

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

VŨ MẠNH DƯƠNG

**ĐÁNH GIÁ MÔ HÌNH ĐỘI LƯU ĐỘNG CỤM XÃ
NHẪM CẢI THIỆN HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH
CỦA TRẠM Y TẾ TẠI 3 HUYỆN CỦA TỈNH NINH BÌNH**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62.72.03.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2016

**CÔNG TRÌNH NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI TRƯỜNG
ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

Hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Phan Văn Tường
2. GS.TS. Trương Việt Dũng

Phản biện 1:.....

Phản biện 2:.....

Phản biện 3:.....

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án Tiến sỹ cấp trường tại Trường Đại học Y tế công cộng

Vào hồi.....ngày.....tháng.....năm 2016

Có thể tìm luận án tại:

- Thư viện quốc gia
- Thư viện trường Đại học Y tế công cộng
- Viện Thông tin - Thư viện Y học Trung ương

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Vũ Mạnh Dương, Trương Việt Dũng, Phan Văn Tường, Nguyễn Hoàng Long (2015). “Thực trạng nguồn lực và hoạt động của các trạm y tế xã tỉnh Ninh Bình giai đoạn 2005-2008”, *Tạp chí Y học Thực hành* số 9 (976); Tr.17-20
2. Vũ Mạnh Dương, Trương Việt Dũng, Phan Văn Tường, Nguyễn Hoàng Long (2015). “Nhu cầu của cộng đồng và năng lực khám chữa bệnh của cán bộ y tế 18 trạm y tế xã thuộc 3 huyện, tỉnh Ninh Bình năm 2009”, *Tạp chí Y học Thực hành* số 9 (977) 2015, Tr.135-138.
3. Vũ Mạnh Dương, Trương Việt Dũng, Phan Văn Tường, Nguyễn Hoàng Long (2016). “Hiệu quả mô hình đội lưu động cụm xã trong cải thiện dịch vụ khám chữa bệnh tại tỉnh Ninh Bình”, *Tạp chí Y học Cộng đồng* số 29; trang 45-52

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, hoạt động cung cấp dịch vụ của các trạm y tế xã (TYTX) chưa thực sự đạt hiệu quả, chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân địa phương. Nhiều TYTX có bác sĩ nhưng hoạt động đóng khung trong những nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) kinh điển, chất lượng khám chữa bệnh mãn tính của TYTX rất hạn chế, bệnh nhân đến khám và điều trị chủ yếu là người có BHYT. Trang thiết bị y tế xuống cấp không đủ cho y bác sĩ khám chữa bệnh (KCB), thuốc theo danh mục khá nghèo nàn. Ngoài ra, một số TYTX ở khu vực thành thị, gần bệnh viện (BV) và phòng khám đa khoa khu vực hoạt động KCB cầm chừng. Với những lí do đó, người dân thường lựa chọn khám bệnh vượt tuyến hoặc khám bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân.

Ninh Bình cũng phải đối mặt với các vấn đề yếu kém trong cung cấp dịch vụ tại TYTX. Người dân ít lựa chọn tới khám tại trạm y tế là do thiếu trang thiết bị (16,2%), thuốc không đủ (10,8%) và không tin tưởng vào trình độ chuyên môn của cán bộ y tế (10,5%). Từ thực tế trên, nhằm thực hiện chủ trương của Bộ Y tế về tăng cường hỗ trợ chuyên môn từ tuyến trên về giúp tuyến dưới, cùng với việc tạo điều kiện nâng cao trình độ, trang thiết bị và mức thu nhập từ khám chữa bệnh cho các CBYT và sức thu hút người dân đến sử dụng TYTX, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***"Đánh giá mô hình Đội lưu động cụm xã nhằm cải thiện hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế tại ba huyện của tỉnh Ninh Bình"***.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả thực trạng nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh của các trạm y tế xã tỉnh Ninh Bình năm 2008
2. Thử nghiệm và đánh giá mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động tại các cụm xã của 3 huyện tỉnh Ninh Bình hai năm 1/2010 đến 1/2012.

* **Những đóng góp mới của luận án:** Đã thử nghiệm mô hình Đội KCB lưu động cụm xã. Kết quả mang lại tăng thu hút người dân đến sử dụng TYTX, tăng chất lượng chẩn đoán và điều trị nhờ sử dụng chung nhân lực bác sĩ giữa các xã và bổ sung các thiết bị hỗ trợ chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm. Mô hình có tính khả thi và có khả năng

nhân rộng. Đã đưa ra các kiến nghị nhằm đảm bảo các điều kiện khả thi khi nhân rộng .

* **Bố cục của luận án:** gồm 137 trang, Tổng quan tài liệu 41 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 22 trang; Kết quả nghiên cứu 44 trang, gồm 2 biểu đồ, 1 hình và 48 bảng số liệu; Bàn luận 24 trang; Kết luận 2 trang; Khuyến nghị 1 trang; Tài liệu tham khảo 10 trang gồm 71 tài liệu Tiếng Việt và 34 tài liệu tiếng Anh.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tuyến y tế xã, phường, thị trấn

Quyết định 4667/QĐ-BYT ban hành ngày 7 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế đã quy định 8 nhiệm vụ cụ thể của TYTX.

Thực trạng hoạt động và chính sách đối với y tế xã phường

Từ khi chuyển sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, hoạt động CSSK nhân dân được thực hiện theo chính sách xã hội hóa y tế và đa dạng hóa các loại hình cung cấp dịch vụ CSSK; người dân có thể tự do lựa chọn cho mình một loại hình CSSK phù hợp.

Thực trạng nhân lực y tế xã, phường: Năm 1995 là thời gian bắt đầu triển khai thực hiện Quyết định 58/TTg, năm 2000 sau 4 năm thực hiện mục tiêu của Nghị quyết 37/CP về nhân lực y tế. Đến nay chỉ số về nhân lực và cơ sở nhà trạm đã có những cải thiện rõ rệt.

Thực trạng cơ sở hạ tầng, thuốc và trang thiết bị TYTX

Thực trạng về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc men tại TYTX vẫn còn nhiều bất cập và khó khăn. Mạng lưới y tế cơ sở rộng (cả tuyến huyện và xã) nhưng nguồn lực đầu tư còn hạn chế.

Theo nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2011, tình hình thuốc tại TYT đã tốt hơn rất nhiều, nguy cơ thiếu thuốc không còn.

1.2. Thực trạng cung cấp dịch vụ ở tuyến y tế xã, phường tại Việt Nam **Một số quan điểm và nội dung CSSKBĐ trong tình hình mới:**

Ở Việt Nam, nhờ chấp nhận kinh tế thị trường, thu nhập quốc dân tăng lên nhanh chóng, đời sống được nâng cao kèm mô hình bệnh tật thay đổi mạnh mẽ sau năm 1990, bệnh không lây nhiễm và các nguy cơ gia tăng đã dẫn tới nhu cầu CSSK thay đổi, từ đó đưa đến những thay đổi quan niệm chủ yếu về CSSKBĐ hiện nay:

	CSSKBD quan niệm cũ	CSSKBD quan niệm mới
1	Các can thiệp y tế cơ bản và thuốc thiết yếu, tập trung chủ yếu vào bệnh lây nhiễm và bệnh cấp tính	Đổi mới và tăng cường năng lực hệ thống y tế, quan tâm tới tất cả bệnh tật, kể cả các bệnh không lây nhiễm (THA, tiểu đường, tâm thần...)
2	Tập trung xử lý bệnh tật, cải thiện điều kiện vệ sinh, nước sạch, truyền thông - GDSK ở tuyến cộng đồng	Can thiệp nguy cơ, thúc đẩy lối sống lành mạnh, giảm tác hại của các nguy cơ môi trường và xã hội
3	Ưu tiên CSSK bà mẹ - trẻ em, vùng nông thôn	CSSK cho tất cả mọi người trong cộng đồng, hướng đến mục tiêu “Bao phủ CSSK toàn dân”, đặc biệt là người nghèo, cận nghèo, trẻ em, đồng bào dân tộc TS, người dân ở nông thôn, miền núi, kể cả người dân đô thị...
4	Kỹ thuật y tế đơn giản, NVYT cộng đồng, cộng tác viên không chuyên có thể triển khai được	Kỹ thuật và chất lượng DVYT được nâng cao; NVYT cần được đào tạo chuyên môn, chuyên nghiệp hóa
5	CSSKBD chủ yếu do tuyến xã thực hiện - cách nhìn theo “tuyến”.	Xác định gói dịch vụ CSSKBD, sau đó xác định cơ sở cung ứng dịch vụ, có thể cả tuyến tỉnh, huyện
6	Tách biệt CSSKBD tại các TYTX và KCB tại bệnh viện	Kết hợp giữa CSSKBD và KCB tại bệnh viện, thực hiện CSSK liên tục, toàn diện, quản lý SK tại nhà
7	Có sự tham gia của người dân ở cộng đồng và Ban CSSKBD tuyến cơ sở	Sự tham gia của toàn xã hội được khuyến khích và thể chế hóa
8	Nhà nước cấp kinh phí, quản lý tập trung	Hệ thống y tế nhiều thành phần : công lập, tư nhân, xã hội hóa ...
9	Viện trợ song phương về tài chính và hỗ trợ kỹ thuật. Địa phương nhận viện trợ hưởng lợi	Hợp tác đa phương, toàn cầu, khu vực, các bên đều có lợi
10	CSSKBD rẻ tiền, chỉ cần đầu tư khiêm tốn	CSSKBD không rẻ, cần được đầu tư thỏa đáng, tuy nhiên hiệu quả đầu tư đó cao hơn so với các phương án đầu tư khác.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu can thiệp:

Huyện Nho quan đại diện cho các huyện miền núi; huyện Gia Viễn đại diện cho các huyện đồng bằng trung du; huyện Kim Sơn đại diện cho các huyện đồng bằng ven biển.

Chọn xã: chọn có chủ đích 03 cụm xã của ba huyện trên để can thiệp mô hình mỗi cụm 03 xã, tổng số 09 xã sẽ được can thiệp và 09 xã đối chứng. Chọn 03 xã thành một cụm theo nguyên tắc: các xã liền kề nhau, 02 xã có BS và 01 xã không có BS

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo hai mục tiêu.

Mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không chọn mẫu.

- Điều tra toàn bộ 145 Trạm Y tế xã của tỉnh Ninh Bình về các chỉ số đánh giá hoạt động khám chữa bệnh, y tế dự phòng và thực hiện các chương trình mục tiêu của trạm y tế năm 2008.

Mục tiêu 2: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau và có nhóm chứng (Mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã)

- **Với người cung cấp dịch vụ y tế**, mô tả và phân tích khả năng đáp ứng nhu cầu KCB của người dân của trạm y tế xã, bao gồm: nhân lực (trình độ chuyên môn lâm sàng), trang thiết bị y tế, thuốc và tổ chức quản lý.

- **Với người sử dụng dịch vụ y tế**, mô tả nhu cầu khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế của các hộ gia đình.

2.3. Nội dung nghiên cứu:

Nghiên cứu khả năng cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh của các trạm y tế xã (mục tiêu 1)

+ Về nhân lực y tế:

- Số lượng nhân lực y tế xã: Kiểm kê danh sách nhân lực của các trạm y tế xã trong toàn tỉnh (gồm 145 TYT xã)

- Đánh giá kiến thức khám, chẩn đoán, điều trị một số bệnh thông thường của, toàn bộ 296 cán bộ có nhiệm vụ khám chữa bệnh: Y sỹ và Bác sỹ của trạm y tế xã trong tỉnh. Sử dụng kỹ thuật Vignette đã dùng trong Điều tra y tế Quốc gia VN năm 2001. Cho điểm và tính điểm có trọng số theo thang điểm 10 cho các chủ đề đánh giá. Tính các tỷ lệ người đạt điểm tốt, trung bình, kém theo các nhóm đối

tượng cán bộ y tế Đối tượng được coi là **đạt** yêu cầu khi điểm đạt từ 5 trở lên.

+ **Về tài chính ,TTBYT và thuốc:** sử dụng Báo cáo y tế xã và kiểm kê thuốc, trang thiết bị y tế. Đối chiếu với quy định của Bộ y tế về các Danh mục thuốc và Danh mục trang thiết bị y tế cho trạm y tế xã phường.

Nội dung nghiên cứu can thiệp (mục tiêu 2):

+ **Thành lập các đội khám chữa bệnh lưu động liên xã:**

Mỗi cụm 3 xã gần nhau thành lập một Đội lưu động cụm xã. Cơ sở để xây dựng mô hình Đội KCB lưu động cụm xã với thành phần nhân lực gồm các y bác sỹ tại TYT xã, điều động tăng cường cho Đội một số bác sỹ của TTYTH tham gia chỉ đạo và trực tiếp, các bác sỹ này cùng Đội lưu động luân phiên đến các xã . Về trang thiết bị : tập trung để sử dụng chung thiết bị chẩn đoán của các trạm, nếu thiếu sẽ được TTYT Huyện trang bị bổ sung cho các đội, máy móc phục vụ chẩn đoán.

Các giải pháp hỗ trợ:

- Giải pháp nâng cao trình độ chuyên môn - Đào tạo cho bác sỹ, Y sỹ KCB:
- Giải pháp tổ chức quản lý: tổ chức cụm 3 xã hỗ trợ nhau KCB
- Giải pháp bổ sung trang thiết bị: cung cấp máy siêu âm, xét nghiệm cho cụm xã
- Giải pháp tổ chức và điều hành hoạt động của Đội lưu động

Đối tượng nghiên cứu can thiệp:

+ **Hộ gia đình** của 9 xã chọn can thiệp và hộ gia đình ở 9 xã làm chứng được phỏng vấn để đánh giá hiệu quả sau 2 năm can thiệp về phía người sử dụng dịch vụ y tế.

+ **Cơ sở trạm y tế xã và nhân viên:**

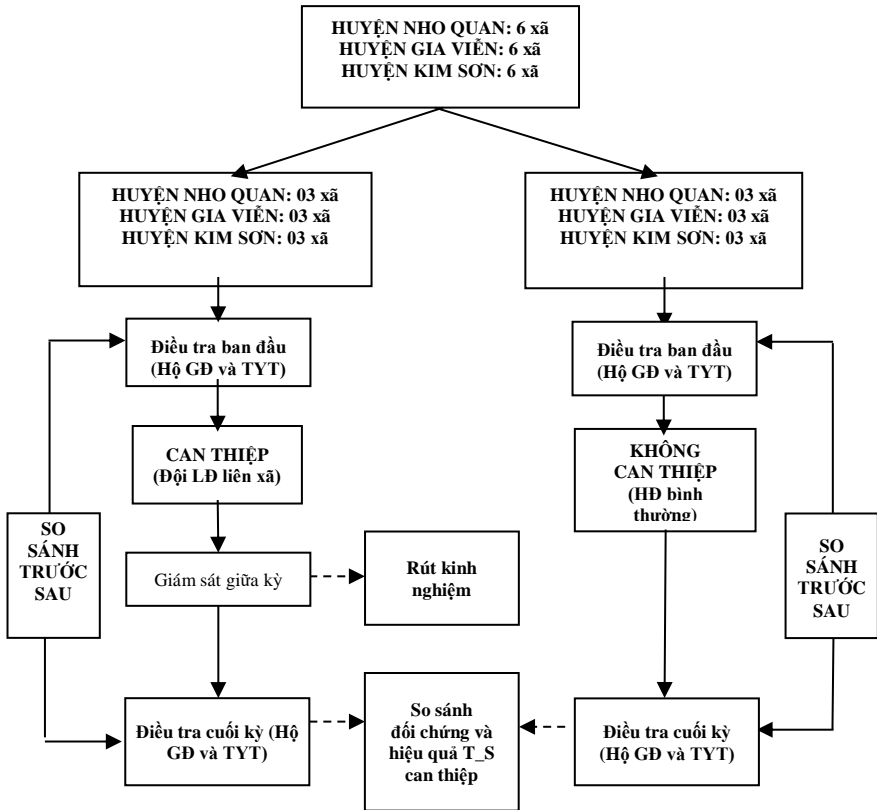
Hồ sơ sơ sở sách báo cáo của TYTX .

Điều tra phỏng vấn toàn bộ BS, YS làm công tác khám chữa bệnh của các trạm y tế xã trực tiếp khám, chữa bệnh nội khoa nhằm đánh giá lại kiến thức của họ về xử trí một số bệnh thường gặp trước và sau khi được đào tạo thêm kiến thức chuyên môn.

+ **Những đối tượng nghiên cứu là lãnh đạo:** cơ quan y tế và lãnh đạo cộng đồng

Sơ đồ thiết kế nghiên cứu:

(Mô hình can thiệp so sánh trước – sau, có nhóm chứng)



2.4. Cơ mẫu đối với các hộ gia đình trong nghiên cứu can thiệp

$$N1 = N2 = \frac{[Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu nghiên cứu (đơn vị mẫu là hộ gia đình)
 α : ngưỡng tin cậy; $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
 β : Lực mẫu = 0,20 $\Rightarrow Z_{1-\beta} = 0,84$

$P_1 = 0,5$ (50% số người ốm sử dụng TYT trong 4 tuần ở thời điểm trước can thiệp, lấy $p=0,5$ để có cỡ mẫu lớn nhất)

$P_2 = 0,65$ (mục tiêu sau can thiệp: tỷ lệ người ốm trong 4 tuần sử dụng TYT đạt 65%, tăng 15% so với trước can thiệp)

$$p = (p_1 + p_2)/2$$

Thay số vào công thức, ta có $n = 170$ (hộ gia đình có người ốm). Do nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, lấy hệ số thiết kế $DE = 2$, ta có $n = 170 \times 2 = 340$ (hộ gia đình có người ốm).

Theo kết quả nghiên cứu trước đó, trung bình có khoảng 44,3% số hộ có người ốm trong cộng đồng, do đó số hộ gia đình tối thiểu cần được điều tra trong nghiên cứu là $n=340/0,443 = 768$ (Hộ). Ngoài ra, ở nghiên cứu này chúng tôi ước lượng thêm 25% dự phòng hộ gia đình không hợp tác do đặc điểm của địa điểm nghiên cứu, hoặc dự phòng bỏ cuộc/chuyển đi nơi khác trong thời gian giữa trước và sau can thiệp do thời gian nghiên cứu dài. Do đó mẫu được làm tròn là 960 hộ cho mỗi nhóm can thiệp và chứng (mỗi nhóm có 9 xã, tương đương với 107 hộ/xã). Thực tế điều tra được ở nhóm xã can thiệp là 809 hộ trước can thiệp và 810 hộ sau can thiệp; và ở nhóm xã đối chứng là 932 hộ trước can thiệp và 822 hộ sau can thiệp.

Phòng vấn toàn bộ bác sỹ làm việc tại YTT các xã trong tỉnh, thực tế chỉ phỏng vấn được 79 /97 người có mặt vào thời điểm nghiên cứu (đạt 81%)

Phòng vấn toàn bộ số y sỹ có nhiệm vụ khám chữa bệnh đa khoa tại các TYT xã trong tỉnh, thực tế đã phỏng vấn 217/276 (đạt gần 80%)

Phương pháp thu thập số liệu:

a/ Nghiên cứu định lượng:

- Các thống kê, báo cáo sổ sách tổng hợp của Trạm y tế xã về các chỉ số khám chữa bệnh trong thời gian can thiệp

- Sử dụng bảng hỏi tự điền với các “Ca bệnh mẫu” (hay kỹ thuật Vignette)

- Sử dụng Bộ câu hỏi, phỏng vấn trực tiếp bằng Phiếu điều tra hộ gia đình

b/ Nghiên cứu định tính:

- Sử dụng 03 cuộc thảo luận nhóm các Trưởng trạm Y tế xã, 09 cuộc phỏng vấn sâu Lãnh đạo các đơn vị y tế tuyến huyện, lãnh đạo UBND xã để tìm hiểu về đánh giá của Lãnh đạo các đơn vị y tế tuyến huyện, lãnh đạo UBND xã, Trưởng trạm y tế xã về ưu điểm, tồn tại của mô hình luân chuyển bác sĩ.

2.5. Các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp:

(1) Chỉ số đánh giá đầu vào: về tổ chức, nhân lực và trình độ BS; YS:

- Tỷ lệ BS, YS của các trạm y tế xã can thiệp được nâng cao trình độ
- Tỷ lệ BS, YS của các TYT xã can thiệp xử trí đúng về các bệnh thường gặp (tiêu chảy, ARI, cao huyết áp, chăm sóc thai nghén)

(2) Chỉ số đánh giá hoạt động khám, chữa bệnh tại trạm y tế, tại cộng đồng:

- Bình quân số lượt bệnh nhân được khám trong 1 tháng tại một TYT .

- Bình quân số bệnh nhân được điều trị trong năm
- Tỷ lệ bệnh nhân được khám và điều trị tại TYT xã (điều tra hộ gia đình)
- Tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến trên trong năm
- Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị hợp lý (đúng phác đồ điều trị)
- Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mãn tính được phát hiện .
- Bình quân xét nghiệm được thực hiện trong năm
- Tỷ lệ người dân hài lòng về các dịch vụ y tế, về trình độ YS, BS (điều tra hộ gia đình)
- Tỷ lệ các lý do chọn và không chọn sử dụng một dịch vụ y tế
- Tỷ lệ hộ gia đình biết về Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã

Xử lý và phân tích số liệu

Đối với số liệu định lượng :Số liệu sau khi nhập sẽ được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Thống kê mô tả và thống kê suy luận Đánh giá hiệu quả:

$$\text{CSHQ (A)} = \frac{|P_1 - P_2|}{P_1} \times 100\%$$

$$\text{CSHQ (B)} = \frac{|P_1 - P_2|}{P_1} \times 100\%$$

Hiệu quả can thiệp nhóm (A) = CSHQ (A) - CSHQ (B)

Trong đó:

- **CSHQ (A)**: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp
- **CSHQ (B)**: Chỉ số hiệu quả của nhóm không can thiệp
- P_1 : Tỷ lệ của chỉ số nghiên cứu trước khi can thiệp
- P_2 : Tỷ lệ của chỉ số nghiên cứu sau khi can thiệp

Trường hợp kết quả là các **số trung bình**, cũng dùng công thức tính CSHQ trên nhưng thay **P** bằng **X**

Trường hợp $P_1 = 0\%$ (hoặc $X_1 = 0$), tức là chưa có hoạt động trước can thiệp, không tính được CSHQ theo công thức tính (tương đối) như trên, hiệu quả can thiệp được tính bằng sự chênh lệch thực tế (gọi là hiệu quả “tuyệt đối”) tỷ lệ P_2 (hoặc X_2) của nhóm can thiệp trừ đi P_2 (hoặc X_2) của nhóm chứng.

Đối với dữ liệu định tính: Các dữ liệu định tính thu thập được thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm sẽ được ghi âm. Sau đó, nhóm nghiên cứu tiến hành gỡ băng, mã hóa nội dung thành các nhóm thông tin, sơ đồ hóa những kết quả nghiên cứu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Sở y tế, UBND Huyện
- Đề tài được thông qua hội đồng khoa học xét duyệt đề cương NCS của Trường Đại học Y tế Công cộng

2.7. Sai số và phương pháp hạn chế sai số

- Xây dựng bộ công cụ thật rõ ràng, ngôn từ dễ hiểu đối với cả người có trình độ học vấn thấp, tham khảo ý kiến của các chuyên gia trong lĩnh vực y tế công cộng.

- Giám sát quá trình điều tra thu thập số liệu, điều chỉnh, rút kinh nghiệm những sai sót.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng tổ chức và hoạt động khám, chữa bệnh của các trạm y tế xã tỉnh Ninh Bình (2008 – 2009)

3.1.1. Thực trạng tổ chức và cơ sở vật chất của 145 trạm y tế xã toàn tỉnh (2008)

Bảng 3.1: Tình hình nhân lực tại TYT xã trong tỉnh

Nhân lực tại TYT xã	Cán bộ biên chế		Cán bộ hợp đồng	
	n	%	n	%
Bác sĩ	97	12,6	0	0,0
Y sĩ đa khoa	276	35,9	1	1,7
Y sĩ sản nhi	52	6,8	1	1,7
Y sĩ YHCT	38	4,9	10	16,9
Hộ sinh trung cấp	83	10,8	3	5,1
Hộ sinh sơ cấp	4	0,5	0	0,0
Điều dưỡng cao đẳng	2	0,3	0	0,0
Điều dưỡng trung cấp	130	16,9	16	27,1
Điều dưỡng sơ cấp	3	0,4	0	0,0
Dược sĩ trung cấp	32	4,2	9	15,3
Dược tá	52	6,8	19	32,2
Tổng cộng	769	100	59	100

Tỷ lệ bác sĩ tại TYT chỉ **chiếm 12,6% số nhân lực**, còn lại là biên chế của các chuyên ngành khác. **66,8% xã có bác sỹ.**

Bảng 3.2. Thực trạng tài chính tại các Trạm Y tế xã

Đơn vị: Nghìn đồng

Đặc điểm	X	SD	Trung vị	Min	Max
Kinh phí hoạt động được cấp/năm	26978,7	48231,3	9000	0	194000
Hỗ trợ kinh phí thêm hàng năm	2573,7	3845,7	1250	0	24393,7
Thu từ khám chữa bệnh/năm	3337,5	3256,7	2670	0	14152
Lương, phụ cấp/tháng của cán bộ	1907,6	915,2	1800	925	8500
Thu nhập thêm/tháng của cán bộ	68,0	160,4	45	0,0	1642

Bình quân mỗi xã tại Ninh Bình được cấp kinh phí chưa đến 27 triệu đồng/năm. Lương trung bình của cán bộ chưa đạt đến 2 triệu đồng/tháng. Thu nhập tăng thêm ngoài lương của CBYT rất thấp, bình quân 68 000đ/tháng.

3.1.2. Cơ sở hạ tầng và thuốc

Phần lớn các phòng làm việc tại TYT vẫn đang sử dụng tốt. 3,5% TYT chưa có phòng khám và điều trị. Không có máy phục vụ chẩn đoán tại TYT chiếm tỷ lệ cao: máy ghi điện tim 97,2% , máy siêu âm (97,2%); kính hiển vi (93,1%); máy xét nghiệm sinh hóa; máy xét nghiệm huyết học (98,6%); máy xét nghiệm nước tiểu (98,6%).

Phần lớn các nhóm thuốc thiết yếu các TYT đều có đủ, rất thiếu hoặc không có các thuốc điều trị bệnh tim mạch, gout, tiểu đường ...

3.1.3. Thực trạng hoạt động khám, chữa bệnh của các trạm y tế xã năm 2008

Bảng 3.3: Chỉ số đầu ra của hoạt động khám chữa bệnh trung bình tại một trạm Y tế xã

Chỉ số	Năm			
	2005	2006	2007	2008
	X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)	X̄ (SD)
Trung bình BN khám tại trạm/tháng	4242,9 (2360,0)	4705 (2569,2)	4740,7 (2574,2)	5007,6 (2793,7)
Trung bình BN khám tại nhà/năm	1099 (1054,0)	1061,2 (1083,2)	1098,5 (1113,9)	1097,5 (1159,4)
Trung bình BN khám tại cộng đồng/năm	2567,2 (1735,1)	2810,7 (2062,5)	2761,1 (1802)	2796,3 (1826,9)
Trung bình BN điều trị nội trú/tháng	399,8 (427,6)	400,3 (454,2)	396,1 (463,7)	452,2 (695,3)
Trung bình BN điều trị ngoại trú/tháng	2928 (2356,9)	3233,5 (2627,4)	3344,5 (2608,2)	3439,3 (2653,1)
Trung bình BN chuyển tuyến/tháng	189,7 (215,1)	202 (235,7)	217,7 (262,7)	250,6 (302,1)

Số bệnh nhân được điều trị tại trạm cũng tăng dần qua các năm, từ 399 trường hợp /TYT xã/ năm 2005, tăng lên 452 vào năm 2008. Số bệnh nhân được chuyển tuyến hàng tháng khá cao, có xu hướng gia tăng từ 189 trường hợp/xã /vào năm 2005, lên 250 trường hợp/ TYT xã vào năm 2008.

3.1.4. Thực trạng kiến thức khám chữa bệnh của cán bộ y tế tại các trạm y tế xã trong tỉnh (năm 2009)

Bảng 3.4: Tỷ lệ Y sĩ, Bác sĩ tại TYT được tham gia đào tạo chuyên môn dưới 1 tháng trong 3 năm gần đây.

Lĩnh vực đào tạo nâng cao	Trình độ chuyên môn			Tổng n=303 (%)
	Y sĩ n=217 (%)	Bác sĩ n=79 (%)	Khác n=7 (%)	
Quản lý y tế	16 (7,4)	6 (7,6)	2 (28,6)	24 (7,9)
TT-GDSK	39 (18,0)	18 (22,8)	0 (0,0)	57 (18,8)
Vệ sinh phòng bệnh	25 (11,5)	10 (12,7)	0 (0,0)	35 (11,6)
CSSKBMTE-KHHGD	58 (26,7)	13 (16,5)	0 (0,0)	71 (23,4)
Khám, điều trị bệnh thông thường	74 (34,1)	28 (35,4)	2 (28,6)	104 (34,3)
Thực hiện chương trình y tế	37 (17,1)	25 (31,7)	1 (14,3)	63 (20,8)
Khác	7 (3,2)	1 (1,3)	0 (0,0)	8 (2,6)

Trong thời gian 3 năm, 34,1% số y sĩ và 35,7% số bác sĩ đã được đào tạo lại những khóa ngắn hạn dưới 1 tháng về khám chữa bệnh

Bảng 3.5: Kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh thông thường của BS, YS tại các TYT xã

	Y sĩ		Bác sĩ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Kiến thức khám, chẩn đoán và điều trị ARI							
Đạt	123	56,7	52	65,8	175	59,1	>0,05
Không đạt	94	43,3	27	34,2	121	40,9	
Kiến thức khám, chẩn đoán và điều trị tiêu chảy trẻ em							
Đạt	97	44,7	46	58,2	143	48,3	<0,05
Không đạt	120	55,3	33	41,8	153	51,7	
Kiến thức về chăm sóc thai nghén							
Đạt	1	0,5	6	7,6	7	2,4	<0,01
Không đạt	216	99,5	73	92,4	289	97,6	
Kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị cao huyết áp							
Đạt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Không đạt	217	100	79	100	296	100	
Kiến thức về cách phát hiện và xử trí vụ dịch tiêu chảy cấp							
Đạt	3	1,4	2	2,5	5	1,7	>0,05
Không đạt	214	98,6	77	97,5	291	98,3	
Tổng	217	100	79	100	296	100	

Đối với khám và điều trị cho trẻ em bị nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp, tỷ lệ kiểm tra bằng ca bệnh mẫu chỉ đạt 65,8% đối với bác sỹ và 56,7% đối với y sỹ.

Không có ai trong số 79 bác sỹ và 217 y sỹ có kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp ở mức điểm đạt.

3.2. Kết quả nghiên cứu can thiệp

Bảng 3.6: Tỷ lệ các hộ gia đình có người ốm trong vòng 1 tháng qua

	Xã can thiệp n (%)	Xã đối chứng n (%)	Tổng n (%)	p
Gia đình có người ốm trong 1 tháng qua (n=1741)				
Có	229 (28,3)	233 (25,0)	462 (26,5)	>0,05
Không	580 (71,7)	699 (75,0)	1279 (73,5)	
Cơ sở KCBBD được lựa chọn khi có người ốm trong 1 tháng qua (n=462)				
TYT	122 (53,3)	105 (45,1)	227 (49,1)	>0,05
CSYT khác	107 (46,7)	128 (54,9)	235 (50,9)	
Có người ốm đã điều trị khỏi tại các cơ sở y tế (n=462)				
TYT xã	86 (37,6)	84 (36,0)	170 (36,8)	>0,05
CSYT khác	143 (62,4)	149 (64,0)	292 (63,2)	
Lựa chọn CSYT của các HGD khi có người bị ốm (n=1741)				
TYT	410 (50,7)	460 (49,4)	870 (50,0)	>0,05
CSYT khác	399 (49,3)	472 (50,6)	871 (50,0)	

Tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất một người ốm trong một tháng trước khi điều tra trước khi can thiệp 28,3% với nhóm các xã sẽ được can thiệp và 25% với nhóm các xã chứng. Với 26,5% số hộ có người ốm trong một tháng và 49,1% trong số đó đã đến TYT xã, ước tính tỷ lệ hộ gia đình sử dụng TYT xã để KCB trong 1 tháng là 13%.

Hiệu quả cải thiện kiến thức chuyên môn của cán bộ y tế

Bảng 3.26. Hiệu quả cải thiện về kiến thức của Bác sỹ và Y sỹ tại các nhóm TYT nghiên cứu sau can thiệp (n=59)

Chỉ số	Nhóm xã can thiệp			Nhóm xã đối chứng			HQCT (%)
	TCT (%)	SCT (%)	CSHQ (%)	TCT (%)	SCT (%)	CSHQ (%)	
Tỷ lệ đạt kiến thức khám, chẩn đoán, điều trị ARI	56,3	93,8	66,7	44,4	51,9	16,9	49,7
Tỷ lệ đạt kiến thức khám, chẩn đoán, điều trị tiêu chảy trẻ em	50,0	96,9	93,8	48,1	51,9	7,9	85,9
Tỷ lệ đạt kiến thức chăm sóc thai nghén	3,1	87,5	2722,6	0,0	7,4	-	-
Tỷ lệ đạt kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị cao huyết áp	0,0	93,8	-	0,0	11,1	-	-
Tỷ lệ đạt kiến thức về cách phát hiện và xử trí vụ dịch tiêu chảy cấp	0,0	84,4	-	0,0	7,4	-	-

Sau can thiệp, tỷ lệ Y, BS tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng tăng lên đáng kể ở tất cả các chỉ số, đặc biệt ở 3 nội dung chăm sóc thai nghén, khám, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp và kiến thức về xử trí vụ dịch từ xuất phát điểm gần bằng không và bằng không % đã gần đạt mức tuyệt đối sau can thiệp, trong khi ở nhóm chứng chỉ có một ít cán bộ cải thiện kiến thức

Nguồn thu và hoạt động của trạm y tế*Bảng 3.27. Thu nhập của TYT xã và nhân viên y tế.**Đơn vị: Nghìn đồng*

Chỉ số	Xã can thiệp			Xã đối chứng			HQCT (%)
	TCT X (±SD)	SCT X (±SD)	CSHQ (%)	TCT X (±SD)	SCT X (±SD)	CSHQ (%)	
Thu từ khám chữa bệnh/tháng	4463,3 (4807,1)	25615,8 (12861,0)	473,9	2195,7 (2049,6)	5087,7 (3793,1)	131,7	342,2
Thu nhập thêm/ tháng của cán bộ	67,8 (52,1)	372,2 (167,9)	449,0	43,3 (43,6)	84,4 (85,5)	94,9	354,0
Thu nhập thêm /tháng của bác sỹ	64,3 (69,0)	475,0 (312,7)	638,7	71,4 (95,1)	260 (417,4)	264,1	374,6

Sau can thiệp, mức thu tuyệt đối tăng và tỷ lệ tăng tương đối từ KCB của nhóm xã can thiệp cao hơn so với nhóm chứng (tăng 4,7 lần so với 1,3 lần), HQCT tăng trên 3,4 lần.

Bảng 3.28. Hiệu quả về sử dụng các dịch vụ y tế (trung bình mỗi TYT trong 1 năm)

Chỉ số	Nhóm Xã can thiệp			Nhóm Xã đối chứng			HQCT (%)
	TCT X (±SD)	SCT X (±SD)	CSHQ (%)	TCT X (±SD)	SCT X (±SD)	CSHQ (%)	
Số BN khám tại trạm trung bình/năm	4169.1 (3782.7)	5493.7 (2776.2)	31.8	4541.6 (1618.1)	3501.9 (1569.0)	-22.9	54.7
Số BN khám tại nhà trung bình/năm	540.7 (838.4)	673.8 (821.0)	24.6	665.3 (1038.5)	572.2 (559.7)	-14.0	38.6
Số BN khám tại cộng đồng trung bình/năm	3123.3 (1872.0)	2882.3 (1547.2)	-7.7	2036.3 (1447.7)	2204.6 (1334.3)	8.3	-16.0
Số BN điều trị nội trú trung bình/năm	367.0 (348.7)	362.9 (226.3)	-1.1	213.7 (173.2)	107.1 (107.9)	-49.9	48.8
Số BN điều trị ngoại trú trung bình/năm	2963.0 (2223.9)	3911.6 (2719.5)	32.0	2662.0 (2083.9)	2396.9 (1066.4)	-10.0	42.0
Số BN chuyên tuyến trung bình/năm	293.2 (204.3)	473.9 (366.9)	61.6	93.0 (55.6)	184.4 (121.1)	98.3	-36.6

Can thiệp đã tạo nên sự khác biệt đáng kể về số bệnh nhân khám tại trạm, khám tại nhà và điều trị ngoại trú tại nhóm xã can thiệp so với nhóm xã đối chứng. Hoạt động của Đội lưu động liên xã có tác động khá rõ đến các chỉ số hoạt động của các TYT xã.

Bảng 3.29: Sử dụng dịch vụ cận lâm sàng tại TYT sau can thiệp (lượt XN)

Chỉ số	Xã can thiệp			Xã đối chứng		
	TCT X (\pm SD)	SCT X (\pm SD)	Mức tăng	TCT X (\pm SD)	SCT X (\pm SD)	Mức tăng
Số siêu âm trung bình /tháng/TYT	0 (0,0)	336.9 (317.7)	336.9	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm sinh hóa, máu trung bình /tháng/TYT	0 (0,0)	76.1 (49.2)	76.1	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm nước tiểu trung bình/tháng /TYT	0 (0,0)	56.0 (42.9)	56	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm khác (lam máu, đờm) trung bình/tháng/TYT	17.0 (29.2)	29.5 (23.4)	12.5	20.1 (25.5)	6.4 (10.7)	-13.7

Các xét nghiệm sinh hóa máu và nước tiểu, cũng như xét nghiệm khác cao hơn đáng kể so với trước can thiệp. Đối với xã chứng, các xét nghiệm khác (lam máu, đờm) sau can thiệp có sự giảm đi. Số lượt siêu âm đạt tới trên 336 lượt/tháng/TYT. Nhóm xã chứng vẫn chưa có xét nghiệm phục vụ chẩn đoán tại xã.

Hiệu quả can thiệp qua kết quả điều tra hộ gia đình

Bảng 3.33. Tỷ lệ các hộ gia đình đã lựa chọn cơ sở KCB ban đầu khi có người ốm

Kết quả	Nhóm xã can thiệp				Nhóm xã chứng				HQCT (%)
	TCT n (%)	SCT n (%)	P	CSHQ (%)	TCT n (%)	SCT n (%)	P	CSHQ (%)	
Số hộ	809	810			932	822			
Hộ có người ốm trong 1 tháng	229 (28,3)	347 (42,8)			233 (25,0)	166 (20,2)			
Hộ đã KCB tại TYTX	122 (15,0)	223 (27,5)	<0,05	83,3	105 (11,2)	49 (5,9)	<0,05	-45,1	128,4
Hộ có người ốm đến TYT xã	122 (53,3)	223 (64,2)	>0,05	20,4	105 (45,0)	49 (29,5)	<0,05	-34,4	54,8
Hộ có người ốm đến CSYT khác	107 (46,7)	128 (36,8)	>0,05		124 (55,0)	117 (70,5)	<0,05		

Tăng tỷ lệ lựa chọn trạm y tế là nơi khám và điều trị ban đầu trước khi can thiệp tại xã can thiệp tăng so với trước can thiệp (CSHQ) là 83,3% và xã chứng lại giảm 45,1%, Hiệu quả can thiệp làm tỷ lệ hộ gia đình ở nhóm can thiệp đến TYTX tăng lên 1,28 lần so với nhóm chứng (HQCT = 128,4%). Tăng tỷ lệ người ốm đến TYTX, HQCT đạt 54,8%.

Bảng 3.37. Tỷ lệ các HGD có đến TYT khám, mua thuốc, điều trị trong 1 tháng

	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	
Có	496 (61,3)	482 (51,7)	<0,05	601 (74,2)	428 (52,1)	<0,001	<0,01
Không	307 (38)	407 (43,7)		180 (22,2)	369 (44,9)		
Không nhớ	6 (0,7)	43 (4,6)		29 (3,6)	25 (3)		
Tổng	809 (100)	932 (100)		810 (100)	822 (100)		

Tỷ lệ các hộ gia đình có đến trạm y tế khám, mua thuốc và điều trị trong 1 tháng sau mô hình can thiệp tại các xã can thiệp là 74,2% và xã chứng là 52,1%, $p < 0,001$. Tại các xã triển khai mô hình can thiệp, tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT để khám, mua thuốc và điều trị cũng tăng sau can thiệp. Tỷ lệ này từ 61,3% đã tăng lên 74,2%, $p < 0,001$.

Về thái độ của CBYT: Đa số hộ gia đình được phỏng vấn đều đánh giá thái độ của các cán bộ y tế tại trạm tế là tốt.

Về trang thiết bị y tế: Tỷ lệ HGD nhận xét các dụng cụ y tế tại trạm y tế tại các xã can thiệp sau mô hình can thiệp vẫn thiếu nhiều: 15% cho là đủ dù cao hơn so với trước can thiệp và cao hơn so với các xã chứng (6,8%).

Về thuốc: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ HGD ở nhóm can thiệp đánh giá trạm y tế đủ thuốc tăng lên sau can thiệp (5,7% lên 24,8% ; $p < 0,001$). Trong khi nhận xét của HGD ở xã chứng chỉ tăng từ 3,5% lên 5,1% .

Về giá dịch vụ: Đa số các hộ gia đình đều đánh giá dịch vụ y tế tại trạm y tế là phù hợp và rẻ. Tác động của can thiệp trên giá thuốc không được ghi nhận.

Sự hiểu biết và chấp nhận của người dân đối với Đội lưu động liên xã khá tốt cho dù vẫn còn trên 1/3 số HGD sau 2 năm vẫn chưa biết đến sự có mặt của Đội luân phiên xuống khám chữa bệnh ở xã mình.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tổ chức, nguồn lực và hoạt động y tế xã phường tỉnh Ninh Bình

4.1.1. Thực trạng nguồn lực của các TYTX

Về nhân lực y tế, đến năm 2008, kết quả trong bảng 1 cho thấy toàn tỉnh mới có 86 TYTX có bác sỹ, chiếm tỷ lệ 59,3%, thấp hơn trung bình cả nước cùng thời kỳ [5]. Hầu hết các TYTX đều đã có y sỹ chịu trách nhiệm KCB thông thường cùng các bác sỹ. Tỷ số điều dưỡng/BS mới đạt 1,3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chỉ có 35/79 bác sỹ xã nhận nhiệm vụ trạm trưởng, làm việc dưới quyền y sỹ .

4.1.2. Trình độ chuyên môn của các nhân viên y tế xã:

Kết quả cho thấy kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp cho trẻ em mức điểm đạt khá thấp, đối với các bác sỹ là 65,8%, y sỹ tỷ lệ điểm đạt thấp hơn một chút : 56,7%, hai nhóm này khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Đối với kiến thức khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tiêu chảy ở trẻ em tỷ lệ đạt còn thấp hơn (44,7% so với 58,2%, $p<0,05$). Tỷ lệ điểm đạt yêu cầu (5/10). Kiểm tra kiến thức thực hành những nhiệm vụ hàng ngày của nhân viên y tế xã như khám, chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp : không một YS, BS nào đạt yêu cầu với các câu hỏi về tăng huyết áp và 1,4% YS, 2,5% BS biết phát hiện và sử lý dịch tiêu chảy như thế nào.

4.1.3. Cơ sở hạ tầng, tài chính, trang thiết bị và thuốc của các trạm y tế xã

Kết quả cho thấy: 3,5% trạm YTX chưa có phòng khám và điều trị. Các TYT có bác sỹ nhưng trang thiết bị của TYTX còn hạn chế, cả tỉnh mới chỉ có 4 TYTX có máy siêu âm do các CB của trạm tự mua; các máy xét nghiệm khác như xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu, huyết học... trị chưa được trang bị do không có đủ nguồn kinh phí. Về tài chính, bình quân mỗi TYTX được nhận 26.978 ngàn đ/năm.

Về tình hình thuốc của các TYTX, kết quả cho thấy gần 20% TYTX không có kháng sinh tiêm, thuốc chống lao cũng chỉ có đủ ở 80,7% số xã. Điều đáng lưu ý là những thuốc phục vụ chữa các bệnh mãn tính tại TYTX thiếu rất nhiều. Chỉ 10,3% số trạm có thuốc điều trị bệnh gút, thuốc chuyên khoa chữa bệnh tim mạch có ở 26,2% số xã, cho dù thuốc điều trị huyết áp có ở 95,9% số xã nhưng một thuốc rất thường kê đơn cho bệnh nhân huyết áp là thuốc lợi tiểu lại chỉ có ở 69,7% số TYTX. Không thấy trong danh sách thuốc tại TYTX thuốc điều trị bệnh tiêu đường .

4.1.4. Thực trạng một số hoạt động khám chữa bệnh của các TYTX

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thống kê tình hình cung cấp dịch vụ y tế tại 145 TYTX trong thời gian 2005 – 2008 cho thấy số bệnh nhân khám tại trạm y tế xã tăng dần và đều qua các năm. Số bệnh nhân được chuyển tuyến hàng tháng khá cao, có xu hướng gia tăng từ 189 trường hợp/xã /vào năm 2005, lên 250 trường hợp/ TYT xã vào năm 2008.

4.2. Xây dựng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã và hiệu quả của mô hình trong nâng cao năng lực khám chữa bệnh tại trạm y tế xã

Cơ sở thực tiễn

Nhiều TYT thiếu biên chế, thiếu bác sĩ, thiếu TTB y tế cho chẩn đoán. Do đó, cần thiết phải có một mô hình y tế linh động để có thể chia sẻ nguồn lực giữa các xã trong một cụm.

Cơ sở pháp lý trong việc xây dựng mô hình

Chỉ thị số 06-CT/TW ngày 22 tháng 1 năm 2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở.

Hiệu quả mô hình khám chữa bệnh

Đối với nhóm đối tượng nhân viên y tế (y, bác sĩ) tại trạm:

Kết quả đánh giá trong cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ y bác sĩ tại trạm y tế trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng về ARI, điều trị tiêu chảy trẻ em, chăm sóc thai nghén, điều trị cao huyết áp và xử trí dịch tiêu chảy cấp lần lượt là 93,8%; 96,9%; 87,5%; 93,8% và 84,4%. Trong khi đó, các tỷ lệ này ở xã chứng đề thấp hơn, lần lượt là 51,9%; 51,9%; 7,4%; 11,1% và 7,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. HQCT đối với 2 chỉ số khám chữa bệnh trẻ em (ARI và tiêu chảy) đạt 49,7% và 85,9%. Sau can thiệp, tỷ lệ BS tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng tăng lên đáng kể ở tất cả các chỉ số, đặc biệt ở 3 nội dung chăm sóc thai nghén, khám, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp từ xuất phát điểm gần bằng không đã gần đạt mức tuyệt đối sau can thiệp, trong khi ở nhóm chứng chỉ có một ít cán bộ cải thiện kiến thức

4.2.3.2. Đối với tổ chức, hoạt động của trạm y tế xã

Lượng bệnh nhân đến khám tại trạm sau khi thành lập đội khám lưu động đã tăng lên 25% so với trước can thiệp; Trạm y tế xã đã thực hiện được các xét nghiệm cận lâm sàng: Siêu âm, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm nhanh đường huyết mà trước kia người bệnh phải lên tuyến trên mới thực hiện được. Nguồn thu từ khám chữa bệnh đã tăng lên đáng kể gấp 3 lần (trung bình khoảng 150.000 đồng/tháng).

4.3. Kết quả điều tra hộ gia đình về tình hình ốm, sử dụng dịch vụ và tác động của mô hình can thiệp.

Tình hình người ốm, sử dụng cơ sở y tế của hộ gia đình trong 1 tháng và hiệu quả can thiệp:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhờ can thiệp làm tăng tỷ lệ lựa chọn trạm y tế là nơi khám và điều trị ban đầu trước khi can thiệp tại xã can thiệp tăng so với trước can thiệp (CSHQ) là 83,3% và xã chứng lại giảm 45,1%. Hiệu quả can thiệp tăng sử dụng TYTX lên 1,28 lần so với nhóm chứng (HQCT = 128,4%). Tỷ lệ các hộ gia đình có đến trạm y tế khám, mua thuốc và điều trị trong 1 tháng sau can thiệp tại các xã can thiệp là 74,2% và xã chứng là 52,1%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tại các xã triển khai mô hình can thiệp, tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT để khám, mua thuốc và điều trị cũng tăng sau khi triển khai mô hình từ 61,3% đã tăng lên 74,2%. Như vậy, hiệu quả can thiệp đã làm tăng thu hút người dân đến TYTX nhiều hơn so với nhóm chứng.

Tỷ lệ HGD đánh giá trạm y tế đủ thuốc tại thời điểm sau 2 năm can thiệp khác nhau rõ rệt giữa các xã can thiệp là 24,8% so với các xã đối chứng (5,1%). Can thiệp vẫn chưa tác động để chấm dứt tình trạng thiếu thuốc của TYT xã.

Một trong những nguyên nhân làm hạn chế hiệu quả mô hình can thiệp là do người dân chưa thật hiểu biết về sự cố mật cũng như hoạt động của Đội lưu động cụm xã. Tỷ lệ 65,8% các hộ gia đình tại các xã có triển khai mô hình can thiệp biết về đội khám lưu động tại trạm y tế. 24,7% đã từng được Đội khám lưu động khám và điều trị tại xã và 83% số hộ này đánh giá hài lòng về kết quả khám và điều trị của đội khám lưu động.

Trong nghiên cứu định tính, các ý kiến đều đánh giá hoạt động của đội là rất tốt, có tính khả thi cao và bền vững; mô hình mang lại hiệu quả kinh tế cao cho người sử dụng dịch vụ cũng như người cung cấp dịch vụ. Các ý kiến cũng nhất trí với những thuận lợi khi triển khai mô hình như: được sự ủng hộ cao của UBND xã, của nhân dân trong xã; mô hình không chỉ đưa dịch vụ y tế đến gần dân mà còn nâng cao được trình độ chuyên môn cho y bác sỹ của trạm.

Mô hình còn gặp một số khó khăn như: do tăng số người được phát hiện và điều trị ngoại trú các bệnh mãn tính sẽ làm tăng gánh nặng chi quỹ khám chữa bệnh BHYT tại các xã.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh của các Trạm y tế xã, tỉnh Ninh Bình (2008-2009)

- Các thiết bị phục vụ chẩn đoán còn rất thiếu, không có máy xét nghiệm sinh hóa, chỉ 4 xã có máy siêu âm, chỉ có 3 xã có kính hiển vi. Thuốc thiết yếu đủ theo danh mục nhưng thiếu các thuốc điều trị chuyên khoa ở các xã có bác sỹ.
- Có 59,3% xã đã có BS tại TYT, nhiều xã chưa có NHS và dược sỹ trung cấp.
- Mỗi năm bình quân có 4242 – 5007 trường hợp khám tại trạm. Số được điều trị tại trạm rất ít, từ trung bình 399 – 452 được chữa nội trú tại trạm.
- Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ hàng năm tăng từ 67% lên 74%.
- Tỷ lệ người tàn tật được hướng dẫn phục hồi chức năng từ 61%-66,4%.
- Tỷ lệ BS và YS có kiến thức đạt trong KCB trẻ em bị nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp tương ứng là 65,8% và 56,7%.
- Tỷ lệ BS và YS tại TYT xã có kiến thức KCB cho trẻ em bị tiêu chảy đạt yêu cầu chỉ là 48,3%.
- Kiến thức về chăm sóc thai nghén của cả BS và YS xã đều rất kém, chỉ 7,6% số BS và 0,5% số YS trả lời câu hỏi ở mức đạt
- Tỷ lệ BS và YS có kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp ở mức điểm đạt 0%.
- Tỷ lệ có kiến thức ở mức đạt về cách phát hiện và xử trí một vụ dịch tiêu chảy cấp của cả YS và BS chỉ là 1,4% đến 2,5% (tương ứng đối với YS và BS)

2. Kết quả sau 2 năm triển khai mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã

- Mô hình can thiệp giúp tăng số bệnh nhân ngoại trú tại xã can thiệp cao hơn 42% so với xã chứng. Tỷ lệ người cao tuổi và

người tàn tật được quản lý và khám tại TYT cũng tăng hơn từ 17% đến 30%.

- Chất lượng dịch vụ KCB được cải thiện: tăng tỷ lệ chẩn đoán đúng, tăng tỷ lệ điều trị khỏi, tăng kiến thức về khám, chẩn đoán và xử trí của nhân viên y tế.

- Sau can thiệp, mô hình giúp nguồn thu từ khám chữa bệnh của TYT tại các xã can thiệp lên gần 5 lần, tăng thêm thu nhập của CBYT gấp 4-6 lần so với xã đối chứng

- Nhu cầu của người dân trong khám tại TYT ở xã can thiệp tăng lên đáng kể (74,2%) so với 52,1% ở xã đối chứng. Người dân và lãnh đạo cộng đồng nhận xét trình độ chuyên môn của TYT ở xã can thiệp có sự cải thiện đáng kể.

- Tỷ lệ hộ có người >60 tuổi được khám tại xã can thiệp tăng từ 15,1% trước can thiệp lên 80,8% sau can thiệp, cao hơn đáng kể so với từ 33,7% lên 55,1% ở xã chứng.

- Tỷ lệ hộ có người >60 tuổi được cấp sổ theo dõi tăng từ 23,5% hộ lên 48,8% ở xã can thiệp, cao hơn đáng kể so với từ 21,3% lên 25,5% ở xã đối chứng.

- Có 83% người dân hài lòng về kết quả khám và điều trị của đội khám lưu động

- Sau can thiệp, tỷ lệ hộ gia đình tại xã can thiệp cho rằng TYT xã có đủ trang thiết bị cần thiết chỉ đạt 15%; đủ thuốc 24,8%; giá phù hợp 74,9% mặc dù có cao hơn so với xã đối chứng với tỷ lệ tương ứng là 6,8%; 5,1% và 54,4%.

- Can thiệp không có tác động đến hoạt động CSSSK phụ nữ có thai

- Đã đưa ra các cơ sở khoa học và thực tiễn chứng minh mô hình Đội lưu động liên xã là khả thi, được cả cộng đồng, nhân viên và người lãnh đạo chấp nhận cùng những kinh nghiệm tổ chức quản lý để triển khai rộng mô hình này.

KHUYẾN NGHỊ

1. Với kết quả đã đạt được của mô hình, nhóm nghiên cứu kiến nghị UBND tỉnh Ninh Bình và Bộ Y tế nhân rộng mô hình này. Để triển khai cần đào tạo cán bộ y tế xã về siêu âm, xét nghiệm; trang bị thêm trang bị y tế cho trạm y tế các địa phương để nâng cao chất lượng và hoạt động khám, chữa bệnh tại trạm Y tế xã, góp phần để xây dựng chuẩn quốc gia y tế xã giai đoạn 2010-2020 và xây dựng nông thôn mới.
2. Các giải pháp khắc phục những khó khăn còn tồn tại trong quá trình thực hiện mô hình về tổ chức luân phiên về các xã sao cho hiệu suất sử dụng trang thiết bị xét nghiệm cao hơn, bổ sung đủ thuốc và trang thiết bị theo chuẩn của BHYT ban hành, tháo gỡ những vấn đề về định mức chi Bảo hiểm y tế ở tuyến xã. Các giải pháp cần được thể chế hóa bằng các văn bản do chính quyền địa phương ban hành.