KINH NGHIỆM QUỐC TẾ TRONG ĐÁNH GIÁ TRIỂN KHAI CÁC CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG: TỔNG QUAN MÔ TẢ

Phan Thị Chi Mai[1]*, Đặng Lê Trí[2] , Nguyễn Thị Thu Huyền[1], Phạm Thanh Phương[1], Tạ Đăng Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp các cách tiếp cận và nội dung đánh giá việc triển khai các chương trình, chiến lược, kế hoạch hoặc chính sách quốc gia có nội dung phục hồi chức năng (PHCN), từ đó thảo luận khả năng tham khảo đối với Việt Nam.

Phương pháp: Tổng quan mô tả các tài liệu về chính sách, chương trình, kế hoạch quốc gia về PHCN; khung giám sát, đánh giá; bộ chỉ số và hệ thống thông tin PHCN. Tài liệu công bố đến năm 2024 được tra cứu trên các cơ sở dữ liệu y sinh và website của WHO, cơ quan chính phủ, lựa chọn có chủ đích theo mức độ liên quan đến mục tiêu, chỉ số, nguồn dữ liệu hoặc cơ chế giám sát, đánh giá PHCN cấp quốc gia; 15 tài liệu được đưa vào tổng hợp.

Kết quả: Các tài liệu được tổng hợp cho thấy sự khác biệt giữa nhóm quốc gia có kế hoạch PHCN riêng và nhóm lồng ghép PHCN trong chính sách người khuyết tật hoặc hệ thống y tế. Các nội dung thường gặp gồm quản trị, tài chính, nhân lực, cơ sở vật chất, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ, sự tham gia của người khuyết tật và kết quả chức năng. Bộ chỉ số PHCN của WHO (Rehabilitation Indicator Menu - RIM) phiên bản 2023 gồm 12 chỉ số cốt lõi và 32 chỉ số mở rộng; công cụ này cung cấp định nghĩa, cách tính và nguồn dữ liệu tham khảo, nhưng không chứng minh rằng các quốc gia được mô tả đã áp dụng đầy đủ RIM.

Kết luận: Tổng quan cho thấy cần phân biệt chỉ số được nêu trong văn bản chính sách với chỉ số đã được sử dụng trong đánh giá thực tế. RIM và hệ thống thông tin y tế thường quy là nguồn tham khảo để xây dựng khung đánh giá, song việc lựa chọn chỉ số cho Việt Nam cần dựa trên mục tiêu Chương trình, khả năng đo lường và nguồn dữ liệu hiện có. Các đề xuất trong bài cần được xem là định hướng tham khảo, chưa phải kết quả kiểm định tính khả thi tại Việt Nam.

Từ khóa: phục hồi chức năng; đánh giá triển khai; chương trình quốc gia; giám sát và đánh giá; Rehabilitation Indicator Menu; hệ thống thông tin y tế.

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN EVALUATING THE IMPLEMENTATION OF NATIONAL REHABILITATION PROGRAMMES: A DESCRIPTIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: To summarise approaches and evaluation domains described in international documents concerning national programmes, strategies, plans or policies that include rehabilitation, and to discuss their potential relevance to Viet Nam.

Methods: A descriptive review of policy documents, national programmes and plans, monitoring and evaluation frameworks, rehabilitation indicators and health information systems. Documents published up to 2024 were retrieved from biomedical databases and the websites of WHO and government agencies and were purposively selected according to their relevance to national-level rehabilitation objectives, indicators, data sources or monitoring and evaluation arrangements; 15 documents were included in the synthesis.

Results: The documents describe different policy approaches, including stand-alone rehabilitation plans and the integration of rehabilitation into disability policy or the health system. Common domains include governance, financing, workforce, infrastructure, service access and utilisation, participation of persons with disabilities and functioning outcomes. WHO's 2023 Rehabilitation Indicator Menu (RIM) contains 12 core and 32 expanded indicators, but the reviewed country documents do not establish that these countries adopted the RIM as a common tool.

1.Viện Chiến lược và Chính sách Y tế
2. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường
* Tác giả liên hệ: Phan Thị Chi Mai
Email: phanthichimai4@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/8/2026
Ngày phản biện: 21/10/2026
Ngày duyệt bài: 26/10/2026

Conclusion: The review highlights the need to distinguish policy indicators from indicators actually measured in implementation assessments. The RIM and routine health information systems may inform indicator selection, but adaptation to Viet Nam requires assessment of programme objectives, data availability and measurement feasibility. The recommendations presented are proposals for consideration rather than evidence of demonstrated feasibility.

Keywords: rehabilitation; implementation evaluation; national programme; monitoring and evaluation; Rehabilitation Indicator Menu; health information system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hồi chức năng (PHCN) là một cấu phần thiết yếu của hệ thống y tế, cùng với nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị và chăm sóc giảm nhẹ. Nhu cầu PHCN không chỉ giới hạn ở người khuyết tật mà còn phát sinh từ nhiều tình trạng sức khỏe cấp tính, mạn tính và tiến triển. Theo phân tích Gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2019, khoảng 2,4 tỷ người trên thế giới có tình trạng sức khỏe có thể hưởng lợi từ PHCN [1,2].

Nhu cầu PHCN gia tăng nhưng khả năng đáp ứng còn chưa đồng đều. Tại một số quốc gia thu nhập thấp và trung bình, hơn một nửa số người có nhu cầu không được tiếp cận dịch vụ PHCN cần thiết. Những hạn chế về nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, khả năng chi trả, khả năng tiếp cận dịch vụ và hệ thống thông tin là những yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ PHCN [2].

Trước thực trạng đó, WHO đã khởi động Sáng kiến PHCN 2030 và đưa ra Lời kêu gọi hành động nhằm tăng cường PHCN trong hệ thống y tế. WHO nhấn mạnh yêu cầu tăng cường lãnh đạo, lập kế hoạch, tích hợp PHCN vào chu trình chăm sóc sức khỏe, bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân và tích hợp dữ liệu PHCN vào hệ thống thông tin y tế [3,4].

Một yêu cầu quan trọng trong quá trình triển khai các chương trình PHCN là phải có hệ thống giám sát và đánh giá phù hợp. Giám sát và đánh giá giúp xác định mức độ thực hiện các mục tiêu, nhận diện khoảng cách giữa kế hoạch và thực tế, phát hiện những hoạt động hiệu quả hoặc chưa hiệu quả và cung cấp bằng chứng cho điều chỉnh chính sách. WHO khuyến nghị các quốc gia xây dựng hệ thống giám sát dựa trên các chỉ số cụ thể, có khả năng theo dõi tiến độ và kết quả theo thời gian [5].

Tại Việt Nam, phát triển PHCN đã được quan tâm từ nhiều năm và được cụ thể hóa bằng Kế hoạch Quốc gia về phát triển PHCN giai đoạn 2014-2020. Đánh giá việc thực hiện Kế hoạch 2014-2020 cho thấy mạng lưới PHCN, nhân lực, dịch vụ và đào tạo đã có những bước phát triển đáng kể. Tuy nhiên, công tác tự đánh giá, báo cáo, kiểm tra và giám sát còn hạn chế; một số địa phương không gửi báo cáo tổng kết theo yêu cầu, trong khi một số chỉ số thiếu thông tin hoặc chưa đồng bộ giữa các địa phương [6].

Ngày 24/5/2023, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 569/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050. Chương trình đặt ra yêu cầu về kiểm tra, giám sát, đánh giá và xây dựng công cụ thu thập thông tin, giám sát thống nhất trên toàn quốc [7].

Các tài liệu hiện có cung cấp hướng dẫn về tăng cường PHCN trong hệ thống y tế, bộ chỉ số theo dõi PHCN và ví dụ về chính sách liên quan đến PHCN hoặc quyền của người khuyết tật [3-5,8-15]. Tuy nhiên, các loại tài liệu này không đồng nhất: văn bản chính sách thường nêu mục tiêu hoặc chỉ số dự kiến, trong khi báo cáo đánh giá mới có thể phản ánh dữ liệu và kết quả triển khai thực tế. Vì vậy, cần tổng hợp riêng các nội dung có thể dùng để đánh giá triển khai chương trình, đồng thời phân biệt với giám sát năng lực hệ thống PHCN, đánh giá chất lượng dịch vụ và đánh giá kết quả chức năng. Bài tổng quan này tập trung mô tả các nguồn tài liệu quốc tế về chương trình, chiến lược, kế hoạch hoặc chính sách quốc gia có nội dung PHCN, phân tích các nhóm nội dung đánh giá được nêu trong những tài liệu đó và thảo luận khả năng tham khảo cho Việt Nam. Năm quốc gia được trình bày là các trường hợp có tài liệu chính sách phù hợp trong bộ tài liệu đã lựa chọn, không phải mẫu đại diện cho tất cả quốc gia.

Tổng quan mô tả kinh nghiệm quốc tế trong đánh giá chương trình PHCN làm cơ sở và căn cứ cho nhiệm vụ “Nghiên cứu xây dựng bộ công

cụ đánh giá và thử nghiệm đánh giá ban đầu việc triển khai thực hiện Chương trình phát triển hệ thống phục hồi chức năng giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050 tại một số địa bàn". Vì vậy, trọng tâm của tổng quan là xác định các nhóm nội dung, chỉ số và nguồn dữ liệu quốc tế có thể tham khảo khi xây dựng công cụ đánh giá Chương trình tại Việt Nam; bài viết không nhằm khẳng định hiệu quả của Chương trình hoặc tính khả thi của một bộ chỉ số chưa được thử nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng tổng quan gồm tài liệu về chương trình, chiến lược, kế hoạch quốc gia hoặc chính sách về người khuyết tật có nội dung PHCN; khung giám sát và đánh giá; bộ chỉ số PHCN; và hệ thống thông tin phục vụ theo dõi dịch vụ PHCN. Tài liệu được xem xét khi có nội dung trực tiếp liên quan đến mục tiêu, hoạt động, chỉ số, nguồn dữ liệu hoặc cơ chế giám sát/đánh giá PHCN ở cấp quốc gia. Không xem các văn bản về quyền người khuyết tật là chương trình PHCN chuyên biệt nếu tài liệu không có nội dung PHCN cụ thể. Khi tổng hợp, phân biệt (i) mục tiêu/chỉ số được quy định trong văn bản chính sách với (ii) chỉ số hoặc dữ liệu được báo cáo là đã sử dụng trong hoạt động giám sát, đánh giá.

Nguồn tài liệu gồm bài báo khoa học, báo cáo nghiên cứu, văn bản/chương trình/kế hoạch chính sách, tài liệu hướng dẫn của WHO và báo cáo quốc gia có liên quan. Tài liệu được công bố đến năm 2024, bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan mô tả (tổng quan tường thuật), tài liệu được lựa chọn có chủ đích. Các từ khóa tiếng Việt gồm "đánh giá chương trình", "dự án", "chính sách", "kế hoạch quốc gia về phục hồi chức năng", "chỉ số đánh giá phục hồi chức năng" và "bộ chỉ số đánh giá phục hồi chức năng". Các từ khóa tiếng Anh gồm "evaluate the national/country program/strategy/project/plan on rehabilitation/ for disability people", "rehabilitation indicators" và "rehabilitation toolkit".

Nguồn tìm kiếm gồm PubMed, MEDLINE, Embase, ScienceDirect, ResearchGate và Google Scholar. PubMed là nền tảng tìm kiếm tài liệu y sinh, còn MEDLINE là cơ sở dữ liệu thư mục có thể được truy cập qua PubMed và các nền tảng khác; vì vậy hai nguồn có thể chồng lấp. ScienceDirect là nền tảng truy cập nội dung xuất bản, còn ResearchGate là nền tảng chia sẻ học thuật. Văn bản chính sách, kế hoạch, báo cáo quốc gia và tài liệu hướng dẫn được truy cập từ website của WHO, Liên Hợp Quốc, cơ quan chính phủ và tổ chức liên quan [3-5,7-14].

Tài liệu được lựa chọn theo mức độ liên quan đến đánh giá triển khai PHCN, tính rõ ràng về phạm vi chính sách và khả năng cung cấp thông tin về mục tiêu, chỉ số, nguồn dữ liệu hoặc cơ chế báo cáo. Thông tin được tổng hợp theo các nhóm: loại văn bản và phạm vi chính sách; thời kỳ áp dụng (khi tài liệu nêu rõ); mục tiêu/nội dung đánh giá; nhóm chỉ số; nguồn dữ liệu và cơ chế báo cáo (khi có mô tả); và bài học có thể tham khảo cho Việt Nam. Có 15 tài liệu được đưa vào tổng hợp, gồm 6 tài liệu hướng dẫn, công cụ của WHO [2-5,13,14], 5 văn bản chính sách hoặc báo cáo quốc gia của Afghanistan, Pakistan, Thái Lan, Úc và Iceland [8-12], 2 văn bản, báo cáo của Việt Nam [6,7] và 2 bài báo khoa học [1,15]. Năm quốc gia được trình bày như các trường hợp minh họa cho những loại văn bản khác nhau (kế hoạch PHCN chuyên biệt, kế hoạch hoặc chiến lược về người khuyết tật, báo cáo thực hiện Công ước) có toàn văn tiếng Anh. Kết quả được tổng hợp theo phương pháp mô tả, không phải tổng quan hệ thống.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhu cầu PHCN và yêu cầu đối với hệ thống giám sát, đánh giá

Tổng quan cho thấy nhu cầu PHCN trên toàn cầu rất lớn và khác biệt giữa các khu vực. Theo số liệu được tổng hợp từ WHO, năm 2019 có khoảng 2,4 tỷ người có tình trạng sức khỏe có thể hưởng lợi từ PHCN, tương đương tỷ lệ 31.200/100.000 dân. Tây Thái Bình Dương là khu vực có số lượng người có nhu cầu PHCN cao nhất, khoảng 610 triệu người; tiếp theo là Đông Nam Á với khoảng 593 triệu người [1].

Nhu cầu PHCN không chỉ liên quan đến người khuyết tật mà còn bao gồm nhiều tình trạng sức khỏe cấp tính, mạn tính và tiến triển. Các rối loạn cơ xương khớp, thần kinh, cảm giác và bệnh hô hấp mạn tính là những nhóm nguyên nhân quan trọng tạo ra nhu cầu PHCN ở các nhóm tuổi khác nhau [1]. Điều này cho thấy đánh giá hệ thống PHCN không thể chỉ tập trung vào số lượng cơ sở hay số lượt sử dụng dịch vụ mà cần xem xét toàn bộ chuỗi từ nguồn lực, cung cấp dịch vụ đến kết quả chức năng.

WHO khuyến nghị tích hợp các chỉ số về khuyết tật và PHCN vào khung giám sát chung của hệ thống y tế. Các chỉ số có thể được phân chia theo các cấp độ đầu vào, quá trình, đầu ra, kết quả và tác động. Ở cấp đầu vào có thể theo dõi quản trị, tài chính, nhân lực, cơ sở hạ tầng và thông tin; cấp đầu ra tập trung vào tính sẵn có và khả năng tiếp cận dịch vụ; cấp kết quả và tác động phản ánh hiệu quả dịch vụ, thay đổi chức năng và giảm bất bình đẳng sức khỏe [5].

Một hệ thống đánh giá toàn diện cũng cần xem xét các yếu tố về công bằng, trách nhiệm giải trình và tính bền vững của hệ thống y tế. Việc thu thập dữ liệu cần được chuẩn hóa, bảo đảm khả năng so sánh giữa các địa phương và theo thời gian. WHO nhấn mạnh sự cần thiết phải xác định nguồn dữ liệu, đường cơ sở và tần suất thu thập đối với từng chỉ số [5].

3.2. Kinh nghiệm tổ chức giám sát, đánh giá PHCN ở một số quốc gia

Các tài liệu được lựa chọn phản ánh những cách tiếp cận chính sách khác nhau. Afghanistan có kế hoạch chiến lược về phòng ngừa khuyết tật và PHCN thể chất giai đoạn 2017-2020; Pakistan có kế hoạch hành động thực hiện chính sách quốc gia về người khuyết tật giai đoạn 2006-2011; Thái Lan có kế hoạch phát triển chất lượng cuộc sống của người khuyết tật giai đoạn 2007-2011; Úc có Chiến lược quốc gia về người khuyết tật 2010-2020; Iceland có báo cáo quốc gia thực hiện Công ước về quyền của người khuyết tật năm 2021 [8-12]. Đây là các loại văn bản và thời kỳ khác nhau, không thể xem là những chương trình PHCN tương đương. Các nhóm nội dung trong Bảng 1 phản ánh những nội dung được nêu trong tài liệu tương ứng; không phải tất cả đều là chỉ số đã được đo lường trong một cuộc đánh giá triển khai thực tế.

Bảng 1. Đặc điểm tài liệu quốc gia và các lĩnh vực đánh giá được nêu

Quốc gia	Văn bản và thời kỳ	Nội dung được nêu trong tài liệu	Giới hạn bằng chứng
Afghanistan	Kế hoạch chiến lược về phòng ngừa khuyết tật và PHCN thể chất, 2017-2020 [8]	Hệ thống thông tin; tiếp cận cơ sở y tế; nhân lực và đào tạo; dịch vụ PHCN.	Tài liệu kế hoạch; không mặc nhiên coi các nội dung nêu là chỉ số đã được đo lường độc lập.
Pakistan	Kế hoạch hành động thực hiện chính sách quốc gia về người khuyết tật, 2006-2011 [9]	Thu thập thông tin; phối hợp liên ngành; phát hiện sớm; mạng lưới PHCN; tiếp cận và tham gia.	Văn bản kế hoạch; bằng chứng về kết quả đo lường không đồng đều trong tài liệu được trích dẫn.
Thái Lan	Kế hoạch quốc gia lần thứ ba về phát triển chất lượng cuộc sống người khuyết tật, 2007-2011 [10]	Điều phối; tiếp cận dịch vụ và sản phẩm hỗ trợ; nhân lực, ngân sách, dữ liệu và tham gia.	Kế hoạch về người khuyết tật có nội dung liên quan PHCN, không phải chương trình PHCN chuyên biệt.

Quốc gia	Văn bản và thời kỳ	Nội dung được nêu trong tài liệu	Giới hạn bằng chứng
Úc	Chiến lược quốc gia về người khuyết tật, 2010-2020 [11]	Liên kết chăm sóc ban đầu; cải cách dịch vụ; đào tạo; tiếp cận thuốc; nghiên cứu và bằng chứng.	Chiến lược bao quát khuyết tật; không đồng nhất với kế hoạch PHCN chuyên biệt.
Iceland	Báo cáo quốc gia thực hiện Công ước về quyền của người khuyết tật, 2021 [12]	Khảo sát/lập kế hoạch địa phương; trải nghiệm người khuyết tật; giao thông, hỗ trợ cá nhân, dịch vụ và đào tạo.	Báo cáo thực hiện Công ước, không phải kế hoạch PHCN; nội dung phản ánh nghĩa vụ báo cáo quốc gia.

Nguồn: Tổng hợp từ tài liệu Afghanistan [8], Pakistan [9], Thái Lan [10], Úc [11] và Iceland [12]. Các tài liệu có bản chất khác nhau (kế hoạch/chiến lược/báo cáo quốc gia); bảng tổng hợp nội dung được nêu trong văn bản, không hàm ý các chỉ số đã được đo lường hoặc đánh giá độc lập.

Kinh nghiệm Afghanistan cho thấy việc đánh giá tập trung tương đối rõ vào khả năng hình thành hệ thống thông tin, mức độ bao phủ dịch vụ và năng lực nhân lực. Các chỉ số bao gồm tỷ lệ dịch vụ khuyết tật và PHCN được đưa vào hệ thống thông tin và quản lý y tế quốc gia, tỷ lệ cơ sở y tế có khả năng tiếp cận bình đẳng, tỷ lệ nhân viên y tế được đào tạo về nhận thức khuyết tật và số lượng chuyên gia PHCN được đào tạo [8].

Pakistan chú trọng các cơ chế thu thập thông tin ở cấp huyện, liên kết liên ngành, phát hiện sớm và xây dựng mạng lưới dịch vụ PHCN. Các chỉ số cũng đề cập đến sự tham gia của phụ nữ khuyết tật, thực thi pháp luật, khả năng tiếp cận môi trường và phát triển năng lực cung cấp thiết bị hỗ trợ [9].

Tại Thái Lan, đánh giá được đặt trong cách tiếp cận dựa trên quyền của người khuyết tật. Các chỉ số bao gồm mức độ thành công của cơ chế điều phối quốc gia, khả năng cung cấp dịch vụ y tế, giáo dục và xã hội, tỷ lệ người khuyết tật được tiếp cận phương tiện và thiết bị hỗ trợ, nhân lực, ngân sách, nghiên cứu, cơ sở dữ liệu và sự tham gia của các tổ chức người khuyết tật trong hoạch định chính sách [10].

Úc sử dụng các chỉ số gắn với hệ thống y tế, mạng lưới chăm sóc ban đầu, đào tạo, khả năng tiếp cận dịch vụ, thuốc và nghiên cứu. Trong khi đó, Iceland có nhiều chỉ số phản ánh trực tiếp trải nghiệm và sự tham gia của người khuyết tật, như sự hài lòng với phương tiện giao thông, dịch vụ hỗ trợ cá nhân, sự hài lòng với dịch vụ và tỷ lệ nhân viên được đào tạo [11,12].

So sánh theo chủ đề cho thấy các tài liệu không cung cấp cùng một loại bằng chứng: kế hoạch của Afghanistan và Pakistan nêu các nội dung về tổ chức hệ thống, năng lực và phối hợp; kế hoạch của Thái Lan nhấn mạnh quyền, dịch vụ và sự tham gia; chiến lược của Úc đề cập việc kết nối dịch vụ và cải cách hệ thống; còn báo cáo của Iceland phản ánh việc thực hiện nghĩa vụ theo Công ước. Vì vậy, bảng này dùng để nhận diện các lĩnh vực có thể đưa vào khung đánh giá, không dùng để kết luận quốc gia nào có hệ thống đánh giá tốt hơn. Trong bộ tài liệu hiện có, bằng chứng về nguồn dữ liệu và việc đo lường thực tế không đồng đều; nơi văn bản chỉ nêu mục tiêu hoặc chỉ số dự kiến, bài viết không coi đó là kết quả đã được đo lường.

Nhìn chung, các quốc gia được tổng hợp đều hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng cuộc sống và bảo đảm quyền tiếp cận dịch vụ của người khuyết tật. Các nhóm nội dung thường xuyên xuất hiện gồm quản trị, dịch vụ, nhân lực, cơ sở hạ tầng, tài chính, thông tin, đào tạo, khả năng tiếp cận và sự tham gia của người khuyết tật [8-12].

3.3. Bộ chỉ số PHCN của WHO

RIM của WHO là danh mục chỉ số tham khảo đi kèm Khung theo dõi và đánh giá PHCN, được cập nhật năm 2023 [13]. Trong bộ tài liệu quốc gia được tổng hợp ở đây, chưa có đủ bằng chứng để kết luận các quốc gia Afghanistan, Pakistan, Thái Lan, Úc hoặc Iceland đã áp dụng RIM như một bộ công cụ thống nhất. Vì vậy, RIM được xem là nguồn tham chiếu để đối chiếu các nhóm chỉ số, chứ không phải bằng chứng về việc triển khai RIM tại các quốc gia này.

Phiên bản RIM năm 2023 gồm 12 chỉ số cốt lõi và 32 chỉ số mở rộng. Mỗi chỉ số được mô tả về định nghĩa, cơ sở lý luận, tử số, mẫu số, phương pháp tính, tùy chọn phân tổ và nguồn dữ liệu ưu tiên [13]. Bảng 2 dưới đây tóm lược các nhóm/chủ đề chỉ số chính, không thay thế danh mục đầy đủ và nguyên văn của WHO.

Bảng 2. Danh mục các nhóm chỉ số trong RIM

Nhóm	Chỉ số
Chỉ số cốt lõi	PHCN trong khung giám sát sức khỏe quốc gia; mật độ giường PHCN; chi phí PHCN; mật độ và phân bố nhân lực PHCN; tính đầy đủ của báo cáo PHCN; dịch vụ PHCN cơ bản tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu; sử dụng dịch vụ PHCN; sử dụng sản phẩm hỗ trợ; bao phủ PHCN cho nhu cầu cấp tính và phức tạp; hiệu quả PHCN đối với đau thắt lưng mạn tính; thay đổi chức năng; chức năng dân số
Chỉ số mở rộng	Lồng ghép PHCN vào các chương trình y tế; báo cáo tình trạng PHCN; quản lý PHCN; sự tham gia của người sử dụng dịch vụ; sản phẩm hỗ trợ; công nghệ hỗ trợ; chuẩn bị khẩn cấp; chi phí sản phẩm hỗ trợ; chi phí nhân lực; tốt nghiệp nhân lực PHCN; quy định nhóm nghề PHCN; thất nghiệp trong lĩnh vực PHCN; PHCN trong đào tạo bác sĩ và điều dưỡng; nghiên cứu; tính sẵn có của chương trình; lồng ghép PHCN ở các tuyến chăm sóc; khả năng tiếp cận cộng đồng; hướng dẫn lâm sàng; tiêu chuẩn dịch vụ; thời gian lưu trú; kế hoạch phục hồi cá nhân; trải nghiệm khách hàng; phát triển chuyên môn; thời gian chờ và các chỉ số liên quan

Nguồn: WHO, Rehabilitation Indicator Menu, 2023 [13].

Các chỉ số trong RIM được phân loại thành chỉ số đầu vào, đầu ra, kết quả, tác động và chỉ số thuộc tính hệ thống y tế. Chỉ số đầu vào phản ánh nguồn lực cần thiết để thực hiện chương trình; chỉ số đầu ra phản ánh dịch vụ và sản phẩm được tạo ra; chỉ số kết quả phản ánh những thay đổi ngắn hạn và trung hạn; chỉ số tác động phản ánh những thay đổi dài hạn ở cấp độ dân số. Nhóm chỉ số thuộc tính hệ thống y tế phản ánh công bằng, hiệu quả, trách nhiệm giải trình và tính bền vững [13].

3.4. Hệ thống thông tin và báo cáo PHCN thường quy

Một nội dung xuyên suốt trong kinh nghiệm quốc tế là tích hợp dữ liệu PHCN vào hệ thống thông tin y tế thường quy. Hệ thống báo cáo thường quy cho phép thu thập dữ liệu định kỳ từ cơ sở y tế, theo dõi hiệu suất dịch vụ, năng lực cung ứng, nhân lực, khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ. Dữ liệu thường quy có thể hỗ trợ nhà quản lý theo dõi tiến độ và phát hiện vấn đề kịp thời [14].

WHO đã phát triển bộ công cụ về hệ thống thông tin y tế thường quy - mô-đun PHCN, bao gồm các chỉ số chuẩn, nguyên tắc phân tích, bảng thông tin và hướng dẫn diễn giải. Các chỉ số được chia thành nhóm áp dụng cho tất cả cơ sở, cơ sở chăm sóc ban đầu và khoa PHCN chuyên dụng [14]. Bộ công cụ có thể được hỗ trợ bằng nền tảng DHIS2 hoặc được điều chỉnh để tích hợp vào nền tảng điện tử hiện có của từng quốc gia [14].

Kinh nghiệm tại các quốc gia cho thấy không có một mô hình hệ thống thông tin PHCN duy nhất phù hợp với mọi bối cảnh. Nghiên cứu tại Thái Lan và một số quốc gia có thu nhập thấp và trung bình cho thấy hệ thống cần được phát triển từng bước, bắt đầu từ một bộ dữ liệu tối thiểu về tình trạng chức năng và dịch vụ PHCN, sau đó mở rộng khi năng lực hệ thống thông tin được cải thiện. Cách tiếp cận này giúp hạn chế nguy cơ tạo gánh nặng báo cáo cho những hệ thống vốn còn hạn chế về nguồn lực [15].

IV. BÀN LUẬN

Liên hệ với mục tiêu nhiệm vụ nghiên cứu, giá trị ứng dụng trực tiếp của tổng quan là cung cấp cơ sở tham khảo để thiết kế bộ công cụ đánh giá việc triển khai Chương trình PHCN 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050. Do phạm vi tài liệu và hồ sơ tìm kiếm còn hạn chế, kết quả chỉ hỗ trợ xác định các lĩnh vực cần cân nhắc; không thể thay thế việc tham vấn các bên liên quan, rà soát dữ liệu hiện có hoặc thử nghiệm công cụ tại địa phương.

Các tài liệu cho thấy cần phân biệt ba lớp thông tin khi đánh giá triển khai chương trình PHCN: (i) cam kết, mục tiêu và chỉ số dự kiến trong văn bản chính sách; (ii) dữ liệu giám sát thường quy về nguồn lực, hoạt động và dịch vụ; và (iii) kết quả đối với người sử dụng dịch vụ, bao gồm tiếp cận và thay đổi chức năng. Văn bản chính sách có thể xác định ưu tiên và trách nhiệm, nhưng không tự thân chứng minh rằng chỉ số đã được thu thập hoặc chương trình đã đạt kết quả. Vì vậy, khi xây dựng công cụ đánh giá, cần ghi rõ trạng thái của từng chỉ số và nguồn bằng chứng đi kèm.

Sự khác biệt giữa các tài liệu quốc gia phần nào phản ánh mục tiêu chính sách, cơ chế quản trị và phạm vi văn bản khác nhau. Afghanistan và Pakistan có các kế hoạch liên quan trực tiếp hơn đến phòng ngừa khuyết tật/PHCN hoặc thực hiện chính sách người khuyết tật; Thái Lan và Úc đặt trọng tâm rộng hơn vào quyền, chất lượng cuộc sống và sự hòa nhập; tài liệu Iceland là báo cáo thực hiện Công ước, không phải một kế hoạch PHCN. Do đó, các nhóm chỉ số trong bảng chỉ nên được so sánh ở mức chủ đề, tránh xếp hạng quốc gia hoặc suy diễn rằng mọi chỉ số đều đã được áp dụng trên thực tế [8-12].

RIM cung cấp một cấu trúc hữu ích để chuẩn hóa định nghĩa, tử số, mẫu số, phân tổ và nguồn dữ liệu của chỉ số [13]. Tuy nhiên, tổng quan này không tìm thấy đủ căn cứ trong các tài liệu đã trích dẫn để xác nhận mức độ áp dụng RIM tại từng quốc gia. Vì vậy, giá trị của RIM đối với Việt Nam trong bài viết này nằm ở vai trò khung tham chiếu để rà soát chỉ số, không phải bằng chứng rằng việc áp dụng RIM chắc chắn tạo ra cải thiện.

Tuy nhiên, việc áp dụng RIM cần được thực hiện theo nguyên tắc chọn lọc và điều chỉnh. RIM cung cấp danh mục chỉ số tham khảo chứ không phải một bộ chỉ số bắt buộc áp dụng nguyên trạng cho mọi quốc gia. WHO khuyến nghị các quốc gia lựa chọn những chỉ số phù hợp với bối cảnh, mục tiêu chiến lược và khả năng thu thập dữ liệu. Vì vậy, Việt Nam có thể sử dụng cấu trúc của RIM để đối chiếu với mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp của Chương trình, sau đó lựa chọn và điều chỉnh các chỉ số phù hợp [13].

Một vấn đề khác cần quan tâm là khả năng đo lường thực tế của từng chỉ số. Một chỉ số dù có giá trị về mặt lý thuyết nhưng nếu không có nguồn dữ liệu, chưa xác định được đơn vị báo cáo, chưa có định nghĩa hoặc chưa thống nhất cách tính thì khó có thể sử dụng hiệu quả trong giám sát. Trong bối cảnh nhiệm vụ xây dựng bộ công cụ đánh giá Chương trình tại Việt Nam, cần rà soát từng mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp để xác định chỉ số tương ứng; đồng thời quy định rõ định nghĩa, tử số, mẫu số, nguồn dữ liệu, đơn vị chịu trách nhiệm và tần suất báo cáo. Đây là hàm ý được rút ra từ tổng hợp tài liệu, không phải kết quả kiểm định một bộ công cụ đã hoàn thiện.

Hệ thống thông tin y tế thường quy cần được xem là nền tảng cho đánh giá dài hạn. Nếu dữ liệu PHCN chỉ được thu thập riêng lẻ khi thực hiện một cuộc khảo sát hoặc đánh giá giữa kỳ/cuối kỳ, việc theo dõi tiến độ thường xuyên sẽ khó khăn và tạo thêm gánh nặng báo cáo. Ngược lại, khi dữ liệu PHCN được tích hợp vào hệ thống thông tin y tế hiện có, dữ liệu có thể được cập nhật định kỳ và sử dụng đồng thời cho quản lý cơ sở, quản lý chương trình và hoạch định chính sách [14].

Đối với Việt Nam, một hướng tiếp cận thận trọng là phân loại chỉ số theo khả năng đo lường và nguồn dữ liệu: nhóm có thể khai thác từ hệ thống báo cáo hiện có (ví dụ nhân lực, cơ sở, hoạt động và sử dụng dịch vụ); nhóm cần chuẩn hóa thêm định nghĩa và cách tính; và nhóm cần khảo sát chuyên biệt (ví dụ trải nghiệm người sử dụng, mức độ đáp ứng nhu cầu hoặc thay đổi chức năng). Việc lựa chọn cần đối chiếu từng mục tiêu của Chương trình phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050 với nguồn dữ liệu, đơn vị báo cáo, tần suất và trách nhiệm cập nhật. Đây là đề xuất của nhóm

tác giả dựa trên tổng hợp tài liệu, chưa phải kết quả đánh giá tính khả thi tại Việt Nam.

Bên cạnh đó, kinh nghiệm quốc tế cho thấy đánh giá PHCN cần vượt ra ngoài phạm vi cơ sở y tế. Các chỉ số về khả năng tiếp cận, sự tham gia của người khuyết tật, sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ, môi trường không rào cản và khả năng tiếp cận sản phẩm hỗ trợ phản ánh trực tiếp hơn mức độ đáp ứng nhu cầu của người dân. Thái Lan và Iceland là những ví dụ cho thấy sự tham gia và trải nghiệm của người khuyết tật có thể trở thành thành phần của hệ thống đánh giá [8-12].

Một điểm đáng lưu ý nữa là nguồn nhân lực và năng lực dữ liệu. Đánh giá hiệu quả chỉ có thể thực hiện khi cán bộ tại các cấp hiểu rõ chỉ số, biết cách thu thập, nhập và kiểm tra dữ liệu. WHO khuyến nghị tổ chức đào tạo cho hai nhóm chính: cán bộ phân tích và quản lý dữ liệu ở cấp chương trình, quốc gia và cơ sở; và nhân viên thu thập, nhập dữ liệu tại cơ sở [14].

Trên cơ sở cách phân loại chỉ số đầu vào, đầu ra, kết quả và tác động của Khung theo dõi và đánh giá PHCN (FRAME) và RIM của WHO [13] cùng yêu cầu kiểm tra, giám sát, đánh giá của Quyết định 569/QĐ-TTg [7], nhóm tác giả đề xuất khung đánh giá Chương trình phát triển hệ thống PHCN theo ba tầng. Tầng thứ nhất là đánh giá mức độ sẵn sàng và đầu vào, gồm chính sách, quản trị, tài chính, cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực. Tầng thứ hai là đánh giá triển khai và đầu ra, gồm khả năng cung cấp dịch vụ, mức độ lồng ghép PHCN tại các tuyến, sử dụng dịch vụ, sản phẩm hỗ trợ và chất lượng báo cáo. Tầng thứ ba là đánh giá kết quả và tác động, gồm thay đổi chức năng, khả năng tiếp cận, mức độ đáp ứng nhu cầu và chức năng của quần thể.

Cấu trúc đề xuất này tương thích với định hướng của WHO và đồng thời phù hợp với yêu cầu của Chương trình Việt Nam về kiểm tra, giám sát, đánh giá và xây dựng công cụ thu thập thông tin thống nhất trên toàn quốc [7]. Việc chuẩn hóa các chỉ số có thể giúp giảm sự khác biệt giữa các địa phương trong thu thập và báo cáo, khắc phục một trong những hạn chế đã được ghi nhận trong đánh giá giai đoạn 2014-2020.

Hạn chế của tổng quan: Đây là tổng quan tường thuật với tài liệu được lựa chọn có chủ đích, không thực hiện quy trình sàng lọc và đánh giá chất lượng từng tài liệu như tổng quan hệ thống, nên quy trình lựa chọn khó tái lập; nguy cơ bỏ sót tài liệu (đặc biệt tài liệu công bố sau năm 2024 hoặc không bằng tiếng Việt, tiếng Anh) và thiên lệch trong lựa chọn quốc gia không thể loại trừ. Bộ tài liệu quốc gia cũng không đồng nhất về loại văn bản, mục tiêu và thời kỳ áp dụng; một số kế hoạch đã kết thúc, nên các nội dung được tổng hợp không phản ánh nhất thiết tình hình hiện hành. Các hạn chế này cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan cho thấy các văn bản quốc gia có nội dung PHCN khác nhau về phạm vi và mục tiêu; các nhóm chủ đề thường được đề cập gồm quản trị, nguồn lực, khả năng tiếp cận dịch vụ, sự tham gia của người khuyết tật và thông tin phục vụ giám sát. Tuy nhiên, không phải mọi nội dung được nêu trong chính sách đều là chỉ số đã được đo lường trong đánh giá triển khai.

WHO đã xây dựng RIM với 12 chỉ số cốt lõi và 32 chỉ số mở rộng, cung cấp cơ sở quan trọng để các quốc gia lựa chọn và xây dựng hệ thống chỉ số phù hợp với chương trình PHCN của mình. Hệ thống báo cáo PHCN thường quy được lồng ghép vào hệ thống thông tin y tế là một giải pháp quan trọng để theo dõi liên tục năng lực và hiệu suất của hệ thống PHCN.

Đối với Việt Nam, nhóm tác giả đề xuất rà soát từng mục tiêu của Chương trình phát triển hệ thống PHCN giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050, đối chiếu với RIM và dữ liệu hiện có để lựa chọn chỉ số khả thi; đồng thời xác định rõ định nghĩa, nguồn dữ liệu, đơn vị chịu trách nhiệm và tần suất báo cáo. Đây là đề xuất cần được thẩm định và thử nghiệm trong thực tiễn trước khi áp dụng chính thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cieza A, Causey K, Kamenov K et al. 2020**. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 396(10267): 2006-2017. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

2. World Health Organization. 2024. Rehabilitation [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

3. World Health Organization. 2017. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action

4. World Health Organization. 2017. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization. ISBN: 9789241549974. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974

5. World Health Organization. 2019. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization. ISBN: 9789241515986. Available from: https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/service-delivery/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action

6. Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. 2020. Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia về phát triển phục hồi chức năng giai đoạn 2014-2020. Hà Nội.

7. Thủ tướng Chính phủ. 2023. Quyết định số 569/QĐ-TTg ngày 24/5/2023 phê duyệt Chương trình phát triển hệ thống phục hồi chức năng giai đoạn 2023-2030, tầm nhìn đến năm 2050. Hà Nội. Available from: https://vanban.chinhphu.vn/?classid=0&docid=207941&pageid=27160

8. Ministry of Public Health, Afghanistan. 2017. National Strategic Plan for Disability Prevention and Physical Rehabilitation 2017-2020. Kabul: Ministry of Public Health. Available from: https://www.clusterconvention.org/wp-content/uploads/2020/09/Afghanistans-National-Disability-Prevention-Rehab-Plan-2017-2020.pdf

9. Government of Pakistan. 2006. National Plan of Action to Implement the National Policy for Persons with Disabilities, 2006-2011. Islamabad: Government of Pakistan. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/10/Pakistan_National-Plan-of-Action-to-implement-the-National-Policy-for-Persons-with-Disabilities-2006-%E2%80%93-2011.pdf

10. Ministry of Social Development and Human Security, Thailand. 2007. Third National Plan on Quality of Life Development of Persons with Disabilities 2007-2011. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities/strategies.html

11. Council of Australian Governments. 2011. National Disability Strategy 2010-2020. Canberra: Commonwealth of Australia. ISBN: 978-1-921647-39-0. Available from: https://www.health.gov.au/resources/publications/national-disability-strategy-2010-2020?language=en

12. Government of Iceland. 2021. Initial report submitted by Iceland under article 35 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Reykjavik: Government of Iceland. Available from: https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Domsmalaraduneytid/Initial%20Report%20of%20Iceland-%202021.pdf

13. World Health Organization. 2023. Rehabilitation indicator menu: a tool accompanying the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME). 2nd ed. Geneva: World Health Organization. Available from: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d800b9ac-61fe-4c3b-8d27-f5a230cf03ef/content

14. World Health Organization. 2022. Routine health information systems - rehabilitation toolkit. Geneva: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/tools/routine-health-information-systems---rehabilitation-toolkit

15. McPherson A, Durham J, Richards N et al. 2017. Strengthening health information systems for disability-related rehabilitation in LMICs. Health Policy and Planning. 32(3): 384-394. doi:10.1093/heapol/czw140.