độ sử dụng của một cơ sở hay một dịch vụ mà tỷ lệ sử dụng của người dân thấp hoặc giảm dần nếu không có yếu tố cạnh tranh khác cũng phản ánh sự không chấp nhận, trong đó có sự không hài lòng của người dân. Kết quả phân tích các thư góp ý của nhân dân tại bênh viên cũng như các vụ khiếu kiên cơ sở y tế cũng cho thấy phản ứng tích cực hoặc tiêu cực của cộng đồng.

2. Ưu nhược điểm của các nguồn số liệu

Có nhiều nguồn số liệu, thống kê từ các báo cáo định kỳ là nguồn số liệu quan trọng và dễ có nhất. Tuy nhiên, độ tin cậy cuả các số liệu báo cáo thống kê rất khác nhau. Tùy thuộc vào chất lượng thu thập thông tin ban đầu như quá trình ghi chép số liệu vào các sổ sách, quá trình giám sát độ chính xác của các báo cáo định kỳ, quá trình tổng hợp nhập dữ liệu, phân tích dữ liệu, quản lý các cơ sở dữ liệu ban đầu. Một số chỉ số rất khó hoặc không có được từ hệ thống thống kê y tế thông thường như: thái độ ứng xử y tế, sử dụng dịch vụ y tế tư nhân và cách mua thuốc về tự chữa không khám bệnh, các thông tin về người nghèo có được hưởng lợi từ hệ thống y tế nhà nước không, có mất công bằng trong cung ứng các dịch vụ y tế hay không...

Hệ thống báo cáo định kỳ thường cho thông tin sau một khoảng thời gian nhiều tháng, thậm chí hàng năm, vì vậy qua trình điều chỉ chính sách y tế địa phương không kịp thời.

Hệ thống báo cáo định kỳ cũng bị hạn chế trong một số thông tin ít có khả năng bị nhiễu và nhất là tập trung nhiều vào các bệnh mà khi mắc bắt buộc phải đến cơ sở y tế nhà nước (tai nạn, ung thư, bệnh ngoại khoa ...). Một số bệnh thông thường, chiếm tỷ trọng lớn trong các trường hợp ốm lại không được xác định từ các cơ sở y tế nhà nước. Việc so sánh các kết quả thống kê từ các báo cáo trong thời kỳ bao cấp với các thời kỳ sau đó cũng gặp nhiều khó khăn. Một số nhóm đối tượng (ví dụ người có bảo hiểm y tế đến cơ sở y tế nhà nước nhiều hơn) làm cho thống kê bệnh viện bị thiên lệch về các bệnh tật của nhóm này.

Do những người làm công tác thống kê tuyến tỉnh ít trực tiếp sử dụng báo cáo của tuyến cơ sở gửi lên YTH để viết các báo cáo phân tích hàng năm nên rất nhiều sai sót không phát hiện được để hướng dẫn tuyến dưới thu thập thông tin chính xác hơn vì vậy chất lượng thông tin rất khác nhau và nhìn chung còn thiếu độ tin cậy cần thiết. Không có nhu cầu thông tin cao thì sẽ không có sự đáp ứng về chất lượng thông tin cần thiết: hàng không hoặc ít có người mua thì khó cải thiện chất lượng mặt hàng đó.

Do các nhược điểm trên, người ta cần có các nguồn thông tin bổ sung từ các cuộc điều tra hộ gia đình, điều tra cơ sở y tế, các nghiên cứu sức khoẻ cộng đồng và xã hội học. Các nguồn số liệu này bản thân nó cũng có những hạn chế như yếu tố kém khi tổ chức điều tra nghiên cứu, mỗi nghiên cứu có thiết kế khác nhau, kỹ thuật thu thập thông tin khác nhau, nghiên cứu viên có trình độ khác nhau... làm cho khả năng so sánh, đối chiếu trong phân tích, giải thich số liệu

gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, củng cố hệ thống thu thập và sử lý, sử dụng và phổ biến thông tin từ hệ thống báo cáo định kỳ vẫn có tầm quan trọng đặc biệt, khó có thể thay thế.

Số liệu thống kê có thể sử dụng vào việc theo dõi (biết tiến độ thực hiện kế hoạch), đánh giá (biết hiệu quả hoạt động dựa vào mức độ đạt được các mục tiêu, các hiệu quả kinh tế, xã hội, các nguyên nhân thành công và thất bại...). Đối với những nhà quản lý y tế tuyến tỉnh không chỉ dùng số liệu thống kê và quản lý hoạt động y tế địa phương mà còn sử dụng vào việc đánh giá các chính sách y tế xã hội đang thực hiện tại địa phương như chính sách công bằng xã hội trong CSSK ở các lĩnh vực khác nhau, đánh giá hiệu quả đầu tư các nguồn lực y tế xem có thực sự nhằm vào việc đạt các mục tiêu của nhà nước, của ngành không (hiệu quả trong đầu tư), có lãng phí/ tiết kiệm nguồn lực không (hiệu quả kỹ thuật) hay có cách nào giảm chi phí thấp hơn để có được kết quả đầu ra tương tự không(hiệu quả chi phí). Để theo dõi chính sách cũng như điều chỉnh chính sách y tế của một tỉnh cần rất nhiều thông tin, trong đó không ít thông tin sẵn có trong hệ thống báo cáo định kì nhưng chưa khai thác hết. Trong thời gian tới, việc kích thích tăng nhu cầu thông tin và tăng hiệu suất sử dụng thông tin đòi hỏi nhưng người làm công tác thống kê tuyến tỉnh phải được trang bị thêm kiến thức quản lý thông tin y tế nhiều hơn nữa. Muốn có thông tin cần có chiến lược thông tin phù hợp và cách làm việc của các cán bộ thống kê y tế của các sở y tế phải có bước chuyển biến, trong đó có việc trang bị thêm kiến thức thống kê y tế khoa học và hiện đại.

3. Chuẩn bị thu thập và trình bày số liệu

3.1. Chuẩn bị thu thập số liệu

Chuẩn bị cho việc thu thập và xử lý số liệu cũng gần giống với chuẩn bị cho một nghiên cứu. Có 8 bước sau đây:

1) Xác định mục tiêu của việc phân tích số liệu.

2) Đặt giả thiết cho những mối quan hệ nhân - quả, đưa ra các câu hỏi để tìm các chỉ số minh hoạ trả lời cho các câu hỏi đó.

3) Nêu các yếu tố khác có thể làm hiểu sai, nhận định sai kết quả phân tích (yếu tố nhiễu). Ví dụ, khi đánh giá tình hình hoạt động của chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, yếu tố nhiễu là tình hình phát triển kinh tế địa phương

4) Xác định phương pháp tìm nguồn số liệu và phân tích các số liệu sẵn có.

5) Dự kiến các bảng số liệu , cách trình bày số liệu.

6) Thu thập và phân tích các thông tin như bước 4.

7) Giải nghĩa các kết quả, bàn luận tình hình, giải thích các thay đổi, các mối quan hệ nhân quả, loại các yếu tố nhiễu. Nêu các hạn chế về nguồn số liệu cũng như độ tin cậy của số liệu.

8) Đối chiếu các kết quả phân tích với các chỉ số đo lường mục tiêu y tế, các chính sách để thấy được các mục tiêu có đạt hay chưa, chính sách có được thực hiện hay không, mức độ thành công hay thất bại và các nguyên nhân của chúng.

3.2. Cách trình bày số liệu

Trình bày số liệu vừa đòi hỏi trình độ phân tích tình hình y tế công cộng, vừa đòi hỏi nghệ thuật sắp xếp diễn đạt các số liệu.

Việc trình bày số liệu phải dựa vào mục tiêu của bài viết hoặc một số tài liệu chuyên môn. Trong mục tiêu có thể chỉ dùng ở mức mô tả, nghĩa là đưa ra các số liệu cơ bản, tính toán thành các chỉ số theo các yếu tố: Ai, ***ở*** đâu, khi nào. Mục tiêu cũng có thể đi xa hơn đó là phân tích, tìm hiểu nguyên nhân của các hiện tượng, các vấn đề tồn tại: tại sao. Nghĩa là kết nối, so sánh, đối chiếu giữa các nhóm số liệu về nguyên nhân và các nhóm số liệu về hậu quả theo không gian (địa điểm) thời gian.

Có ba cách trình bày số liệu:

- Số liệu được trình bày không theo bảng, biểu mà liệt kê đơn thuần. Kèm theo đó là phần mô tả định tính với mức độ chi tiết khác nhau. Cách này được sử dụng để trình bày các số liệu, kết quả quan sát khó định lượng, khó hoặc không thể tính thành các chỉ số hoặc các số liệu rời rạc, không có lôgic với nhau.

- Số liệu được trình bày dưới dạng các bảng số liệu: các bảng số liêu được sử dụng nhiều nhất trong một bản báo cáo. Ưu điểm của bảng số liệu ở chỗ cho thấy một cách chi tiết nhất, đầy đủ nhất các số liệu thống kê. Số liệu dễ dàng kiểm tra và sử dụng, trích dẫn cho ai muốn tham khảo.

Nhược điểm của bảng số liệu là nếu đưa ra các bảng kết quả nhiều số liệu sẽ khó nhận thấy bằng trực quan, nhất là khi phân biệt sự khác nhau, mức chênh lệch, xu hướng biến động hoặc cùng một lúc cần đối chiếu nhiều loại số liệu với nhau.

- Số liệu được trình bày dưới dạng các các biểu đổ, đồ thị và bản đồ (gọi chung là biểu đồ). Các loại biểu đồ rất tiện lợi cho việc biểu thị số liệu thống kê. Mỗi loại biểu đổ có những ưu điểm và phạm vi áp dụng theo bảng sau:

Bảng tổng hợp loại biểu đồ và chức năng của chúng:

Loại biểu đồ	Chức năng biểu đồ
Cột (thanh) đứng hoặc ngang (bar chart)	So sánh các tần số, tỷ lệ giữa các nhóm, loại của một số biến về chất (danh mục hoặc thứ hạng), hoặc giá trị trung bình của các biến liên tục. Có thể kết hợp 2-3 biến trên một biểu đồ, khi đó sẽ tạo ra các nhóm cột. Giữa các nhóm cột luôn có một khoảng cách
Hình tròn (pie chart)	So sánh các tỷ lệ khác nhau giữa các loại trong một nhóm của một biến về chất. Tổng các tỷ lệ này phải bằng 100%

Cột chồng nhau	Biểu đổ hình tròn chỉ thích hợp khi biểu thị cho 1 quần thể. Khi muốn so sánh biến đó giữa 2 hoặc 3 quần thể khác nhau thì biểu đồ cột chồng là thích hợp nhất
Cột liên tục (histogram)	Khi một biến liên tục được phân ra các nhóm khác nhau, nó sẽ trở thành một biến định tính (bao gồm nhiều nhóm xếp kế tiếp nhau). Trong trường hợp này, biểu đổ cột liên tục là thích hợp nhất
Đa giác (polygon)	Là một dạng đặc biệt của biểu đồ cột liên tục khi điểm giữa của các cột này được nối với nhau theo nguyên tắc diện tích các cột bằng diện tích đa giác. Khác với biểu đồ đường thẳng, hai đầu mút của biểu đồ đa giác ỉuôn luôn tiếp xúc với trục hoành, tạo ra một đa giác với trục hoành
Đường thẳng (line)	Chỉ ra sự biến thiên của một loại số liệu nào đó theo thời gian. Có thể ghép nhiều biểu đổ đường thẳng trên cùng một trục số để tiện so sánh
Biểu đồ chấm (scatter)	Chỉ ra sự tương quan giữa hai biến liên tục. Dựa vào biểu đổ này ta có thể biết được hướng và mức độ tương quan giữa 2 biến liên tục này
Bản đồ (map)	Phân bố của một bệnh, một hiện tượng sức khoẻ nào đó theo địa dư. Trong trường hợp này người ta quan tâm đến số người mắc bệnh trong các vùng khác nhau chứ không quan tâm đến tỷ lệ mắc

3. Sử dụng số liệu để phân tích những vân để tồn tại cơ bản và xác định ưu tiên

3.1. Xác định những vấn đề tồn tại cơ bản

Những vấn đề tồn tại được xem xét và nhận biết dưới nhiều góc độ. Vấn đề tồn tại có thể được mô tả theo thứ tự sau:

Các vấn đề về sức khoẻ*:* Thể hiện bằng tình hìnhmắc bệnh hoặc/và tử vong

Tính chung trong phạm vi toàn tỉnh, huyện và theo các nhóm huyện, xã có đặc điểm địa lý, kinh tế khác nhau, hoặc có thể phối hợp các đặc điểm này với các loại đối tượng [(trẻ em dưới 5 tuổi, phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, người có tuổi (trên 60)].

Những vấn đề sức khoẻ cũng đạt được thể hiện dưới hình thức các tỷ lệ mắc hoặc chết cao hẳn lên ở một số địa phương, hay trong một địa phương

nhưng cao hẳn lên vào một giai đoạn thời gian, một mùa, có thể là tình hình dịch bệnh.

Các vấn đề về nguồn lực y tế: Như thiếu hụt nhân lực; phân bổ nhân lực y tế bất hợp lý; thiếu ngân sách hoặc phân bổ ngân sách không hợp lý, cung cấp tài chính không kịp thời; thiếu trang thiết bị, cơ sở hạ tầng không đảm bảo.

Các vấn đề tiếp cận y tế: Cơ sở y tế bố trí ở xa dân, nơi không thuận tiện giao thông. Cũng có thể là những cản trở ngay cả khi có sẵn các nguồn lực, ở không xa dân song người dân vẫn khó tiếp cận vì nghèo mà giá dịch vụ y tế lại cao; hoặc bố trí giờ làm việc không thuận tiện; hoặc thái độ phục vụ kém; hoặc phối hợp nhiều yếu tố cản trở.

Các vấn đề về sử dụng: Trong tình hình người dân có quyền lựa chọn các cơ sở y tế mà họ chấp nhận không nhất thiết mọi người phải đến cơ sở y tế Nhà nước. Y tế tư nhân có thể chia sẻ gánh nặng dịch vụ với cơ sở Nhà nước. Mục tiêu của ngành Y tế là người khoẻ được phòng bệnh và giáo dục sức khoẻ, người ốm được chữa bệnh và tư vấn y tế vì vậy vấn đề là ở chỗ liệu người ốm có được chữa bệnh hợp lý không? Làm thế nào để nguồn lực y tế sẵn có được người dân chấp nhận nhiều hơn để không bị lãng phí nguồn lực đó? (không có nghĩa là phải cấm y tế tư nhân hay tuyệt đối không bán thuốc tự do).

Trong vấn đề tồn tại liên quan đến sự ít sử dụng cơ sở y tế, cần làm rõ ai (thuộc nhóm tuổi nào? nhóm giàu hay nghèo? nam/nữ? dân tộc, văn hoá?) để có những biện pháp giúp họ tiếp cận với sở y tế nhiều hơn, dễ dàng hơn. ở đây cũng còn có cả sự hài lòng của người dân.

Các vấn đề liên quan tới chất lượng dịch vụ y tế: Chất lượng dịch vụ được thể hiện qua các chỉ số gián tiếp như cơ sở vật chất cho khám chữa bệnh, trình độ cán bộ y tế và tính sẵn có của các nguồn thuốc. Chất lượng còn được thể hiện trực tiếp như tỷ lệ điều trị khỏi, tỷ lệ biến chứng do điều trị, tỷ lệ chẩn đoán đúng và tỷ lệ phải chuyển viện; tỷ lệ bệnh chữa được nhưng phải chuyển viện hoặc tử vong.

3.2. Xác định vấn đề ưu tiên

Thực tế hiện nay cho thấy xác định ưu tiên cho hoạt động y tế trong một khoảng thời gian (một giai đoạn kế hoạch) hoặc một giai đoạn ngắn hơn trước hết phải nhằm đảm bảo các hoạt động thường xuyên, thực hiện kế hoạch ngân sách, tiếp đó trên cơ sở ***phân tích nguyên nhân của những tồn tại đối với việc thực hiện những mục tiêu ưu tiên để đề xuất các giải pháp và hoạt động bổ sung.***

3.2.1. Những căn cứ để xác định các vấn đề ưu tiên

Chức năng, nhiệm vụ của cơ sở y tế.

Những vấn đề tồn tại hiện nay và dự kiến các vấn đề sẽ nảy sinh trong tương lai.

Mục tiêu, chỉ tiêu kế hoạch cần đạt được cho từng nội dung thuộc từng cơ sở, địa phương trong từng thời gian qui định.

Những yếu tố bên ngoài:

+ Yếu tố không hoặc ít thay đổi: đặc điểm về dân cư, điều kiện địa lý, khí hậu.

+ Yếu tố có thể thay đổi: Trong từng thòi kỳ, nhiệm vụ của cơ quan Đảng, Chính quyền trong phát triển kinh tế, vãn hoá, xã hội của địa phương cũng như định hướng chiến lược, nhiệm vụ, kế hoạch CSSKND được tuyến trên giao cho địa phương có thể khác nhau, hoặc phải điều chỉnh cho phù hợp.

Những yếu tố bên trong:

Khả năng cung cấp cũng như huy động các nguồn lực để giải quyết từng vấh đề tồn tại đã nêu ra trong mối tương quan, so sánh giữa các giải pháp giải quyết vấn đề đó và với các mức chi phí để giải quyết các vấn đề khác .

Tính cấp thiết của vấn đề: Diện tác động, mức độ tác động trên sức khoẻ cộng đồng và hậu quả tác động đối với đời sống kinh tế, xã hội.

Các khả năng kỹ thuật, chuyên môn cùng hiệu quả dự kiến sẽ mang lại từ các giải pháp can thiệp và khả năng duy trì các giải pháp đưa ra.

Tình hình và khả năng tổ chức, quản lý các nguồn nhân, vật lực và tài chính.

Sự chấp nhận của cộng đồng, sự cam kết của lãnh đạo cộng đổng đối với các giải pháp dự định đề xuất để giải quyết vấn đề đó.

Những bài học kinh nghiệm trong triển khai kế hoạch trước đó:

Thông thường người ta hay chú ý nhiều tới những kinh nghiệm thành công hơn là bài học thất bại. Cũng có khi người ta quên rằng khả năng áp dụng những bài học kinh nghiêm chỉ có giới hạn về thời gian và đặc điểm từng địa phương. Trước khi dự định tác động vào một vấn đề cần nghiên cứu kỹ những bài học kinh nghiệm của chính địa phương mình và các địa phương khác.

Gánh nặng bệnh tật, nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của cộng đồng.

Những vấn đề ưu tiên nêu ra trong bản kế hoạch phải luôn thể hiện tính ưu việt của chế độ là: sự đảm bảo công bằng, đồng thời với việc lựa chọn các hoạt động, giải pháp có hiệu quả và chất lượng cao nhất song cũng cần có tính khả thi và duy trì được.

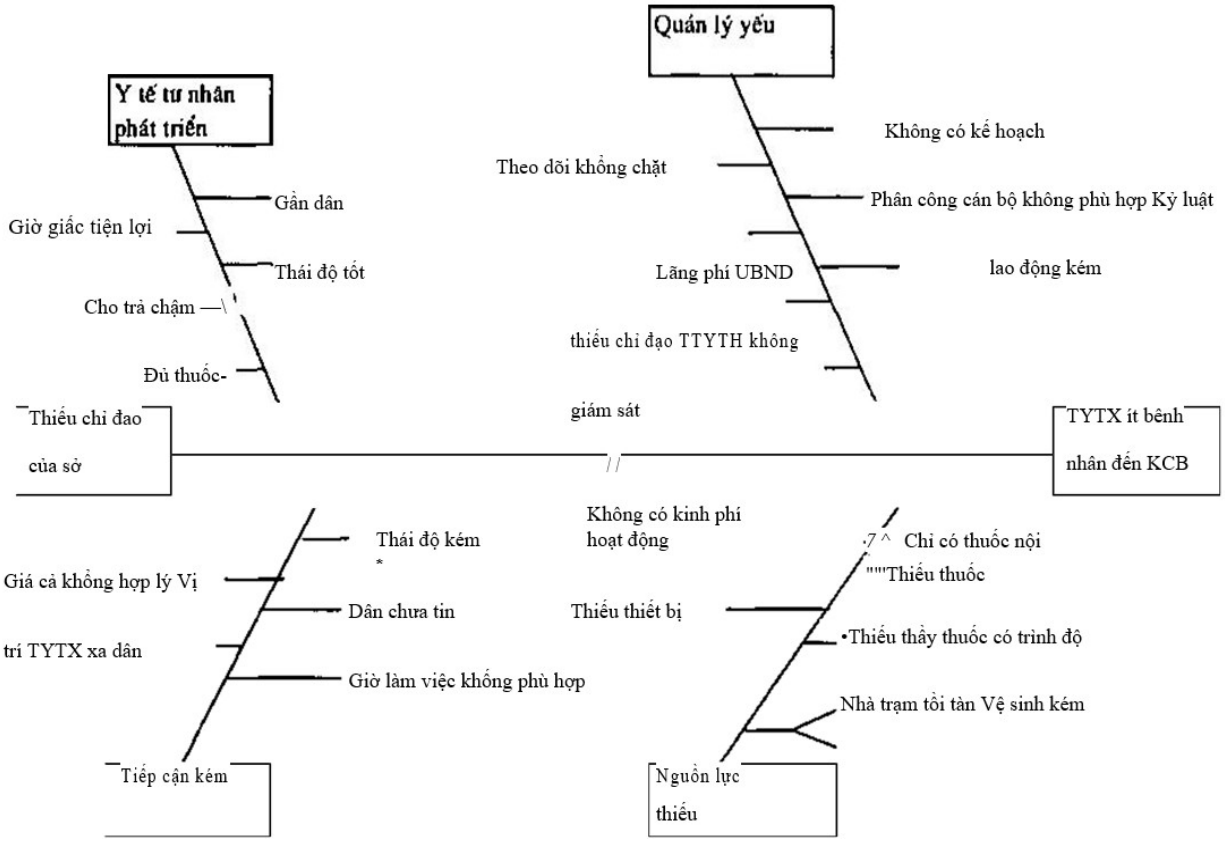
Xác định ưu tiên cần phải dựa trên phân tích các vân đê tồn tại và các nguyên nhân dẫn đến những tồn tại đó.

3.2.2. Phương pháp phân tích nguyên nhân của một vấn đề sức khoẻ

Vẽ cây căn nguyên:

Dựa vào những số liệu cụ thể, kết hợp với kinh nghiệm cá nhân và cách làm việc theo nhóm có thể vẽ cây căn nguyên cho một vấn đề.

Cấu trúc của sơ đồ xương cá: Sơ đồ xương cá cho thấy mối quan hệ giữa hậu quả (vấn đề tồn tại) với các nhóm nguyên nhân độc lập. Trong mỗi nhóm nguyên nhân có các nguyên nhân độc lập hoặc quan hệ lẫn nhau qua tác động âm tính hoặc dương tính. Có những nguyên nhân hoàn toàn độc lập. Sau đây là ví dụ về cây căn nguyên dẫn đến tình trạng các trạm y tế xã ít bệnh nhân đến khám chưã bệnh của tỉnh A.



Với sơ đồ trên đây có thể liệt kê được 25 nguyên nhân khác nhau. Để khỏi bị sót, cần tập hợp các nguyên nhân theo nhóm. Tuỳ từng loại vấn đề, tuỳ từng địa phương mà xác định các nhóm nguyên nhân cũng như các nguyên nhân trong từng nhóm. Cũng cần chú ý là có nhiều nguyên nhân khi đã nêu ra phải lượng hoá bằng các chỉ số để tránh các nhận định chung chung, thiếu căn cứ.

Ví dụ, khi nói trạm y tế xã thiếu trang thiết bị, phải lượng hoá từ "thiếu" bằng chỉ số: Tỷ lệ trạm có đủ trang thiết bị. Hoặc từ "lãng phí" phải thể hiện bằng: Tỷ lệ trang thiết bị chưa bao giờ mang ra sử dụng, hoặc số tiền chi tiếp khách bằng bao nhiêu phần trăm tổng chi (ngoài lương cán bộ). Có những nguyên nhân khó có thể lượng hoá trực tiếp như: dân chưa tin, thái độ kém, kỷ luật lao động kém ... thường phải qua các cuộc điều tra nghiên cứu (có thể là định lượng, có thể là định tính, điều tra nhanh) mới đưa ra nhận định.

Cách phân tích nguyên nhân bằng kỹ thuật đặt câu hỏi *"Nhưng vì sao vậy?"*

Sau khi xác định được vấn đề sức khoẻ cần phân tích các nguyên nhân. Trước khi bước vào phân tích các nguyên nhân, ta đều biết không thể giải quyết mọi nguyên nhân có thể can thiệp được. Để làm được kỹ thuật này cần hiểu rõ hệ thống phân loại ưu tiên cơ bản (BPRS). Từ vấn đề xác định được, đặt câu hỏi "nhưng tại sao vậy" hoặc "tại sao" lại dẫn đến vấn đề này? Sau câu hỏi đầu, ta có một số câu tra loi. Chọn trong số các câu trả lời những lý do có thể can thiệp được, rồi đặt câu hỏi tiếp "tại sao". Còn những câu trả lời không đưa ra được lý do giải quyết được ngay hãy tạm thời gác lại. Cứ tiếp tục đặt các câu hỏi "tại sao" cho các câu trả lời sau được chọn cuối cùng sẽ tìm được công việc cần làm hay giải pháp cần can thiệp để đưa vào bản kế hoạch hành động. Kỹ thuật "Nhưng tại sao" này được sử dụng trong nhiều tình huống khác, có thể tới 5-6 tầng đặt câu hỏi "Tại sao".

Để cân nhắc khi chọn hoạt động ưu tiên cần cân nhắc kỹ thêm những yếu tố sau đây:

Liệu đã có giải pháp nào chưa?

Nếu có giải pháp rồi, có còn giải pháp nào khác cho ta hiệu quả tốt hơn nhưng chi phí ít hơn hoặc không cao hơn hay không?

Liệu giải pháp dự định sẽ áp dụng có được cộng đồng hoặc lãnh đạo cộng đồng chấp nhận khồng?

Ai là người sẽ ủng hộ, ai là người sẽ phản ứng lại?

Giải pháp dự kiến áp dụng có đủ nguồn lực để thực hiện hay không? có duy trì được không?

Vấn đề ưu tiên được chọn cũng phải là một trong những vấn đề chung của địa phương và có sự chỉ đạo của Bộ Y tế, Sở Y tế (để phục vụ cho kế hoạch tổng thé của cả tỉnh).

Như vậy vấn đề ưu tiên bao gồm hai loại:

Ưu tiên “dọc”: dựa vào các chỉ tiêu kế hoạch từ trung ương, Sở giao xuống,

Ưu tiên "ngang” ưu tiên cho những nhu cầu sức khoẻ đặc trưng của địa phương. Một bản kế hoạch tốt cần cân nhắc để hài hoà giữa ưu tiên dọc và ưu tiên ngang, trong đó dựa vào những ưu tiên ngang là chủ yếu.