

# TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

ISSN 1859-2643

- Thư chúc mừng năm mới của Tổng Biên tập Tạp chí Chính sách y tế
- Khung Chiến lược quản lý chất lượng, an toàn dịch vụ y tế và một số chỉ số đánh giá chất lượng dịch vụ bệnh viện
- Thực trạng và khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập của 5 tỉnh Tây Nguyên
- Nghiên cứu đánh giá thực trạng và nhu cầu phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế
- Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân và đáp ứng của một số bệnh viện tuyến trung ương
- Thực trạng hoạt động của y tế tư nhân trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu ở hai tỉnh Hải Dương và Bình Định
- Kết quả đánh giá thực hiện chính sách thuốc quốc gia giai đoạn 1996 - 2010
- Vai trò của Quản trị hành chính công trong cung ứng dịch vụ y tế và chất lượng bệnh viện tại tỉnh Nam Định năm 2011
- Ý nghĩa và tầm quan trọng của việc xây dựng chính sách dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS dựa trên bằng chứng
- Mô hình phá thai an toàn và toàn diện tại Việt Nam
- Tổng quan tài liệu về sự hài lòng của bệnh nhân trong khám chữa bệnh ở một số nước trên thế giới
- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - những chặng đường phát triển

Số 11 (2013)



## TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

## TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế  
Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (04) 3846 1590

(04) 3823 4167

Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

## Giấy phép xuất bản số:

03/GP-SĐBS cấp ngày 25/1/2006

In 2400 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:

LAM-SABACU PRINTING

# MỤC LỤC

Trang

- 
- 
- Thư chúc mừng năm mới của Tổng biên tập Tạp chí Chính sách y tế. 1

## NGHIÊN CỨU CHÍNH SÁCH

- Khung Chiến lược quản lý chất lượng, an toàn dịch vụ y tế và một số chỉ số đánh giá chất lượng dịch vụ bệnh viện 3

*TS. Khương Anh Tuấn*

- Thực trạng và khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập của 5 tỉnh Tây Nguyên 10

*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh và cộng sự.*

- Nghiên cứu đánh giá thực trạng và nhu cầu phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế 17

*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Vũ Thị Mai Anh và cộng sự.*

- Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân và đáp ứng của một số bệnh viện tuyến trung ương 25

*TS. Phan Hồng Vân và cộng sự*

- Thực trạng hoạt động của y tế tư nhân trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu ở hai tỉnh Hải Dương và Bình Định 33

*TS. Trần Thị Mai Oanh, ThS. Nguyễn Thị Thắng và cộng sự*

- Kết quả đánh giá thực hiện Chính sách thuốc quốc gia giai đoạn 1996 - 2010 38

*TS. Nguyễn Khánh Phương và cộng sự*

- Vai trò của Quản trị hành chính công trong cung ứng dịch vụ y tế và chất lượng bệnh viện tại tỉnh Nam Định năm 2011 45

*TS. Lương Thu Hiền*

---

---

## DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH

- Ý nghĩa và tầm quan trọng của việc xây dựng chính sách dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS dựa trên bằng chứng 53

*GS.TS. Đào Văn Dũng*

- Mô hình phá thai an toàn và toàn diện tại Việt Nam 57  
*ThS. Trần Thị Thu Hương*

---

---

## **NHÌN RA NƯỚC NGOÀI**

- Tổng quan tài liệu về sự hài lòng của bệnh nhân trong khám chữa bệnh ở một số nước trên thế giới 60  
*ThS. Trần Thị Hồng Cẩm*

---

---

## **TIN TỨC**

- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - những chặng đường phát triển 66  
*Ban Biên tập*

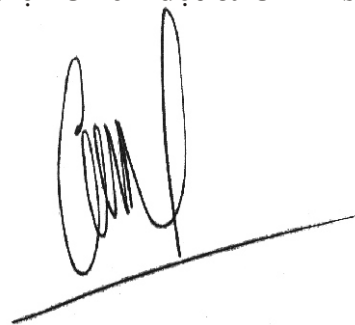
## *Thư chúc mừng năm mới*

Nhân dịp năm mới 2013 và chào đón Xuân Quý Tỵ, thay mặt Ban Biên tập **Tạp chí Chính sách Y tế**, tôi trân trọng gửi lời chào và lời chúc sức khỏe, hạnh phúc, an khang tới các nhà hoạch định chính sách, các cộng tác viên cùng bạn đọc trong và ngoài Ngành trên toàn quốc.

Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 đã xác định nhiệm vụ của ngành y tế trong tình hình mới không chỉ là bảo vệ, chăm sóc mà còn phải nâng cao sức khỏe nhân dân. Không ngừng hoàn thiện và phát triển chính sách y tế là một trong những giải pháp then chốt giúp toàn Ngành hoàn thành nhiệm vụ cao cả do Đảng và Nhà nước giao phó. Quán triệt tinh thần đó, trong thời gian qua, **Tạp chí Chính sách Y tế** luôn nỗ lực để chia sẻ cùng độc giả những thông tin cập nhật trong nhiều lĩnh vực như: tổ chức hệ thống y tế, tài chính y tế, cung ứng dịch vụ y tế, y tế dự phòng, dược và trang thiết bị y tế, dân số gia đình và trẻ em... Cho đến nay, ngày càng có thêm nhiều bạn đọc dành sự quan tâm đặc biệt đối với Tạp chí thông qua việc gửi tin bài và thường xuyên cập nhật, sử dụng các nội dung khoa học được đăng tải trong Tạp chí.

Thay mặt Ban biên tập, tôi xin chân thành cảm ơn các tập thể, cá nhân đã quan tâm giúp đỡ, đóng góp ý kiến, cung cấp tin bài và đón đọc Tạp chí. Phát huy thành quả đã đạt được, trong năm mới 2013; Ban Biên tập Tạp chí mong đợi sẽ tiếp tục được đón nhận sự ủng hộ quý giá của đông đảo bạn đọc xa gần trong cả nước. Chúng tôi sẽ cố gắng thường xuyên cải tiến nội dung và hình thức sao cho Tạp chí ngày càng thiết thực, hấp dẫn hơn để đáp ứng theo mong đợi của bạn đọc.

**Tổng Biên tập**  
**Viện trưởng Viện Chiến lược & Chính sách Y tế**



**GS.TS. LÊ QUANG CƯỜNG**



# KHUNG CHIẾN LƯỢC QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG, AN TOÀN DỊCH VỤ Y TẾ VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ BỆNH VIỆN

TS. *Khuong Anh Tuấn*<sup>1</sup>

## Khái niệm chất lượng dịch vụ y tế

Chất lượng dịch vụ là một khái niệm trừu tượng và khó xác định bởi các đặc tính riêng của dịch vụ, sản phẩm. Chất lượng của một dịch vụ, một sản phẩm phụ thuộc vào các *tiêu chí* đã gắn cho nó từ trước để đảm bảo thỏa mãn yêu cầu của khách hàng và đạt được các tiêu chuẩn chuyên môn, kỹ thuật.

Dịch vụ y tế là loại dịch vụ đặc biệt với những đặc tính riêng. Cho đến nay không có một định nghĩa thống nhất về chất lượng dịch vụ y tế và vẫn còn có những tranh luận về cách đo lường chất lượng dịch vụ y tế. Tuy nhiên có một số định nghĩa về dịch vụ y tế có tính khái quát cao và thường được sử dụng là:

- Chất lượng dịch vụ y tế là việc áp dụng khoa học và kỹ thuật y học nhằm mang lại lợi ích tối ưu cho sức khỏe mà không làm tăng các nguy cơ có hại của chúng với con người. Mức độ chất lượng là phạm vi mà các dịch vụ được cung cấp kỳ vọng đạt được sự cân bằng tốt nhất giữa những lợi ích và các nguy cơ (*Donabedian, 1980*)<sup>2</sup>.

- Chất lượng dịch vụ y tế là mức độ mà các dịch vụ y tế cho mỗi người dân và cộng đồng đạt được các kết quả đầu ra của sức khỏe đã được xác định và phù hợp với thực trạng kiến thức chuyên môn (*IOM, 1990*)<sup>3</sup>.

- Chất lượng dịch vụ y tế là cách tổ chức các nguồn lực theo cách hiệu quả nhất để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cần thiết của con người về phòng và chữa bệnh, đảm bảo sự an

toàn, không lãng phí và trong những yêu cầu ở mức độ cao hơn (*Ovretveit 1992*)<sup>4</sup>.

- Chất lượng dịch vụ là mức đạt được các mục tiêu thực sự của hệ thống y tế về cải thiện sức khỏe và đáp ứng được sự mong đợi chính đáng của người dân (*WHO, 2000*)<sup>5</sup>.

Định nghĩa về chất lượng dịch vụ y tế của Donabedian nhìn nhận là mang lại sự tối ưu về lợi ích khi áp dụng các kiến thức, kỹ thuật y học, đồng thời phải quan tâm đến tính khả thi trong điều kiện đầu vào thực tế để đảm bảo không xảy ra các nguy cơ, mất an toàn đối với người sử dụng dịch vụ. Trong khi đó, định nghĩa của Viện Y học Mỹ (IOM - Institute of Medicine) lại không chú trọng vào các chỉ số đo lường mà tập trung vào nhìn nhận chất lượng dịch vụ y tế theo các thành phần khái niệm của dịch vụ như: chất lượng dịch vụ là an toàn, hiệu lực, lấy bệnh nhân làm trung tâm, đúng lúc (giảm thời gian chờ đợi), hiệu suất (sử dụng nguồn lực có hiệu quả) và công bằng.

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Donabedian, A (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press.

<sup>3</sup> Institute of Medicine (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.

<sup>4</sup> Ovretveit J. *Health Service Quality*, Blackwell Scientific Press., Oxford. 1992

<sup>5</sup> WHO (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.

Mặc dù Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng đã đưa ra định nghĩa riêng về chất lượng dịch vụ y tế vào năm 2000 nhưng WHO lại sử dụng định nghĩa về chất lượng dịch vụ của Ovretveit (1992) như một cách tiếp cận để hướng dẫn các nước xây dựng chiến lược về chất lượng và an toàn của dịch vụ y tế<sup>6</sup>. Định nghĩa của Ovretveit rất hữu ích trong xây dựng chiến lược và kế hoạch về chất lượng dịch vụ cho các quốc gia vì định nghĩa này nhấn mạnh chất lượng dịch vụ y tế là kết quả từ phương thức sử dụng nguồn lực chứ không phải cứ có nhiều nguồn lực là có chất lượng. Đặc biệt, định nghĩa này cũng đã đề cập tới cả ba khía cạnh về chất lượng là: chất lượng cho bệnh nhân, chất lượng chuyên môn và chất lượng quản lý. Chính vì vậy, định nghĩa về chất lượng dịch vụ của Ovretveit cũng rất phù hợp với cách tiếp cận để xây dựng khung chiến lược và các giải pháp quản lý chất lượng dịch vụ y tế, trong đó xem xét đến thực trạng và xác định những vấn đề ưu tiên trong các chính sách và giải pháp quản lý chất lượng dịch vụ y tế.

**Một số khái niệm trong quản lý và cải thiện chất lượng dịch vụ y tế**

**Bảo đảm chất lượng** (*quality assurance - QA*): Bảo đảm chất lượng là hoạt động nhằm mục tiêu phòng ngừa (*prevention*) các sai sót trong sản phẩm. Bảo đảm chất lượng được thực hiện thông qua hệ thống quản lý chất lượng và các hoạt động dự phòng khác như phân tích quy trình lỗi và hệ quả (*FMEA - failure mode and effects analysis*).

**Kiểm soát chất lượng** (*quality control- QC*): Kiểm soát chất lượng và kiểm soát chất lượng toàn bộ (TQC) nhằm phát hiện sai sót, thông qua việc xem xét một phần hoặc toàn bộ các yếu tố liên qua tới quá trình thực hiện dịch vụ hoặc sản xuất sản phẩm

**Cải thiện chất lượng** (*Quality Improvement - QI*): Cải thiện chất lượng là khái niệm mở rộng của nội dung bảo đảm chất lượng (*quality assurance*). *Bảo đảm chất lượng* có phạm vi hẹp

và chỉ phát hiện sai sót (“finding bad apples”) trong khi *cải thiện chất lượng* hướng tới mục tiêu nâng cao chất lượng. *Cải thiện chất lượng* là một nội dung của Quản lý chất lượng (QM).

**Quản lý chất lượng** (*Quality management QM*): *Cải thiện chất lượng* là khái niệm được sử dụng rộng rãi ngày nay. Quản lý chất lượng bao hàm tất cả các hoạt động tổ chức để chỉ đạo, kiểm soát và phối hợp nâng cao chất lượng. Các hoạt động này bao gồm cả việc xây dựng chính sách về chất lượng và đặt ra các mục tiêu chất lượng. Quản lý chất lượng cũng bao hàm cả lập kế hoạch về chất lượng, kiểm soát chất lượng, bảo đảm chất lượng và cải thiện chất lượng. Trong cung ứng dịch vụ y tế, quản lý chất lượng tạo ra khung giúp các cơ sở cung ứng dịch vụ tổ chức, kiểm soát và liên tục cải thiện tất cả các khía cạnh của cung ứng dịch vụ y tế<sup>7</sup>.

Hiện nay, mỗi quốc gia, đơn vị đều áp dụng nhiều giải pháp và chiến lược khác nhau để cải thiện chất lượng phù hợp với điều kiện và nguồn lực của mình. Báo cáo tổng quan của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2003 cho thấy không có bằng chứng rõ ràng về giải pháp nào là tốt nhất<sup>8</sup>. Tuy nhiên có 2 khái niệm về giải pháp cải thiện chất lượng thường được áp dụng là:

- **Quản lý chất lượng toàn diện** (*Total quality management - TQM*): là giải pháp tập hợp sự tham gia và trách nhiệm của tất cả các đối tượng tham gia vào quá trình cung ứng dịch vụ đặt trọng tâm vào khâu quản lý và phối hợp trong đảm bảo và nâng cao chất lượng dịch vụ hoặc sản phẩm (VD nhóm cán bộ đa chuyên khoa trong cải tiến quy trình chăm sóc y tế);

<sup>6</sup> WHO (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*

<sup>7</sup> Brent C. James, *Quality management for health services delivery*. 1989

<sup>8</sup> *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?*” WHO Europe 2003.

- *Cải thiện chất lượng liên tục (Continuous quality improvement - CQI)*: tương tự như TQM, trong đó nhấn mạnh tới trọng tâm phân tích quá trình công tác và thử nghiệm nhiều lần các cải tiến nhỏ.

### **Khung lý thuyết xây dựng chiến lược quản lý, cải thiện chất lượng dịch vụ y tế**

Tương ứng với những định nghĩa và cách tiếp cận khác nhau về chất lượng dịch vụ y tế, các khung lý thuyết về quản lý, cải thiện chất lượng cũng rất đa dạng và được áp dụng ở các mức độ khác nhau tùy theo mục đích và điều kiện thực tế của từng nước. Các nội dung trong *Hướng dẫn xây dựng chiến lược quản lý chất lượng và an toàn theo cách tiếp cận hệ thống y tế* do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xây dựng vào năm 2008<sup>9</sup> đã được các nước trên thế giới, đặc biệt là Úc áp dụng. Úc đã cụ thể hóa các nội dung của khung hướng dẫn này trong *Khung chất lượng và an toàn dịch vụ y tế của Úc năm 2009 và 2010*<sup>10</sup>, trong đó chỉ ra các giải pháp cụ thể cho các cơ quan quản lý, lãnh đạo các cơ sở cung ứng dịch vụ, người hành nghề... Khung xây dựng chiến lược quản lý chất lượng trong tài liệu này có thể sử dụng làm khung tham chiếu đối với việc đánh giá công tác quản lý chất lượng y tế cho các nước, trong đó có Việt Nam.

Theo hướng dẫn của WHO, từ góc độ hệ thống y tế, khi xem xét chất lượng dịch vụ y tế nói chung dựa trên quan điểm cung ứng dịch vụ y tế phải nhìn nhận đồng thời ba khía cạnh chất lượng là:

- i. **Chất lượng cho bệnh nhân (Patient quality)**: Cung cấp cho bệnh nhân những dịch vụ mà họ mong đợi trong suốt quá trình phục vụ và sau này.
- ii. **Chất lượng chuyên môn (Professional quality)**: thực hiện các qui trình và phương pháp được cho là hiệu quả, đáp ứng được yêu cầu chuyên môn và nhu cầu của bệnh nhân dựa trên đánh giá của cán bộ chuyên môn.

iii. **Chất lượng quản lý (Management quality)**: sử dụng các nguồn lực sẵn có một cách tốt nhất để đảm bảo chất lượng bệnh nhân và cán bộ chuyên môn, tránh lãng phí, thậm chí trong cả những trường hợp đòi hỏi ở mức độ cao hơn.

### **Khung xây dựng chiến lược, giải pháp quản lý chất lượng dịch vụ y tế:**

Để cải thiện chất lượng tập trung vào quá trình cung ứng dịch vụ cụ thể, các khía cạnh chất lượng phải được xem xét cho từng thành phần chủ yếu tham gia vào mỗi khâu trong quá trình cung ứng dịch vụ và tương tác lẫn nhau trong suốt quá trình cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế, bao gồm:

- Cán bộ theo trình độ chuyên môn được coi như chìa khóa của cung ứng dịch vụ là các bác sỹ, điều dưỡng và các nhân viên y tế cùng với các kiến thức, kỹ năng chuyên môn y học của họ.

- Tổ chức cung ứng dịch vụ: là nơi các dịch vụ được cung cấp thông qua sự kết hợp của các nhân viên y tế, các sản phẩm thuốc và kỹ thuật y tế trong một tổ chức nhất định như bệnh viện và các trung tâm y tế.

- Các sản phẩm và kỹ thuật y tế được áp dụng trong cung ứng dịch vụ như thuốc và các trang thiết bị y tế.

- Yêu cầu hoặc nhu cầu của bệnh nhân, người sử dụng dịch vụ đối với các dịch vụ được cung cấp bởi các nhà chuyên môn và cơ sở cung ứng dịch vụ dựa trên các những hiểu biết thông thường của họ về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe.

### **Nhìn ở cấp độ quốc gia:**

Chiến lược về chất lượng dịch vụ phải thể

<sup>9</sup> WHO (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*

<sup>10</sup> *Australian Safety and Quality Framework for Health Care*. 2010



hiện được sự tương tác giữa người hành nghề chuyên môn, cơ sở y tế, các dịch vụ/kỹ thuật đối với người bệnh sử dụng các dịch vụ y tế nhằm tối ưu hóa hoạt động của nhà cung cấp dịch vụ phù hợp với nhu cầu và yêu cầu của người sử dụng dịch vụ. Tương ứng với mỗi thành phần của chuỗi cung ứng và sử dụng dịch vụ là các chiến lược can thiệp chất lượng cụ thể mang tính quốc gia bao gồm:

- i. Chiến lược chất lượng cho người hành nghề: bao gồm các giải pháp đào tạo, hợp chuẩn, tuân thủ các chuẩn mực chuyên môn, đăng ký hành nghề, các hướng dẫn thực hành, nhận xét đồng nghiệp, điều kiện làm việc, kế hoạch nhân lực, duy trì năng lực chuyên môn v.v...
- ii. Chiến lược chất lượng cho các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế: bao gồm cấp phép, kiểm soát nguy cơ, các chỉ số hoạt động, thu thập thông tin hệ thống, hệ thống cấp chứng chỉ, kiểm định chất lượng, chương trình cải thiện chất lượng cải cách tổ chức...
- iii. Chiến lược chất lượng cho các sản phẩm và kỹ thuật y tế: Đăng ký và hợp chuẩn, kiểm soát nguy cơ, cho phép lưu hành, đánh giá công nghệ.
- iv. Chiến lược chất lượng đối với người sử dụng dịch vụ: quan tâm đến quyền tham gia của bệnh nhân và cộng đồng, theo dõi các thông tin từ bệnh nhân, thông tin về hoạt động, sự nâng cao sức khỏe.

Trong hệ thống y tế, ngoài các cấu phần tham gia trực tiếp trong quá trình cung ứng dịch vụ, một cấu phần có vai trò rất quan trọng trong hệ thống y tế là những chủ thể đầu tư, cung cấp tài chính cho y tế (VD: chính phủ, chính quyền địa phương, cơ quan BHYT...). Chủ thể này cũng có tác động nhất định vào các chức năng của hệ thống y tế cũng như vào việc vận hành các chiến lược về chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là người đầu tư tài chính y tế có thể khuyến khích cung ứng dịch vụ chất lượng hoặc không khuyến

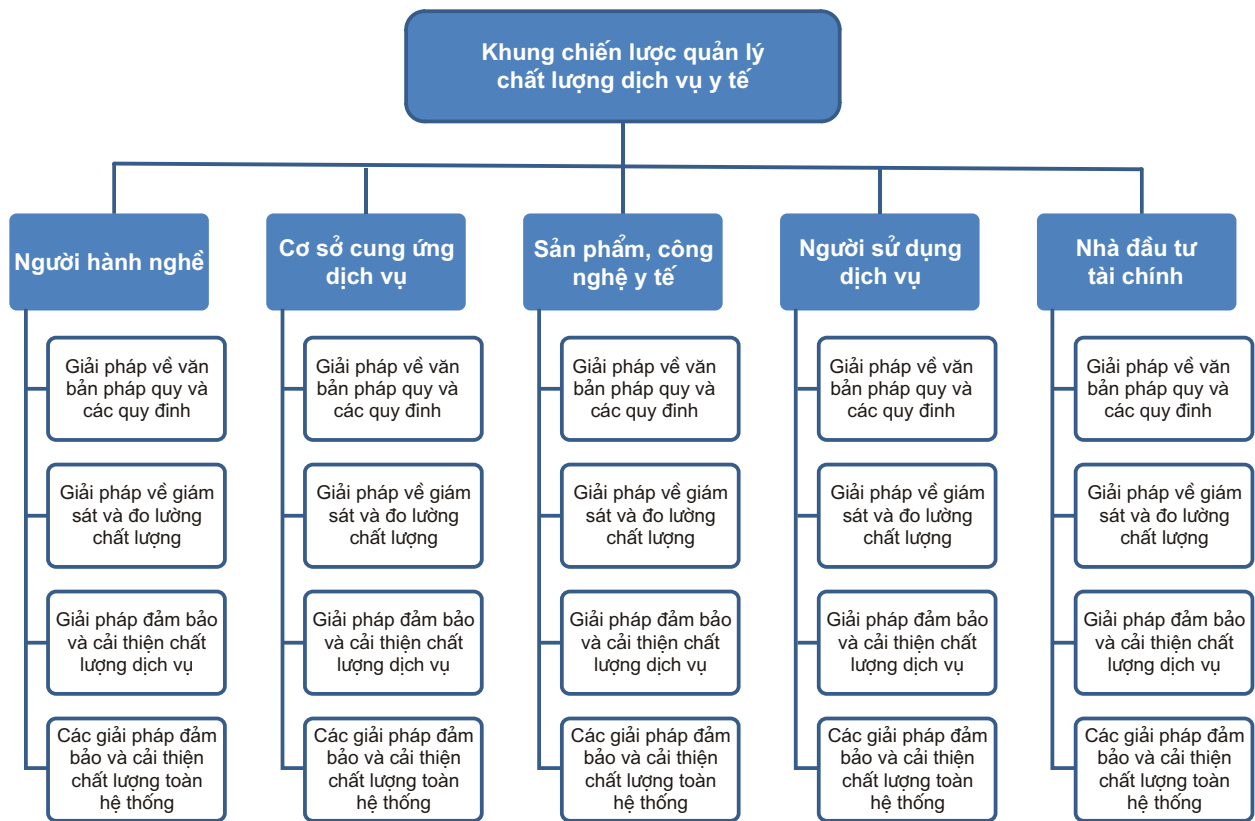
khích đầu tư đối với việc cung cấp dịch vụ không có chất lượng. Vì vậy, nếu nhìn từ góc độ quản lý thì các chiến lược về chất lượng đối với 4 chủ thể chủ yếu trên có thể có cơ hội nâng cao hiệu quả khi có các chiến lược tốt về tài chính cho các chiến lược cụ thể này. Chính vì vậy ngoài 4 chiến lược cụ thể trên thì có thể bổ sung một giải pháp chiến lược thứ 5 về chất lượng, đó là chiến lược chất lượng đối với các nhà đầu tư tài chính cho y tế.

Chiến lược chất lượng cho các nhà đầu tư y tế (health care financiers): Đánh giá chất lượng, thông tin về hoạt động cho các nhà đầu tư tài chính để họ có các quyết định sự khuyến khích tài chính phù hợp tác động tích cực đến các nỗ lực cải thiện chất lượng dịch vụ và không đầu tư cho các hoạt động y tế không đảm bảo chất lượng.

Theo WHO, trong tiếp cận hệ thống y tế, mỗi chiến lược thành phần trên đều có chung 4 nội dung giải pháp cơ bản cần được đề cập đến mang tính nguyên tắc khi xây dựng các chiến lược chất lượng bao gồm:

- Giải pháp về văn bản pháp quy và các quy định: Hình thành và tuân thủ các luật và các quy định pháp lý.
- Giải pháp về giám sát và đo lường chất lượng: Hình thành cơ sở dữ liệu quốc gia với các thông tin và chỉ số phù hợp để theo dõi và đánh giá các khía cạnh khác nhau của chất lượng và chức năng của hệ thống y tế.
- Các giải pháp đảm bảo và cải thiện chất lượng từng dịch vụ: An toàn, chất lượng dịch vụ được đảm bảo bởi mỗi cá nhân hành nghề, cơ sở y tế...
- Tính tổng thể của hệ thống: trong đó chỉ ra được các vấn đề về việc cung ứng dịch vụ liên tục hoặc đúng lúc.

Toàn bộ khung nội dung xây dựng chiến lược chất lượng dịch vụ y tế có thể tóm tắt trong sơ đồ sau:



**Nhìn ở cấp độ y tế địa phương và cơ sở cung cấp dịch vụ**

Ở cấp độ y tế địa phương và cơ sở cung ứng dịch vụ, có bốn cách tiếp cận trong cải thiện chất lượng dịch vụ y tế làm cơ sở xây dựng hệ thống quản lý chất lượng bao gồm: (1) tăng thêm nguồn lực; (2) đổi mới tổ chức và cơ chế tài chính; (3) nâng cao năng lực quản lý; (4) tiếp cận theo giải pháp chất lượng. Trong đó, cách tiếp cận theo giải pháp chất lượng là cách tiếp cận trực tiếp, đặc hiệu trong khi 3 cách tiếp cận còn lại là cách tiếp cận chung và sẽ không có hiệu quả nếu thiếu các điều kiện khác và thiếu sự hỗ trợ lẫn nhau một cách chặt chẽ. Phần này sẽ đề cập sâu vào cách tiếp cận theo giải pháp chất lượng trong quản lý chất lượng.

Cách tiếp cận phương pháp chất lượng bao gồm 4 nội dung có tính nguyên tắc cho xây dựng một kế hoạch hay chiến lược về quản lý chất lượng của địa phương hoặc cơ sở cung ứng dịch vụ, cụ thể là:

1) Lấy bệnh nhân là trung tâm và có sự tham

gia của cộng đồng: đề cập tới quyền của người dân trong sử dụng dịch vụ và vai trò của người bệnh, cộng đồng trong quản lý và cải thiện chất lượng dịch vụ, vai trò, nghĩa vụ của cơ sở y tế và sự trao đổi thông tin cần thiết được mong đợi giữa các cơ sở y tế cung ứng dịch vụ có chất lượng. Sự tham gia của bệnh nhân, cộng đồng giúp bên cung ứng dịch vụ cải thiện chất lượng cũng như giúp bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Việc chủ động thu thập thông tin từ bệnh nhân để phát hiện những vấn đề liên quan đến dịch vụ CSSK giúp đưa ra các quyết định ưu tiên trong cải thiện cung ứng dịch vụ phù hợp với mong đợi của bệnh nhân.

2) Cải thiện chất lượng thông qua điều chỉnh và đánh giá từ bên ngoài: Cách tiếp cận này nhằm giảm các nguy cơ cho người bệnh gây nên bởi người hành nghề kém chất lượng hoặc các dịch vụ không an toàn thông qua sự giám sát tích cực từ bên ngoài. Mục đích là xây dựng hệ thống quốc gia về các tiêu chuẩn chất lượng cho người hành nghề, cơ sở cung ứng dịch vụ (VD:

các tiêu chuẩn kiến thức, thực hành của người hành nghề, tiêu chuẩn an toàn của TTB...), hệ thống công nhận, giám sát thực hiện (cấp phép, cấp chứng nhận và kiểm định) và hệ thống giúp điều chỉnh, cải thiện các sai sót, thiếu hụt trong chuyên môn.

3) Quản lý chất lượng dựa trên các chuẩn mực tại chỗ: Ngoài sự đánh giá, kiểm định chất lượng do các cơ quan/tổ chức bên ngoài thực hiện, bản thân các cơ sở y tế cũng có thể áp dụng các tiêu chuẩn đã được quy định để tự quản lý chất lượng dịch vụ của mình (áp dụng các hướng dẫn điều trị, quy trình chuyên môn...). Xây dựng các chuẩn mực tại chỗ đảm bảo cung ứng dịch vụ một cách an toàn, hiệu quả và phù hợp với các nguồn lực hiện có của mỗi địa phương, mỗi đơn vị.

4) Thành lập các nhóm công tác phụ trách giám sát chất lượng tại chỗ: Thành lập các tổ/nhóm chịu trách nhiệm giải quyết các vấn đề về chất lượng đối với một hoạt động cụ thể trong mỗi cơ sở y tế. Nhóm này sẽ được đào tạo sử dụng các công cụ quản lý chất lượng để giám sát, kiểm tra chất lượng tại chỗ (VD: Hội đồng thuốc BV, hội đồng chuyên môn...). Hình thức này thường áp dụng trong mỗi cơ sở y tế nhưng cũng có thể áp dụng để giải quyết các vấn đề trong chăm sóc liên tục đối với một số dịch vụ

Trong 4 nội dung của cách tiếp cận chất lượng thì nội dung (1) và (2) rất cần sự tham gia của chính phủ ở các hình thức khác nhau (hệ thống văn bản pháp quy, các quy định, hệ thống tiêu chuẩn và kiểm soát)

### Các chỉ số đo lường, đánh giá chất lượng

Đặc tính của chất lượng dịch vụ là khó đo lường, để nhìn nhận và đánh giá chất lượng thì phải gắn các tiêu chí (criteria, dimension) cho chất lượng y tế. Tuy nhiên, với những cách tiếp cận khác nhau đối với chất lượng thì cách xác định và gắn các tiêu chí cho chất lượng dịch vụ lại khác nhau. Cho đến nay không có các bộ tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ y tế chung cho

hệ thống cung ứng dịch vụ ở tất cả các nước. Mỗi giai đoạn, mỗi nước, mỗi tổ chức đều có bộ tiêu chí riêng cho chất lượng y tế và các tiêu chí này thể hiện sự mong đợi, kỳ vọng vào dịch vụ y tế ở từng thời kỳ, ở mỗi quốc gia hay tổ chức cung ứng dịch vụ.

Tuy nhiên, dù không có sự thống nhất một bộ tiêu chí ở bình diện quốc tế nhưng qua tổng kết các tài liệu cho thấy một số tiêu chí được sử dụng phổ biến do có sự công nhận chung đối với một số giá trị phải có của dịch vụ y tế, trong đó phổ biến nhất là các tiêu chí chất lượng của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

- Hiệu quả (Effectiveness) dịch vụ y tế đáp ứng nhu cầu, có bằng chứng về hiệu quả điều trị.
- Hiệu suất (Efficiency) sử dụng nguồn lực hữu hiệu, tiết kiệm.
- Tiếp cận (Accessibility): dễ tiếp cận về thời gian và địa lý.
- Lấy người bệnh là trung tâm (Patient center).
- Bình đẳng.
- An toàn.

Tiếp cận của WHO không chú trọng tới các chỉ số đo lường trực tiếp mà tập trung vào nhìn nhận chất lượng dịch vụ y tế theo các thành phần khái niệm của dịch vụ.

Cách tiếp cận chất lượng dịch vụ khác dựa trên ba khía cạnh chất lượng liên quan đến: (1) chất lượng cho bệnh nhân, (2) chất lượng chuyên môn, (3) chất lượng quản lý lại có thể đo lường, đánh giá thông qua các chỉ số theo dõi khá cụ thể:

- Chất lượng và an toàn từ phía bệnh nhân có thể được đo lường qua các phản hồi, mức độ hài lòng và các khiếu nại về dịch vụ y tế từ phía bệnh nhân.
- Chất lượng và an toàn chuyên môn có thể được đo bằng số bệnh nhân không nhận được đầy đủ các dịch vụ chuyên môn khám chữa bệnh hoặc phòng bệnh hoặc đo bằng cách theo dõi các chỉ số lâm sàng đầu ra, báo cáo về các sai sót chuyên môn.

- Chất lượng trong quản lý có thể đo bằng đơn vị giá thành, thời gian nằm viện trung bình và đo lường sự lãng phí nguồn lực.

Khi đánh giá 3 nội dung trên thì thường phải kết hợp với đo lường, đánh giá các chỉ số 3 yếu tố khác là:

- Các yếu tố cấu trúc và đầu vào của chất lượng (số nhân lực và cơ cấu trình độ chuyên môn, cách phân bổ trách nhiệm cá nhân trong quá trình cung ứng dịch vụ).

- Các yếu tố quá trình: các hoạt động nào đang được thực hiện.

- Kết quả đầu ra: ví dụ kết quả điều trị.

Các nước thuộc khối OECD lại xây dựng khung bộ chỉ số đánh giá chất lượng dựa trên nhiều cách tiếp cận khác nhau cho mỗi lĩnh vực cung ứng dịch vụ, trong đó đánh giá chung thì dựa theo cách tiếp cận của IOM trong khi với các dịch vụ lâm sàng thì việc đo lường, đánh giá chất lượng lại lấy mọi số bệnh cụ thể để đánh giá<sup>11</sup>. Úc cũng xây dựng các bộ chỉ số đánh giá riêng cho từng lĩnh vực như bộ chỉ số đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu<sup>12</sup>, trong lâm sàng lại xây dựng bộ chỉ số đánh giá chất lượng dịch vụ tại cơ sở KCB theo các giai đoạn<sup>13</sup> như:

- Giai đoạn 1: đo lường đánh giá các chỉ số liên quan đến các tác hại cho người bệnh (như tỉ lệ điều trị thất bại, tỉ lệ nhiễm khuẩn huyết bệnh viện, tỉ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn vết thương trong 5 ngày sau mổ), tỉ lệ bệnh nhân nhập viện lại sau 28 ngày, tỉ lệ bệnh nhân không đáng phải điều trị tích cực v.v...

- Giai đoạn 2: đo lường các chỉ số tỉ lệ tử vong vì tai biến sử dụng thuốc, tỉ lệ tử vong sau một số các can thiệp y khoa (phẫu thuật tim mạch...).

- Giai đoạn 3: đo lường các chỉ số tác dụng phụ do thuốc, tỉ lệ cán bộ lâm sàng tham gia vào quá trình phản biện chuyên môn v.v...

Một nghiên cứu ở Thái Lan cũng xây dựng một bộ chỉ số đánh giá chất lượng riêng cho các

cơ sở cung ứng dịch vụ y tế với tổng số 42 chỉ số trong 6 nhóm:

1) Nhóm chỉ số thông tin chung về cơ sở y tế: 10 chỉ số

2) Nhóm chỉ số về đầu vào cơ sở vật chất: 7 chỉ số

3) Nhóm chỉ số quá trình và đầu ra lâm sàng: 10 chỉ số

4) Nhóm chỉ số quá trình và đầu ra cho dịch vụ: 9 chỉ số

5) Nhóm chỉ số về chất lượng quản lý: 3 chỉ số

6) Nhóm chỉ số về hệ thống và quá trình quản lý chất lượng: 3 chỉ số

Thực tế thì việc tiếp cận tiêu chí đánh giá chất lượng theo cách nào đi chăng nữa cũng không thể áp dụng để đánh giá chất lượng chung của hệ thống cung ứng dịch vụ được. Do vậy việc đánh giá chất lượng dịch vụ thường được áp dụng trong đánh giá các dịch vụ hoặc nhóm dịch vụ cụ thể theo những bộ tiêu chí riêng, đặc thù, đặc biệt là các dịch vụ chuyên môn lâm sàng.

Như vậy, việc xác định các chỉ số đo lường và các chỉ tiêu đánh giá chất lượng dịch vụ y tế hoàn toàn phụ thuộc vào mỗi nước, mỗi cơ sở y tế và quy mô đánh giá chất lượng ở mức hệ thống hay cho từng nhóm, từng loại hình dịch vụ. Việc lựa chọn các cách tiếp cận, khung đánh giá nào, dựa trên các khía cạnh chất lượng sử dụng các chỉ số đo lường cụ thể hay đánh giá dựa trên các tiêu chí chất lượng dịch vụ y tế theo các thành phần khái niệm của dịch vụ là tùy theo mục tiêu cần đạt được của các chiến lược về chất lượng dịch vụ của quốc gia hay cơ quan cung ứng dịch vụ.

<sup>11</sup> Edward Kelley and Jeremy Hurst. *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. OECD 2006

<sup>12</sup> *Australian Safety and Quality Framework for Health Care 2012*

<sup>13</sup> *A Framework for Managing the Quality of Health Services in New South Wales 1996*.

## THỰC TRẠNG VÀ KHẢ NĂNG CUNG CẤP DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP CỦA 5 TỈNH TÂY NGUYÊN

*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh,  
ThS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh và cộng sự*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tây Nguyên là khu vực ở trung tâm miền núi nam Đông Dương có vị trí chiến lược đặc biệt quan trọng với quy mô dân số khoảng hơn 5 triệu người, trong đó trên 33% là đồng bào dân tộc thiểu số (năm 2010). Tây Nguyên hiện vẫn đang là khu vực gặp nhiều khó khăn trong phát triển kinh tế - xã hội. Trong những năm vừa qua Đảng và Chính phủ đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách nhằm tăng cường đầu tư nguồn lực để xây dựng hạ tầng, tổ chức định canh định cư, giải quyết đất đai và các nhu cầu thiết yếu phục vụ sản xuất và đời sống cho đồng bào vùng dân tộc thiểu số. Một số dự án y tế hỗ trợ cho các tỉnh Tây Nguyên đã được triển khai với mục tiêu cải thiện chất lượng dịch vụ và nâng cao khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế cho người dân trong khu vực đặc biệt là người nghèo và người dân tộc thiểu số. Mặc dù vậy các chỉ số về dịch vụ y tế cũng như các chỉ số về sức khỏe người dân của các tỉnh Tây Nguyên hiện vẫn ở mức thấp nhất so với các khu vực khác trong cả nước.

Để cung cấp cơ sở thực tiễn cho việc xác định nhu cầu đầu tư nhằm nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh đến năm 2020, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã phối hợp với Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế tiến hành *Khảo sát về thực trạng và khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập của 5 tỉnh Tây Nguyên*.

### Mục tiêu nghiên cứu

1. Phân tích thực trạng mạng lưới khám chữa

bệnh (KCB) tại các cơ sở y tế công lập của 5 tỉnh thuộc Tây Nguyên.

2. Đánh giá khả năng cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh của các cơ sở y tế công lập thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động của mạng lưới này.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích. *Phương pháp nghiên cứu định lượng* là chủ đạo: thu thập thông tin bằng Biểu mẫu thống kê dành cho tất cả các cơ sở KCB tuyến tỉnh và huyện tại 5 tỉnh; Phỏng vấn 600 bệnh nhân đang sử dụng dịch vụ KCB và phỏng vấn bằng bảng hỏi tự điền dành cho 400 cán bộ trực tiếp cung cấp dịch vụ KCB tại tất cả các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh và 10 BVĐK huyện. *Phương pháp nghiên cứu định tính* gồm phỏng vấn sâu lãnh đạo và thảo luận nhóm nhân viên y tế ở một số cơ sở KCB hai tuyến.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### Thực trạng mạng lưới KCB công lập tuyến tỉnh và huyện

Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh và huyện đã

<sup>1</sup> ThS. Nguyễn Văn Hùng - Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế, ThS. Trần Vũ Hiệp, ThS Vũ Văn Hoàn, CN Hoàng Ly Na, CN Tường Duy Trinh, ThS Vũ Thị Mai Anh, ThS Trần Hồng Cẩm - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế,

phủ kín các địa phương nhưng mạng lưới các bệnh viện chuyên khoa hầu như chưa phát triển ở Tây Nguyên. Có sự chênh lệch về qui mô giường bệnh, điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị và nhân lực giữa các cơ sở KCB cùng tuyến giữa các tỉnh và nội tỉnh (đối với tuyến huyện).

### **Quy mô giường bệnh:**

Có 4/5 tỉnh (Gia Lai, Đăk Nông, Đăk Lăk và Lâm Đồng) đều chưa đạt chỉ tiêu về số lượng giường bệnh công lập trên 10.000 dân. Tại *tuyến tỉnh*, quy mô giường bệnh của BVĐK tỉnh Đăk Lăk và Gia Lai đang ở mức thấp, chưa đạt chỉ tiêu quy hoạch chung của cả nước “1 giường bệnh phục vụ từ 1.600 đến 1.800 người dân”; Tại *tuyến huyện*, Gia Lai là tỉnh duy nhất có quy mô giường bệnh trung bình thấp hơn chỉ tiêu của cả nước “1 giường bệnh tuyến huyện phục vụ 1.500 đến 1.700 người dân”. 74% BV huyện của toàn vùng có quy mô dưới 100 giường bệnh, 5% BV có quy mô rất thấp (20 - 40 giường).

### **Công suất sử dụng giường bệnh (CSSDGB):**

100% BVĐK tỉnh, BVĐK khu vực và 79% bệnh viện tuyến huyện có công suất trên 85% - mức “quá tải” theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Đăk Lăk và Lâm Đồng là hai tỉnh có tỷ lệ BVĐK tuyến huyện quá tải cao (trên 95%). Toàn vùng có khoảng 5% BV huyện ở mức dưới tải trầm trọng (công suất dưới 50%).

Với 5 chuyên khoa được khảo sát tại các BVĐK tuyến tỉnh và huyện có số liệu báo cáo thì ở *tuyến tỉnh*, khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Ngoại tổng quát và khoa Nhi luôn có CSSDGB từ 92% đến 106% (trừ khoa Hồi sức cấp cứu của BVĐK tỉnh Đăk Nông); Tại *tuyến huyện*, 2 khoa Hồi sức cấp cứu và Nội Nhi có CSSDGB tương đối cao. Đăk Lăk là tỉnh duy nhất có CSSDGB của BVĐK huyện đồng đều và ở mức cao trong khu vực.

### **Mô hình tổ chức và cơ chế quản lý**

Mô hình tổ chức của các BV tuyến tỉnh và huyện vẫn đang trong quá trình kiện toàn.

Tại *tuyến tỉnh*, hầu hết các bệnh viện đã tách

được các khoa lâm sàng và cận lâm sàng cơ bản. Chỉ có một vài BVĐK tỉnh có kế hoạch tách/thành lập các khoa lâm sàng chuyên sâu theo hệ nội, ngoại, sản, nhi.

Tại *tuyến huyện*, có 3 tỉnh là Kon Tum, Gia Lai và Lâm Đồng hiện vẫn đang duy trì mô hình Trung tâm Y tế huyện thực hiện cả chức năng khám chữa bệnh và dự phòng. Hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện đã thành lập được các phòng chức năng và khoa cận lâm sàng cơ bản. Với khoa lâm sàng, đa số đang theo mô hình liên khoa Nội-Nhi và Ngoại-Sản (trừ Đăk Lăk và một vài huyện của Lâm Đồng). Các bệnh viện tuyến huyện cũng có dự kiến thành lập các khoa xét nghiệm chuyên ngành (hóa sinh, huyết học, vi sinh, giải phẫu bệnh lý...) và các khoa chẩn đoán cận lâm sàng (Chẩn đoán hình ảnh, Nội soi, Thăm dò chức năng...) và phòng Vật tư-Thiết bị.

### **Nhân lực y tế**

Nhân lực tại các bệnh viện tuyến tỉnh và huyện vẫn chưa đầy đủ theo quy định của Thông tư 08/2007/TTLT-BYT, đặc biệt là tuyến huyện. Chức danh chuyên môn được đại học thiếu trầm trọng.

Với *tuyến tỉnh*, so với quy định về định biên tại Thông tư 08/2007/TTLT-BYT thì tỷ lệ BS toàn vùng chỉ đạt 88%, dược sỹ đại học chỉ đạt 11,1 - 36,3%, điều dưỡng đạt 88,7%. BVĐK tỉnh Đăk Lăk là đơn vị duy nhất vượt chỉ tiêu về định biên bác sỹ và điều dưỡng. BVĐK tỉnh Lâm Đồng 2 hiện đang thiếu cả hai chức danh chuyên môn này với tỷ lệ cao nhất.

Với *tuyến huyện*, 2 tỉnh Đăk Nông và Kon Tum không có BV nào đạt chỉ tiêu về định biên bác sỹ. Ở 2 tỉnh Đăk Lăk, Gia Lai, tỷ lệ BVĐK huyện đạt chỉ tiêu về định biên bác sỹ với mức thấp (14,4% và 30%). BVĐK huyện Đăk Glong thuộc Đăk Nông hiện vẫn chưa có bác sỹ. Về dược sỹ đại học, trên 60% BV huyện của các tỉnh Đăk Lăk, Đăk Nông, Gia Lai và 87,5% ở Kon Tum không có chức danh này. Về điều dưỡng, tỷ lệ BV huyện vượt chỉ tiêu ở Gia Lai,

Kon Tum và Đăk Nông lần lượt là 50%, 43% và 33%.

Nhu cầu đào tạo nhân lực của các bệnh viện đa dạng với hầu hết các chức danh chuyên môn đặc biệt là với một số chức danh như: BSCKI, dược sỹ đại học, cử nhân điều dưỡng, cử nhân kỹ thuật viên.

**Cơ sở vật chất**

100% BVĐK tuyến tỉnh đã được xây dựng kiên cố và đạt các chỉ tiêu về cơ sở vật chất. Gần 50% BVĐK huyện đạt tiêu chuẩn về tính liên hoàn, thiết kế xây dựng phù hợp, an toàn kiến trúc cũng như có hệ thống xử lý chất thải rắn. Đăk Nông và Kon Tum là hai tỉnh hiện gặp khó khăn nhất về cơ sở tuyến huyện: 50% số cơ sở KCB tuyến huyện của 2 tỉnh chưa có hệ thống nhà xây kiên cố. Với các chỉ số về cơ sở vật chất khác, tỷ lệ cơ sở đã đạt hay đảm bảo cũng rất thấp, trong khoảng 50%. Đăk Lăk là tỉnh có mạng lưới bệnh viện huyện khá đồng đều về cơ sở vật chất, tiếp đến là Lâm Đồng và Gia Lai.

**Trang thiết bị (TTB)**

Tỷ lệ BVĐK tỉnh đáp ứng danh mục TTB của Bộ Y tế đối với 4 chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, Nội, Sản và Nhi đạt trên 80%. Với Ngoại khoa, tỷ lệ đáp ứng trung bình chỉ đạt 60,5%. Tại tuyến huyện, khoa Hồi sức cấp cứu, tiếp đến khoa Ngoại và khoa Nội là 3 chuyên ngành có tỷ lệ BV được trang bị TTB theo đúng quy định ở mức cao hơn (tương ứng khoảng 77%-80%, 75%-79% và 71,5-73%). Với khoa Sản, khoảng 60-65% cơ sở có TTB theo đúng quy định, trong khi với khoa Nhi chỉ khoảng 58-60% BVĐK huyện được trang bị đủ TTB theo quy định.

**Về nguồn tài chính được đầu tư**

Ngoài nguồn đầu tư từ ngân sách nhà nước dành cho các cơ sở KCB tuyến tỉnh và huyện thông qua các đề án sử dụng nguồn trái phiếu chính phủ hoặc các nguồn đầu tư trọng điểm, 5 tỉnh Tây Nguyên đã được hưởng lợi từ Dự án "Chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên" bằng vốn vay của Ngân hàng Phát

triển Châu Á (ADB) trong 5 năm (2005-2009) với tổng vốn đầu tư 30,58 triệu USD. Dự án này đã đầu tư các cơ sở KCB gồm 12 BV/TTYT, 1 bệnh viện đa khoa khu vực, 2 hệ thống cấp nước và 17 hệ thống xử lý chất thải cho 17 TTYT huyện. Về nhân lực, Dự án đã đào tạo sau đại học chuyên ngành Nội, Ngoại, Sản Nhi, Hồi sức cấp cứu, Truyền nhiễm và Y tế công cộng cho cán bộ y tế tuyến tỉnh và huyện; đào tạo nâng cao trong thời gian 3 tháng cho bác sỹ tuyến tỉnh và huyện về các kỹ thuật chuyên ngành Nội, Ngoại, Sản Nhi, Hồi sức cấp cứu và Truyền nhiễm và bồi dưỡng đào tạo lại cho cán bộ y tế trung học (hộ sinh, y sỹ Sản Nhi, KTV xét nghiệm, điều dưỡng viên trung học của 5 tỉnh Tây Nguyên). Ngoài ra, trong 2 năm 2008 và 2009, Dự án đã hỗ trợ chi phí KCB gián tiếp gồm tiền ăn, chi phí đi lại cho bệnh nhân nội trú tại BV tuyến tỉnh và huyện, chi phí điều trị trực tiếp đối với một số bệnh nặng cần các kỹ thuật cao, chi phí điều trị lớn. Số bệnh nhân hưởng lợi lên đến trên 150.000 bệnh nhân/năm/toàn vùng.

Dự án hỗ trợ chăm sóc sức khỏe người nghèo các tỉnh Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên đã triển khai tại Kon Tum và Gia Lai từ năm 2005-2012 hỗ trợ KCB cho người nghèo. Từ năm 2012, các đối tượng hộ nghèo hay đồng bào dân tộc thiểu số đang sinh sống ở các xã, phường, thị trấn thuộc vùng khó khăn Tây Nguyên (chiếm khoảng 1/3 dân số vùng) sẽ được hỗ trợ tiền ăn, tiền đi lại khi điều trị nội trú tại BV công, được hỗ trợ đồng chi trả 5% BHYT khi mắc các bệnh nặng chi phí cao.

**Khả năng cung cấp dịch vụ**

**Khả năng cung cấp dịch vụ KCB theo phân tuyến kỹ thuật (Quyết định 23/QĐ- BYT) theo các chuyên ngành**

Khả năng cung cấp dịch vụ KCB giữa các tỉnh và các BV tuyến huyện trong cùng một tỉnh khá chênh lệch. Chưa có cơ sở khám chữa bệnh tuyến huyện nào của Tây Nguyên đạt hạng II.

Với tuyến tỉnh, khả năng đáp ứng phân tuyến kỹ thuật theo 5 chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

(HSCC), Nội, Ngoại, Sản và Nhi của toàn vùng ở mức thấp, trong đó thấp nhất là Sản (chỉ đáp ứng 52% kỹ thuật) và cao nhất là ngoại (80,9%). BV tỉnh Gia Lai có tỷ lệ đáp ứng theo chuyên ngành HSCC và Nội khoa tốt nhất trong vùng; BVĐK tỉnh Đăk Lăk thì có thế mạnh nhất về các kỹ thuật Ngoại, Sản và Nhi. Ngược lại, BV tỉnh Đăk Nông có khả năng đáp ứng phân tuyến kỹ thuật 5 chuyên ngành kém nhất. Nguyên nhân khiến các bệnh viện tỉnh không thực hiện được kỹ thuật theo phân tuyến cũng có sự khác nhau nhưng đa số là do thiếu trang thiết bị, tiếp đến là thiếu nhân lực và cơ sở vật chất.

Với tuyến huyện, tỷ lệ đáp ứng các kỹ thuật theo phân tuyến khá thấp, đặc biệt là các kỹ thuật ngoại khoa (33,6-66,6%) và HSCC (45-75%). Kon Tum có tỷ lệ đáp ứng ở mức thấp nhất trong vùng, thậm chí thấp hơn cả Đăk Nông (trừ chuyên khoa Nội). Đăk Lăk vẫn là tỉnh có tỷ lệ BVĐK huyện đáp ứng tốt nhất các kỹ thuật trong phân tuyến (trừ Ngoại khoa). Lâm Đồng có thế mạnh nhất về các kỹ thuật ngoại và nhi khoa ở tuyến huyện. Gia Lai là tỉnh có năng lực đáp ứng kỹ thuật HSCC và nội ở tuyến tỉnh tốt nhất nhưng ở BV tuyến huyện thì lại mạnh hơn về sản và nhi. Nguyên nhân khiến các BV tuyến huyện không thực hiện được kỹ thuật có sự khác nhau giữa các tỉnh nhưng chủ yếu là do nhân lực không đảm bảo.

### **Mô hình bệnh tật**

Trên toàn vùng, cơ cấu bệnh tật và tử vong theo 5 nhóm bệnh cao nhất điều trị tại các BV của Tây Nguyên khá tương đồng với cả nước. Trong số 10 bệnh có tỷ suất mắc bệnh cao nhất ghi nhận tại bệnh viện của 5 tỉnh Tây Nguyên, chỉ có duy nhất 1 bệnh khác với cả nước (tai nạn giao thông). Nhìn chung, tỷ suất mắc các bệnh này tại Tây Nguyên có xu hướng thấp hơn của cả nước trừ 2 nhóm nguyên nhân: Các tổn thương khác do chấn thương xác định ở nhiều nơi và ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn. Trong 9 nguyên nhân/bệnh gây tử vong hàng đầu tại cơ sở KCB tuyến huyện và tỉnh 5 tỉnh Tây Nguyên, có 4 nguyên nhân/bệnh thuộc

nhóm 10 bệnh/nguyên nhân tử vong hàng đầu của cả nước: chảy máu não, các bệnh viêm phổi, thương tổn do chấn thương trong sọ và suy tim. Tuy nhiên, tỷ suất tử vong của các bệnh này ở Tây Nguyên đều cao hơn rất nhiều so với toàn quốc.

### **Tình hình sử dụng dịch vụ KCB của người dân Tây Nguyên**

Tỷ lệ người dân Tây Nguyên sử dụng dịch vụ KCB có xu hướng ngày càng tăng qua các năm và luôn cao hơn của cả nước. Năm 2010, cứ 100 người dân Tây Nguyên thì có 46 người đã sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh; 9 lượt người KCB nội trú và 42 lượt người KCB ngoại trú. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng dịch vụ cả ngoại trú và nội trú tại các BV công lập của Tây Nguyên lại thấp hơn của cả nước.

Từ năm 2004 đến nay, hàng năm có gần 30% lượt người KCB ngoại trú tại Tây Nguyên sử dụng dịch vụ tại các bệnh viện công lập tuyến tỉnh, huyện và trung ương, thấp hơn không đáng kể so với tỷ lệ chung của cả nước, trừ năm 2010 (thấp hơn 10%). Hơn 70% lượt người KCB ngoại trú đã đến TYT, PKĐK khu vực và y tế tư nhân. Trong 5 tỉnh, người dân Lâm Đồng có xu hướng KCB ngoại trú tại các BV công lập hơn các tỉnh khác. Khi phải nhập viện, đa số người dân Tây Nguyên đã đến các bệnh viện nhà nước (thể hiện qua tỷ lệ lượt người KCB nội trú tại BV công lập tuyến huyện, tỉnh và TƯ, từ 76%-82%). Tuy nhiên, tỷ lệ này ở Tây Nguyên luôn thấp hơn của cả nước và giảm mạnh vào năm 2010. Kon Tum là tỉnh có tỷ lệ người dân KCB nội trú tại các BV công lập các tuyến cao nhất vùng.

### **KẾT LUẬN**

Tại 5 tỉnh Tây Nguyên, mạng lưới KCB công lập gồm các BVĐK tuyến tỉnh và huyện đã phủ kín, tuy nhiên các cơ sở / BV chuyên khoa hầu như chưa hình thành. Hầu hết các tỉnh Tây Nguyên đều chưa đạt các chỉ tiêu chung về các nhóm chỉ số chính liên quan đến quy mô giường bệnh, nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị.



Điều này đã hạn chế khả năng cung cấp dịch vụ KCB theo phân tuyến kỹ thuật (*Quyết định 23/QĐ-BYT*) của các cơ sở.

Với các BVĐK tuyến tỉnh, khả năng đáp ứng phân tuyến kỹ thuật theo 5 chuyên ngành Hồi sức cấp cứu, Nội, Ngoại, Sản và Nhi ở mức thấp, thấp nhất là Sản (chỉ đáp ứng 52% kỹ thuật) và cao nhất là Ngoại (80,9%). BV tỉnh Đắk Nông có khả năng đáp ứng phân tuyến kỹ thuật 5 chuyên ngành kém nhất. Với BVĐK tuyến huyện, tỷ lệ đáp ứng các kỹ thuật theo phân tuyến thấp hơn, đặc biệt là các kỹ thuật Ngoại khoa (33,6-66,6%) và Hồi sức cấp cứu (45-75%). Nguyên nhân khiến các BV không thực hiện được kỹ thuật theo phân tuyến có sự khác nhau nhưng với tuyến tỉnh, chủ yếu là do thiếu trang thiết bị, tiếp đến là nhân lực và cơ sở vật chất trong khi với tuyến huyện chủ yếu là do nhân lực không đảm bảo.

Với thực tế tỷ lệ người dân Tây Nguyên sử dụng dịch vụ KCB có xu hướng ngày càng tăng và khi các quy định hỗ trợ chi phí KCB gián tiếp cho bệnh nhân nội trú thuộc diện chính sách, đồng chi trả đối với các bệnh nặng có hiệu lực, số lượng người bệnh đến các cơ sở y tế sẽ tăng lên. Đây là thách thức đối với mạng lưới KCB công lập ở Tây Nguyên trong thời gian tới.

## KHUYẾN NGHỊ

*Về nguồn lực*, cần tiếp tục huy động các nguồn viện trợ và tăng cường ngân sách trung ương đầu tư nhằm củng cố và hoàn thiện mạng lưới KCB tuyến tỉnh và huyện 5 tỉnh Tây Nguyên; cần ưu tiên đầu tư cho các tỉnh Kon Tum và Đắk Nông, các vùng có đông đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống thuộc 5 tỉnh. Cần tiếp tục đầu tư hoàn thiện mạng lưới khám chữa bệnh Tây Nguyên trên tất cả các lĩnh vực: tăng cường quy mô giường bệnh, nhân lực, cơ sở vật chất, TTB và đào tạo kỹ thuật chuyên sâu. Cụ thể:

*Về quy mô giường bệnh*: Tăng quy mô giường bệnh kế hoạch đối với tất cả các BVĐK tuyến tỉnh các tỉnh, đặc biệt là Đắk Lắk, Gia Lai và Đắk Nông, và tuyến huyện đối với các tỉnh

(trừ Kon Tum), đặc biệt là Đắk Lắk và Lâm Đồng. Trong giai đoạn ngắn hạn, có thể điều chỉnh quy mô giường bệnh của 21% BV tuyến huyện đang có công suất dưới tải để bổ sung cho các bệnh viện còn lại. Hướng dẫn cơ sở KCB các tuyến rà soát các khoa có công suất giường bệnh quá tải gồm Hồi sức cấp cứu, Ngoại tổng quát và Nội Nhi (với BV tuyến tỉnh) và HSCC và Nội Nhi (với BV tuyến huyện) để bổ sung giường bệnh kế hoạch.

*Về nhân lực*: Cần tiếp tục đầu tư nhằm triển khai hiệu quả các chính sách về tuyển dụng, đào tạo và đãi ngộ nhằm thu hút nhân lực, đặc biệt là BS và dược sỹ đại học cho BVĐK tỉnh của các tỉnh Kon Tum, Đắk Nông và Gia Lai; cho bệnh viện tuyến huyện của cả 5 tỉnh (đặc biệt là Đắk Nông, Kon Tum và Gia Lai); Cần chỉ đạo BV tỉnh và huyện (đặc biệt là Đắk Lắk và Lâm Đồng) đang thiếu điều dưỡng tuyển dụng đủ điều dưỡng theo quy định tại Thông tư 08; Tiến hành đồng bộ giải pháp tài chính và quy chế (VD như cam kết trở về đơn vị công tác) đối với các học viên được tài trợ/hỗ trợ tham gia các chương trình đào tạo sau đại học và chuyên sâu để giữ chân cán bộ.

*Về cơ sở vật chất*: Tiếp tục đầu tư nhằm hoàn thiện cơ sở vật chất cho BVĐK/TTYT huyện của 50% số BVĐK huyện thuộc tỉnh. Ưu tiên đầu tư xây dựng, cải tạo và nâng cấp BVĐK huyện cho 2 tỉnh Đắk Nông và Kon Tum.

*Về TTB*: Ưu tiên đầu tư TTB chuyên ngành Ngoại khoa cho BVĐK tuyến tỉnh, và chuyên ngành Sản, Nhi cho BVĐK/TTYT huyện. Với các chuyên ngành khác, cần tiếp tục rà soát theo khả năng đáp ứng về nhân lực của từng cơ sở để bổ sung cho phù hợp.

*Về đào tạo*: ưu tiên đào tạo chuyên môn sâu chuyên khoa Sản (bao gồm CN hộ sinh và kỹ thuật Sản Phụ khoa) và chuyên ngành HSCC cho tất cả các BV tỉnh, tiếp tục đào tạo chuyên môn sâu các chuyên khoa khác, đặc biệt cho BVĐK tỉnh Đắk Nông và Lâm Đồng II; ưu tiên đào tạo chuyên môn sâu chuyên khoa Ngoại và chuyên ngành HSCC và rà soát nhu cầu đào tạo các

chuyên khoa Nội, Nhi và Sản cho BV huyện của tất cả các tỉnh, đặc biệt là Kon Tum và Đăk Nông;

Cần rà soát nhóm các bệnh/nguyên nhân gây tử vong của khu vực có tỷ suất tử vong cao hơn nhiều so với toàn quốc như chảy máu não, các bệnh viêm phổi, thương tổn do chấn thương trong sọ và suy tim, viêm phế quản và tiểu phế quản cấp để tăng cường tập huấn, đào tạo lại,

nâng cao khả năng xử trí cho nhân viên y tế các tuyến.

Cần tham khảo nội dung và kinh nghiệm của Dự án Chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên - ADB giai đoạn 2005-2009 để tổ chức các lớp đào tạo sau đại học, đào tạo chuyên sâu và đào tạo lại phù hợp với điều kiện của các BV tuyến huyện và tỉnh Tây Nguyên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). *Niên giám Thống kê y tế năm 2010*.
2. Tổng cục Thống kê (2011). *Kết quả Khảo sát mức sống dân cư năm 2010*. Nhà xuất bản Tổng cục Thống kê.
3. Bộ Y tế (2010). *Báo cáo hoàn thành Dự án Chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên (2004-2009)*. Báo cáo chưa công bố.
4. Quyết định số 168/2001/QĐ-TTg ngày 30 tháng 10 năm 2001 của Thủ tướng Chính phủ đã về việc “Định hướng dài hạn, kế hoạch 5 năm 2001-2005 và những giải pháp cơ bản phát triển kinh tế - xã hội vùng Tây Nguyên”.
5. Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30 tháng 6 năm 2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
6. Quyết định 1544-QĐ-TTg ngày 14/11/2007 phê duyệt đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc khu vực miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển.
7. Quyết định 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính phủ và Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 01/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ về bổ sung, sửa đổi một số Điều của Quyết định 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 về khám chữa bệnh cho người nghèo.
8. Luật Bảo hiểm y tế ban hành ngày 14/11/2008.
9. Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg ngày 1/3/2012 của Thủ tướng Chính phủ về bổ sung, sửa đổi một số điều của Quyết định 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 về KCB cho người nghèo.
10. Thông tư 08 /2007/TTLT-BYT-BNV về Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước.
11. Quyết định 23/2005/QĐ-BYT về việc ban hành quy định phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh.
12. Quyết định 3310/QĐ-BYT về việc quy định các nội dung hỗ trợ quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo thuộc Dự án Chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên bằng nguồn vốn viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Thụy Điển.
13. Quyết định 3838/QĐ-BYT về việc quy định các nội dung hỗ trợ quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo thuộc dự án Y tế Tây Nguyên bằng nguồn vốn viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Thụy Điển.

14. Quyết định 139/QĐ-BYT về việc bổ sung nội dung hỗ trợ chi phí đi lại trong Quy định các nội dung hỗ trợ Quỹ KCB cho người nghèo Tây Nguyên bằng nguồn vốn viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Thụy Điển đã ban hành kèm theo quyết định 3838/QĐ-BYT ngày 29/9/2006.
15. Quyết định 2726/QĐ-BYT về việc điều chỉnh và bổ sung định mức chi hỗ trợ khám, chữa bệnh cho người nghèo thuộc dự án Y tế Tây Nguyên bằng nguồn vốn viện trợ không hoàn lại của Chính phủ Thụy Điển đã ban hành tại Quyết định số 3838/QĐ-BYT, ngày 29/9/2006 và Quyết định 139/QĐ-BYT ngày 16/01/2007 của Bộ Y tế.

## NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU PHÁT TRIỂN NGHỀ CÔNG TÁC XÃ HỘI TRONG NGÀNH Y TẾ

ThS Vũ Thị Minh Hạnh<sup>1</sup>, ThS Vũ Thị Mai Anh,  
CN Hoàng Ly Na và cộng sự

### TÓM TẮT:

Nhằm tìm hiểu thực trạng, nhu cầu phát triển nghề công tác xã hội tại các cơ sở y tế, nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành tại 8 bệnh viện tuyến trung ương, một số cơ sở y tế tại 6 tỉnh/thành và 4 cơ sở đào tạo về chuyên ngành công tác xã hội (CTXH) trong cả nước. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế hiện đang phải chịu áp lực lớn trong cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) tại các cơ sở y tế công lập thuộc các tuyến với tình trạng quá tải phổ biến ở hầu hết các bệnh viện được khảo sát. Quy mô và công suất sử dụng giường bệnh luôn ở mức cao với khoảng từ >110% đến 130% trong khi định biên cán bộ y tế thường thấp hơn so với quy định. Gần 1/3 số cán bộ y tế được phỏng vấn chưa hài lòng hoặc khó nhận xét về chất lượng cung cấp dịch vụ KCB với lý do chủ yếu là thời gian khám bệnh/lần chưa thỏa đáng và các dịch vụ tư vấn hướng dẫn, hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân chưa được quan tâm đúng mức. Một số bệnh viện đã triển khai hoạt động CTXH nhằm giảm bớt áp lực công việc cho nhân viên y tế và tăng cường các trợ giúp xã hội cho bệnh nhân trong quá trình KCB. Tuy nhiên, hoạt động CTXH đang được thực hiện mang tính tự phát với sự đa dạng cả về mô hình tổ chức, hình thức sử dụng nhân lực cũng như nội dung hoạt động. Các hoạt động CTXH trong cộng đồng cũng rất cần được chú ý nhưng lại chưa nhận được sự quan tâm đúng mức. Cần tăng cường đẩy mạnh hơn nữa công tác truyền thông về sự cần thiết, vai trò của hoạt động CTXH trong ngành y và có lộ trình về phát triển nghề CTXH trong Ngành cho phù hợp với nhu cầu và khả năng đáp ứng của các đơn vị trong thực tế.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Lịch sử phát triển nhân loại cho thấy ở bất cứ giai đoạn nào với bất kể trình độ phát triển ra sao bao giờ cũng nảy sinh các vấn đề xã hội cùng với các nhóm xã hội yếu thế cần phải được quan tâm giúp đỡ. Các vấn đề này chỉ có thể giải quyết được bằng những tri thức và phương pháp khoa học của nghề Công tác xã hội.

Công tác xã hội lần đầu tiên được triển khai trong các bệnh viện vào năm 1905 tại Boston, Mỹ. Đến nay hầu hết các bệnh viện ở Mỹ đều có phòng Công tác xã hội và đã trở thành một trong những điều kiện bắt buộc để các bệnh viện được công nhận là hội viên của Hội các bệnh viện [1], [5]. Tại Việt Nam, CTXH trong bệnh viện cũng đã bước đầu xuất hiện tại một số bệnh viện tuyến TU và tuyến tỉnh.

Ngày 25/3/2010, Chính phủ đã phê duyệt Đề án 32/2010/QĐ-TTg về “Phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020” với mục tiêu phát triển công tác xã hội trở thành một nghề ở Việt Nam [3]. Ngày 15/7/2011, Bộ Y tế cũng đã ban hành Quyết định phê duyệt Đề án “Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2011-2020” với mục tiêu hình thành và

<sup>1</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

<sup>2</sup> ThS Vũ Thị Mai Anh, ThS Trần Thị Hồng Cẩm, ThS Trần Vũ Hiệp, ThS Hoàng Thị Mỹ Hạnh, ThS Trịnh Thị Sang, ThS Nguyễn Việt Hà, ThS Nguyễn Trọng Quỳnh, ThS Nguyễn Văn Hùng, CN Hoàng Ly Na - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

BS. Phạm Thị Nga - Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế.

ThS. Nguyễn Thị Hồng Yến - Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế.

phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế, góp phần tăng cường chất lượng, hiệu quả của sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân [2].

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm hiểu thực trạng, nhu cầu phát triển nghề công tác xã hội tại các cơ sở y tế, trên cơ sở đó đề xuất kế hoạch đào tạo nhân lực về chuyên ngành này trong thời gian tới.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Phân tích những khó khăn, bất cập về nhân lực y tế tại các cơ sở y tế hiện nay đối với việc làm gia tăng sự hài lòng của người bệnh.

2. Xác định nhu cầu đào tạo nhân lực chuyên ngành CTXH chăm sóc sức khỏe trong thời gian tới.

## ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA BÀN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

- *Nhóm triển khai thực hiện:* lãnh đạo và cán bộ tại các cơ sở y tế từ Trung ương tới địa phương.

- *Nhóm hưởng lợi:* bệnh nhân, người dân trong cộng đồng.

**Địa bàn nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại 8 bệnh viện tuyến trung ương (Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện K), 4 cơ sở đào tạo chuyên ngành công tác xã hội (Đại học Thăng Long, Đại học Khoa học xã hội và nhân văn, Đại học Lao động xã hội, Đại học Mở thành phố Hồ Chí Minh) và 11 bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tuyến tỉnh, 7 bệnh viện tuyến quận/huyện, 6 trung tâm y tế dự phòng (TTYTDP)/Trung tâm Phòng chống các bệnh xã hội (TTPCBXH) và 12 xã/phường tại 6 tỉnh/thành phố trong cả nước.

### Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt

ngang sử dụng 2 phương pháp nghiên cứu là định lượng và định tính.

*Các phương pháp thu thập thông tin bao gồm:* (1) Thu thập thông tin bằng biểu mẫu thống kê (BMTK) gửi tới các bệnh viện/TTYTDP/TTPCBXH thuộc địa bàn nghiên cứu; (2) Điều tra bằng phiếu hỏi tự điền với 942 nhân viên y tế (NVYT) và 151 nhân viên CTXH; (3) Phỏng vấn phiếu hỏi bán cấu trúc với 899 bệnh nhân đang sử dụng dịch vụ tại các bệnh viện; (4) Phỏng vấn sâu 78 cuộc với lãnh đạo các đơn vị thuộc địa bàn nghiên cứu; (5) Thảo luận nhóm 101 cuộc với các nhóm đối tượng như bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên CTXH, bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, sinh viên năm 3,4 đang theo học chuyên ngành CTXH...

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### Thông tin chung về các đơn vị thuộc địa bàn nghiên cứu

*Về quy mô giường bệnh:* Hầu hết các bệnh viện thuộc địa bàn khảo sát đều có số giường thực kê cao hơn so với số giường kế hoạch và luôn ở trong tình trạng quá tải với công suất sử dụng giường bệnh phổ biến ở mức từ >80% đến >110%. Trong số 26 bệnh viện được khảo sát tại các tuyến, có 16 bệnh viện, (chiếm 61,3%) có số giường thực kê nhiều hơn so với giường kế hoạch.

*Về công suất sử dụng giường bệnh:* Số bệnh viện quá tải về công suất sử dụng giường bệnh là 21/23, chiếm 91,3%. Một số bệnh viện đang ở mức quá tải trầm trọng với công suất sử dụng giường bệnh vượt quá 150% như Bệnh viện K (253%), Bệnh viện Bạch Mai (165%), BVĐK TW Huế (150,1%).

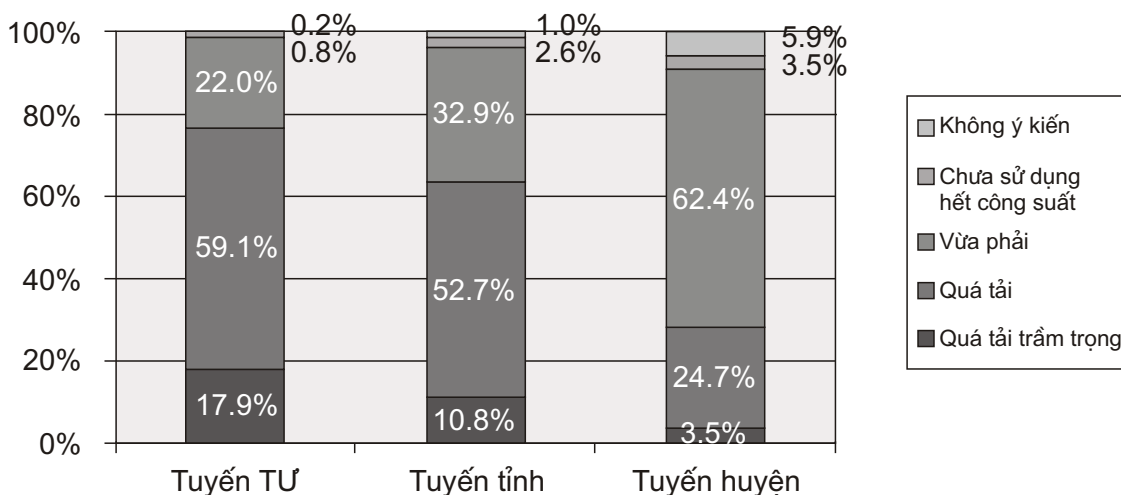
**Khó khăn, bất cập về nhân lực của các cơ sở Y tế hiện nay đối với việc đáp ứng nhu cầu của người bệnh trong cung cấp dịch vụ CSSK**

### Đối với các cơ sở KCB:

*Tình trạng quá tải xảy ra ở hầu hết các bệnh viện. Càng ở bệnh viện tuyến trên, tỷ lệ cán bộ y*

tế nhận thấy tình trạng quá tải về số lượng bệnh nhân sử dụng dịch vụ KCB hàng ngày càng cao và càng trầm trọng. Số cán bộ công tác tại bệnh viện tuyến huyện nhận thấy quá tải về số lượng bệnh nhân sử dụng dịch vụ hàng ngày là 24,7% và quá tải trầm trọng chỉ có 3,5%. Các tỷ lệ

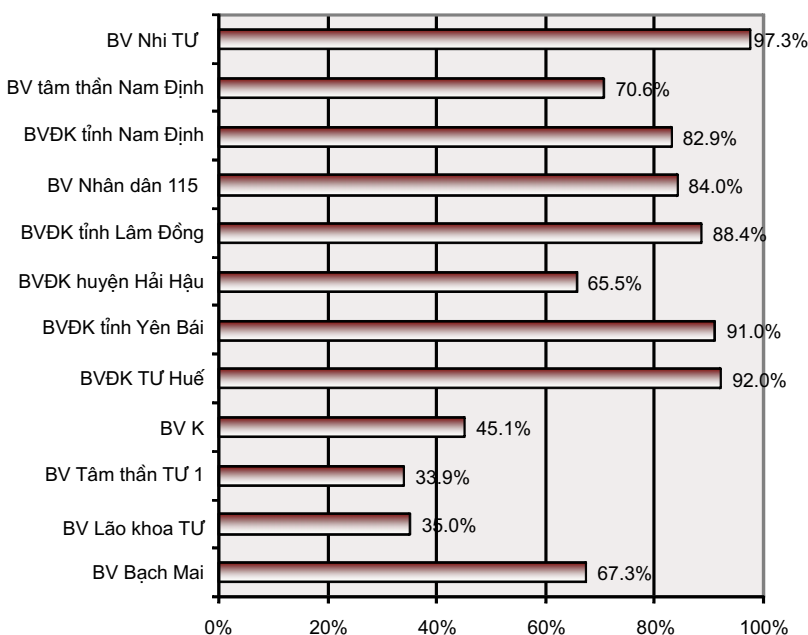
tương ứng đối với cán bộ của bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện tuyến TƯ cao hơn hẳn: 52,7% và 10,8% đối với bệnh viện tuyến tỉnh; 59,1% và 17,9% đối với bệnh viện tuyến TƯ. Mức độ quá tải cao nhất là ở bộ phận Hành chính (62,2%), tiếp theo là lĩnh vực Lâm sàng (54,8%).



**Biểu 1. Ý kiến của NVYT về mức độ quá tải số lượng bệnh nhân hàng ngày theo phân tuyến bệnh viện.**

*Về nhân lực:* Trong 26 bệnh viện được khảo sát, có 9 bệnh viện đã có đủ định biên theo quy định của Thông tư 08 (chiếm 34,6%), 6 bệnh viện vượt (chiếm 23,1%) và 11 bệnh viện chưa

đủ (42,3%). Hiện vẫn còn gần 1/2 số bệnh viện thuộc địa bàn nghiên cứu chưa đáp ứng đầy đủ nhân lực Y tế theo quy định của Thông tư 08.



**Biểu 2. Tỷ lệ nhân lực Y tế hiện có so với mức trung bình của Thông tư 08.**

Nhân viên Y tế thường xuyên chịu áp lực lớn trong công việc. Số lượng bệnh nhân/nhân viên y tế/ngày nhiều nhất là tại khu vực Khám bệnh, tiếp đến là khu vực Cận lâm sàng. Bình quân một nhân viên y tế tại bàn tiếp đón của khu vực

khám bệnh phục vụ khoảng 49 bệnh nhân. Bình quân một bác sỹ tại khu vực Khám bệnh đã khám bệnh và kê đơn cho khoảng 42 bệnh nhân/ngày; khoảng thời gian trung bình/bệnh nhân chỉ đạt 11,4 phút.

**Bảng 1. Ước tính bình quân số bệnh nhân/cán bộ YT/ngày**

STT	Nội dung	Bình quân số BN/CBYT/ngày
1	Tiếp đón và cung cấp thông tin về quy trình KCB cho bệnh nhân	49
2	Khám bệnh kê đơn tại phòng khám	42
3	Cung cấp các dịch vụ cận lâm sàng	37
4	Khám bệnh và chỉ định điều trị tại các khoa lâm sàng	22
5	Thực hiện theo đúng y lệnh của bác sỹ	35
6	Hoàn tất thủ tục ra viện	13

Không chỉ quá tải trong cung cấp các dịch vụ cho người bệnh, nhân viên Y tế tại một số cơ sở KCB còn phải đương đầu với những thách thức từ sự thiếu hợp tác của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân và tính chất đặc thù của từng chuyên khoa.

Tình trạng quá tải về số lượng bệnh nhân sử dụng dịch vụ/ngày và thiếu hụt về nhân lực Y tế là những tác nhân trực tiếp khiến cho chất lượng cung cấp dịch vụ tại hầu hết các cơ sở KCB hiện nay còn hạn chế. Kết quả khảo sát cho thấy, gần

1/3 số cán bộ y tế trả lời phiếu tự điền thừa nhận chưa hài lòng hoặc khó nhận xét về chất lượng cung cấp dịch vụ KCB hàng ngày, nhất là tại các bệnh viện tuyến TU. Lý do khiến cho các cán bộ y tế chưa hài lòng với dịch vụ do cơ sở KCB cung cấp là thời gian khám bệnh/lần chưa thỏa đáng (44%), chưa hướng dẫn cụ thể cho bệnh nhân về quy trình khám chữa bệnh (38%), chưa tư vấn đầy đủ trước khi cung cấp dịch vụ cận lâm sàng (24,9%) chưa tư vấn đầy đủ về thuốc và phác đồ điều trị (23,6%), chưa tư vấn tâm lý, động viên bệnh nhân an tâm điều trị (17%)...

**Bảng 2. Ý kiến của cán bộ Y tế về chất lượng KCB theo tuyến bệnh viện (%)**

Mức độ	Trung ương	Tỉnh	Huyện	Chung
Rất bằng lòng	8.5%	11.8%	14.1%	10.8%
Bằng lòng	55.5%	57.9%	69.4%	58.0%
Chưa bằng lòng	29.7%	23.2%	10.6%	24.6%
Khó trả lời	6.3%	7.0%	5.9%	6.6%

Nhu cầu sử dụng dịch vụ KCB của người bệnh chưa được đáp ứng thỏa đáng: Tại tất cả các khâu trong chu trình khám chữa bệnh từ khoa khám bệnh tới các khoa cận lâm sàng, lâm sàng và hoàn tất thủ tục khi ra viện, vẫn còn nhiều khoảng trống trong cung cấp các dịch vụ

hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân rất cần được lấp đầy bởi sự hiện diện của nhân viên CTXH. Bệnh nhân chưa thực sự hài lòng với chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện. Kết quả khảo sát cho thấy có 29,7% số cán bộ y tế thừa nhận sự chưa hài lòng của bệnh nhân đối với

dịch vụ KCB và 6,3% né tránh không nhận xét. Theo phản hồi của bệnh nhân tại các bệnh viện, khu vực Cận lâm sàng và khu vực Khám bệnh có

tỷ lệ bệnh nhân hài lòng thấp hơn so với khu Điều trị: 89,4% và 91,8% so với 93,2%.

**Bảng 3. Ý kiến của bệnh nhân về lý do chưa hài lòng khi sử dụng dịch vụ khám bệnh (%).**

Lý do	Khám bệnh	Cận L.sàng	Lâm sàng
Không được hướng dẫn chi tiết, giải thích không đầy đủ	31,8	22,9	<b>57,2</b>
Mất thời gian chờ đợi	<b>54,8</b>	<b>72,9</b>	-
Thủ tục phức tạp	33,3	12,5	-
Thái độ ứng xử của nhân viên Y tế không tốt	16,7	12,5	17,9
Điều kiện cơ sở vật chất chưa đảm bảo, thiếu các dịch vụ hỗ trợ...	4,8	14,6	<b>42,9</b>

Những lý do làm bệnh nhân chưa hài lòng mà nguyên nhân từ phía nhân viên y tế (không hướng dẫn chi tiết, giải thích không đầy đủ và thái độ ứng xử không tốt) chiếm tỷ lệ rất đáng quan tâm ở tất cả các công đoạn chủ yếu trong quá trình cung cấp dịch vụ KCB: từ >40% đến >70%. Nguyên nhân sâu xa của tình trạng này ngoài một phần do lỗi chủ quan từ nhân viên y tế, xét cho cùng đều do quá tải bệnh viện đem lại.

**Đối với việc triển khai các Chương trình mục tiêu y tế quốc gia (CTMTYTQG) tại cộng đồng:** Các CTMTYTQG triển khai ngày càng đa dạng trong khi nhân lực thực hiện các CTMTYTQG tại tuyến xã/phường chủ yếu là kiêm nhiệm; BN ngày càng nhiều, nhu cầu truyền thông GDSK, tư vấn hỗ trợ BN điều trị, tái hòa nhập cộng đồng ngày càng lớn.

**Thực trạng CTXH tại các đơn vị Y tế thuộc địa bàn khảo sát**

**CTXH tại các bệnh viện:**

**Về mô hình tổ chức:** Trong số 26 bệnh viện được khảo sát, có 22 đơn vị (84,6%) đã triển khai các hoạt động về CTXH nhưng chỉ có 5/22 đơn vị (22,7%) có đầu mối chuyên trách về CTXH. Số bệnh viện còn lại là lồng ghép hoạt động về CTXH trong từng khoa/phòng trực

thuộc. Mô hình tổ chức của các đầu mối chuyên trách về CTXH cũng không đồng nhất: có thể là trực thuộc Ban Giám đốc như Phòng CTXH của Bệnh viện Nhi TW hay Đơn vị Y Xã hội của BV Chợ Rẫy hoặc cũng có thể là một tổ thuộc khoa Điều dưỡng như ở BVĐK TW Huế, BV Nhân dân 115.

**Về nhân lực:** Có 151 nhân viên CTXH đang thực hiện các hoạt động hỗ trợ xã hội cho người bệnh tại 22 bệnh viện có triển khai các hoạt động này, trong đó 50,3% làm việc tại các BV tuyến trung ương; 23,2% làm việc tại BV tuyến tỉnh và 26,5% làm việc tại BV tuyến huyện. Nữ chiếm số đông trong những người làm CTXH tại bệnh viện (78,1%). Cán bộ được đào tạo chuyên ngành CTXH chiếm tỷ lệ rất ít, chỉ 2%, còn lại chủ yếu được đào tạo trong ngành y (bác sỹ: 10,6%; y sĩ: 9,3% và điều dưỡng: 58,9%).

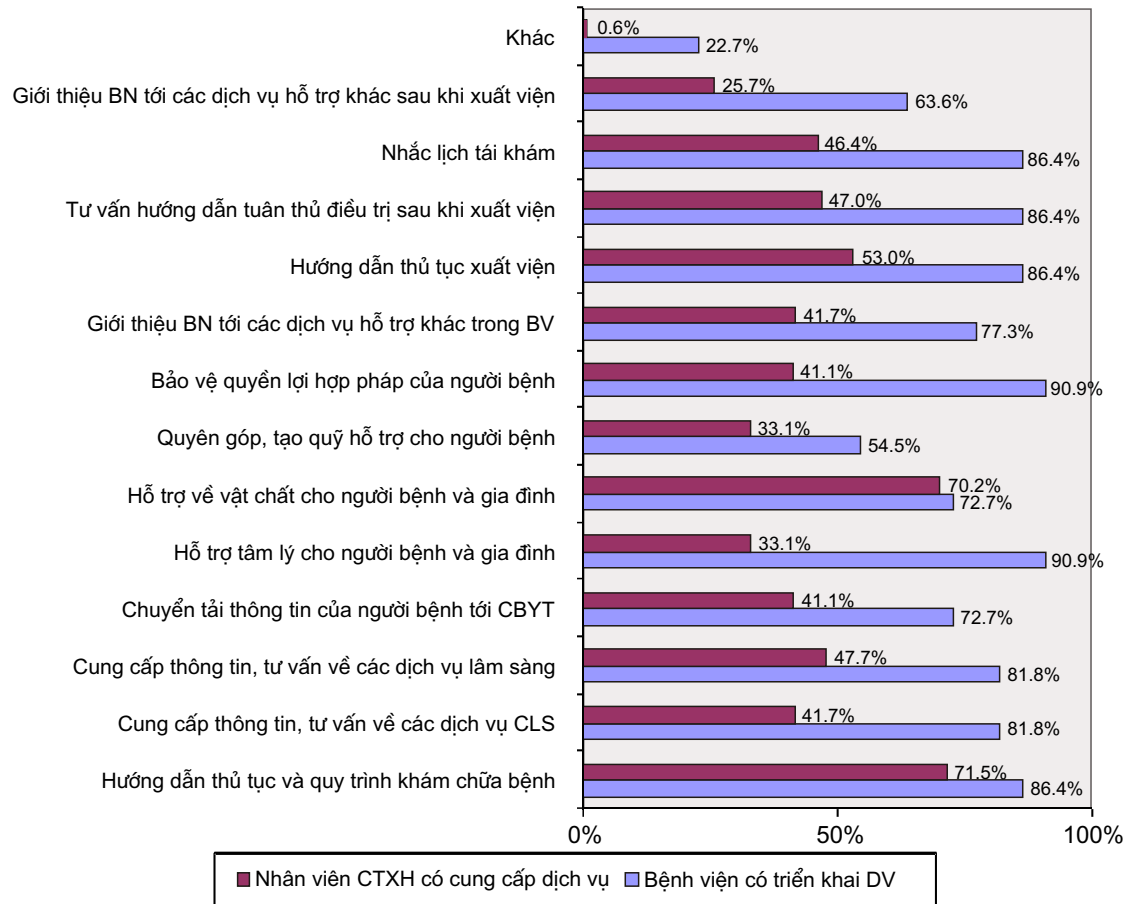
**Về phương thức hoạt động:** Tỷ lệ cán bộ làm chuyên trách về CTXH tại các BV không cao (chỉ có 18,5%); số còn lại đa phần là làm kiêm nhiệm (41,8%) và cộng tác viên (39,7%). Kinh phí để duy trì các hoạt động về CTXH đã được huy động từ nhiều nguồn khác nhau song chủ yếu vẫn là từ các bệnh viện (81%).

**Về những hoạt động đã triển khai:** Nội dung của các hoạt động về CTXH đã được triển khai thực hiện khá phong phú trong thực tiễn, tuy



nhiên phần lớn vẫn là các hoạt động cung cấp thông tin về quy trình KCB cho bệnh nhân hoặc cung cấp các hỗ trợ về vật chất mang tính từ thiện xã hội hoặc kết nối với các dịch vụ phục vụ

sinh hoạt trong và ngoài bệnh viện. Các nội dung về tư vấn và trợ giúp tâm lý cho bệnh nhân còn ít được các cơ sở KCB cũng như nhân viên CTXH thực hiện.



**Biểu 3. Nội dung của hoạt động CTXH tại các bệnh viện thuộc địa bàn khảo sát (%)**

CTXH trong hầu hết các bệnh viện mặc dù mới chỉ mang tính tự phát nhằm đáp ứng những nhu cầu bức thiết của người bệnh và các cơ sở Y tế song cũng đã bước đầu mang lại nhiều lợi ích thiết thực, phát huy đặc lực vai trò hỗ trợ cho hoạt động điều trị.

Về những khó khăn, bất cập: mặc dù đây là một lĩnh vực rất cần thiết đối với các bệnh viện song để duy trì và phát triển họ đang phải đối mặt với nhiều khó khăn thách thức, trong đó nổi bật nhất là về nhân lực (85,7% chưa được đào tạo; 71,4% thiếu nhân lực); tiếp đến là thiếu kinh phí hoạt động (78,6%) và thiếu cơ sở pháp

lý quy định về tổ chức, định biên của bộ phận này (71,4%)... Bên cạnh đó còn có một số khó khăn khác như: nội dung hoạt động chưa rõ ràng (64,3%) và thiếu sự cộng tác của nhân viên y tế (21,4%)...

**CTXH tại cộng đồng:**

Kết quả khảo sát cho thấy các hoạt động CTXH trong cộng đồng cũng rất cần được chú ý nhưng lại chưa nhận được sự quan tâm đúng mức.

**Nhu cầu đào tạo nhân lực chuyên ngành CTXH trong thời gian tới**

Hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều nhận thấy hoạt động CTXH trong BV là rất cần thiết: 76,9% số bệnh viện; 79,3% số cán bộ y tế và 74,4% số bệnh nhân được phỏng vấn. Ý kiến nên thành lập bộ phận độc lập chuyên trách về hoạt động này được 61,5% số bệnh viện và 44,9% số cán bộ y tế đồng tình ủng hộ.

*Về số lượng nhân viên CTXH:* Tùy theo tuyến bệnh viện, quy mô, công suất sử dụng giường bệnh và cơ cấu tổ chức các khoa/phòng mà tuyển dụng số lượng nhân viên CTXH cho phù hợp với nhu cầu cũng như quy định về định biên trong thực tế. Với BV tuyến TU, tỉnh nên có bộ phận chuyên trách về CTXH trực thuộc Ban giám đốc (có từ 10- 25 nhân viên) và mạng lưới kiêm nhiệm tại các khoa/phòng trong bệnh viện (1 - 2 CB kiêm nhiệm/khoa/phòng). BV tuyến huyện cần 5 nhân viên CTXH chuyên trách và 20 nhân viên CTXH kiêm nhiệm. Như vậy với 42 bệnh viện TU, 348 bệnh viện tuyến tỉnh và 615 bệnh viện huyện, ước tính cần > 3.000 nhân viên CTXH chuyên trách và > 12.000 nhân viên CTXH kiêm nhiệm trong cả nước.

*Về hình thức tham gia:* có 75,9% số cán bộ cho rằng nhân lực tiến hành các hoạt động về CTXH tại đơn vị nên làm chuyên trách và được đào tạo chuyên sâu về lĩnh vực này. Với ý kiến về cán bộ làm kiêm nhiệm, 51,4% cho rằng có thể phân công bác sỹ làm kiêm nhiệm; 60,8% nên phân công điều dưỡng làm kiêm nhiệm; 49,8% nên phân công cán bộ các phòng chức năng làm kiêm nhiệm và 33,3% nên giao cho các tình nguyện viên bên ngoài...

## KẾT LUẬN

*Nhân viên y tế tại các cơ sở y tế công lập các tuyến hiện đang phải chịu áp lực công việc lớn với tình trạng quá tải xảy ra phổ biến ở hầu hết các bệnh viện được khảo sát, quy mô và công suất sử dụng giường bệnh luôn ở mức cao với khoảng từ >110% đến 130% trong khi định biên*

*cán bộ Y tế thường thấp hơn so với quy định. Tại cộng đồng, các CTMTYTQG được triển khai ngày càng đa dạng, số lượng bệnh nhân của các Chương trình ngày càng nhiều, nhân lực thực hiện phổ biến là kiêm nhiệm, vì vậy các hoạt động CTXH tại cộng đồng chưa được quan tâm thỏa đáng.*

Một số bệnh viện đã triển khai hoạt động CTXH nhằm giảm bớt áp lực công việc cho nhân viên y tế và tăng cường các trợ giúp xã hội cho bệnh nhân trong quá trình KCB. Tuy nhiên hoạt động CTXH hiện đang được thực hiện mang tính tự phát với sự đa dạng cả về mô hình tổ chức, hình thức sử dụng nhân lực cũng như nội dung hoạt động.

*Nhu cầu phát triển nghề CTXH* được hầu hết cán bộ lãnh đạo tại các cơ sở KCB và cán bộ triển khai các CTMTYTQG tại cộng đồng thuộc địa bàn khảo sát khẳng định, đồng thời cũng đã được một tỷ lệ đáng kể cán bộ y tế (79,3%) và bệnh nhân (74,4%) đồng tình.

## KHUYẾN NGHỊ

Cần có lộ trình về phát triển nghề CTXH trong Ngành cho phù hợp với nhu cầu và khả năng đáp ứng của các đơn vị trong thực tế.

Đầu mối đảm nhận hoạt động về CTXH cần được tổ chức như một đơn vị độc lập trong các bệnh viện. Nội dung hoạt động về CTXH cần phải được hướng dẫn và triển khai toàn diện.

Chú trọng đào tạo đội ngũ nhân lực về CTXH trong các bệnh viện cũng như trong CSSKBĐ tại cộng đồng.

Ban hành hướng dẫn về tiêu chuẩn và chế độ chính sách đối với chức danh chuyên môn về CTXH trong ngành y tế.

Đẩy mạnh truyền thông về sự cần thiết, vai trò tác dụng của nhân viên CTXH trong ê kíp trị liệu tại BV cũng như tại cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Tài liệu Hội thảo “Phát triển công tác xã hội trong lĩnh vực y tế”*, tháng 7/2010, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2011), *Quyết định số 2514/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án “Phát triển nghề công tác xã hội trong ngành y tế giai đoạn 2011-2020”*.
3. *Quyết định số 32/2010/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án “Phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2010-2020”* ngày 25/3/2010.
4. Charles A., Susan E. M., & Heidi H.L (2007), “*Bằng chứng về giá trị hỗ trợ của CTXH trong bệnh viện*”, Tạp chí Công tác xã hội trong ngành y tế, số 44(4), trang 17-32.
5. Jame P. D. (1992), “*Vai trò của công tác xã hội trong bệnh viện*”, Công tác xã hội trong ngành y tế, Số 18(1), trang 107-116.
6. Rebecca G.J. & Sherry S. (2009), “*CTXH bệnh viện: Vai trò và hoạt động chuyên môn*”, Công tác xã hội trong ngành y tế, số ra 30/11, trang 856-870.

## NHU CẦU CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN VÀ ĐÁP ỨNG CỦA MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN TRUNG ƯƠNG

TS. Phan Hồng Vân<sup>1</sup> và cộng sự

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quan điểm y học hiện đại, dinh dưỡng không đơn thuần chỉ là một phương thức hỗ trợ mà cùng với thuốc dinh dưỡng đã trở thành một phác đồ điều trị cần thiết với mọi bệnh lý. Khi dinh dưỡng không đủ, không hợp lý, cơ thể sẽ không có sức lực chống đỡ bệnh tật. Ở các nước phát triển, việc điều trị cho bệnh nhân thường do một ê kíp trị liệu, bao gồm: bác sĩ, dược sĩ, chuyên gia dinh dưỡng và điều dưỡng, trong đó bác sĩ kê đơn thuốc, dược sĩ có ý kiến về việc tương tác của các thuốc trong đơn, chuyên gia dinh dưỡng cho ý kiến về nhu cầu calo, chế độ ăn của bệnh nhân và điều dưỡng góp ý về chăm sóc bệnh nhân. Sự phối hợp này sẽ giúp cho việc nâng cao hiệu quả điều trị.

Xuất phát từ tầm quan trọng của việc chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện, ngày 26/1/2011 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 08/2011/TT-BYT hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện. Tuy nhiên, Việt Nam hiện đang thiếu đội ngũ cán bộ dinh dưỡng tại bệnh viện trong khi trình độ hiểu biết của bác sĩ điều trị và điều dưỡng về chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân còn hạn chế đã làm hạn chế chất lượng điều trị. Việc cung cấp dinh dưỡng, chế độ ăn cho bệnh nhân hầu như do người nhà đảm nhận, thành phần dinh dưỡng không đáp ứng được các dạng bệnh tật khác nhau. Mới có một số ít bệnh viện trung ương có thầy thuốc dinh dưỡng và xây dựng được trung tâm dinh dưỡng tiết chế và bếp ăn cung cấp các suất ăn theo chế độ bệnh lý cho một số loại bệnh. Tuy nhiên, việc cung ứng này mới đáp ứng phần nào nhu cầu dinh dưỡng trong điều trị bệnh cho bệnh nhân. Các cơ sở y tế của Việt Nam rất cần có chương trình can thiệp dinh

dưỡng sớm cho người bệnh nhằm góp phần rút ngắn thời gian điều trị trong bệnh viện, giảm chi phí đáng kể cho bệnh nhân và bệnh viện.

Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn 2030, trong phần “Các vấn đề dinh dưỡng cần giải quyết đến năm 2020” đã chỉ rõ: “Hệ thống dinh dưỡng lâm sàng và tiết chế trong bệnh viện chưa được quan tâm đúng mức và bị ảnh hưởng do quá trình chuyển đổi từ cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường... Mạng lưới triển khai các hoạt động dinh dưỡng còn chưa đồng bộ. Đội ngũ cán bộ làm công tác dinh dưỡng ở cộng đồng và bệnh viện còn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng”. Chiến lược cũng đưa ra định hướng cần phát triển hệ thống dinh dưỡng bệnh viện nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của người dân: “Hệ thống này cần được khôi phục và phát triển để đáp ứng ngày một tốt hơn nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng cho các nhóm bệnh và đối tượng đặc thù.”

Bên cạnh đó, việc thiết lập và triển khai hệ thống dinh dưỡng tiết chế trong các bệnh viện là điều cần thiết nhằm tăng chất lượng điều trị và giảm số ngày nằm viện, góp phần giảm tải cho các bệnh viện, nhất là các bệnh viện trung ương. Để góp phần cung cấp thông tin cho việc đề xuất các giải pháp cần thiết để thiết lập và vận hành hệ thống này, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế tiến hành nghiên cứu tìm hiểu về “Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân và đáp ứng của một số bệnh viện tuyến trung ương”.

<sup>1</sup> Trưởng phòng Quản lý Khoa học - Đào tạo - Hợp tác quốc tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng công tác chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú tại một số bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trung ương;
2. Tìm hiểu nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú;
3. Đề xuất một số giải pháp góp phần cải thiện công tác chăm sóc dinh dưỡng tiết chế tại các bệnh viện.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu có chủ đích.

**Địa bàn nghiên cứu:** Chọn mẫu có chủ đích gồm 4 bệnh viện đa khoa và 1 bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương.

### Phương pháp thu thập thông tin:

- Thu thập và phân tích các số liệu thứ cấp.
- Phỏng vấn sâu: lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Khoa/Trung tâm Dinh dưỡng bệnh viện, thầy thuốc trực tiếp khám/tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân.
- Thảo luận nhóm: nhóm lãnh đạo các khoa phòng của bệnh viện, nhóm cán bộ khám/điều trị/tư vấn và nhóm cung cấp các dịch vụ dinh dưỡng.
- Phỏng vấn bằng phiếu hỏi bán cấu trúc với tổng số 324 bệnh nhân nội trú của 5 bệnh viện.

## MỘT SỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH

### Thực trạng công tác chăm sóc dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện trung ương

Các bệnh viện điều tra đều có Khoa Dinh

dưỡng hoặc Trung tâm Dinh dưỡng và mạng lưới dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện và thực hiện các chức năng, hoạt động như Thông tư 08 qui định. Mạng lưới này có sự tham gia của các khoa điều trị trong toàn bệnh viện. Chức năng chỉ đạo tuyến chuyên ngành dinh dưỡng lâm sàng đã được các bệnh viện đa khoa trung ương triển khai thực hiện.

Các bệnh viện đều đã triển khai cung cấp các suất ăn bệnh lý theo qui định của Bộ Y tế. Công tác tư vấn, tuyên truyền, giáo dục về chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân bước đầu được triển khai. Nhận thức của bác sĩ điều trị về tầm quan trọng của chăm sóc dinh dưỡng trong điều trị bệnh ngày càng được nâng cao: *“Bệnh nhân suy dinh dưỡng chậm lành vết thương, kéo dài thời gian điều trị, tăng viện phí, tăng tiền chi trả của bảo hiểm. Nếu ăn qua đường miệng tốt, thì BHYT sẽ giảm chi phí cho chai dịch truyền... Bệnh nhân suy dinh dưỡng hay biến chứng sau phẫu thuật, kháng sinh phải dùng liều cao, kéo dài thời gian nằm viện”* (PVS bác sĩ điều trị tại một bệnh viện đa khoa TW). Tuy vai trò của thầy thuốc dinh dưỡng được đánh giá cao hơn, nhưng cho tới nay chưa có qui định nào bắt buộc khi Hội chẩn phải có sự tham gia của thầy thuốc dinh dưỡng.

Công tác dinh dưỡng, tiết chế với bệnh nhân nội trú:

### Khi nhập viện

- Tỷ lệ bệnh nhân được đo chiều cao và cân trọng lượng khi nhập viện không cao: 50% được kiểm tra cân nặng; 37% được đo chiều cao; 45% được hỏi về tình trạng ăn uống; Vẫn còn 34% bệnh nhân không được kiểm tra về dinh dưỡng khi nhập viện. (Xem bảng 1)

**Bảng 1: Các hoạt động đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân khi nhập viện (n = 324)**

Các hoạt động	Số người được kiểm tra	Tỷ lệ %
Cân trọng lượng	157	48,5
Đo chiều cao	120	37%

Các hoạt động	Số người được kiểm tra	Tỉ lệ %
Đo lớp mỡ dưới da	30	9,3
Đo cơ bắp tay	30	9,3
Kiểm tra tình trạng phù	81	25
Tình trạng ăn uống	145	44,8
Khẩu vị ăn uống	66	20,4
Không được kiểm tra gì	109	33,6
Tổng	324	100%

Khi xem xét việc cân trọng lượng cho bệnh nhân khi nhập viện theo các yếu tố nhân khẩu, xã hội, kinh tế của bệnh nhân thì thấy việc bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện không có mối liên quan với các yếu tố như: giới, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi cư trú. Chỉ có yếu tố kinh tế hộ gia đình là có liên quan đến việc được cân trọng lượng khi nhập viện hay không. Theo đó, những bệnh nhân có mức kinh tế trung bình được cân trọng lượng khi nhập viện thấp hơn hẳn bệnh nhân nghèo (chỉ bằng 0,5 lần so với bệnh nhân nghèo) và sự khác biệt này có ý

nghĩa thống kê. Tỉ lệ bệnh nhân có mức kinh tế khá được cân trọng lượng khi nhập viện thấp nhất so với nhóm kinh tế nghèo và trung bình (chỉ bằng 0,2 lần so với nhóm kinh tế nghèo), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. (Xem bảng 2). Điều này có thể được lý giải là do các bệnh nhân nghèo thường có thể trạng kém hơn so với các bệnh nhân khác nên đã được các thầy thuốc chú ý đến việc đánh giá dinh dưỡng của bệnh nhân hơn khi làm các thủ tục nhập viện.

**Bảng 2: Tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện phân bố theo các yếu tố nhân khẩu, kinh tế (N = 324)**

Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế của bệnh nhân		Cân trọng lượng		Tỉ suất chênh	95% CI
		Có n = 157	Không n = 167		
Giới	Nam (n = 154)	50,6%	49,4%	1	
	Nữ (n = 170)	46,5%	53,5%	0,9	0,5 - 1,4
Tuổi	< 16 tuổi (n = 7)	85,7%	14,3%	1	
	16-59 tuổi (n = 263)	46,0%	54,0%	0,1	0,0 - 1,0
	> = 60 tuổi (n = 54)	55,6%	44,4%	0,4	0,0 - 4,4
Nghề nghiệp	<b>Nông dân (n = 94)</b>	<b>46,8%</b>	<b>53,2%</b>	<b>1</b>	
	Làm công ăn lương (n = 84)	51,2%	48,8%	1,0	0,5 - 2,2
	Kinh doanh dịch vụ (n = 21)	47,6%	52,4%	1,0	0,3 - 3,0
	Làm thuê, tự do (n = 47)	44,7%	55,3%	0,9	0,4 - 2,1
	Hưu/Già yếu (n = 55)	43,6%	56,4%	0,4	0,1 - 1,0
	Khác (n = 23)	65,2%	34,8%	1,9	0,7 - 5,3
Trình độ học vấn	<b>Không biết chữ (n = 11)</b>	<b>45,5%</b>	<b>54,5%</b>	<b>1</b>	
	Hết cấp 1 (n = 61)	44,3%	55,7%	1,7	0,4 - 7,4
	Hết cấp 2 (n = 98)	46,9%	53,1%	1,9	0,5 - 7,8

Các yếu tố nhân khẩu, kinh tế của bệnh nhân		Cân trọng lượng		Tỉ suất chênh	95% CI
		Có n = 157	Không n = 167		
Trình độ học vấn	Hết cấp 3 (n = 80)	48,8%	51,3%	1,9	0,4 - 7,9
	Sơ/trung cấp (n = 24)	58,3%	41,7%	3,4	0,6 - 18,1
	CD/ĐH trở lên (n = 50)	52,0%	48,0%	2,1	0,4 - 9,9
Nơi cư trú	<b>Nông thôn (n = 209)</b>	45,9%	54,1%	1	
	Thành thị (n = 115)	53,0%	47,0%	1,6	0,9 - 2,9
Mức sống HGD	<b>Nghèo (n = 87)</b>	58,6%	41,4%	1	
	Trung bình (n = 230)	45,2%	54,8%	0,5	*0,3 - 0,9
	Khá giả (n = 7)	28,6%	71,4%	0,2	0,0 - 1,2

Khi xem xét bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện theo hình thức chi trả cho đợt điều trị đó cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân sử dụng thẻ bảo hiểm y tế được cân trọng lượng là cao hơn gấp 2,7 lần so với bệnh nhân nhập viện điều trị tự chi

trả bằng tiền túi (Xem bảng 3). Điều này cho thấy bệnh nhân sử dụng thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện các qui trình khám chữa bệnh theo đúng quy định hơn so với bệnh nhân tự trả phí.

**Bảng 3: Tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng khi vào viện theo hình thức chi trả cho đợt điều trị đó**

Hình thức chi trả cho lần KCB này	Được cân nặng		Không được cân nặng		Tỉ suất chênh	95% CI
	N	%	N	%		
<b>Tự chi trả</b>	<b>23</b>	<b>30,7</b>	<b>52</b>	<b>69,3</b>	<b>1</b>	
Thẻ BHYT	134	54,0	114	46,0	*2,7	1,5 - 4,6

Khi xem xét bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện theo các bệnh viện của nghiên cứu cho thấy so với bệnh nhân của Bệnh viện Bạch Mai thì tỉ lệ bệnh nhân của Bệnh viện K và Bệnh viện Trung ương Huế được cân trọng lượng lúc nhập viện cao hơn hẳn. Bệnh viện Trung ương Huế có tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng lúc nhập viện là cao nhất (82%), cao hơn 10,6 lần so với tỉ lệ này ở Bệnh viện Bạch Mai. Tỉ lệ bệnh

nhân Bệnh viện K được cân trọng lượng lúc nhập viện cao hơn 4,3 lần so với tỉ lệ này ở Bệnh viện Bạch Mai. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê. ở Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Trung ương Cần Thơ có tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện tương tự như bệnh nhân của Bệnh viện Bạch Mai (hơn 30%) (Xem bảng 4).

**Bảng 4: Tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng khi vào viện theo các bệnh viện của nghiên cứu**

Bệnh viện	Được cân nặng		Không được cân nặng		Tỉ suất chênh	95% CI
	N	%	N	%		
<b>Bạch Mai (n = 88)</b>	<b>26</b>	<b>29,5</b>	<b>62</b>	<b>70,5</b>	<b>1</b>	

Bệnh viện	Được cân nặng		Không được cân nặng		Tỉ suất chênh	95% CI
	N	%	N	%		
K (n = 25)	16	64	9	36	*4,3	1,7 - 10,8
Trung ương Huế (n = 87)	71	81,6	16	18,4	*10,6	5,2 - 21,5
Chợ Rẫy (n = 76)	26	34,2	50	65,8	1,2	0,6 - 2,4
Trung ương Cần Thơ (n = 48)	26	34,2	50	65,8	1,2	0,6 - 2,4

Các nghiên cứu định tính cũng cho thấy ở hầu hết các bệnh viện, trước khi có *Thông tư số 08/2011/TT-BYT*, chỉ có một tỉ lệ bệnh nhân được cân trọng lượng khi nhập viện và việc cân trọng lượng bệnh nhân mang tính lý thuyết, hình thức, không được nhân viên bệnh viện tuân thủ nghiêm ngặt như một hoạt động thường quy. Sau khi Thông tư 08 ra đời, các bệnh viện đều triển khai thực hiện. Tuy nhiên, có những điểm chưa được qui định rõ như tại Chương I, Điều 2 qui định khi người bệnh vào viện phải được đo chiều cao, cân nặng và ghi vào hồ sơ bệnh án, nhưng không qui định cụ thể ai là người phải chịu trách nhiệm làm việc này. Một vấn đề nảy sinh khi kiểm tra trọng lượng cho bệnh nhân nặng phải nằm hồi sức thì không có dụng cụ nào để kiểm tra. “... trước đây không có bệnh viện nào cân bệnh nhân hết. Khi có thông tư đã triển khai mạng lưới các khoa cũng bắt đầu thực hiện khá tốt... Nhưng cần phải quy định rõ là ai làm, là bác sĩ hay điều dưỡng... Dụng cụ cho bệnh nhân thường thì không vấn đề gì, nhưng bệnh nhân không đứng cân được, bệnh nhân khoa hồi sức thì cái đó là vấn đề.” (PVS *Thầy thuốc điều trị tại một Bệnh viện TW*). Trên thực tế, chỉ những bệnh nhân nặng có dấu hiệu suy kiệt mới được kiểm tra dinh dưỡng. Việc kiểm tra này chủ yếu là hỏi bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân về tình trạng cân nặng của bệnh nhân. Nếu các qui định về cân trọng lượng và đo chiều cao của bệnh nhân nhập viện được đưa vào qui trình thường quy và có trong danh mục kiểm tra bệnh

viện thì các nội dung này mới có thể được làm thường xuyên trên thực tế.

- Khi nhập viện, 58% bệnh nhân được tư vấn thức ăn phù hợp với bệnh lý; 18% về cách tính calo, dinh dưỡng; 33% về số bữa ăn phù hợp; 30% về giờ ăn; 30% về cách thức ăn; vẫn còn 22% số bệnh nhân không được hướng dẫn, tư vấn chế độ ăn bệnh lý.

- Bác sĩ điều trị là người tư vấn về dinh dưỡng chính cho bệnh nhân nội trú (59%), điều dưỡng viên (30%), bác sĩ phòng khám (11%); thầy thuốc dinh dưỡng chỉ chiếm hơn 4%.

#### ***Trong quá trình điều trị tại bệnh viện***

Theo qui định của các bệnh viện, các bệnh nhân sau một thời gian nằm viện đều được đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng kiểm tra cân nặng và làm các xét nghiệm máu các chỉ số liên quan. Tuy nhiên, kết quả điều tra bệnh nhân tại các bệnh viện cho thấy có đến 50% số bệnh nhân trả lời họ chưa được kiểm tra cân nặng lần nào trong quá trình nằm điều trị. Số bệnh nhân được kiểm tra cân nặng hàng ngày là 12%; số bệnh nhân được kiểm tra cân nặng khi có vấn đề là 24%; số bệnh nhân được kiểm tra cân nặng hàng tuần là 12%.

Hiện nay, tại các bệnh viện, việc tư vấn và chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân là trách nhiệm của bác sĩ điều trị. Bác sĩ dinh dưỡng chỉ được mời tham gia tư vấn hoặc hội chẩn khi bệnh nhân có vấn đề đặc biệt. Kết quả khảo sát bệnh nhân cho thấy 66% bệnh nhân nhận tư vấn



dinh dưỡng từ bác sĩ điều trị; 14% từ điều dưỡng viên; chỉ có 1% từ thầy thuốc dinh dưỡng; có khoảng 4% từ người thân, bệnh nhân cùng phòng hoặc qua sách báo. Vẫn còn hơn 15% số bệnh nhân không có thông tin về dinh dưỡng từ bất cứ nguồn nào.

- Về chất lượng tư vấn dinh dưỡng của các bác sĩ điều trị: 89% đánh giá là rất tốt/tốt. Về chất lượng tư vấn của các điều dưỡng viên: 78% bệnh nhân đánh giá là rất tốt/tốt. Về tư vấn của thầy thuốc dinh dưỡng: 100% đánh giá là rất tốt/tốt.

- Về thái độ tư vấn của các bác sĩ điều trị: 75% đánh giá là tận tâm, nhiệt tình; 24% bình thường, chấp nhận được; 0,5% là thờ ơ, làm cho xong chuyện. Với các điều dưỡng viên: 59% đánh giá là nhiệt tình, tận tâm; 39% có thái độ bình thường; 2% có thái độ thờ ơ, làm cho qua chuyện. Với các thầy thuốc dinh dưỡng, 100% đánh giá là thái độ tận tâm, nhiệt tình.

- Về cách thức tư vấn dinh dưỡng: 44% đưa ra các định mức cho bệnh nhân tự tính chế độ ăn; 22% cung cấp thực đơn để tự cung cấp bữa ăn; 26% bệnh nhân được cung cấp suất ăn theo bệnh; có 2% bệnh nhân chỉ được tư vấn chung về các loại thức ăn phù hợp với bệnh lý.

- Về địa điểm tư vấn: 75% được tư vấn dinh dưỡng tại giường; 17% tại buổi họp bệnh nhân; 4% tại phòng tư vấn của bệnh viện; hơn 4% từ tài liệu hướng dẫn, sách báo.

- Nguồn cung cấp thức ăn hàng ngày cho bệnh nhân nội trú hiện nay chủ yếu là do bệnh viện cung cấp theo chế độ bệnh (43%); 34% bệnh nhân sử dụng thức ăn do gia đình nấu và có 23% bệnh nhân dùng thức ăn do gia đình mua ở bên ngoài.

**Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú**

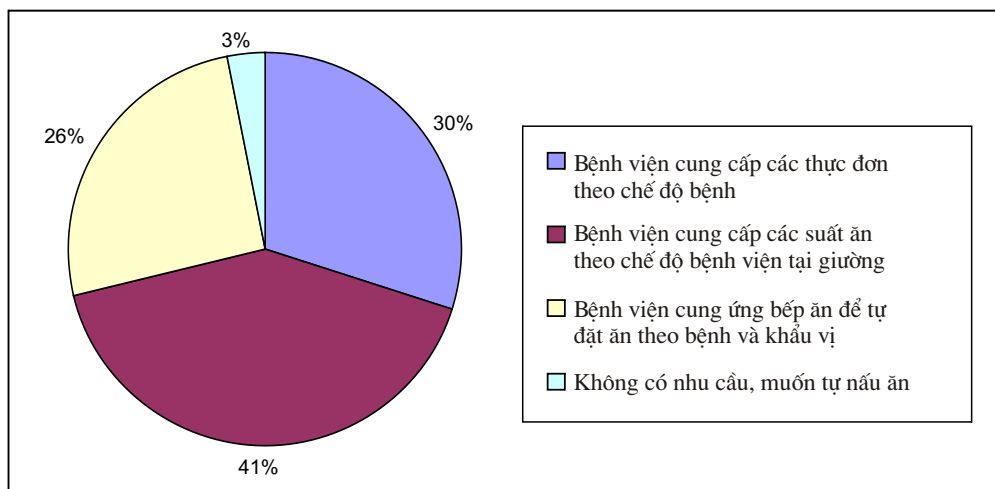
***Quan điểm và tuân thủ của bệnh nhân với chế độ dinh dưỡng bệnh lý***

- 93% bệnh nhân có quan điểm chế độ ăn rất quan trọng trong việc điều trị bệnh. Vẫn còn 7% chưa thấy tầm quan trọng của chế độ ăn bệnh lý.

- 90% bệnh nhân tuân thủ chế độ dinh dưỡng do thầy thuốc tư vấn; 10% không tuân thủ do thấy không cần thiết, không tin tưởng vào tư vấn của thầy thuốc; thấy không thực tế, không đủ tiền mua thức ăn theo tư vấn của thầy thuốc.

***Nhu cầu chăm sóc dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú***

- 40% muốn được bệnh viện cung cấp các suất ăn theo chế độ bệnh tại giường; 30% muốn được bệnh viện cung cấp thực đơn theo chế độ bệnh để gia đình tự chế biến; 26% muốn bệnh viện cung ứng bếp ăn để bệnh nhân tự đặt ăn theo bệnh và khẩu vị; 3% không có nhu cầu gì. (Xem hình 1)



Hình 1: Phân bố nhu cầu của bệnh nhân về thức ăn do bệnh viện cung cấp

- 46% muốn nhận tư vấn dinh dưỡng ngay khi nhập viện; 44% cần được tư vấn dinh dưỡng hàng ngày khi nằm điều trị; 24% muốn được tư vấn dinh dưỡng bất cứ lúc nào; 8% cần được tư vấn dinh dưỡng trước khi ra viện; 1% không có nhu cầu tư vấn dinh dưỡng.

- 73% muốn được bác sĩ điều trị tư vấn; 26% muốn được thầy thuốc dinh dưỡng tư vấn; 19% muốn nhận tư vấn từ điều dưỡng viên.

- 57% muốn được tư vấn tại giường; 37% muốn được tư vấn tại phòng bệnh; 9% muốn nhận thông tin khi họp nhóm bệnh nhân; 6% bệnh nhân muốn nhận tư vấn tại phòng khám tư vấn dinh dưỡng.

## **KHUYẾN NGHỊ**

### ***Về các qui định pháp lý***

- Để thực hiện tốt Thông tư 08, cần có qui định rõ ai là người chịu trách nhiệm việc đánh giá dinh dưỡng cho bệnh nhân khi nhập viện và đánh giá dinh dưỡng trong quá trình nằm viện và đưa hoạt động này thành một hoạt động thường quy và là một tiêu chí trong đánh giá, kiểm tra bệnh viện.

- Cần có qui định bắt buộc hội chẩn phải có sự tham gia của bác sĩ dinh dưỡng.

- Các chế độ ăn theo hướng dẫn của Bộ Y tế chỉ nêu nguyên tắc, còn chế độ ăn phải theo vùng miền.

### ***Về tuyên truyền***

- Cần cung cấp tư liệu cho việc tuyên truyền giáo dục bệnh nhân. Hiện nay, việc truyền thông giáo dục bệnh nhân gặp khó khăn

do không có tư liệu. Mặt khác, các thông tin tuyên truyền do các bệnh viện tự thiết kế nên chưa thống nhất.

- Bên cạnh việc phát triển đội ngũ, mạng lưới thầy thuốc dinh dưỡng tại các bệnh viện cho tương lai thì cần có các tập huấn nâng cao kiến thức và thay đổi nhận thức về tầm quan trọng của dinh dưỡng đối với hồi phục bệnh cho các bác sĩ điều trị và các điều dưỡng viên, là những người hiện nay trực tiếp tư vấn, hướng dẫn về dinh dưỡng, chế độ ăn cho bệnh nhân.

### ***Về phát triển mạng lưới***

Cần bổ sung thêm nhân lực làm công tác dinh dưỡng tiết chế trong bệnh viện để có thể triển khai được hoạt động tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân.

- Cần có dụng cụ cân, kiểm tra dinh dưỡng cho các bệnh nhân nặng.

- Cần có hệ thống nối mạng trong toàn bệnh viện để các thầy thuốc dinh dưỡng có thể quản lý và tư vấn dinh dưỡng trực tiếp cho bệnh nhân nội trú.

- Cần xây dựng và phát triển công tác chăm sóc dinh dưỡng của các bệnh viện tuyến dưới

### ***Về cung ứng suất ăn cho bệnh nhân nội trú***

Việc triển khai bếp ăn nên theo mô hình bếp ăn xã hội hóa tự hạch toán, tất cả là dịch vụ nhưng được kiểm soát theo quy trình.

### ***Về nghiên cứu tiếp theo***

Cần có các nghiên cứu toàn diện về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nội trú và các phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trong điều kiện hiện nay.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

(1) Bộ Y tế, *Thông tư số 07/2011/TT-BYT "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện"*. Hà Nội, ngày 26 tháng 01 năm 2011

(2) Bộ Y tế, *Thông tư số 08/2011/TT-BYT "Hướng dẫn về công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện"*, Hà Nội, ngày 26 tháng 1 năm 2011

- (3) Lê Phong, Lê Phi Điệt, Tạ Văn Bình và cộng sự (2008). *Hiệu quả tư vấn thay đổi hành vi dinh dưỡng luyện tập cho các đối tượng tiền đái tháo đường tại Thanh Hóa*. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, tập 4 - Số 3+4 - Tháng 12 năm 2008.
- (4) Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Nguyên Khôi (2006). *Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội*. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, tập 2 - Số 3+4 - Tháng 11 năm 2006.
- (5) Nguyễn Thị Vân Anh, Trần Thị Phúc Nguyệt (2008). *Thực trạng tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện Bạch Mai năm 2008*. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, tập 4 - Số 3+4 - Tháng 12 năm 2008.
- (6) Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm, Nguyễn Bích Ngọc và cộng sự (2006). *Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm, tập 2 - Số 3+4 - Tháng 11 năm 2006.
- (7) Viện Dinh dưỡng quốc gia (2011). *Chiến lược Dinh dưỡng Quốc gia giai đoạn 2011 - 2020 và tầm nhìn 2030*.

## THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CỦA Y TẾ TƯ NHÂN TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH BAN ĐẦU Ở HAI TỈNH HẢI DƯƠNG VÀ BÌNH ĐỊNH

*Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Thị Thắng,  
Khuong Anh Tuấn, Hoàng Thu Thủy, Phan Hồng Vân,  
Nguyễn Hoàng Giang và cộng sự<sup>1</sup>*

### Đặt vấn đề

Bắt đầu hình thành từ cuối thập niên 80 và chính thức được hợp pháp hóa vào những năm đầu của thập niên 90, y tế tư nhân (YTTN) ở Việt Nam đã phát triển mạnh mẽ và trở thành một bộ phận của hệ thống y tế, góp phần tăng khả năng tiếp cận DVYT và đáp ứng nhu cầu về CSSK ngày càng đa dạng của người dân. Tính đến năm 2008, với hơn 65.000 cơ sở y tế tư nhân hoạt động theo các loại hình đa dạng trên toàn quốc, YTTN đã góp phần cung ứng 43,3% dịch vụ ngoại trú và 2,1% dịch vụ nội trú cho người dân [2]. Ngoài ra YTTN còn phối hợp với y tế công trong một số các dịch vụ dự phòng như phát hiện sớm, khám, tư vấn và chuyển tuyến với bệnh nhân lao/ khám và điều trị STIs, tư vấn HIV/AIDS...[5]

Bên cạnh những đóng góp tích cực, YTTN còn thể hiện những hạn chế nhất định. Kết quả từ nghiên cứu về hoạt động của YTTN tại Hà Nội năm 2002 cho thấy việc tuân thủ các qui định hành nghề của cơ sở YTTN còn thấp và tỷ lệ cơ sở tham gia vào các hoạt động của y tế cộng đồng khi được huy động chưa cao (dao động từ 26-31%) [1] [3]. Việc kê đơn bất hợp lý và tình trạng bán thuốc kháng sinh không có đơn ở khu vực tư nhân đã là nguyên nhân làm tăng tình trạng kháng thuốc [4]. Bên cạnh đó, kiến thức của người hành nghề tư đối với xử trí một số bệnh thông thường ( *nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiêu chảy và tăng huyết áp*) còn hạn chế. Kết quả Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cho thấy chỉ có 22% thầy thuốc tư trả lời đúng trên 75% câu hỏi trắc nghiệm về nhận biết và xử trí bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp (ARI), 37% với bệnh tiêu

chảy và 10% với tăng huyết áp...[1]. Bên cạnh đó trên thực tế, thông tin về hoạt động của y tế tư nhân chưa được cập nhật một cách thường xuyên và đầy đủ để phục vụ cho công tác lập kế hoạch và xây dựng chính sách y tế. Xuất phát từ các vấn đề nêu trên, nghiên cứu đánh giá thực trạng hoạt động của YTTN trong cung ứng dịch vụ CSSKBD đã được thực hiện tại 4 huyện nông thôn thuộc hai tỉnh Bình Định và Hải Dương trong năm 2012 nhằm tìm hiểu những thuận lợi, khó khăn và tồn tại trong hoạt động của YTTN để đề xuất các giải pháp chính sách nâng cao vai trò và chất lượng khám chữa bệnh của khu vực y tế tư nhân.

### Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích dựa trên các số liệu nghiên cứu định tính và định lượng. Số liệu được thu thập từ điều tra cơ sở YTTN, phỏng vấn bệnh nhân KCB tại cơ sở YTTN và điều tra hộ gia đình. Tổng số có 62 cơ sở YTTN, 451 bệnh nhân và 1583 hộ gia đình. Đối với điều tra cơ sở YTTN, sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp chủ cơ sở và người hành nghề thông qua bảng hỏi kết hợp quan sát nhằm tìm hiểu về tình trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực của cơ sở và trình độ chuyên môn của người hành nghề. Điều tra hộ gia đình và bệnh nhân sử dụng dịch vụ YTTN thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi nhằm tìm hiểu về hành vi sử dụng dịch vụ y tế của người dân và thực hành của người hành nghề.

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

### Kết quả nghiên cứu

Trong tổng số các cơ sở YTTN trên địa bàn nghiên cứu, loại hình phòng khám chuyên khoa là phổ biến nhất (58,1%), còn lại là phòng khám đa khoa, cận lâm sàng/chẩn đoán hình ảnh và các cơ sở dịch vụ y tế. Cơ sở YTTN hành nghề ngoài giờ chiếm tỷ lệ cao (62,9%), số hoạt động trong giờ chỉ chiếm 37,1%. Kết quả từ điều tra hộ gia đình cho thấy xử trí ban đầu của người dân khi bị ốm là tới hiệu thuốc (35,1%), tiếp đến là cơ sở y tế tư nhân (28,9%), các cơ sở y tế công như trạm y tế xã, bệnh viện các tuyến chỉ chiếm tỷ lệ dưới 13%. Lý do chính để người dân lựa chọn YTTN là nơi tiếp cận đầu tiên là: bệnh nhẹ (58,3%), gần nhà (52,2%) và tốn ít thời gian chờ đợi (46,6%). Mặc dù tỷ lệ người dân sử dụng YTTN tương đối cao nhưng có tới 35,1% người đi khám chữa bệnh tại YTTN không biết về trình độ chuyên môn của người cung ứng dịch vụ. Tỷ lệ này ở Hải Dương (39%) cao hơn ở Bình Định (31,6%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### Mức độ tuân thủ các quy định hành nghề

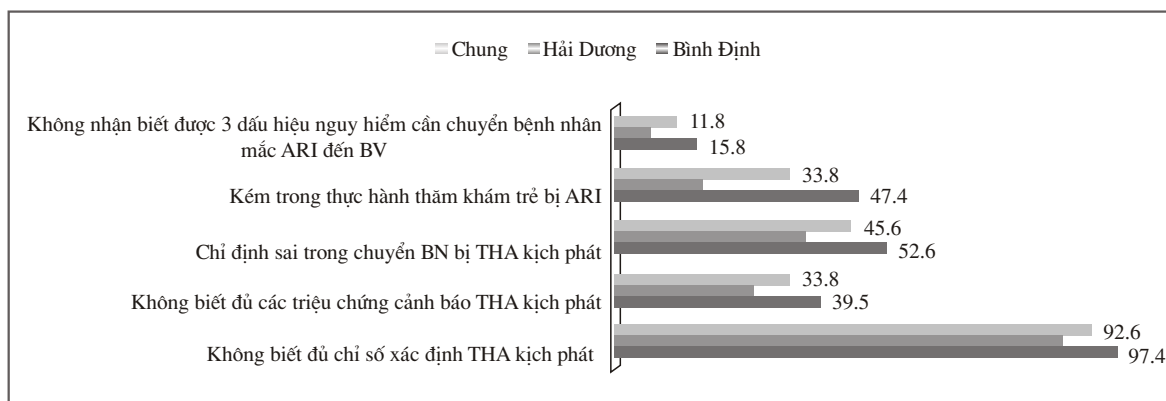
Tỷ lệ cơ sở YTTN đảm bảo tuân thủ đầy đủ qui định về CSVC, TTB của Bộ Y tế chiếm khoảng 48,4%, trong đó khoảng 1/2 số PKĐK và 1/3 số PKCK đảm bảo đủ điều kiện. Riêng loại hình dịch vụ y tế là có số lượng cơ sở tuân thủ về CSVC, TTB thấp nhất (1/7 cơ sở). Kết quả từ nghiên cứu định tính cho thấy nguyên nhân của sự tuân thủ thấp là do không được các nhà quản lý cung cấp thông tin liên quan đến quy định một cách đầy đủ và chi tiết, nhận thức về sự

cần thiết và hậu quả của việc không tuân thủ vẫn còn hạn chế, chủ yếu là các cơ sở hành nghề quy mô nhỏ hoặc chỉ khám chữa bệnh ngoài giờ, hạn chế trong kiểm tra giám sát việc tuân thủ của người hành nghề của cơ quan quản lý.

Khoảng 9,7% cơ sở y tư nhân hoạt động không đăng ký và 18% người hành nghề không có chứng chỉ hành nghề (chủ yếu là đối tượng hành nghề ngoài giờ). Tỷ lệ người hành nghề vừa kê đơn vừa bán thuốc chiếm tỷ lệ cao 74,9%.

#### Kiến thức của người hành nghề YTTN đối với bệnh ARI và tăng huyết áp

Có sự hạn chế rõ rệt về kiến thức của người hành nghề YTTN đối với một số bệnh thông thường tại cộng đồng như ARI và tăng huyết áp. Trên 90% người hành nghề YTTN không biết đầy đủ và chính xác 2 chỉ số huyết áp để chẩn đoán cơn tăng huyết áp kịch phát, trong đó tỷ lệ này ở Bình Định rất cao tới 97,4%. Vẫn còn tới 46% người hành nghề YTTN chỉ định chuyển ngay bệnh nhân đi bệnh viện khi có cơn tăng huyết áp kịch phát và tỷ lệ này ở Bình Định là 52,6%, cao hơn so với ở Hải Dương (36,7%). Đối với kiến thức về thăm khám lâm sàng cho bệnh nhân ARI, vẫn còn 1/3 số người hành nghề YTTN chỉ trả lời được 50% câu hỏi trắc nghiệm kiến thức về thăm khám lâm sàng cần thiết và 12% người hành nghề không nhận biết được 3 dấu hiệu nguy hiểm cần phải chuyển bệnh nhân ARI đi bệnh viện. Nhìn chung kiến thức về bệnh ARI và tăng huyết áp của người hành nghề YTTN tại Hải Dương khá hơn so với Bình Định (biểu đồ 1).



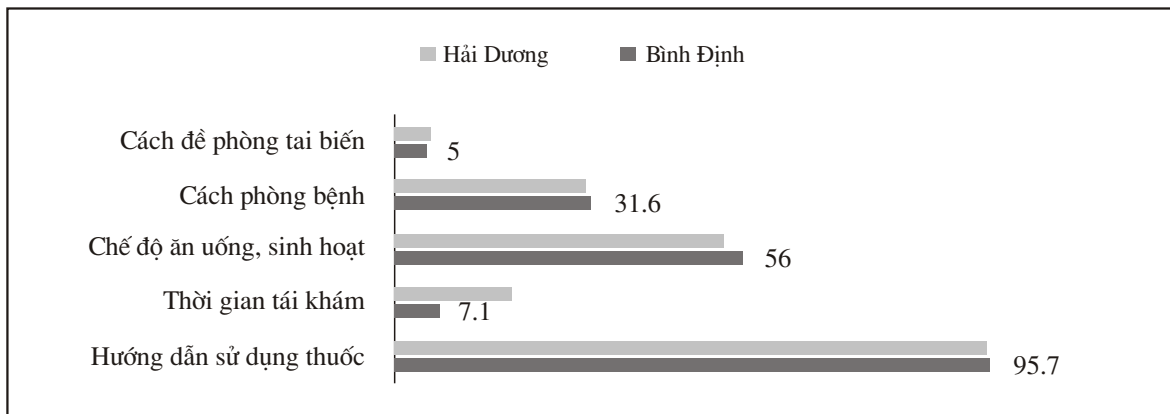
Biểu đồ 1. Kiến thức của người hành nghề YTTN với bệnh ARI và THA

Kết quả phỏng vấn người hành nghề cho thấy khoảng hơn 1/3 số người hành nghề y tư nhân không được tham gia lớp đào tạo tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn nào trong 2 năm trước thời điểm điều tra.

### **Thực hành của người hành nghề YTTN**

Kết quả phỏng vấn bệnh nhân đến KCB tại các cơ sở YTTN cho thấy 83,6% người bệnh KCB tại cơ sở YTTN được hỏi về quá trình mắc bệnh của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được

khám toàn thân khi đến KCB ở cơ sở y tế tư nhân chỉ chiếm 7,7%. Đối với thực hành tư vấn, 95,7% người bệnh được người hành nghề y tư nhân hướng dẫn về cách sử dụng thuốc (95,7%), trên 50% người bệnh được tư vấn về chế độ ăn uống/sinh hoạt trong thời gian điều trị. Tuy nhiên, những nội dung tư vấn về cách đề phòng tai biến, cách phòng bệnh, thời gian tái khám... lại chiếm tỷ lệ rất nhỏ (từ 5-30%) (Biểu đồ 2). Kết quả này tương tự ở cả hai tỉnh.



**Biểu đồ 2. Tư vấn cho bệnh nhân sau khám bệnh**

### **Bàn luận**

Mặc dù hệ thống văn bản pháp qui nhằm quản lý hoạt động của khu vực y tế tư nhân như Luật khám chữa bệnh, các Nghị định/Thông tư hướng dẫn các qui định hành nghề cụ thể (về CSVC-TTB, phạm vi hành nghề, chứng chỉ hành nghề...), tuy nhiên mức độ tuân thủ các qui định hành nghề của YTTN còn hạn chế (48% cơ sở đáp ứng qui định về CSVC/TTB; 75% vừa kê đơn vừa bán thuốc; 18% hành nghề không có chứng chỉ hành nghề). Điều này cho thấy việc chấp hành các qui định về hành nghề của khu vực y tế tư nhân còn rất thấp và đây cũng là nhận định từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Chúc (2002)[3]. Ngoài những nguyên nhân của việc hạn chế tuân thủ quy định được tìm hiểu từ nghiên cứu này, còn một nguyên nhân nữa cũng có thể dẫn đến tình trạng thiếu tuân thủ xuất phát từ ý thức chấp hành pháp luật của người hành nghề, đặc biệt công tác kiểm tra, giám sát hỗ trợ của cơ quan quản lý còn chưa được thực

hiện tốt. Thiếu thông tin đầy đủ về quy định hành nghề là một trong những mặt còn tồn tại cần phải được khắc phục trong công tác quản lý.

Kiến thức của người hành nghề YTTN đối với các bệnh hay gặp tại cộng đồng (ARI, tăng huyết áp) rất hạn chế (trên 90% người hành nghề YTTN không biết đủ 2 chỉ số huyết áp chẩn đoán tăng huyết áp kịch phát, 12% không nhận biết được 3 dấu hiệu nguy hiểm cần phải chuyển bệnh nhân ARI đi bệnh viện). Kết quả này phù hợp với phát hiện từ Điều tra Y tế Quốc gia năm 2002 [1]. Nguyên nhân là do công tác đào tạo lại, tập huấn cập nhật kiến thức chuyên môn cho người hành nghề YTTN chưa được thực hiện thường xuyên. Bên cạnh đó, hạn chế trong chủ động tự cập nhật kiến thức của người hành nghề cũng là một trong những nguyên nhân của thiếu kiến thức về chuyên môn.

Thực hành của người hành nghề YTTN trong khám và tư vấn cho người bệnh cũng là vấn đề đáng lưu ý. Tỷ lệ người bệnh khi bị mắc các

bệnh thông thường trong cộng đồng được người hành nghề y thăm khám toàn thân bao gồm đo nhiệt độ, đo huyết áp và nghe tim phổi chỉ chiếm khoảng 8%. Như vậy có thể thấy, mặc dù YTTN có vai trò và đóng góp nhất định trong công tác KCB ban đầu (tăng cường khả năng tiếp cận của người dân, sàng lọc các trường hợp bệnh nhẹ giúp giảm tải bệnh viện các tuyến...), nhưng với tình trạng kiến thức cũng như thực hành về chuyên môn hạn chế sẽ có tác động không nhỏ tới chất lượng dịch vụ y tế cung ứng. Tại cộng đồng, phòng bệnh giữ vai trò hết sức quan trọng.

Tỷ lệ bệnh nhân được khám toàn thân khi đến KCB ở cơ sở y tế tư nhân trong nghiên cứu này chỉ chiếm 7,7%. Việc khám toàn thân sẽ đảm bảo tránh bỏ sót các triệu chứng và định hướng được nguyên nhân của bệnh, đặc biệt quan trọng trong các trường hợp cấp cứu. Tuy nhiên, các đối tượng hành nghề y tư nhân mới chỉ chú trọng tới khám tại chỗ. Nguyên nhân có thể do kiến thức và nhận thức hạn chế của người hành nghề về tầm quan trọng của khám toàn thân trong chẩn đoán bệnh.

Tư vấn là một trong những nội dung quan trọng của người thầy thuốc khi khám chữa bệnh và là một yêu cầu bắt buộc. Việc tư vấn của người thầy thuốc sẽ giúp cho bệnh nhân nhận biết các dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị, biết cách tự theo dõi tiến triển của bệnh và thời gian tái khám, có chế độ ăn phù hợp cũng như tư vấn về cách phòng bệnh. Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân đến KCB tại cơ sở YTTN chủ yếu mới chỉ được hướng dẫn về cách sử dụng thuốc và chế độ ăn uống. Các tư vấn về cách phòng bệnh của như hướng dẫn về thời gian tái khám vẫn rất ít được chú trọng (dao

động từ 5%-30%). Điều này có thể do người hành nghề YTTN chưa nhận thức được về sự cần thiết của tư vấn toàn diện cho người bệnh.

### **Kết luận**

Các cơ sở y tế tư nhân đóng vai trò quan trọng trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu cho người dân trong cộng đồng, làm tăng được khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Tuy nhiên, hoạt động của y tế tư nhân vẫn còn nhiều vấn đề tồn tại cần phải được cải thiện trong thời gian tới. Mức độ tuân thủ các qui định hành nghề thấp và hoạt động quá phạm vi cho phép là vấn đề phổ biến của các cơ sở hành nghề y tư nhân trên địa bàn nghiên cứu. Công tác quản lý nhà nước đối với hoạt động của y tế tư nhân còn chưa được thực hiện thường xuyên. Kiến thức và thực hành của người hành nghề y tư nhân đối với một số bệnh (ARI, tăng huyết áp) cũng rất hạn chế và cần phải được đào tạo cập nhật bổ sung kiến thức chuyên môn và kỹ năng thực hành.

### **Khuyến nghị**

- Cơ quan quản lý cần tăng cường hoạt động kiểm tra giám sát hoạt động của y tế tư nhân trong thực hiện các quy định về hành nghề và quy chế chuyên môn.
- Cơ quan quản lý cần xây dựng kế hoạch để chủ động tổ chức các khóa đào tạo, tập huấn cung cấp kiến thức về chuyên môn, pháp luật cho người hành nghề YTTN cũng như nâng cao ý thức chấp hành các qui định, quy chế của người hành nghề.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2003), *Báo cáo chuyên đề thực trạng khu vực y tế tư nhân - Điều tra y tế quốc gia, 2001-2002*, NXBY học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2009), *Niên giám thống kê y tế 2008*, NXH Y học, Hà Nội.

3. Chuc, N.T.K., và cộng sự (2002), *Đánh giá hoạt động y tế tư nhân tại khu vực xung quanh một số bệnh viện ở Hà Nội: thực trạng và giải pháp*, Bộ Y tế, Hà Nội. 2003.
4. Chuc, N.T.K. (2002), *Towards good pharmacy practice in Hanoi - a multi-intervention study in private sector*, Ph.D, Karolinska Institute, Stockholm.
5. Tổ chức Pathfinder International (2007), *Xây dựng quan hệ y tế nhà nước và tư nhân trong dự phòng, chăm sóc và hỗ trợ HIV/AIDS ở Việt Nam*.



## KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH QUỐC GIA VỀ THUỐC GIAI ĐOẠN 1996-2010

TS. Nguyễn Khánh Phương, CN. Nguyễn Thị Thủy,  
BS. Hoàng Thu Thủy, TS. Hoàng Thị Phương,  
ThS. Vương Lan Mai và TS. Trần Thị Mai Oanh<sup>1</sup>

### Đặt vấn đề

Trong hệ thống y tế, cùng với tài chính, nhân lực, thuốc và các sản phẩm y học, vắc-xin và trang thiết bị y tế là yếu tố đầu vào quan trọng của toàn bộ hệ thống<sup>2</sup>. Đảm bảo tiếp cận thuốc thiết yếu có chất lượng và sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả là mục tiêu của mọi quốc gia<sup>3</sup>. Để thực hiện mục tiêu này, từ năm 1975, Tổ chức Y tế Thế giới đã ra Nghị quyết số 28.66 khuyến cáo các nước thành viên xây dựng chính sách quốc gia về thuốc nhằm xác định các mục tiêu trong trung hạn, dài hạn và các giải pháp thực hiện mục tiêu đó trong lĩnh vực Dược<sup>4</sup>. Năm 2003, 108 nước trên thế giới đã có chính sách quốc gia về thuốc<sup>5</sup>.

Cũng như nhiều nước đang phát triển, tại Việt Nam, chi cho thuốc chiếm tỷ trọng lớn trong tổng chi phí y tế. Theo số liệu Tài khoản Y tế Quốc gia năm 2008, chi cho thuốc chiếm 40% tổng chi toàn xã hội cho y tế. Tiêu thụ thuốc bình quân đầu người, theo số liệu báo cáo của Cục Quản lý Dược, liên tục tăng từ mức 6 đô la Mỹ năm 2001 lên xấp xỉ 20 đô la Mỹ năm 2009. Chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam được ban hành theo Nghị quyết 37/CP của Chính phủ ngày 20/6/1996 là kim chỉ nam cho việc hoạch định sự phát triển của ngành Dược. Sự ra đời của chính sách thuốc quốc gia đã thể hiện sự quan tâm và cam kết của Chính phủ đối với việc đảm bảo nhu cầu về thuốc cho nhân dân đồng thời đưa ra những giải pháp đồng bộ và dài hạn để thực hiện các mục tiêu được xác định bao gồm bảo đảm cung ứng thường xuyên và đủ

thuốc có chất lượng đến người dân; sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả... Thực tiễn sau 15 năm thực hiện Chính sách thuốc quốc gia cho thấy nhu cầu cần có đánh giá toàn diện việc thực hiện chính sách làm cơ sở cho việc xây dựng Chính sách quốc gia về thuốc giai đoạn mới, đáp ứng yêu cầu thực tiễn của ngành phù hợp với tình hình thực tế.

Nhằm chuẩn hóa phương pháp và công cụ theo dõi và đánh giá thực trạng lĩnh vực dược tại các nước thành viên, WHO đã xây dựng tài liệu hướng dẫn đánh giá hoạt động dược tại các quốc gia. Theo đó, lĩnh vực dược được đánh giá theo hai bộ chỉ số: *Bộ chỉ số cấp I* và *Bộ chỉ số cấp II*. *Bộ chỉ số cấp I* đánh giá việc tổ chức thực hiện chính sách thuốc. *Bộ chỉ số cấp II* đánh giá kết quả thực hiện chính sách theo ba mục tiêu chủ yếu liên quan đến khả năng tiếp cận thuốc, đảm bảo chất lượng thuốc và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý. Phương pháp đánh giá được chuẩn hóa từ cách chọn mẫu nghiên cứu, cỡ mẫu và bộ công cụ khảo sát. Nghiên cứu này áp dụng phương pháp và bộ công cụ của WHO trong đánh giá

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> WHO (2000), *World Health Report 2000: Performance of health system*

<sup>3</sup> WHO (1996), *Comparative Analysis of national drug policies in 12 countries*, Geneva

<sup>4</sup> WHO (1975), *Resolution WHA28.66*

<sup>5</sup> WHO (2006), *Using indicators to measure country pharmaceutical situation*

<sup>6</sup> Bộ Y tế (2010), *Tài khoản y tế quốc gia 1998-2008*

việc kết quả 15 năm thực hiện chính sách thuốc quốc gia. Bài báo này sẽ trình bày một số kết quả chính của nghiên cứu với mục tiêu chủ yếu là đánh giá kết quả thực hiện Chính sách thuốc quốc gia đối với khả năng tiếp cận thuốc, chất lượng thuốc và vấn đề sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

### **Phương pháp**

Nghiên cứu áp dụng phương pháp và bộ công cụ của Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá hoạt động lĩnh vực được với thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp điều tra khảo sát thực địa và phân tích số liệu sẵn có.

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các nhóm đối tượng liên quan tới việc triển khai và tác động của Chính sách quốc gia về thuốc, đặc biệt tại các cơ sở cung ứng thuốc tại bệnh viện công lập và nhà thuốc tư nhân. Việc khảo sát được tiến hành đối với người sử dụng trực tiếp là người mua thuốc và bệnh nhân. Việc điều tra đánh giá được tiến hành tại 6 tỉnh bao gồm Hà Nội, Lào Cai, Bình Định, Gia Lai, TP Hồ Chí Minh và Đồng Tháp đại diện cho 6 vùng địa lý trong cả nước. Việc xác định mẫu nghiên cứu dựa theo khung mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới điều chỉnh theo thực tế Việt Nam. Các cơ sở y tế được chọn bao gồm các bệnh viện công lập các tuyến từ TƯ (2 BV), tuyến tỉnh (6 BVĐK tỉnh và 1 BV thành phố Hà Nội), tuyến huyện (mỗi tỉnh chọn ngẫu nhiên 3 huyện, riêng Hà Nội chỉ có 2 BV huyện, tổng số 17 BV huyện) và trạm y tế xã (6 trạm). Số cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân được chọn là nhà thuốc tư nhân gần cơ sở y tế được chọn, tổng số có 30 nhà thuốc tư nhân. Số lượng bệnh nhân và người mua thuốc được xác định theo công thức tính cỡ mẫu trong điều tra cắt ngang. Phỏng vấn bằng phiếu hỏi được tiến hành đối với 576 bệnh nhân sau khi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế khảo sát và 520 khách hàng sau khi mua thuốc tại các cơ sở bán lẻ thuốc tư nhân. Ngoài ra, 423 bệnh án tiêu chảy cấp trẻ em và 442 bệnh án viêm phổi trẻ em đã được thu thập tại các bệnh viện để phân tích việc dùng thuốc.

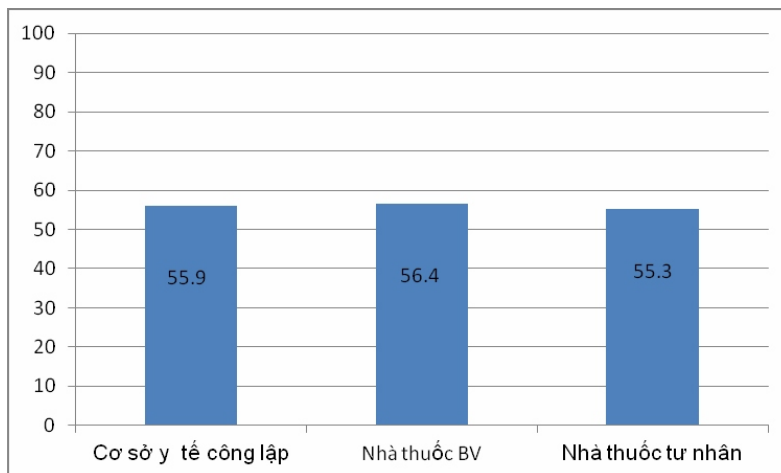
Theo cách tiếp cận của WHO, việc đo lường các chỉ số về khả năng tiếp cận bao gồm tính sẵn có và khả năng chi trả được phải dựa theo danh mục thuốc xác định. Việc xây dựng danh mục thuốc dựa trên các nguyên tắc bao gồm: (1) Danh mục thuốc do WHO đề xuất cho toàn thế giới và khu vực Tây Thái Bình Dương (có Việt Nam); (2) Thuốc điều trị các bệnh phổ biến nhất theo mô hình bệnh tật và tử vong của VN; (3) Thuốc có trong danh mục thuốc chủ yếu ở các tuyến. Danh mục thuốc được điều chỉnh sau nhiều lần xin ý kiến của các chuyên gia lâm sàng, y tế công cộng và cán bộ quản lý. Danh mục thuốc hoàn chỉnh bao gồm 30 thuốc trong đó có 14 thuốc thuộc danh mục thuốc toàn cầu của WHO, 8 thuốc thuộc danh mục thuốc khu vực Tây Thái Bình Dương và 8 thuốc bổ sung riêng cho Việt Nam. Trong tổng số 30 thuốc có 21 thuốc nằm trong danh mục thuốc thiết yếu cho tất cả các tuyến, 7 thuốc là thuốc thiết yếu cho tuyến huyện trở lên.

### **Kết quả đánh giá**

#### ***Khả năng tiếp cận thuốc***

Khả năng tiếp cận thuốc được đánh giá theo tính sẵn có của thuốc và khả năng tiếp cận về mặt tài chính đo lường bằng khả năng chi trả được cho thuốc. Đối với mỗi loại thuốc, tính sẵn có và giá thuốc được so sánh giữa thuốc biệt dược độc quyền và thuốc gốc có giá thấp nhất. Tính sẵn có của mỗi thuốc được đo lường bằng tỷ lệ cơ sở có thuốc đó tại thời điểm nghiên cứu. Tỷ lệ có thuốc trung bình là giá trị trung bình tỷ lệ có thuốc của 30 thuốc trong danh mục khảo sát.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có thuốc theo danh mục 30 thuốc khảo sát hầu như không khác nhau giữa 3 nhóm cơ sở khảo sát là các cơ sở y tế công lập, nhà thuốc BV và nhà thuốc tư nhân, dao động quanh giá trị 55-56% (Hình 1). Tỷ lệ này dao động rất lớn giữa các thuốc trong danh sách khảo sát từ 3% đến 97%.



**Hình 1: Tỷ lệ có thuốc tại các cơ sở khảo sát**

Có sự dao động khá rõ về tỷ lệ có thuốc tại thời điểm nghiên cứu giữa các tuyến y tế. Tỷ lệ có thuốc giảm dần khi đi từ BV tuyến TW xuống BV tỉnh, BV huyện và tuyến xã. Tỷ lệ có thuốc cao nhất tại BVTW với 71,7% và thấp nhất tại trạm y tế xã với 28,3%. Tỷ lệ có thuốc cũng khác nhau rõ rệt giữa các địa bàn nghiên cứu. Trong 6 tỉnh/thành khảo sát, hai thành phố lớn đồng thời là hai trung tâm bán buôn thuốc là Hà Nội và TP Hồ Chí Minh có tỷ lệ có thuốc cao nhất (65-66%). Tỷ lệ có thuốc thấp nhất tại hai tỉnh miền núi là Gia Lai và Lào Cai (42-45%).

Phân tích tỷ lệ có thuốc theo nhóm thuốc cho thấy nhóm thuốc kháng sinh có tỷ lệ sẵn có khá cao. Một số nhóm thuốc có tỷ lệ sẵn có thấp như: thuốc hạ lipid máu, thuốc điều trị trầm cảm, thuốc cho trẻ em. Kết quả này đáng lưu ý khi bệnh rối loạn chuyển hóa lipid và trầm cảm đang gia tăng và gây gánh nặng bệnh tật lớn ở Việt Nam. Trong 30 thuốc được chọn có 3 loại thuốc chuyên dùng cho trẻ em là Clamoxyl gói bột, Co-trimoxazole hỗn dịch, Paracetamol hỗn dịch. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ sẵn có các thuốc trẻ em khá thấp tại các cơ sở y tế công lập khảo sát. Khoảng một phần ba cơ sở y tế công lập không có bất kỳ loại thuốc trẻ em nào trong ba thuốc có trong danh mục thuốc khả sát trong khi tỷ lệ này tại các nhà thuốc tư nhân chỉ là 17,2%. Trong khi đó, 100% các BV các tuyến đều có ít nhất một loại thuốc điều trị tăng huyết áp, tại tuyến

xã tỷ lệ này thấp hơn với 83,3%.

Tính sẵn có của thuốc BHYT được đo lường bằng tỷ lệ thuốc được BHYT cấp so với tổng số thuốc được kê đơn cho mỗi bệnh nhân. Bệnh nhân BHYT được cấp thuốc khá đầy đủ theo đơn được kê (95%). Chỉ riêng tại BV tuyến tỉnh, tỷ lệ cấp thuốc kê đơn cho bệnh nhân BHYT thấp hơn 90%. Như vậy, việc cung ứng thuốc cho bệnh nhân BHYT được đảm bảo đầy đủ tại các cơ sở y tế công lập.

Để đảm bảo người dân được tiếp cận thuốc khi có nhu cầu, ngoài việc đảm bảo tính sẵn có của thuốc, việc đảm bảo giá thuốc hợp lý, ở mức chi trả được đóng vai trò vô cùng quan trọng. Giá thuốc được đánh giá thông qua chỉ số giá thuốc so sánh với giá tham khảo quốc tế là trung vị của giá đầu thầu quốc tế (theo tên gốc) do các nhà cung ứng thuốc phi lợi nhuận áp dụng tại các nước đang phát triển. Giá tham khảo quốc tế là giá do tổ chức MSH cung cấp năm 2010. Chỉ số giá của mỗi thuốc là trung vị giá thuốc đó tại các cơ sở khảo sát và trung vị giá tham khảo quốc tế.

Bảng 1 trình bày kết quả tổng hợp về giá thuốc cho thấy giá thuốc bán lẻ đến tay bệnh nhân tại Việt Nam cao gấp 12,1 lần so với giá tham khảo quốc tế đối với biệt dược của nhà phát minh và cao gấp 1,4 lần thuốc gốc có giá thấp nhất. Tại khu vực công lập, giá thuốc biệt

dược cao gấp 10,4 lần giá tham khảo quốc tế trong khi giá thuốc gốc cao gấp 1,1 lần giá tham khảo quốc tế. Tại khu vực nhà thuốc tư nhân, giá thuốc cao hơn các cơ sở y tế công lập, cụ thể là biệt dược cao gấp 13,4 lần giá thuốc tham khảo

quốc tế và giá thuốc gốc cao gấp 1,7 lần giá tham khảo quốc tế. Giá thuốc tại nhà thuốc bệnh viện cũng cao hơn giá bệnh viện cấp phát cho bệnh nhân với chỉ số giá tham khảo tương ứng là 13 và 1,4 đối với thuốc biệt dược và thuốc gốc.

**Bảng 1: Tỷ lệ trung vị giá thuốc bán cho bệnh nhân so với giá tham khảo quốc tế giữa khu vực công lập và tư nhân**

Chỉ số	Cơ sở y tế công lập (32)	Nhà thuốc BV (22)	Nhà thuốc tư nhân (30)	Chung (83)
Biệt dược độc quyền của nhà phát minh	10,4 (9)	13,0 (13)	13,4 (17)	12,1 (19)
	0,4 - 22,2	0,4 - 41,8	0,4 - 41,5	0,4 - 41,1
Thuốc gốc có giá thấp nhất	1,1 (17)	1,4 (15)	1,7 (19)	1,4 (22)
	0,1 - 3,4	0,1 - 5,1	0,1 - 5,1	0,1 - 4,9

Theo số liệu khảo sát trên phạm vi toàn cầu của WHO, tại khu vực công lập giá thuốc gốc bán cho bệnh nhân có giá dao động từ 1,9 lần đến 3,7 lần so với giá tham khảo quốc tế, còn giá biệt dược dao động từ 5,3 đến 20,5 lần giá tham khảo quốc tế.<sup>7</sup> Do giá thuốc chưa được điều chỉnh theo lạm phát và sức mua tương đương nên chưa thể nói giá thuốc Việt Nam rẻ hơn giá thuốc các nước khác. Tuy nhiên, có thể thấy mức chênh lệch giữa giá thuốc gốc so với giá tham khảo quốc tế tại các cơ sở y tế công lập của Việt Nam thấp hơn mặt bằng chung quốc tế và ở trong giới hạn được cho là mức giá phù hợp (từ 1-1,5 lần). Tuy nhiên, mức chênh lệch giữa giá thuốc biệt dược độc quyền của nhà phát minh và thuốc gốc tương đương có giá thấp nhất tại Việt Nam cao hơn nhiều so với thế giới và khu vực. Tại các cơ sở y tế công lập, cùng một loại thuốc, mức chênh lệch là 12,4 lần. Mức chênh lệch tại khu vực tư nhân thấp hơn với 9,1 lần. Chỉ số này trong báo cáo của WHO là hơn 4 lần và tại khu vực Tây Thái Bình Dương là 5,5.

Để đánh giá tính phù hợp của giá thuốc với khả năng chi trả của người dân nói chung, WHO dùng chỉ số tính số ngày lương tối thiểu tương ứng với chi phí một đợt điều trị một số bệnh theo phác đồ chuẩn. Khi đau ốm người dân Việt Nam có thể chi trả được tiền thuốc đối với thuốc gốc còn chi phí thuốc biệt dược vượt quá khả năng

chi trả của người dân.

#### **Chất lượng thuốc**

Trong khảo sát này, chất lượng thuốc giới hạn ở các chỉ số phản ánh tình trạng có thuốc hết hạn và điều kiện bảo quản thuốc so với yêu cầu. Tại tất cả các cơ sở khảo sát đều không có thuốc hết hạn tại thời điểm khảo sát. Về điều kiện bảo quản thuốc, các cơ sở khảo sát chỉ đạt bình quân 7/10 điểm yêu cầu bảo quản. Chỉ có 20% cơ sở đáp ứng 100% yêu cầu bảo quản. Không chỉ số nào trong các chỉ số đánh giá có 100% các cơ sở đạt yêu cầu. Một số yêu cầu có tỷ lệ đạt thấp hơn 50% như: có thông gió, biểu đồ nhiệt độ, độ ẩm thường xuyên được theo dõi và ghi chép. Nhìn chung, việc tuân thủ các điều kiện bảo quản tại khoa Dược BV tốt nhất, tiếp đến là nhà thuốc BV. Khu vực tư nhân đáp ứng các yêu cầu về bảo quản thuốc kém hơn khu vực nhà nước đối với hầu hết các chỉ số. Mặc dù số trạm y tế xã được khảo sát khá ít (05) nhưng kết quả khảo sát cho thấy đa số điều kiện bảo quản thuốc của quầy thuốc tại trạm y tế xã không được đảm bảo tốt.

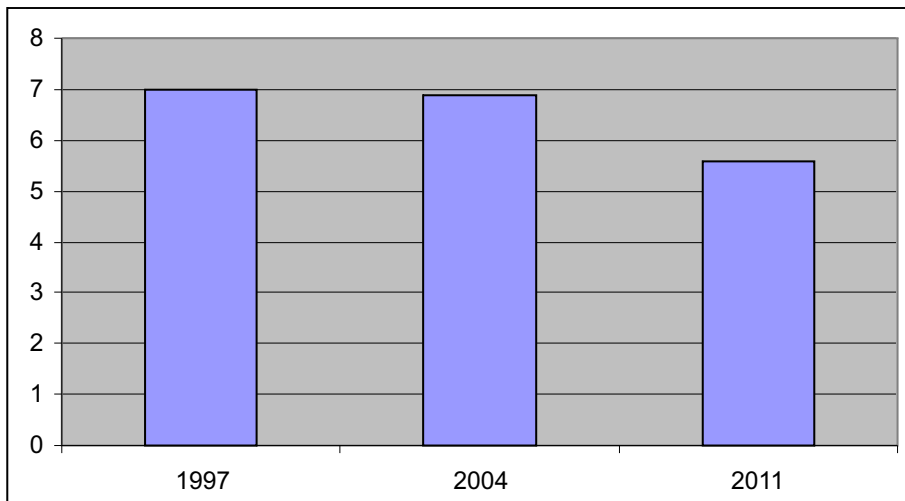
#### **Sử dụng thuốc hợp lý**

Tại các cơ sở y tế công lập, việc sử dụng thuốc

<sup>7</sup> WHO (2011), *Medicines prices, availability and affordability in World medicines situation 2011*, Geneva

hợp lý được đánh giá theo góc độ hành vi kê đơn và cấp phát thuốc thông qua phỏng vấn bệnh nhân sau khi mua thuốc hoặc nhận thuốc sau khi được kê đơn. Trung bình một đơn thuốc khám

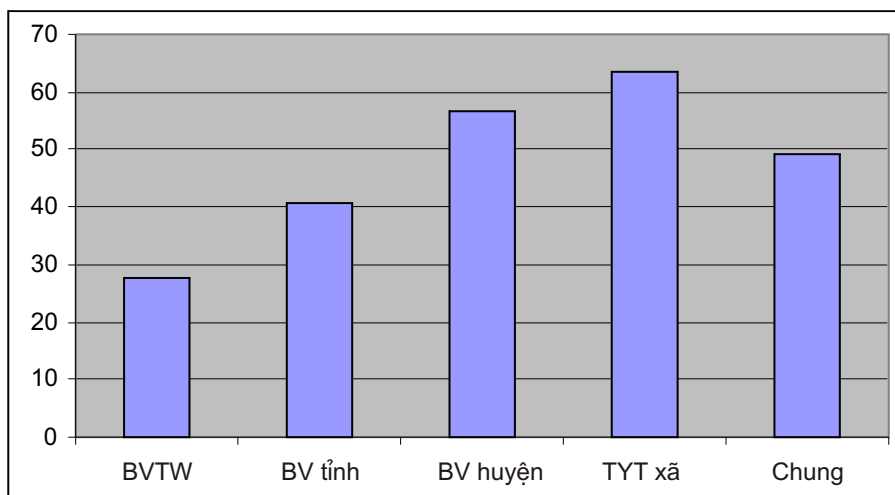
bệnh tại các cơ sở y tế công lập có 3,6 thuốc được kê. Số thuốc bình quân trong một đợt điều trị nội trú tại các BV là 5,6 thuốc giảm đi so với năm 1997 và 2004 (Hình 2).



**Hình 2: Số thuốc bình quân trên một bệnh án nội trú tại bệnh viện công lập, 1997-2011**

Tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh chung là 49,2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nước có mức thu nhập thấp (51,7%) song lại cao hơn các nước có thu nhập trung bình (43,3%). Giữa các tuyến y tế cũng có sự dao động khá lớn. Tại tuyến huyện xã, có tới 60% đơn thuốc có kháng

sinh trong khi tỷ lệ này tại tuyến TW chưa tới 30% và tuyến tỉnh là 40% (Hình 3). Việc sử dụng kháng sinh phổ biến tại tuyến dưới trong điều kiện hạn chế về xét nghiệm vi sinh, thử kháng sinh đồ càng làm vấn đề vi khuẩn kháng thuốc thêm trầm trọng.



**Hình 3: Tỷ lệ có kháng sinh trong đơn thuốc kê tại các cơ sở y tế công lập**

Kết quả khảo sát cho thấy nhìn chung các đơn thuốc hầu như không kê thuốc tiêm. Trong khi đó, tỷ lệ thuốc tiêm được kê vẫn khá cao tại các nước

có mức thu nhập thấp với 23,1% và ngay tại các nước có mức thu nhập trung bình tỷ lệ này vẫn còn là 6,7%. Tuy nhiên, hơn một nửa đơn thuốc

khảo sát được kê Vitamin cho thấy xu hướng dùng vitamin phổ biến ở tất cả các cơ sở y tế.

Tỷ lệ thuốc thiết yếu được sử dụng trong các đơn thuốc khám bệnh là 40,8% thấp hơn nhiều so với tỷ lệ này theo khảo sát của WHO, trong khi tại hầu hết các nước tỷ lệ này đều trên 80% ở khu vực y tế công lập. Càng lên tuyến trên việc sử dụng thuốc thiết yếu càng giảm đi. Tại tuyến TW, tỷ lệ thuốc thiết yếu trong đơn thuốc được kê chỉ là 21,3%. Kết quả này cho thấy hiệu quả của chính sách thuốc thiết yếu còn xa so với mong đợi. Thuốc thiết yếu chưa thực sự được chú trọng trong thực tế sử dụng thuốc tại bệnh viện. Tỷ lệ dùng thuốc nội chung là 67,1% song có sự dao động lớn giữa các tuyến y tế. Tỷ lệ này tại TYT xã là 91,6% trong khi tại tuyến TW chỉ là 25,7%. Việc sử dụng tên gốc trong kê đơn thuốc ít phổ biến với tỷ lệ chung là 28%. Tại BV tuyến tỉnh chỉ có 20% thuốc được dùng theo tên gốc trong đơn kê cho bệnh nhân. Tỷ lệ này tại BV huyện cũng chưa tới 30%. Trong khi đó, khảo sát của WHO cho thấy tỷ lệ kê đơn tên gốc ở các nước khá cao lên tới 80%<sup>8</sup>.

Để đạt mục tiêu sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, bên cạnh việc kê đơn thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả, việc người bán thuốc hoặc cấp phát thuốc, tư vấn, cung cấp đủ thông tin về thuốc cho người dùng thuốc biết cách sử dụng thuốc cũng rất quan trọng. Kết quả khảo sát tại các cơ sở cho thấy, tỷ lệ thuốc được ghi nhãn phù hợp khi đến tay bệnh nhân/khách hàng là 64,1% tại các cơ sở y tế nhà nước và thấp hơn tại các nhà thuốc tư nhân là 47,2%. So với số liệu quốc tế, tỷ lệ thuốc được ghi nhãn phù hợp của Việt Nam thấp hơn (64,1% so với 79,4% tại các nước thu nhập thấp và 87% tại các nước thu nhập trung bình).

Tại các nhà thuốc tư nhân, kết quả khảo sát khách hàng mua thuốc cho biết gần 40% thuốc không thuộc danh mục thuốc không kê đơn được bán không có đơn thuốc. Gần 30% lượt khách hàng mua thuốc kháng sinh. Tỷ lệ này giảm đáng kể so với tỷ lệ 42,4% khách hàng tại nhà thuốc tư nhân có mua thuốc kháng sinh theo

khảo sát năm 2004<sup>9</sup>. Tuy nhiên, vẫn có 6,6% lượt khách hàng tại nhà thuốc tư nhân có mua thuốc tiêm. Tỷ lệ này đặc biệt cao tại Đồng Tháp, lên tới 25% lượt khách hàng. Một phần ba số khách hàng tại nhà thuốc tư nhân đã mua vitamin hoặc thuốc bổ.

## Kết luận và khuyến nghị

### Kết luận

- Về tính sẵn có của thuốc, tỷ lệ có thuốc bình quân tại Việt Nam ở mức trung bình so với số liệu các nước với mức là 55-56%. Tỷ lệ này hầu như không khác nhau giữa 3 nhóm cơ sở khảo sát là các cơ sở y tế công lập, nhà thuốc BV và nhà thuốc tư nhân, song lại có sự khác nhau khá rõ về tỷ lệ có thuốc bình quân giữa các vùng kinh tế- xã hội và giữa các tuyến y tế. 95% bệnh nhân BHYT được cấp thuốc đầy đủ theo đơn được kê.

- Về giá thuốc và khả năng trả được tiền thuốc: giá thuốc bán lẻ đến tay bệnh nhân tại Việt Nam cao gấp 12,1 lần so với giá tham khảo quốc tế đối với biệt dược của nhà phát minh và cao gấp 1,4 lần thuốc gốc có giá thấp nhất. So với số liệu của WHO, chỉ số này tương đối cao đối với thuốc biệt dược độc quyền và tương đối thấp đối với thuốc gốc. Khi đau ốm người dân Việt Nam có thể chi trả được tiền thuốc đối với thuốc gốc còn chi phí thuốc biệt dược vượt quá khả năng chi trả của người dân.

- Về chất lượng thuốc, tất cả các cơ sở khảo sát đều không có thuốc hết hạn tại thời điểm khảo sát. Tuy nhiên, tỷ lệ các cơ sở đáp ứng đầy đủ các yêu cầu về điều kiện bảo quản thuốc còn khá thấp khi chỉ có gần 20% các cơ sở đạt 100% các yêu cầu về bảo quản.

<sup>8</sup> WHO (2006), *Using indicators to measure country pharmaceutical situation: A fact book on Level I and level II monitoring indicators*

<sup>9</sup> Nguyễn Thị Kim Chúc và cộng sự (2004), *Đánh giá tình hình thực hiện chính sách quốc gia về thuốc tại Việt Nam từ 1996-2004*

- Về vấn đề sử dụng thuốc an toàn hợp lý, nghiên cứu cho thấy kết quả tiến bộ ở một số chỉ số sử dụng thuốc tại bệnh viện như: số thuốc bình quân trong một đợt điều trị nội trú tại các BV có xu hướng giảm đi so với năm 1997 và 2004, tỷ lệ tự đi mua thuốc kháng sinh giảm từ 42,4% năm 2004 xuống 30% năm 2010. Tuy nhiên, còn một số chỉ số sử dụng thuốc đáng lo ngại liên quan đến vấn đề sử dụng kháng sinh, tỷ lệ chỉ định thuốc thiết yếu và thuốc theo tên gốc khá thấp và tình trạng bán thuốc kê đơn không có đơn còn khá phổ biến.

**Khuyến nghị**

- Cần có chính sách rõ ràng, mạnh mẽ và

nhất quán về thuốc thiết yếu và thuốc gốc từ khâu sản xuất, cung ứng, quản lý chất lượng đến sử dụng thuốc, đảm bảo người dân được tiếp cận thuốc có chất lượng với giá cả phù hợp và không phải chịu gánh nặng tài chính do chi phí thuốc.

- Cần có chiến lược quốc gia về kháng sinh, trước mắt cần có kế hoạch phân bổ kinh phí thực hiện *Chương trình quốc gia về sử dụng kháng sinh và giám sát kháng kháng sinh* mới được ban hành.

- Cần tăng cường việc thông tin sử dụng thuốc hợp lý, an toàn cho người bệnh, khách hàng và người dân trong cộng đồng.

## VAI TRÒ CỦA QUẢN TRỊ HÀNH CHÍNH CHÍNH CÔNG TRONG CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ VÀ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN TẠI TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2011<sup>1</sup>

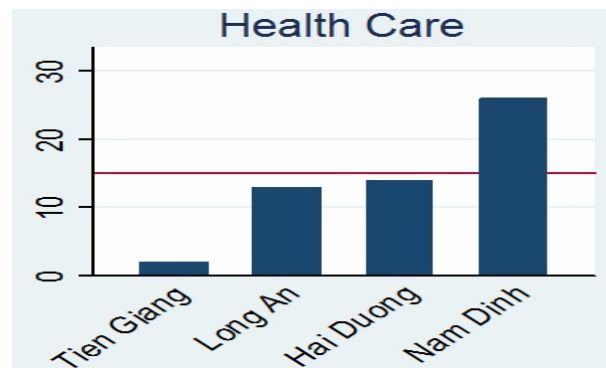
TS. Lương Thu Hiền<sup>2</sup>

“Phân công công chức nhà nước không phải công chức bàn giấy ở các cơ quan hành chính mà là những người có trách nhiệm cung cấp dịch vụ cho người dân”<sup>3</sup>. Việt Nam hiện đang nỗ lực hướng tới cung cấp dịch vụ công có chất lượng cho mọi giai cấp, tầng lớp trong xã hội, đặc biệt là những đối tượng dễ bị tổn thương.

Chất lượng cung ứng dịch vụ công được biểu thị thông qua các Chỉ số Quản trị và Hành chính Công cấp Tỉnh năm 2010 (PAPI) khảo sát ở 4 lĩnh vực căn bản là: (1) y tế công lập; (2) giáo dục công lập; (3) cơ sở hạ tầng và (4) an ninh, trật tự. PAPI 2010 đã khảo sát 4 nội dung trên qua trải nghiệm của người dân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát **đầu vào** ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng dịch vụ y tế và chỉ tập trung vào xem xét chất lượng của các bệnh viện tuyến huyện/thành phố. Ngoài sử dụng các phương pháp định tính và định lượng, chúng tôi cũng sử dụng phương pháp so sánh đầu vào ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng dịch vụ y tế công ở hai bệnh viện cấp huyện của hai tỉnh là Nam Định và Hải Dương. Trên cơ sở các bằng chứng thu được từ nghiên cứu, chúng tôi sẽ đề xuất những khuyến nghị về giải pháp giúp tỉnh Nam Định nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ y tế công.

Mặc dù Nam Định được xếp hạng thấp trong điểm số tổng thể của PAPI (22/30) nhưng riêng trong lĩnh vực *hiệu quả cung ứng dịch vụ công*, tỉnh lại được xếp hạng thứ 4. Trong số 4 địa phương được Học viện Chính trị Hành chính Quốc gia Hồ Chí Minh nghiên cứu năm 2010, Nam Định đứng đầu về hiệu quả cung ứng dịch vụ y tế, tiếp đến là Hải Dương, Long An, Tiền

Giang. Kết quả rất đáng ghi nhận trên đây được tạo thành bởi một số yếu tố cơ bản như: (1) nguồn nhân lực, (2) nguồn tài chính, (3) cơ sở hạ tầng của bệnh viện, (4) các thủ tục hành chính công, (5) chất lượng cung cấp dịch vụ y tế đầu vào của Nam Định. So sánh kết quả thu được tại tỉnh Nam Định với các tỉnh còn lại trong mẫu nghiên cứu đã phản ánh rất rõ về những yếu tố này.



(Nguồn PAPI 2010)

Trong phần này, chúng tôi sẽ lần lượt phân tích ba nhóm yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cung cấp dịch vụ y tế công. Nhóm thứ nhất bao gồm những yếu tố tương đồng giữa hai bệnh viện tuyến huyện ở Nam Định và Hải Dương, do đó không có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng

<sup>1</sup> Nghiên cứu này có sử dụng kết quả nghiên cứu “Chỉ số Hiệu quả Quản trị và Hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2010. Thông tin chi tiết tại [www.papi.vn](http://www.papi.vn). Nhóm nghiên cứu của Học viện trân trọng cảm ơn Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) và Cơ quan Hợp tác và Phát triển Thụy Sĩ (SDC) đã tài trợ cho nghiên cứu này.

<sup>2</sup> Trung tâm Lãnh đạo học và Nghiên cứu Chính sách, Học viện Chính trị Hành chính Quốc gia Hồ Chí Minh

<sup>3</sup> Perters và Pierre, 2007 (tr. 1).



cung ứng dịch vụ y tế công. Nhóm thứ hai gồm những yếu tố có ảnh hưởng tiêu cực và nhóm thứ ba gồm những yếu tố có ảnh hưởng tích cực đến chất lượng cung ứng dịch vụ y tế công.

**Về nhóm thứ nhất**, những yếu tố đầu vào có sự tương đồng giữa Nam Định và các tỉnh khác (đặc biệt là Hải Dương), do đó không có ảnh hưởng nhiều đến hiệu quả cung ứng dịch vụ y tế của Nam Định trong tương quan so sánh với các tỉnh khác; cụ thể như sau:

- Cũng như nhiều địa phương khác trong cả nước, Nam Định và Hải Dương đều có một mạng lưới y tế bao phủ toàn tỉnh từ cấp tỉnh đến cấp phường/xã.

- Về nguồn nhân lực, giống như Hải Dương, Nam Định hiện đang thiếu bác sĩ đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa, thạc sĩ và tiến sĩ nhất là với tuyến huyện. Tiền lương và phụ cấp ưu đãi nghề của đội ngũ nhân viên y tế ở Nam Định và Hải Dương không có sự khác biệt.

- Về y đức, 100% các cán bộ y tế ở hai bệnh viện đa khoa được khảo sát đều đã được phổ biến, quán triệt về y đức và có niêm yết công khai 12 điều y đức. Giống như hai bệnh viện được khảo sát ở Hải Dương, hai bệnh viện được khảo sát ở Nam Định đều không có hệ thống camera giám sát hoạt động khám chữa bệnh của nhân viên y tế.

- Về nguồn lực tài chính, các bệnh viện ở Nam Định cũng tương đồng với các bệnh viện ở Hải Dương.

- Về những khó khăn của các bệnh viện ở 2 tỉnh cũng giống như tình hình chung liên quan

đến mô hình, cơ chế và chính sách của toàn ngành y tế như: (i) mô hình tổ chức của y tế cơ sở luôn thay đổi, thiếu tính ổn định lâu dài, ảnh hưởng đến công tác lập qui hoạch, xây dựng kế hoạch dài hạn, trung hạn và hàng năm; (ii) chế độ chính sách cho ngành y tế chưa thỏa đáng, nhất là y tế cơ sở, cán bộ phụ trách dân số - KHHGD; (iii) hệ thống văn bản hướng dẫn luật BHYT và BHXH Việt Nam chưa thống nhất và cụ thể nên việc tổ chức thực hiện ở các đơn vị gặp nhiều khó khăn.

**Về nhóm thứ hai**, những yếu tố của các bệnh viện ở Nam Định khác so với các bệnh viện ở Hải Dương và có thể có ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả cung ứng dịch vụ y tế ở địa bàn Nam Định như sau:

- Ở Nam Định, số BS/10.000 dân là 4,35, số giường bệnh/10.000 dân là 15,9, số BS/giường bệnh là 0,29, thấp hơn so với Hải Dương.

- Những khó khăn liên quan đến nguồn nhân lực y tế bao gồm: (i) Thiếu số lượng, chưa đáp ứng được cơ cấu các chức danh theo thông tư 08/TTLB-BYT-BNV. Tỷ lệ BS, DS đại học / 10.000 dân của Nam Định hiện đang thấp hơn mức trung bình toàn quốc và khu vực, đặc biệt là thiếu BS ở tuyến huyện và tuyến xã; (ii) Số lượng cán bộ y tế hàng năm nghỉ chế độ nhiều, đặc biệt là BS và DS đại học, nhưng số lượng tuyển dụng hàng năm không đáp ứng đủ do môi trường công tác và chế độ đãi ngộ không hấp dẫn; (iii) Mặc dù toàn tỉnh có 46% bác sĩ có trình độ trên đại học nhưng chủ yếu là BSCKI, BSCKII. Số thạc sĩ và tiến sĩ còn ít.

*“... ở cấp huyện, năm nào cũng có đơn của bác sĩ xin chuyển đi. Trong thời gian qua chỉ tuyển được một bác sĩ trên toàn tỉnh học trường Y Thái Bình. Bác sĩ đại học chính qui không muốn về bệnh viện huyện. Bác sĩ của bệnh viện hiện nay đa số là chuyên tu. Bệnh viện thiếu từ 4 đến 6 bác sĩ ...”*

*(Ý kiến của một cán bộ lãnh đạo bệnh viện đa khoa)*

- Về nguồn lực tài chính, mặc dù mức độ cấp ngân sách cho các bệnh viện được xác định tùy theo qui mô giường bệnh và hạng của bệnh viện

trong hệ thống y tế, mức trần viện phí cũng khác nhau giữa các bệnh viện. Tuy nhiên so với các tỉnh khác, định mức đầu tư cho giường bệnh/năm

ở Nam Định thường thấp hơn với mọi tuyến. Giá viện phí cũng được thực hiện với mức thấp hơn các địa phương khác. Điều này đã gây nhiều ảnh

hưởng bất lợi đối với nguồn lực tài chính của các bệnh viện, gây nên sự mất công bằng về tài chính y tế giữa các địa phương trong cả nước.

*Khó khăn nhất là chính sách bảo hiểm y tế không đồng bộ gây ra bất công bằng về thụ hưởng dịch vụ y tế. Tất cả mọi người đều đóng bảo hiểm với cùng một mệnh giá theo lương nhưng chi trả bảo hiểm mỗi tỉnh một khác, trung ương lại khác. Cùng cấp bệnh viện tỉnh thanh toán BHYT không bằng nhau (do trang thiết bị thấp). (Ý kiến của một cán bộ lãnh đạo bệnh viện đa khoa)*

Nguồn lực tài chính cho bệnh viện huyện Mỹ Lộc rất eo hẹp. Theo báo cáo của giám đốc bệnh viện, năm 2010 bệnh viện có 1,7 tỷ VND và năm 2011 có 2,8 tỷ VND. Năm nào bệnh viện cũng gặp khó khăn trong thanh toán BHYT và tiền viện phí (2000 VND/lần khám) là quá ít do bệnh nhân là những người dân nông nghiệp nghèo.

Ngân sách của nhà nước cấp hàng năm theo kế hoạch cho sự nghiệp phát triển y tế còn thấp so với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân; ngân sách đối ứng cho các dự án thuộc chương trình mục tiêu quốc gia chưa được đáp ứng; nguồn thu viện phí chưa được tính đúng, tính đủ cho chi thực tế trong khám chữa bệnh. Thanh quyết toán BHYT còn nhiều vướng mắc bất lợi cho các bệnh viện trong thực hiện nhiệm vụ; chưa có nguồn vốn đối ứng cho các dự án đầu tư phát triển xây dựng mới, nâng cấp, cải tạo và

mua sắm trang thiết bị cho các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện từ nguồn trái phiếu chính phủ.

- Những khó khăn liên quan đến cơ sở vật chất, trang thiết bị bao gồm (i) trang thiết bị máy móc hiện đại cho khám chữa bệnh chưa đủ nên chỉ đáp ứng được các dịch vụ kỹ thuật thông thường, các cơ sở y tế đầu ngành, thiết bị y tế, kỹ thuật chưa cao, ứng dụng khoa học kỹ thuật công nghệ tiên tiến trong khám, chẩn đoán, chữa bệnh còn hạn chế; (ii) hệ thống trạm y tế xã, phường, thị trấn trong quá trình thực hiện chuẩn quốc gia chưa được hỗ trợ thỏa đáng về đầu tư và mua sắm trang thiết bị y tế; (iii) các dự án trung tâm y tế tuyến huyện, thành phố đã được triển khai xây dựng nhưng nguồn vốn đầu tư tiếp theo còn hạn chế nên tiến độ thực hiện dự án chậm.

*“... Trang thiết bị y tế của bệnh viện chỉ có tổng trị giá 2,4 tỷ. Máy móc xuống cấp. Trang thiết bị gần như không có gì. Gay go nhất hiện nay là thiếu trang thiết bị y tế...”*

*(Ý kiến của một cán bộ lãnh đạo bệnh viện đa khoa cấp huyện)*

- Những khó khăn có liên quan đến mô hình, cơ chế và chính sách: (i) việc ứng vốn và thanh quyết toán BHYT của cơ quan BHXH ở Nam Định tính cho các bệnh viện chậm ảnh hưởng không nhỏ tới công tác KCB và nợ đọng tiền thuốc của các công ty dược; (ii) chính sách luân chuyển BS cấp trên xuống cấp dưới chỉ mang tính hình thức; (iii) các bệnh viện không chủ động trong việc tuyển cán bộ vì chính sách

tuyển dụng cán bộ y tế giao quyền tuyển dụng cho Sở Y tế.

- Những khó khăn liên quan đến quản lý điều hành bao gồm (i) năng lực quản lý, tổ chức điều hành của một số cán bộ đơn vị còn hạn chế, chưa năng động, việc ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý bệnh viện chưa được triển khai sâu rộng, đồng bộ; (ii) công tác tự kiểm tra, giám sát, đánh giá, rút kinh nghiệm trong các

“... Vấn đề luân chuyển BS tuyến trên xuống tuyến dưới chỉ là lý thuyết vì trên thực tế bệnh viện tuyến huyện thiếu bác sĩ nên không bao giờ luân chuyển xuống xã được. Tuy nhiên, tỉnh có bác sĩ xuống huyện nhưng tâm lý của BS tuyến tỉnh xuống huyện buồn vì không có thu nhập thêm vì những huyện nghèo không thể tăng thêm thu nhập được...”.

*(Ý kiến của một cán bộ lãnh đạo bệnh viện đa khoa cấp huyện)*

Thanh toán BHYT quá chậm dẫn đến khó khăn rất lớn cho công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện và ảnh hưởng đến đời sống của cán bộ công nhân của bệnh viện. Chúng tôi không có kinh phí quyết toán BHYT để đi mua thuốc của các công ty được để chữa cho bệnh nhân thuộc diện BHYT. Đề nghị cho mua thuốc chịu bị các công ty được gây khó dễ. Họ chỉ bán thuốc kháng sinh và dịch truyền. Có lần một công ty được quyết định không bán chịu cho chúng tôi. Tôi phải nói với họ là nếu họ không bán chịu, họ ký vào giấy chứng nhận cho chúng tôi và chúng tôi sẽ nói với bệnh viện là không có tiền mua thuốc chữa cho bệnh nhân. Cuối cùng công ty được cũng phải bán chịu cho chúng tôi. Có khi thanh quyết toán BHYT muộn hàng năm nên phần tiền chênh lệch bị ứ đọng lại không được chuyển về bệnh viện để bổ sung vào quỹ phúc lợi cho bệnh viện, khi bị chuyển về những quá muộn so với năm tài chính với khoản tiền lớn hơn 3 lần lương nên lại bị thu hồi lại và chuyển sang chi vào khoản khác; do đó, cán bộ công nhân viên cũng rất thiệt thòi vì có năm không được nhận tiền trợ cấp thêm từ quỹ phúc lợi của cơ quan.

*(Ý kiến của một cán bộ lãnh đạo bệnh viện đa khoa cấp huyện)*

hoạt động thực hiện nhiệm vụ của các đơn vị chưa sâu sát.

**Về nhóm thứ ba**, những yếu tố có thể ảnh hưởng đến xếp hạng cao thứ 4 của Nam Định trong trục nội dung cung ứng dịch vụ công.

- Có một số yếu tố liên quan đến nguồn nhân lực của các bệnh viện ở Nam Định có chiều hướng tác động tốt đến hiệu quả cung ứng dịch vụ y tế. Nam Định có đội ngũ cán bộ y tế được đào tạo chính qui, có ý thức và trình độ chuyên môn, đoàn kết, tâm huyết trong sự công việc. Toàn tỉnh có 46% bác sĩ có trình độ trên đại học. Tỷ lệ cán bộ của các bệnh viện ở Nam Định làm chuyên môn cao (92% ở bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định). Số cán bộ làm quản lý được đào tạo phù hợp cũng chiếm tỷ lệ cao (50% ở bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định) và số lượng nhân viên tham gia đào tạo bán thời gian chiếm 10% (bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định). Số cán bộ y tế có thâm niên công tác lâu năm ở các bệnh viện ở Nam Định là khá cao. Mặc dù bệnh viện đa

khoa huyện Mỹ Lộc không có cán bộ y tế ở tỉnh ngoài đến làm việc nhưng tỷ lệ này ở bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định khá cao (134 người, chiếm 22,7%) chứng tỏ Bệnh viện đa khoa tỉnh đã thu hút được những có trình độ chuyên môn cao ở ngoại tỉnh đến làm việc tại tỉnh. Số lượt bệnh nhân tới khám hàng ngày ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là 690 và ở Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc là 150 lượt.

- Về cơ sở hạ tầng của các bệnh viện ở Nam Định, các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện được đầu tư xây dựng, nâng cấp, cải tạo mua sắm trang thiết bị từ nguồn trái phiếu chính phủ, Chương trình mục tiêu quốc gia và các nguồn hợp pháp khác. Vì vậy cả hai bệnh viện đều sạch sẽ, khang trang với 100% nhà vệ sinh đủ tiêu chuẩn quốc gia. Đặc biệt, bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định được trang bị cơ sở vật chất khá đầy đủ. Số giường bệnh của bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định là 600 giường nhưng thực kê là 700 người và số giường của bệnh viện Đa khoa

huyện Mỹ Lộc là 80 và luôn ở trong tình trạng dưới tải. Ở cả hai bệnh viện được khảo sát tại Nam Định, tất cả các thủ tục hành chính đều đã được niêm yết công khai, trong đó có thủ tục chi trả viện phí, phí dịch vụ khám chữa bệnh... Thậm chí, cả hai bệnh viện đều niêm yết công khai đường dây nóng để bệnh nhân có thể tức thời phản ánh về chất lượng phục vụ y tế của bệnh viện. Khoảng 80% bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định có BHYT còn ở bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc tỷ lệ này là từ 85 đến 90%. Không có ai bị từ chối BHYT nếu có bảo hiểm. Theo báo cáo của Sở Y tế tỉnh Nam Định thì trên toàn tỉnh có khoảng 60% dân số có BHYT.

- Các chỉ số về cung ứng dịch vụ y tế tại 2 bệnh viện tương đối cao. Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã chữa trị cho 161.713 bệnh nhân (điều trị nội trú 26.891 bệnh nhân) và chuyển 10.223 bệnh nhân lên tuyến trên trong khi Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc đã chữa cho 6.490 bệnh nhân và chuyển 1.350 lên tuyến trên.

Tóm lại, so sánh với Nam Định, ngành y tế Hải Dương có một số điểm chung tương đồng là: (i) mức độ bao phủ của các tuyến và cơ sở y tế từ cấp tỉnh xuống tới tất cả xã/phường; (ii) được đầu tư trang thiết bị kỹ thuật và cơ sở vật chất khá lớn từ nguồn trái phiếu của Chính phủ trong những năm qua; (iii) các bệnh viện tuyến tỉnh đều có đủ bác sỹ nhưng ở các bệnh viện tuyến huyện và tuyến xã lại thiếu nhiều bác sỹ và (iv) chưa có các chính sách đủ mạnh để thu hút cán bộ y tế nói chung và các bác sỹ nói riêng về công tác ở địa phương, nhất là về các huyện và xã/phường.

Bên cạnh một số điểm chung tương đồng nêu trên, ngành y tế Hải Dương có một điểm tỏ ra tốt hơn so với Nam Định. Đó là, số bác sỹ ở Hải Dương trên 10.000 dân cao hơn Nam Định. Lợi thế này của ngành y tế Hải Dương được nhóm nghiên cứu kỳ vọng sẽ mang lại một điểm số cao hơn về chất lượng dịch vụ y tế cho Hải Dương so với Nam Định. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu của PAPI, Nam Định lại được người dân

đánh giá cao hơn so với Hải Dương. Có thể giải thích kết quả trái ngược này như sau:

- Thứ nhất, số BS/10.000 dân chỉ là một chỉ tiêu thành phần nhỏ không có ảnh hưởng tổng thể đến toàn bộ các yếu tố quyết định đến cung ứng dịch vụ công. Thứ hai, điểm PAPI đầu ra chủ yếu tập trung dựa vào các tiêu chí như (1) ông/bà có thẻ BHYT không (Câu D601); (2) ở xã/phường của ông bà, người nghèo có được hỗ trợ để mua BHYT không? (Câu D602); (3) theo ông bà, trẻ em dưới 6 tuổi có được miễn phí khi khám chữa bệnh không (D603); (4) lần gần đây nhất ông/bà hoặc người thân trong gia đình đến một bệnh viện công lập ở tỉnh nhà là khi nào? (D604); (5) về chất lượng của bệnh viện công lập nói trên, ông/bà thấy những nhận xét dưới đây đúng hay không? (bao gồm người bệnh phải nằm chung giường, phòng bệnh có quạt máy, nhà vệ sinh sạch sẽ; có cán bộ y tế trực thường xuyên; thái độ phục vụ bệnh nhân tốt, chi phí khám chữa bệnh hợp lý; không phải chờ đợi quá lâu (D605).

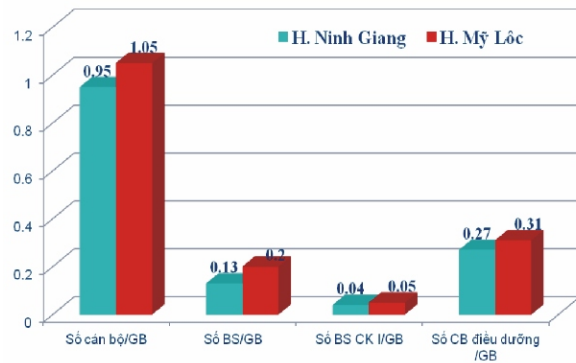
Với câu hỏi D601 và D602, Nam Định đạt điểm cao là do xét từ nguồn lực đầu vào, việc triển khai thực hiện BHYT cho người nghèo đã được thực hiện rộng khắp tại Nam Định trong bối cảnh tỷ lệ hộ nghèo trong toàn tỉnh liên tục có sự thuyên giảm. Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân có thẻ BHYT đến khám ở các bệnh viện ở Nam Định là rất cao. Câu D605 phản ánh một số lợi thế của Nam Định trong cung ứng dịch vụ công trong tương quan so sánh với Hải Dương. Theo số liệu điều tra của PAPI thì số bệnh nhân không phải nằm chung giường nhiều như Hải Dương cũng như quan sát thực tế thì thấy các bệnh viện của Nam Định không quá tải nhiều, không nhìn thấy bệnh nhân nào phải nằm chung giường và khi phỏng vấn BS thì cũng nhận được trả lời không phải nằm chung giường. Về thái độ của y bác sĩ, Nam Định cũng được đánh giá cao hơn Hải Dương có thể là do tỷ lệ quá tải của các bệnh viện Nam Định thấp hơn Hải Dương và do cán bộ y tế Hải Dương là tỉnh lớn gần Hà Nội và Hải Phòng nên có thể bị ảnh hưởng về thái độ bức

xúc khi bị quá tải và cũng bởi vì tiếp xúc nhiều hơn với mặt trái của cơ chế thị trường của các tỉnh thành đô thị lớn. Về chi phí khám chữa bệnh hợp lý có thể là do chi phí thanh quyết toán của các bệnh viện các cấp và ở các tỉnh thành là khác nhau do chính sách thanh quyết toán BHYT do trung ương qui định còn tùy thuộc vào chất lượng máy móc trang thiết bị. Có thể chất lượng máy móc trang thiết bị của các bệnh viện Nam Định có nơi còn thiếu nhiều hơn so với Hải Dương nên chế độ thanh quyết toán chi phí BHYT thực tế và chi phí rẻ hơn và phí dịch vụ y tế cũng rẻ hơn. Và có thể còn do những lý do nhận thức và do đó là đòi hỏi cao thấp khác nhau về chất lượng của chính người sử dụng dịch vụ. Tuy nhiên, điều mâu thuẫn lớn ở vị trí xếp hạng của Nam Định và Hải Dương về cung ứng dịch vụ y tế là ở chỗ số giường bệnh/10.000 dân của Nam Định cũng thấp hơn của Hải Dương trong suốt 5 năm từ 2005 đến 2010<sup>4</sup>, vậy tại sao mức độ quá tải của Hải Dương lại cao hơn Nam Định (thể hiện qua câu hỏi về bệnh nhân phải nằm chung giường bệnh). Ở đây, chúng ta cần có thêm số liệu cụ thể về mức độ quá tải của các bệnh viện các cấp của hai tỉnh này và đặt trong tương quan so sánh một cách cụ thể.

Mặc dù các chỉ số về lượng BS/1 vạn dân, số giường bệnh/vạn dân của toàn tỉnh Hải Dương cao hơn Nam Định nhưng điều này không nhất thiết dẫn đến những tỷ lệ này được phân bổ đều ở các huyện của hai tỉnh. Điều này sẽ được minh chứng trong phân tích của nghiên cứu này về các chỉ số cụ thể của hai bệnh viện tuyến huyện là Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang và Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc ở Nam Định. Trên thực tế, Bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc ở Nam Định đã tốt hơn rõ ràng Bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang ở Hải Dương về các chỉ báo về nguồn nhân lực, cơ sở vật chất của bệnh viện, tỷ lệ quá tải.

Biểu đồ dưới đây chỉ rõ nguồn nhân lực y tế của bệnh viện huyện Mỹ Lộc tốt hơn bệnh viện huyện Ninh Giang cả về số lượng lẫn chất lượng. Số bệnh nhân phải chuyển lên tuyến trên

của bệnh viện huyện Mỹ Lộc cũng chỉ chiếm 20,8% và điều này chứng tỏ năng lực cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa huyện Mỹ Lộc tương đối tốt.



**Biểu đồ: Tương quan so sánh về nguồn nhân lực giữa bệnh viện đa khoa huyện Ninh Giang và bệnh viện đa khoa huyện Mỹ Lộc**

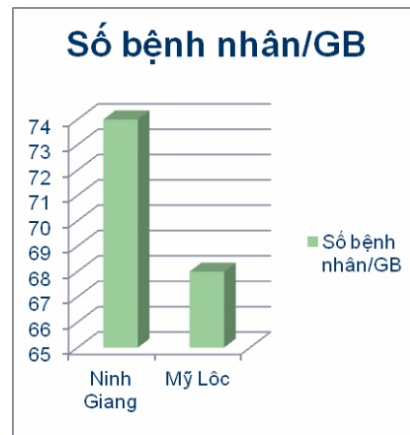
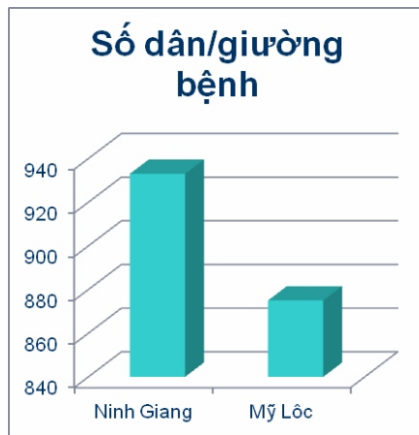
Hai biểu đồ dưới đây về số dân/giường bệnh và số bệnh nhân/giường bệnh thể hiện rõ cơ sở vật chất của bệnh viện Mỹ Lộc tốt hơn bệnh viện Ninh Giang và mức độ quá tải ở bệnh viện huyện Mỹ Lộc ít hơn so với bệnh viện huyện Ninh Giang. Số bệnh nhân tới khám/bác sĩ/ngày ở bệnh viện huyện Mỹ Lộc ít hơn bệnh viện Ninh Giang: một bác sĩ ở bệnh viện Mỹ Lộc chỉ phải khám cho khoảng 9,4 bệnh nhân trong một ngày trong khi một bác sĩ của bệnh viện Ninh Giang phải khám cho khoảng 17,5 bệnh nhân trong một ngày. Ngoài ra, không có bệnh nhân bị từ chối BHYT ở bệnh viện huyện Mỹ Lộc.

Điểm khác nhau cơ bản giữa hai bệnh viện trên ở vị trí địa lý của chúng và đây có thể là một yếu tố quan trọng gây ra sự chênh lệch về số lượng và chất lượng bác sĩ và độ quá tải ở hai bệnh viện này. Bệnh viện huyện Ninh Giang nằm cách thành phố Hải Dương khoảng 40 km trong khi Bệnh viện huyện Mỹ Lộc lại nằm gần kề với thành phố Nam Định. Điều này có ảnh hưởng đến sự thu hút nguồn nhân lực và mức độ của sự chảy máu chất xám bác sĩ có chất lượng.

<sup>4</sup> Niên giám thống kê tỉnh Nam Định 2010, tr. 299.

Mặc dù Bệnh viện huyện Mỹ Lộc khá nghèo nhưng vẫn có BSCK II và có nhiều BSCK I hơn

Bệnh viện huyện Ninh Giang trong khi Bệnh viện huyện Ninh Giang không có BSCK II.



Tóm lại, các yếu tố như nguồn nhân lực, cơ sở vật chất kỹ thuật và vị trí địa lý là những yếu tố quan trọng nổi trội ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh của ngành y tế và đặc biệt là của các bệnh viện đa khoa cấp huyện. Ở đây, sự phân bố đồng đều về nguồn nhân lực cho các bệnh viện tuyến huyện cũng là một yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng dịch vụ của bệnh viện tuyến huyện. Điều kiện kinh tế xã hội chung của toàn tỉnh và một số chỉ số y tế chung cấp tỉnh cao không nhất thiết dẫn đến chất lượng bệnh viện y tế tuyến huyện tốt hơn.

### **Khuyến nghị chính sách nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ y tế công**

**Về chính sách,** cần tăng cường giám sát việc thanh quyết toán BHYT giữa các bệnh viện cấp huyện/thành phố và cơ quan BHYT đảm bảo giảm bớt thủ tục hành chính trong quá trình thanh quyết toán và đảm bảo đúng thời hạn thanh quyết toán cho các bệnh viện.

Rà soát lại mức trần viện phí cho các bệnh viện cấp huyện trở lên ở các tỉnh khác nhau đảm bảo tính công bằng trong chi trả viện phí theo BHYT đối với các bệnh nhân đóng cùng mức BHYT như nhau nhưng chữa trị ở những bệnh viện huyện ở các tỉnh khác nhau thì cần được hưởng mức thanh toán viện phí ngang nhau

tránh tình trạng khám chữa bệnh vượt tuyến do muốn hưởng chế độ chữa bệnh tốt hơn ở các bệnh viện trung ương do chi BHYT cao hơn gây quá tải ở cấp trung ương. Thí điểm mức trần viện phí tương đương ở các bệnh viện tuyến huyện nhằm giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương.

**Về chính sách tiền lương,** đảm bảo tiền lương cho cán bộ y tế phù hợp để sản xuất và tái sản xuất trong sự lưu ý đến tốc độ trượt giá trên thị trường để giảm thiểu hiện tượng bức xúc hoặc tham nhũng.

Thí điểm cơ chế trả lương cao ưu đãi cho các bác sĩ giỏi tuyệt trên về làm việc ở tuyến dưới nhằm khích lệ họ và đồng thời khuyến khích họ chia sẻ kinh nghiệm và kiến thức với các bác sĩ tuyến dưới, tạo môi trường làm việc và cơ hội học hỏi cho các bác sĩ tuyến dưới. Đồng thời, có phụ cấp thường xuyên và thích hợp thêm cho các bác sĩ về làm việc tại các bệnh viện tuyến huyện và xã.

**Về phân cấp trong lĩnh vực y tế,** xem xét trao quyền tuyển cán bộ nhân viên y tế về các bệnh viện thay vì tập trung ở sở y tế để đảm bảo tuyển đúng dạng bác sĩ, nhân viên y tế cần thiết đi đôi với cơ chế giám sát tuyển dụng công bằng và công khai, đúng mục tiêu và đúng kế hoạch cùng với sự phối hợp chặt chẽ giữa sở y tế và các bệnh viện.

*Về cơ sở vật chất, trang thiết bị*, cần đặc biệt chú ý đầu tư trang thiết bị y tế khám chữa bệnh hiện đại và bác sĩ có trình độ cho các bệnh viện tuyến huyện đảm bảo đủ máy móc chữa trị nhiều bệnh hơn, giảm tỷ lệ chuyển bệnh nhân lên tuyến cao hơn (như lên tuyến tỉnh và trung ương) nhằm giảm quá tải.

Có cơ chế giám sát việc sử dụng trang thiết bị y tế phục vụ bệnh nhân BHYT, tránh chuyển đổi sử dụng trang thiết bị này sang cung ứng dịch vụ y tế tự nguyện nhằm hướng tới cung ứng dịch vụ y tế tốt hơn những người dân nghèo.

*Về cơ chế giám sát*, tiếp tục xây dựng thí điểm nhiều kênh giám sát và cung cấp thông tin phản hồi từ phía người dân đối với cán bộ y tế về công tác cung ứng dịch vụ y tế, đi đôi với việc phổ biến quyền của người có thẻ BHYT và trách nhiệm của cán bộ y tế trong việc cung ứng dịch vụ y tế cho người dân.

Lắp đặt một hệ thống máy camera và các hệ thống giám sát hoạt động chăm sóc và khám chữa bệnh trong toàn bộ các hệ thống bệnh viện và các khuôn viên bệnh viện.

## Ý NGHĨA VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA VIỆC XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV/AIDS DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG

GS.TS. Đào Văn Dũng<sup>1</sup>

Từ lâu, trong Y học đã có thuật ngữ “Y học thực chứng” hay còn gọi là: Y học chứng cứ, Y học dựa vào bằng chứng. Trong vài thập niên gần đây, thuật ngữ “*xây dựng chính sách y tế dựa vào bằng chứng*” đã xuất hiện ngày càng nhiều trên các diễn đàn và thu hút được sự quan tâm đặc biệt của nhiều học giả cùng những nhà hoạch định chính sách. Trường Đại học Y Hà Nội phối hợp với Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Viện Công nghệ thông tin - Thư viện Y học Trung ương cùng một số đơn vị trực thuộc ngành Y tế đã và đang triển khai thực hiện Dự án “*Tăng cường kết nối bằng chứng với chính sách nhằm hỗ trợ có hiệu quả quá trình hoạch định chính sách y tế ở Việt Nam*” do Liên minh nghiên cứu Chính sách và Hệ thống y tế hỗ trợ thực hiện. Đồng thời, Dự án Mạng lưới phát triển chính sách và quản lý y tế dựa trên bằng chứng ở Việt Nam (EVIPNet) cũng đang được triển khai mạnh mẽ.

**Bằng chứng** là những thông tin được thu thập một cách có hệ thống từ nhiều nguồn khác nhau bằng các phương pháp khoa học và được xử lý thống kê nhằm giúp cho người lập chính sách cùng các nhà quản lý ban hành các quyết định sát thực và khả thi.

Bằng chứng y tế thường do các nhà nghiên cứu, các viện nghiên cứu y học cung cấp để phục vụ cho việc xây dựng các chính sách, chiến lược và chương trình y tế trong đó có lĩnh vực y tế Dự phòng và phòng chống HIV/AIDS.

Tại sao cần phải xây dựng chính sách dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS dựa vào bằng chứng?

**Trước hết, bằng chứng y tế có giá trị thuyết phục cao hỗ trợ đắc lực cho tiến trình vận động chính sách.** Xin đơn cử một vài minh chứng sau đây để góp phần làm sáng tỏ nhận định này:

*Minh chứng thứ nhất là, báo cáo hàng năm của cơ quan quản lý nhà nước về y tế cho chúng ta số liệu nhiễm HIV/AIDS và tử vong do AIDS. Qua điều tra dịch tễ học và qua phân tích thống kê nhiều năm cho chúng ta thấy xu hướng nhiễm HIV/AIDS chung trong cộng đồng và trong từng nhóm đối tượng cụ thể. Đó là những căn cứ có cơ sở khoa học để thuyết phục các nhà lãnh đạo, các nhà lập chính sách xây dựng các chương trình hành động, lựa chọn các giải pháp hữu hiệu trong phòng, chống HIV/AIDS. Ví dụ điển hình về giá trị thuyết phục cao của bằng chứng y tế trong vận động xây dựng chính sách đó là chương trình giảm tác hại trong phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta.*

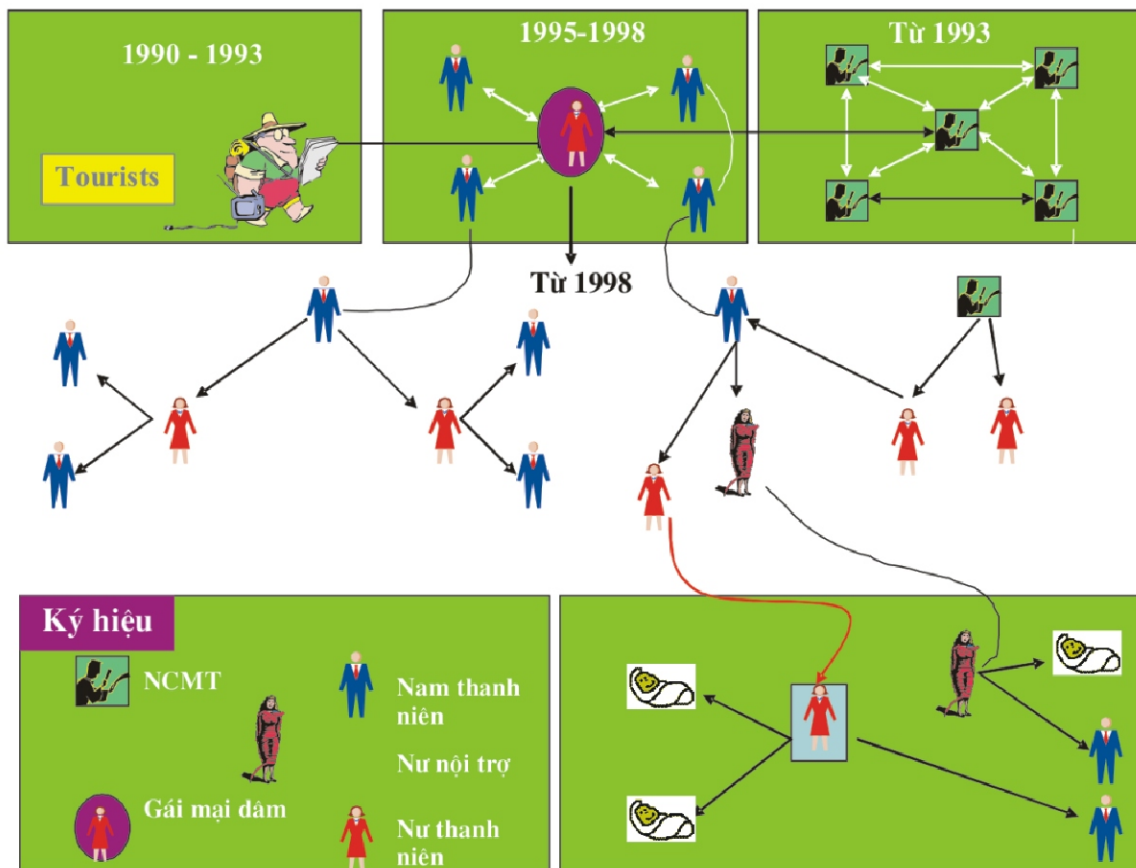
Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy, hành vi nguy cơ cao xuất hiện ở các nhóm như sau: ở người nghiện chích ma túy (NCMT) tỷ lệ cao dùng chung bơm kim tiêm (BKT) là 24-44%; ở gái bán dâm tại một số thành phố lớn tỷ lệ tiêm chích ma túy cao (20-43%) và tỷ lệ dùng bao cao su (BCS) thường xuyên thấp (40-80%); ở người NCMT nhiễm HIV vẫn dùng chung BKT với tỷ lệ cao (35-70%) và tình dục không dùng BCS với các loại bạn tình chiếm tỷ lệ thấp (10-55%).

<sup>1</sup> Vụ trưởng Vụ Các vấn đề xã hội, Ban Tuyên giáo Trung ương



Các bằng chứng này cho thấy, có hành vi vừa NCMT, vừa dùng chung BKT, vừa mua, bán dâm và không dùng BCS, hay chúng ta thường gặp thuật ngữ “3 trong 1”. Đây là điều kiện rất thuận lợi cho lan tràn HIV/AIDS ra cộng đồng. Do đó, nếu không tiến hành chương trình can thiệp

giảm tác hại (dùng methadon thay thế, chương trình BCS, trao đổi BKT sạch...) trong khi chúng ta chưa khắc phục triệt để được phòng, chống ma túy, mại dâm, hậu quả tất yếu là HIV/AIDS sẽ lây nhiễm tràn lan như được minh họa trong hình 1.



Hình 1. Xu hướng lây truyền HIV/AIDS ở Việt Nam

Một ví dụ khác minh họa cho tính có giá trị thuyết phục cao của bằng chứng y tế trong phòng, chống HIV/AIDS là hiệu quả của Chương trình bơm kim tiêm sạch (NSP). 778 người tham gia chương trình này ở 103 thành phố trên toàn cầu, nhất là tại Australia chỉ ra rằng, năm 2000, NSP ngăn ngừa được 25.000 ca nhiễm HIV, đến năm 2010 sẽ ngăn chặn được 4.500 ca tử vong do AIDS. Nghiên cứu của Hurley và cộng sự (1997) cũng đã chỉ ra rằng, tỷ lệ nhiễm HIV giảm 5,8% tại 29 thành phố có NSP, trong khi đó lại tăng 5,9% tại 52 thành phố không có chương trình này.

Hoặc một minh chứng rất xác đáng nữa là, từ năm 1998, HIV/AIDS đã được phát hiện ở tất cả các tỉnh, thành phố trong cả nước và đến nay đã phát hiện ở khoảng 100% số huyện, quận, thị xã và trên 70% số xã, phường. Đây là cơ sở để Đảng ta nhận định: Hiện nay, tình hình dịch HIV/AIDS vẫn đang diễn biến phức tạp và tiếp tục lan rộng ra cộng đồng dân cư, đi vào các ngõ ngách của các vùng nông thôn, miền núi; không chỉ ở các nhóm có hành vi nguy cơ cao mà đang lan ra các nhóm dân cư khác... Chính vì vậy, muốn hoàn thành mục tiêu trong Chiến lược của Chính phủ đề ra đến năm 2020 là tỷ lệ nhiễm

HIV trong cộng đồng dân cư dưới 0,3%, việc tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy đảng và chính quyền địa phương là thực sự cần thiết. Những số liệu thống kê có giá trị đã cung cấp cho các nhà hoạch định chính sách, xây dựng chiến lược các bằng chứng xác đáng để xây dựng quan điểm đúng, trúng và xây dựng chiến lược phòng, chống HIV/AIDS phù hợp.

### **Thứ 2, bằng chứng là cơ sở để gắn kết chương trình phòng, chống dịch bệnh với xây dựng chính sách xóa đói giảm nghèo ở nước ta.**

Trong những năm qua, công cuộc xóa đói giảm nghèo ở nước ta đã đạt được những thành tựu tốt góp phần giữ vững an sinh xã hội. Tỷ lệ nghèo giảm nhanh, từ 29% vào năm 2002 xuống còn 9,45% vào năm 2010, vượt so với mục tiêu đề ra cho năm 2010 là 10%. Chênh lệch giàu nghèo giữa nông thôn và thành thị được thu hẹp, còn khoảng 2 lần, mức độ gia tăng chênh lệch giàu nghèo giữa các tầng lớp dân cư chậm lại. Chương trình phòng, chống dịch bệnh, đặc biệt là Chương trình phòng, chống AIDS đã góp phần tích cực vào công cuộc xóa đói giảm nghèo ở nước ta trong những năm qua. Điều này được thể hiện ở 2 khía cạnh:

*Một là*, trong những năm gần đây, chúng ta đã từng bước kiềm chế được tốc độ gia tăng số người nhiễm trong một số nhóm đối tượng, một số vùng miền, địa phương và giảm sự lây lan HIV/AIDS ra cộng đồng. Số nhiễm mới được phát hiện đang có xu hướng chững lại. Kết quả thống kê dịch tễ học cho thấy, tính đến ngày 17 tháng 8 năm 2012, nước ta đã phát hiện 258.663 người nhiễm HIV/AIDS, trong đó 53.574 người đã tử vong vì AIDS và 205.089 người nhiễm HIV/AIDS được phát hiện đang còn sống. Theo dự báo của Bộ Y tế, chênh lệch giữa thực tế số nhiễm HIV/AIDS phát hiện được và số dự báo khoảng 100.000 người và sự chênh lệch này có thể là do chưa phát hiện được hoặc sự lây nhiễm HIV/AIDS từng bước đã được khống chế. Nếu 100.000 người đó là do nhiễm HIV/AIDS từng bước đã được khống chế thì chúng ta đã giảm

được 100.000 hộ nghèo.

*Hai là*, như chúng ta đã biết, mỗi hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS sẽ trở thành hộ gia đình nghèo. Các số liệu sau minh chứng cho nhận định trên:

- Chi tiêu trong hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS bị rối loạn: chi phí điều trị AIDS rất tốn kém: phải chi 62.444.399 đồng/người/năm để điều trị bằng 3 thứ thuốc; 37.964.399 đồng/người/năm cho phác đồ điều trị 2 thuốc; trên thực tế đại bộ phận gia đình người nhiễm đang chi 13.478.614 đồng/người/năm;

- Tình trạng “nghèo hoá” sẽ xuất hiện đối với những gia đình này và phải đối phó bằng cách vay nợ, bán các tài sản, bán gia súc, gia cầm và các vật dụng khác để có tiền chữa bệnh cho thành viên gia đình nhiễm HIV/AIDS.

Như vậy, các bằng chứng trên cho thấy, muốn xóa đói giảm nghèo chúng ta phải thực hiện tốt chương trình phòng, chống HIV/AIDS.

### **Thứ 3, xây dựng chính sách, chương trình phòng, chống dịch bệnh dựa vào bằng chứng tránh được những quyết định sai lầm.**

Trong công tác phòng, chống HIV/AIDS, có bằng chứng xác đáng giúp chúng ta tránh được những rủi ro trong việc ra các quyết định có liên quan. Một ví dụ về ra quyết định trong xóa đói giảm nghèo có liên quan đến công tác phòng, chống HIV/AIDS ở một tỉnh đồng bằng sông Cửu long.

Tại tỉnh này có 60.000 hộ nghèo. Nghị quyết của Đảng bộ tỉnh đề ra mỗi năm đạt tỷ lệ giảm nghèo 1%, tức khoảng 600 hộ/năm. Trong khi đó, mỗi năm tỉnh có khoảng 1000 người nhiễm mới HIV/AIDS. Như trên đã trình bày, mỗi hộ gia đình có người nhiễm HIV/AIDS là những hộ nghèo hoặc sẽ rơi vào hộ nghèo. Như vậy, mỗi năm tỉnh giảm được 600 hộ nghèo nhưng có thêm khoảng 1000 hộ nghèo mới. Câu hỏi đặt ra là: Bao giờ tỉnh giảm được nghèo? Rõ ràng rằng, dựa vào bằng chứng về tình hình lây nhiễm HIV/AIDS trong nhiều năm tại tỉnh, tỷ lệ xóa đói giảm nghèo của tỉnh này tối thiểu phải là

2%/năm. Và đây cũng chính là bằng chứng mạnh mẽ nhất để thúc đẩy toàn bộ hệ thống chính trị của tỉnh quyết tâm vào cuộc phòng, chống HIV/AIDS.

**Để có bằng chứng xây dựng chính sách y tế, chiến lược, kế hoạch, chương trình hành động phòng, chống dịch bệnh chúng ta phải làm gì?**

*Một là*, tăng cường nghiên cứu dịch tễ học để có các bằng chứng xác đáng trong công tác phòng, chống dịch bệnh. Nghiên cứu dịch tễ học cho các xu hướng của dịch bệnh, các phân bố dịch tễ học lây nhiễm dịch theo các tiêu chí khác nhau, các yếu tố nguy cơ lây nhiễm để từ đó đề xuất các giải pháp phù hợp nhất, phân tích chi phí - hiệu quả các mô hình, các giải pháp can thiệp đã được nêu ra để có những lựa chọn kinh tế nhất.

Do đó, vấn đề đặt ra cho các nhà xây dựng chính sách y tế, chiến lược, kế hoạch, chương trình hành động phòng, chống dịch bệnh là tìm một mô hình tối ưu trong can thiệp dự phòng lây nhiễm bệnh. Nhưng để có mô hình này cần phải có nhiều nghiên cứu dịch tễ học và phân tích kinh tế.

*Hai là*, tăng cường sự gắn kết giữa những người nghiên cứu khoa học với các nhà xây dựng chính sách y tế, kế hoạch, chương trình hành động trong phòng, chống dịch bệnh. Như trên đã trình bày, phân tích dịch tễ học để xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong phòng, chống dịch bệnh; phân tích kinh tế y tế để xác định hiệu quả kinh tế, hiệu quả xã hội các chính sách phòng, chống dịch bệnh. Song những kết quả nghiên cứu đó không đến được các nhà lập chính sách, hoặc các nhà lập chính sách không hiểu hết giá trị của các bằng chứng do các nhà nghiên cứu đem đến. Do vậy, cần có sự phối hợp, gắn kết giữa người nghiên cứu và người xây dựng chính sách để sử dụng có hiệu quả các bằng chứng, kết quả nghiên cứu.

*Ba là*, phải có biện pháp phổ biến sâu, rộng các kết quả nghiên cứu trên các phương tiện khác nhau để các kết quả đó đến được với người sử dụng thông tin.

*Bốn là*, cần nâng cao năng lực sử dụng các bằng chứng khoa học trong xây dựng chính sách y tế, chiến lược, chương trình hành động trong phòng, chống dịch bệnh cho các nhà xây dựng chính sách y tế.

## MÔ HÌNH PHÁ THAI AN TOÀN VÀ TOÀN DIỆN TẠI VIỆT NAM

*ThS. Trần Thị Thu Hương<sup>1</sup>*

### Thực trạng chung về phá thai tại Việt nam

Tỷ lệ phá thai ở Việt Nam hiện nay đang ở mức cao. Hàng năm có khoảng 500.000 ca phá thai được báo cáo chính thức từ khu vực y tế công lập<sup>2</sup>. Theo các số liệu báo cáo chính thức, số phá thai trung bình của phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi có gia đình là 2,5 lần năm 1996; 0,5 lần năm 1997; 0,6 lần 2002 và 0,8 lần 2003<sup>3</sup>. Phá thai ở Việt nam được coi là hợp pháp và được tiến hành tại hầu hết các cơ sở công lập (bao gồm bệnh viện, trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tuyến tỉnh và tuyến huyện và một số trạm y tế xã). Cùng với sự phát triển của y tế tư nhân, số lượng các ca phá thai ở khu vực này cũng ngày càng tăng lên. Lý do là khách hàng không muốn mất thời gian chờ đợi lâu và thích sự riêng tư, kín đáo. Nhìn chung, tỷ lệ áp dụng biện pháp tránh thai cao nhưng tỷ lệ thất bại cũng khá cao (hơn 50% trường hợp phá thai cho biết có sử dụng BPTT vào thời điểm trước khi có thai<sup>4</sup>).

### Thực trạng phá thai tại các cơ sở trước dự án

Theo báo cáo đánh giá được thực hiện bởi Dự án phá thai an toàn, toàn diện (dự án CAC) tại các cơ sở là BV Từ Dũ, BV Phụ sản Trung ương (năm 2001) và 2 tỉnh Đồng Nai và Hải Phòng (năm 2003), những tồn tại chính trong lĩnh vực phá thai bao gồm:

- Về phương diện chuyên môn: phương pháp phá thai bằng phương pháp nạo thai (dùng thìa nạo bằng kim loại) cho thai từ 6-12 tuần và Kovac để phá thai 3 tháng giữa vẫn là chủ yếu, giảm đau trong thủ thuật hầu như không được thực hiện. Ngoài ra, cơ sở vật chất đặc biệt là

dụng cụ dành cho phá thai bằng phương pháp hút chân không (bơm hút, ống hút...) còn thiếu thốn cũng như việc thực hành phòng chống nhiễm khuẩn còn kém.

- Sự liên kết giữa dịch vụ phụ phá thai với dịch vụ KHHGD còn thiếu sự chặt chẽ, cụ thể là tư vấn sau phá thai còn yếu và không đầy đủ, chăm sóc sau phá thai chưa được quan tâm, đặc biệt là việc cung cấp phương tiện tránh thai cho khách hàng sau phá thai còn yếu kém.

### Thế nào là mô hình phá thai an toàn và toàn diện?

Mô hình phá thai an toàn và toàn diện được hiểu là một mô hình không chỉ cung cấp kỹ thuật phá thai an toàn mà cả tư vấn, khống chế nhiễm khuẩn, chăm sóc sau phá thai đặc biệt là cung cấp biện pháp tránh thai (BPTT) sau phá thai. Ngoài ra mô hình còn quan tâm đến chất lượng dịch vụ phá thai, kết hợp dịch vụ phá thai với các dịch vụ SKSS khác, đặc biệt là dịch vụ KHHGD.

Mục tiêu của dự án CAC là xây dựng mô hình cung cấp dịch vụ phá thai an toàn, toàn diện chất lượng cao, lấy người phụ nữ làm trọng tâm ở các tuyến cung cấp CSSKSS từ trung ương đến tỉnh, huyện, xã. Mô hình có tính khả thi và có thể nhân rộng ra các tỉnh ngoài dự án.

<sup>1</sup> Khoa Nghiên cứu Dân số và Phát triển - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Niên giám thống kê y tế 2009

<sup>3</sup> Sedgh G, Henshaw, Singh S, Bankole A & Drescher J (2007). Legal abortion worldwide: Incidence and recent trends. *International Family Planning Perspectives*, 33 (3): 106-116

<sup>4</sup> Báo cáo của Bộ Y tế năm 2009

Các đối tác của Dự án bao gồm: Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em - Bộ Y tế, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Từ Dũ, thành phố Hải Phòng, tỉnh Đồng Nai và tổ chức Ipas (với vai trò hỗ trợ kỹ thuật). Dự án được tài trợ bởi Quỹ Ford và Tổ chức Ipas.

Thời gian tiến hành dự án từ 2001 đến tháng 6/2009 gồm 2 giai đoạn:

*Giai đoạn 1 (từ 2001 -2006) :* xây dựng mô hình dự án CAC bao gồm các bước như sau:

- Xây dựng mô hình tại 2 bệnh viện đầu ngành về sản phụ khoa (Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Từ Dũ), 2 cơ sở này đã trở thành Trung tâm đào tạo quốc gia và khu vực về dịch vụ phá thai an toàn;

- Xây dựng mô hình tại tuyến tỉnh tại Đồng Nai và Hải Phòng;

- Mở rộng mô hình đến tuyến huyện và xã của 2 tỉnh trên.

*Giai đoạn 2 (từ 2006 -2009):* nhân rộng mô hình dự án CAC tại 05 tỉnh: Bắc Ninh, Nam Định, Hưng Yên, Bà Rịa -Vũng Tàu, Khánh Hòa.

### **Các cấu phần của mô hình phá thai an toàn và toàn diện tại Việt nam**

- *Hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng chính sách cho phá thai an toàn, cụ thể là:*

- Xây dựng, ban hành chuẩn quốc gia (CQG) về phá thai an toàn theo Quyết định số 3367/QĐ-BYT ngày 12/9/2002, trong đó phá thai an toàn được coi là một cấu phần trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Xây dựng tài liệu đào tạo hướng dẫn CQG về phá thai an toàn được sử dụng trong phạm vi toàn quốc với các nội dung chính như sau:

- + Tư vấn về phá thai.

- + Các phương pháp phá thai, trong đó phương pháp hút chân không bằng tay, phương pháp phá thai bằng thuốc, phương pháp phá thai Nong và Gáp là các phương pháp phá thai an toàn mà mô hình dự án CAC đã áp dụng để dần thay thế cho phương pháp nong và nạo, Kovac.

- + Quy trình xử lý dụng cụ bơm hút thai chân không bằng tay 1 van và 2 van.

- Đưa dụng cụ hút thai chân không bằng tay vào “Định mức Thuốc thiết yếu và các vật tư tiêu hao trong các thủ thuật/ phẫu thuật KHHGD và phá thai an toàn”, tạo điều kiện cho các đơn vị công lập có cơ sở pháp lý trong việc mua sắm dụng cụ phục vụ kỹ thuật phá thai an toàn hàng năm.

- Đưa phá thai an toàn vào chương trình đào tạo nữ hộ sinh áp dụng cho tất cả các trường trung cấp y trong cả nước, nhằm góp phần tăng cường đội ngũ cán bộ y tế có khả năng cung cấp kỹ thuật phá thai an toàn.

- *Đào tạo nâng cao kỹ thuật*

- Đào tạo đội ngũ giảng viên quốc gia, giảng viên tuyến tỉnh về phá thai an toàn (theo CQG). Những giảng viên này đồng thời cũng được đào tạo kỹ năng giám sát và trở thành các giám sát viên tại cơ sở của mình và các cơ sở tuyến dưới.

- Hỗ trợ kinh phí cho các lớp đào tạo cán bộ cung cấp dịch vụ phá thai an toàn tuyến dưới về tất cả các kỹ năng: tư vấn, kỹ năng lâm sàng, khống chế nhiễm khuẩn.

- *Nâng cao chất lượng dịch vụ:* hướng dẫn các cơ sở cung cấp dịch vụ trong việc bố trí phòng ốc, phân luồng khách hàng, thái độ hành vi của người cung cấp dịch vụ (CCDV) đối với khách hàng.

- *Quản lý thông tin* (hồ sơ sổ sách) về dịch vụ phá thai tại từng cơ sở của dự án (nhằm phục vụ cho việc báo cáo hoạt động định kỳ của dự án).

- *Hoạt động giám sát và cầm tay chỉ việc:* được thực hiện định kỳ ở tất cả các khâu của mô hình (chất lượng dịch vụ, tư vấn, kỹ năng lâm sàng, khống chế nhiễm khuẩn...) để đảm bảo sự thành công của mô hình.

- *Nghiên cứu về dụng cụ mới trong phá thai an toàn tại Việt Nam* (nhằm đưa ra bằng chứng thuyết phục cho các nhà quản lý và những người CCDV): thực hiện nghiên cứu về tính an toàn của bơm hút MVA Plus và ống hút Easy Grip (thay cho bơm 2 van cũ) cho tuổi thai dưới 12

tuần cho 1000 trường hợp hút thai tại Bệnh viện Từ Dũ và Bệnh viện Phụ sản Trung ương, kết quả nghiên cứu đã được Bộ Y tế phê duyệt.

- *Nhân rộng mô hình:* hỗ trợ Bộ Y tế nhân rộng mô hình dự án sang các tỉnh ngoài dự án.

### **Các thay đổi tích cực do dự án mang lại**

- *Áp dụng kỹ thuật phá thai an toàn làm giảm thiểu tối đa các tai biến do phá thai không an toàn:*

- Phá thai bằng phương pháp hút chân không (MVA), phá thai bằng thuốc (MA), phá thai bằng phương pháp Nong và Gấp (D&E) đã được sử dụng để thay thế hoàn toàn các biện pháp ít an toàn như nong và nạo, Kovac tại tất cả các cơ sở của dự án và còn được nhân rộng ra các tỉnh ngoài dự án.

- Mô thai được kiểm tra sau hút thai để đảm bảo không hút sót.

- Tiến hành giảm đau trong thủ thuật.

- Các dụng cụ kim loại (thìa nạo) được thay thế bằng dụng cụ nhựa (bơm hút chân không và ống hút), an toàn cho khách hàng và thuận tiện cho người cung cấp dịch vụ.

- Quy trình xử lý dụng cụ chuẩn được áp dụng.

- *Tăng cường công tác tư vấn*

- Đảm bảo khách hàng được tư vấn đầy đủ, bao gồm tư vấn trước, trong và sau thủ thuật.

- Tư vấn tốt về các BPTT sau phá thai làm giảm tỷ lệ thất bại khi sử dụng BPTT và tỷ lệ phá thai lặp lại.

- *Chất lượng dịch vụ:*

- Khu vực chờ làm thủ tục và phục hồi của khách hàng được bố trí hợp lý và thuận tiện.

- Thời gian chờ đợi của khách hàng giảm.

- Thái độ hành vi của người CCDV đối với khách hàng: tôn trọng, đảm bảo tính riêng tư, không áp đặt.

- *Tăng cường mối liên kết giữa dịch vụ phá thai với các dịch vụ SKSS khác và KHHGD:*

- Sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS.

- Tạo dịch vụ “Góc thân thiện” cho khách hàng là vị thành niên.

- Cung cấp BPTT sau phá thai (tạo mối liên kết giữa y tế và dân số tại từng tỉnh, nhằm đảm bảo sự sẵn có của các BPTT tại các cơ sở cung cấp dịch vụ), làm tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai sau phá thai tại các cơ sở dự án CAC từ 5-10% năm 2002 lên 75 % năm 2004<sup>5</sup>.

### **Bài học kinh nghiệm của dự án CAC**

Mô hình dự án CAC đã được các đối tác trong dự án đánh giá cao về những thay đổi mà nó đem lại. Có được thành công trên trước hết phải kể đến là vai trò điều phối và cam kết hỗ trợ mạnh mẽ của chính quyền các cấp từ Bộ Y tế đến các địa phương và có sự phối kết hợp chặt chẽ giữa các bên tham gia Dự án trên cơ sở mối quan hệ đối tác. Thêm vào đó là vai trò của 2 bệnh viện sản phụ khoa đầu ngành trong việc hỗ trợ và chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới. Cũng chính nhờ việc phân cấp cho tuyến dưới đã làm tăng cường tính chủ động của các đơn vị tham gia dự án, tạo ra những thay đổi tích cực bằng chính những giải pháp của cơ sở, tối đa hóa hiệu quả của các nguồn lực. Nói một cách cụ thể hơn thì các thành tố quan trọng quyết định cho sự thành công của dự án CAC là: sự ủng hộ và cam kết của các nhà quản lý, tập huấn kết hợp với trang bị dụng cụ đầy đủ, giám sát và tự giám sát.

Dự án CAC đã kết thúc tại Việt nam vào tháng 6 năm 2009 nhưng cho đến nay Bộ Y tế đã và đang nhân rộng mô hình phá thai an toàn này ra hầu hết các tỉnh trên toàn quốc. Ngoài ra, mô hình dự án phá thai an toàn ở Việt Nam cũng đã được các nước bạn như Nepal, Campuchia, Bắc Triều Tiên học tập và áp dụng.

Tuy nhiên do hạn chế về nguồn lực mà mô hình dự án CAC chưa vươn rộng tới được khu vực tư nhân, nơi thu hút ngày một đông lượng khách hàng đến phá thai. Chính vì vậy, cần có sự nỗ lực của Bộ Y tế trong việc áp dụng mô hình phá thai an toàn và toàn diện tới khu vực y tế tư nhân trong thời gian tới.

<sup>5</sup> Theo báo cáo của Tổ chức Ipas

## NGHIÊN CỨU SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN TẠI MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

ThS Trần Thị Hồng Cẩm và cộng sự<sup>1</sup>

Sự hài lòng của bệnh nhân là một chỉ số quan trọng trong đánh giá chất lượng và hiệu quả hoạt động đối với mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung cũng như các cơ sở khám chữa bệnh nói riêng. Để cải thiện chất lượng và hiệu quả trong cung ứng dịch vụ y tế, người ta thường thực hiện đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân. Rất nhiều nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng cho thấy sự phản hồi của bệnh nhân giúp cho hệ thống và dịch vụ y tế được cải thiện hơn [5]. Năm 1995, Draper và Hill thấy rằng đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân giúp tăng khả năng tiếp cận và hiệu quả dịch vụ y tế [4]. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân còn giúp cải cách hệ thống, cơ cấu tổ chức cung ứng dịch vụ của hệ thống y tế [10]. Ngoài ra đánh giá về mức độ hài lòng của bệnh nhân cũng có tác dụng trong việc thay đổi quy trình làm việc, thái độ của cán bộ y tế [4]. Có thể thấy, việc đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân ngày càng có vai trò quan trọng đối với việc nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) [1].

Hiện nay, sự hài lòng của người bệnh đã trở thành chủ đề quan tâm của nhiều nhà nghiên cứu, nhà quản lý trên thế giới. Tổng quan tài liệu nghiên cứu cho thấy ngày càng có nhiều nghiên cứu tại các quốc gia về vấn đề này. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đều gặp phải thách thức chung, đó là thiếu định nghĩa được chấp nhận trên toàn cầu về sự hài lòng cũng như phương pháp đo lường. Có thể chia các đánh giá về sự hài lòng của người bệnh theo hai phương diện: hài lòng đối với chất lượng và loại hình dịch vụ mà bệnh nhân đã được thụ hưởng và hài lòng về chất lượng của cả hệ thống y tế nói chung. Dù ở phương diện nào thì hai phương diện nghiên cứu

nêu trên đều quan trọng cho cả bệnh nhân và hệ thống y tế bởi các lý do: Bệnh nhân khi hài lòng sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn, hợp tác tốt hơn với thầy thuốc, ảnh hưởng tích cực đến kết quả điều trị và các kết quả nghiên cứu về hệ thống y tế sẽ cung cấp các bằng chứng để hoàn thiện mạng lưới, cải thiện tình trạng cung ứng dịch vụ, giảm chi phí KCB, góp phần thực hiện tốt nhiệm vụ CSSKND.

Trong giới hạn của bài viết này, tác giả xin trình bày khái lược về khái niệm sự hài lòng, phương pháp, nội dung, công cụ nghiên cứu và các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân qua tổng quan kết quả các nghiên cứu trên thế giới về chủ đề này.

### Khái niệm về sự hài lòng của bệnh nhân

Có nhiều quan điểm khác nhau về khái niệm “hài lòng”. Nghiên cứu Meta Analysis của Lis Gill và cộng sự đã kết luận rằng, không chỉ trong chăm sóc sức khỏe, khái niệm “hài lòng” trong mọi lĩnh vực đều rất phức tạp. Nó là một khái niệm đa chiều, còn chưa được định nghĩa thống nhất [7]: *hài lòng là phản ứng của người tiêu dùng khi được đáp ứng mong muốn* (Oliver, 1997) hay *hài lòng là phản ứng của khách hàng về sự khác biệt giữa mong muốn và mức độ cảm nhận sau khi sử dụng dịch vụ* (Tse và Wilton, 1988). Như vậy, *hài lòng là hàm của sự khác biệt giữa kết quả nhận được và kỳ vọng* (Kotler, 2001). Còn Parasuraman và cộng sự (1993), thì cho rằng *hài lòng của khách hàng là*

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

đánh giá của khách hàng về một sản phẩm hay dịch vụ đã đáp ứng được những nhu cầu và mong đợi của khách hàng. Có thể thấy sự hài lòng của khách hàng tùy thuộc vào hiệu quả hay lợi ích của sản phẩm dịch vụ mang lại so với những gì mà họ đang kỳ vọng. Khách hàng có thể có những cấp độ hài lòng khác nhau. Nếu hiệu quả sản phẩm dịch vụ mang lại thấp hơn so với kỳ vọng, khách hàng sẽ bất mãn. Khách hàng sẽ chỉ hài lòng nếu hiệu quả sản phẩm dịch vụ khớp với các kỳ vọng. Nếu hiệu quả sản phẩm dịch vụ mang lại cao hơn cả kỳ vọng, khách hàng sẽ hết sức hài lòng, vui mừng.

Khái niệm “*Sự hài lòng trong chăm sóc sức khỏe*” bắt đầu xuất hiện từ năm 1957, khi Abdellah và Levine nghiên cứu sự hài lòng của bệnh nhân ở độ tuổi 50. Tới nay, đã có hàng nghìn ấn phẩm viết về sự hài lòng của bệnh nhân. Ban đầu các nghiên cứu chủ yếu là xây dựng công cụ đánh giá sự hài lòng. Sau đó, nghiên cứu tập trung làm rõ các khái niệm và cấu phần tạo nên sự hài lòng của bệnh nhân. Các nghiên cứu cũng tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ hài lòng với chất lượng dịch vụ y tế và các yếu tố địa lý, xã hội, nhân khẩu học tác động đến sự hài lòng của bệnh nhân [6].

Cũng giống như khái niệm “hài lòng” ở mọi lĩnh vực khác, có thể thấy sự hài lòng của người bệnh là một khái niệm khó đo lường và phiên giải do sự hài lòng của người bệnh gồm rất nhiều cấu phần mang tính chủ quan của người đánh giá (bị ảnh hưởng bởi sự mong đợi, nhu cầu và ước muốn của cá nhân). Do vậy giới nghiên cứu vẫn chưa đưa ra được một định nghĩa đồng thuận về hài lòng của người bệnh trong chăm sóc sức khỏe.

Hiện nay, khái niệm về sự hài lòng của bệnh nhân thường được các nghiên cứu đề cập đến là: “*Sự hài lòng của bệnh nhân là sự tích hợp giữa việc cảm nhận về chất lượng dịch vụ y tế mà họ thực sự được nhận và kinh nghiệm sẵn có hay kỳ vọng của họ. Những bệnh nhân nhận được dịch vụ cao hơn kỳ vọng (từ kinh nghiệm sẵn có) sẽ*

*hài lòng. Ngược lại bệnh nhân nhận được dịch vụ thấp hơn so với kinh nghiệm của họ sẽ không hài lòng*” [11].

Tổng quan tài liệu cho thấy, *sự hài lòng của người bệnh gồm có nhiều thành tố*. Đến nay cũng chưa có sự thống nhất tuyệt đối trong cách phân loại các thành tố. Theo Davis và Hobbs (1989) thì hài lòng của người bệnh thường có ít nhất là 3 thành tố, đó là:

- Khả năng tiếp cận dịch vụ (đấu hiệu, chỉ dẫn hướng đến các khu vực, thời gian chờ đợi, giờ phục vụ...)
- Môi trường cơ sở vật chất (sạch sẽ, yên tĩnh/ôn, điều kiện cơ sở vật chất, không gian)
- Được chăm sóc/điều trị như thế nào (các khía cạnh về con người, lâm sàng và kết quả điều trị)

**Về phương pháp thu thập thông tin:** Trong các nghiên cứu về sự hài lòng của bệnh nhân, điều tra định lượng là phương pháp chính được sử dụng để thu thập thông tin. Phương pháp nghiên cứu định tính thường được sử dụng để bổ sung thông tin cho phương pháp định lượng. Mỗi phương pháp đều có các điểm mạnh và điểm yếu riêng liên quan đến tỷ lệ phản hồi, nguồn lực về thời gian và kinh phí dành cho điều tra. Số liệu cho thấy tỷ lệ trả lời của các nghiên cứu sử dụng phỏng vấn trực tiếp (qua điện thoại hoặc gặp mặt trực tiếp) đối với bệnh nhân cao hơn hình thức gián tiếp (qua thư điện tử) khoảng 30%. Tuy nhiên, điều tra qua thư điện tử lại ít tốn kém nhất, và chỉ áp dụng được ở một số nước. Tài liệu hướng dẫn các phương pháp đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân đã tổng hợp và giới thiệu một số phương pháp thường được sử dụng như sau [12]:

- *Thảo luận nhóm:* giúp phát hiện vấn đề và tìm giải pháp; thông tin thu được chi tiết, cụ thể; có thể thu được những kinh nghiệm đặc biệt của từng cá nhân; giúp phiên giải kết quả định lượng. Nhưng điểm yếu của phương pháp này là số liệu không đại diện và chất lượng thông tin bị ảnh



hưởng bởi người điều phối.

- *Phỏng vấn trực tiếp*: ưu điểm là có thể trao đổi trực tiếp với bệnh nhân. Phiếu phỏng vấn được thu lại đầy đủ hơn phương pháp gửi thư hoặc email. Phỏng vấn viên có thể giải thích những điểm chưa được hiểu rõ trong bộ câu hỏi. Tuy nhiên phương pháp này không phù hợp với cỡ mẫu lớn vì đòi hỏi nguồn lực lớn dành cho phỏng vấn. Bên cạnh đó thời gian để phỏng vấn người bệnh sẽ bị hạn chế nên cũng khó thực hiện. Với những đánh giá trong thời gian bệnh nhân còn đang điều trị khó thu được thông tin chính xác vì bị nhiễu do tác động từ đơn vị cung cấp dịch vụ.

- *Bộ câu hỏi tự điền*: Số liệu thu thập có ý nghĩa đại diện. Nhưng cần phải xây dựng bộ câu hỏi dễ hiểu, dễ trả lời vì không có khả năng giải thích ý nghĩa câu hỏi cho người trả lời.

- *Phỏng vấn qua thư*: Bộ câu hỏi cần rõ ràng, dễ hiểu, dễ điền thông tin. Phương pháp này cũng thường được sử dụng vì người trả lời giấu tên, đã hoàn thành quá trình sử dụng dịch vụ, có nhiều thời gian để trả lời câu hỏi. Tuy nhiên nhược điểm là không thể giải thích, trao đổi ý kiến với bệnh nhân và tỷ lệ người phản hồi thấp.

- *Phỏng vấn qua email*: dễ dàng trao đổi thông tin hơn gửi thư nhưng lại hạn chế với những khu vực không có máy tính và Internet.

- *Phỏng vấn qua điện thoại*: có trao đổi trực tiếp được với bệnh nhân nhưng mức độ tương tác thấp hơn so với phỏng vấn trực tiếp. Tỷ lệ từ chối cũng khá cao và thời gian phỏng vấn cũng bị hạn chế.

- *Phỏng vấn những người chủ chốt, quan trọng*: Những người này được giả định là hiểu rõ nhu cầu của cộng đồng, xã hội. Nhưng số liệu dễ bị sai lệch vì họ thường phóng đại vấn đề mà họ cho là quan trọng.

- *Quan sát kín đáo*: Phương pháp này cung cấp những đánh giá chính xác về chất lượng dịch vụ. Tuy nhiên sự đánh giá đôi khi có sai số

vì số liệu dựa trên sự quan sát và đánh giá của một người quan sát.

- *Lấy ý kiến của hội đồng bệnh nhân*: Phương pháp này có thể đưa ra những đánh giá về quy trình, cấu trúc hệ thống chăm sóc y tế tạo ra sự hài lòng hoặc không hài lòng của bệnh nhân. Thông tin thu được là những đánh giá, ý kiến trong khoảng thời gian dài. Có thể cung cấp cả những thông tin liên quan đến sự hài lòng ở những khu vực phi y tế (nơi ở, phương tiện đi lại, dịch vụ ăn uống...). Nhược điểm là số lượng mẫu ít và đối tượng không có kinh nghiệm thực tế trong những tình huống cụ thể.

- *Lấy ý kiến của chuyên gia*: Giúp đưa ra những ý kiến đánh giá đại diện cho cộng đồng. Họ là những người có kinh nghiệm nên có khả năng hỗ trợ nghiên cứu đưa ra những giải pháp giải quyết tình huống. Tuy nhiên, vì kiến thức, quan điểm của đối tượng thường khác nhau nên khó tìm được những nhận xét, giải pháp, xu thế chung về một vấn đề.

- *Xem xét kiểu nại của bệnh nhân*: Khiếu nại cần được xem xét ở tất cả các mức độ khác nhau: từ những phản ứng trực tiếp, đến những khiếu nại nội bộ và khiếu nại với cơ quan cấp trên. Đây là phương pháp sớm nhất để cảnh báo cho hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Nhược điểm của phương pháp này là khó thu thập thông tin vì nhiều bệnh nhân lo ngại việc khiếu nại sẽ làm cho họ khó khăn sử dụng dịch vụ lần sau.

**Nội dung nghiên cứu** sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc sức khỏe thường tập trung vào các khía cạnh: Sự đón tiếp; Thủ tục vào và ra viện; Vệ sinh bệnh viện; Các dịch vụ điều dưỡng, khám bệnh và điều trị của nhân viên y tế. Trong đó tập trung vào các đặc điểm của những nhân viên y tế quan trọng như bác sỹ, y tá, nữ hộ sinh. Đây là những người giữ những vai trò hết sức quan trọng, họ có nhiệm vụ tiếp nhận người bệnh, khám và chẩn đoán bệnh, kê đơn, theo dõi quá trình điều trị, tiến triển bệnh, tạo tinh thần lạc quan yêu đời cho bệnh nhân làm người bệnh có thể phục hồi trong thời gian sớm nhất.

**Công cụ nghiên cứu sự hài lòng:**

Hiện nay trên thế giới có nhiều mô hình nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc sức khỏe. Mặc dù các mô hình này cũng có nhiều điểm tương đồng, tuy nhiên cũng chưa có mô hình thống nhất đánh giá sự hài lòng người bệnh.

Một số nước phát triển đã xây dựng và chuẩn hóa các bảng hỏi về sự hài lòng của bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu tự phát triển các bảng hỏi theo mục đích nghiên cứu của mình dựa trên mục tiêu và phạm vi đánh giá. Tùy theo từng loại hình điều trị hay loại bệnh có liên quan mà các nhà nghiên cứu điều chỉnh các bảng hỏi đó cho phù hợp. Ví dụ trong lĩnh vực ung thư, tổng quan tài liệu trong nghiên cứu của Emmanuel cho thấy có tới 36 công cụ khác nhau để đánh giá mức độ hài lòng [6]. Công cụ đánh giá cũng thay đổi cho từng nước, từng điều kiện kinh tế xã hội và văn hóa.

Thang đo Likert (5 cấp độ từ rất tốt đến tốt, bình thường, kém, rất kém) được đánh giá là phù hợp hơn cả để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân.

Năm 1985, Parasuraman và cộng sự đã đề xuất mô hình năm khoảng cách chất lượng dịch vụ, cùng với thang đo SERVQUAL được nhiều nhà nghiên cứu cho là khá toàn diện (Svensson 2002). Đây là một công cụ đo lường hỗn hợp, dùng để đo lường chất lượng dịch vụ cảm nhận. Thông qua các kiểm tra thực nghiệm với bộ thang đo và các nghiên cứu lý thuyết khác nhau, Parasuraman và cộng sự khẳng định rằng SERVQUAL là bộ công cụ đo lường chất lượng dịch vụ tin cậy và chính xác (Parasuraman và cộng sự, 1985; 1988; 1991; 1993). Họ cũng khẳng định rằng bộ thang đo có thể ứng dụng cho các bối cảnh dịch vụ khác nhau (Parasuraman và cộng sự, 1988), dù đôi khi cần phải diễn đạt lại hoặc bổ sung thêm một số phát biểu.

Trong mô hình này, SERVQUAL chứa 22 cặp của các khoản mục đo theo thang điểm Likert để đo lường riêng biệt những mong đợi và

cảm nhận thực tế của khách hàng về chất lượng dịch vụ. Việc đo lường chất lượng dịch vụ được thực hiện bằng tính toán các điểm số khác biệt giữa cảm nhận và mong đợi trong mỗi khoản mục tương ứng.

Theo mô hình SERVQUAL, chất lượng dịch vụ được xác định bằng công thức: **Chất lượng dịch vụ = Mức độ cảm nhận - Giá trị kỳ vọng**. Mô hình năm thành phần SERVQUAL đã được sử dụng rộng rãi trong rất nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của khách hàng (Asubonteng et al., 1996; Buttle, 1996; Robinson, 1999).

Tuy nhiên, công cụ SERVQUAL được các nhà nghiên cứu đánh giá là đặc trưng cho việc đo lường chất lượng chức năng nhưng lại hạn chế ở điểm không đo lường được sự hài lòng của người bệnh với kết quả chăm sóc sức khỏe. [1]

Mô hình của Ward và cộng sự (2005) được xem là mô hình đánh giá trực tiếp hơn sự hài lòng của khách hàng về chất lượng dịch vụ bao gồm 4 khía cạnh:

- *Sự tiếp cận*: người bệnh nhận được các dịch vụ chấp nhận được về giá cả và đúng lúc, bao gồm đặt lịch hẹn, thời gian chờ đợi, chi phí, thủ tục thanh toán bảo hiểm... Khái niệm "sự đáp ứng" trong mô hình SERVQUAL cũng nằm trong khía cạnh này.

- *Kết quả*: Sự thay đổi về tình trạng sức khỏe của người bệnh trước và sau khi ra viện.

- *Giao tiếp và tương tác*: người bệnh liên tục được chăm sóc với thái độ tốt, biểu hiện qua việc các nhân viên, bác sĩ có thái độ hòa nhã, thân thiện với người bệnh, sẵn sàng giúp đỡ và có thái độ cảm thông với người bệnh. Như vậy, các khía cạnh "sự cảm thông" và "sự đảm bảo" của mô hình SERVQUAL cũng được thể hiện ở khía cạnh này của mô hình này.

- *Những yếu tố hữu hình*: người bệnh được điều trị với cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, con người theo nhu cầu của họ biểu hiện ở sự thuận tiện, sạch sẽ của cơ sở vật chất, trang thiết bị, sự sẵn có của các dụng cụ y tế,... [1]

*Về các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng* của người sử dụng dịch vụ y tế: mỗi người bệnh hay khách hàng nhận thức về sự hài lòng khác nhau phụ thuộc vào các đặc điểm cá nhân của họ và phụ thuộc vào từng hệ thống chăm sóc sức khỏe. Có thể chia các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh thành hai nhóm sau:

- *Đặc điểm của người bệnh, gồm:* đặc điểm nhân khẩu, xã hội; mong đợi (quan niệm về giá trị, chuẩn mực trong giao tiếp giữa bệnh nhân với thầy thuốc, quan niệm về quyền hạn, nghĩa vụ của bệnh nhân trước và sau khi gặp thầy thuốc); tình trạng bệnh tật.

- *Các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế hoặc cơ sở y tế:* Loại hình cung cấp dịch vụ (theo các tuyến; theo loại dịch vụ; theo hình thức điều trị: nội trú, ngoại trú hay cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu); Mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân (là yếu tố thuộc nhóm tương quan đến hệ thống y tế có ảnh hưởng quan trọng đến sự hài lòng của bệnh nhân). Các chỉ số được khai thác bao gồm: thời gian khám, tư vấn, kỹ năng giao tiếp của thầy thuốc, kỹ năng hỏi về bệnh sử, kỹ năng trao đổi, phản hồi thông tin cho người bệnh, thái độ của thầy thuốc...; Cách thức tổ chức và cung ứng dịch vụ của cơ sở y tế (thủ tục hành chính, điều kiện vệ sinh môi trường, cơ sở vật chất, trang thiết bị và cơ chế chi trả).

***Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh***

Kết quả nghiên cứu của Bleich và cộng sự về các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh tại 21 quốc gia châu Âu cho thấy mức độ hài lòng của người sử dụng dịch vụ đối với hệ thống y tế khá cao. Ở 16/21 quốc gia này, hơn 50% người trả lời cho biết rất hài lòng hoặc khá hài lòng đối với hệ thống y tế. Tuy nhiên, vẫn có sự khác nhau về mức độ hài lòng ở nhóm quốc gia có cùng bối cảnh. Ví dụ như Ý và Tây Ban Nha là hai nước có hệ thống y tế khá tương đồng với bảo hiểm y tế toàn dân, tài chính công thông qua thuế, thầy thuốc bệnh viện được trả lương.

Tuy nhiên chỉ 10,8% người Tây Ban Nha cho biết rất hài lòng với hệ thống y tế trong khi ở Áo là 70,4%. [2]

Các yếu tố liên quan đến kinh nghiệm trực tiếp của người bệnh về tính đáp ứng của hệ thống (theo phân loại của WHO gồm 8 yếu tố: được tự quyết định/không phải lệ thuộc trong quyết định của mình (autonomy), được lựa chọn (choices), tính bí mật (confidentiality), được quan tâm đáp ứng/thời gian chờ đợi, (prompt attention), giá trị của người bệnh (dignity), vệ sinh cơ sở y tế, thông tin và phản hồi (communication) đều có tương quan có ý nghĩa thống kê đối với sự hài lòng về hệ thống y tế ngoại trừ yếu tố đảm bảo tính bí mật.

*Tổng quan các kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng:*

- Có sự tương quan giữa nhóm tuổi đối với sự hài lòng. Mức độ hài lòng ở những người > 70 tuổi cao hơn những người trong nhóm 18-29 tuổi.

- Về học vấn của người trả lời cũng có sự tương quan có ý nghĩa thống kê. Người có học vấn ở mức đại học thì kém hài lòng hơn những người có mức học vấn thấp hơn.

- Có sự tương quan tỷ lệ thuận giữa GDP bình quân đầu người và sự hài lòng.

- Về tình trạng bệnh: người đang ở mức độ sức khỏe tốt nhất hài lòng với hệ thống y tế hơn người đang ốm hay ốm nặng.

- Mức hài lòng ở bệnh nhân ngoại trú cao hơn ở bệnh nhân nội trú, bệnh nhân được cơ sở y tế tư cung cấp dịch vụ kém hài lòng hơn so với bệnh nhân được KCB tại cơ sở y tế công.

- Có sự tương quan giữa loại bệnh được điều trị và sự hài lòng của bệnh nhân: Ví dụ mức độ hài lòng của người được tiểu phẫu hay điều trị bệnh tim mạch cao hơn ở những bệnh nhân bị tiêu chảy nặng.

- Tâm trạng (vui, buồn) của người bệnh ảnh hưởng đến sự hài lòng của họ.

- Một vài nghiên cứu nhận thấy các đặc điểm của bệnh viện cũng có liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân, chẳng hạn như sự khác nhau giữa các loại hình dịch vụ của bệnh viện. Hầu hết bệnh nhân sản khoa, ngoại khoa hài lòng với các cơ sở y tế cao hơn các bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa. Một số đặc điểm khác của cơ sở y tế cũng có liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân bao gồm: bệnh viện có đào tạo/có sinh viên thực tập hay không, vị trí địa lý của bệnh viện...

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Đức Thành, *Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện tỉnh Hòa Bình*, Hà Nội, 2006
2. Bleich SN, Ozaltin E & Murray JL., 2009. *How does satisfaction with the health-care system relate to patient experiences? Bulletin of the World Health Organization* 87: 271-278. doi: 10.2471/BLT.07.050401
3. Draper, M., & Hill, S. 1995, *The role of patient satisfaction in surveys in a national approach to hospital quality management*. Commonwealth Department of Health and Family Services, Canberra.
4. Draper, M., 1997. *Involving consumer in improving hospital care: lessons from Australian hospitals*. Commonwealth Department of Health and Family Services.
5. England, S., & Evans, J., 1992, 'Patients' choices and perceptions after an invitation to participation in treatment decisions, *Social Science Medicine*, 34:1217-1225.
6. Emmanuel Kabengele Mpinga, Philippe Chastonay (2011), *Patient Satisfaction Studies and the Monitoring of the Right to Health: Some Thoughts Based on a Review of the Literature*, *Global Journal of Health Science* vol 3(1)
7. Gill L, White L. (2009). *A critical review of patient satisfaction*. *Leadership in Health Services*, 22(1): 8-19.
8. R Crow, H Gage, S Hampson, J Hart, A Kimber, L Storey, H Thomas. 2002. *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. *Health Technology Assessment* 2002; Vol. 6: No. 32
9. Judith K, Sara Banks. *Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction: A Review of Survey Methods and Statistical Approaches*
10. Ovretveit J., 1998. *Evaluating health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organisational interventions*. Buckingham: Open University Press.
11. Wolosin RJ. (2005). *The Voice of the patient: A national representative study of satisfaction with family physicians*. *Q Manage Health Care*, 14(3):155-164.
12. *Irish Society for Quality and Safety in Healthcare* (2003), *Measurement of Patient Satisfaction Guidelines*.

## VIỆN CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ NHỮNG CHẶNG ĐƯỜNG PHÁT TRIỂN

*Ban Biên tập*

**V**iện Chiến lược và Chính sách Y tế là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế được thành lập theo Quyết định số 230/1998/QĐ-TTg ngày 30 tháng 11 năm 1998 của Thủ tướng Chính phủ. Trải qua hơn một phần tư thế kỷ, kể từ khi tổ chức tiền thân đầu tiên *Trung tâm Nghiên cứu nâng cao chất lượng đào tạo nhân lực y tế* được thành lập (1986); Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã không ngừng lớn mạnh với những chuyển biến trên mọi phương diện: từ cơ sở vật chất, điều kiện làm việc đến mô hình tổ chức, nhân lực cùng những đóng góp trong phát triển chiến lược, chính sách về bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Vào cuối những năm 80 của thế kỷ XX, xuất phát từ nhu cầu đổi mới đào tạo nhân lực y tế trên thế giới và ở trong nước, *Trung tâm Nghiên cứu nâng cao chất lượng đào tạo cán bộ y tế* đã được thành lập do Giáo sư Hoàng Đình Cầu, Thứ trưởng Bộ Y tế kiêm Hiệu trưởng Trường Đại học Y khoa Hà Nội làm Giám đốc.

Bước sang thập kỷ 90, trước những đòi hỏi về đổi mới hệ thống y tế; *Trung tâm Nghiên cứu nâng cao chất lượng đào tạo cán bộ y tế* đã được đổi tên và nâng tầm thành *Trung tâm Nhân lực Y tế* trực thuộc Bộ Y tế theo phương châm đổi mới hệ thống Y tế bắt đầu từ đổi mới nhân lực y tế. Trung tâm do Giáo sư, Viện sĩ Phạm Song, Bộ trưởng Bộ Y tế kiêm Giám đốc.

Năm 1996, *Trung tâm Nhân lực Y tế* được đổi tên thành *Trung tâm Xã hội học Y tế* theo Quyết định số 1190 của Bộ trưởng Bộ Y tế do GS. TS Nguyễn Văn Thường, Thứ trưởng Bộ Y tế, Cục trưởng Cục Quân y kiêm Giám đốc. Sự ra đời của Trung tâm Xã hội học xuất phát từ nhu cầu

đổi mới về nghiên cứu phát triển hệ thống y tế phải gắn liền với từng bối cảnh xã hội cụ thể. Do vậy khi triển khai những nghiên cứu về các lĩnh vực khác nhau trong hệ thống y tế không chỉ đơn thuần dựa theo phương pháp tiếp cận của các ngành khoa học Y, Dược, Y tế công cộng như trước đây mà cần phải có cách tiếp cận liên ngành với việc vận dụng tri thức của các ngành khoa học Xã hội nhân văn mà trước hết là Xã hội học.

Từ năm 1998, xuất phát từ vai trò và tầm quan trọng của việc “*Xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng (Evidence-Based Policy: EBP)*” đã được ghi nhận tại nhiều nước trên thế giới, *Viện Chiến lược và Chính sách Y tế* được thành lập trên cơ sở tổ chức lại Trung tâm Xã hội học Y tế nhằm thực hiện sứ mệnh cung cấp các bằng chứng cho việc hoạch định chính sách phát triển hệ thống y tế ở nước ta trong bối cảnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và hội nhập quốc tế.

Hơn 10 năm qua, cơ cấu tổ chức và nhân lực của Viện đã không ngừng được củng cố, kiện toàn và tăng cường về số lượng, đặc biệt là nhân lực cho các khoa chuyên môn. Hiện tại ngoài Ban Lãnh đạo, Hội đồng Khoa học, Viện có 4 phòng, 7 khoa và Tạp chí Chính sách Y tế với tổng số 59 cán bộ, viên chức, hợp đồng lao động.

Kể từ khi thành lập đến nay, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế luôn là một tập thể đoàn kết, thống nhất, cùng nhau nỗ lực phấn đấu, vượt qua khó khăn để hoàn thành các nhiệm vụ được giao. Hiện Viện có 31 cán bộ viên chức đã hoàn thành các chương trình đào tạo sau đại học bao gồm 19 thạc sĩ và 12 tiến sĩ. Sau hơn 10 năm,

Viện đã thực hiện được hơn 160 đề tài nghiên cứu khoa học trong đó có 1 đề tài cấp Nhà nước, 1 đề tài phối hợp với Cục Quân y, Bộ Quốc phòng được trao tặng giải thưởng Hồ Chí Minh cùng hàng chục các đề tài cấp Bộ và tương đương... Viện cũng đã cung cấp bằng chứng cho việc ban hành 5 văn bản chỉ đạo của Đảng, 6 Luật của Quốc hội và hàng chục văn bản quy phạm pháp luật của Chính phủ, của Ngành về lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Ngoài ra Viện còn thường xuyên tổ chức các hội thảo, diễn đàn tư vấn về chính sách y tế với sự tham gia của các cán bộ quản lý trong ngành Y tế, đại diện nhiều Bộ/ngành liên quan cùng các chuyên gia trong nước và quốc tế... Mỗi quan hệ hợp tác về nghiên cứu khoa học, phát triển chính sách Y tế giữa Viện với các đối tác trong nước và quốc tế đã ngày càng được mở rộng... Viện đã và đang từng bước vững chắc nâng cao uy tín, vị thế khoa học, tạo dựng được niềm tin không chỉ với các cơ quan nghiên cứu khoa học, các đơn vị quản lý trong và ngoài Ngành mà còn cả với nhiều đối tác quốc tế. Một nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới triển khai năm 2012 ở 6 nước, trong đó có Việt Nam đã ghi nhận Viện là một trong 2 Viện nghiên cứu có nhiều đóng góp hữu ích cho việc phát triển chính sách y tế.

Đảng Ủy, Lãnh đạo Viện luôn chú trọng việc xây dựng, tổ chức triển khai và duy trì các phong trào thi đua do Bộ Y tế và Công đoàn Y tế Việt Nam phát động. Nội dung, tiêu chí thi đua được phổ biến đến các khoa, phòng; có kiểm tra và sơ kết khen thưởng kịp thời các cá nhân và tập thể đã có thành tích xuất sắc. Công tác thi đua đã thực sự có tác dụng thúc đẩy phong trào lao động giỏi, nâng cao tinh thần trách nhiệm đạt hiệu quả cao trong công tác; sáng tạo, năng động trong công tác nghiên cứu cũng như đoàn kết nội bộ, nghiêm chỉnh thực hành tiết kiệm,

chống tham ô, lãng phí, và các tệ nạn xã hội khác. Chính nhờ sự đoàn kết nội bộ mà trong những năm qua, nhiều cá nhân trong Viện đã được tặng thưởng các danh hiệu thi đua cao quý của Nhà nước, Chính phủ và của ngành Y tế. Tổ chức cơ sở đảng của Viện liên tiếp đạt danh hiệu trong sạch, vững mạnh qua các năm. Tổ chức công đoàn của Viện cũng đã nhiều năm liên được nhận Bằng khen và Cờ thi đua của Công đoàn Y tế Việt Nam.

Để có được những thành tích nêu trên, thời gian qua, Viện đã thường xuyên nhận được sự quan tâm chỉ đạo sát sao của lãnh đạo Bộ Y tế, sự hỗ trợ, hợp tác nhiệt tình và có hiệu quả của các cơ quan trong và ngoài Ngành cùng các địa phương, các tổ chức quốc tế.

Trong thời gian tới, do những biến đổi của tình hình kinh tế - xã hội trong nước và quốc tế, chắc chắn sự nghiệp Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân ở nước ta sẽ đứng trước nhiều thời cơ cũng như những thách thức mới. Trong bối cảnh đó, việc không ngừng hoàn thiện chính sách Y tế là một đòi hỏi tất yếu. Bởi vậy, trách nhiệm của Viện trong việc cung cấp bằng chứng và tư vấn phản biện nhằm hoàn thiện hệ thống Y tế sẽ ngày càng nặng nề hơn. Để hoàn thành trọng trách của mình, tập thể cán bộ, viên chức trong Viện luôn phấn đấu nâng cao hơn nữa trình độ chuyên môn nghiệp vụ để nắm bắt những vấn đề mới nảy sinh, cung cấp bằng chứng khoa học, bám sát thực tế, kịp thời tham mưu chính xác cho Bộ trong hoạch định chính sách.

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế mong đợi sẽ tiếp tục được đón nhận sự quan tâm hỗ trợ, sự hợp tác giúp đỡ từ Bộ Y tế, các cơ quan trong và ngoài Ngành cũng như của các địa phương và các tổ chức quốc tế nhằm giúp Viện không ngừng hoàn thiện và phát triển về mọi mặt để hoàn thành các sứ mệnh được giao.