

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**VŨ MẠNH DƯƠNG**

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

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**

**Mã số: 62.72.03.01**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**PGS.TS. Phan Văn Tường**

**GS.TS. Trương Việt Dũng**

**HÀ NỘI – 2016**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

**Tác giả luận án**

## LỜI CẢM ƠN

Với lòng thành kính và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn tập thể các Thầy, Cô hướng dẫn, Ban Giám hiệu, các thầy cô giáo Trường Đại học Y tế công cộng đã hết lòng nhiệt tình truyền thụ kiến thức và luôn hỗ trợ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu tại Trường. Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới **GS.TS. Trương Việt Dũng** và **PGS.TS. Phan Văn Tường**, người thầy đã tận tình chỉ bảo tôi và giúp tôi thực hiện hoàn thiện luận án này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc và đồng nghiệp tại Sở Y tế tỉnh Ninh Bình đã động viên giúp đỡ cả tinh thần và vật chất và tham gia nghiên cứu cùng tôi trong thời gian làm nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các đồng chí lãnh đạo chính quyền các xã thuộc tỉnh Ninh Bình, các cán bộ Y tế tại trạm y tế xã đã hợp tác cùng tôi trong việc thực hiện nghiên cứu này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, vợ, con đã tạo điều kiện và luôn ở bên tôi, chia sẻ những khó khăn, vướng mắc và động viên tôi trong suốt thời gian làm nghiên cứu và hoàn thành luận án.

*Ninh Bình, Ngày 30 tháng 6 năm 2016*

**Nghiên cứu sinh**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BHXH	Bảo hiểm xã hội
BHYT	Bảo hiểm y tế
BS	Bác sỹ
BV	Bệnh viện
CB	Cán bộ
CBYT	Cán bộ Y tế
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKBMTE	Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em
DS-KHHGD	Dân số-Kế hoạch hóa gia đình
HGD	Hộ gia đình
KCB	Khám chữa bệnh
PKĐKKV	Phòng khám đa khoa khu vực
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TTY	Thuốc thiết yếu
TTYT	Trung tâm Y tế
TYT	Trạm Y tế
UNBD	Ủy ban Nhân dân
YHCT	Y học cổ truyền
YS	Y sỹ

# MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>4</b>
1.1. Tuyến y tế xã, phường, thị trấn.....	4
1.1.1. Khái niệm tuyến y tế cơ sở và tuyến xã, phường, thị trấn.....	4
1.1.2. Nhiệm vụ của trạm y tế xã.....	4
1.1.3. Tổ chức trạm y tế xã.....	7
1.1.4. Nhân lực trạm y tế xã .....	8
1.1.5. Chuẩn Quốc gia về y tế xã.....	8
1.2. Vai trò của tuyến y tế cơ sở ở các nước khác .....	10
1.3. Thực trạng tuyến y tế xã/phường/thị trấn tại Việt Nam .....	13
1.3.1. Về tổ chức.....	13
1.3.2. Thực trạng hoạt động và chính sách đối với y tế xã phường .....	14
1.3.3. Thực trạng tài chính Trạm Y tế .....	15
1.3.4. Thực trạng nhân lực y tế xã, phường.....	16
1.3.5. Thực trạng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị TYT .....	20
1.3.6. Thuốc thiết yếu .....	22
1.4. Thực trạng cung cấp dịch vụ ở tuyến y tế xã, phường tại Việt Nam.....	23
1.4.1. Một số kết quả thực hiện CSSKBD tại tuyến y tế xã/phường .....	23
1.4.2. Kết quả hoạt động khám chữa bệnh tại tuyến y tế xã/phường .....	26
1.4.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã.....	30
1.5. Một số biện pháp và mô hình nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho tuyến Y tế xã, phường tại Việt Nam.....	36
1.5.1. Đề án luân chuyển CB y tế từ tuyến trên xuống tuyến cơ sở.....	36
1.5.2. Mô hình nhân viên sức khỏe cộng đồng.....	39
1.5.3. Mô hình y tế thôn buôn .....	39
1.5.4. Mô hình quân dân y kết hợp.....	39
1.5.5. Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà .....	40
1.6. Thực trạng tổ chức tuyến y tế xã/phường tại tỉnh Ninh Bình.....	41

1.6.1. Một số thông tin về tỉnh Ninh Bình.....	41
1.6.2. Một số thông tin về ngành Y tế tỉnh Ninh Bình.....	43
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>45</b>
2.1. Khung lý thuyết cho nghiên cứu.....	45
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu .....	46
2.2.1. Thời gian nghiên cứu.....	46
2.2.2. Địa điểm nghiên cứu can thiệp.....	46
2.3. Thiết kế nghiên cứu .....	48
2.3.1. Mục tiêu 1: Nghiên cứu khả năng cung cấp dịch vụ KCB của TYT .....	48
2.3.2. Mục tiêu 2: Nghiên cứu can thiệp .....	49
2.4. Bảng tổng hợp các biến số, chỉ số nghiên cứu.....	57
2.5. Xử lý và phân tích số liệu .....	62
2.5.1. Đối với số liệu định lượng.....	62
2.5.2. Đối với dữ liệu định tính .....	63
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu .....	63
2.7. Những hạn chế của đề tài, sai số và phương pháp hạn chế sai số .....	64
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>67</b>
3.1. Thực trạng tổ chức và hoạt động khám, chữa bệnh của các trạm y tế xã tỉnh Ninh Bình.....	67
3.1.1. Thực trạng tổ chức và cơ sở vật chất của 145 trạm y tế xã toàn tỉnh, năm 2008.....	67
3.1.2. Thực trạng hoạt động khám, chữa bệnh của các trạm y tế xã năm 2008 .....	71
3.1.3. Thực trạng kiến thức khám chữa bệnh của BS và YS tại các trạm y tế xã trong tỉnh .....	74
3.2. Kết quả nghiên cứu can thiệp .....	78
3.2.1. Thực trạng ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của hộ gia đình tại 3 huyện tỉnh Ninh Bình .....	78
3.2.2. Hiệu quả mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã tại 3 huyện tỉnh Ninh Bình sau hai năm can thiệp .....	84
3.3. Kết quả nghiên cứu định tính.....	102

3.3.1. Nguyên vọng và nhận xét của người dân về các hoạt động khám chữa bệnh của các trạm y tế xã và Đội lưu động cụm xã: .....	102
3.3.2. Ý kiến của nhân viên và lãnh đạo TYT nơi tổ chức Đội lưu động cụm xã. ..	102
3.3.3. Thuận lợi trong quá trình triển khai .....	105
3.3.4. Khó khăn trong quá trình triển khai .....	106
3.3.5. Khuyến nghị trong việc duy trì mô hình .....	108
3.3.6. Tổng hợp các ý kiến trên sơ đồ. ....	110
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>111</b>
4.1. Thực trạng tổ chức, nguồn lực và hoạt động y tế xã phường tỉnh Ninh Bình .....	111
4.1.1. Các vấn đề sức khỏe tại tỉnh Ninh Bình .....	111
4.1.2. Thực trạng nguồn lực của các trạm y tế .....	114
4.1.3. Trình độ chuyên môn của các nhân viên y tế xã .....	115
4.1.4. Cơ sở hạ tầng của các TYT xã .....	116
4.1.5. Thực trạng một số hoạt động khám chữa bệnh của các TYT.....	118
4.2. Xây dựng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã và hiệu quả của mô hình trong nâng cao năng lực khám chữa bệnh tại TYT xã.....	121
4.2.1. Tính cấp thiết trong việc xây dựng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã. ....	121
4.2.2. Tổ chức và quản lý mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã ..	124
4.2.3. Hiệu quả mô hình khám chữa bệnh.....	125
4.3. Kết quả điều tra hộ gia đình về tình hình ốm, sử dụng dịch vụ và tác động của mô hình can thiệp .....	126
4.3.1. Kết quả nghiên cứu định lượng .....	126
4.3.2. Ý kiến nhận xét của lãnh đạo và cơ sở y tế về Đội KCB lưu động liên xã...	131
4.3.3. Thuận lợi, khó khăn và khả năng duy trì, mở rộng mô hình.....	132
4.3.4. Tính khả thi và khả năng duy trì, mở rộng mô hình .....	133
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>135</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>137</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Số lượng TYT theo vùng sinh thái.....	14
Bảng 1.2. Một số chỉ số về nguồn nhân lực tại trạm y tế xã phường .....	17
Bảng 1.3. Một số chỉ số đầu ra của trạm y tế xã giai đoạn 1995-2013 .....	24
Bảng 3.1. Tình hình nhân lực tại TYT xã trong tỉnh năm 2008 .....	67
Bảng 3.2. Thực trạng tài chính tại các Trạm Y tế xã năm 2008.....	68
Bảng 3.3. Thực trạng cơ sở hạ tầng tại các Trạm Y tế xã năm 2008 .....	68
Bảng 3.4. Thực trạng trang thiết bị tại các trạm y tế xã năm 2008 .....	69
Bảng 3.5. Thực trạng thuốc thiết yếu tại các trạm Y tế xã năm 2008 .....	70
Bảng 3.6. Hoạt động KCB trung bình tại một TYT giai đoạn 2005-2008.....	71
Bảng 3.7. Chăm sóc thai sản trung bình tại một TYT giai đoạn 2005-2008.....	73
Bảng 3.8. Thông tin chung của BS và YS tham gia nghiên cứu .....	74
Bảng 3.9. Tỷ lệ BS và YS tham gia nghiên cứu được đào tạo nâng cao chuyên môn từ 3 tháng trở lên từ khi tốt nghiệp .....	75
Bảng 3.10. Tỷ lệ Y sĩ, Bác sĩ tại TYT được tham gia đào tạo chuyên môn từ 1 đến dưới 3 tháng trong 3 năm.....	75
Bảng 3.11. Tỷ lệ Y sĩ, Bác sĩ tại TYT được tham gia đào tạo chuyên môn dưới 1 tháng trong 3 năm gần đây.....	76
Bảng 3.12. Nhu cầu cần đào tạo liên tục của Y sĩ, Bác sĩ tại TYT .....	76
Bảng 3.13. Tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ khám bệnh - điều trị nội trú - công tác y tế dự phòng của các TYT theo đánh giá của Bác sĩ, Y sĩ.....	77
Bảng 3.14. Kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh thông thường của BS, YS tại các TYT xã trước can thiệp .....	77
Bảng 3.15. Thông tin chung của đối tượng thời điểm trước can thiệp (2009) .....	78
Bảng 3.16. Tỷ lệ HGD có người ốm trong vòng 4 tuần qua trước can thiệp .....	79
Bảng 3.17. Lý do không lựa chọn TYT khi có người bị ốm trước can thiệp.....	80
Bảng 3.18. Tỷ lệ các HGD có đến TYT trong 1 năm qua trước can thiệp.....	81
Bảng 3.19. Đánh giá của các HGD về dụng cụ y tế của TYT trước can thiệp.....	81



Bảng 3.20. Đánh giá của các HGD về thuốc tại TYT trước can thiệp .....	82
Bảng 3.21. Đánh giá của các HGD về giá dịch vụ tại TYT trước can thiệp .....	82
Bảng 3.22. Tỷ lệ HGD có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe trước can thiệp	83
Bảng 3.23. Tỷ lệ HGD có người > 60 tuổi được cấp sổ theo dõi sức khỏe trước can thiệp	83
Bảng 3.24. Sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản ở TYT trước can thiệp .....	83
Bảng 3.25. Hiệu quả cải thiện về kiến thức của Bác sỹ và Y sỹ tại các nhóm TYT nghiên cứu sau can thiệp .....	84
Bảng 3.26. Thu nhập của TYT xã và nhân viên y tế .....	85
Bảng 3.27. Hiệu quả về sử dụng các dịch vụ y tế (trung bình mỗi TYT/năm) .....	86
Bảng 3.28. Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và người khuyết tật tại TYT .....	87
Bảng 3.29. Sử dụng dịch vụ cận lâm sàng tại TYT sau can thiệp (lượt XN).....	88
Bảng 3.30. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu .....	89
Bảng 3.31. Tỷ lệ các hộ gia đình có người ốm trong vòng 1 tháng qua.....	90
Bảng 3.32. Tỷ lệ HGD đã lựa chọn cơ sở KCB ban đầu khi có người ốm .....	90
Bảng 3.33. Tỷ lệ HGD có người ốm đã điều trị khỏi tại TYT .....	91
Bảng 3.34. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của TYT với tuyến trên trong các trường hợp chuyển tuyến .....	92
Bảng 3.35. Lý do các HGD không lựa chọn TYT khi có người bị ốm .....	93
Bảng 3.36. Tỷ lệ HGD đến TYT khám, mua thuốc, điều trị trong 1 năm qua.....	94
Bảng 3.37. Đánh giá của HGD về trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT....	94
Bảng 3.38. Đánh giá của các HGD về thái độ phục vụ của các cán bộ tại TYT.....	95
Bảng 3.39. Đánh giá của các HGD về dụng cụ y tế tại TYT .....	96
Bảng 3.40. Đánh giá của các HGD về thuốc tại TYT .....	97
Bảng 3.41. Đánh giá của các HGD về giá dịch vụ tại TYT .....	97
Bảng 3.42. Tỷ lệ các hộ gia đình có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe .....	98
Bảng 3.43. Tỷ lệ HGD có người trên 60 tuổi được cấp sổ theo dõi sức khỏe.....	99
Bảng 3.44. Hoạt động chăm sóc thai sản.....	100
Bảng 3.45. Hiểu biết của HGD tại nơi có can thiệp biết về đội khám lưu động ....	101

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi tại TYT giai đoạn 2005-2008 .....	72
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ người tàn tật được theo dõi quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng tại TYT giai đoạn 2005-2008 .....	72

## **DANH MỤC HÌNH**

Hình 1.1: Sơ đồ nguyên nhân hoạt động KCB của TYT chưa tốt .....	32
--	----

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Y tế xã, phường, thị trấn (gọi chung là xã) là một bộ phận quan trọng trong hệ thống y tế cơ sở, là nơi đầu tiên người dân tiếp xúc với hệ thống y tế công lập, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ), khám chữa bệnh thông thường, chẩn đoán và xử trí các cấp cứu ban đầu tại xã, cung cấp các dịch vụ phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, khám chữa bệnh (KCB), phục hồi chức năng, giải quyết về cơ bản các vấn đề sức khỏe ban đầu trong cộng đồng [49]. Trạm Y tế xã (TYT) là tuyến gần dân nhất nên người dân dễ tiếp cận, chi phí điều trị rẻ hơn các cơ sở y tế khác. TYT có thể điều trị được từ 50% đến 70% các trường hợp bệnh trong cộng đồng [53], [54]. Việc củng cố và nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ y tế tuyến xã, đưa các dịch vụ y tế có chất lượng đến với người dân không những có tác dụng hỗ trợ người nghèo, người thuộc diện chính sách xã hội cần quan tâm được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế tại cộng đồng một cách sớm nhất, mà còn đảm bảo công bằng trong khám, chữa bệnh cho nhân dân, góp phần ổn định kinh tế, chính trị xã hội của địa phương [56].

Từ khi có Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/01/2002 của Ban Bí thư Trung Ương Đảng về việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới Y tế cơ sở, đặc biệt mạng lưới Y tế xã phường, thị trấn Y tế xã, phường đã được sự quan tâm và chỉ đạo của các cấp ủy, chính quyền trong việc cung cấp dịch vụ CSSKBĐ cho người dân tại địa phương [1]. Tuy nhiên, ngoài những thành tựu đã đạt được, công tác y tế tại TYT của một số địa phương còn gặp nhiều khó khăn và hạn chế [50], đặc biệt là về vấn đề nhân lực [38], [53]. Ngoài ra, cơ sở vật chất đã được đầu tư, nhưng những trang thiết bị y tế để hỗ trợ công tác KCB còn thiếu thốn [38], ảnh hưởng nhiều tới chất lượng dịch vụ được cung cấp. Các TYT chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu của người dân địa phương, nhất là khi các nội dung CSSKBĐ đã khác trước đây, khi nhu cầu KCB mãn tính tăng lên. Cho dù tại một số TYT đã có bác sĩ nhưng trình độ chuyên môn chưa tốt hơn, thêm vào đó lại thiếu các thiết bị xét nghiệm chẩn đoán tối thiểu nên chưa thu hút bệnh nhân đến khám và điều trị [53], [59]. Trang

thiết bị y tế hoặc không đủ, hoặc phân tán (xã có thiết bị này xã khác lại lại thiếu thiết bị kia), sự không đồng bộ về thiết bị hỗ trợ chẩn đoán, thiếu bác sỹ được đào tạo cập nhật kiến thức chuyên môn tạo nên tình trạng nguồn lực vừa thiếu vừa không đồng bộ , hậu quả là người dân không tiếp cận được với các dịch vụ mà họ cần ngay tại tuyến xã[50], [59], [61]. Với những lí do đó, người dân thường lựa chọn khám bệnh ở tuyến hoặc khám bệnh tại các cơ sở y tế (CSYT) tư nhân [34]. Từ đây, nghiên cứu này thử nghiệm một giải pháp nhằm bổ sung thiết bị hỗ trợ chẩn đoán từ tuyến huyện và tạo sự đồng bộ giữa nhân lực và trang thiết bị trong một đội khám chữa bệnh lưu động mỗi cụm 3 xã (trong khi chưa đủ điều kiện củng cố cho từng trạm YTX ). Đội này luân phiên đến các xã trong những thời gian nhất định để khám phát hiện các bệnh (chủ yếu là bệnh mãn tính) mà trước đó với nguồn lực của một trạm khó hoặc không thể làm được.

Ninh Bình là tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng Bắc bộ, cách thủ đô Hà Nội 90km về phía Nam. Trong quá trình phát triển kinh tế - xã hội, Ninh Bình cũng phải đối mặt với các vấn đề yếu kém trong cung cấp dịch vụ tại TYT. Người dân ít lựa chọn tới khám tại TYT là do thiếu trang thiết bị (16,2%), thuốc không đủ (10,8%) và không tin tưởng vào trình độ chuyên môn của cán bộ y tế (CBYT) (10,5%) [57]. Từ thực tế trên, nhằm thực hiện chủ trương của Bộ Y tế về tăng cường hỗ trợ chuyên môn từ tuyến trên về giúp tuyến dưới, cùng với việc tạo điều kiện nâng cao trình độ, trang thiết bị khám chữa bệnh cho các bác sỹ tại các TYT xã, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***"Đánh giá mô hình Đội lưu động cụm xã nhằm cải thiện hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế tại 3 huyện của tỉnh Ninh Bình"***.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### **Mục tiêu chung:**

Nghiên cứu, thử nghiệm mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động tại các cụm Trạm Y tế xã nhằm cung cấp cơ sở khoa học và thực tiễn cho giải pháp cải thiện chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của trạm y tế xã tỉnh Ninh Bình.

### **Mục tiêu cụ thể:**

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

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. Tuyến y tế xã, phường, thị trấn**

##### ***1.1.1. Khái niệm tuyến y tế cơ sở và tuyến xã, phường, thị trấn***

Y tế cơ sở bao gồm y tế xã phường và y tế huyện. Tuyến y tế xã/phường/thị trấn là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống Y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật CSSKBD, phát hiện dịch sớm và phòng chống dịch bệnh, cấp cứu và đỡ đẻ thông thường, cung ứng thuốc thiết yếu, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, tăng cường sức khỏe [49].

TYT chịu sự quản lý Nhà nước của phòng Y tế huyện/quận và chịu sự quản lý, chỉ đạo của Ủy ban nhân dân (UBND) xã. TYT chịu sự chỉ đạo của Trung tâm Y tế (TTYT) huyện về công tác vệ sinh phòng bệnh, vệ sinh môi trường, phòng chống dịch và các chương trình y tế quốc gia; chịu sự chỉ đạo của bệnh viện đa khoa về công tác KCB. TYT còn quan hệ, phối hợp với các Ban, Ngành, Đoàn thể trong xã tham gia công tác bảo vệ, CSSK nhân dân [49].

##### ***1.1.2. Nhiệm vụ của trạm y tế xã***

Thông tư 33/2015/TT-BYT ban hành ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế [18] đã quy định 9 nhiệm vụ cụ thể của TYT như sau:

1. Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật:

a) Về y tế dự phòng:

- Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về tiêm chủng vắc xin phòng bệnh;

- Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch;

- Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về vệ sinh môi trường, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tại cộng đồng; phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn; y tế học đường; dinh dưỡng cộng đồng theo quy định của pháp luật;

- Tham gia kiểm tra, giám sát và triển khai các hoạt động về an toàn thực phẩm trên địa bàn xã theo quy định của pháp luật.

b) Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh:

- Thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu;

- Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật;

- Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh bằng các phương pháp dùng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc; ứng dụng, kế thừa kinh nghiệm, bài thuốc, phương pháp điều trị hiệu quả, bảo tồn cây thuốc quý tại địa phương trong chăm sóc sức khỏe nhân dân;

- Tham gia khám sơ tuyến nghĩa vụ quân sự.

c) Về chăm sóc sức khỏe sinh sản:

- Triển khai các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về quản lý thai; hỗ trợ đẻ và đỡ đẻ thường;

- Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật.

d) Về cung ứng thuốc thiết yếu:

- Quản lý các nguồn thuốc, vắc xin được giao theo quy định;

- Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả;

- Phát triển vườn thuốc nam mẫu phù hợp với điều kiện thực tế ở địa phương.

đ) Về quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Triển khai việc quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân, bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính;

- Phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường.

e) Về truyền thông, giáo dục sức khỏe:

- Thực hiện cung cấp các thông tin liên quan đến bệnh, dịch; tiêm chủng; các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và tuyên truyền biện pháp phòng, chống;

- Tổ chức tuyên truyền, tư vấn, vận động quần chúng cùng tham gia thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân; công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình.

2. Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản:

a) Đề xuất với Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là Trung tâm Y tế huyện) về công tác tuyển chọn và quản lý đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản;

b) Hướng dẫn thực hiện nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật đối với nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và cô đỡ thôn, bản theo quy định của pháp luật;

c) Tổ chức giao ban định kỳ và tham gia các khóa đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản theo phân cấp.

3. Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật;

4. Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân:



a) Tham gia, phối hợp với các cơ quan có thẩm quyền trong công tác kiểm tra, giám sát hoạt động hành nghề y, dược tư nhân, các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân trên địa bàn xã;

b) Phát hiện, báo cáo với cơ quan quản lý nhà nước về hoạt động y tế vi phạm pháp luật, các cơ sở, cá nhân cung cấp hàng hóa, dịch vụ không bảo đảm an toàn thực phẩm, môi trường y tế trên địa bàn xã.

5. Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn:

a) Xây dựng kế hoạch hoạt động chăm sóc sức khỏe, xác định vấn đề sức khỏe, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên trên địa bàn, trình Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã phê duyệt và làm đầu mối tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt;

b) Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn, trình Giám đốc Trung tâm Y tế huyện phê duyệt và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt.

6. Thực hiện kết hợp quân – dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.

7. Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.

8. Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật.

9. Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao.

### **1.1.3. Tổ chức trạm y tế xã**

Việc tổ chức TYT căn cứ vào nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng và địa phương cụm dân cư, địa giới hành chính và khả năng ngân sách để thành lập một TYT [49], [20]. Việc tổ chức TYT được dựa trên Thông tư 33/2015/TT-BYT, bao gồm [18]:

a) Trạm Y tế xã có Trưởng trạm và 01 Phó Trưởng trạm;

b) Viên chức làm việc tại Trạm Y tế xã chịu trách nhiệm phụ trách lĩnh vực công tác theo sự phân công của Trưởng trạm bảo đảm thực hiện các nhiệm vụ của Trạm y tế theo quy định tại Điều 2, Thông tư này;

c) Việc bổ nhiệm, miễn nhiệm Trưởng trạm, Phó Trưởng trạm và luân chuyển, điều động viên chức làm việc tại Trạm Y tế do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện quyết định theo thẩm quyền và phân cấp quản lý ở địa phương.

#### ***1.1.4. Nhân lực trạm y tế xã***

Căn cứ vào thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV, tùy theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng, số dân và địa bàn hoạt động của từng khu vực, số lượng CBYT của mỗi TYT được bố trí như sau [27]:

- Biên chế tối thiểu: 5 biên chế cho 1 TYT.

- Đối với xã miền núi, hải đảo có hệ số 1,2 và cứ tăng 1.000 dân thì tăng thêm 01 biên chế cho trạm; tối đa không quá 10 biên chế/ 1 trạm.

- Các phường, thị trấn và những xã có các cơ sở KCB đóng trên địa bàn: Bố trí tối đa 5 biên chế/ trạm.

Theo nghị định 117/2014/NĐ-CP do Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 08 tháng 12 năm 2014 quy định [33]:

- Người làm việc tại TYT là viên chức.

- Số lượng người làm việc tại TYT nằm trong tổng số người làm việc của TTYT huyện được xác định theo vị trí việc làm trên cơ sở khối lượng công việc phù hợp với nhu cầu và điều kiện thực tế ở địa phương theo vùng miền.

- Về ký kết hợp đồng của người làm việc tại TYT thực hiện theo quy định của Luật Viên chức.

#### ***1.1.5. Chuẩn Quốc gia về y tế xã***

Dựa vào các nhiệm vụ, chức năng và khả năng của TYT, ngày 7 tháng 11 năm 2014, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 4667/QĐ-BYT về Bộ tiêu chí Quốc gia về trạm y tế xã giai đoạn 2020 [14], phân vùng các xã như sau:

<b>Vùng 3</b>	<b>Vùng 2</b>	<b>Vùng 1</b>
Xã miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo có khoảng cách từ TYT đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV gần nhất từ 5 km trở lên (nếu có địa hình đặc biệt khó khăn, từ 3 km trở lên).	Xã miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới và hải đảo có khoảng cách từ TYT đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV gần nhất <5 km (nếu có địa hình đặc biệt khó khăn, <3 km).	Xã đồng bằng, trung du có khoảng cách từ TYT đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV gần nhất <3 km.
Xã đồng bằng, trung du có khoảng cách từ TYT đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV gần nhất từ 15 km trở lên.	Xã đồng bằng, trung du có khoảng cách từ TYT đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV gần nhất từ 3 đến <15 km.	Phường, thị trấn khu vực đô thị.
Các xã có điều kiện địa lý, giao thông khó khăn, người dân khó tiếp cận đến TYT xã và khó đến BV, TTYT hoặc PKĐKKV.	Các xã có điều kiện địa lý, giao thông bình thường, người dân có thể tiếp cận đến TYT và BV, TTYT hoặc PKĐKKV.	Các xã có điều kiện địa lý, giao thông thuận lợi, người dân dễ dàng tiếp cận đến TYT xã và BV, TTYT hoặc PKĐKKV.

Có 10 tiêu chí bao gồm: chỉ đạo và điều hành công tác CSSK nhân dân; nhân lực y tế; cơ sở hạ tầng TYT; trang thiết bị (TTB), thuốc và các phương tiện khác; kế hoạch – tài chính của trạm; y tế dự phòng, vệ sinh môi trường, các Chương trình Mục tiêu Quốc gia về y tế; KCB, phục hồi chức năng và y học cổ truyền (YHCT); chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em (CSSKBMTE); dân số - kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD) và truyền thông – giáo dục sức khỏe (TTGDSK).

Theo các văn bản của BHYT về tổ chức và nguồn lực cho các TYT xã từ trước tới nay chưa đề cập đến một mô hình phối hợp nguồn nhân lực, trang thiết bị của các TYT xã hỗ trợ lẫn nhau theo cụm mà chỉ có mô hình Trạm y tế khu vực (áp dụng chủ yếu cho các xã miền núi, khoảng 5 - 10 xã có một TYT đóng cố định ở

một xã được đầu tư đồng bộ hơn, có bác sỹ và có thiết bị hỗ trợ chẩn đoán với nhiệm vụ hỗ trợ xã sở tại và nhận bệnh nhân của các xã trong khu vực chuyển đến).

Ở Việt Nam, trước đây trong một số chương trình dự án hỗ trợ chính thức (ODA) đã đưa ra và áp dụng thí điểm mô hình “Bệnh viện không có tường” như áp dụng ở nhiều nước Châu Phi, các đội lưu động từ bệnh viện huyện xuống hỗ trợ các TYT xã trong các hoạt động CSSKBĐ. Nhiệm vụ hỗ trợ các TYT xã của BV huyện cũng đã được nêu trong Quy chế Bệnh viện do BHYT ban hành.

Tổ chức đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã (3 xã) hỗ trợ lẫn nhau có sự tăng cường của tuyến huyện như nghiên cứu thử nghiệm này là một mô hình mới của Sở Y tế tỉnh Ninh Bình.

## **1.2. Vai trò của tuyến y tế cơ sở ở các nước khác**

Từ sau khi có Tuyên ngôn Alma-Ata, hầu hết hệ thống y tế cơ sở đã được thiết lập và được quan tâm đầu tư xây dựng. Tuy có những cơ chế hoạt động và chính sách khác nhau, nhưng hệ thống y tế các nước đều có chung một mục tiêu: cung cấp các dịch vụ y tế tối thiểu cần thiết cho cộng đồng dân cư, hạn chế tối đa nguy cơ phát sinh phát triển bệnh dịch, phòng ngừa hậu quả xấu, giảm gánh nặng bệnh tật cho gia đình, cộng đồng và xã hội với chi phí thấp, kỹ thuật đơn giản, hiệu quả [56]. Đặc biệt trong giai đoạn hiện nay, tình trạng già hóa dân số gia tăng, cùng với đà kinh tế phát triển, đời sống được nâng cao kèm theo các yếu tố gây bệnh liên quan đến lối sống và dinh dưỡng không hợp vệ sinh làm gia tăng các bệnh không lây nhiễm cũng như các bệnh mới nổi.

Tuyến y tế cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Mỹ được thể hiện thông qua các TTYT cộng đồng. Các trung tâm nhận ngân sách từ liên bang, và sử dụng ngân sách cho mục đích cung cấp các dịch vụ thiết yếu nhất về CSSK cho những người không có bảo hiểm y tế (BHYT) hoặc những người gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế [94]. Nhân viên của trung tâm bao gồm các BS, điều dưỡng, các chuyên gia về nghiện chất và tâm thần và dược sỹ, cung cấp các dịch vụ với giá rẻ về quản lý ca bệnh, KCB, vận chuyển bệnh nhân và tư vấn - giáo dục sức khỏe. Năm 2003, các trung tâm này đã phục vụ cho khoảng 5 triệu lượt bệnh nhân

trong tổng số 45 triệu người không có BHYT [94]. Mô hình cũng đạt được những thành tựu đáng kể: giảm số ca tử vong trẻ sơ sinh, giảm sinh nhẹ cân, giảm tần suất nhập viện đối với bệnh nhân bị mắc bệnh mãn tính; cũng như cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) cho phụ nữ.

Tại Brazil, cung cấp các dịch vụ CSSK tuyến y tế cơ sở dựa vào các nhân viên y tế cộng đồng [79], với nguồn nhân lực bao gồm một BS, một điều dưỡng, một y tá và ít nhất 4 nhân viên Y tế cộng đồng, được tuyển dụng từ địa phương và mỗi người sẽ phụ trách khoảng 750 người dân. Trong vòng 20 năm thực hiện mô hình này, có xu hướng giảm đáng kể đối với tỷ lệ tử vong trẻ (từ 48/1000 trẻ xuống 15/1000 trẻ những năm 1990), tần suất nhập viện do bệnh (giảm 25%), nâng cao năng lực sàng lọc bệnh tật, cải thiện tình trạng CSSKBMTE, các vấn đề về tâm thần và các vấn đề về tiêm chủng [79].

Tại Thái Lan, các dịch vụ CSSKBD bao gồm những hoạt động nâng cao sức khỏe, phòng bệnh, KCB và phục hồi chức năng. Với sự cộng tác của các nhân viên y tế thôn bản, kết hợp với các lĩnh vực khác như giáo dục và nông nghiệp, y tế cơ sở Thái Lan đã đạt được thành tựu đáng kể. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em được cải thiện trong 10 năm qua. Các chương trình tiêm chủng mở rộng, tiếp cận nước sạch vệ sinh môi trường và thuốc thiết yếu cũng được cải thiện, đưa Thái Lan trở thành một trong những nước có thể đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ theo đúng tiến độ [100].

Tại Trung Quốc, từ năm 1949 đến năm 1978, với điều kiện nguồn lực hạn hẹp, việc phát triển các dịch vụ y tế ít tốn kém và hệ thống y tế dự phòng, cùng với hệ thống BHYT hợp tác xã đã giúp cho tình trạng sức khỏe và tuổi thọ trung bình của người dân được cải thiện rõ rệt. Đến giai đoạn 1978-2000, các khái niệm về CSSKBD được thực hiện, với vai trò chủ đạo là tuyến y tế cơ sở, trong đó nổi bật là TYT. Ngành Y tế Trung Quốc nhận thấy những thách thức mới về già hóa dân số, bệnh mạn tính, tai nạn và thương tích, những yếu kém trong hệ thống y tế như chi phí gia tăng, mất công bằng, năng suất thấp,... Những vấn đề này đã được đưa vào

nội dung cải cách ngành Y tế, trong đó sáng kiến năm 1997 nhấn mạnh tầm quan trọng của cung cấp dịch vụ CSSK dựa vào tuyến y tế cơ sở [83]. Chiến lược năm 2006 cũng đưa ra cột mốc đến 2010, tất cả các quận huyện cần hoàn thiện hệ thống y tế cơ sở. Các TTYT cộng đồng được thành lập với vai trò cung cấp các dịch vụ CSSKBD như phòng bệnh, quản lý sức khỏe, GDSK, KHHGD và phục hồi chức năng [83], giúp nâng cao sức khỏe và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người dân.

Bên cạnh các hình thức chính thức của hệ thống y tế mỗi nước, ở từng địa phương có tổ chức những hình thức cung cấp dịch vụ khác nhau phù hợp với địa phương đó. Chủ yếu các hình thức này dựa vào các tình nguyện viên sức khỏe. Người tình nguyện sẽ tham gia CSSK nhân dân nói chung và CSSK sinh sản nói riêng cho cộng đồng, nhưng do họ không được đào tạo đầy đủ kiến thức về y tế nên khả năng phục vụ còn nhiều hạn chế. Ví dụ tại Thụy điển có mô hình dự phòng tử vong bào thai bằng việc nghiên cứu và ứng dụng các bà đỡ trong những trường hợp đẻ tại nhà [73]. Mô hình này phù hợp tại khu vực mà cán bộ (CB) y tế không thể đến được, khi đó vai trò của Bà đỡ lại có hiệu quả, sử dụng được nguồn lực sẵn có tại chỗ, sử dụng những kinh nghiệm truyền thống của đối tượng này, tuy nhiên họ cần được đào tạo lại những kiến thức, kỹ năng cơ bản, hệ thống hơn thì mới có thể đảm nhận được nhiệm vụ này.

Một hình thức cung cấp dịch vụ y tế khác là mô hình trung tâm y tế cộng đồng ở Yemen. Các trung tâm y tế công cộng bao gồm hướng dẫn viên y tế và các bà đỡ làm việc tại các thôn khoảng 200 - 5000 dân. Các hướng dẫn viên y tế được đào tạo khoảng 3 tuần đến 3 tháng. Các hướng dẫn viên y tế trình độ rất khác nhau có người không biết chữ nhưng cũng có người tốt nghiệp đại học, khoảng 10% là giáo viên phổ thông. Họ được trả lương và làm việc tại các trung tâm y tế. Các hướng dẫn viên bao quát khoảng 80,0% dân cư. Nhưng rất khó đánh giá chất lượng hoạt động của các hướng dẫn viên [93]. Qua quá trình đánh giá mô hình cho thấy, tại các khu vực này tìm được các đối tượng tham gia công tác tình nguyện CSSK là rất khó khăn do trình độ học vấn thấp cho nên nếu có thể được, huy động được đội ngũ giáo viên tham gia là phù hợp.

Mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện dựa trên cộng đồng và gia đình được Tổ chức Y tế Thế giới đưa ra năm 2004. Mục đích của mô hình này là nhằm đảm bảo tốt hơn việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và dịch vụ CSSK có chất lượng nhằm đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng cao của người dân và sử dụng hiệu quả nguồn lực sẵn có. Mô hình này nhấn mạnh bệnh nhân/khách hàng là trung tâm, những tri thức và sự đóng góp của cá nhân, gia đình và cộng đồng là những yếu tố quyết định trong việc bảo vệ, duy trì sức khỏe, quản lý bệnh tật và ốm đau. Đây là hướng tiếp cận khách hàng là trung tâm, lấy sự thoả mãn nhu cầu của khách hàng là tiêu chí đánh giá chất lượng dịch vụ CSSK [81].

### **1.3. Thực trạng tuyến y tế xã/phường/thị trấn tại Việt Nam**

#### ***1.3.1. Về tổ chức***

Tổ chức của TYT có nhiều thay đổi qua các năm, từ quyết định 58/TTg năm 1994 của Thủ tướng Chính phủ quy định “ là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế nhà nước” [30]; đến “TYT là đơn vị cấu thành của TTYT huyện (Nghị định số 01/1998/NĐ-CP năm 1998) [31]. Phòng Y tế huyện, thị xã có nhiệm vụ và quyền hạn “Quản lý các TYT các xã, phường, thị trấn” (Thông tư liên tịch số 11/2005/TTLT-BYT-BNV năm 2005) [26] và là “Đơn vị chuyên môn kỹ thuật thuộc TTYT huyện” (Thông tư số 03/2008/TTLT-BYT-BNV năm 2008) [28].

Theo Niên giám thống kê Y tế năm 2013, có 98,8% số xã trong cả nước đã có TYT [19]. Thống kê cụ thể được thể hiện ở bảng 1.1 sau đây.

**Bảng 1.1. Số lượng TYT theo vùng sinh thái**

Vùng	Số xã	Xã có TYT		Xã chưa có TYT	
		SL	%	SL	%
<b>63 tỉnh</b>	<b>11.161</b>	<b>11 033</b>	<b>98,8</b>	<b>128</b>	<b>1,2</b>
Trung du và Miền núi phía Bắc	2566	2.529	98,5	37	1,5
Đồng bằng sông Hồng	2458	2460	100	0	0
Bắc Trung Bộ-Duyên hải miền Trung	2918	2906	99,6	12	0,4
Tây Nguyên	726	695	95,7	31	4,3
Đông Nam bộ	872	872	100	0	0
Đồng bằng sông Cửu Long	1621	1571	96,9	50	3,1

*Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2013[19]*

Còn 1,2% số xã chưa có TYT, chủ yếu là các xã mới được chia tách, hoặc TYT bị xuống cấp, lũ lụt chưa được đầu tư xây dựng lại, mặc dù chưa có cơ sở nhà trạm nhưng có thể vẫn có CBYT hoạt động.

Theo số liệu của Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế, đến 31/12/2010 có 255 xã có TYT gắn với PKĐKKV (chủ yếu là vùng Tây Bắc) và mọi hoạt động của Trạm đều lồng ghép với Phòng khám, nên TYT chưa phát huy được vai trò và nhiệm vụ của trạm, nhất là nhiệm vụ CSSKBĐ cho nhân dân [9].

### ***1.3.2. Thực trạng hoạt động và chính sách đối với y tế xã phường***

Hoạt động của y tế xã tại Việt Nam thông qua các nhiệm vụ cụ thể được xây dựng trên cơ sở các nội dung CSSKBĐ theo Tuyên ngôn Alma-Ata với 10 nội dung. Từ khi chuyển sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, hoạt động CSSK nhân dân được thực hiện theo phương thức “Nhà nước và nhân dân cùng làm”, chính sách xã hội hóa y tế và đa dạng hóa các loại hình cung cấp dịch vụ CSSK; người dân có thể tự do lựa chọn cho mình một loại hình CSSK phù hợp cho bản thân. Bên cạnh đó, nhu cầu KCB của nhân dân ngày càng cao cả về số lượng và chất lượng; cùng với việc phát triển các kỹ thuật chuyên sâu, ngành Y tế cũng chú



trọng đến đầu tư củng cố y tế cơ sở, cụ thể hóa các hoạt động của TYT giúp cho việc giám sát, hỗ trợ tuyến y tế cơ sở được thuận lợi, cũng như góp phần làm tăng khả năng tiếp cận của người dân đối với dịch vụ y tế, để đáp ứng nhu cầu CSSK tại chỗ của nhân dân, giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên, giảm chi phí cho người bệnh, nâng cao tính công bằng cho mọi người dân được tiếp cận với dịch vụ y tế cơ bản, có chất lượng.

Đối với các chính sách liên quan đến thu chi ngân sách cho hoạt động của TYT, UBND xã chịu trách nhiệm cho quá trình này. Tuy nhiên, do TYT là cơ quan đơn vị chuyên môn kỹ thuật thuộc TTYT huyện [28], do đó việc đầu tư kinh phí của UBND xã cho hoạt động còn nhiều hạn chế.

Đối với chính sách liên quan đến tuyển dụng, quản lý CBYT, quyết định 58/TTg đã có những mặt hạn chế bộc lộ ra trong thời gian qua. Do sự không đồng nhất về mặt tuyển dụng, quản lý nên việc điều động, luân chuyển CBYT giữa các đơn vị tuyến huyện với tuyến xã còn gặp nhiều khó khăn. Mặt khác, những cán bộ có trình độ chuyên môn như BS chưa thực sự yên tâm công tác vì xã chưa có chính sách thu hút, đãi ngộ phù hợp. Các chế độ chính sách về đào tạo cũng còn nhiều bất cập. Tuy nhiên theo Nghị định 117 của Chính phủ, CB TYT đã được chuyển đổi thành viên chức và có nhiều thuận lợi trong công tác đào tạo và luân chuyển cán bộ TYT một cách hợp lý hơn.

### ***1.3.3. Thực trạng tài chính Trạm Y tế***

Nguồn thu của các TYT nói chung và hoạt động KCB không nhiều. BHYT triển khai KCB tại tuyến xã với kỳ vọng là giảm bớt khó khăn, nhất là người nghèo trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế, đồng thời làm giảm tải cho BV tuyến trên và cũng để tăng nguồn thu cho các TYT. Cơ quan bảo hiểm Xã hội (BHXH) huyện ký hợp đồng với cơ quan đại diện cho TYT là BV huyện (hoặc TTYT huyện), BHXH sẽ thanh toán KCB BHYT với BV huyện, sau đó BV huyện (hoặc TTYT huyện) sẽ chi trả cho TYT xã các hoạt động KCB BHYT như thuốc men, vật tư tiêu hao, tiền công khám.

Theo Viện chiến lược và Chính sách Y tế (2010), đa số các TYT ở Bình Định, Kon Tum, Điện Biên đều được nhận đủ kinh phí chi thường xuyên, trong khi tỷ lệ này ở tỉnh Cao Bằng khá thấp, chỉ chiếm 29%. Tỷ lệ TYT được chủ động trong khoản chi thường xuyên của tỉnh Cao Bằng và Điện Biên khá thấp, chỉ chiếm 25,7% và 30%. "Hàng năm có kinh phí 20 triệu/xã nhưng không thấy Phòng Y tế chuyển xuống các xã..." Kinh phí cấp cho TYT chỉ vừa đủ ở mức độ chi thường xuyên, vì tính theo đầu người dân trên địa bàn rộng là rất khó thực hiện. Một số phụ cấp đặc thù (miền núi, biên giới...) tuy có được thực hiện nhưng còn ở mức thấp và chậm [69].

Theo nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2011, chế độ chính sách cho các BS tại TYT còn bất hợp lý, ví dụ chế độ phụ cấp cho các trưởng trạm chỉ là 0,2 trong khi đó so sánh với phụ cấp đối với hiệu trưởng trường tiểu học chỉ trình độ trung cấp thì phụ cấp chức vụ là 0,7; chế độ tiền trực một đêm là 10.000 đồng; tiền công khám là 800- 1.000 đồng cho một lần khám. Thêm vào đó BS làm việc tại tuyến xã thường ít có điều kiện học hỏi, bồi dưỡng về chuyên môn nâng cao trình độ, rất ít cơ hội được đào tạo, tập huấn hơn so với tuyến trên [10].

Theo một nghiên cứu khác của Bộ Y tế năm 2011, tiền công khám theo quy định là 1.000 đồng/lần khám. Tuy nhiên sau khi trừ đi tiền photo các biểu mẫu báo cáo cho BHYT thì khoản tiền còn lại rất ít. Ngoài tiền công KCB, một số địa phương cũng cho phép TYT được thu phí dịch vụ đối với bệnh nhân không có BHYT như Khánh Hòa, Sóc Trăng. Sở Y tế các tỉnh này đã ban hành biểu phí KCB tại tuyến xã. Nếu thống nhất được danh mục, đơn giá các dịch vụ BHYT và dịch vụ KCB chung sẽ tạo được sự đồng bộ tránh sự khác biệt giữa người có thẻ BHYT và không có thẻ BHYT. Đồng thời cán bộ y tế sẽ tích cực tham gia hoạt động KCB, nâng cao chất lượng để thu hút bệnh nhân, góp phần giảm tải cho tuyến trên [12].

#### ***1.3.4. Thực trạng nhân lực y tế xã, phường***

**Về số lượng:** Năm 1995 là thời gian bắt đầu triển khai thực hiện Quyết định 58/TTg, năm 2000 là thời gian sau 4 năm thực hiện mục tiêu của Nghị quyết 37/CP về nhân lực y tế. Đến nay chỉ số về nhân lực và cơ sở nhà trạm đã có những cải thiện rõ rệt [9]. Năm 2007, thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV được ban hành, quy định tùy theo nhu cầu của từng khu vực, số lượng CBYT của mỗi TYT được bố trí

từ 5 đến 10 biên chế. Tuy nhiên, có ý kiến cho rằng, định mức biên chế của TYT cần điều chỉnh theo nhu cầu thực tế và điều kiện kinh phí của địa phương, nếu áp dụng thông tư 08/2007/TTLT thì vẫn thiếu so với nhu cầu [63].

**Bảng 1.2. Một số chỉ số về nguồn nhân lực tại trạm y tế xã phường**

TT	Chỉ số	1995	2000	2007	2010	2013
1	% xã, phường, thị trấn có TYT	89,4	96,6	98,8	98,7	98,8
2	Tổng số CB công tác tại TYT	37.909	44.655	52.064	64.450	70.367
3	Bình quân CB/TYT	3,7	4,2	4,7	5,8	6,4
4	% CB có trình độ đại học, cao đẳng/tổng số CB	4,8	8,9	13,4	12,0	11,9
5	%CB trình độ trung học/tổng CB	59,4	68,5	73,3	79,2	80,2
6	% CB trình độ sơ học/tổng CB	33,2	22,1	12,4	8,1	6,5
7	% TYT có bác sỹ (BS)	-	51,1	67,4	70,0	75
8	% TYT có nữ hộ sinh hoặc Y sỹ (YS) sản nhi	-	87,9	93,6	95,6	96

*Nguồn Niên giám thống kê y tế các năm 1995-2013, Bộ Y tế [4-7], [13], [19]*

Theo báo cáo tổng kết năm 2013 của Bộ Y tế, cả nước có 74,4% TYT có BS làm việc (bao gồm cả các xã có BS làm việc từ 3 ngày/tuần trở lên); 95,3% TYT có nữ hộ sinh hoặc YS sản nhi; 88,0% thôn, bản trong cả nước đã có nhân viên y tế hoạt động, trong đó tỷ lệ này là 82,9% tổ dân số ở khu vực thành thị và 96,9% số thôn, bản ở khu vực nông thôn, miền núi [16].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra thực trạng nhân lực y tế ở một số vùng còn thiếu. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh năm 2011 tại Khánh Hòa cho thấy, số lượng BS có trong trạm hiện nay là không đủ để đáp ứng nhu cầu KCB của người dân trong xã [38]. Tại tỉnh Quảng Ngãi, Trần Thị Nga và cộng sự nghiên cứu cho thấy hiện nay tuyến Y tế xã ở tỉnh Quảng Ngãi còn thiếu BS công tác tại trạm; có những trạm không đủ CBYT so với Chuẩn Quốc gia [53]. Nghiên cứu của Bùi Thị Hiền và Lê Thị Kim Ánh tại tỉnh Hòa Bình năm 2009 cho thấy tỷ lệ TYT có BS chỉ đạt 48%, kéo theo nhu cầu rất lớn trong việc đào tạo BS chuyên tu [39].

Theo nghiên cứu của Trần Văn Hùng (2013) tại Đắk Nông, tổng số nhân lực toàn tỉnh là 482 người/71 trạm, trong đó nhóm nhân lực như YS đa khoa, nữ hộ sinh

trung học, điều dưỡng trung học, dược tác sơ cấp, điều dưỡng sơ cấp và nữ hộ sinh sơ cấp đang ở trong tình trạng thừa. Số lượng BS thấp, chỉ chiếm 8,1% tổng số nhân lực. Theo quy định của Thông tư 08, toàn tỉnh còn thiếu 80 cán bộ [43].

Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn năm 2012 thực hiện trên 4 tỉnh Hà Giang, Hà Nội, Kon Tum, Trà Vinh cho thấy [63], bình quân số cán bộ/TYT là 5,8, trong đó có 3 loại hình cán bộ đang làm việc: biên chế nhà nước (68,3%), hợp đồng theo 58/TTg (30,3%) và hợp đồng với TTYT quận/huyện (1,4%). Tỷ lệ các loại hình phù hợp với quy định 58/TTg [30] và thông tư liên tịch 08/2007 [20].

**Về trình độ cán bộ:** Trong những năm gần đây, Nhà nước và ngành y tế đã triển khai việc thực hiện một số chủ trương nhằm tăng cường chất lượng hoạt động của TYT xã và bổ sung thêm nguồn lực cho TYT xã. Một trong những chủ trương đó là đưa BS về công tác tại TYT xã [1]. BS về làm việc tại trạm sẽ làm tăng cường chất lượng hoạt động KCB và phòng bệnh của TYT xã, đưa người dân tiếp cận gần hơn với CBYT có trình độ cao, tiết kiệm cho người bệnh đặc biệt những người nghèo không phải đi KCB ở tuyến trên. Trong nhiều năm qua, các chương trình đào tạo liên tục cho CBYT tuyến cơ sở chủ yếu nhằm vào các nội dung CSSKBĐ kinh điển (như tiêm chủng mở rộng, làm mẹ an toàn, chống suy dinh dưỡng và quản lý) chưa thật chú ý đến thực tế là mô hình bệnh tật ở nông thôn đã thay đổi, nhu cầu nhận được dịch vụ KCB mãn tính với chất lượng cao hơn trước đây rất nhiều, đặc biệt là các đối tượng có thể BHYT và người cao tuổi.

Tuy nhiên, tại một số huyện miền núi, diện tích rộng, dân cư phân bố rải rác, mật độ dân số thấp thì chỉ số nhân lực CBYT lại không cao. Đặc biệt tại các xã này, CBYT không được thường xuyên cập nhật chuyên môn, không được đào tạo về quản lý, lương và phụ cấp không đảm bảo được đời sống tối thiểu nên khả năng hoạt động chưa đáp ứng được nhu cầu thực sự của người dân. Theo nghiên cứu của Lê Sỹ Cảnh tại 3 huyện tỉnh Gia Lai năm 2007, tác giả nhận định rằng sự có mặt của BS không làm tăng sự hài lòng của người dân về chất lượng KCB tại TYT, có thể do thiếu các điều kiện làm việc và các chính sách khuyến khích để phát huy khả năng chuyên môn được đào tạo của họ. Không có thiết bị và máy móc hỗ trợ, BS không thể phát huy hết năng lực của mình [29].

Mặt khác, nhiều nghiên cứu đã cho thấy chất lượng chuyên môn của các BS, YS còn chưa đáp ứng nhu cầu ngay cả xử trí các bệnh thông thường. Theo nghiên cứu của Trần Ngọc Hữu về hoạt động CSSKBD tại tỉnh Long An (2002), chỉ có 58,1% BS xử trí đúng tiêu chảy tại nhà; 64,5% BS chẩn đoán và xử trí đúng viêm đường hô hấp cấp tính (ARI) [44]. Theo nghiên cứu của Lê Văn Thêm tại Hải Dương: 54,3% BS có kiến thức đúng về chẩn đoán và điều trị ARI; 12,0% - 21,7% BS không biết, không trả lời được về kiến thức lâm sàng một số bệnh mãn tính thường gặp tại cộng đồng [60].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Nga tại Sóc Sơn, Hà Nội (2001), có 92% BS tốt nghiệp hệ chuyên tu; trong khi 96% BS KCB các chuyên khoa lẻ [52]. Nghiên cứu của Trần Thị Nga và cộng sự năm 2011 cho thấy, chỉ có 73% cán bộ (CB) được đào tạo chính quy [53]. Trong số CB đào tạo không chính quy thì phần lớn BS từ YS trung cấp được cử đi học trong thời gian 4 năm để trở thành BS về công tác tại trạm. Về trình độ chuyên môn, các CBYT xã có kiến thức khá tốt trong tình huống về suy dinh dưỡng trẻ em. Các CBYT xã có kiến thức lâm sàng trung bình về bệnh ARI và tiêu chảy trẻ em. Trong khi kiến thức về bệnh cao huyết áp và các bệnh mạn tính của các CBYT xã ở mức kém [53].

Tỷ lệ các TYT cung cấp các dịch vụ kỹ thuật y tế cao theo Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/8/2005 của Bộ Y tế cũng rất thấp. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh và cộng sự tại Khánh Hòa cho thấy tại TYT phường Phương Sài các kỹ thuật y tế thực hiện chiếm tỷ lệ rất thấp theo quy định chỉ đạt 13,3%, trong khi đó tại TYT xã Diên Sơn kết quả đạt khá hơn nhưng cũng chỉ đạt tỷ lệ 51,7% [38]. Kết quả này cũng gần như tương tự với kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách (2010), tỷ lệ các TYT có thể thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật so với danh mục phân tuyến theo quy định của Bộ số 23/2005/QĐ-BYT rất thấp [69]. Kết quả nghiên cứu của BYT (2011) cho thấy tỷ lệ xã yếu (thực hiện được dưới 50% số kỹ thuật theo phân tuyến) dao động từ 66,7% đến 80% [11].

### ***1.3.5. Thực trạng cơ sở hạ tầng và trang thiết bị TYT***

Thực trạng về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và thuốc men tại TYT vẫn còn nhiều bất cập và khó khăn. Mạng lưới y tế cơ sở rộng (cả tuyến huyện và xã) nhưng nguồn lực đầu tư còn hạn chế. Một số đề án đã được duyệt nhưng chưa cân đối được nguồn vốn (Đề án 950), hoặc còn thiếu vốn đầu tư theo quyết định phê duyệt (Đề án 47) do những khó khăn trong việc huy động vốn trái phiếu Chính phủ. Cơ sở vật chất và trang thiết bị mới chỉ nhằm vào xử trí các bệnh thông thường như nhiều thập kỷ qua, chưa đủ để đáp ứng yêu cầu được KCB có chất lượng cao hơn trước đây rất nhiều, đặc biệt là khám chữa bệnh mãn tính, khám BHYT với nhu cầu đang gia tăng rất nhanh hiện nay. Mức độ phát triển kinh tế xã hội của nhiều địa phương không đủ đáp ứng nhu cầu đầu tư cho TYT, nhất là thiếu đi sự liên kết trong các cụm xã [16].

Theo Viện chiến lược và Chính sách Bộ Y tế (2010) cho thấy số TYT là nhà mái bằng kiên cố chiếm tỷ lệ 55%; TYT là nhà mái ngói chiếm 39%; các TYT là nhà tạm chiếm tỷ lệ thấp 6%. Theo đánh giá của các trưởng trạm, tình trạng cơ sở vật chất của TYT ở mức tốt chiếm 21%, ở mức chấp nhận được chiếm 41%. số diện tích sàn nhà và khuôn viên của TYT rất khác nhau giữa các tỉnh và trong cùng 1 tỉnh. Trung bình 1 TYT có 183m<sup>2</sup> sàn, 195 m<sup>2</sup> sân và 6,5 phòng làm việc. Tỷ lệ TYT có từ 1 đến 4 phòng chiếm khoảng 17%. Tỷ lệ TYT có đủ số phòng theo quy định chỉ chiếm 16,5%. Hầu hết các tỉnh khảo sát đều có tỷ lệ TYT có đủ số phòng theo quy định ở mức độ rất thấp: thấp nhất là Điện Biên (7,1%), tiếp theo là Cao Bằng (11,4), sau đó là Kon Tum (13,6%) và Bình Định đạt cao nhất (37,5%) [69].

Tình hình cơ sở vật chất của TYT ở các tỉnh khác có vẻ khả quan hơn tình hình cơ sở vật chất của các tỉnh miền núi. Theo nghiên cứu đánh giá thực hiện hoạt động cung cấp dịch vụ y tế tại TYT xã của Bộ Y tế tiến hành năm 2011 được tiến hành tại 5 tỉnh Tuyên Quang, Nam Định, Khánh Hòa, Kontum và Sóc Trăng, kết quả cho thấy tỷ lệ TYT có nhà kiên cố cao nhất ở tỉnh Khánh Hòa (84,7%), thấp nhất tại Tuyên Quang (12%), tỉnh Tuyên Quang vẫn còn tỷ lệ nhà tạm là nhà tạm khá cao (38%), tiếp đến là Kontum (25%) [12].

Trang thiết bị y tế là một trong các nguồn lực cơ bản của TYT. Một TYT có cơ sở vật chất tốt, đội ngũ chuyên môn giỏi, kỹ thuật tiên tiến nhưng không có đầy đủ trang thiết bị thì không thể làm tốt được công tác KCB cho nhân dân và ngược lại, một TYT xã được trang bị đầy đủ TTB nhưng thiếu nhân lực có đủ trình độ thì các TTB đó cũng bị lãng phí. Trong khi không đủ khả năng tài chính để đồng bộ hóa nguồn lực y tế cho từng TYT xã, nếu các cụm xã bằng cách nào đó sử dụng chung nguồn nhân lực và TTB y tế của nhau có thể sẽ khắc phục được tình trạng không đồng bộ này. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh và cộng sự (2011) tại trên 2 TYT ở vùng nông thôn Khánh Hòa cho thấy, cơ sở vật chất của 2 trạm đều đạt tiêu chí của Bộ Y tế về chuẩn quốc gia cho y tế xã, tuy nhiên trang thiết bị của 2 TYT đều không đạt về chủng loại và số lượng [38]. TYT phường Phương Sài có tỷ lệ trang thiết bị chung chỉ đạt 45,1% tổng số loại theo quy định, đặc biệt trạm thiếu các thiết bị cận lâm sàng; trong khi TYT Diên Sơn cũng chỉ đạt 51,15% số lượng trang thiết bị. Điều này ảnh hưởng tới số lượng người đến khám tại trạm, khi số lượng người khám ở phường Phương Sài thấp hơn rất nhiều so với xã Diên Sơn.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Luật và Hoàng Trung Kiên tại Hà Nội năm 2010 cho thấy trang thiết bị hiện có so với quy định của BHYT chỉ đạt 66,7%, còn thiếu so với quy định là 33,3% [50]. Điều đáng nói ở đây tại TYT nghiên cứu không có một dụng cụ xét nghiệm nào để phục vụ cho công tác chẩn đoán bệnh và ngay cả các dụng cụ khám bệnh thông thường như ống nghe, máy đo huyết áp, các dụng cụ khám chuyên khoa cũng không đầy đủ theo quy định [50]. Về lý luận mà nói, không đủ nguồn lực đầu vào thì không thể có hoạt động tốt và chắc chắn đầu ra sẽ rất hạn chế. Nhận định này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chế Ngọc Thạch (2009). Tác giả cho biết lý do để người ốm đến KCB tại TYT vì thuốc và trang thiết bị tốt có tỷ lệ rất thấp (9,8% và 5,4%). Những người không muốn quay lại khám tiếp tại TYT thì có tới 93,1% cho là do thiếu thuốc, 79,3% cho là trang thiết bị tại trạm chưa đáp ứng [59].

Đối với công tác CSSK bà mẹ và trẻ em tại Bến Tre, nghiên cứu của Nguyễn Văn Tập [58] cho thấy về cơ sở hạ tầng có 100% xã được xây dựng kiên cố nhà cấp

IV, tuy nhiên những năm gần đây xây dựng TYT mới theo bộ tiêu chí quốc gia chỉ được 04 xã xây dựng đủ 09 phòng chức năng đạt 17,4%. Về trang thiết bị y tế, 100% trạm có trang thiết bị y tế cơ bản: ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, bơm kim tiêm, trang thiết bị cấp cứu thông thường ban đầu; có máy khí dung; dụng cụ khám, điều trị tại sản phụ khoa, kế hoạch hóa gia đình, đỡ đẻ cấp cứu sơ sinh và chăm sóc trẻ em; dụng cụ tiệt khuẩn, nồi hấp, tủ sấy, nồi luộc. Dụng cụ khám chuyên khoa cơ bản mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt chỉ có ở 34,7% số trạm; 13,0 % số trạm có kính hiển vi. Trang thiết bị cơ bản cho CBYT để thực hiện khám, điều trị bệnh nhân ở tuyến đầu tiên ống nghe huyết áp kế, nhiệt kế, bơm kim tiêm và các trang thiết bị cấp cứu thông thường ban đầu, máy khí dung, nồi hấp, nồi luộc, bàn ghế làm việc, 05 giường lưu bệnh nhân cho 01 TYT, túi đẻ sạch, trang thiết bị cho khám, điều trị tại sản phụ khoa, KHHGD, đỡ đẻ cấp cứu sơ sinh và chăm sóc trẻ em; trang thiết bị đạt 100% cho 23 TYT đảm bảo hoạt động từ năm 2004 – 2006.

### ***1.3.6. Thuốc thiết yếu***

Về thuốc thiết yếu (TTY), nghiên cứu của Viện chiến lược Chính sách (2010) tỷ lệ các TYT thiếu thuốc trong danh mục ở Bình Định chiếm 42% và Điện Biên chiếm 35%; tỉnh Cao Bằng có tỷ lệ TYT thiếu thuốc trong danh mục cao nhất trong 4 tỉnh, chiếm 72% [69].

Theo nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2011, tình hình thuốc tại TYT đã tốt hơn rất nhiều, nguy cơ thiếu thuốc không còn. Chỉ có một số xã không có tủ thuốc quay vòng vốn còn đa số các TYT đều có tủ thuốc riêng, số kinh phí của tủ thuốc quay vòng vốn trung bình từ 2 - 4 triệu, đây là thuốc để bán cho các đối tượng không có BHYT, các loại thuốc cũng khác nhau giữa các xã. Số loại thuốc BHYT tại 30 xã rất khác nhau, xã nhiều nhất có 120 loại thuốc (Sóc Trăng), xã ít nhất có 25 loại (Tuyên Quang). Nhìn chung thuốc BHYT còn ít, ít được cập nhật nên còn lạc hậu, nhiều loại thuốc đơn giản nhưng chưa có trong danh mục nên hạn chế khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân [12].

Nghiên cứu của Nguyễn Duy Luật và Hoàng Trung Kiên cho thấy, đối chiếu theo danh mục quy định của BHYT thì TTY hiện có tại TYT chiếm tỷ lệ 62,5% và tỷ



lệ còn thiếu là 37,5% [50], tương đương với nghiên cứu của Đinh Mai Vân tại Bắc Ninh là 35% [68]. Hiện nay trên thị trường chủng loại thuốc đa dạng, phong phú nhưng trạm vẫn còn thiếu thuốc, nguyên nhân chủ yếu được các tác giả nhận định là thiếu kinh phí đầu tư cho quầy thuốc. Tuy nhiên, với hệ thống các nhà thuốc tư nhân hiện nay khá rộng khắp, vấn đề thiếu thuốc không còn căng thẳng nữa mà lại là vấn đề về chất lượng thuốc chưa đảm bảo và sử dụng thuốc không hợp lý.

Nghiên cứu của Trần Thị Thoa và cộng sự trên 24 tỉnh cho thấy, TTY chưa thực sự phổ biến ở quầy thuốc TYT: Tỷ lệ TTY và tiền vốn để mua TTY tại các quầy được chưa cao (49%; 51,5%). Tỷ lệ TTY/ danh mục TTY 2005 (tuyến C) chỉ đạt 17,6%. Số mặt hàng thuốc tại quầy chưa nhiều, đa phần là thuốc nội (89,9%), thuốc YHCT còn ít hơn nhiều (6,1%) . Thuốc kháng sinh, thuốc tiêm chiếm một tỷ lệ tương đối cao tại quầy thuốc (19,6%; 19%) và chiếm phần lớn vốn kinh doanh thuốc (31,4%; 24,5%). Ngoài ra, bên cạnh thiếu thuốc còn tồn tại nguy cơ sử dụng thuốc không hợp lý [61].

#### **1.4. Thực trạng cung cấp dịch vụ ở tuyến y tế xã, phường tại Việt Nam**

##### ***1.4.1. Một số kết quả thực hiện CSSKBD tại tuyến y tế xã/phường***

###### ***1.4.1.1. Thực hiện các chương trình mục tiêu Quốc gia***

Tuyến y tế cơ sở là nơi triển khai thực hiện chủ yếu các dự án thuộc chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống các bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS và các dự án y tế dự phòng và cộng đồng khác. Điều tra y tế Quốc gia trước đây (2001) cho thấy 83,9% các TYT và PKĐKKV triển khai chương trình DS - KHHGD; 90,6% các TYT và PKĐKKV triển khai thực hiện chương trình phòng chống tiêu chảy cấp; chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em được thực hiện ở 93,2% xã/phường; 88,2% số cơ sở y tế xã/phường triển khai chương trình vệ sinh môi trường; 76,3% TYT xã/phường triển khai dự án phòng chống sốt rét [21]. Kết quả trong bảng dưới đây cho thấy tình hình đang dần được cải thiện trong những năm gần đây.

**Bảng 1.3. Một số chỉ số đầu ra của trạm y tế xã giai đoạn 1995-2013**

Chỉ số	1995	1998	2000	2006	2008	2010	2013
Tỷ lệ % tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 1 tuổi	94,1	95,5	96,0	96,4	93,9	96,3	91,4
Tỷ lệ % suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể cân nặng/tuổi	44,9	43,9	33,8	23,4	19,9	18,9	15,3
Bình quân số lần khám thai của phụ nữ trong thời kỳ mang thai (lần và %)	1,4	1,65	2,0	86,5% khám >3 lần	86,7% khám >3 lần	87,7% khám >3 lần	90,0% khám >3 lần
Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi (%)	-	-	3,67	1,60	1,50	1,60	1,53
Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi (%)	-	-	4,2	2,6	-	2,5	2,31
Tỷ lệ trẻ % sơ sinh có cân nặng dưới 2500gam	-	-	7,3	5,3	-	5,3	-

*Nguồn: Niên Giám thống kê các năm 1995-2013, Bộ Y tế [4-7], [13], [19]*

#### *1.4.1.2. Tiêm chủng mở rộng*

Hiện nay, tiêm chủng mở rộng (TCMR) đang được thực hiện ngày càng phổ biến hơn, với độ bao phủ ở 100% xã, phường; tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ phòng 6 bệnh truyền nhiễm trẻ em được duy trì trên 90% trong nhiều năm [15]. Tỷ lệ mắc và chết một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, đặc biệt các bệnh có vắc xin phòng ngừa đã giảm đáng kể. Bệnh bại liệt, uốn ván sơ sinh đã được thanh toán và loại trừ. Các chương trình mục tiêu quốc gia được triển khai một cách có hiệu quả.

Tuy nhiên, theo báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2011, tỷ lệ tiêm phòng viêm gan B trong vòng 24 giờ sau khi sinh chỉ đạt 20,7% do chưa đủ vắc xin. Vắc xin Rubella chưa được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng, nhưng tỷ lệ mắc rubella đang gia tăng và có rủi ro cao đối với thai nhi [24].

Về an toàn tiêm chủng, theo quy định của Bộ Y tế, các cán bộ y tế thực hiện tiêm chủng cần phải có chứng chỉ đào tạo về tiêm chủng. Nhiều cán bộ y tế cơ sở tham gia tiêm chủng chưa được đào tạo đó là chưa kể nội dung đào tạo chưa bảo đảm chất lượng và an toàn trong tiêm chủng mở rộng vẫn cần được đẩy mạnh [24].

#### *1.4.1.3. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*

Theo một nghiên cứu tại ba huyện miền núi của tỉnh Bình Định năm 2008, đầu tiên là với huyện An Lão, dịch vụ SKSS mới được triển khai được ở 6 xã, 3 xã còn lại bao gồm An Toàn, An Nghĩa chưa có dịch vụ này. Dịch vụ SKSS được cung cấp ở các xã gồm: khám phụ khoa, đặt vòng tránh thai, tiêm thuốc tránh thai, cung cấp viên uống tránh thai, bao cao su và đỡ đẻ hầu hết được thực hiện nhưng rất hạn chế. Với huyện Vĩnh Thạnh, vấn đề tồn tại là trong cả 7 xã của huyện thì dịch vụ đẻ tại trạm hầu như không được triển khai, huyện Vân Canh tuy dịch vụ đẻ tại trạm cũng đã có nhưng cũng chỉ được thực hiện ở hai trong tổng số sáu xã của huyện. Có một hiện trạng chung là điều kiện cơ sở vật chất của TYT xã ở cả 3 huyện phần lớn không đảm bảo để đáp ứng được việc sản phụ có thể lưu trú trước và sau khi sinh[66]. Nghiên cứu của Dương Huy Liệu và cộng sự vào năm 2012 cũng chỉ ra tình trạng: tại các TYT, trung bình các TYT đỡ đẻ cho 14,5 ca trong quý 1/2012, có 25/97 TYT không thực hiện đỡ đẻ tại trạm, nhiều TYT từ đầu năm 2012 chỉ đỡ đẻ một vài ca [47].

Về năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS và KHHGD, báo cáo tổng quan chung ngành y tế năm 2011 chỉ ra tuyến xã đã triển khai hầu hết các nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật về chăm sóc SKSS và KHHGD, tuy nhiên vẫn còn gần 25,5% số xã chưa thực hiện theo dõi chuyển dạ bằng “biểu đồ chuyển dạ” và 25,6% số xã chưa thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ đẻ [24].

### ***1.4.2. Kết quả hoạt động khám chữa bệnh tại tuyến y tế xã/phường***

#### ***1.4.2.1. Tình hình khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền***

Y học hiện đại đang ngày càng phổ biến, nhưng cũng không thể phủ nhận vai trò quan trọng của YHCT trong sự nghiệp đảm bảo sức khỏe cho mọi người dân. KCB bằng YHCT là các phương pháp chẩn đoán, điều trị bằng các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc của YHCT. Việc kết hợp YHCT với y học hiện đại được thể hiện trong Thông tư số 50/2010/TT-BYT trong quá trình KCB. Trong nghiên cứu của Vũ Thị Kim Anh, Lê Đình Phan và các cộng sự cho thấy số TYT có KCB bằng YHCT đã tăng 24,76% từ năm 2000 đến 2005 và tăng 29,7% từ năm 2005 đến 2011; số TYT có vườn cây thuốc nam tăng; số TYT đạt chỉ tiêu 40% KCB bằng YHCT tăng 121% từ 2000-2005 và năm 2011 tăng 39,65% so với năm 2005 [71]. Theo báo cáo chung tổng quan ngành y tế (năm 2010), nhận định rằng gần đây mạng lưới y tế cơ sở có thể cung ứng dịch vụ YHCT đã tăng lên. Vào năm 2009, 79,3% TYT có vườn thuốc nam, 76,2% có hoạt động KCB bằng y dược cổ truyền [23].

#### ***1.4.2.2. Các dịch vụ khám chữa bệnh***

Việt Nam được ghi nhận đạt được nhiều chỉ tiêu về xã hội tốt hơn nhiều so với các nước khác cùng mức thu nhập, mặc dù vẫn còn những chỉ tiêu thấp hơn mức trung bình chung của thế giới. Theo thống kê năm 2011, tỷ suất chết trẻ dưới 1 tuổi là 1,6% [15]. Tỷ lệ này bằng mức của các nước đang phát triển có mức thu nhập trung bình. Việc triển khai KCB tại TYT xã theo Luật BHYT cũng đã tạo cơ chế cho các TYT xã và huyện tham gia cung ứng các dịch vụ KCB ban đầu, làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân ngay tại tuyến cơ sở. Đến nay có khoảng 78,8% TYT xã đã thực hiện KCB BHYT [25]. Đây là một thành tựu của chương trình y tế Việt Nam thông qua việc triển khai mạng lưới dịch vụ CSSK cho nhân dân rộng khắp từ Trung Ương đến cơ sở, đặc biệt nhấn mạnh đến vai trò của tuyến y tế xã/phường/thị trấn.

Hoạt động CSSKBD tại tuyến y tế xã/phường/thị trấn đã thu hút được sự tham gia của các cấp, các ngành và cộng đồng, đưa công tác y tế ngày càng được xã hội hóa cao. Theo báo cáo tổng kết năm 2013 của Bộ Y tế [16], công tác CSSK tuyến Y tế xã, phường đã có nhiều thành tựu. Công tác CSSKBD đã bước đầu được đổi mới, mở rộng dịch vụ y tế cho tuyến xã, trước đây chỉ tập trung KCB thông thường và

bệnh truyền nhiễm, nay đang thí điểm và thực hiện dần mở rộng quản lý một số bệnh không lây nhiễm, mạn tính như hen, tăng huyết áp, đái tháo đường tại cộng đồng, góp phần giảm tải cho tuyến trên.

Chương trình quân dân y kết hợp cũng đã đầu tư cho các cơ sở y tế quân dân y như nâng cấp về nhà trạm, bổ sung trang thiết bị y tế cho 171 TYT khu vực biên giới, vùng sâu, vùng xa, vùng trọng điểm quốc phòng an ninh; hỗ trợ kinh phí đầu tư trang bị y tế cho 05 điểm sáng y tế kết hợp quân dân y; phối hợp với Bộ Quốc phòng thành lập 08 bệnh viện (BV) quân dân y; một số địa phương thành lập Phòng khám đa khoa quân dân y, BV quân dân y tuyến huyện.

Tuy nhiên, khả năng cung ứng nhu cầu CSSK nhân dân của TYT còn nhiều hạn chế. Chất lượng KCB chưa cao do thiếu nhân viên y tế có trình độ theo kịp nhu cầu của cộng đồng, nhất là KCB và quản lý các bệnh không lây nhiễm đang ngày càng gia tăng. Cơ sở vật chất dù đã được đầu tư, nhưng vẫn còn rất thiếu. Công tác khám, chữa bệnh BHYT gặp nhiều khó khăn ở tuyến xã một phần do tài chính, trần điều trị hạn chế [22]. Kết quả điều tra y tế quốc gia của Bộ Y tế và Tổng Cục Thống kê năm 2001- 2002 cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú của người dân Việt Nam tại các cơ sở y tế công chiếm 54,38%, trong đó tuyến y tế cơ sở (huyện và xã) là 40,57% và tuyến tỉnh/trung ương chỉ 7,85%; tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB nội trú tại các cơ sở y tế công chiếm 95,67%, trong đó tuyến y tế cơ sở là 49,04% và tuyến tỉnh/trung ương là 42,12% [21].

Qua kết quả điều tra tại tỉnh Hưng Yên 2005, một số TYT có số lượt người ốm đến KCB bình quân/tháng cao như xã Tân Lập 617 lượt (tỷ lệ khám BHYT 31%, tỷ lệ sơ cứu, cấp cứu 9%, KCB tại nhà 4%, khám cho đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi 11% ...). Có 100% các TYT trong tỉnh tổ chức KCB BHYT. Mặt khác, kể từ ngày 1.7.2005, các cơ sở KCB không thực hiện việc chi trả chi phí KCB của người ốm có thẻ BHYT và không áp dụng mức trần trong KCB nội trú. Đây là điều kiện thuận lợi góp phần nâng cao chất lượng KCB ở TYT, phường, thị trấn. Kết quả cho thấy, việc nâng cao tinh thần trách nhiệm, ý thức trong KCB của đội ngũ y, BS cơ sở đối với người bệnh cũng là một trong những giải pháp nhằm góp phần nâng cao hoạt động KCB ở tuyến xã [42].

Nghiên cứu đánh giá việc thực hiện chức năng và nhiệm vụ một số TYT khu vực miền núi của Viện chiến lược và Chính sách Bộ Y tế năm 2010 cho thấy toàn bộ các TYT của 4 tỉnh trong nghiên cứu đều có thực hiện chức năng khám chữa bệnh. Các TYT ở tỉnh Điện Biên có số lượt KCB trung bình/năm cao nhất với 6410 lượt/năm. Mỗi người dân của 4 tỉnh nghiên cứu được khám trung bình 1,2 lần/năm; tỉnh Cao Bằng cao nhất là 1,4 lần và tỉnh Bình Định thấp nhất là 0,9 lần/năm; tuy nhiên trong số các xã khảo sát, có xã chỉ có trung bình 0,1 lượt khám/dân/năm. Trung bình một TYT khám cho 358 lượt người/tháng, trong đó cao nhất là các TYT ở Điện Biên khám bình quân 534 lượt và thấp nhất ở Cao Bằng là 243 lượt/tháng. Tuy nhiên, việc thực hiện chức năng KCB rất khác nhau giữa các TYT. Trong cùng một tỉnh Điện Biên, có những TYT khám tới 1229 lượt/tháng trong khi có trạm chỉ khám được 25 lượt/tháng, tức là có chưa đến 1 người đến khám tại trạm trong 1 ngày. Trung bình người dân trong các xã khảo sát được khám 1,2 lượt/năm, cao gấp đôi so với quy định của chuẩn quốc gia y tế xã. Kết quả khảo sát khả năng thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật theo danh mục phân tuyến của Bộ Y tế số 23/2005/QĐ-BYT chỉ có ba xã của tỉnh Điện Biên tự cho biết có thể thực hiện được toàn bộ các kỹ thuật so với danh mục, chiếm tỷ lệ 3% các xã khảo sát. Một vấn đề đáng lưu ý là tỷ lệ các TYT không biết hoặc không nắm được danh mục phân tuyến kỹ thuật của tỉnh Kon Tum và Cao Bằng chiếm tỷ lệ khá cao (64% và 68%) [69].

Theo nghiên cứu đánh giá thực hiện hoạt động cung cấp dịch vụ y tế tại TYT xã của Bộ Y tế năm 2011 tiến hành tại 5 tỉnh Tuyên Quang, Nam Định, Khánh Hòa, Kon Tum và Sóc Trăng, số liệu thu thập cho thấy, tỉnh Kon Tum có số lượt KCB chung bình quân thấp nhất, chỉ có 9,5 lượt KCB/ngày. Kon Tum là tỉnh thuộc vùng Tây Nguyên, điều kiện kinh tế-xã hội còn nhiều khó khăn, nhận thức còn hạn chế, tỷ lệ TYT có bác sỹ tại 2 huyện nghiên cứu thấp nên chưa có người dân đến KCB tại TYT. Ngược lại, số lượt KCB chung của của Khánh Hòa (31,4 lượt) và Sóc Trăng (35,6 lượt) là khá cao. Tỷ lệ xã thực hiện được dưới 50% số kỹ thuật dao động từ 66,7% (Khánh Hòa) đến 80% (Kon Tum). Các bệnh được xử lý tại TYT chủ yếu là bệnh nội khoa, liên quan các vấn đề đơn giản như hô hấp (viêm họng), tiêu hóa (tiêu chảy), cảm cúm thông thường, sơ cứu ban đầu. Hầu hết các dịch vụ kỹ thuật khác, hoàn toàn có thể thực hiện được (dù trạm có hoặc không có bác sỹ),

nhưng đều không triển khai do nhiều nguyên nhân như thiếu thiết bị để thực hiện kỹ thuật, không có bệnh nhân, cán bộ TYT không làm được, quy trình chuyên môn do cấp trên không cho phép TYT thực hiện [12].

Qua điều tra 16 TYT của huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh của Đinh Mai Vân năm 2005 cho thấy bình quân lượt người đến KCB tại TYT trong toàn huyện là 5.444 lượt người (bình quân 0,53 lần KCB/người/năm), thấp nhất là xã Phật Tích (0,23 lần KCB/người/năm), tỷ lệ người ốm khám bằng YHCT (12,7%), có 10/16 xã triển khai khám BHYT, tỷ lệ người ốm khám BHYT (13,4%), tỷ lệ điều trị trẻ em dưới 6 tuổi (25%), KCB miễn phí cho người nghèo (10,5%). Mô hình bệnh tật tại các TYT có tỷ lệ mắc cao nhất là nhóm bệnh hô hấp chiếm 61%, tiếp theo là nhóm bệnh cơ xương khớp, thần kinh chiếm 9,36% [68]. Điều tra hộ gia đình cho thấy, tỷ lệ hộ gia đình có người ốm trong 4 tuần trước khi điều tra là 23,16%; tỷ lệ tự mua thuốc điều trị khi bị ốm là chiếm tỷ lệ cao nhất (37,79%), sử dụng phòng mạch tư là 25,75%, sử dụng TYT là 20,74% [68].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Nga (2001) tại Sóc Sơn, Hà Nội cho thấy tỉ lệ người dân lựa chọn TYT là nơi KCB ban đầu khi bị ốm chỉ chiếm 19,6% [52]. Nghiên cứu của Yi Seng Doeur tại Ninh Bình năm 2003 cũng cho thấy tỷ lệ người ốm đến TYT chỉ đạt 12,3% [35]. Tại Hà Nội, theo nghiên cứu của Nguyễn Hòa Bình về chất lượng KCB của y tế tuyến xã và xây dựng mô hình dịch vụ CSSK tại nhà ở ngoại thành cho thấy: tỷ lệ người dân lựa chọn nơi KCB ban đầu tại TYT là 33,74% [2]. Chế Ngọc Thạch và Vũ Khắc Lương nghiên cứu tại xã Trung Nghĩa, Bắc Ninh cho biết số lần khám trung bình/người dân/tháng là 0,02 thấp hơn nhiều so với quy định chuẩn quốc gia về y tế xã [59]. Đặc biệt người có thẻ BHYT trong toàn xã đến KCB tại TYT là 27,0% [59].

Nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên tại xã Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội cho thấy số lần khám trung bình/người dân/tháng trong 6 tháng đầu năm 2009 (0,03 lượt) là thấp, kết quả này thấp hơn nhiều so với Chuẩn quốc gia về y tế xã của BHYT (0,6 lần khám/người dân/năm có nghĩa 0,05 lần khám/người dân/tháng). Tỷ lệ người có thẻ BHYT đến KCB tại TYT/tổng số thẻ BHYT trong toàn xã đăng ký tại TYT là 29,5% [45].

Tuy nhiên khác với kết quả của những nghiên cứu trên, theo kết quả nghiên cứu của Trịnh Văn Mạnh (2007) tiến hành ở xã Ngũ Hùng huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương, tỷ lệ KCB tại TYT của người dân lại rất cao với tỷ lệ là 59,5% [51], trong khi đó sử dụng dịch vụ KCB tại bệnh viện huyện là 15,5% và tự mua thuốc điều trị là 11,9% [19]. Kết quả nghiên cứu của Trịnh Văn Mạnh tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Khánh Tùng tiến hành năm 2008 tại huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc, tỷ lệ HGD sử dụng dịch vụ y tế KCB tại TYT là 59,6%, với tỷ lệ này cho thấy đối với người dân huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc TYT là sự lựa chọn đầu tiên khi có nhu cầu KCB [65].

Nghiên cứu của Lê Thục Lan năm 2009 tiến hành ở xã Tứ Cường huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương cho thấy tỷ lệ người ốm trong vòng 4 tuần trước điều tra là 10,7%. Kết quả điều tra 176 người ốm nhằm tìm hiểu nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế KCB khi bị ốm cho thấy tỷ lệ người ốm đến KCB tại TYT là 18,2%, đến CSYT tư nhân là 12,5%, tỷ lệ đến bệnh viện huyện là 9,1%, đến bệnh viện tỉnh là 63% (đến 29% mua thuốc tự chữa và 5,1% người ốm tự chữa) [46].

Việc mở rộng triển khai KCB BHYT tại TYT cùng với gia tăng tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm ở khu vực nông thôn nảy sinh sự bất cập ngày càng rõ do nguồn lực chưa đáp ứng nhu cầu KCB với chất lượng ngày càng cao, đa dạng của nhân dân đang tạo áp lực lớn cho các TYT. Đây cũng chính là xuất phát điểm của đề tài luận án: đi tìm một giải pháp để sử dụng chung nguồn lực đang rải rác ở từng xã, trước mắt tạo thêm sức mạnh nguồn nhân lực và tăng cường trang thiết bị theo cách đề cập của đội KCB lưu động theo cụm xã.

### ***1.4.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã***

#### ***1.4.3.1. Lý do lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế tại Trạm Y tế***

Theo các nghiên cứu, việc lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế tại Trạm y tế phụ thuộc vào một số yếu tố sau:

**Mức độ bệnh tật:** Theo nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2009) tiến hành tại xã Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, thành phố Hà Nội có 80% người ốm sử dụng dịch vụ KCB tại TYT với lý do bệnh nhẹ [45]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Thục Lan là 50,7% [46]. Nghiên cứu của Phạm Khánh Tùng đối với nhóm bệnh nhẹ (tự sinh hoạt được), việc lựa chọn TYT là nơi KCB chiếm đến 67,6% và đến bệnh viện



các tuyến chỉ chiếm 20,4% [65]. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh (2012) cho thấy có 17,3% người dân chọn TYT do lý do bệnh nhẹ [37].

***Thuận tiện do gần nhà hoặc nơi làm việc:*** Theo nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2009), kết quả cho thấy lý do chủ yếu người ốm sử dụng dịch vụ KCB tại TYT là do gần nhà (92,3%) [45]. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Khánh Tùng năm 2008 là 39% [65]. Trong nghiên cứu của Lê Thục Lan (2009) tỷ lệ này là 62,5% [46]. Theo nghiên cứu hệ thống y tế ban đầu tại Hà Nội năm 2011, lý do chính đến khám tại TYT là do gần nơi ở và nơi làm việc chiếm đến 86% [62]. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh (2012) cho thấy có 76,9% người dân chọn TYT do lý do gần nhà, chiếm tỷ lệ lớn nhất trong số lý do lựa chọn dịch vụ tại đây [37]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Nhung và Nguyễn Phương Hoa cho thấy lý do gần nhà chiếm 49,2% lý do lựa chọn TYT [54].

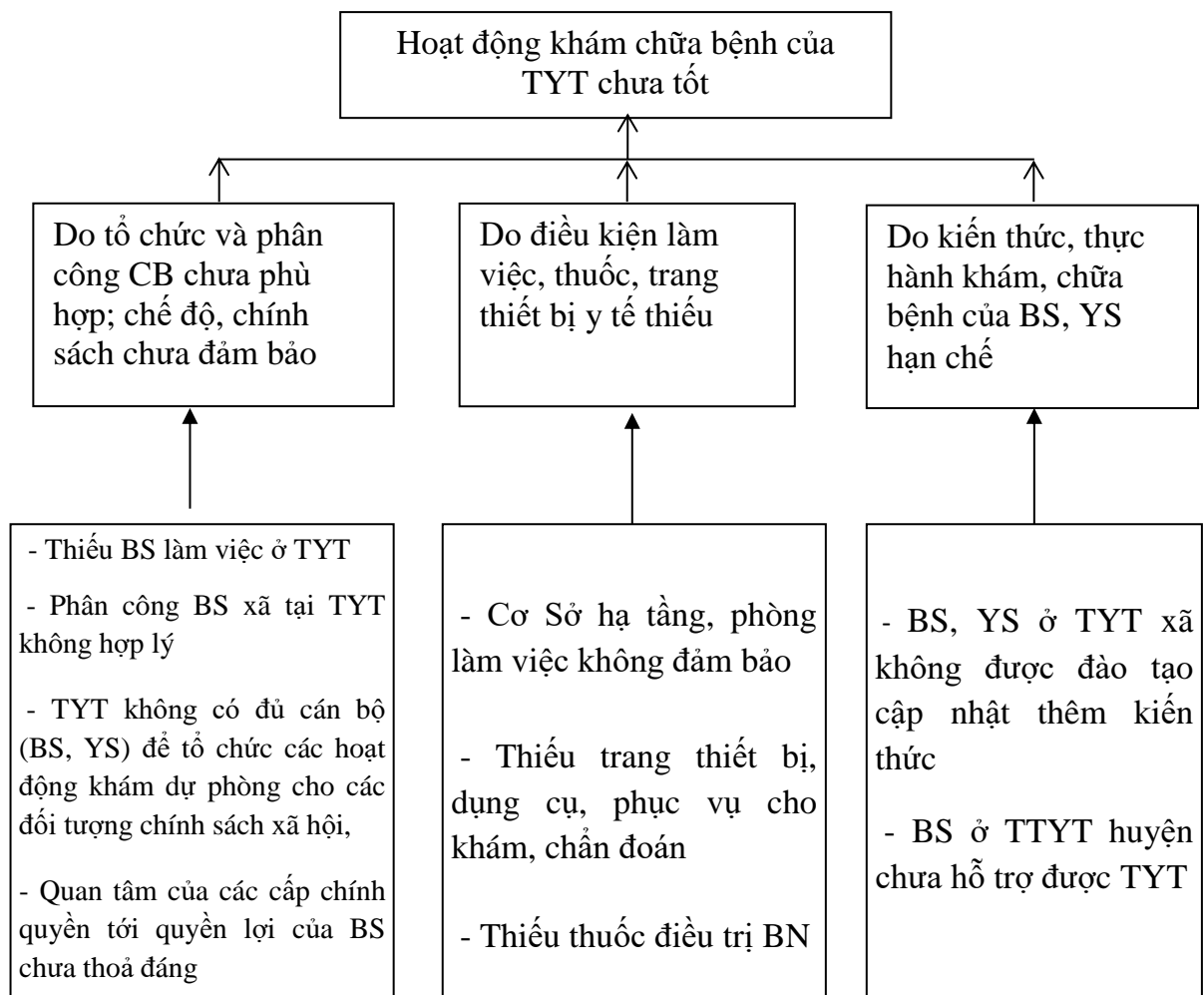
***Người ốm có thẻ BHYT:*** Lý do người dân đến khám chữa bệnh tại TYT là do có thẻ BHYT có nơi đăng ký KCB ban đầu tại TYT theo nghiên cứu của Trịnh Văn Mạnh (2007) là 62% [51], trong nghiên cứu của Lê Thục Lan là 48% [46]. Nghiên cứu của Phạm Thị Đoan Hạnh (2012) cho thấy có 61,5% người dân chọn TYT do có thẻ BHYT có nơi đăng ký KCB ban đầu là TYT [37]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Phạm Khánh Tùng (2008), BHYT không phải là yếu tố được người dân lựa chọn để KCB, tuy vậy khi xét đến tác động của BHYT thì tiêu chí tìm kiếm DVYT của nhóm có BHYT cao gấp 2,5 lần nhóm không có BHYT [65]. Nghiên cứu của Đinh Mai Vân (2005) cho thấy, trong 299 người ốm trong 4 tuần trước khi điều tra, có 38 người có thẻ BHYT (12,7%) và 261 người không có thẻ BHYT (87,3%). Kết quả cho thấy tham gia BHYT có ảnh hưởng rất lớn đến sử dụng dịch vụ KCB ở TYT. Trong số 38 người có thẻ BHYT, tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB ở TYT (44,47%) cao hơn hẳn so với tỷ lệ này ở 261 người không có thẻ BHYT (17,24%) [68].

***Thái độ phục vụ của CBYT tại TYT:*** Theo Lê Thục Lan (2009) lý do người dân chọn TYT là nơi sử dụng dịch vụ KCB vì thái độ phục vụ của CBYT tại Trạm (45,8%) [46]; cao hơn đối với nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2009), khi đề cập đến thái độ phục vụ của CBYT đa số người ốm cho rằng thái độ phục vụ của CBYT là rất tốt (72,6%) vì các CBYT đa phần đều là người địa phương nên thái độ phục vụ người bệnh hòa nhã, vui vẻ, KCB cẩn thận chu đáo hơn [45]. Tuy nhiên, nghiên

cứu của Phạm Thị Đoàn Hạnh (2012) cho thấy chỉ có 11,5% người dân chọn TYT do thái độ tốt, thủ tục nhanh chóng thuận tiện [37].

**Các đặc điểm khác:** Nghiên cứu của Đinh Mai Vân cho thấy, nữ giới lựa chọn dịch vụ KCB tại TYT chiếm (22,3%) cao hơn nam giới (18,8%), tỷ lệ sử dụng DVYT theo nhóm thu nhập: Cao nhất nhóm thu nhập khá, giàu (44,8%), nhóm trung bình (39,2%), thấp nhất nhóm nghèo (16%), tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB giữa các nhóm nghề nghiệp: Hưu trí (38,46%), công chức (31,25%), thấp nhất làm ruộng (16%) [68].

#### 1.4.3.2. Lý do không lựa chọn sử dụng dịch vụ của trạm Y tế xã



**Hình 1.1: Sơ đồ nguyên nhân hoạt động KCB của TYT chưa tốt**

Bên cạnh các lý do lựa chọn, có nhiều lý do khiến người dân không lựa chọn sử dụng dịch vụ tại TYT.

**Tự điều trị hoặc sử dụng dịch vụ y tế tư nhân:** Nghiên cứu tại 2 xã tại Hải Phòng của Viện chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế, kết quả cho thấy đối với người dân không nghèo, việc người dân lựa chọn hoặc không lựa chọn TYT xã để KCB phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như sự phát triển của y tế tư nhân (bao gồm cả thầy thuốc công có KCB ngoài giờ) làm cho người dân có nhiều khả năng lựa chọn hơn và thường đến y tế tư nhân KCB. Ngoài ra, một yếu tố ảnh hưởng đến việc có chọn dịch vụ KCB tại TYT hay không đó là chi phí KCB và cách chi trả. Kết quả nghiên cứu cho thấy chi phí KCB tại TYT xã cao hơn chi phí KCB ở cơ sở y tế tư nhân, người dân phải chi trả trực tiếp và chi trả ngay cho cơ sở y tế nhà nước trong khi có thể được nợ tiền khi KCB ở cơ sở y tế tư nhân [69]. Theo nghiên cứu của Đinh Mai Vân khi đánh giá thực trạng sử dụng dịch vụ y tế KCB của người dân huyện Tiên Du cho thấy tỷ lệ tự mua thuốc điều trị khi bị ốm là chiếm tỷ lệ cao nhất (57,79%), sử dụng phòng mạch tư là 25,75% [68] và kết quả này cũng tương tự theo nghiên cứu của Lê Thục Lan, tỷ lệ tự mua thuốc điều trị là 29% [46], thậm chí tỷ lệ này rất cao theo nghiên cứu của Trịnh Văn Mạnh, người dân tự mua thuốc điều trị là 9% [51].

**Lòng tin vào chuyên môn của CBYT:** Cũng theo nghiên cứu của Viện chiến lược và Chính sách Y tế, chất lượng KCB của TYT xã cũng là yếu tố có ảnh hưởng tới việc sử dụng dịch vụ y tế tại TYT xã của người dân. Hầu hết người dân đều mong muốn được KCB tại TYT nếu chất lượng KCB của TYT được nâng cao [69]. Theo Hoàng Trung Kiên (2009), khi phỏng vấn người ốm đã sử dụng dịch vụ KCB tại TYT thì số người trả lời lần ốm sau không quay lại KCB tại TYT do không tin tưởng chuyên môn của CBYT là 92,8% [45].

**Cung cấp thuốc:** Lý do không sử dụng dịch vụ KCB tại TYT là do thiếu thuốc với tỷ lệ 65,5% ý kiến của người dân trong nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên (2009) [45]. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Trịnh Văn Mạnh (2007) với lý do người dân không sử dụng dịch vụ KCB tại TYT vì người dân cho rằng thiếu thuốc tốt (61,7%) [51]. Theo Đinh Mai Vân (2005), gần 60% người dân cho rằng thuốc ở TYT là thiếu [68].

**Trang thiết bị:** Theo Hoàng Trung Kiên (2009) lý do không sử dụng dịch vụ KCB tại TYT là do trang thiết bị y tế không đầy đủ (78,5%) [45]. Trong nghiên cứu của Đinh Mai Vân (2005) tỷ lệ này là 52,7% [68] và tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Thục Lan là 45,8% [46].

**Cơ sở vật chất:** Theo nghiên cứu hệ thống y tế ban đầu tại Hà Nội (2011), cho thấy một trong những lý do mà người dân không đến KCB tại TYT là do thiếu cơ sở vật chất chiếm tỷ lệ 24% ý kiến [62].

Nghiên cứu tại 16 TYT của tỉnh Hải Dương cho thấy: Lý do người ốm chuyển lên tuyến trên là bệnh nặng 25%, thiếu thuốc và trang thiết bị 84,8%, sự hài lòng của người ốm về thời gian chờ đợi KCB (47,9%), TTB (34,3%), mức độ sẵn có của thuốc (38.3%), thái độ phục vụ của CBYT (39,2%), giá cả KCB (31,7) [46].

Trong giai đoạn hiện nay, 37 năm sau Tuyên Ngôn Alma-Ata kinh tế thế giới đã thay đổi, những chính sách y tế cũng thay đổi rất nhiều. Ở Việt Nam, kinh tế phát triển nhanh chóng, thu nhập đầu người trung bình từ dưới 200USD đã tăng trên 2000 USD, đời sống được nâng cao kèm mô hình bệnh tật thay đổi mạnh mẽ sau năm 1990, bệnh lây nhiễm, bệnh lý thai sản, suy dinh dưỡng ở trẻ em đã giảm mạnh, bệnh không lây nhiễm và các nguy cơ gia tăng đã dẫn tới nhu cầu CSSK thay đổi, từ đó ngành y tế đã dần chuyển đổi các nội dung cũng như giải pháp trong CSSKBD. Những thay đổi quan niệm chủ yếu về CSSKBD hiện nay có thể tóm tắt trong bảng dưới đây:

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

Từ những thay đổi trên, chúng tôi đã đặt ra mục tiêu: Phân tích nhu cầu của cộng đồng và năng lực đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh (trong đó có các bệnh

không lây nhiễm chủ yếu) của 18 trạm y tế xã thuộc 3 huyện ở Ninh Bình trong tình hình mới, cũng như đề xuất những nội dung can thiệp trong mục tiêu 2 của luận án này.

## **1.5. Một số biện pháp và mô hình nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho tuyến Y tế xã, phường tại Việt Nam**

### **1.5.1. Đề án luân chuyển CB y tế từ tuyến trên xuống tuyến cơ sở**

Ngày 26/5/2008, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu đã ký Quyết định số 1816/QĐ-BYT phê duyệt Đề án “*Cử CB chuyên môn luân phiên từ BV tuyến trên về hỗ trợ các BV tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh*” (viết tắt là Đề án 1816) [8]. Đây là một Đề án có cơ sở khoa học và thực tiễn cao. Đề án 1816 của Bộ Y tế dựa trên cách đề cập “bệnh viện không có tường”, bệnh viện tuyến trên chỉ đạo, đào tạo nhân lực tại chỗ, hỗ trợ bệnh viện tuyến dưới dựa trên văn bản của BHYT ban hành trước đây: Quy chế Bệnh viện. Nguyên tắc của Đề án là:

- Cử BHYT chuyên môn hoặc kíp BHYT chuyên môn (gọi tắt là BHYT đi luân phiên) từ BV đa khoa, chuyên khoa tuyến trên có khả năng giải quyết độc lập được các kỹ thuật về luân phiên, hỗ trợ các BV tuyến dưới. Thời gian công tác do đơn vị cử BHYT đi luân phiên quyết định, nhưng tối thiểu 03 tháng đối với 01 lần luân phiên của 01 BHYT.

- Một BV tuyến trên có thể cử BHYT giúp đỡ nhiều BV tuyến dưới. Ngược lại, một BV tuyến dưới có thể nhận BHYT của nhiều BV tuyến trên về luân phiên.

Sơ kết 2 năm (2010-2012) thực hiện Đề án, Bộ Y tế đã đánh giá cao hiệu quả của Cuộc vận động đặc biệt đã cử được các thầy thuốc giỏi từ các BV Trung ương tăng cường cho các BV tuyến tỉnh, từ các bệnh viện tuyến tỉnh cho các BV tuyến huyện đã chuyển giao được kỹ thuật chuyên môn cho tuyến dưới và giảm 20-30% lượng bệnh nhân chuyển tuyến. Tuy nhiên đề án không thực hiện hiệu quả khi tăng cường bác sĩ từ tuyến BV hoặc TTYT huyện cho các TYT vì các BV, hoặc TTYT huyện đều thiếu BS không thể cử BS xuống các TYT, mặt khác các TYT không có trang thiết bị, phương tiện để BS làm việc và chuyển giao kỹ thuật nên cử BS từ tuyến huyện xuống TYT làm việc không hiệu quả.

Nghiên cứu của Viện chiến lược và Chính sách Y tế đánh giá 9 tháng triển khai thực hiện Đề án 1816 tại các đơn vị BV Trung ương và cấp tỉnh (là những đơn vị cử CB công tác) và các địa phương được tiếp nhận các CBYT. Kết quả cho thấy một số những điểm chính sau [70]:

- Đối với các cơ sở tuyến trên: Uy tín, vị thế chuyên môn của các bệnh viện (BV) chủ quản đã ngày càng được nâng lên. Khả năng chuyên môn của CB được rèn luyện, thử thách và phát triển trong thời gian thực thi nhiệm vụ ở tuyến dưới. Góp phần giảm tải đối với các BV tuyến trên.

- Đối với các cơ sở tuyến dưới: Năng lực cung cấp dịch vụ CSSK đã được cải thiện một cách đáng kể, nhất là đối với các chuyên khoa được BV tuyến trên hỗ trợ. Uy tín của BV ngày càng được nâng. Bệnh nhân được tiếp cận tại chỗ với các dịch vụ kỹ thuật cao, giảm thiểu chi phí trong KCB, góp phần đảm bảo an sinh xã hội. Số lượt khám và điều trị đã tăng lên một cách đáng kể, góp phần cải thiện nguồn thu từ viện phí, nâng cao đời sống của cán bộ y tế của bệnh viện

#### **Về những khó khăn, bất cập của đề án:**

- Đối với các cơ sở tuyến trên: Một số đơn vị còn thụ động trong tiếp nhận và triển khai thực hiện Đề án, điều động CB đi luân phiên chưa phù hợp với nhu cầu cần hỗ trợ của tuyến dưới. Có đơn vị khi triển khai Đề án còn thiếu linh hoạt trong vận dụng các quy định...

- Đối với cơ sở tuyến dưới: Có đơn vị chưa thực sự chủ động trong lĩnh hội và triển khai thực hiện Đề án. Đa số các BV tuyến dưới hiện đang thiếu định hướng phát triển các kỹ thuật. Khả năng rà soát nhu cầu và lập kế hoạch đề xuất hỗ trợ còn rất hạn chế. Một số BV tuyến dưới còn tỏ ra ỷ lại vào BV tuyến trên, chưa chuẩn bị sẵn sàng các điều kiện về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị để tiếp nhận các kỹ thuật chuyển giao. Sự phát triển thiếu đồng bộ về các kỹ thuật lâm sàng và cận lâm sàng. Với một số kỹ thuật cao, bệnh nhân ở tuyến dưới không nhiều dễ dẫn đến tình trạng lãng phí khi cử CB tuyến trên về chuyển giao kỹ thuật...

- Một số quy định chung trong hướng dẫn thực hiện Đề án hiện còn bất cập như: Quy định về chỉ tiêu CB đi luân phiên theo quy mô giường bệnh. Quy định về

thời gian luân phiên 3 tháng/người/lượt. Quy định gửi báo cáo về Ban chỉ đạo thực hiện Đề án TW theo định kỳ hàng tuần, hàng tháng... Vai trò phối hợp giám sát và điều chỉnh kịp thời của các BV đầu ngành của các khu vực cũng như bộ phận thường trực thuộc BCĐ Đề án TW có những thời điểm chưa sát sao kịp thời.

- Đối với các chính sách hiện hành: Danh mục thuốc theo tuyến và danh mục chi trả của BHYT theo quy định hiện hành đã làm hạn chế hiệu quả điều trị của CBYT tuyến trên khi luân phiên về làm việc tại tuyến dưới. Chưa có các chính sách đãi ngộ thỏa đáng nhằm thu hút CB luân phiên về cũng như giữ chân CB yên tâm gắn bó với tuyến dưới.

- Ảnh hưởng ngoài mong muốn: Có thể làm gia tăng thêm tình trạng quá tải của các BV tuyến trên. Thực hiện tự chủ theo Nghị định 43 cũng đã đem lại những ảnh hưởng bất lợi khi một số BV tuyến trên cũng có mong muốn tăng thu nhập nhờ ngày càng có thêm nhiều bệnh nhân từ tuyến dưới.

**Vận dụng cách đề cập của Đề án 1816 trong chương trình TTYT hỗ trợ TYT ở Ninh Bình:** Cho dù Đề án 1816 chưa chỉ đạo cụ thể việc tuyển huyện hỗ trợ tuyển xã theo tổ chức đội KCB lưu động cụm ba xã, Chúng tôi nhận thấy vai trò hỗ trợ của tuyến trên với tuyến dưới là rất quan trọng, cho dù đã được thể chế hóa bằng văn bản (Chức năng nhiệm vụ của TTYT huyện và BV huyện) nhưng rất cần được cụ thể hóa cho phù hợp với từng thời kỳ, từng địa phương và những thay đổi trong cách đề cập CSSKBD trong tình hình mới đối với nhiệm vụ của TYT như đề cập ở trên. Trước hết, khắc phục tình trạng dàn trải về nhân lực có trình độ đại học (BS) và phân tán cũng như thiếu các thiết bị chẩn đoán phục vụ nhu cầu KCB mãn tính trong cộng đồng nông thôn bằng tổ chức các đội lưu động liên xã. Các đội này muốn hoạt động được cần có sự hỗ trợ của tuyến huyện như đào tạo bổ túc kiến thức KCB, sử dụng các thiết bị chẩn đoán và kết gắn tuyến xã với tuyến huyện qua các hoạt động quản lý, giám sát hỗ trợ. Nội dung cụ thể sẽ được trình bày trong Chương 2, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.



### ***1.5.2. Mô hình nhân viên sức khỏe cộng đồng***

Mô hình cộng đồng tham gia vào các hoạt động CSSKBD tại tuyến Y tế xã của Đàm Khải Hoàn ở Quang Sơn - Đồng Hỷ là mô hình cung cấp dịch vụ CSSKBD có tính hiệu quả cao, đặc biệt áp dụng ở những vùng cao, vùng sâu, nơi sinh sống của đồng bào các dân tộc ít người [41].

### ***1.5.3. Mô hình y tế thôn buôn***

Trần Hữu Phước và cộng sự nghiên cứu thí điểm mô hình y tế thôn buôn được quản lý tại cộng đồng tại tỉnh Đắk Lắk từ tháng 9/1998 đến tháng 9/2000 [55]. Hình thức tổ chức này có khả năng áp dụng ở mọi địa bàn khác nhau do không đòi hỏi nhiều điều kiện và chi phí lớn. Mô hình này phù hợp với chủ trương phát triển Y tế thôn buôn theo hướng xã hội hóa y tế, từ đó đảm bảo tính bền vững của mô hình. Nhược điểm của mô hình là kiến thức của các tình nguyện viên còn ở mức hạn chế, từ đó có thể làm giảm hiệu quả của các dịch vụ tư vấn và chăm sóc sức khỏe ở thôn buôn.

### ***1.5.4. Mô hình quân dân y kết hợp***

Kết hợp quân dân y có một bước phát triển mới: kết hợp ở Trung ương và các địa phương, kết hợp trong việc CSSK nhân dân và bộ đội, xây dựng thể trận kết hợp quân dân y sẵn sàng phục vụ chiến đấu và chống thảm họa, đặc biệt là xây dựng thể trận kết hợp quân dân y ở từng khu vực phòng thủ tỉnh-thành phố, huyện-quận và xã trọng điểm.

Mô hình kết hợp quân – dân y đã phát huy tác dụng lớn trong bối cảnh vùng sâu vùng xa, vùng miền núi, hải đảo. Ví dụ điển hình là mô hình Y tế quân dân y kết hợp tại huyện Côn Đảo. Nguyễn Anh Tuấn và Lê Văn Bào tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình TTYT quân dân y huyện Côn Đảo sau 6 năm hoạt động (2003-2009) [64]. Kết quả cho thấy, sau 6 năm hoạt động, TTYT quân dân y huyện Côn đảo đã đạt được hiệu quả cao về các phương diện. Có kế hoạch tổng thể hàng năm, CB y tế xuống thôn bản và đến tận gia đình, có khám sức khỏe định kỳ hàng năm, bồi dưỡng chuyên môn kỹ thuật.

Phạm Ngọc Giới và Lê Quốc Hùng cũng tiến hành thử nghiệm cứu xây dựng mô hình TYT kết hợp quân dân y ở khu vực trọng điểm quốc phòng-an ninh tỉnh

miền núi biên giới [36]. Kết quả cho thấy hiệu quả cung cấp dịch vụ y tế tăng lên đáng kể. Từ việc các cơ sở y tế xã, phường chỉ cung cấp giới hạn các dịch vụ, cũng như ít có khả năng sâu sát với tình hình sức khỏe của người dân tộc miền núi biên giới; nhờ có sự kết hợp này, người dân đã được tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn, nâng cao sức khỏe so với trước kia. Công tác quản lý cũng được cải thiện đáng kể.

Đào Văn Dũng và cộng sự tiến hành mô hình kết hợp giữa quân y và cơ quan dân số trong công tác dân số-sức khỏe sinh sản tại 4 xã đặc biệt khó khăn của tỉnh Cao Bằng và Hà Giang. Kết quả mô hình cho thấy đạt kết quả cao trong thông tin giáo dục truyền thông, đặc biệt tổ chức các buổi nói chuyện trực tiếp với nội dung toàn diện về SKSS, đa dạng hoá các hình thức truyền thông gián tiếp, bao gồm: sách báo, tranh cổ động, tờ rơi [80].

#### ***1.5.5. Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà***

Nguyễn Hòa Bình nghiên cứu xây dựng mô hình khám chữa bệnh tại hộ gia đình ở cấp xã [3] với sự tham gia của các cán bộ tại trạm. Qua quá trình triển khai, mô hình đã đạt được những kết quả đáng khích lệ:

*Về quản lý sức khỏe:* Dịch vụ đã lập sổ sức khỏe, tổ chức theo dõi và quản lý chặt chẽ những người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh cao, những người mắc bệnh mạn tính với các chỉ số sức khỏe cá nhân và bệnh tật; 93,64% số nhân khẩu trong các hộ gia đình được kiểm tra một số chỉ số sức khỏe định kỳ 6 tháng/lần. Đồng thời qua các lần kiểm tra sức khỏe đầu tiên và định kỳ, dịch vụ đã phát hiện 89 trường hợp mắc bệnh mà trước đó họ hoàn toàn không biết.

*Về tư vấn giáo dục sức khỏe:* Nhân viên y tế tiến hành lồng ghép với việc quản lý, theo dõi sức khỏe, chăm sóc và khám chữa bệnh bằng phương pháp truyền thông – giáo dục sức khỏe, tạo điều kiện thuận lợi cho các chương trình y tế khác đang được triển khai và thực hiện tại cộng đồng. Đây là việc làm mới so với trước đây công tác TTGDSK ở cơ sở chủ yếu tiến hành theo phương pháp gián tiếp.

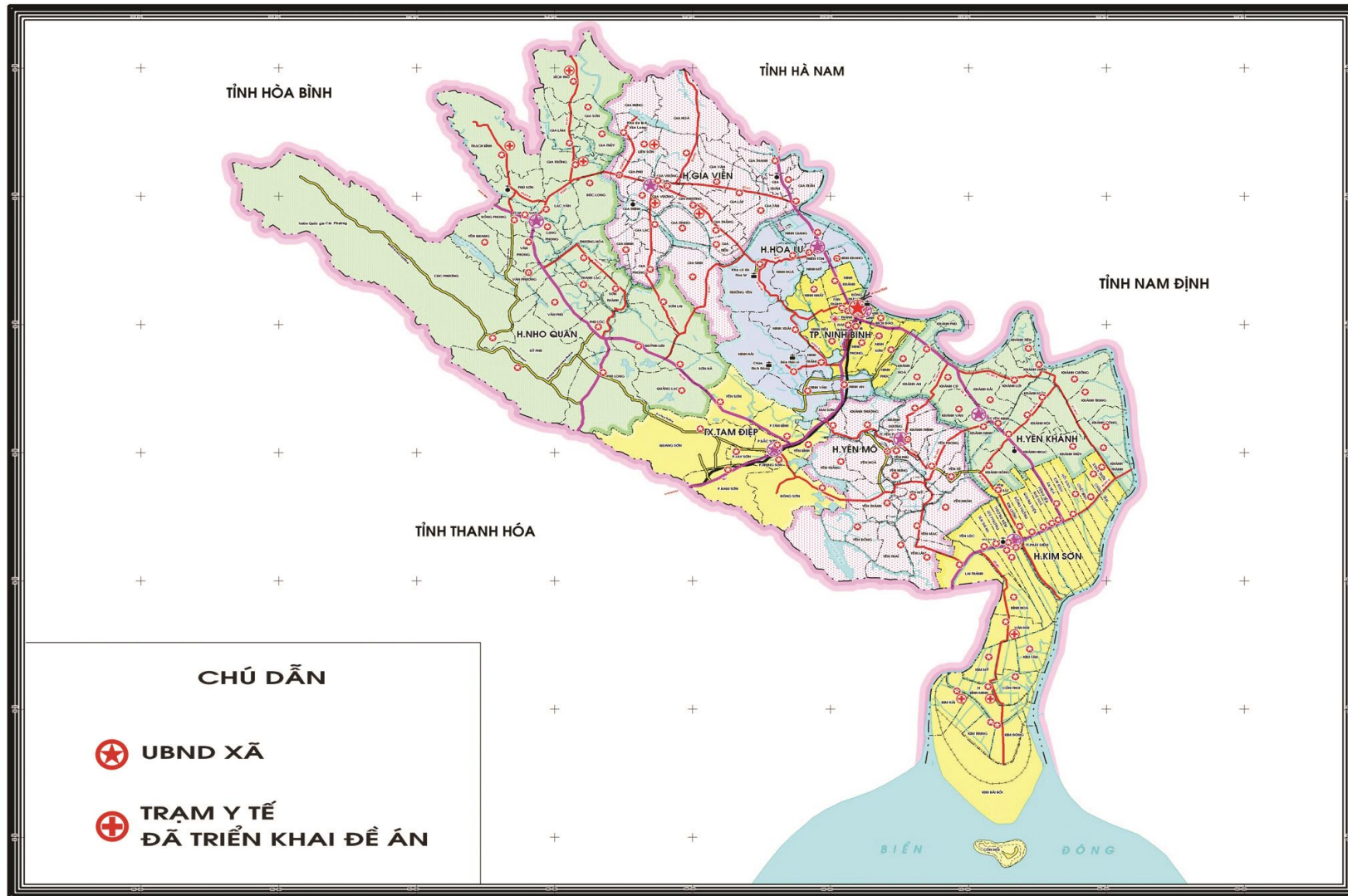
*Về chăm sóc sức khỏe và khám – chữa bệnh tại nhà:* Trên cơ sở thực hành khám – chữa bệnh tại nhà, TYT nắm chắc được cơ cấu bệnh tật trong dân, những diễn biến phát triển của bệnh, tham gia cấp cứu kịp thời những trường hợp bệnh nặng.

## **1.6. Thực trạng tổ chức tuyến y tế xã/phường tại tỉnh Ninh Bình**

### ***1.6.1. Một số thông tin về tỉnh Ninh Bình***

Ninh Bình là tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng Bắc bộ, cách thủ đô Hà Nội 90km về phía Nam. Diện tích tự nhiên toàn tỉnh là 1.400km<sup>2</sup>, dân số trung bình năm 2009 là 901.686 người, trong đó nam là 448.589 người, chiếm 49.7 %, nữ là 453.097 người, chiếm 50.3%; mật độ dân số 657 người/km<sup>2</sup>, cao gấp 2,5 lần mật độ dân số trung bình toàn quốc. Ninh Bình có vị trí quan trọng trong vùng kinh tế trọng điểm phía bắc; là nơi tiếp nối giao lưu kinh tế văn hóa giữa lưu vực Sông Hồng với lưu vực Sông Mã và là một điểm giao thông quan trọng; có đường sắt, đường sông, đường bộ đi qua; Phía Bắc giáp huyện Lạc Thủy, Yên Thủy - tỉnh Hoà Bình, Thanh Liêm-tỉnh Hà Nam; phía Đông giáp Ý Yên, Nghĩa Hưng, Hải Hậu- tỉnh Nam Định; phía Nam giáp huyện Nga Sơn, Bim Sơn- Thanh Hoá, phía Tây giáp huyện Hà Trung, Thạch Thành – Thanh Hoá; tất cả các huyện, thành phố, thị xã trong tỉnh đều có đường quốc lộ đi qua. Toàn tỉnh có 08 đơn vị hành chính bao gồm 01 thành phố, 01 thị xã và 06 huyện, trong đó có 01 huyện và 01 thị xã miền núi; có 145 xã, phường, thị trấn trong đó có 58 xã miền núi (3 xã vùng cao) và 03 xã vùng mép nước 03 xã bãi ngang. Toàn tỉnh có trên 15,6% dân số là đồng bào công giáo, 1,5 vạn người là dân tộc Mường sống ở vùng núi Nho Quan, Tam Điệp. Ninh Bình là tỉnh có diện tích đất tự nhiên vào loại vừa và nhỏ; bình quân diện tích đất tự nhiên là 1.483,6 m<sup>2</sup>/người, bằng 38,6% mức bình quân chung của cả nước; diện tích đất nông nghiệp bình quân là 731 m<sup>2</sup>/người, bằng 65,6% mức bình quân chung của cả nước.

### BẢN ĐỒ HÀNH CHÍNH TỈNH NINH BÌNH



### ***1.6.2. Một số thông tin về ngành Y tế tỉnh Ninh Bình***

Hệ thống y tế tỉnh Ninh Bình có 05 BV tuyến tỉnh, 05 TTYT tỉnh làm công tác y tế dự phòng, 01 trường Cao đẳng y tế, 01 Trung tâm TTGDSK; 01 Chi cục Dân số KHHGD; 01 Chi cục ATVSTP; 07 BV đa khoa tuyến huyện; 08 TTYT huyện (có 01 TTYT thành phố Ninh Bình là trung tâm hai chức năng: phòng bệnh và KCB).

Do đời sống được nâng lên, nhu cầu về KCB và CSSK cũng ngày một tăng cao, trong khi đó hệ thống y tế đặc biệt là y tế tuyến cơ sở còn nhiều hạn chế do thiếu nhân lực có trình độ chuyên môn đủ năng lực đáp ứng nhu cầu KCB, thiếu trang thiết bị hiện đại, cơ sở hạ tầng xuống cấp đặc biệt là các TYT; Tỷ lệ BS /10.000 dân đạt 7,9 (năm 2012 là 7,5). Tỷ lệ BS tác thường xuyên tại TYT xã là 69% ; tỷ số giường bệnh /1 vạn dân: 29 giường, trong đó giường kế hoạch mới đạt 24,5 giường bệnh /vạn dân; có 1.315 giường bệnh tuyến tỉnh, tuyến huyện: 770 giường bệnh, BV Quân y 5: 200 giường bệnh; nhưng vẫn chưa đáp ứng nhu cầu KCB của người dân, tỷ lệ bệnh nhân vượt tuyến còn cao, tình trạng quá tải tại một số BV tuyến tỉnh xảy ra phổ biến.

Toàn tỉnh có 145 TYT. Trước năm 2005, thực hiện theo Nghị định số 01/1998/NĐ-CP của Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương các TYT trực thuộc TTYT huyện quản lý (TTYT huyện cũ làm cả chức năng điều trị và dự phòng). Từ tháng 8/2005 đến tháng 6/2012 thực hiện thông tư số 11/2005/TTLB-BYT-BNV ngày 12/4/2005 của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ, UBND tỉnh Ninh Bình chuyển các TYT về UBND các huyện quản lý (trực tiếp do phòng Y tế huyện quản lý). Biên chế của Phòng y tế huyện quá ít (mỗi phòng y tế có 2-3 biên chế), trình độ chuyên môn và năng lực quản lý hạn chế nên việc chỉ đạo các TYT trong KCB và thực hiện các chương trình y tế gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong phòng chống dịch bệnh cấp tính, thảm họa thiên tai. Việc phối hợp giữa TTYT và Phòng Y tế trong triển khai các chương trình, dự án CSSKBĐ xuống cộng đồng chưa tốt, đôi khi không thống nhất. Có xu hướng TYT bị buông lỏng quản lý .

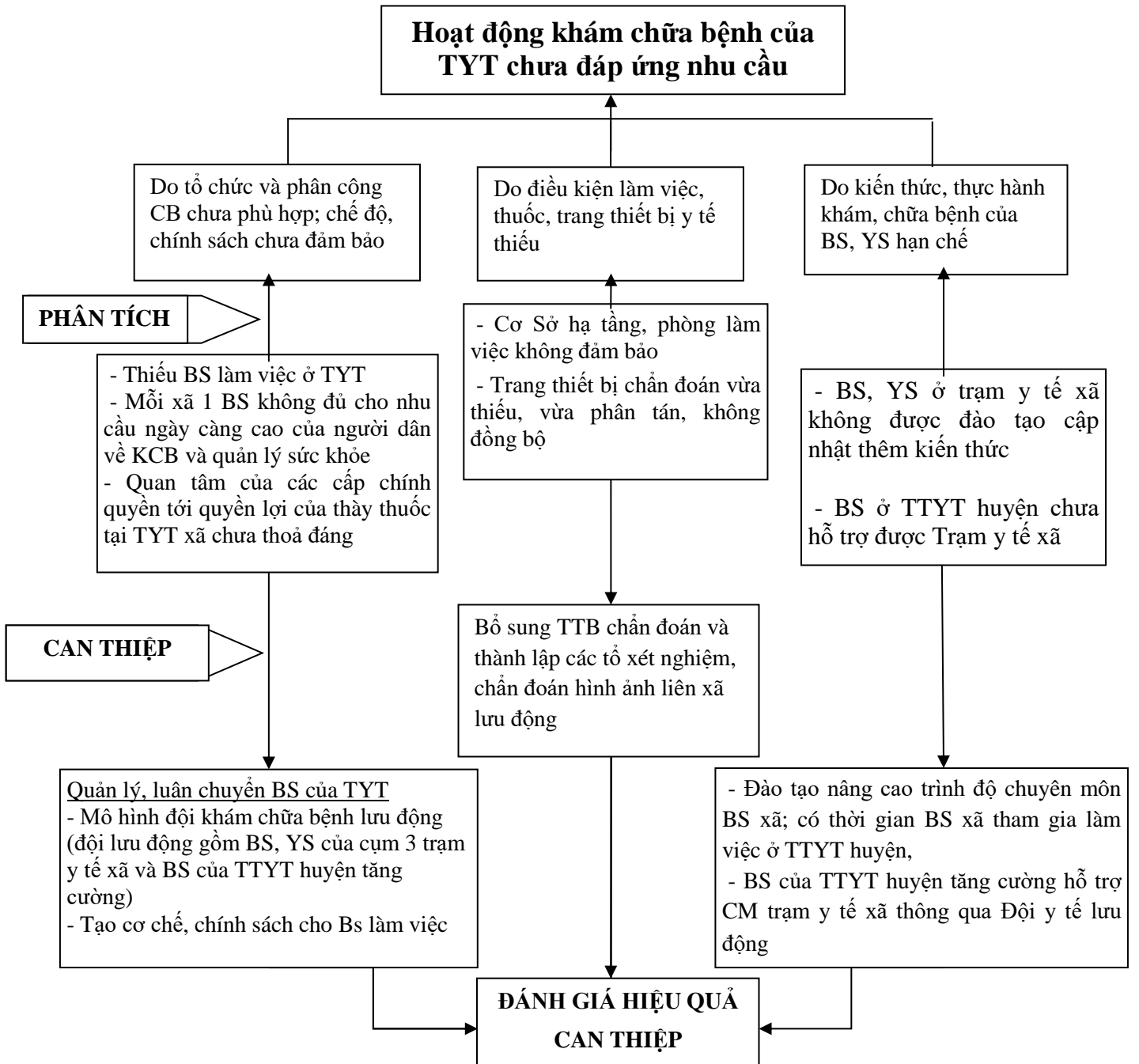
Từ tháng 7/2012 đến nay, Thực hiện theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLB-BYT-BNV, ngày 25/4/2008, của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ; tỉnh Ninh Bình chia tách các TTYT huyện cũ thành BV Đa khoa huyện và TTYT huyện mới làm chức năng y tế dự phòng và quản lý trực tiếp các TYT. Do nhiều năm không được đầu tư, nhiều cơ sở hạ tầng và trang thiết bị phục vụ KCB xuống cấp, việc tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn cho CBYT xã ít được chú trọng vì vậy năng lực hoạt động của các TYT giảm sút, đa số các TYT không hoàn thành chỉ tiêu khám chữa bệnh. Các TYT có bác sĩ nhưng trang thiết bị của TYT rất hạn chế (trước khi chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp cả tỉnh mới chỉ có 01 TYT có máy siêu âm; không có TYT nào có các máy xét nghiệm thông thường như xét nghiệm nước tiểu, huyết học...). Các BS thiếu phương tiện làm việc, người dân không tin tưởng chuyên môn của các TYT, BS không có việc làm, một số TYT có đến hai BS nhưng không điều động đi công tác ở TYT khác được, thu nhập của BS xã thấp, nhiều BS xin chuyển công tác lên tuyến trên hoặc đi tỉnh khác.

Như vậy, nghiên cứu này có cơ sở khoa học và cơ sở thực tiễn cao. Với hy vọng phân tích những vấn đề tồn tại trên thực tế cả về phía người cung cấp dịch vụ y tế (các TYT xã, TTYT huyện) và người sử dụng dịch vụ y tế (hộ gia đình) làm cơ sở đề ra và thử nghiệm các giải pháp can thiệp về tổ chức và nâng cao trình độ chuyên môn nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao, càng đa dạng của cộng đồng ở 3 xã của 3 huyện. Từ đây các kinh nghiệm sẽ được đúc rút làm cơ sở thực tế triển khai rộng sang các xã khác trong toàn tỉnh.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Khung lý thuyết cho nghiên cứu



## 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

### 2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Mục tiêu 1: được tiến hành tại tỉnh Ninh Bình năm 2008- 2009

Mục tiêu 2: từ tháng 1/2010 đến tháng 1/ 2012

### 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu can thiệp

**Mục tiêu 1:** Chọn tất cả các xã ở tỉnh Ninh Bình (145 xã)

**Mục tiêu 2:** Chọn địa điểm nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Các bước bao gồm:

- **Bước 1: Chọn huyện:** đại diện cho 3 vùng địa lý dân cư: huyện Nho quan đại diện cho các huyện miền núi; huyện Gia Viễn đại diện cho các huyện đồng bằng trung du; huyện Kim sơn đại diện cho các huyện đồng bằng ven biển. Nghiên cứu được tiến hành trên 18 xã thuộc 3 huyện: Nho Quan, Gia Viễn và Kim Sơn:

+) Nho Quan là một huyện miền núi phía tây bắc của tỉnh Ninh Bình. Phía bắc giáp các huyện Yên Thủy và Lạc Thủy của tỉnh Hòa Bình, phía đông giáp các huyện Gia Viễn, Hoa Lư, phía nam giáp thành phố Tam Điệp, phía tây giáp huyện Thạch Thành của tỉnh Thanh Hóa. Nho Quan có diện tích tự nhiên 475 km<sup>2</sup> và dân số 147.514 người (năm 2006), trong đó người Kinh chiếm gần 90% và người Mường trên 10%. Người Mường ở Nho Quan lại có các nhóm khác nhau: Mường Vang ở các xã Thạch Bình, Yên Quang, Xích Thổ; Mường Rậm chủ yếu ở Cúc Phương và một phần Văn Phương ở những vùng sâu trong rừng; Mường Bo ở Quảng Lạc, Mường Kỳ Lão ở Phú Long và Kỳ Phú. Nho Quan có dòng sông Bôi nối với sông Hoàng Long ra sông Đáy. Ngoài ra còn có sông Lạng, sông Rịa và sông Bến Đàng. Huyện có 3 quốc lộ: 12B, quốc lộ 45, quốc lộ 38B, đại lộ Tràng An và các tỉnh lộ 438, 477, 492 chạy qua.

+) Gia Viễn là một huyện nằm ở cửa ngõ phía bắc tỉnh Ninh Bình. Phía tây giáp huyện Nho Quan, phía nam giáp huyện Hoa Lư, phía bắc giáp huyện Lạc Thủy của tỉnh Hòa Bình và huyện Thanh Liêm của tỉnh Hà Nam, phía đông giáp huyện Ý



Yên của tỉnh Nam Định qua sông Đáy. Theo thống kê năm 2013, tổng dân số của Gia Viễn là 119.080 người, 35.368 hộ. Mật độ dân số là 660 người/km<sup>2</sup>. Gia Viễn là huyện đồng chiêm trũng của tỉnh Ninh Bình có tổng diện tích 178,5 km<sup>2</sup>. Các vùng khác chủ yếu là đồng bằng chiêm trũng như đầm Cút và các bãi sông Hoàng Long. Gia Viễn có đặc điểm khí hậu vùng đồng bằng sông Hồng, chịu ảnh hưởng khí hậu Bắc Trung Bộ. Lượng mưa hàng năm trên địa bàn huyện lớn, trung bình gần 2.000 mm.

+) Kim Sơn là huyện nằm ở cực nam của tỉnh Ninh Bình và miền Bắc, trung tâm huyện là thị trấn Phát Diệm cách thành phố Ninh Bình 27 km. Phía đông giáp sông Đáy, huyện Nghĩa Hưng Nam Định; phía tây nam giáp sông Càn, huyện Nga Sơn, Thanh Hoá; phía bắc và tây bắc giáp huyện Yên Khánh và Yên Mô; phía nam giáp biển với chiều dài bờ biển gần 18 km. Năm 2006, Kim Sơn có diện tích 207 km<sup>2</sup> và 172.399 người, gồm hai thị trấn (Phát Diệm - huyện lỵ, Bình Minh, Kim Sơn), và 25 xã.

- **Bước 2: Chọn xã:** chọn có chủ đích 03 cụm xã của ba huyện trên để can thiệp mô hình (mỗi cụm 03 xã, tổng số 09 xã đã được can thiệp và 09 xã đối chứng). Chọn 03 xã thành một cụm theo nguyên tắc: các xã liền kề nhau, 02 xã có BS và 01 xã không có BS (tương ứng với tỷ lệ hiện nay ở Ninh Bình 2/3 số xã có bác sỹ)

\* Huyện Nho Quan chọn các xã: gồm 3 xã đã được can thiệp: Thạch Bình, Xích Thổ, Gia Tường và 3 xã đối chứng: Gia Lâm, Gia Sơn, Gia Thủy

\* Huyện Gia Viễn chọn các xã: gồm 3 xã đã được can thiệp : Gia Vượng, Gia Phương, Liên Sơn và 3 xã chứng: Gia Vân, Gia Lập, Gia Trung

\* Huyện Kim Sơn chọn các xã: gồm 3 xã đã được can thiệp :Văn Hải, Bình Minh, Kim Hải và 3 xã đối chứng: Kim Chung, Cồn Thoi, Kim Đông

### **2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Đề tài tiến hành hai thiết kế nghiên cứu là thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng và định tính, và thiết kế can thiệp trước sau có đối chứng theo hai mục tiêu

#### **Mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang**

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

- Nguồn số liệu: Sử dụng các nguồn thông tin sẵn có tại các TYT (Báo cáo Y tế xã- phường, các báo cáo chương trình mục tiêu, sổ sách của TYT) năm 2008.

- Đánh giá năng lực của những cán bộ (BS, YS có nhiệm vụ khám chữa bệnh) của 145 TYT về dịch vụ KCB. Sử dụng bộ test với kỹ thuật vignette đánh giá kiến thức KCB thông thường.

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

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

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

##### ***2.3.1. Mục tiêu 1: Nghiên cứu khả năng cung cấp dịch vụ KCB của TYT***

#### **Về nhân lực y tế:**

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

- Đánh giá kiến thức khám, chẩn đoán, điều trị một số bệnh thông thường của toàn bộ 296 cán bộ có nhiệm vụ khám chữa bệnh: BS và YS của TYT trong tỉnh. Sử dụng kỹ thuật Vignette đã dùng trong Điều tra y tế Quốc gia VN năm 2000 (**phụ**

**lục 1)**; Cho điểm và tính điểm có trọng số theo thang điểm 10 cho các chủ đề đánh giá. Tính các tỷ lệ người đạt điểm tốt, trung bình, kém về:

- Kiến thức về khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc trẻ em bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính (ARI)
- Kiến thức về khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc trẻ em bị tiêu chảy
- Kiến thức về khám, xử trí và chăm sóc thai nghén
- Kiến thức về khám, xử trí và chăm sóc bệnh nhân cao huyết áp
- Kiến thức về xử lý vụ dịch tiêu chảy cấp

Mỗi chủ đề tổng số điểm tối đa là 10. Đối tượng được coi là đạt yêu cầu khi điểm đạt từ 5 trở lên (tương đương loại trung bình và khá theo mức phân loại của Điều tra Y tế Quốc gia của Bộ Y tế năm 2000).

- Đánh giá thực trạng đào tạo liên tục và nhu cầu đào tạo bồi dưỡng kiến thức
- Đánh giá qua nhận xét của CBYT về hoạt động và mức độ đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân của TYT xã

#### **Về tài chính và thuốc:**

- Sử dụng Báo cáo y tế xã và kiểm kê thuốc, trang thiết bị y tế.
- Đối chiếu với quy định của Bộ y tế về Danh mục thuốc và Danh mục trang thiết bị y tế cho TYT.

#### ***2.3.2. Mục tiêu 2: Nghiên cứu can thiệp***

##### **Thành lập các đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã:**

- Mỗi cụm 3 xã gần nhau thành lập một Đội lưu động cụm xã.
- Cơ sở để xây dựng mô hình Đội KCB lưu động cụm xã: Như đã đề cập trong **chương 1: tổng quan tài liệu** về những thay đổi trong cách tiếp cận và nội dung CSSKBD hiện nay đã khác với những năm 1980' – 1990', căn cứ trên kết quả nghiên cứu mục tiêu 1 (trình bày trong **chương 3: kết quả nghiên cứu**) cho thấy nhân lực vừa thiếu, vừa phân tán, trình độ chuyên môn (nhất là KCB các bệnh mãn

tính còn rất hạn chế); trang thiết bị y tế chưa đủ theo danh mục, thiếu các phương tiện xét nghiệm và siêu âm phục vụ chẩn đoán bệnh mãn tính trong cộng đồng ...

- Đội lưu động được thành lập với thành phần nhân lực gồm các BS và YS tại TYT (sau khi được đào tạo cập nhật về kiến thức lâm sàng, kỹ thuật xét nghiệm), điều động tăng cường cho Đội một số BS của TTYT huyện và BV huyện tham gia chỉ đạo và trực tiếp cùng Đội lưu động luân phiên đến các xã thực hiện KCB. Về trang thiết bị: một số trang thiết bị được dùng chung như Bộ khám chuyên khoa, nếu thiếu sẽ được TTYT huyện trang bị bổ sung cho các đội, máy móc phục vụ chẩn đoán gồm máy siêu âm và máy xét nghiệm sinh hóa từ TTYT huyện .

- Nhiệm vụ: Luân phiên về từng xã KCB tại TYT và khám tại cộng đồng theo lịch cố định, trong đó ưu tiên khám phát hiện các bệnh mãn tính cho các đối tượng chính sách xã hội như người cao tuổi và phụ nữ, trẻ em.

### **Với mục tiêu:**

- Thu hút người dân đến KCB tại TYT, tăng tỷ lệ tiếp cận và sử dụng TYT, phát hiện kịp thời bệnh mãn tính, giảm tỷ lệ chuyển tuyến khi mắc bệnh thông thường.

- Tăng chất lượng dịch vụ KCB nhờ tăng cường năng lực CBYT và bổ sung thiết bị chẩn đoán nhờ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh.

- Tăng niềm tin của người dân đối với cơ sở y tế xã.

### **Các giải pháp hỗ trợ:**

**Bước 1: Nâng cao trình độ chuyên môn - Đào tạo cho BS, YS thực hiện KCB:** Các bác sỹ và Y sỹ đang thực hiện công tác KCB tại các trạm y tế xã được lựa chọn can thiệp sẽ được cử đi học, tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn về tại các BV huyện, giảng viên là các bác sỹ của bệnh viện tỉnh.

Nội dung và tổ chức đào tạo: Trong các khóa đào tạo, các bác sỹ khám chữa bệnh tại các khoa của BV huyện (luân phiên các khoa nội, sản, nhi, cấp cứu, lao, truyền nhiễm). Ngoài ra, các bác sỹ của TYT còn được đào tạo về siêu âm, xét nghiệm và một số chuyên khoa khác, thời gian 03 tháng (từ tháng 01/2010 đến 3/2010) tại BV Đa khoa tỉnh. Tài liệu đào tạo được điều chỉnh theo tài liệu đề án

1816, bao gồm các tài liệu về *Siêu âm tổng quát*, *Bài giảng đào tạo kỹ năng chuyên môn cho cán bộ tuyến huyện về xét nghiệm* và *Quản lý và chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến xã*. Sau khóa đào tạo, các BS và YS được thực hiện các bài kiểm tra để đánh giá giúp đảm bảo kiến thức và kỹ năng cho việc cung cấp dịch vụ KCB cho người dân. Các cán bộ được BV tỉnh cấp chứng chỉ hoàn thành khóa đào tạo siêu âm, nghiệm, từ đó xét làm cơ sở để cấp chứng chỉ được phép thực hiện các kỹ thuật này cho BS và YS.

Nguồn kinh phí đào tạo: Các BS và YS được cử đi đào tạo không phải chi trả chi phí đào tạo. Nguồn kinh phí được lấy từ nguồn hỗ trợ của tỉnh cho đề tài.

**Bước 2: Thành lập các Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã:** Tổ chức đội lưu động của các cụm TYT xã gồm BS và YS của chính các cụm xã này, được tăng cường hỗ trợ chuyên môn của bác sỹ BV huyện. Thời gian đầu, các BS và YS có trình độ, năng lực cao hơn (do được đào tạo lại), được trang bị máy móc, dụng cụ y tế đầy đủ hơn, được các BS tại TTYT huyện và BV huyện tham gia chỉ đạo, tiến hành KCB tại TYT và tại cộng đồng.

**Bước 3: Hợp lý hóa và bổ sung trang thiết bị cần thiết:** Những trang thiết bị hiện có của các TYT trong cụm được huy động, dùng chung là các trang thiết bị ít được trang bị trước đây hoặc để rải rác ở các xã như Bộ dụng cụ khám chuyên khoa, cùng với các thiết bị bổ sung từ TTYT huyện. Mỗi đội lưu động được trang bị 01 máy siêu âm xách tay, 01 máy xét nghiệm sinh hóa, 01 máy xét nghiệm nước tiểu, 01 kính hiển vi...

**Bước 4: Tổ chức và điều hành hoạt động của Đội lưu động cụm xã:** Đội lưu động thực hiện khám chữa bệnh tại các trạm y tế xã và tại cộng đồng. Sau thời gian đào tạo 03 tháng các bác sỹ được các trung tâm y tế tổ chức thành 3 đội lưu động (Nho Quan 01 đội; Gia Viễn 01 đội; Kim Sơn 01 đội) với 3 xã/đội.

Mỗi đội lưu động phụ trách 3 Trạm y tế xã; xây dựng kế hoạch cụ thể được TTYT huyện phê duyệt để khám bệnh, kê đơn điều trị ngoại trú tại TYT, khám dự phòng tại cộng đồng thôn bản ưu tiên các đối tượng chính sách xã hội, hướng dẫn điều trị dự phòng bệnh, bàn giao bệnh nhân cho trạm y tế quản lý, theo dõi các bệnh

mãn tính được phát hiện. Những ngày đội lưu động không xuống các xã, các Bác sĩ của TYT vẫn tham gia làm việc bình thường tại Trạm y tế của mình, không gây xáo trộn tổ chức.

Thu phí người đến khám bệnh: Người bệnh đến sử dụng dịch vụ có thể sử dụng BHYT để chi trả cho chi phí KCB. Sở Y tế phê duyệt các kỹ thuật thực hiện được để TYT được thanh toán khi trả tiền dịch vụ kỹ thuật cho BHYT. Đối với những người không có BHYT, đội lưu động sẽ thu mức phí bằng với mức phí theo danh mục kỹ thuật do UBND tỉnh phê duyệt để người dân có thể đảm bảo việc sử dụng dịch vụ.

Thời gian thử nghiệm mô hình đội y tế lưu động 02 năm từ tháng 01/2010 đến tháng 01 năm 2012. Sau 1 năm theo dõi giám sát, tổng kết sơ bộ, rút kinh nghiệm chỉ đạo.

#### **Đối tượng nghiên cứu can thiệp:**

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

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

+) Hồ sơ sơ sỏ sách báo cáo của TYT.

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

- **Những đối tượng nghiên cứu là lãnh đạo** cơ quan y tế và lãnh đạo cộng đồng tại 3 huyện can thiệp (*Nghiên cứu định tính*):

+) Mỗi huyện mời 06 Trưởng TYT trong nghiên cứu để thảo luận nhóm. Tổng cộng 18 Trưởng TYT được mời

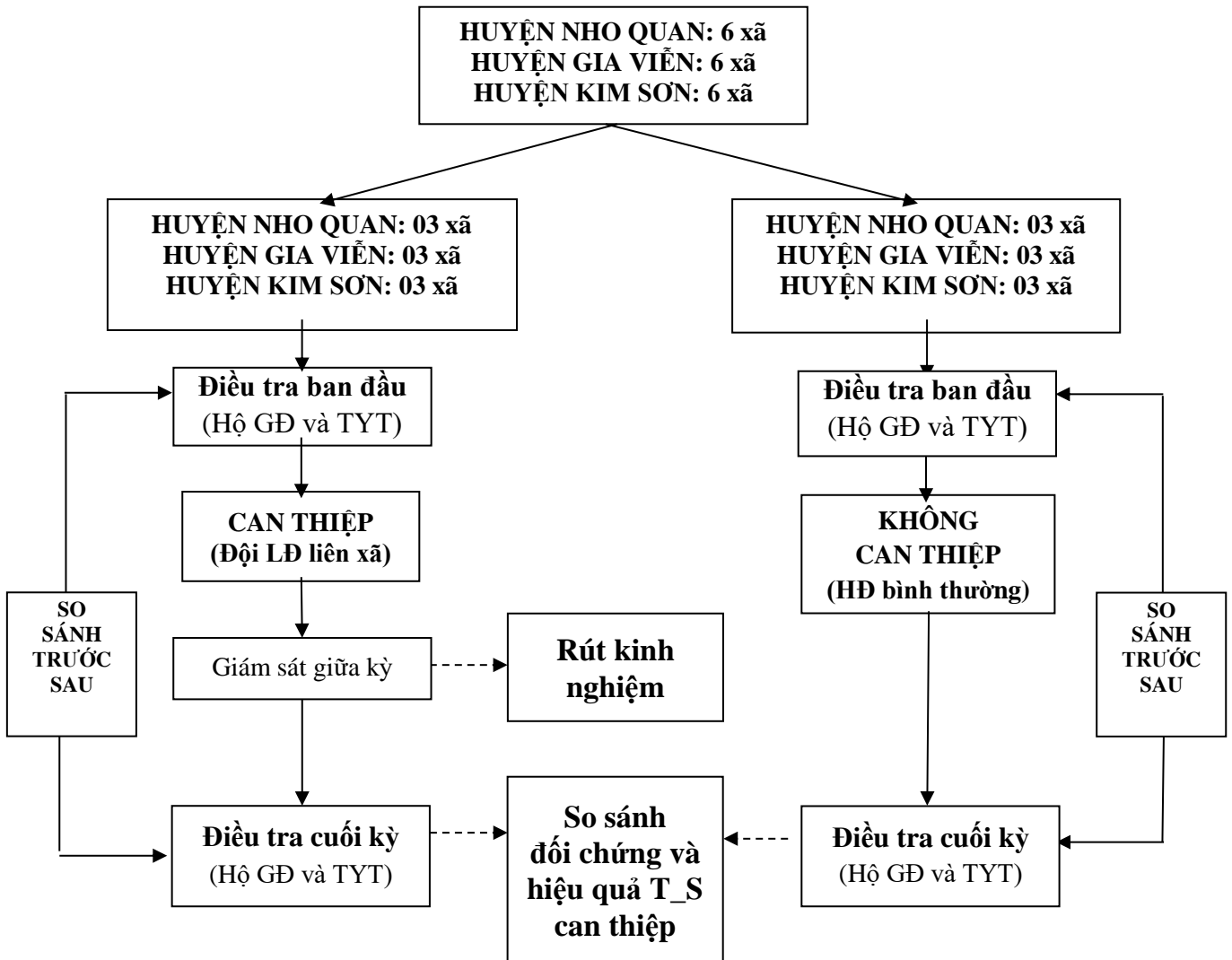
+) Mỗi huyện mời 01 lãnh đạo TTYT, 01 lãnh đạo phòng y tế và 01 Phó chủ tịch UBND phụ trách văn xã (ở 1 trong 3 xã can thiệp của huyện) để phỏng

vấn sâu. Tổng cộng 03 lãnh đạo TTYT, 03 lãnh đạo phòng y tế và 03 Phó chủ tịch xã được mời.

**Thiết kế nghiên cứu:**

**Thiết kế nghiên cứu can thiệp**

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



Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau và so sánh với nhóm chứng, kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính nhằm đánh giá kết quả mô hình đội KCB lưu động trên địa bàn các huyện Nho Quan, Gia Viễn và huyện Kim Sơn.

Sau thời gian 02 năm can thiệp bằng mô hình quản lý theo Đội KCB lưu động cụm xã (từ tháng 01/2010 - nghiên cứu trước can thiệp, đến 1/2012 đánh giá sau can thiệp), tiến hành đánh giá các nội dung sau:

- **Về phía người cung cấp dịch vụ y tế:** Các trạm y tế xã được can thiệp về hoạt động khám chữa bệnh; kiến thức, thực hành xử trí một số bệnh thông thường của các bác sỹ được luân chuyển và Y sỹ của trạm y tế được can thiệp so sánh hai thời điểm trước và sau khi can thiệp đồng thời so sánh với những thay đổi trong cùng thời kỳ đó ở 9 trạm y tế chọn làm chứng. Song song với nghiên cứu định lượng có các nghiên cứu định tính như nêu ở trên.

- **Về phía người sử dụng dịch vụ y tế:** Điều tra ban đầu và sau 2 năm can thiệp đối với hộ gia đình của 09 xã chọn can thiệp và 09 xã chọn làm chứng về: tình hình ốm, cơ sở y tế đã đến khám chữa bệnh khi ốm, lý do lựa chọn cơ sở y tế, nhận xét về dịch vụ y tế xã, hiểu biết về đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã .... so sánh tình hình sử dụng dịch vụ và nhu cầu của hộ gia đình trước và sau can thiệp, và so sánh với các xã đối chứng.

### **Cỡ mẫu hộ gia đình cho nghiên cứu can thiệp**

+) Cỡ mẫu đối với các hộ gia đình trong nghiên cứu can thiệp theo công thức sau:

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

Trong đó: n: Là cỡ mẫu nghiên cứu (đơn vị mẫu là hộ gia đình)

$\alpha$ : ngưỡng tin cậy;  $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

$\beta$ : Lực mẫu = 0,20  $\Rightarrow Z_{1-\beta} = 0,84$

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

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

$p = (p_1 + p_2)/2$



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

Theo kết quả nghiên cứu trước đó, trung bình có khoảng 44,3% số hộ có người ốm trong cộng đồng [38], do đó số hộ gia đình tối thiểu cần được điều tra trong nghiên cứu là  $n=340/0,443 = 768$  (Hộ). Ngoài ra, ở nghiên cứu này chúng tôi ước lượng thêm 25% dự phòng hộ gia đình không hợp tác do đặc điểm của địa điểm nghiên cứu, hoặc dự phòng bỏ cuộc/chuyển đi nơi khác trong thời gian giữa trước và sau can thiệp do thời gian nghiên cứu dài. Do đó mẫu được làm tròn là 960 hộ cho mỗi nhóm can thiệp và chứng (mỗi nhóm có 9 xã, tương đương với 107 hộ/xã). Thực tế điều tra được ở nhóm xã can thiệp là 809 hộ trước can thiệp và 810 hộ sau can thiệp; và ở nhóm xã đối chứng là 932 hộ trước can thiệp và 822 hộ sau can thiệp.

**+) Cỡ mẫu cho nghiên cứu đánh giá kiến thức khám, chẩn đoán và xử trí các trường hợp bệnh của các BS và YS làm việc tại TYT:**

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

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

**Phương pháp thu thập số liệu:**

*a/ Nghiên cứu định lượng:*

**Bước 1:** Nhóm nghiên cứu tiến hành xây dựng bộ công cụ dựa trên tổng quan các tài liệu nghiên cứu trước đó về các chủ đề đánh giá kiến thức-kỹ năng của cán bộ y tế và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Bộ công cụ được thử nghiệm tại TYT và cộng đồng nhằm hoàn thiện và phù hợp với địa phương.

**Bước 2:** Sau khi hoàn thiện bộ công cụ, nhóm nghiên cứu tiến hành điều tra trên diện rộng. Điều tra viên được đào tạo, thống nhất quy trình và phương pháp thu

thập số liệu, làm thử sau tập huấn và được giám sát trong quá trình thu thập số liệu. Nghiên cứu sinh giám sát quá trình thu thập thông tin. Số liệu thu được được kiểm tra, làm sạch trước khi phân tích.

b/ Nghiên cứu định tính:

- Sử dụng 03 cuộc thảo luận nhóm Trưởng trạm Y tế xã, 09 cuộc phỏng vấn sâu Lãnh đạo các đơn vị y tế tuyến huyện, lãnh đạo UBND xã để tìm hiểu về nhu cầu, quá trình triển khai mô hình Đội lưu động, thuận lợi, khó khăn, ưu, nhược điểm, hiệu quả và khả năng duy trì. Nội dung được chuẩn bị trước theo chủ đề.

Thảo luận nhóm:

- Địa điểm: Trung tâm Y tế huyện
- Đối tượng: trạm trưởng TYT
- Thời gian mỗi cuộc thảo luận 60 - 90 phút.
- Phương pháp: Thảo luận nhóm trọng tâm.
- Công cụ hỗ trợ: Máy ghi âm, biên bản ghi chép.
- Nội dung thảo luận nhóm: Phần phụ lục 3.
- Hướng dẫn thảo luận nhóm: Nghiên cứu viên.

Phỏng vấn sâu:

- Đối tượng phỏng vấn:
  - +) Lãnh đạo trung tâm y tế huyện (03 cuộc).
  - +) Lãnh đạo phòng y tế huyện: (03 cuộc).
  - +) Lãnh đạo UBND xã: (03 cuộc).
- Địa điểm phỏng vấn: tại phòng làm việc của các đối tượng
- Thời gian phỏng vấn: 30-40 phút.
- Công cụ hỗ trợ: Máy ghi âm, biên bản ghi chép.
- Nội dung phỏng vấn: phụ lục 4;
- Người phỏng vấn: Nghiên cứu viên.

### **Các chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp:**

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

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

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

- Bình quân số lượt bệnh nhân được khám trong 1 tháng tại một TYT .
- Bình quân số bệnh nhân được điều trị trong năm (điều trị nội trú, ngoại trú)
- Tỷ lệ bệnh nhân được khám và điều trị tại TYT xã (điều tra hộ gia đình)
- Tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến trên trong năm
- Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị hợp lý (đúng phác đồ điều trị)
- Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mãn tính được phát hiện .
- Bình quân xét nghiệm được thực hiện trong năm
- Tỷ lệ người dân hài lòng về dịch vụ y tế, trình độ YS, BS (điều tra hộ gia đình)
- Tỷ lệ các lý do chọn và không chọn sử dụng một dịch vụ y tế
- Tỷ lệ hộ gia đình biết về Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã

#### ***\* Chỉ số cho nghiên cứu định tính:***

Ý kiến phản ứng hay ủng hộ mô hình Đội y tế lưu động cụm xã trên địa bàn của Trưởng trạm Y tế xã, của cán bộ lãnh đạo xã, của lãnh đạo các đơn vị y tế tuyến huyện.

### **2.4. Bảng tổng hợp các biến số, chỉ số nghiên cứu**

#### **\*Thông tin chung về nhân lực và kiến thức khám chữa bệnh của bác sỹ, y sỹ**

<b>TT</b>	<b>Tên Biến số/Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa Biến số/Chỉ số</b>	<b>Công cụ thu thập</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>1</b>	Tuổi	Tuổi trung bình của BS, YS tại thời điểm nghiên cứu, tính theo năm dương lịch	Bảng hỏi	Tự điền
<b>2</b>	Giới	Tỷ số giới tính của BS, YS (Nam hoặc Nữ)	Bảng hỏi	Tự điền

<b>TT</b>	<b>Tên Biến số/Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa Biến số/Chỉ số</b>	<b>Công cụ thu thập</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>3</b>	Trình độ chuyên môn	Tỷ lệ theo cấp học chuyên môn cao nhất của BS, YS	Bảng hỏi	Tự điền
<b>4</b>	Loại hình đào tạo	Hình thức đào tạo chính quy hay chuyên tu, tại chức của BS, YS	Bảng hỏi	Tự điền
<b>5</b>	Chuyên ngành đào tạo	Bằng cấp, chứng chỉ về chuyên ngành, chuyên môn của BS, YS	Bảng hỏi	Tự điền
<b>6</b>	Số năm công tác trong ngành Y tế	Thời gian công tác trong ngành y tế tính theo năm dương lịch (kể cả thời gian công tác trong ngành Y tế ở nơi khác trước khi chuyển về NB)	Bảng hỏi	Tự điền
<b>7</b>	Chủ đề được đào tạo, tập huấn sau khi tốt nghiệp BS, YS	Nội dung chuyên môn BS, YS được đào tạo, tập huấn từ khi ra trường tới thời điểm điều tra	Bảng hỏi	Tự điền
<b>8</b>	Kiến thức khám, chẩn đoán, xử trí, chăm sóc trẻ bị ARI, tiêu chảy, chăm sóc thai nghén, THA, xử lý dịch	Tỷ lệ đạt yêu cầu (từ 5 điểm /10 trở lên)	Vignette	Tự điền

***\*Cơ cấu tổ chức, thuốc, trang thiết bị, cơ sở hạ tầng của Trạm y tế***

<b>TT</b>	<b>Tên Biến số/Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa Biến số/Chỉ số</b>	<b>Công cụ thu thập</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>9</b>	Cơ cấu cán bộ y tế	Tỷ lệ % BS, YS, KTV, NHS, Điều dưỡng của tuyến huyện, xã	Bảng kiểm	Kiểm tra
<b>10</b>	Trạm y tế có đủ các nhóm trang thiết bị	Tỷ lệ đủ các trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế (Khám sản phụ khoa - đỡ đẻ; Chuyên khoa TMH-RHM-mắt; Y học cổ truyền; Xét nghiệm; dụng cụ tiệt khuẩn)	Bảng kiểm	kiểm tra
<b>11</b>	Thuốc tại TYT	Tỷ lệ% trạm y tế có đủ các nhóm thuốc theo danh mục quy định của Bộ Y Tế cho tuyến xã	Bảng kiểm	kiểm tra

**\*Hoạt động khám chữa bệnh của Trạm y tế xã**

<b>TT</b>	<b>Tên Biến số/Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa Biến số/Chỉ số</b>	<b>Công cụ thu thập</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>12</b>	Trạm y tế xã có BS	Tỷ lệ % xã có BS trong biên chế tại Trạm y tế	Bảng hỏi	Hỏi
<b>13</b>	Số lượt bệnh nhân được khám, điều trị nội trú	Trung bình lượt bệnh được TYT khám, tại nhà và điều trị nội trú tại TYT trong một tháng	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>14</b>	Số bệnh nhân chuyên tuyến trong năm	Số bệnh nhân được TYT xã chuyên tuyến trên/năm	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>15</b>	Bệnh nhân được chẩn đoán đúng so với tuyến trên	Tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán đúng với chẩn đoán của tuyến trên so với tổng số bệnh nhân chuyên tuyến	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>16</b>	Người được trạm y tế khám, chữa bệnh	Bình quân lượt người được khám dự phòng, khám tại nhà, khám và điều trị tại trạm/Tổng số dân/năm,	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>17</b>	Người tàn tật được quản lý, hướng dẫn phục hồi chức năng tại cộng đồng	Tỷ lệ người tàn tật được quản lý và hướng dẫn Phục hồi chức năng so với tổng số người tàn tật ở các hộ gia đình trong mẫu điều tra	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>18</b>	Người cao tuổi được quản lý, hướng dẫn phòng bệnh	Tỷ lệ người cao tuổi trong hộ (60 tuổi trở lên) được quản lý, hướng dẫn phòng bệnh tại cộng đồng	Sổ sách, báo cáo	Thống kê
<b>19</b>	Phụ nữ có thai được chăm sóc thai sản	Tỷ lệ phụ nữ có thai trong năm được được CS thai sản so với tổng số phụ nữ trong GD sinh con trong năm	Sổ sách, báo cáo	Thống kê

**\* Tình hình ốm, sử dụng dịch vụ y tế, ý kiến của hộ gia đình về hoạt động của Trạm Y tế xã và về Đội KCB lưu động cụm xã.**

<b>TT</b>	<b>Tên Biến số/Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa Biến số/Chỉ số</b>	<b>Công cụ thu thập</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>20</b>	Hộ có người ốm trong 4 tuần	Tỷ lệ hộ gia đình có người ốm trong 4 tuần vừa qua so với tổng số hộ điều tra	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>21</b>	Hộ có người ốm đến khám bệnh, điều trị tại TYT	Tỷ lệ hộ có người ốm đến KCB tại TYT so với tổng số hộ có người ốm trong 4 tuần qua	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>22</b>	Hộ có người ốm được điều trị khỏi tại TYT	Tỷ lệ hộ có người ốm được điều trị khỏi tại TYT so với tổng số hộ có người ốm trong 4 tuần qua	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>23</b>	Hộ có người ốm phải chuyển lên tuyến trên	Tỷ lệ hộ có người ốm phải chuyển từ TYT lên tuyến trên	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>24</b>	Chẩn đoán của TYT đúng so với tuyến trên	Tỷ lệ hộ có người ốm được TYT chẩn đoán đúng với tuyến trên so với tổng số hộ có người ốm phải chuyển tuyến	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>25</b>	Hộ sẽ lựa chọn đến KCB tại TYT nếu có người ốm	Tỷ lệ hộ sẽ đến KCB tại TYT nếu có người ốm so với tổng số hộ	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>26</b>	Lý do hộ không lựa chọn TYT để KCB	Tỷ lệ hộ không lựa chọn KCB tại TYT theo từng lý do so với tổng số hộ không chọn TYT	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>27</b>	Hộ đến tại TYT trong 12 tháng qua	Tỷ lệ hộ có KCB tại TYT trong 12 tháng qua	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>28</b>	Đánh giá của hộ về dụng cụ y tế, thuốc và giá dịch vụ tại TYT	Tỷ lệ hộ đánh giá đủ dụng cụ/ thuốc/giá dịch vụ phù hợp trên tổng số hộ đã sử dụng dịch vụ tại TYT	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>29</b>	Người dân hài lòng với dịch vụ khám, điều trị, thái độ của CB TYT xã	Tỷ lệ hộ gia đình trả lời hài lòng với dịch vụ khám, điều trị của trạm y tế xã so với tổng hộ được điều tra	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>30</b>	Hộ có người cao tuổi được khám sức khỏe/cấp sổ theo dõi sức khỏe tại TYT	Tỷ lệ hộ có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe/cấp sổ theo dõi so với tổng số hộ có người trên 60 tuổi	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>31</b>	Hộ có phụ nữ có thai được khám/hướng dẫn chăm sóc thai/ tiêm uốn ván/sinh con tại TYT	Tỷ lệ hộ phụ nữ có thai được khám/hướng dẫn chăm sóc thai/ tiêm uốn ván/sinh con tại TYT trên tổng số hộ có phụ nữ có thai	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>32</b>	Hộ biết đến Đội lưu động	Tỷ lệ hộ biết đến Đội lưu động cụm xã so với tổng số hộ	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>33</b>	Hộ đã được Đội lưu động khám	Tỷ lệ hộ được Đội khám so với tổng số hộ	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD
<b>34</b>	Sự hài lòng với Đội lưu động	Tỷ lệ hộ hài lòng với Đội so với tổng số hộ được khám	Bộ câu hỏi HGD	Phỏng vấn HGD

**\* Nội dung đo lường kiến thức-thực hành của Bác sỹ và Y sĩ**

Để đánh giá mức độ trả lời đúng của BS và YS, kỹ thuật Vignette đưa ra các ca bệnh giả định nhằm đánh giá cách xử trí của cán bộ y tế với những trường hợp bệnh cụ thể. Điểm số được tính có trọng số theo thang điểm 10 cho các chủ đề đánh giá. Các chủ đề bao gồm:

- Kiến thức-thực hành về khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc trẻ em bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính (ARI):

- Triệu chứng chẩn đoán trẻ em bị nhiễm ARI: 3 điểm
- Danh sách thuốc điều trị: 3 điểm
- Kê đơn: 4 điểm

- Kiến thức-thực hành về khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc trẻ em bị tiêu chảy:

- Triệu chứng chẩn đoán bệnh: 4 điểm
- Điều trị cho trẻ nếu trẻ tiêu chảy đơn thuần, không sốt: 3 điểm
- Điều trị cho trẻ nếu trẻ tiêu chảy do vi khuẩn: 3 điểm

- Kiến thức-thực hành về khám, xử trí và chăm sóc thai nghén

- Câu hỏi cần đặt ra khi thăm khám thai nghén: 4 điểm
- Yếu tố cần khám khi thăm khám thai nghén: 3 điểm
- Xét nghiệm cần làm khi thai phụ phù hai chân: 3 điểm

- Kiến thức-thực hành về khám, xử trí và chăm sóc bệnh nhân cao huyết áp

- Câu hỏi cần đặt ra khi khám bệnh nhân tăng huyết áp: 3 điểm
- Yếu tố lâm sàng cần khám: 3 điểm
- Xét nghiệm cần làm: 2 điểm
- Nội dung tư vấn: 2 điểm

- Kiến thức-thực hành về phát hiện và xử lý vụ dịch tiêu chảy cấp

- Câu hỏi cần đặt ra khi khám: 5 điểm
- Công việc cần làm nếu nghi ngờ tiêu chảy cấp: 5 điểm

Dựa trên barem điểm thiết kế sẵn, điều tra viên cho điểm các câu trả lời về chẩn đoán, xử lý của các tình huống bệnh đặt ra theo thang điểm 10. Nếu đối tượng tương tự trả lời câu hỏi:

- Đạt điểm 5 trở lên: xếp loại Đạt

- Đạt dưới điểm 5: xếp loại Không đạt

## 2.5. Xử lý và phân tích số liệu

### 2.5.1. Đối với số liệu định lượng

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và xử lý tại thực địa bởi các chuyên gia trong nhóm nghiên cứu. Sau khi làm sạch, số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 với các file .qes, .rec, .chk. Bộ nhập có xử lý các bước nhảy trong bộ câu hỏi hợp lý, phù hợp logic nhằm tránh sai số trong quá trình nhập liệu.

Số liệu sau khi nhập được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Thống kê mô tả và thống kê suy luận được áp dụng. Thống kê mô tả bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng và tần số, tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính. Thống kê suy luận được áp dụng bao gồm kiểm định t-test và ANOVA test cho biến định lượng; và  $\chi^2$  test cho biến định tính. Các kiểm định ghép cặp so sánh trước sau như t-test ghép cặp và  $\chi^2$  test được sử dụng để kiểm định sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp. Giá trị  $p < 0,05$  được xem xét có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp bằng so sánh một số tỷ lệ trước và sau can thiệp bằng chỉ số hiệu quả tính theo công thức. Các chỉ số đánh giá hiệu quả:

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

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

$$\text{Hiệu quả can thiệp nhóm (A)} = \text{CSHQ (A)} - \text{CSHQ (B)}$$

#### Trong đó:

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



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

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

Ngoài ra sử dụng phép so sánh hai hoặc nhiều tỷ lệ trước và sau can thiệp bằng test  $\chi^2$ . Và các test thống kê thông thường khác.

### **2.5.2. Đối với dữ liệu định tính**

- Tổng hợp phân tích các thông tin, số liệu định tính dựa trên các nội dung, kết quả của thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu, ghi chép theo chủ đề phân tích, trích dẫn từ băng ghi âm.

- Liệt kê các chủ đề phân tích về Trạm y tế xã như: Các hoạt động chung của TYT; Tình hình người dân đến KCB tại TYT; Khó khăn của TYT; Nhận xét về hiện trạng của TYT; Nhu cầu đầu tư của TYT; Đề xuất kiến nghị của TYT.

- Liệt kê các chủ đề phân tích về Đội lưu động cụm xã: Các hoạt động, hiệu quả, tính khả thi, ưu nhược điểm; thuận lợi khó khăn trong triển khai và khả năng duy trì của mô hình.

- Liệt kê các chủ đề phân tích về người dân như: Nhu cầu KCB của người dân; sự ủng hộ của người dân với mô hình Đội lưu động.

- Mã hóa các đối tượng trả lời rồi tiến hành ghi chép, gỡ băng ghi âm, sắp xếp các nội dung trả lời theo chủ đề phân tích đã liệt kê, sắp xếp.

### **2.6. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Không gặp vấn đề gì về đạo đức trong nghiên cứu, trước khi phỏng vấn các điều tra viên nêu rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu để đối tượng nghiên cứu biết

và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu chỉ được tiến hành trên những đối tượng tự nguyện, không ép buộc.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Sở Y tế, UBND huyện
- Trước khi phỏng vấn đối tượng đều được giải thích mục đích nghiên cứu và cam kết không để lộ thông tin cá nhân. Chỉ tiến hành phỏng vấn đối tượng nếu đồng ý.
- Không hỏi lý do không đồng ý trả lời ngay từ đầu cũng như trong suốt thời gian phỏng vấn.
- Các biểu mẫu, bộ câu hỏi, phiếu đánh giá kiến thức không đề tên đối tượng.
- Hộ gia đình được phỏng vấn được chi trả một khoản tiền theo quy định của Bộ KHCHN về phỏng vấn đối tượng.
- Các số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.
- Các xã trong nhóm chứng hoạt động y tế bình thường như quy định, sau khi kết thúc nghiên cứu sẽ triển khai mô hình can thiệp như những xã can thiệp.
- Đề tài được thông qua hội đồng khoa học xét duyệt đề tài NCS của Trường Đại học Y tế Công cộng

## **2.7. Những hạn chế của đề tài, sai số và phương pháp hạn chế sai số**

### **Những hạn chế của đề tài:**

- Nghiên cứu thực hiện giai đoạn thu thập số liệu kéo dài. Hồi cứu số liệu từ giai đoạn 2005 -2008, năm 2008 tiến hành đánh giá các nguồn lực của các trạm y tế xã trong toàn tỉnh, năm 2009 tiến hành đánh giá trình độ lâm sàng các y bác sỹ của trạm y tế 9 xã nghiên cứu; Giai đoạn can thiệp kéo dài 2 năm vì vậy về tính thời sự phần nào bị ảnh hưởng (tuy nhiên sau can thiệp Sở Y tế đã có công văn hướng dẫn các huyện thực hiện mô hình này, công văn này đến nay vẫn còn hiệu lực)
- Trong thu thập thông tin và phân tích số liệu, chưa trình bày cụ thể thực trạng nguồn lực (trang bị y tế, nhân lực) từng xã can thiệp và không can thiệp vì vậy giải thích về hiệu quả can thiệp bị hạn chế.

- Một trong những yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ y tế đó là tỷ lệ người dân có BHYT, tuy nhiên chúng tôi đã chưa chú ý đầy đủ đến yếu tố này mà chủ yếu đánh giá qua so sánh trước và sau can thiệp.

### **Những sai số có thể gặp phải:**

- Tỷ lệ nhất định hộ gia đình được chọn sau can thiệp không trùng với hộ đã chọn trước can thiệp do thời gian nghiên cứu can thiệp dài (2 năm)

- Có thể có sai số nhớ lại của các bác sĩ, y sĩ, của người dân trong trả lời các câu hỏi có tính chất hồi cứu. Đánh giá hoạt động khám chữa bệnh của Trạm Y tế xã còn dựa nhiều vào sổ sách ghi chép và các báo cáo vì vậy có thể có sai số do ghi chép còn thiếu hoặc báo cáo không đúng với thực tế.

- Nhiều do trả lời phỏng vấn của các đối tượng mang tính chủ quan, do BS, YS của TYT xã đôi với việc trả lời câu hỏi tự điền

- Trong quá trình nghiên cứu hộ gia đình, một số hộ không thể quay lại sau 2 năm can thiệp, làm cho cỡ mẫu cuối can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp.

### **Các biện pháp khắc phục để hạn chế:**

- Trường hợp không thể thực hiện được phép so sánh ghép cặp do mẫu hộ gia đình trước và sau can thiệp không hoàn toàn trùng nhau, được khắc phục bằng cách tăng cỡ mẫu trên cơ sở hai mẫu cho nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu thực tế tăng từ 167 lên trên 800 hộ cho mỗi nhóm.

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

- Tuyển chọn đội ngũ điều tra viên có nhiều kinh nghiệm trong điều tra cộng đồng, tập huấn điều tra viên thật kỹ, điều tra thử và chỉnh sửa bộ câu hỏi nhiều lần để khi hỏi dễ hiểu, thu thập được đủ các thông tin đáp ứng các mục tiêu nghiên cứu.

- Đối với câu hỏi tự điền bố trí BS, YS ngồi cách xa nhau, quản lý nghiêm để các BS, YS không trao đổi được khi trả lời các câu hỏi

- Các số liệu thu thập từ sổ sách, thống kê báo cáo được kiểm chứng bằng thực tế, bằng đối chiếu trên nhiều hệ thống sổ sách để xác định độ tin cậy
- Giám sát quá trình điều tra thu thập số liệu, điều chỉnh, rút kinh nghiệm những sai sót.
- Không đưa vào sử lý các số liệu không đủ độ tin cậy

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

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

**Bảng 3.1. Tình hình nhân lực tại TYT xã trong tỉnh năm 2008**

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

**Nhận xét:** Tổng số cán bộ biên chế tại TYT xã của tỉnh là 769 biên chế. Trong đó, tỷ lệ y sĩ đa khoa chiếm cao nhất là 35,9%; tỷ lệ điều dưỡng trung cấp chiếm 16,9%; tỷ lệ bác sĩ tại TYT chỉ chiếm 12,6% số nhân lực, còn lại là biên chế của các chuyên ngành khác. Có 66,8% xã có bác sỹ. Tổng số cán bộ hợp đồng tại TYT xã của tỉnh là 59 hợp đồng. Trong đó, chủ yếu là dược tá (chiếm 32,2%); điều dưỡng trung cấp (chiếm 27,1%); y sĩ THCT (chiếm 16,9%) và dược sĩ trung cấp (chiếm 15,3%).

**Bảng 3.2. Thực trạng tài chính tại các Trạm Y tế xã năm 2008***Đơn vị: Nghìn đồng*

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

**Nhận xét:** Bình quân mỗi xã tại Ninh Bình được cấp kinh phí chưa đến 27 triệu đồng/năm, với trung vị là 9 triệu đồng tương đương với 50% số xã có kinh phí được cấp dưới 9 triệu/năm. Kinh phí hỗ trợ thêm khoảng 2,5 triệu đồng/năm. Lương trung bình của cán bộ chưa đạt đến 2 triệu đồng/tháng. Thu nhập tăng thêm ngoài lương của CBYT rất thấp, bình quân 68000đ/tháng, trung vị là 45000 đồng tương đương với 50% số xã mức thu nhập tăng thêm không quá 45000đ/tháng.

**Bảng 3.3. Thực trạng cơ sở hạ tầng tại các Trạm Y tế xã năm 2008**

Tên phòng	Sử dụng tốt	Chưa sử dụng	Hỏng	Không có
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Phòng khám bệnh & điều trị	124 (85,5)	0 (0,0)	16 (11,0)	5 (3,5)
Phòng lưu bệnh nhân	123 (84,8)	1 (0,7)	17 (11,7)	4 (2,8)
Phòng rửa tay và tiết trùng	102 (70,3)	0 (0,0)	11 (7,6)	32 (22,1)
Phòng KHHGD	112 (78,2)	0 (0,0)	14 (9,7)	19 (13,1)
Phòng đẻ	127 (87,6)	2 (1,4)	16 (11,0)	0 (0,0)
Phòng sau đẻ	123 (84,8)	3 (2,1)	16 (11,0)	3 (2,1)
Phòng KCB bằng YHCT	94 (64,8)	7 (4,8)	7 (4,8)	37 (25,6)
Phòng cấp phát thuốc	120 (82,8)	0 (0,0)	14 (9,7)	11 (7,6)

**Nhận xét:** Phần lớn các phòng làm việc tại TYT vẫn đang sử dụng tốt. Tuy nhiên, còn nhiều TYT vẫn đang thiếu phòng (3,5%) làm việc hoặc có nhưng cần phải sửa chữa (11%). Hơn 25% số TYT xã không có phòng KCB YHCT; 3,5% TYT chưa có phòng khám và điều trị. Vẫn còn 3 xã chưa có phòng chăm sóc sau đẻ.

**Bảng 3.4. Thực trạng trang thiết bị tại các trạm y tế xã năm 2008**

Tên phòng	Sử dụng tốt	Chưa sử dụng	Hỏng	Không có
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Huyết áp kế	130 (89,7)	0 (0,0)	14 (9,7)	1 (0,7)
2. Ống nghe	142 (97,9)	0 (0,0)	3 (2,1)	0 (0,0)
3. Nhiệt kế	140 (96,5)	0 (0,0)	5 (3,5)	0 (0,0)
4. Máy điện tim	3 (2,1)	1 (0,7)	0 (0,0)	141 (97,2)
5. Máy siêu âm	4 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	141 (97,2)
6. Máy khí dung	83 (57,2)	11 (7,6)	10 (6,9)	41 (28,3)
7. Kính hiển vi	3 (2,1)	1 (0,7)	6 (4,1)	135 (93,1)
8. Máy XN sinh hoá	0 (0,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	143 (98,6)
9. Máy XN huyết học	0 (0,0)	2 (1,4)	0 (0,0)	143 (98,6)
10. Máy XN nước tiểu	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0,0)	143 (98,6)
11. Bộ dụng cụ cấp cứu ngạt	45 (31,0)	3 (2,1)	9 (6,2)	88 (60,7)
12. Bộ dụng cụ rửa dạ dày	18 (12,4)	2 (1,4)	14 (9,7)	111 (76,6)
13. Bộ dụng cụ tiêu phẫu	89 (61,4)	2 (1,4)	14 (9,7)	40 (27,6)
14. Hộp hấp DC, bông, gạc	130 (89,7)	0 (0,0)	6 (4,1)	9 (6,2)
15. Hộp chống sốc phản vệ	142 (97,9)	0 (0,0)	3 (2,1)	0 (0,0)
16. Tủ đựng thuốc đông y	71 (49,0)	4 (2,8)	10 (6,9)	60 (41,4)
17. Máy điện châm. kim châm cứu	86 (59,3)	9 (6,2)	8 (5,5)	42 (29,0)
18. Bàn khám phụ khoa	128 (88,3)	0 (0,0)	9 (6,2)	8 (5,5)
19. Bàn đẻ	138 (95,1)	1 (0,7)	5 (3,5)	1 (0,7)
20. Cân sơ sinh	134 (92,4)	2 (1,4)	9 (6,2)	0 (0,0)
21. Máy hút	75 (51,7)	1 (0,7)	23 (15,9)	46 (31,7)
22. Ba lon Oxy hoặc bình oxy	4 (2,8)	1 (0,7)	1 (0,7)	139 (95,8)
23. Bộ dụng cụ đỡ đẻ	134 (92,4)	2 (1,4)	7 (4,8)	2 (1,4)
24. Bộ dụng cụ khám thai	138 (95,2)	0 (0,0)	6 (4,1)	1 (0,7)
25. Bộ dụng cụ nạo. hút thai	24 (16,6)	1 (0,7)	7 (4,8)	113 (77,9)
26. Nội lược dụng cụ	118 (81,4)	1 (0,7)	19 (13,1)	7 (4,8)
27. Nội hấp dụng cụ	116 (80,0)	1 (0,7)	14 (9,7)	14 (9,7)
28. Tủ sấy dụng cụ	39 (26,9)	3 (2,1)	13 (9,0)	90 (62,0)
29. Dụng cụ khám răng	57 (39,3)	3 (2,1)	8 (5,5)	77 (53,1)
30. Dụng cụ khám mắt	74 (51,0)	0 (0,0)	8 (5,5)	63 (43,5)
31. Dụng cụ khám TMH	85 (58,6)	1 (0,7)	13 (9,0)	46 (31,7)

**Nhận xét:** Đối với các trang thiết bị thiết yếu đều đang sử dụng tốt như: huyết áp kế (89,7%); ống nghe (97,9%); nhiệt kế (96,5%); hộp hấp DC, bông, gạc (89,7%); hộp chống sốc phản vệ (97,9%).... Tuy nhiên, một số trang thiết bị máy móc phức tạp cần cho KCB, theo dõi quản lý CSSKBD chưa được trang bị tại TYT xã như: máy điện tim (97,2% TYT chưa có); máy siêu âm (97,2%); kính hiển vi (93,1%); máy xét nghiệm sinh hóa hoặc test thử đường huyết (98,6%); máy xét nghiệm huyết học (98,6%); máy xét nghiệm nước tiểu (98,6%).

**Bảng 3.5. Thực trạng thuốc thiết yếu tại các trạm Y tế xã năm 2008**

		n	%
1. Nhóm thuốc gây tê tại chỗ		134	92,4
2. Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không steroid		144	99,3
3. Thuốc điều trị bệnh gút		15	10,3
4. Thuốc điều trị dị ứng		142	97,9
5. Thuốc giải độc		141	97,2
6. Thuốc điều trị động kinh, tâm thần		141	97,2
7. Thuốc trị giun, sán		139	95,9
8. Thuốc kháng sinh chống nhiễm khuẩn	- Dạng tiêm	144	99,3
	- Dạng viên	118	81,4
9. Thuốc chữa bệnh lao		117	80,7
10. Thuốc chống nấm và bệnh ngoài da	- Dạng viên	107	73,8
	- Dạng kem mỡ dùng ngoài da	113	77,9
	- Dạng dung dịch bôi ngoài da	118	81,4
11. Thuốc điều trị bệnh sốt rét		118	81,4
12. Thuốc chống thiếu máu		129	89,0
13. Thuốc điều trị bệnh tim mạch		38	26,2
14. Thuốc điều trị tăng huyết áp		139	95,9
15. Thuốc điều trị hạ huyết áp		126	86,9
16. Thuốc tẩy, khử trùng, sát khuẩn		144	99,3
17. Thuốc lợi tiểu		101	69,7
18. Thuốc chống loét dạ dày, tá tràng		142	97,9
19. Thuốc chống co thắt dạ dày, tá tràng		144	99,3
20. Thuốc điều tiêu chảy		144	99,3
21. Thuốc điều trị chuyên khoa: mắt, TMH		142	97,9
22. Thuốc cầm máu sau đẻ		144	99,3
23. Thuốc tiêm truyền bù nước, điện giải		134	92,4
24. Các vitamin		141	97,2



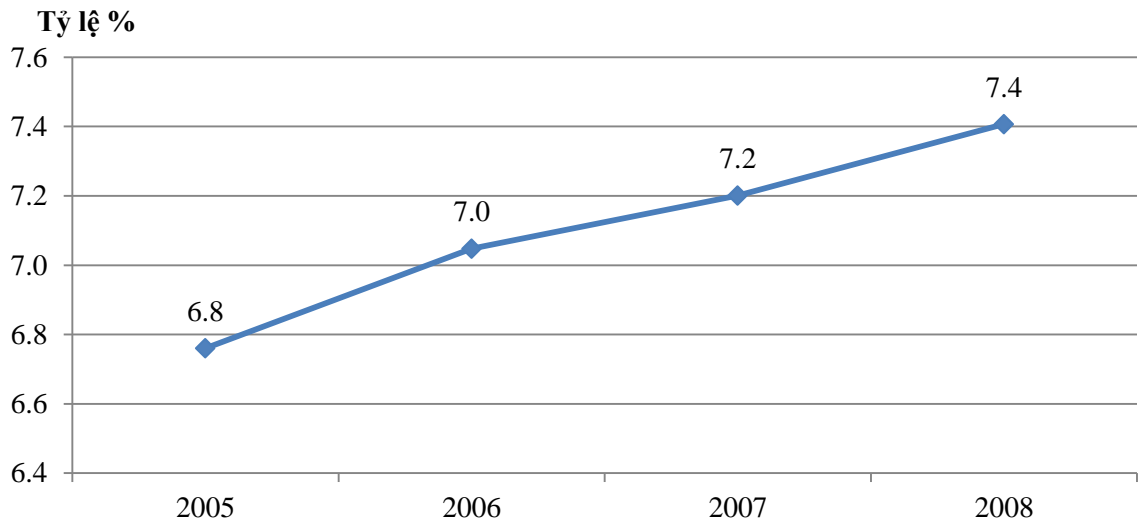
**Nhận xét:** Kết quả cho thấy, phần lớn các nhóm thuốc thiết yếu các TYT đều có đủ, tuy nhiên một số nhóm thuốc và dạng bào chế, tỷ lệ các TYT trang bị còn thấp, bao gồm thuốc điều trị bệnh gút (10,3%), thuốc điều trị bệnh tim mạch (26,2%), thuốc lợi tiểu (69,7%) và thuốc chống nấm/bệnh ngoài da (73,8% đến 81,4%).

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

**Bảng 3.6. Hoạt động KCB trung bình tại một TYT giai đoạn 2005-2008**

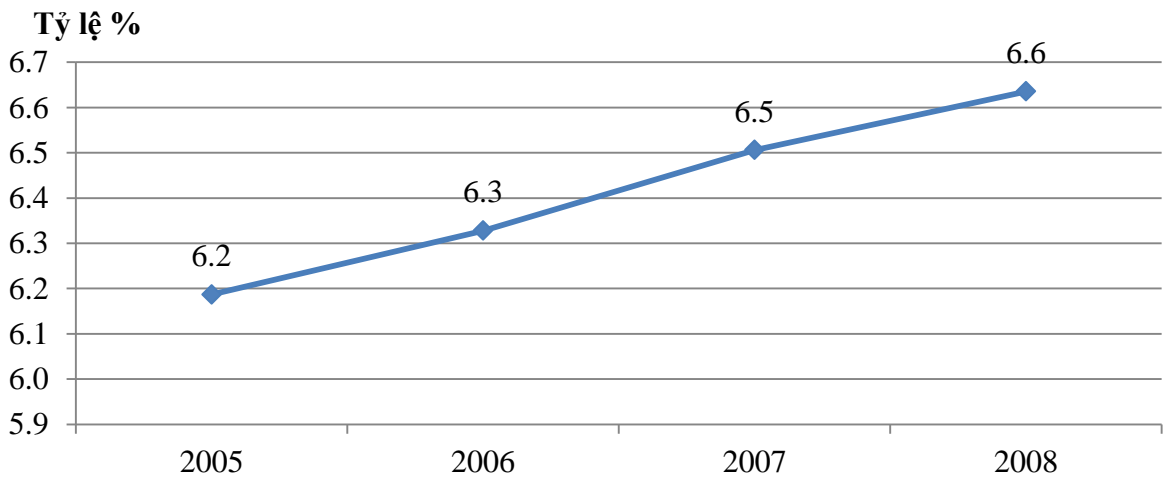
Chỉ số	Năm			
	2005	2006	2007	2008
	X (SD)	X (SD)	X (SD)	X (SD)
Trung bình BN khám tại trạm/tháng	4242,9 (2360,0)	4705 (2569,2)	4740,7 (2574,2)	5007,6 (2793,7)
Trung bình BN khám tại nhà/năm	1099 (1054,0)	1061,2 (1083,2)	1098,5 (1113,9)	1097,5 (1159,4)
Trung bình BN khám tại cộng đồng/năm	2567,2 (1735,1)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

**Nhận xét:** Số bệnh nhân khám tại TYT tăng dần và đều qua các năm, số lượt đến TYT mỗi xã khám chữa bệnh từ 4242 lượt người/tháng vào năm 2005 tăng lên 5007 lượt người vào năm 2008. Số bệnh nhân được điều trị tại trạm cũng tăng dần qua các năm, từ 399 trường hợp /TYT xã/ năm 2005, tăng lên 452 vào năm 2008. Số bệnh nhân được chuyên tuyến hàng tháng khá cao, có xu hướng gia tăng từ 189 trường hợp/xã /vào năm 2005, lên 250 trường hợp/ TYT xã vào năm 2008.



**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi tại TYT giai đoạn 2005-2008**

**Nhận xét:** Tỷ lệ người cao tuổi tại Ninh Bình được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi tại TYT tăng đều qua các năm từ 67,6% năm 2005 đến 74,1% năm 2008.



**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ người tàn tật được theo dõi quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng tại TYT giai đoạn 2005-2008**

**Nhận xét:** Tỷ lệ người tàn tật tại Ninh Bình được theo dõi quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng tại TYT tăng lên từ 61,9% năm 2005 đến 66,4% năm 2008.

**Bảng 3.7. Chăm sóc thai sản trung bình tại một TYT giai đoạn 2005-2008**

Chỉ số	Chỉ tiêu đạt được (%)			
	2005	2006	2007	2008
	X (SD)	X (SD)	X (SD)	X (SD)
Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám đủ 3 lần (%)/năm	92,4 (12,2)	93 (12,7)	93,8 (13)	95,5 (11,2)
Tỷ lệ đẻ tại trạm/tổng số ca đẻ (%)	46,2 (31,8)	45,9 (31,4)	44,5 (31,3)	42,8 (32,8)
Tỷ lệ đẻ tại nhà/tổng số ca đẻ (%)	1,2 (4,7)	0,9 (4)	0,5 (2,8)	0,6 (2,6)
Tỷ lệ đẻ tại cơ sở y tế khác/tổng số ca đẻ (%)	54,1 (30,8)	55,3 (30,3)	57,2 (30,4)	59,2 (30,8)
Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng đầy đủ/năm (%)	96,6 (12,5)	96,7 (12,4)	96,5 (12,6)	96,4 (14,3)

**Nhận xét:** Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám đủ 3 lần tại các TYT tỉnh Ninh Bình ở mức cao qua các năm, từ 92,4% năm 2005 đến 95,5% năm 2008. Tuy nhiên, tỷ lệ đẻ tại trạm chỉ chiếm chưa đến 50% ở cả 4 năm báo cáo, chủ yếu đẻ tại cơ sở y tế khác. Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng đầy đủ cũng ở mức cao trong khoảng 96% trong 4 năm.

**3.1.3. Thực trạng kiến thức khám chữa bệnh của BS và YS tại các trạm y tế xã trong tỉnh (năm 2009)**

**Bảng 3.8. Thông tin chung của BS và YS tham gia nghiên cứu**

Thông tin chung		SL	%
<b>Giới tính</b>	Nam	130	43,9
	Nữ	166	56,1
<b>Trình độ chuyên môn</b>	Y sĩ	217	73,3
	Bác sĩ	75	25,3
	Bác sĩ CKĐH	2	0,7
	Bác sĩ CKI, Thạc sĩ	0	0,0
	Khác	2	0,7
<b>Chuyên ngành đào tạo</b>	Đa khoa	271	91,6
	Y học dự phòng	1	0,3
	Nội	0	0,0
	Ngoại	1	0,3
	Sản	16	5,4
	Nhi	0	0,0
	Khác	7	2,4
<b>Loại hình đào tạo</b>	Hệ chính quy	208	70,3
	Hệ chuyên tu	87	29,4
	Hệ tại chức	0	0,0
	Khác	1	0,3
<b>Tuổi trung bình: <math>\bar{X}</math> (SD); Min - Max</b>		39,7 ± 6,6	22 - 59
<b>Số năm công tác trong ngành: <math>\bar{X}</math> (SD); Min - Max</b>		15,2 ± 6,9	1 - 40

**Nhận xét:** Trình độ chuyên môn của đối tượng chủ yếu vẫn là YS (chiếm 73,3%). Chuyên ngành đào tạo chính là đa khoa (chiếm 91,6%). Tỷ lệ cán bộ được đào tạo chính quy chiếm 70,3% và đào tạo chuyên tu chiếm 29,4%. Tuổi trung bình là 39,7 ± 6,6 tuổi, trong đó trẻ nhất là 22 tuổi và cao tuổi nhất là 59 tuổi. Số năm công tác trung bình trong ngành của đối tượng là 15,2 ± 6,9, thấp nhất là 1 năm và cao nhất là 40 năm kinh nghiệm.

**Bảng 3.9. Tỷ lệ BS và YS tham gia nghiên cứu được đào tạo nâng cao chuyên môn từ 3 tháng trở lên từ khi tốt nghiệp**

Đào tạo nâng cao	Trình độ chuyên môn		Tổng n=296 (%)
	Y sĩ n=217 (%)	Bác sĩ n=79 (%)	
Chuyên khoa I	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Định hướng CK sản, nhi	18 (8,3)	0 (0,0)	18 (6,1)
Định hướng CK YHCT	7 (3,2)	0 (0,0)	7 (2,4)
Định hướng CK mắt, RHM, TMH	32 (14,8)	5 (6,3)	37 (12,5)
Khác	12 (5,5)	4 (5,1)	16 (5,4)
Chưa được đi đào tạo	148 (68,2)	70 (88,6)	224 (75,7)
<b>Tổng</b>	<b>217 (100)</b>	<b>79 (100)</b>	<b>296 (100)</b>

**Nhận xét:** Có 70/79 (88,6%) bác sĩ chưa hề được đào tạo theo một khóa đào tạo liên tục nào có thời gian 3 tháng trở lên. Tương tự như thế với y sĩ là 68,2%.

**Bảng 3.10. Tỷ lệ Y sĩ, Bác sĩ tại TYT được tham gia đào tạo chuyên môn từ 1 đến dưới 3 tháng trong 3 năm.**

Lĩnh vực đào tạo nâng cao	Trình độ chuyên môn		Tổng n=296 (%)
	Y sĩ n=217 (%)	Bác sĩ n=79 (%)	
Quản lý y tế	6 (2,8)	1 (1,3)	7 (2,4)
TT-GDSK	12 (5,5)	6 (7,6)	18 (6,1)
Vệ sinh phòng bệnh	8 (3,7)	1 (1,3)	9 (3,0)
CSSKBMTE-KHHGD	19 (8,8)	4 (5,1)	23 (7,8)
Khám, điều trị bệnh thông thường	24 (11,1)	7 (8,9)	31 (10,5)
Thực hiện chương trình y tế	12 (5,5)	5 (6,3)	17 (5,7)
Khác	3 (1,4)	5 (6,3)	8 (2,7)

**Nhận xét:** Trong 3 năm chỉ có 38,2% số nhân viên y tế được đào tạo từ 1 đến dưới 3 tháng. Tỷ lệ bác sĩ và YS được đào tạo tương tự nhau (36,7% so với 38,7%). Nội dung đào tạo chủ yếu là khám chữa bệnh và BVBMTE – KHHGD. Trong khi đó, tỷ lệ cán bộ được đào tạo về vệ sinh phòng bệnh và quản lý y tế là rất ít (tương ứng là 3,0% và 2,4%).

**Bảng 3.11. Tỷ lệ Y sĩ, Bác sĩ tại TYT được tham gia đào tạo chuyên môn dưới 1 tháng trong 3 năm gần đây**

Lĩnh vực đào tạo nâng cao	Trình độ chuyên môn		Tổng n=296 (%)
	Y sĩ n=217 (%)	Bác sĩ n=79 (%)	
Quản lý y tế	16 (7,4)	6 (7,6)	22 (7,4)
TT-GDSK	39 (18,0)	18 (22,8)	57 (19,3)
Vệ sinh phòng bệnh	25 (11,5)	10 (12,7)	35 (11,8)
CSSKBMTE-KHHGD	58 (26,7)	13 (16,5)	71 (24,0)
Khám, điều trị bệnh thông thường	74 (34,1)	28 (35,4)	102 (34,5)
Thực hiện chương trình y tế	37 (17,1)	25 (31,7)	62 (20,9)
Khác	7 (3,2)	1 (1,3)	8 (2,7)

**Nhận xét:** Trong thời gian 3 năm, 34,1% số y sĩ và 35,7% số bác sĩ đã được đào tạo lại trong những khóa ngắn hạn dưới 1 tháng về khám chữa bệnh. Các khóa đào tạo khác về CSSKBMTE- KHHGD, chương trình y tế, TTGDSK, quản lý y tế và vệ sinh phòng bệnh đều có tỷ lệ thấp hơn.

**Bảng 3.12. Nhu cầu cần đào tạo liên tục của Y sĩ, Bác sĩ tại TYT**

Lĩnh vực đào tạo nâng cao	Trình độ chuyên môn		Tổng n=303 (%)
	Y sĩ n=217 (%)	Bác sĩ n=79 (%)	
Quản lý y tế	76 (35,0)	41 (51,9)	117 (39,5)
TT-GDSK	98 (45,2)	32 (40,5)	130 (43,9)
Vệ sinh phòng bệnh	98 (45,2)	29 (36,7)	127 (42,9)
CSSKBMTE-KHHGD	123 (56,7)	30 (38,0)	153 (51,7)
Khám, điều trị bệnh thông thường	155 (71,4)	48 (60,8)	203 (68,6)
Thực hiện chương trình y tế	112 (51,6)	23 (29,1)	135 (45,6)
Khác	7 (3,2)	3 (3,8)	10 (3,4)

**Nhận xét:** Nguyên vọng của CBYT làm việc tại các TYT xã về đào tạo liên tục về khám chữa bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (68,6%) so với các khóa học khác.

**Bảng 3.13. Tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ khám bệnh - điều trị nội trú - công tác y tế dự phòng của các TYT theo đánh giá của Bác sĩ, Y sĩ**

Mức độ hoàn thành	Khám bệnh		Điều trị nội trú		Y tế dự phòng	
	n	%	n	%	n	%
Hoàn thành	186	62,8	105	35,2	194	65,5
Hoàn thành nhưng chưa tốt	44	14,8	60	20,3	35	11,9
Đôi khi không hoàn thành	4	1,4	26	8,8	9	3,0
Thường là không hoàn thành	7	2,4	44	14,9	0	0,0
Không biết/không trả lời	55	18,6	61	20,6	58	19,6
<b>Tổng</b>	<b>296</b>	<b>100</b>	<b>296</b>	<b>100</b>	<b>296</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ CBYT tự nhận xét về mức độ hoàn thành nhiệm vụ khám bệnh chiếm tỷ lệ 62,8%, gần bằng với nhiệm vụ y tế dự phòng: 65,5%. Hoàn thành nhiệm vụ điều trị nội trú chỉ chiếm 35,2%.

**Bảng 3.14. Kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh thông thường của BS, YS tại các TYT xã trước can thiệp**

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

**Nhận xét:**

- Đối với khám và điều trị cho trẻ em bị nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp, tỷ lệ đạt yêu cầu chỉ chiếm 65,8% đối với bác sỹ và 56,7% đối với y sỹ.

- Các bác sỹ và y sỹ tại TYT xã có kiến thức khám chữa bệnh cho trẻ em bị tiêu chảy đạt yêu cầu chỉ là 48,3%. Bác sỹ có tỷ lệ đạt yêu cầu cao hơn so với y sỹ không nhiều (58,2% so với 44,7%), sự khác nhau có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

- Kiến thức về chăm sóc thai nghén của cả bác sỹ và y sỹ xã đều rất kém, chỉ 7,6% số bác sỹ và 0,5% số y sỹ trả lời câu hỏi ở mức đạt. Không có ai trong số 79 bác sỹ và 217 y sỹ có kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp ở mức điểm đạt.

- Kiến thức về cách phát hiện và xử trí một vụ dịch tiêu chảy cấp của cả y sỹ và bác sỹ đều rất kém. Tỷ lệ có kiến thức ở mức đạt chỉ là 1,4% đến 2,5% (tương ứng đối với y sỹ và bác sỹ)

**3.2. Kết quả nghiên cứu can thiệp****3.2.1. Thực trạng ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của hộ gia đình tại 3 huyện tỉnh Ninh Bình (điều tra trước can thiệp)****Bảng 3.15. Thông tin chung của đối tượng thời điểm trước can thiệp (2009)**

		Xã can thiệp n (%)	Xã đối chứng n (%)	Tổng n (%)	P
<b>Giới tính</b>	Nam	206 (25,5)	178 (19,1)	384 (22,1)	
	Nữ	603 (74,5)	754 (80,9)	1357 (77,9)	
<b>Nhóm tuổi</b>	18-25	42 (5,2)	62 (6,7)	104 (6,0)	>0,05
	26-35	166 (20,5)	204 (21,9)	370 (21,3)	
	36-45	161 (19,9)	216 (23,2)	377 (21,7)	
	46-55	203 (25,1)	225 (24,1)	428 (24,6)	
	> 55	237 (29,3)	225 (24,1)	462 (26,5)	
<b>Trình độ học vấn</b>	≤ Cấp 1	1 (22,4)	181 (20,5)	191 (21,4)	>0,05
	Cấp 2	2 (63,7)	515 (66,7)	622 (65,3)	
	Cấp 3	3 (9,3)	75 (9,3)	87 (9,3)	
	CD/ĐH	38 (4,7)	32 (3,4)	70 (4,0)	
<b>Nghề nghiệp</b>	Cán bộ	24 (3,0)	23 (2,5)	47 (2,7)	>0,05
	Công nhân	9 (1,0)	9 (1,0)	18 (1,0)	
	Nông dân	676 (83,6)	811 (87,0)	1487 (85,4)	
	Buôn bán nhỏ	13 (1,6)	23 (2,5)	36 (2,1)	
	Khác	87 (10,8)	66 (7,1)	153 (8,8)	
<b>Tổng</b>		<b>809 (100)</b>	<b>932 (100)</b>	<b>1741 (100)</b>	

**Nhận xét:** Đối tượng được phỏng vấn chủ yếu là phụ nữ (77,9%); trình độ chủ yếu cấp 2 trở xuống và hầu hết là nông dân (tương ứng là 86,7% và 85,4%). Hai nhóm xã sẽ được can thiệp và các xã nhóm chứng tương đồng nhau.



**Bảng 3.16. Tỷ lệ HGD có người ốm trong vòng 4 tuần qua trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> (n=809) n (%)	<b>Xã đối chứng</b> (n=932) n (%)	<b>Tổng</b> (n=1741) n (%)	<b>p</b>
<b>Gia đình có người ốm trong 1 tháng qua (n=1741)</b>				
Có	229 (28,3)	233 (25,0)	462 (26,5)	>0,05
Không	580 (71,7)	699 (75,0)	1279 (73,5)	
<b>Cơ sở KCB ban đầu được lựa chọn khi có người ốm trong 1 tháng qua (n=462)</b>				
TYT	122 (53,3)	105 (45,1)	227 (49,1)	>0,05
CSYT khác	107 (46,7)	128 (54,9)	235 (50,9)	
<b>Có người ốm đã điều trị khỏi tại các cơ sở y tế (n=462)</b>				
TYT xã	86 (37,6)	84 (36,0)	170 (36,8)	>0,05
CSYT khác	143 (62,4)	149 (64,0)	292 (63,2)	
<b>Lựa chọn CSYT của các HGD khi có người bị ốm (n=1741)</b>				
TYT	410 (50,7)	460 (49,4)	870 (50,0)	>0,05
CSYT khác	399 (49,3)	472 (50,6)	871 (50,0)	

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất một người ốm trong 4 tuần trước điều tra là 28,3% với nhóm các xã sẽ được can thiệp và 25% với nhóm các xã chứng, sự khác nhau không có ý nghĩa ( $p>0,05$ )

- Có 53,3% số hộ gia đình có người ốm ở xã can thiệp đã chọn cơ sở KCB ban đầu là trạm y tế xã, so với nhóm xã không can thiệp là 45,1%, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Với 26,5% số hộ có người ốm trong bốn tuần và 49,1% trong số đó đã đến TYT xã, ước tính tỷ lệ hộ gia đình sử dụng TYT xã để KCB trong bốn tuần là 13%.

- Tỷ lệ người ốm được điều trị khỏi tại trạm y tế xã tương đối thấp, 37,6% ở các xã sẽ can thiệp và 36,1% ở các xã chứng. Sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

- Tỷ lệ HGD lựa chọn TYT sẽ là nơi KCB khi nhà có người ốm là 50,7% ở xã can thiệp và 49,4% ở xã chứng. Sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

**Bảng 3.17. Lý do không lựa chọn TYT khi có người bị ốm trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> <b>(n=399)</b> <b>n (%)</b>	<b>Xã đối chứng</b> <b>(n=472)</b> <b>n (%)</b>	<b>Tổng</b> <b>(n=871)</b> <b>n (%)</b>
Không tin tưởng chuyên môn	28 (7,0)	102 (21,6)	130 (14,9)
TYT thiếu thuốc	25 (6,3)	114 (24,2)	139 (16,0)
Thái độ không tốt	6 (1,5)	15 (3,2)	21 (2,4)
Giá dịch vụ cao	1 (0,3)	3 (0,6)	4 (0,5)
Có người quen ở CSYT khác	2 (0,5)	8 (1,7)	10 (1,2)
Bệnh nặng	9 (2,3)	81 (17,2)	90 (10,3)
Phải chờ lâu	12 (3,0)	1 (0,2)	13 (1,5)
TYT xa hơn các CSYT khác	101 (25,3)	118 (25,0)	219 (25,1)

**Nhận xét:** Lý do người dân không chọn TYT xã để đến KCB chủ yếu là do thiếu thuốc và không tin tưởng chuyên môn. Một tỷ lệ đáng kể đưa ra lý do vì bệnh nặng. Sự khác biệt giữa nhóm xã sẽ can thiệp và đối chứng không nhiều, ngoại trừ lý do không tin tưởng chuyên môn.

**Bảng 3.18. Tỷ lệ các HGD có đến TYT trong 1 năm qua trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> <b>(n=809)</b> <b>n (%)</b>	<b>Xã đối chứng</b> <b>(n=932)</b> <b>n (%)</b>	<b>Tổng</b> <b>(n=1741)</b> <b>n (%)</b>	<b>p</b>
Có	496 (61,3)	482 (51,7)	978 (56,2)	<0,05
Không/Không nhớ	313 (38,7)	450 (48,3)	714 (43,8)	
<b>Tổng</b>	<b>809 (100)</b>	<b>932 (100)</b>	<b>1741 (100)</b>	

**Nhận xét:** Có 61,3% hộ gia đình ở nhóm xã sẽ can thiệp và 51,7% hộ ở xã chứng trong năm đã từng đến trạm YTX để mua thuốc, sự khác nhau có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.19. Đánh giá của các HGD về dụng cụ y tế của TYT trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> <b>n (%)</b>	<b>Xã đối chứng</b> <b>n (%)</b>	<b>Tổng</b> <b>n (%)</b>	<b>p*</b>
Đủ*	28 (5,7)	27 (5,6)	55 (5,6)	>0,05
Không đủ	333 (67,1)	262 (54,4)	595 (60,8)	
Không biết	135 (27,2)	193 (40)	328 (33,5)	
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>	<b>978 (100)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ hộ gia đình cho rằng TYT xã có đủ trang thiết bị cần thiết rất thấp: 5,6% và 5,7%. Đa số đánh giá không đủ và không biết. Không thấy sự khác nhau giữa hai nhóm xã.

**Bảng 3.20. Đánh giá của các HGD về thuốc tại TYT trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> n (%)	<b>Xã đối chứng</b> n (%)	<b>Tổng</b> n (%)	<b>P*</b>
Đủ*	28 (5,7)	17 (3,5)	45 (4,6)	>0,05
Không đủ	350 (70,6)	325 (67,4)	675 (69)	
Không biết	118 (23,8)	140 (29,1)	258 (26,4)	
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>	<b>978 (100)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ hộ gia đình cho rằng TYT xã có đủ thuốc cần thiết rất thấp: 3,5% và 5,7%. Đa số đánh giá không đủ và không biết.

**Bảng 3.21. Đánh giá của các HGD về giá dịch vụ tại TYT trước can thiệp**

	<b>Xã can thiệp</b> n (%)	<b>Xã đối chứng</b> n (%)	<b>Tổng</b> n (%)	<b>P</b>
Đắt	9 (1,8)	6 (1,2)	15 (1,5)	>0,05
Phù hợp	330 (66,5)	310 (64,3)	640 (65,4)	
Rẻ	31 (6,3)	20 (4,2)	51 (5,2)	
Không biết	126 (25,4)	146 (30,3)	272 (27,8)	
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>	<b>978 (100)</b>	

**Nhận xét:** Hầu hết các hộ gia đình cho rằng giá cả của các dịch vụ y tế là phù hợp. Tỷ lệ phần trăm giá dịch vụ đắt rất nhỏ (1,2% và 1,8%). Giữa hai nhóm không thấy khác biệt có ý nghĩa.

**Bảng 3.22. Tỷ lệ HGD có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe trước can thiệp**

	Xã can thiệp n (%)	Xã đối chứng n (%)	Tổng n (%)	p
Có	38 (15,1)	84 (33,7)	122 (24,4)	<0,05
Không	213 (84,9)	165 (66,3)	378 (75,6)	
<b>Tổng</b>	<b>251 (100)</b>	<b>249 (100)</b>	<b>500 (100)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ hộ có người cao tuổi đã được khám sức khỏe của nhóm xã sẽ can thiệp thấp hơn các xã đối chứng, 15,1% so với 33,7%, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

**Bảng 3.23. Tỷ lệ HGD có người > 60 tuổi được cấp sổ theo dõi sức khỏe trước can thiệp**

	Xã can thiệp n (%)	Xã đối chứng n (%)	Tổng n (%)	p
Có	59 (23,5)	53 (21,3)	112 (22,4)	>0,05
Không	192 (76,5)	196 (78,7)	388 (77,6)	
<b>Tổng</b>	<b>251 (100)</b>	<b>249 (100)</b>	<b>500 (100)</b>	

**Nhận xét:** Cả hai nhóm xã các hộ gia đình có người cao tuổi được cấp sổ theo dõi sức khỏe đều thấp (23,5% và 21,3%,  $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.24. Sử dụng dịch vụ chăm sóc thai sản ở TYT trước can thiệp (n=203)**

	Xã can thiệp n (%)	Xã đối chứng n (%)	Tổng n (%)	p
<b>Số phụ nữ có thai trong hộ</b>	<b>89</b>	<b>114</b>	<b>203</b>	
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai của HGD được khám tại TYT</b>				
Có	89 (100)	113 (99,1)	202 (99,5)	>0,05
Không	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,5)	
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai của HGD được TYT hướng dẫn chăm sóc thai sản</b>				
Có	86 (96,6)	113 (99,1)	199 (98)	>0,05
Không	3 (3,4)	1 (0,9)	4 (2)	
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván</b>				
Có	89 (100)	113 (99,1)	202 (99,5)	>0,05
Không	0 (0)	1 (0,9)	1 (0,5)	
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai sinh con tại cơ sở y tế</b>				
TYT	60 (67,4)	76 (66,7)	136 (67)	>0,05
CSYT khác	29 (32,6)	38 (33,3)	67 (33)	>0,05

**Nhận xét:** Hầu hết phụ nữ có thai của hai nhóm xã (>95%) đã từng được khám tại trạm; được hướng dẫn chăm sóc thai tại trạm; được tiêm phòng uốn ván tại trạm. Phụ nữ sinh tại trạm đạt 67,4% đối với các xã sẽ can thiệp và 66,7% đối với các xã chứng, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

### 3.2.2. Hiệu quả mô hình *Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã tại 3 huyện tỉnh Ninh Bình sau hai năm can thiệp*

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

**Bảng 3.25. Hiệu quả cải thiện về kiến thức của Bác sỹ và Y sỹ tại các nhóm TYT nghiên cứu sau can thiệp (n=59)**

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

**Nhận xét:** Sau can thiệp, tỷ lệ YS và BS tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng về ARI, điều trị tiêu chảy trẻ em, chăm sóc thai nghén, điều trị cao huyết áp và xử trí dịch tiêu chảy cấp lần lượt là 93,8%; 96,9%; 87,5%; 93,8% và 84,4%. Trong khi đó, các tỷ lệ này ở xã chứng đề thấp hơn, lần lượt là 51,9%; 51,9%; 7,4%; 11,1% và 7,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa với  $p<0,05$ . Cho dù ở nhóm đối chứng trong thời gian này cũng có sự tiến bộ nhưng các chỉ số hiệu quả (so sánh

trước - sau) thấp hơn nhiều so với nhóm can thiệp. HQCT đối với 2 chỉ số khám chữa bệnh trẻ em (ARI và tiêu chảy) đạt 49,7% và 85,9%.

Sau can thiệp, tỷ lệ BS tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng tăng lên đáng kể ở tất cả các chỉ số, đặc biệt ở 3 nội dung chăm sóc thai nghén, khám, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp và kiến thức về xử trí vụ dịch từ xuất phát điểm gần bằng không và bằng không % đã gần đạt mức tuyệt đối sau can thiệp, trong khi ở nhóm chứng chỉ có một ít cán bộ cải thiện kiến thức. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả thảo luận nhóm cũng cho thấy “...Đối với tôi thì trong một đoàn lưu động thì tôi cảm thấy như vậy là đi như này thì nâng cao được tay nghề cho chúng tôi...”. - (TLN-TYT, 03)

Hay “...Cải thiện lợi thứ 2: là tạo điều kiện cho anh em chúng tôi nâng cao trình độ của 1 bác sĩ cũng như là anh em y sĩ tại trạm...” – (TLN-TYT, 02)

### 3.2.2.2. Về nguồn thu và hoạt động của trạm y tế

**Bảng 3.26. Thu nhập của TYT xã và nhân viên y tế (n=18)**

Đơn vị: Nghìn đồng

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

**Nhận xét:** Sau can thiệp, mức thu tuyệt đối tăng và tỷ lệ tăng tương đối từ KCB của nhóm xã can thiệp cao hơn so với nhóm chứng (tăng 4,7 lần so với 1,3 lần), HQCT tăng trên 3,4 lần. Thu nhập thêm/tháng của cán bộ và bác sỹ ở các xã can thiệp đều cao hơn đáng kể so với các xã đối chứng (gấp gần 4,5 lần so với 0,95 lần). Can thiệp có tác động cải thiện nguồn thu và tăng thu nhập ngoài lương của nhân viên TYT.

**Bảng 3.27. Hiệu quả về sử dụng các dịch vụ y tế (trung bình mỗi TYT/năm)**

Chỉ số	Nhóm Xã can thiệp			Nhóm Xã đối chứng			HQCT (%)
	TCT X (SD)	SCT X (SD)	CSHQ (%)	TCT X (SD)	SCT X (SD)	CSHQ (%)	
Số BN khám tại trạm trung bình/năm	4169,1 (3782,7)	5493,7 (2776,2)	31,8	4541,6 (1618,1)	3501,9 (1569,0)	-22,9	54,7
Số BN khám tại nhà trung bình/năm	540,7 (838,4)	673,8 (821,0)	24,6	665,3 (1038,5)	572,2 (559,7)	-14,0	38,6
Số BN khám tại cộng đồng trung bình/năm	3123,3 (1872,0)	2882,3 (1547,2)	-7,7	2036,3 (1447,7)	2204,6 (1334,3)	8,3	-16,0
Số BN điều trị nội trú trung bình/năm	367,0 (348,7)	362,9 (226,3)	-1,1	213,7 (173,2)	107,1 (107,9)	-49,9	48,8
Số BN điều trị ngoại trú trung bình/năm	2963,0 (2223,9)	3911,6 (2719,5)	32,0	2662,0 (2083,9)	2396,9 (1066,4)	-10,0	42,0
Số BN chuyển tuyến trung bình/năm	293,2 (204,3)	473,9 (366,9)	61,6	93,0 (55,6)	184,4 (121,1)	98,3	-36,6



**Nhận xét:** Can thiệp đã tạo nên sự khác biệt đáng kể về số bệnh nhân khám tại trạm, khám tại nhà và điều trị ngoại trú tại nhóm xã can thiệp so với nhóm xã đối chứng. Số bệnh nhân điều trị nội trú đều giảm ở cả hai nhóm xã sau can thiệp, nhóm xã can thiệp giảm rất ít trong khi nhóm chứng chỉ số này giảm gần 50%. Số bệnh nhân khám tại cộng đồng ở nhóm xã can thiệp giảm, trong khi tăng nhẹ ở nhóm xã chứng. Số bệnh nhân chuyển tuyến trung bình tăng ở cả hai nhóm, tuy nhiên nhóm can thiệp mức tăng ít hơn (61,6% so với 98,3%). Hoạt động của Đội lưu động liên xã có tác động khá rõ đến các chỉ số hoạt động của các TYT xã.

**Bảng 3.28. Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và người khuyết tật tại TYT**

Chỉ số	Nhóm Xã can thiệp			Nhóm Xã đối chứng			HQCT (%)
	TCT X (SD)	SCT X (SD)	CSHQ (%)	TCT X (SD)	SCT X (SD)	CSHQ (%)	
Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi (%)	68,0 (32,2)	84,8 (10,5)	24,7	68,8 (32,7)	74,4 (15,7)	8,1	16,6
Tỷ lệ người tàn tật được theo dõi quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng (%)	52,6 (31,7)	75,3 (23,1)	43,2	54,9 (33,4)	62,3 (25,6)	13,5	29,7

**Nhận xét:** Sau can thiệp, qua sổ sách cho thấy tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi, cũng như tỷ lệ người tàn tật được theo dõi quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng tại xã can thiệp cao hơn đáng kể so với xã đối chứng. Các chỉ số cho thấy hiệu quả mức tăng không nhiều.

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

Chỉ số	Xã can thiệp			Xã đối chứng		
	TCT X (SD)	SCT X (SD)	Mức tăng	TCT X (SD)	SCT X (SD)	Mức tăng
Số siêu âm trung bình /tháng/TYT	0 (0,0)	336,9 (317,7)	336,9	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm sinh hóa, máu trung bình /tháng/TYT	0 (0,0)	76,1 (49,2)	76,1	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm nước tiểu trung bình/tháng /TYT	0 (0,0)	56,0 (42,9)	56	0 (0,0)	0 (0,0)	0
Số xét nghiệm khác (lam máu, đờm) trung bình/tháng/ TYT	17,0 (29,2)	29,5 (23,4)	12,5	20,1 (25,5)	6,4 (10,7)	-13,7

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

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

**Bảng 3.30. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Trước can thiệp (n=1741)			Sau can thiệp (n=1632)			p TCT- SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p C-CT	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p C-CT	
	(1)	(2)		(3)	(4)		
<b>Giới tính</b>							
Nam	206 (25,5)	178 (19,1)	>0,05	165 (20,4)	294 (35,8)	>0,05	>0,05
Nữ	603 (74,5)	754 (80,9)		645 (79,6)	528 (64,2)		
<b>Nhóm tuổi</b>							
18-25	42 (5,2)	62 (6,7)	>0,05	69 (8,5)	47 (5,7)	>0,05	>0,05
26-35	166 (20,5)	204 (21,9)		186 (23)	185 (22,5)		
36-45	161 (19,9)	216 (23,2)		185 (22,8)	172 (20,9)		
46-55	203 (25,1)	225 (24,1)		182 (22,5)	186 (22,6)		
> 55	237 (29,3)	225 (24,1)		188 (23,2)	232 (28,2)		
<b>Trình độ học vấn</b>							
≤ Cấp 1	1 (22,4)	181 (20,5)	>0,05	1 (19,3)	156 (13)	>0,05	>0,05
Cấp 2	2 (63,7)	515 (66,7)		2 (64,2)	520 (71,1)		
Cấp 3	3 (9,3)	75 (9,3)		3 (12,6)	102 (11,4)		
CD/ĐH	38 (4,7)	32 (3,4)		32 (4)	37 (4,5)		
<b>Nghề nghiệp</b>							
CB	24 (3,0)	23 (2,5)	>0,05	18 (2,2)	18 (2,2)	>0,05	>0,05
CN	9 (1,1)	9 (1)		16 (2)	24 (2,9)		
ND	676 (83,6)	811 (87)		652 (80,5)	689 (83,8)		
Buôn bán nhỏ	13 (1,6)	23 (2,5)		33 (4,1)	37 (4,5)		
Khác	87 (10,8)	66 (7,1)		91 (11,2)	54 (6,6)		
<b>Tổng</b>	<b>809 (100)</b>	<b>932 (100)</b>		<b>810 (100)</b>	<b>822 (100)</b>		

**Nhận xét:**

Về các chỉ số nhân khẩu học cơ bản các đối tượng nghiên cứu hộ gia đình ở hai nhóm xã can thiệp và chứng chọn trong mẫu không có sự khác nhau giữa hai thời điểm trước và sau can thiệp ( $p > 0,05$ ; Test  $\chi^2$ ); giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có các đặc điểm tương đồng để có thể so sánh các nhóm chỉ số tác động can thiệp khác.

**Bảng 3.31. Tỷ lệ các hộ gia đình có người ốm trong vòng 1 tháng qua**

Hộ gia đình có người ốm	Xã can thiệp			Xã chứng			p (3)-(4)
	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	p	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	p	
	(1)	(3)		(2)	(4)		
Có	229 (28,3)	347 (42,8)	>0,05	233 (25,0)	166 (20,2)	<0,05	<0,05
Không	580 (71,7)	463 (57,2)		699 (75,0)	656 (79,8)		
<b>Tổng</b>	<b>809 (100,0)</b>	<b>810 (100,0)</b>		<b>932 (100,0)</b>	<b>822 (100,0)</b>		

**Nhận xét:**

Tỷ lệ các hộ gia đình có người ốm trong vòng 1 tháng trước thời điểm nghiên cứu can thiệp là xã CT: 28,3%; xã chứng: 25% ( $p > 0,05$ , (Test  $\chi^2$ )) và sau can thiệp là xã CT: 42,8%; xã chứng: 20,2% ( $p < 0,05$ , (Test  $\chi^2$ )). Không thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ ốm của HGD giữa hai nhóm xã được chọn làm xã can thiệp và không can thiệp. Sau can thiệp, tỷ lệ HGD có người ốm trong một tháng ở nhóm can thiệp cao hơn hẳn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.32. Tỷ lệ HGD đã lựa chọn cơ sở KCB ban đầu khi có người ốm**

Kết quả	Nhóm xã can thiệp				Nhóm xã chứng				HQC T (%)
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	CSHQ (%)	TCT n (%)	SCT n (%)	p	CSHQ (%)	
Tổng số hộ có người ốm	809	810			932	822			
Hộ có người ốm	229 (28,3)	347 (42,8)	<0,05		233 (25,0)	166 (20,2)	>0,05		
Hộ đã KCB tại TYT/tổng số hộ	122 (15,0)	223 (27,5)	<0,05	83,3	105 (11,2)	49 (5,9)	<0,05	-45,1	128,4
Hộ có người ốm đến TYT/ tổng số hộ có người ốm	122 (53,3)	223 (64,2)	>0,05	20,4	105 (45,0)	49 (29,5)	<0,05	-34,4	54,8

**Nhận xét:**

Kết quả trong bảng trên cho thấy vào thời điểm trước can thiệp tỷ lệ hộ gia đình sử dụng TYT của hai nhóm xã tương tự nhau (15 % và 11,2%).

Nhờ can thiệp:

- Tăng tỷ lệ lựa chọn TYT là nơi khám và điều trị ban đầu tại xã can thiệp tăng so với trước can thiệp (CSHQ) là 83,3%. Trong khi đó, tỷ lệ này tại nhóm xã chứng lại giảm 45,1%. Hiệu quả can thiệp làm tỷ lệ hộ gia đình ở nhóm can thiệp đến TYT tăng lên 1,28 lần so với nhóm chứng (HQCT = 128,4%)

- Tăng tỷ lệ người ốm đến TYT ở nhóm can thiệp không nhiều, từ 53,3% lên 64,2% và chưa có ý nghĩa thống kê. Do cùng thời gian này, ở nhóm chứng tỷ lệ người ốm đến TYT lại giảm xuống (từ 45% xuống 5,9%) nên HQCT vẫn đạt 54,8%.

**Bảng 3.33. Tỷ lệ HGD có người ốm đã điều trị khỏi tại TYT**

Kết quả	Nhóm xã can thiệp				Nhóm xã chứng				HQCT (%)
	TCT n (%)	SCT n (%)	p	CSHQ (%)	TCT n (%)	SCT n (%)	p	CSHQ (%)	
Tổng số hộ có người ốm	229 (100)	347 (100)			233 (100)	166 (100)			
Hộ có người ốm điều trị khỏi tại TYT	86 (37,6)	180 (51,9)	>0,05	38,0	84 (36,0)	29 (17,5)	<0,05	-51,5	89,5

**Nhận xét:**

Chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT trước – sau can thiệp tại nhóm xã can thiệp, mức tăng nhẹ 38% so với trước, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (Test  $\chi^2$ ). Đối với nhóm xã chứng, tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT trước - sau lại là giảm tới trên 50% và sự khác nhau giữa hai tỷ lệ có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Ở thời điểm sau can thiệp tỷ lệ điều trị khỏi tại tTYT tại các xã có mô hình can thiệp là 51,9% cao hơn nhiều với cùng tỷ lệ tại xã chứng 17,9%. Như vậy, nhờ can thiệp làm tăng tỷ lệ người ốm đến TYT so với trước và có tính đến nhóm chứng (HQCT) tăng 89,5%.

**Bảng 3.34. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của TYT  
với tuyến trên trong các trường hợp chuyển tuyến**

	Trước can thiệp				Sau can thiệp				p- TCT+S CT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	Khác nhau (%)	p- CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	Khác nhau (%)	p- CT+C	
Đúng	51 (96,2)	26 (89,7)	6,5	>0,05	53 (94,6)	14 (77,8)	16,8	>0,05	>0,05
Sai	2 (3,8)	3 (10,3)	-6,5		3 (5,4)	4 (22,2)	-16,8		
<b>Tổng</b>	<b>53 (100)</b>	<b>29 (100)</b>			<b>56 (100)</b>	<b>18 (100)</b>			

**Nhận xét:**

Cho dù sau can thiệp tỷ lệ được chẩn đoán đúng trong số những ca bệnh có thể đối chiếu kết quả giữa TYT và BVH ở nhóm xã can thiệp có xu hướng giảm nhẹ (96,2% so với 94,6%,  $P > 0,05$  (Test Fisher's exact)) nhưng cùng thời gian đó, nhóm xã không can thiệp tỷ lệ chẩn đoán đúng lại giảm nhiều hơn (từ 89,7% xuống 77,8%,  $P < 0,05$  (Test Fisher's exact)) vẫn cho thấy nhờ can thiệp sự chênh lệch giữa hai nhóm (khác nhau) về tỷ lệ chẩn đoán đúng ở nhóm được can thiệp tăng lên so với trước can thiệp (6,5% so với 16,8%). Tác động của can thiệp trên tỷ lệ được chẩn đoán đúng chưa rõ ràng.

**Bảng 3.35. Lý do các HGD không lựa chọn TYT khi có người bị ốm**

Nhận xét của HGD	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)
Không tin tưởng CM	28 (7,0)	102 (21,6)	23 (11,6)	182 (36,2)
TYT thiếu thuốc	25 (6,3)	114 (24,2)	70 (35,4)	212 (42,2)
Thái độ không tốt	6 (1,5)	15 (3,2)	1 (0,5)	3 (0,6)
Giá dịch vụ cao	1 (0,3)	3 (0,6)	0 (0)	0 (0)
Có người quen ở CSYT khác	2 (0,5)	8 (1,7)	5 (2,5)	7 (1,4)
Bệnh nặng	9 (2,3)	81 (17,2)	27 (13,6)	44 (8,8)
Phải chờ lâu	12 (3,0)	1 (0,2)	30 (15,2)	4 (0,8)
TYT xa hơn các CSYT khác	101 (25,3)	118 (25,0)	102 (51,5)	152 (30,2)

**Nhận xét:** Lý do mà các hộ gia đình thường không lựa chọn TYT là nơi khám và điều trị khi có người bị ốm sau can thiệp tại các xã chứng là không tin tưởng vào trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT và TYT không đủ thuốc để điều trị (36,2% và 42,2%). Trong khi đó lý do chủ yếu không lựa chọn TYT là nơi khám và điều trị của các hộ gia đình tại các xã triển khai mô hình can thiệp là do TYT xa nơi hộ gia đình sinh sống (51,5%). Tác động của can thiệp chưa thể hiện rõ trên các yếu tố khiến HGD có người ốm đã không đến khám chữa bệnh tại TYT.

Phỏng vấn sâu cho thấy Đội y tế lưu động đã tạo được niềm tin cho người dân tại địa phương và từ đó giúp tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ tại trạm y tế: “...*Đặc biệt những ngày lịch đội lưu động về thì tỉ lệ bà con đến khám đông hơn. Cái nữa là từ khi có mô hình này thì cái tỉ lệ bà con đến trạm y tế khám có lòng tin hơn, trước đây chưa có phương tiện mà có những bệnh phải qua phương tiện máy móc nên có nhiều người vượt tuyến lên tuyến trên, nhưng bây giờ thì có phương tiện rồi tình trạng đó hạn chế rất nhiều. Cũng xuất phát từ việc bà con đến nhiều hơn thì cái hoạt động của trạm cũng nhiều hơn, tăng cường công tác khám chữa đảm bảo cơ sở vật chất đáp ứng nhu cầu của dân...*” - (PVS-PCTX, 01).

**Bảng 3.36. Tỷ lệ HGD đến TYT khám, mua thuốc, điều trị trong 1 năm qua**

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

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT khám, mua thuốc và điều trị trong 1 năm qua tại các xã can thiệp là 74,2% và xã chứng là 52,1%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ).

- Tại các xã triển khai mô hình can thiệp, tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT để khám, mua thuốc và điều trị cũng tăng sau khi triển khai mô hình. Tỷ lệ này từ 61,3% đã tăng lên 74,2%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ).

- Hiệu quả can thiệp làm tăng thu hút người dân đến TYT nhiều hơn so với nhóm chứng.

**Bảng 3.37. Đánh giá của HGD về trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p- TCT+ SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	
Tốt	163 (32,9)	153 (31,7)	>0,05	304 (50,6)	121 (28,3)	<0,05	<0,05
Khá	202 (40,7)	197 (40,9)		194 (32,3)	109 (25,5)		
Trung bình	103 (20,8)	103 (21,4)		79 (13,1)	95 (22,2)		
Kém	28 (5,7)	29 (6)		3 (0,5)	9 (2,1)		
Không biết	0 (0)	43 (4,6)		21 (3,5)	94 (22)		
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>		<b>601 (100)</b>	<b>428 (100)</b>		



**Nhận xét:**

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đánh giá trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT trước mô hình can thiệp ( $p > 0,05$ , Test  $\chi^2$ ). Tuy nhiên sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê sau mô hình can thiệp ( $p < 0,05$ , Test  $\chi^2$ ).

- Tỷ lệ các hộ gia đình đánh giá trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT tốt tại các xã can thiệp là 50,6% cao hơn nhiều so với đánh giá các xã đối chứng 28,3%.

- Đánh giá về trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT tại các xã triển khai mô hình can thiệp đã thay đổi sau khi triển khai mô hình. Tỷ lệ các hộ gia đình nhận xét trình độ chuyên môn của các bác sỹ tại trạm tốt từ 32,9% trước mô hình đã tăng lên 50,6%  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ).

- Hiệu quả can thiệp đã làm tăng tỷ lệ đánh giá trình độ chuyên môn của TYT xã nhiều hơn rõ rệt so với nhóm xã chứng.

**Bảng 3.38. Đánh giá của các HGD về thái độ phục vụ của các cán bộ tại TYT**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	
Tốt	278 (56,1)	254 (52,7)	>0,05	411 (68,4)	271 (63,3)	<0,05	<0,05
Bình thường	206 (41,5)	198 (41,1)		183 (30,5)	138 (32,2)		
Chưa tốt	12 (2,4)	30 (6,2)		7 (1,2)	12 (2,8)		
Không biết	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	7 (1,6)		
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>		<b>601 (100)</b>	<b>428 (100)</b>		

**Nhận xét:**

Nhìn chung đa số hộ gia đình được phỏng vấn đều đánh giá thái độ của các cán bộ y tế tại trạm tế là tốt. Sau can thiệp tỷ lệ này tại các xã có Đội lưu động cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhận xét tốt về các xã không can thiệp (68,4% và 63,3%,  $p < 0,05$ , Test  $\chi^2$ )

Kết quả phỏng vấn sâu lãnh đạo chính quyền cho thấy:” ... *Chất lượng khám thì tất nhiên là có cao hơn rồi và cái thứ 2 là các anh bác sĩ trong đội rất là tận tình, kể cả siêu âm, xét nghiệm cũng rất là kĩ. Đầu tiên thì bà con người ta cũng không tin đâu, nhưng mà sau khi mà khám xong rồi thì lấy kết quả xong bắt đầu khám nơi khác, sau khi về đối chứng thì người ta thấy đội lưu động làm có phần kĩ hơn thì chính vì thế là người ta có cái tin tưởng hơn và cái thứ 4 hàng tuần thì người ta tới khám là đông hơn... ” – (PVS-UBND, 01).*

**Bảng 3.39. Đánh giá của các HGD về dụng cụ y tế tại TYT**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	
Đủ	28 (5,7)	27 (5,6)	>0,05	90 (15)	29 (6,8)	<0,05	<0,05
Không đủ	333 (67,1)	262 (54,4)		352 (58,6)	210 (49,1)		
Không biết	135 (27,2)	193 (40,0)		159 (26,5)	189 (44,2)		
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>		<b>601 (100)</b>	<b>428 (100)</b>		

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ HGD nhận xét các dụng cụ y tế tại TYT tại các xã can thiệp sau mô hình can thiệp là đủ vẫn ở tỷ lệ thấp: 15% cho dù cao hơn so với trước can thiệp và cao hơn so với các xã chứng (6,8%).

- Tỷ lệ nhận xét TYT tại các xã can thiệp thiếu dụng cụ y tế trước khi can thiệp không đủ là 67,1% đã giảm xuống còn 58,6% sau mô hình can thiệp.

- Can thiệp qua mô hình Đội lưu động cụm xã chưa làm hài lòng của HGD về các trang thiết bị tại TYT xã.

**Bảng 3.40. Đánh giá của các HGD về thuốc tại TYT**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	
Đủ	28 (5,7)	17 (3,5)	>0,05	149 (24,8)	22 (5,1)	<0,05	<0,05
Không đủ	350 (70,5)	325 (67,4)		287 (47,7)	200 (46,8)		
Không biết	118 (23,8)	140 (29,1)		165 (27,5)	206 (48,1)		
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>		<b>601 (100)</b>	<b>428 (100)</b>		

**Nhận xét:**

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ HGD ở nhóm can thiệp đánh giá TYT đủ thuốc tăng lên sau can thiệp (5,7% lên 24,8% ;  $p < 0,05$ , Test  $\chi^2$ ). Trong khi nhận xét của HGD ở xã chứng chỉ tăng từ 3,5% lên 5,1% .

- Tỷ lệ HGD đánh giá TYT đủ thuốc tại thời điểm sau 2 năm can thiệp khác nhau rõ rệt giữa các xã can thiệp là 24,8% so với các xã đối chứng (5,1%).

- Can thiệp vẫn chưa tác động để chấm dứt tình trạng thiếu thuốc của TYT xã.

**Bảng 3.41. Đánh giá của các HGD về giá dịch vụ tại TYT**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	
Đắt	9 (1,8)	6 (1,2)	>0,05	1 (0,2)	2 (0,5)	<0,05	<0,05
Phù hợp	330 (66,5)	310 (64,3)		450 (74,9)	233 (54,4)		
Rẻ	31 (6,3)	20 (4,2)		39 (6,5)	27 (6,3)		
Không biết	126 (25,4)	146 (30,3)		111 (18,5)	166 (38,8)		
<b>Tổng</b>	<b>496 (100)</b>	<b>482 (100)</b>		<b>601 (100)</b>	<b>428 (100)</b>		

**Nhận xét:**

Đa số các hộ gia đình đều đánh giá giá dịch vụ y tế tại TYT là phù hợp và rẻ. Sau can thiệp tỷ lệ này tại các xã có can thiệp có tăng hơn so với trước (74,9% so với 66,5%,  $p < 0,05$ ). Tình trạng này cũng nhận thấy ở nhóm xã chứng, không can thiệp. Tác động của can thiệp trên giá thuốc không được ghi nhận.

**Bảng 3.42. Tỷ lệ các hộ gia đình có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p-CT+C	
Có	38 (15,1)	84 (33,7)	<0,05	164 (80,8)	108 (55,1)	<0,05	<0,05
Không	213 (84,9)	165 (66,3)		39 (19,2)	88 (44,9)		
<b>Tổng</b>	<b>251 (100)</b>	<b>249 (100)</b>		<b>203 (100)</b>	<b>196 (100)</b>		

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ các hộ gia đình ở nhóm xã can thiệp có người trên 60 tuổi được khám sức khỏe tăng nhiều và có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (từ 15,1% lên 80,8%,  $p < 0,05$ , Test  $\chi^2$ ). Ở nhóm xã chứng tỷ lệ này tăng ít hơn : từ 33,7% lên 55,1%.

- Tỷ lệ này vào thời điểm cuối can thiệp tại các xã can thiệp cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ) so với xã chứng (80,8% so với 55,1%).

- Giải pháp can thiệp đã đạt mục tiêu về khám sức khỏe cho người cao tuổi, hiệu quả can thiệp rất rõ ràng.

**Bảng 3.43. Tỷ lệ HGD có người trên 60 tuổi được cấp số theo dõi sức khỏe**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p- TCT+ SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	
Có	59 (23,5)	53 (21,3)	>0,05	99 (48,8)	50 (25,5)	<0,05	<0,05
Không	192 (76,5)	196 (78,7)		104 (51,2)	146 (74,5)		
<b>Tổng</b>	<b>251</b> <b>(100)</b>	<b>249</b> <b>(100)</b>		<b>203</b> <b>(100)</b>	<b>196</b> <b>(100)</b>		

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ các hộ gia đình ở nhóm xã can thiệp có người trên 60 đã được TYT ghi số theo dõi sức khỏe sau can thiệp tăng hơn trước can thiệp khá nhiều và có ý nghĩa thống kê (23,5% lên 48,8%,  $p < 0,05$ , Test  $\chi^2$ ). Trong khi đó ở nhóm xã không can thiệp mức tăng không đáng kể (21,3% lên 25,5%)

- Tại thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ người cao tuổi trong các HGD được điều tra ở nhóm xã can thiệp nhiều hơn hẳn so với nhóm xã không được can thiệp : 48,8% so với 25,5%, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ).

- Can thiệp có tác động tăng cường quản lý sức khỏe người cao tuổi.

**Bảng 3.44. Hoạt động chăm sóc thai sản**

Kết quả	Trước can thiệp			Sau can thiệp			p-TCT+SCT
	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	Xã CT n (%)	Xã chứng n (%)	p- CT+C	
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám tại TYT</b>							
Có	89 (100)	113 (99,1)	>0,05	97 (100)	86 (100)	>0,05	>0,05
Không	0 (0,0)	1 (0,9)		0 (0,0)	0 (0,0)		
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai được nhân viên tại TYT hướng dẫn chăm sóc thai</b>							
Có	86 (96,6)	113 (99,1)	>0,05	93 (95,9)	85 (98,8)	>0,05	>0,05
Không	3 (3,4)	1 (0,9)		4 (4,1)	1 (1,2)		
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván</b>							
Có	89 (100,0)	113 (99,1)	>0,05	95 (97,9)	86 (100,0)	>0,05	>0,05
Không	0 (0)	1 (0,9)		2 (2,1)	0 (0,0)		
<b>Tỷ lệ phụ nữ có thai sinh con tại cơ sở y tế</b>							
Sinh tại TYT	60 (67,4)	76 (66,7)	>0,05	58 (59,8)	25 (29,1)	<0,05	<0,05
Sinh tại CSYT khác	29 (32,6)	38 (33,3)		39 (40,2)	61 (70,9)		
<b>Tổng</b>	<b>251 (100)</b>	<b>249 (100)</b>		<b>203 (100)</b>	<b>196 (100)</b>		

**Nhận xét:**

- Hầu hết phụ nữ có thai đều được khám thai và tiêm phòng uốn ván tại TYT ở tất cả các xã của hai nhóm và vào cả hai thời điểm.

- Hầu hết phụ nữ có thai đều được nhân viên y tế ở tất cả các xã trong hai nhóm hướng dẫn chăm sóc thai sản

- Kết quả can thiệp không tác động đến hoạt động chăm sóc thai sản của các TYT xã, thậm chí tỷ lệ sinh con tại TYT còn có xu hướng giảm. Theo thời gian, tại nhóm xã can thiệp có tỷ lệ sinh tại TYT giảm ít hơn so với nhóm xã chứng.

**Bảng 3.45. Hiểu biết của HGD tại nơi có can thiệp biết về đội khám lưu động**

Ý kiến của HGD	n	%
<b>Hộ gia đình biết về đội khám lưu động tại xã</b>		
Có biết	533	65,8
Không biết	277	34,2
<b>Hộ gia đình đã từng được đội khám lưu động khám bệnh tại TYT trong 12 tháng qua</b>		
Có	200	24,7
Không	610	75,3
<b>Hộ gia đình hài lòng về kết quả khám, điều trị của đội khám lưu động</b>		
Hài lòng	166	83,0
Không hài lòng	22	11,0
Không biết	12	6,0
<b>Tổng</b>	<b>810</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ 65,8% các hộ gia đình tại các xã có triển khai mô hình can thiệp biết về đội khám lưu động tại TYT. Có 24,7% đã từng được Đội khám lưu động khám và điều trị tại xã và 83% số hộ này đánh giá hài lòng về kết quả khám và điều trị của đội khám lưu động

- Sự hiểu biết và chấp nhận của người dân đối với Đội lưu động liên xã khá tốt cho dù vẫn còn trên 1/3 số HGD trong 12 tháng qua vẫn chưa biết đến sự có mặt của Đội lưu động xuống khám chữa bệnh ở xã mình.

### 3.3. Kết quả nghiên cứu định tính

#### 3.3.1. *Nguyện vọng và nhận xét của người dân về các hoạt động khám chữa bệnh của các trạm y tế xã và Đội lưu động cụm xã:*

Phỏng vấn ngẫu nhiên người dân cao tuổi cho thấy:

*“...Nếu mà chúng tôi già thế này mà cứ phải lên huyện khám thì chúng tôi cũng khó khăn lắm. mà nếu cứ được trung tâm về mà chăm sóc tại địa phương như vậy thì chúng tôi quý hóa lắm....”.*

Người dân cũng bày tỏ nguyện vọng về duy trì mô hình này:

*“...Cái sự quan tâm này chúng tôi cũng mong là trạm y tế xã và trung tâm y tế huyện cứ duy trì hàng năm thì tốt nhất là 1 năm mà được 2 lần khám cho cơ sở chúng tôi được thì tốt nhất, mà không thì 1 năm được 1 lần cũng được. Chỉ khám cho chúng tôi là chúng tôi rất quý hóa...”.*

Người dân cũng bày tỏ quan điểm về lợi ích của mô hình đội khám chữa bệnh lưu động: *“...kể ra mà nói là chưa đi khám thì chưa biết là trong người có bệnh, mà hôm nay đi khám thì biết là mình cũng có tức là có bị một số bệnh cần phải điều trị và được các bác sĩ thì cũng tạo điều kiện và giới thiệu về cách chữa thì cũng là tạo điều kiện để trước hết là cái việc đi khám nó đỡ tốn kém và thứ 2 là cái việc điều trị cũng kịp thời...”*

Như vậy, nguyện vọng của dân là rõ ràng, việc Đội lưu động về khám tại xã là cần thiết và cũng rất đơn giản từ chỗ chưa được quan tâm thì nay chỉ cần có hoạt động thì sẽ được ủng hộ, nhất là đối với người cao tuổi.

#### 3.3.2. *Ý kiến của nhân viên và lãnh đạo TYT nơi tổ chức Đội lưu động cụm xã.*

Kết quả thảo luận nhóm các trạm trưởng và nhân viên y tế cho thấy

*“... Triển khai mô hình này rất tốt, một cái là tôi thấy anh em cán bộ được thêm thu nhập. Người dân đến khám đông nên cũng cải thiện được ít nhiều...”* – (TLN-TYT,03)



“... Ngày trước số lượng khám bệnh tại trạm có thể ít hơn, sau khi có phương tiện máy móc tức là đã tích cực đi khám nhiều hơn. Hàng tuần, ngoài buổi siêu âm ra thì nhân dân cũng đến khám nhiều hơn. Bình quân trong 1 tuần thì có khoảng 250 -300 lượt người đến khám bệnh...” – (TLN-TYT,02)

Một trạm trưởng nhận định

“...So với trước đây số lượng người đến khám chữa bệnh khi chưa có đoàn khám này, chưa có điều kiện để người dân tiếp cận với dịch vụ chất lượng cao thì số lượng người đến khám ít hơn so với bây giờ. Bây giờ thì không ngày nào dưới 20 người. Đây là không thông báo, mỗi một thông báo đến là chúng ta không đủ để phục vụ thêm không đủ sức để phục vụ...” – (TLN-TYT,03)

Phòng vấn sâu cán bộ y tế cho thấy:

“...Đối với tôi thì trong một đoàn lưu động thì tôi cảm thấy như vậy là đi như này thì nâng cao được tay nghề cho chúng tôi...”. “...Cái thuận lợi thứ 2: là tạo điều kiện cho anh em chúng tôi nâng cao trình độ của 1 bác sĩ cũng như là anh em y sĩ tại trạm...” – (PVS-TTYT,01)

Thông qua kết quả nghiên cứu định lượng, rõ ràng rằng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động đã có tác động đáng kể tới nhu cầu và sử dụng dịch vụ y tế của người dân các xã được thụ hưởng. Thông qua các nội dung phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, các kết quả này đã được các cán bộ chính quyền và trạm y tế ghi nhận cụ thể.

“...Người dân được tiếp cận với dịch vụ khám chữa bệnh kỹ thuật cao ... tính xã hội thì ưu việt ...” hay “...Thể hiện được tính ưu việt và kinh tế vì chúng tôi thấy là bệnh nhân lẽ ra phải lên tuyến trên cách 6km, tuyến huyện khám siêu âm hoặc là đi xuống viện thì đường nó xa các phương tiện vận chuyển bệnh nhân đi thì tốn kém hơn, với trạm y tế xã thì gần hơn, tiện lợi hơn, được các đồng chí trong đoàn khám nhiệt tình, phát hiện sớm trường hợp có bệnh để chữa kịp thời...” – (TLN-TYT, 03).

Bên cạnh đó, mô hình này còn góp phần thay đổi nhận thức của người dân, từ khám bệnh để chữa bệnh sang khám bệnh để dự phòng bệnh: “...*Khám phát hiện được những cơ bản nhất, những bệnh cần can thiệp sớm, kịp thời thì nó cũng không để lại biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân. Như vậy họ đánh giá rất tốt, nó thể hiện là 1 cái nữa là có những bệnh nhân được đề đơn đến khám 2 hay 3 lần sau đó người ta nghĩ ra là người ta có thay đổi về nhận thức sang dự phòng bệnh...*” - - (TLN-TYT, 02).

Điều này vừa giúp cán bộ có thể chẩn đoán chính xác do phát hiện sớm bệnh, mà còn có thể kịp thời chuyển tuyến cho người dân nếu cần: “...*Các cụ thì là gần nhà, các cụ đến khám thì rất thích, rất là thuận tiện cho các cụ đến khám. ... Khám bệnh cho các cụ, như vậy là biết được một số bệnh cho các cụ để các cụ có được cái hướng để điều trị, nếu mà bệnh nặng thì chúng tôi chuyển lên tuyến trên để khám và điều trị tiếp. Bệnh mà chúng tôi phát hiện ra được thì cái hướng quản lí của chúng tôi là giao cho Trạm y tế xã để quản lí...*” - (TLN-TYT, 01).

Ngoài ra, ở những xã triển khai mô hình, cán bộ y tế cũng có động lực để thực hiện công tác: “...*Về tinh thần cán bộ công nhân viên có máy móc để làm thì làm thầy thuốc mà khám vo thì không hay. Nhưng mà có máy móc thì anh em cũng làm tốt...*” - (TLN-TYT, 03).

“...*Kinh tế thì hộ dân giảm được nhiều chi phí, cái chi phí đi lại rất là xa, cái thứ 2 là có thể dành thời gian cho nhân dân lao động sản xuất, cái thứ 3 thì mô hình này kịp thời phát hiện và ngăn chặn được phát triển thành bệnh lớn không phải đi điều trị dài ngày đỡ cho nhân dân khỏi tốn kém rất là nhiều. Về mặt xã hội thì chúng tôi có thể đánh giá được là đây là mô hình đưa lại lợi ích xã hội rất lớn. Thứ nhất là giúp cấp ủy đảng chính quyền trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân, đảm bảo cho họ yên tâm lao động sản xuất. Cái thứ 2 là từ cái đảm bảo lao động sản xuất thì có điều kiện phát triển kinh tế địa phương và củng cố lòng tin vào lãnh đạo của đảng nhà nước, ngành trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân...*” - (PVS – UBND, 02).

### 3.3.3. Thuận lợi trong quá trình triển khai

Việc triển khai mô hình cũng gặp một số thuận lợi nhất định.

Chính quyền xã đã hỗ trợ cùng với các ban ngành của xã để phổ biến chương trình của Đội tới người dân: “...Xã phối hợp với trạm y tế và ban ngành của xã sang thăm và có một số chỉ đạo để trạm phối hợp với đoàn để phục vụ cho nhân dân trong khám bệnh tại xã...” hay “...Chính quyền địa phương cũng rất quan tâm và cũng ủng hộ rất là nhiều. Khi mà có cái chương trình này thì chúng tôi báo cáo với ủy ban và hàng tháng xếp lịch như vậy thì cũng được tuyên truyền rồi thì những cái hội nghị cũng được tuyên truyền lồng ghép...” - (PVS – UBND, 02).

Hay “...Hỗ trợ này thì thực ra là bọn em cũng chưa hỗ trợ được cái gì cả mà bọn em chỉ chỉ đạo cho trạm y tế xã tạo điều kiện về một là cái nơi tiếp đón bệnh nhân, tạo điều kiện về mọi mặt để đội lưu động đến khám và nữa là tạo điều kiện cái thông báo đặc biệt là ví dụ mai thứ 4 thì hôm nay thông báo để bà con người ta biết người ta tới khám, .... chỉ có hỗ trợ công tác tuyên truyền và tạo điều kiện cho công tác khám chữa thôi...” - (PVS – UBND, 01).

Do mô hình này đòi hỏi luân chuyển cán bộ trong những ngày Đội đi khám, việc bố trí cán bộ phụ trách thay các bác sỹ đi khám là cần thiết. Thảo luận nhóm cho thấy việc này có thể giải quyết được bằng cách bố trí các y sỹ còn lại phụ trách: “...Cái công việc mà các cán bộ đi giúp cho cái cơ sở bạn nói chung là công việc ở nhà, tại trạm cũng không có gì gặp khó khăn cả. Mà những công việc khi bác sỹ đi vắng thì đồng chí y sỹ ở nhà cũng giải quyết tốt, nên việc đó chúng tôi đánh giá là tốt không có vấn đề gì cả....” – (TLN – TYT, 02)

Bên cạnh đó, nhu cầu của người dân tại xã cũng không phải cao, do đó mô hình này đặc biệt trở nên phù hợp và tránh được lãng phí khi so với việc phải bố trí mỗi xã một bác sỹ: “...Nếu mà bố trí được mỗi trạm một bác sỹ chuyên khoa cũng như cái thiết bị hiện đại thì là cái tốt, nhưng mà thực ra nếu như vậy thì cũng lãng phí, nhu cầu của một xã dân số cũng không phải đông, mỗi một đơn vị thì dân số không phải là đông. Chính vì cái nhu cầu của nhân dân ấy thì thường xuyên nhưng mà không phải trong 1 tuần ngày nào cũng làm được, mình bố trí 1

*buổi hoặc cùng lắm là 2 buổi thì là vừa đáp ứng được cái nhu cầu của nhân dân chứ mà ngày nào cũng có thì báo cáo với anh nó cũng là lãng phí, là nhân rồi...” - (PVS – UBND, 01).*

#### **3.3.4. Khó khăn trong quá trình triển khai**

Bên cạnh các mặt thuận lợi, việc triển khai mô hình này cũng gặp phải một số những khó khăn nhất định:

- **Vấn đề thanh toán BHYT:** Thảo luận nhóm cho thấy, số lượng người có thẻ khám đông, dễ dẫn tới vượt trần: “...*Bệnh nhân đến khám có 2 trường hợp không có thẻ bảo hiểm thì bệnh nhân phải trả cho đơn vị khám, còn đại đa số bệnh nhân đến khám đều có thẻ bảo hiểm[...]*Số lượng khám có thể đông hơn so với người không có thẻ khám tự nguyện. nếu chúng tôi khám mà cứ đưa hết đối tượng này vào bảo hiểm y tế thì chắc chắn là sẽ vượt trần”. Các bác sỹ cũng đã đưa ra phương án giải quyết, tuy nhiên cũng không làm hài lòng được người dân: “*Trường hợp nào thực sự cần được làm siêu âm cần được làm xét nghiệm thì chúng ta mới được siêu âm xét nghiệm. Với những bệnh nhân tâm lý, đại đa số người đến khám là người có bệnh ai đến khám cũng muốn được siêu âm. Nếu mà không được như vậy thì khi về tỏ ra không hài lòng lắm, chào hỏi không được mặn mà lắm như lúc đến...*” – (TLN-TYT, 03)

- **Bố trí lịch khám:** do chỉ triển khai 1-2 ngày trong tuần ở một TYT, nên có những trường hợp người dân cần thì không được tiếp cận với Đội: “...*Định kì bà con tới kiểm tra được tư vấn, siêu âm, xét nghiệm là tốt nhưng những trường hợp bất thường không nằm trong lịch thì bà con lại không được hưởng lợi từ cái việc này. Nhưng người ta quan tâm đến sức khỏe thì định kì người ta đến kiểm tra, còn những người mà không quan tâm thì khi có bệnh thì lại không phải ngày theo lịch thì không được kiểm tra,...*” - (PVS – TTYT, 01).

- Các cán bộ cũng gợi ý phương pháp giải quyết là thay vì 3 xã một bộ thiết bị có thể thành từ 1 đến 2 xã một bộ thiết bị: “...*Cái này là hạn chế thì theo tôi thì từ cái mô hình này thì tới đây nên đầu tư, đặc biệt là các xã khó khăn, nên đầu tư nếu không được 1 xã một bộ thiết bị thì cũng nên là 2 xã. Và nếu mà có*

*máy móc phương tiện thì phải có con người đi theo, cần đào tạo cho độ ngũ y bác sĩ để sử dụng những phương tiện này thì tốt hơn cái công tác khám chữa bệnh ban đầu cho dân...” - (PVS – TTYT, 02).*

- **Cơ sở vật chất, phòng ốc:** thảo luận nhóm cho thấy, khó khăn liên quan đến phòng ốc cũng là một yếu tố cần cân nhắc, vì phòng ốc bị xuống cấp, hỏng hóc: *“Thì khó khăn ở LS là cơ sở vật chất xuống cấp nên cũng khó [...] Còn cái khó khăn là ở cái cơ sở vật chất cũng khó khăn, kể ra mình có cái phòng nó lịch sự mà trang trọng hơn chút nữa thì mình khám nó tốt hơn mà nó trang trọng hơn...” - (TLN-TYT, 03)*

Tại các trạm không có phòng ốc, xa khu dân cư, phải thuê nhờ nhà văn hóa: *“...Trạm xa khu dân cư mà gần bệnh viện nên là mỗi lần triển khai là phải nhờ nhà văn hóa rồi thì điện đóm phải nhờ họ, thì cũng có hôm đông bệnh nhân có hôm không có, tổ chức thì như 1 phòng khám tư rồi, nhưng mà mình đã thuê thì mình phải chi trả 1 phần điện nước nếu là của mình thì mình không phải chi trả vì đằng nào cũng vào hàng tháng rồi...” - (TLN-TYT, 01)*

- **Vận chuyển trang thiết bị:** đây là một trong những khó khăn đáng kể nhất khi triển khai mô hình: *“...Còn về quản lí trang thiết bị thì chỉ sợ là vận chuyển nhiều lần mà đường xá giao thông nông thôn không đảm bảo, chỉ sợ là sơ xuất trong quá trình vận chuyển bằng xe máy mà trượt ngã xuống nước hay gì thì làm cái chất lượng trang thiết bị không được lâu...” - (TLN-TYT, 01)*

Các trạm trưởng cũng gợi ý về việc bổ sung máy cho từng xã thì sẽ không phải vận chuyển nhiều: *“...Về phương tiện hiện nay, cái máy thì hiện tại 3 đơn vị có 1 cái máy. Buổi chiều nào cái ngày thứ 3 chúng tôi cũng cử 1 người đi lấy máy mang về sang thứ 4 làm việc. Nếu trên sở y tế, trung tâm y tế trang bị cho được mỗi đơn vị 1 cái máy thì bác sĩ không phải đến vận chuyển...” - (TLN-TYT, 02).*

- **Kinh phí mua vật tư:** kinh phí mua gen cho siêu âm và mua test xét nghiệm cũng được xem xét đến: *“...bây giờ còn khó khăn nữa về kinh phí ấy và cái kinh phí nữa là kinh phí để mua gen và mua test xét nghiệm sinh hóa nước tiểu...” - (TLN-TYT, 03)*

### 3.3.5. *Khuyến nghị trong việc duy trì mô hình*

Nhằm duy trì bền vững mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động, nhóm nghiên cứu cũng tiến hành các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu để có thể lấy ý kiến của những cán bộ đã trực tiếp thực hiện mô hình này.

- **Thứ nhất**, các kết quả phỏng vấn đều cho thấy mô hình này đạt được những kết quả khả quan và các cán bộ đều cho biết nên duy trì đội khám chữa bệnh này: “...*Qua cái khám của đội lưu động thì trước hết nhân dân rất phấn khởi, chất lượng khám tốt, rất tiện ích với nhân dân và giảm chi phí đi lại với nhân dân toàn xã. nên duy trì, thuận lợi cho nhân dân...*” – (PVS-UBND, 02).

Ngoài ra “*cái hiệu quả rất là cao và đáp ứng được cái nhu cầu của nhân dân thì chúng tôi thấy được là cái mô hình này thì chúng ta nên duy trì và mở rộng có thể, nếu cái điều kiện mà có thì mỗi xã mà xây dựng mô hình này được là tốt nhất, đặc biệt các xã khó khăn xa trung tâm...*” – (PVS-UBND, 01).

Hay có những tác động nhất định tới các xã không triển khai mô hình “...*Những xã mà không được làm mà người ta nghe thấy có những xã được làm thì người ta rất là phấn khởi và cũng mong muốn đề nghị với trạm là không có được cả hai cái máy thì cũng làm sao mà cố gắng có được máy nước tiểu để người dân được khám chữa...*” – (TLN-TYT, 01)

- **Thứ hai, đối với ngày giờ tổ chức**, mô hình này cần thiết phải có lịch cố định để người dân có thể thuận lợi sắp xếp công việc: “...*Việc tổ chức đội khám chữa bệnh lưu động đến với các xã, lịch khám thì chúng ta nên có 1 cái lịch cố định để khi mà ta thông báo với người dân biết hàng tuần cứ đến ngày ấy đến trạm y tế có bác sĩ đến khám, có phương tiện siêu âm xét nghiệm. Tức là làm sao người dân tiếp cận được dịch vụ...*” – (TLN-TYT, 02)

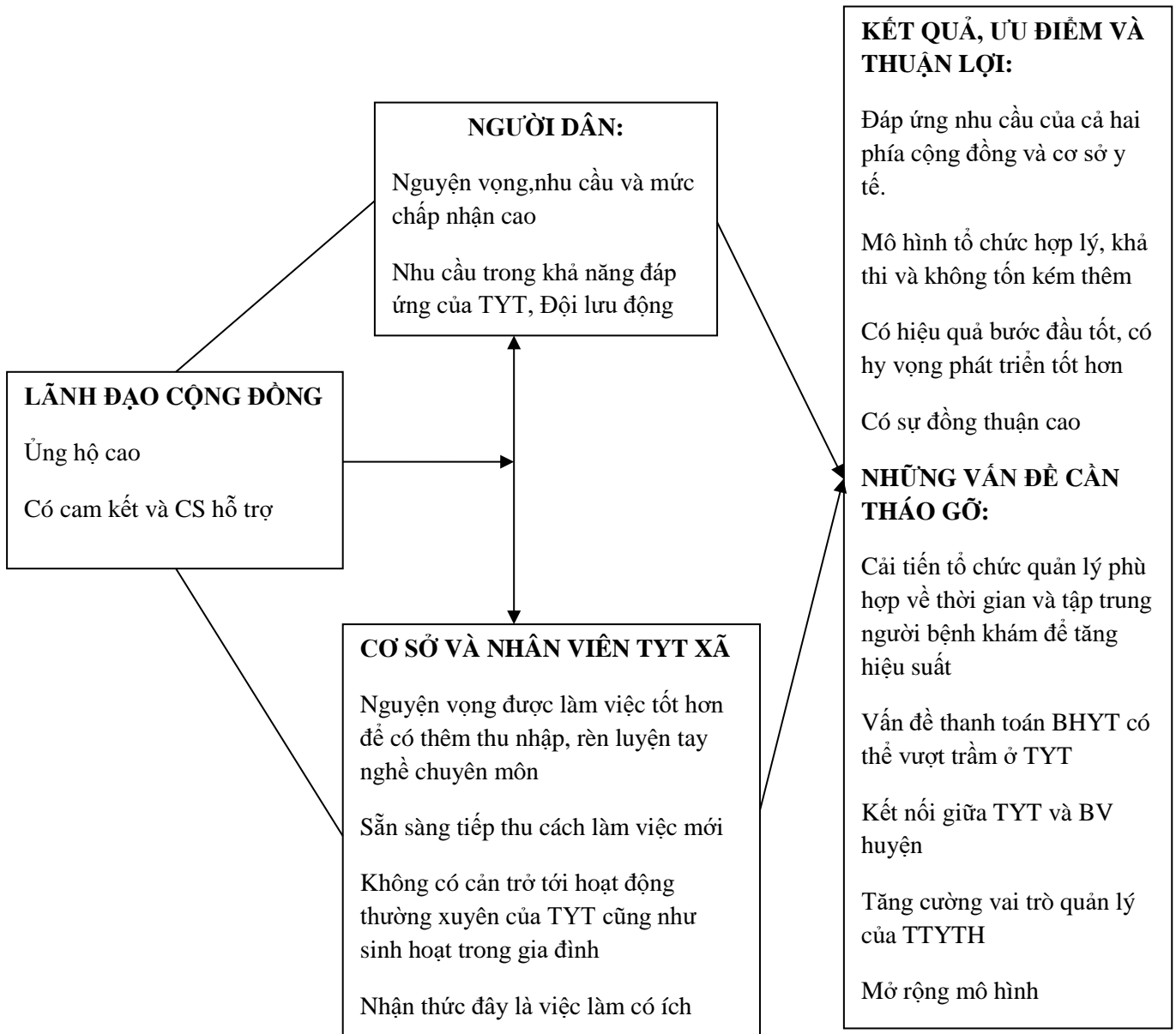
- **Thứ ba, cần có sự phối hợp với các ban ngành khác**: điều này vừa giúp mở rộng mô hình, vừa có thể huy động kinh phí: “...*phối hợp đoàn lưu động khám bệnh cho người cao tuổi, chương trình theo tôi là nếu như được sự quan tâm của trung tâm và đoàn thể, việc khám bệnh cho đoàn thể, hội cựu chiến binh hội phụ*

nữ hoặc các đoàn thể khác thì chúng tôi thấy nếu làm được là tốt nhất...” hay “...để có kinh phí để hoạt động khi có triển khai khám thì UBND xã bàn với các đoàn thể trích kinh phí của đoàn thể và UBND thì cũng trích 1 phần để có kinh phí để phục vụ cho việc khám chữa cho cán bộ và nhân dân[...] Tôi nghĩ rằng các đoàn thể khi đưa hội viên của mình về khám cũng trích 1 phần kinh phí phục vụ cho khám chữa...” – (PVS-UBND, 02).

- **Hỗ trợ chuyên môn:** có thể có sự hỗ trợ từ cán bộ tuyến trên về siêu âm, xét nghiệm: “...Theo tôi giờ thì nên có thể là hàng tuần, hàng tháng vào các ngày siêu âm để nghị các đồng chí cán bộ trung tâm tạo điều kiện xuống, một mặt kiểm tra giúp đỡ và hỗ trợ anh em để làm việc này. Tức là siêu âm tuyến trên hỗ trợ tuyến dưới để nâng cao tay nghề lên...” – (TLN-TYT, 03).

- **Xác định nhu cầu thực sự của địa phương:** nhằm tránh lãng phí, có thể xác định tỷ lệ cần siêu âm, xét nghiệm của cộng đồng: “...tôi tính là 1 nhóm của mấy xã nào đó, anh khám xong anh xác định cái tỉ lệ mà cần phải siêu âm rồi thì dồn vào 1 ngày nào đó mời đến trạm đấy để vài 3 bệnh nhân đó, đó k phải bệnh nhân cấp cứu nên có thể làm sau vài ngày cũng được thì mình mời đến mình làm cho vài người ở cái trạm đó...” – (TLN-TYT, 01).

### 3.3.6. Tổng hợp các ý kiến trên sơ đồ.





## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

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

##### **4.1.1. Các vấn đề sức khỏe tại tỉnh Ninh Bình**

Tại Ninh Bình, công tác CSSK nhân dân, đặc biệt là công tác CSSKBD được chú trọng thông qua các hoạt động tại các TYT xã. Các hoạt động CSSKBD tại trạm đã phần nào giảm tải được cho các bệnh viện tuyến trên trong một chừng mực nhất định [77, 105].

Trước năm 2005, thực hiện theo Nghị định số 01/1998/NĐ-CP của Chính phủ về hệ thống tổ chức y tế địa phương, các TYT đều trực thuộc TTYT huyện quản lý (TTYT huyện cũ làm cả chức năng điều trị và dự phòng) [31]. Từ tháng 8/2005 đến tháng 6/2012 thực hiện thông tư số 11/2005/TTLB-BYT-BNV ngày 12/4/2005 của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ, UBND tỉnh Ninh Bình chuyển các TYT về UBND các huyện quản lý (trực tiếp do phòng Y tế huyện quản lý) [26]. Từ tháng 7/2012 đến nay, thực hiện theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLB-BYT-BNV, ngày 25/4/2008, của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ, tỉnh Ninh Bình chia tách các TTYT huyện cũ thành Bệnh viện Đa khoa huyện và TTYT huyện làm chức năng y tế dự phòng và quản lý trực tiếp hoạt động phòng bệnh và cả KCB của các TYT [28].

Ninh Bình đang trên đà phát triển nhanh về kinh tế, văn hóa và xã hội, đời sống của người dân dần được cải thiện. Tuy nhiên, bên cạnh những mặt tích cực do sự phát triển kinh tế mang lại, nguy cơ đối với sức khỏe của người dân do dịch bệnh, môi trường, lối sống hiện đại... cũng phát sinh nhiều hơn. Mặt khác, do đời sống được nâng lên nên nhu cầu về khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cũng ngày một tăng cao. Đây là những vấn đề lớn đòi hỏi ngành y tế phải luôn đổi mới, cải thiện, mở rộng và nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của nhân dân phù hợp với sự phát triển chung của tỉnh trong tình hình mới.

Một số vấn đề sức khỏe và lĩnh vực liên quan đến sức khỏe nhân dân cần tập trung quan tâm giải quyết hiện nay trên địa bàn tỉnh là công tác DS-KHHGD,

CSSKBMTE, cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em, VSATTP, phòng chống một số dịch bệnh truyền nhiễm, bệnh không truyền nhiễm; các vấn đề liên quan đến hệ thống y tế như tình trạng quá tải bệnh viện, năng lực của y tế tuyến cơ sở..., cụ thể bao gồm [67]:

Hiện nay, tại Ninh Bình, tỷ lệ sinh hàng năm vẫn còn thấp, năm 2013 tỷ lệ sinh là 15,5%, số trẻ sinh ra là con thứ 3 trở lên trong năm là 2126 cháu (tăng 186 cháu so với cùng kỳ năm 2012). Đặc biệt tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở mức cao, năm 2013 là 114,4 trẻ trai/100 trẻ gái. Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh đạt 63,5%; tỷ lệ trẻ mới sinh được sàng lọc sơ sinh đạt 28,3%. Nguyên nhân do người dân còn chưa nhận thức được đầy đủ tầm quan trọng của công tác DS-KHHGD và các biện pháp nâng cao chất lượng dân số, một bộ phận người dân vẫn còn mang nặng tư tưởng “trọng nam khinh nữ” dẫn đến việc lựa chọn giới tính thai nhi còn phổ biến.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em vẫn ở mức cao, ước năm 2013 tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của trẻ dưới 5 tuổi là 15,4%, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi là 25,7%. Tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em phổ biến hơn ở các địa phương miền núi, các xã có điều kiện kinh tế khó khăn do kiến thức, thực hành của người nuôi dưỡng trẻ còn hạn chế và điều kiện kinh tế hộ gia đình khó khăn.

Công tác an toàn vệ sinh thực phẩm vẫn còn tiềm ẩn nhiều nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe. Trong năm 2013 xảy ra 02 vụ ngộ độc thực phẩm trên 30 người mắc, còn 13,7% cơ sở sản xuất, kinh doanh, chế biến thực phẩm trên địa bàn được kiểm tra có vi phạm quy định về an toàn vệ sinh thực phẩm, nhiều sản phẩm trên thị trường không rõ nguồn gốc, xuất xứ, chưa đảm bảo các tiêu chuẩn về vệ sinh an toàn thực phẩm đặc biệt là các thực phẩm ăn nhanh, nước uống đóng chai...

Số người mới nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng vẫn gia tăng cao: trong năm 2013 phát hiện thêm 437 người nhiễm HIV mới (tăng 274 trường hợp so với cùng kỳ năm 2012), tỷ lệ nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy vẫn chiếm phần lớn, tuy nhiên tỷ lệ lây nhiễm qua đường tình dục có xu hướng gia tăng. Nguyên nhân là do nhận thức, hành vi của người dân về dự phòng lây nhiễm HIV còn hạn chế, mặt

khác cùng với sự phát triển về kinh tế, xã hội thì các tệ nạn xã hội như ma túy, mại dâm cũng gia tăng - nguy cơ làm tăng tình trạng lây nhiễm HIV trên địa bàn.

Vấn đề ô nhiễm môi trường, phát sinh và lây lan dịch bệnh vẫn có nguy cơ bùng phát trên địa bàn do quá trình công nghiệp hóa, số người lao động di cư và nhập cư tại các nhà máy và khu công nghiệp, đặc biệt là lưu lượng khách du lịch trong và ngoài nước tại các điểm du lịch trên địa bàn.

Trong nhiệm vụ của hệ thống y tế dự phòng ngoài những nội dung trên còn có nhiệm vụ phòng chống các bệnh không lây nhiễm, nhiệm vụ này ngày càng chiếm tỷ trọng thời gian nhiều hơn của các TYT xã. Đặc biệt trong tình hình mới, BHYT được phân cấp cho các TYT xã với một tỷ lệ ngân sách dưới 30%, đã thu hút một lượng lớn người dân đến trạm, hoạt động KCB dần hồi phục như trước đây. Tuy nhiên, lại đặt ra nhu cầu về chất lượng dịch vụ. Trình độ cán bộ và những thiết bị hỗ trợ khám lâm sàng như xét nghiệm, siêu âm thực sự cần thiết và có thể nói không thể thiếu được. Tuy nhiên, sự chuyển đổi trong chỉ đạo CSSKBD hiện nay chậm hơn nhu cầu thực tế. Các TYT trong nhiều thập kỷ qua chỉ được đào tạo tăng cường về các bệnh cấp tính, chăm sóc trẻ em và phụ nữ; TCMR, KHHGD và việc quản lý các dịch vụ này mà rất ít hoặc các cán bộ chưa được đào tạo, tăng cường năng lực khám, chữa và quản lý các bệnh không lây nhiễm đang ngày càng gia tăng trong cộng đồng nông thôn. Ngoài ra, BHYT chưa bổ sung được danh mục các trang thiết bị y tế cho các TYT xã để thực hiện nhiệm vụ trong tình hình mới. Nghiên cứu này đề cập tới năng lực đáp ứng của các y sỹ, bác sỹ ở các TYT xã về khám, chẩn đoán và xử trí một số bệnh không lây nhiễm. Do lệ thuộc vào bộ công cụ vignette sử dụng trong Điều tra y tế Quốc gia năm 2000 của BHYT nên còn thiếu bộ công cụ kiểm tra kiến thức của CBYT về một số bệnh không lây nhiễm khác như tiểu đường, COPD, tâm thần. Vì vậy chỉ sử dụng kiến thức khám, chẩn đoán, xử trí và quản lý tăng huyết áp như một điểm về kiến thức về các bệnh không lây nhiễm nói chung. Đây có thể coi là một hạn chế của đề tài.

#### ***4.1.2. Thực trạng nguồn lực của các trạm y tế***

Về nhân lực y tế, đến năm 2008, kết quả trong bảng 1 cho thấy toàn tỉnh mới có 86 TYT có BS, chiếm tỷ lệ 59,3%, thấp hơn trung bình cả nước cùng thời kỳ [7]. Hầu hết các TYT đều đã có y sỹ chịu trách nhiệm KCB thông thường cùng các BS. Các xã chưa có đủ nữ hộ sinh (NHS), mới có 57,2% xã có NHS trình độ trung cấp, thậm chí 3 xã vẫn còn sử dụng NHS sơ cấp. Tỷ số điều dưỡng/BS mới đạt 1,3. Dược sỹ trung cấp làm việc tại xã mới chiếm tỷ lệ rất thấp 24,8%. Các BS làm việc dưới tải, đặc biệt các TYT gần BV và phòng khám đa khoa khu vực bác sỹ không có việc làm, một số TYT có 2 bác sỹ nhưng không điều động đến công tác ở TYT khác được, thu nhập của BS ở TYT thấp, chưa tạo được sức hút đối với cán bộ y tế có trình độ chuyên môn đáp ứng nhu cầu. Các BS thiếu phương tiện làm việc, đặc biệt là các thiết bị chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, máy xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu, kính hiển vi làm cho người dân không tin tưởng chuyên môn của các TYT; BS không có đủ lượng bệnh nhân cần thiết để thường trực tại trạm, cả khi TYT có hai BS nhưng không điều động đến công tác ở TYT khác được do thiếu cơ chế. Nhiều BS đã phải xin chuyển công tác hoặc bỏ việc [49]. Những số liệu trên đây cho thấy một đặc điểm là: (1) thiếu BS, nhân lực cho công tác KCB, cho dù so với định biên trung bình mỗi xã đã có trên 5 nhân viên, đạt tiêu chuẩn về y tế xã; (2) Thiếu nhân viên y tế cho công tác CSSKBMTE ; (3) Thiếu điều dưỡng cho công tác chăm sóc người bệnh trong cộng đồng và (4) Thiếu dược sỹ quản lý thuốc của TYT. Cho dù số liệu này đến nay đã ít nhiều thay đổi, những vấn đề tồn tại trên vẫn hiện hữu [50]. Theo báo cáo của Sở Y tế, số TYT có trạm trưởng là bác sỹ vẫn còn thấp (40,7%), phần lớn là YS (54,5%) [28], [90]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 35/79 BS xã nhận nhiệm vụ trạm trưởng, đối với các BS làm việc dưới quyền YS có thể dẫn tới tình trạng không chấp nhận. Tỷ lệ này thấp một phần do chưa có quy định bắt buộc trạm trưởng phải có trình độ BS, mặt khác kinh nghiệm quản lý TYT của các BS có thể vẫn chưa bằng YS lâu năm. Dù sao BS làm việc dưới sự chỉ đạo (cả chuyên môn) của các YS cũng là điều cần từng bước hạn chế.

#### **4.1.3. Trình độ chuyên môn của các nhân viên y tế xã**

Qua sử dụng phương pháp đánh giá trình độ chuyên môn (KCB) của nhân viên y tế xã bằng bộ công cụ vignette đã sử dụng trong Điều tra Y tế Quốc gia trước đây, với đối tượng là 217 YS và 79 BS, kết quả trong bảng 3.14 cho thấy kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp cho trẻ em mức điểm đạt khá thấp, đối với các BS là 65,8%, YS tỷ lệ điểm đạt thấp hơn một chút: 56,7%, hai nhóm này khác nhau không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đối với kiến thức khám, chẩn đoán và điều trị bệnh tiêu chảy ở trẻ em tỷ lệ đạt còn thấp hơn (44,7% so với 58,2%,  $p < 0,05$ ). Tỷ lệ điểm đạt yêu cầu (5/10) thấp cùng với sự chênh lệch giữa BS và y sỹ cho thấy ngay cả các bệnh rất thông thường thì khả năng khám, chẩn đoán và điều trị của nhân viên các TYT trước can thiệp cũng không đáp ứng được nhu cầu của cộng đồng.

Về kiến thức chăm sóc thai nghén của các BS và YS TYT rất yếu, có thể nói là đáng báo động. Chỉ 7,6% số BS và 0,5% số YS đạt mức điểm trung bình trở lên! Tình hình cũng không mấy khả quan khi kiểm tra kiến thức thực hành những nhiệm vụ hàng ngày của nhân viên y tế xã như khám, chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp hay phát hiện và sử trí một vụ dịch tiêu chảy tỷ lệ đạt yêu cầu cũng phải làm cho người quản lý cấp trên suy nghĩ: không một YS, BS nào đạt yêu cầu với các câu hỏi về tăng huyết áp và 1,4% YS, 2,5% BS biết phát hiện và sử lý dịch tiêu chảy như thế nào.

Cho dù nghiên cứu này chưa kiểm tra kiến thức một số bệnh mãn tính khác như tim mạch, COPD, tiểu đường hay bệnh tâm thần phân liệt, từ những số liệu trên cho thấy những vấn đề tồn tại về trình độ lâm sàng của các nhân viên y tế xã còn rất yếu, nguyên nhân sẽ được bàn tới khi đối chiếu kết quả này với tình hình được đào tạo liên tục của CBYT trong thời gian qua.

Lý do nào dẫn đến tình trạng trên? Không thể chỉ dựa vào kết quả nghiên cứu tình hình CBYT được đào tạo lại trong thời gian qua, do trong nghiên cứu này chưa đầy đủ thông tin khác. Kết quả trong bảng 3.9 cho thấy có 70/79 (88,6%) số BS xã chưa hề được đào tạo qua khóa học chuyên môn từ 3 tháng trở lên. Trong 3 năm lại

đây, đối với các khóa học từ 1-3 tháng cho các CBYT xã thì chỉ có 10% đã được đào tạo về khám và điều trị các bệnh thông thường, 7,6% được đào tạo về CSSKBMTE-KHHGD, 3% được đào tạo về vệ sinh phòng bệnh, tổng hợp các khóa học, chỉ có 38,2% CBYT được tham gia (bảng 3.10). Kết quả trong bảng 3.11 về các khóa học dưới 1 tháng trong 3 năm lại đây cũng cho thấy kết quả rất đáng lưu ý, tỷ lệ được đào tạo về khám, điều trị, cấp cứu các bệnh thông thường chỉ là 34,5%, về vệ sinh phòng bệnh chỉ đạt 11,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần bi quan hơn so với một số nghiên cứu ở địa phương khác gần đây cũng như trong Điều tra y tế Quốc gia năm 2001 [21].

Kiến thức chuyên môn yếu, ít được đào tạo lại và đào tạo liên tục dẫn tới hậu quả là CBYT thiếu tự tin [96, 101]. Kết quả trong bảng 3.13 cho thấy CBYT tự nhận xét về mức độ hoàn thành nhiệm vụ chuyên môn của mình trong 3 lĩnh vực: khám bệnh, chữa bệnh và y tế dự phòng tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ tương ứng là 62,8%; 35,2% và 65,5%. Đặc biệt CBYT cho biết mình thường không hoàn thành nhiệm vụ chữa bệnh là 14,9%.

Do nhận thấy kiến thức chuyên môn còn hạn chế, kết quả trong bảng 3.12 cho thấy nhu cầu được đào tạo lại khá cao đối với các lĩnh vực quản lý y tế (39,5%) đến khám, điều trị và cấp cứu các bệnh thông thường (68,6%). Nhu cầu không khác nhau nhiều giữa YS và các BS. Đây cũng là cơ sở để chúng tôi tổ chức các khóa đào tạo cho CBYT trong giai đoạn can thiệp của đề tài này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của B.T Hà [28], Phạm Thị Đoan [29] và một số tác giả khác [31], [33], [35], [38].

#### **4.1.4. Cơ sở hạ tầng của các TYT xã**

Kết quả trong bảng 3.3. cho thấy: Chưa có TYT xã nào có đầy đủ cơ cấu các phòng theo quy định. Hơn 1/4 số TYT xã không có phòng KCB bằng YHCT. Có 3,5% trạm YTX chưa có phòng khám và điều trị. Vẫn còn 3 xã chưa có phòng chăm sóc sau đẻ. Mới có 78,2% TYT có phòng KHHGD, thậm chí vẫn còn 11% xã phòng đẻ bị hỏng nhưng vẫn phải sử dụng. Công tác tiệt trùng cũng chưa đảm bảo ở gần 30% số TYT. Các TYT có BS nhưng trang thiết bị của TYT còn hạn chế, cả tỉnh

mới chỉ có 4 TYT có máy siêu âm do các CB của trạm tự mua; các máy xét nghiệm khác như xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu, huyết học... phục vụ công tác khám, chẩn đoán và điều trị chưa được trang bị do không có đủ nguồn kinh phí [99]. Kết quả trong bảng 3.4 cũng cho thấy ngay cả huyết áp kế cũng không phải 100% TYT có sẵn. Hiện nay, với nhu cầu KCB các bệnh mãn tính ngày càng gia tăng đối với tuyến xã, nếu chỉ với các TTB như trước đây không còn phù hợp. Chủ trương của BHYT tăng cường TTB y tế cho các TYT xã chưa được thực hiện vào thời điểm nghiên cứu. Cùng với thiếu nhân lực cho khám chữa bệnh, cơ sở hạ tầng chưa hoàn chỉnh hoặc bị hỏng ở một tỷ lệ cho dù nhỏ nhưng hậu quả ảnh hưởng ít nhiều đến chất lượng dịch vụ và niềm tin của nhân dân. Trong khi thiếu nhân lực trình độ BS và trang thiết bị xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh thì tình trạng phân tán nguồn lực còn phổ biến. Đây cũng chính là xuất phát điểm của giải pháp can thiệp qua xây dựng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã (3 xã) trong giai đoạn nghiên cứu can thiệp của đề tài này [98].

Do nguồn lực hạn chế, các xã đã đạt chuẩn không được bố trí kinh phí đầu tư để bảo dưỡng, sửa chữa định kỳ cơ sở vật chất, mua sắm bổ sung trang thiết bị cho TYT. Mặt khác, Bộ Y tế đã ban hành quy định phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh tại Quyết định 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/8/2005, trong đó tuyến xã được thực hiện 207 loại dịch vụ kỹ thuật. Rất tiếc trong nghiên cứu của chúng tôi đã không tìm hiểu năng lực của các TYT theo Phân tuyến kỹ thuật của BHYT.

Về tài chính, kết quả trong bảng 3.2. cho thấy bình quân mỗi TYT được nhận 26.978 ngàn đ/năm cho các hoạt động chuyên môn. Có tới trên 50% số xã mức kinh phí cho chuyên môn được cấp dưới 9 triệu đồng/năm, trong khi thu từ hoạt động KCB chỉ đạt trung bình 3,3 triệu đ/năm. Với mức kinh phí như thế khó có thể trang trải cho các hoạt động chuyên môn [87].

Về lương và phụ cấp của CBYT, kết quả trong bảng 3.2. cho thấy bình quân lương (gồm cả phụ cấp nghề nghiệp) chỉ đạt 1,9 triệu đ/tháng, trong khi thu nhập tăng thêm không đáng kể, mỗi tháng trung bình 68 ngàn đồng. Với mức thu nhập

thấp, khó có thể giao thêm nhiệm vụ nếu nhiệm vụ đó không tạo thêm thu nhập cho CBYT, vì vậy, mỗi giải pháp cần chú ý đến nâng cao thu nhập cho CBYT và gắn bó họ bằng quyền lợi vật chất thì giải pháp đó mới có thể thực hiện cũng như duy trì được.

Về tình hình thuốc của các TYT, kết quả trong bảng 3.5. cho thấy gần 20% TYT không có kháng sinh tiêm, thuốc chống lao cũng chỉ có đủ ở 80,7% số xã. Điều đáng lưu ý là những thuốc phục vụ chữa các bệnh mãn tính tại TYT thiếu rất nhiều. Chỉ 10,3% số trạm có thuốc điều trị bệnh gút, thuốc chuyên khoa chữa bệnh tim mạch có ở 26,2% số xã, cho dù thuốc điều trị huyết áp có ở 95,9% số xã nhưng một thuốc rất thường kê đơn cho bệnh nhân huyết áp là thuốc lợi tiểu lại chỉ có ở 69,7% số TYT [84]. Không thấy trong danh sách thuốc tại TYT thuốc điều trị bệnh tiểu đường, cho dù bệnh này chiếm tỷ lệ xấp xỉ 4% trong số người cao tuổi như trong nghiên cứu của Trần Đức Long nghiên cứu ở Nam Định [48] và Đỗ Thái Hòa nghiên cứu ở Thanh Hóa năm 2015 [40]. Cùng với thiếu các trang thiết bị chẩn đoán các bệnh mãn tính, thiếu thuốc chữa các bệnh mãn tính vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của tình trạng năng lực TYT đáp ứng không tốt với nhu cầu KCB với các bệnh không lây nhiễm đang gia tăng ở khu vực nông thôn.

#### ***4.1.5. Thực trạng một số hoạt động khám chữa bệnh của các TYT***

Tại tuyến xã, việc triển khai xây dựng xã, phường, thị trấn (gọi chung là xã) đạt chuẩn quốc gia về y tế theo Quyết định 370/2002/QĐ-BYT ngày 07/02/2002 của Bộ Y tế đã được đẩy mạnh thực hiện từ năm 2003. Trước đó, tỷ lệ người dân đến khám tại trạm khi bị ốm rất thấp. Nghiên cứu của Yi Seng Doeur tại Ninh Bình năm 2003 cũng cho thấy tỷ lệ người ốm đến TYT chỉ đạt 12,3% [25]. Nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Ngọc năm 2009 tại các TYT xã thuộc huyện Nho Quan và Kim Sơn tỉnh Ninh Bình cho thấy, năm 2008, số lượt khám tại trạm còn thấp (chỉ có 0,16 lượt/người/năm), cũng như số lượt điều trị trung bình còn thấp (0,11 lượt/người/năm), trong đó số lượt nội trú là 0,05 lượt/người/năm và số lượt ngoại trú là 0,06 lượt/người/năm [44].

Tính đến 31/12/2010, đã có 126/146 (86,4%) xã đạt chuẩn quốc gia về y tế giai đoạn 2001-2010. Nhờ đó, công tác CSSKBD của tỉnh đạt được một số kết quả tích



cực. Nghiên cứu của Đỗ Văn Dung năm 2011 cho thấy, người dân đã biết đến và sử dụng dịch vụ CSSKBD tại 30 TYT tỉnh Ninh Bình [26]. Dịch vụ chăm sóc người ốm được cung cấp tại TYT xã là khám bệnh kê đơn thuốc tại nhà, tư vấn sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất 75,4%; trong khi đó dịch vụ khám bệnh và nằm điều trị tại trạm chiếm tỷ lệ thấp 5,4%. Về công tác CSSKBMTE, tỷ lệ phụ nữ có thai đi khám thai 3 lần trở lên chiếm 87,6%; khám thai 2 lần 6,3%; 1 lần 4,2%; 1,3% không khám. TYT là nơi được tin tưởng nhất khi có đến 54,3% phụ nữ có thai đến TYT và có 35,4% phụ nữ có thai đẻ tại trạm. Nghiên cứu cũng cho thấy, các dịch vụ CSSKBD khác như xây dựng và sử dụng nguồn nước sạch, tư vấn phòng chống suy dinh dưỡng và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình có tỷ lệ hộ gia đình sử dụng dịch vụ cao (gần 50% đối với các dịch vụ tư vấn và 95% phụ nữ sử dụng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình). Công tác TCMR cũng đạt được 83,6%. Các kết quả trên thể hiện công tác CSSKBD đã được thực hiện tốt ở các xã của tỉnh Ninh Bình.

Tuy nhiên, do không đủ điều kiện về cơ sở vật chất và trang thiết bị, hiện nay các TYT xã mới chỉ được phép thực hiện 138 loại dịch vụ kỹ thuật (66,7%). Đây là một hạn chế dẫn tới chỉ có khoảng 30% người bệnh tới khám chữa bệnh tại TYT xã (theo số liệu thống kê giai đoạn 2005 - 2010 của Sở Y tế, trung bình mỗi người dân đi khám chữa bệnh từ 2,8 - 3 lần/năm, trong đó khám tại TYT xã 0,6-0,9 lần/năm). Nghiên cứu của Lê Hữu Quý và cộng sự năm 2013 qua điều tra hộ gia đình tại các xã thuộc tỉnh Ninh Bình cho thấy, chỉ có 25,5% người dân lựa chọn sử dụng TYT cho khám chữa bệnh. Ở những vùng thuộc đô thị, tỷ lệ người dân chọn khám chữa bệnh tại TYT chỉ chiếm 9,9%. Lý do chủ yếu cho việc ít lựa chọn tới khám tại TYT là do thiếu trang thiết bị (16,2%), thuốc không đủ (10,8%) và không tin tưởng vào trình độ chuyên môn của cán bộ y tế (10,5%) [48].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong bảng 3.6 thống kê tình hình cung cấp dịch vụ y tế tại 145 TYT trong thời gian 2005 – 2008 cho thấy số bệnh nhân khám tại TYT xã tăng dần và đều qua các năm, trung bình tỷ lệ đến TYT xã khám chữa bệnh trong 1 năm của một TYT từ 4242 lượt người/ năm, năm 2005 tăng lên 5007 lượt người vào năm 2008.

Số bệnh nhân được điều trị tại trạm cũng tăng dần qua các năm, từ 400 trường hợp / TYT xã năm 2005, tăng lên 452 vào năm 2008. Số bệnh nhân được chuyển tuyến hàng tháng khá cao, có xu hướng gia tăng từ 189 trường hợp/xã /vào năm 2005, lên 250 trường hợp/TYT xã vào năm 2008. Tình hình khám bệnh ở các TYT tỉnh Ninh Bình giai đoạn này cũng như các xã khác trên cả nước và đặc biệt là vùng đồng bằng sông Hồng [21], [26]. Do tỷ lệ dân tham gia BHYT giai đoạn này khoảng 40%, việc triển khai khám và điều trị cho bệnh nhân có BHYT ở xã khá hạn chế bởi định mức cấp kinh phí của BHYT cho các TYT thấp, chưa triển khai điều trị nội trú tại tuyến xã nên bình quân mỗi ngày chỉ có trên 1 bệnh nhân là dễ hiểu.

Kết quả nghiên cứu thống kê hồi cứu cũng cho thấy số bệnh nhân khám tại cộng đồng (ngoại trạm) luôn xấp xỉ bằng một nửa so với số khám tại trạm. Điều này cho thấy nếu chỉ ngồi tại trạm, mỗi ngày cả TYT khám được cho khoảng 10 bệnh nhân và chủ yếu là các trường hợp bệnh cấp tính. Mặt khác, khám tại trạm là các đợt khám kiểm tra sức khỏe, chủ động phát hiện các bệnh mạn tính là chủ yếu, cho đối tượng chính sách hoặc người có nguy cơ cao, nếu không có sự hỗ trợ của các trang thiết bị chẩn đoán như sinh hóa, huyết học, siêu âm thì khó đưa ra chẩn đoán và nếu có, chất lượng cũng sẽ rất hạn chế.

Về số bệnh nhân điều trị ngoại trú, chủ yếu cũng là các trường hợp bệnh mạn tính, cho dù số tuyệt đối mỗi xã không nhiều, nhưng đòi hỏi trình độ lâm sàng cao hơn. Nếu với trình độ các BS, YS như kết quả điều tra này thì khả năng quản lý bệnh nhân sẽ rất hạn chế.

Số liệu trong bảng 3.6 cũng phản ánh gần đúng yêu cầu KCB của người dân đối với các TYT trong toàn tỉnh, nhu cầu này sẽ được đề cập tới và minh họa thêm bằng kết quả điều tra hộ gia đình sau đây.

Các kết quả trong biểu đồ 3.1, 3.2 và bảng 3.7 cho thấy những hoạt động chăm sóc sức khỏe cho đối tượng ưu tiên, đó là người cao tuổi, người tàn tật và phụ nữ có thai. Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ hàng năm có xu hướng tăng dần từ 67,6% năm 2005 lên 74,1% vào năm 2008. Tương tự như thế, tỷ lệ người tàn tật được quản lý và hướng dẫn phục hồi chức năng cũng tăng

nhẹ theo thời gian. Với đà già hóa dân số gia tăng, cùng với thực tế hiện nay vùng nông thôn người trẻ tuổi, nam giới ra thành thị tìm việc làm, ở nhà còn lại chủ yếu người cao tuổi và phụ nữ, trẻ em thì việc chú ý đến các đối tượng này đang trở thành nhu cầu cấp bách hơn. Kết quả trong bảng 3.7 cho thấy chương trình làm mẹ an toàn được thực hiện khá tốt, từ 92% đến 95% phụ nữ có thai đã khám đủ 3 lần trở lên trước sinh. Tỷ lệ đẻ tại trạm tăng rõ rệt, đạt trên 40%, tương ứng là tỷ lệ đẻ tại nhà đã giảm rất nhiều, thường dưới 1% so với những nghiên cứu trước đây đã tiến hành ở Ninh Bình [25], [ 38].

Nhìn chung, ngoài nhiệm vụ phòng chống dịch bệnh, nhu cầu tăng cường năng lực cho các TYT chủ yếu là để cung cấp các dịch vụ KCB, sơ cấp cứu ban đầu, trong đó chú ý cả đến các bệnh không lây nhiễm. Mức độ đáp ứng nguồn lực thấp dẫn đến hoạt động rất giới hạn là dễ hiểu. Đây cũng là cơ sở để chúng tôi đề xuất giải pháp can thiệp cho mục tiêu 2 của đề tài này.

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

### ***4.2.1. Tính cấp thiết trong việc xây dựng mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã.***

#### ***4.2.1.1. Cơ sở thực tiễn***

Thực tế hiện nay, tại mỗi xã, phường ở các tỉnh hầu hết chỉ có một TYT xã, mỗi trạm có từ 5 - 6 biên chế, có TYT có bác sĩ, có trạm chưa có bác sĩ; điều tra trước can thiệp chúng tôi thấy tại Ninh Bình số TYT có BS năm 2008 đạt 66,8%, không có BS, YS nào được đào tạo thêm về chuyên môn từ 03 tháng trở lên trong thời gian 03 năm. Hầu hết các TYT chưa được trang bị các phương tiện kỹ thuật mang tính dịch vụ cần thiết như siêu âm, xét nghiệm thông thường trong khám, chẩn đoán, điều trị người bệnh cũng như quản lý, theo dõi, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Điều này dẫn đến việc tiếp cận các dịch vụ y tế cần thiết trên của người dân đều phải lên tuyến huyện hoặc tuyến tỉnh và gặp nhiều khó khăn do tình trạng quá tải BV, do đường xa hoặc giao thông không thuận tiện đặc biệt là những nơi ở vùng sâu, vùng xa.

Tuy nhiên cũng có nhiều TYT có điều kiện để trang bị phương tiện kỹ thuật nhưng lại thiếu biên chế, không có bác sĩ để sử dụng trong khi điều động bác sĩ từ nơi khác đến gặp nhiều khó khăn. Do đó, cần thiết phải có một mô hình y tế linh động để có thể cung cấp cho người dân các dịch vụ một cách kịp thời.

Đã có một số mô hình đội y tế lưu động khám chữa bệnh cho nhân dân được ghi nhận ở các địa phương trong cả nước như đội lưu động của Sở Y tế, của TTYT, của bệnh viện Đa khoa huyện khám chữa bệnh cho người nghèo, cho người cao tuổi. Đội y tế lưu động khám cấp thuốc miễn phí cho một số đối tượng chính sách mang tính hoạt động nhân đạo, đội lưu động phòng chống dịch, đội y tế lưu động tăng cường cho tuyến dưới trong cấp cứu, vận chuyển bệnh nhân khi có dịch bệnh hoặc do thảm họa thiên tai. Tuy nhiên hoạt động của các đội lưu động này không mang tính bền vững, không nhằm tăng cường kỹ thuật nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của TYT mà chủ yếu mang tính chất khám chữa bệnh nhân đạo, cấp cứu các thảm họa, thiên tai, khi hoàn thành các nhiệm vụ được giao đội lưu động tự giải thể.

#### *4.2.1.2. Cơ sở pháp lý trong việc xây dựng mô hình*

Mô hình đội y tế lưu động được xây dựng dựa trên:

Căn cứ Thông tư số 08/TT-LB ngày 20/4/1995 của liên Bộ Y tế - Tài Chính - Lao động Thương Binh và Xã hội - Bộ Nội vụ hướng dẫn một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở, quy định 11 nhiệm vụ của TYT xã, trong đó nhiệm vụ thứ tư, thứ năm; nhấn mạnh vai trò của TYT xã, phường trong tổ chức sơ cứu ban đầu, khám, chữa bệnh thông thường cho nhân dân tại TYT và mở rộng dần việc quản lý sức khỏe tại hộ gia đình, tổ chức khám sức khỏe và quản lý sức khỏe cho các đối tượng chính sách trong khu vực phụ trách [20].

Chỉ thị số 06-CT/TW ngày 22 tháng 1 năm 2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở đề cập việc củng cố tổ chức, đổi mới phương thức hoạt động, nâng cao chất lượng và hiệu quả của mạng lưới y tế cơ sở, trong đó đảm bảo y tế xã/phường/thị trấn có đủ khả năng phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh theo tuyến kỹ thuật, góp phần giảm tình trạng quá tải của các bệnh viện tuyến trên. Bên cạnh

đó, Chi thị cũng chỉ ra cần tăng cường các hình thức đào tạo và bồi dưỡng để phát triển đội ngũ cán bộ y tế tuyến cơ sở và tăng cường trang thiết bị y tế phù hợp [1].

Nghị Quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 2 năm 2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đề cập đến cần thiết phải củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở cả về cơ sở vật chất, trang thiết bị và cán bộ; nhằm cung cấp cho người dân các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, giúp nhân dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng cao [3].

Căn cứ Quyết định 4667/QĐ-BYT về việc ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về TYT xã giai đoạn 2020 [14], trong đó yêu cầu TYT cần có BS làm việc thường xuyên tại TYT xã hoặc có BS làm việc định kỳ tại trạm từ 2 ngày/tuần trở lên. Các TYT có BS tùy theo nhu cầu và điều kiện hoạt động; có ít nhất 2 trong số các TTB bao gồm máy điện tim, máy siêu âm, máy đo đường huyết; có cán bộ có chứng chỉ hoặc chứng nhận đã được tập huấn sử dụng máy siêu âm. Bên cạnh đó, TYT xã cần có khả năng để thực hiện  $\geq 80\%$  các dịch vụ kỹ thuật có trong Quy định Phân tuyến kỹ thuật và Danh mục kỹ thuật trong khám chữa bệnh hiện hành của Bộ Y tế; bảo đảm việc thực hiện sơ cứu, cấp cứu thông thường theo đúng quy định của Bộ Y tế; theo dõi và quản lý sức khỏe cho 100% số người từ 80 tuổi trở lên [14].

Căn cứ thực trạng cung cấp các dịch vụ CSSKBD hiện nay, trong đó các dịch vụ yếu nhất và không đạt chỉ tiêu là KCB tại trạm và quản lý sức khỏe tại cộng đồng.

Mô hình này khác với mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động của Hội Chữ thập đỏ, được quy định trong Nghị định số 03/2011/NĐ-CP quy định chi tiết và biện pháp thi hành Luật Hoạt động chữ thập đỏ [32] và Thông tư 30/2014/TT-BYT về Quy định Khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo [17]. Do Đội khám chữa bệnh này được thành lập để khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho người dân ở những vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn hoặc những vùng xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh. Trong khi đó Đội lưu động cụm xã được triển khai trong nghiên cứu này dựa vào hệ thống TYT xã cũng như nguồn lực tại các trạm này để triển khai KCB thường quy cho người dân, không phân biệt đặc điểm kinh tế hoặc hoàn cảnh thiên tai.

#### **4.2.2. Tổ chức và quản lý mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã**

Trên cơ sở nghiên cứu và tham khảo một số mô hình y tế lưu động đã được triển khai tại Việt Nam, đồng thời qua kết quả điều tra ban đầu về thực trạng tổ chức hoạt động của TYT xã và nhu cầu của người dân về công tác khám chữa bệnh, nghiên cứu xây dựng giải pháp về mô hình khám chữa bệnh lưu động bao gồm các hoạt động sau:

##### **- Đào tạo, nâng cao trình độ cho cán bộ của đội:**

Qua khảo sát ban đầu, nhóm nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ BS, YS tại TYT được tham gia đào tạo liên tục cũng như tỷ lệ cán bộ y tế đạt kiến thức về khám, chẩn đoán và điều trị còn thấp. Do đó, công tác đào tạo và nâng cao trình độ cho cán bộ của đội là cần thiết nhằm đạt được hiệu quả cho can thiệp.

Các BS và một số YS đang công tác tại các TYT xã được lựa chọn can thiệp sẽ được cử đi học, tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn tại các BV tuyến huyện trong thời gian 03 tháng (được tham gia khám chữa bệnh luân phiên tại các khoa nội, nhi, cấp cứu, truyền nhiễm). BS được đào tạo tại bệnh viện Đa khoa tỉnh về siêu âm; YS được đào tạo về xét nghiệm, thời gian 03 tháng. Sau quá trình đào tạo, các BS và YS sẽ được đánh giá kiến thức chuyên môn nhằm đảm bảo kết quả đào tạo đạt hiệu quả cao.

- Tổ chức BS, Y sỹ đã được đào tạo của các cụm TYT xã can thiệp thành đội lưu động có trang bị phương tiện, dụng cụ y tế, được tăng cường hỗ trợ chuyên môn của BS Bệnh viện huyện thời gian đầu để thực hiện khám chữa bệnh tại các TYT xã và tại cộng đồng:

Mỗi đội lưu động có 4-5 người gồm 2 BS được đào tạo về siêu âm, 2-3 YS hoặc y tá được đào tạo về xét nghiệm; mỗi đội lưu động được trang bị 01 máy siêu âm xách tay, 01 máy xét nghiệm nước tiểu, 01 máy thử đường huyết nhanh; được tăng cường hỗ trợ chuyên môn của các BS tuyến huyện trong thời gian đầu hoạt động (BS tuyến huyện tăng cường cho TYT xã theo đề án 1816 nhưng không phải là cử trực tiếp về một TYT để tham gia khám chữa bệnh theo buổi mà là luân phiên tăng cường cho đội Y tế lưu động, cùng đội y tế lưu động khám chữa bệnh cho các cụm xã).

Mỗi đội lưu động phụ trách 3 TYT xã; khám bệnh theo lịch cố định được TTYT huyện phê duyệt, mỗi TYT xã khám 1-2 buổi/tuần. Đội còn tham gia khám bệnh tại cộng đồng cho các đối tượng chính sách xã hội khi được yêu cầu; Đội hướng dẫn điều trị dự phòng bệnh, bàn giao cho TYT quản lý, theo dõi các bệnh mạn tính khi được phát hiện. Những ngày không tham gia đội lưu động, các BS tuyến xã vẫn tham gia làm việc bình thường tại TYT xã. Kinh phí hoạt động của Đội được lấy từ nguồn kinh phí thu được trong quá trình Đội khám chữa bệnh tại TYT.

### **4.2.3. Hiệu quả mô hình khám chữa bệnh**

#### **4.2.3.1. Đối với nhóm đối tượng nhân viên y tế (y, BS) tại trạm**

Thực tế cho thấy, rất nhiều y bác sỹ từ khi ra trường đến lúc về hưu nhiều người chưa hề được qua một lớp bổ túc kiến thức lâm sàng (đào tạo liên tục) mà phần lớn chỉ là các lớp đào tạo quản lý chương trình y tế quốc gia. Như cuối chương tổng quan chúng tôi đã đưa ra bảng so sánh các khái niệm về CSSKBD mới và trước đây cho thấy nhu cầu của cộng đồng đã thay đổi, chuyển từ xử trí các bệnh thông thường sang các bệnh mạn tính và bệnh thông thường, điều này đòi hỏi phải cập nhật kiến thức lâm sàng cho CBYT xã. Mặt khác, nếu chỉ có kiến thức lâm sàng nhưng không biết sử dụng các trang thiết bị hỗ trợ chẩn đoán thì cũng chưa đủ. Nghiên cứu can thiệp của chúng tôi nhằm vào điều chỉnh, bổ sung những khuyết điểm của hệ thống CSSKBD cũ.

Trong nghiên cứu này với nhóm đối tượng là các CBYT tại trạm, do được cử đi đào tạo thêm về siêu âm, xét nghiệm, cũng như có sự hỗ trợ về mặt chuyên môn của các BS tuyến huyện và sự trao đổi giữa các BS, y sỹ giữa các trạm với nhau, kiến thức-thực hành của các BS tham gia chương trình đã có cải thiện đáng kể. Kết quả đánh giá trong bảng 3.25 cho thấy, Sau can thiệp, tỷ lệ Y bác sỹ tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng về ARI, điều trị tiêu chảy trẻ em, chăm sóc thai nghén, điều trị cao huyết áp và xử trí dịch tiêu chảy cấp lần lượt là 93,8%; 96,9%; 87,5%; 93,8% và 84,4%. Trong khi đó, các tỷ lệ này ở xã chứng đều thấp hơn, lần lượt là 51,9%; 51,9%; 7,4%; 11,1% và 7,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa với

$p < 0,05$ . Cho dù ở nhóm đối chứng trong thời gian này cũng có sự tiến bộ nhưng các chỉ số hiệu quả (so sánh trước - sau) thấp hơn nhiều so với nhóm can thiệp. HQCT đối với 2 chỉ số khám chữa bệnh trẻ em (ARI và tiêu chảy) đạt 49,7% và 85,9%. Sau can thiệp, tỷ lệ BS tại TYT trong nhóm xã can thiệp có kiến thức đúng tăng lên đáng kể ở tất cả các chỉ số, đặc biệt ở 3 nội dung chăm sóc thai nghén, khám, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp và kiến thức về xử trí vụ dịch từ xuất phát điểm gần bằng không và bằng 0% đã gần đạt mức tuyệt đối sau can thiệp, trong khi ở nhóm chứng chỉ có một ít cán bộ cải thiện kiến thức. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 4.2.3.2. Đối với tổ chức, hoạt động của TYT xã

Đối với TYT xã, kết quả cho thấy số lượng bệnh nhân đến khám tại trạm sau khi thành lập đội khám lưu động đã tăng lên 25% so với trước khi thành lập; TYT xã đã thực hiện được các xét nghiệm cận lâm sàng: Siêu âm, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm nhanh đường huyết mà trước kia người bệnh phải lên tuyến trên mới thực hiện được; đã phát hiện hàng trăm ca bệnh để người bệnh điều trị sớm và mang lại hiệu quả điều trị cao. Nguồn thu từ khám chữa bệnh đã tăng lên đáng kể, góp phần nâng cao thu nhập và cải thiện cuộc sống cho các cán bộ TYT. So với trước năm 2009 (trước khi tiến hành can thiệp), thu nhập từ nguồn khám chữa bệnh trong năm của TYT trung bình khoảng 2,5 triệu đồng (tức là mỗi cán bộ có thu nhập thêm từ nguồn KCB khoảng 45.000 đồng/tháng). Đến hết năm 2012, nguồn thu nhập đã tăng gấp 3 lần (trung bình khoảng 150.000 đồng/tháng). Tại các xã có BS, bình quân thu nhập thêm/tháng của BS từ nguồn khám chữa bệnh tăng từ 76.000 đồng/tháng (2008) lên 200.000 đồng/tháng (2012).

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

#### 4.3.1. Kết quả nghiên cứu định lượng

##### 4.3.1.1. Đặc điểm đối tượng được phỏng vấn tại HGD

Qua điều tra chọn mẫu hộ gia đình cụm 9 xã có Đội KCB lưu động cụm xã và 9 xã đối chứng của 3 huyện, kết quả nghiên cứu được trình bày trong 14 bảng số



liệu (từ bảng 3.31 đến 3.45). Trong tổng số 1741 đối tượng điều tra trước can thiệp, nam giới chiếm 22,1% và nữ giới là 77,9%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa xã can thiệp và xã đối chứng. Tỷ lệ nam giới trả lời phỏng vấn sau can thiệp là 28,1% và nữ giới là 71,9%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nam và nữ trả lời phỏng vấn trước và sau can thiệp. Nhóm tuổi chủ yếu của các đối tượng phỏng vấn trước và sau can thiệp là từ 36-55 tuổi. Không có sự khác biệt về nhóm tuổi giữa xã can thiệp và xã chứng ( $p>0,05$ ) và nhóm tuổi giữa trước và sau can thiệp. Trình độ học vấn chủ yếu của các đối tượng nghiên cứu là cấp 2 (Trước can thiệp: xã can thiệp: 63,7%; xã chứng: 66,7%; Sau can thiệp: xã can thiệp: 64,2%; xã chứng: 71,1%).

Không có sự khác biệt về trình độ học vấn tại xã can thiệp và xã chứng; trước và sau can thiệp với  $p>0,05$ . Nghề nghiệp chủ yếu của các đối tượng trả lời phỏng vấn là nông nghiệp (Trước can thiệp: xã can thiệp: 83,6%; xã chứng: 87%; Sau can thiệp: xã can thiệp: 80,5%; xã chứng: 82,2%). Không có sự khác biệt về nghề nghiệp của các đối tượng nghiên cứu tại xã can thiệp và xã chứng; trước và sau can thiệp với  $p>0,05$ .

Về các chỉ số nhân khẩu học cơ bản các đối tượng nghiên cứu hộ gia đình ở hai nhóm xã can thiệp và chứng chọn trong mẫu không có sự khác nhau giữa hai thời điểm trước và sau can thiệp; giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có các đặc điểm tương đồng để có thể so sánh các nhóm chỉ số tác động can thiệp khác.

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

Kết quả trong bảng 3.16 cho thấy trước can thiệp, Có 53,3% số hộ gia đình có người ốm ở xã can thiệp đã chọn cơ sở KCB ban đầu là trạm y tế xã, so với nhóm xã không can thiệp là 45,1%, giữa hai nhóm xã tương đồng nhau ( $p>0,05$ ). Như vậy ước tính trong 1 tháng, với 26,5% số hộ có người ốm trong bốn tuần và 49,1% trong số đó đã đến TYT xã, ước tính tỷ lệ hộ gia đình sử dụng TYT xã để KCB trong bốn tuần là 13%. Số liệu này có cao hơn so với điều tra trước đây tại Ninh Bình (2003) chỉ là 20% người ốm đã đến TYT xã [25] cũng như kết quả điều tra y tế quốc gia ở Đồng bằng Sông Hồng [21], [95], [103].

Một điều đáng chú ý là tỷ lệ người ốm ở xã can thiệp tăng từ 28,3% trước can thiệp lên 42,8% sau can thiệp, trong khi ở xã đối chứng, tỷ lệ người ốm có xu hướng giảm từ 25,0% xuống 20,2%. Điều này không phải do can thiệp thất bại vì tỷ lệ ốm thay đổi theo thời gian hiện tượng thường xảy ra, tuy nhiên sự tăng giảm này không có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau can thiệp ở hai nhóm xã. Mặt khác, hoạt động can thiệp chỉ khur trú vào tăng cường năng lực khám chữa bệnh mãn tính của các TYT xã, không có mục tiêu phòng bệnh hay làm giảm tỷ lệ mắc trong dân. Tỷ lệ ốm tăng lên cũng có nguyên nhân là những trường hợp ốm đã được phát hiện nhiều hơn nhờ tăng cường năng lực chẩn đoán của TYT xã.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhờ can thiệp làm tăng tỷ lệ lựa chọn TYT là nơi khám và điều trị ban đầu trước khi can thiệp tại xã can thiệp tăng so với trước can thiệp (CSHQ) là 83,3% và xã chứng lại giảm 45,1%, Hiệu quả can thiệp làm tỷ lệ hộ gia đình ở nhóm can thiệp đến TYT tăng lên 1,28 lần so với nhóm chứng (HQCT = 128,4%). Tăng tỷ lệ người ốm đến TYT ở nhóm can thiệp không nhiều, từ 53,3% lên 64,2% và chưa có ý nghĩa thống kê. Do cùng thời gian này, ở nhóm chứng tỷ lệ người ốm đến TYT lại giảm xuống (từ 45% xuống 5,9%) nên HQCT vẫn đạt 54,8%.

Cho dù tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT ít ý nghĩa do không nghiên cứu sâu về những bệnh gì đã được chữa, tỷ lệ 37,6% và 51,9% ở bảng 3.33 cũng chưa cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT trước – sau can thiệp tại nhóm xã có Đội lưu động cụm xã hoạt động, mức tăng nhẹ 38% so với trước, tuy nhiên sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Test  $\chi^2$ ). Đối với nhóm xã chứng, tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT trước - sau lại là giảm tới trên 50% và sự khác nhau giữa hai tỷ lệ có ý nghĩa thống kê. Ở thời điểm sau can thiệp tỷ lệ điều trị khỏi tại TYT tại các xã có mô hình can thiệp là 51,9% cao hơn nhiều với cùng tỷ lệ tại xã chứng 17,9%. Đây cũng là hậu quả của tình trạng năng lực KCB của CBYT xã còn yếu như đã trình bày ở trên.

Kết quả trong bảng 3.35 cũng cho thấy lý do không chọn TYT để KCB khi có người ốm ba lý do chiếm tỷ lệ cao nhất là do cơ sở y tế khác gần hơn (25%),

thiếu thuốc (16%) và không tin tưởng vào trình độ chuyên môn (14,9%). Đặc biệt giá cao không phải là lý do khiến người dân không chọn TYT. Người dân cũng không ngại phải chờ lâu, có lẽ đây cũng là đặc điểm của nông dân và nông thôn nước ta [21].

Dưới tác động của Đội KCB lưu động cụm xã, kết quả trong bảng 3.36 cho thấy tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT khám, mua thuốc và điều trị trong 1 tháng sau can thiệp tại các xã can thiệp là 74,2% và xã chứng là 52,1%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tại các xã triển khai mô hình can thiệp, tỷ lệ các hộ gia đình có đến TYT để khám, mua thuốc và điều trị cũng tăng sau khi triển khai mô hình. Tỷ lệ này từ 61,3% đã tăng lên 74,2%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy, hiệu quả can thiệp đã làm tăng thu hút người dân đến TYT nhiều hơn so với nhóm chứng.

#### *4.3.1.3. Tác động của can thiệp lên tình hình thuốc và trang thiết bị y tế của TYT*

Thuốc và trang thiết bị của TYT là yếu tố người dân đánh giá thấp trong các nghiên cứu khác [74]. Nghiên cứu này, (bảng 3.40) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ HGD ở nhóm can thiệp đánh giá TYT đủ thuốc tăng lên sau can thiệp (5,7% lên 24,8% ;  $p < 0,05$ ). Trong khi nhận xét của HGD ở xã chứng chỉ tăng từ 3,5% lên 5,1%. Tỷ lệ HGD đánh giá TYT đủ thuốc tại thời điểm sau 2 năm can thiệp khác nhau rõ rệt giữa các xã can thiệp là 24,8% so với các xã đối chứng (5,1%). Can thiệp vẫn chưa tác động để chấm dứt tình trạng thiếu thuốc của TYT xã.

Về trang thiết bị y tế, kết quả trong bảng 3.39 cho thấy: chỉ 5,6% hộ cho rằng TYT có đủ trang thiết bị y tế và 4,6% cho rằng có đủ thuốc. Số liệu này phù hợp với nhận định trong những nghiên cứu khác trước đây cho thấy người dân chưa thật tin tưởng ở năng lực cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của các TYT do thiếu thuốc và trang thiết bị [72, 92].

#### *4.3.1.4. Tác động của can thiệp lên giá dịch vụ.*

Về giá dịch vụ, đa số các hộ gia đình đều đánh giá giá dịch vụ y tế tại TYT là phù hợp và rẻ. Sau can thiệp tỷ lệ này tại các xã có can thiệp có tăng hơn so với trước (74,9% so với 66,5%,  $p < 0,05$ ). Tình trạng này cũng nhận thấy ở nhóm xã

chúng, không can thiệp. Chúng tôi nhận thấy tác động của can thiệp trên giá thuốc không được ghi nhận trong nghiên cứu này.

#### 4.3.1.5 Tác động của can thiệp lên trình độ chuyên môn của y BS.

Kết quả trong bảng 3.38 chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đánh giá trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT trước mô hình can thiệp ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê sau mô hình can thiệp ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ các hộ gia đình đánh giá trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT tốt tại các xã can thiệp là 50,6% cao hơn nhiều so với đánh giá các xã đối chứng 28,3%. Đánh giá về trình độ chuyên môn của các cán bộ tại TYT tại các xã triển khai mô hình can thiệp đã thay đổi sau khi triển khai mô hình. Tỷ lệ các hộ gia đình nhận xét trình độ chuyên môn của các BS tại trạm tốt từ 32,9% trước mô hình đã tăng lên 50,6%  $p < 0,01$  Hiệu quả can thiệp đã làm tăng tỷ lệ đánh giá trình độ chuyên môn của TYT xã nhiều hơn rõ rệt so với nhóm xã chứng.

Một trong những nguyên nhân làm hạn chế hiệu quả mô hình can thiệp là do người dân chưa thật hiểu biết về sự có mặt cũng như hoạt động của Đội lưu động cụm xã. Tỷ lệ 65,8% các hộ gia đình tại các xã có triển khai mô hình can thiệp biết về đội khám lưu động tại TYT. Có 24,7% đã từng được Đội khám lưu động khám và điều trị tại xã và 83% số hộ này đánh giá hài lòng về kết quả khám và điều trị của đội khám lưu động. Sự hiểu biết và chấp nhận của người dân đối với Đội lưu động cụm xã khá tốt cho dù vẫn còn trên 1/3 số HGD sau 2 năm vẫn chưa biết đến sự có mặt của Đội luân phiên xuống khám chữa bệnh ở xã mình.

Do mỗi xã số hộ gia đình được chọn chỉ trên dưới 100 hộ, không cho phép chúng tôi phân tích theo xã và theo vùng cho dù đã nâng cỡ mẫu lên gần 4 lần. Đây cũng là hạn chế của đề tài.

Người cao tuổi, bà mẹ có thai và trẻ em là những đối tượng ưu tiên của y tế cộng đồng [78, 82, 85, 89]. Có 24,4% người cao tuổi của 18 xã nghiên cứu đã từng được khám sức khỏe tại TYT. Nhóm xã sẽ can thiệp tỷ lệ thấp hơn nhóm xã đối chứng.

Tỷ lệ người cao tuổi trong mẫu điều tra được cấp số theo dõi sức khỏe theo hướng dẫn thực hiện Luật Người cao tuổi ở xã sẽ can thiệp là 23,5% và với các xã chứng là 21,3%. Kết quả này thấp hơn so với những điều tra gần đây ở Ba Vì của L.V.Hội và cộng sự [102, 104] và một số nghiên cứu khác [75, 76, 88]. Đây là vấn đề cần đặt ra cho các Đội KCB lưu động sau này.

Trái với tình hình cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của TYT có nhiều hạn chế thể hiện qua kết quả nghiên cứu đã nêu trên, tình hình các hộ gia đình tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc phụ nữ có thai tại địa bàn nghiên cứu khá khả quan [86, 91]. Kết quả trong bảng 3.46 cho thấy hầu hết (99,5%) phụ nữ có thai đã được khám tại TYT. Tương tự như thế, 98% phụ nữ có thai đã từng được TYT tư vấn, hướng dẫn chăm sóc sức khỏe thời kỳ mang thai. 99,5% phụ nữ có thai đã được tiêm phòng uốn ván và khác với kết quả báo cáo giai đoạn trước, các hộ gia đình được nghiên cứu có 67% số bà mẹ đã sinh tại trạm [97]. Các tỷ lệ riêng của từng nhóm xã sẽ can thiệp và các xã đối chứng khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

#### **4.3.2. Ý kiến nhận xét của lãnh đạo và cơ sở y tế về Đội KCB lưu động liên xã**

Các ý kiến đều đánh giá hoạt động của đội là rất tốt, có tính khả thi cao và bền vững; mô hình mang lại hiệu quả kinh tế cao cho người sử dụng dịch vụ cũng như người cung cấp dịch vụ; người dân được khám chữa bệnh, được siêu âm và làm các xét nghiệm ngay tại TYT xã, không phải đi lên tuyến trên, do đó không phải mất chi phí đi lại, không lãng phí mất ngày công lao động của những người đưa đi khám bệnh. Các ý kiến cũng nhận định đây là mô hình có ý nghĩa xã hội lớn, đưa dịch vụ y tế đến gần dân, thể hiện sự công bằng trong khám chữa bệnh. Các ý kiến cũng khẳng định số lượng bệnh nhân đến khám bệnh tại trạm tăng cao hơn so với trước can thiệp, thu nhập của trạm từ nguồn khám chữa bệnh tăng cao hơn, góp phần nâng cao đời sống cán bộ, cán bộ yên tâm công tác.

Đối với chất lượng dịch vụ y tế : khi nguồn lực đầu vào được cải thiện (trình độ cán bộ tốt lên, có thêm các thiết bị hỗ trợ chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm) và khi nguồn lực được hợp lý hóa trong điều động, sử dụng thì chất lượng KCB sẽ tăng. Kết quả nghiên cứu định lượng đã đưa ra những số liệu chứng minh điều này.

### **4.3.3. Thuận lợi, khó khăn và khả năng duy trì, mở rộng mô hình**

#### **4.3.3.1. Thuận lợi trong việc triển khai mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã**

Thông qua quá trình thực hiện mô hình đội y tế lưu động và qua các kết quả thảo luận nhóm với các trạm trưởng TYT cho thấy, phương thức hoạt động của Đội như hiện nay là tốt. Lịch khám được bố trí trong tuần phù hợp với địa bàn. Mỗi đội được nhận định là chỉ nên khám cho 3 TYT như hiện nay là hiệu quả nhất, không bị lãng phí về công suất của máy và cũng không bị quá tải cho BS phải di chuyển đến các trạm.

Các ý kiến cũng nhất trí với những thuận lợi khi triển khai mô hình như: được sự ủng hộ cao của UBND xã, của nhân dân trong xã; mô hình không chỉ đưa dịch vụ y tế đến gần dân mà còn nâng cao được trình độ chuyên môn cho y BS của trạm. Các cán bộ được giao lưu và học tập lẫn nhau trong khám và điều trị bệnh.

#### **4.3.3.2. Khó khăn trong việc triển khai mô hình khám chữa bệnh lưu động**

Mô hình còn gặp một số khó khăn như: trong những ngày thời tiết xấu, việc vận chuyển trang thiết bị khó khăn. Thông qua thảo luận nhóm, khó khăn này đã được khắc phục như đặt các thiết bị vào trong hòm sắt có phủ bạt, hay luân chuyển các trang thiết bị trước ngày tiến hành khám.

Đề cập khó khăn khi BS không có mặt tại trạm do đi khám trong Đội Y tế lưu động ở các xã khác, các ý kiến đều cho rằng TYT không gặp khó khăn gì khi BS không có mặt ở trạm, vì đa số bệnh nhân đến TYT khám, điều trị hoặc cấp cứu tại trạm thì y sỹ cũng xử lý được. Mặt khác mỗi tuần BS chỉ tham gia khám cho TYT khác chỉ từ 1-2 buổi, vì vậy y sỹ hoàn toàn đảm nhiệm được.

Việc tăng tỷ lệ người dân được phát hiện bệnh mãn tính, cùng với nhu cầu được điều trị ngoại trú ngay tại xã rất cao có thể là nguyên nhân làm tăng gánh nặng chi quỹ khám chữa bệnh BHYT tại các xã. Trong khi quỹ này giới hạn theo những tỷ lệ nhất định, mức chi tăng lên sẽ làm mất cân đối quỹ. Trong tương lai, để mô hình này mở rộng thành công và bền vững, cần có những giải pháp về tài chính, nhất là hướng dẫn của Bảo hiểm Việt Nam về tỷ lệ kinh phí cho thanh toán BHYT tại xã. Nếu người bệnh được chẩn đoán đúng, điều trị hợp lý tại xã sẽ góp phần tăng

chất lượng dự phòng cấp 2 cho các bệnh không lây nhiễm và vì vậy hiệu quả xa hơn là giảm chi cho tuyến bệnh viện.

#### **4.3.4. Tính khả thi và khả năng duy trì, mở rộng mô hình .**

Một mô hình can thiệp muốn khả thi không chỉ dựa vào ý chí quyết tâm xây dựng một đơn vị điển hình, với những lần bổ sung nguồn nhân lực, tài chính và cơ chế chính sách ưu tiên để hoạt động ở đó tốt hơn hẳn các xã khác, coi đó là “thành công” và mời địa phương khác về học tập như trước đây, mà cần dựa trên cơ sở khoa học và thực tế triển khai thí điểm.

Thứ nhất, mô hình muốn khả thi phải dựa trên việc tuân thủ các văn bản quản lý nhà nước và các chính sách chung của ngành y tế. Như đã đề cập, hệ thống văn bản pháp luật mà mô hình này căn cứ vào đó để thực hiện là chắc chắn.

Thứ hai, mô hình can thiệp muốn duy trì được cần đảm bảo lợi ích của cả ba bên có liên quan trong hệ thống y tế: người dân sử dụng dịch vụ, cơ sở và người cung cấp dịch vụ y tế và người quản lý, người ra chính sách.

Đối với người dân sử dụng dịch vụ y tế là có nhu cầu hợp lý (ví dụ không đưa ra nhu cầu vượt quá khả năng chuyên môn được phân tuyến kỹ thuật cho tuyến y tế xã) và những nhu cầu đó được đáp ứng (cơ sở y tế có khả năng và cơ chế cung cấp dịch vụ tiện lợi, thân thiện), khả năng chi trả phù hợp và được chấp nhận trong lâu dài. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nhu cầu của người dân được KCB mãn tính ngay tại xã là hợp lý và thật giản đơn, không cần thường xuyên, “...*một lần hoặc hai lần trong tháng là được...*”. Về chi trả, nghiên cứu này chưa đề cập sâu về yếu tố này, tuy nhiên, nếu BHYT mở rộng độ bao phủ và có cơ chế thanh toán phù hợp chắc tài chính sẽ không phải là yếu tố cản trở chính.

Đối với người cung cấp dịch vụ y tế, nguồn lực đầu vào là yếu tố hàng đầu, sau đó là tổ chức và quản lý dịch vụ. Nhân lực y tế xã trong kết quả nghiên cứu của mục tiêu 1 cho thấy kiến thức và kỹ năng lâm sàng rất hạn chế, chưa bắt kịp với nhu cầu KCB các bệnh mãn tính, bệnh của người cao tuổi trong cộng đồng. Hạn chế này được khắc phục nhờ các chương trình đào tạo cập nhật kiến thức lâm sàng theo Thông tư về Đào tạo liên tục của Bộ Y tế. Kết quả can thiệp cho thấy các khóa đào

tạo liên tục đã cải thiện kiến thức của CBYT và đây là yếu tố duy trì cho mô hình này cho dù nghiên cứu đã kết thúc. Để duy trì, không chỉ dựa vào mô hình can thiệp mà cần thực hiện đầy đủ hướng dẫn của BYT về đào tạo lại CBYT. Hoạt động này cũng có cơ sở từ Luật Khám chữa bệnh, yêu cầu nhân viên y tế phải được đào tạo liên tục mới đủ điều kiện để cấp và duy trì chứng chỉ hành nghề. Về mặt tổ chức quản lý Đội lưu động cụm xã không làm xáo trộn tổ chức hiện nay của các TYT xã cũng như TTYT huyện, Đội chỉ tập trung hoạt động vào các ngày nhất định, ngoài thời gian tham gia Đội KCB lưu động, CBYT ở TYT nào, TTYT huyện nào sẽ vẫn làm việc ở cơ sở của mình. Dù sao để duy trì, cần có văn bản hướng dẫn của các Sở Y tế để thống nhất thực hiện trong trên địa bàn. Bên cạnh nhân lực, trang thiết bị chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm là điều kiện cốt yếu. Thực tế triển khai thí điểm ở Ninh Bình cho thấy cần có đầu tư ban đầu cho mua sắm trang thiết bị y tế cũng như phương tiện vận chuyển. Về điểm này, trong kết quả nghiên cứu định tính, một số lãnh đạo địa phương có cam kết tìm nguồn tài chính từ các khoản chi phí cho phúc lợi xã hội. Cam kết này cũng cần được thể chế hóa thống nhất ở phạm vi tỉnh thì mới có hiệu lực. Chúng tôi cho rằng đây có thể là yếu tố cản trở quan trọng nhất. Xét về logic, nếu nguồn thu tăng lên nhờ hoạt động KCB có thể tái đầu tư cho mua thiết bị y tế, hoặc có cơ chế thu hút các nguồn tài chính khác ngoài ngân sách để thoát khỏi sự lệ thuộc hoàn toàn vào ngân sách chi đầu tư xây dựng cơ bản vốn rất hạn chế như hiện nay.

Đối với người quản lý và lãnh đạo cộng đồng, các lãnh đạo UBND xã và TTYT huyện đã tỏ thái độ ủng hộ mô hình này, tuy quyết tâm chính trị là rất quan trọng, nhưng quan trọng hơn là cần có các văn bản có tính pháp lý, tạo hành lang tháo gỡ về nhân lực và tài chính để mô hình bền vững và mở rộng quan trọng hơn nữa. Nghiên cứu này chưa tìm được lời giải cho câu hỏi trên. Cán bộ lãnh đạo cấp huyện, xã chưa phải là cấp có đủ thẩm quyền quyết định, cần có quyết tâm của cấp cao hơn: UBND tỉnh. Sở Y tế cần tham mưu để UBND tỉnh và các Sở ngành khác ủng hộ thì mô hình này mới thực sự thành công và duy trì, mở rộng trong tương lai.



## KẾT LUẬN

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

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

## **2. Kết quả sau 2 năm triển khai mô hình Đội khám chữa bệnh lưu động cụm xã Nhu cầu của khám chữa bệnh của cộng đồng 18 xã thuộc 3 huyện**

- Mô hình can thiệp giúp tăng số bệnh nhân ngoại trú tại xã can thiệp cao hơn 42% so với xã chứng. Tỷ lệ người cao tuổi và người tàn tật được quản lý và khám tại TYT cũng tăng hơn từ 17% đến 30%.
- Chất lượng dịch vụ KCB được cải thiện: tăng tỷ lệ chẩn đoán đúng, tăng tỷ lệ điều trị khỏi, tăng kiến thức về khám, chẩn đoán và xử trí của nhân viên y tế.
- Sau can thiệp, mô hình giúp nguồn thu từ khám chữa bệnh của TYT tại các xã can thiệp lên gần 5 lần, tăng thêm thu nhập của CBYT gấp 4-6 lần so với xã đối chứng
- Nhu cầu của người dân trong khám tại TYT ở xã can thiệp tăng lên đáng kể (74,2%) so với 52,1% ở xã đối chứng. Người dân và lãnh đạo cộng đồng nhận xét trình độ chuyên môn của TYT ở xã can thiệp có sự cải thiện đáng kể.
- Tỷ lệ hộ có người >60 tuổi được khám tại xã can thiệp tăng từ 15,1% trước can thiệp lên 80,8% sau can thiệp, cao hơn đáng kể so với từ 33,7% lên 55,1% ở xã chứng.
- Tỷ lệ hộ có người >60 tuổi được cấp sổ theo dõi tăng từ 23,5% hộ lên 48,8% ở xã can thiệp, cao hơn đáng kể so với từ 21,3% lên 25,5% ở xã đối chứng.
- Có 83% người dân hài lòng về kết quả khám và điều trị của đội khám lưu động
- Sau can thiệp, tỷ lệ hộ gia đình tại xã can thiệp cho rằng TYT xã có đủ trang thiết bị cần thiết chỉ đạt 15%; đủ thuốc 24,8%; giá phù hợp 74,9% mặc dù có cao hơn so với xã đối chứng với tỷ lệ tương ứng là 6,8%; 5,1% và 54,4%.
- Can thiệp không có tác động đến hoạt động CSSSK phụ nữ có thai
- Đã đưa ra các cơ sở khoa học và thực tiễn chứng minh mô hình Đội lưu động liên xã là khả thi, được cả cộng đồng, nhân viên và người lãnh đạo chấp nhận cùng những kinh nghiệm tổ chức quản lý để triển khai rộng mô hình này.

## **KHUYẾN NGHỊ**

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

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### I. TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Ban Chấp hành Trung Ương Đảng (2002), Chỉ thị 06/CT-TW năm 2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, chủ biên.
2. Nguyễn Hòa Bình (2001), *Nghiên cứu chất lượng khám-chữa bệnh của y tế tuyến xã và xây dựng mô hình dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà ở ngoại thành Hà Nội 1994-2000*, Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Bộ Chính trị (2006), Nghị quyết 46-NQ/TW về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới chủ biên.
4. Bộ Y tế (1995), *Niên giám thống kê Y tế 1995*, Nhà xuất bản Y học.
5. Bộ Y tế (1999), *Niên giám thống kê Y tế 1998*, Nhà xuất bản Y học.
6. Bộ Y tế (2000), *Niên giám thống kê Y tế 2000*, Nhà xuất bản Y học.
7. Bộ Y tế (2008), *Niên giám thống kê Y tế 2007*, Nhà xuất bản Y học.
8. Bộ Y tế (2008), Quyết định 1816/QĐ-BYT năm 2008 về việc phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”, chủ biên.
9. Bộ Y tế (2010), *Thống kê về tổ chức, nhân lực y tế địa phương*, Bộ Y tế.
10. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá vai trò và những yếu tố tác động đến hiệu quả hoạt động của bác sỹ ở tuyến xã*.
11. Bộ Y tế (2011), "Báo cáo kết quả nghiên cứu đánh giá vai trò và những yếu tố tác động đến hiệu quả hoạt động của bác sỹ ở tuyến xã".
12. Bộ Y tế (2011), *Nghiên cứu đánh giá thực hiện hoạt động cung cấp dịch vụ y tế tại trạm y tế xã*
13. Bộ Y tế (2011), *Niên giám thống kê Y tế 2010*, Nhà xuất bản Y học.
14. Bộ Y tế (2011), Quyết định 4667/QĐ-BYT về việc ban hành Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2020, chủ biên, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2012), *Niên giám thống kê Y tế 2011*.
16. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo tóm tắt Công tác y tế năm 2013 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2014*, Hà Nội.

17. Bộ Y tế (2014), Thông tư số 30/2014/TT-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2014 quy định về khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo, Hà Nội.
18. Bộ Y tế (2015), Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn, Hà Nội.
19. Bộ Y tế (2015), *Niên giám thống kê Y tế 2013*, Nhà xuất bản Y học.
20. Bộ Y tế, Bộ Tài Chính, Bộ Lao Động - Thương Binh Và Xã Hội, Ban Tổ Chức - Cán Bộ Chính Phủ (1995), Số 08/TT-LB ngày 20/4/1995 Hướng dẫn một số vấn đề về chế độ, chính sách sửa đổi với Y tế cơ sở.
21. Bộ Y tế và Tổng cục Thống kê (2003), *Điều tra Y tế Quốc gia 2001-2002*, Hà Nội.
22. Bộ Y tế và Nhóm đối tác hỗ trợ Y tế (2008), Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2007, chủ biên, Hà Nội.
23. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2010), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010: Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, Hà Nội.
24. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2011), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2011: Nâng cao năng lực quản lý, đổi mới tài chính y tế để thực hiện kế hoạch 5 năm ngành y tế, 2011-2015*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
25. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2013), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Bộ Y tế.
26. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2005), Thông tư liên tịch 11/2005/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của cơ quan chuyên môn giúp Ủy ban nhân dân quản lý nhà nước về y tế ở địa phương, chủ biên.
27. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2007), Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, chủ biên.
28. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2008), Thông tư liên tịch 03/2008/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng Y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện, chủ biên.

29. Lê Sỹ Cẩn (2007), *Thực trạng nhu cầu khám chữa bệnh của người Jarai, Bahnar và khả năng đáp ứng của y tế một số xã tỉnh Gia Lai*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
30. Chính phủ (1994), Quyết định 58/TTg năm 1994 về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở, chủ biên.
31. Chính phủ (1998), Nghị định 01/1998/NĐ-CP về hệ thống tổ chức y tế địa phương, chủ biên.
32. Chính phủ (2011), Nghị định 03/2011/NĐ-CP hướng dẫn và biện pháp thi hành Luật Hoạt động chữ thập đỏ, chủ biên, Hà Nội.
33. Chính phủ (2014), Nghị định số 117/2014/NĐ-CP Quy định về Y tế xã, phường, thị trấn, chủ biên, Hà Nội.
34. Lê Quang Cường và các cộng sự. (2011), *Nghiên cứu thực trạng quá tải, dưới tải của hệ thống bệnh viện các tuyến và đề xuất giải pháp khắc phục*, Viện chiến lược và chính sách Y tế, Bộ Y tế.
35. Yi Seng Doeur (2003), *Nghiên cứu nhu cầu sử dụng dịch vụ KCB và truyền thông GDSK ở tuyến xã của nhân dân 3 huyện tỉnh Ninh Bình*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội.
36. Phạm Ngọc Giới và Lê Quốc Hùng (2003), "Nghiên cứu xây dựng mô hình trạm y tế kết hợp quân dân y ở khu vực trọng điểm quốc phòng-an ninh tỉnh miền núi biên giới", *Tạp chí Y học thực hành*. 459(9), tr. 43-45.
37. Phạm Thị Đoan Hạnh (2012), *Thực trạng khả năng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại 2 trạm y tế tỉnh Khánh Hòa năm 2011*, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế Công cộng.
38. Phạm Thị Đoan Hạnh, Lê Hữu Thọ và Lê Bảo Châu (2011), "Sự khác biệt về cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại 2 trạm y tế nông thôn và thành thị của tỉnh Khánh Hòa năm 2011", *Tạp chí Y tế công cộng*. 27(27), tr. 29-34.
39. Bùi Thị Hiền và Lê Thị Kim Ánh (2009), "Nhu cầu đào tạo bác sỹ chuyên tu nhằm tăng tỷ lệ bao phủ bác sĩ tại tuyến xã tỉnh Hòa Bình năm 2009", *Tạp chí Y tế công cộng*. 16(16), tr. 10-14.

40. Đỗ Thái Hòa (2015), *Thực trạng bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm tuổi 40 - 59 tại Đông Sơn, Thanh Hóa và hiệu quả một số giải pháp can thiệp*, Luận án Tiến sỹ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương.
41. Đàm Khải Hoàn (1998), *Nghiên cứu xây dựng mô hình cộng đồng tham gia vào các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân một số vùng núi phía Bắc*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.
42. Minh Huệ (2005), *Nâng cao chất lượng tại trạm y tế tuyến xã*.
43. Trần Văn Hùng (2013), *Đánh giá thực trạng nhân lực các trạm Y tế xã trên địa bàn tỉnh Đắk Nông - năm 2013*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
44. Trần Ngọc Hữu (2002), *Nghiên cứu đánh giá hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tỉnh Long An và đề xuất một số biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sỹ học.
45. Hoàng Trung Kiên (2009), *Thực trạng công tác khám chữa bệnh tại trạm Y tế xã Ngũ Hiệp huyện Thanh Trì, Hà Nội 6 tháng đầu năm 2009*, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế Công cộng.
46. Lê Thục Lan (2009), *Nghiên cứu tính công bằng trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã Tứ Cường, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2009*, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế Công cộng.
47. Dương Huy Liệu và các cộng sự. (2012), *Đánh giá thực trạng hoạt động Khám chữa bệnh và khảo sát nhu cầu đào tạo liên tục của bác sỹ và y sỹ điều trị tuyến xã, Hà Nội*.
48. Trần Đức Long (2015), *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp tại hai xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 -2012*, Luận án Tiến sỹ.
49. Nguyễn Duy Luật và các cộng sự. (2006), "Tổ chức, chức năng nhiệm vụ và nội dung quản lý cơ bản các dịch vụ CSSK của y tế địa phương", *Tổ chức, quản lý và chính sách Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

50. Nguyễn Duy Luật và Hoàng Trung Kiên (2010), "Nghiên cứu thực trạng công tác khám chữa bệnh tại trạm y tế xã Ngũ Hiệp, huyện Thanh Trì, Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. Phụ trương 70(5), tr. 124-130.
51. Trịnh Văn Mạnh (2007), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của trạm y tế xã Ngũ Hùng, huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2007*, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng.
52. Nguyễn Thị Hoài Nga (2001), *Hiện trạng dịch vụ khám chữa bệnh và việc đưa bác sĩ về xã tại huyện Sóc Sơn Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ y học dự phòng, Đại học Y Hà Nội.
53. Trần Thị Nga, Mai Phương Thanh và Nguyễn Thị Thịnh (2011), "Thực trạng nhân lực trạm y tế Xã một số huyện của tỉnh Quảng Ngãi", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. Phụ trương 72(1), tr. 146-150.
54. Nguyễn Thị Tuyết Nhung và Nguyễn Phương Hoa (2012), "Sử dụng dịch vụ Y tế tại trạm y tế xã Tràng An, huyện Bình Lục, Hà Nam năm 2010", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 80(3C), tr. 328-333.
55. Trần Hữu Phước, Nguyễn Huyền và cộng sự (2001), "Thí điểm mô hình y tế thôn buôn được quản lý bởi cộng đồng tại xã Hòa Phú huyện Cujut tỉnh Đắk Lắk từ tháng 9/1998 đến 9/2000", *Tạp chí Y học thực hành*. 399, tr. 37-39.
56. Đỗ Nguyên Phương (1999), *Y tế việt nam trong quá trình đổi mới*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
57. Lê Hữu Quý và các cộng sự. (2013), *Khảo sát thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã, tỉnh Ninh Bình năm 2013*, Sở Y tế Ninh Bình, Ninh Bình.
58. Nguyễn Văn Tập (2009), "Nghiên cứu tình hình thực hiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại các trạm y tế xã huyện Châu Thành, tỉnh Bến Tre", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 63(4), tr. 109-115.
59. Chế Ngọc Thạch (2009), *Đánh giá công tác khám chữa bệnh tại trạm y tế xã Trung Nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh, 6 tháng đầu năm 2008*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.



60. Lê Văn Thêm (2007), *Thực trạng hoạt động của BS tại TYT xã và đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng hoạt động của TYT xã tỉnh Hải Dương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
61. Trần Thị Thoa và các cộng sự. (2010), "Nghiên cứu thực trạng tiếp cận thuốc, thuốc thiết yếu tại một số Trạm Y tế xã thuộc 24 tỉnh", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. Phụ trương 70(5), tr. 74-79.
62. Trung tâm phát triển sức khỏe bền vững VietHealth (2011), *Nghiên cứu hệ thống y tế ban đầu tại Hà Nội nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân sống ở Hà Nội*.
63. Hoàng Anh Tuấn (2012), *Nghiên cứu thực trạng về tổ chức, nhân lực và chế độ chính sách của cán bộ Y tế xã tại 4 tỉnh/thành phố*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
64. Nguyễn Anh Tuấn và Lê Văn Bào (2011), "Đánh giá hiệu quả mô hình trung tâm y tế quân dân y huyện Côn Đảo sau 6 năm hoạt động (2003-2009)", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 388(2), tr. 9-13.
65. Phạm Khánh Tùng (2008), *Hành vi tìm kiếm và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Bình Xuyên tỉnh Vĩnh Phúc năm 2008*, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng.
66. UNFPA (2008), *Sinh đẻ của Cộng đồng dân tộc thiểu số-Nghiên cứu định tính tại Bình Định*, Báo cáo về sức khỏe sinh sản, Hà Nội.
67. Ủy ban nhân dân tỉnh Ninh Bình và Ban QLDA hỗ trợ y tế các tỉnh Đông Bắc Bộ và Đồng Bằng sông Hồng (2014), *Dự thảo Kế hoạch hoạt động dự án hỗ trợ y tế các tỉnh Đông Bắc Bộ và Đồng Bằng sông Hồng tỉnh Ninh Bình năm 2014*.
68. Đinh Mai Vân (2005), *Thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở trạm Y tế xã tại huyện Tiên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2005*, Luận văn Thạc sỹ, trường Đại học Y tế công cộng.
69. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2010), "Đánh giá việc thực hiện chức năng và nhiệm vụ một số trạm Y tế khu vực miền núi". Hà Nội

70. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2011), *Đánh giá 9 tháng triển khai thực hiện đề án 1816 nhằm đề xuất các giải pháp hoàn thiện*, Bộ Y tế, truy cập ngày 10-3-2014, tại trang web <http://www.hspi.org.vn/vcl/danh-gia-9-thang-trien-khai-thuc-hien-de-an-1816-nham-de-xuat-cac-giai-phap-hoan-thien-t56-1175.html>.
71. Lê Đình Việt, Vũ Thị Kim Anh và cộng sự (2013), *Đánh giá khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mạng lưới y tế cơ sở giai đoạn 2000-2010*. Tạp chí Y học Việt Nam.

## II. TÀI LIỆU TIẾNG ANH

72. A. O. Adekanye et al (2013), "Patients' satisfaction with the healthcare services at a north central Nigerian tertiary hospital", *Niger J Med.* 22(3), tr. 218-24.
73. T. Andersson, U. Hogberg and S. Bergstrom (2000), "Community-based prevention of perinatal deaths: lessons from nineteenth-century Sweden", *Int J Epidemiol.* 29(3), tr. 542-8.
74. P. C. Campbell, T. F. Olufunlayo and A. O. Onyenwenyi (2010), "An assessment of client satisfaction with services at a model primary health care centre in Ogun State, Nigeria", *Nig Q J Hosp Med.* 20(1), tr. 13-8.
75. C. Fernandez-Olano et al (2006), "Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system", *Health Policy.* 75(2), tr. 131-9.
76. L. Franzini and C. B. Dyer (2008), "Healthcare costs and utilization of vulnerable elderly people reported to Adult Protective Services for self-neglect", *J Am Geriatr Soc.* 56(4), tr. 667-76.
77. S. A. Fritzen (2007), "Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition", *Soc Sci Med.* 64(8), tr. 1611-23.

78. A. J. Gage (2007), "Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali", *Soc Sci Med.* 65(8), tr. 1666-82.
79. Matthew Harris (2012), "Integrating primary care and public health: learning from the Brazilian way", *London Journal of Primary Care.* 4, tr. 126-32.
80. Thailand Ministry of Health (1998), *Village Based social Development Planning*, Bangkok, Thai Lan.
81. Nguyen Thi Hoai (2005), Improving the quality of community based reproductive health care in remote and mountainous areas of Vietnam: An innovative community based approach., *World Rural Health Conference*
82. M. E. Kruk et al (2007), "Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries", *Health Policy Plan.* 22(5), tr. 303-10.
83. H. Li and W. Yu (2011), "Enhancing community system in China's recent health reform: An effort to improve equity in essential health care", *Health Policy.* 99(2), tr. 167-73.
84. J. Liebman, D. Heffernan and P. Sarvela (2007), "Establishing diabetes self-management in a community health center serving low-income Latinos", *Diabetes Educ.* 33 Suppl 6, tr. 132s-138s.
85. S. Matsuoka et al (2010), "Perceived barriers to utilization of maternal health services in rural Cambodia", *Health Policy.* 95(2-3), tr. 255-63.
86. A. D. Ngo and P. S. Hill (2011), "The use of reproductive healthcare at commune health stations in a changing health system in Vietnam", *BMC Health Serv Res.* 11, tr. 237.
87. P. Nguyen et al (2010), "The effect of a poverty reduction policy and service quality standards on commune-level primary health care utilization in Thai Nguyen Province, Vietnam", *Health Policy Plan.* 25(4), tr. 262-71.
88. J. X. Nie et al (2008), "Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project)", *J Eval Clin Pract.* 14(6), tr. 1044-9.

89. D. N. Ononokpono et al (2013), "Contextual determinants of maternal health care service utilization in Nigeria", *Women Health*. 53(7), tr. 647-68.
90. U. Saxen, P. T. Jaatinen and S. L. Kivela (2008), "How does a shortage of physicians impact on the job satisfaction of health centre staff?", *Scand J Prim Health Care*. 26(4), tr. 248-50.
91. A. Sepehri et al (2008), "How important are individual, household and commune characteristics in explaining utilization of maternal health services in Vietnam?", *Soc Sci Med*. 67(6), tr. 1009-17.
92. P. R. Sodani et al (2010), "Measuring patient satisfaction: a case study to improve quality of care at public health facilities", *Indian J Community Med*. 35(1), tr. 52-6.
93. Tarimo .E. and Crcese .A. (1991), *Achieving health for all by the year 2000. Midway reports of country experiences*, World Health Organization, Geneva.
94. Jessamy Taylor (2004), "The Fundamentals of Community Health Centers", *National Health Policy Forum*.
95. N. T. M. Thoa et al (2013), "The impact of economic growth on health care utilization: a longitudinal study in rural Vietnam", *Int J Equity Health*. 12, tr. 19.
96. B. X. Tran, M. Van Hoang and H. D. Nguyen (2013), "Factors associated with job satisfaction among commune health workers: implications for human resource policies", *Glob Health Action*. 6, tr. 1-6.
97. T. K. Tran et al (2011), "Urban - rural disparities in antenatal care utilization: a study of two cohorts of pregnant women in Vietnam", *BMC Health Serv Res*. 11, tr. 120.
98. T. Tuan et al (2005), "Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam", *Health Policy Plan*. 20(5), tr. 319-27.
99. X. Wei et al (2015), "Comparison of three models of ownership of community health centres in China: a qualitative study", *J Health Serv Res Policy*. 20(3), tr. 162-9.

100. Suwit Wibulpolprasert et al (2004), *Thailand Health Profile 2001-2004*, Ministry of Public Health.
101. S. Witter et al (2011), "Understanding the 'four directions of travel': qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam", *Hum Resour Health*. 9, tr. 20.
102. LV Hoi and L Lindholm (2011), "Elderly care in activities of daily living in rural Vietnam: Need and its socioeconomic determinants", *BMC Geriatrics*.
103. Nguyen Thi Minh Thoa (2011), *Health care utilization and economic growth of households in Ba Vi, Vietnam*, Umeå International School of Public Health, Sweden.
104. Le Van Hoi et al (2012), "Willingness to use and pay for options of care for community-dwelling older people in rural Vietnam", *BMC Health Services Research*. 12(1), tr. 36.
105. H.H.X. Wang et al (2015), "Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences", *QJM*. 108(7), tr. 549-560.

## Phụ lục 1

### PHIẾU ĐIỀU TRA BÁC SỸ, Y SĨ CỦA TYT XÃ

Mã số phiếu:

--	--	--

Họ và tên Bác sĩ, Y sĩ: *(không cần phải ghi họ tên)*.

Nơi công tác: TYT xã.....Huyện.....

Giới tính:        1. Nam                    2. Nữ

Tuổi:.....

*Đọc: chúng tôi xin được phỏng vấn anh /chị để nhằm mục đích nghiên cứu , các thông tin sẽ chỉ sử dụng cho nghiên cứu, dấu tên. Nếu đồng ý, xin Anh (chị) đọc và khoanh tròn ( 0 ) vào mã số câu trả lời đúng nhất*

Q1: Trình độ chuyên môn của anh (chị) ?

- |                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| 1. Y sĩ                          | 4. Bác sĩ CKI, Thạc sĩ  |
| 2. Bác sĩ                        | 5. Bác sĩ CKII, Tiến sĩ |
| 3. Bác sĩ Chuyên khoa định hướng | 6. Khác.....            |

Q2: Chuyên ngành đào tạo của anh (chị) ?

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1. Đa khoa        | 5. Sản             |
| 2. Y học dự phòng | 6. Nhi             |
| 3. Nội            | 7. Y học cổ truyền |
| 4. Ngoại          | 8. Khác.....       |

Q3: Loại hình đào tạo Bác sĩ hoặc Y sĩ của anh (chị) ? *(theo bằng cấp cao nhất hiện nay)*

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 1. Hệ chính quy | 3. Hệ tại chức          |
| 2. Hệ chuyên tu | 4. Khác ( ghi rõ )..... |

Q4: Anh (chị) công tác trong ngành Y tế được bao nhiêu năm ? .....

Q5: Anh (chị) Tốt nghiệp Bác sỹ hoặc Y sỹ được bao nhiêu năm ? .....

*(theo bằng cấp cao nhất hiện nay)*

Q6: Anh (chị) đang đảm nhiệm chức vụ gì *(chức vụ chính quyền)* ?

- |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Trạm trưởng     | 3. Không giữ chức vụ gì |
| 2. Phó trạm trưởng | 4. Khác ( ghi rõ )..... |

Q7: Từ khi tốt nghiệp BS, YS đến nay Anh (chị) đã tham gia các lớp đào tạo nâng cao nào *(thời gian đào tạo từ 3 tháng trở lên)*? *(theo bằng cấp cao nhất hiện nay)*

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Chuyên khoa I                   | 4. Định hướng CK mắt, RHM, TMH |
| 2. Định hướng chuyên khoa sản, nhi | 5. Khác ( ghi rõ ).....        |
| 3. Định hướng chuyên khoa YHCT     | 6. Chưa được đi đào tạo        |

Q8: Trong 3 năm trở lại đây Anh (chị) đã được tham gia các lớp tập huấn, đào tạo chuyên môn nào *(thời gian đào tạo từ 1 đến dưới 3 tháng)*? *(câu có nhiều lựa chọn)*

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Quản lý Y tế       | 5. Khám, điều trị, cấp cứu bệnh thông thường |
| 2. TT- GDSK           | 6. Thực hiện các chương trình Y tế           |
| 3. Vệ sinh phòng bệnh | 7. Khác ( ghi rõ ).....                      |
| 4. CSSKBMTE-KHHGD     | 8. Không được tập huấn                       |

Q9: Trong 3 năm trở lại đây Anh (chị) đã được tham gia các lớp tập huấn, đào tạo chuyên môn nào (**thời gian đào tạo dưới 1 tháng**)? (*câu có nhiều lựa chọn*)

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Quản lý Y tế       | 5. Khám, điều trị, cấp cứu bệnh thông thường |
| 2. TT- GDSK           | 6. Thực hiện các chương trình Y tế           |
| 3. Vệ sinh phòng bệnh | 7. Khác ( ghi rõ ).....                      |
| 4. CSSKBMTE-KHHGD     | 8. Không được tập huấn                       |

Q10: Theo Anh (chị) BS, YS ở trạm Y tế cần tập huấn, đào tạo thêm về vấn đề gì ?  
(*câu có nhiều lựa chọn*)

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Quản lý Y tế       | 5. Khám, điều trị, cấp cứu bệnh thông thường                           |
| 2. TT- GDSK           | 6. Các chương trình Y tế (lao, phong, tâm thần, sốt rét, buri cổ.....) |
| 3. Vệ sinh phòng bệnh | 7. Khác ( ghi rõ ).....  |
| 4. CSSKBMTE-KHHGD     | 8. Không cần phải tập huấn   |

Q11: Anh (chị) được phân công phụ trách lĩnh vực chuyên môn gì ?  
(*câu có nhiều lựa chọn*)

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Khám, chữa bệnh    | 5. CSSKBMTE-KHHGD        |
| 2. Quản lý Y tế       | 6. Các chương trình Y tế |
| 3. TT- GDSK           | 7. Khác ( ghi rõ ).....  |
| 4. Vệ sinh phòng bệnh |                          |

Q12: Theo Anh (chị), với công việc hiện tại của Trạm y tế mà anh (chị) đang công tác thì có cần thiết phải biên chế Bác sĩ làm việc thường xuyên tại trạm y tế không?

- |       |   |
|-------|---|
| 1. Có | 2. Không.....chuyển....Q18                          |
|       | 3 Không biết, không có ý kiến;..... ..chuyển....Q18 |

Q13: Nếu có, vì sao Anh (chị) cho rằng Trạm y tế anh (chị) đang công tác cần thiết phải có BS làm việc thường xuyên tại trạm? (*câu có nhiều lựa chọn*); **Trả lời Q17 thì chuyển sang Q19**

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. Vì nhiều BN đến khám và điều trị                                | 4. Vì trạm y tế ở xa bệnh viện |
| 2. Vì trình độ y sỹ chưa làm được                                  | 5. ý kiến khác (ghi rõ).....   |
| 3. Vì có Bác sĩ điều trị tốt hơn, Bệnh nhân đến điều trị nhiều hơn | .....                          |

Q14: Nếu không, vì sao Anh (chị) cho rằng Trạm y tế mà anh (chị) đang công tác không cần phải biên chế Bác sĩ làm việc thường xuyên tại trạm? (*câu có nhiều lựa chọn*)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 1. Bệnh nhân ít                     | 4. Thiếu trang, thiết bị cho BS làm việc |
| 2. Bệnh đơn giản Y sỹ điều trị được | 5. Khác ( ghi rõ ).....                  |
| 3. Y sỹ chuyên môn tốt thay được BS | .....                                    |
|                                     | .....                                    |

Q15: Theo Anh (chị) nếu các Bác sĩ của trạm Y tế xã được điều về Trung tâm y tế huyện, hoặc phòng Y tế quản lý rồi tổ chức thành các đội lưu động có trang bị siêu âm, xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu, định kỳ đến Trạm y tế xã và cộng đồng khám, phát hiện bệnh cho người dân sau đó bàn giao cho trạm Y tế xã quản lý, theo dõi, điều trị thì hoạt động khám chữa bệnh ở Trạm Y tế của anh chị có tốt hơn không?

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Có .....chuyển....Q21 | 3. có thể có, có thể không |
| 2. Không                 | 4. Không biết              |

Q16: Tại sao Anh (chị) cho rằng luân chuyển bác sĩ về huyện rồi tổ chức bác sĩ thành đội lưu động khám chữa bệnh thì hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế anh chị đang công tác cũng không tốt hơn?

.....  
.....

Q17: Theo Anh (chị) nếu tổ chức các Bác sĩ, Y sĩ của 3-4 trạm Y tế xã lân cận thành một đội lưu động (được tăng cường thêm BS của trung tâm Y tế huyện), được đào tạo chuyên môn, có trang bị siêu âm, xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu ....., có lịch cụ thể khám bệnh tại trạm y tế và tại cộng đồng của các xã này thì hoạt động khám chữa bệnh của Trạm Y tế anh chị có tốt hơn không? **(những ngày không tham gia trong đội lưu động Bác sĩ vẫn tham gia làm việc tại trạm y tế xã)**

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Có .....chuyển....Q23 | 3. có thể có, có thể không |
| 2. Không                 | 4. Không biết              |

Q18: Tại sao Anh (chị) cho rằng tổ chức các Bác sĩ của 3-4 trạm Y tế xã lân cận thành một đội lưu động có tăng cường Bs của TTYT huyện, có trang bị siêu âm, xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu ....., khám, phát hiện bệnh cho nhân dân của xã thì hoạt động khám, chữa bệnh của trạm y tế anh chị đang công tác cũng không tốt hơn?

.....  
.....

Q19: Bình quân mỗi ngày làm việc (không tính ngày nghỉ), Trạm y tế mà Anh (chị) đang công tác có bao nhiêu người đến khám bệnh? .....người

Q20: Bình quân mỗi tuần (07 ngày từ thứ 2 đến chủ nhật), có bao nhiêu người bệnh vào nằm điều trị Nội trú tại trạm y tế xã Anh (chị) đang công tác? .....người

Q21: Theo Anh (chị), Trạm Y tế anh/ chị đang công tác có hoàn thành chỉ tiêu khám bệnh không? *(tính theo chỉ tiêu khám bệnh tại trạm, tại nhà, khám dự phòng)*

- |                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Hoàn thành.....chuyển....Q27 | 3. Đôi khi không hoàn thành   |
| 2. Hoàn thành nhưng chưa tốt    | 4. Thường là không hoàn thành |

Q22: Theo Anh (chị) tại sao Trạm y tế không hoàn thành hoặc hoàn thành chưa tốt nhiệm vụ khám bệnh? *(câu có nhiều lựa chọn)*

1. Người dân không đến khám
2. Trạm y tế ở gần Bệnh viện, người dân đến thẳng BV để khám
3. Trình độ chuyên môn của trạm y tế còn yếu
4. Thiếu trang, thiết bị phục vụ khám và chẩn đoán bệnh, người dân không đến khám
5. Trạm y tế không tổ chức khám dự phòng được do không đủ cán bộ để tổ chức đoàn khám
6. Khác ( ghi rõ ).....

Q23: Theo Anh (chị), Trạm Y tế anh/ chị đang công tác có hoàn thành nhiệm vụ điều trị bệnh nhân nội trú không? *(tính theo chỉ tiêu được giao hàng năm)*

- |                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Hoàn thành.....chuyển....Q29 | 3. Đôi khi không hoàn thành   |
| 2. Hoàn thành nhưng chưa tốt    | 4. Thường là không hoàn thành |



Q24: Theo Anh (chị) tại sao Trạm y tế anh/ chị đang công tác không hoàn thành hoặc hoàn thành chưa tốt nhiệm vụ điều trị bệnh nhân nội trú? (câu có nhiều lựa chọn)

1. Người dân không đến khám, điều trị
2. Do nhà gần nên BN không nằm điều trị nội trú mà chỉ đến tiêm thuốc điều trị
3. Trạm y tế ở gần Bệnh viện, người dân đến thẳng BV để điều trị
4. Trình độ chuyên môn của trạm y tế còn yếu
5. Thiếu trang, thiết bị phục vụ khám, chẩn đoán và điều trị, người dân không vào điều trị
6. Thiếu thuốc điều trị bệnh nhân
8. Khác ( ghi rõ ).....

Q25: Theo Anh (chị) Trạm Y tế anh chị đang công tác có hoàn thành các chỉ tiêu được giao về công tác y tế dự phòng không ?

1. Hoàn thành các chỉ tiêu; chuyên...Q31
2. Hoàn thành nhưng chưa thật tốt
3. Đôi khi không hoàn thành
4. Thường là không hoàn thành

Q26: Theo Anh (chị) tại sao Trạm y tế không hoàn thành hoặc hoàn thành chưa tốt các chỉ tiêu được giao về công tác y tế dự phòng?

1. Trình độ dân trí thấp
2. Trạm triển khai các hoạt động kém
3. Trình độ chuyên môn còn yếu
4. Thiếu trang, thiết bị làm việc
5. Thiếu thuốc các chương trình
6. Khác ( ghi rõ ).....

Q27: Ở địa phương Anh; chị (ở xã) các bệnh cấp tính thường gặp nhất là bệnh gì ?

.....

Q28: Theo anh (chị) Trạm y tế xã mà anh chị đang công tác đã điều trị tốt các bệnh cấp tính thường gặp trên chưa?

1. Rất tốt
2. Tốt
3. Trung bình
4. Kém
5. Khác ( ghi rõ ).....

Q29: Ở địa phương Anh; chị (ở xã) các bệnh mãn tính thường gặp nhất là bệnh gì ?

.....  
.....  
.....

Q30: Theo anh (chị) Trạm y tế xã mà anh chị đang công tác đã điều trị tốt các bệnh mãn tính thường gặp trên chưa?

1. Rất tốt.....chuyên...Q36
2. Tốt.....chuyên...Q36
3. Trung bình
4. Kém
5. Khác ( ghi rõ ).....

Q31: Lý do Trạm y tế điều trị chưa tốt các bệnh mãn tính và cấp tính trên ? (Câu có nhiều lựa chọn)

1. Y, bác sĩ chưa đủ trình độ chữa bệnh
2. Thiếu xét nghiệm để chuẩn đoán và điều trị
3. Thiếu thuốc điều trị
4. Lý do khác (ghi rõ).....

Q32: Theo Anh (chị) để khám, chẩn đoán và điều trị tốt các bệnh cấp tính, mãn tính trên Anh, chị cần phải tập huấn, đào tạo thêm về lĩnh vực chuyên môn gì ?

.....

Q33: Theo Anh (chị) để khám, chẩn đoán và điều trị tốt các bệnh cấp tính, mãn tính trên Trạm y tế mà Anh (chị) đang công tác cần trang bị thêm các dụng cụ, thiết bị y tế gì ?

.....

Q34: Anh chị có đề xuất gì với Sở Y tế, TTYT huyện, Phòng y tế ?

.....

.....

**Q35: Đánh giá BS, YS về khám, chẩn đoán và điều trị chăm sóc trẻ em bị (ARI)**

\* Theo Anh (chị), để khám, chẩn đoán một trường hợp trẻ em dưới 1 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp (ARI), cần có những tiêu chuẩn (triệu chứng lâm sàng) gì ?  
(Ghi hết các tiêu chuẩn đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

.....

\* Một cháu bé 2 tuổi bị sốt và ho (sốt trên 37,5 độ), nhịp thở > 50 lần/phút, dựa vào danh sách các loại thuốc dưới đây. Anh (chị) phân chia theo loại dùng được, loại không được dùng đối với cháu bé.  
(Dùng được ghi số 1; Không được dùng ghi số 2; Không biết ghi số 3 vào ô trống bên cạnh)

1	Amoxicillin viên	<input type="checkbox"/>	8	Erythromycin viên	<input type="checkbox"/>
2	Penicillin viên	<input type="checkbox"/>	9	Dexamethazon viên	<input type="checkbox"/>
3	Ampicillin viên	<input type="checkbox"/>	10	Paracetamol viên	<input type="checkbox"/>
4	Tetracycline viên	<input type="checkbox"/>	11	Biseptol/Bactrime	<input type="checkbox"/>
5	Ciprofloxacin viên	<input type="checkbox"/>	12	Syrô ho/bổ phế	<input type="checkbox"/>
6	Penicillin tiêm	<input type="checkbox"/>	13	Terpin-codein	<input type="checkbox"/>
7	Prednisolon	<input type="checkbox"/>			

\* Một cháu bé 2 tuổi bị sốt 38,5 độ, có ho nhiều, nghe phổi có ran ẩm, nhịp thở > 60 lần/phút, anh chị kê một đơn thuốc điều trị cho cháu bé.

.....

Q36: Đánh giá BS, YS về khám, chẩn đoán và điều trị chăm sóc trẻ em bị tiêu chảy:

\* Có một bà mẹ đưa cháu bé dưới 2 tuổi đến khám bệnh tại trạm y tế xã với lý do cháu đi ỉa nhiều lần trong ngày, phân lỏng; là người khám bệnh cho cháu, Anh chị hỏi người mẹ những vấn đề (triệu chứng) gì ở cháu bé để chẩn đoán bệnh ?  
(Ghi hết các vấn đề (triệu chứng) cần hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

.....

\* Anh (chị) khuyên bà mẹ trên làm gì khi xác định cháu bé chỉ bị tiêu chảy đơn thuần không sốt?  
(Ghi hết các việc bà mẹ phải làm, đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

.....

\* Anh (chị) Kê một đơn thuốc điều trị cho cháu bé và căn dặn bà mẹ những gì nếu xác định cháu bé trên bị tiêu chảy do vi khuẩn, có sốt nhẹ, mất nước mức độ nhẹ?  
(Kê đơn thuốc và ghi những căn dặn bà mẹ, đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

.....

Q37: Đánh giá hiểu biết của BS, YS về chăm sóc thai nghén:

\* Một phụ nữ 24 tuổi trước đây đã từng có thai. Hiện tại mang thai tháng thứ 8, đến khám thai lần đầu tại trạm y tế xã của anh/chị; là người khám thai cho phụ nữ này [anh/chị] hỏi người phụ nữ này những câu hỏi gì ?

*(Ghi ngắn gọn nhưng hết các câu hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

\* Các yếu tố Anh (chị) cần khám (*khám lâm sàng*) đối với người phụ nữ này là gì ?

*(Ghi ngắn gọn nhưng hết các yếu tố cần khám đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

\* Khi khám phụ nữ trên, anh (chị) phát hiện có phù ở hai chân, anh chị khuyên người phụ nữ làm các xét nghiệm gì ?

*(Ghi ngắn gọn các xét nghiệm mà anh/chị cho là cần thiết phải làm )*

.....

Q39: Đánh giá BS, YS về khám và điều trị, chăm sóc Bệnh nhân cao huyết áp

\* Một người đàn ông 58 tuổi bị cao huyết áp đến khám tại trạm y tế xã, là người khám cho bệnh nhân, những câu hỏi nào có liên quan tới bệnh cao huyết áp mà Anh (chị) sẽ hỏi người đàn ông này?

*(Ghi ngắn gọn nhưng hết các câu hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

\* Bệnh nhân trên chưa bao giờ điều trị cao huyết áp, hút khoảng 1 - 2 bao thuốc lá mỗi ngày, uống 2 cốc bia vào các buổi tối cuối tuần. Khẩu phần ăn không kiêng khem, không chịu luyện tập thể dục, Anh (chị) cần khám các yếu tố lâm sàng nào để xác định bệnh nhân bị cao huyết áp, tìm nguyên nhân và phát hiện biến chứng của bệnh ?

*(Ghi ngắn gọn nhưng hết các yếu tố, các bộ phận cơ thể cần khám đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

\* Theo Anh (chị) các xét nghiệm cần làm đối với bệnh nhân trên là gì ?

*(Ghi ngắn gọn các xét nghiệm mà anh/chị cho là cần thiết phải làm )*

\* Đối với bệnh nhân cao huyết áp trên Anh (chị) tư vấn cho bệnh nhân thế nào ?

*(Ghi ngắn gọn nhưng đầy đủ các vấn đề mà anh chị cho là cần phải tư vấn đối với bệnh nhân này để giảm tiến triển của bệnh và phòng tránh tai biến do cao huyết áp )*

.....

Q43: Đánh giá BS, YS về cách phát hiện và xử trí vụ dịch tiêu chảy cấp

\* Một người đàn ông 25 tuổi đến Trạm y tế của anh, chị sau khi ăn tối 5-6 giờ đột ngột tiêu chảy, phân toàn nước đục, đi ngoài 6-7 lần/giờ; Là cán bộ y tế trực và khám cho bệnh nhân đêm đó Anh (chị) hỏi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân những gì?

*(Ghi ngắn gọn nhưng hết các câu hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

\* Nếu nghi ngờ đây là một bệnh nhân tả thì những việc anh chị cần phải làm là gì ?

*(Ghi ngắn gọn những việc cần làm đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)*

.....

**Phụ lục 2:**

**PHIẾU ĐIỀU TRA HỘ GIA ĐÌNH**

1. Tỉnh Ninh Bình  
2. Huyện.....  
3. Xã: .....  
4. Thôn: .....  
5. Mã hộ:.....  
6. Người trả lời : .....  
7. (quan hệ với chủ hộ).....  
7. Họ và tên Điều tra viên: .....

Q1. Gia đình anh, chị có bao nhiêu người ?.....người

Q2. Xin anh, chị cho biết tên, tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, BHYT từng người trong gia đình:

1	2	3	4	5	6
<b>Số thứ tự</b> Tên từng người trong hộ gia đình, chủ hộ là số 1 (Mã cá nhân)	<b>Tuổi</b> Tính theo năm dương lịch tròn 12 tháng	<b>Giới</b> Nam 1 Nữ 2	<b>Trình độ học vấn</b> 1. Mù chữ 2. Cấp 1 3. Cấp 2 4. Cấp 3 5. TH, CĐ 6. ĐH, SĐH 7. còn nhỏ chưa đi học	<b>Nghề nghiệp</b> 1. CBNN 2. Công nhân 3. Làm ruộng 4. Buôn bán 5. Thợ Th/công 6. HS/SV 7. Còn nhỏ 8. Hưu trí 9. Khác (ghi rõ)	<b>Bảo hiểm y tế</b> 1. Có 2. không
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Q3. Từ nhà anh chị đến cơ sở y tế nào là gần nhất?

1. Trạm y tế xã  
2. PK tư nhân  
3. PKĐKKV  
4. TTYT huyện  
5. Bệnh viện tỉnh  
6. Khác ( ghi rõ ).....

Q4. Từ nhà anh chị đến trạm y tế xã là bao nhiêu Km? .....Km

Q5. Bằng phương tiện gia đình hiện có, từ nhà anh chị đến trạm y tế xã mất bao nhiêu thời gian? .....phút

Q7. Trong 4 tuần (một tháng) lại đây gia đình anh chị có ai bị ốm đau gì không?

1. Có

2. Không (chuyển sang câu Q11)

Q8. Nếu có thì mấy người ốm ? ..... người. (Liệt kê toàn bộ số người bị ốm đau vào bảng, nếu một người ốm nhiều lần trong bốn tuần qua thì chỉ ghi lần ốm gần đây nhất)

1	2	3	4	5	6
Mã cá nhân (Ghi theo mã cá nhân của câu Q2)	Tên người ốm	Chứng bệnh (ghi theo mã số) Có thể có nhiều bệnh trên một người	Cơ sở Y tế khám, điều trị ban đầu  (ghi theo mã số)	Cơ sở Y tế điều trị đến khi khỏi; ổn định bệnh; hoặc chết  (ghi theo mã số)	So sánh chẩn đoán của TYT xã với tuyến trên (nếu là BN do TYT xã chuyển tuyến) Đúng 1 Sai 2 (xem giấy chuyển viện, ra viện nếu có)

### Mã số chứng bệnh

#### Bệnh cấp tính

1. Ho, cảm cúm, sốt, sổ mũi
2. Ỉa chảy, rối loạn tiêu hóa  $\geq 4$  lần/24 giờ
3. Đau bụng cấp tính không ỉa chảy
4. Đau xương khớp (đợt cấp tính)
5. đau đầu mất ngủ
6. Bệnh Mắt - TMH - RHM (đợt cấp tính)
7. Bệnh da cấp tính
8. Bệnh Thận tiết niệu cấp tính
9. Chấn thương nhẹ, vết thương phần mềm
10. Chấn thương nặng, gãy xương

#### Bệnh mãn tính $\geq 3$ tháng

11. Cao huyết áp, tai biến MM não
12. Bướu cổ
13. Hen, viêm phế quản
14. Đái đường
15. Lao phổi
16. Tim mạch
17. Ung thư
18. Loét dạ dày
19. Xương khớp mạn
20. Khác (ghi rõ).....

### Mã số cơ sở Y tế

#### khám, điều trị ban đầu; điều trị đến khi khỏi bệnh hoặc chết

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Không chữa gì        | 7. PKĐKKV                |
| 2. Mua thuốc tự chữa    | 8. TTYT huyện            |
| 3. Y tế thôn            | 9. Bệnh viện tỉnh        |
| 4. Bác sĩ, Y sỹ tư nhân | 10. Bệnh viện trung ương |
| 5. Trạm y tế xã         | 11. Khác (ghi rõ).....   |
| 6. PK tư nhân           |                          |

Q9. Tại sao gia đình anh/chị **không đưa “người ốm đọt vừa rồi” đến trạm y tế đầu tiên** để khám, điều trị mà đưa đến cơ sở y tế khác? (*hỏi đối với trường hợp không đưa đến trạm y tế xã khám điều trị đầu tiên mà đưa đến các cơ sở y tế khác, không qua trạm y tế xã (Có thể chọn nhiều lý do).*)

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. Bệnh nhẹ chưa cần đến trạm y tế xã | 6. Có người quen ở cơ sở y tế khác (tuyến trên) |
| 2. Không tin tưởng chuyên môn TYT xã  | 7. Bệnh nặng/không chữa được ở trạm y tế        |
| 3. Trạm y tế xã thiếu thuốc, TTB      | 8. Phải chờ đợi KCB lâu                         |
| 4. Thái độ phục vụ chưa tốt           | 9. Trạm y tế xã ở xa hơn các cơ sở Y tế khác    |
| 5. Giá dịch vụ cao, không phù hợp     | 10. Khác (ghi rõ).....                          |

Q10. Người ốm đọt vừa rồi mà lên tuyến trên điều trị, gia đình anh chị chi phí mất bao nhiêu tiền cho:

- Tiền xăng xe đi lại hoặc thuê xe:.....đồng
- Tiền làm các xét nghiệm, tiền giường bệnh, tiền thuốc:.....đồng
- Tiền chi phí gián tiếp do mất ngày công lao động của người đi theo chăm sóc sóc BN .....đồng.
- Tiền chi phí ăn, ở, sinh hoạt cho người đi theo chăm sóc sóc BN .....đồng.
- Tổng số ..... đồng.

Q11. Khi có người trong gia đình **bị đau, ốm mà không tự điều trị được**, gia đình anh/ chị thường đưa đến đâu (*cơ sở y tế nào*) **đầu tiên** để khám, điều trị ?

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. Trạm y tế xã: chuyển => Q13 | 4. TTYT huyện           |
| 2. PK tư nhân                  | 5. Bệnh viện tỉnh       |
| 3. PKĐKKV                      | 6. Khác ( ghi rõ )..... |

Q12. Tại sao gia đình anh/chị **không đưa đến trạm y tế xã đầu tiên** để khám, điều trị mà lại đưa ngay đi nơi khác? (*Có thể chọn nhiều lý do.*)

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Không tin tưởng chuyên môn     | 5. Có người quen ở cơ sở y tế khác (tuyến trên) |
| 2. Trạm y tế xã thiếu thuốc, TTB  | 6. Bệnh nặng/không chữa được ở trạm y tế        |
| 3. Thái độ phục vụ chưa tốt       | 7. Phải chờ đợi KCB lâu                         |
| 4. Giá dịch vụ cao, không phù hợp | 8. Trạm y tế xã ở xa hơn các cơ sở Y tế khác    |
|                                   | 9. Khác (ghi rõ).....                           |

Q13. Trong năm gia đình anh/chị có ai đến Trạm y tế xã để khám, mua thuốc, điều trị bệnh không ? (*kể cả khám thai, đẻ, khám các chương trình y tế khác*)

- |       |                         |                            |
|-------|-------------------------|----------------------------|
| 1. Có | 2. Không ....chuyển Q19 | 3. Không nhớ....chuyển Q19 |
|-------|-------------------------|----------------------------|

Q14. Anh / chị đánh giá thế nào về trình độ chuyên môn của cán bộ trạm y tế xã ?

- |        |        |               |        |               |
|--------|--------|---------------|--------|---------------|
| 1. Tốt | 2. Khá | 3. Trung bình | 4. Kém | 5. Không biết |
|--------|--------|---------------|--------|---------------|

Q15. Anh / chị thấy thái độ phục vụ của cán bộ Trạm y tế xã thế nào ?

1. Tốt                      2. Bình thường                      3. Chưa tốt                      4. Không biết

Q16. Anh / chị thấy thiết bị, dụng cụ y tế của Trạm y tế xã như vậy đã đủ chưa?

1. Đủ                      2. Không đủ                      3. Không biết

Q17. Anh / chị thấy thuốc của Trạm y tế xã, đã đủ chưa ?

1. Đầy đủ                      2. Không đầy đủ                      3. Không biết

Q18. Anh / chị thấy giá cả dịch vụ của Trạm y tế xã, thế nào ? (*tiền thuốc, tiền khám bệnh, tiền giường bệnh*)

1. Đắt                      2. Phù hợp, vừa phải                      3. Rẻ                      4. Không biết

Q19. Trong gia đình anh chị có người già trên 60 tuổi không?

1. có                      2. không: chuyển Q21

Q20. Nếu có thì có mấy người ?.....người (ghi tên từng người và hỏi năm 2008-2009 Trạm y tế xã có tổ chức khám cho người cao tuổi, có ghi sổ theo dõi sức khỏe, cho người cao tuổi không ?

1	2	3	4	5	6	7
Mã cá nhân (Ghi theo mã cá nhân của câu Q2)	Họ và tên người cao tuổi	Năm 2008 có được trạm Y tế khám sức khỏe người cao tuổi không ?  1. có 2. không	Có sổ Y bạ theo dõi khám sức khỏe người cao tuổi do trạm Y tế xã cấp không ?  1. Có (xem sổ y bạ) 2. không	Chẩn đoán của TYT xã khi khám sức khỏe người cao tuổi là bệnh gì ?  ( không có bệnh thì không ghi gì; nếu có bệnh thì ghi theo mã số như câu Q6)	Có được trạm y tế xã hướng dẫn điều trị bệnh và dự phòng bệnh không ?  1. có được hướng dẫn 2. Không được hướng dẫn 3. khác...	Nếu năm 2008 không được khám sức khỏe người cao tuổi thì Lý do tại sao ?  1. có được thông báo nhưng không đi khám do ở xa địa điểm khám 2. Do trạm y tế xã không tổ chức khám 3. lý do khác .....

Q21. Trong hộ gia đình có ai bị khuyết tật/tàn tật không?

1. có

2. không: chuyển Q23

Q22. Nếu có thì có mấy người ?.....người (ghi tên từng người và hỏi đã bao giờ Được Trạm y tế xã tổ chức khám cho người tàn tật và hướng dẫn phục hồi chức năng chưa ?

1	2	3	4	5	6	7
Mã cá nhân (Ghi theo mã cá nhân của câu Q2)	Họ và tên người khuyết tật / tàn tật	Loại khuyết tật / tàn tật là loại gì ?  Ghi theo mã số loại khuyết tật/ tàn tật	Từ lúc bị khuyết tật/ tàn tật Có được trạm Y tế xã khám sức khỏe theo dõi người khuyết tật / tàn tật không ?  1. có  2. không (chuyển cột 8)	Nếu có được trạm Y tế khám sức khỏe người khuyết tật / tàn tật thì có sổ Y bạ theo dõi không ?  1. có  2. không  (xem sổ y bạ)	Có được Trạm y tế xã hướng dẫn về phục hồi chức năng không ?  1. có được hướng dẫn  2. Không được hướng dẫn  3.khác..... ...	Nếu không được khám thì lý do tại sao ?  1. có được thông báo nhưng không đi khám  2. Do trạm y tế xã không tổ chức khám  3. lý do khác.....

**Mã số loại khuyết tật/tàn tật**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 1. Nhóm vận động ( bại, liệt)  | 5. Nhóm tâm thần                 |
| 2. Nhóm nghe nói (câm, nói khó, điếc)  | 6. Nhóm động kinh                |
| 3. Nhóm nhìn (mù, lác, đục thủy tinh thể người già không mổ được, thị lực giảm mạnh) | 7. Nhóm khác (cụt, khòe, gù vẹo) |
| 4. Thiếu năng trí tuệ (đần độn, bệnh đao)  |                                  |

Q23. Theo Anh/ chị, nếu có đoàn bác sĩ của các trạm y tế xã kết hợp với bác sĩ của TTYT huyện đến các thôn/làng để khám phát hiện bệnh và hướng dẫn cách phòng, điều trị bệnh cho cho các cụ cao tuổi, người tàn tật và các đối tượng khác thì có tốt không ?

1. Tốt

2. Không tốt

3. Không biết



Q24. Theo Anh/ chị, nếu tổ chức Đoàn bác sĩ đến thôn/làng khám bệnh cho nhân dân thì vào thời gian nào là tốt nhất ? .....

Q25. Theo Anh/ chị, một năm đoàn bác sĩ nên đến thôn/làng khám bệnh cho nhân dân mấy lần ? .....lần

Q26. Trong hộ gia đình anh/ chị có cháu bé từ dưới 2 tuổi (24 tháng) trở xuống không ?

1. có

2. không: Kết thúc cuộc hỏi

Q27. Trong khi mang thai cháu (cháu bé dưới 2 tuổi) chị có đến trạm y tế xã để khám thai không ? (từ Q27 đến Q33 chỉ hỏi trực tiếp bà mẹ, nếu bà mẹ không có ở nhà thì không hỏi)

1. có (chuyển sang câu 29)

2. không

Q28. Nếu không, tại sao chị không đến trạm y tế xã để khám thai? (Có thể chọn nhiều lý do).

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Không tin tưởng chuyên môn TYT xã | 5. Có người quen ở cơ sở y tế khác (tuyến trên) |
| 2. Trạm y tế xã thiếu TTB            | 6. Phải chờ đợi khám lâu                        |
| 3. Thái độ phục vụ chưa tốt          | 7. Trạm y tế xã ở xa hơn các cơ sở Y tế khác    |
| 4. Giá dịch vụ cao, không phù hợp    | 8. Khác (ghi rõ).....                           |

Q29. Chị đi khám thai mấy lần: ..... lần (kể cả khám ở các cơ sở y tế khác)

Q30. Khám thai ở trạm y tế xã chị có được Nhân viên y tế hướng dẫn về chăm sóc thai nghén không?

1. có

2. không

Q31. Mang thai cháu chị có được Trạm y tế xã tiêm phòng uốn ván không ?

1. có

2. không

Q32. Chị sinh cháu ở cơ sở y tế nào?

1. tại nhà

2. Trạm y tế xã (kết thúc cuộc hỏi)

3. PK tư nhân

4. PKĐKKV

5. TTYT huyện

6. Bệnh viện tỉnh

7. Khác ( ghi rõ ).....

Q33. Tại sao Chị không đến trạm y tế để sinh cháu ?

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Không tin tưởng chuyên môn     | 4. TYT xã ở xa hơn các cơ sở Y tế khác    |
| 2. Trạm y tế xã thiếu thuốc, TTB  | 5. Đẻ khó, trạm y tế chuyển đi tuyến trên |
| 3. Giá dịch vụ cao, không phù hợp | 6. Khác (ghi rõ).....                     |

(Kết thúc cuộc phỏng vấn và cảm ơn sự hợp tác)

Ngày.....tháng.....năm 200

**Điều tra viên**

(Ký tên)

### Phụ lục 3:

## PHIẾU ĐIỀU TRA TRẠM Y TẾ XÃ

Trạm y tế xã: \_\_\_\_\_ - huyện \_\_\_\_\_ - tỉnh Ninh Bình

Khoảng cách từ Trạm y tế xã đến Trung tâm y tế huyện là:.....Km

### I. Nhân lực

1- Cán bộ biên chế tại trạm y tế tại xã ( có đến ngày 31/12/2008)

Bác sĩ	Y sĩ đa khoa	Y sĩ sản nhi	Y sĩ YHCT	Hộ sinh		Điều dưỡng (Y tá)			Dược sĩ trung cấp	Dược tá	Khác	Cộng
				trung cấp	sơ cấp	Cao đẳng	trung cấp	sơ cấp				

2- Cán bộ hợp đồng ngoài biên chế trạm y tế tại xã ( có đến ngày 31/12/2008)

Bác sĩ	Y sĩ đa khoa	Y sĩ sản nhi	Y sĩ YHCT	Hộ sinh		Điều dưỡng (Y tá)			Dược sĩ trung cấp	Dược tá	Khác	Cộng
				trung cấp	sơ cấp	Cao đẳng	trung cấp	sơ cấp				

3- Trình độ chuyên môn của Trạm trưởng ? (Đánh dấu X vào ô tương ứng)

Bác sĩ	Y sĩ	Hộ sinh		Điều dưỡng			Dược sĩ trung cấp	Dược tá	Khác (ghi rõ)
		trung cấp	sơ cấp	Cao đẳng	trung cấp	sơ cấp			

### II. chế độ chính sách

1. Kinh phí hoạt động của trạm/năm được cấp:.....đồng
2. Hỗ trợ thêm hàng năm của các cấp cho Trạm : .....đồng
3. Tiền thu được từ nguồn khám chữa bệnh/năm của trạm:.....đồng
4. Bình quân lương và phụ cấp/ tháng của cán bộ trạm: .....đồng
5. Thu nhập thêm /tháng của một cán bộ từ nguồn của trạm: .....đồng
6. Bình quân lương và phụ cấp/ tháng của Bác sĩ tại trạm: .....đồng
7. Thu nhập thêm /tháng của Bác sĩ từ nguồn KCB tại trạm: .....đồng

### III. Cơ sở hạ tầng

- Trạm y tế có các phòng làm việc sau đây hay không? (Đánh dấu X vào ô thích hợp)

Tên phòng làm việc	Đang sử dụng tốt	Có nhưng chưa sử dụng		Hồng cần phải sửa chữa	Không có
		Do không có bệnh nhân để sử dụng	Do không có người biết sử dụng		
1. Phòng khám bệnh và điều trị					
2. Phòng lưu bệnh nhân					
3. Phòng rửa tay và tiệt trùng					
4. Phòng KHHGD					
5. Phòng đẻ					
6. Phòng sau đẻ					
7. Phòng KCB bằng YHCT					
8. Phòng cấp phát thuốc					

### IV. Trang thiết bị

Trạm y tế có các trang thiết bị sau đây hay không? (Đánh dấu X vào ô thích hợp)

Tên trang thiết bị	Đang sử dụng tốt	Có nhưng chưa sử dụng		Hồng cần phải sửa chữa	Không có
		Do không có bệnh nhân để sử dụng	Do không có người biết sử dụng		
1. Huyết áp kế					
2. Ống nghe					
3. Nhiệt kế					
4. Máy điện tim					
5. Máy siêu âm					
6. Máy khí dung					
7. Kính hiển vi					
8. Máy XN sinh hoá					
9. Máy XN huyết học					
10. Máy XN nước tiểu					
11. Bộ dụng cụ cấp cứu ngạt					
12. Bộ dụng cụ rửa dạ dày					
13. Bộ dụng cụ tiểu phẫu					
14. Hộp hấp DC, bông, gạc					
15. Hộp chống sốc phản vệ					

16. Tủ đựng thuốc đông y					
17. Máy điện châm, kim châm cứu					
18. Bàn khám phụ khoa					
19. Bàn đẽ					
20. Cân sơ sinh					
21. Máy hút					
22. Ba lon Oxy hoặc bình oxy					
23. Bộ dụng cụ đỡ đẻ					
24. Bộ dụng cụ khám thai					
25. Bộ dụng cụ nạo, hút thai					
26. Nồi luộc dụng cụ					
27. Nồi hấp dụng cụ					
28. Tủ sấy dụng cụ					
29. Dụng cụ khám răng					
30. Dụng cụ khám mắt					
31. Dụng cụ khám TMH					

2. Dụng cụ nào rất cần thiết cho hoạt động khám và điều trị của trạm mà chưa có ?

.....  
.....

### V. Thuốc thiết yếu

Trạm y tế có các nhóm thuốc thiết yếu sau đây không? (Đánh dấu X vào ô tương ứng)

Tên nhóm thuốc và dạng bào chế	Có	Không
<b>1. Nhóm thuốc gây tê tại chỗ:</b> Lidocain (hydroclorid); Procain (hydroclorid) ống tiêm: 1ml, 2ml, 5ml, ... 1%, 2%,		
<b>2. Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không steroid (thuốc điều trị khớp, điều trị cảm cúm):</b> Acid Acetylsalicylic; Diclofenac; Paracetamol và dẫn chất thuốc viên		
<b>3. Thuốc điều trị bệnh gút:</b> Allopurinol; Colchicin : thuốc viên		
<b>4. Thuốc điều trị dị ứng:</b> Clorpheniramin (hydrogen maleat); Promethazin: thuốc viên; Epinephrin (Adrenalin): thuốc tiêm		
<b>5. Thuốc giải độc:</b> Atropin (sulfat): thuốc tiêm; Methionin: thuốc viên		
<b>6. Thuốc điều trị động kinh, tâm thần:</b> Diazepam: thuốc tiêm hoặc viên; Gadernan viên		
<b>7. Thuốc trị giun, sán:</b> Albendazol; Mebendazol; Niclosamid: viên		

<b>8. Thuốc Kháng sinh chống nhiễm khuẩn:</b> - Amoxicilin; Cefalexin; Cloxacilin; Metronidazol; Erythromycin; Ciprofloxacin; Sulfamethoxazol và Trimethoprim (Bisepton); Doxycyclin: thuốc dạng viên;		
- Benzathin benzylpenicilin; Benzylpenicilin; Gentamicin : thuốc tiêm		
<b>9. Thuốc chữa bệnh lao:</b> Ethambutol (hydroclorid); Isoniazid; Pyrazinamid; Rifampicin: thuốc viên; Streptomycin: Thuốc tiêm		
<b>10. Thuốc chống nấm và bệnh ngoài da:</b>		
- Thuốc viên: Griseofulvin; Ketoconazol; Nystatin.		
- Kem, mỡ dùng ngoài da: Acid Benzoic và acid; Salicylic; Ketoconazol; Fluocinolon acetonid; Hydrocortison (acetat).		
- Dung dịch bôi ngoài da: Cồn A.S.A; Cồn BSI; Benzyl benzoat.		
<b>11. Thuốc điều trị bệnh sốt rét:</b> Artemisinin; Artesunat; Primaquin; Quinin sulfat: thuốc viên		
<b>12. Thuốc chống thiếu máu:</b> Acid Folic; viên sắt: thuốc viên		
<b>13. Thuốc điều trị bệnh tim mạch:</b> Atenolol; Glyceryl trinitra; Amiodaron (hydroclorid; Propranolol ; Atenolol; Verapamil (hydroclorid): thuốc viên		
<b>14. Thuốc điều trị tăng huyết áp:</b> Enalapril; Methyldopa; Nifedipin; Adalat: thuốc viên		
<b>15. Thuốc điều trị hạ huyết áp:</b> Heptaminol (hydroclorid): thuốc viên; Trà gừng: gói		
<b>16. Thuốc tẩy, khử trùng, sát khuẩn:</b> Cồn trắng 70 độ; Cồn iod; Nước oxy già: dung dịch bôi ngoài		
<b>17. Thuốc lợi tiểu:</b> Furosemid; Hydroclorothiazid: thuốc viên		
<b>18. Thuốc chống loét dạ dày, tá tràng:</b> Cimetidin; Omeprazol: thuốc viên		
<b>19. Thuốc chống co thắt dạ dày, tá tràng:</b> Alverin (citrat); Atropin (sulfat); Papaverin: thuốc uống hoặc tiêm		
<b>20. Thuốc điều tiêu chảy:</b> Chống mất nước: Oresol dùng pha cho 1lít nước: gói bột 27,9g; Thuốc điều trị: Berberin (hydroclorid); Loperamid: thuốc viên		
<b>21. Thuốc điều trị chuyên khoa: mắt, TMH:</b> Argyrol; Cloramphenicol; Gentamicin; Neomycin (sulfat); Sulfacetamid natri; Tetracyclin (hydroclorid);Naphazolin; Sulfarin: dung dịch hoặc mỡ tra; nhỏ mắt, mũi		
<b>22. Thuốc cầm máu sau đẻ:</b> Ergometrin (hydrogen maleat); Oxytocin: thuốc tiêm		
<b>23. Thuốc tiêm truyền bù nước, điện giải:</b> Dung dịch glucose; Dung dịch Ringer lactat; Natri clorid: dung dịch truyền		
<b>24. Các vi ta min:</b> Vitamin A; Vitamin D; Vitamin B1; Vitamin B2; Vitamin B6; Vitamin C; Vitamin PP: thuốc viên uống		

## VI. Hoạt động khám chữa bệnh, dự phòng của trạm y tế xã từ 2005-2008

Các chỉ số	Chỉ tiêu đạt được			
	2005	2006	2007	2008
Trạm có hay không có bác sỹ				
Trạm có hay không có NHS, Y sỹ sản nhi				
Số bệnh nhân khám tại trạm				
Số bệnh nhân khám tại nhà				
Số BN khám tại cộng đồng (khám dự phòng)				
Số bệnh nhân điều trị nội trú trong năm				
Số bệnh nhân điều trị ngoại trú trong năm				
Số bệnh nhân chuyển tuyến trên				
Tỷ lệ người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ và có sổ theo dõi.				
Tỷ lệ người tàn tật được theo dõi quản lý và hướng dẫn PHCN				
Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai đủ 3 lần				
Tỷ lệ đẻ tại trạm/ tổng số ca đẻ của năm				
Tỷ lệ đẻ tại nhà/ tổng số ca đẻ của năm				
Tỷ lệ đẻ tại các cơ sở Y tế khác/ tổng số ca đẻ của năm				
Tỷ lệ trẻ được tiêm phòng đầy đủ/ năm				
Tổng số các xét nghiệm Siêu âm				
Tổng số các xét nghiệm Sinh hóa, máu				
Tổng số các xét nghiệm nước tiểu				
Tổng số các XN khác (lam máu, đờm....)				

*(Kết thúc cuộc phỏng vấn và cảm ơn sự hợp tác)*

**Trạm trưởng TYT xã**

*(Ký tên)*

**Điều tra viên**

*(Ký tên)*

## **Phụ lục 4**

### **HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y TẾ XÃ**

#### **1. Mục tiêu thảo luận:**

Qua thảo luận nhóm với Trạm trưởng trạm y tế xã để tìm hiểu thêm về :

- Những khó khăn trong hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã, việc phát huy chuyên môn của bác sĩ tại trạm y tế, Vai trò của bác sĩ đối với trạm y tế xã
  - Quan hệ giữa trạm y tế với Trung tâm Y tế huyện
  - Mâu thuẫn nảy sinh giữa trạm trưởng không phải bác sĩ với Bác sĩ của trạm
  - Những khó khăn, thuận lợi khi áp dụng mô hình đội y tế lưu động khám bệnh theo cụm trạm y tế xã.
  - Cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động
  - Dự kiến số ngày trong tuần bác sĩ tham gia khám lưu động ở trạm y tế xã khác
  - Một số đề xuất của trưởng trạm y tế xã

#### **2. Phương pháp:**

- Thảo luận nhóm tập trung theo chủ đề
- Nghiên cứu viên hướng dẫn thảo luận, Thư ký ghi chép nội dung thảo luận
- Máy ghi âm ghi nội dung thảo luận vào băng

**3. Đối tượng thảo luận:** Trạm trưởng trạm y tế xã, số lượng 05 người mỗi cuộc

**4. Thời gian thảo luận:** 60 - 90 phút

**5. Địa điểm thảo luận:** Tại trung tâm y tế huyện

#### **1. Nội dung thảo luận:**

- Những khó khăn trong hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã, việc phát huy chuyên môn của bác sĩ tại trạm y tế, Vai trò của bác sĩ đối với trạm y tế xã
  - Quan hệ giữ TYT xã với TTYT huyện, quản lý, chỉ đạo của Phòng Y tế
  - Quan hệ công tác giữa trạm trưởng không phải bác sĩ với Bác sĩ của trạm
  - Những khó khăn, thuận lợi khi áp dụng mô hình Đội y tế lưu động
  - Thảo luận về mô hình luân chuyển bác sĩ tham gia khám chữa bệnh theo cụm trạm y tế xã, những khó khăn, thuận lợi
  - Thảo luận về cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động
  - Một số đề xuất của Trạm trưởng trạm y tế xã

Xin chân thành cảm ơn !

## **Phụ lục 5**

### **HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO TTYT HUYỆN**

#### **1. Mục tiêu phỏng vấn sâu:**

Qua phỏng vấn với Lãnh đạo TTYT huyện để tìm hiểu thêm về

- Bác sĩ của xã đưa về TTYT huyện để đào tạo, tham gia vào khám, điều trị bệnh nhân tại các khoa của bệnh viện
- Mối quan hệ giữ Trung tâm Y tế huyện và Phòng Y tế huyện, trạm y tế xã trong chỉ đạo trạm y tế xã khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh, thảm họa thiên tai
- Những thuận lợi, khó khăn khi luân chuyển BS tuyến huyện xuống tham gia khám chữa bệnh tại xã thông qua đội Y tế lưu động của cụm trạm y tế xã, dự kiến , điềm đạt được, mất tồn tại và đề xuất
- Cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động

#### **2. Phương pháp:**

- Phỏng vấn sâu theo chủ đề
- Nghiên cứu viên: là người phỏng vấn
- Công cụ hỗ trợ: máy ghi âm, sổ ghi chép
- Đối tượng phỏng vấn: Giám đốc hoặc Phó giám đốc trung tâm y tế huyện

#### **3. Thời gian phỏng vấn: 30 - 40 phút**

#### **4. Địa điểm:** Tại phòng làm việc của lãnh đạo TTYT huyện

#### **5. Địa điểm phỏng vấn:** Tại trung tâm y tế huyện

#### **6. Nội dung phỏng vấn:**

- đánh giá Bác sĩ của xã đưa về TTYT huyện đào tạo, tham gia vào khám, điều trị bệnh nhân tại các khoa của bệnh viện
- Mối quan hệ giữ Trung tâm Y tế huyện với Phòng Y tế huyện, trạm y tế xã trong khám chữa bệnh, phòng chống dịch bệnh, thảm họa thiên tai
- Cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động
- Đánh giá mô hình luân chuyển BS, những thuận lợi, khó khăn, đề xuất

Xin chân thành cảm ơn !



## **Phụ lục 6**

### **HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU LÃNH ĐẠO PHÒNG Y TẾ HUYỆN**

#### **1. Mục tiêu phỏng vấn:** Mô tả và phân tích sâu:

- Những điểm tốt, chưa tốt trong quản lý, sử dụng bác sỹ tại trạm y tế hiện nay
- Mọi quan hệ giữ Phòng Y tế huyện và Trung tâm Y tế huyện trong chỉ đạo trạm y tế xã khám chữa bệnh, phòng chống dịch, thảm họa thiên tai
- Đánh giá về trình độ, năng lực công tác của bác sỹ tại trạm y tế
- Cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động
- Đánh giá Mô hình luân chuyển bác sỹ theo đội y tế lưu động tại cụm trạm y tế xã sau khi thử nghiệm, những thuận lợi, khó khăn và đề xuất

#### **2. Phương pháp phỏng vấn:**

- Phỏng vấn sâu theo chủ đề
- Nghiên cứu viên: là người phỏng vấn
- Công cụ hỗ trợ: máy ghi âm, sổ ghi chép
- Đối tượng tham gia phỏng vấn Trưởng phòng y tế huyện

#### **3. Thời gian phỏng vấn:** 30 - 40 phút

#### **4. Địa điểm:** Tại phòng làm việc của Trưởng phòng y tế huyện

#### **5. Nội dung phỏng vấn**

- Những điểm tốt, chưa tốt trong quản lý, sử dụng bác sỹ tại TYT xã hiện nay
- Mọi quan hệ giữ Phòng Y tế huyện và Trung tâm Y tế huyện trong chỉ đạo trạm y tế xã khám chữa bệnh, phòng chống dịch, thảm họa thiên tai
- Đánh giá về năng lực công tác của bác sỹ tại trạm y tế
- Mọi quan hệ của trạm trưởng với bác sỹ
- Cơ chế quản lý và tạo nguồn kinh phí để đội khám chữa bệnh hoạt động
- Đánh giá Mô hình luân chuyển bác sỹ theo đội y tế lưu động tại cụm trạm y tế xã sau khi thử nghiệm, những thuận lợi, khó khăn và đề xuất

Xin chân thành cảm ơn !

## **Phụ lục 7**

### **HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU**

#### **PHÓ CHỦ TỊCH UBND PHỤ TRÁCH VĂN XÃ CỦA XÃ**

**1. Mục tiêu phỏng vấn:** Tìm hiểu thêm về:

- Những điểm tốt, chưa tốt trong quản lý, sử dụng bác sỹ tại trạm y tế hiện nay
- Đánh giá về năng lực công tác của bác sỹ tại trạm y tế, hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã, của Bác sỹ
- Những điều kiện thuận lợi UBND xã tạo điều kiện cho trạm y tế xã hoạt động
- Đánh giá Mô hình luân chuyển bác sỹ theo đội y tế lưu động tại cụm trạm y tế xã sau khi thử nghiệm, những thuận lợi, khó khăn và đề xuất

**3. Phương pháp phỏng vấn:**

- Phỏng vấn sâu theo chủ đề
- Nghiên cứu viên: là người phỏng vấn
- Công cụ hỗ trợ: máy ghi âm, sổ ghi chép
- Đối tượng phỏng vấn: Phó chủ tịch phụ trách văn xã của UBND xã

**4. Thời gian phỏng vấn:** 30 - 40 phút

**5. Địa điểm:** Tại UBND xã

**6. Nội dung phỏng vấn:**

- Những bất cập trong cơ chế quản lý trạm y tế xã, bác sỹ xã hiện nay
- Nhận xét về năng lực công tác của bác sỹ tại trạm y tế, hoạt động khám chữa bệnh của trạm y tế xã, của bác sỹ
- Mối quan hệ của trạm trưởng với bác sỹ
- UBND xã tạo điều kiện những gì cho trạm y tế xã hoạt động tốt
- Đánh giá Mô hình luân chuyển bác sỹ theo đội y tế lưu động tại cụm trạm y tế xã sau khi thử nghiệm, những thuận lợi, khó khăn và đề xuất

Xin chân thành cảm ơn !

**Phụ lục 8**  
**HƯỚNG DẪN**  
**ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH KHÁM, CHỮA BỆNH BS,YS**

Dựa trên ba rem điểm thiết kế sẵn, Điều tra viên cho điểm các câu trả lời về chẩn đoán, xử lý của các tình huống bệnh đạt ra theo thang điểm 10.

Nếu đối tượng trả lời câu hỏi:

Đạt  $\geq 7$  điểm, phần đánh giá theo tình huống đó được cho là: **Khá- Tốt**

Đạt 5 điểm -  $< 7$  điểm, phần đánh giá theo tình huống đó được cho là: **Trung bình**

Đạt  $< 5$  điểm, phần đánh giá theo câu hỏi đó được cho là: **Kém**

### Hướng dẫn cho điểm đánh giá trình độ BS, YS xã

Q39: Đánh giá BS, YS về khám, chẩn đoán và điều trị chăm sóc trẻ em bị (ARI)

\* Theo Anh (chị), để khám, chẩn đoán một trường hợp trẻ em dưới 1 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp (ARI), cần có những tiêu chuẩn (triệu chứng lâm sàng) gì ?

#### Tổng 3 điểm

1	Nhịp thở nhanh $\geq 50$ /phút	1 đ
2	Co rút lồng ngực	1 đ
3	Sốt $> 37.5$ độ	0,5 đ
4	Ho	0,5 đ

\* Một cháu bé 2 tuổi bị sốt và ho (sốt trên 37,5 độ), nhịp thở  $> 50$  lần/phút, dựa vào danh sách các loại thuốc dưới đây. Anh (chị) phân chia theo loại dùng được, loại không được dùng đối với cháu bé.

#### Tổng 3 điểm

(Dùng được ghi số 1; Không được dùng ghi số 2; Không biết ghi số 3 vào ô trống bên cạnh)

1	Amoxicillin viên	1	0,2 đ	8	Erythromycin viên	1	0,2 đ
2	Penicillin viên	1	0,2 đ	9	Dexamethazon viên	2	0,3 đ
3	Ampicillin viên	1	0,2 đ	10	Paracetamol viên	1	0,2 đ
4	Tetracycline viên	2	0,3 đ	11	Biseptol/Bactrime	1	0,2 đ
5	Peflacin viên	2	0,3 đ	12	Syrô ho/bổ phế	1	0,2 đ
6	Penicillin tiêm	1	0,2 đ	13	Viên ho giảm thống	2	0,2 đ
7	Prednisolon	2	0,3 đ				

\* Một cháu bé 2 tuổi bị sốt 38,5 độ, có ho nhiều, nghe phổi có ran ẩm, nhịp thở  $> 60$  lần/phút, anh chị kê một đơn thuốc điều trị cho cháu bé.

#### Tổng 4 điểm

1	Kháng sinh (Amoxicillin, Penicillin, Ampicillin...)	1 đ
2	Hạ sốt (Paracetamol...)	1 đ
3	Giảm ho (Syrô ho/bổ phế...)	1 đ
4	Giãn phế quản (Salbutamol...)	1 đ

Q40: Đánh giá BS, YS về khám, chẩn đoán và điều trị chăm sóc trẻ em bị tiêu chảy:

\* Có một bà mẹ đưa cháu bé dưới 2 tuổi đến khám bệnh tại trạm y tế xã với lý do cháu đi ỉa nhiều lần trong ngày, phân lỏng; là người khám bệnh cho cháu, Anh chị hỏi người mẹ những vấn đề (triệu chứng) gì ở cháu bé để chẩn đoán bệnh ?

(Ghi hết các vấn đề (triệu chứng) cần hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 4 điểm**

1	Số lần đi ngoài	1 đ
2	Tính chất của phân (đặc, lỏng, có máu)	1 đ
3	Nôn.....	0,5 đ
4	Khát nước.....	1 đ
5	Sốt .....	0,5 đ

\* Anh (chị ) khuyên bà mẹ trên làm gì khi xác định cháu bé chỉ bị tiêu chảy đơn thuần không sốt?

(Ghi hết các việc bà mẹ phải làm, đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 3 điểm**

1	Cho ăn/bú bình thường	1 đ
2	Uống ORESOL hoặc dung dịch thay thế	1 đ
3	Đưa trẻ tới cơ sở y tế	1 đ

\* Anh (chị ) Kê một đơn thuốc điều trị cho cháu bé và căn dặn bà mẹ những gì nếu xác định cháu bé trên bị tiêu chảy do vi khuẩn, có sốt nhẹ, mất nước mức độ nhẹ?

(Kê đơn thuốc và ghi những căn dặn bà mẹ, đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 3 điểm**

1	Kháng sinh (Amoxicillin, Penicillin, Ampicillin, Biseptol...)	1 đ
2	Hạ sốt (Paracetamol...)	0,5 đ
3	Bù nước, điện giải (ORS...)	1 đ
4	Bú mẹ bình thường	0,5 đ

Q41: Đánh giá hiểu biết của BS, YS về chăm sóc thai nghén:

\* Một phụ nữ 24 tuổi trước đây đã từng có thai. Hiện tại mang thai tháng thứ 8, đến khám thai lần đầu tại trạm y tế xã của anh/chị; là người khám thai cho phụ nữ này [anh/chị] hỏi người phụ nữ này những câu hỏi gì ?

**Tổng 4 điểm**

1	<i>Ngày đầu tiên của lần hành kinh cuối ?</i>	0,4 đ
2	<i>Số lần mang thai ?</i>	0,4 đ
3	<i>Số con sinh sống, sinh chết ?</i>	0,4 đ
4	<i>Số lần sảy và nạo thai ?</i>	0,4 đ
5	<i>Tai biến của lần sinh trước ?</i>	0,4 đ
6	<i>Can thiệp khi đẻ của lần sinh trước ?</i>	0,4 đ
7	<i>Cân nặng của đứa trẻ sau khi sinh ?</i>	0,4 đ
8	<i>Tình trạng sức khoẻ của đứa trẻ sau khi sinh ?</i>	0,4 đ
9	<i>Sức khoẻ/triệu chứng hiện tại của bản thân ?</i>	0,4 đ
10	<i>Các dấu hiệu của sự mang thai như: buồn nôn/nôn, tăng/giảm cân....</i>	0,4 đ

\* Các yếu tố Anh (chị) cần khám (khám lâm sàng) đối với người phụ nữ này là gì ?  
(Ghi ngắn gọn nhưng hết các yếu tố cần khám đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 3 điểm**

1	<i>Kiểm tra mạch hoặc huyết áp</i>	0,4 đ
2	<i>Đo chiều cao cơ thể</i>	0,3 đ
3	<i>Đo cân nặng</i>	0,4 đ
4	<i>Sờ nắn bụng kiểm tra thai/ đo chiều cao tử cung</i>	0,4 đ
5	<i>Nghe tim thai</i>	0,4 đ
6	<i>Đo khung chậu</i>	0,4 đ
7	<i>Kiểm tra cơ quan sinh dục</i>	0,3 đ
8	<i>Kiểm tra phù chân</i>	0,4 đ

\* Khi khám phụ nữ trên, anh (chị) phát hiện có phù ở hai chân, anh chị khuyên người phụ nữ làm các xét nghiệm gì ?

(Ghi ngắn gọn các xét nghiệm mà anh/chị cho là cần thiết phải làm )

**Tổng 3 điểm**

1	<i>Xét nghiệm nước tiểu</i>	2 đ
2	<i>Xét nghiệm máu</i>	0,5 đ
3	<i>Siêu âm để phát hiện thai không bình thường</i>	0,5 đ

Q42: Đánh giá BS, YS về khám và điều trị, chăm sóc Bệnh nhân cao huyết áp

\* Một người đàn ông 58 tuổi bị cao huyết áp đến khám tại trạm y tế xã, là người khám cho bệnh nhân, những câu hỏi nào có liên quan tới bệnh cao huyết áp mà Anh (chị) sẽ hỏi người đàn ông này?

**Tổng 3 điểm**

1	Hỏi về các biểu hiện bệnh (đau đầu, chóng mặt, mờ mắt, đau ngực)	0,3 đ
2	Có những dấu hiệu bệnh từ bao giờ ?	0,3 đ
3	Hỏi về tiền sử bệnh cao huyết áp.	0,3 đ
4	Có bệnh gì khác không?	0,3 đ
5	Đã hoặc đang điều trị gì chưa ?	0,3 đ
6	Trong gia đình có ai bị cao huyết áp không ?	0,2 đ
5	Nghề nghiệp hoặc tuổi ?	0,3 đ
8	Chế độ ăn uống?	0,3 đ
9	Có hút thuốc, uống rượu không ?	0,3 đ
10	Có tập thể dục không ?	0,2 đ
11	Có bị căng thẳng không ?	0,2 đ

\* Bệnh nhân trên chưa bao giờ điều trị cao huyết áp, hút khoảng 1 - 2 bao thuốc lá mỗi ngày, uống 2 cốc bia vào các buổi tối cuối tuần. Khẩu phần ăn không kiêng khem, không chịu luyện tập thể dục, Anh (chị) cần khám các yếu tố lâm sàng nào để xác định bệnh nhân bị cao huyết áp, tìm nguyên nhân và phát hiện biến chứng của bệnh ?

**Tổng 3 điểm**

1	Đo huyết áp	0,4 đ
2	Đo huyết áp ở 2 tay/chân	0,3 đ
3	Nghe Tim – Phổi	0,4 đ
4	Khám mắt	0,3 đ
5	Kiểm tra mạch	0,4 đ
6	Khám gan/lách	0,3 đ
7	Khám thận	0,3 đ
8	Khám thân kinh vận động	0,3 đ
9	Cân trọng lượng cơ thể	0,3 đ

\* Theo Anh (chị) các xét nghiệm cần làm đối với bệnh nhân trên là gì ?  
(Ghi ngắn gọn các xét nghiệm mà anh/chị cho là cần thiết phải làm )

**Tổng 2 điểm**

1	Xét nghiệm máu	1 đ
2	Xét nghiệm nước tiểu	0,5 đ
3	Siêu âm thận	0,5 đ

\* Đối với bệnh nhân cao huyết áp trên Anh (chị) tư vấn cho bệnh nhân thể nào ?  
(Ghi ngắn gọn nhưng đầy đủ các vấn đề mà anh chị cho là cần phải tư vấn đối với bệnh nhân này để giảm tiến triển của bệnh và phòng tránh tai biến do cao huyết áp )

**Tổng 2 điểm**

1	<i>Giảm hút thuốc lá</i>	0,3 đ
2	<i>Kiêng uống, rượu, bia</i>	0,3 đ
3	<i>Ăn chế độ ăn giảm béo, giảm muối</i>	0,3 đ
4	<i>Uống ít nước vào buổi tối</i>	0,2 đ
5	<i>Tập thể dục nhẹ nhàng</i>	0,3 đ
6	<i>Giữ ấm cơ thể không ra trời lạnh vào ban đêm</i>	0,3 đ
7	<i>Dùng thuốc đều đặn theo chỉ dẫn</i>	0,3 đ

Q43: Đánh giá BS, YS về cách phát hiện và xử trí vụ dịch tiêu chảy cấp

\* Một người đàn ông 25 tuổi đến Trạm y tế của anh, chị sau khi ăn tối 5-6 giờ đột ngột tiêu chảy, phân toàn nước đục, đi ngoài 6-7 lần/giờ; Là cán bộ y tế trực và khám cho bệnh nhân đêm đó Anh (chị) hỏi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân những gì?

(Ghi ngắn gọn nhưng hết các câu hỏi đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 5 điểm**

1	<i>Hỏi về các biểu hiện bệnh</i>	0,8 đ
2	<i>Thời gian bị bệnh từ bao giờ?</i>	0,7 đ
3	<i>Thức ăn có liên quan</i>	0,7 đ
4	<i>Nơi sử dụng thức ăn có liên quan</i>	0,7 đ
5	<i>Những người có liên quan</i>	0,7 đ
6	<i>Những người có cùng các triệu chứng bệnh</i>	0,7 đ
7	<i>Trong gia đình có ai bị bệnh tương tự</i>	0,7 đ

\* Nếu nghi ngờ đây là một bệnh nhân tả thì những việc anh chị cần phải làm là gì ?  
(Ghi ngắn gọn những việc cần làm đến khi nào anh/chị cho là đã đầy đủ)

**Tổng 5 điểm**

8	<i>Báo cáo ngay với Trưởng trạm</i>	1 đ
9	<i>Báo cáo dịch cho tuyến trên biết</i>	1 đ
10	<i>Cách ly bệnh nhân, theo dõi điều trị tại trạm</i>	1 đ
11	<i>Xử lý chất thải bệnh nhân</i>	1 đ
12	<i>Xử trí môi trường nơi có dịch</i>	1 đ