

VIỆN KHOA HỌC QUẢN LÝ Y TẾ

**KHUNG CHƯƠNG TRÌNH VÀ TÀI LIỆU
ĐÀO TẠO LIÊN TỤC VỀ
QUẢN LÝ BỆNH VIỆN**

HÀ NỘI, THÁNG 4 NĂM 2021

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên:

PGS. TS. Vũ Khắc Lương Viện Khoa Học Quản lý Y tế

Tham gia biên soạn:

PGS.TS. Vũ Khắc Lương	Chuyên gia Viện Khoa Học Quản lý Y tế
GS.TS. Phan Văn Tường	Trường Đại học Y tế công cộng
GS.TS. Đào Văn Dũng	Chuyên gia Viện Khoa Học Quản lý Y tế
Ths.Võ Tuấn Ngọc	Trường Đại học Y tế công cộng

Thư ký biên soạn:

Nguyễn Thị Mỹ Diệu	Cử nhân Quản lý giáo dục, Viện Khoa học Quản lý Y tế
--------------------	---

MỤC LỤC

A. CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN	6
1. GIỚI THIỆU CHƯƠNG TRÌNH	6
2. MỤC TIÊU KHOÁ HỌC	7
3. ĐỐI TƯỢNG, YÊU CẦU ĐẦU VÀO ĐỐI VỚI HỌC VIÊN	7
4. CHƯƠNG TRÌNH CHI TIẾT	8
5. TÀI LIỆU DẠY – HỌC CHÍNH THỨC VÀ TÀI LIỆU THAM KHẢO	10
6. PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC	11
7. TIÊU CHUẨN GIẢNG VIÊN VÀ TRỢ GIẢNG	11
8. THIẾT BỊ, HỌC LIỆU CHO KHOÁ HỌC, HÌNH THỨC HỌC	12
9. HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH	12
10. ĐÁNH GIÁ VÀ CẤP CHỨNG CHỈ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC	12
TÀI LIỆU THAM KHẢO	13
B. TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN	15
PHẦN I. ĐẠI CƯƠNG VỀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN	15
BÀI 1. TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN	15
I. MỤC TIÊU	15
II. NỘI DUNG	15
1. Vài nét về lịch sử phát triển bệnh viện ở thế giới và Việt Nam	15
2. Định nghĩa/khái niệm bệnh viện của WHO	17
3. Phân loại bệnh viện	21
4. Khái niệm quản lý	22
5. Chu trình các bước quản lý, chức năng của quản lý:	23
6. Thực trạng quản lý bệnh viện ở Việt Nam	27
7. Nguyên lý quản lý bệnh viện:	28
8. Mô hình hay phương pháp quản lý bệnh viện:	30
BÀI 2 TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN	33
MỤC TIÊU	33
NỘI DUNG	33
I. CHẤT LƯỢNG VÀ SỰ THAY ĐỔI QUAN NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG	33
II. CÁC NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	38
III. CÁC YẾU TỐ CỦA MỘT TỔ CHỨC CHẤT LƯỢNG	42
VI. CÁC MÔ HÌNH/CÁCH TIẾP CẬN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG	44
PHẦN II: QUẢN LÝ BỆNH VIỆN THEO MỘT SỐ CHUYÊN ĐỀ	54
BÀI 3. QUẢN LÝ THÔNG TIN BỆNH VIỆN	54
I. MỤC TIÊU	54
II. NỘI DUNG	54
1. Khái niệm về thông tin y tế/bệnh viện	54

2. Tầm quan trọng của thông tin y tế/bệnh viện.....	54
3. Những yêu cầu của thông tin y tế	55
4. Các nhóm thông tin cho quản lý và lập kế hoạch.....	58
5. Các phương pháp và công cụ thu thập thông tin	61
6. Biểu diễn thông tin y tế	61
7. Lưu giữ và xử lý thông tin y tế	63
8. Phân tích thông tin	63
9. Một số yếu tố đảm bảo cho quản lý tốt thông tin y tế/bệnh viện	65
BÀI 4. LẬP KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN	67
I. MỤC TIÊU	67
II. NỘI DUNG	67
1. Khái niệm về kế hoạch.....	67
2. Quy trình lập kế hoạch	67
3. Ý nghĩa, tầm quan trọng của lập kế hoạch.....	68
4. Các loại kế hoạch	68
5. Các kiểu lập kế hoạch	69
6. Các bước lập kế hoạch	69
BÀI 5. QUẢN LÝ NHÂN LỰC BỆNH VIỆN.....	90
I. MỤC TIÊU	90
II. NỘI DUNG	90
1. Tầm quan trọng và khái niệm của nhân lực và quản lý nhân lực trong cơ sở y tế/bệnh viện.....	90
2. Thuyết quản lý nhân lực	92
3. Những yếu tố chính/ nguyên tắc chính trong quản lý nhân lực	101
BÀI 6. TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ	118
VÀ CƠ SỞ HẠ TẦNG	118
I. MỤC TIÊU	118
II. NỘI DUNG	118
1. Khái niệm về trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế	118
2. Thực trạng và xu hướng quản lý TTBYT&CSHT của Việt Nam và thế giới.....	125
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	140
BÀI 7	141
GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG, CHƯƠNG TRÌNH, KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN	141
I. MỤC TIÊU	141
II. NỘI DUNG	141
1. Khái niệm về giám sát hỗ trợ.....	141
2. Phương pháp giám sát và công cụ giám sát	142
3. Quy trình giám sát/các bước thực hiện giám sát	143

BÀI 8.	160
ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG, CHƯƠNG TRÌNH, KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN	160
I. MỤC TIÊU	160
II. NỘI DUNG	160
1. Khái niệm về đánh giá và vai trò của đánh giá hoạt động y tế	160
2. Phân loại đánh giá	161
3. Chỉ số trong đánh giá	166
4. Các phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá	168
5. Các bước cơ bản của đánh giá	169
TÀI LIỆU THAM KHẢO	172
PHỤ LỤC	175
PHỤ LỤC SỐ 1. Bản mô tả nhiệm vụ của cá nhân	175
PHỤ LỤC SỐ 2. Một số chỉ số dùng cho công tác quản lý nhân lực	176
PHỤ LỤC SỐ 3. Mẫu bản kế hoạch	178
PHỤ LỤC SỐ 4. Sơ đồ và biểu đồ	179

A. CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

1. GIỚI THIỆU CHƯƠNG TRÌNH

Thực hiện các quy định của Luật 40/2009/QH 12 về Khám bệnh chữa bệnh, Nghị định 87/2011/NĐ-CP hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư 19/2013/TT-BYT về Hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện cho thấy công tác quản lý bệnh viện nói chung (QLBV) giữ một vai trò vô cùng quan trọng, quyết định sự phát triển của mỗi bệnh viện nói riêng và tăng cường chất lượng bệnh viện nói chung.

Ngày nay trong bối cảnh tình hình mới, thời kì của hội nhập khu vực và hội nhập quốc tế, của cách mạng công nghiệp 4.0 và đặc biệt, nước ta đã ký nhiều hiệp ước tự do thương mại (FTA) với nhiều quốc gia trên thế giới, nước ta chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường, có nhiều cạnh tranh thì nhiều tư duy quản lý mới ra đời như: Định hướng khách hàng, xã hội hóa, tự chủ, hợp tác, sự tham gia của cộng đồng, quản lý dựa trên bằng chứng... cần phải được cập nhật cho các cán bộ quản lý bệnh viện để đáp ứng với sự thay đổi mới. Như nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến đã phát biểu *“Hiện nay gần như toàn bộ giám đốc bệnh viện đều từ chuyên môn giỏi qua tín nhiệm, lấy phiếu, cùng lắm mới chỉ học được thêm một số chứng chỉ về quản lý bệnh viện...”*¹. Điều này đã làm hạn chế nhiều công tác quản lý bệnh viện, vốn được cho là rất quan trọng, quyết định cho chất lượng dịch vụ bệnh viện vì *một người lo bằng kho người làm.*²

Để hỗ trợ cho cán bộ lãnh đạo, cán bộ quản lý bệnh viện nói chung trong nhiệm vụ lãnh đạo và quản lý của mình (Đối tượng dự học là các cán bộ đang đương nhiệm, cán bộ diện quy hoạch các chức vụ cấp khoa, cấp phòng và lãnh đạo bệnh viện), nhóm các chuyên gia của Viện Khoa học quản lý Y tế, gồm những giáo sư, phó giáo sư chuyên ngành quản lý Y tế, đều có kinh nghiệm >20 năm làm nghiên cứu, giảng dạy và tư vấn về quản lý bệnh viện soạn thảo ra chương trình đào tạo (CTĐT) QLBV, dựa trên tài liệu của tác giả Lương Ngọc Khuê và cs: Quản Lý Bệnh Viện - Tài liệu cơ bản, Nhà Xuất bản Y học, năm 2014 và một số tài liệu khác nữa.

Chương trình gồm 07 bài chia làm 02 phần. Nội dung từng bài có 04 phần bao gồm Mục tiêu học tập, nội dung thiết yếu của bài, câu hỏi lượng giá và tài liệu tham khảo. Tài liệu dùng đào tạo cho các lớp đào tạo liên tục, thời gian đào tạo khoảng 01 tuần (05 ngày), tức 40 tiết học.

¹ Thúy Hạnh (2017) *Bộ trưởng Kim Tiến trải lòng về những đột phá năm mới*, 06/01/2017 01:00 GMT+7, Báo điện tử, Vietnamnet, cập nhật lúc 11h55 ngày 06-1-2017. <http://vietnamnet.vn/vn/thoi-su/chinh-tri/bo-truong-kim-tien-trai-long-ve-nhung-dot-pha-nam-toi-349775.html>

² Ngạn ngữ Việt Nam.

2. MỤC TIÊU KHOÁ HỌC

2.1. Mục tiêu chung

Tăng cường sự hiểu biết và kỹ năng QL BV cho cán bộ lãnh đạo và QL BV các tuyến nhằm thúc đẩy phát triển chất lượng bệnh viện.

2.2. Mục tiêu cụ thể

Về Kiến thức:

1. Nêu được tóm tắt lịch sử bệnh viện.
2. Trình bày được các mô hình/phương pháp quản lý bệnh viện.
3. Trình bày được nét tổng quan về quản lý chất lượng trong bệnh viện.
4. Trình bày được khái niệm, quy trình, kế hoạch giám sát và đánh giá hoạt động/chương trình/kế hoạch bệnh viện.
5. Nêu được các bước lập kế hoạch bệnh viện.

Về Thái độ:

1. Biểu hiện được sự tin tưởng ở phương pháp quản lý bệnh viện, nhất là các tư duy mới về quản lý bệnh viện
2. Thể hiện được ý thức tự giác, nghiêm túc thực hiện trách nhiệm, nhiệm vụ cá nhân trong quản lý bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế;
3. Thể hiện được sự tin tưởng vào độ tin cậy và tính giá trị của phương pháp và công cụ đo lường chất lượng khám chữa bệnh.
4. Thể hiện được sự tôn trọng, hợp tác và chia sẻ với các cán bộ, nhân viên trong đơn vị để thực hiện tốt công tác quản lý bệnh viện nơi học viên công tác.

Về Kỹ năng: Thực hiện được các hoạt động sau đây:

1. Phân tích được các khái niệm bệnh viện, nguyên lý quản lý bệnh viện.
2. Phân tích được nguyên lý và nội dung quản lý nguồn nhân lực bệnh viện.
3. Xây dựng bản kế hoạch chung, kế hoạch giám sát, kế hoạch đánh giá (theo lý thuyết hướng dẫn) của bệnh viện (nơi học viên công tác) với các số liệu thực tế tại đơn vị.

3. ĐỐI TƯỢNG, YÊU CẦU ĐẦU VÀO ĐỐI VỚI HỌC VIÊN

3.1. Đối tượng học viên

Là những cán bộ chủ chốt trong bệnh viện, Trung tâm y tế huyện, đơn vị khám chữa bệnh, bao gồm:

Đối tượng 1: Lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo các phòng, ban.

Đối tượng 2: Trưởng phó các khoa, điều dưỡng trưởng bệnh viện và điều dưỡng trưởng các khoa.

Đối tượng 3: Cán bộ trong diện quy hoạch làm quản lý/lãnh đạo của bệnh viện và những người khác có nhu cầu.

3.2. Hình thức tổ chức khóa học

Học tập trung và học trực tuyến khi không có điều kiện tập trung.

3.3. Số lượng học viên

Số lượng phù hợp (khoảng 30 người/lớp) để học viên có thời gian thảo luận, làm bài tập nhóm.

4. CHƯƠNG TRÌNH CHI TIẾT

4.1. Chương trình khung

TT	Chủ đề/nội dung chủ đề	Số tiết		
		Tổng số	Lý thuyết (LT)	Thực hành (thảo luận và bài tập nhóm tại lớp)
Phần I. Đại cương về quản lý bệnh viện				
1	Tổng quan về quản lý bệnh viện	4	3	1
2	Tổng quan về quản lý chất lượng bệnh viện	4	2	2
Phần II. Tập huấn về công tác quản lý bệnh viện theo một số chuyên đề				
3	Quản lý thông tin bệnh viện	4	3	1
4	Lập kế hoạch bệnh viện	12	6	6
5	Quản lý nhân lực bệnh viện	4	3	1
6	Quản lý Trang thiết bị Y tế	4	2	2
7	Giám sát hoạt động/chương trình/kế hoạch bệnh viện.	4	3	1
8	Đánh giá hoạt động/chương trình/kế hoạch bệnh viện.	4	3	1
Tổng cộng		40 (100 %)	25 (62,5 %)	15 (37,5%)

4.2. Chương trình đào tạo chi tiết

TT	Chủ đề/nội dung chủ đề	Số tiết		
		Tổng số	LT	Thực hành (thảo luận và bài tập nhóm tại lớp)
Phần I. Đại cương về quản lý bệnh viện				
1	Tổng quan về quản lý bệnh viện - Lịch sử và khái niệm bệnh viện - Khái niệm quản lý	4	3	1

	- Một số thuyết về quản lý, quản lý Y tế - Nguyên lý quản lý bệnh viện - Một số mô hình quản lý bệnh viện - Chức năng, nhiệm vụ bệnh viện			
2	Tổng quan về quản lý chất lượng - Trình bày được khái niệm, sự thay đổi quan niệm về chất lượng, nguyên tắc, và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng - Trình bày được một số phương pháp/ mô hình tiếp cận quản lý chất lượng phổ biến	4	2	2
Phần II. Tập huấn về công tác quản lý bệnh viện theo một số chuyên đề.				
3	Quản lý thông tin bệnh viện - Khái niệm thông tin bệnh viện - Phân loại thông tin bệnh viện - Yêu cầu/tiêu chí của thông tin tốt - Thu thập, lưu giữ và xử lý thông tin - Phân tích thông tin - Các yếu tố cho quản lý thông tin bệnh viện	4	3	1
4	Lập kế hoạch bệnh viện. - Khái niệm kế hoạch và lập kế hoạch - Khái niệm Đội lập kế hoạch (ĐLKH) - Bước 1 của LKH: Thành lập ĐLKH và chọn ưu tiên - Bước 2: Nêu tên kế hoạch - Bước 3: Phân tích VĐƯT cho LKH và xác định Mục tiêu - Bước 4: Phân tích nguyên nhân gốc rễ (NNGR) của vấn đề LKH - Bước 5: Xây dựng các giải pháp - Bước 6: Xây dựng kế hoạch hoạt động	12	6	6
5	Quản lý nhân lực bệnh viện - Khái niệm nhân lực - Một số thuyết quản lý nhân lực - Nguyên lý quản lý nhân lực - Nội dung (Yếu tố) của quản lý nhân lực y tế	4	3	1

6	Quản lý trang thiết bị Y tế - Khái niệm, vai trò và tầm quan trọng của cơ sở hạ tầng và trang thiết bị Y tế - Các nguyên lý, nội dung quản lý trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng bệnh viện theo hội nhập khu vực và thế giới - Quản lý chất lượng trang thiết bị Y tế. - Quy trình quản lý trang thiết bị y tế tại cơ sở y tế theo vòng đời thiết bị theo khung pháp lý đã ban hành.	4	2	2
7	Giám sát hoạt động/chương trình/ kế hoạch bệnh viện - Khái niệm và phân biệt kiểm tra, thanh tra, theo dõi, giám sát và đánh giá - Quy trình giám sát - Công cụ, kỹ thuật giám sát - Tiêu chí cho giám sát viên - Lập kế hoạch giám sát	4	3	1
8	Đánh giá hoạt động/chương trình/kế hoạch bệnh viện - Khái niệm đánh giá - Công cụ đánh giá - Tiêu chí tuyển chọn người đánh giá - Mô hình đánh giá - LKH đánh giá	4	3	1
Tổng cộng		40	25	15

5. TÀI LIỆU DẠY – HỌC CHÍNH THỨC VÀ TÀI LIỆU THAM KHẢO

5.1. Tài liệu dạy – học

- Tài liệu giảng dạy và học tập: Tài liệu học tập và giảng dạy được sử dụng chính là Bộ tài liệu học tập kèm theo chương trình đào tạo được nhóm chuyên gia soạn thảo và được thông qua Hội đồng khoa học của Viện KHQLYT.

- Tài liệu đọc thêm và tài liệu tham khảo liên quan được Bộ Y tế ban hành và các tài liệu sẵn có trên website của BYT, của WHO và một số tổ chức khác.

5.2. Tài liệu tham khảo

1. Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 8/9/2013 và Thông tư 26/2020/TT-BYT về Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế.

2. Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 về Hướng dẫn quản lý chất lượng bệnh viện.

3. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương (2015) Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.

4. Nguyễn Trọng Khoa, Vũ Khắc Lương, Đỗ Văn Niệm (2012) Áp dụng chu trình PDCA trong các bệnh viện Việt Nam, Tổ chức GIZ thuộc Hợp tác phát triển Đức tại Việt Nam, Giấy phép xuất bản số: 414-2012/CXB/53/01- 11/HĐ.

5. Nguyễn Thị Xuyên, Phan Văn Tường, Trương Việt Dũng và cs (2010) Nguyên lý quản lý bệnh viện, Nhà xuất bản Lao động xã hội.

6. Vũ Khắc Lương, Trần Viết Tiệp, Tăng Chí Thượng (2015) Quản lý chất lượng trong cơ sở y tế và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà xuất bản Y học.

7. Phan Văn Tường, Vũ Khắc Lương, Phạm Huy Tuấn Kiệt (2016) Quản lý dành cho lãnh đạo bệnh viện, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.

8. Phan Văn Tường, Nguyễn Văn Hiến, Đỗ Mai Hoa (2017) Giám sát hỗ trợ hoạt động cung cấp dịch vụ Y tế, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.

9. Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương, Nguyễn Văn Huy (2012) Tổ chức và quản lý Y tế, Nhà Xuất bản Y học.

10. Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương, Nguyễn Văn Huy (2012) Tổ chức và quản lý Y tế - Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa I Dịch tễ học thực địa, Nhà Xuất bản Y học.

11. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương và cs (2015) Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.

6. PHƯƠNG PHÁP DẠY HỌC

- Cung cấp đủ tài liệu học tập để học viên đọc và nghiên cứu trước, trong và sau học;

- Hướng dẫn học viên sử dụng tài liệu có hiệu quả;
- Thuyết trình ngắn cho những nội dung mới
- Thảo luận nhóm nhỏ dựa trên các bài tập tình huống cho mỗi nội dung
- Riêng bài lập kế hoạch: Làm bài tập lập kế hoạch 01 năm cho đơn vị công tác theo các bước của lý thuyết, dựa trên thông tin và số liệu thực tế tại đơn vị công tác.

7. TIÊU CHUẨN GIẢNG VIÊN VÀ TRỢ GIẢNG

7.1. Tiêu chuẩn giảng viên:

- Có thâm niên giảng dạy về quản lý bệnh viện ≥ 5 năm.
- Có bằng cao học Y tế công cộng trở lên.
- Có chứng chỉ đào tạo liên tục.

7.2. Tiêu chuẩn trợ giảng:

- Có bằng cử nhân về Y tế công cộng/ Giáo dục học/Luật/ Xã hội học...
- Được huấn luyện về phương pháp trợ giảng và đã được thực hành trợ giảng ≥ 5 lần.

8. THIẾT BỊ, HỌC LIỆU CHO KHOÁ HỌC, HÌNH THỨC HỌC

- Giảng dạy lý thuyết: Màn hình, máy chiếu, labtop, bài trình bày powerpoint về các chủ đề học tập.
- Thảo luận: Cần trang bị đủ không gian địa điểm, bàn ghế, Giấy A0, thẻ màu, bút viết bảng và các phương tiện để thảo luận nhóm, trình bày kết quả thảo luận.

9. HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC THỰC HIỆN CHƯƠNG TRÌNH

9.1. Khối lượng kiến thức

Tổng số: 40 tiết (bao gồm cả khai mạc, tổng kết, bế mạc lớp học; lượng giá trước và sau học) trong đó có 25 tiết lý thuyết, 15 tiết thảo luận, làm việc theo nhóm.

9.2. Hình thức đào tạo

- Tập trung
- Trực tuyến
- E-learning

9.3. Nơi đào tạo

- Tại địa phương hoặc tại Hà Nội.

10. ĐÁNH GIÁ VÀ CẤP CHỨNG CHỈ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

10.1. Đánh giá

- Bài đánh giá kiến thức cá nhân trước và sau khóa học có thời lượng khoảng 30 phút với 35 câu hỏi trắc nghiệm và được thực hiện trước khi học viên vào học (pretest) ở buổi đầu trước khi vào khai mạc. Bài posttest được thực hiện ở buổi cuối của khóa học. Ban tổ chức dành thời gian tổng hợp kết quả đánh giá và thông báo cho học viên vào cuối khóa học. Học viên “Đạt yêu cầu” với điểm số của Posttest $\geq 5,0$. Nếu điểm này $< 5,0$, học viên phải thi lại. Số lần thi lại không quá 02 (hai) lần.

- Lượng giá thực hành và thái độ dựa vào làm việc theo nhóm thông qua bài trình bày tại lớp (Bài tập lập kế hoạch dựa trên số liệu thực tế của đơn vị mà học viên làm việc/công tác) hoặc biên bản thảo luận hoặc bài tập về nhà được nộp cho giảng viên. Các bài thảo luận nhóm dựa vào tình huống hoặc vấn đề do giáo viên đưa ra phù hợp với chủ đề học tập.

10.2. Cấp chứng chỉ

- Các học viên tham dự đầy đủ và đạt được các yêu cầu của Chương trình đào tạo sẽ được cấp chứng chỉ “Đã hoàn thành khóa học theo chương trình đào tạo liên tục về Quản lý bệnh viện”. Tiêu chí cho cấp chứng chỉ như sau:

- + Học đủ 90% thời lượng do khung chương trình quy định (tức chỉ được vắng mặt 01 buổi trong 8 buổi giảng và có lý do chính đáng).
 - + Bài tập LKH: Đạt yêu cầu
 - + Điểm cuối khóa (Posttest): $\geq 5,0$
- Học viên có chứng chỉ đào tạo liên tục sẽ được tính vào thời gian đào tạo liên tục theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 và Thông tư 26/2020/TT- BYT ngày 28/12/2020 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 22/2013/TT-BYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 8/9/2013 về *Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế*.
2. Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 về *Hướng dẫn quản lý chất lượng bệnh viện*.
3. Thông tư 26/2020/TT- BYT ngày 28/12/2020 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
4. Bộ Y tế (2014) Chương trình đào tạo liên tục quản lý bệnh viện
5. Trường Đại học Y Hà Nội, *Chương trình đào tạo liên tục về quản lý bệnh viện*.
6. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương (2015) Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.
7. Nguyễn Trọng Khoa, Vũ Khắc Lương, Đỗ Văn Niệm (2012) Áp dụng chu trình PDCA trong các bệnh viện Việt Nam, Tổ chức GIZ thuộc Hợp tác phát triển Đức tại Việt Nam, Giấy phép xuất bản số: 414-2012/CXB/53/01- 11/HĐ.
8. Nguyễn Thị Xuyên, Phan Văn Tường, Trương Việt Dũng và cs (2010) Nguyên lý quản lý bệnh viện, Nhà xuất bản Lao động xã hội.
9. Vũ Khắc Lương, Trần Việt Tiệp, Tăng Chí Thượng (2015) Quản lý chất lượng trong cơ sở y tế và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà xuất bản Y học.
10. Phan Văn Tường, Vũ Khắc Lương, Phạm Huy Tuấn Kiệt (2016) Quản lý dành cho lãnh đạo bệnh viện, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.
11. Phan Văn Tường, Nguyễn Văn Hiến, Đỗ Mai Hoa (2017) Giám sát hỗ trợ hoạt động cung cấp dịch vụ Y tế, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.
12. Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương, Nguyễn Văn Huy (2012) Tổ chức và quản lý Y tế, Nhà Xuất bản Y học.

13. Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương, Nguyễn Văn Huy (2012) Tổ chức và quản lý Y tế- Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa I Dịch tễ học thực địa, Nhà Xuất bản Y học.

14. Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương và cs (2015) Quản trị bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.

B. TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

PHẦN I. ĐẠI CƯƠNG VỀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

BÀI 1. TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Phân tích được khái niệm bệnh viện (BV)
2. Trình bày được khái niệm quản lý (QL) và QL BV
3. Nhận thức được tầm quan trọng của QL BV
4. Phân tích được nguyên lý QL BV
5. Trình bày được các mô hình hay phương pháp quản lý BV

II. NỘI DUNG

1. Vài nét về lịch sử phát triển bệnh viện ở thế giới và Việt Nam

Vào thời cổ, y học và tôn giáo được gắn liền. Như ở Ai Cập, người bệnh được đưa vào các nơi thờ cúng để cầu chữa trị. "Thánh sống" Asclepius ở Hy Lạp cho người bệnh vào nhà mình và ông ta nằm mộng để gặp Thượng đế lấy chỉ dẫn. Dân La Mã tôn thờ ông này và lập riêng cho ông một nhà thờ tại một hòn đảo trên sông Tiber để ông trị bệnh.

Dân Sinhalese (Sri Lanka) có lẽ là người đầu tiên phát minh ra khái niệm bệnh viện. Theo cổ sử của dân này (Mahavamsa), thì vào thế kỷ 4 trước công nguyên, vua Pandukabhaya cho xây các nhà "nghỉ lại" và bệnh viện (Sivikasotthi-Sala) tại các vùng trong lãnh thổ sau khi ông ta củng cố thủ đô ở Anuradhapura. Đây là chứng tích đầu tiên trong lịch sử thế giới ghi nhận sự thành lập các nơi ăn ngủ dành đặc biệt để chữa trị cho người bệnh. Nhà thương Mihintale có lẽ là nhà thương cổ nhất của thế giới.

Tại Ấn Độ, vua Ashoka lập 18 nhà thương vào khoảng năm 230 TCN. Những nơi này có bác sĩ và phụ tá chăm sóc cho người mắc các loại bệnh và mọi chi phí do triều đình đài thọ.

Bệnh viện giáo dục y học đầu tiên thành lập tại Hàn lâm viện Gundishapur Ba Tư. Học sinh được đào tạo chuyên nghiệp về y học và thực hành chẩn đoán lâm sàng với người bệnh trong bệnh viện. Một nhà nghiên cứu cho rằng hệ thống giáo dục y học và thiết bị bệnh viện ngày nay khởi thủy từ Ba Tư.

Người La Mã thiết lập các bệnh xá (tiếng Ý: valetudinaria) để chăm sóc bệnh cho nô lệ, võ sĩ giác đấu và binh sĩ khoảng năm 100 trước công nguyên (TCN). Sau khi chấp nhận Thiên chúa giáo là tôn giáo quốc gia, dân La Mã thành lập những bệnh viện cho công chúng, không chỉ để chăm sóc cho người bệnh mà cả cho người nghèo, khuyết tật, người già, cô quả và cả người khác xứ vô gia cư. Đế quốc La Mã ra lệnh xây nhà thương tại tất cả các tỉnh thành có nhà thờ, tu viện. Một trong các kiến trúc nhà thương đầu tiên được dựng lên là bệnh

viện ở Constantinople do Saint Sampson xây. Tu viện của giáo hoàng Basil of Caesarea được cải tiến để có thêm khu vực dùng làm nơi nương trú cho người bệnh và có khu dành riêng cho người bệnh bị phong cùi.

Thời Trung cổ, các bệnh viện ở châu Âu cũng theo hệ thống này, dưới sự điều hành của các tu sĩ thuộc giáo hội (từ tiếng Pháp hôtel-Dieu mang ý nghĩa "khách sạn của Thượng đế"). Ngoài những bệnh viện nằm trong kiến trúc của nhà thờ, một số được xây riêng biệt. Nhiều bệnh viện tạo tài chính qua viện trợ từ chính phủ hay các đóng góp tùy hỷ. Một số bệnh viện có nhiều dịch vụ khác nhau, có dịch vụ chỉ dành cho người bị cùi, một số khác cho dân tỵ nạn hay nghèo khổ.

Nhà thương của Hồi giáo được thành lập với trình độ cao trong thế kỷ 8 - 12. Bệnh viện tại Bagdad có trên dưới 25 y sĩ và có phòng riêng cho mỗi dạng bệnh, tạo nền tảng cho thiết kế kiến trúc hệ thống nhà thương ngày nay.

Trung Quốc cũng có nhà thương công cộng trong thiên kỷ đầu tiên.

Từ ngày xưa, công tác điều trị đã được coi là vấn đề then chốt trong chăm sóc sức khỏe. Xã hội thời cổ đại chưa có cơ sở để thu nạp người bệnh điều trị. Vì vậy các thầy thuốc chủ yếu thực hiện thăm khám và điều trị người bệnh tại nhà. Càng ngày lượng người bệnh có nhu cầu chữa bệnh tăng lên, các thầy thuốc đã biến nhà mình ở thành nơi dung nạp người bệnh.

Theo danh từ tiếng Anh “Hospital” có nghĩa là tổ chức từ thiện, ngày nay được chính thức dịch sang các thứ tiếng là “bệnh viện”. Có lẽ từ ngày xưa những cơ sở khám và điều trị người bệnh nội trú đều là những tổ chức từ thiện, cứu giúp người bệnh không lấy tiền. Trong tiếng Việt những cơ sở đó cũng được gọi là “nhà tế bần” hay “nhà thương”. Nhiều sách cho biết các nhà tế bần chủ yếu do các bà sơ tại các nhà thờ thiên chúa giáo tự đứng ra tổ chức để cứu chữa cho các người bệnh mà đại đa số họ là những người nghèo.

Ở nước ta, tổ chức khám chữa bệnh đã có từ lâu. Đời nhà Lý (1010-1224) đã tổ chức Ty thái Y chăm lo sức khỏe cho nhà vua và quan lại. Nguyễn Bá Tĩnh, hiệu là Tuệ Tĩnh (thế kỷ thứ XIV) đã xây dựng 24 ngôi chùa, trong đó có chùa Hải Triều ở Cẩm Giàng (Hải Dương) là những cơ sở chữa bệnh làm phúc sớm nhất ở nước ta (Lê Hùng Lâm- Lịch sử Y học). Cuối thế kỷ thứ XVII có một linh mục người Pháp là Langlois được Triều đình Huế cấp đất xây dựng bệnh viện. Có thể nói đây là bệnh viện đầu tiên ở nước ta và cũng từ đây xuất hiện hai hình thức điều trị: Nội trú và ngoại trú (Sơ lược lịch sử Việt Nam, tập 1 - Bộ Y tế xuất bản). Đầu thời kỳ Pháp thuộc, chính phủ Pháp đã xây dựng bệnh viện Grall (nay là Bệnh viện Nhi Đồng I Thành phố Hồ Chí Minh, xây dựng năm 1863), bệnh viện Đồn Thủy (Lanessan) vào năm 1893 dành cho quân đội và công chức Pháp (hiện nay là Bệnh viện Quân y 108 và bệnh viện Hữu nghị). Sau đó, năm 1906 người Pháp cho xây dựng nhà thương Bảo Hộ (nay là Bệnh viện

Việt Đức). Sau năm 1945 và đặc biệt sau 1975, Nhà nước đã chú trọng phát triển các cơ sở điều trị người bệnh nội trú, phong phú, đa dạng và khắp đất nước, tỏa sâu tới các huyện, xã. Theo Niên giám thống kê y tế, năm 2018 toàn quốc đã có 1.393 bệnh viện cả công và tư với tổng số giường bệnh là 272.169.

2. Định nghĩa/khái niệm bệnh viện của WHO

2.1. Bệnh viện kiểu cũ và mới

Bệnh viện kiểu cũ là bệnh viện vẫn theo mô hình tổ chức, quản lý và nhất là chức năng nhiệm vụ như ngày xưa: Bệnh viện chỉ thực hiện khám chữa bệnh tại bệnh viện, trong đó điều trị nội trú được coi là quan trọng hơn so với khám chữa bệnh ngoại trú. Chính vì vậy, quan niệm rằng, người quản lý bệnh viện phải giỏi chuyên môn (hướng chuyên môn) và kiến thức và kỹ năng về xã hội là không cần thiết. Với quan niệm này đã kìm hãm sự phát triển của các bệnh viện nước ta, rộng hơn nó kìm hãm sự nghiệp chăm sóc sức khỏe, làm cho y tế nước nhà tỏ ra lạc hậu, kém hội nhập khu vực và quốc tế.

2.2. Khái niệm bệnh viện của WHO

Theo quan điểm của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) bệnh viện là *một bộ phận của một tổ chức mang tính chất y học và xã hội, có chức năng đảm bảo cho nhân dân được săn sóc toàn diện về y tế cả chữa bệnh và phòng bệnh. Công tác ngoại trú của bệnh viện tỏa tới tận gia đình đặt trong môi trường của nó. Bệnh viện còn là trung tâm giảng dạy y học và nghiên cứu sinh vật xã hội.* Với quan niệm này ta nhìn bệnh viện không tách rời, biệt lập và phiến diện trong công tác chăm sóc sức khỏe nói chung. Rõ ràng bệnh viện đảm nhiệm một chức năng rộng lớn, gắn bó hài hòa trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và toàn xã hội. Quan niệm mới đó làm thay đổi nhiệm vụ, chức năng, cơ cấu tổ chức và phương thức quản lý bệnh viện mà chúng ta sẽ đề cập sâu trong phần tới.

Bệnh viện mang tính chất y học thì đã quá rõ vì các cán bộ nhân viên của bệnh viện phải sử dụng các kiến thức và kỹ năng khám chữa bệnh (khám, chẩn đoán, xét nghiệm và điều trị...) để cứu giúp người bệnh. Nhưng điều đặc biệt ở đây, WHO lại đề cập đến tính chất xã hội của bệnh viện. Vậy tại sao bệnh viện mang tính xã hội? Để trả lời câu hỏi này, ta cần đề cập các vấn đề sau đây.

Bệnh viện không chỉ là nơi khám chữa bệnh (KCB) mà là nơi chăm sóc sức khỏe (CSSK) và cũng theo WHO, *sức khỏe là một trạng thái thoải mái tối ưu về tinh thần, thể chất và xã hội, không chỉ là không có bệnh hay tật.* Vậy bệnh viện phải chăm sóc sức khỏe cả về tâm thần, thể chất và xã hội cho con người. Vậy bệnh viện cần thiết phải mang tính xã hội.

Bệnh viện hình thành là do nhu cầu của xã hội. Nói cách khác, xã hội sinh ra bệnh viện. Bệnh viện mang đầy đủ đặc tính, màu sắc của xã hội nơi bệnh viện tọa lạc: Kinh tế, chính trị, văn hóa, tập quán, mô hình bệnh tật... Bệnh viện phục vụ một nhu cầu của xã hội- nơi bệnh viện sinh ra đó là CSSK.

Bệnh viện là một xã hội thu nhỏ, trong đó cán bộ, nhân viên cũng như người bệnh là xuất thân từ nhiều tầng lớp xã hội khác nhau. Quản lý bệnh viện thực chất là quản lý các mối quan hệ xã hội: Quan hệ giữa nhân viên y tế với nhau, giữa người lãnh đạo/ quản lý với nhân viên, giữa cán bộ y tế với người bệnh, giữa người bệnh với nhau, kể cả mối quan hệ giữa các khoa/ phòng của bệnh viện và mối quan hệ giữa bệnh viện với các tổ chức khác trong xã hội ... Từ đó cho thấy, người lãnh đạo/ quản lý bệnh viện cần thiết phải có kiến thức rộng về y học và cả xã hội. Thực tế cho thấy, đối với người lãnh đạo và quản lý bệnh viện (nhất là Giám đốc), kiến thức về xã hội còn cần thiết hơn nhiều kiến thức về y học, nên một số quốc gia tuyển chọn giám đốc bệnh viện không cần có kiến thức sâu về y học.

Trước đây, người ta cho rằng bệnh viện chỉ là nơi KCB, nhưng theo quan niệm trên của WHO, bệnh viện thực hiện chăm sóc toàn diện cả chữa bệnh và phòng bệnh. Theo quan niệm của dự phòng bốn cấp, thì bệnh viện có chức năng thực hiện chủ yếu dự phòng cấp II và III (Bảng số 1.1).

Bảng 1.1. Dự phòng bốn cấp

Cấp dự phòng	Đối tượng phục vụ	Nội dung/Mục đích	Phạm vi	Ví dụ
Cấp 0	Người khỏe là chính.	Loại trừ những yếu tố tác động xấu tới sức khỏe con người trong phạm vi lớn.	Miền, khu vực, quốc gia, toàn cầu...	- Khắc phục lỗ thủng tầng ô zôn. - Cung cấp nước sạch cho một thành phố...
Cấp I	Người khỏe là chính.	Loại trừ những yếu tố tác động xấu tới sức khỏe con người trong phạm vi hẹp và tăng cường sức khỏe.	Tập thể hay cá nhân.	- Vệ sinh cá nhân, gia đình - Rèn luyện thân thể. - Tiêm chủng...
Cấp II	Người ốm nhẹ	Không cho ốm nhẹ, bệnh nhẹ thành nặng.	Cá nhân và tập thể	Phát hiện sớm bệnh tật và điều trị đúng, kịp thời.
Cấp III	Người ốm nặng	Không để tử vong, tàn tật	Cá nhân	Điều trị tích cực, phục hồi chức năng cơ thể.

Theo định nghĩa trên của WHO, bệnh viện cần thiết phải ưu tiên nhiệm vụ KCB ngoại trú hơn so với nội trú, do số lượng KCB ngoại trú bao giờ cũng nhiều hơn so với nội trú gấp nhiều lần (với bệnh viện đa khoa tuyến huyện ở nước ta, ước tính chỉ có 8% đến 12% số người bệnh tới khám phải vào điều trị

nội trú). Nếu tăng cường, quan tâm và đầu tư vào công tác ngoại trú thì số người bệnh vào nội trú sẽ giảm đi nhiều, tức giảm được chi phí KCB, tăng được thời gian khỏe mạnh cho người dân. Cho thấy, quan điểm trên đây có tính nhân văn và tính xã hội rất cao. Đặc biệt hơn nữa, công tác ngoại trú của bệnh viện tỏa tới tận gia đình của người dân trong phạm vi bệnh viện chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe (CSSK), đòi hỏi người quản lý bệnh viện phải năng động, sáng tạo, chủ động cung cấp dịch vụ cho người dân. Người thầy thuốc, theo quan niệm mới này, không ngồi thụ động trong bốn bức tường của bệnh viện để chờ người bệnh tới, mà chủ động phá bỏ bốn bức tường trên, chủ động đưa dịch vụ CSSK (không chỉ có KCB) tới tận ngõ xóm, gia đình của người dân. Đó là tư duy quản lý bệnh viện kiểu mới, theo hướng chủ động, dự phòng là chính, hướng về người dân và tăng sự tiếp cận: Bệnh viện không có tường (Hospital with-out wall).

Ngoài nhiệm vụ CSSK như trên đã mô tả, theo WHO, bệnh viện ngày nay còn làm nhiệm vụ đào tạo và nghiên cứu khoa học. Chính nhờ có nhiệm vụ này mà đẩy nhanh sự phát triển của nhiệm vụ CSSK. Bệnh viện thực sự là trung tâm giảng dạy và nghiên cứu sinh vật xã hội. Nhiệm vụ này cũng phản ánh tính chất xã hội của bệnh viện và nêu lên sự khác biệt giữa bệnh viện với phòng khám bệnh (Clinic). Nếu bệnh viện không thực hiện nhiệm vụ giảng dạy và nghiên cứu thì thực chất chỉ là một phòng khám đơn thuần, không đủ tiêu chuẩn là một bệnh viện – theo định nghĩa của WHO.

Với công tác khám chữa bệnh, bệnh viện đóng một vai trò cực kỳ quan trọng. Bệnh viện có thầy thuốc giỏi, có trang thiết bị máy móc hiện đại nên có thể thực hiện được công tác khám bệnh, chẩn đoán và điều trị tốt nhất. Theo Niên giám thống kê y tế, năm 2018 toàn quốc đã có 1.393 bệnh viện cả công và tư với tổng số giường bệnh là 272.169, trong đó có 228 bệnh viện tư nhân và bán công, 47 bệnh viện tuyến TW, 437 bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố, 659 bệnh viện tuyến huyện/ quận chưa sáp nhập trung tâm y tế dự phòng và bệnh viện huyện. Cả nước có 13.621 cơ sở khám chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng với 329.318 giường bệnh. Tỷ lệ giường bệnh chung của Việt Nam là 32,74/10000 dân (năm 2004 là 23,03). Nhờ đội ngũ cán bộ và trang thiết bị tốt, bệnh viện còn là cơ sở nghiên cứu khoa học y học và đào tạo cán bộ y tế.

2.3. Tư duy mới về QLBV theo WHO

Theo WHO, như chúng ta đã nghiên cứu khái niệm bệnh viện trên đây, tư duy mới về quản lý bệnh viện nổi bật là:

- Nhìn nhận bệnh viện như một xã hội thu nhỏ, vì vậy quản lý bệnh viện chính là quản lý các mối quan hệ xã hội, gồm nhiều mối quan hệ xã hội khác nhau. Người quản lý bệnh viện cần các kiến thức và kỹ năng về xã hội.

- Ưu tiên phát triển công tác ngoại trú, đưa công tác này về càng gần dân càng tốt, phát triển và liên kết chặt chẽ với mạng lưới bác sĩ gia đình.

Tăng cường dự phòng, phát hiện sớm, điều trị sớm và kịp thời, đồng thời giảm giá thành cho người bệnh - *bệnh viện không có tường* (Hình 1.1). Bệnh viện phục vụ ba nhiệm vụ song song đó là: Khám chữa bệnh, dự phòng bệnh và chăm sóc toàn diện.



Hình 1.1. Mô hình hóa của tư duy quản lý bệnh viện cũ và mới.

- Bệnh viện thực hiện công tác đào tạo và nghiên cứu khoa học chuyên ngành. Mỗi nhân viên của bệnh viện không chỉ là người chăm sóc sức khỏe giỏi mà còn phải là người thầy giỏi và nghiên cứu viên giỏi.

Ở nước ta, Bộ Y tế đã giao cho bệnh viện thực hiện 7 nhiệm vụ³, phần nào đã cho thấy sự đổi mới về tư duy quản lý bệnh viện. Cả 7 nhiệm vụ này đều mang tính xã hội ở mức độ khác nhau, trong đó nhiệm vụ đào tạo, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến và phòng bệnh mang nhiều tính xã hội. Đặc biệt nhiệm vụ quản lý kinh tế và hợp tác quốc tế có lẽ hoàn toàn mang tính xã hội. Cũng qua 7 nhiệm vụ này, bệnh viện đã thực hiện công tác chăm sóc toàn diện cho người bệnh (một phạm vi hẹp của CSSK), phần nào thể hiện được vai trò trung tâm của đào tạo và nghiên cứu khoa học. Tuy nhiên, cũng còn có một số tư duy chưa được đổi mới triệt để, đặc biệt là việc bệnh viện thụ động chờ người bệnh đến để khám chữa bệnh, coi nặng công tác nội trú, chưa thực hiện được công tác ngoại trú tới tận gia đình, chưa thực sự là “bệnh viện không có tường”, chưa đầu tư nhiều cho công tác phòng bệnh và mạng lưới y học gia đình... Vì vậy, công cuộc đổi mới của chúng ta về tư duy quản lý bệnh viện nói riêng và quản lý ngành Y tế nói chung còn nhiều việc phải làm.

Tầm quan trọng của QL BV:

QLBV là nhân tố chính trong quy trình cải thiện chất lượng bệnh viện như chống quá tải, nâng cao chất lượng chuyên môn, quản trị tài chính hiệu quả,

³ Bộ Y tế (1997) Quy chế bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19 tháng 09 năm 1997.

quản lý trang thiết bị cơ sở hạ tầng, cải thiện trình độ nhân viên y tế, đầu tư thiết bị, phòng chống rủi ro bệnh nhân, rủi ro tài chính, quản lý an toàn người bệnh, hay chống nhiễm khuẩn bệnh viện...⁴. Hoạt động quản trị bệnh viện nếu được phân công cho các bác sĩ hay điều dưỡng đảm nhiệm sẽ tạo ra một tác phong làm việc thiếu tính chuyên nghiệp vì làm việc “tay ngang” như vậy không mang tính chuyên môn cao, đồng thời còn làm phân tâm các nhân viên y tế khi thực hiện nhiệm vụ của mình ⁵.

Có thể nói tóm tắt, QL BV có ý nghĩa toàn diện về:

- ✓ Phát triển bệnh viện
- ✓ Thực hiện được đường lối chính sách của Nhà nước và Ngành Y tế về công tác Y tế và phát triển KT-XH;
- ✓ Đáp ứng được nhu cầu KCB của nhân dân;
- ✓ Đáp ứng nhu cầu hội nhập khu vực và quốc tế.

3. Phân loại bệnh viện

Có nhiều cách phân loại bệnh viện khác nhau:

a. Theo tuyến kỹ thuật:

Bệnh viện tuyến TW: Là bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế quản lý, thường có đội ngũ thầy thuốc có tay nghề cao, có trang thiết bị hiện đại, đóng vai trò là tuyến cao nhất, đầu ngành. Đi sâu vào nghiên cứu khoa học đầu ngành và chỉ đạo chuyên môn sâu, kỹ thuật cao, mũi nhọn cho các tuyến dưới, hỗ trợ cho các tuyến dưới. Ví dụ, bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Phổi TW, Bệnh viện Chợ Rẫy...

Bệnh viện vùng: Cũng là bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế quản lý, thường có đội ngũ thầy thuốc có tay nghề cao, có trang thiết bị hiện đại, đóng vai trò là tuyến cao, đầu ngành trong khu vực. Ví dụ, Bệnh viện đa khoa TW Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí, Bệnh viện đa khoa TW Đồng Hới, Quảng Bình... Những bệnh viện này có xu hướng sẽ được chuyển về cho địa phương (tỉnh/thành phố) quản lý.

Bệnh viện tuyến tỉnh: Là bệnh viện trực thuộc Sở Y tế tỉnh/ thành phố quản lý, có chuyên môn sâu và kỹ thuật cao, đứng đầu tỉnh/ thành phố đó. Chịu trách nhiệm đỡ đầu cho các bệnh viện tuyến dưới trong tỉnh/thành phố.

Nhiều địa phương có tổ chức bệnh viện khu vực hay liên huyện: Bệnh viện này cũng trực thuộc sở y tế tỉnh/thành phố nhưng chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho vài huyện, là tuyến trên của các bệnh viện huyện hay trung tâm

⁴ Tập đoàn Y khoa Tâm trí () Quản lý bệnh viện, cập nhật 22-11-2020 tại: <http://www.tmmchealthcare.com/vn/quan-ly-benh-vien.html#:~:text=C%C5%A9ng%20v%E1%BA%ADy%2C%20qu%E1%BA%A3n%20l%C3%BD%20b%E1%BB%87nh,s%E1%BB%9F%20y%20t%E1%BA%BF%20%C4%91%C3%B3%20ng%C3%A0y>

⁵ Vũ Bích Phượng (9/2020) Ngành quản trị bệnh viện ra làm gì? Tìm câu trả lời hay nhất. Cập nhật ngày 22-11-2020 tại: <https://timviec365.vn/blog/nganh-quan-ly-benh-vien-new9353.html>

y tế trong phạm vi được phân công. Ví dụ, Bệnh viện đa khoa khu vực Thủ Đức (TP Hồ Chí Minh).

Bệnh viện tuyến huyện/ quận: Cũng trực thuộc Sở Y tế tỉnh/thành phố quản lý trực tiếp nhưng chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho phạm vi một huyện/ quận nào đó. Hiện nay chỉ còn số ít bệnh viện tuyến huyện/ quận hạng II. Hầu hết các bệnh viện huyện trước đây đã sáp nhập vào trung tâm y tế dự phòng huyện/ quận để trở thành trung tâm y tế quận/ huyện theo Thông tư Số: 37/2016/TT-BYT, ngày 25-10-2016 của Bộ Y tế.

Ngoài ra còn các bệnh viện ngành: Là bệnh viện thuộc ngành quản lý toàn diện, ví dụ, các bệnh viện thuộc Bộ Quốc phòng, các bệnh viện thuộc Bộ Công an, Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp thuộc Bộ Nông nghiệp và phát triển nông thôn...

b. Theo hạng (Đặc biệt, I, II, III, IV): Theo thông tư Số 03/2004/TT-BYT ngày 3-3-2004 và Thông tư Số: 23/2005/TT-BYT ngày 25-8-2005 của Bộ Y tế về Hướng dẫn xếp hạng bệnh viện và xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế, đã chia bệnh viện thành 5 hạng. Thông tư này quy định các nhóm tiêu chuẩn phân hạng bệnh viện: gồm 5 nhóm như sau:

- Nhóm tiêu chuẩn I: Vị trí, chức năng và nhiệm vụ: 10 điểm;
- Nhóm tiêu chuẩn II: Quy mô và nội dung hoạt động: 20 điểm;
- Nhóm tiêu chuẩn III: Trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ cấu lao động: 35 điểm
- Nhóm tiêu chuẩn IV: Cơ sở hạ tầng: 15 điểm;
- Nhóm tiêu chuẩn V: Thiết bị y tế, kỹ thuật chẩn đoán và điều trị: 20 điểm.

Điểm đạt và xếp hạng bệnh viện:

- Bệnh viện Hạng I: phải đạt từ 90 điểm trở lên và đảm bảo các điều kiện bắt buộc như quy định tại Mục 4 phần B đối với BV Hạng I.
 - Bệnh viện Hạng II: phải đạt từ 70 đến dưới 90 điểm và đảm bảo các điều kiện bắt buộc như quy định tại Mục 4 Phần B đối với BV Hạng II.
 - Bệnh viện Hạng III: phải đạt từ 40 đến dưới 70 điểm và đảm bảo các điều kiện bắt buộc như quy định tại Mục 4 Phần B đối với BV Hạng III.
 - Bệnh viện hạng đặc biệt phải đủ 100 điểm và thêm một số tiêu chí khác nữa.
- Dưới 40 điểm: Chưa được công nhận là bệnh viện.

c. Theo chuyên ngành sau: Bệnh viện đa khoa, Bệnh viện chuyên khoa như: Mắt, Tai mũi họng, Y học cổ truyền...

d. Theo sở hữu: Bệnh viện công lập, bệnh viện ngoài công lập, bệnh viện bán công.

4. Khái niệm quản lý

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

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

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

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

d) Quản lý là biết kết hợp những nỗ lực, sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả, động viên con người, tạo ra bộ máy lãnh đạo, chỉ đạo và kiểm tra một tổ chức hoặc một hệ thống nhằm đạt tới một loạt các mục tiêu: Nguồn lực chính để thực hiện các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe hay giải quyết mọi công việc khác là nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và kể cả thời gian. Tuy nhiên nguồn lực không phải là vô tận, nên việc sử dụng các nguồn lực đòi hỏi phải như thế nào để có hiệu quả nhất, nghĩa là với chi phí về nguồn lực nhỏ nhất mà vẫn đạt được mục tiêu đề ra.

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

g. Quản lý là sử dụng có hiệu quả các nguồn lực

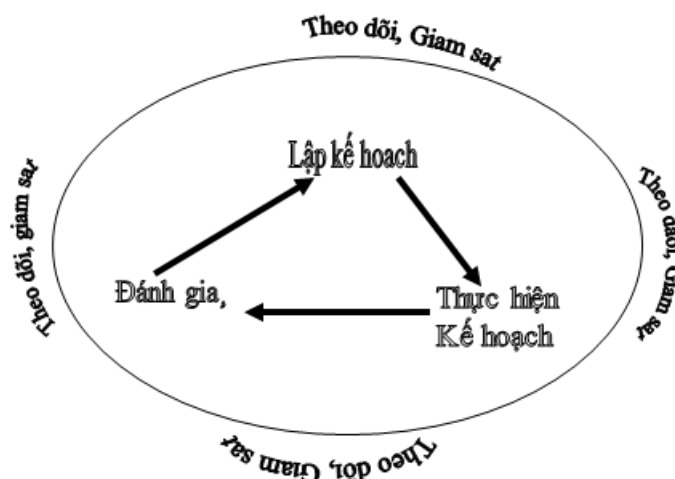
h) Quản lý là làm cho mọi việc cần làm trở thành hiện thực;

i) Quản lý là biết chia sẻ trách nhiệm, bồi dưỡng đồng nghiệp và biết ủy quyền...

5. Chu trình các bước quản lý, chức năng của quản lý:

a) Chu trình ba bước: Lập kế hoạch - Thực hiện kế hoạch - Đánh giá (Hình 1.2).

Chu trình quản lý



Hình 1.2. Chu trình các bước quản lý

b) Chức năng: Lập kế hoạch - Thực hiện kế hoạch - đánh giá, theo dõi, giám sát, thanh tra, kiểm tra, điều hành, tổ chức...

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

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

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

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

- Kiểm tra và giám sát: Kiểm tra tập trung vào việc theo dõi, điều chỉnh và nâng cao năng lực thực hiện. Kiểm tra có nghĩa là thiết lập các tiêu chuẩn để đo lường kết quả, các kỹ thuật, hệ thống theo dõi và can thiệp. Ví dụ: Kiểm tra việc

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

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

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

- + Đối chiếu kết quả với mục tiêu/ chỉ tiêu (cũng có thể so sánh kết quả trước và sau thực hiện kế hoạch...)

- + Xem xét các vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hiện

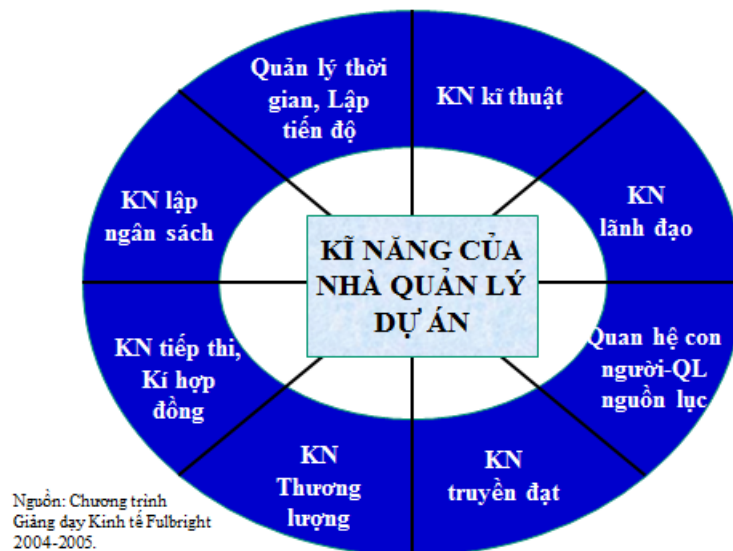
- + Rút ra bài học

- + Ra quyết định điều chỉnh

- + Chuẩn bị cho việc lập kế hoạch mới

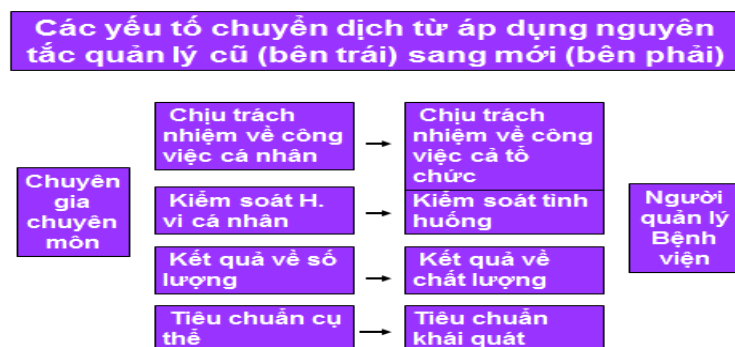
d) Tính “Nghề nghiệp” của quản lý: Hiện nay, nước ta chưa coi quản lý là một nghề nên việc phát triển và đầu tư cho quản lý nói chung còn yếu, ảnh hưởng lớn tới hiệu quả công việc và sự phát triển của xã hội nói chung. Theo Wikipedia, nghề là một lĩnh vực hoạt động lao động mà trong đó, nhờ được đào tạo, con người có được những tri thức, những kỹ năng để làm ra các loại sản phẩm vật chất hay tinh thần nào đó, đáp ứng được những nhu cầu của xã hội. Quản lý ở nước ta chưa được đào tạo cơ bản, may ra thì chỉ được học qua lớp bổ túc ngắn hạn hay trao đổi tọa đàm. Thiết nghĩ, chúng ta phải thay đổi tư duy cũ này, cần coi quản lý là một nghề, một lĩnh vực khoa học, cần phải được đào tạo, nghiên cứu, cấp chứng chỉ tay nghề và đầu tư đúng mức.

e) Kỹ năng cần thiết của người quản lý bệnh viện: Nhiều kỹ năng, chủ yếu kỹ năng về xã hội (Lập kế hoạch, lãnh đạo, phát triển con người, cạnh tranh, dự báo...) (Hình 1.3).



Hình 1.3. Các kỹ năng cần thiết cho cán bộ quản lý.

Hình 1.3 cho thấy, với người quản lý bệnh viện không nhiều kiến thức và kỹ năng lâm sàng. Như phần trước chúng ta đã thấy, bệnh viện là xã hội thu nhỏ, bệnh viện CSSK cả về yếu tố xã hội, vậy người quản lý bệnh viện cần có kiến thức rộng về các vấn đề xã hội và tự nhiên liên quan. Hiện nay, chúng ta vẫn còn tư duy giống thời bao cấp là người lãnh đạo, quản lý bệnh viện nhất thiết phải là người có chuyên môn giỏi để cho dễ “gõ đầu”, chỉ đạo các cán bộ nhân viên dưới quyền. Điều đó đã làm ảnh hưởng không tốt tới công tác quản lý bệnh viện. Khi đã coi quản lý là một nghề thì phải có tiêu chí cụ thể cho từng vị trí quản lý và được xác nhận qua các chứng chỉ đào tạo. Sau đây là so sánh, cho thấy sự khác nhau giữa một bên là cử người giỏi chuyên môn làm quản lý/lãnh đạo (bên trái) và một bên là cử người được đào tạo có bằng cấp về quản lý (bên phải)(Hình 1. 4).



Hình 1.4. Minh họa sự chuyển dịch nguyên tắc quản lý cũ sang mới.

Với suy nghĩ của người giỏi chuyên môn làm lãnh đạo (bên trái hình 1.4) thì chịu trách nhiệm chính với công việc là cá nhân. Nếu có lỗi xảy ra, cá nhân chịu trách nhiệm với lỗi đó là chính vì vậy trừng phạt cá nhân đó thường nặng, trong khi đó người quản lý liên quan bị quy trách nhiệm không nhiều. Văn hóa này gọi là văn hóa “buộc tội cá nhân”. Ngược lại, với văn hóa quản lý đổi mới (bên phải hình 1.4), trách nhiệm chính đối với công việc được quy cho công

tác tổ chức/ quản lý. Nếu lỗi xảy ra, quy trách nhiệm cho cá nhân một phần nhỏ nhưng quy trách nhiệm với lỗi này cho công tác tổ chức và quản lý là chủ yếu, nên tìm cách sửa đổi, cải tiến công tác này là giải pháp chính thay vì “buộc tội cá nhân” để kỉ luật cá nhân nặng nề như trên đây.

Tương tự như vậy, bên trái hình 1.4 quản lý bằng kiểm soát hành vi cá nhân, ngược lại, bên phải hình lại quản lý bằng kiểm soát tình huống. Cách kiểm soát tình huống như vậy rõ ràng mang tính bao quát, vĩ mô, toàn diện thể hiện tư duy tổng thể, hệ thống của quản lý.

Bên trái hình 1.4 quản lý bằng các tiêu chuẩn/tiêu chí cụ thể có nhiều nhược điểm. Tiêu chuẩn/tiêu chí X chẳng hạn có thể phù hợp với bệnh viện A nhưng không phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện B. Hoặc bệnh viện C có áp dụng sáng kiến gì đó còn hay hơn cả việc áp dụng đúng tiêu chuẩn/tiêu chí X thì vẫn bị coi như không thực hiện được tiêu chuẩn/tiêu chí này. Ngược lại, bên phải hình 1.4 quản lý thông qua tiêu chuẩn khái quát sẽ tránh được các nhược điểm lớn nêu trên. Ví dụ, tại tiêu chí “2.4. Người bệnh được hưởng các tiện nghi bảo đảm sức khỏe, nâng cao thể trạng tâm lý” (83 tiêu chí quản lý bệnh viện⁶) có mức chất lượng 5 quy định: “ 14. Có điều hòa trong toàn bộ các buồng bệnh (điều hòa hai chiều nóng và lạnh đối với các tỉnh từ Huế trở ra và các tỉnh Tây Nguyên”. Trên thực tế, tại TP. Đà Lạt, nhiệt độ dịu mát quanh năm, không cần điều hòa không khí, hơn nữa nhiều người bệnh và thân nhân của họ không thích phòng có điều hòa nhiệt độ, rõ ràng tiêu chí trên không phù hợp với điều kiện thực tế tại TP. Đà Lạt. Nếu xét về quan điểm “*lấy người bệnh là trung tâm*” thì có sự hạn chế nhất định vì chưa xuất phát từ nhu cầu thực tế của người bệnh ở từng thời điểm. Giả dụ, thay tiêu chí rất “cụ thể” trên đây bằng tiêu chí khái quát (ví dụ: Bệnh viện phải đảm bảo cho nhiệt độ của bệnh phòng phù hợp với người bệnh.) thì phù hợp với mọi bệnh viện và người bệnh ở những điều kiện tự nhiên và xã hội khác nhau.

Với tư duy quản lý ở bên trái hình 1.4 cho thấy kết quả thiên về số lượng, ngược lại, với tư duy đổi mới ở bên phải của hình này, cho kết quả thiên về chất lượng.

6. Thực trạng quản lý bệnh viện ở Việt Nam

a) Thực trạng quản lý bệnh viện ở Việt Nam: Các bệnh viện đang thực hiện đổi mới đề tự chủ, sắp xếp đổi mới bộ máy. Bên cạnh việc đổi mới quản lý tài chính, quản trị nhân lực, cơ sở vật chất, các lãnh đạo bệnh viện phải tìm hiểu và nắm chắc các văn bản pháp luật của Nhà nước và Bộ Y tế để vận dụng hiệu quả. Không ít đơn vị gặp khó khăn trong đấu thầu, mua sắm trang thiết bị; Đó chính là những thách thức và lỗ hổng trong quản lý mà đội ngũ lãnh đạo và đội ngũ kế cận phải khắc phục... Hiện nay, năm 2021 chúng ta đã thông tuyến tỉnh

⁶ Quyết định về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam của Bộ Y tế, số 6858/BYT-QĐ ngày 18-11-2016.

cho KCB bảo hiểm y tế (BHYT). Các bệnh viện phải thực hiện tốt Nghị quyết 20/NQ-TW; quyết liệt trong thực hiện 83 tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện để đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế, hạn chế sai sót chuyên môn và đảm bảo an toàn người bệnh; thực hiện chất lượng bệnh viện gắn với giá dịch vụ y tế; thanh toán BHYT theo qui định. Bên cạnh đó, tiếp nối thực hiện Đề án Bệnh viện vệ tinh, các bệnh viện thực hiện Đề án khám, chữa bệnh từ xa trong thời đại hiện đại hóa ngành Y tế; thực hiện hồ sơ sức khỏe toàn dân.... Đồng thời ngoài phát triển chuyên môn, Bệnh viện cần quan tâm đến những vấn đề nội bộ, đoàn kết bệnh viện để phát triển bệnh viện, đáp ứng những đòi hỏi ngày càng cao của nhân dân⁷. Nhiều vấn đề nảy sinh do công tác quản lý hạn chế như: Quá tải bệnh viện, tai biến, rủi ro y khoa, quy hoạch chưa đảm bảo, rác thải, người bệnh kêu ca; đa số cán bộ quản lý chưa được đào tạo về quản lý bệnh viện ...

Nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Kim Tiến đã phát biểu: “*Hiện nay, gần như toàn bộ giám đốc bệnh viện đều từ chuyên môn giỏi qua tín nhiệm, lấy phiếu, cùng lắm mới chỉ học được thêm một số chứng chỉ về quản lý bệnh viện. Khi các bệnh viện tự chủ, sẽ có hội đồng quản trị, có chủ tịch hội đồng và các thành viên, từ đó sẽ chọn ra một giám đốc*”⁸.

7. Nguyên lý quản lý bệnh viện:

a) Sự hài lòng của khách hàng/ người bệnh: Trong quản lý chất lượng có khái niệm: *Chất lượng là sự hài lòng của khách hàng*. Chính sách của Chính phủ: Người bệnh là trung tâm. Từ đây ta thấy rõ ràng, quản lý bệnh viện tức là tập trung mang lại lợi ích cho người bệnh là trên hết. Mọi suy nghĩ, định hướng, chính sách, việc làm, hoạt động đều phải hướng tới lợi ích của người bệnh. Cũng theo quản lý chất lượng, khách hàng không chỉ là người bệnh mà còn gồm các nhóm lợi ích bên trong bệnh viện và các nhóm lợi ích bên ngoài bệnh viện⁹. Quản lý bệnh viện phải chú trọng và làm hài lòng tất cả các nhóm khách hàng này (các nhóm bên trong bệnh viện: Lãnh đạo, quản lý, bác sĩ, điều dưỡng, phục vụ, kỹ thuật viên... Các nhóm bên ngoài: Người bệnh, thân nhân người bệnh, BHYT, cấp trên...).

b) Sự tham gia của cộng đồng, xã hội hóa (XHH): Sự tham gia tích cực của tất cả các thành viên trong tổ chức (hay bệnh viện), chỉ có như vậy thì mới có thể đạt được chất lượng, đáp ứng với nhu cầu của khách hàng. Quả chúng là

⁷ Bộ Y tế-Cổng thông tin điện tử (2020) Đào tạo quản lý bệnh viện trong tình hình mới, cập nhật 25-11-2020 tại: https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/-ao-tao-quan-ly-benh-vien-trong-tinh-hinh-moi

⁸ Thúy Hạnh (2017) Bộ trưởng Kim Tiến trải lòng về những đột phá năm mới, 06/01/2017 01:00 GMT+7, Báo điện tử, Vietnamnet, cập nhật lúc 11h55 ngày 06-1-2017. <http://vietnamnet.vn/vn/thoi-su/chinh-tri/bo-truong-kim-tien-trai-long-ve-nhung-dot-pha-nam-toi-349775.html>

⁹ Vũ Khắc Lương, Trần Viết Tiệp, Tăng Chí Thượng (2015) Quản lý chất lượng trong cơ sở y tế và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà xuất bản Y học.

trường đại học tổng hợp. Quần chúng khi được huy động và đồng lòng nhất trí thì sẽ có sức mạnh rất lớn về trí tuệ, về cơ sở vật chất và công sức... “*Đễ trăm lần không dân cũng chịu, khó vạn lần dân liệu cũng xong*” (Hồ Chí Minh).

c) Quản lý dựa trên bằng chứng: Mọi quyết định của quản lý đều phải dựa trên bằng chứng thực tế, có vậy các quyết định này mới phù hợp với thực tế, đáp ứng nhu cầu thực tế của mọi nhóm khách hàng. Vì vậy, cơ sở dữ liệu bệnh viện (Big database) là vô cùng quan trọng, đòi hỏi phải tuân theo các tiêu chí của một thông tin tốt (xem bài Quản lý thông tin bệnh viện).

d) Cải tiến liên tục: Người quản lý luôn luôn tìm cách cải tiến các hoạt động, đề phòng các sai sót. Đó là động lực rất quan trọng thúc đẩy cho sự phát triển nói chung, vì nhu cầu của người bệnh nói riêng, của khách hàng nói chung luôn thay đổi, mỗi ngày một cao. Cải tiến liên tục đảm bảo cho sự sống còn của dịch vụ bệnh viện. Chúng ta hãy ngẫm nghĩ câu tiếng Anh sau đây: “*Quality is really a never-ending journey, not a destination*”- *Chất lượng là một cuộc hành trình không có điểm đến, không có bến dừng*¹⁰. Muốn cải tiến liên tục, đòi hỏi mỗi thành viên của tổ chức/bệnh viện phải có trình độ khoa học kỹ thuật, nói cách khác cần có trí thức (kinh tế trí thức). Vai trò của khoa học kỹ thuật/ kinh tế trí thức rất quan trọng để đạt tới chất lượng của sản phẩm hay dịch vụ. Vì vậy trong tổ chức, nhất thiết phải khuyến khích mọi thành viên, mọi bộ phận tích cực nghiên cứu khoa học, trao đổi và học tập, phát minh sáng kiến, áp dụng kỹ thuật mới... Muốn vậy thì cần thiết phải làm theo lời dạy “Học, học nữa và học mãi”; “Không có trí thức thì không có chủ nghĩa cộng sản” (V.I. Lê -nin).

e) Bệnh viện an toàn, an toàn người bệnh: Đây là tiêu chí cực kì quan trọng trong quản lý chất lượng của thế giới cũng như ở nước ta. Từ thời Hippocrate đã có câu cửa miệng “*First do no harm*” – trước hết là không gây lỗi và bây giờ được phát triển thành nguyên tắc an toàn bệnh viện hay nguyên lý quản lý. Cả chục năm, bệnh viện làm tốt nhưng chỉ một phút lơ là gây mất an toàn (như tai biến người bệnh nặng, cháy trong bệnh viện...) đều có thể hủy hoại toàn bộ thành tích của bệnh viện, làm bệnh viện mất uy tín. Hiện nay, Bộ Y tế mới ban hành Bộ tiêu chí bệnh viện an toàn phòng chống COVID-19 theo Quyết định số 3088/QĐ-BYT ngày 16/7/2020 .

f) Theo chính sách của Chính phủ: Hiện nay Chính phủ đã định hướng cho toàn bộ nền kinh tế quốc dân và các ngành dịch vụ sức khỏe đi theo hướng: Tự chủ, xã hội hóa, công bằng; hiệu quả; phát triển; chất lượng và hội nhập... Quản lý bệnh viện sao cho đảm bảo thực hiện đúng các chủ trương và chính sách này, cho nên đây cũng là nguyên lý bất di, bất dịch.

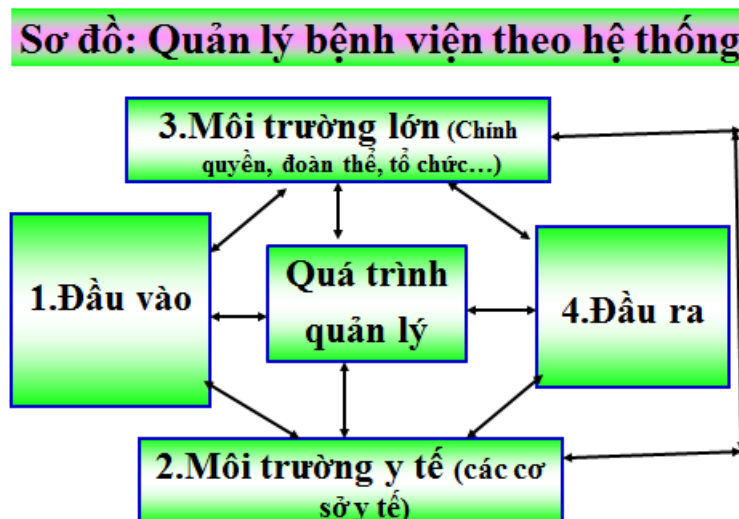
¹⁰ Center for Diseases Control and Prevention (1996) The Quality Advantage, USA.

g) Định hướng của thế giới về công tác bệnh viện: Bệnh viện không có tường; định hướng ngoại trú, tỏa xuống tận gia đình; chăm sóc ban ngày (Day care), bệnh viện ban ngày (Day hospital); khám chữa bệnh ban đầu tuyến y tế cơ sở, thực hiện mạnh phòng bệnh; làm nghiên cứu về y học - sức khỏe... Đây là những định hướng hiện đại, cập nhật cho sự phát triển của bệnh viện cho mọi quốc gia. Quản lý bệnh viện sao cho cập nhật những định hướng này và đưa bệnh viện của mình hội nhập với khu vực và thế giới.

h) Tính khoa học và nghệ thuật: Quản lý bệnh viện đòi hỏi phải ứng dụng phối hợp nhiều lĩnh vực khoa học: Y học, tâm lý học, quản lý, kinh tế học, xã hội học... nhưng mang tính nghệ thuật độc đáo, tức ứng dụng một cách linh hoạt, khéo léo, không dập khuôn cứng nhắc, tùy từng trường hợp cụ thể. Do vậy, đòi hỏi người lãnh đạo, quản lý bệnh viện phải có tính năng động cao và giàu kinh nghiệm quản lý.

8. Mô hình hay phương pháp quản lý bệnh viện:

a) Phương pháp theo quan điểm hệ thống: Tức xem bệnh viện cấu tạo nên từ những khối nhỏ (khoa, phòng, đơn nguyên hay cá nhân), đồng thời bệnh viện cũng là một khối nhỏ trong nhiều khối/ tổ chức của xã hội con người. Bệnh viện có mối quan hệ qua lại mật thiết (tác động qua lại) giữa các khối nhỏ trong bệnh viện và các khối/ tổ chức khác trong xã hội. Vì vậy, thực hành quản lý bệnh viện cần phải xem xét kỹ mối quan hệ qua lại này và luôn đặt công tác quản lý bệnh viện trong bối cảnh thực tại của xã hội. Quản lý bệnh viện thực chất là giải quyết các mối quan hệ xã hội giữa các khối nhỏ và giữa các cá nhân trong bệnh viện với nhau, đồng thời giải quyết các mối quan hệ xã hội giữa bệnh viện với các tổ chức khác bên ngoài xã hội: Chính quyền, đoàn thể, tổ chức...(xem hình 1.5).



Hình 1.5. Quản lý bệnh viện theo quan điểm hệ thống

b) Phương pháp ISO: Là phương pháp đặt ra bộ tiêu chuẩn hay tiêu chí để quản lý và đo kết quả thực hiện. Ví dụ, Bộ 83 tiêu chí theo Quyết định 6858/

BYT-QĐ ngày 18-11-2016 để quản lý chất lượng bệnh viện và đo các mức chất lượng này.

c) Phương pháp TQM: Khác với phương pháp ISO, phương pháp TQM lại dùng sự hài lòng của khách hàng (KH) (ở bệnh viện KH quan trọng nhất là người bệnh) để quản lý và đo kết quả thực hiện. TQM là một phương pháp, mà ở đó mọi nhân viên được cuốn hút tham gia vào quá trình cải tiến liên tục trong sản xuất ra sản phẩm hay dịch vụ. Đó là sự kết hợp giữa chất lượng và công cụ quản lý nhằm:

- Tăng cường thành quả và
- Giảm thiểu sai sót hay lãng phí.

TQM là một triết lý quản lý, nó hướng tới sự lồng ghép tất cả các chức năng của tổ chức (Quảng cáo, điều phối tài chính, thiết kế, sản xuất, dịch vụ khách hàng...) để đáp ứng nhu cầu của KH và thực hiện được mục tiêu của tổ chức.

d) Tin học hóa quản lý bệnh viện: Bệnh viện áp dụng các phần mềm quản lý để quản lý các mặt công tác của bệnh viện. Ví dụ, phần mềm quản lý tổng thể bệnh viện HTS. Hospital: Ngày 10/01/2010 nhận Cúp vàng “sản phẩm dịch vụ xuất sắc năm 2009” do hiệp hội doanh nghiệp vừa và nhỏ bình chọn trao giải thưởng. Hiện nay đã có nhiều bệnh viện triển khai áp dụng bệnh án điện tử, nhưng có lẽ Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp là đơn vị tiên phong vì đã hoàn thiện tổng thể việc áp dụng, cho kết quả tốt.

e) Xã hội hóa (XHH) và hợp tác hóa, hội nhập: Bệnh viện là một cấu trúc mở (Hospital without wall). XHH là sự phối hợp hành động một cách có kế hoạch của nhiều lực lượng xã hội theo một định hướng, một chiến lược quốc gia để giải quyết một vấn đề xã hội (ở đây là bệnh viện). Hiện nay, chúng ta có nhiều văn bản của Nhà nước và ngành Y tế cho phép XHH và hội nhập: Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30 tháng 5 năm 2008 và Nghị định Số: 59/2014/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung NĐ 69/2008/NĐ-CP... Qua các tổng kết cho thấy, nhờ XHH, hợp tác hóa và hội nhập, chúng ta đã có nhiều bệnh viện dạng liên doanh, liên kết, nhiều máy móc trang thiết bị y tế được mua sắm, thuê mượn ... giúp ích lớn cho công tác khám chữa bệnh nói chung.

f) Phân quyền và tự chủ: Hiện nay chúng ta đang áp dụng Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25 tháng 4 năm 2006 của Chính phủ Quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập (áp dụng trong bệnh viện); Nghị định số 16/2015/NĐ-CP, ngày 14-2-2015 về cơ chế tự chủ của các đơn vị công lập. Nhiều bệnh viện cũng giao quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm cho các đơn vị trong bệnh viện theo các mức độ khác nhau. Mô hình quản lý này cho thấy có sự năng động rất lớn, phát huy được tiềm năng trí tuệ, thu hút được nhiều nguồn lực, tự chủ về nhân lực thường là tinh giảm biên chế theo hướng gọn nhẹ, hiệu

quả, tăng các loại hợp đồng lao động. Tự chủ về tài chính đã tăng nguồn thu và tăng thu, tăng cường sự minh bạch, giảm lãng phí, giảm tiêu cực. Về cơ sở vật chất – trang thiết bị y tế được tăng cường mạnh số lượng, hiện đại hóa...

BÀI 2 TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

Sau khi kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm, sự thay đổi quan niệm về chất lượng, nguyên tắc, và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng.
2. Trình bày được một số phương pháp/ mô hình tiếp cận quản lý chất lượng phổ biến.

NỘI DUNG

I. CHẤT LƯỢNG VÀ SỰ THAY ĐỔI QUAN NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG

1.1. Một số khái niệm chất lượng và khái niệm liên quan đến chất lượng

Chất lượng là một khái niệm đã xuất hiện khá lâu, ngày xưa con người còn phải lo có cái ăn cái mặc thì mơ ước đơn giản về chất lượng cuộc sống chỉ là “ăn no, mặc ấm”, hoặc “ăn chắc, mặc bền”. Ngày nay, nhờ nhiều bước tiến lớn của khoa học và công nghệ, kinh tế đã phát triển nên con người chuyển từ mơ ước đơn giản đó lên cao hơn là “ăn ngon, mặc đẹp”, “ăn ngon mặc mát (mode)”. Nói chung là nhu cầu con người ngày càng cao và càng khắt khe hơn về chất lượng hơn là số lượng. Chất lượng là một khái niệm vừa trừu tượng vừa cụ thể. Người quản lý bệnh viện/doanh nghiệp, chuyên gia, người công nhân, người buôn bán đều hiểu chất lượng dưới góc độ của họ, do đó rất khó định nghĩa đúng và đầy đủ về chất lượng. Thậm chí nếu càng cố gắng định nghĩa nó, thì ta lại nhận được một định nghĩa không chính xác nên chỉ dùng khái niệm để mô tả chất lượng. Sau đây là một số khái niệm:

- Theo tổ chức ISO 8402: Chất lượng là tập hợp các đặc tính của một thực thể (đối tượng) tạo cho thực thể (đối tượng) đó có khả năng thỏa mãn nhu cầu đã nêu ra hoặc nhu cầu tiềm ẩn¹¹.
- Theo Từ điển tiếng Việt phổ thông: *Chất lượng là tổng thể những tính chất, thuộc tính cơ bản của sự vật (sự việc) làm cho sự vật (sự việc) này phân biệt với sự vật (sự việc) khác.*
- Theo chuyên gia K Ishikawa: *Chất lượng là khả năng thỏa mãn nhu cầu của thị trường với chi phí thấp nhất.*
- Theo nhà sản xuất: *Chất lượng là sản phẩm/dịch vụ phải đáp ứng những tiêu chuẩn kỹ thuật đề ra.*
- Theo người bán hàng: *Chất lượng là hàng bán hết, có khách hàng thường xuyên.*
- Theo người tiêu dùng: *Chất lượng là sự phù hợp với mong muốn của họ.*

¹¹ <http://www.isovietnam.vn/iso-9000/309-dinh-nghia-chat-luong.html>

- Chất lượng là “*Làm việc đúng, đúng cách*”¹²

Đây là một trong những định nghĩa được xem là đơn giản nhất. Có hai yếu tố để tạo nên định nghĩa này đó là:

“Làm việc đúng” nghĩa là biết xác định đúng công việc cần làm.

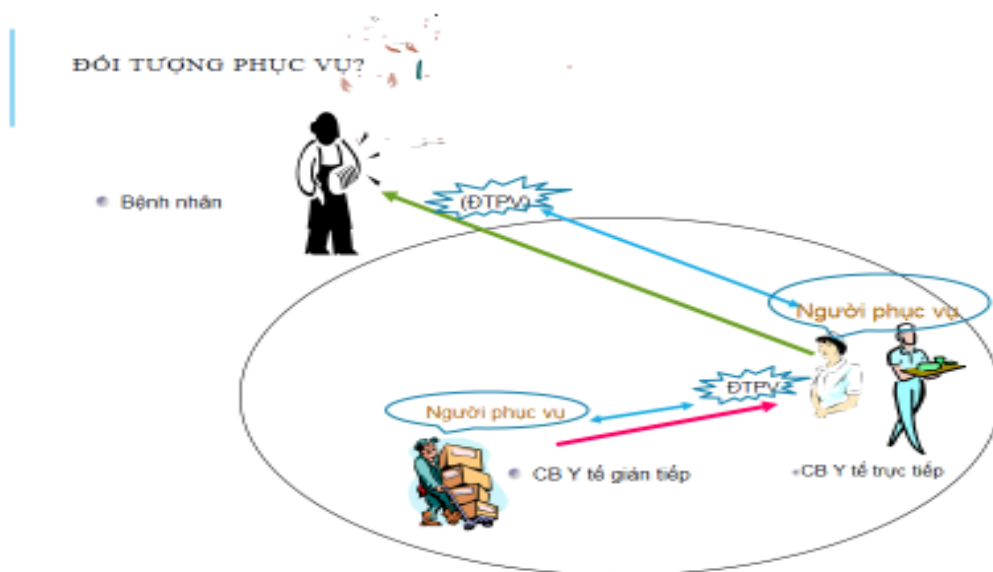
“Làm đúng cách” tức là thực hiện công việc đúng phương pháp, đúng quy trình, phù hợp.

Để làm việc đúng, phải xác định nhu cầu của đối tượng phục vụ, rồi biến những nhu cầu đó thành nhu cầu cụ thể đối với sản phẩm hay dịch vụ của tổ chức mình, sau đó tổ chức thực hiện đúng quy trình làm việc theo phương pháp nào đó để đáp ứng tốt nhất nhu cầu của đối tượng phục vụ.

Để tiếp cận được với quan niệm mới về chất lượng, chúng ta cần phải nhìn nhận rộng hơn về vai trò của chất lượng để việc đạt được mục tiêu của tổ chức và cá nhân. Đồng thời, chúng ta còn phải hiểu rằng chất lượng nằm trong công việc của mỗi thành viên, và mỗi thành viên trong tổ chức đều có trách nhiệm về chất lượng của tổ chức mình. Muốn nâng cao chất lượng làm việc trong một tổ chức ta phải tiến hành một ***Quy trình tăng cường chất lượng liên tục*** (Continuos Quality Improvement - CQI) của tổ chức đó và phải có phần thưởng xứng đáng cho các thành viên có đóng góp trong xây dựng quy trình làm việc, có những cải tiến, phát minh giúp cho quy trình cải tiến chất lượng không ngừng được nâng cao. Có như vậy mới khuyến khích động viên mọi thành viên nhiệt tình tham gia các công việc nhằm phát triển và nâng cao uy tín của tổ chức.

Có rất nhiều khái niệm về chất lượng, tuy nhiên qua thực tế thì khái niệm sau đây dễ được hiểu và đầy đủ hàm ý hơn: ***Chất lượng là sự thoả mãn nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ***. Để làm rõ khái niệm này, chúng ta làm rõ thêm hai nội hàm sau:

¹² <https://therulesofwealth.wordpress.com/2008/08/18/do-things-right-or-do-the-right-things/>



25

Hình 2.1. Mô phỏng các đối tượng phục vụ

Nguồn: Phan Văn Tường (2016), *Quản lý chất lượng toàn diện*, NXBYH, trg 86

Đối tượng phục vụ

Khi trả lời câu hỏi về đối tượng phục vụ của ngành y tế là ai? Kết quả chúng tôi thường thu được ở đa số cán bộ y tế câu trả lời là *người bệnh (External client)*. Tuy nhiên, chúng ta cần làm rõ thêm, ngoài người bệnh còn có những người dân có nhu cầu tư vấn, nhu cầu phòng bệnh và giáo dục tăng cường sức khỏe. Ngoài ra, người nhà người bệnh tỉnh táo bình thường cũng cần xem xét đến trong trường hợp người bệnh là trẻ em, người bệnh ở trong tình trạng hôn mê, tâm thần... thì người nhà của người bệnh đóng vai trò quyết định. Như vậy đối tượng bên ngoài gồm người bệnh, người nhà người bệnh, người dân có nhu cầu tư vấn.

Một đối tượng hay bị bỏ quên mà họ đóng vai trò không kém phần quan trọng, họ là người có quyết định rất lớn đến chất lượng dịch vụ; đó là *đối tượng bên trong (Internal client)* đó chính là *các cán bộ y tế, các đồng nghiệp của chúng ta trong tổ chức, trong bệnh viện, trong hệ thống y tế*. Chính họ là người cung cấp dịch vụ. Khi đối tượng này làm việc trong điều kiện thiếu cơ sở vật chất, kinh phí... môi trường làm việc không đảm bảo thì họ khó có thể làm việc một cách chất lượng.

Do đó có hai loại đối tượng phục vụ là *đối tượng phục vụ bên trong (Internal client)* là cán bộ y tế và *đối tượng phục vụ bên ngoài (External client)* là người bệnh, người nhà người bệnh, người dân có nhu cầu tư vấn. (Hình 2.1). Trong hình 2.1 cho thấy: Người nhân viên mua thuốc và trang thiết bị y tế (NPV); cho đối tượng (ĐTPV) bên trong đó là y tá, bác sĩ; đến lượt y tá, bác sĩ

trở thành người phục vụ (NPV) cho đối tượng người bệnh, đối tượng phục vụ ngoài bệnh viện còn gọi là đối tượng phục vụ bên ngoài (ĐTPV).

Nhu cầu hợp lý

Nhu cầu tức là những đòi hỏi hay mong muốn mà đối tượng phục vụ đưa ra cho những người cung cấp dịch vụ thực hiện.

Nhu cầu hợp lý tức là yêu cầu của đối tượng phục vụ về chất lượng công việc/dịch vụ đưa ra trên cơ sở khả năng có thể đáp ứng của người cung cấp dịch vụ. Chất lượng không phải là những nhu cầu phi lý của một thiểu số đối tượng đặt ra yêu cầu người cung cấp dịch vụ phải đáp ứng mà chất lượng phải có tính chất hợp lý có nghĩa là người cung cấp dịch vụ có khả năng đáp ứng được và đòi hỏi của người bệnh phải mang tính chất đại diện cho đám đông quần chúng người bệnh và dân chúng.

Chất lượng sản phẩm/dịch vụ phải thể hiện các khía cạnh sau:

- a) Thể hiện tính năng kỹ thuật hay tính hữu dụng của nó;
- b) Thể hiện song hành với chi phí;
- c) Gắn liền với điều kiện tiêu dùng cụ thể.

Khái niệm chất lượng chăm sóc sức khỏe

Donabedian cũng đưa ra một định nghĩa cụ thể hơn về chất lượng chăm sóc, nói rằng đó là *“dịch vụ chăm sóc được mong đợi để tối đa hóa một biện pháp toàn diện về phúc lợi bệnh nhân, sau khi đã cân nhắc thận trọng giữa các mong đợi được và mất trong cả quá trình chăm sóc”* (Donabedian, 1980).

Viện Y học, IOM (1990) Trong: “Medicare: Chiến lược đảm bảo chất lượng” đã đưa ra định nghĩa: *“Chất lượng chăm sóc là mức độ mà các dịch vụ y tế cho cá nhân cộng đồng làm tăng khả năng đạt được sự mong muốn về sức khỏe và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại”*.

Một thập kỷ sau, Viện Y học (IOM) ở Hoa Kỳ đã định nghĩa chất lượng chăm sóc là *“mức độ mà các dịch vụ y tế dành cho cá nhân và cộng đồng làm tăng khả năng đạt được kết quả về mong muốn sức khỏe và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại”*

Hội đồng Châu Âu (1997) Trong: “Việc phát triển và triển khai hệ thống cải tiến chất lượng (QIS) trong chăm sóc sức khỏe. Khuyến nghị số R (97) 17” *“Chất lượng chăm sóc là mức độ mà phương pháp điều trị được phân phối làm tăng cơ hội đạt được kết quả mong muốn của bệnh nhân và làm giảm nguy cơ mắc các kết quả không mong muốn, liên quan đến tình trạng hiểu biết hiện tại.*

Khái niệm chất lượng: Chất lượng khám, chữa bệnh là việc các cá nhân và cộng đồng sử dụng các dịch vụ y tế để đạt được sức khỏe như mong muốn và phù hợp với chuyên môn, kiến thức tại thời điểm đó¹³.

ISO 9000:2015 đã đưa ra định nghĩa về Quản lý chất lượng như sau: “*Quản lý chất lượng là hoạt động có phối hợp để định hướng và kiểm soát một tổ chức về chất lượng bao gồm việc lập chính sách chất lượng và mục tiêu chất lượng, hoạch định chất lượng, kiểm soát chất lượng, đảm bảo và cải tiến chất lượng*”¹⁴

1.2. Sự thay đổi quan niệm về chất lượng

Trước đây, chất lượng luôn được hiểu đồng nghĩa với hàng hoá tốt (theo quan niệm của nhà sản xuất nhiều hơn), cách thức phục vụ lịch sự, sang trọng chứ chưa quan tâm đến câu hỏi: Liệu hàng hoá đó có được đối tượng phục vụ chấp nhận sử dụng hay không?

Quan niệm mới về chất lượng không chỉ quan tâm đến liệu hàng hóa đó có tốt hay không mà còn xem hàng hoá đó có được đối tượng phục vụ chấp nhận và sử dụng hay không?

Ví dụ: Để nâng cao chất lượng của các dịch vụ tại một cơ sở y tế, các nhà hoạch định chính sách tại một địa phương đã quyết định đầu tư nguồn lực để có trang thiết bị hiện đại, thuốc bán ở đây toàn thuốc ngoại đắt tiền. Tuy nhiên, cơ sở y tế đó lại nằm ở một vùng dân cư nghèo, đời sống nhân dân còn khó khăn, người dân ở đây không có đủ tiền để mua dịch vụ khám và chữa bệnh tại cơ sở y tế đó vì chi phí quá cao. Do vậy, việc đầu tư nguồn lực trở nên lãng phí, chất lượng của cơ sở y tế này không được đối tượng phục vụ chấp nhận.

Qua một số ví dụ trên cho phép chúng ta đưa ra một số kết luận sau đây:

Quan niệm về chất lượng của người sử dụng dịch vụ thay đổi theo thời gian và không dừng lại; nên để đáp ứng chất lượng sản phẩm hay dịch vụ thì người cung cấp dịch vụ sẽ phải cải tiến chất lượng liên tục và không ngừng.

Bảng 2.1. So sánh quan niệm về chất lượng theo quan điểm cũ (q nhỏ) và mới (Q lớn)

Các yếu tố	Quan điểm cũ (q nhỏ)	Quan điểm mới (Q lớn)
Mối quan tâm	Lấy sản phẩm làm trọng tâm	Lấy nhu cầu của đối tượng phục vụ làm trọng tâm
Sự ưu tiên dành	Giá thành, kế hoạch và	Tất cả các khâu đều quan

¹³ KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH VÀ QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH, <file:///C:/Users/pro/Zotero/storage/RHT6PVXF/1678-khai-ni-m-v-ch-t-lu-ng-kham-ch-a-b-nh-va-qu-n-ly-ch-t-lu-ng-kham-ch-a-b-nh.html>, 24 Tháng 3 2020 03:33

¹⁴ Tổng cục Tiêu chuẩn Đo lường Chất lượng. TCVN ISO 9000: 2015: Hệ thống quản lý chất lượng - Cơ sở và từ vựng. - H., 2015.

Các yếu tố	Quan điểm cũ (q nhỏ)	Quan điểm mới(Q lớn)
cho	số lượng sản phẩm.	trọng như nhau.
Mục tiêu	Tập trung vào mục tiêu ngắn hạn.	Cân bằng giữa mục tiêu ngắn hạn và dài hạn.
Nhấn mạnh vào	Phát hiện các sai sót sửa chữa.	Phát hiện các sai sót và <u>giải pháp để phòng</u> các sai sót xảy ra.
Chi phí cho sản phẩm: (khi tăng cường thực hiện chất lượng)	Tăng lên	Giảm đi
Nguồn gốc của các sai sót	Do một nguyên nhân, một cá nhân nào đó gây ra (Thường quy kết cho các cá nhân gây ra)	Do các nguyên nhân thông thường, nguyên nhân hệ thống quản lý. (Do kém hiệu quả trong công tác quản lý và trong hệ thống hoạt động - tập trung vào quy trình quản lý)
Người có trách nhiệm đảm bảo chất lượng	Các chuyên gia kiểm soát chất lượng, thanh tra (OTK)	Tất cả các thành viên
Tiêu chí hoạt động của tổ chức	Chỉ ra những sai sót, trừng phạt người mắc lỗi, ít có cơ chế khuyến khích những người sáng tạo.	Cải thiện liên tục, luôn sáng kiến và cho phép thử nghiệm và chấp nhận một số thất bại.
Cấu trúc của tổ chức	Phân cấp, quan liêu và cứng nhắc	Liên kết ngang, dọc, lồng ghép và linh hoạt (Team work)
Người giải quyết vấn đề	Những người có quyền lực trong tổ chức	Tất cả các thành viên thuộc các cấp có liên quan, team work

II. CÁC NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

Hoạt động quản lý chất lượng phải tuân theo một số nguyên tắc cơ bản sau:

- **Sự lãnh đạo**

Hoạt động chất lượng sẽ không thể đạt được kết quả nếu không có sự cam kết triệt để của lãnh đạo cấp cao. Lãnh đạo tổ chức phải có tầm nhìn xa, xây dựng những giá trị rõ ràng, cụ thể và định hướng vào khách hàng. Để củng cố những mục tiêu này cần có sự cam kết và tham gia của từng cá nhân lãnh đạo với tư cách là một thành viên của tổ chức.

Lãnh đạo phải chỉ đạo và xây dựng các chiến lược, hệ thống và các biện pháp huy động sự tham gia và tính sáng tạo của mọi nhân viên để xây dựng, nâng cao năng lực của tổ chức và đạt kết quả tốt nhất có thể được. Qua việc tham gia trực tiếp vào các hoạt động như lập kế hoạch, xem xét đánh giá hoạt động của tổ chức, ghi nhận những kết quả đạt được của nhân viên, lãnh đạo có vai trò củng cố giá trị và khuyến khích sự sáng tạo, đi đầu ở mọi cấp trong toàn bộ tổ chức.

Trên thực tế qua kinh nghiệm thực hiện các dự án TQM ở các tỉnh, nhiều trường hợp cấp phó được giao quyền/ủy quyền không đầy đủ nên thực hiện dự án TQM bị chậm trễ vì phải chờ ý kiến chỉ đạo của cấp trưởng. Trong khi hoạt động TQM với giới hạn thời gian ngắn, phải giải quyết vấn đề nhanh chóng và trưởng nhóm TQM cần có quyền hạn quyết định thì mới tiến hành hoạt động thuận lợi.

- *Sự tham gia của mọi người trong tổ chức*

Con người là nguồn lực quý nhất của một tổ chức và sự tham gia đầy đủ với những hiểu biết và kinh nghiệm của họ rất có ích cho tổ chức. Để đạt được kết quả trong việc cải tiến chất lượng thì kỹ năng, nhiệt tình, ý thức trách nhiệm của người lao động đóng một vai trò quan trọng. Lãnh đạo tổ chức phải tạo điều kiện để mọi nhân viên có điều kiện học hỏi nâng cao kiến thức, trình độ nghiệp vụ chuyên môn, quản lý.

Chất lượng bệnh viện được nhân dân đánh giá từ khi họ bước đến cổng bệnh viện cho đến khi họ thanh toán ra khỏi bệnh viện, nên tất cả các khâu đều phải chú ý từ cách giao tiếp cho đến thủ tục giải quyết công việc. Như vậy, tất cả mọi người từ bảo vệ cho đến toàn bộ nhân viên ở tất cả các bộ phận, đơn vị đều liên quan đến chất lượng, nên họ phải có trách nhiệm tham gia vào quá trình cải tiến chất lượng. Thực tế khi thành lập nhóm làm việc, các nhóm cần có thành phần là những người đại diện cho các bên liên quan và có đại diện của lãnh đạo để quyết định luôn, mục tiêu là để cắt ngắn thủ tục hành chính, bỏ bớt thời gian chờ đợi làm thủ tục báo cáo. Khi trong nhóm có cả đại diện Ban giám đốc và đại diện các khoa, phòng liên quan thì thủ trưởng/ BGĐ có thể quyết ngay các vấn đề, đây là điểm mạnh khi làm việc nhóm của TQM.

Phát huy được nhân tố con người trong tổ chức chính là phát huy được nội lực tạo ra một sức mạnh cho tổ chức trên con đường vươn tới mục tiêu chất lượng.

- **Phương pháp quy trình**

Quản lý chất lượng phải được xem xét như một quy trình, kết quả của quản lý sẽ đạt được tốt nhất khi các hoạt động có liên quan được quản lý như một quy trình. Quy trình là một dãy các sự kiện nhờ đó biến đổi đầu vào thành đầu ra. Để quy trình đạt được hiệu quả thì giá trị của đầu ra phải tương xứng với đầu vào, có nghĩa là quy trình gia tăng chi phí hiệu quả. Deming khẳng định rằng các hành động quản lý là nguyên nhân gây ra 85% các vấn đề về chất lượng, nên đa số vấn đề xảy ra chúng ta phải xem xét kỹ ở quy trình¹⁵.

Quản lý hoạt động của một tổ chức thực chất là quản lý các quy trình và các mối quan hệ giữa chúng. Quản lý tốt mạng lưới quy trình này cùng với sự đảm bảo đầu vào nhận được từ bên cung cấp, sẽ đảm bảo chất lượng đầu ra để thỏa mãn nhu cầu ĐTPV.

- **Tính hệ thống**

Tổ chức không thể giải quyết bài toán chất lượng theo từng yếu tố tác động đến chất lượng một cách riêng lẻ mà phải xem xét toàn bộ các yếu tố tác động đến chất lượng một cách hệ thống và đồng bộ, phối hợp hài hoà các yếu tố này. Phương pháp hệ thống của quản lý là cách huy động, phối hợp toàn bộ nguồn lực để phục vụ mục tiêu chung của tổ chức. Việc xác định, hiểu biết và quản lý một hệ thống các quá trình có liên quan lẫn nhau đối với mục tiêu đề ra sẽ đem lại hiệu quả cho tổ chức.

Nghiên cứu trường hợp

Những năm 1997-2010 trong dự án tăng cường chất lượng sức khỏe sinh sản giữa UNFPA với Vụ sức khỏe sinh sản (nay là Vụ Bảo vệ bà mẹ trẻ em) - Bộ Y tế, để tăng cường chất lượng chăm sóc Bà mẹ trẻ em thì phải tăng cường chất lượng chất lượng khoa sản trong bệnh viện. Tuy nhiên để tăng cường chất lượng khoa sản trong bệnh viện không thể chỉ tăng cường mỗi khoa sản được vì nó liên quan đến tất cả hệ thống quản lý hành chính và các khoa khác, nên nhóm chuyên gia làm dự án đã đề xuất một khoản kinh phí 25.000 USD để xây dựng chính sách quản lý chất lượng cho toàn hệ thống bệnh viện và đây là nguồn kinh phí góp phần nghiên cứu dự thảo Thông tư 19/2013/TT-BYT *Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*. Thông tư này thể hiện tính hệ thống trong quản lý chất lượng bệnh viện.

- **Cải tiến liên tục**

Chất lượng định hướng bởi ĐTPV, mà nhu cầu mong muốn của ĐTPV luôn luôn biến đổi theo xu hướng muốn thỏa mãn ngày càng cao, bởi vậy chất

¹⁵The History of Quality.Link: <https://www.juran.com/blog/the-history-of-quality/>

lượng cũng luôn cần có sự đổi mới. Do vậy, muốn có sự đổi mới và nâng cao chất lượng thì phải thực hiện cải tiến liên tục, không ngừng.

Muốn có được khả năng cạnh tranh với mức độ chất lượng cao nhất tổ chức phải liên tục cải tiến. Sự cải tiến đó có thể là từng bước nhỏ hoặc nhảy vọt. Cải tiến đó có thể là cải tiến phương pháp quản lý, cải tiến, đổi mới các quy trình, các thiết bị, công nghệ, nguồn lực, kể cả cách sắp xếp bố trí lại cơ cấu tổ chức quản lý. Tuy nhiên, trong cải tiến cần phải tính kỹ và có sự chắc chắn, bám chắc vào mục tiêu của tổ chức. Đây cũng là điểm mấu chốt để các phòng/tổ quản lý chất lượng cần lưu ý. Đơn vị quản lý chất lượng của bệnh viện có nhiệm vụ yêu cầu các nhóm/đội TQM phải lên kế hoạch cụ thể để thực hiện và đơn vị quản lý chất lượng sẽ lên kế hoạch theo dõi giám sát hướng dẫn kỹ thuật cho nhóm TQM. Như vậy hết năm này qua năm khác các vấn đề được giải pháp giải quyết và chuẩn hóa nhờ vậy các vấn đề được giải quyết ngày càng nhiều, và đơn vị quản lý chất lượng lại có việc làm liên tục.

- *Quyết định dựa trên sự kiện/số liệu/bảng chứng*

Một thói quen của nhiều người quản lý hiện nay là quyết định dựa vào kinh nghiệm và cảm tính, điều này không hẳn là sai, tuy nhiên để quản lý khoa học và mang tính hệ thống thì mọi quyết định và hành động của hệ thống quản lý chất lượng muốn có hiệu quả phải được xây dựng dựa trên việc phân tích dữ liệu và thông tin một cách chính xác. Không quyết định dựa trên việc suy diễn. Việc đánh giá phải bắt nguồn từ chiến lược của tổ chức, các quy trình quan trọng, các yếu tố đầu vào, đầu ra của các quy trình đó.

- *Phát triển quan hệ hợp tác với khẩu hiệu WIN-WIN, tức là các bên đều có lợi*

Các tổ chức cần tạo dựng mối quan hệ hợp tác nội bộ với bên ngoài tổ chức để đạt được mục tiêu chung. Các mối quan hệ nội bộ, tạo sự đoàn kết nội bộ, thúc đẩy sự hợp tác giữa lãnh đạo và người lao động, tạo lập các mối quan hệ mạng lưới giữa các bộ phận trong tổ chức để tăng cường sự linh hoạt và khả năng đáp ứng nhanh.

Các mối quan hệ bên ngoài là những mối quan hệ với ĐTPV, người cung cấp, các đối thủ cạnh tranh, các tổ chức đào tạo, các cơ quan quản lý, chính quyền địa phương... Những mối quan hệ liên quan ngày càng quan trọng, nó là những mối quan hệ chiến lược có thể giúp tổ chức thâm nhập vào các khu vực ảnh hưởng, mở rộng phạm vi phục vụ hoặc phát hiện và đưa ra các sản phẩm và dịch vụ mới.

Các bên quan hệ cần chú ý đến những yêu cầu quan trọng, đảm bảo sự thành công của quan hệ hợp tác, cách thức giao lưu thường xuyên, tuy nhiên cũng phải giữ những nguyên tắc trong quan hệ với từng nhóm đối tượng.

III. CÁC YẾU TỐ CỦA MỘT TỔ CHỨC CHẤT LƯỢNG

Một tổ chức chất lượng được xem như một ngôi nhà. Nền tảng của ngôi nhà đó là những giá trị của tổ chức. Giá trị của tổ chức là sự cam kết và cố gắng của các thành viên làm việc và phục vụ cho mục tiêu của tổ chức. Nó còn là những gì mà tổ chức đã có sẵn, để các thành viên trong tổ chức có thể đặt niềm tin vào giá trị đó.

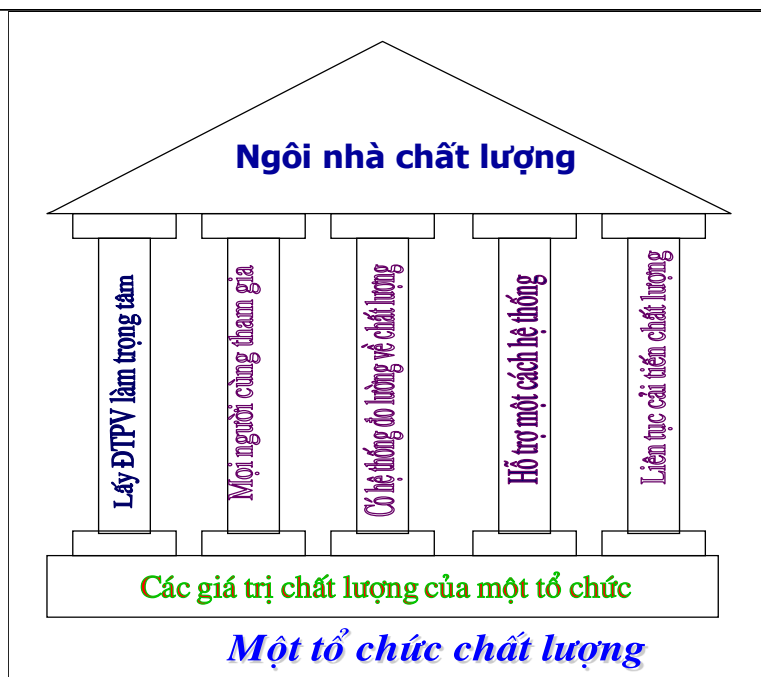
Để xây dựng một tổ chức có chất lượng phải dựa vào 5 yếu tố được coi như là 5 cột trụ để xây dựng nên chất lượng tổ chức đó, 5 cột trụ này phải được xây dựng trên nền tảng những giá trị của tổ chức. Mái nhà chính là thành quả chất lượng mà tổ chức đó đạt được.

Khái niệm 5 cột trụ của chất lượng

1. Lấy ĐTPV làm trọng tâm (đáp ứng nhu cầu của đối tượng phục vụ)

Hầu hết các tổ chức đều có cả 2 loại đối tượng phục vụ: đối tượng phục vụ bên trong và đối tượng phục vụ bên ngoài. Khi chúng ta cung cấp một sản phẩm, dịch vụ hoặc là tư vấn cho người bệnh và người nhà người bệnh đó chính là đối tượng mà chúng ta cần phải làm hài lòng nhu cầu của họ.

Vai trò của chúng ta luôn có thể thay đổi trong tổ chức, đôi khi ta là người phục vụ, và nhiều khi lại là đối tượng phục vụ (Hình 2.1). Mục đích cuối cùng của bệnh viện là phải đáp ứng được nhu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ bên ngoài, để làm được việc đó trước hết mỗi thành viên trong tổ chức phải cố gắng làm thế nào để đáp ứng được nhu cầu của đối tượng phục vụ bên trong tổ chức, tức là đáp ứng nhu cầu của đồng nghiệp trong bệnh viện thật tốt.



Hình 2.1. Các cột trụ chất lượng của một tổ chức (Nguồn CDC-Atlanta)

2. Tất cả thành viên đều tham gia vào quá trình nâng cao chất lượng (có trách nhiệm đảm bảo chất lượng công việc)

Đảm bảo chất lượng không chỉ là trách nhiệm của người quản lý hay là người thanh tra, kiểm tra chất lượng, mà trách nhiệm đó thuộc tất cả các thành viên trong tổ chức. Việc tăng cường chất lượng của tổ chức phụ thuộc vào tất cả các nhân viên. Mỗi nhân viên là một mắt xích trong quy trình nâng cao chất lượng, nếu một mắt xích bị đứt thì cả hệ thống đảm bảo chất lượng sẽ bị ảnh hưởng.

3. Có hệ thống đo lường chất lượng công việc (theo dõi chất lượng)

Không thể làm việc gì chất lượng khi bạn không đo lường kết quả công việc đó. Chính vì vậy, để đạt được chất lượng chúng ta phải đưa ra các phương pháp đo lường và xây dựng các công cụ để đo lường sự tiến bộ. Xác định xem nội dung gì cần đo lường là rất quan trọng, nội dung này phải có ảnh hưởng lớn đến việc đáp ứng nhu cầu của đối tượng phục vụ.

Khi không có hệ thống đo lường được khi đánh giá, thì phải đánh giá một cách chung chung; nhiều khi chỉ dựa vào cảm tính, làm cho đánh giá không khách quan dẫn đến đánh giá sai có khi gây hậu quả nghiêm trọng.

4. Hỗ trợ một cách hệ thống việc cải tiến chất lượng

Những ý tưởng dù tốt sẽ rất khó trở thành sự thật nếu thiếu sự hỗ trợ của các bộ phận liên quan. Chất lượng được coi là yếu tố có ý nghĩa quan trọng tới lợi ích của tổ chức, do đó, nó phải là một yếu tố cấu thành trong kế hoạch chiến lược và được sự ủng hộ của mọi người. Điều này phải được thể hiện ở cách tổ chức, sắp xếp công việc, xây dựng chính sách và kế hoạch bố trí con người, thời gian, ngân sách... hợp lý cho việc nâng cao chất lượng. Ví dụ: các khoa chuyên môn muốn nâng cao chất lượng không thể thiếu được sự ủng hộ của Ban giám đốc, các phòng liên quan như tài chính, nhân sự, kế hoạch...

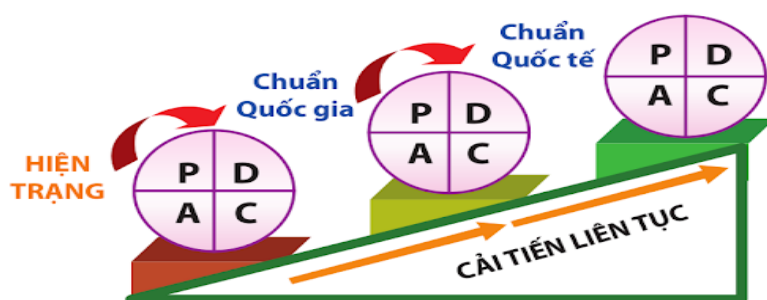
5. Liên tục cải tiến chất lượng

Cần luôn luôn tìm kiếm biện pháp tốt hơn để nâng cao chất lượng, ngay cả khi đối tượng phục vụ đã thấy hài lòng với những gì bạn làm cho họ. Trong một thế giới luôn thay đổi, nhu cầu của đối tượng phục vụ cũng sẽ luôn thay đổi. Do đó, bạn phải luôn sẵn sàng để đáp ứng sự thay đổi các nhu cầu đó. Phải đặt ra khẩu hiệu làm thế nào tháng sau/năm sau chất lượng phải tốt hơn tháng/năm trước.

VI. CÁC MÔ HÌNH/CÁCH TIẾP CẬN QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

4.1. Phương pháp tiếp cận PDCA (Plan- Do- Check- Act): Lập kế hoạch - Thực hiện - Kiểm tra/Đánh giá - Hoạt động điều chỉnh

Phương pháp quản lý PDCA xuất phát từ ý tưởng của Shewhart vào năm 1950 trong một hình thái khác. Thời điểm đầu, Chu trình chỉ bao gồm 3 phần là : xác định đặc điểm kỹ thuật - sản xuất - kiểm tra - hành động điều chỉnh. Chu trình PDCA được tán thành bởi Deming tìm ra điểm quan trọng trong quá trình phát triển liên tục. Nó giúp cải thiện hiệu suất quá trình một cách ổn định và có tổ chức. Sơ đồ dưới đây là một sơ đồ rất phổ biến giữa các chuyên gia về chất lượng và các sách quản lý.



Hình 2.2. PDCA (Chu trình PDCA (Lập kế hoạch – Thực hiện – Kiểm tra /Đánh giá – Hoạt động điều chỉnh)

Lập kế hoạch:

- Thiết lập các mục tiêu và mục đích để cải thiện hoặc phát triển mà chúng ta hướng tới.
- Mô tả chi tiết nhiệm vụ với những thông số /chỉ số đo lường rõ ràng.
- Thành lập một nhóm thực hiện và đặt lịch và thời hạn công việc
- Ghi lại các dữ liệu được sử dụng, các nguồn lực cần thiết, chi phí dự kiến, rủi ro và các bước giảm thiểu rủi ro, nhân lực cần thiết, hỗ trợ cần thiết từ quản lý.
- Lập một kế hoạch thực hiện rồi phân tích từng công việc, người thực hiện, kết quả mong đợi, cách vận hành hoặc hướng dẫn, v.v.

Thực hiện:

- Bám sát kế hoạch thực hiện, thực hiện tất cả các nhiệm vụ.
- Cập nhật tiến độ với các bên liên quan
- Tuân theo lịch trình và thông báo bất kỳ lo ngại cũng như những lưu ý trong quá trình thực hiện.

Kiểm tra/Đánh giá:

- Sau một thời gian thực hiện, cần xác nhận xem kết quả có như dự định và kế hoạch đặt ra không.
- Ghi chú tất cả các thay đổi, sai sót, cách làm tốt nhất, điểm khó khăn và thách thức phải đối mặt

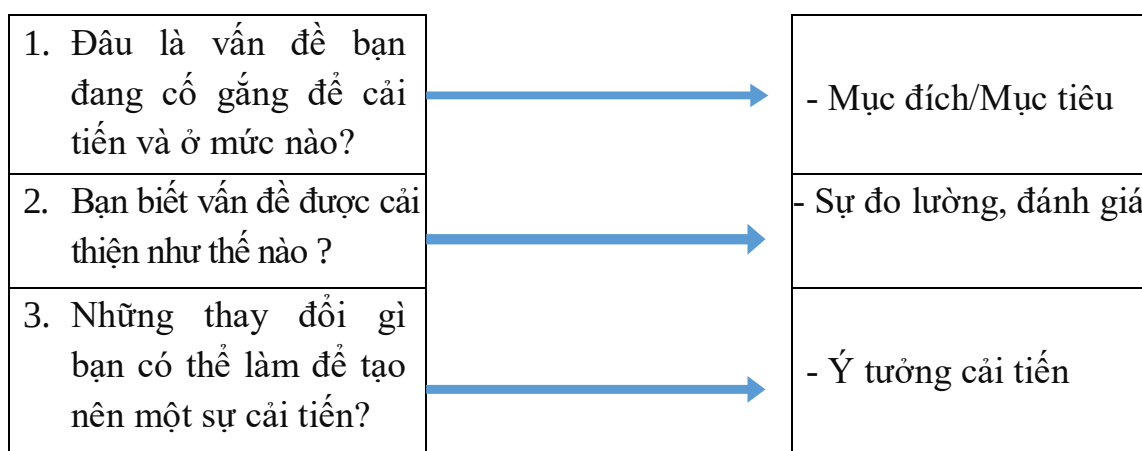
- Xác định nguyên nhân gốc rễ cho các vấn đề

Hoạt động điều chỉnh:

- Sửa lỗi và tuân thủ các thông số/chỉ số
- Xác định các hành động phòng tránh cho tất cả các nguyên nhân làm cho vấn đề xuất hiện hoặc tái xuất hiện.
- Thực hiện các hành động phòng tránh và kiểm tra xem kết quả có như mong đợi hay không.
- Lập lại các bước Thực hiện KH - Kiểm tra/ Đánh giá - Hành động điều chỉnh cho đến khi tất cả các mục tiêu được đáp ứng với sự hài lòng của các bên liên quan.

Bởi tất cả những điều trên, phương pháp quản lý PDCA sẽ giúp cải thiện hiệu suất của từng giai đoạn một cách ổn định và cân bằng.

Mô hình 3 câu hỏi của Nolan thường được mọi người sử dụng lúc bắt đầu một dự án để xác định mục tiêu của kế hoạch/dự án, (1) Xây dựng những tiêu chuẩn đo lường và để lựa chọn những thay đổi và mục tiêu của dự án nên là thời điểm cụ thể và có thể đo lường được; (2) Những tiêu chuẩn đo lường được chọn có thể định tính và xác định nếu như một thay đổi cụ thể nào thực sự dẫn tới sự cải thiện. (3) Những thay đổi mà hầu như có thể dẫn cải tiến kết quả CSSK được chọn và được kiểm tra thông qua những vòng tròn PDCA.



Hình 2.3. Mô hình 3 câu hỏi của Nolan, Langley GJ, Nolan KM, et al. *The Improvement Guide* (Figure 1-13). Hackensack, NJ: Jossey-Bass; 1996.

Reprinted with permission from Wiley/Jossey-Bass.

4.2. Phương pháp tiếp cận 6 Sigma

Sigma là chữ cái thứ 18 trong bảng chữ cái của Hy Lạp và là biểu tượng của độ lệch tiêu chuẩn. Hiện nay chữ cái này được sử dụng trong các dịch vụ và các tổ chức chăm sóc sức khỏe. Mục tiêu của 6 sigma là đạt được một mức độ chất lượng thuộc về 6 độ lệch chuẩn của biểu diễn trung bình, dẫn tới kết quả là

tỷ lệ sai sót là 0.0003% hoặc là 3,4 thiếu sót mỗi một triệu cơ hội; mức độ này quy trình được xem như là không sai sót (99.9996%)¹⁶.

6 Sigma sử dụng dữ liệu để xác định những vấn đề về chất lượng, hoặc là những vấn đề liên quan chất lượng tiềm tàng xảy ra hoặc những lĩnh vực để cải tiến chất lượng. Phương pháp tiếp cận 6 Sigma tập trung vào những tiêu chí đo lường, đánh giá hướng đến khách hàng và chất lượng có thể chấp nhận được và phụ thuộc vào cải tiến quy trình hướng đến dữ liệu. 6 Sigma đạt được thông qua một loạt những bước (gần giống như vòng tròn PDCA) được xác định như: Định nghĩa - Đo lường - Phân tích - Cải tiến và Kiểm soát (Definition-Measure-Analyze-Improvement-Control còn được viết tắt là DMAIC). 6 Sigma thông thường được thực hiện bởi những người thực hành, được biết như là những nhà đai đen 6 Sigma (ix-Sigma Black Belts), họ được đào tạo để sử dụng những công cụ phân tích đúng để xác định những vấn đề chất lượng. Một nhà đai đen được chứng nhận hiểu và có thể thực hiện hiệu quả về định nghĩa, đo lường, phân tích, cải tiến và kiểm soát (DMAIC), chứng minh được khả năng lãnh đạo nhóm, hiểu tính năng động của nhóm, và có thể phân công vai trò và trách nhiệm cho các thành viên trong nhóm một cách hợp lý.

Bước đầu tiên trong mô hình DMAIC đòi hỏi phải định nghĩa vấn đề, những thông số dự án, và thiết lập những đối tượng để cải tiến. Ở bước thứ hai, đo lường, việc đo lường mỗi bước của tiến trình còn được thực hiện và thu thập dữ liệu. Ở bước thứ ba, bước phân tích dữ liệu thu thập được thực hiện để kiểm tra giả thuyết về những nhân tố chìa khóa của quy trình. Trong bước thứ tư, quy trình được cải tiến bởi thực hiện kiểm tra thử nghiệm (pilot). Trong bước cuối cùng của vòng tròn, quy trình được kiểm soát bởi thực hiện những cải tiến quy trình và tiếp tục kiểm soát và duy trì quy trình.

Để những nỗ lực cho 6 Sigma được thành công, nhà quản lý cao cấp phải ủng hộ việc thực hiện 6 Sigma. Những cố gắng này kết nối những mối liên kết hoạt động, sử dụng những người tài năng nhất trong tổ chức, và có thể điều động họ sang những lĩnh vực mới. Khái niệm 6 Sigma được trong đời ngày càng phổ biến trong các tổ chức chăm sóc sức khỏe trong vài năm tới.

Đặc biệt hữu ích đối với những quy trình được lặp lại số lượng lớn (ví dụ: kiểm tra quy mô phòng thí nghiệm, những quy trình hình ảnh học).

Nghiên cứu một trường hợp

Sử dụng 6-Sigma để giảm thiểu biến động trong quy trình và chi phí trong chẩn đoán hình ảnh. Công ty Commonwealth Health Corporation (CHC) Bowling

¹⁶ Juran JM. Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press; 1989.

Green, Kentucky, là một mạng lưới vận chuyển tích hợp phi lợi nhuận bao gồm 3 trung tâm y khoa và một cơ sở chăm sóc y tế mở rộng với hơn 200 nhân viên. Phương pháp 6-Sigma được thực hiện trong Khoa Chẩn đoán hình ảnh đầu năm 1998. Những thành viên trong khoa được đào tạo để tiếp cận 6-Sigma và những thành viên tham gia này đã nhận được đai xanh (Green Belt). Khi hoàn thành dự án được tiếp tục từ đai xanh lên đai đen (Black Belt). Kết quả là, dự án Chẩn đoán hình ảnh này giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, tạo ra thời gian xoay vòng cho báo cáo hình ảnh học nhanh hơn, và tăng năng suất. Đội ngũ quản lý để tăng khối lượng công việc lên 25% trong khi sử dụng ít nguồn lực hơn và giảm chi phí cho mỗi quy trình chẩn đoán hình ảnh là 25%. Tổng quát, chi phí chẩn đoán hình ảnh/cả quy trình giảm từ \$68.13 xuống \$49.55 trên 100,000 quy trình một năm, kết quả là tiết kiệm tương đối \$1.65 triệu. Thêm vào đó, sai sót trong chụp cộng hưởng từ (MRIs) giảm 90% dẫn tới kết quả tiết kiệm \$800,000 trong chu kỳ 18 tháng.

Nguồn: Prathibha Varkey, Medical Quality Management: Theory And Practice by American College of Medical Quality, 2005, 2nd Edition.

4.3. Cách tiếp cận theo phương pháp Lean Management

Phương pháp Lean - Management được sử dụng để tăng tốc độ và giảm chi phí của bất kỳ quy trình nào bởi việc loại bỏ những hoạt động tiêu tốn nhiều nguồn lực và chưa tạo ra giá trị/sản phẩm. Có lẽ tổ chức Lean tiêu chuẩn và đáng chú ý nhất là nhà sản xuất Toyota của Nhật Bản. Nhiều hệ thống chăm sóc sức khỏe đã sử dụng quy trình của Toyota (còn được gọi là Hệ thống sản xuất Toyota hoặc Toyota Production System - TP) để cải tiến chất lượng chăm sóc sức khỏe trong tổ chức của họ¹⁷.

Tư duy theo Lean cải tiến kết quả quy trình bằng việc loại bỏ những quy trình thừa không tạo thêm giá trị bao gồm sự lãng phí trong quá trình sản xuất vượt cầu hoặc sản xuất không đáp ứng đủ nhu cầu (ví dụ, vận hành trơn tru những thay đổi từng ngày trong những quy trình chẩn đoán hình ảnh), lãng phí hàng tồn kho (ví dụ, lưu trữ quá nhiều bơm tiêm, găng tay), lãng phí trong làm lại - hỏng (ví dụ, làm xét nghiệm), lãng phí di chuyển (ví dụ, ghi chép lặp lại nhiều lần trong hồ sơ bệnh án về dữ liệu lâm sàng), lãng phí trong chờ đợi (ví dụ, người bệnh chờ đợi đến lượt khám), lãng phí trong quy trình (ví dụ, giảm số bước trong quy trình tiếp nhận khoa cấp cứu), lãng phí trong vận chuyển (ví dụ, vận chuyển người bệnh không còn thiết giữa những đơn vị chăm sóc người bệnh). Thêm vào đó, những quy trình Lean sắp xếp những bước tạo ra giá trị

¹⁷ Prathibha Varkey, Medical Quality Management: Theory And Practice by American College of Medical Quality, 2005, 2nd Edition.

trong một trật tự thích hợp nhất để cung cấp những dịch vụ và những sản phẩm chỉ khi khách hàng cần và trong cách thức khách hàng yêu cầu. Một trong những công cụ được sử dụng phổ biến nhất là Bản đồ chuỗi giá trị (Value Stream Mapping) theo đó quy trình được mô tả trong một đồ thị để xác định những bước hoặc những nỗ lực giảm các lãng phí không tạo ra giá trị cho khách hàng. Kết quả thực nghiệm giảng dạy Lean theo Phan Văn Tường và cộng sự cho thấy ở Việt Nam Lean là phương pháp dễ tiếp cận gần giống như TQM.

4.4. Cách tiếp cận theo “Tiêu chuẩn cấp phép Bệnh viện quốc tế của Ủy ban giám định quốc tế (JCI)”

Sự cấp phép là gì?

Cấp phép là một quá trình trong đó một đơn vị không phải là một tổ chức y tế, thường là tổ chức phi chính phủ, thực hiện đánh giá một tổ chức y tế (tự nguyện) để xác định xem tổ chức y tế đó có đáp ứng các yêu cầu/tiêu chuẩn (tối ưu và có thể đạt được) đã được thiết lập để nâng cao sự an toàn và chất lượng chăm sóc người bệnh hay không.

Trao chứng nhận cấp phép

Các tổ chức được cấp phép sẽ nhận được một báo cáo cấp phép cuối cùng và giấy chứng nhận. Báo cáo thể hiện mức độ phù hợp với các tiêu chuẩn của JCI mà tổ chức đạt được.

Thời hạn của chứng nhận cấp phép

Một chứng nhận cấp phép có giá trị trong 3 năm trừ phi bị JCI hủy bỏ. Chứng nhận có hiệu lực hồi tố vào ngày đầu tiên kể từ ngày JCI hoàn thành việc khảo sát hoặc sau khi hoàn thành xong các đợt khảo sát tập trung theo quy định.

Độ chính xác và tính xác thực của thông tin

Nếu tổ chức giả mạo thông tin liên quan tới việc cấp phép, hoặc bằng hình thức trích hoa hồng hoặc bỏ qua sai sót, chứng chỉ cấp phép sẽ lập tức hết hiệu lực, hoặc trong trường hợp là một đơn vị mới làm thủ tục xin cấp phép, tổ chức đó sẽ không đủ điều kiện để được đánh giá lại trong vòng 1 năm.

Trình tự xin cấp phép

Một tổ chức y tế muốn được cấp phép bắt đầu thực hiện quy trình cấp phép (xem phần thuật ngữ) bằng cách hoàn tất hồ sơ và nộp đơn xin khảo sát. Hồ sơ đề trình phải có các thông tin cần thiết về tổ chức y tế, bao gồm quyền sở hữu, số liệu nhân viên, loại hình và khối lượng các dịch vụ cung cấp. Đơn xin được khảo sát.

Mô tả tổ chức mong muốn xin cấp phép;

Yêu cầu tổ chức cung cấp cho JCI các hồ sơ chính thức và các báo cáo của các cơ quan cấp giấy phép, đưa ra quy định có liên quan và các cơ quan chính phủ khác;

Ủy quyền cho JCI nhận các hồ sơ và báo cáo về tổ chức mà không thuộc sở hữu của tổ chức;

Sau khi hoàn thành mọi thủ tục và được JCI chấp thuận, cần thiết lập thời gian của mối quan hệ giữa tổ chức và JCI.

Kế hoạch khảo sát

JCI và tổ chức lựa chọn ngày khảo sát (thường là trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được đơn) và lập chương trình khảo sát đáp ứng nhu cầu và các yêu cầu của tổ chức để tiến hành khảo sát đạt hiệu quả. Để giảm chi phí đi lại cho cán bộ khảo sát, JCI sẽ cố gắng kết hợp lên kế hoạch thực hiện các đợt khảo sát các tổ chức độc lập có liên quan hoặc ở trong một nước hoặc khu vực cụ thể.

Quy định về cơ cấu phí thẩm định cấp phép của JCI

Phí khảo sát thẩm định cấp phép được căn cứ vào nhiều yếu tố, bao gồm khối lượng và loại dịch vụ do tổ chức cung cấp, số địa điểm hoặc tình trạng chăm sóc người bệnh trong đợt khảo sát, và số lượng cán bộ khảo sát và số ngày khảo sát để đánh giá sự phù hợp với các tiêu chuẩn bệnh viện của JCI. Thời gian lập báo cáo của cán bộ khảo sát được tính trong số ngày khảo sát dự kiến. Tổ chức không phải trả chi phí của đợt khảo sát thẩm định cấp phép.

Phí thẩm định cấp phép bệnh viện ban đầu và phí thu trong 3 năm

Đối với hầu hết các bệnh viện, nhóm khảo sát gồm 3 thành viên tham gia khảo sát trong 3 ngày sẽ tiến hành việc đánh giá toàn diện một cách hiệu quả. Đối với quy mô bệnh viện lớn hơn hoặc nhỏ hơn, số phí này sẽ được điều chỉnh tăng hoặc giảm sao cho phù hợp.

Phí khảo sát tập trung

Khảo sát tập trung được tiến hành khi JCI biết rõ sự tuân thủ các tiêu chuẩn nghiêm trọng tiềm ẩn, các vấn đề liên quan tới việc chăm sóc điều trị người bệnh hoặc các vấn đề an toàn khác, hoặc khi JCI có lý do hợp lý khác để khảo sát một tổ chức được cấp phép.

Phí tạm hoãn khảo sát

Trong một số ít trường hợp, JCI có quyền chấp thuận một yêu cầu hoãn đợt khảo sát một tổ chức không đáp ứng các tiêu chí được nêu ở đây. Trong các trường hợp đó, tổ chức có thể bị thu một khoản phí để bù đắp vào các phí tổn.

Phí hủy khảo sát

Một đợt khảo sát có thể bị một trong hai bên hủy bỏ mà không bị phạt trong trường hợp thiên tai, chiến tranh, khủng bố, các quy định của Chính phủ, các thiên tai, các vụ đình công, bạo loạn hoặc các sự cố khẩn cấp khác có tính chất tương tự khiến không thể, bất hợp pháp hoặc không thể thông báo về sự kiện bất khả kháng yêu cầu phải hủy ngay khảo sát trong thời gian sớm nhất có thể. Ngoài ra, JCI có thể tuân thủ ý kiến chỉ đạo của các Bộ Ngành có liên quan về việc việc khảo sát theo kế hoạch.

Các tiêu chuẩn JCI: Gồm 2 phần- 13 mục

Phần I: Các tiêu chuẩn lấy bệnh nhân làm trung tâm

Phần II: Các tiêu chuẩn về quản lý Tổ chức y tế

4.5. Mô hình quản lý chất lượng theo ISO (*The International Organization for Standardization*)

ISO (Tổ chức Quốc tế về Tiêu chuẩn hoá) là tổ chức xây dựng các Tiêu chuẩn Quốc tế tình nguyện lớn nhất thế giới. Trong đó tiêu chuẩn trung tâm là ISO 9001 đã được chỉnh sửa qua nhiều phiên bản:

Phiên bản ISO 9001:1987: Quản lý chất lượng - Mô hình đảm bảo chất lượng trong thiết kế/ triển khai, sản xuất, lắp đặt và dịch vụ kỹ thuật.

Phiên bản ISO 9001:1994: Quản lý chất lượng - Mô hình đảm bảo chất lượng trong thiết kế, triển khai, sản xuất, lắp đặt và dịch vụ kỹ thuật.

Phiên bản ISO 9001:2000: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu.

Phiên bản ISO 9001:2008: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu.

Phiên bản ISO 9001:2015: Quản lý chất lượng - Các yêu cầu. Đây chính là phiên bản hiện hành của ISO 9001.

Quản lý chất lượng theo ISO coi trọng việc xây dựng và thực hiện tiêu chuẩn quốc tế hoặc quốc gia nhằm nâng cao chất lượng, đáp ứng tốt nhất yêu cầu của tổ chức cũng như nhu cầu của khách hàng.

Các nguyên tắc quản lý chất lượng được sử dụng để hướng dẫn cải thiện chất lượng của một tổ chức. ISO 9000 và TQM thực chất cùng áp dụng phương pháp quản lý chất lượng toàn diện hướng tới thoả mãn nhu cầu của khách hàng. ISO 9001:2015 cũng đưa ra 7 nguyên tắc chất lượng, bao gồm: Hướng vào khách hàng; Sự lãnh đạo; Sự tham gia của mọi người; Cách tiếp cận theo quá trình; Cải tiến; Quyết định dựa trên bằng chứng; Quản lý mối quan hệ¹⁸.

Có thể thấy vấn đề chất lượng và quản lý chất lượng đã được xem xét và tiếp cận dưới nhiều góc độ với các triết lý về quản lý chất lượng khác nhau song các mô hình quản lý chất lượng đều hướng tới nâng cao năng lực cho tổ chức, tăng cường khả năng thoả mãn nhu cầu của khách hàng.

4.6. Quản lý chất lượng toàn diện (TQM)

4.6.1. Khái niệm TQM

TQM: Total Quality Management - Quản lý chất lượng toàn diện.

¹⁸ . Moghaddam, Golnessa Galyani and Moballeghi, Mostafa. *Total Quality Management in Library and Information Sectors* // The Electronic Library. - 2008. - No. 26 (6).

TQM là một phương pháp quản lý của một tổ chức, định hướng vào chất lượng, dựa trên dự tham gia của mọi thành viên và nhằm đem lại sự thành công dài hạn thông qua sự thoả mãn khách hàng và lợi ích của mọi thành viên của tổ chức và của xã hội.

Mục tiêu của TQM là cải tiến chất lượng sản phẩm và thoả mãn khách hàng ở mức tốt nhất cho phép. Đặc điểm nổi bật của TQM so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là nó cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt mục tiêu chất lượng đã đề ra.

4.6.2. Các đặc điểm chung của TQM trong quá trình triển khai thực tế hiện nay tại các tổ chức có thể được tóm tắt như sau:

- Chất lượng định hướng bởi khách hàng.
- Vai trò lãnh đạo trong tổ chức.
- Cải tiến chất lượng liên tục.
- Tính nhất thể, hệ thống.
- Sự tham gia của mọi cấp, mọi bộ phận, nhân viên.
- Sử dụng các phương pháp tư duy khoa học như kỹ thuật thống kê, vừa đúng lúc,...

4.6.3. Các đặc trưng cơ bản của TQM

Chất lượng được tạo nên bởi sự tham gia của tất cả mọi người.

Chú ý đến mối quan hệ với các lợi ích xã hội: tất cả mọi người đều có lợi.

Chú ý đến giáo dục và đào tạo: chất lượng bắt đầu bằng đào tạo và kết thúc cũng bằng đào tạo.

Dựa trên chế độ tự quản (self - control) - chất lượng không được tạo nên bởi sự kiểm tra mà bởi sự tự giác.

Chú ý đến việc sử dụng các dữ liệu quản lý dựa trên sự kiện (management by fact).

Quản lý và triển khai chính sách: xây dựng và triển khai hệ thống chính sách trên toàn tổ chức.

Hoạt động nhằm chất lượng: thúc đẩy ý thức tự quản và hợp tác của người lao động.

Chia sẻ kinh nghiệm và ý tưởng: khuyến khích các ý tưởng sáng tạo và cải tiến.

Xem xét của lãnh đạo và đánh giá nội bộ: đảm bảo hệ thống chất lượng hoạt động thông suốt và thực hiện chính sách và kế hoạch chất lượng.

Sử dụng các phương pháp thống kê: thu thập và phân tích dữ liệu về sản phẩm và quá trình.

Trên thực tế, áp dụng TQM đã đưa lại hiệu quả cao so với cách quản lý đơn thuần truyền thống. Nghiên cứu của Phan Văn Tường và CS (1999) đã chỉ ra việc áp dụng Quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để giải quyết các vấn đề y tế tại 5 quận, huyện thực địa của trường cán bộ quản lý y tế đã minh chứng việc áp dụng này đã yêu cầu các giám đốc, nhà quản lý sát sao hơn, đi thực địa chỉ đạo nhiều hơn và kết quả đạt được tốt hơn. “TQM nếu được áp dụng đúng đắn sẽ tạo ra được một nội lực thúc đẩy mạnh mẽ việc cải tiến liên tục chất lượng sản phẩm và dịch vụ để không ngừng thỏa mãn người bệnh/khách hàng”¹⁹.

4.7. Hệ thống chứng nhận chất lượng Accreditation

Hệ thống này được phát triển ở châu Âu, đây là một hệ thống thang điểm để đánh giá bệnh viện thuộc loại nào; đạt, chưa đạt hoặc đạt mức độ nào?

Thông thường người ta chia các khu vực của một tổ chức và đưa ra các chỉ tiêu chấm điểm; mức độ điểm cho tùy thuộc vào từng tổ chức ví dụ như ở Mỹ phân làm 4 loại: đạt hoàn toàn (Fully met); đạt phần lớn (Almost met); đạt một phần (Partly met); và không đạt (Not met).

Pháp: Mức độ đánh giá: đạt, đạt một phần và hoàn toàn chưa đạt.

Ví dụ về tiêu chuẩn đánh giá của Pháp được chia thành các khu vực trong bệnh viện như sau:

Mục 1. Đảm bảo quyền của người bệnh (9 tiêu chuẩn).

Mục 2. Khám điều trị và chăm sóc (bao gồm cả hồ sơ bệnh án 4 tiêu chuẩn, điều trị và chăm sóc người bệnh 19 tiêu chuẩn).

Mục 3. Quản lý và lãnh đạo (Quản lý các khoa phòng 9 tiêu chuẩn, quản lý nhân sự 7 tiêu chuẩn, quản lý thông tin 4 tiêu chuẩn, quản lý hậu cần và trang thiết bị 10 tiêu chuẩn).

Mục 4. Quản lý chất lượng và an toàn người bệnh (gồm quản lý chất lượng và phòng ngừa rủi ro 6 tiêu chuẩn; an toàn truyền máu 4 tiêu chuẩn; kiểm soát nhiễm khuẩn 24 tiêu chuẩn).

Ở Việt Nam: Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam năm 2016 ²⁰

Bộ tiêu chí bao gồm 83 tiêu chí chính thức, được chia làm 5 phần A, B, C, D, E:

Phần A: Hướng đến người bệnh (19 tiêu chí)

Phần B: Phát triển nguồn nhân lực (14 tiêu chí)

Phần C: Hoạt động chuyên môn (35 tiêu chí)

Phần D: Cải tiến chất lượng (11 tiêu chí)

Phần E: Tiêu chí đặc thù chuyên khoa (4 tiêu chí)

¹⁹ Phan Văn Tường và CS (2012), “Mô hình quản lý chất lượng và áp dụng vào trong lĩnh vực y tế”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 8 (838) 2012, tr.31-34.

²⁰ Bộ Y tế (2016), *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam năm 2016 được chỉnh sửa, bổ sung và nâng cấp một số tiêu chí, tiểu mục từ Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành thí điểm theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 3 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.*

Mỗi phần A, B, C, D, E được chia thành các chương. Trong mỗi chương có một số tiêu chí (mỗi chương có thể được xem xét như là một tiêu chuẩn chất lượng).

Bố cục của Bộ tiêu chí được trình bày theo thứ tự như sau:

Phần: A, B, C, D, E

Chương: A1, A2, B2, C3...

Tiêu chí: A1.1, A1.2, B2.3, C5.4...

Mức: 1, 2, 3, 4, 5.

Tiểu mục: 1, 2, 3, 4, 5, 6...

Bộ tiêu chí tiếp tục được bổ sung các tiêu chí khác để bao phủ toàn bộ các hoạt động của bệnh viện.

Qua nghiên cứu đánh giá thực địa nhìn chung, bộ tiêu chí đã có tác động tích cực đối với hệ thống bệnh viện, một số nội dung cần nghiên cứu cải tiến phù hợp thêm ví dụ đặc thù vùng miền, việc định nghĩa các chỉ số để đáp ứng nguyên tắc đo lường được của quản lý chất lượng.

PHẦN II: QUẢN LÝ BỆNH VIỆN THEO MỘT SỐ CHUYÊN ĐỀ

BÀI 3. QUẢN LÝ THÔNG TIN BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Nêu khái niệm thông tin y tế/bệnh viện, tiêu chuẩn của thông tin y tế.
2. Nhận thức được tầm quan trọng của thông tin y tế.
3. Trình bày các loại thông tin y tế, phương pháp và công cụ thu thập thông tin.
4. Trình bày được các yếu tố thiết yếu cho quản lý thông tin tốt.
5. Phân tích được thông tin/ số liệu thường gặp.

II. NỘI DUNG

Có thể nói quản lý thông tin y tế là khâu quan trọng của chu trình quản lý chất lượng dịch vụ y tế. Muốn thực hiện QLCL nhất thiết phải có một cơ sở dữ liệu tốt (Database) vì QLCL luôn dựa trên bằng chứng. Muốn có cơ sở dữ liệu tốt đương nhiên công tác quản lý cơ sở dữ liệu phải đảm bảo.

1. Khái niệm về thông tin y tế/bệnh viện

Có thể có nhiều khái niệm khác nhau về thông tin y tế, nhưng trong khuôn khổ của tài liệu này, xin được giới thiệu một khái niệm như sau: *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 :

Nguy cơ ngã của người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp, quý I năm 2021 là 3,03% trên thang điểm Jonhs Hopskin²¹.

Tỉ lệ chết trẻ em dưới một tuổi năm 2009 của Việt Nam là 16,0% ²².

Năm 2008, số người chết do AIDS toàn quốc là 3,526 ²³.

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

Từ khái niệm trên, ta cũng có thể đưa ra khái niệm thông tin cho một cơ sở y tế (bệnh viện chẳng hạn) là những thông tin mô tả tình hình của các mặt hoạt động khác nhau của cơ sở y tế đó, kể cả những thông tin ngoài cơ sở y tế nhưng có liên quan mật thiết.

2. Tầm quan trọng của thông tin y tế/bệnh viện

Người quản lý cơ sở/bệnh viện 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 quản lý và lập kế hoạch sẽ không sát hợp, kém hiệu quả.

²¹ Nguyễn Thị Hồng (2021) *Nguy cơ ngã của người bệnh nội trú tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp, quý I năm 2021 và các yếu tố liên quan*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Trường Đại học Y Hà Nội.

²² Nguồn số liệu: Niên giám thống kê y tế 2009, Bộ Y tế.

²³ Nguyễn Thanh Long, “The HIV/AIDS situation and Vietnam's response to the HIV/AIDS epidemic”, *Toàn cảnh y tế Việt Nam giai đoạn đầu hội nhập WTO*, Bộ Y tế, trang 281.

Như chúng ta đã biết, bất kì quốc gia nào trên thế giới cũng đều chi một khoản tiền lớn cho công tác tình báo, chuyên để thu thập, phân tích thông tin và dự báo các vấn đề chuyên ngành sâu, trong đó có thông tin y tế, sức khỏe.

3. Những yêu cầu của thông tin y tế

3.1. Thông tin đầy đủ và toàn diện

Quản lý nói chung trong các cơ sở/bệnh viện cần thông tin của mọi hoạt động y tế và cả những lĩnh vực ngoài y tế có liên quan. Đây là quan điểm của các chuyên gia về quản lý chất lượng toàn bộ. Thông tin đầy đủ và toàn diện có thể hiểu rằng gồm đủ các nhóm thông tin sau:

Thông tin đối tượng phục vụ: Mô hình bệnh tật: Mắc, chết, đối tượng nguy cơ mắc...

Kinh tế, văn hoá, xã hội, dân số...

Môi trường: Nhà vệ sinh không hợp vệ sinh, ô nhiễm đất, nước, không khí, sử dụng hoá chất gây ô nhiễm ...

Nguồn lực y tế: Trang thiết bị y tế, nhân lực y tế, chính sách chế độ, Mục tiêu kế hoạch ...

Chính sách có liên quan.

Sự ủng hộ của các tổ chức xã hội với y tế/bệnh viện ... (xem cụ thể tại Mục 4 sau).

Thông tin về thực hiện 7 nhiệm vụ của bệnh viện

Quản lý và lập kế hoạch cho một lĩnh vực nhỏ, ví dụ: Đào tạo cán bộ bệnh viện thì cần các thông tin đầy đủ và toàn diện về lĩnh vực đào tạo và một số lĩnh vực y tế, xã hội và tự nhiên có liên quan.

Thông thường bệnh viện không có đầy đủ các nhóm thông tin cần thiết cho công tác quản lý và lập kế hoạch. Người quản lý nhất thiết tìm mọi biện pháp thu thập thông tin, có kế hoạch mỗi năm bổ sung thêm một nhóm thông tin chẳng hạn. Như vậy, nhờ kiên trì áp dụng quan điểm cải tiến liên tục trong quản lý chất lượng, qua vài năm bệnh viện sẽ có đủ các nhóm thông tin cần thiết cho công tác quản lý sức khỏe được phụ trách.

3.2. Thông tin chính xác

Thông tin chính xác là phản ánh đúng tình trạng thực tế. Tỷ lệ sai sót y khoa của bệnh viện M thực tế là 2,5%/năm 2018, nếu báo cáo cao hơn hay thấp hơn tỷ lệ đó đều là sai với tỷ lệ thực, dẫn tới quản lý và lập kế hoạch không sát hợp. Trong thực tế, tỷ lệ thông tin đảm bảo chính xác có thể không cao, nhưng quan trọng hơn là phải “cải tiến liên tục”, nhà quản lý dần dần nâng tỷ lệ thông tin có độ chính xác đảm bảo lên qua các năm.

3.3. Thông tin cập nhật

Sử dụng thông tin của giai đoạn hiện tại để phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch, không dùng thông tin quá cũ, của những giai đoạn trước để phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch. Nếu đứng riêng về khía cạnh cập nhật thông tin, có thể quy định tối thiểu như sau:

Phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch năm: Dùng thông tin năm hiện tại để lập kế hoạch cho năm tới.

Phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch quý: Dùng thông tin quý hiện tại để lập kế hoạch cho quý sau.

Phục vụ cho quản lý và lập kế hoạch tháng: Dùng thông tin tháng hiện tại để lập kế hoạch cho tháng sau.

Cập nhật thông tin y tế là rất quan trọng nhưng quan trọng hơn với nhà quản lý là phải biết chiều hướng phát triển của các vấn đề, các công việc, nói cách khác là diễn biến của các thông tin/chỉ số. Ví dụ, tỉ lệ nhiễm trùng đồ vải của bệnh viện tăng hay giảm trong thời gian qua. Muốn làm được như vậy, nhà quản lý tại bệnh viện cần theo dõi thông tin/chỉ số theo các biến khác nhau như thời gian, không gian, tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn...

Ví dụ: Tại Bệnh viện M, người quản lý theo dõi được tỉ lệ cán bộ quản lý của bệnh viện được học về quản lý bệnh viện như sau:

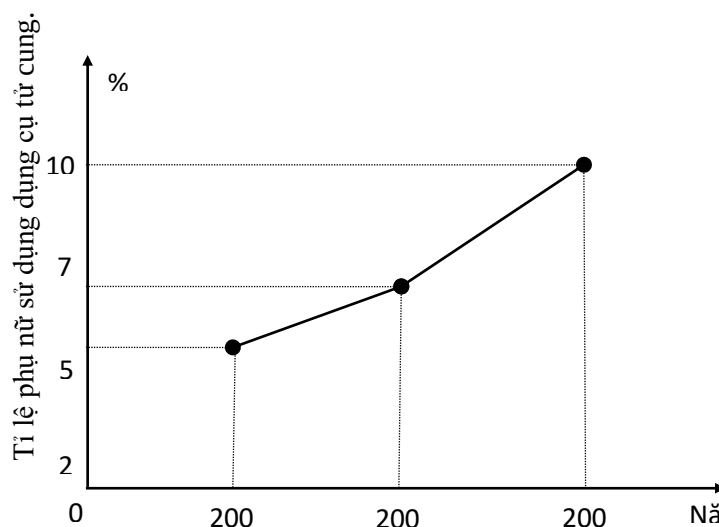
2007: 39%.

2008: 49%

2009: 75%

Dùng biểu đồ dây để biểu diễn các số liệu trên (Biểu đồ 3.1).

Tỉ lệ cán bộ quản lý của bệnh viện được học về quản lý bệnh viện tăng mạnh. Điều đó có ích cho việc xác định mục tiêu của kế hoạch sau này.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tỷ lệ cán bộ quản lý của bệnh viện được học về quản lý tại bệnh viện M.

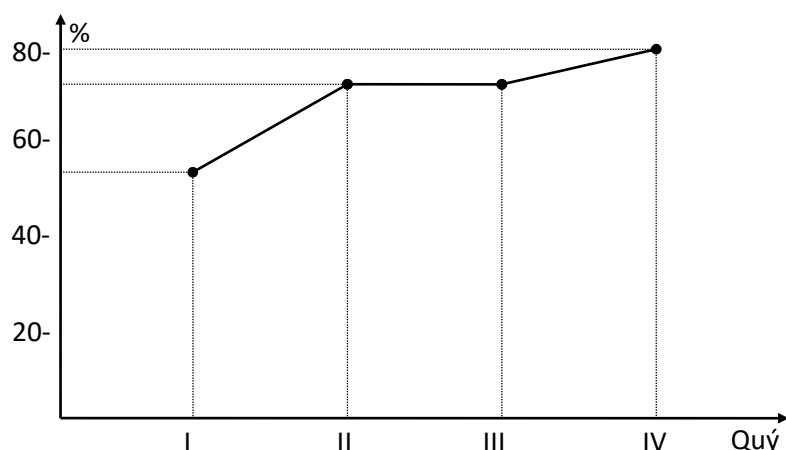
Ví dụ khác: Tỷ lệ đồ vải vô trùng của bệnh viện M như sau:

Quý I: 50%

Quý II: 75%

Quý III: 75%

Quý IV: 80%



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đồ vải vô trùng của bệnh viện M, năm 2009.

Nhìn biểu đồ 3.2, có thể kết luận là tình hình sử dụng đồ vải vô trùng của bệnh viện M tăng trong năm 2010, tại tỉnh M.

3.4. Thông tin đặc hiệu

Khi thực hiện quản lý và 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 uốn ván rốn trẻ sơ sinh thì cần lấy thông tin về tỷ lệ bà mẹ có thai tiêm AT. Ngược lại, lập kế hoạch về bảo vệ sức khỏe phụ nữ có thai mà lấy thông tin tỷ lệ tiêm AT cho phụ nữ có thai là không đặc hiệu, vì thông tin này không phản ánh việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ có thai.

3.5. Thông tin về chất lượng

Người quản lý bệnh viện 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 3.1 sau:

Bảng số 3.1. Thông tin về số lượng và chất lượng

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.
Hồ xí hai ngăn.	Tỷ lệ hộ gia đình có hồ xí hai ngăn.	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hồ xí hai ngăn đúng quy định.

Trên thực tế, thông tin về số lượng không có ý nghĩa hay có ý nghĩa rất thấp cho công tác quản lý. Thông tin về chất lượng mới đảm bảo cho công tác quản lý chất lượng. Như bảng số 3.1 cho thấy, trẻ được cấp oresol nhưng chưa chắc đã dùng, mà có dùng chưa chắc đã đúng quy định. Tỷ lệ hay số lượng trẻ này chỉ là thông tin về số lượng chưa phản ánh chất lượng của công việc.

3.6. Thông tin lượng hoá

Một trong các cột trụ của chất lượng là sự đo đếm được, tức chất lượng phải được đo đếm bằng các đơn vị đo. Trong quản lý thông tin cũng vậy, thông tin phải được biểu diễn thành số lượng hay tỷ lệ phần trăm... Hạn chế dùng thông tin chưa lượng hoá. Xem ví dụ ở bảng 3.2.

Bảng 3.2. Thông tin lượng hóa và chưa lượng hóa

Thông tin	Chưa lượng hoá	Đã lượng hoá (rất cụ thể)
Dân cầu cứng khi ốm đau.	Đa số hộ gia đình cầu cứng khi bị ốm đau.	78% số hộ cầu cứng khi bị ốm đau.
Chấp hành quy chế chống nhiễm trùng bệnh viện	Đa số người bệnh chấp hành đúng quy chế chống nhiễm trùng bệnh viện	78% người bệnh chấp hành đúng quy chế chống nhiễm trùng bệnh viện.

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 cán bộ và nhân viên y tế ủng hộ áp dụng phương thức quản lý TQM hơn là bộ tiêu chí ISO.

Những thông tin chưa lượng hóa vẫn có thể dùng, tùy trường hợp, song quan trọng hơn là nhà quản lý phải biết tìm ra phương pháp và xây dựng kế hoạch để ngày càng đo đếm, định lượng được thông tin đó nhiều hơn, phục vụ cho công tác quản lý sức khỏe.

4. Các nhóm thông tin cho quản lý và lập kế hoạch

Mỗi lĩnh vực quản lý/mỗi loại kế hoạch cần các thông tin riêng. Song nhìn chung thì cần có những nhóm thông tin như sau:

4.1. Thông tin về bệnh tật

Tỷ lệ mắc

Tỷ lệ chết

Tỷ lệ các loại biến chứng

Tỷ lệ tàn phế các mức độ

Tỷ lệ được điều trị ...

Tỷ lệ bị phơi nhiễm hay nguy cơ cao mắc bệnh ...

Các tỉ lệ trên có thể mô tả theo giới, tuổi, nghề nghiệp, dân tộc ... Ví dụ, tại Bệnh viện tỉnh M, năm 2019 tỉ lệ nữ cán bộ nhân viên y tế mắc sai sót y khoa là 3,5% và ở nam là 3,7%.

4.2. Thông tin về phòng bệnh

Số lượt cán bộ nhân viên đi chống dịch/ năm

Tỉ lệ người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe

Tỉ lệ các bệnh phòng có TV truyền thông

Tỉ lệ cán bộ nhân viên y tế của bệnh viện đã được tiêm đủ 2 mũi vắc xin Astra Geneca.

...

4.3. Thông tin về nguồn lực y tế

Tổng số nhân lực, số lượng và tỉ lệ cán bộ y tế theo trình độ chuyên môn: CKI, CKII...

Số lượng thuốc các loại và từng loại.

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

Số lượng cơ sở vật chất trang thiết bị y tế.

Số kinh phí cho giường bệnh/năm.

Tỉ lệ KCB bằng Y học cổ truyền...

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

Sự chỉ đạo, đường lối chính sách

Số kinh phí sẽ được hỗ trợ

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

Số nhân lực (ngày công) sẽ được hỗ trợ

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

4.5. Thông tin về y tế tuyến dưới

Nếu các thông tin về 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.

4.6. 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 theo 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 tivi, 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 như địa hình rừng núi, sông nước, sinh lầy... vẽ bản đồ hành chính và địa lý của cộng đồng.

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

Chỉ số về thực hiện 7 nhiệm vụ của bệnh viện.

4.8. Thông tin về môi trường chung

Số lượng hóa chất bảo vệ thực vật, phân hoá học dùng/1m²/năm.

Số nguồn phát ra các độc hại cho sức khoẻ như 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.

4.9. Thông tin về sự hỗ trợ của cộng đồng

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

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

Trong lập kế hoạch, người quản lý cần các thông tin của bệnh viện của mình quản lý/(cộng đồng mình trực thuộc) song cần thu thập cả các thông tin của bệnh viện khác/(cộng đồng bên cạnh, hoặc các cộng đồng trong vùng) xem cùng một lĩnh vực y tế thì bệnh viện của mình/(cộng đồng mình) xếp vào loại nào nếu đem so sánh. Điều đó có ích cho việc xác định vấn đề ưu tiên 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.

Mỗi loại cơ sở y tế sẽ có nhu cầu sử dụng các nhóm thông tin khác nhau. Đối với các cơ sở y tế của nhà nước, các nhu cầu này thường thể hiện dưới dạng các bộ chỉ số/ số liệu được Nhà nước hay Bộ Y tế quy định (Ví dụ, Bộ chỉ số cơ bản đo lường chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định 7051/QĐ-BYT, ngày 29-11-2016 của Bộ Y tế hay Quy định Hệ thống chỉ tiêu thống kê cơ

bản ngành y tế ban hành kèm theo Thông tư số 20/2019/TT-BYT ngày 31/7/2019 của Bộ Y tế). Với cơ sở y tế tư nhân thì chưa có các quy định này.

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

5.1. Phương pháp thu thập số liệu thứ cấp (Qua sổ, sách, báo cáo sẵn có)

Cần xây dựng và củng cố hệ thống tổ chức báo cáo từ dưới lên. Công cụ để thu thập thông tin theo phương pháp này là các biểu mẫu, sổ sách - đó là các bảng, biểu thiết kế sẵn với các chỉ số và thông tin rất cụ thể (empty table). 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.

5.2. Quan sát, lắng nghe tại các cuộc họp hay đi thực tế

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. Đôi khi thông tin không chính xác và đầy đủ.

5.3. Phỏng vấn cá nhân

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

5.4. Thảo luận nhóm tập trung (Focus group discussion)

Nhóm gồm 5 - 10 người, thảo luận tập trung vào một số chủ đề/ câu hỏi. Thảo luận sâu nên khai thác được nhiều ý kiến. Dùng bộ câu hỏi và ghi biên bản/ ghi âm để khai thác và thu nhận thông tin.

5.5. Dùng thử nghiệm (test)

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

Ngoài ra có thể dùng thư gửi qua bưu điện hay gọi điện thoại để thu thập thông tin... Với phương pháp này ta dùng bộ câu hỏi tự điền (để gửi thư). Ngày nay nhiều người còn gửi bộ câu hỏi khảo sát qua email...

Chú ý: Khi thu thập thông tin bằng phỏng vấn, quan sát qua bảng kiểm và thử nghiệm, nếu đối với quần thể lớn mà không thể điều tra toàn bộ quần thể được thì cần tiến hành chọn mẫu (mẫu đại diện) để đảm bảo thông tin thu được là phản ánh khá chính xác tình hình của cộng đồng (cần nghiên cứu kỹ các loại mẫu của dịch tễ học).

6. Biểu diễn thông tin y tế

Biểu diễn thông tin định lượng bằng các bảng, biểu đồ...(xem phụ lục số 4). Nếu là thông tin định tính thì xếp theo nhóm giúp xử lý thuận lợi.

6.1. Thông tin định lượng

Cách biểu diễn rất quan trọng, từ đó giúp người xem hiểu được ý nghĩa của thông tin. Ví dụ, ta thu được rất nhiều các thông tin định lượng về dân số của một địa dư hành chính như số lượng dân theo lứa tuổi chẳng hạn. Cách biểu diễn tốt nhất là vẽ thành tháp dân số sẽ giúp cho người xem thấy rõ được tỷ lệ, số

lượng dân phân bố theo tuổi, giới. Đặc biệt nhìn rõ được độ lớn dân số của từng giới và của chung toàn bộ dân cư qua cấu trúc tuổi.

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

Một cách biểu diễn thông dụng nữa là dùng các loại biểu đồ để biểu diễn thông tin định lượng. Tùy loại thông tin mà ta chọn biểu đồ thích hợp: Cột, hình tròn, dây... (xem biểu đồ 3.1, 3.2 trên đây và phụ lục số 4). 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...

6.2. Biểu diễn thông tin định tính

Cách đơn giản là lập bảng danh mục tương ứng với mã 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. Sau đây là ví dụ minh họa.

Nguyên nhân của sự quá tải người bệnh tại bệnh viện huyện có thể gồm ba nhóm nguyên nhân sau:

Nhóm 1: Các nguyên nhân do trạm y tế cơ sở (mã hoá là YTCS)

Trạm y tế xã thiếu bác sĩ.

Trách nhiệm cán bộ trạm y tế xã không cao, hay bỏ trực.

Thiếu trang thiết bị khám chữa bệnh.

Nhóm 2: Các nguyên nhân về cơ chế, chính sách (mã hoá CCCS)

Thực hiện khám chữa bệnh ban đầu cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại bệnh viện huyện.

Bỏ quy định giấy giới thiệu, người bệnh tự do lên tuyến huyện chữa bệnh. ..

Một cách khác để xem xét thông tin định tính là lập bảng ma trận. Đó là một bảng nhưng không phải là số trong các ô mà là các từ, đoạn văn. Chủ đề hay câu hỏi được ghi vào mỗi một cột và mỗi hàng là các nguồn thông tin khác nhau. Ví dụ kết quả thảo luận nhóm tập trung với các nhóm bà mẹ khác tuổi về thực hành ăn dặm được tóm tắt trong một ma trận tại bảng 3.3.

Bảng 3.3 cho thấy hai nhóm bà mẹ có những điểm khác nhau: Nhóm bà mẹ ít tuổi cho trẻ ăn dặm lần đầu sớm hơn, hay dùng thức ăn đặc hơn so với các bà mẹ cao tuổi.

Ngoài ra, còn nhiều cách biểu diễn thông tin định tính khác như biểu diễn bằng sơ đồ (diagram), sơ đồ diễn tiến (flow chart), bản đồ ... trong khuôn khổ của bài này, chúng tôi không đi sâu, cần tham khảo thêm các tài liệu giới thiệu về phân tích định tính. Đặc biệt khi mô tả về **mô hình tổ chức hay phương thức quản lý** của một cơ sở y tế thì chủ yếu dùng các thông tin định tính như vẽ sơ đồ tổ chức, sơ đồ cấu trúc, mô tả quy trình quản lý, quy trình và phương pháp xây dựng bản kế hoạch...(xem phụ lục 1).

Bảng 3.3. 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 nghiền, hoa quả nghiền, bánh mềm	1-2 lần/ ngày - Tùy thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ - Tùy thuộc nhu cầu trẻ
Các bà mẹ quá tuổi sinh đẻ (> 45 tuổi)	Từ 5 – 11 tháng, trung bình: 8,5 tháng	- Bột - Nước hoa quả	1-2 lần/ ngày - Tùy thuộc thời gian có nhà của mẹ hay người chăm trẻ - Tùy thuộc nhu cầu trẻ

7. Lưu giữ và xử lý thông tin y tế

Với thông tin định lượng người ta lưu giữ và xử lý trong máy vi tính bằng các phần mềm: Excel, Epi Info, SPSS, Foxpro, Stata... 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.

8. Phân tích thông tin

Phân tích thông tin rất quan trọng, cùng một thông tin nhưng phân tích khác nhau sẽ cho ý nghĩa và ứng dụng khác nhau. Tùy theo yêu cầu của công tác quản lý và lập kế hoạch y tế mà phân tích thông tin theo hướng cần thiết. Sau đây, xin trình bày một số ví dụ về phân tích thông tin y tế.

8.1. Phân tích theo các yếu tố tự nhiên

Phân tích theo các yếu tố như thời gian, không gian, nhóm tuổi, giới... Ví dụ, xem tỉ lệ viêm đường hô hấp cấp tính xảy ra theo các nhóm tuổi thế nào hoặc xem tỉ lệ nhập viện vì loét dạ dày, tá tràng theo mùa nóng và lạnh... Dựa vào các thông tin định lượng và định tính phân tích tiếp xem nguyên nhân hay các yếu tố liên quan của tỉ lệ bệnh đó là gì.

8.2. Phân tích theo các yếu tố xã hội

Các yếu tố xã hội như kinh tế, văn hoá, nghề nghiệp ...

Phân tích những thuận lợi và khó khăn cho công tác quản lý/lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch...

Ví dụ về phân tích thông tin bệnh viện: Bệnh viện huyện M là bệnh viện hạng II, số liệu thống kê báo cáo hai năm như sau:

Tại Bệnh viện huyện M (Giả dụ số liệu sau là chính xác)		
<u>Số liệu</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
1.Số người bệnh tới khám:	100000	130000
2.Số lượt người bệnh nội trú:	5000	7000
3.Số tử vong	50	30
4.Công suất sử dụng giường bệnh	95%	110%
Kết luận: Hoạt động của Bệnh viện năm 2018 tốt hơn 2017.		

Bạn có đồng ý với kết luận trên đây không? Nếu không, vì sao? Nếu có, vì sao?

Để trả lời được câu hỏi trên, ta bắt buộc phải thực hiện phân tích thông tin bệnh viện. Nhìn sơ qua, ta thấy số liệu của năm 2018 đều tích cực hơn năm 2017 vì số liệu số 1, 2 và 4 đều tăng mạnh, hơn nữa số liệu thứ 3 (tử vong) lại giảm. Chắc chắn nhiều người sẽ không cần suy nghĩ mà trả lời luôn là hoạt động của bệnh viện M năm 2018 tốt hơn 2017. Tuy nhiên, với những nhà quản lý có kinh nghiệm sẽ không đưa ra kết luận vội vàng trên đây, bao giờ cũng phân tích kỹ lưỡng thấu đáo. Nếu bệnh viện có Hội đồng khoa học hay Đội lập kế hoạch (Xem bài 4. Lập kế hoạch bệnh viện) thì nên được sử dụng để phân tích thông tin, số liệu này, sẽ đảm bảo tốt nhất.

Đây là bệnh viện tuyến huyện, có nhiệm vụ rất quan trọng là chỉ đạo y tế tuyến xã thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu (trong đó có khám chữa bệnh). Hai năm liên nhau có các chỉ số số 1, 2 và 4 tăng mạnh, có tính chất hơi bất thường, chứng tỏ số lượng và tỉ lệ người dân trong huyện M mới mắc bệnh tăng cao. Người bệnh tràn vào các trạm y tế xã (TYTX) của huyện, có thể ở đây cũng bị quá tải hay không đủ khả năng thu nạp người bệnh, làm cho người bệnh tràn vào bệnh viện huyện M. Số lượng người bệnh tăng cao, đột ngột trong cộng đồng dân cư huyện M như trên thì lý do đầu tiên phải nghĩ đến là dịch bệnh đã xảy ra. Cần khẩn trương điều tra dịch bệnh ngay. Lý do tiếp theo có thể nghĩ đến là một loạt các bác sĩ tại TYTX về nghỉ hưu hoặc có sự thay đổi trong chính sách khám chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT), ví dụ, không thực hiện khám chữa bệnh ban đầu cho người bệnh BHYT tại TYTX mà chỉ khám tại bệnh viện

tuyển huyện. Như vậy, những người bệnh này ào vào bệnh viện huyện M gây chỉ số số 1, 2 và 4 tăng mạnh trong thời gian ngắn. Lý do về bệnh viện M cải tiến mạnh chất lượng dịch vụ nên người bệnh tới đông trong thời gian ngắn (năm trước, năm sau) là một lý do không tương vì chất lượng khám chữa bệnh không thể tăng đột ngột trong thời gian siêu ngắn như vậy.

Với chỉ số thứ 3 (Số ca tử vong bệnh viện) giảm mạnh trong thời gian ngắn cũng không nói lên được sự thăng tiến chất lượng dịch vụ bệnh viện. Người lãnh đạo bệnh viện chỉ cần đưa ra chỉ đạo: Chuyển viện 100% các ca bệnh nặng, giai đoạn cuối, thì lập tức số tử vong trên sẽ về số 0 ngay tức khắc.

Mặt khác, kết luận lại viết “*Hoạt động của bệnh viện...*” tức hàm ý nói cả 7 nhiệm vụ của bệnh viện, nhưng thực tế chỉ có 4 số liệu về khám chữa bệnh, hoàn toàn không có số liệu hay thông tin gì về các nhiệm vụ khác, do vậy kết luận trên đây là không thỏa đáng.

Với phân tích trên, rõ ràng chúng ta không đồng ý với kết luận của báo cáo.

Tóm lại, thông tin và quản lý chất lượng thông tin y tế/bệnh viện là khâu quan trọng của chu trình quản lý và cũng là khâu đầu tiên của quy trình lập kế hoạch (lập kế hoạch dựa trên bằng chứng). 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, trình bày và phân tích thông tin để phục vụ cho quản lý nói chung và lập kế hoạch nói riêng tốt.

9. Một số yếu tố đảm bảo cho quản lý tốt thông tin y tế/bệnh viện

9.1. Xây dựng mạng lưới quản lý thông tin

Lãnh đạo bệnh viện nhất thiết phải xây dựng mạng lưới quản lý thông tin tại bệnh viện của mình ở mọi cấp quản lý từ Ban giám đốc tới các đơn vị nhỏ (phòng, ban, khoa...). Mạng lưới phủ kín toàn đơn vị, tạo ra một mạng lưới rộng khắp, thống nhất (network). Hệ thống mạng lưới này sẽ hỗ trợ rất tốt cho quản lý thông tin toàn bệnh viện.

9.2. Bố trí nhân lực quản lý thông tin

Về số lượng, cần bố trí đủ nhân lực quản lý thông tin ở mọi cấp quản lý. Về chất lượng, cần đảm bảo cho đội ngũ cán bộ này được đào tạo bài bản về thông tin y tế và quản lý thông tin y tế, quan trọng hơn nữa là tuyển chọn người có tâm huyết, có trách nhiệm cao phục vụ cho công tác này.

9.3. Quy chế quản lý thông tin y tế

Cần thiết chấp hành tốt các quy chế, quy định về quản lý thông tin do nhà nước hay Bộ Y tế ban hành, bên cạnh đó bệnh viện cũng cần ban hành quy chế riêng sao cho phù hợp với tình hình thực tế. Quy chế thường tập trung vào các khâu: Thu thập, lưu giữ, xử lý, phân tích, báo cáo, kiểm tra, thanh tra, giám sát,

đánh giá, sử dụng ...thông tin y tế. Nghiên cứu và áp dụng các phương thức quản lý tiên tiến của thế giới (ISO) cho quản lý thông tin y tế.

9.4. Đầu tư nghiên cứu khoa học trong quản lý thông tin y tế

Từ trước tới nay, việc đầu tư cho quản lý thông tin y tế/bệnh viện còn chưa tương xứng, nhất là việc đầu tư nghiên cứu để cải tiến công tác này. Nhất thiết phải đầu tư các công trình nghiên cứu khoa học nhằm phát minh hay áp dụng kỹ thuật mới để cải tiến chất lượng công tác này.

9.5. Tăng cường cơ sở vật chất, kỹ thuật

Một dạng đầu tư khác nữa cho công tác này là tăng cường cơ sở vật chất, kỹ thuật như hiện đại hóa máy móc, trang thiết bị, hiện đại hóa kỹ thuật như các phần mềm quản lý thông tin.

9.6. Chiến lược quản lý thông tin

Mỗi đơn vị y tế nhất thiết phải xây dựng một kế hoạch chiến lược (định hướng chiến lược) về công nghệ thông tin cho mình, lồng ghép chung với định hướng chiến lược chung.

BÀI 4. LẬP KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Nêu khái niệm về bản kế hoạch.
2. Nhận thức được ý nghĩa, tầm quan trọng của LKH.
3. Kể được 3 hình thức lập kế hoạch.
4. Phân tích được ý nghĩa, tầm quan trọng, thành phần, nguyên tắc của đội LKH.
5. Thực hành được các bước LKH.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm về kế hoạch

Từ thời xa xưa, con người đã biết làm kế hoạch. Lúc đó kế hoạch được làm rất đơn giản. Qua thời gian, kế hoạch được phát triển do ứng dụng thành tựu của các ngành khoa học kỹ thuật khác nhau. Song nhìn chung, kế hoạch được hiểu là những dự định của con người trong việc sử dụng các nguồn lực (nhân lực, cơ sở vật chất, tiền, thời gian ...) để làm một việc gì đó cho kết quả nhất định.

2. Quy trình lập kế hoạch

Chu trình quản lý gồm 3 bước: Lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch và đánh giá việc thực hiện kế hoạch. Lập kế hoạch là bước đầu tiên của chu trình quản lý nên có một vai trò rất quan trọng trong công tác quản lý. Trước tiên, muốn nghiên cứu về lập kế hoạch thì cần rõ khái niệm về bản kế hoạch cũng như quy trình lập kế hoạch (LKH).

+ Bản kế hoạch là văn bản (có thể là của cá nhân hay của tổ chức) để đảm bảo cho cá nhân và tổ chức làm việc và hoạt động theo yêu cầu sau đây:

- Chọn đúng việc cần làm và mức độ hoàn thành
- Xác định được cách làm tốt
- Đảm bảo sử dụng các nguồn lực có hiệu quả để làm việc đó

Như vậy, bản kế hoạch chỉ là những dự kiến, xong nó thể hiện:

- Tính khoa học
- Tính nghệ thuật độc đáo

+ Quy trình lập kế hoạch: Để có được sản phẩm là bản kế hoạch phải trải qua nhiều bước khác nhau. Các bước đó phải tuân theo trình tự nhất định, không thể đảo lộn. Có nhiều tác giả phân quy trình lập kế hoạch thành 4 bước, 6 bước hay 7 bước... Tuy nhiên, việc phân chia thành bao nhiêu bước hoàn toàn không quan trọng và phụ thuộc vào quan điểm. Tài liệu này giới thiệu quy trình lập kế hoạch gồm 6 bước. Tuy nhiên, có thể tách một bước nào đó ra làm đôi và như vậy có quy trình gồm 8 bước. Ngược lại, có thể ghép hai bước liền nhau nào đó lại sẽ có quy trình gồm 6 bước...Sau đây là các bước của lập kế hoạch bệnh viện (thường cho 01 năm):

Bước 1. Thành lập đội lập kế hoạch (ĐLKH)

Bước 2. Phân tích thực trạng, xác định vấn đề ưu tiên cho bệnh viện hay khoa phòng

Bước 3. Nêu tên kế hoạch (nêu vấn đề ưu tiên cho viết kế hoạch)

Bước 4. Xác định Mục tiêu của kế hoạch

Bước 5. Tìm giải pháp

Bước 6. Xây dựng kế hoạch hoạt động

3. Ý nghĩa, tầm quan trọng của lập kế hoạch

Có thể nói bản kế hoạch được viết ra tốn khá nhiều công sức và trí tuệ của tập thể cũng như cá nhân. Nó là một công trình khoa học thực thụ. Quan trọng hơn, bản kế hoạch còn quyết định sức khỏe cho cả một cộng đồng, quyết định tính mệnh của nhiều người trong cộng đồng/ bệnh viện. Vì một bản kế hoạch không sát hợp có thể sẽ làm cho tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ chết của các bệnh tăng cao trong cộng đồng/bệnh viện.

Như ta đã biết, nhà quản lý phải vận dụng kiến thức tổng hợp của nhiều ngành khoa học khác nhau phục vụ cho lập kế hoạch, nhưng vận dụng phải rất sáng tạo nên mang tính nghệ thuật cao. Bản kế hoạch tốt là chặng đường đầu tiên đưa ta tới thành công. Ở các nước xã hội chủ nghĩa phát triển cao trước đây như Liên xô và Cộng hoà Dân chủ Đức hoặc ở các nước công nghiệp phát triển thì tính kế hoạch hoá rất cao. Nhiều nhà quản lý doanh nghiệp nổi tiếng làm việc theo kế hoạch được vạch ra chi tiết tới từng phút.

Rõ ràng là sự thành công, sự phát triển của cá nhân, của mọi lĩnh vực và toàn xã hội đều do làm việc một cách khoa học và có nghệ thuật tức là làm việc theo kế hoạch. Để thực hiện lời dạy của Chủ tịch Hồ Chí Minh "... Xây dựng đất nước ta đàng hoàng hơn, to đẹp hơn...", thực hiện nghị quyết của Đảng cộng sản Việt Nam: Hiện đại hoá, công nghiệp hoá đất nước, đưa nước ta tiến nhanh tiến mạnh và tiến vững chắc lên chủ nghĩa xã hội thì không còn con đường nào khác là chúng ta phải làm việc có tính kế hoạch hoá cao. Đó là trách nhiệm, là đạo đức, là phẩm chất cao quý của mỗi người công dân, song trước hết là những nhà quản lý.

4. Các loại kế hoạch

Có nhiều loại kế hoạch khác nhau, tùy theo cách phân chia:

- Phân chia theo thời gian, ta có:

Kế hoạch dài hạn hay kế hoạch chiến lược: Từ 3 năm trở lên

Kế hoạch trung hạn: 2 năm

Kế hoạch ngắn hạn: Kế hoạch 1 năm, kế hoạch quý hay tháng

- Phân chia theo lĩnh vực:

Kế hoạch chung

Kế hoạch nhân lực

Kế hoạch tài chính ...

5. Các kiểu lập kế hoạch

5.1. Lập kế hoạch từ trên xuống (Top - Down):

Kiểu lập kế hoạch này thường phổ biến ở nước ta trước kia và hiện nay cũng vẫn còn phổ biến. Nói chung kiểu lập kế hoạch này phù hợp với cơ chế quản lý tập trung, nền kinh tế nặng tính bao cấp. Đặc điểm cơ bản của kiểu lập kế hoạch này là tổ chức tuyến trên giao chỉ tiêu cho tổ chức tuyến dưới để lập kế hoạch, nên còn gọi là lập kế hoạch theo chỉ tiêu. Do vậy thường dẫn tới các nhược điểm sau:

- Chỉ tiêu trên giao nhiều khi không phù hợp với tình hình thực tế của tuyến dưới.
- Cấp dưới bị động nên lúng túng, khó khăn lập kế hoạch.
- Không lôi kéo được đông đảo quần chúng tham gia lập kế hoạch.
- Không khuyến khích được sự năng động và sáng tạo của số đông người.
- Chừng mực nào đó có thể kìm hãm sự phát triển.

5.2. Lập kế hoạch từ dưới lên (bottom - up)

Cấp dưới, tuyến dưới chủ động lập kế hoạch trước; cấp trên, tuyến trên lập kế hoạch sau trên cơ sở dựa vào các bản kế hoạch của các cấp dưới quyền. Kiểu lập kế hoạch này phù hợp với cơ chế kinh tế mới ở nước ta: Cơ chế kinh tế thị trường. Nó khắc phục được các yếu điểm của kiểu lập kế hoạch top - down vừa nêu trên.

- Chỉ tiêu kế hoạch của cơ quan (cấp, tuyến) do chính họ đặt ra nên thường phù hợp với thực tế.
- Lôi kéo được số đông người lập kế hoạch nên có trách nhiệm trong thực hiện kế hoạch (vì kế hoạch do chính họ làm ra).
- Khuyến khích sự năng động sáng tạo nên thúc đẩy sự phát triển...

5.3. Lập kế hoạch kết hợp

Chỉ tiêu trên giao xuống cấp dưới có thể được điều chỉnh theo đề nghị của cấp dưới. Cấp dưới chủ động lập kế hoạch.

6. Các bước lập kế hoạch

6.1. Bước 1: Thành lập đội lập kế hoạch

Các cơ quan, bệnh viện của ta hiện nay có phòng kế hoạch. Hầu hết các kế hoạch đều do phòng kế hoạch tổng hợp xây dựng rồi báo cáo giám đốc bệnh viện duyệt. Kế hoạch của bộ phận nào thì do bộ phận đó xây dựng rồi trình giám đốc (hay cấp phó được uỷ quyền) duyệt ký. Với cách làm này ít có sự chia sẻ và không lôi kéo được các bộ phận khác tham gia lập kế hoạch, nên kế hoạch thường có tính quan liêu, không sát thực. Vì vậy cần có một "đội lập kế hoạch" (ĐLKH) đảm bảo cho ra một bản kế hoạch có tính khoa học và nghệ thuật cao.

6.1.1. Thành phần đội lập kế hoạch

Nguyên tắc cơ bản là ĐLKH phải bao gồm đại diện của mọi đối tượng trong cơ quan và cả ngoài cơ quan (bệnh viện hay khoa/ phòng), như vậy đảm bảo cho kế hoạch được xây dựng có độ sát hợp cao với mọi nhóm khách hàng. Thông thường gồm đại diện của các đối tượng sau:

a) Bên trong cơ quan/ bệnh viện:

- Đại diện của nhóm các bộ lãnh đạo: Ban giám đốc, trưởng phó phòng ban, khoa, đội...

- Đại diện của nhóm cán bộ quản lý

- Đại diện các nhóm nhân viên của: Nhóm bác sĩ, nhóm điều dưỡng, nhóm kỹ thuật viên...

- Đại diện các đoàn thể: Đảng, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên cộng sản...

- Đại diện các hội (nếu có): Hội đồng người bệnh, hội điều dưỡng...

b) Bên ngoài cơ quan:

- Đối tượng phục vụ (ví dụ: người bệnh...). Ta không mời đích danh người bệnh ngồi họp với ĐLKH mà thường khảo sát ý kiến 500 người bệnh ngẫu nhiên, rồi đưa kết quả khảo sát này vào làm bằng chứng cho đội LKH ra các quyết định.

- Đại diện cấp trên

- Đại diện cấp dưới

- Đại diện các đoàn thể trong cộng đồng có liên quan : Hội chữ thập đỏ, Hội phụ nữ...

- Đại diện nhà tài trợ (nếu có). Với bệnh viện chú ý có đại diện của cơ quan Bảo hiểm y tế.

Tuỳ theo từng kế hoạch mà ta mời đại diện của các đối tượng/ khách hàng khác nhau tham gia ĐLKH. Song về nguyên tắc là mời đại diện của các nhóm khách hàng bên trong và bên ngoài bệnh viện có liên quan mật thiết tới kế hoạch đó.

6.1.2. Tiêu chuẩn của người tham gia ĐLKH

Sau khi đã xác định xong đối tượng mời vào ĐLKH, cần đưa ra tiêu chuẩn để mời đúng người, có vậy mới đảm bảo chất lượng của bản kế hoạch. Có thể gồm các tiêu chuẩn sau:

- Có kinh nghiệm quản lý và lập kế hoạch trong lĩnh vực chuyên môn đó;

- Hiểu biết rộng trong chuyên môn, các vấn đề tự nhiên và xã hội có liên quan;

- Phẩm chất đạo đức tốt, tinh thần trách nhiệm cao;

- Năng động, sáng tạo;

- ...

6.1.3. Nguyên tắc làm việc của ĐLKH

- Dân chủ: Đây là nguyên tắc rất quan trọng. Trong ĐLKH có cả cấp trên và cấp dưới, thủ trưởng và nhân viên nên không thực hiện dân chủ thì mọi ý kiến

của thủ trưởng, của cấp trên là thông soái. Nhân viên và cấp dưới không dám cho ý kiến của mình. Điều đó kìm hãm sự sáng tạo của mọi người trong ĐLKH và dĩ nhiên sẽ tạo ra một kế hoạch không sát hợp.

- Động não: (Brainstorming), tức mọi thành viên trong ĐLKH phải xem xét, suy nghĩ và cân nhắc kỹ càng trước mọi quyết định. Muốn vậy, cần nghiên cứu kỹ các thông tin y tế, phân tích và phán đoán vấn đề một cách sáng tạo; tính khoa học và nghệ thuật trong quản lý phải được vận dụng triệt để.

- Biểu quyết tập thể và làm theo ý kiến đa số (Multivoting): Tất cả các quyết định trong lập kế hoạch đều phải được mọi thành viên trong ĐLKH thông qua bằng bỏ phiếu kín. Quyết định dựa vào ý kiến đa số. Người quản lý đứng đầu của cơ quan không tự ý thay đổi mọi quyết định và có thể thay mặt các thành viên trong đội ký xác nhận để hợp pháp hóa bản kế hoạch.

Tóm lại: Lập kế hoạch là một khoa học và nghệ thuật. Muốn đảm bảo được như vậy cần áp dụng kiểu lập kế hoạch từ dưới lên và nhất thiết phải dựa vào ĐLKH được xây dựng lên bởi đại diện của rộng rãi các thành phần/khách hàng liên quan, đồng thời hoạt động theo những nguyên tắc chặt chẽ.

6.2. Bước 2. Phân tích thực trạng, xác định vấn đề ưu tiên cho bệnh viện

6.2.1. Vấn đề ưu tiên (VDUT):

VDUT là một khái niệm chưa được thống nhất, có thể mỗi tài liệu lại đề cập ở khía cạnh khác nhau. Trên thực tế VDUT cần được hiểu như vấn đề tồn tại trong y tế. Vậy VDUT là:

- Công việc còn tồn tại trong y tế, nổi cộm lên cần được giải quyết sớm trong một cộng đồng hay trong cơ sở y tế/ bệnh viện.

- Xét về mọi mặt thì cộng đồng hay bệnh viện đó có khả năng giải quyết được tồn tại đó (sẽ rõ thêm khi xem bảng số 4.1).

Trong phạm vi của chương trình đào tạo này, trước hết VDUT cần được hiểu là một công việc thuộc ngành y tế giải quyết. Nếu một công việc nào đó không thuộc phạm vi giải quyết của ngành y tế (mặc dầu nó cũng tác động tới sức khỏe con người), ví dụ việc phá rừng bừa bãi của dân chúng tại một cộng đồng là thuộc phạm vi giải quyết của ngành Lâm nghiệp, không thuộc trách nhiệm giải quyết của ngành Y tế (mặc dầu, xét về lâu dài, nó tác động lớn tới sức khỏe của con người) thì có thể coi đó không phải là VDUT. Chú ý khái niệm này chỉ sử dụng trong phạm vi của chương trình đào tạo này.

Công việc y tế, nổi cộm lên cần được giải quyết sớm trong một cộng đồng/ cơ sở y tế: Rõ ràng công việc đó phải nổi cộm trong một khoảng thời gian nào đó tại một bệnh viện hay cộng đồng. Sự nổi cộm có thể biểu hiện bằng tỉ lệ chết cao hay tỉ lệ mắc bệnh cao, cũng có thể là tỉ lệ phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ nào đó cao (nói cách khác có tỉ lệ âm tính cao), đòi hỏi cần được giải quyết sớm trong một đơn vị thời gian (có thể là một quý, một năm...). Năm 2020, các

VĐUT của huyện A hay bệnh viện A có thể khác với các VĐUT trong năm 2019 cũng thuộc huyện đó/ bệnh viện đó.

Một công việc y tế nổi cộm tại cộng đồng/ bệnh viện nhưng không có khả năng giải quyết (tính khả thi không có hay rất thấp chẳng hạn) thì công việc y tế đó cũng chưa được coi là VĐUT. Ví dụ, tại Bệnh viện M, khoa Ngoại cần 10 bác sĩ nhưng hiện tại chỉ có 6 biên chế bác sĩ làm việc, thiếu 40% bác sĩ. Xét kỹ ra năm tới không có nguồn tuyển bác sĩ, cũng không có kinh phí để hợp đồng thuê bác sĩ làm việc... Rõ ràng việc bổ sung bác sĩ cho khoa Ngoại chưa được coi là VĐUT trong giai đoạn hiện tại (có thể là một quý hay một năm...).

Khái niệm VĐUT sẽ rõ thêm khi nghiên cứu tiếp các phần sau.

6.2.2. Lựa chọn vấn đề ưu tiên

Ở mỗi địa phương, mỗi bệnh viện có rất nhiều VĐUT. Do nguồn lực có hạn nên không một cộng đồng/cơ sở y tế nào có đủ khả năng để giải quyết cùng một lúc tất cả các vấn đề tồn tại. Do đó người quản lý phải cân nhắc, sắp xếp các vấn đề tồn tại theo thứ tự ưu tiên giải quyết. Như vậy, nếu không xác định các VĐUT và sắp xếp ưu tiên chúng một cách hợp lý sẽ có các quyết định không sát hợp, làm lãng phí các nguồn lực.

VĐUT trong một cơ sở y tế/ cộng đồng được xác định nhờ đội lập kế hoạch (ĐLKH):

- Từng thành viên trong đội làm việc độc lập trước;
- Hợp đội để thảo luận, phản biện kỹ và thống nhất các VĐUT.

Ví dụ, đối với bệnh viện, Nhà nước giao cho bệnh viện thực hiện 7 nhiệm vụ có tính pháp lý. Mỗi nhiệm vụ như vậy cần tách ra thành nhiều công việc lớn. Ví dụ, nhiệm vụ khám chữa bệnh, cấp cứu, điều dưỡng và phục hồi chức năng có thể tách ra thành các việc lớn hay công việc như sau:

Khám chữa bệnh ngoại trú

Xét nghiệm

Điều trị nội trú

Điều dưỡng

Cấp cứu

...

Cũng có thể tách nhiệm vụ này theo ý tưởng khác thành các việc lớn/công việc: Thời gian chờ đợi, xét nghiệm, thái độ ứng xử, nhân lực cho khám chữa bệnh... Miễn sao cho công việc này không chồng lấn lên công việc kia nhiều hay công việc kia là nguyên nhân dẫn tới công việc này..., chúng khác biệt nhau một cách tương đối. Mặt khác, tên các công việc không nêu theo hướng tiêu cực hay tích cực. Ví dụ, không được nêu tên công việc như: Tăng cường thái độ ứng xử của cán bộ y tế; thiếu nhân lực cho KCB... Như vậy, 7 nhiệm vụ của bệnh viện có thể tách ra thành 30 đến 50 việc lớn/công việc khác nhau.

Sau đó, đưa tất cả số việc lớn/công việc trên đây (30 đến 50) vào trong bảng số 1 để chọn VĐUT. Có hai cách chọn ưu tiên:

Cách thứ nhất: Toàn ĐLKH thảo luận kĩ, phản biện các ý kiến lẫn nhau, sau đó bỏ phiếu kín để chọn ra các vấn đề ưu tiên phục vụ can thiệp.

Nếu thời gian can thiệp là 01 năm thì chỉ nên chọn 2 đến 3 VĐUT cho can thiệp, nếu thời gian can thiệp là 2 năm có thể chọn 3-4 VĐUT... Việc bỏ phiếu kín có thể diễn ra một lần, nhưng nếu chưa tìm được VĐUT thỏa đáng thì có thể tiến hành bỏ phiếu kín lần 2 hay 3... Không nên gờ tay biểu quyết vì tính khách quan, vô tư không đảm bảo, tính e dè, nể nang đôi khi ảnh hưởng không tốt tới chọn VĐUT.

Bảng 4.1. Chọn vấn đề ưu tiên theo phương pháp bỏ phiếu kín

STT	Tên các việc lớn/công việc (bao phủ hết các nhiệm vụ của cơ sở y tế/ bệnh viện)	Bỏ phiếu kín lần 1	Bỏ phiếu kín lần 2	Ghi chú
1	Thời gian chờ khám của người bệnh	9/11		
2	Vệ sinh bệnh viện	11/11		
3	Ứng xử của cán bộ bệnh viện	7/11		
...	...	...		
34	Xử lý rác thải	5/11		
35	Hợp tác trong nước và quốc tế.	4/11		

Căn cứ kết quả bỏ phiếu kín để chọn ưu tiên. VĐUT số một sẽ có số phiếu cao nhất. Như tại bảng 4.1, vấn đề *Vệ sinh bệnh viện* được chọn làm ưu tiên số 1.

Cơ sở khoa học để bỏ phiếu kín chính là hai tiêu chí chọn VĐUT đã nêu tại phần trên:

- Độ lớn âm tính của vấn đề như tỉ lệ mắc, chết (nếu là bệnh) hay tỉ lệ thiếu hụt gì đó (tỉ lệ cán bộ bị thiếu, tỉ lệ người bệnh chờ đợi lâu...). Chú ý rằng, độ lớn âm tính này có thể không cao mà kéo dài trong thời gian hoặc tái đi, tái lại nhiều lần thì nên ưu tiên chọn. Độ lớn âm tính nếu chỉ cao (có khi rất cao) trong khoảng thời gian ngắn (một hay hai tháng gì đó) sau đó không xuất hiện trở lại, thì không nên chọn ưu tiên. Vì nếu chót mà chọn đó làm VĐUT, sau này khi can thiệp, sẽ không đáng để can thiệp nữa.

- Khả năng thực thi, giải quyết VĐUT của bệnh viện/cộng đồng: Tức có đủ nguồn lực như nhân lực, cơ sở vật chất, kinh phí, trang thiết bị, thuốc, cơ chế, chính sách và cả thời gian...đồng thời phải được đa số nhân viên y tế cũng như người dân ủng hộ...

Để chọn VĐUT sát hợp nhất thiết phải có đầy đủ bằng chứng để chúng ta cân nhắc hai cơ sở khoa học (tức hai tiêu chí chọn VĐUT trên).

Cách thứ hai: Chấm điểm để chọn VĐUT: Với cách này, chúng ta đánh giá mỗi tiêu chí chọn VĐUT thông qua chấm điểm, thang điểm do ĐLKH lựa chọn, ví dụ: Chọn thang điểm 0, 1, 2...10. Với thang điểm này, độ lớn âm tính của công việc càng cao thì cho điểm càng cao và ngược lại, tính khả thi càng lớn thì điểm càng cao và ngược lại (bảng 4.2).

Đương nhiên, chúng ta phải có đầy đủ bằng chứng (số liệu) để chấm điểm hai tiêu chí trên cho từng vấn đề.

Cách chấm:

- Cá nhân thành viên ĐLKH tự làm bảng số 4.2 và tự chấm điểm, dựa trên bằng chứng thực tế.

- Hợp toàn ĐLKH chấm: Toàn đội phân tích, phản biện lẫn nhau thống nhất điểm hoặc lấy điểm trung bình cộng (TBC) của các cá nhân thành viên làm điểm chung của đội.

Sau khi chấm điểm xong, lấy tích số của cột 3 và 4 theo từng hàng và ghi kết quả vào cột 5. Chọn ưu tiên sẽ dựa vào cột 5, VĐUT số 1 sẽ có tích số cao nhất (bảng 4.2). Tại bảng này, vấn đề Vệ sinh bệnh viện có tích cao nhất (78,3) được chọn làm ưu tiên 1.

Bảng 4.2. Đội lập kế hoạch chọn VĐUT theo phương pháp chấm điểm
(thang điểm: 0, 1, 2... 10)

STT	Tên các việc lớn/công việc (bao phủ hết 7 nhiệm vụ của bệnh viện)	Độ lớn âm tính của công việc (Điểm TBC)	Tính khả thi (Điểm TBC)	Tích số
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Thời gian chờ khám của người bệnh	7,5	6,1	45,7
2.	Vệ sinh bệnh viện	8,6	9,1	78,3
3.	Ứng xử của cán bộ y tế	6,9	9,9	68,3
4.	...			
...	...			
32	Chỉ đạo tuyến dưới			
	Nghiên cứu khoa học			
34	Xử lý rác thải	4,5	4,5	20,2
35	Hợp tác trong nước và quốc tế.	6,1	2,1	12,8

Chọn xong các VĐUT cho một khoảng thời gian (1 hay 2 năm... tới), ĐLKH cần thiết xem xét lại chúng để đảm bảo sự phù hợp với chính sách chung của bệnh viện. Nếu chưa phù hợp và lô gíc, có thể VĐUT chưa đảm bảo, cần thiết phải có sự rà soát lại quy trình và kỹ thuật, đồng thời chỉnh sửa, sao cho

chính sách chung và VĐUT đảm bảo lô-gic và phù hợp. Như vậy, tính khoa học trong lập kế hoạch được đảm bảo.

Ở bảng 4.2, căn cứ vào tích số, ĐLKH quyết định chọn 3 VĐUT cho năm tới theo thứ tự ưu tiên sau:

Ưu tiên 1: Vệ sinh bệnh viện

Ưu tiên 2: Ứng xử của cán bộ y tế.

Ưu tiên 3: Thời gian chờ khám của người bệnh.

Các vấn đề khác không được chọn ưu tiên vẫn phải thực hiện theo quy định, nhưng không được ưu tiên nguồn lực.

Lúc này cần phải xem xét lại thành phần của ĐLKH, vì từ giờ trở đi, đội làm việc với ba VĐUT, nếu thành viên nào của đội mà không thích hợp thì cần cho ra khỏi đội và mời thêm các thành viên mới thích hợp giải quyết ba ưu tiên trên. Thành phần và cấu trúc của đội là rất linh động. Đội cũng được chia thành các nhóm theo các VĐUT đã chọn (ở đây là 3 nhóm). Mỗi nhóm phụ trách một VĐUT. Chú ý rằng, “nhóm” chỉ phụ trách VĐUT thôi, mọi quyết định cho VĐUT đó là do ĐLKH.

Chú ý: Hiện nay các bệnh viện trong toàn quốc đang áp dụng 83 tiêu chí của Bộ Y tế (ban hành kèm theo Quyết định 6858/BYT-QĐ kí năm 2016²⁴). Theo hướng dẫn thực hiện Bộ tiêu chí này thì tiêu chí nào có điểm chất lượng ≤ 2 là cần ưu tiên giải quyết. Nhưng thực tế cho thấy, hầu hết các bệnh viện đều có nhiều tiêu chí có điểm chất lượng ≤ 2 và trong cùng một thời gian (ví dụ, một năm) bệnh viện không thể giải quyết hết các tiêu chí này. Đòi hỏi bệnh viện phải chọn ưu tiên các tiêu chí cho mỗi năm thực hiện, theo gợi ý của bảng 4.3 dưới đây.

Bảng 4.3. Chọn ưu tiên từ 83 tiêu chí quản lý chất lượng bệnh viện

(Thang điểm: 0, 1, 2...10)

Chọn ưu tiên cho 1 năm tới, từ 83 tiêu chí

(thang điểm: 0,1, 2...10)

Tên các tiêu chí $\leq$ mức 2 (1)	Độ lớn (TBC)	Khả năng giải quyết (TBC)	Tích số (4)
1. C2.2 Hồ sơ bệnh án được quản lý chặt chẽ, đầy đủ, khoa học	8/10	9/10	72
2. C3.1 Quản lý tốt cơ sở dữ liệu và thông tin y tế	6/10	5/10	30
3. C5.1 Bảo đảm xác định chính xác người bệnh khi cung cấp dịch vụ	8/10	5/10	40
4. v.v...	5/10	6/10	30
5.	6/10	6/10	36

²⁴ Bộ Y tế (2016) *Quyết định về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*, Số 6858/QĐ-BYT ngày 18-11-2016.

Cũng có một số bệnh viện không còn tiêu chí nào có điểm chất lượng ≤ 2 , việc quy định ngưỡng này thường linh động, và do ĐLKH quyết định, ví dụ, quy định là ≤ 3 điểm.

6.3. Bước 3. Nêu tên kế hoạch (nêu vấn đề ưu tiên cho viết kế hoạch).

Sau khi đã sắp xếp được các VĐUT theo thứ tự ưu tiên trước sau, chúng ta lần lượt xây dựng kế hoạch giải quyết từng VĐUT. Công việc đầu tiên là nêu được tên vấn đề ưu tiên đó. Nêu tên VĐUT hay còn gọi là tuyên bố vấn đề (Problem statement) là việc rất quan trọng. Từ trước tới nay, ta vốn có thói quen nêu tên VĐUT một cách quá đơn giản và không rõ ràng làm cho nhà quản lý (hay người duyệt kế hoạch y tế) không hiểu được cụ thể VĐUT được nêu. Ví dụ, ta thường nêu như sau: Sốt rét, tiêu chảy, vệ sinh môi trường, sinh con thứ ba...

Theo các chuyên gia về quản lý chất lượng và các nhà lập kế hoạch của Hoa Kỳ thì nêu vấn đề ưu tiên phải đảm bảo các tiêu chí quan trọng giúp người đọc nắm được các thông tin cơ bản về vấn đề ưu tiên. Nghiên cứu thí dụ sau: *Tỷ lệ người bệnh có thể bảo hiểm y tế (BHYT) chờ khám trên 60 phút là 60% tại Bệnh viện huyện MK vào năm 2019.*

Các tiêu chí nêu tên VĐUT:

- Rõ tên của vấn đề tồn tại: Ở đây là "chờ khám".
- Rõ đối tượng bị tác động bởi VĐUT: Ở ví dụ trên là "người bệnh có thể BHYT".
- Rõ ràng về số lượng (độ lớn VĐUT): Ở ví dụ trên là "60%". Thông thường nêu về số lượng được biểu diễn bằng tỉ lệ phần trăm hay phần ngàn...
- Cụ thể về thời điểm: Ở ví dụ trên là tại thời điểm cả năm 2019. Cũng có thể thời điểm là khoảng thời gian một quý hay một tháng.
- Rõ về địa điểm: Ở ví dụ trên là Bệnh viện huyện MK. Nếu địa điểm đã được nhắc nhiều lần ở các bước trước đó hay các phần trước rồi thì có thể không cần nêu rõ địa điểm ở đây. Song, đôi khi lập kế hoạch hay xác định VĐUT chỉ ở một địa phương nào đó thì cần nói rõ địa điểm (hay tên địa phương đó). Ví dụ: Ở Bệnh viện TB, các nhà quản lý nêu tên vấn đề sức khỏe chỉ cho một vùng gồm hai khoa của bệnh viện như sau: Tỷ lệ người bệnh chưa nêu đủ 5 nguyên tắc chống nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa Ngoại và Khoa Sản là 59% năm 2020. Với ưu tiên số 3 đã xác định được tại Mục 6.2, ta có thể nêu tên VĐUT số 3 này như sau: Tỷ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám lâu >60 phút tại khoa Ngoại-Sản của bệnh viện X, sáu tháng đầu năm 2014 là 60%.

6.4. Bước 4. Xác định mục tiêu của kế hoạch

6.4.1. Định nghĩa mục tiêu: Mục tiêu là cái đích phải đạt được trong một hoàn cảnh cụ thể và thời gian cụ thể. Chúng ta rất dễ nhầm giữa mục đích và mục tiêu. Qua các lần khảo sát một số nhà quản lý từ trung ương tới địa phương cho thấy, thường lấy mục đích làm mục tiêu cho bản kế hoạch. Mục đích khác mục

tiêu ở chỗ không rõ ràng về khối lượng hay chất lượng công việc phải làm, đôi khi không rõ ràng về cả thời gian để làm công việc đó. Nói cách khác, mục đích không được lượng hoá; nên có tác giả cho rằng mục đích là cái đích chung chung, chỉ ý đồ của nhà quản lý. Ví dụ về "mục đích":

- Phần đầu thực hiện tốt chăm sóc sức khỏe ban đầu cho toàn dân nước ta vào năm 2025.

- Cuối năm 2019 hầu hết nhân dân trong huyện X được uống thuốc phòng sốt rét.

- Mọi cán bộ quản lý của trung tâm y tế huyện M sẽ được học bổ túc về lập kế hoạch vào khoảng hết quý II năm 2020...

6.4.2. Tầm quan trọng của mục tiêu: Không có mục tiêu thì không:

- Xác định chính xác cái đích phải tới.
- Xây dựng được kế hoạch.
- Có chuẩn mực cho kiểm tra, thanh tra và giám sát.
- Đánh giá được con người cũng như công việc.

Mục tiêu sẽ quyết định tất cả các khâu, các yếu tố khác của lập kế hoạch và chu trình quản lý như nhân lực, cơ sở vật chất, kinh phí, thời gian, phương pháp, địa điểm...

6.4.3. Các loại mục tiêu

- Mục tiêu đầu ra: Tương ứng với vấn đề tồn tại và là mục tiêu dài hạn của kế hoạch.

- Mục tiêu tác động: Tương ứng với nguyên nhân thuộc lớp thứ 2 trong phân tích nguyên nhân của vấn đề (kỹ thuật khung xương cá) và thường là mục tiêu trung gian (trung hạn) của kế hoạch.

- Mục tiêu quá trình: Tương ứng với nguyên nhân thuộc lớp thứ 3 hay 4 trong phân tích nguyên nhân của vấn đề (kỹ thuật khung xương cá) và thường là mục tiêu ngắn hạn của kế hoạch.

- Mục tiêu giáo dục sức khỏe: Có các loại: Mục tiêu về kiến thức, mục tiêu về thực hành, mục tiêu về thái độ. Dưới đây, chúng ta nghiên cứu những yêu cầu chung nhất cho mọi loại mục tiêu, như là những nguyên lý cho các loại mục tiêu trên đây.

6.4.4. Phương pháp xác định Mục tiêu

a) Dựa vào đội lập kế hoạch: Đây là yếu tố quan trọng bậc nhất trong xây dựng mục tiêu. Đội gồm những người đại diện cho các nhóm khách hàng được lựa chọn theo tiêu chuẩn quy định, có đủ năng lực, được làm việc trong môi trường có tổ chức và quản lý tốt nên phát huy được sự sáng tạo, xây dựng được mục tiêu phù hợp với thực tế và nhu cầu chăm sóc sức khỏe.

b) Dựa vào thông tin y tế : Thông tin y tế phải đảm bảo các yêu cầu như đã đề cập trong bài Quản lý thông tin bệnh viện. Để xác định mục tiêu của công

việc, người quản lý phải hiểu rõ tổ chức hay công việc đó, tức là các thông tin phải đầy đủ, chính xác, cập nhật... về tổ chức hay công việc đó, không những trong hiện tại, cả trong quá khứ và tương lai. Thông tin cần trả lời các câu hỏi dưới đây:

- Cái gì và bao nhiêu (càng cụ thể càng tốt).
- Thành tựu và yếu kém, ưu và nhược điểm, cơ hội và thách thức gì (phân tích S.W.O.T).
- Nguyên nhân của thành tựu và yếu kém.
- Các giải pháp hữu hiệu có thể thực hiện được để khắc phục những tồn tại và yếu kém trên đây cũng như duy trì các thành tựu đã đạt được.

6.4.5. Các yêu cầu của mục tiêu

Xét ví dụ sau: VDUT là: Tỷ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám > 60 phút tại khoa Ngoại - Sản của bệnh viện X, sáu tháng đầu năm 2014 là 60%, có thể đưa mục tiêu như sau: Giảm tỷ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám >60 phút tại khoa Ngoại-Sản của bệnh viện X từ 60% (sáu tháng đầu năm 2014) xuống 20% vào cuối 12/2014.

- Mục tiêu bao giờ cũng bắt đầu bằng một động từ hành động cụ thể như nâng, tăng, duy trì, đạt được, giảm... Ngay bản thân động từ cũng thể hiện tính có thể đo đếm được.

- Chỉ rõ vấn đề tồn tại: Chờ khám lâu >60 phút.
- Chỉ rõ độ lớn VDUT của sự tồn tại: 60%.
- Chỉ rõ khối lượng phải thực hiện: 60% xuống 20%.
- Chỉ rõ thời gian thực hiện: 12 tháng (đầu đến cuối năm 2014)
- Chỉ chất lượng: Xảy ra trong một số trường hợp.

Chú ý: Bản kế hoạch có thể có một hay nhiều mục tiêu. Nhiều trường hợp tạo cây mục tiêu, mỗi mục tiêu lớn lại có các mục tiêu nhỏ kèm theo.

- Mục tiêu phải đặc hiệu cho vấn đề ưu tiên: Ví dụ, không lấy mục tiêu là tăng tỷ lệ tiêm AT cho bản kế hoạch về bảo vệ sức khỏe bà mẹ. Vì mục đích của việc tiêm AT là phòng uốn ván rốn cho trẻ sơ sinh chứ không phải để bảo vệ bà mẹ.

6.4.6. Cơ sở khoa học để xác định mục tiêu

Xét mục tiêu: Giảm tỷ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám lâu >60 phút tại khoa Ngoại - Sản của bệnh viện X từ 60% (sáu tháng đầu năm 2014) xuống 25,2% vào cuối 12/2014.

Câu hỏi là: Căn cứ cơ sở khoa học nào để giảm tỷ lệ từ 60% xuống 25,2% trong sáu tháng như trên? Đây là câu hỏi khó và phức tạp, cần có cơ sở khoa học vững chắc.

Thường căn cứ vào hai cơ sở khoa học sau:

a) Phân tích yếu/khó khăn cản trở, mạnh/thuận lợi, cơ hội và thách thức (S.W.O.T)

- Strength: Điểm mạnh, ưu điểm, thuận lợi (S)
- Weakness: Yếu, nhược điểm, khó khăn, cản trở (W)
- Opportunity: Cơ hội (O)
- Threat: Thách thức (T).

Phân tích SWOT tiến hành đối với tất cả các yếu tố tác động tới việc thực hiện mục tiêu đặt ra trên đây:

- Yếu tố trong thời gian qua hay hiện nay đang **tác động tích cực**, giúp thực hiện mục tiêu dễ dàng (S) và yếu tố trong tương lai hỗ trợ tích cực cho thực hiện mục tiêu (trong khoảng thời gian thực hiện mục tiêu): (O), như ví dụ trên đây thời gian là 6 tháng.

- Yếu tố trong thời gian qua hay hiện nay đang **tác động tiêu cực**, cản trở thực hiện mục tiêu (W) và yếu tố trong tương lai không hỗ trợ mà gây khó khăn cho thực hiện mục tiêu (trong khoảng thời gian thực hiện mục tiêu): (T), như ví dụ trên đây thời gian là 6 tháng.

Bản chất của S và O đều là yếu tố tác động tích cực tới thực hiện mục tiêu nên có thể ghép với nhau, gọi chung là tác động tích cực (kí hiệu +) và ngược lại, bản chất của W và T đều là yếu tố tác động tiêu cực tới thực hiện mục tiêu nên có thể ghép với nhau, gọi chung là tác động tiêu cực (kí hiệu -).

Chú ý: Phân tích SWOT các yếu tố trong thời gian quá khứ, hiện tại và tương lai của kế hoạch y tế/ bệnh viện, vì vậy cho thấy sự diễn biến của mỗi yếu tố tác động qua thời gian. Từ đó giúp xác định mục tiêu phù hợp, khả thi. Ví dụ, với kế hoạch một năm giải quyết VĐUT: *Tỉ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám trên 60 phút là 60% tại Bệnh viện huyện MK vào năm 2019*, ta tiến hành phân tích SWOT cho yếu tố *quản lý* đối với VĐUT trên trong quá khứ (năm 2018), hiện tại (năm 2019) và tương lai (năm 2020). Từ đây thấy rõ tác động của công tác quản lý lên giải quyết VĐUT (định lượng tác động này thông qua chấm điểm của ĐLKH), giúp xác định được mục tiêu. Đó chính là đánh giá ban đầu, sẽ rõ thêm khi xem bài *Đánh giá hoạt động, chương trình, kế hoạch tại bệnh viện*.

Thường chia hai nhóm yếu tố tác động: Nhóm yếu tố bên trong bệnh viện và nhóm bên ngoài bệnh viện. Ví dụ, phân tích SWOT cho các yếu tố bên trong bệnh viện (bảng 4.4). Các yếu tố bên trong bệnh viện được cho là tác động tới giải quyết mục tiêu của VĐUT được liệt kê hết vào cột 1 của bảng 4.4, những bằng chứng được cho là tác động tích cực, hỗ trợ cho giải quyết mục tiêu được viết đầy đủ vào cột số 2 cho từng yếu tố. Những bằng chứng được cho là tác động tiêu cực, gây khó khăn và cản trở cho giải quyết mục tiêu được viết đầy đủ vào cột số 3 cho từng yếu tố.

Bảng 4.4. Phân tích SWOT các yếu tố bên trong (thang điểm: 0,1,2...10)

Các yếu tố bên trong bệnh viện	Mạnh, ưu điểm, thuận lợi, cơ hội (Tác động tích cực: +)	Yếu, khó khăn, thách thức (Tác động tiêu cực: -)	Chấm điểm
(1)	(2)	(3)	(4)
Nhân lực: Số lượng (SL), chất lượng (CL)	Đủ nhân lực (30 BS, 50 ĐD, 20KTV...)	CK2: 0; CKI thiếu 6; ĐD thiếu 4	5/10
TTB (SL,CL)	Bằng chứng	Bằng chứng	7/10
Nguồn thu	Bằng chứng	Bằng chứng	3/10
Cơ sở vật chất (CSVC) (SL, CL)	Bằng chứng	Bằng chứng	9/10
Thuốc (SL,CL)	Bằng chứng	Bằng chứng	4/10
Cơ chế quản lý	Bằng chứng	Bằng chứng	6/10
Kết quả hoạt động	Bằng chứng	Bằng chứng	8/10
...v.v...			

ĐLKH thực hiện chấm điểm cho từng yếu tố (từng thành viên chấm độc lập, sau đó họp đội thảo luận kĩ và chấm). Chấm điểm cho mỗi yếu tố bằng cách xem kĩ các bằng chứng tác động tích cực và tiêu cực, rồi cân đối để định ra điểm, nếu:

Các tác động tích cực và tiêu cực mà cân bằng nhau, cho điểm 5.

Tác động tích cực mạnh hơn tác động tiêu cực, thì cho điểm >5. Ngược lại, cho điểm < 5.

Tác động tích cực, nhưng mạnh nhất, không có tác động tiêu cực, thì cho điểm 10 và ngược lại.

Chú ý: Nếu ĐLKH họp mà không thống nhất được điểm cho từng yếu tố thì cộng tất cả điểm của các thành viên trong đội chấm cho mỗi yếu tố, rồi chia trung bình ra điểm cho từng yếu tố, gọi là điểm trung bình cộng lần 1 (TBC1).

Với cách làm tương tự, ĐLKH chấm điểm cho các yếu tố bên ngoài bệnh viện (bảng 4.5).

Bảng 4.5. Phân tích SWOT các yếu tố bên trong (thang điểm: 0,1,2...10)

Các yếu tố bên ngoài bệnh viện	Mạnh, ưu điểm, thuận lợi, cơ hội (+)	Yếu, khó khăn, thách thức (-)	Chấm điểm
Cấp trên (Cơ chế, chính sách, sự hỗ trợ...)	Bằng chứng	Bằng chứng	7/10
Cấp dưới (Cơ chế,	Bằng chứng	Bằng chứng	7/10

chính sách, sự hỗ trợ, năng lực...)			
Người bệnh (KT-VH-XH...)	Bảng chứng	Bảng chứng	2/10
BHYT (Cơ chế, chính sách, sự hỗ trợ...)	Bảng chứng	Bảng chứng	8/10
Nhà tài trợ	Bảng chứng	Bảng chứng	4/10
...v.v.	Bảng chứng	Bảng chứng	7/10

Chú ý, không nên đặt trọng số cho các yếu tố (cả bên trong và ngoài), yếu tố nào được cho là quan trọng gấp đôi chẳng hạn, cần tách ra thành 2 yếu tố... như vậy sẽ tránh được nhiều nhầm lẫn.

Chấm điểm cho các yếu tố bên trong và ngoài xong, cộng các điểm đó (TBC1) lại và chia trung bình, lấy điểm trung bình lần 2 (TBC2), nếu:

- Điểm TBC2 > 5, chứng tỏ thuận lợi, cơ hội nhiều hơn khó khăn và cản trở (nhìn chung cả bên trong và ngoài bệnh viện), do vậy chọn VĐUT trên đây là hợp lý, có thể đặt mục tiêu, điểm càng cao thì mục tiêu đặt ra càng lớn. Nếu trung bình cộng mà bằng 10, chứng tỏ không có khó khăn, cản trở mà có nhiều thuận lợi và cơ hội rất tốt, có thể đặt mục tiêu lớn tối đa (như mục tiêu trên đây, có thể giảm từ 60% xuống 0%). Điểm TBC2 > 5 được gọi là điểm hữu ích.

- Nếu điểm TBC2 là 5 thì nhìn chung, cả bên trong và ngoài, tác động (+) và (-) cân bằng nhau nên không có động lực (tức tác động +) để làm giảm độ lớn của VĐUT xuống. TBC2 = 5 được gọi là điểm không hữu ích. Chứng tỏ chọn VĐUT trên không hợp lý, không đạt được mục tiêu, cần xem xét lại từ đầu, từ khâu chọn VĐUT, có thể chọn sai và phải hủy.

- Điểm TBC2 < 5, chứng tỏ có khó khăn, cản trở nhiều hơn so với cơ hội và thuận lợi và cũng chứng tỏ chọn VĐUT trên không hợp lý, không đạt được mục tiêu, cần xem xét lại từ đầu, từ khâu chọn VĐUT, có thể chọn sai và phải hủy. Những điểm này (TBC2 < 5) cũng được gọi là điểm không hữu ích.

Để tránh nhầm lẫn, sau khi chấm điểm phân tích SWOT xong bao giờ cũng phải kiểm tra lại việc chấm điểm, xem có sai sót gì không.

Giả dụ, điểm TBC2 của phân tích SWOT các yếu tố bên trong và bên ngoài, bệnh viện X là 5,8 chẳng hạn:

- Như trên ta thấy, với điểm trung bình cộng là 10 thì có thể giảm tỉ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám lâu >60 phút tại khoa Ngoại-Sản của bệnh viện X từ 60% xuống 0% trong 6 tháng tới;

- Nếu điểm TBC2 là 5 thì nhìn chung, cả bên trong và ngoài, tác động (+) và (-) cân bằng nhau nên không có động lực (tác động +) để làm giảm tỉ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám lâu >60 xuống. Đến cuối của kì thực hiện kế hoạch, độ lớn VĐUT vẫn giữ nguyên (tức vẫn là 60%).

- Vậy 1 điểm “hữu ích” giảm được là $60\%/5 = 12\%$ (từ điểm 5,0 trở xuống không có tác dụng giảm độ lớn VĐUT, là điểm không hữu ích, nên ở đây chia cho 5 là vậy);

- Điểm TBC2 của SWOT là 5,8 (điểm hữu ích là $5,8 - 5,0 = 0,8$) thì giảm được là $(0,8 \times 12\% = 9,6\%)$.

- Mục tiêu của 6 tháng cuối năm (tức tới tháng 12) sẽ là giảm xuống còn: $60\% - 9,6\% = 50,40\%$.

Viết mục tiêu hoàn chỉnh: *Giảm tỉ lệ người bệnh có thể BHYT chờ khám lâu >60 phút tại khoa Ngoại-Sản của bệnh viện X từ 60% (sáu tháng đầu năm 2014) xuống 50,40% vào cuối 12/2014.*

b) Kinh nghiệm: Việc xây dựng mục tiêu dựa trên kết quả phân tích SWOT mang tính khoa học và có tính lô-gic cao, tuy nhiên tính nghệ thuật trong quản lý đóng vai trò đặc biệt, vì vậy việc chấm điểm trong phân tích SWOT không được máy móc mà cần dựa thêm vào kinh nghiệm. Một trong các tiêu chí để tuyển chọn thành viên của ĐLKH là phải có kinh nghiệm trong quản lý và lập kế hoạch tại bệnh viện.

6.5. Bước 5. Tìm giải pháp giải quyết vấn đề ưu tiên.

6.5.1. Khái niệm

Giải pháp là phương pháp giải quyết một vấn đề ưu tiên, trong lập kế hoạch được coi là phương pháp hoặc cách thức để đạt được mục tiêu.

6.5.2. Ý nghĩa tầm quan trọng

Giải pháp giữ một vai trò rất quan trọng trong lập kế hoạch. Khi đã xác định được mục tiêu thì xác định giải pháp chính là xác định con đường đi tới mục tiêu đó. Có rất nhiều đường đi tới một đích, người quản lý giỏi biết chọn con đường ngắn hơn cả, phù hợp về mọi phương diện như sức khỏe, kinh phí, phương tiện, sự an toàn... Nếu xác định được đích rồi nhưng không tìm được đường đi tới đích thì chỉ có khoanh tay đứng nhìn mà không làm gì được. Nếu chọn con đường xấu, đầy chông gai và sự nguy hiểm thì có thể không đi tới đích được hoặc đi tới song phải tốn quá nhiều công sức, thời gian và còn gặp rủi ro nữa. Xác định giải pháp chính là làm việc theo đúng cách “Do thing right” trong khái niệm về chất lượng.

6.5.3. Các bước xây dựng giải pháp

Xác định nguyên nhân gốc rễ (NNGR) của VĐUT

NNGR của VĐUT là nguyên nhân cuối gây ra vấn đề đó, đã rất rõ ràng, đo đếm được, có độ lớn vừa phải mà không nên phân tích thành các nguyên nhân nhỏ hơn nữa, sẽ gây vụn vặt, khó khăn cho lập kế hoạch can thiệp sau này. Ngược lại, nếu NNGR có độ lớn quá cũng khó cho việc hình thành các giải pháp can thiệp. Việc xác định NNGR do ĐLKH thực hiện.

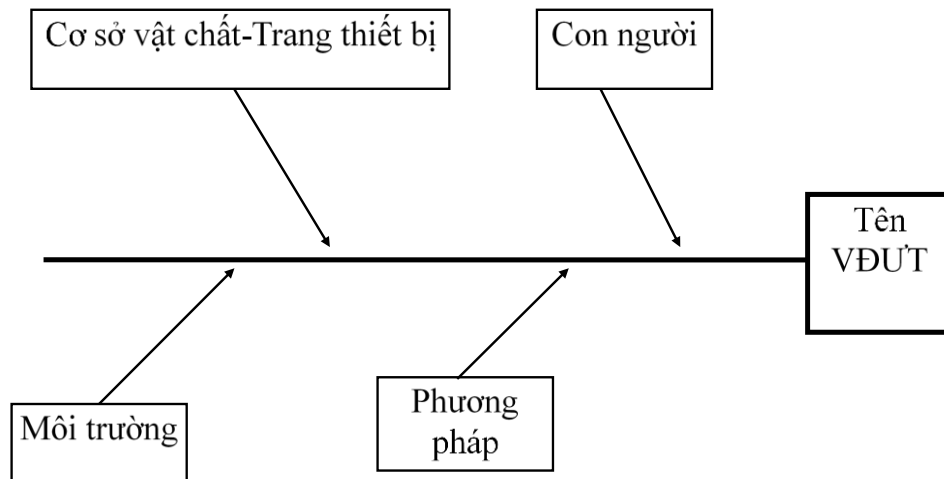
Xác định NNGR là bước rất quan trọng, chỉ có thể tìm được giải pháp khi và chỉ khi đã xác định được các NNGR của VĐUT. NNGR là nguyên nhân cuối gây ra VĐUT. Nếu giải quyết được NNGR ắt VĐUT cũng được giải quyết.

Kỹ thuật tìm NNGR: Có thể họp ĐLKH thảo luận chung để tìm NNGR hay dùng biểu đồ khung xương cá/kỹ thuật cây vấn đề... Sau đây, xin giới thiệu các bước triển khai của biểu đồ khung xương cá (BĐKXC):

Bước 1: Vẽ khung xương cá bắt đầu từ bên phải (nơi đó vẽ đầu cá), sau phát triển dần sang trái. Viết tên VĐUT vào đầu cá (hình 4.1 và hình 4.2).

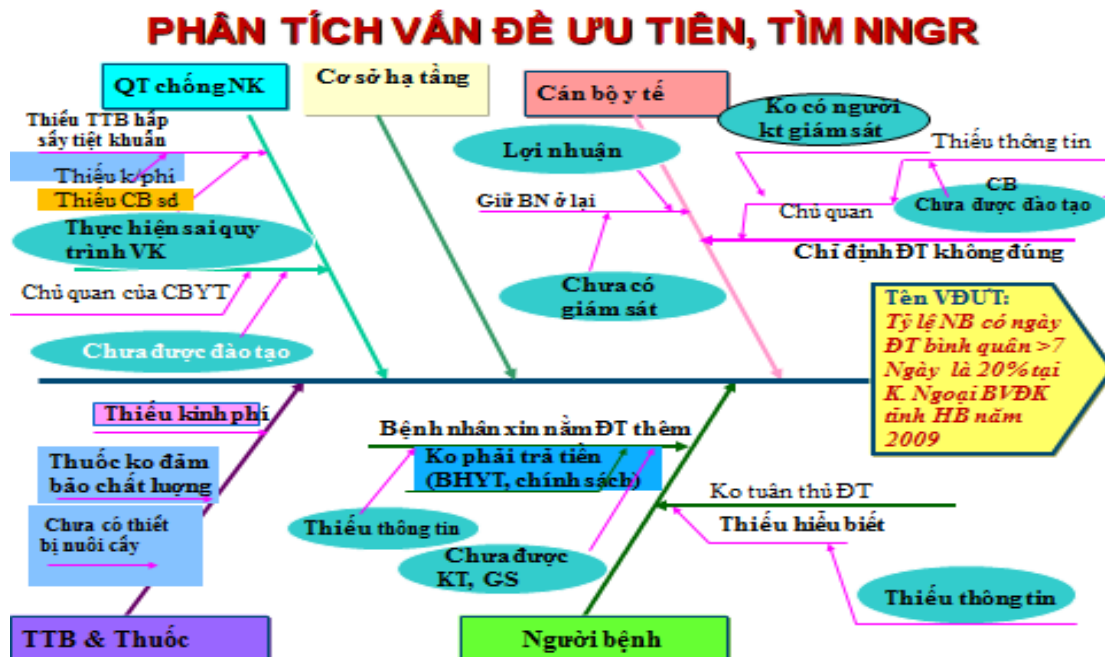
Bước 2: Xác định những xương chính của BĐKXC: Có nhiều cách để xác định xương chính:

– Xác định theo cách thông thường: Một VĐUT thường có 4 nhóm nguyên nhân chính: Người, phương pháp, cơ sở vật chất - trang thiết bị và môi trường. Bốn nhóm nguyên nhân này trở thành 4 xương chính trong biểu đồ (hình 4.1).



Hình 4.1. Xác định xương chính của BĐKXC.

Chú ý: Nhóm nguyên nhân nào giữ vai trò quan trọng hơn tạo ra VĐUT thì để gần đầu cá hơn. Như ví dụ ở hình 4.1 cho thấy nhóm nguyên nhân về *con người* giữ vai trò quan trọng nhất đối với VĐUT nên ở gần đầu cá nhất (nhưng cũng có tác giả cho rằng không cần thiết làm như vậy), *phương pháp* chiếm vị trí thứ hai, tiếp đến là *cơ sở vật chất - trang thiết bị* và cuối cùng là *môi trường*.



Hình 4.2. Tìm nguyên nhân gốc rễ của vấn đề ưu tiên cụ thể

– Nếu đang làm việc trong một quá trình nào đó, cần phân tích quá trình đó thành các hoạt động theo trình tự hay thành các bước nhỏ. Mỗi bước nhỏ đó sẽ trở thành xương chính của BDKXC. Ví dụ, VĐUT là điều trị tiêu chảy trẻ em < 5 tuổi tại bệnh viện A, có thể phân tích thành các hoạt động theo trình tự sau:

Tiếp nhận bệnh nhân.

Khám bệnh.

Chẩn đoán.

Điều trị

V.v...

Các bước nhỏ trên trở thành các xương chính của BDKXC.

Bước 3. Tìm nguyên nhân gốc rễ (NNGR): Tại hình 4.3, giả dụ ta tìm NNGR của xương chính lớn (người bệnh). Ta sử dụng “*But why technique*”, dịch là kỹ thuật: *Nhưng tại sao*, đặt câu hỏi: Lý do gì mà người bệnh gây ra VĐUT (Tỷ lệ người bệnh có ngày điều trị bình quân kéo dài > 7 ngày là 20% tại khoa Ngoại, Bệnh viện Đa khoa tỉnh A, năm 2015)?

Tìm được hai nguyên nhân:

- Người bệnh xin nằm điều trị thêm,
- Người bệnh không tuân thủ quy chế điều trị,

ĐLKH thấy hai nguyên nhân trên, giả dụ, chưa rõ, chưa cụ thể và chưa đo đếm được, tiếp tục đặt câu hỏi: Lý do gì mà người bệnh xin nằm điều trị thêm? Tìm được ba nguyên nhân:

- Người bệnh thiếu thông tin
- Người bệnh chưa được kiểm tra giám sát của cán bộ quản lý và lãnh đạo bệnh viện.
- Người bệnh diện chính sách, không phải đồng chi trả.

ĐLKH, giả dụ, thấy ba nguyên nhân trên đã rất rõ ràng, cụ thể và đo đếm được, không cần thiết phân tích sâu hơn nữa. Nếu tiếp tục phân tích nhỏ hơn có thể thành các nguyên nhân nhỏ nhất, khó cho can thiệp sau này. Ba nguyên nhân này được gọi là nguyên nhân gốc rễ (NNGR) và đánh dấu bằng kí hiệu bông hoa hay hình ô van màu xanh...

Tương tự như vậy, ĐLKH làm phân tích cho các nhánh khác hay nhóm nguyên nhân khác và tìm được vô số các NNGR, gồm các NNGR bên trong bệnh viện và các nguyên nhân bên ngoài; nguyên nhân thuộc về các đối tác khác nhau...

Tiếp theo, ĐLKH cần loại bỏ các NNGR không có khả năng thực thi (bằng các gạch chéo- xem hình 4.3), gồm các loại nguyên nhân sau:

- Nguyên nhân liên quan tới tập quán của dân trong vùng không cho phép bệnh viện làm.
- Nguyên nhân liên quan tới chính sách hay quy định của nhà nước, Bộ Y tế... không thay đổi được.
- Không thuộc lĩnh vực quản lý của bệnh viện.
- Không đủ nguồn lực...

Bước 4. Xác định NNGR chính

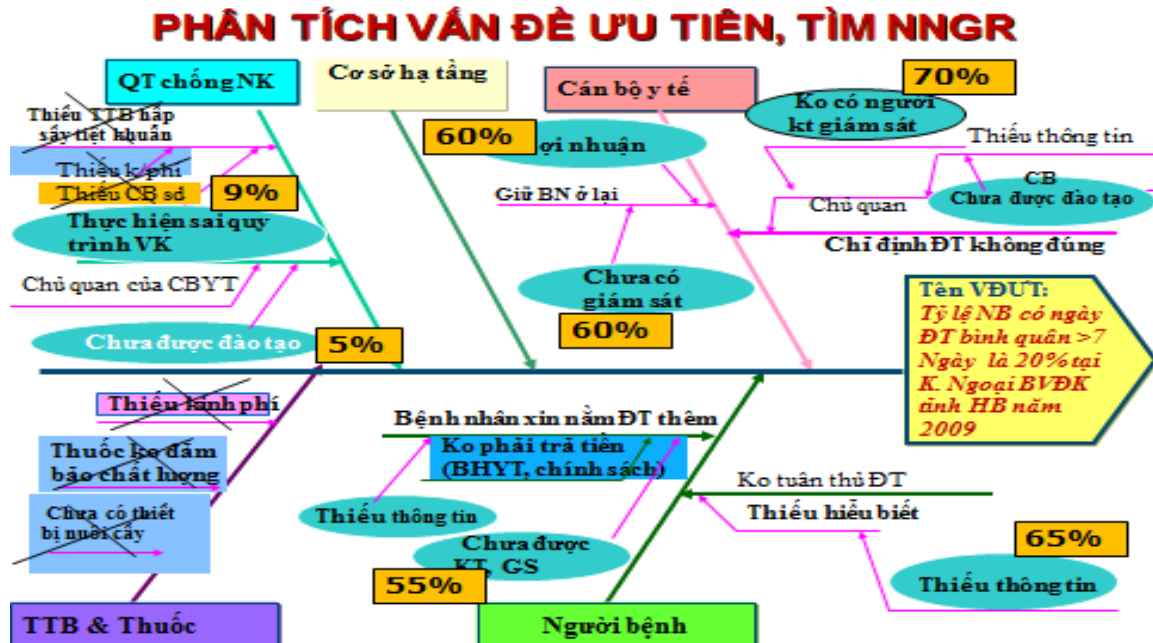
Tiếp theo, ĐLKH phải xác minh các NNGR, xem nguyên nhân nào có thật và không có thật, và nếu có thật thì, nguyên nhân nào là chính, nguyên nhân nào là phụ bằng cách đi điều tra, thu thập số liệu về độ lớn của các NNGR trên thực tế. Ví dụ, tại hình 4.3, ta điều tra được 65% người bệnh thiếu thông tin về quy chế điều trị, 55% người bệnh chưa được lãnh đạo bệnh viện hay khoa kiểm tra... Những NNGR nào chưa định lượng được, cần tìm cách định lượng. Ví dụ, tình hình vệ sinh bệnh viện là biến định tính, thì ĐLKH đặt ra thang điểm chấm từ 0-10 rồi chấm điểm trên thực tế, vậy là đã định lượng được biến số này.

Tiếp theo, ĐLKH xem xét và phân tích kĩ độ lớn của các NNGR, những NNGR có độ lớn không cao (ví dụ, *cán bộ chưa được đào tạo về quy trình chống nhiễm khuẩn là 5%* có thể là NNGR không có thật, nên ta loại bỏ. Hay, *tỉ lệ cán bộ thực hiện sai quy trình là 9%* có thể là NNGR có thật nhưng là NNGR phụ (không phải NNGR chính) cũng bị loại bỏ. Các NNGR còn lại đều có độ lớn >55%, chúng đều là NNGR chính và có thật (hình 4.3).

Xác định các giải pháp

a) *Tính chất của giải pháp*

- Rất rõ ràng, cụ thể
- Có hiệu quả cao
- Có khả năng thực thi



Hình 4.3. Loại bỏ các NNGR không thực thi và xác định NNGR chính

- Giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề
- Giá thành rẻ
- Phù hợp và được duy trì

b) *Xác định giải pháp:* Để đáp ứng với các tính chất trên của giải pháp, ĐLKH cần dựa vào các yếu tố sau đây để hình thành giải pháp:

- NNGR (nguyên nhân nào, giải pháp đó. Ví dụ, NNGR là 65% người bệnh thiếu thông tin về quy chế điều trị bệnh, thì giải pháp sẽ là: *Truyền thông cho người bệnh về Quy chế điều trị bệnh*).
- Nguồn lực của bệnh viện (đảm bảo đủ)
- Phong tục tập quán địa phương (phù hợp)
- Chính sách của Nhà nước, Bộ Y tế, địa phương (phù hợp)
- Sự ủng hộ của nhân dân hay cán bộ công chức của bệnh viện (ủng hộ).

Thường thì có bao nhiêu NNGR chính, thì có bấy nhiêu giải pháp. Song cũng có khi một NNGR lại có đến 2-3 giải pháp khác nhau. ĐLKH cần nhắc chọn giải pháp khả thi nhiều hơn và hiệu quả cao hơn cho thực hiện trước.

6.6. Bước 6. Xây dựng kế hoạch hoạt động

6.6.1. Phân tích giải pháp thành các hoạt động cụ thể (Work Breakdown Structure- WBS)

Với những giải pháp là một hoạt động lớn, ta không thể để nguyên như vậy mà làm được, phải tách ra thành các hoạt động nhỏ/ việc nhỏ, cụ thể mới có thể thực hiện được. Xem hai ví dụ sau:

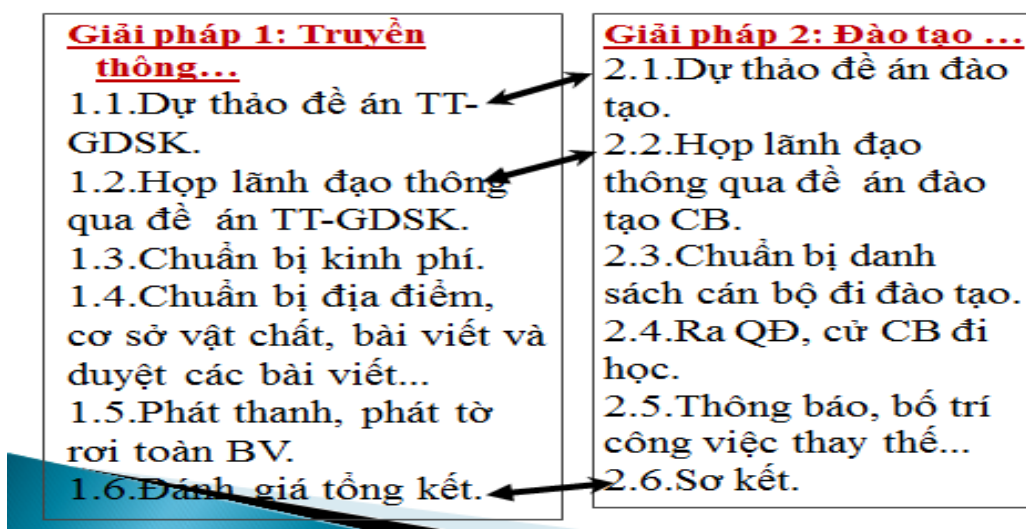
Ví dụ 1. *Giải pháp: Truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) cho người bệnh về quy chế điều trị bệnh.* Đây là một hoạt động lớn, vì truyền thông cả năm trời cho hàng chục ngàn người bệnh. Cần được tách ra các hoạt động hay việc nhỏ và cụ thể sau đây:

- Dự thảo đề án TT-GDSK.
- Hợp thông qua đề án TT-GDSK.
- Chuẩn bị kinh phí cho TT-GDSK.
- Chuẩn bị địa điểm, cơ sở vật chất, bài viết và duyệt các bài viết, phát thanh thử...
- Phát thanh, phát tờ rơi... toàn bệnh viện.
- Sơ kết.

Ví dụ 2. *Giải pháp 2: Đào tạo tại chức về chuyên môn cho bác sĩ bệnh viện.* Giả dụ, phải đào tạo 60 bác sĩ trong cả một năm, đây là một hoạt động lớn, cần được tách ra các hoạt động/ việc nhỏ và cụ thể sau đây:

- Dự thảo đề án đào tạo.
- Hợp lãnh đạo thông qua đề án.
- Chuẩn bị danh sách cán bộ đi đào tạo.
- Thông báo, bố trí công việc thay thế...
- Ra quyết định, cử cán bộ đi học.
- Thực hiện đào tạo
- Sơ kết.

6.6.2. Lồng ghép các hoạt động của các giải pháp khác nhau (nếu có): Hoạt động nào đó của giải pháp này có thể tương đồng với một hoạt động nào đó của giải pháp kia, nên ta có thể ghép (lồng ghép) chúng lại, tạo ra một hoạt động mới. Làm như vậy có thể tiết kiệm được nguồn lực (thời gian, chi phí, nhân lực...) mà giữ nguyên được hiệu quả. Ví dụ, tại hình 4.4, hoạt động 1.1 của giải pháp 1 có thể tương đồng với hoạt động 2.1 của giải pháp 2 và ĐLKH của bệnh viện này thấy chúng có thể lồng ghép nhau và giao cho một nhóm người thực hiện (kí hiệu mũi tên hai chiều). Tương tự như vậy cho các hoạt động khác. Những hoạt động nào không lồng ghép được thì giữ nguyên.



Hình 4.4. Lồng ghép các hoạt động của các giải pháp khác nhau

6.6.3. Xây dựng kế hoạch hoạt động.

Sau khi đã lồng ghép, ĐLKH xây dựng kế hoạch hoạt động (KHHĐ). Đó là một ma trận, gồm nhiều hàng và nhiều cột giao nhau (hình 4.5).

Cột số 1: Các hoạt động được sắp xếp theo thời gian, làm trước đưa lên trên, làm sau ở dưới.

Cột số 2: Chỉ rõ thời gian bắt đầu và kết thúc của từng hoạt động. Chú ý, khoảng thời gian từ hoạt động đầu tiên tới hoạt động cuối cùng phải trùng khớp với quãng thời gian của mục tiêu kế hoạch.

Cột số 3: Chỉ rõ tên người phụ trách chính cho từng hoạt động. Tốt nhất nên mời thành viên của ĐLKH làm người phụ trách chính vì những người này thường hiểu rõ kế hoạch nên thực thi sẽ tốt hơn. Nếu không mời được thành viên của ĐLKH thì mời người khác, nhưng cần được lựa chọn kỹ càng.

Bảng kế hoạch hoạt động

Các hoạt động đã lồng ghép (1)	Thời gian		Phụ trách Chính (3)	Phối hợp (4)	Giám Sát (5)	Địa điểm (6)	Kinh phí hay CSVC (7)	Dự kiến kết quả cụ thể (8)
	B.đầu	K. kết						
1. Dự thảo 02 đề án nhỏ, Lập dự trù	8/1 8h00	8/1 11h00	BS. Lê Phó Giám đốc	BS. Huệ BS. Hào KHTH,	BS. Thi hi G.đồ c	Hội trường	200.000 đ	Xong 2 đề án
2. Duyệt đề án và dự trù	9/1	11/1	BS. Thi G.đồ	ĐD UBND ĐD hội PN ĐLKH (nếu cần)		Hội trường	200.000 đ	Duyệt xong 2 đề án nhỏ
3. Tuyên truyền cho các BS	12/1	15/1	ĐD Lan	ĐD. Huệ	BS. Lê	Khoa LS	400.000 đ (loa, micro...)	100% được nghe (60)
4. Soạn thảo nội dung hướng dẫn	16/1	30/1	BS. Lê	ĐD hội PN ĐD đoàn TN		Văn phòng đoàn TN	100.000	Xong 1 hướng dẫn
5. Chuẩn bị kinh phí cho làm bản HĐ	1/2	16/2	BS. Lê		BS. Thi G.đồ c	Phòng TC-KT	0	4,3 triệu
6. ...								
7. Sơ kết rút KN	5/2	5/2	BS. Lê Giám đốc	ĐD UBND ĐD hội PN...		Hội trường	500 ngàn đồng	Xong
Cộng							4,3 triệu	

Hình 4.5. Bảng kế hoạch hoạt động.

Cột số 4: Chỉ rõ người hay đơn vị phối hợp, tốt nhất là chỉ rõ người cụ thể.

Cột số 5: Chỉ rõ người giám sát (thường chọn người có chuyên môn sâu, nắm rõ về hoạt động được giám sát).

Cột số 6: Chỉ rõ địa điểm thực hiện của mỗi hoạt động.

Cột số 7: Chỉ rõ kinh phí hay cơ sở vật chất, máy móc, trang thiết bị, phương tiện...dùng cho thực hiện mỗi hoạt động.

Cột số 8: Chỉ rõ kết quả sẽ phải thực hiện cho mỗi hoạt động. Chú ý, kết quả phải thể hiện được bằng số liệu cụ thể, trừ trường hợp đặc biệt, không lượng giá được, như kết quả cụ thể của buổi sơ kết, tổng kết chẳng hạn, lúc đó ta viết kết quả định tính: Xong (hình 4.5). Rà soát lại kĩ kết quả của cột số 8 này và ước tính xem với những kết quả này thì mục tiêu của kế hoạch có được hoàn thành không. Nếu không tương xứng, cần điều chỉnh lại các bước lập kế hoạch.

BÀI 5. QUẢN LÝ NHÂN LỰC BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Nhận thức được ý nghĩa, tầm quan trọng của quản lý nhân lực trong bệnh viện;
2. Nêu được các thuyết về quản lý nhân lực;
3. Phân tích được khái niệm nhân lực và nhân lực y tế;
4. Phân tích được các yếu tố trong quản lý nhân lực.

II. NỘI DUNG

1. Tầm quan trọng và khái niệm của nhân lực và quản lý nhân lực trong cơ sở y tế/bệnh viện

1.1. Khái niệm

Khái niệm nhân lực: Có nhiều khái niệm về nhân lực khác nhau. Bài này xin giới thiệu một khái niệm được cho là điển hình và phổ biến nhất: “Nhân lực bao gồm tất cả các tiềm năng của con người trong một tổ chức hay xã hội (kể cả những thành viên trong ban lãnh đạo doanh nghiệp) tức là tất cả các thành viên trong doanh nghiệp sử dụng kiến thức, khả năng, hành vi ứng xử và giá trị đạo đức để thành lập, duy trì và phát triển doanh nghiệp”²⁵. Với khái niệm này ta thấy, nhân lực không chú trọng lắm về số lượng mà chú trọng đặc biệt đến chất lượng: *Tiềm năng (năng lực, sáng tạo, quan hệ) của con người*. Điều đó cũng có nghĩa là quản lý nhân lực phải đặc biệt chú trọng tới chất lượng, sao cho khơi dậy và phát huy được *tiềm năng (năng lực, sáng tạo, quan hệ)* của nhân lực, chứ không chú trọng đến *số đông* của nhân lực. Tư duy này phù hợp với chính sách tự chủ của Nhà nước ta hiện nay (trong đó có tự chủ về nhân lực) cũng như tư duy chung, cho rằng *ít nhưng tinh*. Cũng qua khái niệm trên ta thấy nhân lực gồm 2 yếu tố quan trọng: Khả năng và đạo đức. Quản lý nhân lực chính là biết và tập trung vào bồi dưỡng và phát huy hai yếu tố này. Nhưng theo nhiều nhà quản lý, yếu tố đạo đức, phẩm chất, trách nhiệm lại là quyết định và quan trọng nhất, vì khi con người có yếu tố này thì có sự tâm huyết cao với nghề nghiệp và công việc, ắt họ sẽ đầu tư mọi thứ để nâng cao năng lực chuyên môn và phát triển các yếu tố khác.

Nhân lực y tế, theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO): Bao gồm tất cả những người tham gia vào các hoạt động có mục đích chính là nâng cao sức khỏe²⁶. Với khái niệm này, “nhân lực” của một bệnh viện hay một cộng

²⁵ Wikipedia, Quản trị nhân sự, Cập nhật ngày 09/5/2020 tại https://vi.wikipedia.org/wiki/Quản_trị_nhân_sự

²⁶ Wikipedia, Tổ chức Y tế thế giới, https://vi.wikipedia.org/wiki/Tổ_chức_Y_tế_thế_giới (cập nhật 09/5/2020).

đồng không chỉ hiểu với nghĩa hẹp là “nhân viên trong biên chế” của bệnh viện hay cộng đồng đó, mà cần hiểu theo nghĩa rộng, tức gồm cả những người ngoài biên chế trên đây nhưng tham gia vào hoạt động nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của bệnh viện. Ví dụ, nhân lực của một Bệnh viện X, không chỉ là cán bộ biên chế quỹ lương của bệnh viện này, mà gồm cả những người thực hiện các hoạt động phục vụ cho mục tiêu, nhiệm vụ của bệnh viện đó, như: Người bệnh, các nhà tài trợ, cấp trên của bệnh viện, cơ quan bảo hiểm y tế liên quan... Trong quản lý chất lượng, các bên liên quan này được gọi là ngoại khách hàng bên ngoài (External customer). Như vậy, theo nghĩa rộng, quản lý nhân lực đâu chỉ có quản lý cán bộ trong biên chế, mà chính là việc khơi dậy được kiến thức, khả năng, hành vi ứng xử và giá trị đạo đức của cả những người có liên quan. Càng mở rộng đối tượng này càng nhiều càng tốt, tức ***mở rộng vấn đề hợp tác, liên minh, liên kết, hội nhập....***

Trong bất kỳ một tổ chức nào công tác *quản lý nhân lực là quan trọng bậc nhất*, vì con người làm ra tất cả và giữ vai trò quyết định mọi hoạt động của tổ chức đó.

Trong một tổ chức (bệnh viện, trung tâm y tế dự phòng, trường y...) các công việc lớn cần phải đặt thành lĩnh vực quản lý riêng, thường là:

- Quản lý nhân lực
- Quản lý kế hoạch
- Quản lý tài chính
- Quản lý cơ sở vật chất trang thiết bị
- Quản lý chuyên môn
- Quản lý khoa học kỹ thuật
- Quản lý thông tin y tế
- Quản lý cơ sở hạ tầng...

Một điều rõ ràng là khi quản lý tốt con người thì các hoạt động quản lý khác sẽ rất suôn sẻ vì con người quyết định kế hoạch, tài chính, chuyên môn, khoa học kỹ thuật...

Quản lý con người cũng là phức tạp nhất vì con người có tư duy, có tình cảm và có mối quan hệ xã hội đa chiều, trong khi đó các đối tượng của lĩnh vực quản lý khác không có. Dân ca nước ta có câu “Sông sâu còn có người dò, lòng người thăm thăm ai đo cho tường” cũng đủ nói lên sự phức tạp của tư duy và nội tâm của con người. Dĩ nhiên khi quản lý tốt nhân lực trong bệnh viện thì đó là yếu tố quyết định nhất cho hoàn thành thắng lợi nhiệm vụ của đơn vị.

Khái niệm quản lý nhân lực: Quản lý nhân lực là sự phối hợp một cách tổng thể các hoạt động hoạch định, tuyển chọn, duy trì, phát triển, động viên và

tạo điều kiện thuận lợi cho tài nguyên nhân lực thông qua tổ chức, nhằm đạt được mục tiêu chiến lược và định hướng viễn cảnh của tổ chức.

2. Thuyết quản lý nhân lực

2.1. Thuyết nhu cầu của Maslow

2.1.1. Tháp nhu cầu Maslow là gì?

Theo Maslow, nhu cầu của con người được phân thành hai nhóm chính là nhu cầu cơ bản (Basic needs) và nhu cầu nâng cao (Meta needs). Khi các nhu cầu cơ bản như ăn, uống, ngủ, nghỉ... được đáp ứng, con người sẽ dần chuyển sang nhu cầu cao hơn như nhu cầu được an toàn, tôn trọng, danh tiếng, địa vị... Dựa vào đây mà ông sáng tạo ra tháp nhu cầu.

Tháp nhu cầu của Maslow (hay Maslow's hierarchy of needs) là lý thuyết động lực trong tâm lý học, gồm một mô hình 5 tầng của kim tự tháp thể hiện nhu cầu tự nhiên của con người phát triển từ nhu cầu cơ bản đến các nhu cầu cao hơn: sinh lý (physiological) -> an toàn (safety) -> quan hệ xã hội (love/belonging) -> kính trọng (esteem) -> thể hiện bản thân (self – actualization).

Trong 5 tầng trên, nhu cầu của con người sẽ đi từ đáy tháp đến đỉnh tháp. Nghĩa là khi nhu cầu dưới đáp ứng đầy đủ theo mong muốn, họ sẽ dần chuyển sang nhu cầu mới cao hơn. Đồng thời, 5 cấp này GOBRANDING sẽ phân thành ba nhóm rõ ràng:

Nhóm 1 gồm nhu cầu sinh lý và nhu cầu an toàn: Đây là nhóm nhu cầu đảm bảo con người có thể tồn tại được để hướng tới những nhu cầu cao hơn.

Nhóm 2 gồm nhu cầu nâng cao mối quan hệ và nhu cầu được kính trọng: Khi nhu cầu ở nhóm 1 đã được đáp ứng, con người sẽ muốn mở rộng các mối quan hệ của mình. Dần dần, trong một nhóm người đó họ bắt đầu xuất phát nhu cầu muốn trở thành người đứng đầu để nhận được sự kính trọng.

Nhóm 3 là nhu cầu thể hiện bản thân: Khi mọi nhu cầu được đáp ứng con người bắt đầu muốn thể hiện mình. Điển hình ở nhóm nhu cầu này chính là các tỷ phú vẫn tiếp tục làm việc và cống hiến mặc dù cơ bản nhu cầu của họ đã được đáp ứng đầy đủ.

Ví dụ về nhu cầu của một nhân viên trong doanh nghiệp đi theo tháp nhu cầu của Maslow: Khi mới ra trường bạn cần một công việc với mức thu nhập đủ để trang trải nhu cầu cuộc sống như tiền ăn, tiền nhà, xăng xe... (nhu cầu sinh lý). Sau khi đã tích lũy được một số tiền bạn cần một công việc chuyên môn hơn với đầy đủ các chế độ bảo hiểm rõ ràng, hợp đồng đầy đủ để bảo đảm chắc chắn cho công việc này (nhu cầu an toàn). Sau một thời gian tích lũy được kinh nghiệm và kiến thức chuyên môn bạn bắt đầu mong muốn được giao lưu, mở rộng mối quan hệ với nhiều người trong ngành hơn (nhu cầu giao lưu, mở rộng mối quan hệ), dần

dần mối quan hệ được mở rộng bạn muốn được nhiều người tôn trọng và có tiếng nói hơn bằng việc cố gắng thăng tiến để trở thành sếp (nhu cầu được kính trọng). Cuối cùng, khi đã đạt được mọi thứ bạn bắt đầu muốn cống hiến, thể hiện bản thân để được mọi người ghi nhận (nhu cầu thể hiện bản thân).

Xem các vị trí đang tuyển dụng tại GOBRANDING: <http://bit.ly/gobranding-tuyen-dung>

2.1.2. Các cấp bậc trong tháp nhu cầu Maslow: 05 cấp bậc của tháp nhu cầu Maslow được phát triển theo thứ tự từ dưới lên trên, tương ứng với nhu cầu từ cơ bản đến cao cấp hơn. Maslow cho rằng 4 nhu cầu đầu tiên xuất phát từ sự thiếu hụt nên sinh ra nhu cầu để lấp đầy mong muốn này (Basic needs). Tuy nhiên với nhu cầu số 5, nó không xuất phát từ sự thiếu thốn mà bắt nguồn từ mong muốn tự nhiên của con người là phát triển bản thân (Meta needs).

Bây giờ, hãy cùng GOBRANDING tìm hiểu xem 5 cấp bậc trong tháp nhu cầu của Maslow là gì nhé!

a) Nhu cầu sinh lý (Physiological Needs)

Nhu cầu sinh lý là những nhu cầu cơ bản nhất, bắt buộc phải đáp ứng được để con người có thể sống, tồn tại và hướng đến những nhu cầu tiếp theo trong tháp nhu cầu Maslow. Nhu cầu sinh lý bao gồm các nhu cầu như hơi thở, thức ăn, nước uống, quần áo, nơi ở... Khi những nhu cầu này được thỏa mãn con người mới có thể hoạt động và phát triển tốt. Đây được xem là nhu cầu cơ bản và quan trọng nhất, bởi nếu nhu cầu này không được đáp ứng thì tất cả những nhu cầu phía trên sẽ không thể thực hiện. Chẳng hạn, bạn không thể nào tiếp tục làm việc ở một công ty và mong đợi thăng tiến khi mức thu nhập quá thấp, không đáp ứng đủ chi phí sinh hoạt hằng ngày. Hoặc bạn không thể tiếp tục làm việc trong trạng thái vừa đói vừa khát vì cơ thể lúc này sẽ cảm thấy uể oải, mệt mỏi và không còn sức lực để tiếp tục công việc.

Nhu cầu sinh lý là những nhu cầu cơ bản nhất bắt buộc phải đáp ứng.

b) Nhu cầu đảm bảo an toàn (Safety Needs)

Nhu cầu tiếp theo mà Maslow đề cập ở tháp nhu cầu này chính là sự an toàn. Điều này hoàn toàn hợp lý bởi nhu cầu sinh lý giúp con người có thể sống sót được, thì tiếp theo họ cần một điều gì đó để đảm bảo duy trì và giúp họ an tâm hơn để phát triển.

Các nhu cầu đảm bảo an toàn gồm: An toàn về sức khỏe; An toàn về tài chính; An toàn tính mạng, không gây thương tích.

Sự phát triển từ nhu cầu sinh lý sang nhu cầu an toàn được thể hiện rõ nhất trong câu thành ngữ “Ăn chắc mặc bền” thành “Ăn ngon mặc đẹp”.

Ví dụ: Khi thu nhập thấp hoặc còn phụ thuộc vào gia đình bạn thường lựa chọn những địa chỉ rẻ để ăn nhằm tiết kiệm chi phí, đảm bảo đủ trang trải cuộc sống và phục vụ nhu cầu sinh lý. Tuy nhiên, khi thu nhập được gia tăng bạn bắt đầu có xu hướng quan tâm đến sức khỏe hơn, biết lựa chọn những quán ăn ngon, sạch sẽ và đảm bảo chất lượng để thưởng thức.

Nhu cầu đảm bảo an toàn sức khỏe, tài chính,...

Trong tổ chức nói chung, yếu tố an toàn được thể hiện bằng việc đóng đầy đủ các loại bảo hiểm cho nhân viên, môi trường làm việc với trang thiết bị tốt... Cùng với nhu cầu sinh lý, hai nhu cầu này giúp con người đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt để có thể tồn tại lâu dài. Đó là lý do vì sao GOBRANDING đã gom hai nhu cầu này vào một nhóm như ở phần định nghĩa.

Nếu hai nhu cầu trên đáp ứng nhu cầu về thể chất, thì bắt đầu từ nhu cầu thứ ba này trở đi con người mong muốn hướng tới nhu cầu về tinh thần nhiều hơn.

c) Nhu cầu các mối quan hệ, tình cảm (Love/Belonging Needs):

Khi những nhu cầu cơ bản của bản thân được đáp ứng đầy đủ, họ bắt đầu muốn mở rộng các mối quan hệ của mình như tình bạn, tình yêu, đối tác, đồng nghiệp... Nhu cầu này được thể hiện qua các mối quan hệ như gia đình, bạn bè, người yêu, các câu lạc bộ... để tạo cảm giác thân thuộc, gần gũi, giúp con người cảm thấy không bị cô độc, trầm cảm và lo lắng.

d) Nhu cầu được kính trọng (Esteem Needs):

Ở cấp này, nhu cầu của con người đề cập đến việc mong muốn được người khác coi trọng, chấp nhận. Họ bắt đầu nỗ lực, cố gắng để được người khác công nhận. Nhu cầu này thể hiện ở lòng tự trọng, tự tin, tín nhiệm, tin tưởng và mức độ thành công của một người.

Nhu cầu được kính trọng trong tháp nhu cầu Maslow được chia làm 02 loại:

- Mong muốn danh tiếng, sự tôn trọng từ người khác: được thể hiện qua danh tiếng, địa vị, vị trí mà người khác đạt được trong xã hội hoặc trong một tổ chức, tập thể nào đó.

- Lòng tự trọng đối với bản thân: Đây là một yếu tố cực kỳ quan trọng để phát triển bản thân, nó thể hiện ở việc tự coi trọng phẩm giá, đạo đức của bản thân. Một người thiếu lòng tự trọng rất dễ dẫn đến mặc cảm, thường thấy lo lắng trước những điều khó khăn của cuộc sống.

Thông thường, những người đã nhận được sự tôn trọng, công nhận từ người khác sẽ có xu hướng tôn trọng bản thân, tự tin và hãnh diện về khả năng của mình. Để đạt được nhu cầu kính trọng này, con người cần phải cố gắng, nỗ

lực để phát triển bản thân, chuyên môn. Những thành tích, kết quả xứng đáng được đóng góp sẽ khiến người khác tôn trọng mình hơn. Nhu cầu này được thể hiện rõ ràng nhất ở việc cố gắng thăng tiến trong công việc. Nhu cầu kính trọng thể hiện ở lòng tự trọng, tự tin, tín nhiệm, tin tưởng và mức độ thành công của một người.

e) Nhu cầu thể hiện bản thân (Self – Actualization Needs)

Đây là nhu cầu cao nhất của con người, nó nằm ở đỉnh của tháp nhu cầu Maslow. Khi bạn đã thỏa mãn được mọi nhu cầu của mình ở 4 cấp độ bên dưới, nhu cầu muốn thể hiện bản thân để được ghi nhận, bắt đầu xuất hiện. Và Maslow cho rằng, nhu cầu này không xuất phát từ việc thiếu một cái gì đó như 4 nhu cầu trên mà nó xuất phát từ mong muốn phát triển của con người.



Hình 5.1. Tháp nhu cầu của Maslow

“Con người sinh ra không phải để tan biến đi như một hạt cát vô danh. Họ sinh ra để lưu lại dấu ấn trên mặt đất, trong trái tim người khác” – là câu nói thể hiện rõ nhu cầu này nhất của con người. Họ muốn được ghi nhận bằng những nỗ lực của bản thân, muốn cống hiến để mang lại những giá trị lớn hơn cho xã hội, cộng đồng. Nhu cầu này thường xuất hiện ở những người thành công, họ tiếp tục phát huy tiềm năng, sức mạnh, trí tuệ của mình để cho người khác nhìn thấy. Hầu hết những người này làm việc là để thỏa đam mê, đi tìm những giá trị thật sự thuộc về mình. Cho nên, nếu như nhu cầu này không được đáp ứng sẽ khiến con người cảm thấy hối tiếc vì những đam mê của mình chưa được thực hiện. Nhu cầu này thể hiện ở việc người ta có thể từ bỏ một công việc mang lại địa vị cao, danh tiếng và mức lương hấp dẫn để làm những công việc mà họ yêu thích, đam mê. Nhu cầu thể hiện bản thân là nhu cầu cao nhất của con người. Hầu hết trong

mỗi chúng ta đều tồn tại cả 5 nhu cầu này. Tuy nhiên, tùy vào mỗi cá nhân mà nhu cầu ít hay nhiều và trong từng giai đoạn nhu cầu sẽ khác nhau (Hình 5.1)²⁷.

Quản lý nhân lực tốt là cần đáp ứng với mọi nhu cầu của con người, đặc biệt là các nhu cầu thiết yếu (sinh lý và an toàn) và các nhu cầu cao hơn như tình cảm, kính trọng và tự thể hiện. Một trong các nhu cầu này không được nhà quản lý đáp ứng thì có thể dẫn tới ức chế các nhu cầu khác, làm cho quản lý nhân lực thất bại. Ví dụ, nhu cầu kính trọng và tình cảm không được đáp ứng thì nhân viên của tổ chức dễ bất mãn và có thể bỏ tổ chức, ra đi.

2.2. Học thuyết quản trị nhân sự X

Các học thuyết về quản trị nhân lực đã sớm hình thành ở phương Đông, trong đó có thể kể tới “Đức trị” của Khổng Tử và “Pháp trị” của Hàn Phi Tử. Bên cạnh đó, không thể không nhắc đến những học thuyết kinh điển về quản trị nhân lực của Phương Tây. Đơn cử là học thuyết X và Y được Douglas McGregor tổng hợp từ thực tiễn quản trị nhân lực được áp dụng trong các xí nghiệp phương Tây.

Học thuyết X là một lý thuyết về quản trị nhân sự (OB) hiện đại, bên cạnh Thuyết Y và Thuyết Z. Thuyết này được khởi xướng bởi Douglas McGregor (Trường Quản trị Sloan của MIT) vào thập niên 1960. Douglas McGregor (1906 – 1964) là học giả người Mỹ thuộc trường phái quản trị hành vi. Học thuyết này là kết quả của việc tổng hợp các lý thuyết quản trị nhân sự được áp dụng trong các doanh nghiệp phương Tây lúc đó. Học thuyết X đưa ra giả thiết có thiên hướng tiêu cực về con người như sau:

- Bản tính của con người là lười biếng, không thích làm việc;
- Thiếu chí tiến thủ, không dám chịu trách nhiệm, cam chịu sự lãnh đạo của người khác;
- Coi mình là “cái rồn” của vũ trụ, không đặt lợi ích tổ chức lên trước;
- Chống lại sự đổi mới sáng tạo;
- Không chịu thay đổi, dễ bị dụ dỗ lôi kéo, dễ bị lừa đảo và đánh lừa;

Học thuyết X cung cấp phương pháp lý luận truyền thống là:

- “Quản lý nghiêm khắc” dựa vào sự trừng phạt;
- “Quản lý ôn hòa” dựa vào sự khen thưởng;

²⁷ Đoàn Thị Thúy Huyền (2019) *Tháp nhu cầu Maslow và ứng dụng trong Marketing*, cập nhật 16-12-2020 tại [https://gobranding.com.vn/thap-nhu-cau-maslow/#:~:text=Th%C3%A1p%20nhu%20c%E1%BA%A7u%20c%E1%BB%A7a%20Maslow%20\(hay%20Maslow's%20hierarchy%20of%20needs,love%2Fbelonging\)%20%2D%3E%20k%C3%ADnh](https://gobranding.com.vn/thap-nhu-cau-maslow/#:~:text=Th%C3%A1p%20nhu%20c%E1%BA%A7u%20c%E1%BB%A7a%20Maslow%20(hay%20Maslow's%20hierarchy%20of%20needs,love%2Fbelonging)%20%2D%3E%20k%C3%ADnh)

- “Quản lý nghiêm khắc và công bằng” dựa vào cả sự trừng phạt và khen thưởng.

Học thuyết X cũng được khái quát theo ba điểm sau:

- Nhà quản trị phải chịu trách nhiệm tổ chức các hoạt động doanh nghiệp nhằm đạt được những mục tiêu về kinh tế trên cơ sở các yếu tố như: Tiền, vật tư, thiết bị, con người.

- Đối với nhân viên, cần chỉ huy họ, kiểm tra, điều chỉnh hành vi của họ để đáp ứng nhu cầu của tổ chức.

- Dùng biện pháp thuyết phục, khen thưởng, trừng phạt để tránh biểu hiện hoặc chống đối của người lao động đối với tổ chức.

Nhận định về nội dung học thuyết X:

- Là lý thuyết máy móc và thiên hướng tiêu cực về con người và hành vi con người;

- Cho rằng con người bản chất không thích làm việc và luôn trốn tránh khi có thể.

- Cần phải thưởng nếu muốn họ làm việc và trừng phạt khi họ không làm việc.

- Con người thích bị kiểm soát, nếu bị kiểm soát mới làm việc tốt.

Các nhà quản lý theo Thuyết X hay có cách hành xử tiêu cực và cực đoan. Khi xảy ra một vấn đề nào đó, việc đầu tiên họ sẽ làm là quy trách nhiệm hoặc đổ lỗi cho ai đó. Họ cho rằng người lao động chỉ làm việc vì bản thân và chỉ bị tác động bởi tiền. Trong mọi tình huống, người lao động sẽ bị quy trách nhiệm và các nguyên nhân thuộc về khách quan như lỗi hệ thống, chính sách, do thiếu đào tạo... đều bị bỏ qua hay xử lý không đúng mức cần thiết. Nhà quản lý theo Thuyết X không tin tưởng bất kỳ ai. Họ chỉ tin vào các hệ thống giám sát chặt chẽ và có tính máy móc, tin vào sức mạnh của kỷ luật.

Ứng dụng học thuyết X:

- Vẫn đúng trong nhiều trường hợp.

- Đặc biệt ứng dụng vào các ngành sản xuất, dịch vụ.

- Tuy nhiên, trên thực tế dường như không có kết quả đúng 100% về Thuyết X, song thuyết này luôn là một thuyết kinh điển, không thể bỏ qua để đào tạo, huấn luyện về quản trị nhân sự trong tất cả các trường lớp.

- Thuyết cũng giúp nhiều nhà quản lý nhìn nhận lại bản thân để chỉnh sửa hành vi cho phù hợp.

2.3. Học thuyết quản trị nhân sự Y

Thuyết Y là một lý thuyết về quản trị nhân sự (OB) được Douglas McGregor (Trường Quản trị Sloan của MIT) đưa vào thập niên 1960, bên cạnh Thuyết X và Thuyết Z.

Học thuyết Y được đánh giá tiến bộ hơn học thuyết X. Đây được coi là học thuyết “sửa sai” hay tiến bộ hơn về lý thuyết quản trị nhân lực từ việc nhìn nhận sai lầm trong học thuyết X. Học thuyết Y đã đưa ra những giả thiết tích cực hơn về bản chất con người, đó là:

- Lười nhác không phải là bản tính bẩm sinh của con người nói chung. Lao động trí óc, lao động chân tay cũng như nghỉ ngơi, giải trí đều là hiện tượng của con người.

- Điều khiển và đe dọa không phải là biện pháp duy nhất thúc đẩy con người thực hiện mục tiêu của tổ chức.

- Tài năng con người luôn tiềm ẩn, vấn đề là làm sao để khơi gợi dậy được tiềm năng đó.

- Con người sẽ làm việc tốt hơn nếu đạt được sự thỏa mãn cá nhân.

Từ cách nhìn nhận về con người như trên, học thuyết Y đưa ra phương thức quản trị nhân lực như:

- Thực hiện nguyên tắc thống nhất giữa mục tiêu của tổ chức và mục tiêu của cá nhân.

- Các biện pháp quản trị áp dụng đối với người lao động phải có tác dụng mang lại "thu hoạch nội tại".

- Áp dụng những phương thức hấp dẫn để có được sự hứa hẹn chắc chắn của các thành viên trong tổ chức.

- Khuyến khích tập thể nhân viên tự điều khiển việc thực hiện mục tiêu của họ, làm cho nhân viên tự đánh giá thành tích của họ.

- Nhà quản trị và nhân viên phải có ảnh hưởng lẫn nhau.

Nhận định về nội dung học thuyết Y:

- Là lý thuyết linh động và thiên hướng tích cực về con người và hành vi con người.

- Cho rằng con người bản chất thích làm việc và không trốn tránh khi có thể.

- Con người làm việc theo nhóm thích tự định hướng và làm chủ.

- Con người sẽ gắn với nhóm nếu họ đạt được sự thỏa mãn cá nhân.

- Con người muốn và có thể học cách gánh vác trách nhiệm.
- Tài năng con người luôn tiềm ẩn, vấn đề quan trọng là biết khơi dậy.
- Không cần phải thưởng nếu muốn họ làm việc và không đánh giá cao việc trừng phạt khi họ không làm việc.
- Con người không thích bị kiểm soát, nếu không bị kiểm soát mới làm việc tốt.

Thuyết này cho rằng con người luôn có khát vọng, có khả năng tự khích lệ bản thân, có khả năng nhận những bổn phận lớn hơn, có khả năng tự chủ, tự trị. Thuyết này cũng tin rằng con người thích thực hiện nhiệm vụ một cách tự giác. Các nhà quản lý theo thuyết này cho rằng nếu tạo cơ hội, người lao động sẽ hết sức sáng tạo và tiến bộ trong công việc. Nếu cho người lao động quyền tự do thể hiện khả năng tốt nhất của mình mà không bị ràng buộc bởi các hướng dẫn, luật lệ quá chặt chẽ, họ sẽ có khả năng làm gia tăng năng suất lao động đáng kể.

Nhà quản lý theo Thuyết Y cũng tin rằng việc tạo ra những điều kiện làm việc tốt, gây cho người lao động hứng thú với công việc họ yêu thích họ sẽ có những cống hiến tuyệt vời. Do vậy các nhà quản lý cố làm hết sức để giải phóng người lao động khỏi các hàng rào ngăn cản sự thể hiện khả năng bản thân họ. Đại đa số mọi người hoan nghênh Thuyết Y này của Douglas McGregor và mong các nhà quản lý cải thiện điều kiện làm việc theo hướng này.

Ứng dụng học thuyết Y:

- Đúng trong nhiều trường hợp. Các công ty sử dụng người lao động có trình độ cao và làm công việc có nhiều tính sáng tạo như Apple, Microsoft, Google... đều theo thuyết này và cố gắng tạo ra những môi trường làm việc tự do và lý tưởng nhất trong mức có thể.

- Tuy nhiên, cũng giống như Thuyết X, Thuyết Y không tuyệt đối, nó được sử dụng kết hợp sẽ đem lại hiệu quả cao.

- Thuyết này cũng có tác dụng gợi ý cho các nhà quản lý và luôn là bài học kinh điển trong quản trị nhân sự hiện đại.

2.4. Học thuyết quản trị nhân sự Z

Thuyết Z được Tiến sỹ W.Ouchi đưa ra vào những năm 70 của thế kỷ trước, học thuyết này được xây dựng dựa trên thực tiễn và lý luận. Học thuyết Z còn được biết đến dưới cái tên "Quản lý kiểu Nhật" và được phổ biến khắp thế giới vào thời kỳ bùng nổ kinh tế của các nước châu Á thập niên 1980. Khác với Thuyết X (có cái nhìn tiêu cực vào người lao động) và Thuyết Y (quá lạc quan về người lao động), Thuyết Z chú trọng vào việc *gia tăng sự trung thành của*

người lao động với công ty bằng cách tạo ra sự an tâm và mãn nguyện cho người lao động cả trong và ngoài khi làm việc.

Cốt lõi của thuyết này là làm **thỏa mãn và gia tăng tinh thần cho người lao động** để đạt được năng suất chất lượng trong công việc. Các lý thuyết của thuyết Z này dựa trên nền tảng lý luận và thực tiễn đã được Tiến sĩ W. Edwards Choid Deming đúc kết và phát kiến trước đó. Thuyết Z được đánh giá là một lý thuyết quan trọng về quản trị nhân sự (OB) hiện đại, bên cạnh Thuyết X và Thuyết Y. Thuyết Z đưa đến thành công của nhiều công ty nên các công ty này được phân loại là các Công ty Z (Z companies).

Nhận định về nội dung học thuyết Z:

- Chế độ làm việc suốt đời;
- Trách nhiệm cá nhân;
- Đo đếm, đánh giá chi li, rõ ràng song biện pháp kiểm soát tế nhị, mềm dẻo, giữ thể diện cho người lao động;
- Ra quyết định tập thể;
- Đánh giá và đề bạt một cách thận trọng;
- Quan tâm đến tất cả các vấn đề của người lao động, kể cả gia đình họ.

Ứng dụng học thuyết Z:

- Được nhiều công ty Nhật ủng hộ và ứng dụng vào thực tế. Dem lại thành công của rất nhiều công ty Nhật và đưa nước Nhật thành cường quốc thế giới, làm nhiều công ty Nhật trở thành hàng đầu thế giới trong lĩnh vực của họ, vượt qua các nước Âu Mỹ.

- Các công ty Âu Mỹ sau đó đã phải nhìn nhận lại vấn đề, học thuyết Z này và tìm cách ứng dụng để cạnh tranh lại với các công ty Nhật.

- Thuyết Z cũng có những điểm yếu căn bản và nhất là tạo ra sức ỳ lớn trong các công ty Nhật; điều mà từ đó đến nay các công ty Nhật đang ra sức nghiên cứu và thay đổi.

Tổng kết về 3 học thuyết quản trị nhân sự phương Tây: Khi so sánh ba học thuyết này với nhau thấy rằng học thuyết sau chính là sự khắc phục các mặt hạn chế của học thuyết trước. Thuyết X nhìn theo thiên hướng tiêu cực về con người nhưng nó đưa ra phương pháp quản lý chặt chẽ. Thuyết Y nhìn nhận con người hơi quá lạc quan nhưng nó cũng đưa ra cách quản lý linh động phù hợp với một số doanh nghiệp lớn, nhiều lĩnh vực có tri thức và đòi hỏi sự sáng tạo của nhân viên. Thuyết Z có nhược điểm tạo sức ỳ nhưng nó cũng đưa ra phương

pháp hiệu quả dẫn đến sự thành công cho công ty và trở thành thuyết quản trị nhân lực kinh điển mà đến nay vẫn được áp dụng trong nhiều doanh nghiệp.

So sánh học thuyết quản trị nhân sự phương Đông và phương Tây: Khi so sánh học thuyết quản trị phương Tây và quản trị phương Đông ta thấy chúng giống nhau ở chỗ: Các học thuyết này đều xoay quanh việc điều chỉnh hành vi của con người, lấy con người là trọng tâm của mọi lý thuyết. Mỗi học thuyết đều cố gắng phân tích để “nhìn rõ” bản chất con người để đưa ra những phương pháp điều chỉnh phù hợp. Các học thuyết còn giống nhau ở điểm là cố gắng tạo ra sự công bằng trong đánh giá, xử phạt, bằng các hệ thống chính sách khen, thưởng, kỷ luật của mình.

Sự khác biệt giữa học thuyết quản trị nhân sự phương Đông và phương Tây là ở chỗ: Phương Tây lấy hiệu quả công việc làm mục tiêu, các học thuyết phương Đông thì đề cao “Đức” và “Tâm” của con người hơn.

Qua sự phân tích các học thuyết phương Tây X, Y, Z ta thêm hiểu hơn về tri thức quản trị nhân sự. Mỗi học thuyết đều có chỗ hay chỗ còn thiếu sót, tuy nhiên do quản trị còn là một nghệ thuật, không cứng nhắc nên việc kết hợp các học thuyết trên là hoàn toàn có thể và hiệu quả đến đâu là còn tùy thuộc vào mỗi nhà quản trị. Việc tìm hiểu các phong cách quản trị cũng cho nhà quản trị biết cách chọn cho mình quan điểm quản trị phù hợp với khu vực quản trị, điều này là quan trọng với nhà quản trị toàn cầu ²⁸.

3. Những yếu tố chính/ nguyên tắc chính trong quản lý nhân lực

3.1. Giáo dục lý tưởng, ý đức và trách nhiệm

Có thể nói giáo dục lý tưởng và ý đức là công việc đặc biệt quan trọng trong quản lý nhân lực tại bất kỳ cơ sở/đơn vị nào. Bất kỳ người lãnh đạo nào dù ở cấp cao hay thấp, ở bất kỳ chế độ chính trị nào cũng cần những nhân viên trung thành, có phẩm chất đạo đức tốt (học thuyết Z) rồi sau đó mới cân nhắc tới vấn đề chuyên môn. Cụ Hồ đã nói: Giáo dục thể hệ cách mạng cho đời sau là việc rất quan trọng và rất cần thiết. Sự sống còn của cách mạng phụ thuộc vào sự giáo dục lý tưởng và đạo đức cách mạng cho thế hệ nối tiếp. Những công việc mạo hiểm và đặc biệt quan trọng như tình báo, cảnh sát mật... đòi hỏi phải tuyển mộ và giáo dục nhân viên tuyệt đối cao về lý tưởng và đạo đức. Cựu tổng thống Mỹ Ních-xon cũng đã cho rằng công tác tư tưởng giữ một vai trò tối quan trọng. Trong chiến tranh, một đô la chi cho công tác tuyên truyền tư tưởng có tác dụng bằng 5 đô la chi cho hoạt động quân sự ²⁹.

²⁸ Smartrain.vn (15/06/2018) 03 HỌC THUYẾT QUẢN TRỊ NHÂN SỰ PHƯƠNG TÂY KINH ĐIỂN, cập nhật ngày 16-12-2020 tại <https://smartrain.vn/3-hoc-thuyet-quan-tri-nhan-su-phuong-tay-kinh-dien.html>

²⁹ Nguyễn Thị Thu Hà (2010) *Một số giải pháp đổi mới nâng cao chất lượng, hiệu quả công tác tuyên truyền*, Tuyên Giáo, cập nhật tại: <http://www.tuyengiao.vn/Home/MagazineStory.aspx?mid=52&mzid=391&ID=1084>

Đạo đức và lý tưởng của cán bộ y tế, có thể tóm tắt như sau :

- Chữa khỏi bệnh cho người bệnh nhanh chóng, an toàn và làm họ hài lòng.
- Phòng bệnh cho người khỏe để làm giảm tối đa tỉ lệ mới mắc, mang lại sức khỏe và hạnh phúc cho nhân dân.
- Rèn luyện quy định y đức, xứng đáng "Lương y như từ mẫu". Khi cán bộ y tế thiếu mục đích lý tưởng trên sẽ dẫn tới những sai lầm nghiêm trọng vì nó định hướng cho toàn bộ hoạt động của người cán bộ y tế. Ví dụ, nếu chỉ chuyên sâu về chữa bệnh mà coi nhẹ dự phòng thì không giảm được tỉ lệ mới mắc, bệnh tật vẫn còn. Thực tế, một bộ phận cán bộ y tế trong bệnh viện hiện nay chưa quan tâm nhiều đến công tác dự phòng, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Không rèn luyện y đức thì không thể thực hiện được công tác chữa bệnh và phòng bệnh. Người quản lý coi nhẹ triết lý trên mà chạy theo lợi nhuận kinh tế trong các dịch vụ y tế chẳng hạn, họ sẽ biến các dịch vụ y tế thành nơi kinh doanh. Tại đó có thể thực hiện được chữa bệnh, nhưng không thực hiện được phòng bệnh và y đức. Bất kỳ một thành viên nào của bệnh viện đi trạch khỏi triết lý trên sẽ làm cho bệnh viện tổn thương ở mức độ khác nhau:

- Thiệt hại vật chất.
- Thiệt hại tinh thần.
- Thiệt hại cả vật chất và tinh thần (uy tín).

Làm thế nào để giáo dục được mục đích và lý tưởng cho cán bộ y tế?

Muốn giáo dục được mục đích và lý tưởng cho cán bộ y tế cần tuân thủ những nguyên tắc sau :

- Nguyên tắc số một là kiên trì, giáo dục thường xuyên, liên tục, suốt đời.
- Thứ hai là đa dạng các hình thức giáo dục như phong trào thi đua trọng điểm, tuyên truyền, ra nghị quyết, các đoàn thể tổ chức, thưởng phạt phối hợp và lồng ghép với các biện pháp khác.
- Thứ ba là người cán bộ lãnh đạo/cán bộ quản lý tại bệnh viện phải là người mẫu mực về đạo đức cho mọi người noi theo...

3.2. Thực hiện dân chủ và tôn trọng

Bất kỳ một người nào trong xã hội đều có nhu cầu được tôn trọng, có thể nói đó là một nhu cầu thiết yếu, thể hiện tình cảm, văn hóa, mối quan hệ và giao tiếp của con người, tổ chức và của xã hội (thuyết nhu cầu của Maslow). Thực hiện tốt dân chủ và tôn trọng con người là một yếu tố quyết định cho quản lý nhân lực trong một tổ chức/cơ quan nói chung.

Lợi ích của thực hiện tốt dân chủ và tôn trọng:

– Tạo ra sự đoàn kết tốt giữa người lãnh đạo/quản lý với nhân viên (nội khách hàng) và người được phục vụ (ngoại khách hàng - người dân hay người bệnh) cũng như giữa họ với nhau. Và nếu có sự đoàn kết này thì sẽ tạo ra được sức mạnh to lớn. Cụ Hồ đã dạy: “Đoàn kết, đoàn kết, đại đoàn kết. Thành công, thành công, đại thành công”.

– Huy động được sự đóng góp trí tuệ của mọi người trong tổ chức và ngoài tổ chức: Tất cả mọi người đều được tôn trọng, ý kiến của mình được lãnh đạo lắng nghe, tiếp thu. Mọi người cảm thấy mình được gắn bó, gắn gũi với người lãnh đạo và với tổ chức, coi người lãnh đạo và tổ chức là mật thiết, là quyền lợi của mình nên có trách nhiệm cao và tự nguyện đóng góp với sự nghiệp chung của cơ sở/đơn vị. Mọi người cùng nhau tích cực, chủ động, sáng tạo. Quần chúng là trường đại học tổng hợp.

– Huy động được sự đóng góp về của cải vật chất, kinh phí, ngày công lao động... (Vận dụng định nghĩa nhân lực y tế của WHO).

Phương pháp để đạt được sự dân chủ và tôn trọng:

– Các vấn đề hay quyết định quan trọng đều phải được đi từ dưới lên: Những vấn đề hay quyết định quan trọng đều được mọi người trong cơ sở/bệnh viện thảo luận, bàn bạc kỹ, sau đó tiến hành bỏ phiếu kín (không biểu quyết bằng giơ tay vì như vậy tính nể nang và áp đặt dễ xảy ra). Ý kiến đa số sẽ là ý kiến quyết định. Thực hiện tốt dân biết, dân bàn, dân làm, dân kiểm tra là góp phần quan trọng vào thực hiện dân chủ hóa. Những đại biểu cho dân ở từng cấp phải thực sự đưa ra quyết định dựa vào ý kiến đa số của người dân mà mình đại diện.

– Sự minh bạch, công khai hóa và thông tin đa chiều: Tất cả mọi quyết định, mọi việc làm, mọi kết quả hoạt động đều phải công khai trên các phương tiện thông tin đại chúng cho tất cả mọi người biết. Thông tin y tế không phải thông tin được bảo mật. Kinh nghiệm thực tế cho thấy nếu thông tin y tế bị che giấu đều có thể dẫn tới những thiệt hại tùy mức độ, đặc biệt là các thông tin về sự lây lan của bệnh. Sự công khai rộng rãi các thông tin sẽ giúp mọi người dân và các bên liên quan (cả nội và ngoại khách hàng) kiểm soát được chất lượng của hoạt động y tế, phát hiện được các vấn đề tồn tại, đề xuất giải pháp giải quyết sớm và hiệu quả. Chất lượng là sự hài lòng của khách hàng. Nói cách khác, cần biết thông tin nhanh chóng, đầy đủ và chính xác ở mọi hoạt động y tế theo phương thức *đa chiều*. Vì vậy phát triển và mở rộng các biện pháp và phương tiện truyền thông, thực hiện tự do ngôn luận cũng là giải pháp quan trọng giúp thực hiện dân chủ và tôn trọng.

– Cán bộ lãnh đạo và quản lý của cơ quan y tế/bệnh viện nhất thiết phải gắn gũi, sâu sát với mọi đối tượng người sử dụng dịch vụ (SDDV) và liên quan, lắng nghe ý kiến của họ, giữ mối liên lạc thường xuyên với họ thông qua mọi

biện pháp và hình thức như tiếp dân, hộp thư góp ý, thăm dò ý dân, đường dây nóng, đặc biệt phát huy mạnh vai trò các tổ chức xã hội dân sự trong đó có người SDDV và bên liên quan tham gia...

– Đưa các đại biểu dân bầu vào các Hội đồng tư vấn, Ban tham mưu... cho lãnh đạo, giúp ý kiến của người SDDV và các bên liên quan tham gia kịp thời và nhanh chóng vào mọi khâu, mọi quyết định của quá trình quản lý. Làm được như vậy là tuân theo nguyên tắc tạo ra hệ thống hỗ trợ cho chất lượng, một trong các cột trụ của ngôi nhà chất lượng đã đề cập ở phần trên.

3.3. Nhiệm vụ, biên chế

3.3.1. Nhiệm vụ: Bất kì một bệnh viện/đơn vị y tế nào dù to hay nhỏ và bất kì một người nào trong tổ chức đó đều phải xác định rõ nhiệm vụ của mình thông qua bảng mô tả nhiệm vụ. Đây là việc làm hết sức quan trọng giúp mỗi cá nhân và bệnh viện/đơn vị xác định rõ được nhiệm vụ của mình trong một thời gian cụ thể và hoàn thành nhiệm vụ đó. Đó cũng là một nguyên lý quan trọng của quản lý chất lượng: Phân công trách nhiệm và nhiệm vụ rõ ràng (Clear accountability and responsibility).

Bản mô tả nhiệm vụ (Job description). Tác dụng của bản này là :

- Gắn trách nhiệm cá nhân với đơn vị.
- Tạo cho cá nhân chủ động, sáng tạo làm việc .
- Công việc không bị bỏ sót, chồng chéo.
- Giúp cho quản lý nhân lực thuận tiện.
- Xác định được những nhiệm vụ cụ thể cho cá nhân và tổ chức từng giai đoạn.

▪ Xác định nhiệm vụ cho cơ sở/đơn vị y tế trong một giai đoạn: Nhiệm vụ của cơ sở/đơn vị y tế trong một giai đoạn do cấp trên giao, cũng có thể do giám đốc phối hợp với các cán bộ quản lý của bệnh viện xây dựng lên. Ví dụ, tại Trung tâm y tế M, ông trưởng phòng tổ chức cán bộ và chủ nhiệm khoa sản được giao biên soạn bản dự thảo chức năng nhiệm vụ của khoa sản. Sau khi dự thảo xong, bản chức năng nhiệm vụ này được trình bày trong cuộc họp mở rộng giữa các cán bộ quản lý trung tâm và cán bộ quản lý các phòng, khoa để lấy ý kiến đóng góp (nếu có điều kiện lấy ý kiến đóng góp của tất cả cán bộ công chức trong trung tâm càng tốt). Sau đó dự thảo được trình cấp trên xem xét và duyệt.

▪ Xác định nhiệm vụ cho cán bộ công chức trong cơ sở/đơn vị do trưởng hay phó trưởng đơn vị soạn thảo rồi báo cáo trong cuộc họp để chính thức thông qua (phụ lục 1).

3.3.2. Biên chế công chức, viên chức

Xác định biên chế công chức, viên chức là việc làm đòi hỏi phải có cơ sở khoa học để tính toán biên chế cho từng bộ phận (khoa, phòng) và toàn bộ cơ sở/đơn vị y tế.

Những yếu tố sau đây thường được xem xét trong tính toán biên chế công chức, viên chức:

- Nhiệm vụ (khối lượng công việc) của cơ sở y tế.
 - Mô hình bệnh tật như tỉ lệ mắc, tỉ lệ bệnh nặng và cấp cứu hay nhu cầu phòng bệnh của nhân dân.
 - Chỉ tiêu trên giao như ngân sách, cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực.
 - Khả năng thực hiện nhiệm vụ của bệnh viện/đơn vị y tế.
 - Sự hỗ trợ của các tổ chức, đoàn thể nhân dân.
 - Khả năng của cán bộ...

Hiện nay, các cơ sở/ đơn vị y tế đều thực hiện định biên chế theo Thông tư của Bộ Nội vụ - Bộ Y tế số 08/2007/BYT-BNV, ngày 05-6-2007. Tuy nhiên, theo tinh thần tự chủ, tự chịu trách nhiệm (quy định bởi Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ngày 25-4-2006 của Chính phủ và Nghị định số 16/NĐ-CP³⁰ và các văn bản khác) các cơ quan/đơn vị y tế chủ động quyết định số lượng biên chế cán bộ của mình. Nhờ vậy, có thể giảm được những biên chế gián tiếp, biên chế không có hiệu quả cao và đầu tư được nguồn lực cho nhiệm vụ trọng tâm của cơ quan/đơn vị.

3.4. Trình độ chuyên môn

Hiện nay, Bộ Y tế chưa có quy định tiêu chuẩn cụ thể về chuyên môn cho mỗi loại chức danh cán bộ trong bệnh viện/đơn vị y tế (trừ một số chức danh như giảng viên chính, bác sĩ chính...). Vì vậy, mỗi cơ quan y tế hãy chủ động ấn định các tiêu chuẩn chuyên môn cho mỗi chức danh. Ví dụ, trưởng phòng tổ chức cán bộ tại một bệnh viện có cần thiết có chuyên môn y hay không và nếu có thì cần đến mức nào (trung học y, đại học y, chuyên khoa I...). Tương tự, nghiệp vụ quản lý cần tới mức nào. Nhà nước đã ban hành tiêu chuẩn của chuyên viên, chuyên viên chính. Tuy vậy, mỗi bệnh viện/đơn vị y tế lại có đặc thù riêng nên cần thiết ban hành những tiêu chuẩn đặc thù của mình. Ví dụ, tại một huyện miền núi có nhiều người H'mông sinh sống thì cán bộ y tế tại đó có cần thiết phải có bằng ngoại ngữ không, hay cần thiết phải nghe và nói được tiếng H'mông.

Tại trung tâm y tế huyện/ bệnh viện tuyến huyện, dựa theo một số nghiên cứu và ý kiến của một số chuyên gia trong nước thì tiêu chuẩn chuyên môn cho các cán bộ quản lý có thể như sau:

³⁰ Chính phủ (2015) Nghị định quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập, số 16/NĐ-CP, ngày 14 tháng 02 năm 2015.

– Giám đốc cần thiết là bác sĩ đa khoa được đào tạo cơ bản trở lên, học xong chuyên khoa cấp I Y tế công cộng hay tương đương, được bồi dưỡng qua lớp quản lý y tế ít nhất ba tháng.

– Phó giám đốc phụ trách công tác khám chữa bệnh yêu cầu chuyên môn như trên, không cần thiết học xong CKI Y tế công cộng nhưng cần thiết có bằng chuyên khoa I về nội hay ngoại khoa, ít nhất cũng được bồi dưỡng qua lớp quản lý y tế trong ba tháng.

– Phó giám đốc phụ trách dự phòng yêu cầu chuyên môn như với giám đốc.

– Cán bộ trưởng, phó phòng: Tốt nhất có trình độ đại học, (hoặc y sĩ, nếu thiếu bác sĩ) được bồi dưỡng về trình độ nghiệp vụ quản lý y tế ít nhất hai tháng trở lên.

– Với trưởng khoa: Được đào tạo cơ bản là bác sĩ đa khoa song cần thiết có bằng chuyên khoa cấp I ứng với chuyên ngành đang làm (hoặc y sĩ đa khoa, nếu thiếu bác sĩ), được đào tạo về quản lý y tế ít nhất hai tuần trở lên.

– Các phó trưởng khoa: Tiêu chuẩn giống như trưởng khoa, không nhất thiết phải có bằng chuyên khoa cấp I về chuyên môn, song tối thiểu phải có kinh nghiệm về chuyên môn và quản lý khoa, sẵn sàng thay thế tạm thời khi trưởng khoa vắng mặt.

Chú ý: Ở miền núi, trung tâm y tế thường chia nhỏ thành hai, ba cơ sở. Mỗi cơ sở cần có một phó giám đốc được đào tạo cơ bản là bác sĩ đa khoa và qua lớp bồi dưỡng về y tế công cộng hoặc nghiệp vụ quản lý y tế tối thiểu hai tháng trở lên.

3.5. Tuyển cán bộ, nhân viên

Là khâu rất quan trọng, vì những cán bộ này quyết định sự phát triển của bệnh viện trong tương lai. Gồm các bước sau:

– Xem xét nhu cầu tuyển dụng của bệnh viện (xem phần xác định biên chế cán bộ) trên đây.

– Chuẩn bị các hồ sơ tuyển dụng bao gồm lý lịch, giấy khám sức khỏe, các loại bằng cấp, chứng chỉ, đơn xin việc, hộ khẩu, học lực...

– Cho làm thử một thời gian (khoảng $\leq 3-6$ tháng) theo kiểu hợp đồng.

– Báo cáo hội đồng xét tuyển của bệnh viện xem xét và quyết định.

– Tổ chức thi vào biên chế nhà nước về tay nghề và các lĩnh vực khác.

– Làm thủ tục tiếp nhận cán bộ như ra quyết định tiếp nhận, quy định bậc lương và các chế độ kèm theo, giao nhiệm vụ cụ thể, căn dặn cán bộ mới (Theo hướng dẫn tại các văn bản của Chính phủ và Bộ Y tế). Đối với nhân viên bảo vệ, tạp vụ, lái xe... không nên thi tuyển vào biên chế mà thực hiện chế độ hợp đồng. Tùy cơ sở/đơn vị y tế, nên nghiên cứu xem một số đối tượng khác

nữa tuyển theo chế độ hợp đồng như hộ lý, công nhân sửa chữa, kỹ sư máy, điện nước, điều dưỡng viên...

Một số kinh nghiệm cần lưu ý khi tiếp nhận cán bộ mới:

- Hiểu rõ và chính xác quá trình học tập, công tác của cán bộ mới.
- Trong một bộ phận (khoa, phòng) không nên tuyển vào những cán bộ có cùng trình độ, hay cùng tuổi, cùng thời gian công tác hay cống hiến như nhau trong cùng một đợt xét tiếp nhận. Những cán bộ được xét tiếp nhận vào cùng một đợt, nên khác nhau về lứa tuổi, năm công tác hay năm tốt nghiệp để đảm bảo tính thừa kế mà dễ quản lý.
- Nên ưu tiên xét, tiếp nhận những cán bộ có quê quán hay gia đình ở địa phương sở tại, giúp họ yên tâm công tác.
- Nên ưu tiên đối tượng có công với cách mạng hay với địa phương.
- Nên xác định rõ các tiêu chuẩn để tiếp nhận cho từng loại cán bộ:
 - Chuyên môn: Đại học, trung cấp, sơ cấp về y, dược hay chuyên môn gì. Điều đó phụ thuộc vào nội dung công việc yêu cầu.
 - Đạo đức: Trung thực, đoàn kết...
 - Sức khỏe: Có sức khỏe loại A theo quy định của Bộ Y tế.
 - Cá tính, phong cách: Tháo vát, cởi mở, chịu khó... Ngoài ra, có thể cần tiêu chuẩn về hình thức. Các bệnh viện/đơn vị y tế phải có một bản kế hoạch bổ sung cán bộ mới kèm kế hoạch nghỉ hưu và đào tạo cán bộ (phụ lục 3).

3.6. Đề bạt cán bộ

Đề bạt cán bộ là chọn người quản lý và lãnh đạo cho bệnh viện/đơn vị y tế, đây là vấn đề tối quan trọng trong quản lý nhân lực.

Khi đề bạt, cần tuân theo những quy định tiêu chuẩn hoá cán bộ về chuyên môn cho từng vị trí, công tác đã nêu ở phần trên, ngoài ra các tiêu chuẩn khác cần thiết phải có là:

- Đạo đức: Cán bộ được đề bạt phải là tấm gương tốt về mọi phương diện: Quan hệ, sinh hoạt, chấp hành đường lối chính sách, quy định chế độ. không sai phạm kỷ luật...
- Năng động sáng tạo;
- Có khả năng lôi kéo và vận động quần chúng (xem phần sau về yêu cầu cụ thể đối với cán bộ quản lý);
- Sức khỏe: Có sức khỏe tốt, đảm bảo phục vụ lâu dài theo quy định của Bộ Y tế...

Một số kinh nghiệm trong đề bạt cán bộ :

– Người được đề bạt phải trải qua một thời gian thử thách công tác tại đơn vị. Đặc biệt giao cho người đó chịu trách nhiệm quản lý một đội công tác trong một thời gian.

– Tốt nhất là đào tạo kiến thức quản lý trước khi đề bạt.

– Cần thăm dò kỹ ý kiến của nhân viên trong bệnh viện bằng bỏ phiếu kín trước khi đề bạt và công khai hóa kết quả bỏ phiếu. Chuyển dần sang chế độ dân bầu trực tiếp.

– Cần sự bàn bạc kỹ trong ban giám đốc, đảng uỷ, đoàn thanh niên và công đoàn cơ sở y tế.

– Tốt nhất đề bạt người có quê quán tại địa phương. Miền núi, vùng cao, nơi có các dân tộc ít người thì nên ưu tiên đề bạt người cán bộ dân tộc ít người.

– Ưu tiên đề bạt cán bộ là nữ, cán bộ trẻ...

– Ưu tiên đề bạt những người có phẩm chất đạo đức tốt và có khả năng quản lý. Cán bộ quản lý khoa, đội, bộ môn thì cần có chuyên môn vững. Nếu vì thiếu cán bộ, cần đề bạt người có thiếu khuyết đôi chút về mặt này hay mặt khác thì cần nói rõ điểm yếu và cách khắc phục cho cán bộ được đề bạt, đồng thời phải theo dõi và uốn nắn thường xuyên cho cán bộ đó.

Mỗi bệnh viện cần thiết có bản quy hoạch cán bộ, trên cơ sở đó đào tạo và bồi dưỡng cán bộ lãnh đạo và quản lý kế cận.

3.7. Đào tạo

Đào tạo là vấn đề rất quan trọng trong quản lý nhân lực, đó là một trong các nguyên lý của quản lý chất lượng: Nâng cao năng lực cho nhân viên (Capacity building). Nếu cán bộ, nhân viên không được đào tạo lại thì chuyên môn không được cập nhật hoặc không phát triển lên được. Lý do đào tạo là :

– Khoa học kỹ thuật y tế phát triển mạnh.

– Nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của nhân dân tăng, mô hình bệnh tật thay đổi.

– Tâm lý của con người là muốn học tập để phát triển vươn lên.

– Nội dung đào tạo: Tùy thuộc vào từng người, từng bệnh viện/đơn vị y tế.

Song nhìn chung cần đào tạo các lĩnh vực sau đây:

○ Chuyên môn: Xác định rõ lĩnh vực nào cần đào tạo. Muốn vậy, ta phải dựa vào đặc điểm của công việc (Ví dụ: Mô hình bệnh tật và tính chất bệnh tật tại địa phương), dựa vào trình độ chuyên môn hiện có của cán bộ đã đáp ứng được yêu cầu công việc tới mức nào...

○ Tổ chức quản lý: Đa số cán bộ quản lý của các bệnh viện chưa được đào tạo về quản lý. Số ít được đào tạo một cách chắp vá. Vì vậy, nhìn chung trong toàn quốc, cần phải thực hiện đào tạo về tổ chức quản lý cho cán bộ quản lý y tế.

○ Y đức: Là lĩnh vực khó đào tạo nhất, đòi hỏi phải kiên trì và phối hợp nhiều yếu tố như đã nêu ở phần trên.

○ Ngoài ra còn đào tạo nhiều kiến thức khác như ngoại ngữ, tin học...

Cái cốt lõi nhất là bệnh viện phải xây dựng được kế hoạch đào tạo và bồi dưỡng cán bộ riêng của mình và phấn đấu thực hiện đúng kế hoạch đề ra. Tất nhiên cũng giống như các kế hoạch khác, hàng năm cần xem xét lại kế hoạch đào tạo và bồi dưỡng cán bộ đồng thời sửa đổi khi cần (phụ lục 3). Công tác đào tạo đòi hỏi những tính chất như những nguyên tắc sau đây:

- Tính liên tục.
- Tính kế thừa và thay thế.
- Tính cải tiến không ngừng: Luôn đổi mới kiến thức, kỹ thuật, cách điều trị, phát minh những điều mới - một phương pháp quản lý nhân lực rất hiệu quả.
- Đa dạng các hình thức đào tạo: Đào tạo chính quy, không chính quy như trong giao ban, họp, hướng dẫn, tài liệu phát tay, tập huấn, uốn nắn trực tiếp, hội nghị chuyên đề, tham quan ...

3.8. Thực hiện quy chế, chế độ, khen thưởng kỷ luật

Quản lý nhân lực cần quy chế, chế độ và duy trì tốt khen thưởng kỷ luật. Trong lực lượng vũ trang thường có câu: Kỷ luật là sức mạnh của quân đội. Một bệnh viện/đơn vị y tế vững mạnh thể hiện thực hiện các chế độ, quy định, kỷ luật tốt.

- Bệnh viện/đơn vị y tế phải tổ chức cho mọi cán bộ, viên chức, công chức học tập Luật lao động, Luật cán bộ công chức, các quy định chế độ về quản lý lao động...
- Thực hiện tốt các chế độ của nhà nước đối với cán bộ, viên chức, công chức như nâng bậc lương, chế độ độc hại...
- Phối hợp các tổ chức đoàn thể phát động các phong trào thi đua lao động giỏi ngắn hạn và dài hạn.
- Kiểm tra, giám sát thường xuyên và đột xuất để duy trì kỷ luật và nâng cao chất lượng công tác.

Đối với bệnh viện/đơn vị y tế chưa có điều kiện quản lý theo các phương pháp hiện đại nên chủ yếu vẫn là các phương pháp thủ công đơn giản để theo dõi người lao động. Ví dụ, bảng chấm công tuần hay tháng: Mỗi bộ phận (khoa, phòng) trong đơn vị y tế phải có bảng chấm công do trưởng bộ phận quản lý và chấm công. Khi có người nghỉ đột xuất cần phải có cán bộ thay thế công việc hợp lý.

3.9. Đánh giá cán bộ

Định nghĩa chung của đánh giá là:

- Đo kết quả đã đạt được.
- So sánh với mục tiêu, quy chuẩn... rồi xem xét hiệu quả, giá trị.
- Rút ra những điểm yếu, mạnh; các nguyên nhân và các bài học cũng như kinh nghiệm phục vụ cho công tác quản lý và lập kế hoạch tiếp theo.

Đánh giá là một khâu cực kỳ quan trọng trong quản lý nhân lực. Nếu không có đánh giá thì không thể biết công tác quản lý nhân lực thực hiện như thế nào. Lợi ích của đánh giá cán bộ, viên chức, công chức là rất lớn:

- Xác định rõ được khả năng công tác của mỗi người.
- So sánh với Mục tiêu, tiêu chuẩn, hướng dẫn xem đã đạt hay chưa đạt (hiệu quả công việc).
- Giúp xác định những tồn tại của từng người.
- Giúp định hướng cho sự phát triển của mỗi người trong tương lai.

3.9.1. Thời gian, phương pháp và nội dung đánh giá

** Đánh giá hàng ngày:*

Mỗi người nên tự đánh giá nhanh một ngày vào cuối giờ làm việc buổi chiều dựa vào lịch công tác hay kế hoạch trong ngày của cá nhân. Cán bộ quản lý khoa, phòng, bộ môn và bệnh viện cũng nên thực hiện đánh giá cán bộ trong ngày của phạm vi mình quản lý. Giám đốc bệnh viện/đơn vị đánh giá nhanh cán bộ, viên chức, công chức toàn đơn vị trong ngày dựa vào các báo cáo đánh giá của các phòng ban, khoa, bộ môn.

Các chỉ số đánh giá có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế. Song các chỉ số cơ bản cần cho đánh giá của khoa và bệnh viện như sau:

a) Số lượng và tỉ lệ % cán bộ hoàn thành công việc và không hoàn thành công việc trong ngày, lý do chính.

b) Số lượng và tỉ lệ % cán bộ thực hiện tốt và chưa tốt các quy định chế độ sau:

- Mặc quần áo, mũ, khẩu trang.
- Vệ sinh công cộng.
- Quy chế chuyên môn (trong phòng điều trị, phòng mổ, thủ thuật...).
- Quan hệ với đối tượng sử dụng dịch vụ (ví dụ, người bệnh và người nhà của họ).
- Quan hệ với đồng nghiệp.
- Quy chế lĩnh, bảo quản, an toàn trang thiết bị, máy móc và thuốc điều trị.
- Thường trực tại bệnh viện về chuyên môn, nước, bảo vệ.
- An ninh.

Các chỉ số khác nữa, tùy theo sự ưu tiên được lựa chọn như tỉ lệ cán bộ có sai sót chuyên môn...

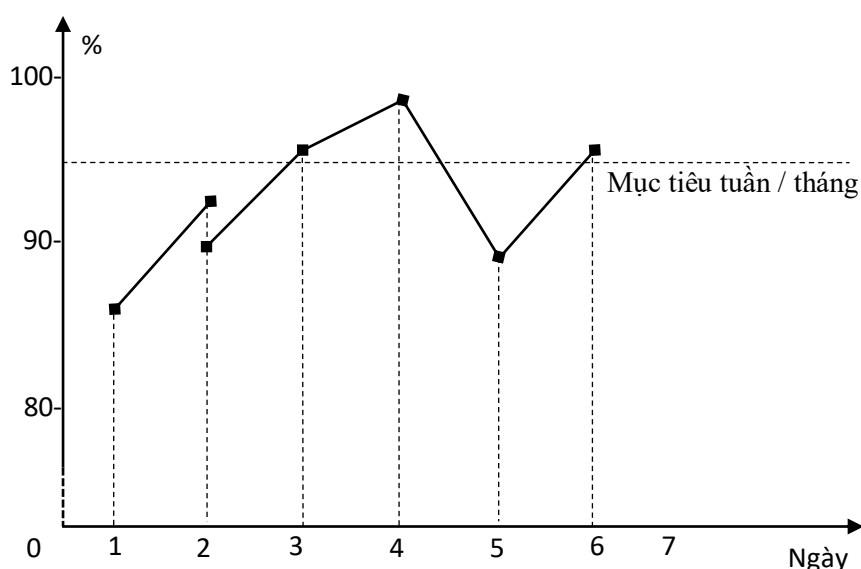
Xác định rõ nguyên nhân của số cán bộ, công chức chưa thực hiện tốt các quy chế này và thuộc phòng, ban, khoa nào và đề ra các biện pháp khắc phục.

Để thuận lợi cho việc đánh giá các chỉ số trên, tốt nhất trình bày chúng dưới dạng biểu đồ dây hay cột để có thể so sánh ngày này qua ngày khác (xem ví dụ tại biểu đồ 5.1).

** Đánh giá tuần, tháng, quý, năm*

– **Các chỉ số:** Cũng dựa trên cơ sở các chỉ số nêu ở trên, song đặc biệt dựa vào các chỉ số ghi trong các mục tiêu của kế hoạch của cá nhân, khoa, phòng và bệnh viện trong tuần, tháng, quý năm đó. Có thể bổ sung một số chỉ tiêu cho công tác đột xuất như chống dịch, ngập lụt, bão, tai nạn... Nhiều khi dựa vào các chỉ tiêu đăng ký thi đua của cá nhân và tập thể để đánh giá cho một khoảng thời gian.

– **Phương pháp đánh giá:** Từ dưới cơ sở đi lên. Trước tiên cá nhân làm bản tự đánh giá, sau đó họp đánh giá từng người trong toàn khoa hay phòng theo phương pháp nửa kín: Mỗi cán bộ, viên chức, công chức phát biểu công khai nhận xét cán bộ khác, xong khi xếp loại thì bỏ phiếu kín. Sau đó, giám đốc bệnh viện phải tổ chức một hội đồng đánh giá từng cán bộ công chức, từng khoa, phòng, bộ môn dựa trên kết quả của các bản tự đánh giá cá nhân và đánh giá của các khoa, phòng, bộ môn. Tổ chức Hội đồng đánh giá như tổ chức Hội đồng quản lý chất lượng³¹.



Biểu đồ 5.1: Biểu đồ tỉ lệ cán bộ đến làm việc đúng giờ tại bệnh viện X, tháng 1 năm 2011.

³¹ Vũ Khắc Lương, Tăng Chí Thượng, Trần Viết Tiệp (2015) Quản lý chất lượng trong cơ sở Y tế và chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà Xuất bản Y học.

Chú ý đặc biệt: Áp dụng nguyên lý của quản lý chất lượng trong đánh giá, cần thiết dựa vào ý kiến khách hàng để đánh giá cán bộ công chức của bệnh viện/đơn vị. Với cán bộ y tế, nhất thiết phải lấy ý kiến đánh giá của đối tượng phục vụ :

- Người bệnh (nếu là cán bộ y tế trong các cơ sở điều trị) .
- Người dân (nếu là cán bộ y tế thuộc các đơn vị dự phòng) .
- Nhân viên dưới quyền và cấp dưới (nếu là cán bộ lãnh đạo hay quản lý cấp trên)...

Số thành viên của hội đồng đánh giá cán bộ phải là số lẻ để tránh tình trạng 50% số phiếu. Kết quả đánh giá nên phân loại từ tốt đến xấu như A, B, C hiện nay vẫn hay dùng ở nhiều cơ sở y tế.

3.9.2. Phân tích và sử dụng kết quả đánh giá cán bộ

Điều quan trọng là phân tích và phát hiện các yếu tố tích cực để khen thưởng và phát huy, nhưng quan trọng hơn là tìm các tồn tại/yếu kém cũng như nguyên nhân tồn tại của các điểm yếu mà mỗi cán bộ, viên chức, công chức mắc phải hay công tác quản lý cán bộ của cơ quan y tế mắc phải. Tại đây, cần sử dụng kỹ thuật khung xương cá để tìm nguyên nhân chủ chốt của chúng. Cuối cùng, phải đưa được các giải pháp để khắc phục những yếu điểm trên, rút ra những bài học kinh nghiệm trong quản lý cán bộ, viên chức, công chức ở giai đoạn tiếp theo.

3.10. Một số hoạt động tập thể khác

3.10.1. Xây dựng được mối quan hệ tốt, sự đoàn kết tương trợ trong các khoa phòng và toàn bệnh viện; công tác vận động cán bộ công chức.

Yếu tố này giữ vị trí vô cùng quan trọng trong quản lý nhân lực. Khi trong cơ quan y tế/bệnh viện có sự mâu thuẫn, sẽ kìm hãm sự phát triển. Nếu dàn xếp được mâu thuẫn đi tới thoả hiệp với nhau thì kết quả sẽ tăng lên. Khi có sự hợp tác thì kết quả còn cao hơn nữa.

Thoả hiệp: $1 + 1 = 1$ hay $1\frac{1}{2}$

Hợp tác : $1 + 1 = 3$ hay hơn

Tiêu chuẩn cao nhất để đánh giá mối quan hệ, đoàn kết trong đơn vị là sự hài lòng của cán bộ, viên chức, công chức về bệnh viện/cơ quan y tế của mình. Nói cách khác đó chính là cảm nhận của các thành viên trong đơn vị:

- Bị lôi cuốn vào các hoạt động của đơn vị.
- Cam kết với đơn vị.
- Luôn trung thành, bảo vệ mục tiêu, nguyên tắc, quy định của đơn vị.
- Tự hào về đơn vị của mình.
- Có lòng tin vào người quản lý trong đơn vị và các thành viên khác.

- Kính trọng lẫn nhau.
- Âm cúng, chan hoà, cởi mở.
- Không giấu giếm.
- Luôn tìm tòi, sáng tạo và cải tiến công việc của đơn vị mình.
- Luôn giúp đỡ nhau hết mình, không có ai bị thua thiệt trong đơn vị.

Làm thế nào để củng cố, tăng cường được mối quan hệ, đoàn kết nhất trí trong bệnh viện/cơ quan y tế? Đây là việc làm khó, cần làm liên tục, lâu dài, phối hợp nhiều lĩnh vực và hình thức. Sau đây là gợi ý của một số các nhà quản lý Hoa Kỳ:

- Những người lãnh đạo và quản lý bệnh viện, khoa, phòng phải là tấm gương tốt cho sự đoàn kết nhất trí.
- Người quản lý rất gần gũi nhân viên hiểu rõ hoàn cảnh riêng của họ.
- Khi phê phán cần phê phán sự việc không phê phán con người.
- Biểu dương khen thưởng kịp thời những ưu điểm và thành tích.
- Không khoét sâu vào điểm yếu, hãy gợi mở đường cho người có lỗi.
- Tôn trọng lắng nghe cấp dưới và nhân dân.
- Nói ít nhưng làm những việc tốt.
- Người quản lý bày tỏ sự quan tâm, tình cảm tốt với người dưới quyền trước khi nhận được tình cảm trở lại.
- Người quản lý luôn quan tâm giúp đỡ cấp dưới trong công việc chung cũng như việc riêng...

3.10.2. Phong trào thi đua

Phong trào thi đua là một hình thức vận động và lôi kéo quần chúng mạnh mẽ. Tổ chức một phong trào thi đua cũng giống như làm kế hoạch công tác, cần có các mục theo thứ tự như sau:

** Làm kế hoạch thi đua :*

- Xác định mục tiêu/ mục đích của phong trào thi đua.
- Xác định đối tượng: Có thể chỉ trong một nhóm người nào đó của bệnh viện/cơ quan y tế như thanh niên hoặc chỉ là phụ nữ... có thể là toàn bộ cán bộ, viên chức, công chức.
- Xác định thời gian: Không nên quá dài thường chỉ dưới sáu tháng.
- Xác định điều kiện cơ sở vật chất và sự tham gia hưởng ứng của đối tượng bằng các bảng cam kết thi đua của cá nhân và các phòng, ban, khoa.
- Xác định các hoạt động cụ thể.
- Xác định thời điểm, phương pháp, chỉ số đánh giá.

** Phát động và thực hiện phong trào thi đua :*

Có thể xây dựng đơn vị hay cá nhân điển hình để học tập rút kinh nghiệm song quan trọng nhất vẫn là công tác theo dõi và kiểm tra. Các bước cụ thể như sau:

- Xây dựng ban chỉ đạo: Nên có một người chủ trì. Tùy theo tính chất của cuộc thi đua mà người chủ trì (trưởng ban thi đua) có thể là lãnh đạo của bệnh viện hay lãnh đạo các đoàn thể như đảng, đoàn thanh niên, công đoàn... Các thành viên của Ban thường gồm cả những cán bộ đoàn thể và nhân viên trong bệnh viện/cơ sở y tế. Có thể mời cả những người có thành tích tốt trong công tác nhưng không giữ chức vụ quản lý để tham gia ban chỉ đạo thi đua. Trong ban có thể phân công nhiệm vụ cho các thành viên phụ trách từng lĩnh vực hay một số đơn vị trong bệnh viện/cơ sở y tế.

- Phát động thi đua và thực hiện thi đua: Nên tổ chức thật vui vẻ, rầm rộ, có cờ, khẩu hiệu, diễn văn, tổ chức văn nghệ hay thể thao xen lẫn. Công bố mục tiêu, thời gian và nội dung thi đua. Các cá nhân hay đơn vị đọc bản cam kết thi đua. Buổi phát động thi đua phải gây được sự chú ý, vui tươi phấn khởi thực sự cho mọi người. Ban chỉ đạo phải tổ chức tốt mạng lưới hàng ngày đi động viên cá nhân và đơn vị, thông báo thường xuyên kết quả thi đua, biểu dương nhanh chóng kịp thời những đơn vị và cá nhân làm tốt. Tổ chức hỗ trợ những nơi làm chưa tốt, duy trì được khí thế thi đua phấn khởi trong toàn cơ sở y tế.

- Tổng kết thi đua: Cũng tổ chức thật long trọng rầm rộ về nghi thức và hình thức bên ngoài như khi phát động thi đua. Trích công quỹ của bệnh viện để mua các phần thưởng dành cho các đơn vị và cá nhân làm tốt, đồng thời rút kinh nghiệm toàn bộ quá trình tổ chức thực hiện phong trào thi đua.

3.10.3. Củng cố tổ chức các đoàn thể, các hội trong bệnh viện/cơ sở y tế là góp phần quan trọng trong quản lý nhân lực.

Các đoàn thể trong bệnh viện quản lý toàn bộ cán bộ, viên chức, công chức theo chức năng và nhiệm vụ riêng. Người quản lý bệnh viện/cơ quan y tế phải biết củng cố và hợp tác chặt chẽ các đoàn thể tổ chức đó :

- Đảng giữ vai trò lãnh đạo.
- Công đoàn tổ chức thực hiện.
- Đoàn thanh niên tổ chức thực hiện.
- Hội điều dưỡng tổ chức thực hiện...

Tổ chức Đảng giữ vai trò quan trọng bậc nhất trong công tác lãnh đạo bệnh viện nói chung và quản lý nhân lực nói riêng. Theo cơ chế hiện nay: Đảng lãnh đạo. Kinh nghiệm nhiều địa phương cho thấy rằng cần kết hợp chặt chẽ giữa Đảng và chính quyền, ví dụ: Giám đốc cơ sở đồng thời kiêm bí thư đảng ủy cơ quan; trưởng khoa, phòng kiêm bí thư chi bộ khoa, phòng. Được như vậy hiệu lực công tác quản lý tăng gấp nhiều lần nhưng với điều kiện người lãnh đạo

biết lắng nghe ý kiến của mọi đối tượng, nếu không thì có thể dẫn tới độc đoán, chuyên quyền. Không vận dụng hình thức kiểm nhiệm trên đây một cách máy móc cho mọi cơ sở y tế.

3.10.4. Vận động cá nhân.

Cán bộ quản lý bệnh viện gặp gỡ trao đổi, lời cuốn và vận động từng cá thể. Hình thức này tỏ ra rất hiệu quả. Đặc biệt chú ý những người có uy tín trong đơn vị. Những người đó có thể không phải là cán bộ quản lý song họ có sức thuyết phục quần chúng cao. Cần biết sử dụng lực lượng này như công cụ quan trọng trong quản lý nhân lực. Làm được như vậy sẽ tăng cường mối quan hệ thân thiết, gắn kết giữa người quản lý và nhân viên y tế.

3.10.5. Không ngừng cải thiện đời sống vật chất và tinh thần cho cán bộ, viên chức, công chức.

– Tìm mọi cách tăng thêm thu nhập cho đơn vị bằng chính chuyên môn của mình như mở các dịch vụ ngoài giờ, làm nghiên cứu khoa học, tăng cường hợp tác nghiên cứu khoa học y học với các cơ quan, tổ chức ngoài y tế. Huy động trí tuệ của tập thể để tìm ra các giải pháp và việc làm phù hợp mang lại thu nhập. Chú ý rằng nếu thu nhập không bảo đảm cuộc sống tối thiểu cho cán bộ, viên chức, công chức thì không tránh khỏi việc họ chán nản, không hoàn thành nhiệm vụ hay bỏ bệnh viện ra đi.

– Cải thiện đời sống tinh thần: Quan trọng nhất là giữ được sự đoàn kết, tôn trọng, thương yêu và giúp đỡ nhau. Mỗi cán bộ, viên chức, công chức coi khoa, phòng, bộ môn và đơn vị như nhà của mình. Cần thiết tổ chức các hội diễn văn nghệ hằng năm (hàng quý nếu có điều kiện) hoặc tổ chức chiếu phim, chiếu video, tham quan, nghỉ mát, thể thao, câu lạc bộ... những hình thức giải trí này mang lại lợi ích to lớn cho công tác quản lý nhân lực.

3.11. Tổ chức mạng lưới quản lý nhân lực

– Mạng lưới quản lý nhân lực trong bệnh viện nên được tổ chức phối hợp chặt chẽ với các đoàn thể, trong đó phòng tổ chức cán bộ và các chủ nhiệm, phó chủ nhiệm khoa, bộ môn, điều dưỡng trưởng là quan trọng số một. Các đoàn thể và các phòng ban khác phối hợp một cách chặt chẽ trong quản lý nhân lực (*Hình 5.2*).

– Với bệnh viện ít người, phòng tổ chức cán bộ chỉ cần 3 - 4 người, nhiều khi ghép với phòng hành chính tổng hợp.

– Một trưởng phòng phụ trách chung, chuyên sâu về tuyển dụng cán bộ, đề bạt, đào tạo chính trị tư tưởng.

– Một phó trưởng phòng phụ trách các chế độ chính sách, lao động tiền lương, thay thế trưởng phòng khi vắng mặt.

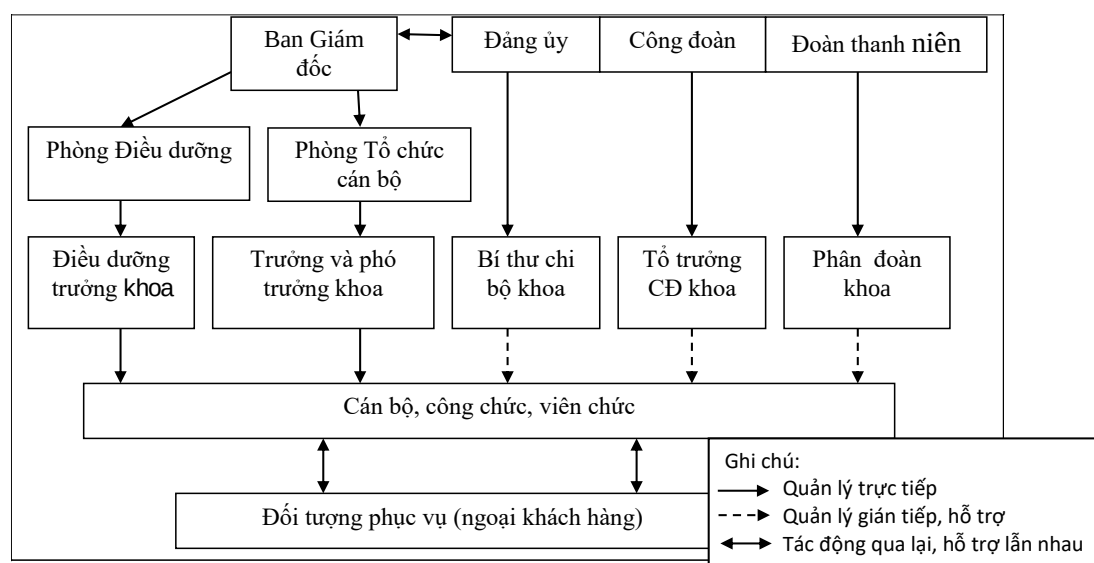
– Một cán bộ phụ trách theo dõi ngày công, bảo mật, quản lý hồ sơ, tiếp nhận văn bản giấy tờ...

Trong bệnh viện, phòng điều dưỡng của bệnh viện nên liên lạc chặt chẽ với điều dưỡng trưởng khoa theo khía cạnh chức năng riêng, các đoàn thể trong bệnh viện cũng có tổ chức chân rết tại các khoa cùng tạo ra một mạng lưới hệ thống quản lý nhân lực (Hình 5.2).

3.12. Chiến lược công tác cán bộ

Quản lý nhân lực thành công không thể thiếu chiến lược công tác cán bộ, đó là tầm nhìn vĩ mô, lâu dài (vision) của công tác cán bộ trong 5 năm, 10 năm hay 20 năm tới. Hiện nay, chúng ta đang trong thời kì mở cửa, đang hội nhập vào khu vực và quốc tế vì vậy chúng ta cần có nguồn nhân lực đáp ứng nhiệm vụ chiến lược cho bệnh viện cũng như cho ngành y tế trong tương lai.

Trong từng bệnh viện/cơ sở y tế, từng lĩnh vực, các nhà quản lý được yêu cầu phải soạn thảo một chiến lược cán bộ dài hơi để định hướng cho công tác cán bộ trong mỗi một giai đoạn. Các cơ sở khoa học sau đây giúp cho soạn thảo chiến lược công tác cán bộ:



Hình 5.2: Sơ đồ mạng lưới quản lý nhân lực bệnh viện

- Dự báo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân trong tương lai;
- Dự báo về khả năng phát triển khoa học kỹ thuật y học và khoa học quản lý trong tương lai;
- Dự báo về sự giao lưu, hội nhập;
- Các chiến lược chăm sóc sức khỏe, kinh tế, xã hội, chiến lược về phát triển nguồn nhân lực của đất nước của khu vực và thế giới...

Chiến lược công tác cán bộ có thể được bổ sung, sửa đổi hàng năm, song cũng hàng năm công tác cán bộ cần được định hướng theo chiến lược đó.

3.13. Tổng kết, đánh giá công tác cán bộ và nghiên cứu khoa học về quản lý nhân lực

Quản lý nhân lực là một lĩnh vực khoa học, chúng ta không thể làm việc này mà thiếu các cơ sở khoa học, cũng như thiếu phương pháp quản lý khoa học, vì vậy cần thiết có những công trình nghiên cứu khoa học hỗ trợ. Trên thực tế, từ xưa tới nay chưa thấy một đầu tư nào rõ ràng của ngành Y tế cho mục đích trên, chỉ họa hoằn đâu đó có một chút số liệu hay bình luận về quản lý nhân lực nằm rải rác trong các công trình nghiên cứu khoa học về chuyên môn mà thôi. Đội ngũ cán bộ giảng dạy và nghiên cứu về khoa học nhân lực y tế rất ít và chưa được đầu tư đúng mức. Các bệnh viện cũng như các lĩnh vực chuyên sâu và ngành Y tế cần thiết có những đầu tư thỏa đáng về nhân lực, kinh phí phục vụ các công trình nghiên cứu cho lĩnh vực này.

Bên cạnh đó việc tổng kết, đánh giá về công tác cán bộ cũng cần thiết được đặt ra. Chúng ta có rất nhiều các hội nghị tổng kết, đánh giá về chuyên môn diễn ra hàng năm trong ngành Y tế, nhưng hội nghị chuyên đề về quản lý và phát triển nhân lực y tế còn quá ít ỏi. Mỗi địa phương, mỗi lĩnh vực y tế và ngành Y tế cần thiết phải tổ chức các hội nghị chuyên đề này định kì hàng năm hay theo giai đoạn, tập hợp các cán bộ lãnh đạo và các nhà quản lý nhân lực cùng nhau chia sẻ kinh nghiệm, cập nhật những kiến thức, định hướng và phương pháp quản lý mới...có vậy mới có thể thúc đẩy được lĩnh vực này.

Tóm lại: Quản lý nhân lực là một khâu quản lý quan trọng nhất và phức tạp, khó khăn nhất, đòi hỏi một nghệ thuật quản lý mềm dẻo, tác động tổng hợp từ nhiều biện pháp, nhiều phía. Với bệnh viện ở các địa phương vùng núi thường chia thành 2 - 3 cơ sở nhỏ thì việc quản lý nhân lực nói chung sẽ khó khăn hơn nhiều, cần phải có những nghiên cứu thêm để làm công tác quản lý nhân lực tốt hơn. Trong quản lý nhân lực điều cốt lõi nhất đối với cán bộ quản lý là giáo dục về lý tưởng, y đức; thực hiện tốt dân chủ và tôn trọng; lôi kéo vận động quần chúng bằng cách không ngừng cải thiện sự đoàn kết, đời sống vật chất và tinh thần, kèm theo đó là có quy chế rõ ràng; thực hiện công bằng ở cơ sở với một hệ thống tổ chức quản lý rộng khắp và có hiệu quả.

BÀI 6. TỔNG QUAN VỀ QUẢN LÝ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ VÀ CƠ SỞ HẠ TẦNG

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, vai trò và tầm quan trọng của cơ sở hạ tầng và trang thiết bị Y tế.
2. Trình bày được các nguyên lý, nội dung quản lý trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng bệnh viện theo hội nhập khu vực và thế giới.
3. Phân tích được trách nhiệm quan trọng của phòng vật tư - trang thiết bị Y tế trong quản lý chất lượng bệnh viện.
4. Phân tích được quy trình quản lý trang thiết bị y tế tại cơ sở y tế theo vòng đời thiết bị theo khung pháp lý đã ban hành.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm về trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế

1.1. Vị trí vai trò trang thiết bị y tế

Trong những thập kỷ qua, nhiều thành tựu lớn về khoa học công nghệ như: điện tử, tin học, vi xử lý, điều khiển từ xa, và các kỹ thuật khác đã được ứng dụng vào ngành y tế để nghiên cứu và sản xuất nhiều thiết bị y tế hiện đại thế hệ mới để chẩn đoán và điều trị.

Trang thiết bị y tế là một trong 3 lĩnh vực cấu thành ngành y tế: y, dược và trang thiết bị hay nói cách khác là 3 loại nhân lực: Bác sỹ, Dược sỹ và Kỹ sư. Ba lĩnh vực này được gắn kết với nhau thành kiềng 3 chân, nếu thiếu một trong 3 yếu tố này thì ngành y tế không hoạt động được.

Ngày nay trang thiết bị y tế đã được sử dụng rộng rãi trong các bệnh viện từ tuyến trung ương đến địa phương để thăm khám, chẩn đoán và điều trị. “Kiềng 3 chân” có sự liên kết, liên thông, phối hợp, phụ thuộc lẫn nhau nhằm chăm sóc, bảo vệ, phát triển sức khỏe nhân dân.

1.1.1. Khái niệm về trang thiết bị y tế

Nghị định 36/2016 của Chính phủ đã quy định:

1. Trang thiết bị y tế là các loại thiết bị, dụng cụ, vật liệu, vật tư cấy ghép, thuốc thử và chất hiệu chuẩn in vitro, phần mềm (software) được sử dụng riêng lẻ hay phối hợp với nhau theo chỉ định của chủ sở hữu trang thiết bị y tế để phục vụ cho con người nhằm một hoặc nhiều mục đích sau đây:

- a) Chẩn đoán, ngăn ngừa, theo dõi, điều trị và làm giảm nhẹ bệnh tật hoặc bù đắp tổn thương, chấn thương;
- b) Kiểm tra, thay thế, điều chỉnh hoặc hỗ trợ giải phẫu và quá trình sinh lý;
- c) Hỗ trợ hoặc duy trì sự sống;

- d) Kiểm soát sự thụ thai;
- đ) Khử khuẩn trang thiết bị y tế, bao gồm cả hóa chất sử dụng trong quy trình xét nghiệm;
- e) Vận chuyển chuyên dụng hoặc sử dụng phục vụ cho hoạt động y tế;
- g) Cung cấp thông tin cho việc chẩn đoán, theo dõi, điều trị thông qua biện pháp kiểm tra các mẫu vật có nguồn gốc từ cơ thể con người.

2. Trang thiết bị y tế chẩn đoán in vitro (In vitro diagnostic medical device) gồm thuốc thử, chất hiệu chuẩn, vật liệu kiểm soát, dụng cụ, máy, thiết bị hoặc hệ thống được sử dụng riêng rẽ hoặc kết hợp theo chỉ định của chủ sở hữu để phục vụ cho việc kiểm tra các mẫu vật có nguồn gốc từ cơ thể con người.

3. Phụ kiện là một sản phẩm được chủ sở hữu trang thiết bị y tế chỉ định dùng cho mục đích cụ thể cùng với một thiết bị y tế cụ thể nhằm tạo điều kiện hoặc hỗ trợ thiết bị đó sử dụng đúng với mục đích dự định của nó.

4. Chủ sở hữu trang thiết bị y tế là tổ chức, cá nhân thực hiện việc:

a) Cung cấp trang thiết bị y tế bằng tên riêng của mình hoặc bằng bất kỳ nhãn hiệu, thiết kế, tên thương mại hoặc tên khác hoặc mã hiệu khác thuộc sở hữu hay kiểm soát của cá nhân, tổ chức đó;

b) Chịu trách nhiệm về việc thiết kế, sản xuất, lắp ráp, xử lý, nhãn mác, bao bì hoặc sửa chữa trang thiết bị y tế hoặc xác định mục đích sử dụng của trang thiết bị y tế đó.

1.1.2. Quản lý trang thiết bị y tế tại các cơ sở Y tế

Quản lý trang thiết bị y tế được định nghĩa là các hoạt động mang tính hệ thống và có ghi chép đầy đủ để đảm bảo các thiết bị y tế được vận hành tốt, an toàn, hiệu quả, đầy đủ và phù hợp tại cơ sở y tế tất cả các bước của chu trình hay vòng đời trang thiết bị bao gồm:

- Quản lý đầu tư TTBYT tại cơ sở
- Quản lý thực trạng TTBYT tại cơ sở
- Quản lý sử dụng thiết bị Y tế tại cơ sở
- Quản lý bảo dưỡng và sửa chữa TTBYT tại cơ sở

Bốn nội dung này có quan hệ cơ hữu với nhau, có ảnh hưởng nhân quả lẫn nhau, cho nên nếu một trong bốn nội dung trên quản lý không tốt sẽ ảnh hưởng đến ba nội dung còn lại, gây vòng đời thiết bị rút ngắn.

Như ta đã biết, quản lý trang thiết bị Y tế là một trong những yếu tố then chốt trong quản lý chất lượng bệnh viện, liên quan đến bốn nội dung sau:

+ Quản lý nhân lực: Nhân lực trực tiếp chịu trách nhiệm đến chất lượng TTBYT tham mưu cho lãnh đạo về đầu tư, sử dụng, bảo dưỡng sửa chữa và

quản lý thực trạng trang thiết bị Y tế tại cơ sở Y tế. Thông thường nguồn nhân lực này sẽ được biên chế tại phòng, hoặc tổ Vật tư – thiết bị Y tế nếu được lãnh đạo có sự quan tâm và đầu tư còn không sẽ được ghép với phòng Hành chính hoặc Dược vì nhiều nguyên nhân khác nhau như thiếu nguồn nhân lực chuyên trách, thiếu biên chế.....

Nguồn nhân lực này chịu trách nhiệm rất lớn, nhưng hiện nay bị thiếu quan tâm như mã ngạch cho một số đối tượng chưa có mặc dù đã được đào tạo chính quy tại các trường cao đẳng trang thiết bị Y tế. Việc thiếu quan tâm này sẽ ảnh hưởng đến tâm lý gắn bó với nghề và nhiều hệ lụy phía sau. Hiện nay, mặc dù *Nghị định 36/NĐ-CP* đã có hiệu lực từ năm 2016, đòi hỏi phải nâng cao trình độ cho các đối tượng này về năng lực quản lý TTBYT mới đáp ứng với yêu cầu hiện tại và xu thế hội nhập khu vực Asean. Nguồn nhân lực này có nhiệm vụ đảm bảo chất lượng trang thiết bị Y tế, nếu thực hiện không tốt sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, ảnh hưởng đến sự cố Y khoa nghiêm trọng (Như bệnh viện Hòa Bình), ảnh hưởng đến môi trường làm việc của nhân viên ngành Y và thậm trí ảnh hưởng đến ổn định xã hội trong khu vực mà cơ sở Y tế đó đang đảm trách.

+ Quản lý kinh tế tài chính: Việc xã hội hóa trong ngành Y tế là chủ chương đúng đắn của nhà nước, thành công bước đầu đó là phục vụ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày một năng cao, giảm tải cho các tuyến Trung Ương bằng cách cho các phòng khám tư nhân tham gia khám bảo hiểm Y tế. Việc xã hội hóa mua sắm các thiết bị Y tế công nghệ cao và có vốn hóa lớn là chủ chương đúng đắn của nhà nước, nhưng nếu quản lý không tốt sẽ bị đội giá thành thiết bị ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự chi trả của người dân cũng như thâm hụt quỹ bảo hiểm Y tế. Việc xây dựng giá dịch vụ bao gồm khấu hao TBYT hiện nay đang là bài toán khó giữa giá dịch vụ và chất lượng dịch vụ điều này cũng được quy định trong *Nghị định 36/2016/NĐ-CP* và các quy chuẩn QCVN 13485

+ Kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở Y tế

Nhiễm khuẩn bệnh viện là hậu quả không mong muốn trong thực hành khám bệnh, chữa bệnh. Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh, tăng sử dụng thuốc kháng sinh, kéo dài ngày nằm viện cho người bệnh, gia tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Nếu ở các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình thực hành vô khuẩn cơ bản trong chăm sóc, chẩn đoán, điều trị người bệnh và ở những cơ sở mà nhân viên y tế còn hạn chế về kiến thức, thái độ về kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) thì tỷ lệ NKBV sẽ cao hơn. Để giảm tỷ lệ NKBV, đòi hỏi phải có sự quan tâm, nỗ lực của các nhà quản lý y tế các cấp, các nhà khoa học chuyên

ngành, các cán bộ, nhân viên y tế của các bệnh viện trong việc xây dựng chính sách và duy trì việc thực hiện tốt các quy định về KSNK.

Trong thời gian qua, Bộ Y tế đã tham mưu để Quốc Hội, Chính phủ ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền nhiều quy định quy phạm pháp luật và quy định chuyên môn về KSNK, như Luật khám bệnh, chữa bệnh (Điều 33 và Điều 62), Thông tư số 18/2009/TT-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2009 hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác KSNK trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Quyết định số 1014/QĐ-YT ngày 30 tháng 3 năm 2012 phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ nay đến 2015, Quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn... Đồng thời, Bộ Y tế đã thường xuyên chỉ đạo các cơ sở y tế, các bệnh viện duy trì thực hiện tốt công tác KSNK. Nhiều bệnh viện đã đầu tư xây dựng, phát triển khoa KSNK, nhiều đơn vị đã có sáng kiến như phát động phong trào rửa tay sạch, xây dựng các tiêu chí thi đua về thực hành công tác KSNK, tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo nhân viên y tế về KSNK, thực hiện các nghiên cứu khoa học về NKBV...

Công tác KSNK ở nước ta ngày càng được quan tâm và hoạt động có hiệu quả hơn. Cùng với các cố gắng của các bệnh viện trong việc KSNK, Bộ Y tế đánh giá cao sáng kiến của Chương trình “Tăng cường hệ thống y tế tuyến tỉnh” do Chính phủ Cộng hòa Liên bang Đức tài trợ cho Việt Nam thông qua Tổ chức Hợp tác quốc tế Đức (GIZ) đề xuất với Bộ Y tế về việc biên soạn Tài liệu “Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn môi trường bệnh viện”. Tài liệu tham khảo này được nhóm chuyên gia trong nước và nước ngoài biên soạn rất công phu, được Hội đồng chuyên môn do Bộ Y tế thành lập, bao gồm các nhà quản lý y tế, quản lý điều dưỡng, những cán bộ thực hành tại kiểm soát nhiễm khuẩn và thực hành điều dưỡng đến từ các cơ sở khám chữa bệnh thẩm định. Hội đồng đánh giá cao về tính cấp thiết, tính phù hợp và tính thực tiễn của tài liệu. Hội đồng kiến nghị Bộ Y tế xuất bản tài liệu này để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các trường đại học, cao đẳng, trung cấp chuyên ngành y trong cả nước tham khảo trong quá trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và trong nghiên cứu, giảng dạy và học tập, nhằm góp phần giảm tỷ lệ NKBV.

Mặc dù kiểm soát nhiễm khuẩn được quan tâm ở các cấp nhưng chưa có một đánh giá nào về lây nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện mà tác nhân là do TTBYT gây ra. TTBYT là một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng kháng kháng sinh trong bệnh viện nếu như công tác kiểm soát nhiễm khuẩn TTBYT không tốt. Phải xây dựng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn cho các thiết bị Y tế có nguy cơ lây nhiễm cao như máy thở, hệ thống khí Y tế, máy hút dịch, hệ thống nội soi, máy tạo ôxy di động.....Để khắc phục được tình trạng này

cần phải có sự quan tâm hơn nữa của các cấp trong ngành Y tế, giành kinh phí nhất định phục vụ công tác kiểm soát nhiễm khuẩn cho TTBYT, đào tạo nhân lực chuyên trách, nâng cấp cơ sở hạ tầng bệnh viện kiểm soát tốt chất thải Y tế nhất là ở dạng khí.

Nguyên tắc quản lý trang thiết bị y tế (Theo nghị định 36/NĐ-CP):

- Bảo đảm chất lượng, an toàn và sử dụng hiệu quả trang thiết bị y tế
- Thông tin đầy đủ, chính xác, kịp thời về đặc tính kỹ thuật, công dụng của trang thiết bị y tế và các yếu tố nguy cơ có thể xảy ra với người sử dụng
- Bảo đảm truy xuất nguồn gốc của trang thiết bị y tế

Quản lý trang thiết bị y tế phải dựa trên phân loại về mức độ rủi ro và tiêu chuẩn quốc gia, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia tương ứng do cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành, thừa nhận hoặc do tổ chức, cá nhân công bố áp dụng theo quy định của pháp luật

Trang thiết bị y tế là phương tiện đo, thiết bị bức xạ phải được quản lý theo quy định của pháp luật về đo lường, pháp luật về năng lượng nguyên tử và quy định

1.1.3. Khái niệm về quản lý cơ sở hạ tầng y tế:

Quản lý cơ sở hạ tầng (CSHT) là một lĩnh vực tương đối mới và chuyên sâu, cho đến nay chưa có 1 khái niệm thống nhất mang tính toàn cầu về quản lý cơ sở hạ tầng y tế. Ủy ban Châu Âu về tiêu chuẩn (European Committee for Standardisation) định nghĩa: “*Quản lý cơ sở hạ tầng (Facilities management) là những quy trình phối hợp trong một tổ chức để duy trì và phát triển các dịch vụ góp phần hỗ trợ và nâng cao hiệu quả các hoạt động cốt lõi của tổ chức*”

Hiệp hội quản lý cơ sở hạ tầng quốc tế (International Facility Management Association - IFMA) định nghĩa:

"Quản lý cơ sở hạ tầng là thực hành/điều hành các tài sản thực tế tại nơi làm việc với con người và hoạt động của tổ chức, là sự lồng ghép các nguyên tắc của quản trị kinh doanh, kiến trúc, khoa học hành vi và kỹ thuật"

Thuật ngữ quản lý tài sản – Physical Asset management (PAM):

- Gần đây thuật ngữ Physical Asset management (viết tắt là PAM), tạm dịch là quản lý tài sản thực thể trở nên phổ biến hơn.

- Liên đoàn Châu Âu về các tổ chức bảo dưỡng, duy tu quốc gia (European Federation of National Maintenance Societies – EFNMS) định nghĩa: *PAM là quản lý nhằm tối ưu hoá vòng đời của tài sản thực thể nhằm đạt được mục đích hoạt động một cách bền vững.*

1.2. Tầm quan trọng của trang thiết bị, cơ sở hạ tầng Y tế và hệ thống Y tế

Trang thiết bị y tế đóng vai trò quan trọng đối với chất lượng và hiệu quả dịch vụ y tế với điều kiện là: cả quy trình y tế và trang thiết bị được sử dụng đều an toàn với bệnh nhân và người sử dụng các trang thiết bị y tế đó có thể sử dụng hiệu quả dựa trên kiến thức và kinh nghiệm phù hợp.

Phần sau đây giải thích rõ hơn các mối liên hệ chặt chẽ giữa chất lượng chăm sóc y tế theo 6 yếu tố của Viện Y tế quốc gia (Mỹ) và trang thiết bị y tế.

Cung cấp dịch vụ hiệu quả:

Trang thiết bị y tế phù hợp: Trang thiết bị y tế được đầu tư phù hợp với danh sách các trang thiết bị y tế thiết yếu đối với dịch vụ y tế theo từng mức độ chăm sóc. Trang thiết bị y tế tuân theo tiêu chuẩn dịch vụ y tế hiện hành, cập nhật và được sử dụng phù hợp. Để đạt được điều này, việc lên kế hoạch mua sắm các trang thiết bị thay thế và mua mới bao gồm đánh giá nhu cầu và phân bổ kinh phí.

Tính sẵn có của vật tư tiêu hao phù hợp: Nếu không có vật tư y tế tiêu hao phù hợp, trang thiết bị y tế cũng không thể vận hành được. Do đó, cần có kế hoạch mua sắm để đảm bảo mua sắm đầy đủ các vật tư y tế này trong suốt vòng đời của trang thiết bị.

Hiệu quả đầu tư:

Mua sắm các trang thiết bị y tế hiệu quả chi phí: Chi phí trong suốt vòng đời của trang thiết bị y tế là tổng của chi phí mua sắm và chi phí vận hành định kỳ. Việc mua sắm chỉ có thể được coi là hiệu quả nếu các nguyên tắc đấu thầu cạnh tranh được áp dụng. Trong khi đó, các trang thiết bị được tài trợ, quyền góp sẽ không có hiệu quả cao nếu không có vật tư tiêu hao phù hợp và các hợp đồng dịch vụ đi kèm không có lợi

Vận hành trang thiết bị y tế chi phí hiệu quả: Chi phí trong suốt vòng đời của trang thiết bị y tế là tổng của chi phí mua sắm và chi phí vận hành định kỳ. Việc vận hành trang thiết bị sẽ chỉ hiệu quả nếu các vật tư tiêu hao có giá cả hợp lý và tốc độ tiêu dùng vừa phải.

Dịch vụ có chi phí định kỳ rẻ (về bảo dưỡng/ bảo trì/ hợp đồng dịch vụ): Dịch vụ sẽ chỉ có hiệu suất cao nếu bảo dưỡng hiệu quả, ít phải sửa chữa, giá thành sửa chữa hợp lý và ít tiêu thụ các bộ phận thay thế giá hợp lý. Sự khác biệt về hiệu quả về chi phí giữa các dịch vụ của bản thân cơ sở y tế và của các đơn vị cung cấp bên ngoài dựa trên loại trang thiết bị.

Sự an toàn:

Trang thiết bị y tế không gây hại cho bệnh nhân (do các lỗi kỹ thuật hay sai sót của người sử dụng): Trang thiết bị y tế có thể gây hại cho bệnh nhân nếu

được sử dụng không đúng mục đích hoặc không được vận hành đúng theo hướng dẫn sử dụng. Hơn nữa, bệnh nhân còn có thể bị hại bởi các thiếu sót kỹ thuật nếu không được phát hiện và sửa chữa kịp thời trong các đợt bảo dưỡng/bảo trì.

Trang thiết bị y tế không gây hại cho người vận hành (do các lỗi kỹ thuật hay sai sót của người sử dụng): Trang thiết bị y tế có thể gây hại cho người vận hành nếu được sử dụng không đúng mục đích hoặc không được vận hành đúng theo hướng dẫn sử dụng. Hơn nữa, người vận hành còn có thể bị hại bởi các thiếu sót kỹ thuật nếu không được phát hiện và sửa chữa kịp thời trong các đợt bảo dưỡng/bảo trì.

Lấy bệnh nhân làm trung tâm:

Trang thiết bị y tế được sử dụng theo nhu cầu của bệnh nhân: Trang thiết bị y tế chỉ được sử dụng để đem lại lợi ích cho bệnh nhân nếu có các kết quả lâm sàng rõ ràng.

Trang thiết bị y tế được sử dụng theo cách thức lâm sàng tốt nhất đã được chứng minh: Trang thiết bị y tế phải được sử dụng để đem lại lợi ích cho bệnh nhân theo các quy trình đã được chứng minh là hiệu quả cho tình trạng bệnh lý đó.

Trang thiết bị y tế được sử dụng phù hợp: Trang thiết bị y tế phải được sử dụng theo đúng các chỉ dẫn kỹ thuật của nhà sản xuất nhằm giảm thời gian và mức độ đau đớn/khó chịu cho bệnh nhân trong khâu chẩn đoán và điều trị.

Đúng thời điểm:

Trang thiết bị y tế sẵn có: Trang thiết bị y tế phù hợp có sẵn với số lượng cần có để phục vụ số bệnh nhân cần một loại chẩn đoán hoặc chữa trị nhất định, do đó cần có kế hoạch mua sắm và ưu tiên nguồn lực.

Trang thiết bị y tế có thể được sử dụng ngay khi cần: Trang thiết bị y tế cần không có các lỗi kỹ thuật hoặc nếu cần sửa chữa thì thời gian sửa chữa phải ngắn nhất để có thể nhanh chóng phục vụ người bệnh. Việc thiếu các cơ sở hạ tầng hiệu quả như nguồn điện cũng có thể cản trở việc sử dụng các trang thiết bị y tế. Do vậy, cần có một hệ thống bảo dưỡng/bảo trì hiệu quả.

Vật tư tiêu hao cho trang thiết bị y tế sẵn có: Nếu không có vật tư tiêu hao đúng chủng loại và số lượng cần thiết, trang thiết bị y tế không thể vận hành. Do đó, cần có kế hoạch mua sắm vật tư tiêu hao sau khi đánh giá nhu cầu và phân bổ ngân sách.

Đảm bảo công bằng:

Tính sẵn có của trang thiết bị y tế: Trang thiết bị y tế và công tác chẩn đoán, điều trị phải dễ dàng tiếp cận với bệnh nhân thuộc tất cả các giới tính, dân tộc, nơi sinh sống và địa vị xã hội.

Có thể thấy rằng bản thân trang thiết bị y tế không có tác động trực tiếp tới chất lượng chăm sóc. Yếu tố cốt lõi là các trang thiết bị được kết hợp và vận hành trong quá trình cung cấp dịch vụ y tế và được chủ động quản lý trong suốt vòng đời của trang thiết bị. Mục tiêu chất lượng chăm sóc chỉ có thể đạt được nếu trang thiết bị y tế được quản lý ở cả cấp độ chính sách và tại các cơ sở y tế.

2. Thực trạng và xu hướng quản lý TTBYT&CSHT của Việt Nam và thế giới

2.1. Thực trạng công tác quản lý TTBYT&CSHT của Việt Nam

2.1.1. Mô hình quản lý nhà nước

Công tác quản lý trang thiết bị y tế tại Việt Nam bao gồm:

- Quản lý Nhà nước về trang thiết bị y tế
- Quản lý trang thiết bị y tế tại các cơ sở y tế

Bảng 6.1: Chức năng quản lý TTB&CSHT theo các cấp quản lý/sử dụng

Cấp độ	Chức năng quản lý
Bộ Y tế	♦ Đảm bảo khung pháp lý (bao gồm cả quy định tài chính) cho hoạt động của các phòng Vật tư trang thiết bị tại các đơn vị trong hệ thống y tế ♦ Ban hành văn bản pháp luật quản lý nhập khẩu trang thiết bị y tế và quản lý công trình y tế ♦ Đảm bảo có đầy đủ vị trí công tác cho cán bộ kỹ thuật trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế trong hệ thống y tế ♦ Xây dựng hệ thống văn bản chính sách cho trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế (đảm bảo hài hoà với khu vực hay quốc tế) bao gồm ví dụ như: ➢ Chính sách và văn bản về mua sắm ➢ Chính sách chuẩn hoá ♦ Hỗ trợ lập kế hoạch, đánh giá, lựa chọn các trang thiết bị y tế lớn, hiện đại ♦ Đảm bảo giám sát an toàn vận hành, hiệu chuẩn kiểm chuẩn trang thiết bị y tế ♦ Phân luồng và hỗ trợ đào tạo kỹ sư trang thiết bị y tế, kỹ sư y sinh và các hệ cao đẳng nghề kỹ thuật ♦ Cung cố công tác bảo dưỡng, sửa chữa, vận hành đúng trang thiết bị y tế thông qua các văn bản quy phạm, các tiêu chuẩn, hướng dẫn cho các đơn vị
Sở Y tế các tỉnh	♦ Đảm bảo công tác quy hoạch và lập kế hoạch đầu tư cho trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế trong địa bàn tỉnh

	♦ Cung cấp hướng dẫn thực hiện quản lý trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế ♦ Đảm bảo đủ nguồn lực tài chính cho các hoạt động quản lý trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế ♦ Đảm bảo sử dụng hiệu quả các nguồn lực kỹ thuật cho trang thiết bị y tế trong địa bàn tỉnh ♦ Xây dựng hệ thống quản lý trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế để hỗ trợ các cơ sở y tế trong địa bàn tỉnh trong công tác quản lý ♦ Hỗ trợ trong việc điều phối hoạt động mua sắm
Bệnh viện/cơ sở y tế	♦ Điều phối lập kế hoạch ở cấp độ đơn vị ♦ Điều phối và hỗ trợ công tác mua sắm ♦ Đảm bảo tài chính cho đầu tư và bảo dưỡng sửa chữa trang thiết bị y tế ♦ Đảm bảo cung cấp đầy đủ cơ sở hạ tầng và nguồn lực cho hoạt động bảo dưỡng sửa chữa hiệu quả ♦ Theo dõi và giám sát thực hiện đầy đủ bảo dưỡng, sửa chữa trang thiết bị y tế
CB quản lý kỹ thuật trang thiết bị y tế	♦ Điều phối và hỗ trợ lập kế hoạch mua sắm ♦ Đảm bảo lập kế hoạch và tổ chức hoạt động bảo dưỡng, sửa chữa trang thiết bị y tế của đơn vị ♦ Duy trì hệ thống theo dõi và báo cáo tất cả các hoạt động quản lý trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng của đơn vị ♦ Điều phối các hợp đồng dịch vụ bên ngoài
Nhân viên kỹ thuật trang thiết bị y tế	♦ Thực hiện công tác bảo dưỡng dự phòng, sửa chữa phù hợp với năng lực ♦ Hợp tác với nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài ♦ Ghi chép và lưu trữ toàn bộ thông tin về quản lý trang thiết bị y tế và hạ tầng của đơn vị
Người sử dụng	♦ Đảm bảo sử dụng, vệ sinh trang thiết bị y tế đúng quy định ♦ Thực hiện đúng công việc bảo quản bảo dưỡng ở cấp độ người sử dụng ♦ Duy trì sổ theo dõi trang thiết bị y tế ♦ Báo hỏng tới nhân viên kỹ thuật trang thiết bị y tế

	♦ Tham gia báo cáo sự cố ♦ Hỗ trợ lập kế hoạch về trang thiết bị y tế
--	--

a. Chức năng nhiệm vụ của Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế, Bộ Y tế

Vụ Trang thiết bị và Công trình Y tế là vụ chuyên ngành thuộc Bộ Y tế (BYT), có chức năng tham mưu giúp Bộ trưởng Bộ Y tế quản lý nhà nước về lĩnh vực TTBYT bao gồm thiết bị, dụng cụ, hoá chất, sinh phẩm chẩn đoán invitro, vật tư tiêu hao y tế và đầu tư xây dựng công trình y tế.

Một trong những nhiệm vụ quan trọng đó là: “Chủ trì xây dựng, trình Bộ trưởng Bộ Y tế hoặc cấp có thẩm quyền, hoặc ban hành các tiêu chuẩn quốc gia, các quy chuẩn kỹ thuật quốc gia, quy trình chuyên môn kỹ thuật về trang thiết bị Y tế” nhằm có sự thống nhất toàn ngành về chất lượng TTBYT. (Chi tiết nhiệm vụ và quyền hạn của Vụ, xem Quyết định 1188/QĐ-BYT quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Vụ TTB và Công trình y tế thuộc Bộ Y tế).

b. Hội đồng tư vấn kỹ thuật thiết bị y tế (Vụ TTB và Công trình Y tế là đơn vị thường trực):

- Xây dựng định hướng đầu tư TTBYT cho các tuyến khám chữa bệnh, các trung tâm, cơ sở y tế và các chuyên khoa y tế
- Đề xuất, dự báo những phương pháp và công nghệ TTBYT tiên tiến được ứng dụng tại Việt Nam
- Tư vấn cho lãnh đạo BYT trong việc chỉ đạo định hướng nghiên cứu chế tạo và sản xuất trang thiết bị y tế
- Thẩm định về công nghệ, cấu hình, kỹ thuật, danh mục đầu tư trang thiết bị y tế lớn, lần đầu được sử dụng tại Việt Nam

Quản lý TTBYT tại các cơ sở Y tế

Nhà nước, đặc biệt là Bộ Y tế hết sức quan tâm, từng bước đầu tư cho lĩnh vực không thể thiếu trong công tác khám chữa bệnh đó là lĩnh vực trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng kỹ thuật BV. Trang thiết bị y tế tại các BV từ cơ sở đến Trung ương đang ngày được cải thiện và đảm bảo cho công tác khám chữa bệnh được nâng lên, góp phần không nhỏ giúp giảm tải cho tuyến trên. Để đạt được kết quả này, cùng với yếu tố con người với những kiến thức chuyên môn, kỹ năng... thì một yếu tố khác là trang thiết bị và hạ tầng kỹ thuật y tế đóng góp một vai trò rất quan trọng. Tuy nhiên, cũng theo ông Nguyễn Minh Tuấn, một số cơ sở y tế hiện nay có hiện tượng chưa sử dụng hết hiệu quả các thiết bị y tế hiện đại do cán bộ chưa đủ trình độ để vận hành thiết bị, công tác duy tu bảo dưỡng chưa tốt khiến tuổi thọ của trang thiết bị y tế giảm xuống. Vì thế, hội nghị tập huấn sẽ giúp các BV, cơ sở y tế nhận thức vai trò, tầm quan trọng trong công tác

quản lý, sử dụng trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng BV, nâng cao kinh nghiệm trong đầu tư, khai thác sử dụng, bảo dưỡng nhằm phát huy hiệu quả thiết bị, tránh những sự cố đáng tiếc, đảm bảo đáp ứng yêu cầu của khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân. Công tác quản lý TTBYT tại các cơ sở y tế (CSYT) hiện nay thường dựa trên cách tiếp cận “Quản lý vòng đời – life cycle management”. Vòng đời của trang thiết bị y tế bắt đầu từ khâu nghiên cứu chế tạo cho tới thanh lý. Tuy nhiên, quản lý trang thiết bị y tế tại cơ sở y tế bao gồm các hoạt động quản lý đầu tư và sử dụng trang thiết bị, là một phần trong toàn bộ vòng đời của trang thiết bị y tế trên thị trường, bắt đầu từ khâu lập kế hoạch và đánh giá nhu cầu TTB (Hình 6.1).



Hình 6.1: Vòng đời trang thiết bị y tế trong cơ sở y tế

Để khai thác và sử dụng có hiệu quả TTBYT, công tác quản lý trang thiết bị y tế tại các cơ sở y tế phụ thuộc:

1. Nhu cầu thăm khám, tần suất sử dụng thiết bị
2. Cán bộ chuyên môn và cán bộ kỹ thuật TTBYT

3. Điều kiện lắp đặt, hoạt động

4. Kinh phí đảm bảo hoạt động

WHO đã đưa ra định nghĩa về quản lý TBYT. Khái niệm đó được hiểu như sau:

- Quản lý tốt TBYT tại CSYT là phải đảm bảo rằng:

+ TBYT được lựa chọn phù hợp với cơ sở y tế

+ TBYT phải được sử dụng đúng, an toàn và khai thác tối đa công suất

+ TBYT phải phục vụ càng lâu càng tốt

- Quản lý TBYT yêu cầu thực hiện tốt tất cả các công việc sau:

+ Thu thập thông tin về TBYT của cơ sở

+ Lập kế hoạch về nhu cầu TBYT và bố trí ngân sách đầu tư

+ Mua thiết bị phù hợp và lắp đặt chúng một cách hiệu quả

+ Cung cấp những nguồn lực để vận hành và sử dụng TBYT

+ Vận hành TBYT hiệu quả và an toàn

+ Bảo dưỡng và sửa chữa TBYT phải được ủy quyền của chủ sở hữu TBYT

+ Tháo dỡ, thanh lý và thay thế những TBYT lỗi thời hay không còn sử dụng được một cách an toàn. Đảm bảo rằng nhân viên có đủ các kỹ năng cần thiết để vận hành TBYT an toàn và hiệu quả.

Như vậy, quản lý TBYT là một công việc phức tạp, nó đòi hỏi sự tham gia của những người trong nhiều bộ phận khác nhau trong cơ sở y tế và yêu cầu nhiều kỹ năng khác nhau như:

+ Kỹ thuật

+ Tài chính

+ Các quy trình mua sắm

+ Lưu kho và cung cấp

+ Tổ chức xưởng sửa chữa

+ Đào tạo nhân viên

c. Quản lý đầu tư trang thiết bị Y tế

Công tác mua sắm đầu thầu là một trong các hoạt động quan trọng của các đơn vị trong ngành y tế. Trong phạm vi bài giảng này nhằm hướng dẫn và làm rõ hơn quy chế đấu thầu hiện hành, nhưng hiện nay trong ngành thường sử dụng phương thức đấu thầu “một giai đoạn một túi hồ sơ” và bắt đầu cập nhật “một giai đoạn hai túi hồ sơ”. Vì vậy, trong khuôn khổ tài liệu này, chúng tôi giới thiệu chủ yếu phương thức đấu thầu “một giai đoạn một túi hồ sơ”.

Khái niệm Thuật ngữ đấu thầu quốc tế thường sử dụng từ tiếng Anh "Procurement" nghĩa là mua sắm. Như vậy, quy chế đấu thầu đồng nghĩa với quy chế mua sắm (*Procurement Regulation*).

Định nghĩa: Đấu thầu là quá trình lựa chọn nhà thầu đáp ứng các yêu cầu của bên mời thầu.

** Một số thuật ngữ chính sử dụng trong Quy chế đấu thầu*

- Bên mời thầu (Chủ đầu tư, bên mua):

Là đại diện chính thức của bên mua có trách nhiệm tổ chức đấu thầu và là người sẽ ký hợp đồng chính thức với nhà thầu trúng thầu.

- Nhà thầu :

Là các tổ chức hoặc cá nhân có đủ tư cách pháp lý để tham gia đấu thầu và tiếp đó là ký hợp đồng (theo 3 lĩnh vực đấu thầu: là nhà tư vấn giám sát, nhà cung cấp hàng hoá thiết bị hoặc nhà xây dựng). Nhà thầu muốn tham gia đấu thầu phải có tư cách pháp lý phù hợp:

+ Có đầy đủ tư cách pháp nhân về pháp lý (Có quyết định thành lập cơ quan đơn vị của cấp có thẩm quyền, có giấy phép kinh doanh)

+ Có tình trạng tài chính lành mạnh, có đủ khả năng trả ứng vốn, không có nguy cơ vỡ nợ.

+ Đã nộp đủ các nghĩa vụ về thuế và các khoản đóng góp theo quy định của pháp luật.

Người có thẩm quyền:

Là người đứng đầu hoặc người được uỷ quyền theo quy định của pháp luật thuộc tổ chức, cơ quan nhà nước hoặc doanh nghiệp, cụ thể :

+ Đối với dự án đầu tư, "Người có thẩm quyền" là người có thẩm quyền quyết định đầu tư.

+ Đối với việc mua sắm vật tư, trang thiết bị, phương tiện làm việc của cơ quan nhà nước... Người có thẩm quyền là người quyết định việc mua sắm theo quy định của pháp luật.

- Quản lý thực trạng:

+ Thường xuyên cập nhật theo dõi tài sản TBYT

+ Số đầu thiết bị?

+ Đơn vị nào, ai được giao trực tiếp quản lý?

+ Model, Hãng sản xuất? Nước sản xuất?

+ Ngày nhận, Nguồn vốn, Giá thiết bị ?

+ Chất lượng, Tần suất khai thác của thiết bị?

+ Số lưu hành thiết bị do Bộ Y tế cấp

- Đơn vị bảo dưỡng và sửa chữa phải được phép ủy quyền của chủ sở hữu TBYT Vật tư Y tế:

- + Yêu cầu bảo quản?
- + Hạn sử dụng?
- + Số lượng trong kho..?
- + Hướng dẫn sử dụng
- + Nhập thông tin về TTBYT vào cơ sở dữ liệu của phòng VT-TBYT
- + Bàn giao cho người sử dụng cuối cùng

Giai đoạn này đảm bảo thiết bị vận hành an toàn trước khi chuyển giao cho người sử dụng cuối cùng. Yêu cầu về tương thích với cơ sở hạ tầng, đảm bảo an toàn điện là vấn đề then chốt.

Đây là quy trình bao gồm các hoạt động cần thiết phải tiến hành trước khi mua sắm, trong quá trình mua sắm, khi chuẩn bị nhận trang thiết bị y tế, khi lắp đặt và nhận thiết bị, quản lý và theo dõi các hoạt động để có kế hoạch cải thiện trong những lần mua sắm sau.

- Quản lý sử dụng hướng tới mục tiêu an toàn, chất lượng

- Khai thác sử dụng TBYT đảm bảo chất lượng, phụ thuộc vào:

- + *Nhu cầu thăm khám, tần suất sử dụng thiết bị của đơn vị?*
- + *Cán bộ chuyên môn và cán bộ kỹ thuật TBYT?*
- + *Điều kiện lắp đặt, hoạt động?*
- + *Kinh phí đảm bảo kiểm chuẩn, kiểm định TTBYT?*
- + *Chất lượng xây dựng quy trình sử dụng và vận hành thiết bị theo hướng dẫn của nhà sản xuất*

+ *Quy trình bảo dưỡng, sửa chữa cho từng thiết bị phải tuân thủ chặt chẽ theo quy định của nghị định đã ban hành.*

- + *Đào tạo kiến thức và kỹ năng thường xuyên và nâng cao cho người sử dụng.*
- + *Tăng cường kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy trình.*

Để quản lý TTBYT chất lượng, hiệu quả và an toàn trong công tác khám chữa bệnh, Bộ Y tế tiếp tục chỉ đạo các bệnh viện, cơ sở y tế trong cả nước quán triệt, nghiêm túc nghiên cứu thực hiện các quy định tại Nghị định 36/2016/NĐ-CP, Nghị định 169/2018/NĐ-CP, trong đó có các điều, các nội dung quy định rõ vai trò, trách nhiệm các bên liên quan trong quản lý, sử dụng TTBYT...

- Quản lý bảo dưỡng và sửa chữa hướng tới mục tiêu đảm bảo chất lượng, an toàn hiệu quả.

Nội dung này hiện nay hiện đang và sẽ là vấn đề lớn cần có những giải pháp tối ưu mang tính khả thi cho toàn ngành nếu làm tốt sẽ tránh gây lãng phí,

tăng hiệu quả đầu tư nhưng vẫn đảm bảo chất lượng và an toàn cho người và thiết bị. Phải tuân thủ chặt chẽ khi xây dựng quy trình bảo dưỡng và sửa chữa cho từng thiết bị theo quy định của khung pháp lý như:

Điều 57 Nghị định 36/2016/NĐ-CP quy định về quyền và trách nhiệm của cơ sở y tế trong việc quản lý, sử dụng trang thiết bị y tế:

Cơ sở y tế có các quyền sau:

- + Yêu cầu chủ sở hữu số lưu hành thực hiện việc bảo dưỡng định kỳ, sửa chữa trong thời hạn bảo hành;
- + Yêu cầu bên bán cung cấp tài liệu kỹ thuật của trang thiết bị y tế;
- + Tiếp nhận các trang thiết bị y tế phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học và hướng dẫn sử dụng, sửa chữa trang thiết bị y tế.

Cơ sở y tế có trách nhiệm:

- + Sử dụng, vận hành trang thiết bị y tế theo đúng hướng dẫn của chủ sở hữu trang thiết bị y tế;
- + Định kỳ bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn theo hướng dẫn của chủ sở hữu trang thiết bị y tế hoặc quy định của pháp luật;
- + Tham gia thử nghiệm, đánh giá chất lượng trang thiết bị y tế;
- + Báo cáo về các trường hợp trang thiết bị y tế có lỗi và các thông tin khác theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

Những tiêu chí phải đảm bảo để thực hiện công đoạn này:

- + Đánh giá rủi ro
- + Nguồn tài chính
- + Kế hoạch bảo dưỡng
- + Báo cáo bảo dưỡng
- + Kỹ thuật viên đủ năng lực thực hiện
- + Tài liệu kỹ thuật
- + Đào tạo cho KTV

Thiết lập được các tiêu chí đánh giá rủi ro riêng của mình dựa trên thực tế hoạt động của thiết bị nhằm đưa ra các kế hoạch bảo dưỡng định kỳ nhằm phòng ngừa hỏng hóc là phương pháp tốt nhất. Tuy nhiên, nên tuân thủ các khuyến cáo về thời hạn bảo dưỡng của nhà sản xuất. Công việc này liên quan đến các khâu lập kế hoạch, bố trí nhân sự và tài chính để thực hiện. Các thông tin này được thu thập qua tài liệu thứ cấp tại cơ sở y tế.

Theo dõi báo cáo, số liệu để ra quyết định:

- Những tiêu chí phải đảm bảo để thực hiện công đoạn này :

- + Có cơ sở dữ liệu về TBYT
- + Mã nhận dạng TBYT
- + Cập nhật thông tin sửa chữa bảo dưỡng
- + Cập nhật thông tin chi phí

Các nghiên cứu đã chỉ ra sự bất cập trong quản lý thông tin về TTB hiện nay. Đó là thông tin về TTBYT không được quản lý tập trung. Lý lịch máy theo dõi sửa chữa, lưu trữ các thông tin về sửa chữa bảo dưỡng TBYT thì nằm tại các khoa. Phòng vật tư - trang thiết bị (VT-TBYT) cần có sổ quản lý số đầu máy/địa điểm lắp đặt/ đơn vị quản lý. Phòng VT-TBYT cần phải xây dựng, duy trì và cập nhật một cơ sở dữ liệu về toàn bộ TTBYT trong bệnh viện. Cơ sở dữ liệu đó cần có đầy đủ các thông tin về TTBYT: tên máy, hãng sản xuất, nước sản xuất, model, số máy, giá mua, phụ kiện theo máy, ngày lắp đặt, thời hạn bảo hành, nhà cung cấp, nhà cung cấp dịch vụ kỹ thuật, thông tin về những lần sửa chữa và bảo dưỡng: chi phí sửa chữa bảo dưỡng, vật tư thay thế. Tuân thủ nghiêm túc công tác bảo dưỡng sửa chữa phải được sự ủy quyền của chủ sở hữu TBYT, để đảm bảo chất lượng.

2.1.2. Đào tạo nguồn nhân lực

Đào tạo liên quan đến trang thiết bị y tế bao gồm đào tạo cho cả cán bộ y tế, người sử dụng và đào tạo cho nhân viên kỹ thuật (KTV) của cơ sở y tế. Đào tạo khi nhận và lắp đặt máy, đào tạo ban đầu cũng như đào tạo thường xuyên và liên tục trong suốt thời gian làm việc của máy tại cơ sở y tế. Nội dung đào tạo cho từng đối tượng trong từng mục đích là khác nhau.

Những tiêu chí phải đảm bảo để thực hiện công đoạn này:

- Huấn luyện cho người sử dụng
- Quản lý người sử dụng
- Đào tạo lại, phát triển kỹ năng
- Lưu trữ, lập kế hoạch và mua sắm vật tư tiêu hao

Nội dung quan trọng trong giai đoạn này là huấn luyện, đào tạo và quản lý người sử dụng để đảm bảo chỉ những nhân viên đã qua đào tạo mới được sử dụng máy. Cơ sở cũng nên lưu trữ những vật tư tiêu hao sử dụng cho máy để thiết bị luôn trong trạng thái sẵn sàng hoạt động.

Trong thời gian qua, Bộ Y tế đã tích cực phối hợp với các Bộ, ngành liên quan tăng cường chỉ đạo xây dựng mã ngành đào tạo, chương trình khung, hình thành các cơ sở đào tạo... và tranh thủ sự hỗ trợ, HTQT để từng bước hình thành, phát triển nguồn nhân lực chuyên ngành kỹ thuật TTBYT. ..

Cả nước hiện có:

Khoảng 05 cơ sở đào tạo trình độ đại học;

02 cơ sở đào tạo trình độ cao đẳng...

Cho đến nay, các cơ sở đào tạo trong nước đã từng bước hình thành, phát triển đủ năng lực trình độ, đội ngũ để đào tạo và đáp ứng yêu cầu về số lượng cán bộ kỹ thuật cho công tác TTBYT. Vấn đề bức xúc giờ đây, đó là chất lượng, chức danh, định biên để có thể tuyển dụng cán bộ chuyên trách quản lý TTBYT tại các bệnh viện, cơ sở y tế và chính sách thu hút, đãi ngộ thích đáng để tránh tình trạng chảy máu chất xám đội ngũ cán bộ quý báu này.

Công tác quản lý đầu tư TTBYT và sử dụng, khai thác có hiệu quả các TTBYT đòi hỏi phải có một đội ngũ cán bộ kỹ thuật chuyên ngành TTBYT đủ mạnh và được đào tạo cơ bản.

Để nâng cao hiệu quả quản lý TTBYT, đòi hỏi đội ngũ cán bộ kỹ thuật phải luôn được cập nhật kiến thức chuyên môn về TTBYT và nắm vững các văn bản quy định của pháp luật, đồng thời, phải nêu cao ý thức trách nhiệm và đặc biệt là vai trò của Phòng Vật tư - TBYT.

Hiện nay, ở một số đơn vị vẫn tồn tại tình trạng TTBYT được đầu tư nhưng đáp chiếu hoặc sử dụng không có hiệu quả... trong đó một nguyên nhân chính là vai trò, trách nhiệm của Phòng Vật tư - TBYT, Hội đồng tư vấn kỹ thuật cơ sở chưa được coi trọng

2.1.3. Kiểm định và hiệu chuẩn TTBYT

Hiệu chuẩn và kiểm định thiết bị đo là hai hoạt động quản lý thiết bị đo lường nhằm xác định độ chính xác và tin cậy của thiết bị nhưng có mục đích sử dụng và đối tượng thực hiện khác nhau.

Hiệu chuẩn là hoạt động xác định, thiết lập mối quan hệ giữa giá trị đo của chuẩn đo lường, phương tiện đo với giá trị đo của đại lượng cần đo nhằm xác định sự sai khác của các giá trị đo được với chuẩn đo lường được sử dụng nhằm để quyết định xem thiết bị đo lường có độ chính xác phù hợp với yêu cầu của phép đo. Hiệu chuẩn thiết bị, về mặt pháp luật, là một hoạt động tự nguyện được các đơn vị sử dụng thiết bị đo thực hiện phục vụ cho mục đích kiểm soát nội bộ của mình. Việc hiệu chuẩn có thể được thực hiện bởi nội bộ cơ sở (nếu có đủ điều kiện kỹ thuật và năng lực nhân sự) hoặc bởi một đơn vị cung cấp dịch vụ kỹ thuật bên ngoài. Tình trạng thiết bị hiệu chuẩn, thông thường, được nhận biết thông qua Tem hiệu chuẩn và Kết quả hiệu chuẩn.

Kiểm định là hoạt động đánh giá, xác nhận đặc tính kỹ thuật đo lường của phương tiện đo theo yêu cầu kỹ thuật đo lường. Bộ trưởng bộ Khoa học và Công nghệ đã ban hành “Danh mục phương tiện đo phải kiểm định” kèm theo Quyết định số 13/2007/QĐ-BKHCN ngày 06 tháng 07 năm 2007. Việc kiểm định chỉ được thực hiện bởi một đơn vị được chỉ định bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền (trong lĩnh vực Tiêu chuẩn – Đo lường – Chất lượng) trong phạm vi được

chỉ định. Tình trạng kiểm định được thể hiện bằng Tem kiểm định và/hoặc Giấy chứng nhận kiểm định. Ngoài ra, cần phân biệt hoạt động kiểm định đo lường với hoạt động kiểm định các thiết bị có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn – do Bộ Công thương quản lý.

2.1.4. Thay thế hoặc thanh lý

Thay thế các TTBYT hỏng, lỗi thời, không còn sử dụng được là công việc bắt buộc phải thực hiện để đảm bảo duy trì các dịch vụ y tế chất lượng. Do vậy, các cơ sở y tế cần phải chủ động kế hoạch tài chính cho việc này.

Những tiêu chí phải đảm bảo để thực hiện công đoạn này:

- Xác định rõ lý do thay thế TTBYT: có thể dựa trên các yếu tố như: sự lỗi thời của công nghệ, không có vật tư thay thế, không sửa chữa được, chi phí sửa chữa lớn...
- Lập kế hoạch thay thế cụ thể để hạn chế tối đa thời gian không có TTB phục vụ do thay thế.

Thanh lý trang thiết bị y tế cần phải đảm bảo các tiêu chuẩn an toàn cho người thực hiện, cho môi trường và cho sức khỏe cộng đồng.

2.2. Xu hướng quản lý TTBYT&CSHT của Việt Nam và thế giới

2.2.1. Hội nhập trong quản lý TTBYT và hạ tầng Y tế

Giới thiệu chung về hiệp định ASEAN về trang thiết bị y tế (AMDD)

Tại sao phải Hội nhập...?

Hòa hợp các quy định quản lý trang thiết bị y tế ở mỗi khu vực và trên toàn thế giới. Tạo thuận lợi cho việc tiếp cận công nghệ mới ở tất cả các khu vực trên thế giới

Đảm bảo trang thiết bị y tế cho phép lưu hành ở bất kỳ đâu trên thế giới đều có tiêu chuẩn về an toàn và chất lượng như nhau. Tạo thuận lợi cho tự do thương mại và khuyến khích đầu tư.

Hiện nay, quy định quản lý TTBYT của các nước ASEAN rất khác nhau, gây ảnh hưởng đến vấn đề công nhận và xúc tiến thương mại khu vực.

Theo lộ trình hội nhập khu vực trong lĩnh vực y tế, quy chế quản lý TTBYT và các tiêu chuẩn chất lượng phải được hài hòa chung, từ khâu cấp phép lưu hành đến khâu kiểm tra sản phẩm. MDPWG được thành lập vào năm 1/2005 – là một trong 12 nhóm công tác của ACCSQ để nghiên cứu, hiệp y và đưa ra quy trình quản lý riêng cho khu vực ASEAN (gọi là Hiệp định ASEAN về trang thiết bị y tế - ASEAN medical device directive, AMDD)

Điều khoản cơ bản:

Các nước tham gia ký kết AMDD sẽ áp dụng các Điều, khoản và Phụ lục của Hiệp định vào hệ thống pháp luật quản lý TTBYT

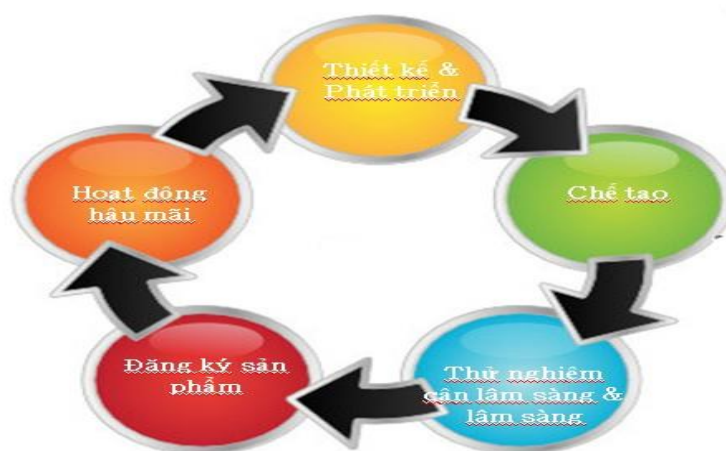
- Các TTBYT phải được đăng ký trước khi lưu hành
- Các đơn vị thực hiện việc đưa TTBYT ra thị trường cũng phải được kiểm soát, cấp phép

Mục tiêu:

- Thống nhất hồ sơ đăng ký, quy trình quản lý của các nước
- Thành lập hệ thống cảnh báo giữa các nước trong khu vực về sản phẩm kém chất lượng

Tiến tới công nhận đánh giá phù hợp sản phẩm giữa các nước theo khuyến khích của Tổ chức thương mại thế giới (WTO)

Đáp ứng mục tiêu hội nhập khu vực vào năm 2015



Hình 6.2: Quy trình quản lý trang thiết bị y tế theo hiệp định AMDD

Nội dung quản lý TTBYT hội nhập xoay quanh 3 nội dung chính:

- Quản lý theo phân loại rủi ro bao gồm 4 nhóm: nhóm A (rủi ro thấp), nhóm B (rủi ro trung bình – thấp), nhóm C (rủi ro trung bình – cao) và nhóm D (rủi ro cao)

- Quản lý chất lượng sản phẩm theo Nguyên tắc thiết yếu về an toàn và tính năng của TTBYT

- Tăng cường quản lý hậu thị trường

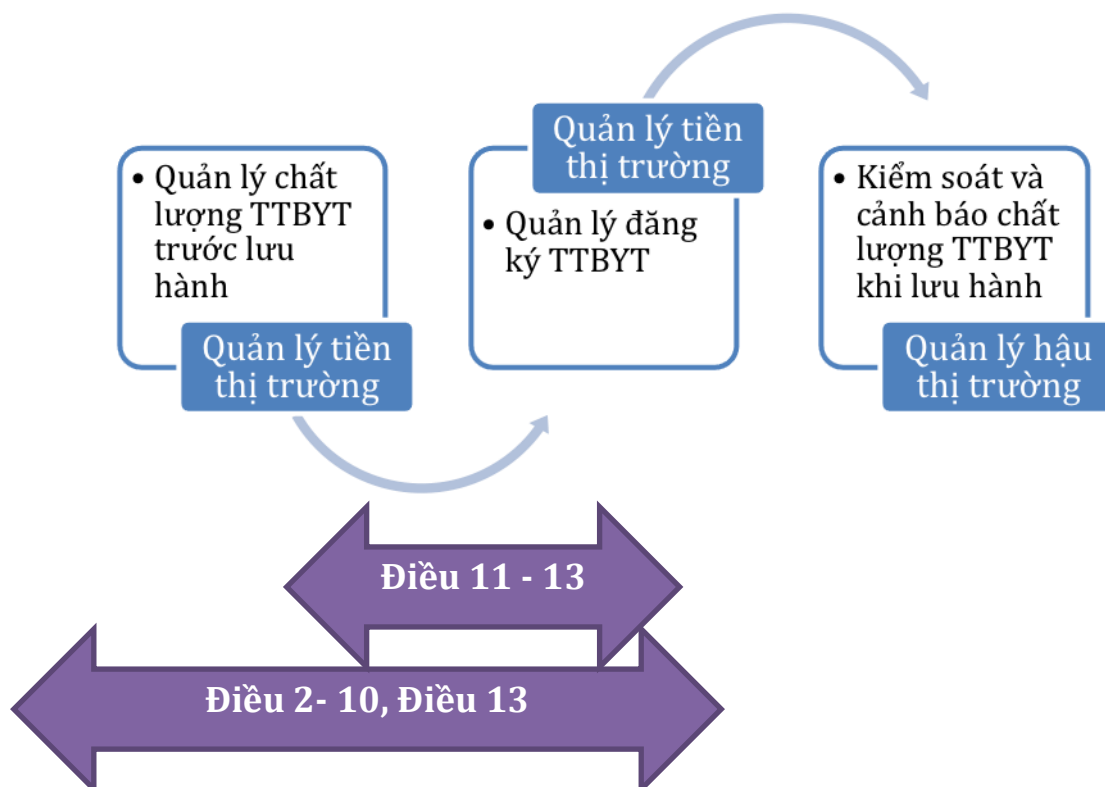
Phạm vi quản lý bao trùm theo vòng đời sản phẩm, từ bước nghiên cứu, thiết kế, hợp chuẩn cho đến đưa sản phẩm ra thị trường và thiết kế hệ thống cảnh báo hậu mãi. Quy trình quản lý khép kín đảm bảo các TTBYT được quản lý, kiểm soát chặt chẽ ở tất cả các bước.

Các nội dung của hiệp định:

AMDD bao gồm 24 Điều và 8 Phụ lục bao gồm:

Điều 17-24: Quy định cụ thể các nội dung liên quan đến các trường hợp đặc biệt, điều khoản thi thành và điều khoản chính, sửa và bổ sung, giải quyết các tranh chấp, bảo lưu ý kiến, Phụ lục và điều khoản lưu trữ của Hiệp định.

Ngoài các điều khoản thi hành và quy định trách nhiệm các bên, AMDD bao gồm nội dung quản lý tiền thị trường và quản lý hậu thị trường, đảm bảo chất lượng sản phẩm trong suốt vòng đời sản phẩm



Hình 6.3: Các điều khoản quy định của AMDD

- Nguyên tắc thiết yếu về an toàn và tính năng trang thiết bị y tế:

Nguyên tắc thiết yếu về an toàn và tính năng TTBYT được đề cập ở Điều 3 và quy định chi tiết tại Phụ lục 1 của AMDD bao gồm 19 nguyên tắc. Bộ 19 nguyên tắc được sử dụng để đánh giá một TTBYT là an toàn và có thể lưu hành bao gồm:

- 6 nguyên tắc chung tập trung vào tính năng an toàn, bắt buộc phải áp dụng với tất cả các TTBYT muốn lưu thông trên thị trường
- 13 nguyên tắc bổ sung liên quan đến thiết kế và sản xuất các TTBYT phải áp dụng nếu có các đặc tính liên quan đến quy định

6 nguyên tắc chung:

- ✓ Khi sử dụng đúng hướng dẫn của nhà sản xuất phải đảm bảo an toàn. Rủi ro phát sinh từ máy phải ở mức chấp nhận/kiểm soát được
- ✓ Thiết kế sản phẩm phải đảm bảo độ an toàn ở mức cho phép
- ✓ Hoạt động theo đúng thiết kế, định hướng của nhà sản xuất, phù hợp với nguyên tắc điều trị y học
- ✓ Đảm bảo chất lượng hoạt động theo vòng đời sản phẩm nhà sản xuất đã quy định (trong trường hợp tuân theo hướng dẫn bảo dưỡng, bảo trì của nhà sản xuất)

✓ Không phát sinh rủi ro trong quá trình vận chuyển hoặc lưu trữ nếu tuân thủ hướng dẫn của nhà sản xuất

✓ Lợi ích khi sử dụng sản phẩm cao hơn nhiều so với các tác dụng phụ sản phẩm mang lại

13 Nguyên tắc bổ sung về thiết kế, sản xuất:

TTBYT phải có các tài liệu lâm sàng cần thiết để chứng minh tính an toàn và độ ổn định trong trường hợp cần thiết.

TTBYT phải chứng minh có thiết kế phù hợp và đảm bảo an toàn bao gồm: không rò rỉ, tương tác với hóa chất, được chất khi sử dụng kèm, tương tác vật liệu...

- Đảm bảo các yếu tố vô trùng và quy trình tiệt khuẩn
- Thiết kế đảm bảo an toàn trong môi trường sử dụng
- Đảm bảo độ chính xác của thiết bị đo, thiết bị chẩn đoán
- An toàn bức xạ
- An toàn khi kết nối với TTBYT chủ động (có điện hoặc dạng năng lượng khác)
- An toàn cơ
- An toàn năng lượng (điện, quang, từ trường...) hoặc hóa chất
- Điều kiện an toàn cho thiết bị cấy ghép chủ động

Đảm bảo an toàn cho các TTBYT do người không chuyên sử dụng (thiết bị đo glucose cầm tay, máy đo huyết áp, que thử thai...)

- Thông tin sử dụng của nhà sản xuất (bao gồm nhãn, HDSD)
- Thử nghiệm lâm sàng và đạo đức thử nghiệm lâm sàng (tuân thủ tuyên bố Helsinki...)

Ngày 21 tháng 11 năm 2014, Hiệp định đã được các nước trong đó có Việt Nam ký tại Băng Cốc, Thái Lan trên một bản gốc duy nhất bằng tiếng anh. Theo đó, các nước điều chỉnh các quy định về pháp luật phù hợp với AMDD, tạo điều kiện cho việc thống nhất quy trình quản lý trong khu vực và hướng tới công nhận đăng ký của các quốc gia.

2.2.2. Quy định mới về quản lý trang thiết bị y tế

Nghị định 169 đã hoàn thiện hành lang pháp lý cho việc quản lý TTBYT, giải quyết kịp thời các tồn tại, bất cập, không làm khó doanh nghiệp cũng như xác định rõ trách nhiệm của các bên liên quan như đơn vị sản xuất, cung ứng TTBYT, các cơ sở y tế cũng như cơ quan quản lý.

Đặc biệt, Nghị định mới này đã thực hiện sửa đổi những phát sinh, bất cập, sự chòng chéo giữa các lĩnh vực, các bộ, ngành, gây khó khăn cho công tác quản lý được quy định tại Nghị định 36 sau một thời gian thực hiện.

Nghị định 169 sẽ khiến lĩnh vực TTBYT có cơ hội phát triển và hội nhập, đồng thời xác lập môi trường kinh doanh, lưu thông, sử dụng TTBYT lành mạnh, có chất lượng, an toàn, hiệu quả, minh bạch. Cụ thể, theo Nghị định 169, đối với TTBYT thuộc loại A đã có phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố tiêu chuẩn áp dụng do Sở Y tế cấp được nhập khẩu theo nhu cầu, không hạn chế số lượng, không cần văn bản xác nhận của Bộ Y tế khi thực hiện thủ tục thông quan. Đối với TTBYT thuộc loại B, C, D được tiếp tục nhập khẩu đến hết ngày 31/12/2019 theo nhu cầu, không hạn chế số lượng mà không cần văn bản xác nhận là của Bộ Y tế khi thực hiện thủ tục thông quan.

- **Nghị định gồm 11 chương, 69 điều và 11 phụ lục, quy định:** phân loại TTBYT; sản xuất, lưu hành, mua bán, cung cấp dịch vụ TTBYT; thông tin, nhãn và quản lý, sử dụng TTBYT tại các cơ sở y tế.

- **Đây là văn bản pháp luật cao nhất trong lĩnh vực TTBYT**, lần đầu tiên được xây dựng, ban hành kế thừa một số nội dung của Chính sách quốc gia về TTBYT, Pháp lệnh hành nghề Y, Dược tư nhân và theo xu hướng hội nhập quốc tế và khu vực nhằm đáp ứng yêu cầu quản lý TTBYT của nước ta hiện nay và trong giai đoạn tới.

Các nội dung quy định tại Nghị định cơ bản cũng đã **chuyển tải các quy định của Hiệp định ASEAN về TTBYT (AMDD)** đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt và chính thức có hiệu lực tại Việt Nam.

Nghị định 169 còn sửa đổi một số nội dung quan trọng liên quan đến TTBYT có chứa chất ma túy và tiền chất; phân loại TTBYT. Bên cạnh đó, bổ sung quy định trường hợp cấp nhanh số đăng ký **số lưu hành**; sửa đổi, bổ sung quy định yêu cầu về hồ sơ quản lý TTBYT sau bán hàng và xử lý đối với TTBYT có lỗi lưu hành trên thị trường.

Một vấn đề quan trọng được các doanh nghiệp quan tâm tại Hội nghị, đó là quy định phân loại trang thiết bị y tế loại A,B,C,D. Đại diện các doanh nghiệp cho rằng, cơ quan quản lý cần phải đưa ra tiêu chuẩn chung hoặc một đơn vị chịu trách nhiệm về việc phân loại trang thiết bị y tế nhập khẩu để các doanh nghiệp hướng đến.

Việt Nam chưa có tiêu chuẩn quốc gia về trang thiết bị y tế, tuy nhiên chúng ta đang thực hiện phân loại trang thiết bị y tế nhập khẩu theo 19 nguyên tắc của ASEAN đã phân định. Đặc biệt, thời gian tới, Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế sẽ công khai các kết quả phân loại trang thiết bị y tế của các doanh nghiệp trên website của Vụ và Bộ Y tế để các doanh nghiệp nắm được của doanh nghiệp mình và đối tác. Từ đó có sự so sánh về sự phân loại. Tổ chức, cá nhân kinh doanh TTBYT phải chịu trách nhiệm về an toàn, chất lượng đối với TTBYT do mình kinh doanh.

Chủ sở hữu số lưu hành có trách nhiệm:

- a. Thực hiện việc công bố tiêu chuẩn áp dụng hoặc đăng ký lưu hành TTBYT theo quy định của Nghị định này;
- b. Thành lập, duy trì cơ sở bảo hành TTBYT hoặc ký hợp đồng với cơ sở bảo hành TTBYT;
- c. Lập, duy trì hồ sơ theo dõi TTBYT và thực hiện truy xuất nguồn gốc TTBYT theo quy định tại Nghị định này,

Thông tin đầy đủ, chính xác về sản phẩm trên nhãn, trong tài liệu kèm theo TTBYT theo quy định của pháp luật về nhãn hàng hóa và quy định tại Nghị định này. Những quy định mới về lĩnh vực TTBYT có cơ hội phát triển và hội nhập, đồng thời xác lập môi trường kinh doanh, lưu thông, sử dụng TTBYT an toàn, hiệu quả, minh bạch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Tuấn. Tổng quan về hội nhập quản lý trang thiết bị y tế. 2019.
2. Nghị định 36/2016/NĐ-CP ngày 15/5/2016 về quản lý trang thiết bị y tế.
3. Quyết định 1188/QĐ-BYT ngày 04/8/2014 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Vụ TTB và Công trình y tế thuộc Bộ Y tế
4. Nghị định 169/2018/NĐ-CP
5. JHA, SM (2001), *Hospital Management*
6. Andreas Lenel, Caroline Temple-Bird, Willi Kawohi, Manjit Kaur. How to manage series for healthcare technology - 2011
7. Adriana Velazquez-Berumen: Coordinator Medical Devices – WHO. Healthcare technology diffusion: case medical devices. Presentation in Geneva 24th Jan 2012.
9. Kwankam, Y, et al, 2001, ‘Health care technology policy framework’, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean Series 24: Health care technology management, No. 1
10. Nghị định số 46/2015/NĐ-CP ngày 12/05/2015 của Chính phủ : Về quản lý chất lượng và bảo trì công trình xây dựng.
11. ASEAN Medical Device Directive - Hiệp định có hiệu lực từ ngày 1/1/2015 và sẽ có hiệu lực giữa các nước Thành viên ASEAN đã phê chuẩn Hiệp định

BÀI 7

GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG, CHƯƠNG TRÌNH, KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Nhận thức được khái niệm, tầm quan trọng của giám sát.
2. Trình bày được các nguyên tắc, phương pháp, hình thức và các bước cơ bản của giám sát.
3. Nêu được nội dung của công cụ thu thập thông tin dùng cho giám sát.
4. Xây dựng được bản kế hoạch giám sát.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm về giám sát hỗ trợ

Giám sát (GS) là một trong các hoạt động quản lý nhằm nâng cao chất lượng chuyên môn chăm sóc sức khỏe. Hoạt động giám sát sẽ hỗ trợ trực tiếp cho người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đảm bảo cho họ thực hiện dịch vụ đạt chất lượng. Trọng tâm của hoạt động giám sát là giúp cán bộ y tế thực hiện đúng các quy trình kỹ thuật, tiêu chuẩn chuyên môn nghiệp vụ, cũng có thể GS giúp hỗ trợ về tinh thần, tư tưởng hay giải quyết một vấn đề về tổ chức, quản lý.

GS là hoạt động cần thiết để đào tạo cán bộ y tế một cách liên tục, nâng cao trình độ cho người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Người giám sát phải có khả năng chuyên môn về vấn đề được giám sát để trực tiếp giúp người được giám sát có kỹ năng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn. Trong quá trình giám sát, người giám sát và người được giám sát trao đổi thông tin hai chiều, cùng tham gia bàn bạc giải quyết vấn đề tồn tại trong công tác.

GS là một quá trình thu thập thông tin về hoạt động y tế của đối tượng được giám sát (cá nhân hay cơ sở y tế) rồi xác định những ưu điểm, nhược điểm/tồn tại/khó khăn của đối tượng, sau đó tìm các giải pháp hay hỗ trợ để giải quyết các nhược điểm/tồn tại/khó khăn trên. Giám sát nhằm vào đối tượng là con người, thiên về đào tạo và hỗ trợ về kỹ thuật kể cả điều kiện sống, làm việc.

Giám sát về kỹ thuật là cầm tay chỉ việc để người được giám sát làm đúng kỹ thuật quy định.

Người ta thường phân loại GS như sau:

- Theo nội dung GS:
 - GS chuyên môn kỹ thuật,
 - GS quản lý.
- Phân loại theo thời gian
 - GS đột xuất,
 - GS định kì.

Ngày nay, GS có sự tham gia của cộng đồng (người hưởng lợi/các bên liên quan) được khuyến khích.

Thái độ của giám sát viên (GSV) trong khi giám sát rất quan trọng vì nó tạo dựng mối quan hệ giữa GSV và người được giám sát. Các nhà quản lý khuyến cáo rằng cần thực hiện dân chủ tốt giữa GSV và người được GS thì đảm bảo được chất lượng GS.

2. Phương pháp giám sát và công cụ giám sát

2.1. Giám sát trực tiếp

Người giám sát tiếp xúc và quan sát trực tiếp người/bệnh viện được giám sát đang thực hiện nhiệm vụ chuyên môn của mình và thảo luận với họ để giải quyết các tồn tại nếu có. Đây là hình thức giám sát có hiệu quả nhất để giúp nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật, cải thiện công tác quản lý cho cán bộ. Công cụ cho giám sát trực tiếp là:

- Bảng kiểm: Bảng kiểm dùng để GS một quy trình hay một kỹ thuật nào đó một cách trực tiếp rồi so sánh với quy trình chuẩn hay kỹ thuật chuẩn, từ đó tìm ra các ưu điểm và tồn tại. Đây là GS mang tính chất định lượng hoặc định tính rất hay được dùng và rất quan trọng.

- Sổ tay ghi chép/ nhật kí: Chủ yếu dùng cho GS về tổ chức hay quản lý. Đây là giám sát định tính, cũng rất được ưa dùng.

- Giấy chia ô để vẽ bản đồ hay sơ đồ, quy trình.

- Máy ảnh hay máy quay video để chụp ảnh, quay video.

- Bộ câu hỏi hay hướng dẫn thảo luận nhóm để phỏng vấn cá nhân, phỏng vấn nhóm, phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm... (có thể kết hợp cả định tính và định lượng).

- Công cụ phục vụ cho đào tạo, hỗ trợ sau khi đã xác định được tồn tại, khó khăn, bất cập.

Các hình thức GS trực tiếp rất đa dạng và phong phú, có thể vận dụng rất linh hoạt tùy điều kiện thực:

- Quan sát trực tiếp

- Uốn nắn trực tiếp

- Phỏng vấn trực tiếp

- Lớp đào tạo kỹ thuật

- Hội nghị, hội thảo, giao ban, họp nhóm...

- v.v...

2.2. Giám sát gián tiếp

Thông qua thông tin ở các sổ sách, báo cáo, hình chụp, băng video... để phân tích việc thực hiện nhiệm vụ, qua đó trao đổi, thảo luận với các đối tượng

liên quan để xác định các tồn tại và thảo luận giải quyết vấn đề tồn tại nếu có. Công cụ thường là các biểu mẫu thu thập thông tin, các báo cáo phân tích (cả định lượng và định tính), ảnh chụp hay video...kể cả các công cụ để phản hồi cho người/đơn vị được giám sát về các nội dung hỗ trợ, giúp đỡ, đào tạo...)

2.3. Tự giám sát (giám sát nội bộ)

Mỗi cán bộ và và bệnh viện có thể tự tổ chức giám sát, do trưởng đơn vị hay người được phân công thực hiện. Tự giám sát là hình thức, nếu được thực hiện tốt, sẽ mang tính bền vững và hiệu quả, phát huy được nội lực, chia sẻ kinh nghiệm giữa các cán bộ của từng đơn vị, cũng như từng tuyến, đề ra các giải pháp giải quyết vấn đề phù hợp với thực tế. Bản thân mỗi cán bộ y tế cũng có thể dựa vào các bảng kiểm để tự giám sát, đánh giá khả năng thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn của mình theo những tiêu chuẩn chuyên môn kỹ thuật để tự đào tạo, phấn đấu nâng cao trình độ của mình.

Tùy theo nội dung và tình hình thực tế mà có thể dùng các công cụ vừa kể trên để tự GS.

2.4. Giám sát có sự tham gia của cộng đồng

Tức GS có sự tham gia của người hưởng lợi hay đại diện của các nhóm khách hàng khác nhau bên trong và ngoài bệnh viện/ cộng đồng. Đây là hình thức giám sát mang lại hiệu quả cao nhất do mang tính khách quan cao, có tính định hướng khách hàng cao.

3. Quy trình giám sát/các bước thực hiện giám sát

3.1. Bước 1: Chuẩn bị giám sát

3.1.1. Xác định nội dung ưu tiên GS và chỉ số GS

Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh (KCB) hay chăm sóc sức khỏe (CSSK) toàn diện thì cần tổ chức giám sát mọi hoạt động y tế, nhưng tùy theo từng giai đoạn nên chọn các nội dung ưu tiên cho giám sát. Xác định nội dung giám sát phải căn cứ vào nhiệm vụ kỹ thuật, tình hình thực tế và nhu cầu KCB từng thời kỳ, đồng thời căn cứ vào các thông tin có được từ kết quả theo dõi, đánh giá và nguồn lực dành cho giám sát. Các thông tin phản hồi từ phía cộng đồng hay dư luận xã hội trong công tác chăm sóc sức khỏe cũng có thể là nguồn thông tin tốt để đưa ra các quyết định chọn nội dung ưu tiên giám sát. Vì hạn chế về thời gian và nguồn lực nên không thực hiện được giám sát mọi hoạt động KCB cùng một thời gian, vì thế cần chọn nội dung ưu tiên giám sát. Một số gợi ý để chọn nội dung ưu tiên giám sát là:

- Nội dung/hoạt động liên quan đến nhiệm vụ trọng tâm, có ảnh hưởng lớn đến số lượng và chất lượng công tác KCB tại bệnh viện trong địa bàn.
- Nội dung/hoạt động liên quan đến nhu cầu của nhiều đối tượng phục vụ.

- Nội dung/hoạt động có ảnh hưởng đến nhiều nội dung hoạt động khác của cán bộ trong bệnh viện.
- Nội dung/hoạt động liên quan nhiều đến chỉ tiêu kế hoạch.
- Những lĩnh vực còn thiếu thông tin, chưa được giám sát, đánh giá.
- Tại bệnh viện, Bộ Y tế đã ban hành 83 tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện nên giám sát cũng tập trung vào các chỉ số này.
- Tại tuyến xã, phường: Bộ Y tế đã ban hành chuẩn Quốc gia về Y tế xã, do vậy hoạt động giám sát cần tập trung ưu tiên vào các nội dung để thực hiện được các chuẩn này.

Công cụ chọn ưu tiên hoạt động giám sát:

Trong một chương trình, dự án hay kế hoạch y tế thường có rất nhiều hoạt động, nhưng không thể GS tất cả mà chỉ chọn ưu tiên một số nội dung/hoạt động cho GS.

Chọn ưu tiên theo kỹ thuật chấm điểm. Có hai bước:

Bước 1: Mỗi thành viên trong ban lãnh đạo của bệnh viện (hay đội giám sát nếu như đã thành lập đội này) sử dụng bảng 6.1 sau đây chọn ưu tiên lĩnh vực, hoạt động cho GS theo quan điểm cá nhân:

*Bảng 6.1. Bảng chọn ưu tiên lĩnh vực công tác/hoạt động cho giám sát
(bảng cho cá nhân)*

Họ tên giám sát viên (GSV):.....

Chức vụ/nơi công tác:.....

Tên chương trình/ kế hoạch đã thực hiện:.....

TT	Tên lĩnh vực/hoạt động (lấy từ bảng KHHĐ)	Chấm điểm			Địa điểm thực hiện GS
		Sự cần thiết GS	Nguồn lực cho GS đảm bảo	Tích số = (3) x (4)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.					
2.					

Cách cho điểm:

Không cần thiết GS, nguồn lực không có hay quá ít: 0 điểm

Cần thiết GS ít, nguồn lực ít: 1 -

Cần thiết GS, nguồn lực tạm đủ: 2 -

Rất cần thiết GS, nguồn lực đủ: 3 -

Kèm theo lời giải trình tại sao cho điểm 0, 1, 2, 3 tại mỗi ô trên bảng số 6.1. Chú ý, bảng này còn chọn ưu tiên địa điểm GS cho từng hoạt động.

Bước 2: Hội đồng giám sát (ĐGS) chọn ưu tiên lĩnh vực, hoạt động cho GS.

- Các thành viên của ban lãnh đạo hay ĐGS trình bày kết quả chọn ưu tiên lĩnh vực GS, chọn địa điểm ưu tiên GS của cá nhân (kèm theo lời giải trình).
- Thảo luận chung toàn ban lãnh đạo hay ĐGS.

Biểu quyết chọn ưu tiên lĩnh vực công tác GS, chọn địa điểm ưu tiên GS theo bảng số 6.2.

*Bảng 6.2. Bảng chọn ưu tiên lĩnh vực công tác/hoạt động và địa điểm cho GS
(Kết quả họp ban lãnh đạo bệnh viện hay đội GS)*

Tên chương trình/kế hoạch y tế đã thực hiện:.....

TT	Tên lĩnh vực/ hoạt động	Kết quả biểu quyết			Chọn ưu tiên GS	Địa điểm thực hiện GS
		Sự cần thiết GS	Nguồn lực cho GS đảm bảo	Tích số = (3) x (4)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.						
2.						
3.						

Ghi chú: Với cột 6 chỉ cần đánh dấu X vào dòng được chọn ưu tiên. Thứ tự ưu tiên từ điểm cao đến thấp. Với cột 7, cần ghi rõ tên địa điểm (khoa, phòng nào hay toàn bệnh viện...).

Xác định chỉ số GS cho từng hoạt động: Mỗi chỉ số cần đáp ứng yêu cầu sau:

- Tin cậy và chính xác: Chỉ số phản ánh đúng thực trạng của hoạt động.
- Kịp thời: Chỉ số phản ánh thực trạng hiện tại, vào thời điểm giám sát. Không dùng chỉ số quá cũ, mặc dù phản ánh đúng thực trạng.
- Dễ đo lường, có thể kiểm tra, so sánh được.
- Có tính đại diện cho hoạt động được GS.
- Có tính khả thi: Phù hợp với điều kiện thực tế và có thể thu thập được.

Để đảm bảo có bộ chỉ số cho GS tốt cũng cần thực hiện theo hai bước:

- Bước 1: Mỗi cá nhân trong ĐGS tự chọn các chỉ số theo quan điểm cá nhân theo bảng số 6.3.
- Bước 2: Hội ĐGS quyết định chọn chỉ số trên cơ sở thảo luận kỹ toàn ĐGS.

Bảng số 6.3: Chọn chỉ số GS cho hoạt động:.....

TT	Tên chỉ số	Chấm điểm các yêu cầu của từng chỉ số						Chọn
		Tin cậy	Kịp	Dễ đo	Tính	Tính	Tổng	

		và chính xác	thời	lượng, kiểm tra, so sánh được.	đại diện	khả thi	điểm	
1.								
2.								
3.								

Ghi chú: Mỗi chỉ số đều được chấm điểm theo từng yêu cầu (theo một thang điểm do ĐGS đặt ra). Cộng điểm cho từng chỉ số vào cột “*Tổng điểm*” rồi quyết định chọn chỉ số nào thì đánh dấu X vào cột “*Chọn*” tương ứng. Chọn ưu tiên từ tổng điểm cao xuống.

3.1.2. Xác định người giám sát - Giám sát viên (GSV)

Giám sát tập trung vào con người nhằm nâng cao kỹ năng thực hiện nhiệm vụ chuyên môn cho họ, vì thế GSV có chức năng quan trọng nhất là giúp đỡ hỗ trợ về chuyên môn, cũng như về tinh thần, tư tưởng. Để thực hiện tốt chức năng này GSV cần có một số phẩm chất sau:

- Đủ kiến thức và kỹ năng chuyên môn trong lĩnh vực được phân công giám sát hỗ trợ.
- Có kỹ năng lãnh đạo, quản lý: Tạo sự tin tưởng của người dưới quyền, tổ chức tốt hoạt động nhóm, ra quyết định đúng, linh hoạt, sáng tạo, gương mẫu, có khả năng lập kế hoạch ...
- Có kỹ năng giao tiếp tốt, sử dụng các giao tiếp bằng lời và không lời hiệu quả, lắng nghe đối tượng, đưa thông tin phản hồi.
- Có kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm về giám sát.
- ...

3.1.3. Thành lập đội giám sát (ĐGS)

Nếu cử một, hai người làm GSV và thực hiện toàn bộ nhiệm vụ giám sát chương trình hay hoạt động y tế thì chưa đảm bảo tốt vì có thể thiếu sự khách quan. Tốt nhất cần thành lập ĐGS với nguyên lý tổ chức như sau: người có đủ tiêu chuẩn như trên vừa đề cập và đại diện cho các tổ chức và thành phần khác nhau (các nhóm lợi ích) như:

- Lãnh đạo
- Quản lý
- Cán bộ, nhân viên
- Các ban, ngành, đoàn thể liên quan.
- Đối tượng phục vụ (người bệnh)...

- Đại diện của đơn vị được GS/người được GS.

Tổ chức ĐGS như trên là theo đúng nguyên lý chủ chốt của CBM (giám sát dựa trên cộng đồng hay có sự tham gia của cộng đồng), là thực hiện dân biết, dân bàn, dân làm, dân kiểm tra. Hiệu quả của GS sẽ tốt vì tập trung được trí tuệ của nhiều người, đại diện cho nhiều thành phần và đối tượng khác nhau trong và ngoài bệnh viện cũng như cộng đồng được phục vụ.

3.1.4. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin (CCTTTT) là rất quan trọng. Công cụ này phụ thuộc vào phương pháp thu thập thông tin, phụ thuộc nội dung được giám sát và phụ thuộc vào sự quen dùng và kinh nghiệm của GSV.

3.1.4.1. Quan sát trực tiếp: Nhất thiết phải quan sát bằng bảng kiểm. Tuy nhiên, có trường hợp quan sát trực tiếp rồi ghi vào sổ tay (hay dùng trong giám sát về quản lý), có thể chỉ ghi chép những nhận xét mang tính chất định tính hay vẽ sơ đồ tổ chức thực tế về một tổ chức nào đó.

Yêu cầu đối với bảng kiểm:

- Tên bảng kiểm: Mỗi bảng kiểm phải có tên rõ ràng.
- Mỗi bảng kiểm chỉ sử dụng giám sát một hoạt động đã được xác định.
- Bảng kiểm cần ngắn gọn, rõ ràng, đầy đủ các nội dung cần giám sát.
- Trình tự các nội dung sắp xếp theo thứ tự các bước của hoạt động hay kỹ thuật chuyên môn hay quy trình.
- Bảng kiểm cần đủ các Mục ghi nhận thông tin giúp GSV không bỏ sót thông tin.
- Những lần giám sát khác nhau cho cùng một vấn đề thì bảng kiểm nên giống nhau để tiện cho so sánh kết quả giữa các lần giám sát.

Cấu trúc một bảng kiểm như sau:

a) Phần hành chính

Các Mục hành chính theo quy định của văn bản:

- Tên bảng kiểm.
- Họ tên giám sát viên
- Ngày giờ giám sát
- Họ tên người/cơ quan được giám sát

b) Bảng kiểm giám sát: Gồm nhiều cột và hàng :

- Các hàng là các động tác kỹ thuật hay là một bước của một quy trình nào đó.
- Các cột: Gồm các cột thiết yếu sau: Số thứ tự; tên hoạt động nhỏ hay một bước của một quy trình nào đó cần giám sát; lượng giá kết quả của hoạt động nhỏ hay bước đó; ghi chú (có thể không cần).

- Có nhiều mức lượng giá kết quả của hoạt động hay một bước của một quy trình.
- Có thể chỉ có hai mức là “có” và “không”. Lượng giá hai mức có ưu điểm là dễ làm và tổng hợp không phức tạp nhưng có nhiều nhược điểm. Nhược điểm lớn nhất là mức lượng giá không rộng nên không phân loại được kết quả. Kết quả tốt được cho lẫn với kết quả trung bình
- Lượng giá có nhiều mức: Ví dụ: tốt, khá, trung bình và kém... Cách này giúp phân loại tốt kết quả, tuy nhiên khi tổng hợp lại phức tạp vì có nhiều mức lượng giá.

c)Biện pháp giải quyết

- Cần nêu rõ các khó khăn, tồn tại, nhược điểm của hoạt động được giám sát.
- Trình bày rõ cách giải quyết, khắc phục các khó khăn, tồn tại, nhược điểm trên (uốn nắn kĩ thuật, hỗ trợ, động viên, giúp về kinh phí, cơ sở vật chất...)
- Ghi chú (có thể nêu kết quả sau giám sát, nếu như có kết quả ngay).

Dưới đây xin nêu ví dụ về một mẫu bảng kiểm chia mức (Xem mẫu 6.1)

Mẫu 6.1: Mẫu bảng kiểm chia mức

Bệnh viện huyện M CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập –Tự do- Hạnh phúc

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG

Họ và tên giám sát viên:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Ngày tháng năm giám sát:.....

Họ tên người/cơ quan được GS:.....

Địa điểm giám sát:

STT	Kĩ thuật/tiểu hoạt động/ bước	Có làm			Không làm	Ghi chú
		Không đạt	Đạt	Tốt		
1.						
2.						
.....						

Nhận xét khó khăn, tồn tại, biện pháp khắc phục và kết quả giám sát:

STT	Khó khăn, tồn tại, nhược điểm nổi bật	Biện pháp giải quyết	Ghi chú
1.			
2.			
...			

Cơ quan/đơn vị được giám sát
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Họ tên giám sát viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Còn loại bảng kiểm nữa, được đánh giá bằng điểm số. DGS sẽ đặt ra một thang điểm (ví dụ, từ 0 đến 10) (xem mẫu 6.2).

Mẫu 6.2: Mẫu bảng kiểm chấm điểm

**Bệnh viện huyện M CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

BẢNG KIỂM GIÁM SÁT HOẠT ĐỘNG

Họ và tên giám sát viên:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Ngày tháng năm giám sát:.....

Họ tên người/cơ quan được GS:.....

Địa điểm giám sát:

3.1.4.2. Thảo luận nhóm: Thảo luận nhóm là một phương pháp rất quan trọng trong GS. Giám sát về quản lý mà thiếu thảo luận nhóm thì khó có thể thực hiện được GS. Thảo luận nhóm có ưu điểm:

- Huy động được trí tuệ của nhiều người cùng giám sát về một nội dung nên đảm bảo tính sát thực cao.
- Rất có giá trị khi dùng thảo luận nhóm để tìm nguyên nhân hay giải pháp giải quyết vấn đề tồn tại.
- Trong quản lý, nhiều vấn đề không thể đo đếm được hay nhìn trực quan được vì vấn đề/hiện tượng đó xảy ra trong quá khứ. Chỉ có thể

thông qua thảo luận nhóm mới có thể giám sát được. Quy trình quản lý diễn ra trong thời gian dài, nếu dùng các biện pháp khác không thu thập được thông tin thực trạng thì thảo luận nhóm có thể giúp ích tốt cho những trường hợp này.

- Nếu ra quyết định làm một việc gì đó có thể yêu cầu biểu quyết, bỏ phiếu kín (tùy trường hợp). Ra quyết định thông qua thảo luận nhóm thường có độ sát hợp cao.

Cấu trúc một bản hướng dẫn thảo luận nhóm:

Phần hành chính:

Các mục hành chính theo quy định của văn bản:

- Tên hướng dẫn thảo luận nhóm (TLN).
- Tên chủ đề cần giám sát
- Mục đích hay Mục tiêu của TLN: Tùy tính chất của GS mà ta đề ra các mục đích của GS khác nhau. Mục đích có thể là đơn thuần mô tả một hiện tượng nào đó, cũng có thể là phân tích nguyên nhân của hiện tượng đó hay đề xuất các giải pháp khắc phục một khó khăn/yếu kém nào đó.
- Đối tượng TLN: Thành phần và số lượng (không quá 10 người/nhóm).
- Họ tên người/cơ quan được giám sát

Nội dung thảo luận:

- Đưa các nội dung lớn (đề mục lớn). Mỗi đề mục lớn này có các nội dung nhỏ hướng thảo luận nhóm đi sâu vào. Theo trình tự như sau:

1.....

1.1.....

1.2.....

2.....

2.1.....

2.2.....

- Nội dung này phải bao phủ được toàn bộ mục đích hay mục tiêu vừa công bố trên. Bám sát mục đích nêu ra.
- Từ ngữ cần đơn giản, dễ hiểu.
- Trong quá trình thảo luận nếu phát sinh vấn đề mới, cần bổ sung thêm nội dung thảo luận.

Sau đây xin giới thiệu một hướng dẫn thảo luận nhóm dùng cho GS về quản lý (xem mẫu số 6.3).

Mẫu số 6.3: Mẫu hướng dẫn thảo luận nhóm.

Sở Y tế tỉnh M

Trung tâm Y tế huyện MK

HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM

1. Mục tiêu:

-...

-...

2. Đối tượng tham gia thảo luận nhóm:

-...

-...

3. Nội dung thảo luận cụ thể

3.1. Thực trạng tổ chức và quản lý tuyến y tế xã:

- ...

- ...

3.2. Phân tích ưu, nhược điểm, khó khăn

- ...

- ...

3.3. Đề xuất giải pháp:

- ...

- ...

HẾT

Phương tiện để thu thập thông tin khi thảo luận nhóm:

- Dùng máy ghi âm ghi lại nguyên văn ý kiến phát biểu: ưu điểm lớn là ghi được nguyên văn lời phát biểu thảo luận của đối tượng. Nhược điểm là phải ghi tất cả mọi ý kiến thảo luận nên không có trọng tâm, hơn nữa sau này về “gỡ băng” rất mất thời gian tìm kiếm những ý phát biểu theo yêu cầu chọn.
- Ghi biên bản thảo luận nhóm: Khắc phục được nhược điểm trên đây của ghi âm, nhưng lại có nhược điểm lớn là không ghi được nguyên văn nếu tốc độ nói quá nhanh. Sau đây xin giới thiệu một mẫu biên bản ghi ý kiến thảo luận nhóm (xem mẫu số 6.3).

Tốt nhất nên cử một thư ký ghi biên bản riêng, tuy nhiên nhiều khi thiếu người thì người chủ trì đồng thời ghi biên bản. Không nên ghi tên người phát biểu ý kiến mà dùng mã để ghi được nhanh hơn (ví dụ mã ông Lê Vũ Kh. mã là A3...)

Người chủ trì phải hết sức khéo léo và dân chủ mới có thể động viên được nhiều người tham gia thảo luận. Trong quá trình thảo luận, có thể sẽ phát sinh nhiều

nội dung mới và có thể sẽ hướng thảo luận nhóm đi theo nội dung đó (tùy trường hợp).

Cuối buổi thảo luận có thể tóm tắt các ý chính đã thảo luận và biểu quyết nếu cần.

Mẫu số 6.4. Mẫu biên bản ghi chép ý kiến thảo luận nhóm khi giám sát.

SỞ Y TẾ TỈNH M CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Trung tâm Y tế MK Độc lập- Tự do- Hạnh phúc

Huyện MK, Ngày tháng năm 200__

BIÊN BẢN GHI CHÉP THẢO LUẬN NHÓM

1. Tên hoạt động được giám sát:
2. Cán bộ chủ trì:.....
3. Thư kí:.....
4. Địa điểm thảo luận:.....
5. Thời gian: Từ.....đến.....
6. Thành phần tham gia:

STT	Họ tên	Chức vụ, đơn vị công tác	Mã
i.			
ii.			
iii.	... v. v...		

7. Nội dung thảo luận cụ thể (Ghi chép nguyên văn ý kiến phát biểu của mọi người tham gia trừ khi được yêu cầu không ghi chép):

- 7.1. Nội dung 1 :.....
Mã.....phát biểu.....
Mã.....Phát biểu.....
- 7.2. Nội dung 2:.....
Mã.....phát biểu.....
Mã.....Phát biểu.....

Tóm tắt kết quả thảo luận, biểu quyết (nếu có).

Đại diện đơn vị được GS
(Kí tên, đóng dấu)

Thư kí
(kí tên)

Người chủ trì ký
(Kí tên)

3.1.4.3. Đọc tài liệu và lấy số liệu thông tin theo biểu mẫu ấn định:

Đây là GS gián tiếp thông qua các báo cáo, tổng kết, sổ sách thống kê của cấp dưới. Biện pháp GS này có ưu điểm là chi phí thấp, không tốn kém nhiều nhân lực, cơ sở vật chất, thời gian, phương tiện... nhưng có nhiều nhược điểm:

- Số liệu thông tin tại các báo cáo, tổng kết, sổ sách thống kê đôi khi chưa phản ánh trung thực kết quả hoạt động (sai số có thể do chủ quan hay khách quan).
- Nhiều số liệu, thông tin cần cho GS có thể không có trong các thống kê, báo cáo thường quy...

Sau đây là cấu trúc một biểu mẫu để lấy số liệu phục vụ cho giám sát gián tiếp:

Phần hành chính

- Các Mục hành chính theo quy định của văn bản.
- Tên biểu mẫu.
- Địa điểm GS.
- Họ tên người/cơ quan được giám sát.
- Ngày giờ giám sát.

Nội dung:

- Bảng trống để điền số liệu (định lượng).
- Phần thu thập thông tin định tính: Có thể cấu trúc theo từng mục, từng phần theo một trình tự lô-gic tùy theo ý định của GSV và mục đích của đợt GS.
- Nếu thực hiện thu thập thông tin tại cơ sở tuyến dưới thì có thể yêu cầu đơn vị đóng dấu xác nhận (tùy yêu cầu của đợt GS).

3.1.5. Kế hoạch giám sát

Kế hoạch giám sát phải được xây dựng và đưa vào kế hoạch chung của cơ sở y tế. Nếu là kế hoạch giám sát từ tuyến trên xuống bệnh viện/ khoa/ phòng thì cần được thông báo cho đơn vị đó và những người được giám sát. Kế hoạch giám sát phải chỉ rõ: giám sát vấn đề gì, Mục tiêu của giám sát, nội dung cụ thể sẽ giám sát, ai là người đi giám sát, nội dung nào được giám sát, công cụ giám sát, thời gian và địa điểm giám sát, nguồn lực và phương tiện cần thiết cho giám sát.

3.1.5.1. Tên kế hoạch giám sát:

3.1.5.2. Mục đích giám sát : Với kế hoạch GS, chúng ta không đưa thành mục tiêu (như mục tiêu kế hoạch) và chỉ nêu mục đích GS là đủ. Vì mọi nội dung và chỉ số GS được sẽ thể hiện cụ thể trong các phần sau. Ví dụ, mục đích của một kế hoạch GS về hoạt động truyền thông cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh viêm đường hô hấp cấp tính tại bệnh viện M có thể

như sau:

- Xác định thực trạng hoạt động truyền thông cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh viêm đường hô hấp cấp như tổ chức truyền thông, khối lượng và chất lượng truyền thông, phương pháp, công cụ truyền thông, số lượng đối tượng truyền thông tại bệnh viện M quý I/2007.
- Xác định những ưu điểm/thuận lợi và những nhược điểm/khó khăn cụ thể trong hoạt động truyền thông trên đây.
- Đề xuất các giải pháp thích hợp để khắc phục các khó khăn/nhược điểm nhằm cải thiện hoạt động truyền thông trên đây.

3.1.5.3. Chọn ưu tiên nội dung/hoạt động cho giám sát (xem phần 3.1.1.)

3.1.5.4. Thành lập ĐGS (xem phần 3.1.2 và 3.1.3)

3.1.5.5. Xây dựng bảng chỉ số giám sát cho các hoạt động (xem phần 3.1.1.).

3.1.5.6. Xây dựng công cụ GS (xem Mục 3.1.4).

3.1.5.7. Dự kiến hoạt động hỗ trợ

Đây là việc làm rất quan trọng trong lập kế hoạch nói chung và cho lập kế hoạch GS nói riêng. Giống như trước khi đi công tác xa, ta dự kiến những trục trặc có thể xảy ra trong chuyến đi như: Ôm đột suất, thương tích, nhớ xe, trời mưa/ nắng... và dự trù phương án đối phó sẵn. Nếu sự thật chẳng may xảy ra, ta chủ động đối phó có hiệu quả. Đó là cách làm khôn khéo, thể hiện tầm nhìn của người quản lý. Trước khi đi giám sát cũng vậy, GSV dự kiến các việc “trục trặc, tình huống không tốt bất ngờ” xảy ra, đồng thời dự kiến các nguyên nhân của chúng rồi chuẩn bị sẵn các dụng cụ, phương án giải quyết chúng (xem bảng 6.4).

Chỉ số/ Quy trình	Nguyên nhân dự kiến	Hoạt động hỗ trợ dự kiến
Quy trình KCB ARI chưa đúng	Bác sĩ chưa được đào tạo quy trình KCB ARI.	Đào tạo lại tại chỗ + Làm mẫu và Phát tài liệu tự đọc
Tỉ lệ người bệnh và thân nhân chưa biết phòng chống ARI cao.	Thiếu phương tiện truyền thông	Mua thêm loa, khẩu hiệu, tờ rơi...
....		

Bảng 6.4. Dự kiến các hoạt động giám sát hỗ trợ.

3.1.5.8. Bảng kế hoạch GS

Bảng hoạt động GS là phần quan trọng của lập kế hoạch GS. Bảng hoạt động GS mang tính tổng hợp và từ bảng này cho ta nhìn nhận toàn diện mọi khía cạnh của lập kế hoạch GS (bảng 6.4):

- Hoạt động gì/ Kỹ thuật gì được giám sát,
- Ai là GSV,
- Địa điểm GS,
- GS bằng công cụ gì,
- Giám sát khi nào?
- Nguồn lực bao nhiêu, dự trù kinh phí cho từng hoạt động.
- Lồng ghép GS.

Chú ý quan trọng:

- Tăng cường lồng ghép GS các hoạt động để nâng hiệu quả GS đồng thời tiết kiệm các nguồn lực. Có thể lồng ghép về con người (một GSV thực hiện GS hai hoạt động trở lên trong cùng một thời gian); lồng ghép về cơ sở vật chất-kỹ thuật (cùng một cơ sở vật chất, kỹ thuật phục vụ cho GS hai hoạt động trở lên...). Nếu có thể thực hiện GS lồng ghép các hoạt động y tế với hoạt động của các tổ chức, đoàn thể khác trong bệnh viện.
- Tăng cường thực hiện GS có sự tham gia của cộng đồng: Tổ chức đội GS với sự tham gia của các tổ chức, đoàn thể trong bệnh viện, đặc biệt tham gia của người hưởng lợi hay đối tượng phục vụ.

Bảng số 6.4. Bảng hoạt động giám sát Chương trình phòng chống ARI cho trẻ <5 tuổi tại bệnh viện M ba tháng đầu năm 2017

Các hoạt động cần giám sát	Thời gian		Địa điểm GS	Giám sát viên chính	Phối hợp	Kinh phí	Công cụ GS	Ghi chú
	Bắt đầu	Kết thúc						
Hoạt động truyền thông	1/1	30/1	Thôn 1, 2, 4 và 5	BS.Hà BS. Hào KHTH,	Văn hoá xã, Hội Phụ nữ xã, thôn	500 ngàn	- Nội dung thảo luận nhóm số 1 - Bảng kiểm số 1 và 2, 3 - Mẫu thu thập số liệu số 1.	- Lồng ghép GS hoạt động truyền thông và KCB tại thôn 4 và 5
Kĩ năng và kết quả KCB trong ARI	10/1	30/1	Thôn 4 và 5	Nt	Hội hành nghề Y, được tư nhân	900 ngàn	- Nội dung Thảo luận nhóm số 2. - Bảng kiểm số 4, 5, 6. - Mẫu thu thập số liệu số 2.	
V.V...	...	...	...	...	...		...	...
Cộng						2500 ngàn		

Công cụ thu thập thông tin và giám sát:

- Hướng dẫn thảo luận nhóm số 1
- Hướng dẫn thảo luận nhóm số 2
- Bảng kiểm số 1
- Mẫu thu thập số liệu 1
- Mẫu thu thập số liệu thứ 2...
- Bảng kiểm số 2
- Bảng kiểm số 3

3.2. Bước 2: Thực hiện giám sát

Các hoạt động chính của GSV:

- Thông báo với đối tượng/cơ quan được giám sát về mục tiêu, nội dung giám sát;
- Sử dụng các công cụ đã chuẩn bị để GS;
- Lắng nghe đối tượng;
- Thảo luận, hướng dẫn cho đối tượng được giám sát các vấn đề có thể giải quyết ngay trong khi GS. Trong hoạt động GS, việc hỗ trợ đối tượng thực hiện kỹ thuật chuyên môn theo qui định là rất quan trọng. Người giám sát cần uốn nắn ngay tại chỗ những sai sót của người được giám sát nếu cần thiết và có điều kiện. Cần chú ý những hướng dẫn, uốn nắn này không làm ảnh hưởng đến người được GS, đặc biệt không tạo ra tâm lý tự ti, mặc cảm cho họ. Việc hỗ trợ trực tiếp theo kiểu cầm tay chỉ việc, học thông qua làm sẽ rất có hiệu quả với người được giám sát và mang đúng ý nghĩa của giám sát hỗ trợ.
- Tìm hiểu thêm các thông tin liên quan đến vấn đề giám sát nếu cần thiết, có thể thảo luận với những người có liên quan để đưa ra các biện pháp hỗ trợ đối tượng được giám sát một cách phù hợp.
- Viết biên bản hay báo cáo kết quả giám sát từng hoạt động cụ thể.

3.3. Bước 3: Thông tin phản hồi và viết báo cáo sau hoạt động sau giám sát

Phản hồi và viết báo cáo giám sát thực sự là một hoạt động quan trọng và không thể thiếu trong công tác giám sát. Thực hiện giám sát tốt mà không có thông tin phản hồi thì coi như không có hoạt động giám sát. Đưa thông tin phản hồi không được tùy tiện cần có một số yêu cầu sau:

3.3.1. Chọn thời gian thích hợp để đưa thông tin phản hồi

Đưa thông tin phản hồi càng sớm càng tốt, thường thì ngay sau hoạt động giám sát. Cũng cần nhớ, không phải bất kỳ lúc nào, người được giám sát đều sẵn sàng tiếp nhận các thông tin phản hồi, vì thế phải chọn thời gian thích hợp. Thông thường thời gian thích hợp là thời gian người được giám sát không quá

bận rộn với đối tượng phục vụ hay tập trung vào công việc ưu tiên khác, có trạng thái tâm lý thoải mái.

3.3.2. Chọn địa điểm thích hợp

Tâm lý chung của cán bộ được giám sát là được đảm bảo tính riêng tư trong khi nhận ý kiến phản hồi, giữ uy tín cá nhân với đối tượng phục vụ của họ và với đồng nghiệp. Chú ý khi đưa thông tin phản hồi không làm đối tượng phục vụ của người được giám sát thêm lo lắng, mất lòng tin hay tự ti. Nên chọn nơi có môi trường thuận lợi cho người nhận thông tin phản hồi cảm thấy thoải mái.

3.3.3. Đưa thông tin phản hồi như thế nào?

Tạo điều kiện để đối tượng nhận thông tin phản hồi chủ động học hỏi bằng chính nhận thức của đối tượng về các điểm họ cần cải thiện. Phải biết lắng nghe đối tượng và nêu các câu hỏi gợi mở để đối tượng nhận ra đầy đủ vấn đề của họ. Cần giải thích rất rõ những gì họ đã làm tốt, những gì tồn tại phải cải thiện. Với các vấn đề tồn tại khi thảo luận nên để đối tượng chủ động nhận định và chọn giải pháp/kế hoạch giải quyết. Chú ý đến các điều kiện hỗ trợ để giúp đối tượng khắc phục những vấn đề khó khăn hay tồn tại. Người giám sát nên đặt mình vào hoàn cảnh của người được giám sát, đề xuất các giải pháp thực thi cho người được giám sát. Luôn nhớ là việc động viên, khen ngợi đối tượng là rất hữu ích khi đưa thông tin phản hồi. Nếu còn nhiều tồn tại thì cũng không nên đưa phản hồi dồn dập, gây hoang mang, tạo gánh nặng tâm lý cho người được giám sát mà cần đưa các thông tin dần dần, giúp đối tượng tiếp nhận được và có kế hoạch giải quyết dần khó khăn, tồn tại.

Viết báo cáo giám sát:

Sau mỗi đợt giám sát, ngoài bảng kiểm và nhận xét hay biên bản từng cuộc giám sát, GSV cần có báo cáo kết quả toàn bộ (báo cáo tổng thể) mỗi đợt giám sát. Trong báo cáo tổng thể này, phải cung cấp được các thông tin chung về hoạt động giám sát và nhận xét, đánh giá cụ thể về kết quả giám sát theo các nội dung. Nếu nội dung của đợt giám sát này giống với đợt giám sát trước đó thì kết quả cần được so sánh với kết quả giám sát đợt trước để thấy rõ mức độ tiến bộ. Cụ thể các thông tin trong báo cáo giám sát cần nêu như sau:

- Thông tin chung về GSV, người và cơ sở được giám sát, địa điểm và thời gian của đợt giám sát.
- Số cuộc giám sát đã được thực hiện.
- Các chủ đề/ nội dung được giám sát.
- Kết quả giám sát theo từng chủ đề/ nội dung: Số người hay cơ sở được giám sát đạt các mức phân loại khác nhau (ví dụ: tốt, khá, trung bình, kém...) về tiêu chuẩn chuyên môn, kỹ thuật theo quy định trong các bảng kiểm giám sát.

- Nhận xét chung về kết quả giám sát (so sánh với các chuẩn mực, với kết quả của đợt giám sát trước, với các đơn vị hay địa phương khác).
- Những ý kiến đề xuất và kiến nghị của GSV.

Tóm lại, đẩy mạnh hoạt động giám sát ở tất cả các cơ sở y tế, các tuyến là một trong các giải pháp có hiệu quả để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe. Từng cơ sở, địa phương cần lựa chọn và tổ chức các hoạt động giám sát theo các vấn đề ưu tiên của bệnh viện hay địa phương mình. Đặc biệt từ tuyến tỉnh trở xuống là tuyến trực tiếp lập kế hoạch các hoạt động CSSK. Vì thế, công tác theo dõi, giám sát càng phải được chú trọng hơn, chú ý thực hiện lồng ghép giám sát các hoạt động với nhau và lồng ghép với các hoạt động thuộc các lĩnh vực khác có liên quan.

BÀI 8.

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG, CHƯƠNG TRÌNH, KẾ HOẠCH BỆNH VIỆN

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm và phân loại đánh giá các hoạt động, chương trình, hay việc thực hiện kế hoạch tại bệnh viện.
2. Trình bày được các mô hình đánh giá.
3. Biểu hiện ủng hộ đổi mới tư duy và phương pháp đánh giá.
4. Lập được bảng kế hoạch đánh giá.

II. NỘI DUNG

1. Khái niệm về đánh giá và vai trò của đánh giá hoạt động y tế

1.1. Khái niệm

Đánh giá nhằm góp phần nâng cao chất lượng trong mọi mặt hoạt động chăm sóc sức khỏe của ngành y tế. Đánh giá là hoạt động không thể thiếu trong công tác quản lý ngành y tế nói chung, là một trong 3 chức năng cơ bản của quản lý (lập kế hoạch, thực hiện, đánh giá) hay một khâu quan trọng trong chu trình quản lý.

Đánh giá là đo lường kết quả (chỉ số) đạt được của kế hoạch/hoạt động/chương trình hay dự án y tế (sau đây gọi tắt là hoạt động) và xem xét giá trị, hiệu quả của nó thông qua việc so sánh với mục tiêu/chỉ tiêu/quy chuẩn hay chỉ số tương tự của hoạt động khác rồi rút ra các bài học kinh nghiệm nhằm cải thiện cho thực hiện hoạt động tiếp theo.

Đánh giá là công việc cần thiết đối với mọi hoạt động, dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe nói chung. Bất kỳ người quản lý các chương trình hay hoạt động y tế nào cũng cần phải biết được tiến độ hoạt động, kết quả, hiệu quả của hoạt động đã đạt được, vì thế cần thực hiện đánh giá.

Đánh giá có thể được tiến hành định kỳ hay đột xuất theo yêu cầu của công tác quản lý các hoạt động, chương trình hay dự án chăm sóc sức khỏe. Hoạt động đánh giá được thực hiện liên tục trong suốt quá trình quản lý, nhưng trong một chu kỳ hay giai đoạn kế hoạch cụ thể, đánh giá thường được thực hiện vào cuối chu kỳ hay giai đoạn. Một chu kỳ có thể dài hay ngắn tùy theo từng loại hoạt động/ chương trình cụ thể, ví dụ một bệnh viện có thể có chu kỳ kế hoạch cho các hoạt động trong thời gian 6 tháng, một năm hay lâu hơn.

1.2. Mục đích, ý nghĩa của đánh giá

- Đánh giá nhằm xem xét kết quả, hiệu quả cụ thể đạt được của các hoạt động, chương trình, kế hoạch y tế;
- Xem xét kết quả đạt được có tương xứng với nguồn lực đã bỏ ra không: Nhân lực, cơ sở vật chất - trang thiết bị - thuốc - hoá chất, kinh phí, thời gian...

– Từ kết quả đánh giá cho biết tiến độ hoạt động có đảm bảo theo kế hoạch hay không, qua đó thúc đẩy các hoạt động điều hành, giám sát chương trình.

– Qua đánh giá có thể phát hiện và giải quyết các vướng mắc, khó khăn trong thực hiện các hoạt động và có thể giúp người quản lý điều chỉnh kế hoạch nếu thấy cần thiết, trong đó có phân bổ lại nguồn lực cho phù hợp với điều kiện thực tế, đảm bảo thực thi được các hoạt động hay chương trình y tế.

– Đánh giá là cách học có hệ thống từ các kinh nghiệm và sử dụng bài học rút ra để cải thiện các hoạt động hiện tại và thúc đẩy thực hiện kế hoạch tốt hơn, qua lựa chọn hợp lý các hoạt động trong tương lai.

– Qua đánh giá các cán bộ thực hiện chương trình, hoạt động và các nhà quản lý y tế có được các thông tin đầy đủ giúp cho ra quyết định và lập kế hoạch mới sát thực, khả thi hơn.

– Đánh giá giúp các cán bộ quản lý có thể chia sẻ kinh nghiệm với các đồng nghiệp của mình để tránh các thiếu sót tương tự đã mắc phải trong các hoạt động hay chương trình y tế.

– Đánh giá còn đáp ứng yêu cầu của các cấp lãnh đạo, các nhà tài trợ, liên quan đến hoạt động, chương trình, dự án y tế. Khuyến khích, động viên được các cán bộ đã có những đóng góp cho sự thành công của hoạt động và có thể xem xét trách nhiệm trong thực hiện nhiệm vụ của cán bộ y tế.

2. Phân loại đánh giá

Cách phân loại thông thường và đơn giản nhất là phân loại đánh giá theo thời gian, có thể chia làm 4 loại đánh giá như sau:

2.1. Đánh giá ban đầu

Đánh giá ban đầu được tiến hành trước khi thực hiện một hoạt động hay một chương trình can thiệp y tế hoặc một chu kỳ kế hoạch y tế.

Mục đích của đánh giá ban đầu là thu thập và cung cấp các thông tin cần thiết làm cơ sở cho lập kế hoạch, xác định điểm xuất phát và lập kế hoạch hành động cụ thể và phân bổ nguồn lực cho hoạt động. Nhưng quan trọng hơn là xác định phạm vi và xây dựng các mục tiêu, chỉ tiêu/chỉ số sử dụng cho đánh giá ban đầu vì đó cũng là phạm vi và chỉ số cơ bản sử dụng cho đánh giá khi kết thúc hoạt động chương trình/ dự án can thiệp.

Nói cách khác, đánh giá ban đầu là chưa làm đã đánh giá công việc sẽ làm, đó chính là phân tích tình hình (quá khứ, hiện tại và tương lai) để xây dựng kế hoạch/chương trình/ dự án y tế, thiết lập các mục tiêu/ chỉ tiêu/ kết quả hoạt động.

2.2. Đánh giá tức thời

Đánh giá trong khi thực hiện các hoạt động, chương trình can thiệp/ kế hoạch được gọi là đánh giá tức thời hay đánh giá tiến độ. Mục đích của đánh giá tức thời là xem xét tiến độ các hoạt động, các chỉ tiêu đạt được so với kế hoạch đặt ra, nhằm điều hành hoạt động chương trình tốt hơn để đảm bảo đạt được tiến độ công việc và mục tiêu ban đầu của kế hoạch đã đề ra.

2.3. Đánh giá sau cùng

Đánh giá sau cùng là đánh giá được thực hiện ngay sau khi kết thúc hoạt động chương trình can thiệp. Mục đích của đánh giá sau cùng là thu thập đủ thông tin để xem xét toàn bộ các kết quả đạt được hay sản phẩm của hoạt động hay chương trình can thiệp/ kế hoạch. So sánh kết quả đạt được với các mục tiêu, chỉ tiêu đã xây dựng, phân tích nguyên nhân thành công và thất bại cũng như giá trị, hiệu quả của hoạt động/ chương trình can thiệp/ kế hoạch. Đánh giá sau cùng chính xác, chi tiết, với các kinh nghiệm và các bài học cụ thể là rất cần thiết và có giá trị thực tiễn cho các nhà quản lý y tế xây dựng các kế hoạch hoạt động/ chương trình/ dự án tiếp theo, nhằm đạt kết quả và hiệu quả tốt hơn.

2.4. Đánh giá dài hạn

Thực hiện sau khi kết thúc hoạt động/chương trình/ kế hoạch y tế một thời gian nhất định. Mục đích của đánh giá dài hạn là xem xét tác động lâu dài của hoạt động hay chương trình/ dự án/ kế hoạch y tế đến tình trạng bệnh tật, sức khỏe của cộng đồng. Đánh giá dài hạn thường không dễ dàng vì chúng ta đã biết có nhiều yếu tố tác động đến tình trạng sức khỏe như các yếu tố kinh tế, văn hoá xã hội, hoạt động của nhiều ngành, nhiều chương trình chứ không chỉ là tác động của các can thiệp y tế.

Ví dụ, Dự án chăm sóc sức khỏe cộng đồng của MdM (Pháp) can thiệp cho 03 xã tại Bắc Cạn từ năm 1996 đến 2001. Dự án đã đánh giá cuối kì năm 2001, sau đó 04 năm, năm 2005, Dự án quay lại đánh giá, để xem còn lại gì không, xác định tính bền vững của Dự án³². Đó là đánh giá dài hạn.

2.5. Đánh giá với sự tham gia của cộng đồng

Đánh giá với sự tham gia của cộng đồng là quá trình thu thập thông tin bằng phương pháp định lượng hay định tính từ cộng đồng một cách hệ thống về các hoạt động chăm sóc sức khỏe, tình hình sức khỏe, bệnh tật, các ý kiến, khuyến nghị của cộng đồng. Với các hoạt động hay chương trình y tế can thiệp tại cộng đồng thì việc cộng đồng tham gia đánh giá sẽ cung cấp cho người quản lý rất nhiều thông tin bổ ích. Sự tham gia của cộng đồng trong đánh giá hoạt động y tế còn giúp hình thành mối quan hệ tốt giữa ngành y tế, cán bộ y tế với cộng đồng. Cán bộ y tế có thể biết được suy nghĩ của cộng đồng về cán bộ y tế, hoạt động của ngành y tế và những mong đợi của cộng đồng, của các đối tượng

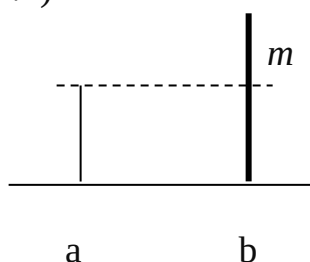
³² Nguồn MdM (Tổ chức Thầy thuốc thế giới Pháp).

phục vụ. Các thông tin này sẽ rất cần cho việc rút kinh nghiệm, cải tiến các hoạt động và lập kế hoạch thực hiện các hoạt động chương trình y tế tiếp theo đáp ứng tốt hơn nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Đánh giá có sự tham gia của cộng đồng tại bệnh viện là đánh giá có sự tham gia của nhiều bên liên quan: Người bệnh, thân nhân người bệnh, nhân viên y tế, cán bộ quản lý, lãnh đạo, Bảo hiểm y tế, cấp trên...

2.6. Mô hình đánh giá

Xin giới thiệu một số mô hình đánh giá (ĐG) sau:

2.6.1. So sánh chỉ số đạt được với chỉ tiêu, quy định, quy chuẩn của trên hay với mục tiêu của bản kế hoạch (Hình 7.1)



Hình 7.1. So sánh a (chỉ tiêu/mục tiêu/ quy chuẩn) với b (chỉ số đạt được)

Mô hình này đơn giản, dễ làm, không tốn kém nguồn lực, tuy nhiên mô hình đánh giá này có nhược điểm là không tách bạch được các nhiễu nên đôi khi kết quả đạt được bị sai lệch, có thể bị thổi phồng lên hay nhỏ hơn kết quả thật của nó. Chỉ số đạt được ở đây cao hơn (có thể thấp hơn hay ngang bằng) với chỉ tiêu, quy định, quy chuẩn của trên hay với mục tiêu của bản kế hoạch một đoạn m .

2.6.2. So sánh chỉ số trước với sau của thực hiện kế hoạch: Mô hình so sánh không giống như trên đây. Điểm khác là:

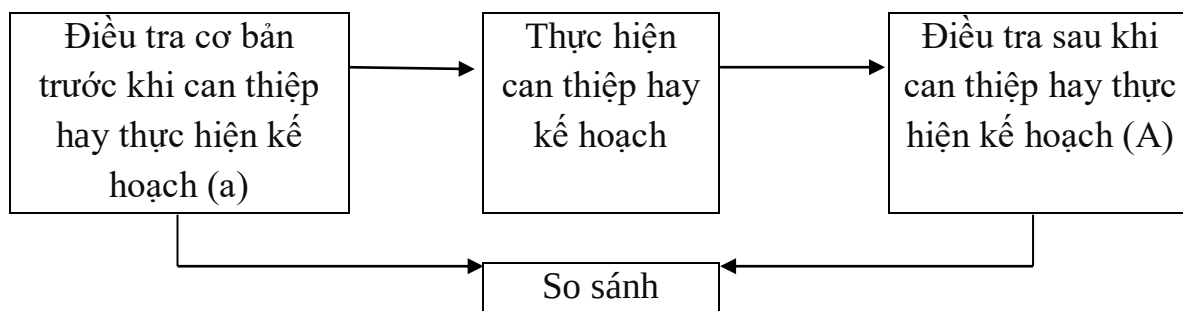
- Trước khi thực hiện kế hoạch hay can thiệp cần phải làm điều tra cơ bản. Các chỉ số cho điều tra cơ bản phải phục vụ cho lập kế hoạch hay xây dựng chương trình can thiệp, đặc biệt phải đưa ra các chỉ số để sau này so sánh được với điều tra sau khi kết thúc kế hoạch hay chương trình can thiệp và tính được hiệu quả của kế hoạch hay chương trình can thiệp này.

- Thực hiện kế hoạch hay chương trình can thiệp.

- Sau khi thực hiện xong kế hoạch hay chương trình can thiệp phải tiến hành điều tra lại. Các chỉ số và phương pháp điều tra phải giống phần mang so sánh của điều tra cơ bản (nếu có điều kiện nên bố trí người đi điều tra ở đây cũng là người đi điều tra trong điều tra cơ bản trước đây thì rất tốt).

- So sánh kết quả giữa hai lần điều tra theo các chỉ số đó ấn định.

Mô hình so sánh trước và sau theo sơ đồ hình 7.2:



Hình 7.2: Sơ đồ đánh giá theo mô hình so sánh trước- sau

- Gọi a là chỉ số nào đó trước khi thực hiện kế hoạch và A là chỉ số đó sau khi thực hiện kế hoạch. Tính hiệu quả (HQ): $HQ = (a - A) \cdot 100/a$
 HQ có thể là tỉ lệ phần trăm (%).

- Nếu giá trị của HQ mang dấu âm thì phải xem xét kĩ để nhận định kết quả của kế hoạch.

Mô hình này cũng đơn giản, thực hiện không tốn kém, dễ làm. Cũng giống như trên, mô hình so sánh này không tách được các yếu tố khác (không phải của chương trình can thiệp hay của thực hiện kế hoạch chủ định) nên kết quả có khả năng bị sai lệch, đôi khi sai lệch nhiều.

2.6.3. So sánh trước – sau có nhóm chứng: Phương pháp này loại bỏ hầu hết các nhiễu nên kết quả thu được ít bị sai lệch. Tuy nhiên ít làm vì phải tính toán dài dòng, phức tạp và chi phí khá tốn kém. Mô hình so sánh trước và sau theo sơ đồ hình 7.3. Các bước như sau:

- Chọn nhóm can thiệp (hay thực hiện kế hoạch) và nhóm chứng: Trong trường hợp không cần làm thí điểm về kế hoạch hay chương trình can thiệp trong phạm vi nhỏ của quần thể sẽ can thiệp (hay thực hiện kế hoạch) thì cả quần thể hay cộng đồng sẽ là nhóm can thiệp. Và nhóm chứng sẽ chọn ngoài quần thể hay cộng đồng can thiệp trên đây. Yêu cầu của nhóm chứng trong trường hợp này phải có điều kiện về kinh tế, văn hóa, xã hội, môi trường, sức khỏe, tổ chức y tế... giống với quần thể hay cộng đồng can thiệp, chỉ khác là không thực hiện can thiệp (hay kế hoạch). Ngược lại, Trong trường hợp cần làm thí điểm về kế hoạch hay chương trình can thiệp trong phạm vi nhỏ của quần thể (hay cộng đồng) sẽ can thiệp (hay thực hiện kế hoạch) thì nhóm can thiệp sẽ được chọn là một mẫu của cộng đồng này. Mẫu này có thể chọn ngẫu nhiên hay chủ đích, tùy trường hợp. Nhóm chứng được chọn có đặc tính giống như nhóm chứng ở trên (có điều kiện về kinh tế, văn hóa, xã hội, môi trường, sức khỏe, tổ chức y tế... giống với nhóm can thiệp, chỉ khác là không thực hiện can thiệp hay kế hoạch), thêm điều kiện nữa là nhóm chứng này phải đại diện cho tất cả các nhóm không có can thiệp trong cộng đồng (hay quần thể) này. Trong trường hợp không chọn được nhóm chứng theo quy định trên thì bắt buộc phải lấy tất cả quần thể (hay cộng đồng), trừ nhóm can thiệp, làm nhóm chứng. Như vậy, nhóm

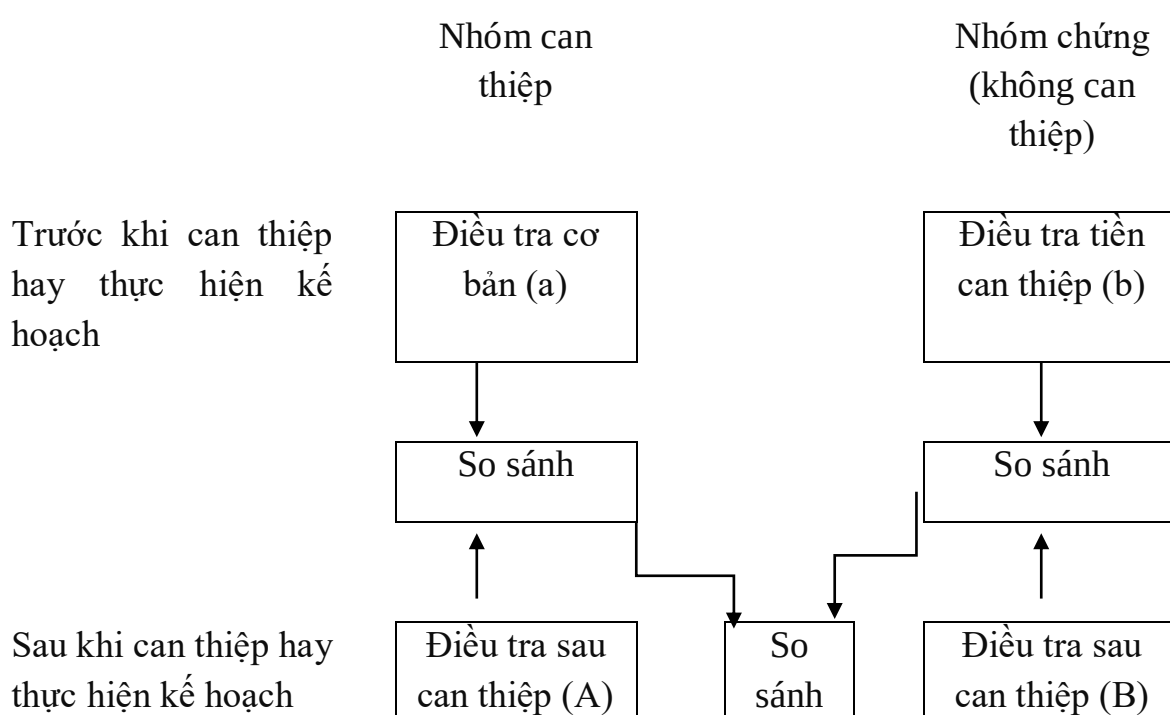
chứng sẽ rất lớn và rất tốn kém, nhưng kết quả là rất tốt vì không còn các sai lệch do ngoài can thiệp đưa lại.

- Điều tra cơ bản tại nhóm can thiệp (giống như điều tra cơ bản trong mô hình so sánh trước sau không có chứng) và điều tra tiền can thiệp tại nhóm chứng (chỉ điều tra các chỉ số sẽ so sánh mà thôi, nhưng phải cùng phương pháp với điều tra trong nhóm can thiệp). Tốt hơn nữa thì hai cuộc điều tra này sử dụng cùng một nhóm điều tra viên để hạn chế tối đa sai số thông tin.

- Thực hiện can thiệp tại nhóm can thiệp, không thực hiện tại nhóm chứng.

- Điều tra sau can thiệp tại cả hai nhóm trên (theo các chỉ số so sánh).

- Thực hiện so sánh kết quả điều tra trước và sau can thiệp của từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm như hình 7.3.



Hình 7.3: Sơ đồ đánh giá theo mô hình so sánh trước- sau có nhóm chứng

- Gọi a là chỉ số nào đó trước khi thực hiện kế hoạch can thiệp và A là chỉ số đó sau khi thực hiện kế hoạch can thiệp của nhóm can thiệp. Tính hiệu quả nhóm can thiệp (HQ):

$$HQ = \left| (a - A) \cdot 100/a \right| \quad (\text{Kết quả có thể sẽ là } \%).$$

- Tương tự gọi b là chỉ số trước khi thực hiện can thiệp nhưng ở nhóm chứng (nhóm không thực hiện kế hoạch can thiệp) và B là chỉ số đó sau khi thực hiện kế hoạch can thiệp ở nhóm này. Tính hiệu quả của chứng (HQC):

$$HQC = \left| (b - B) \cdot 100/b \right| \quad (\text{Kết quả có thể sẽ là } \%).$$

- Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ): $CSHQ = HQ - HQC$

Nhận định: Đối với hai biến số (can thiệp và kết quả) mà tỉ lệ thuận thì CSHQ có giá trị dương càng lớn tức hiệu quả của can thiệp càng cao (ví dụ: Tỉ lệ người

dân được tuyên truyền về tác hại thuốc lá càng lớn thì tỉ lệ bỏ thuốc lá càng cao) và ngược lại, hai biến tỉ lệ nghịch thì giá trị CSHQ sẽ âm, thường xảy ra trong trường hợp dự phòng (ví dụ: Tỉ lệ trẻ em sử dụng vắc xin đủ liều và đúng lịch càng cao thì tỉ lệ mắc các bệnh tiêm chủng ở trẻ này càng thấp).

Mô hình đánh giá trước sau có nhóm chứng có ưu điểm lớn là loại bỏ hầu hết các sai số không do can thiệp đưa lại, song nhược điểm lớn là tốn kém nhiều chi phí, phức tạp và đòi hỏi người đánh giá phải được đào tạo và có kinh nghiệm.

2.6.4. Đánh giá hiệu quả của sử dụng các nguồn lực.

- Nguyên lý đánh giá là so sánh nguồn lực đầu vào với kết quả đạt được (hiệu quả hay chỉ số hiệu quả) của can thiệp với một chuẩn nào đó.

Nhóm so sánh	Nguồn lực đầu vào	HQ hay CSHQ
Chuẩn	A	m
Chỉ số so sánh của can thiệp	A	m'
Hiệu quả sử dụng nguồn lực: $m' - m$		

Bảng 7.1. Mô hình đánh giá hiệu quả nguồn lực

Nhận định:

- Nếu hiệu $(m' - m)$ có giá trị âm thì việc sử dụng nguồn lực không có hiệu quả.
- Nếu hiệu $(m' - m) = 0$ thì việc sử dụng nguồn lực có hiệu quả theo chuẩn (có thể coi là tối thiểu).
- Nếu hiệu $(m' - m)$ có giá trị dương càng lớn thì hiệu quả sử dụng nguồn lực càng lớn (bảng 7.1).

Chú ý: Nếu nguồn lực đầu vào giữa chuẩn và nhóm can thiệp là khác nhau thì cần tìm cách “chuẩn hóa” thông qua tính tỉ lệ. Tuy nhiên, việc so sánh này chỉ xảy ra khi điều kiện của thi hành “chuẩn” trên đây với nhóm can thiệp là tương tự như nhau.

3. Chỉ số trong đánh giá

3.1. Chỉ số cho đánh giá

Khi đánh giá một chương trình/ dự án/ hoạt động y tế cần xác định rõ các chỉ số nào cần thu thập tính toán, thu thập chỉ số đó bằng phương pháp nào, thu thập chỉ số đó ở đâu.

Khi chọn các chỉ số cho đánh giá có thể xác định 3 loại chỉ số sau:

- Các chỉ số đầu vào: Các chỉ số đầu vào bao gồm các con số về các nguồn lực được sử dụng cho hoạt động bệnh viện, ví dụ, số tiền cấp cho một giường bệnh/ năm...
- Các chỉ số về quá trình hoạt động: Bao gồm các chỉ số cho biết tỷ lệ các hoạt động đã được thực hiện, ví dụ như số lớp đào tạo lại được mở cho cán bộ y tế của bệnh viện; số buổi khám quản lý thai đã được thực hiện tại bệnh viện. Tỷ

lệ đối tượng đích đã tham dự đầy đủ các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp...

- Chỉ số đầu ra: Chỉ số đầu ra cho biết về kết quả khi kết thúc hoạt động, ví dụ số cán bộ y tế của bệnh viện được đào tạo lại về truyền thông giáo dục sức khỏe trong năm, tỷ lệ cán bộ được đào tạo đạt mục tiêu của khoá đào tạo lại. Chỉ số đầu ra về giảm nguy cơ mắc bệnh, ví dụ: Số lượng và tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đủ 6 loại vắc xin trong năm, chỉ số đầu ra về giảm hậu quả xấu đến sức khỏe (mắc bệnh, tử vong, tàn phế), ví dụ giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong. Chỉ số đầu ra cũng có thể là chỉ số phản ánh tình trạng sức khỏe được tăng cường, tăng thể lực.

3.2. Các tiêu chuẩn cơ bản khi chọn chỉ số

Để đảm bảo đánh giá chính xác hoạt động, chương trình y tế, cần xác định các chỉ số thích hợp cho đánh giá, với việc quan tâm đến các tiêu chuẩn chính sau đây:

- Tính giá trị: Phản ánh đúng vấn đề cần đánh giá, đúng mức độ đạt được của hoạt động chương trình y tế.
- Tính đáng tin cậy: Chỉ số mang tính khách quan, phản ánh đúng thực trạng của hoạt động, không có sự khác nhau khi những người khác nhau thu thập và tính toán chỉ số.
- Tính nhạy: Phản ánh được kịp thời những thay đổi do kết quả thực hiện của các hoạt động, chương trình.
- Có thể thực hiện được/sát hợp (khả thi): Có đủ điều kiện để thu thập được chỉ số, phù hợp với khả năng thực tế về nguồn lực.

Kết hợp chỉ số về lượng và chất: Các chỉ số về lượng cũng quan trọng nhưng quan trọng hơn là tính các chỉ số về chất. Ví dụ khi đánh giá các hoạt động đào tạo có thể tính số lượng cán bộ y tế được đào tạo lại, nhưng quan trọng hơn là tính số lượng hay tỷ lệ cán bộ được đào tạo đạt mục tiêu của các khoá đào tạo lại.

Phương pháp chọn chỉ số đánh giá cũng giống như chọn chỉ số dùng trong giám sát (xem bảng số 6.3).

3.3. Các nhóm chỉ số chung có thể thu thập để sử dụng cho đánh giá.

Tùy theo từng chương trình, hoạt động y tế, người đánh giá quyết định chọn các chỉ số đánh giá cho phù hợp, nhưng khi chọn chỉ số cụ thể thì cần chú ý xem xét các chỉ số cần chọn trong từng nhóm chỉ số chính dưới đây để tránh bỏ sót chỉ số.

- Nhóm chỉ số về cộng đồng nơi bệnh viện tọa lạc (dân số; kinh tế văn hóa, xã hội, môi trường; sức khỏe, bệnh tật; nguồn lực, dịch vụ y tế...).
- Nhóm chỉ số theo 7 nhiệm vụ của bệnh viện.

4. Các phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá

4.1. Phương pháp thu thập thông tin định lượng

Có 3 nhóm phương pháp chính để thu thập thông tin định lượng cho đánh giá:

- Thu thập các thông tin thứ cấp qua sổ sách báo cáo: Dựa vào các sổ sách, biểu mẫu thống kê của các bệnh viện ở các tuyến, người đánh giá tổng hợp thông tin và tính toán các chỉ số cần thiết. Phương pháp này dễ thực hiện nhưng thường có hạn chế là thông tin không theo ý muốn và độ tin cậy có thể không cao, không cho biết chính xác được các nguyên nhân của vấn đề cần đánh giá.

- Thu thập thông tin qua phỏng vấn: Người đánh giá chuẩn bị các công cụ để phỏng vấn như các bộ câu hỏi để hỏi các đối tượng cung cấp thông tin. Đây là phương pháp thu được thông tin chính xác nhưng thường phải chuẩn bị công phu và khá tốn kém nguồn lực cho phát triển công cụ thu thập thông tin, đào tạo cán bộ tham gia và tổ chức điều tra thu thập số liệu.

- Thu thập thông tin qua quan sát: Người đánh giá xây dựng các bảng kiểm hay biểu mẫu cần thiết để thu thập thông tin. Các thông tin được ghi chép vào các bảng kiểm, biểu mẫu qua quan sát trực tiếp và sử dụng các kỹ thuật đo đạc các yếu tố môi trường, các yếu tố nguy cơ hay các yếu tố tác động đến sức khỏe, tổ chức khám lâm sàng và làm xét nghiệm cận lâm sàng để sàng lọc. Phương pháp này cho thông tin chính xác, nhưng việc tổ chức thực hiện khó khăn và cần có đủ các nguồn lực như con người, trang thiết bị máy móc, hoá chất, thuốc men. Để đảm bảo thông tin thu thập bằng phương pháp quan sát trực tiếp chính xác, những người tham gia thu thập thông tin cần phải tập huấn để thống nhất các tiêu chuẩn đánh giá thông tin cần thu thập và ghi chép vào biểu mẫu đã chuẩn bị.

4.2. Phương pháp thu thập thông tin định tính cho đánh giá

Thu thập thông tin định tính nhằm xác định nhanh vấn đề để gợi ý, định hướng trước khi tổ chức thu thập thông tin định lượng. Cũng có thể thu thập thông tin định tính để bổ sung thêm thông tin, giúp xác định nguyên nhân của vấn đề đằng sau các con số mà các thông tin định lượng đã cung cấp và kiểm tra lại các thông tin còn chưa rõ. Có nhiều phương pháp có thể giúp thu nhận được các thông tin định tính như tổ chức thảo luận nhóm tập trung, phỏng vấn sâu những người liên quan, phỏng vấn bán cấu trúc những nhà lãnh đạo quản lý y tế, lãnh đạo chính quyền, đoàn thể các cấp, đại diện dân trong cộng đồng. Sự tham gia của cộng đồng trong đánh giá định tính rất quan trọng trong công tác y tế vì chúng ta có thể biết được nguyện vọng của cộng đồng, các giải pháp đề xuất của cộng đồng để giải quyết các vấn đề sức khỏe bệnh tật, cải tiến dịch vụ y tế.

Tùy theo khả năng và nguồn lực và vấn đề cần đánh giá mà người lập kế hoạch đánh giá chọn phương pháp thu thập thông tin nào cho thích hợp.

5. Các bước cơ bản của đánh giá

5.1. Chuẩn bị trước khi đánh giá

5.1.1. Xác định vấn đề và mục tiêu của đánh giá

Trong công tác y tế có rất nhiều hoạt động đa dạng và phức tạp. Mọi hoạt động đều cần được đánh giá để nâng cao chất lượng phục vụ, tuy nhiên nguồn lực và thời gian có hạn vì thế các nhà quản lý phải xác định các vấn đề ưu tiên cho đánh giá theo từng thời gian, từng nơi cụ thể.

Công việc đầu tiên của đánh giá là xác định hoạt động nào, chương trình nào cần đánh giá, đánh giá đó nhằm mục tiêu gì, kết quả của đánh giá sẽ được ai sử dụng, sử dụng vào mục đích gì. Ví dụ tại một bệnh viện, công tác vệ sinh bệnh viện chưa tốt, để lập kế hoạch tăng cường công tác này cho năm tới cần tiến hành đánh giá công tác này trong bệnh viện nhằm mục tiêu:

- Xác định những vấn đề tồn tại trong công tác vệ sinh.
- Tìm hiểu các nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng tốt và chưa tốt đến công tác vệ sinh.
- Đề xuất các giải pháp để tăng cường công tác này cho kế hoạch năm tới.

Việc xác định mục tiêu của đánh giá tùy thuộc vào nhu cầu ưu tiên, khả năng về nguồn lực và trình độ cán bộ tham gia đánh giá.

Trên đây gọi là chọn ưu tiên hoạt động cho đánh giá (xem phần chọn ưu tiên cho giám sát).

5.1.2. Xác định các chỉ số cho đánh giá:

Xác định các chỉ số nào cần thiết cho đánh giá, từ đó quyết định thiết kế các công cụ thu thập và tính toán chỉ số, đồng thời quyết định chỉ số sẽ được thu thập ở đâu, vào thời điểm nào, các phương pháp nào sử dụng để đảm bảo tính chính xác của chỉ số (xem phần chỉ số trong đánh giá). Xem thêm phần chọn ưu tiên chỉ số giám sát.

5.1.3. Chọn phương pháp thu thập thông tin cho đánh giá

Có thể quyết định chọn phương pháp thu thập thông tin thứ cấp qua sổ sách báo cáo, thu thập thông tin qua phỏng vấn cấu trúc hoặc bán cấu trúc hoặc thu thập thông tin qua quan sát. Tùy theo khả năng và nguồn lực và vấn đề cần đánh giá mà người lập kế hoạch đánh giá chọn phương pháp thu thập thông tin nào cho thích hợp. Có thể quyết định kết hợp nhiều phương pháp thu thập thông tin để đáp ứng được nhu cầu và mục tiêu của đánh giá đã xác định. Xem phần phương pháp thu thập thông tin trong giám sát.

5.1.4. Lập kế hoạch cho đánh giá

Sau khi đã xác định được vấn đề, phạm vi, mục tiêu và chuẩn bị các yêu cầu kỹ thuật cho đánh giá như xác định chỉ số, phương pháp, công cụ thu thập thông tin, người lập kế hoạch cho đánh giá cần có kế hoạch cụ thể về nguồn lực cần thiết cho đánh giá bằng cách trả lời các câu hỏi cơ bản sau:

- Ai sẽ tham gia vào đánh giá?
- Họ cần được đào tạo như thế nào?
- Kinh phí cần thiết cho đánh giá là bao nhiêu?
- Các phương tiện, công cụ nào cần có phục vụ cho đánh giá?
- Đánh giá cần thực hiện khi nào, thời gian cụ thể ra sao?
- Lập kế hoạch chi tiết phân công nhiệm vụ đánh giá như thế nào ?

Kế hoạch đánh giá cần được chuẩn bị chi tiết cũng giống như một bản kế hoạch hành động cụ thể (xem bảng kế hoạch giám sát).

5.2. Thực hiện thu thập thông tin

- Hoạt động quan trọng nhất của thực hiện đánh giá là tổ chức thu thập thông tin cần thiết. Các thông tin thu thập cho đánh giá cần đảm bảo các yêu cầu chung là chính xác, kịp thời và đầy đủ. Trước khi tổ chức thu thập thông tin chính thức cần kiểm tra lại các công cụ hay phương tiện thu thập thông tin một lần nữa bằng cách thử nghiệm lại các công cụ thu thập thông tin, kiểm định lại tính thực thi của kế hoạch đánh giá và sửa đổi cho thích hợp.

Những người tham gia thu thập thông tin cho đánh giá còn được tập huấn trước, thông thạo các phương pháp và công cụ sử dụng cho thu thập thông tin.

- Trong quá trình thu thập thông tin cần tổ chức giám sát chặt chẽ để đảm bảo tính thống nhất, chính xác, trung thực của thông tin và giải quyết các khó khăn nảy sinh trong việc thu thập thông tin. Thông thường, cứ 5 người điều tra nghiên cứu thì có một người giám sát. Người giám sát phải được đào tạo trước khi thực hiện nhiệm vụ và có trách nhiệm cao với công việc của mình.

5.3. Xử lý thông tin, trình bày kết quả đánh giá

Khi thông tin đã được thu thập đầy đủ, bước quan trọng tiếp theo là xử lý thông tin. Thông tin cần được xử lý bằng các phương pháp và chương trình thích hợp để có các số liệu, chỉ số phản ánh đúng thực chất của các chương trình hoạt động y tế theo mục tiêu đã đề ra. Các chương trình xử lý số liệu trên máy vi tính với các thuật toán thống kê thích hợp có thể được sử dụng để phân tích xử lý số liệu như EPI INFO, SPSS, STATA vv... tùy thuộc vào khả năng và kinh nghiệm của người đánh giá.

Kết quả của đánh giá cần được trình bày và phiên giải thích hợp bằng các bảng số liệu, các sơ đồ, biểu đồ so sánh với các bàn luận ngắn gọn và đầy đủ để giúp người đọc dễ dàng nhận ra các kết quả đạt được và vấn đề chưa đạt hay các tồn tại của hoạt động chương trình, dự án.

Đánh giá giá trị, hiệu quả của kết quả thu được và phân tích tại sao lại có các kết quả như vậy (nguyên nhân của các thành tựu và tồn tại), đồng thời rút ra các bài học kinh nghiệm cho công tác quản lý và lập kế hoạch tiếp theo về mọi phương diện là nội dung hết sức quan trọng cần được thể hiện trong báo cáo đánh giá.

5.4. Sử dụng kết quả đánh giá

Bản báo cáo đánh giá được trình bày như một bản báo cáo khoa học. Báo cáo cần nêu ra các kết luận cụ thể chính xác dựa trên các thông tin thu được, các bài học kinh nghiệm quan trọng từ kết quả hoạt động của chương trình để giúp những người khác có các kinh nghiệm cho các chương trình hoạt động y tế tương tự hay các hoạt động có liên quan trên địa bàn.

Kết quả của báo cáo đánh giá trước tiên được những nhà quản lý, các cán bộ thực hiện hoạt động, chương trình sử dụng để xác định các vấn đề tồn tại, lập kế hoạch cho các hoạt động, chương trình trong giai đoạn kế hoạch tới của cá nhân hay đơn vị liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Vũ Khắc Lương, Trần Viết Tiếp, Tăng Chí Thượng** (2015) *Quản lý chất lượng trong bệnh viện và chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế** (2006) *Tăng cường kỹ năng quản lý cho cán bộ y tế tuyến xã*, Nhà xuất bản Y học.
3. **Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương và cs** (2007) *Tổ chức và quản lý y tế*, (sách đào tạo bác sĩ đa khoa), Nhà xuất bản Y học.
4. **Lý Ngọc Kính, Phan Văn Tường, Vũ Khắc Lương và cs** (2010) *Quản lý chất lượng bệnh viện*, Nhà Xuất bản Lao động xã hội, 2010.
5. **Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương và cs** (2006) *Tổ chức, quản lý y tế và chính sách y tế - Sách đào tạo cử nhân y tế cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
6. **Maimunah A.Hamid A.F. Al-Assaf Haliza Mohd. Anuar Low Lee Lan** (2004) *Đo lường và quản lý chất lượng chăm sóc y tế- Mô đun đào tạo quản lý thực thi* (bản tiếng Việt), Viện nghiên cứu hệ thống y tế, Bộ y tế Malaysia.
7. **Maimunah A.Hamid A.F. Al-Assaf Haliza Mohd. Anuar Low Lee Lan** (2004) *Đo lường và quản lý chất lượng chăm sóc y tế- Mô đun đào tạo cải thiện chất lượng* (bản tiếng Việt), Viện nghiên cứu hệ thống y tế, Bộ y tế Malaysia.
8. **Maimunah A.Hamid A.F. Al-Assaf Haliza Mohd. Anuar Low Lee Lan** (2007) *Đo lường và quản lý chất lượng chăm sóc y tế- Mô đun đào tạo thực hiện chất lượng và cải tiến thực thi* (bản tiếng Việt), Viện nghiên cứu hệ thống y tế, Bộ y tế Malaysia.
9. **Nguyễn Thị Xuyên, Phan Văn Tường, Trương Việt Dũng và cs** (2010) *Nguyên lý quản lý bệnh viện*, Nhà xuất bản Lao động xã hội.
10. **Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương** (2012) *Tổ chức và quản lý Y tế*, Nhà Xuất bản Y học.
11. **Nguyễn Trọng Khoa, Vũ Khắc Lương, Đỗ Văn Niệm** (2012) *Áp dụng chu trình PDCA trong các bệnh viện Việt Nam*, Tổ chức GIZ thuộc Hợp tác phát triển Đức tại Việt Nam, Giấy phép xuất bản số: 414-2012/CXB/53/01-11/HĐ.
12. **Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương** (2015) *Quản trị bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
13. **Bộ Y tế** (1997) Quy chế bệnh viện, ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19 tháng 09 năm 1997.
14. Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 8/9/2013 về Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế.

15. Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 về Hướng dẫn quản lý chất lượng bệnh viện.
16. Thông tư 26/2020/TT- BYT ngày 28/12/2020 về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
17. **Nguyễn Thị Xuyên, Phan Văn Tường, Trương Việt Dũng và cs (2010)** *Nguyên lý quản lý bệnh viện*, Nhà xuất bản Lao động xã hội.
18. **Vũ Khắc Lương, Trần Viết Tiệp, Tăng Chí Thượng (2015)** *Quản lý chất lượng trong bệnh viện và chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
19. **Phan Văn Tường, Vũ Khắc Lương, Phạm Huy Tuấn Kiệt (2016)** *Quản lý dành cho lãnh đạo bệnh viện*, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.
20. **Phan Văn Tường, Nguyễn Văn Hiến, Đỗ Mai Hoa (2017)** *Giám sát hỗ trợ hoạt động cung cấp dịch vụ Y tế*, Viện Đào tạo bồi dưỡng Cán bộ quản lý ngành Y tế, Trường Đại học Y tế công cộng.
13. **Nguyễn Duy Luật, Trương Việt Dũng, Vũ Khắc Lương, Nguyễn Văn Huy (2012)** *Tổ chức và quản lý Y tế- Sách đào tạo bác sĩ chuyên khoa I Dịch tễ học thực địa*, Nhà Xuất bản Y học.
14. **Trương Việt Dũng, Nguyễn Duy Luật, Vũ Khắc Lương và cs (2015)** *Quản trị bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
15. **Bộ Y tế (2016)** *Quyết định về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*, số 6858/BYT-QĐ ngày 18-11-2016.

Tiếng Anh

16. **Center for Diseases Contrrol and Prevention (1996)** *The Quality Advantage*, USA.
17. **Center for Diseases Contrrol and Prevention (1996)** *Total Quality Management- Team Member Manual*, USA.
18. **Rollins School of Public Health, Emory University (1996)** *Management for international Public Health*, USA.
19. **WHO/EUROPE (2004)** *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Updated 01 November.
20. *Teamwork in healthcare* – Journal of management in Medicine, 1999.
21. *The evolution of TQM* – The TQM Magazine, 2005.
22. *Implementation of TQM/CQI in the healthcare industry* – Benchmarking for quality management & technology, 1996.
23. *Successfully implementing TQM tools within healthcare: What are the key actions?* –International Journal of healthcare quality assurance, 2001.

24. *Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals* – Managing Service quality, 2002.

PHỤ LỤC
PHỤ LỤC SỐ 1. Bản mô tả nhiệm vụ của cá nhân
BẢNG MÔ TẢ NHIỆM VỤ

Họ và tên : **Lý Văn S**

Nghề nghiệp: Bác sĩ

Chức vụ: Nhân viên.

Đơn vị công tác: Khoa Ngoại- sản.

A. NHIỆM VỤ CỤ THỂ:

1. Khám và điều trị 6 giường người bệnh nội trú hàng ngày tại khoa (từ giường số 7 đến giường số 13).
2. Điều trị 5-7 người bệnh ngoại trú do trưởng khoa phân công.
3. Chịu trách nhiệm giúp đỡ và đào tạo BS. H về chuyên môn, nghiệp vụ.
4. Phụ trách y tá A và B.
5. Giảng dạy cho sinh viên trường trung học khi được phân công.
6. Thực hiện công tác ngoại viện và cấp cứu ngoại viện khi yêu cầu:
 - Khám tuyển nghĩa vụ quân sự.
 - Khám sức khỏe cho phụ nữ.
 - Đặt vòng tránh thai tại các phòng khám đa khoa khu vực hay trạm y tế xã.
 - Truyền thông giáo dục sức khỏe cho phụ nữ và cho nhân dân.
 - Giải quyết các trường hợp cấp cứu về sản-ngoại tại các địa điểm ngoài viện.
 - Đi công tác ngoại viện khi có yêu cầu.
7. Thực hiện tốt 14 quy chế chuyên bệnh viện và các quy chế liên quan do khoa quy định.
8. Thực hiện tốt 12 điều y đức và Quy tắc ứng xử của Bộ trưởng - Bộ Y tế.
9. Đào tạo cho cán bộ tại các phòng khám đa khoa khu vực và trạm y tế xã về sản-ngoại khi được phân công.
10. Phụ trách chính đề tài nghiên cứu “Tỉ lệ các loại bệnh phụ khoa của phụ nữ tuổi sinh đẻ”, tham gia đề tài nghiên cứu “Dùng cây thuốc nam điều kinh”.
11. Thực hiện các nhiệm vụ khác khi lãnh đạo khoa giao.

B. MỐI QUAN HỆ

1. Với trưởng và phó trưởng khoa: báo cáo và chấp hành chỉ đạo.
2. Với điều dưỡng trưởng khoa: hợp tác về chuyên môn.
3. Với các bác sĩ khác trong khoa và bệnh viện: hợp tác và hỗ trợ chuyên môn
4. Với điều dưỡng viên: ra y lệnh điều trị, hỗ trợ về chuyên môn.
5. Với kỹ thuật viên: ra y lệnh, hỗ trợ về chuyên môn.
6. Với hộ lý: hỗ trợ (nếu cần).

Ngày 01 tháng 01 năm

Trưởng khoa ký

PHỤ LỤC SỐ 2. Một số chỉ số dùng cho công tác quản lý nhân lực

1. Tổng số cán bộ, viên chức, công chức:
2. Số nam:
3. Số nữ:
4. Trình độ chuyên môn:

Trình độ chuyên môn	Số lượng	%	Hợp đồng
BSCK II			
BSCK I			
BS			
DSCK II			
DSCK I			
DS đại học			
Y sĩ			
Y tá trung học			
Y tá sơ học			
NHS trung học			
NHS sơ học			
DS trung học			
DS sơ học			
Y công			
Kỹ sư			
KTV trung học			
KTV sơ học			
Lái xe			
Văn thư hành chính			
Công nhân điện			
Thợ mộc			
.....			

5. Số người nghỉ việc (tháng, quý, năm).
6. Số lượt người nghỉ việc (tuần, tháng, quý, năm).
7. Số ngày nghỉ trung bình/người (tuần, tháng, quý, năm).
8. Số người bỏ việc.
9. Số người bị vi phạm kỷ luật ở các mức trong năm
 - 9.1. Khiển trách:%
 - 9.2. Cảnh cáo:%
 - 9.3. Hạ tâng công tác:%
 - 9.4. Buộc thôi việc:%
 - 9.5. Truy tố pháp luật:%

10. Số người được danh hiệu thi đua ở các mức trong năm
 - 10.1.
 - 10.2.
 - 10.3.
 - 10.4.
11. Số cán bộ được đào tạo trong năm:
 - 11.1. Đào tạo sau đại học:

Tỉ lệ % so với tổng số cán bộ trình độ đại học.
 - 11.2. Đào tạo từ trung học lên đại học:

Tỉ lệ % so với tổng số cán bộ trung học
 - 11.3. Đào tạo từ sơ học lên trung học:

Tỉ lệ % so với tổng số cán bộ sơ học
 - 11.4. Tổng số cán bộ được đào tạo tại chỗ:

Tỉ lệ % so với tổng số cán bộ toàn viện
 - 11.5. Tổng số cán bộ quản lý được bồi dưỡng về nghiệp vụ quản lý:

Tỉ lệ %:
12. Tổng số cán bộ nghỉ hưu, mất sức/năm Tỉ lệ % :
13. Tổng số cán bộ tuyển mới/năm Tỉ lệ % :
14. Tổng biên chế theo kế hoạch.
15. Tổng biên chế cuối kỳ báo cáo:

So sánh với chỉ tiêu biên chế: thừa %

thiếu %
16. Tổng số người/năm không hoạt động (Ví dụ bệnh viện A có chị H nghỉ 6 tháng, chị M nghỉ 4 tháng, chị K nghỉ 2 tháng. Cộng lại: $6 + 4 + 2 = 12$ tháng = 1 người/năm không hoạt động).
 - 16.1. Số người/năm không hoạt động theo chính sách.
 - 16.2. Số người/năm không hoạt động tự do.
17. Số tiền thu nhập phụ do bệnh viện mang lại cho một cán bộ/năm đồng.
18. Số lượt người tham gia phong trào thể dục thể thao
19. Số lượt người tham gia các hoạt động văn hoá văn nghệ
20. Số cán bộ được đi tham quan nghỉ mát/năm. Tỉ lệ %
21. Số CBCC nghỉ hưu trong năm, các chức danh.
22. Số CCVC được tuyển trong năm, các chức danh.

PHỤ LỤC SỐ 3. Mẫu bản kế hoạch

Bệnh viện X
Khoa Nội

KẾ HOẠCH ĐÀO TẠO, NGHỈ HƯU VÀ BỔ SUNG CÁN BỘ MỚI 2011 - 2015

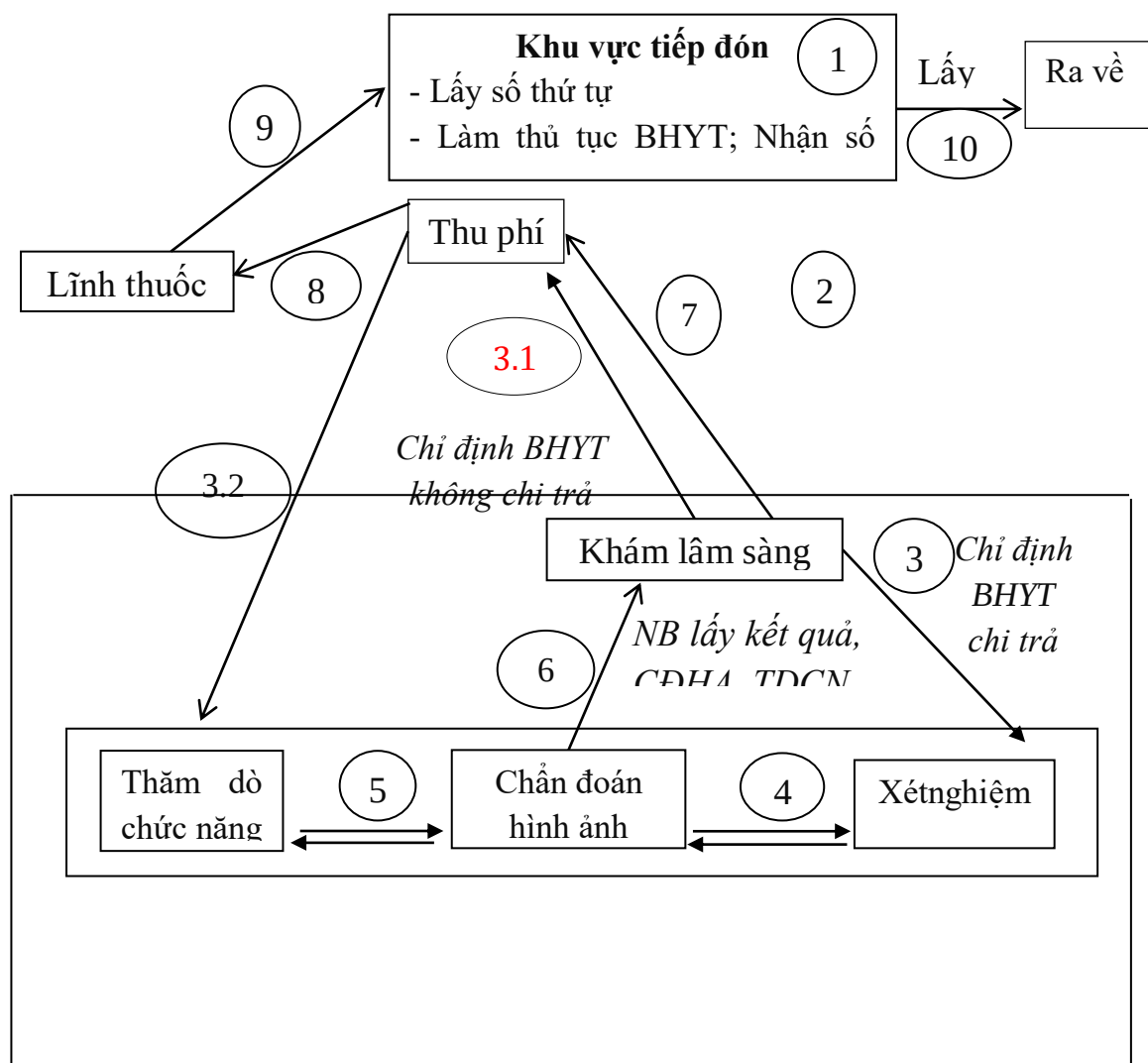
TT	Họ tên	Năm sinh	Chức vụ hiện tại	Trình độ chuyên môn	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015
1	Lê Trần Đ	10/52	Trưởng khoa	BS	Học CKI 1 năm	Kết thúc CKI			
2	Vũ Thị L	10/54	Phó trưởng khoa	BS			Học CKI 1 năm	Kết thúc CKI	
3	Trần Nam Ph	12/57		BS					Học CKI 1 năm
4	Lê Lan H	4/37		BS		Nghỉ hưu			
5	Vũ Lê L	3/38		Y tá			Nghỉ hưu		
6	Trương Thị M	7/39		Y tá				Nghỉ hưu	
	Bổ sung cán Bộ				Bổ sung 1 BS	Bổ sung 1 YTĐD trung học	Bổ sung 1 YTĐD trung học		

Đã thông qua chi uỷ, CCVC toàn khoa và ban giám đốc bệnh viện phê chuẩn

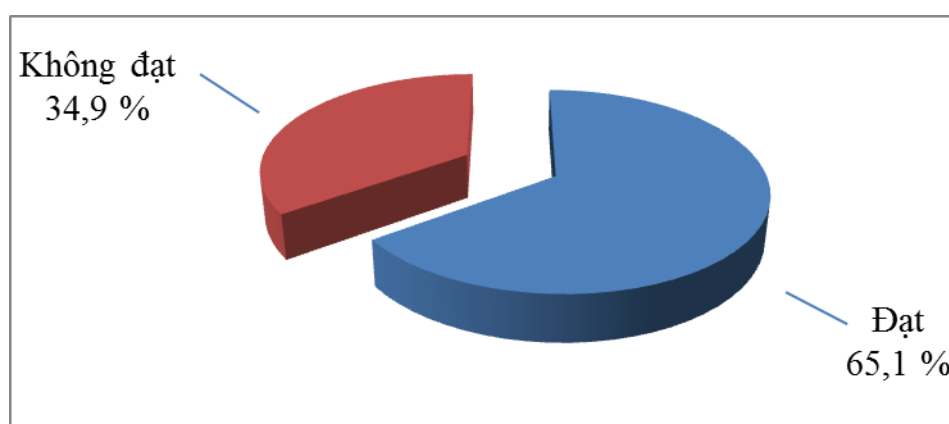
.....ngày.....tháng.....năm....

Trưởng khoa
Lê Trần Đ
(ký)

PHỤ LỤC SỐ 4. Sơ đồ và biểu đồ



Sơ đồ 1. Quy trình, thủ tục KCB BHYT ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình³³



Biểu đồ 1: Thực hành chung về quản lý chất thải rắn y tế³⁴

³³ Phạm Thị Lan (2020) Quy trình, thủ tục khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú và thuận lợi, tồn tại, khó khăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019, Luận văn cao học Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.

³⁴ Lê Giang Linh (2019) Kiến thức, thực hành và thực trạng về quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018, Luận văn cao học Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019