

**BÁO CÁO CHUNG
TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2012****Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh****Báo cáo tóm tắt**

Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế 2012 (JAHR 2012) là báo cáo hằng năm thứ sáu do Bộ Y tế cùng Nhóm đối tác y tế (Health Partnership Group - HPG) phối hợp thực hiện, nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch năm 2013 của Bộ Y tế, đồng thời làm cơ sở cho việc lựa chọn các vấn đề trọng tâm trong hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài. Nội dung chính của JAHR 2012 là cập nhật thực trạng hệ thống y tế, gồm cập nhật tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng; đánh giá tiến độ thực hiện các nhiệm vụ đã đề ra trong Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011–2015; và phân tích sâu chuyên đề về “nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”. Dưới đây là tóm tắt những kết quả chính của Báo cáo.

PHẦN I: CẬP NHẬT THỰC TRẠNG HỆ THỐNG Y TẾ**1. Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe**

Về tình trạng sức khỏe. Trong những năm qua, tình trạng sức khỏe của nhân dân Việt Nam tiếp tục được cải thiện. Hầu hết các chỉ tiêu cơ bản về sức khỏe nhân dân được đề ra trong Kế hoạch 5 năm của ngành y tế đều được cải thiện: Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tiếp tục tăng nhẹ, năm 2011 ước tính là 73,0 tuổi (nam 70,4 tuổi; nữ 75,8 tuổi). Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) có xu hướng giảm dần theo thời gian, năm 2011, tỷ suất này là 15,5/1000 trẻ đẻ ra sống; Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của cả nước đã giảm đáng kể xuống còn 23,3 trên 1000 trẻ đẻ ra sống năm 2011. Tỷ số tử vong mẹ (MMR) giảm đáng kể trong hai thập kỷ qua, từ 233 ca tử vong trên 100 000 trẻ đẻ ra sống (năm 1990) xuống còn 67 (năm 2011). Tuy nhiên, vẫn còn có sự chênh lệch về tình trạng sức khỏe của nhân dân các vùng, miền, giữa thành thị và nông thôn; Tử vong sơ sinh vẫn còn là vấn đề nghiêm trọng, chiếm tới 60% các ca tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và 40% các ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi trong đó sự khác biệt khá lớn giữa các vùng, miền. Tây Nguyên và Trung du và miền núi phía Bắc là hai vùng có điều kiện kinh tế khó khăn nhất, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi cao nhất. Suy dinh dưỡng trẻ em thể thấp còi vẫn còn là vấn đề lớn cần được giải quyết. Tỷ tỷ số tử vong mẹ giảm chậm trong những năm gần đây.

Có sự thay đổi rõ rệt về cơ cấu mắc bệnh từ năm 1986 đến năm 2010. Tỷ trọng khám chữa bệnh đối với các bệnh không lây nhiễm gia tăng liên tục ở mức cao. Trái lại, tỷ trọng số lượt khám chữa bệnh đối với người mắc bệnh truyền nhiễm giảm đi nhanh chóng. Tỷ trọng số lượt khám chữa bệnh liên quan đến tai nạn, chấn thương, ngộ độc có xu hướng chững lại. Như vậy, gánh nặng bệnh tật chuyển dịch mạnh sang các bệnh không lây nhiễm. Đối với mô hình tử vong theo số liệu bệnh viện, có những thay đổi nhanh chóng theo thời gian. Tỷ trọng tử vong trong bệnh viện do bệnh không lây nhiễm tăng lên đáng kể trong những năm gần đây.

Một số dịch bệnh truyền nhiễm, bệnh lạ nguy hiểm vẫn diễn biến phức tạp gây tử vong, như sốt xuất huyết, bệnh chân tay miệng, bệnh dại, bệnh viêm da dày sừng bàn tay, bàn chân v.v...

Về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe. Bên cạnh những tác động tích cực do nền kinh tế phát triển khá, đầu tư cho các lĩnh vực xã hội, giáo dục và y tế tăng nhanh, mức sống của nhân dân được cải thiện, tình trạng sức khỏe và công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân đang chịu nhiều tác động của các yếu tố bất lợi.

Đời sống của một bộ phận dân cư, nhất là ở miền núi, vùng sâu, vùng xa còn nhiều khó khăn; chênh lệch giàu nghèo gia tăng; mật độ dân số cao gây sức ép lên kinh tế, xã hội và điều kiện sống của mỗi người dân; cơ sở hạ tầng xã hội không theo kịp tốc độ tăng dân số đô thị và tình trạng di dân tự phát.

Cùng với quá trình công nghiệp hoá và đô thị hoá, vấn đề *ô nhiễm môi trường* ngày càng nghiêm trọng, gây nên hàng loạt các vấn đề liên quan đến các bệnh cấp tính và mãn tính do phơi nhiễm ngắn hạn và dài hạn với các chất gây ô nhiễm không khí, nguồn nước. Điều kiện lao động ở nhiều doanh nghiệp nhỏ, cơ sở làng nghề ở mức rất thấp, có nhiều yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe và bệnh tật. Tình trạng sử dụng các hoá chất, phụ gia thực phẩm không đúng quy định trong nuôi trồng, chế biến thực phẩm còn khá phổ biến.

Nhiệt độ tăng do biến đổi khí hậu, kết hợp với hiệu ứng đảo nhiệt đô thị và ô nhiễm không khí đô thị, gây nên những tác động tiêu cực đối với sức khỏe con người, làm tăng khả năng xảy ra một số bệnh nhiệt đới như sốt rét, sốt xuất huyết, viêm não Nhật Bản. Nước biển dâng gây ảnh hưởng lớn đến sản xuất, đời sống, sức khỏe dân cư vùng đồng bằng ven biển.

Sự gia tăng nhịp độ của cuộc sống và thay đổi lối sống tạo nên các yếu tố nguy cơ cho các bệnh tâm thần, tim mạch và bệnh không lây nhiễm khác. Tình trạng sử dụng thuốc lá, rượu, bia có chiều hướng gia tăng trong một số cộng đồng và nhóm dân cư, đặc biệt là thanh niên. Số người sử dụng ma túy rất lớn và chưa có xu hướng giảm đi. Ước tính có khoảng 41% người nhiễm HIV/AIDS trong cả nước là do tiêm chích ma túy.

- Tăng cường Ban chỉ đạo và Tổ kỹ thuật Đồi mới phương thức chi trả dịch vụ KCB, đề nghiên cứu, triển khai các hình thức khuyến khích kết quả hoạt động và chất lượng dịch vụ KCB.

6.4. Tăng cường tính đồng bộ và chất lượng cơ sở dữ liệu dịch vụ KCB

- Triển khai chương trình nâng cao chất lượng số liệu, công tác thống kê báo cáo đáp ứng yêu cầu giám sát, đánh giá các hình thức khuyến khích chất lượng dịch vụ.
- Phát triển hợp phần thông tin phân loại ca bệnh và loại dịch vụ (Thông tin lâm sàng theo phân loại quốc tế ICD9-CM và ICD10). Xây dựng và phát triển HMIS theo mô hình phù hợp với cơ chế quản lý dựa vào kết quả hoạt động (performance based payment).

6.5. Tăng cường công tác giám sát, kiểm định chất lượng dịch vụ KCB

- Công tác giám sát chất lượng dịch vụ KCB của bên chi trả (Bảo hiểm xã hội Việt Nam), khuyến khích sự tham gia độc lập của các tổ chức xã hội, nghề nghiệp.
- Đào tạo thực hành về quản lý chất lượng dịch vụ KCB cho cán bộ cơ quan BHXH và cán bộ quản lý bệnh viện/ cơ sở dịch vụ.
- Nghiên cứu đề xuất chế tài hậu kiểm, chế tài thưởng - phạt dựa trên kết quả hậu kiểm.
- Từng bước kiện toàn các hệ thống giám sát, kiểm định (nội bộ - độc lập), tăng cường công tác kiểm định chất lượng bởi các đơn vị kiểm định, giám sát độc lập.

2. Cập nhật thực trạng ngành y tế

2.1 Tình hình thực hiện Kế hoạch 5 năm và các khuyến nghị của JAHR

Cung ứng dịch vụ y tế

Chăm sóc sức khỏe ban đầu, y tế dự phòng và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia.

Mạng lưới y tế cơ sở tiếp tục được tăng cường. Bộ Y tế đã tiến hành tổng kết 10 năm thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở. Tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế giai đoạn 2001–2010 đạt trên 80%. Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011–2020 đã được ban hành và triển khai. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe ngày càng được chú trọng. Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu được từng bước đổi mới, các dịch vụ y tế cho tuyến xã được mở rộng, bao gồm thí điểm quản lý một số bệnh mạn tính tại cộng đồng như hen, tăng huyết áp, đái tháo đường...

Công tác phòng chống dịch được tăng cường và đã khống chế được các bệnh dịch xảy ra trong năm như dịch chân tay miệng, viêm não mô cầu, sốt xuất huyết, cúm A(H5N1), HIV/AIDS. Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ đạt trên 95% với 7-8 loại vắc-xin.

Trong năm 2012, đã ban hành Chiến lược Quốc gia An toàn thực phẩm; quy hoạch tổng thể về an toàn thực phẩm; Chương trình mục tiêu quốc gia Vệ sinh an toàn thực phẩm 2012–2015; các văn bản quy phạm pháp luật về an toàn vệ sinh thực phẩm, quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật An toàn thực phẩm. Hoạt động phòng chống ngộ độc, giám sát nguy cơ ô nhiễm thực phẩm, giám sát ngộ độc thực phẩm được thực hiện trên phạm vi toàn quốc. Tình hình ngộ độc thực phẩm trong toàn quốc đã giảm so với năm 2010.

Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt bốn Chương trình mục tiêu quốc gia y tế, Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, Vệ sinh an toàn thực phẩm, Phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2012 - 2015, tiếp tục đầu tư nguồn lực để giải quyết một số vấn đề y tế ưu tiên.

Lĩnh vực khám, chữa bệnh

Bộ Y tế đang tập trung chỉ đạo thực hiện các giải pháp nhằm khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện, như: tăng cường đầu tư nâng cao chất lượng KCB ở tuyến y tế cơ sở; điều chỉnh khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở y tế nhà nước; tiếp tục duy trì việc cử cán bộ y tế từ tuyến trên xuống hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến dưới; cải thiện cơ sở vật chất của một số bệnh viện, v.v. Hiện tại tình trạng quá tải bệnh viện đang diễn ra tương đối trầm trọng ở tất cả các tuyến bệnh viện, đặc biệt ở tuyến trung ương, công suất sử dụng giường bệnh ở các bệnh viện trung ương đều cao hơn 100%, thậm chí gần 200%.

Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng bệnh viện đang xây dựng, nhằm từng bước cải thiện chất lượng dịch vụ y tế.

Việc củng cố tổ chức y tế tuyến huyện và công tác quy hoạch hệ thống bệnh viện được chú trọng. Đến cuối năm 2011, 91,3% bệnh viện tuyến huyện đã được phân bổ vốn đầu tư từ nguồn trái phiếu chính phủ, trong đó 147 bệnh viện huyện và 46 phòng khám đa khoa khu vực đã được xây dựng và đưa vào sử dụng; 275 bệnh viện và 60 phòng khám đa khoa khu vực dự kiến hoàn thành năm 2012; 51 bệnh viện đa khoa tỉnh, 48 bệnh viện chuyên khoa lao, 35 bệnh viện chuyên khoa tâm thần, 23 bệnh viện chuyên khoa nhi/sản nhi, 5 bệnh viện, trung tâm ung bướu được đầu tư theo Quyết định 930/QĐ-TTg. Năm 2011 có 133 bệnh viện tư nhân (thêm 31 bệnh viện), với tổng số trên 6000 giường bệnh.

Việc đăng ký, cấp phép, cấp chứng chỉ hành nghề đang được triển khai từng bước theo Nghị định 87/2011/NĐ-CP và Thông tư 41/2011/TT-BYT. Một số văn bản hướng dẫn chuyên môn đối với các cơ sở y tế có giường bệnh được bổ sung, cập nhật và ban hành mới.

Dân số - Kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản

Duy trì được xu thế giảm sinh một cách vững chắc và đạt mức sinh thay thế liên tục từ năm 2005 đến nay (tổng tỷ suất sinh năm 2011 là 1,99 con/phụ nữ so với 2,72 con/phụ nữ năm 1999).

Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2011–2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Công tác phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em tiếp tục được triển khai đồng bộ, toàn diện. Năm 2011, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm 0,7 điểm phần trăm so với năm 2010, còn 16,8% và giảm đều ở tất cả 6 vùng. Năm 2011 tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em là 27,5%, giảm 1,8 điểm phần trăm so với năm 2010.

Mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ngày càng được củng cố. Dịch vụ làm mẹ an toàn được thực hiện rộng rãi. Tỷ lệ quản lý các bà mẹ có thai chung toàn quốc đạt 95% (2010) tăng 0,4 điểm phần trăm so với năm 2009. Năm 2010, tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ được đào tạo hỗ trợ trung bình cả nước đạt 95,7%, tăng so với năm 2009.

Khó khăn, hạn chế. Hoạt động giám sát trong lĩnh vực y tế dự phòng chưa được thực hiện thường xuyên. Hoạt động phòng và quản lý bệnh không lây nhiễm chưa sâu rộng. Phối hợp liên ngành trong xây dựng chính sách và triển khai các hoạt động y tế dự phòng chưa chặt chẽ. Đầu tư cho y tế cơ sở vẫn còn rất hạn chế cả về kinh phí hoạt động, nhân lực y tế, TTB...

Chưa xây dựng được bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Còn chậm cập nhật, bổ sung các hướng dẫn điều trị, quy trình kỹ thuật, phân tuyến kỹ thuật... Chưa thực hiện phân hạng bệnh viện trên toàn hệ thống. Chưa đánh giá được việc triển khai Thông tư 03 về mô hình tổ chức y tế trên địa bàn huyện. Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh đang gia tăng, tiềm ẩn nhiều nguy cơ đối với an sinh xã hội trong 10–20 năm tới. Nguy cơ tăng dân số vẫn còn cao. Tình trạng nạo phá thai không an toàn còn phổ biến, đặc biệt tình trạng nạo phá thai ở lứa tuổi vị thành niên. Tình trạng sức khỏe bà mẹ, trẻ em còn có sự khác biệt lớn giữa các vùng. Chất lượng chăm sóc thai nghén

5. Phát huy vai trò của cộng đồng và của người bệnh trong cải thiện chất lượng dịch vụ

- Rà soát bổ sung các quy định về thực hiện quyền và nghĩa vụ của người bệnh.
- Tổ chức cung cấp thông tin và nâng cao hiểu biết, kỹ năng cần thiết của người bệnh.
- Kiến nghị bổ sung quy định về quyền của người bệnh tham gia giám sát và cải thiện chất lượng dịch vụ; về công bố thông tin về chất lượng bệnh viện trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

6. Phương thức chi trả và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

6.1. Rà soát, bổ sung các quy định về chi trả phí dịch vụ KCB và phân bổ ngân sách

- Thúc đẩy quá trình cập nhật mức giá dịch vụ cho toàn bộ danh mục dịch vụ y tế trên cơ sở thông tin đầy đủ về chi phí.
- Điều chỉnh cơ chế phân bổ ngân sách các lĩnh vực chuyên môn/ chuyên khoa khác nhau có tính đến việc giảm sự khác biệt và tăng tính công bằng về thu nhập giữa các chuyên môn/ chuyên khoa.

6.2. Điều chỉnh và giám sát thực hiện các quy định về phân bổ, sử dụng phần kết dư từ thu dịch vụ

- Thực hiện “công ra công, tư ra tư” ở các bệnh viện công.
- Tiếp tục nghiên cứu đề xuất chính sách tiền lương và đãi ngộ đối với cán bộ y tế.
- Nghiên cứu đề xuất những chính sách để định hướng cho hệ thống cung ứng dịch vụ KCB đi theo các mục tiêu xã hội thay vì những thành công thuần túy về kinh tế.

6.3. Đẩy mạnh nghiên cứu áp dụng các phương thức chi trả tiến bộ hơn

- Nghiên cứu, áp dụng thí điểm các hình thức chi trả cho chất lượng có tính khả thi cao; chi trả trên cơ sở kết quả hoạt động, theo nguyên lý bao phủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn dân, với *gói dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, thích hợp về dự phòng, chữa bệnh và phục hồi chức năng với mức chi phí phù hợp với khả năng chi trả của người dân.*
- Kết cấu phần chi trả cho chất lượng trong quá trình xây dựng mức chi trả trọn gói hay suất phí khoán định suất đang được tiếp tục triển khai và nhân rộng.
- Xây dựng và áp dụng các quy trình chuyên môn đối với danh mục các nhóm bệnh phổ biến, tần suất điều trị bệnh viện cao và chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí KCB.

- Thành lập tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập của Việt Nam. Nghiên cứu hình thành Hội đồng quản lý chất lượng. Triển khai đánh giá sự hài lòng của người bệnh ở cấp quốc gia và cấp bệnh viện một cách có hệ thống.

4.2. **Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý chất lượng KCB**

- Xây dựng Đề án tổng thể ứng dụng công nghệ thông tin trong y tế. Xây dựng chuẩn công nghệ thông tin trong ngành y tế. Nghiên cứu xây dựng chương trình đào tạo tin học ứng dụng trong y tế.
- Xây dựng cơ chế khuyến khích, hành lang pháp lý cho bệnh án điện tử.
- Triển khai các đề án ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh viện, bệnh án điện tử, telemedicine, smartcard. Ứng dụng các phần mềm hỗ trợ trong sử dụng thuốc: kê đơn điện tử, phần mềm kiểm tra tương tác thuốc.

4.3. **Tăng cường hệ thống thông tin quản lý bệnh viện**

- Thiết lập hệ thống báo cáo sai sót, sự cố tự nguyện cấp quốc gia và cấp bệnh viện; hệ thống giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện cấp quốc gia, cấp tỉnh và cấp bệnh viện.
- Xây dựng bộ chỉ số chất lượng bệnh viện quốc gia làm cơ sở cho việc đánh giá chất lượng và triển khai các đề án cải tiến.
- Tiến hành đo lường chỉ số chất lượng bệnh viện. Xây dựng bộ chỉ số chất lượng cho các cơ sở KCB khác.

4.4. **Thực hiện đầy đủ các quy định, phương pháp quản lý chất lượng**

- Triển khai mở rộng chương trình an toàn người bệnh, bảng kiểm an toàn phẫu thuật, sửa đổi bổ sung và hướng dẫn, kiểm tra, giám sát thực hiện Quy chế truyền máu; Thông tư 18 về kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Hoàn thiện các quy định về quản lý chất lượng xét nghiệm. Tăng cường hoạt động của 3 trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm, xây dựng đề án labo tham chiếu.
- Tăng cường kiểm tra về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Xây dựng chương trình, tài liệu và đào tạo về tiêm truyền.
- Tăng cường phương tiện chăm sóc người bệnh và nhân rộng mô hình chăm sóc người bệnh theo nhóm, đội chăm sóc. Tăng cường giáo dục đạo đức nghề nghiệp cho nhân viên y tế. Hướng dẫn thực hiện quy tắc ứng xử, kỹ năng giao tiếp.
- Xây dựng giáo trình đào tạo liên tục về an toàn người bệnh. Tăng cường kiểm tra thực hiện các quy định về an toàn truyền máu. Áp dụng cấp chứng chỉ truyền dịch trị liệu. Áp dụng tiêu chuẩn chất lượng chăm sóc người bệnh. Xây dựng chương trình hành động quốc gia về dinh dưỡng bệnh viện.

trong thời kỳ mang thai còn hạn chế. Tỷ suất mắc tai biến sản khoa tăng từ 2,2‰ năm 2009 lên 2,8‰ năm 2010, có xu hướng tăng đối với nhiễm trùng và sản giật.

Tài chính y tế

Ngày 15/10/2012, Chính phủ đã ban hành Nghị định 85/2012/NĐ-CP về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập. Đây là văn bản quan trọng để tiếp tục thực hiện tự chủ của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập. Trong năm 2012, khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước đã được ban hành (Thông tư 04/2012/TTLT-BYT-BTC, ngày 29//2/2012), trong đó đã quy định mức tối đa khung giá 447 dịch vụ KCB thay thế khung giá viện phí ban hành theo Thông tư 14/1995 và 80 dịch vụ theo Thông tư 03/2006.

Tỷ lệ bao phủ BHYT năm 2011 là 64,9%, tăng thêm 4,9 điểm phần trăm so với năm 2010. Kết quả này có được do nhiều lý do, trong đó có việc ban hành Nghị định 92/2011/NĐ-CP quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực BHYT; Quyết định số 797/2012/QĐ-TTg nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo lên 70% mệnh giá; Một số đối tượng khác được bổ sung vào nhóm được NSNN hỗ trợ BHYT như người mắc bệnh nặng gặp khó khăn do chi phí cao; Bộ Y tế đã chỉ đạo các địa phương tăng cường rà soát, phối hợp liên ngành đảm bảo cấp thẻ BHYT cho 100% trẻ em dưới 6 tuổi.

Ngày 22/11/2012, Bộ Chính trị đã ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012 – 2020. Bộ Y tế đã trình Chính phủ Dự thảo Đề án thực hiện lộ trình BHYT toàn dân giai đoạn 2012–2015 và 2020. Tháng 9/2012, Bộ Y tế đã trình Chính phủ Dự thảo Đề án thực hiện lộ trình BHYT toàn dân giai đoạn 2012–2015 và 2020.

Tỷ lệ chi NSNN cho y tế so với tổng chi thường xuyên của NSNN tăng: 8,7% năm 2010 lên 9,1% năm 2011 và dự tính đạt 9,4% năm 2012. Tỷ lệ gia tăng mức chi NSNN cho y tế năm 2011 so với năm 2010 là 33,2%, cao hơn mức tăng chi trung bình của NSNN năm 2011 là 27,6%. Tỷ trọng chi cho y tế dự phòng, y tế công cộng trong tổng chi từ NSNN cho y tế đạt 38,6%, trong đó tại tuyến trung ương là 56,7% và tuyến địa phương là 34,2%. Đến tháng 6/2012, đã có 592 bệnh viện được phân bổ vốn trái phiếu chính phủ.

Các hoạt động nhằm đổi mới phương thức chi trả dịch vụ y tế được tiếp tục triển khai và nhận được sự hỗ trợ của các tổ chức quốc tế, như Ngân hàng Thế giới, Ngân hàng Phát triển Châu Á, AusAID, Quỹ Rockefeller... Năm 2011, có 59/63 tỉnh triển khai thực hiện thanh toán theo định suất, với tổng số cơ sở KCB theo định suất là 786/1951 (đạt 40,3%), trong đó tuyến huyện đạt 51,9%, tuyến tỉnh đạt 14% các cơ sở KCB theo tuyến. Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh tiếp tục được nghiên cứu, mở rộng tới 24 trường hợp bệnh trong khuôn khổ Dự án Tăng cường năng lực hệ thống y tế do Ngân hàng Phát triển Châu Á và AusAID tài trợ. Phương thức cấp tài

chính dựa trên kết quả hoạt động được thí điểm tại một số tỉnh thuộc Dự án hỗ trợ y tế Bắc Trung bộ do Ngân hàng Thế giới tài trợ vốn vay.

Khó khăn, hạn chế. Năm 2012, Việt Nam gặp nhiều khó khăn về kinh tế vĩ mô, Chính phủ thực hiện chính sách tài khóa thắt chặt để thực hiện mục tiêu giảm bội chi ngân sách nhà nước xuống dưới 4,8% GDP. Ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế năm 2012 chưa đáp ứng nhu cầu và việc thông báo vốn năm 2012 quá chậm, nên việc triển khai nhiệm vụ, dự toán rất khó khăn. Về thực hiện đầu tư trái phiếu cho y tế, nhiều bệnh viện chưa được cấp đủ vốn.

Khung giá dịch vụ KCB mới được ban hành vẫn theo nguyên tắc tính một phần chi phí (chi bao gồm 3 trong 7 yếu tố cấu thành chi phí dịch vụ bệnh viện) chưa bao phủ toàn bộ các dịch vụ đang được bệnh viện cung cấp. Phương thức thanh toán “phí theo dịch vụ” còn phổ biến, tạo động cơ cung cấp dịch vụ không cần thiết.

Tỷ lệ bao phủ BHYT năm 2011 chỉ tăng 4,9 điểm phần trăm so với năm 2010. Việc tiếp tục mở rộng tỷ lệ bao phủ BHYT gặp nhiều khó khăn. Tăng cường phạm vi và chất lượng dịch vụ y tế và giảm mức chi tiền túi của người tham gia BHYT còn là một thách thức lớn.

Chưa có kế hoạch tổng thể hoặc đề án thực hiện đổi mới phương thức thanh toán dịch vụ y tế. Cơ sở tính toán định suất chưa bảo đảm hoàn trả chi phí cung cấp dịch vụ. Thiết kế định suất chưa phù hợp, chưa đánh giá được tác động tới chất lượng dịch vụ y tế. Còn thiếu các điều kiện cần thiết cho việc thực hiện thanh toán theo trường hợp bệnh, bao gồm bộ dữ liệu tối thiểu về lâm sàng và tài chính trong khám chữa bệnh nội trú.

Còn có những hạn chế trong công tác theo dõi, đánh giá hiệu quả của các chương trình có sử dụng ngân sách nhà nước, như chương trình đầu tư từ trái phiếu chính phủ, thực hiện hỗ trợ phí BHYT cho người nghèo, người cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi.

Nhân lực y tế

Số lượng và chất lượng nhân lực y tế tiếp tục được cải thiện. Số bác sĩ trên 1 vạn dân tăng từ 6,59 năm 2009 lên 7,20 năm 2010. Năm 2011, tỷ lệ trạm y tế xã có bác sĩ đạt 72%, tỷ lệ trạm y tế xã có hộ sinh/y sĩ sản nhi đạt trên 95%. Đã ban hành chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề cũng như một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức viên chức các cơ sở y tế công lập.

Chất lượng đào tạo nhân lực y tế được chú trọng hơn thông qua việc thực hiện các nhóm giải pháp được nêu trong Quyết định 579/QĐ-TTg, ngày 19/04/2011, của Thủ tướng Chính phủ, và Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012—2020.

Khó khăn, hạn chế. Việc mở rộng các hình thức đào tạo và đánh giá hiệu quả của các hình thức đào tạo, đặc biệt là hình thức đào tạo nhân lực cho miền núi, vùng sâu, vùng xa, chưa được quan tâm đúng mực. Chưa có hình thức đãi ngộ thích đáng để thu hút và duy trì cán bộ y tế làm việc ở tuyến cơ sở, ở khu vực khó khăn và một số chuyên khoa.

- Hoàn thiện tổ chức mạng lưới KCB, sử dụng hiệu quả nguồn lực của các cấp chăm sóc sức khỏe, nâng cao tính liên tục trong chăm sóc sức khỏe.
- Tăng cường năng lực quản lý chất lượng KCB.

3.2. Quản lý vĩ mô đối với người hành nghề

- Xây dựng và ban hành chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản cho hầu hết các loại hình nhân lực y tế
- Triển khai kiểm định và công nhận chất lượng các chương trình đào tạo nhân lực y tế
- Bổ sung, sửa đổi Thông tư hướng dẫn về đào tạo liên tục
- Phát huy vai trò của các hội nghề nghiệp. Tăng cường nghiên cứu khoa học về chất lượng dịch vụ y tế

3.3. Quản lý vĩ mô đối với dược, trang thiết bị, công nghệ và cơ sở hạ tầng y tế

Lĩnh vực dược, sinh phẩm

- Cải thiện thực hiện các văn bản pháp quy hiện hành.
- Cải thiện công tác kiểm soát chất lượng thuốc.
- Tăng cường giám sát, theo dõi về sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Lĩnh vực trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế

- Các giải pháp cải thiện hệ thống quản lý TTB và cơ sở hạ tầng y tế.
- Các giải pháp hình thành hệ thống kiểm soát TTB y tế cho cả hệ thống bệnh viện và trên thị trường.
- Các giải pháp nâng cao hiệu quả đầu tư TTB y tế, cơ sở hạ tầng.

4. Quản lý chất lượng dịch vụ tại cơ sở khám chữa bệnh

4.1. Xây dựng cơ chế, tổ chức và nguồn lực thực hiện quản lý chất lượng tại bệnh viện

- Xây dựng Chương trình/Kế hoạch/ Đề án tổng thể về cải tiến chất lượng bệnh viện. Lập đề án hỗ trợ thành lập tổ chức chứng nhận chất lượng. Ban hành Thông tư hướng dẫn về quản lý chất lượng tại các bệnh viện. Thí điểm áp dụng phương pháp quản lý và cải tiến chất lượng.
- Đào tạo về quản lý chất lượng cho cán bộ quản lý bệnh viện, quản lý điều dưỡng, cán bộ chuyên trách về kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Xây dựng và cập nhật các hướng dẫn điều trị, hướng dẫn chuyên môn.

- Tiến hành đánh giá hiện trạng và nhu cầu TTB y tế tại cơ sở y tế các tuyến.
- Tăng cường đội ngũ nhân lực cho lĩnh vực trang thiết bị y tế.
- Nâng cao năng lực trong lĩnh vực đánh giá công nghệ y tế.
- Tăng cường năng lực mạng lưới kiểm chuẩn và kiểm định TTB y tế.
- Tăng cường công tác bảo quản, bảo dưỡng và sửa chữa TTB y tế.

2.5. Thông tin y tế

- Hoàn thiện chính sách, kế hoạch phát triển hệ thống thông tin y tế.
- Tăng cường khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng thông tin, số liệu.
- Xây dựng hệ thống theo dõi các vấn đề y tế ưu tiên.
- Từng bước áp dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực thông tin y tế.

2.6. Quản lý, điều hành

- Tiếp tục hoàn chỉnh hệ thống pháp luật về y tế.
- Hoàn thiện và ổn định mô hình tổ chức mạng lưới y tế các tuyến.
- Nâng cao năng lực và hiệu quả theo dõi, giám sát thực hiện chính sách y tế.
- Tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định chính sách, xây dựng và triển khai kế hoạch y tế.
- Tăng cường thanh tra, kiểm tra.
- Tăng cường kết nối mang tính hệ thống giữa các tuyến y tế.
- Khuyến khích lồng ghép, kết nối giữa dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng trong xây dựng gói chăm sóc sức khoẻ cơ bản được thanh toán qua BHYT.
- Triển khai có hiệu quả Chương trình đối thoại chính sách y tế cho Việt Nam do Liên minh Châu Âu và WHO hỗ trợ, nhằm nâng cao năng lực xây dựng và thực hiện kế hoạch và quản lý, điều hành trong lĩnh vực y tế.

3. Quản lý vĩ mô chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh

3.1. Quản lý vĩ mô đối với cơ sở cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh

- Tiến tới thực hiện cấp phép hoạt động có thời hạn cho cơ sở KCB.
- Bổ sung các công cụ/bộ chỉ số đo lường chuyên biệt chất lượng cơ sở KCB.
- Xây dựng cơ chế khuyến khích tham gia chứng nhận chất lượng.

Chất lượng đào tạo chưa tương xứng với trình độ phát triển của kỹ thuật và nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Năng lực thực hành của sinh viên sau khi ra trường còn khá hạn chế. Đào tạo liên tục vẫn chưa được chú trọng. Chưa có hệ thống kiểm định trong các trường đào tạo y khoa. NSNN đầu tư cho đào tạo nhân lực còn rất hạn hẹp. Chưa có kế hoạch dài hạn mang tính tổng thể về đổi mới toàn diện công tác đào tạo nguồn nhân lực y tế.

Dược và trang thiết bị y tế

Sản xuất thuốc trong nước hiện đáp ứng 47% nhu cầu về thuốc của người dân (về giá trị sử dụng). Mạng lưới bán lẻ rộng khắp, với dân số bình quân trên 1 cơ sở bán lẻ thuốc là 2000 người. Nhu cầu sử dụng vắc-xin được đáp ứng từ nguồn sản xuất trong nước và nhập khẩu. Dự thảo danh mục thuốc thiết yếu lần thứ VI đang được hoàn thiện để ban hành. Dự thảo Quy hoạch chi tiết phát triển công nghiệp dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 tầm nhìn 2030 đã hoàn thành, chờ phê duyệt của Thủ tướng.

Phát triển đông dược và dược liệu được đẩy mạnh. Danh mục 40 dược liệu có tiềm năng khai thác và phát triển thị trường đã được Bộ Y tế ban hành. Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Chỉ thị số 03/CT-BYT ngày 24/02/2012 về việc tăng cường quản lý cung ứng, sử dụng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền; đã xây dựng 12 đề án đề triển khai Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020; chỉ đạo tiến hành công tác kiểm tra chất lượng dược liệu tại một số địa phương.

Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Tài chính đang nghiên cứu đề xuất giải pháp hỗ trợ chính sách thuế đối với các doanh nghiệp sản xuất TTB y tế trong nước và quy định việc cấp giấy phép lưu hành và giấy chứng nhận lưu hành tự do (CFS) đối với sản phẩm trang thiết bị y tế sản xuất tại Việt Nam.

Khó khăn, hạn chế. Năng lực sản xuất các thuốc chuyên khoa trong nước còn hạn chế. Đầu thầu thuốc trong các bệnh viện vẫn còn nhiều điểm không phù hợp. Việc kiểm soát nguồn gốc và chất lượng dược liệu và thuốc làm từ dược liệu gặp nhiều khó khăn. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng kháng sinh cao (50% đơn thuốc ngoại trú, tại tuyến huyện lên tới 60%); bán thuốc không có đơn còn phổ biến (40%). Kiểm soát và điều tiết của nhà nước về mua sắm và sử dụng TTB y tế ở các cơ sở y tế công lập còn hạn chế. Việc quản lý giá TTB y tế thiếu các quy định cụ thể. Chưa triển khai được hoạt động đánh giá công nghệ y tế.

Thông tin y tế

Chiến lược thống kê Việt Nam giai đoạn 2011–2020 đã được Thủ tướng Chính phủ ký quyết định ban hành. Bộ Y tế đã khảo sát tình hình nhân lực thống kê y tế và có kế hoạch thực hiện chiến lược phát triển thống kê của ngành y tế. Các chỉ số cơ bản liên quan đến các lĩnh vực như KCB, y tế dự phòng, các chương trình mục tiêu quốc gia, v.v. đã được rà soát, từ đó xây dựng và ban hành hệ thống chỉ số cơ bản ngành y tế. Cục Quản lý KCB đã có văn bản hướng dẫn biểu mẫu thu thập thông tin đối với cơ sở KCB tư nhân. Bộ Y tế hiện đang thu thập khoảng 127 chỉ tiêu, bao gồm:

Chỉ tiêu phản ánh tình hình sức khỏe nhân dân và chỉ tiêu hoạt động của các lĩnh vực y tế. Đã rà soát số sách, biểu mẫu báo cáo của các vụ, cục, chương trình quốc gia và các biểu mẫu tại địa phương đề xuất việc phối hợp, lồng ghép, cung cấp và trao đổi thông tin giữa các bộ phận trong ngành y tế và giữa ngành y tế với các bộ/ngành liên quan. Bộ Y tế đã được Thủ tướng Chính phủ giao nhiệm vụ chủ trì thực hiện các cuộc điều tra thống kê, gồm: Điều tra cơ sở và nhân lực ngành y tế; điều tra HIV/AIDS; điều tra dinh dưỡng; điều tra y tế quốc gia; điều tra nhân khẩu học và sức khỏe.

Hình thức phổ biến thông tin thông thường là xuất bản Niên giám thống kê y tế hằng năm. Thông tin về dịch vụ công, thông tin về sức khỏe được công bố rộng rãi. Báo cáo JAHR hằng năm cũng là một kênh thông tin toàn diện về hệ thống y tế.

Khó khăn, hạn chế. Chưa có kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế. Việc xây dựng cơ sở dữ liệu thông tin y tế ở các cấp còn hạn chế. Bộ dữ liệu cơ bản sử dụng mã quốc tế ICD10 và mã dịch vụ ICD9-CM chưa được triển khai đồng bộ tại cơ sở khám chữa bệnh. Dữ liệu của các chương trình mục tiêu quốc gia và y tế dự phòng thường không sẵn có hoặc ít khi tiếp cận được. Thiếu cơ sở dữ liệu về y tế tư nhân. Chưa có hệ thống phản hồi về chất lượng thông tin y tế.

Quản lý nhà nước

Việc cải thiện năng lực xây dựng chính sách, chiến lược, quy hoạch, kế hoạch đã được quan tâm hơn. Một số văn bản chính sách mang tính định hướng cho sự phát triển và quản lý điều hành của toàn ngành (các quy hoạch, chiến lược, v.v.) đã được ban hành. Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã trình Thủ tướng Chính phủ. Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Nghị định 63/NĐ-CP về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.

Bộ Y tế đã tổ chức một số khóa học nâng cao năng lực quản lý, lập kế hoạch (Flagship course) do Ngân hàng thế giới, Atlantic Philanthropies và Quỹ Rockefeller tài trợ cho cán bộ lãnh đạo, quản lý y tế của Bộ và một số tỉnh. Đã chú trọng tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định chính sách, xây dựng và triển khai kế hoạch y tế: tổ chức các hội thảo, tham vấn các bên liên quan, đăng dự thảo văn bản trên cổng thông tin điện tử của Bộ Y tế...

Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn quốc gia chẩn đoán và điều trị một số bệnh; 44 bộ quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với các sản phẩm thực phẩm. Công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát được tăng cường. Bộ Y tế có Thanh tra chuyên ngành đối với hầu hết các lĩnh vực: dân số, dược, vệ sinh an toàn thực phẩm, y tế dự phòng, khám chữa bệnh, vệ sinh môi trường.

Khó khăn, hạn chế. Chất lượng một số văn bản chính sách, chiến lược còn hạn chế, thiếu nhất quán hoặc có điểm chưa phù hợp với thực tiễn, trong đó có nguyên nhân là hệ thống thông tin y tế yếu kém; năng lực quản lý, lập kế hoạch còn hạn chế, đặc biệt trong giám sát và đánh giá kết quả; phối hợp liên ngành trong xây dựng chính sách chưa thực sự hiệu quả. Quản lý chất lượng dịch vụ y tế còn nhiều bất cập. Chưa thu hút được sự tham gia của các hiệp hội chuyên môn trong việc chuẩn hóa chất lượng chăm sóc y tế. Thiếu sự kết nối mang tính hệ thống giữa các tuyến y tế trong

- Tiếp tục tăng cường đầu tư và thực hiện các Chương trình mục tiêu quốc gia giai đoạn 2012–2015, đặc biệt là các chương trình, dự án liên quan đến mục tiêu giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, suy dinh dưỡng bà mẹ và trẻ em (đặc biệt thể thấp còi) và nước sạch, vệ sinh môi trường nông thôn.

2. Các giải pháp tiếp tục thực hiện các nhiệm vụ trọng tâm của Kế hoạch 5 năm

2.1. Cung ứng dịch vụ y tế

- Hoàn thiện chính sách, cơ chế giám sát và tổ chức thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, y tế dự phòng và các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, tiến đến bao phủ y tế toàn dân.
- Giải quyết tình trạng quá tải, nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh.
- Tăng cường quản lý, đổi mới cơ chế tài chính bệnh viện theo hướng tự chủ, công khai, minh bạch.
- Hoàn thiện chính sách, cơ chế giám sát và tổ chức thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản.

2.2. Tài chính y tế

- Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập.
- Thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân.
- Đảm bảo NSNN cho các chương trình y tế đã được phê duyệt.
- Đổi mới phương thức chi trả dịch vụ khám chữa bệnh.

2.3. Nhân lực y tế

- Củng cố hệ thống thông tin để giúp cho việc lập kế hoạch nguồn nhân lực y tế. Xây dựng các đề án để triển khai thực hiện quy hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế. Xây dựng tiêu chuẩn và quy trình đánh giá nhân lực.
- Nâng cao chất lượng đào tạo và đổi mới chương trình đào tạo.
- Sử dụng, đãi ngộ hợp lý cho cán bộ y tế vùng khó khăn.

2.4. Dược và trang thiết bị y tế

- Hoàn thiện hệ thống văn bản chính sách.
- Bảo đảm giá thuốc chữa bệnh ở mức hợp lý.
- Tăng cường chất lượng thuốc và vắc-xin.
- Tăng cường sử dụng hợp lý kháng sinh.

Phương thức chi trả theo khoán định suất hiện tại chưa có được những yếu tố khuyến khích phù hợp cho chất lượng khi mà tình trạng thâm hụt quỹ còn phổ biến đối với nhiều cơ sở dịch vụ, bệnh viện.

Các vấn đề ưu tiên liên quan chất lượng và phương thức chi trả được xác định cho thời gian tới, bao gồm:

- Chính sách chi trả nhằm khuyến khích nâng cao chất lượng dịch vụ KCB còn nhiều hạn chế.
- Cơ chế tài chính y tế hiện tại chưa thích hợp để tạo động lực làm việc hiệu quả cho đội ngũ cán bộ y tế ở các cơ sở KCB.
- Thiếu các hình thức chi trả đồng bộ và hiệu quả để khuyến khích chất lượng và việc nghiên cứu áp dụng các phương thức chi trả hợp lý còn gặp nhiều khó khăn.
- Công tác quản lý, giám sát chi phí và chất lượng KCB còn hạn chế, chưa đáp ứng được yêu cầu đổi mới cơ chế hoạt động và cơ chế tài chính để nâng cao kết quả hoạt động cũng như chất lượng dịch vụ của hệ thống KCB.

KHUYẾN NGHỊ

1. Các định hướng chính sách chung liên quan đến tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân

1.1. Phòng chống các bệnh không lây nhiễm

- Xây dựng và thực hiện chính sách và kế hoạch quốc gia cho dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm.
- Tăng cường can thiệp nhằm làm giảm các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh của bệnh không lây nhiễm.

1.2. Cải thiện sức khỏe nhân dân ở các vùng khó khăn

- Giải quyết các vấn đề sức khỏe của người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.
- Tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ y tế cơ bản cho người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số.
- Giảm gánh nặng chi phí y tế cho người nghèo và đồng bào dân tộc thiểu số.

1.3. Nâng cao sức khỏe, đối phó với mô hình bệnh tật thay đổi, các bệnh mới nổi

- Tiếp tục ưu tiên đầu tư cho lĩnh vực y tế dự phòng và nâng cao sức khỏe.
- Tăng cường phối hợp liên ngành, liên quốc gia để phát triển và thực hiện chiến lược y tế công cộng toàn diện, đa ngành, dài hạn.

điều trị. Chưa có cơ chế khuyến khích lồng ghép, kết nối giữa dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng. Xã hội hóa còn nhiều vấn đề như tăng chi định xét nghiệm không cần thiết để tận thu cho các dự án xã hội hóa về trang thiết bị chẩn đoán của bệnh viện. Sự phát triển của y tế tư nhân còn nhiều mặt hạn chế. Bộ máy tổ chức và nhân lực cho thanh tra chuyên ngành chưa thực sự đáp ứng nhu cầu. Thiếu hệ thống giám sát mang tính chất dự phòng, nên thanh tra chủ yếu được tiến hành khi vụ việc đã xảy ra.

2.2 Nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế năm 2012

Để thực hiện tốt Nghị quyết số 01/NQ-CP ngày 3/1/2012 của Chính phủ, trong năm 2012 ngành y tế cần hoàn thành tốt các nhiệm vụ chủ yếu sau đây.

- Kiện toàn và củng cố y tế cơ sở, mạng lưới y tế dự phòng và triển khai hiệu quả các chương trình mục tiêu y tế quốc gia, triển khai thực hiện Đề án Phát triển y tế nông thôn và áp dụng Tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011–2020.
- Thực hiện quyết liệt các giải pháp để từng bước giảm quá tải bệnh viện. Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, sử dụng hợp lý thuốc và trang thiết bị kỹ thuật cao, kết hợp y học cổ truyền trong điều trị bệnh. Nghiên cứu, cập nhật và tổ chức thực hiện tốt công tác quy hoạch hệ thống bệnh viện, các cơ sở khám bệnh.
- Tổ chức triển khai thực hiện Nghị định đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập gắn với lộ trình tiến tới BHYT toàn dân; điều chỉnh khung giá viện phí đi đôi với nâng cao chất lượng dịch vụ, nâng mức hỗ trợ cho các nhóm đối tượng tham gia BHYT. Huy động các nguồn lực xã hội tham gia công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.
- Tăng cường đầu tư nâng cấp các cơ sở đào tạo nhân lực y tế công lập và mở rộng các hình thức đào tạo, tiếp tục mở rộng hình thức luân phiên cán bộ từ tuyến trên về tuyến dưới.
- Bảo đảm cung ứng đủ thuốc thiết yếu phục vụ công tác điều trị. Quản lý minh bạch và hiệu quả việc điều chỉnh giá thuốc chữa bệnh.
- Thực hiện đồng bộ các giải pháp để kiểm soát tốc độ tăng dân số hợp lý, giảm mạnh chênh lệch giới tính khi sinh và nâng cao chất lượng dân số.
- Tăng cường giáo dục y đức, đẩy mạnh phong trào Học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh gắn với hoàn thiện các chế độ cho công chức, viên chức ngành y tế.

PHẦN II: NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ KHÁM, CHỮA BỆNH

3. Đánh giá khái quát về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

Dựa vào các yếu tố bảo đảm chất lượng được khuyến cáo cho các nước đang phát triển, JAHR 2012 đã đánh giá khái quát chất lượng dịch vụ KCB ở Việt Nam với những nhận định chính sau đây.

Năng lực kỹ thuật tuy có nhiều tiến bộ, nhưng còn hạn chế ở các cơ sở KCB tuyến dưới. Đây đang là một nguyên nhân của tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến cuối, ở một số chuyên khoa hiện nay.

Tiếp cận dịch vụ. Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của nhân dân được tăng lên rõ rệt thông qua các chính sách bảo hiểm y tế, hỗ trợ khám chữa bệnh cho người nghèo; phát triển mạng lưới y tế cơ sở.

Hiệu quả cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh. Đã có hàng nghìn hướng dẫn quy trình kỹ thuật, hàng trăm hướng dẫn điều trị được ban hành. Tuy vậy, việc cập nhật các hướng dẫn còn hạn chế. Chưa có cơ chế kiểm tra, đánh giá việc tuân thủ hướng dẫn từ các cơ quan đánh giá từ bên ngoài. Tình hình lạm dụng thuốc, lạm dụng kỹ thuật, xét nghiệm còn là vấn đề đáng quan tâm.

Đạo đức nghề nghiệp. Bộ Y tế đã ban hành 12 điều quy định về y đức và quy định về quy tắc ứng xử. Báo chí và dư luận xã hội thường xuyên chỉ trích, phê phán những hiện tượng, sự việc vi phạm y đức và ứng xử kém của nhân viên y tế. Tuy nhiên, chưa có đánh giá về việc thực hiện quyền và nghĩa vụ của người bệnh.

Hiệu suất. Thực trạng quá tải ở tuyến trên, trong đó có nhiều trường hợp có thể chữa trị ở tuyến y tế cơ sở, cùng với tình trạng lạm dụng kỹ thuật và không công nhận kết quả xét nghiệm giữa các bệnh viện, gây tốn kém, lãng phí cho người bệnh và cho xã hội, ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ.

Tính liên tục. Một số dự án thuộc chương trình mục tiêu quốc gia liên quan đến các bệnh không lây nhiễm đã được triển khai, như Dự án mục tiêu phòng chống bệnh đái tháo đường và Dự án mục tiêu phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản tại các tuyến y tế đã kết nối được các tuyến trong chẩn đoán, điều trị, tư vấn và theo dõi người bệnh, tăng cường tính liên tục trong chăm sóc, giảm chi phí kèm theo cho người bệnh và tăng cường năng lực chuyên môn cho tuyến dưới.

Tuy vậy, do bị tác động mạnh bởi cơ chế tự chủ tài chính theo Nghị định 43 và một số thay đổi tổ chức của y tế tuyến huyện, tính liên tục giữa các tuyến và sự phối hợp giữa dự phòng và điều trị đang bị ảnh hưởng. Một số dự án mục tiêu phòng chống bệnh không lây nhiễm được triển khai từ năm 2002, trở thành Chương trình mục tiêu y tế quốc gia từ những năm 2007, 2008, nhưng vẫn ở phạm vi hẹp do nguồn lực còn hạn chế.

An toàn trong y tế đã được đề cập trong nhiều văn bản pháp quy, nhưng chưa có hướng dẫn toàn diện và tổng thể. Việc áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật của WHO mới chỉ thực hiện thí điểm. Ngoài hệ thống theo dõi phản ứng có hại của thuốc, hiện nay chưa có hệ thống báo cáo sai sót, sự cố tự nguyện hoạt động hiệu quả. Chưa có chương trình đào tạo liên tục về an toàn người bệnh.

7. Phương thức chi trả và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh

Đổi mới cơ chế tài chính

Qua quá trình đổi mới cơ chế tài chính y tế, các cơ sở cung ứng dịch vụ công lập không còn đồng thời cung cấp dịch vụ và chi trả cho dịch vụ. Đây là điều kiện quan trọng để từ đó các hình thức khuyến khích có thể được bên chi trả (cơ quan BHYT) áp dụng cho các hợp đồng với bên cung ứng dịch vụ.

Còn thiếu các quy định cụ thể về đo lường, quản lý, giám sát, đánh giá và chi trả cho chất lượng dịch vụ. Phương thức phân bổ ngân sách cho các cơ sở KCB công lập chủ yếu vẫn dựa vào các yếu tố đầu vào, theo mục ngân sách.

Công tác quản lý và giám sát chi phí và chất lượng dịch vụ KCB bệnh viện của bên chi trả (BHYT) còn nhiều hạn chế, cả về cán bộ, kỹ thuật và hệ thống thông tin hỗ trợ.

Chế độ đãi ngộ cho cán bộ, viên chức y tế

Các chính sách phụ cấp, trợ cấp đối với cán bộ, viên chức y tế ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn và chính sách tự chủ về tài chính đã đáp ứng tốt hơn yêu cầu khắc phục dần *tình bình quân* trong chế độ thù lao, góp phần khuyến khích hiệu suất làm việc của cán bộ y tế.

Cơ chế tạo thu nhập tăng thêm hiện nay chưa khuyến khích đội ngũ cán bộ y tế ở các cơ sở KCB làm việc hiệu quả, hướng đến chất lượng. Các hình thức “góp vốn – chia lãi” và thu phí trực tiếp từ dịch vụ để tạo thu nhập tăng thêm của nhân viên y tế ở các cơ sở KCB đang góp phần thúc đẩy cung ứng dịch vụ quá mức, đi ngược lại tiêu chí quan trọng của chất lượng dịch vụ y tế là bảo đảm hiệu suất sử dụng nguồn lực và đem lại chi phí – hiệu quả cao.

Cơ chế tài chính y tế hiện nay chưa tạo động lực làm việc hiệu quả cho đội ngũ cán bộ y tế trên một số phương diện cơ bản. Tiền công cho cán bộ y tế quá thấp so với công việc đòi hỏi tay nghề cao và có nhiều nguy hiểm, rủi ro. Phụ cấp và các chế độ khuyến khích của Nhà nước mặc dù đã được cải thiện, song đang bị phần thu nhập tăng thêm thông qua cơ chế “xã hội hóa” làm lu mờ, giảm tác dụng khuyến khích.

Đổi mới mức và phương thức chi trả

Những nỗ lực điều chỉnh mức giá dịch vụ theo hướng khuyến khích KCB theo phân tuyến kỹ thuật phù hợp được hy vọng sẽ giúp cho cơ sở cung ứng dịch vụ có điều kiện tốt hơn để nâng cao chất lượng KCB. Kết quả ban đầu áp dụng các hình thức chi trả theo định suất và chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh có thể được coi là tiền đề cho việc triển khai các phương thức chi trả trên cơ sở kết quả và chất lượng dịch vụ.

Tương quan giữa mức phí và chi phí dịch vụ chưa thỏa đáng. Khi mức phí và chi phí thực tế của bệnh viện chưa được hạch toán, phân định rõ ràng, thì các vấn đề liên quan đến chi trả cho chất lượng dịch vụ chưa thể được giải quyết một cách hiệu quả.

đơn vị sự nghiệp y tế; Quyền và nghĩa vụ của người bệnh đã được quy định trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2009).

Các cơ chế tạo điều kiện cho người bệnh tham gia đánh giá về các dịch vụ y tế

Thông tin phản hồi của người bệnh trong các bệnh viện có thể được thực hiện thông qua Hội đồng người bệnh, hoặc qua đường dây nóng mà các bệnh viện đã công bố; qua hộp thư góp ý. Theo quy định, các bệnh viện phải thực hiện điều tra đánh giá về mức độ hài lòng của người bệnh đối với thái độ phục vụ, thời gian chờ đợi, thủ tục hành chính, hướng dẫn sử dụng thuốc.

Mặc dù đã nhiều quy định, nhưng còn thiếu cơ chế giám sát có hiệu quả việc thực hiện. Việc theo dõi, tổng hợp các thông tin phản hồi và sử dụng trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ chưa được đánh giá.

Giám sát, thu thập và đo lường các thông tin, trải nghiệm về dịch vụ từ phía người bệnh

Hệ thống thông tin quản lý ở các bệnh viện hiện nay tập trung vào quản lý tài chính và nhân sự, thiếu thông tin ở cấp người bệnh. Chưa có nghiên cứu về quy trình thu thập và xử lý báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR). Ngoài thống kê về phản ứng có hại của thuốc, cũng có các quy định về báo cáo tử vong tại bệnh viện, tai biến truyền máu, tai biến phẫu thuật, tai biến thủ thuật và tai biến khác. Tuy nhiên, thông tin chưa đầy đủ và ít được sử dụng để rút kinh nghiệm và cải thiện an toàn cho người bệnh.

Thông tin về chất lượng dịch vụ để người bệnh lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ

Việt Nam chưa có quy định cụ thể về đánh giá và công bố chất lượng của cơ sở y tế. Trong khi đó báo chí (gồm cả đài phát thanh, truyền hình) có thể quảng cáo cho các cơ sở KCB mà không cần có chứng nhận chất lượng, đôi khi gây hiểu nhầm cho người dân.

Các vấn đề ưu tiên trong việc phát huy vai trò của cộng đồng và của người bệnh trong cải thiện chất lượng dịch vụ đã được xác định, bao gồm:

- Chưa thực hiện tốt quyền của người bệnh được thông tin đầy đủ về bệnh tật, về an toàn, về phương pháp điều trị.
- Cơ chế thu thập thông tin phản hồi của người bệnh hoạt động chưa hiệu quả.
- Thông tin phản hồi từ người bệnh chưa được phân tích đầy đủ và sử dụng để cải thiện chất lượng dịch vụ.
- Thông tin về chất lượng của cơ sở KCB chưa được công bố rộng rãi làm căn cứ để người bệnh có thể lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ.

Tiện nghi cho người bệnh. Tiện nghi cho người bệnh khi đi KCB tại bệnh viện chưa được chú trọng, nhất là ở các bệnh viện công lập. Tiện nghi của buồng bệnh và các điều kiện vệ sinh ở nhiều bệnh viện chưa đầy đủ, ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ người bệnh.

4. Quản lý vĩ mô chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh

Điều tiết và đánh giá chất lượng từ bên ngoài, hay *quản lý chất lượng vĩ mô*, một trong bốn nhóm giải pháp đặc thù nhằm đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế, bao gồm việc ban hành khung pháp lý, tiêu chuẩn, hướng dẫn chuyên môn và kiểm tra, đánh giá việc thực hiện từ phía các cơ quan quản lý nhà nước, các tổ chức phi chính phủ liên quan đối với ba nhóm yếu tố đầu vào của chất lượng dịch vụ, đó là: (i) các tổ chức/cơ sở cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh; (ii) cán bộ chuyên môn/người hành nghề cung ứng dịch vụ y tế và việc đào tạo họ; (iii) được, trang thiết bị, công nghệ và cơ sở hạ tầng y tế.

Khung pháp lý để quản lý, điều tiết vĩ mô đối với chất lượng dịch vụ KCB đang được hình thành. Luật Khám bệnh, chữa bệnh (2009), lần đầu tiên đưa ra những quy định về đảm bảo chất lượng hoàn toàn mới ở Việt Nam, bao gồm các quy định về điều kiện đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở KCB; quy định chuyên môn kỹ thuật trong KCB; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong KCB; sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong KCB; điều kiện bảo đảm công tác KCB. Chính phủ đã ban hành Nghị định số 87/2011/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

4.1. Quản lý vĩ mô đối với các tổ chức/cơ sở cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh

Cấp giấy phép hoạt động (licensing)

Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật cho việc cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở KCB đã được ban hành. Tuy nhiên, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật chưa đề cập tới thời hạn của giấy phép. Một hạn chế khác là bộ Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về các cơ sở KCB chưa được ban hành. Việc bảo đảm tính nghiêm túc, minh bạch, phòng ngừa nguy cơ cấp phép theo kiểu hình thức, gây lãng phí công sức và thời gian, cũng cần được đặt ra trong quá trình thực hiện.

Quy chuẩn kỹ thuật đối với các loại dịch vụ có nguy cơ cao đối với sức khỏe

An toàn bức xạ trong y tế. Các quy định pháp lý liên quan đến an toàn bức xạ trong y tế đã được ban hành khá đầy đủ. Tuy nhiên, công tác giám sát và thực thi các quy định pháp lý về an toàn bức xạ trong y tế còn nhiều hạn chế.

Quản lý chất thải và an toàn môi trường trong các cơ sở y tế. Khung pháp lý để quản lý chất thải và an toàn môi trường trong các cơ sở y tế khá đầy đủ. Bộ Y tế đã thành lập Cục Quản lý Môi trường y tế. Công tác quản lý chất thải bệnh viện được Bộ Y tế, Sở Y tế, liên ngành Y tế - Môi trường - Công an kiểm tra đánh giá hàng năm.

Thực trạng quản lý chất thải và an toàn môi trường y tế còn nhiều bất cập. Mới có 50% bệnh viện bảo đảm phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải rắn đúng quy định. 35% bệnh viện có lò đốt chất thải y tế, nhưng công suất và công nghệ vận hành chưa hợp lý.

Đánh giá và chứng nhận chất lượng (accreditation)

Đánh giá và chứng nhận chất lượng là giải pháp khuyến khích các cơ sở KCB duy trì và nâng cao chất lượng dịch vụ KCB. Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã quy định những nội dung liên quan đến lĩnh vực “Chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”; “Các tổ chức chứng nhận chất lượng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

Tuy nhiên, hoạt động đánh giá và chứng nhận chất lượng đối với cơ sở KCB chưa được triển khai thực hiện, chủ yếu là do thiếu tiêu chuẩn quản lý chất lượng; thiếu tổ chức chứng nhận chất lượng; thiếu yếu tố khuyến khích các cơ sở KCB đăng ký đánh giá và công nhận chất lượng.

Đo lường chất lượng và chỉ số đánh giá chất lượng cơ sở KCB

Đã thực hiện việc đánh giá chất lượng các bệnh viện toàn quốc hằng năm, thông qua việc sử dụng *Bảng kiểm tra bệnh viện*. Bộ Y tế đã có quy định về sử dụng bảng phân loại bệnh quốc tế và một số bệnh viện đã sử dụng bảng mã phân loại bệnh quốc tế ICD cho người bệnh nội trú. Quản lý bệnh án điện tử và kê đơn thuốc trên máy tính cũng được thực hiện tại một số bệnh viện.

Đánh giá bệnh viện định kỳ hằng năm ở nước ta theo *bảng kiểm tra bệnh viện* tuy có nhiều tác dụng tốt, nhưng chưa phải là phương pháp đánh giá chuyên sâu về chất lượng KCB. Những tính chất cơ bản của chất lượng KCB, như tính hiệu quả, tính hiệu suất, an toàn, công bằng, tiếp cận, lấy người bệnh là trung tâm, chăm sóc liên tục... chưa được nhìn nhận đầy đủ khi xây dựng công cụ đánh giá chất lượng cơ sở KCB. Phân loại bệnh quốc tế ICD mới được sử dụng trong phạm vi hẹp và chưa được quan tâm thích đáng, thiếu sự kiểm tra, giám sát trong nội bộ cũng như từ phía cơ quan quản lý.

Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB

Luật và các văn bản dưới Luật không quy định về thiết kế của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB. Luật Khám bệnh, chữa bệnh có đưa ra các hình thức tổ chức của cơ sở KCB, nhưng không quy định mối quan hệ giữa các hình thức tổ chức này trong mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB, trong khi các văn bản dưới Luật chưa làm rõ các mối quan hệ này. Hiện còn thiếu các quy định về đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc y tế; về việc quản lý, chia sẻ thông tin về chăm sóc, điều trị người bệnh giữa các tuyến điều trị. Quy định về tổ chức mạng lưới y tế cơ sở tách hệ thống chăm sóc sức khoẻ ở địa bàn huyện thành bệnh viện đa khoa huyện và trung tâm y tế, trong đó trạm y tế xã trực thuộc trung tâm y tế, đã làm mất đi ưu thế lồng ghép giữa dự phòng và điều trị trong mô hình một trung tâm y tế tuyến huyện được tổ chức trước đây.

an toàn cho người bệnh, nhưng các cơ sở y tế thường nặng về quy trách nhiệm cá nhân, chưa nhìn nhận từ góc độ hệ thống.

Hầu hết các cơ sở KCB đã sử dụng các phần mềm ứng dụng trong quản lý, như: quản lý nhân sự, vật tư, tài chính, quản lý công văn. Tuy nhiên ít cơ sở áp dụng phần mềm trong quản lý chuyên môn, lâm sàng. Việc đầu tư cho công nghệ thông tin y tế còn manh mún, dàn trải; thiết kế tổng thể ứng dụng công nghệ thông tin của các cơ sở y tế còn thiếu hoặc chất lượng không cao.

Cải cách hành chính ở bệnh viện đã góp phần cải cách thủ tục, giảm phiền hà trong tiếp đón và phục vụ người bệnh. Tuy nhiên, cải cách hành chính ở các bệnh viện vẫn chưa thực sự triển khai một cách đồng bộ, vẫn còn nhiều thủ tục hành chính gây phiền hà.

Xây dựng các tổ chức quản lý chất lượng dịch vụ trong bệnh viện

Tại các bệnh viện hiện nay có một số hội đồng, như Hội đồng thuốc và điều trị, Hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn và Hội đồng Điều dưỡng. Tuy nhiên, chưa có tổ chức nào chính thức đảm nhiệm các vấn đề an toàn người bệnh, triển khai các phương pháp chất lượng trong bệnh viện. Một số ít bệnh viện đã thành lập Hội đồng quản lý chất lượng, Phòng quản lý chất lượng, Đơn vị quản lý nguy cơ, nhưng chưa có quy định pháp lý cho các tổ chức này.

Các vấn đề ưu tiên trong quản lý chất lượng dịch vụ KCB tại cơ sở khám chữa bệnh đã được xác định, bao gồm:

- Cơ chế, tổ chức và nguồn lực thực hiện quản lý chất lượng tại bệnh viện chưa hoàn chỉnh.
- Ứng dụng công nghệ thông tin còn chậm và chưa đạt kết quả mong muốn.
- Hệ thống thông tin trong bệnh viện chưa phục vụ hiệu quả quản lý chất lượng. Chưa có hệ thống báo cáo sai sót. Chưa có hệ thống giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện. Thiếu cơ chế giám sát kê đơn thuốc. Chưa có bộ tiêu chuẩn để đo lường cải tiến chất lượng.
- Các quy định, phương pháp quản lý chất lượng chưa được thực hiện đầy đủ.

6. Phát huy vai trò của cộng đồng và của người bệnh trong cải thiện chất lượng dịch vụ

Các quy định về quyền và trách nhiệm của người bệnh

Đã có một số quy định vai trò và phương thức cho người bệnh và cộng đồng tham gia vào cải thiện chất lượng dịch vụ y tế, như Quy chế bệnh viện (1997); Công văn 4969/YT-ĐTTr (2004) chỉ đạo thiết lập đường dây nóng trong bệnh viện; Quy chế giải quyết khiếu nại trong lĩnh vực y tế, quy định thăm dò sự hài lòng của người bệnh trong kiểm tra bệnh viện hằng năm; Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các

nơi chất lượng kém, nhanh xuống cấp, chưa đáp ứng được các yêu cầu kỹ thuật. Chưa có chiến lược phát triển TTB và cơ sở hạ tầng dựa trên các bằng chứng khoa học.

Các vấn đề ưu tiên trong quản lý, điều tiết vĩ mô đối với dược, TTB và cơ sở hạ tầng y tế được xác định, bao gồm:

- Chưa triển khai và giám sát thực hiện tốt các văn bản pháp quy về quản lý chất lượng thuốc, quản lý sản xuất và kinh doanh dược phẩm.
- Tình trạng thuốc giả, kém chất lượng lưu thông.
- Giám sát, theo dõi về sử dụng thuốc an toàn hợp lý chưa hiệu quả.
- Hệ thống quản lý TTB y tế và cơ sở hạ tầng y tế trên thị trường và tại các cơ sở y tế còn thiếu văn bản quy phạm pháp luật như luật và chiến lược về TTB y tế
- Chưa thực hiện đánh giá công nghệ y tế toàn diện và thiếu cơ sở dữ liệu về TTB y tế và cơ sở hạ tầng y tế.

5. Quản lý chất lượng dịch vụ tại cơ sở khám chữa bệnh

Quản lý chất lượng dịch vụ KCB tại cơ sở khám chữa bệnh, hay quản lý chất lượng tại chỗ (local quality management), được đánh giá như sau.

Tuân thủ các quy định và hướng dẫn về an toàn, chăm sóc người bệnh

Báo cáo đã đánh giá việc tuân thủ các quy định và hướng dẫn về *an toàn phẫu thuật; an toàn truyền máu; an toàn tiêm, truyền; an toàn sử dụng thuốc; kiểm soát nhiễm khuẩn* trong bệnh viện và cơ sở y tế; *chất lượng Labo và xét nghiệm*; thực hiện *quy tắc ứng xử và đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề y*; công tác *điều dưỡng; chăm sóc dinh dưỡng* tại bệnh viện.

Áp dụng các phương pháp và công cụ quản lý và cải thiện chất lượng

Đã có một số bệnh viện áp dụng các phương pháp cải thiện chất lượng, như mô hình quản lý chất lượng đồng bộ (TQM), chu trình PDCA (Plan-Do-Check-Act), ISO 9001. Theo điều tra năm 2012 37,7% bệnh viện có nhân viên phụ trách về quản lý chất lượng; và một số bệnh viện đã có đơn vị quản lý chất lượng; nhưng rất ít bệnh viện có nhân viên chuyên trách làm việc toàn thời gian. Từ lâu, ngành y tế đã có những hoạt động nhằm nâng cao tinh thần trách nhiệm của người thầy thuốc và các cơ sở KCB, dựa trên việc đề cao các giá trị văn hóa, đạo đức, như các cuộc vận động thực hiện 12 điều y đức; thực hiện “Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế”, đẩy lùi các tiêu cực, góp phần nâng cao chất lượng KCB. Tuy nhiên, sự thiếu thống nhất hoặc sai lệch trong quan niệm về các giá trị chất lượng đang là một trở ngại cho việc xây dựng văn hoá chất lượng đích thực trong bệnh viện. Những động cơ vì lợi ích trước mắt cũng phần nào làm cho một số cơ sở KCB chưa đặt mục tiêu chất lượng lên hàng đầu. “Văn hóa học tập từ sai sót” cũng là một cách đảm bảo

Tính hệ thống của mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB hiện đang bị suy giảm nghiêm trọng: người bệnh bỏ qua các cơ sở KCB tuyến dưới để KCB thông thường ở tuyến trên. Một số cơ sở KCB tuyến dưới đã đầu tư các kỹ thuật của tuyến trên. Ngược lại, không ít bệnh viện tuyến trên sử dụng nguồn nhân lực chuyên khoa sâu và trang thiết bị hiện đại để khám và chữa các bệnh thông thường. Cả hai xu hướng đều dẫn tới lãng phí nguồn lực, giảm chất lượng KCB, đồng thời góp phần tạo ra sự quá tải ở tuyến trên.

Các vấn đề ưu tiên trong quản lý, điều tiết vĩ mô đối với các tổ chức/ cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, bao gồm:

- Cấp phép hoạt động không thời hạn cho cơ sở KCB
- Thiếu công cụ/bộ chỉ số đo lường chuyên biệt chất lượng cơ sở KCB
- Thiếu cơ chế khuyến khích tham gia chứng nhận chất lượng
- Chất lượng KCB bị ảnh hưởng tiêu cực do quá tải ở tuyến trên và do mất tính liên tục trong CSSK
- Hạn chế trong công tác theo dõi, giám sát đảm bảo chất lượng KCB

4.2. Quản lý vĩ mô đối với người hành nghề y tế

Công tác quản lý, điều tiết vĩ mô để bảo đảm cho đội ngũ đông đảo cán bộ y tế có đủ năng lực chuyên môn và các chuẩn mực nghề nghiệp và xã hội, nhằm bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB, được đánh giá khái quát như sau.

Ban hành các quy định, tiêu chuẩn về trình độ chuyên môn của người hành nghề y tế.

Tiêu chuẩn nghiệp vụ ngành công chức ngành y tế, bao gồm các ngạch công chức cho bác sĩ, y sĩ, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, kỹ thuật viên y, dược sĩ, kỹ thuật viên dược, dược tá, nhân viên y tế, y công, lương y đã được ban hành. Những năm gần đây, tiêu chuẩn nghiệp vụ một số chuyên ngành đã được xây dựng lại, xây dựng mới (điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y học và y tế công cộng). Quy chế bệnh viện không quy định về tiêu chuẩn nghiệp vụ, nhưng có đề cập tới nhiệm vụ của cán bộ của từng loại khoa phòng của bệnh viện.

Các tiêu chuẩn nghiệp vụ một số ngạch viên chức như bác sĩ, dược sĩ, y sĩ được xây dựng từ năm 1993 không còn phù hợp. Các cơ sở y tế chưa xây dựng bản mô tả nhiệm vụ cụ thể cho các vị trí việc làm. Việc thi tuyển dụng và nâng ngạch bậc mang tính lý thuyết, chưa có nội dung thực hành. Các bệnh viện chưa tiến hành đánh giá thường xuyên về chuyên môn, nghiệp vụ. Công tác kiểm tra bệnh viện do Bộ Y tế quy định không có nội dung nào liên quan đến đánh giá chuyên môn của nhân viên y tế.

Đào tạo liên tục và kiểm tra, đánh giá chuyên môn. Thông tư 07/2008/TT-BYT của Bộ Y tế đã quy định học tập liên tục của cán bộ y tế. Luật Khám bệnh, chữa bệnh

đã có một số điểm liên quan đến quy định đào tạo, đào tạo lại và cập nhật kiến thức y khoa liên tục.

Tuy nhiên, các quy định về đào tạo sau tốt nghiệp và đào tạo liên tục cho cán bộ y tế chưa đầy đủ. Nhiều cơ sở KCB tuyến tỉnh, huyện chưa đủ điều kiện để làm nơi học tập, phát triển nghề nghiệp cho nhân viên y tế.

Quản lý phát triển nhân lực y tế. Bộ trưởng Bộ Y tế đã phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực y tế, trong đó có các giải pháp quản lý nhà nước, cải thiện các chế độ sử dụng, duy trì nhân lực y tế, nâng cao năng lực cho các cơ sở đào tạo. Các quy định về công tác tuyển dụng, sử dụng nhân lực y tế, phụ cấp nghề nghiệp, chế độ ưu đãi cho nhân lực của các lĩnh vực khó khăn và vùng khó khăn.

Dù các quy định về y đức cho nhân viên y tế đã được ban hành, song giữa quy định và thực hành còn có một khoảng cách. Chưa có cơ chế mang tính hỗ trợ tích cực để cho nhân viên y tế có thể học hỏi, rút kinh nghiệm qua các sai sót.

Quy định về kiểm định và công nhận chất lượng (accreditation) chung cho tất cả các loại trường đại học, cao đẳng, trung cấp đã được ban hành và triển khai. Nhưng chưa thực hiện kiểm định chất lượng các chương trình đào tạo nhân lực y tế. Chất lượng đào tạo đang có nhiều vấn đề do số lượng sinh viên tăng lên trong khi số bệnh viện thực hành và đội ngũ giáo viên tăng không đáng kể, chương trình đào tạo ít được đổi mới.

Các vấn đề ưu tiên trong quản lý, điều tiết vĩ mô đối với người hành nghề y tế, bao gồm:

- Chưa có chuẩn năng lực nghề nghiệp cơ bản cho hầu hết các loại hình nhân lực y tế.
- Chưa có hệ thống kiểm định chất lượng các chương trình đào tạo khối ngành sức khỏe.
- Công tác đào tạo liên tục còn nhiều hạn chế.
- Chất lượng nhân lực y tế (đặc biệt là bác sĩ) của tuyến dưới còn rất thấp.
- Ít có sự tham gia của các hội nghề nghiệp vào công tác đảm bảo chất lượng nhân lực y tế.

4.3. Quản lý vĩ mô đối với dược, trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế

Lĩnh vực dược, sinh phẩm

Ngành y tế đã có một hệ thống văn bản pháp quy bao phủ hầu hết các vấn đề trong quản lý dược, sinh phẩm y tế. Luật Dược được ban hành năm 2005 đang được nghiên cứu đề nghị Quốc hội chỉnh sửa. Đã ban hành các quy định về thực hành tốt phân phối thuốc, thực hành tốt bảo quản thuốc, hướng dẫn sản xuất gia công thuốc, hướng dẫn hoạt động xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và bao bì tiếp xúc trực tiếp với

thuốc. Đã có nhiều quy định về quản lý giá thuốc, quản lý chất lượng thuốc và sử dụng thuốc.

Khó khăn, hạn chế chủ yếu là chưa thực hiện tốt công tác triển khai và giám sát thực hiện các văn bản pháp quy về quản lý chất lượng thuốc, quản lý sản xuất và kinh doanh dược phẩm, v.v. còn nhiều hạn chế.

Lực lượng thanh tra, kiểm tra về chất lượng thuốc rất mỏng. Vẫn còn thuốc giả, kém chất lượng lưu thông và đến tay người tiêu dùng. Chưa có tổ chức liên bộ thực hiện kiểm soát thuốc giả, kém chất lượng. Kiểm tra chất lượng các thuốc đông y, gia truyền chưa được chặt chẽ. Hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong việc giám sát sử dụng thuốc trong các bệnh viện còn hạn chế. Chương trình giám sát sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh chưa hoạt động do không có kinh phí. Nhân lực dược chưa đáp ứng được nhu cầu của mạng lưới lưu thông phân phối thuốc. Thiếu nguồn lực cho hoạt động an toàn truyền máu.

Lĩnh vực trang thiết bị và cơ sở hạ tầng y tế

Danh mục Tiêu chuẩn ngành và Tiêu chuẩn Quốc gia của Việt Nam về Thiết bị y tế đã được ban hành, đáp ứng yêu cầu của sản xuất, kinh doanh, đầu tư khai thác sử dụng và quản lý. Danh mục TTB y tế thiết yếu phục vụ dự án xây dựng cải tạo nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện, phòng khám đa khoa khu vực đã được xây dựng và ban hành.

Ba trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học đặt tại Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh đã được thành lập.

Các tiêu chuẩn ngành, tiêu chuẩn Việt Nam về cơ sở hạ tầng y tế và quy trình quản lý các dự án đầu tư xây dựng công trình y tế sử dụng ngân sách nhà nước đã được ban hành.

Khó khăn, bất cập. Hệ thống văn bản pháp quy TTB và cơ sở hạ tầng y tế chưa hoàn chỉnh. Chưa có tổ chức làm nhiệm vụ quản lý/điều tiết về TTB và công trình y tế ở các sở y tế. Nhiều bệnh viện tỉnh chưa có phòng quản lý vật tư – thiết bị y tế. Chưa có sự phối hợp chặt chẽ của cơ quan quản lý chuyên môn như Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Cục Y tế dự phòng trong quản lý TTB y tế ở cấp vĩ mô. Hiệu quả đầu tư, sử dụng TTB và cơ sở hạ tầng y tế còn thấp và chưa được đánh giá, theo dõi một cách hệ thống. Hình thức liên doanh, liên kết đầu tư TTB tại bệnh viện có thể dẫn tới lạm dụng dịch vụ nếu không có cơ chế kiểm soát tốt. Một số cơ sở y tế được đầu tư thiết bị hiện đại, nhưng không có người sử dụng và bảo quản, hoặc không sử dụng hết các tính năng của thiết bị. Chưa có số liệu theo dõi, đánh giá việc thực hiện các tiêu chuẩn ngành và tiêu chuẩn Việt Nam về TTB y tế và cơ sở hạ tầng y tế.

Trang thiết bị y tế tại các bệnh viện huyện mới còn thiếu, chỉ đạt 30–50%, có huyện chỉ đạt 20% so với danh mục của Bộ Y tế. Hầu hết TTB y tế đang sử dụng tại các cơ sở y tế chưa được định kỳ kiểm chuẩn, bảo dưỡng và sửa chữa. Hiệu quả ứng dụng công nghệ y tế chưa được đánh giá một cách khoa học. Cơ sở hạ tầng ở nhiều