

**Dự án Phát triển Nông thôn Quảng Điền
(VIE/023)**

BÁO CÁO

**Nghiên cứu ban đầu về y tế cộng đồng tại
huyện Quảng Điền, tỉnh Thừa Thiên Huế**

**Trần Thị Thu Hương
Trần Thị Thu Hà
Kate Groves
Nguyễn Trung Kiên**

Tháng 12 - 2007

mục lục.....	2
các từ viết tắt.....	3
lời cảm ơn.....	4
1 giới thiệu.....	5
2 thiết kế nghiên cứu	6
2.1 mục tiêu nghiên cứu	6
2.2 phương pháp nghiên cứu	6
2.2.1 tổng quan các tài liệu sẵn có	6
2.2.2 đánh giá tại thực địa	6
2.2.3 khống chế sai số.....	8
2.2.4 hạn chế của nghiên cứu	9
3 kết quả nghiên cứu	10
3.1 các vấn đề y tế cộng đồng đáng quan tâm.....	10
3.2 quy mô và mức độ bao phủ của các dịch vụ	11
3.2.1 chương trình quốc tế.....	11
3.2.2 chương trình và dự án quốc gia.....	11
3.3 tính sẵn có và chất lượng dịch vụ y tế.....	12
3.3.1 hệ thống y tế tại việt nam.....	12
3.3.2 hệ thống y tế huyện quảng điền	16
3.3.3 dịch vụ y tế tại ttyp huyện quảng điền	17
3.3.4 trạm y tế xã	22
3.3.5 y tế thôn bản	23
3.4 sự lồng ghép với kế hoạch phát triển chung của huyện.....	25
4 khuyến nghị.....	27
4.1 trung tâm y tế huyện.....	27
4.2 tuyến xã và thôn: các nhu cầu chung	27

Các từ viết tắt

BGD	Ban Giám đốc
BQLDA	Ban Quản lý Dự án
CTV	Cộng tác viên
DAPTNTQĐ	Dự án Phát triển Nông thôn huyện Quảng Điền
HPN	Hội Phụ nữ
MTTQ	Mặt trận Tổ quốc
NKHH	Nhiễm khuẩn hô hấp
RTCCD	Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng
TYT	Trạm Y tế xã
TTYT	Trung tâm Y tế huyện
UBND	Ủy ban Nhân dân
VSMT	Vệ sinh môi trường
TTYTDP	Trung tâm Y tế Dự phòng

Nhóm đánh giá xin đặc biệt cảm ơn các cá nhân sau đây đã hỗ trợ cho cuộc đánh giá được thực hiện thành công: ông Nguyễn Thành – Giám đốc BQL dự án Phát triển Nông thôn Quảng Điền, ông Hồ Ngọc Anh Tuấn – Phó giám đốc BQL, ông Guenther Meyer – Cố vấn trưởng dự án và bà Đoàn Diễm Tiên đã tạo điều kiện thuận lợi cho công tác tổ chức đợt đánh giá và góp ý báo cáo. Chúng tôi chân thành cảm ơn các cán bộ BQL dự án huyện và cán bộ văn phòng dự án tại Quảng Điền đã nhiệt tình chuẩn bị chu đáo cho đợt điều tra. Xin cảm ơn cán bộ ngành y tế và các ban ngành đoàn thể các cấp huyện và xã, nhóm cán bộ y tế thôn bản đã sẵn sàng chia sẻ quan điểm và nhận xét với đoàn đánh giá.

Chúng tôi cũng cảm ơn người dân tại 3 xã Quảng Vinh, Quảng Công và Quảng Thành, người dân sử dụng dịch vụ y tế tại trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã đã nhiệt tình và chia sẻ cởi mở những quan điểm cá nhân, kinh nghiệm họ đã trải qua khi sử dụng dịch vụ.

Cuối cùng, nhóm đánh giá cảm ơn sự trợ giúp của một số cán bộ trung tâm RTCCD trong việc chuẩn bị cho đợt đánh giá, biên soạn và in ấn bản báo cáo này.

Trưởng nhóm

ThS. Trần Thị Thu Hương

Tháng 10 năm 2005, Bộ Ngoại giao Luxembourg đã uỷ thác cho Cơ quan hợp tác Phát triển Luxembourg (Lux – Development) chuẩn bị thiết lập một dự án Phát triển Nông thôn (DAPTNTQĐ) tại huyện Quảng điền căn cứ vào ba vấn đề chính:

- Sự liên quan và tham gia của chính quyền địa phương.
- Sự cần thiết phải phối hợp và thông qua các đơn vị cung cấp dịch vụ và các cơ quan/ tổ chức hiện có ở địa phương.
- Yêu cầu về xây dựng năng lực cho địa phương.

DAPTNTQĐ đã được ký kết giữa giữa Chính phủ nước Cộng Hoà Xã hội Chủ Nghĩa Việt nam và Chính phủ Đại Công quốc Luxembourg ngày 22 tháng 06 năm 2007. Dự án sẽ được triển khai từ 1/07/2007 đến 01/07/2011 tại huyện Quảng điền, tỉnh Thừa thiên Huế.

Tổng ngân sách của dự án là 4,750,000 EUR trong đó chính phủ Đại Công quốc Luxembourg tài trợ 4,000,000 EUR và chính phủ Việt nam đóng góp 750,000 EUR.

Mục tiêu tổng thể của dự án là nhằm đạt được những xu hướng giảm nghèo và phát triển kinh tế xã hội ở huyện Quảng điền.

Mục tiêu cụ thể gồm có:

- (1) Củng cố năng lực quản lý địa phương và
- (2) Hỗ trợ hạ tầng xã hội và hạ tầng kỹ thuật bao gồm cả việc cung cấp các dịch vụ liên quan.

Nhiệm vụ 5 trong dự án tập trung vào hỗ trợ kiểm soát tỉ lệ sinh, chăm sóc sức khỏe sinh sản và giáo dục học đường với tổng kinh phí thực hiện là 200,000 EUR.

Các hoạt động liên quan đến việc kiểm soát tỉ lệ sinh sẽ tập trung vào việc tạo điều kiện cho nữ thanh niên nghèo và gia đình họ các động cơ nhằm khuyến khích các em tiếp tục đi học và tìm việc làm. Qua đó sẽ tăng độ tuổi kết hôn. Các hoạt động này sẽ phối hợp với Hội Phụ nữ, Đoàn thanh niên và các trường học.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản nhằm vào việc hỗ trợ phụ nữ mang thai và gia đình họ có quyết định tốt nhất thông qua việc sàng lọc, phát hiện và xử lý những dị tật bẩm sinh thai nhi. Dự kiến sẽ thực hiện nghiên cứu xác định nhu cầu của các đơn vị khám chữa bệnh để hỗ trợ, gồm cả hỗ trợ về thiết bị (ví dụ như một cơ sở y tế di động).

Hoạt động giáo dục học đường nhằm tạo ra động cơ để khuyến khích việc đào tạo và chăm sóc cho trẻ em nghèo thông qua các hỗ trợ về vật chất và phương tiện dạy và học ở các cơ sở chăm sóc và nhà trẻ, hỗ trợ về vệ sinh, nước sạch và bữa ăn bổ sung.

Được sự uỷ nhiệm của DAPTNTQĐ, Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng (RTCCD) được mời tham gia nghiên cứu ban đầu về tình trạng y tế cộng đồng, tập trung vào các lĩnh vực kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em và sốt rét. Các đề xuất của nhóm chuyên gia từ RTCCD sẽ được Ban Quản lý (BQL) và văn phòng dự án sử dụng trong việc điều chỉnh dự án cho phù hợp hơn với nhu cầu thực tế của người dân và các ban ngành tuyến huyện và 11 xã, thị trấn trong huyện.

2.1 Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá các vấn đề y tế thường gặp nhất tại huyện.
2. Đánh giá năng lực, tính sẵn có và chất lượng dịch vụ y tế tại huyện và 11 xã.
3. Đánh giá quy mô và mức độ hoạt động của các chương trình y tế quốc gia và các chương trình quốc tế tại huyện trong lĩnh vực kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và sốt rét.
4. Đánh giá sự lồng ghép các hoạt động đã lên kế hoạch với kế hoạch phát triển của huyện
5. Đưa ra các khuyến nghị cho dự án PTNTQĐ để cung cấp các hoạt động với hiệu quả cao nhất cho địa phương.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Tổng quan các tài liệu sẵn có

- Báo cáo chương trình y tế quốc gia về mô hình bệnh tật tại các tỉnh miền trung Việt Nam nói chung và Thừa Thiên Huế nói riêng.
- Báo cáo năm về tình hình các bệnh trong vòng 2 năm gần đây trên toàn huyện.
- Báo cáo về các chương trình/ dự án triển khai tại huyện và tại 11 xã trong 5 năm trở lại đây
- Số liệu thống kê về nhân sự y tế tại huyện và 11 xã năm 2006 và 2007.
- Đánh giá của lãnh đạo hệ thống y tế huyện về năng lực của trạm y tế 11 xã vùng dự án theo các tiêu chí: kỹ thuật chuyên môn; năng lực quản lý điều hành; kỹ năng lập kế hoạch; kỹ năng theo dõi, giám sát, đánh giá; sự năng động của trưởng trạm và sự nhiệt tình với dự án.
- Báo cáo năm 2007 của trạm y tế
- Báo cáo về tình hình phát triển kinh tế xã hội và kế hoạch phát triển 2 năm gần nhất của 3 xã đã thăm và làm việc.

2.2.2 Đánh giá tại thực địa

a) Đối tượng nghiên cứu

Cuộc nghiên cứu tại thực địa được tiến hành trong 10 ngày (06 – 15.12.2007) tại 3 trong tổng số 11 xã và thị trấn trên địa bàn huyện Quảng điền: xã Quảng Công, Quảng Thành và Quảng Vinh. Đây là các xã được chọn với tiêu chí đại diện cho các vùng địa lý trong huyện: bãi ngang, đồng bằng và vùng trũng.

Đoàn nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn các nhân và thực hiện thảo luận nhóm với 96 người bao gồm lãnh đạo chính quyền huyện xã, cán bộ y tế huyện, TYT, nhân viên trạm, y tế thôn bản và người dân (Bảng 1).

Bảng 1: Tổng kết đối tượng cung cấp thông tin cho cuộc điều tra y tế cộng đồng

Đối tượng cung cấp tin	Phương pháp	Số lượng người
Tuyến huyện		
Lãnh đạo TTYT	thảo luận nhóm	6 người
Lãnh đạo Phòng y tế	P.vấn cá nhân	1 người
Cán bộ khoa sản	thảo luận nhóm	5 người
Cán bộ đội BVBMTE	thảo luận nhóm	5 người
HPH, ĐTN, UBND, Dân số	P.vấn cá nhân	5 người
Tuyến xã		
Cán bộ UBND 3 xã	P.vấn cá nhân	6 người
Trưởng TYT 3 xã	P.vấn cá nhân	3 người
Cán bộ TYT 3 xã	P.vấn cá nhân	5 người
Cán bộ DS, HPN, ĐTN 3 xã	P.vấn cá nhân	5 người
Lãnh đạo địa phương	thảo luận nhóm	3 cuộc
Tuyến thôn		
Y tế thôn bản	Thảo luận nhóm	22 người
Người dân	P.vấn cá nhân	17 người
Người dân	Thảo luận nhóm	13 cuộc

b) Phương pháp thu thập thông tin

Thăm thực tế: tiến hành thu thập thông tin trực tiếp tại 3 xã Quảng Công, Quảng Vinh và Quảng Thành, áp dụng phương pháp định tính, bao gồm phỏng vấn cá nhân, thảo luận nhóm, cho điểm, xếp hạng ưu tiên. Kỹ thuật phân tích SWOT (điểm mạnh, điểm yếu, nguy cơ và cơ hội) được áp dụng với cán bộ lãnh đạo các ban ngành cấp xã và phương pháp quan sát việc cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế tại TTYT và các trạm y tế (TYT) đã được nhóm nghiên cứu thực hiện trong suốt quá trình điều tra tại thực địa.

Điều tra qua thư: được thực hiện với 8 xã còn lại. Mẫu phiếu điều tra được gửi đến 08 trạm trường trạm y tế. Các trường trạm điền thông tin và gửi về BQLDA huyện và Giám đốc BQLDA huyện chuyển trực tiếp cho đoàn nghiên cứu.

c) Công cụ thu thập thông tin

Đây là cuộc nghiên cứu áp dụng phương pháp định tính, do vậy các công cụ thu thập được thiết kế dưới dạng hướng dẫn phỏng vấn. Tổng cộng, 17 hướng dẫn phỏng vấn đã được thiết kế và đưa vào áp dụng.

- Mẫu D dành cho tuyến huyện,
- Mẫu C dành cho tuyến xã và
- Mẫu P dành cho người sử dụng dịch vụ y tế (hộp 1).

Hộp 1: Các mẫu phiếu hướng dẫn phỏng vấn áp dụng trong nghiên cứu

- D1 – dành cho Giám đốc Trung tâm Y tế huyện
- D2 – dành cho Trưởng phòng Y tế huyện
- D3 – dành cho lãnh đạo UBND huyện
- D4 – dành cho Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ, kiêm Chỉ đạo tuyến
- D5 – dành cho Chủ tịch Hội Phụ Nữ và Trưởng phòng Dân số huyện
- D6 – dành cho Bí thư Đoàn thanh niên huyện

- C1 – dành cho Trưởng Trạm y tế xã 3 xã được thăm trực tiếp
- C2 – dành cho cán bộ trạm y tế
- C3 – dành cho y tế thôn bản
- C4 – dành cho Trưởng Trạm y tế 8 xã (Điều tra bằng thư)
- C5 – dành cho Chủ tịch UBND xã
- C6 – dành cho Chủ tịch Hội Phụ nữ xã
- C7 – dành cho Bí thư Đoàn thanh niên xã
- C8 – dành cho thảo luận nhóm sử dụng SWOT với các lãnh đạo tuyến xã

- P1 – dành cho bệnh nhân và người nhà tại TTYT huyện
- P2 – dành cho bệnh nhân và người nhà tại TYT xã
- P3 – dành cho người dân tại hộ gia đình

d) Phân tích thông tin

Các thông tin phỏng vấn dùng băng ghi âm được gỡ băng, các thông tin phỏng vấn ghi tay được tập hợp và đánh máy lại (một số cuộc phỏng vấn). Sau đó, thông tin được gán mã để phân tích dưới dạng chủ đề nhằm trả lời 6 câu hỏi chính trong điều khoản tham chiếu. Kết quả phân tích sau đó được chia sẻ rộng rãi trong nhóm cán bộ nghiên cứu để kiểm tra chéo dựa trên ấn tượng, cảm nhận và ghi chép riêng của từng người.

2.2.3 Không chế sai số

Nhằm tăng cường tính trung thực của thông tin thu thập và giảm thiểu ảnh hưởng của lãnh đạo tới ý kiến của nhân viên, nhóm nghiên cứu thực hiện phỏng vấn riêng biệt với từng cá nhân trong nhóm lãnh đạo (chủ tịch UBND, trưởng trạm y tế, DS, HPN, Đoàn TN) và với từng cán bộ trạm (điều dưỡng, nữ hộ sinh, y sĩ). Cuộc thảo luận nhóm với nhóm cán bộ y tế thôn bản được tổ chức ở nơi độc lập, kín đáo và không có sự có mặt của nhân viên y tế trạm.

Đoàn chủ động tự tìm đến các nhà dân hoặc tìm đến người bệnh ở phòng sản và phòng khám để nói chuyện và không sử dụng các cán bộ y tế trạm hoặc y tế thôn bản dẫn đường hoặc giới thiệu. Điều này giúp người được phỏng vấn cảm thấy thoải mái hơn khi góp ý và đề xuất ý kiến cải thiện dịch vụ CSSK. Các cuộc phỏng vấn và thảo luận với người dân được thực hiện dưới hình thức nói chuyện tự do, không cảm gượng và không ghi chép để tạo tâm lý thoải mái cho người dân (Nội dung cuộc nói chuyện được dịch ngán sang tiếng Anh để chuyên gia người Úc ghi lại). Sau khi ra khỏi hộ gia đình, nhóm nghiên cứu dành thời gian ghi chép lại và tham khảo với các ghi chép của chuyên gia.

2.2.4 Hạn chế của nghiên cứu

Do thời gian và kinh phí có hạn, nhóm đánh giá không thể đến thăm tất cả 11 xã trong địa bàn huyện. Những nhìn nhận về các vấn đề y tế cộng đồng nổi bật và nhu cầu cải thiện dịch vụ CSSK tại 11 xã được dựa trên phân tích từ góc nhìn của nhóm nghiên cứu tại 3 xã đoàn đến thăm thực tế và suy rộng cho 8 xã còn lại, sau khi tham khảo kết quả điều tra qua thư của 8 trường trạm y tế.

Với quan điểm của “người bên ngoài”, nhóm nghiên cứu có nhìn nhận khách quan hơn và đưa ra những ý tưởng mới để giải quyết vấn đề, nhưng nhóm nghiên cứu có thể vẫn thiếu góc nhìn sâu về những khó khăn không trực tiếp liên quan đến y tế hoặc những khó khăn liên quan đến hệ thống quản lý hành chính địa phương mà những điều này có thể ảnh hưởng tương hỗ tới sức khỏe của người dân.

Các nhận định về mô hình bệnh tật và các vấn đề y tế cộng đồng của các xã được dựa trên số liệu sẵn có do TTYT huyện và TYT xã cung cấp, kết hợp với nhận xét của cán bộ TYT, y tế thôn bản, người bệnh và người dân. Khám lâm sàng hoặc điều tra định lượng sẽ cho phép xác định các mô hình bệnh tật chính xác hơn, nhưng điều này ngoài phạm vi và ngân sách của đợt nghiên cứu.

3.1 Các vấn đề y tế cộng đồng đáng quan tâm

Các vấn đề y tế cộng đồng đáng quan tâm được xác định là những vấn đề đang ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của một bộ phận lớn dân cư trong huyện bao gồm 11 xã thị trấn hoặc những vấn đề hiện chưa thực sự bức xúc nhưng nếu không chế không tốt sẽ có nguy cơ bùng phát rất nhanh.

Tại địa bàn huyện Quảng điền, vấn đề y tế cộng đồng bức xúc nhất được các cán bộ y tế huyện và xã đề cập đều liên quan đến vệ sinh môi trường (VSMT) và vệ sinh an toàn thực phẩm. Lụt kéo dài, hồ xí không hợp vệ sinh, chưa có hệ thống xử lý rác thải và nước thải và thói quen chế biến thức ăn chưa hợp vệ sinh là các yếu tố gây lây nhiễm bệnh trong mùa nước.

Các bệnh phổ biến được xác định là (Bảng 2 và Phụ lục 2):

- Nhiễm khuẩn hô hấp ở người lớn và trẻ em (ho, viêm phổi, NKHH cấp trẻ em...)
- Nhiễm khuẩn tiêu hoá (tiêu chảy, tả, lỵ...)
- Bệnh phụ khoa (nấm, viêm nhiễm đường âm đạo, viêm cổ tử cung..)
- Nhiễm giun sán
- Suy dinh dưỡng trẻ em
- Bệnh cơ xương khớp của người trung niên và người già do môi trường ẩm thấp (viêm khớp dạng thấp, thoái hoá khớp...)

Bệnh chưa phổ biến rộng rãi nhưng rất đáng quan tâm

- *Sốt xuất huyết*. Trong năm 2007 toàn huyện có 7 trường hợp và đã kịp thời khống chế ngay. Đây là bệnh có thể bùng phát bất kỳ lúc nào do VSMT các xã rất kém, nhiều điều kiện thuận lợi để muỗi và ruồi sinh sản.
- *Bệnh tim mạch*: gia tăng nhanh trong thời gian gần đây. Do thiếu trang thiết bị và đào tạo nên vấn đề này đang được bỏ ngỏ, chưa có chương trình quốc gia và quốc tế can thiệp. Các ca liên quan đến tim mạch thường phải chuyển tuyến tỉnh và trung ương.
- *Dịch đau mắt* bùng phát sau mỗi đợt lụt.

Không có số liệu minh chứng về khiếm khuyết sơ sinh là vấn đề nghiêm trọng. Vấn đề sức khoẻ tâm thần được xác định là ngày một nhiều hơn nhưng chưa được xem là vấn đề quan trọng cần được giải quyết ngay.

Bảng 2: Các bệnh phổ biến trên địa bàn huyện trong 2 năm 2006 và 2007

TT	Loại bệnh	2006	2007
1	Nhiễm khuẩn hô hấp	5050	6690
2	Viêm phổi	1570	2210
3	Tiêu chảy	1690	1360
4	Lỵ	1480	1280
5	Bệnh phụ khoa	361	273

TT	Loại bệnh	2006	2007
6	Bệnh nhiễm khuẩn da và mô	134	150
7	Ngộ độc thức ăn	113	220
8	Bệnh tim mạch	130	172
9	Bệnh vận động	116	131
10	Bệnh nội tiết	102	145

Nguồn: Số liệu TTYT Quảng điền, 2007

Bảng 1 cho thấy bệnh liên quan đến VSMT và VSATTP (bệnh số 1 đến số 7 & 9) chiếm tỷ lệ lớn trong mô hình phân bố bệnh tật tại huyện. Riêng tại xã Quảng Vinh, số liệu thống kê của TYT xã cho thấy trong tổng số 25.980 lượt bệnh nhân tới khám tại trạm năm 2005-2006, số lượt liên quan đến sức khỏe môi trường chiếm hơn 70%.

3.2 Quy mô và mức độ bao phủ của các dịch vụ

3.2.1 Chương trình quốc tế

Hiện tại, trên địa bàn huyện không có dự án y tế do các tổ chức quốc tế triển khai. Plan International đã làm khảo sát về giáo dục truyền thông sức khỏe, suy dinh dưỡng, sức khỏe Bà mẹ trẻ em (SKBVBMTTE) nhưng vẫn chưa có khẳng định với chính quyền huyện về dự án. Trước những năm 1995, một số xã có dự án của PAM 3844, UNICEF và một số tổ chức quốc tế nhưng quy mô nhỏ và hiện nay không còn ấn tượng cũng như tác động đến hệ thống y tế, đặc biệt trong lĩnh vực nâng cao năng lực. Dự án PTNTQĐ VIE 023 là dự án đầu tiên có liên quan đến y tế tiếp cận đến xã.

3.2.2 Chương trình và dự án quốc gia

Số lượng các chương trình y tế hiện đang triển khai tại các xã rất khác nhau theo liệt kê của trường trạm, biên độ chạy từ 4 đến 16 chương trình (phụ lục 3). Duy nhất 1 trường trạm liệt kê được 16 chương trình, phần lớn các trường trạm chỉ ra 10 chương trình và một trường trạm chỉ liệt kê được tên của 4 chương trình. Trong khi đó, ít nhất 6 chương trình quốc gia được triển khai hàng năm tại tất cả các xã trên toàn quốc; trường trạm và một cán bộ nòng cốt của trạm hàng năm đều được đào tạo nhắc lại về các chương trình dự án quốc gia (1 ngày/1 chương trình). Theo báo cáo của TTYT huyện, tổng kinh phí cho các chương trình, dự án quốc gia trong năm 2006 là 120 triệu đồng, năm 2007 là 124 triệu đồng và từ nguồn ngân sách này, TTYT huyện phân bổ xuống TYT các xã.

Tuy có nhiều chương trình đã từng được triển khai tại xã, nhưng phần lớn các chương trình chỉ mang tính thời điểm, bao gồm 1-2 đợt chiến dịch/năm (tuyên truyền vận động qua loa đài hoặc họp thôn và triển khai trong tháng hành động) và sau đó không có hoạt động trong năm. Chỉ các hoạt động như tiêm chủng mở rộng, phòng chống suy dinh dưỡng, chương trình phòng chống thiếu hụt Vitamin A, chương trình phòng chống tiêu chảy trẻ em, chương trình dân số KHHGD, chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp trẻ em được tổ chức định kỳ hàng tháng thông qua hoạt động cân trẻ, tiêm chủng, cho uống Vitamin A (6 tháng/lần) và truyền thông trực tiếp tới hộ gia đình. Điều đó lý giải tại sao một số trường trạm cho rằng hiện tại chỉ có 4-6 chương trình quốc gia đang được triển khai tại xã.

Vì Quảng Điền thường xuyên bị ảnh hưởng bởi lũ lụt nên chương trình phòng tránh giun sán và sốt xuất huyết được tổ chức 3-5 đợt chiến dịch/năm, đặc biệt sau lụt. Mỗi năm các TYT tổ chức 2 đợt tẩy giun cho người lớn và tại trường học cho trẻ em cấp tiểu học và THCS, thuốc do đội DSKHHGD cung cấp. Ngoài ra, hàng năm, UBND huyện phát động tháng hành động phòng chống dịch bệnh mùa hè, phòng chống sốt xuất huyết, phòng chống tiêu chảy, vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm. Hoạt động triển khai bao gồm phun thuốc diệt muỗi, làm sạch VSMT diệt bọ gậy, tuyên truyền trên loa phát thanh và điều tra tỷ lệ mắc bệnh.

Theo đánh giá của tất cả các trường TYT (hộp 2), đa phần các chương trình quốc gia đều được thực hiện tốt và mang lại hiệu quả cao tuy gặp khó khăn về ngân sách ít, thiếu cán bộ trạm để tham gia các hoạt động chương trình/dự án quốc gia (trung bình 1 cán bộ trạm phụ trách 3-4 chương trình, bên cạnh hoạt động khám bệnh tại trạm) và vấn đề tuyên truyền giáo dục chưa đến dân trực tiếp mà chỉ truyền thông qua loa đài.

Hộp 2: Nhận xét của trường TYT về tính hiệu quả và khó khăn khi triển khai chương trình/ dự án quốc gia

“Các chương trình y tế quốc gia được triển khai thực hiện có tính chất thường xuyên hàng năm và mang lại hiệu quả cao cho cộng đồng. Hiện nay hiếm thấy trẻ em mắc một trong 6 bệnh truyền nhiễm nằm trong chương trình tiêm chủng mở rộng, không có vụ ngộ độc thức ăn lớn nào xảy ra, giảm tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi, người dân được tiếp cận đến dịch vụ y tế gần nhất. Khó khăn gặp phải trong quá trình triển khai các chương trình quốc gia bao gồm kinh phí rất ít, lực lượng y tế trạm và y tế thôn bản mỏng để có thể thực hiện thường xuyên, thiếu kỹ năng và phương tiện truyền thông, vấn đề tuyên truyền giáo dục sức khỏe nhiều khi chưa đến được với dân kịp thời do máy móc hệ thống phát thanh xã cũ kỹ hay hư hỏng...”

(Trưởng trạm y tế)

Điều này cho thấy nếu dự án PTNTQĐ thông suốt được tinh thần “*đây không phải là dự án của Luxembourg, mà là dự án của người dân Quảng Điền, làm bởi người dân Quảng Điền và vì lợi ích của người dân Quảng Điền. Dự án chỉ giúp chúng ta làm công việc hiện tại của hệ thống thuận lợi hơn thông qua tăng cường đào tạo và hỗ trợ trang thiết bị*”, thì chính quyền, TYT các xã và y tế thôn sẽ tập trung hơn vào hành động ưu tiên. UBND huyện mà đại diện là BQLDA sẽ dễ huy động sự tham gia của các ban ngành ở cả cấp huyện và cấp xã, quản lý theo ngành dọc của chính quyền mà không cần cung cấp quản lý phí, hành chính phí và lương. Từ đó sẽ nâng cao mức độ lồng ghép hoạt động dự án vào hệ thống sẵn có của địa phương và tăng cường khả năng bền vững của dự án.

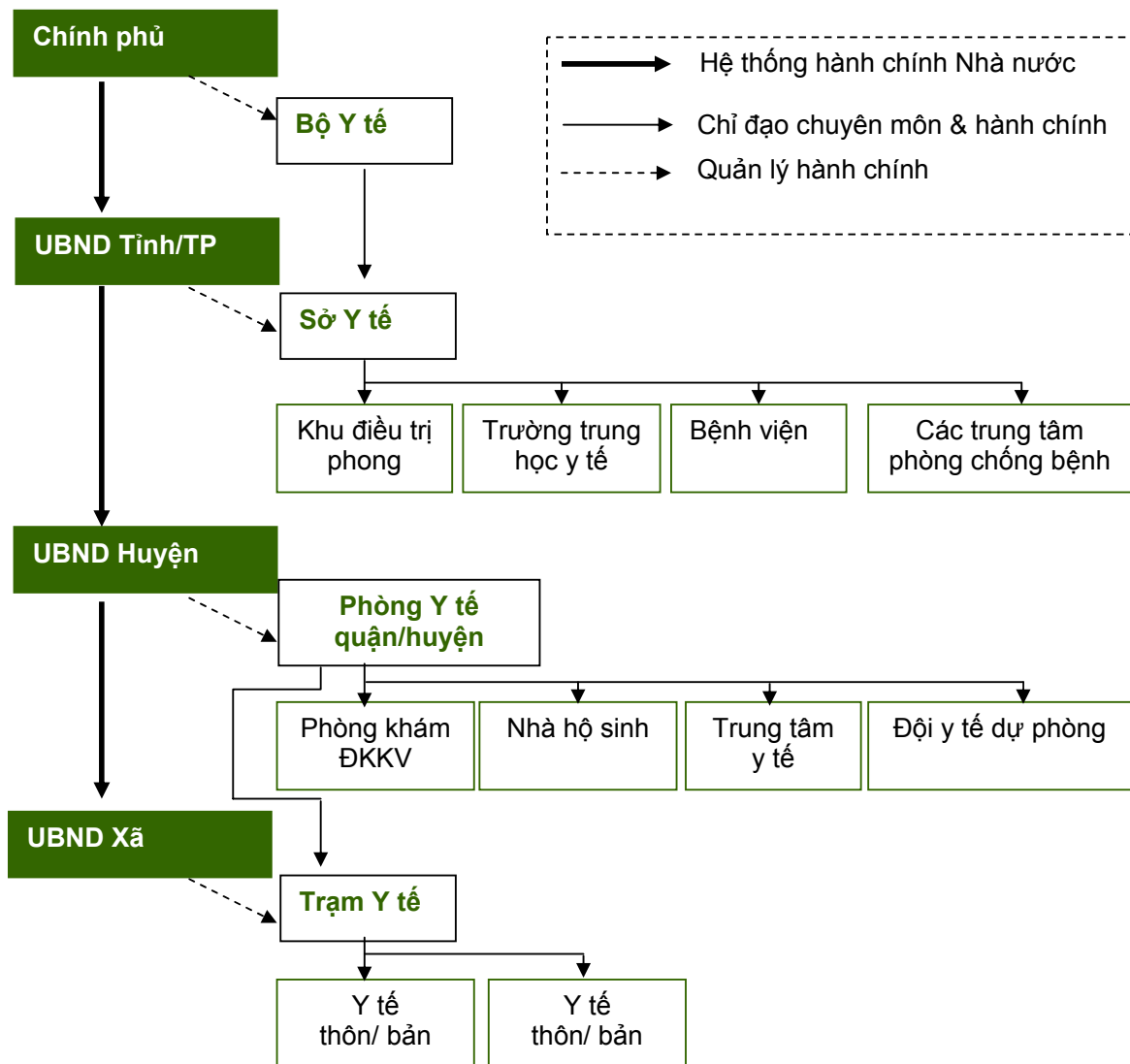
3.3 Tính sẵn có và chất lượng dịch vụ y tế

3.3.1 Hệ thống y tế tại Việt Nam

Hệ thống tổ chức y tế chung trên toàn quốc được chia thành 4 tuyến, đó là tuyến trung ương, tỉnh, huyện và xã. Mạng lưới y tế cơ sở bao gồm y tế tuyến huyện và y tế tuyến xã trong đó có y tế thôn, bản.

a) Y tế cơ sở thời kỳ trước đổi mới (1945 – 1990)¹

Trước những năm 1990, tổ chức y tế ở tuyến huyện thực hiện theo mô hình Phòng y tế², trong đó có các đơn vị trực thuộc là Bệnh viện huyện, Phòng khám đa khoa khu vực, Đội vệ sinh phòng dịch- sốt rét, Đội đặt vòng, Đội y tế lưu động (chỉ thành lập ở huyện miền núi), Nhà hộ sinh khu vực (ở thành phố, thị xã) và Hiệu thuốc. Phòng Y tế chịu sự quản lý trực tiếp và toàn diện của Ủy ban nhân dân huyện. Mô hình tổ chức này phù hợp và hoạt động có hiệu quả trong nền kinh tế kế hoạch tập trung và chế độ bao cấp. Trạm y tế xã, phường, thị trấn được bố trí theo địa bàn hành chính, chịu sự quản lý trực tiếp và toàn diện của Ủy ban nhân dân xã; cán bộ chủ yếu là y tá; thiếu nhiều cơ sở vật chất trang thiết bị; chế độ đối với cán bộ chủ yếu dựa vào Hợp tác xã Nông nghiệp và chế độ bao cấp. Y tế thôn bản nằm ngay trong dân, có nhiệm vụ tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phát hiện sớm dịch bệnh, xử trí cấp cứu ban đầu, chăm sóc người mắc bệnh nhẹ và mãn tính, quản lý thai nghén.



¹ ĐHYTCC & BYT (2005), Quản lý các chương trình y tế quốc gia – giáo trình đào tạo đại học ngành y tế công cộng.

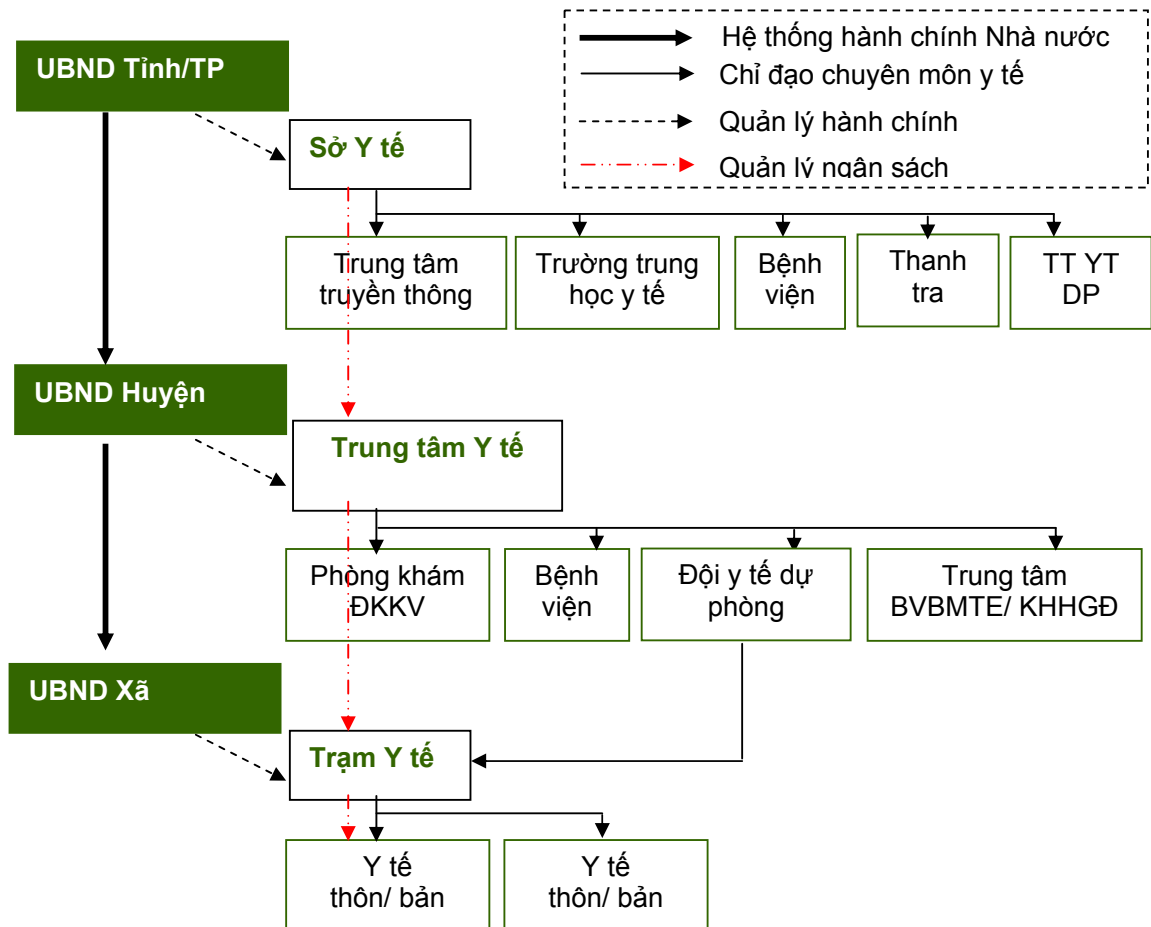
² Thông tư số 42/BYT-TT ngày 6/11/1976 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện Nghị quyết 15/CP ngày 14/1/1975 của Chính phủ về việc cải tiến tổ chức y tế địa phương

b) Y tế cơ sở thời kỳ đổi mới 1990 - 2004

Từ khi thực hiện đổi mới đất nước (năm 1986), mô hình tổ chức Phòng y tế đã bộc lộ một số vấn đề bất cập: Bộ máy cồng kềnh, kém hiệu lực; không phát huy được chuyên môn kỹ thuật trong việc phối hợp giữa điều trị và dự phòng bởi cán bộ phòng y tế chỉ tập trung vào quản lý mà ít tập trung vào chuyên môn; xung đột giữa khối điều trị và khối quản lý; y tế xã bị ảnh hưởng rất lớn, cơ sở nhà trạm xuống cấp nghiêm trọng nhưng không được đầu tư xây dựng kịp thời, có nhiều xã trắng về y tế, cán bộ y tế cơ sở không được trả phụ cấp như trước đây và cũng không được đào tạo bồi dưỡng thêm về chuyên môn nghiệp vụ, nhiều trạm y tế không có người trực, đa số cán bộ y tế cơ sở phải đi làm việc khác để kiếm sống, dịch bệnh như tả, lỵ, thương hàn... bùng lên ở nhiều nơi, tỷ lệ người mắc bệnh và tử vong tăng. Y tế thôn, bản không được trả thù lao do đó từng bước bị tan rã.

Để nâng cao tính hiệu quả của hệ thống y tế tuyến huyện, năm 1988 Bộ Y tế đã chỉ đạo các địa phương hướng dẫn thí điểm thực hiện mô hình bỏ Phòng Y tế và thay bằng TTYT huyện. TTYT huyện bao gồm các phòng giúp việc, các khoa điều trị, các đội dự phòng, các phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh khu vực và các trạm y tế xã, phường, thị trấn. TTYT chỉ có một con dấu duy nhất và một tài khoản thống nhất và thực hiện chức năng QLNN và chuyên môn về y tế trên địa bàn huyện. Mô hình này rất được sự hưởng ứng của cán bộ y tế.

Sở Y tế tỉnh quản lý toàn bộ ngành y tế từ tỉnh xuống đến xã, bao gồm quản lý nhân lực, kinh phí và chuyên môn kỹ thuật. Về phương thức quản lý tài chính, Sở Y tế cấp trực tiếp cho TTYT huyện hoặc được cấp ủy quyền qua Phòng Tài chính huyện.



c) Hệ thống y tế sau năm 2005

Từ năm 2005, thực hiện Nghị định số 171 và 172³, các tỉnh phải đã thay đổi mô hình tổ chức y tế và chia thành 3 khối: BV huyện, Trung tâm YTDP và Phòng y tế.

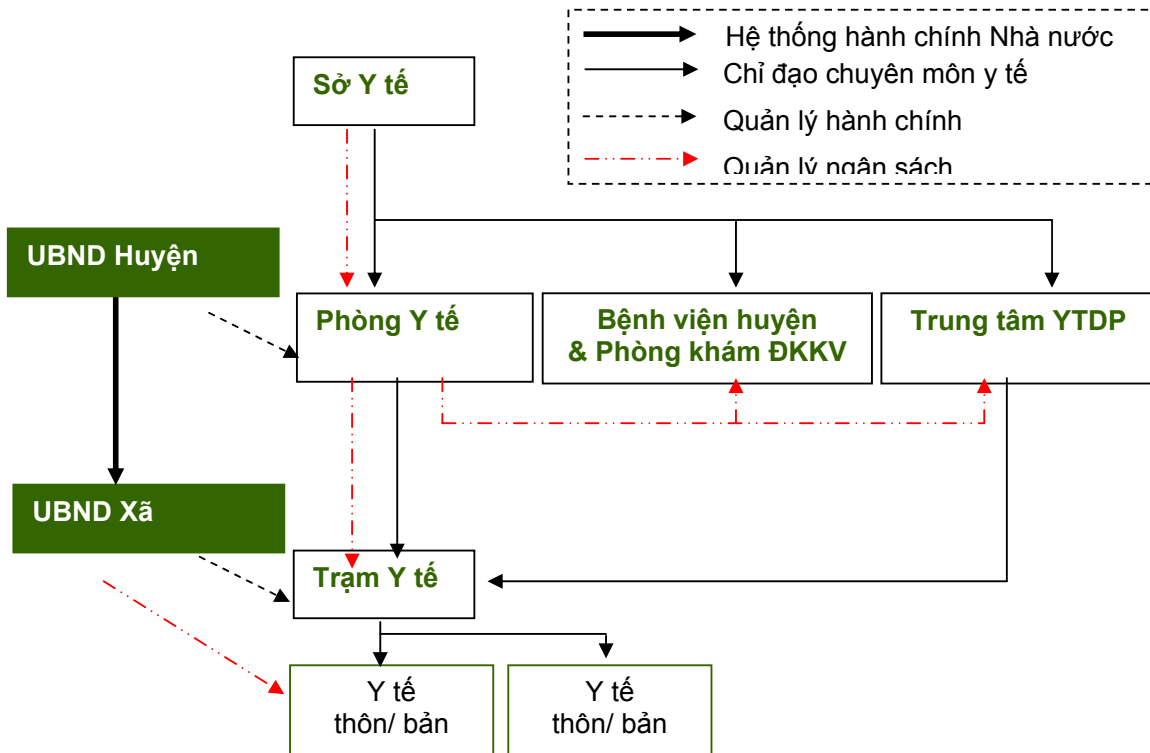
BV huyện và TT YTDP trực thuộc sở y tế, nhận ngân sách từ Phòng y tế và phụ trách chuyên môn các TYT xã. Phòng y tế trực thuộc và nhận ngân sách từ UBND huyện và phụ trách hành chính và ngân sách của TYT xã.

Phòng Y tế huyện: trực thuộc sự quản lý của UBND cấp quận, huyện và có chức năng tham mưu cho quận, huyện về công tác y tế.

Trung tâm y tế Dự phòng huyện: thực hiện khám chữa bệnh, triển khai các hoạt động chuyên môn kĩ thuật về y tế dự phòng, VSATTP, hướng dẫn và giám sát chuyên môn tại các trạm y tế xã...Phòng y tế quản lý tài chính nên Trung tâm y tế Dự phòng muốn triển khai chuyên môn phải chờ đợi, phụ thuộc vào Phòng y tế.

Bệnh viện huyện: có trách nhiệm giải quyết việc khám và điều trị cho phần lớn những bệnh nhân mắc các bệnh thông thường ở tuyến cơ sở, sàng lọc giải quyết kịp thời các trường hợp cấp cứu và bệnh có thể xử lý được tại tuyến huyện, góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến tỉnh và trung ương. BV huyện nhận tài chính từ phòng y tế huyện.

Trạm y tế xã: cung cấp dịch vụ KCB cho người dân và sàng lọc giải quyết kịp thời các trường hợp cấp cứu để chuyển tuyến. TYT chịu sự quản lý của 3 nơi: UBND xã, TTYTDP huyện và Phòng y tế huyện; & nhận ngân sách từ Phòng y tế.



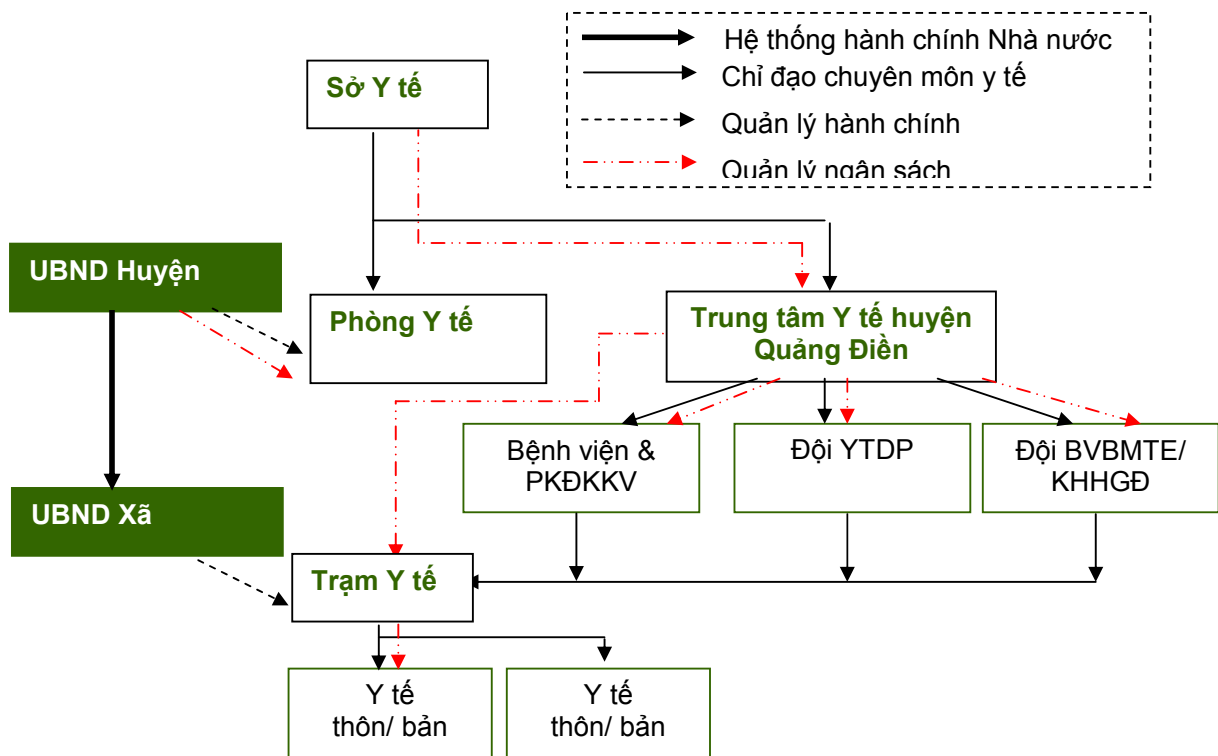
³ 171/NĐ-CP và 172/NĐ-CP của Chính phủ và Thông tư liên tịch số 11/TTLT-BNV-BYT của Bộ Nội vụ và Bộ Y tế

3.3.2 Hệ thống y tế huyện Quảng Điền

Hệ thống y tế huyện Quảng Điền có điều chỉnh sau Nghị định 171, 172 nhưng chưa thực sự theo mô hình như đã nêu ở phần 3.3.1.

Hệ thống y tế tuyến huyện của Quảng Điền hiện nay chia thành 2 khối: TTYT và Phòng y tế. TTYT huyện (98 cán bộ) quản lý chuyên môn và ngân sách của Bệnh viện đa khoa, PKĐKKV Quảng Ngạn, Đội YTDP, Đội BVBMT/KHHGD và các trạm y tế xã (Hộp 3). TTYT trực tiếp chịu sự quản lý về hành chính, chuyên môn và nhận ngân sách trực tiếp từ SYT. Phòng y tế nhận ngân sách từ UBND huyện, thực hiện công tác tham mưu tư vấn cho UBND và chịu sự quản lý của SYT và UBND huyện. Hiện tại Phòng y tế chỉ có 2 cán bộ (các tỉnh khác thường có 4-5 cán bộ) và không có nhu cầu xin thêm cán bộ vì đang đợi nghị định mới 13 và 14 của chính phủ để xoá bỏ hiệu lực của Nghị định 171 và 172. TYT xã trực tiếp quản lý và trả lương cho y tế thôn bản thông qua phê duyệt của TTYT huyện.

Như vậy, vai trò quản lý và chuyên môn của TTYT huyện mạnh trong khi vai trò của Phòng y tế huyện rất mờ nhạt cả về chuyên môn và quản lý. Do vậy, TTYT huyện Quảng Điền nên được lựa chọn là đối tác y tế cho nhiệm vụ 5 trong dự án PTNTQĐ.



Hộp 3: Số liệu thống kê về nhân sự tại TTYT huyện năm 2007

STT	Khoa phòng	# nhân viên
1	Ban giám đốc	3
2	Kế hoạch – nghiệp vụ, kiêm chỉ đạo tuyến	4
3	Tổ chức – hành chính quản trị	5
4	Tài vụ	5
5	Đội Y tế dự phòng	6
6	Đội BVBMTE / KHHGD	10
7	Khối điều trị (khoa phòng điều trị)	57
8	Phòng khám đa khoa khu vực Quảng Ngạn	8
	Tổng số	98

3.3.3 Dịch vụ y tế tại TTYT huyện Quảng Điền

Căn cứ trên nhiệm vụ 5 (hỗ trợ kiểm soát tỷ lệ sinh, chăm sóc sức khỏe sinh sản và giáo dục học đường) của dự án PTNTQĐ, nghiên cứu này tập trung đo lường chất lượng các dịch vụ y tế liên quan đến chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em (khoa sản), DSKKHGD (Đội BVBMTE/KHHGD) và phòng khám. Đồng thời nghiên cứu cũng tìm hiểu các chương trình đào tạo nâng cao năng lực hiện có dành cho cán bộ y tế tuyến huyện xã và thôn, bởi đây là cơ sở để duy trì cải thiện liên tục chất lượng dịch vụ y tế.

Cảm nhận ban đầu về dịch vụ y tế huyện Quảng Điền:

- Hệ thống y tế huyện Quảng Điền chưa bị ảnh hưởng bởi giá trị đồng tiền. Hiện tượng đòi hỏi bệnh nhân đưa tiền chưa thấy xuất hiện.
- Thái độ nhân viên y tế vui vẻ, nói chuyện với người bệnh nhỏ nhẹ.
- Thiếu các tài liệu truyền thông cho người dân tại TTYT huyện: rất ít các tranh truyền thông treo tường ở cả khu vực khám ngoại trú và các khoa phòng, không có hộp thông tin cung cấp tài liệu phát tay cho người dân.
- Số lượng bệnh nhân điều trị nội trú đông.

Năm 2008, BV huyện sẽ được xây dựng lại ở một địa điểm khác với tổng ngân sách là 34 tỷ đồng cho cả xây dựng và mua mới trang thiết bị y tế. Dự tính 2010 xây xong. Đội YTDP và Đội BVBMTE/ KHHGD sẽ không nằm trong kế hoạch xây dựng và mua trang thiết bị này.

a) Khoa sản tại TTYT huyện

Khoa sản TTYT huyện nằm ở khu nhà tầng 1 với 4 phòng liền nhau. 2 phòng dành cho sản phụ chờ sinh và sau sinh với 10 giường bệnh; 1 phòng kỹ thuật sinh và 1 phòng hành chính kiêm phòng nghỉ của cán bộ khoa. Trung bình một ngày có 10-12 sản phụ nhập viện trong đó 5-7 sản phụ sinh. Vào thời điểm lũ lụt, số lượng sản phụ đông hơn do các xã gửi lên để chờ sinh. NHS khoa cho biết, khi ngập lụt, sản phụ được chuyển lên phòng họp trên tầng 2, trải đệm và khăn ga trên bàn hoặc dưới sàn để sinh. Người nhà sản phụ hỗ trợ các nhân viên y tế khoa mang các dụng cụ y tế từ tầng 1 lên tầng 2.

Theo các cán bộ y tế khoa, vấn đề chống nhiễm khuẩn của khoa được tuân thủ rất nghiêm ngặt. Toàn bộ dụng cụ y tế cần tiệt trùng được rửa sạch và chuyển lên khoa dượt – nơi được giao phụ trách khử khuẩn dụng cụ y tế cho tất cả các khoa phòng của TTYT huyện – để tiệt trùng bằng máy hấp công suất lớn. Tại thời điểm phỏng vấn, không có sản phụ nào đang trên bàn sinh nên nhóm nghiên cứu không có cơ hội quan sát thực hành của cán bộ khoa. Tuy nhiên, theo số liệu báo cáo của khoa, trong 2 năm gần đây không có ca tử vong sơ sinh. Kể cả trong mùa lũ lụt, không có hiện tượng nhiễm khuẩn từ mẹ sang con trong quá trình sinh nở.

Kết quả phỏng vấn với 3 sản phụ sau sinh và người nhà cho thấy người sử dụng dịch vụ hài lòng với thái độ và phong cách phục vụ của nhân viên y tế. Không có hiện tượng người sử dụng dịch vụ phải “bồi dưỡng” nhân viên y tế tại TTYT huyện Quảng Điền. Tuy nhiên không ai trong số sản phụ được phỏng vấn đặt câu hỏi với nhân viên y tế mà họ thường hài lòng ngay với những lời tư vấn của nhân viên y tế. Ngược lại không sản phụ nào nhận được câu hỏi “chị còn có băn khoăn gì cần tôi tư vấn không?” hoặc những câu tương tự của nhân viên y tế. Điều đó cho thấy hiểu biết của người sử dụng dịch vụ về 10 quyền khách hàng, về cách thức CSSKBMTE và thói quen sử dụng dịch vụ y tế tích cực chưa phổ biến tại huyện. Giáo dục người dân về sức khỏe, về quyền khách hàng và cung cấp các tài liệu giáo dục xuống tận người dân là mảng hoạt động dự án PTNTQĐ có thể tập trung.

“Em sinh cháu trai, 3.9kg. Đây là cháu đầu. Em vào viện lúc chiều và đến 4h sáng thì sinh. Các cô các bác ở đây nhiệt tình lắm, rất nhẹ nhàng. Em sinh cháu xong, các cô dặn dò phải cho bú ngay, hướng dẫn em cách chăm cháu khi về nhà, dặn em cách ăn uống nghỉ ngơi...Em đưa tiền nhưng các cô không lấy, lại còn mắng em, bảo lần sau không được làm thế....Em thấy các cô dặn thế đủ rồi, cũng chả có câu hỏi gì, mà cũng chẳng biết gì để mà hỏi (cười)”

(Nữ, 23 tuổi, thị trấn Sja)

Toàn khoa có 9 cán bộ (2 bác sỹ, 6 điều dưỡng, NHS và 1 hộ lý). Nhiệm vụ của cán bộ khoa là cung cấp dịch vụ đỡ đẻ an toàn cho sản phụ tại TTYT huyện và thỉnh thoảng đi xuống xã hỗ trợ các ca sinh khó nếu cần thiết. Trong 3 năm trở lại đây, các cán bộ trong khoa chưa được tham gia bất cứ khóa đào tạo hay tập huấn nào. Tuy có phàn nàn về khoa phòng chật chội, nhưng khi được hỏi *đâu là khó khăn hay bức xúc nhất các chị đang phải đối mặt*, 5 cán bộ y tế khoa đưa ra ba vấn đề:

- Thiếu dụng cụ y tế chất lượng cao: cần 10 bộ dụng cụ đỡ đẻ, 10 bộ bộ cắt may tầng sinh môn, 1 máy sưởi sơ sinh, 1 xe tắm em bé.
- Cần thêm 1 NHS trực đêm: hiện nay theo chế độ trực đêm có 1 NHS và 1 BS. Bác sỹ phụ trách khoa sản và một số khoa khác do vậy hay phải chạy đi chạy lại giữa các khoa. Một đêm thường có 2-3 sản phụ sinh, tối đa 6 sản phụ sinh. Một NHS không đảm nhiệm hết công việc
- Không được đào tạo cập nhật thông tin: cán bộ đội BVCSSKBMTE/KHHGD và phòng kế hoạch nghiệp vụ được đi đào tạo thường xuyên nhưng cán bộ khoa sản 3 năm nay không được mời đi đào tạo.

Khoa sản nằm trong kế hoạch được xây mới và mua mới một số trang thiết bị. Do vậy dự án cần thống nhất với lãnh đạo BV để có sự hỗ trợ phù hợp, tránh chồng chéo.

b) Đội BVBMTE/ KHHGD

Đội BVBMTE/KHHGD hiện đã được tách ra độc lập về ngân sách nhưng vì không có khoa phòng nên vẫn ở nhờ BV huyện. Đội có 4 chức năng:

- Quản lý thai sản: phụ nữ mang thai và trẻ <5 tuổi
- Quản lý phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ 15-49 tuổi và khám phụ khoa định kỳ
- Quản lý trẻ từ khi sinh đến 5 tuổi theo chương trình SDD & hướng dẫn chế độ ăn uống.
- Thực hiện KHHGD

Hoạt động của đội bao gồm 2 phạm vi: tại bệnh viện và ngoại tuyến. Tại bệnh viện, đội thực hiện khám và giải quyết các vấn đề phụ khoa tuyến dưới chuyển lên (xét nghiệm, siêu âm, khám phụ khoa, khám thai tiền lượng cuộc đẻ, đặt vòng, thuốc, đình sản, tiêm thuốc KHHGD). Hoạt động ngoại tuyến bao gồm (1) thực hiện 3 đợt khám phụ khoa định kỳ/năm tới tất cả các xã trong huyện (2-3 ngày/xã); (2) thực hiện 2 đợt giám sát tới các TYT xã và (3) hỗ trợ đợt xuất do xã yêu cầu khi có tai biến sản khoa hoặc dịch.

Đội BVBMTE/KHHGD có 10 cán bộ (2 bác sỹ và 8 điều dưỡng, NHS), trong đó 5 người mới ra trường do vậy chưa được đào tạo chuẩn quốc gia về CSSKSS. Từ năm 2005 trở lại đây đội ít nhận được các khóa đào tạo, thiếu ngân sách và ít được cấp mới dụng cụ y tế bởi việc phân tách hành chính chưa rõ ràng theo 171, 172.

Những khó khăn lớn nhất của đội bao gồm:

- Thiếu tranh tuyên truyền và tài liệu phát tay về biện pháp tránh thai, cách chăm sóc trẻ, cách chăm sóc thai nghén, quá trình phát triển của thai, cách phòng tránh bệnh phụ khoa, cách phòng tránh viêm nhiễm sau mổ đẻ để phát cho người dân trong các chiến dịch khám định kỳ.
- Thiếu trang thiết bị y tế: cần bộ khám phụ khoa (50 mỏ vịt và panh sát trùng), 10 bộ đặt vòng; 1 bộ đốt điều trị phụ khoa; 2 nôi hấp dụng cụ, 05 bộ tháo que cấy, 02 đèn gù, 1 tủ đựng tài liệu tuyên truyền.
- Thiếu đào tạo cho đội ngũ trẻ: cần đào tạo thêm về chống nhiễm khuẩn, kỹ thuật nâng cao về KHHGD, đào tạo về kỹ năng giám sát, đào tạo quản lý thai sản và phát hiện các bệnh có nguy cơ trong quá trình khám thai, đào tạo kỹ năng làm giảng viên cho đội ngũ trẻ để họ đào tạo lại cho cán bộ TYT và y tế thôn đội.
- Thiếu máy tính và máy in để làm công tác thống kê và xây dựng tài liệu phát tay cho người dân hoặc hướng dẫn cho TYT.

Đây là đội ngũ có nhiều cơ hội tiếp xúc và giáo dục cho y tế thôn bản và người dân. Do vậy việc nâng cao năng lực và cung cấp trang thiết bị cho đội ngũ này sẽ có ảnh hưởng rất tích cực đến người dân và y tế thôn bản.

c) Phòng khám BV huyện

Cảm nhận chung của đoàn nghiên cứu là khu vực phòng khám chật, thiếu tranh ảnh treo tường tuyên truyền về cách nhận biết bệnh và phòng tránh một số loại bệnh phổ biến. Chỉ duy nhất một tấm pano lớn của Fred Hollows hướng dẫn khá chi tiết về các loại bệnh về mắt và cách phòng tránh. Các tranh còn lại (lao, HIV/AIDS, tiêu chảy...) đều là của chương trình quốc gia, rất đơn giản và ít thông tin. Không có hộp thông tin và tờ rơi để người bệnh đọc xem trong lúc đợi khám. Không phòng khám nào treo nội dung 10 quyền khách hàng.

Tại thời điểm 8h sáng, khu vực phòng đợi có khoảng hơn 50 bệnh nhân ngồi đợi khám. Sau khi làm việc với lãnh đạo bệnh viện, nhóm đi xuống trò chuyện với 6 bệnh nhân tại khu vực phòng khám và lựa chọn ra 2 câu chuyện để đưa vào báo cáo này. Lời kể của họ (trích một phần từ cuộc phỏng vấn) là cách mô tả trung thực nhất về chất lượng dịch vụ ở khu vực phòng khám.

Câu chuyện 1: Nữ 37 tuổi, xã Quảng Vinh, đi khám phụ khoa tại BV huyện

<p><i>Chị đã vào khám chưa?</i> Em vào rồi. Khám xong rồi.</p> <p><i>Chị bị bệnh gì?</i> Em ra khí hư nhiều quá, có mùi hôi, nên đến đây khám, nhưng khám xong rồi.</p> <p><i>Chị có phải đợi lâu không? đến lúc mấy giờ và mấy giờ được gọi?</i> Em thì nhanh thôi, đợi 20 phút là tới lượt vì khám phụ khoa không đông.</p> <p><i>Bác sỹ có nói chị bị bệnh gì không?</i> Bác sỹ chỉ tiêm cho một liều rồi bảo 10 ngày nữa quay lại vì bây giờ em đang đặt thuốc nên chưa làm xét nghiệm được. Thế thôi.</p> <p><i>Bác sỹ còn dặn gì nữa không?</i> Bảo rửa sạch, giữ vệ sinh sạch sẽ thôi (cười)</p> <p><i>Bác sỹ có hỏi gì chị không?</i> Có, bác sỹ xem sổ, xem thẻ, hỏi bị ra khí hư lâu chưa, màu gì, mùi gì, rồi bảo lên bàn nằm.</p> <p><i>Bác sỹ có hỏi chị hay rửa bộ phận bên dưới thế nào không? Có dùng dung dịch rửa không?</i> Không</p> <p><i>Bác sỹ có hỏi gì nữa không?</i></p>	<p>Không</p> <p><i>Thời gian Chị ở trong phòng khám lâu không?</i> Khoảng 10 phút, cả thời gian trên bàn khám, hỏi han và sau đó dặn dò.</p> <p><i>Chị thấy thái độ của các bác sỹ y tá ở đây thế nào?</i> Thì họ cũng vui vẻ thôi</p> <p><i>Chị có hỏi gì bác sỹ không?</i> Không, thì mình cần biết gì, họ đã bảo mình rồi.</p> <p><i>Chị đã bao giờ nghe nói đến 10 quyền khách hàng chưa? Bác sỹ có nói cho chị biết không?</i> Không, chưa nghe nói đến bao giờ (cười)</p> <p><i>Sao chị không khám ở TYT xã Quảng Vinh mà lại lên tận đây?</i> Em có qua trạm khám, các bác ở trạm giới thiệu lên đây vì dưới trạm không có máy xét nghiệm. Với lại em có thể bảo hiểm y tế, cả nhà em phải mua đầy, nên lên đây cũng không mất tiền. Đi lại thì chẳng tốn, đi xe một lúc là tới.</p> <p><i>So với các bác ở TYT, chị thấy trình độ các bác ở BV huyện như thế nào?</i> Tất nhiên là giỏi hơn chứ. Huyện thì phải giỏi hơn xã chứ, mà trên này cũng có máy móc hiện đại hơn.</p>
--	--

Câu chuyện 2: Nữ 30 tuổi, xã Quảng Lợi, đi khám vì thấy mệt mỏi

<p><i>Thế chị khám chưa?</i> Chưa, em vẫn đang đợi, số 48 mà mãi chưa thấy gọi.</p> <p><i>Chị đến đây là mấy giờ?</i> Em đến đợi từ 7h [tại thời điểm phỏng vấn là 10.23]</p> <p><i>Chị bị sao?</i> Em thấy mệt mỏi lắm, 6 ngày nay thấy nhức đầu, nhức không chịu nổi nửa bên đầu, đêm qua còn</p>	<p>Vào một cái, bác sỹ bảo cởi cúc áo ngực trên để khám, bác sỹ đặt ống nghe lên ngực một lúc rồi bỏ xuống và bảo em bị suy nhược cơ thể, rồi viết đơn thuốc.</p> <p><i>Bác sỹ có hỏi gì nữa không?</i> Không</p> <p><i>Bác sỹ có dặn dò gì không?</i> Chỉ dặn uống thuốc theo đơn.</p> <p><i>Chị thấy thái độ của bác sỹ thế nào?</i></p>
---	--

tức ngực, không thở được. Thế là sáng nay em phải đi luôn.

Vừa lúc đó chị được gọi vào phòng khám [10.25]....chị đi ra [10.28]

Khám chưa mà sao ra nhanh thế?

Khám xong rồi. Bác sỹ bảo bị suy nhược cơ thể, cho thuốc đây này [Multiplex (thuốc bổ giàu vitamin) và Paracetamol (thuốc giảm đau)]

Chị vào đó khám những gì mà sao nhanh thế?

Thì cũng bình thường, vui vẻ thôi.

Anh chị làm nghề gì?

Vợ chồng em làm nghề cá. Vất vả lắm chứ không sung sướng như các chị. Nông thôn khổ lắm.

Em hỏi thật nhé, nhà chị có chuyện gì không?

Làm nghề cá vất vả lắm, chẳng được bao nhiêu.

Vợ chồng em vay 12 triệu để làm ăn đợt trước mà cứ cụt vốn dần dần, bây giờ người ta lại đang đòi. Chẳng biết làm gì để trả hết nợ.

Phải chăng quá tải bệnh nhân hay thói quen ít khai thác thông tin từ bệnh nhân là lý do khiến người bệnh ít nhận được sự quan tâm và tư vấn chi tiết của nhân viên y tế khi sử dụng dịch vụ phòng khám tại TTYT huyện?

d) Phòng kế hoạch – nghiệp vụ, kiêm chỉ đạo tuyến

Với nhân sự 4 người (1 bác sỹ và 4 điều dưỡng), phòng có nhiệm vụ tham mưu BGD về lập kế hoạch, nắm tình hình các TYT xã và thống kê báo cáo, trong giao ban với TYT xã tại huyện, tham mưu BGD giải quyết các vấn đề của TYT và đào tạo cho tuyến TYT xã.

Hoạt động của phòng bao gồm:

- Xây dựng tài liệu tập huấn cho tuyến xã khi có dịch SXH, tiêu chảy, cúm gia cầm
- Trực tiếp mời trạm trưởng TYT các xã lên huyện đào tạo về chẩn đoán và điều trị các dịch bệnh.
- Khi xã có bệnh nguy hiểm cấp tính hoặc ca để khó, bố trí cử các phòng ban chuyên môn xuống hỗ trợ, hướng dẫn cầm tay chỉ việc.
- Kiểm tra hoạt động của TYT, 2 lần/năm nhằm đánh giá chất lượng khám chữa bệnh, dự phòng và đưa ra biện pháp chấn chỉnh.

Phòng kế hoạch nghiệp vụ có vai trò rất quan trọng trong việc đào tạo lại cho trưởng trạm và cán bộ chuyên trách các chương trình hàng năm. Tuy nhiên, phòng đang gặp một số khó khăn sau:

- Số lượng nhân lực làm việc ít: hiện nay 2 người đang đi học cử nhân điều dưỡng và 1 đang theo học chương trình 3 tháng của Fred Hollows. Mọi công việc trong phòng hiện nay đều do một cán bộ vừa làm công tác chuyên môn, vừa làm công tác chỉ đạo tuyến.
- Thiếu máy tính và máy in: hiện chỉ có một máy tính và thường xuyên phải đi in nhờ các phòng khác, trong đi phòng kế hoạch nghiệp vụ kiêm chỉ đạo tuyến phải xây dựng và in ấn rất nhiều tài liệu phục vụ cho hoạt động đào tạo lại.
- Không có kinh phí riêng cho đào tạo lại trưởng trạm và chuyên trách các trạm: bệnh viện có phân bổ ngân sách cho đào tạo nhưng phần lớn đều được dành cho đào tạo nâng cao bằng cấp của các nhân viên y tế trong bệnh viện.
- Thiếu tài liệu, tờ rơi phục vụ hoạt động đào tạo lại.

3.3.4 Trạm y tế xã

Các TYT thường khám bệnh buổi sáng và buổi chiều khám các trường hợp nặng hoặc cấp cứu. Buổi tối có 1 nhân viên trực. Các TYT xã tại Quảng Điền có một số đặc điểm chung sau:

Sử dụng dịch vụ

- Dịch vụ chăm sóc sản khoa (khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh) tại TYT chỉ được sử dụng nhiều ở các xã xa BV huyện tỉnh, ở khu đầm phá (Quảng Lợi và Quảng Công) và rất hiếm khi được sử dụng ở TYT xã gần BV hoặc phòng khám khu vực (Quảng Vinh)
- Người dân chỉ đến TYT khi có một số bệnh đơn giản (hắt hơi, sổ mũi, đau mắt, đau chân tay, nhức đầu, đau bụng), khám thai và đẻ thường, tiêm chủng mở rộng. Tất cả các trường hợp tiêu chảy (từ khi có dịch tiêu chảy cấp) đều được chuyển lên huyện.
- Chỉ những người có BHYT hoặc trong diện đối tượng của chương trình quốc gia (ví dụ Lao, HIV/AIDS..) mà không có thẻ BHYT đến sử dụng dịch vụ và nhận thuốc miễn phí do trạm cung cấp.
- TYT không cấp thuốc cho người không có thẻ BHYT⁴ nên người không có thẻ ít đến khám mà thường ra hiệu thuốc gần chợ mua thuốc hoặc ra y tế tư nhân khám và mua thuốc.
- Phần lớn người dân nhận xét thái độ và phong cách phục vụ của nhân viên y tế hòa nhã, vui vẻ (ngoại trừ một số trường hợp nhân viên y tế cáu kỉnh với người già hay đến nhận thuốc BHYT)

Đào tạo

- 6/11 TYT có trường trạm đang đi đào tạo tập trung hệ bác sĩ chuyên khoa 1, do vậy y sĩ tạm thời lên quyền trường trạm. Các trường hợp bệnh nặng y sĩ không đảm nhiệm được thì chuyển lên tuyến huyện.
- Hàng năm trường trạm và cán bộ chuyên trách được tham gia tập huấn nhắc lại về các chương trình quốc gia 1 ngày/chương trình.
- Một số xã (ví dụ Quảng Công) thiếu bác sĩ người địa phương được niềm tin của dân và huyện phải cử bác sĩ tăng cường. Do vậy hệ thống y tế xã không ổn định, trình độ cán bộ không cao, thiếu niềm tin của dân, hệ thống y tế thôn bản yếu.
- NHS và y tá không được đào tạo nâng cao và cập nhật thông tin về cấp cứu sơ sinh, chuẩn quốc gia về CSSKSS.

Truyền thông

- Tất cả các TYT xã đều không có hộp thông tin treo tường và tờ rơi để người dân tham khảo trong lúc đợi khám (ngoại trừ đợt khám phụ khoa lưu động, đội BVBMTE có mang tới mấy trăm tờ rơi để y tế thôn bản phát trực tiếp cho phụ nữ đến khám).
- Hoạt động truyền thông chủ yếu qua loa đài, hiếm khi có hoạt động giáo dục sức khỏe tại thôn (tổ chức riêng hoặc lồng ghép với họp thôn)
- Không có phương tiện truyền thông riêng (mics, amplifier).

⁴ Trước đây, TYT có được phép bán thuốc cho người không có BHYT. Kể từ khi Bộ Y tế quy định TYT không được phép bán thuốc ngoài BHYT để tiến tới BHYT toàn dân, người bệnh ít đến khám tại trạm.

- Ngoài các đợt chiến dịch về VSMT, chống sốt xuất huyết, các TYT chưa phối hợp được với UBND và MTTQ để xây dựng phong trào/thi đua định kỳ về giữ gìn VSMT và học tập về bảo vệ sức khỏe.

Trang thiết bị

- Thiếu máy tính và máy in. Hoạt động thông kê thông tin y tế rất yếu.
- Thiếu một số dụng cụ y tế cơ bản: dụng cụ tiểu phẫu, đèn khám ngũ quan, nồi hấp khử trùng, máy hút nhớt, máy khí dung, máy sưởi bà mẹ và trẻ sơ sinh, siêu âm chẩn đoán loại xách tay, bóng hút nhớt mũi trẻ sơ sinh.
- Một số xã hay có hiện tượng mất điện, TYT thiếu máy phát điện hoặc đèn tự sạc chất lượng tốt.
- Một số xã (Quảng Công) thiếu phương tiện chuyển tuyến cấp cứu mùa bão lũ.
- Tất cả các TYT đều cho rác thải y tế vào thùng chuyên dụng do TTYT huyện cung cấp và chôn xuống đất sau khi đầy (trung bình 1 thùng/tháng).

Để xác định năng lực của từng TYT xã theo các khả năng chuyên môn, quản lý điều hành dự án và mức độ nhiệt tình, nhóm nghiên cứu đã yêu cầu nhóm lãnh đạo TTYT huyện thảo luận và cho điểm từng TYT theo sáu tiêu chí đưa ra trong bảng 3.

Bảng 3: Đánh giá của nhóm lãnh đạo TTYT huyện về năng lực TYT xã*

Xã	Kỹ thuật chuyên môn	Năng lực quản lý điều hành	Kỹ năng lập kế hoạch	Kỹ năng theo dõi, GS, đánh giá	Sự năng động của trưởng trạm	Sự nhiệt tình với các dự án	Giá trị trung bình
Quảng Thọ	3	3	3	3	3	4	3.2
Quảng Công	3	3	3	3	4	4	3.3
Quảng Ngạn	4	4	3	3	3	4	3.5
Quảng Lợi	4	4	3	3	4	4	3.7
Quảng Phú	4	4	4	4	4	4	4.0
Quảng An	4	4	4	4	4	4	4.0
Thị trấn Sịa	4	4	4	4	4	4	4.0
Quảng Thái	4	5	4	4	5	4	4.3
Quảng Vinh	4	5	4	4	5	5	4.5
Quảng Thành	4	5	4	4	5	5	4.5
Quảng Phước	4	6	5	5	6	6	5.3

*1= rất kém 2= kém 3=trung bình 4=khá 5=tốt 6=rất tốt

Theo như kết quả đánh giá trong bảng 3, dự án PTNTQĐ sẽ gặp thuận lợi khi triển khai hoạt động y tế tại Quảng Phước, Quảng Thành và Quảng Vinh và có thể sẽ gặp khó khăn khi triển khai tại Quảng Thọ, Quảng Công và Quảng Ngạn. Bảng 2 đồng thời chỉ ra cho thấy điểm mạnh và điểm yếu của từng TYT.

3.3.5 Y tế thôn bản

Năng lực đội ngũ y tế thôn bản ở từng xã khác nhau rất lớn. Đội ngũ y tế thôn bản Quảng Thành rất mạnh trong khi đội ngũ ở Quảng Công rất yếu do thay đổi nhân sự thường xuyên, trẻ tuổi nên chưa tạo được niềm tin với dân, thiếu nhiệt tình vì ít phụ cấp

và hoạt động của TYT không mạnh, sôi nổi. Y tế thôn bản hiện tại chỉ hỗ trợ cán bộ trạm tuyên truyền khi có chiến dịch chứ chưa độc lập tổ chức truyền thông giáo dục sức khỏe tại thôn (bảng 4). Nhìn chung đội ngũ y tế thôn bản các xã đều có một số đặc điểm sau:

- Phần lớn các xã đều lồng ghép đội ngũ y tế thôn bản với dân số và phụ nữ. Do vậy lựa chọn nhóm phụ nữ đã lớn tuổi, có thời gian làm công tác xã hội và có được sự tín nhiệm của dân. Do vậy, một số y tế thôn bản lớn tuổi không đạt được tiêu chí đã học hết lớp 12 của BHYT để có thể học nghiệp vụ y tế thôn bản sơ cấp (3 tháng x 4 khóa)
- Đội ngũ y tế thôn bản chưa được người dân nhìn nhận. Họ được dân biết đến vai trò CTV dân số và cán bộ HPN nhiều hơn là với vai trò y tế thôn bản.
- Phần lớn đội ngũ y tế thôn bản đã được đào tạo khóa nghiệp vụ 3 tháng, nhưng nhu cầu cần đào tạo thêm (3 khóa) thành sơ cấp để có thể cấp thuốc cơ bản rất lớn.
- Tất cả đội ngũ thôn bản rất thiếu tài liệu tuyên truyền, tờ rơi để phát cho dân.
- Y tế thôn bản thiếu tài liệu đọc chuyên sâu và băng đĩa hình để tuyên truyền giáo dục mang tính chất giàu thông tin và hấp dẫn về hình ảnh.
- Phần lớn y tế thôn bản thiếu túi thuốc thiết yếu: panh, kéo, kẹp, dây garo, ống nghe, đèn khám lưỡi, dây đo
- Tất cả y tế thôn bản đều không có tủ thuốc gia đình tại nhà để cấp thuốc cho dân.
- Không được cung cấp thuốc thông thường (bổ sung hàng tháng hoặc quý) để cấp cho dân lúc cần thiết: thuốc đau đầu, đau bụng, nhỏ mắt, giảm đau, hạ sốt, oresol, bông, băng, cồn... (vì chưa được đào tạo thành y tế thôn bản sơ cấp)
- Rất nhiều y tế thôn bản đề xuất nhu cầu cần có cân trẻ em, cặp nhiệt độ và máy đo huyết áp để đáp ứng nhu cầu của dân, từ đó nâng cao vị thế của y tế thôn bản trong dân.

Bảng 4: Nhật ký hoạt động của y tế thôn bản xã Quảng Thành năm 2007

Tháng	Hoạt động	Thời gian
1	Cân trẻ em < 2 tuổi Nhận kế hoạch năm 2007 – mục tiêu, chỉ tiêu	1 ngày 1 buổi
2	Cân trẻ em < 2 tuổi Tập huấn phòng chống Lao Điều tra làng văn hóa sức khỏe	1 ngày 1 ngày 1 ngày
3	Cân trẻ em < 2 tuổi Tập huấn phòng chống bệnh mùa hè Điều tra lọc loại bệnh nhân mắt	1 ngày 1 buổi 1 buổi
4	Cân trẻ em < 2 tuổi Uống vaccin phòng tả đợt 1	1 ngày 1 ngày
5	Cân trẻ em < 2 tuổi Tập huấn chương trình suy dinh dưỡng	1 ngày 1 buổi
6	Cân trẻ em < 5 tuổi và cho uống Vitamin A Uống vaccin phòng tả đợt 2	1 ngày 1 ngày
7	Cân trẻ em < 2 tuổi Tập huấn chương trình BI/ phòng chống sốt xuất huyết Chiến dịch thau vét bọ gậy	1 ngày 1 buổi 1 ngày
8	Cân trẻ em < 2 tuổi Học y tế thôn đợt 2 (3 tháng)	1 ngày 3 tháng

Bảng 4: Nhật ký hoạt động của y tế thôn bản xã Quảng Thành năm 2007

	Điều tra thực hiện làng văn hóa sức khỏe	1 ngày
9	Cân trẻ em < 2 tuổi	1 ngày
	Tập huấn HIV/AIDS	1 buổi
10	Cân trẻ em < 2 tuổi	1 ngày
	Thực hành bữa ăn dinh dưỡng cho trẻ em và bà mẹ mang thai	1 ngày
11	Cân trẻ em < 2 tuổi	1 ngày
	Tập huấn VSATTP	1 buổi
12	Cân trẻ em < 5 tuổi và cho uống Vitamin A	1 ngày
	Họp với đoàn đánh giá y tế của Luxembuge	1 buổi
	Tổng thời gian KHÔNG bao gồm đi học 3 tháng	23 ngày

Số ngày dành cho hoạt động y tế thôn bản gấp 2 lần số thời gian dành cho công tác hội phụ nữ trong 1 năm (13 ngày làm việc tổng cộng) và công tác CTV dân số hết 18 ngày. Tuy nhiên số ngày làm việc này không nằm gọn trong 1 ngày như nhân viên hành chính mà rải rác theo buổi trong tháng, điều đó kiến đội ngũ y tế thôn bản, CTV dân số, cán bộ HPN bận rộn hơn. Như vậy, trong một năm, tổng thời gian dành cho công việc của 3 hội là 54 ngày, tương đương hai tháng làm việc liên tục. Nếu bao gồm 3 tháng học tập trung tại TTYT huyện về công tác y tế thôn bản, tổng thời gian dành cho công tác xã hội là 5 tháng.

Kinh phí được nhận hàng tháng là 70.000 đ cho vị trí y tế thôn bản; 90.000đ cho vị trí CTV dân số và trợ cấp đối với cán bộ HPN sẽ phụ thuộc vào ngân sách từng xã (thường dưới 30.000đ). Với một số xã, y tế thôn bản chưa qua đào tạo chỉ được nhận 10.000đ/tháng. Điều đó cho thấy so với mức sống hiện nay, trợ cấp cho cán bộ làm công tác hội rất thấp và dự án sẽ không có đủ khả năng và cũng không nên hỗ trợ kinh phí hàng tháng cho y tế thôn bản, nhằm làm tăng khả năng bền vững của dự án. Thay vào đó, dự án nên tạo bản sắc riêng cho y tế thôn bản thông qua hỗ trợ trang thiết bị dụng cụ y tế, đồng phục, văn phòng phẩm, hỗ trợ tổ chức các buổi sinh hoạt giáo dục định kỳ ở thôn bản, sinh hoạt nội bộ cuối năm, nghỉ hè hoặc thăm quan... để khuyến khích tinh thần người tham gia, nâng cao uy tín của y tế thôn bản trước người dân và tránh để y tế thôn bản đợi chờ ngân sách hỗ trợ hàng tháng.

3.4 Sự lồng ghép với kế hoạch phát triển chung của Huyện

Dự án đã thực hiện theo quy trình có sự tham gia của cấp xã từ quá trình xây dựng dự án. Do vậy, các hoạt động của dự án tương đối phù hợp với nhu cầu của địa phương. Đặc biệt, quá trình lập kế hoạch năm 2008 đã được các xã thu thập nhu cầu của từng thôn, tổng hợp thành kế hoạch chung của xã và đại diện UBND xã đã bảo vệ kế hoạch này trước UBND huyện và dự án trong tháng 12/2007.

Các xã đã chọn lọc các nhu cầu thực tế, không thể thực hiện bằng ngân sách địa phương và các hỗ trợ từ quốc gia để đề nghị dự án hỗ trợ. Quy trình lập kế hoạch này tạo tiền tốt cho sự lồng ghép với kế hoạch phát triển chung của huyện.

Tuy nhiên, với hợp phần y tế, chúng tôi chưa thấy nhiều xã đề cập đến trong kế hoạch đã đề trình lên BQL huyện. Lý do được đưa ra là nhu cầu về xây dựng cơ sở hạ tầng nói chung lớn hơn, bức xúc hơn.

Hội Phụ nữ và Đoàn Thanh niên là hai tổ chức Hội dự kiến sẽ tham gia vào thực hiện các hoạt động y tế của dự án. Trên thực tế, sự phối hợp giữa hai hội này với bên Y tế đang ở mức độ vận động cho thành viên hội tham gia vào các hoạt động tuyên truyền do bên Y tế thực hiện.

Riêng với góc độ quản lý chuyên môn tuyến huyện, Giám đốc cam kết TTYT huyện sẵn sàng tham gia với tư cách là hỗ trợ kỹ thuật cho các TYT xã và không đòi hỏi dự án hỗ trợ về quản lý phí. Qua phong cách và thái độ của giám đốc TTYT huyện, đoàn nghiên cứu có cảm nhận đây là một cán bộ có phong cách hành động và có kế hoạch. Do vậy dự án nên tham khảo mô hình quản lý theo “Tuyên bố Hà Nội” về đầu tư đa ngành (sector-wide approach) trong đó các nguồn tài trợ quốc tế được đưa vào ngân sách tài chính của TTYT huyện và TTYT huyện có quyền chủ động xây dựng kế hoạch, phân bổ ngân sách, điều chỉnh và quản lý hoạt động gắn với hoạt động ngành dọc của y tế theo tinh thần cam kết với nhà tài trợ. Như vậy, sẽ cần có hệ thống theo dõi và giám sát hỗ trợ độc lập từ bên ngoài (BQLDA, VPDA, SYT và UBND) để đảm bảo tính minh bạch và trách nhiệm trong quá trình triển khai.

Để lồng ghép hợp phần y tế với hệ thống y tế hiện có tại huyện Quảng Điền và 11 xã thị trấn, BQL cần xác định rõ số tiền sẽ phân bổ cho hạng mục y tế của từng xã. Trên cơ sở đó, TTYT huyện sẽ làm việc với trưởng trạm, toàn bộ nhân viên trạm và y tế thôn bản của xã để quán triệt tinh thần của dự án (chỉ hỗ trợ đào tạo và trang thiết bị), thông báo kế hoạch phát triển tổng thể về y tế của TTYT huyện, cùng xác định ưu tiên cho hạng mục y tế cụ thể và tham khảo với nội dung đề xuất của bản báo cáo này. Đoàn nghiên cứu tin chắc rằng, TYT và đội y tế thôn bản sẽ lựa chọn được hạng mục y tế cần thiết nhất để tập trung đầu tư, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người dân. Sau khi có được đề xuất của các TYT xã, đại diện BQL DA và TTYT huyện cần thẩm định lại nhu cầu cấp thiết của các đề nghị trên cơ sở: tần suất sử dụng dịch vụ tại TYT, năng lực của cán bộ y tế, mức độ ảnh hưởng của thời tiết và bảo quản lên chất lượng trang thiết bị ... để đảm bảo các khoá đào tạo và trang thiết bị được hỗ trợ sẽ được sử dụng hiệu quả.

4.1 Trung tâm Y tế Huyện

- Phần ngân sách y tế của dự án nên được giao cho TTYT huyện toàn quyền chủ động xây dựng kế hoạch, phân bổ ngân sách, điều chỉnh và quản lý hoạt động gắn với hoạt động ngành dọc của y tế theo tinh thần cam kết với nhà tài trợ.
- BV huyện sẽ được xây dựng trong năm 2008-2010 và có kế hoạch mua mới trang thiết bị, do vậy nhu cầu trang thiết bị của khoa sản cần được ban lãnh đạo TTYT huyện thông qua.
- Cần có chương trình đào tạo nâng cao năng lực và hỗ trợ trang thiết bị cho đội BVBMTE/ KHHGD
- Trong quá trình phân bổ ngân sách, TTYT huyện cần phân bổ rõ ràng nguồn ngân sách dành cho đào tạo lại (khóa ngắn hạn) cho đội ngũ TYT xã (theo dự tính của phòng KH-NV, khoảng 30 triệu/năm), trang bị hệ thống máy tính máy in và trang thiết bị đào tạo cho bộ phận phụ trách đào tạo.
- Xây dựng nhóm phát triển tài liệu và phân bổ nguồn ngân sách riêng cho xây dựng tài liệu, bao gồm đào tạo người có kỹ năng xây dựng tài liệu truyền thông, thử nghiệm tài liệu, kinh phí in ấn.
- UBND, TTYT và BQL cần xây dựng cơ chế với đài phát thanh và truyền hình huyện để xây dựng các phóng sự chuyên sâu về y tế, các thông điệp khuyến khích chăm sóc sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật và chia sẻ các bài học thành công trong thực hiện hoạt động dự án nói chung.
- Cần tăng cường tài liệu truyền thông treo tường, tài liệu phát tay (lấy tự do) để ở các hộp thông tin treo tường khu vực phòng khám
- Cần đào tạo thêm hoặc nhắc nhở nhân viên y tế về kỹ năng tư vấn 2 chiều trong quá trình cung cấp dịch vụ.

4.2 Tuyên xã và thôn: các nhu cầu chung

Việc hỗ trợ trang thiết bị và đào tạo cho các trạm y tế cần được cân nhắc dựa trên (1) nhu cầu tự đề xuất của TYT và UBND xã và (2) phân tích của cán bộ VPDA và BQL huyện về môi trường sử dụng, nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của dân và khả năng áp dụng của cán bộ y tế sau khi về địa phương. Không nên đầu tư dàn trải cho các TYT như nhau. Cần tập trung các trang thiết bị và đào tạo sản khoa và nhi khoa cho các xã khu đầm phá, ít đầu tư về sản và nhi cho các xã gần BV huyện và phòng khám khu vực như Quảng Lợi. Đào tạo nâng cao năng lực chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt và tai mũi họng là rất cần thiết cho tất cả các TYT xã.

- **Giảm các nguy cơ lây nhiễm bệnh sau lũ lụt và giảm nguy cơ mắc các bệnh sức khỏe môi trường (kết hợp giữa hợp phần y tế với hợp phần CSHT)**
 - Thiết lập hệ thống thu gom và xử lý rác thải sinh hoạt của người dân hàng ngày hoặc hàng tuần.
 - Hoạt động thi đua giữ sạch vệ sinh môi trường do MTTQ và HPN phát động và quản lý: thi kiến thức, thi hát, thi thơ, chấm điểm giữ đường làng ngõ xóm và vệ sinh gia đình sạch theo quý. Hoạt động thi có phát thưởng

- để khuyến khích sự thi đua. Giải thưởng có thể là tiền mặt để HPN hoặc MTTQ dùng làm vốn cho hộ nghèo vay phát triển kinh tế.
 - Tổ chức hoạt động tuyên truyền hàng tháng tại thôn giáo dục về VSATTP và CSSK định kỳ qua sinh hoạt tại thôn do y tế thôn bản thực hiện.
 - Giúp một số hộ gia đình nghèo xây nhà vệ sinh đạt tiêu chuẩn
 - Giúp một số hộ gia đình nghèo dẫn nước sinh hoạt an toàn về nhà
 - Làm đường.
- **Tăng cường năng lực trạm y tế**
 - Đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ trạm và đào tạo 1 NHS trung học về cấp cứu sơ sinh (6 tháng).
 - Cung cấp máy nghe tim thai, máy siêu âm xách tay, bộ đèn khám ngũ quan dùng pin, nôi hấp, máy hút nhót sơ sinh, máy khí rung, máy sưởi cho mẹ và trẻ sơ sinh và y dụng cụ tiểu phẫu cho một số xã vùng đầm phá. Chỉ cung cấp khi có nhân sự có chuyên môn để sử dụng máy và đọc kết quả chính xác
 - Tập huấn cán bộ trạm cách sử dụng các trang thiết bị y tế mới được cấp.
 - Cung cấp máy tính và máy in
 - Hộp thông tin tại trạm: hộp gỗ hoặc nhôm, 2-3 tầng, mỗi tầng 3-5 ô kích cỡ khác nhau để đựng tờ rơi, tài liệu tuyên truyền, khuyến khích người dân xem trong lúc đợi khám.
 - Một số xã cần hỗ trợ máy phát điện
 - **Nâng cao năng lực y tế thôn bản**
 - Rà soát, lựa chọn lại đội ngũ y tế thôn bản hiện có, thay thế những người có khả năng đi nơi khác sinh sống hoặc chưa đủ kinh nghiệm và uy tín.
 - Đảm bảo tất cả y tế thôn bản đều được đào tạo khóa 3 tháng và lựa chọn một số y tế thôn bản có năng lực trong mỗi xã để đào tạo sử dụng thuốc. Như vậy, những cán bộ này sẽ đóng vai trò cánh tay vươn dài của TYT để cung cấp một số thuốc thiết yếu cho người dân trong trường hợp đêm tối hoặc lũ lụt.
 - Hỗ trợ kinh phí để tổ chức các buổi sinh hoạt chăm sóc SKCD tại thôn 1 tháng/ lần.
 - Cung cấp tài liệu cho y tế thôn: sách cho y tế thôn, tờ rơi, CD
 - Hình thành bản sắc riêng cho y tế thôn bản: thông qua chính thức giới thiệu hệ thống với người dân trong buổi họp thôn, hỗ trợ trang thiết bị dụng cụ y tế, đồng phục, văn phòng phẩm, hỗ trợ tổ chức các buổi sinh hoạt giáo dục định kỳ ở thôn bản, sinh hoạt nội bộ cuối năm, nghỉ hè hoặc thăm quan...
 - Cung cấp một túi dụng cụ y tế cho phần lớn y tế thôn bản hiện không có hoặc thiếu một số trang thiết bị cần thiết trong túi.

Túi thuốc thiết yếu và một số trang thiết bị (cung cấp 1 lần)	Thuốc thông thường (cung cấp hàng tháng)
panh, kéo, kẹp, dây garo, ống nghe, đèn khám lưỡi, dây đo cân trẻ em, cặp nhiệt độ và máy đo huyết áp, tủ thuốc treo tường tại nhà y tế thôn bản	thuốc đau đầu, đau bụng, nhỏ mắt, giảm đau, hạ sốt, oresol, bông, băng, cồn...

- **Tăng cường cơ chế truyền thông trong xã**
 - cung cấp cho xã một hệ thống amplyfier, mic, CD. Cho y tế thôn lần lượt mượn trong các buổi họp. Nếu không hạn chế về ngân sách, có thể cung cấp mỗi thôn một loa phát thanh (bảo quản ở nhà trưởng thôn hoặc YTTB)
 - UBND xã, TYT cần xây dựng cơ chế với nhân viên phụ trách hệ thống loa truyền thanh xã để thường xuyên phát thông điệp khuyến khích chăm sóc sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật
 - Phối hợp lồng ghép các hoạt động truyền thông do đoàn thanh niên thực hiện với hoạt động của hệ thống câu lạc bộ hiện có (12 câu lạc bộ tiền hôn nhân và 13 câu lạc bộ tuổi trẻ phòng chống tệ nạn xã hội⁵)

⁵ đối tượng là thanh niên ngoài trường học và 2 trường THPT.