

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

-

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

TẠ VĂN THƯỢNG

**THỰC TRẠNG, YẾU TỐ LIÊN QUAN
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO
CHẤT LƯỢNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ
VÙNG NÚI CAO TỈNH HÒA BÌNH, 2018-2020**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*

TẠ VĂN THƯỢNG

**THỰC TRẠNG, YẾU TỐ LIÊN QUAN
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP NÂNG CAO
CHẤT LƯỢNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH
BẢO HIỂM Y TẾ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ
VÙNG NÚI CAO TỈNH HÒA BÌNH, 2018-2020**

Chuyên ngành: Y học dự phòng

Mã số: 972.01.63

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học

- 1. PGS.TS Nguyễn Thị Thùy Dương**
- 2. GS.TS Đào Văn Dũng**

HÀ NỘI – 2021

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành Luận án, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn chân thành nhất tới:

Đảng ủy, Lãnh đạo và chỉ huy Học viện Quân y; Trường Cao đẳng Quân y 1-Học viện Quân y nay là Trường Cao đẳng Hậu cần 1-Tổng cục Hậu cần đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi học tập và hoàn thành luận án này.

Phó Giáo sư, Tiến sĩ Nguyễn Thị Thùy Dương; Giáo sư, Tiến sĩ Đào Văn Dũng, những người thầy đã tận tâm hướng dẫn và chỉ bảo tôi trong suốt quá trình thực hiện Luận án.

Trung tâm Đào tạo và Quản lý khoa học; Bộ môn Y học Dự phòng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đã nhiệt tình hỗ trợ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu, thu thập số liệu và hoàn thành Luận án.

Tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn chân thành tới Lãnh đạo UBND, Trung tâm Y tế, Trạm trưởng 47 trạm y tế xã và toàn thể nhân viên y tế, bảo hiểm y tế của các huyện Mai Châu, Tân Lạc tỉnh Hòa Bình đã nhiệt tình giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu tại địa phương.

Xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia tư vấn về Công nghệ thông tin, các bạn cử nhân Y tế Công cộng nhóm bạn Mai Hương đã tích cực hỗ trợ tôi trong quá trình triển khai thực địa và tổ chức các hội thảo khoa học; xin chân thành cảm ơn bạn bè, đồng nghiệp công tác tại Trường Cao đẳng Quân y 1, Học viện Quân y nay là Trường Cao đẳng Hậu cần 1 - Tổng cục Hậu cần; Công ty Cổ phần Health Vietnam... đã cổ vũ, động viên tôi trong quá trình thực hiện đề tài Luận án.

Cuối cùng, xin trân trọng kính gửi thành quả này tới cha, mẹ, anh, chị, em tôi đã động viên, khuyến khích và hỗ trợ tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện đề tài; tới vợ và các con tôi luôn đồng hành, động viên cả vật chất lẫn tinh thần cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành Luận án.

Hà Nội, ngày 28 tháng 6 năm 2021

NCS. Tạ Văn Thượng

CAM ĐOAN CỦA NGHIÊN CỨU SINH

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của tôi và được tiến hành nghiêm túc, các số liệu và kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nào khác. Nếu sai, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

NCS. Tạ Văn Thượng

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BHXH	:	Bảo hiểm xã hội
BHYT	:	Bảo hiểm y tế
BV	:	Bệnh viện
BYT	:	Bộ Y tế
CNTT	:	Công nghệ thông tin
CSSK	:	Chăm sóc sức khỏe
ĐTB	:	Điểm trung bình
KBCB	:	Khám bệnh, chữa bệnh
KLS, CD, ĐT:		Khám lâm sàng, chẩn đoán, điều trị
KQ	:	Kết quả
NB	:	Người bệnh
NHS	:	Nữ hộ sinh
NVYT	:	Nhân viên y tế
PKBSGD	:	Phòng khám bác sỹ gia đình
QG	:	Quốc gia
SD	:	Sử dụng
SL	:	Số lượng
TB	:	Trung bình
TCYTTG, WHO:		Tổ chức Y tế thế giới, World Health Organization
TK	:	Thống kê
TTB	:	Trang thiết bị
TTYT	:	Trung tâm Y tế
TYT	:	Trạm Y tế
TYTX	:	Trạm Y tế xã
VCKT	:	Vật chất kỹ thuật
XN	:	Xét nghiệm
YSSN	:	Y sỹ sản nhi
YT	:	Y tế
YTCS	:	Y tế cơ sở
YTTN	:	Y tế tư nhân

MỤC LỤC

	Trang
Danh mục chữ viết tắt.....	iii
Mục lục	iv
Danh mục bảng	vii
Danh mục hình, biểu đồ	x
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Một số khái niệm có liên quan và nội hàm của khái niệm.....	3
1.2. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã và một số yếu tố liên quan	3
1.2.1. Tiêu chí và cách đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	8
1.2.2. Một số nghiên cứu về thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	11
1.2.3. Một số nghiên cứu về yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	19
1.3. Hiệu quả giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	20
1.3.1. Một số giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	20
1.3.2. Một số nghiên cứu về hiệu quả giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	29
1.4. Một số đặc điểm địa lý, kinh tế - xã hội tỉnh Hòa Bình.....	33
1.4.1. Điều kiện tự nhiên.....	34
1.4.2. Đặc điểm dân số	35
1.4.3. Một số đặc điểm kinh tế - xã hội.....	35

1.4.4. Một số đặc điểm y tế của tỉnh.....	36
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	37
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	37
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	38
2.2.1. Khung nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu.....	38
2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu.....	39
2.2.3. Nội dung nghiên cứu.....	44
2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu.....	48
2.2.5. Các kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu.....	50
2.3. Tổ chức nghiên cứu	59
2.3.1. Tổ chức thực hiện.....	59
2.3.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu.....	59
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu	60
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	61
3.1. Thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã nghiên cứu và yếu tố liên quan	61
3.1.1. Thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trạm y tế xã	61
3.1.2. Đánh giá của nhân viên y tế xã về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	69
3.1.3. Đánh giá của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã	75
3.1.4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã	77
3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....	84
3.2.1. Kết quả thực hiện các biện pháp can thiệp tại thực địa.....	84
3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa	

bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã.....	88
Chương 4: BÀN LUẬN.....	99
4.1. Về thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã và một số yếu tố liên quan	99
4.1.1. Về thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã	99
4.1.2. Về đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của nhân viên y tế	106
4.1.3. Về đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của người dân.....	110
4.1.4. Về một số yếu tố liên quan chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã	116
4.2. Về hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã	122
4.2.1. Về kết quả thực hiện một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã ...	122
4.2.2. Về hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã	127
4.3. Về hạn chế của nghiên cứu.....	133
KẾT LUẬN	135
KIẾN NGHỊ.....	137
DANH MỤC CÁC BÀI BÁO CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN...	138
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	139
CÁC PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

			Trang
Bảng	1.1.	<i>Một số chỉ số về nhân lực của TYTX 1995-2015.....</i>	12
Bảng	2.1	<i>So sánh một số đặc điểm của 2 huyện nghiên cứu.....</i>	43
Bảng	3.1.	<i>Tình trạng dân số, diện tích trung bình xã và tổ chức y tế tại 2 huyện nghiên cứu, năm 2017.....</i>	61
Bảng	3.2.	<i>Tình hình người dân đăng ký KBCB BHYT tại các cơ sở y tế của 2 huyện nghiên cứu, 2017.....</i>	62
Bảng	3.3.	<i>Tỷ lệ các trạm y tế xã nghiên cứu có xây dựng hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm y tế....</i>	63
Bảng	3.4.	<i>Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế</i>	63
Bảng	3.5.	<i>Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện từng bước trong quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.....</i>	64
Bảng	3.6.	<i>Đặc điểm chung về nhân lực y tế đang làm việc tại trạm y tế xã (2017)</i>	65
Bảng	3.7.	<i>Năng lực TYT thực hiện được các kỹ thuật KBCB BHYT theo danh mục quy định của TYTX (TT39).....</i>	66
Bảng	3.8.	<i>Một số chỉ số chung về điều kiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các trạm y tế xã 2 huyện nghiên cứu, 2017.....</i>	67
Bảng	3.9.	<i>Các chỉ số hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của trạm y tế xã.....</i>	68
Bảng	3.10	<i>Đặc điểm nhân viên y tế xã 2 huyện nghiên cứu.....</i>	69
Bảng	3.11	<i>Đặc điểm nhân viên y tế xã 2 huyện nghiên cứu về tuổi đời và thời gian công tác.....</i>	70
Bảng	3.12	<i>Điểm trung bình và tỷ lệ đánh giá của nhân viên y tế xã về năng lực và điều kiện bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã, 2018.....</i>	71
Bảng	3.13	<i>Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo</i>	

		<i>hiểm y tế tại trạm và về công việc hiện tại, 2018.....</i>	72
Bảng	3.14	<i>Tỷ lệ phân bố nhân viên y tế xã theo lý do hài lòng về công việc hiện tại.....</i>	73
Bảng	3.15	<i>Tỷ lệ phân bố nhân viên y tế xã theo lý do không hài lòng về công việc hiện tại.....</i>	74
Bảng	3.16	<i>Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu là người dân</i>	75
Bảng	3.17	<i>Điểm trung bình hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (2018).....</i>	76
Bảng	3.18	<i>Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (phân tích đơn biến).....</i>	77
Bảng	3.19	<i>Mối liên quan giữa yếu tố tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235).....</i>	78
Bảng	3.20	<i>Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân, tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235) (phân tích đa biến).....</i>	80
Bảng	3.21	<i>Mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân và sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=471)(phân tích đơn biến).....</i>	81
Bảng	3.22	<i>Mối liên quan giữa một số yếu tố đảm bảo chất lượng và sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã</i>	82
Bảng	3.23	<i>Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân, đảm bảo chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã và sự hài lòng của người dân (phân tích đa biến).....</i>	83

Bảng	3.24	<i>Tỷ lệ nhân viên y tế xã huyện Mai Châu đánh giá về tính phù hợp của Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, 2019.....</i>	87
Bảng	3.25	<i>Tỷ lệ nhân viên y tế xã huyện Mai Châu đánh giá về tính phù hợp của từng bước trong Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, 2019</i>	87
Bảng	3.26	<i>Tỷ lệ thay đổi tuân thủ quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, trước và sau can thiệp.....</i>	88
Bảng	3.27	<i>Tỷ lệ thay đổi năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp</i>	89
Bảng	3.28	<i>Tỷ lệ thay đổi đánh giá năng lực, điều kiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và mức độ hài lòng của nhân viên y tế xã trước và sau can thiệp.....</i>	90
Bảng	3.29	<i>Phân tích chỉ số DD kiểm tra sự cân bằng của các yếu tố liên quan đến hài lòng của nhân viên y tế trước và sau can thiệp</i>	91
Bảng	3.30	<i>Mô hình phân tích chỉ số DD đánh giá hiệu quả can thiệp đối với sự hài lòng của nhân viên y tế trước và sau can thiệp.....</i>	92
Bảng	3.31	<i>Sự thay đổi về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trước và sau can thiệp.....</i>	93
Bảng	3.32	<i>Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trước và sau can thiệp.....</i>	93
Bảng	3.33	<i>Phân tích chỉ số thay đổi khác biệt (DD) để kiểm tra sự cân bằng của các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân trước và sau can thiệp.....</i>	94
Bảng	3.34	<i>Mô hình phân tích DD đánh giá hiệu quả của can thiệp đối với sự hài lòng của người dân trước và sau can thiệp..</i>	94

Bảng 3.35	<i>Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã theo từng yếu tố trước và sau can thiệp.....</i>	96
Bảng 3.36	<i>Tỷ lệ thay đổi sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của người dân trước và sau can thiệp.....</i>	98

DANH MỤC CÁC HÌNH, BIỂU ĐỒ, SƠ ĐỒ

		Trang
Hình	1.1 <i>Bản đồ hành chính tỉnh Hòa Bình.....</i>	34
Hình	2.1 <i>Khung nghiên cứu.....</i>	38
Hình	2.2 <i>Ước tính tác động can thiệp dựa trên chỉ số DD.....</i>	52
Hình	2.3 <i>Minh họa chiến lược phân tích DD.....</i>	53
Hình	2.4 <i>Sơ đồ nghiên cứu.....</i>	58
Biểu đồ	3.1 <i>Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm.....</i>	72
Biểu đồ	3.2 <i>Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về công việc hiện tại.....</i>	73
Biểu đồ	3.3 <i>Tỷ lệ hài lòng của người dân đối với chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã, (2018).....</i>	76
Sơ đồ	1.1 <i>Quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện theo Quyết định 1313/QĐ-BYT của Bộ Y tế</i>	24
Sơ đồ	3.1 <i>Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....</i>	85
Sơ đồ	3.2 <i>Sơ đồ triển khai các ô cửa buồng/phòng khám bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.....</i>	86

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là các khía cạnh có liên quan đến toàn bộ đối tượng và hoạt động khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện theo luật Luật Bảo hiểm y tế. Đảng và Nhà nước ta rất quan tâm phát triển bảo hiểm y tế, tiến tới thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân [3], [22], [39]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế đã tăng lên khá nhanh, đạt 85,6% năm 2017 [22], đạt 88,5% vào năm 2018 [2], đạt 90% năm 2019 [31] và đạt 90,85% tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2020 [71]. Đồng thời, số trạm y tế xã thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang tăng lên, gần 80% trạm y tế xã đã thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế [2], [39]. Tuy nhiên, trên thực tế chất lượng khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế ở các tuyến, nhất là tại tuyến xã vẫn còn hạn chế, quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế vẫn còn phức tạp, chưa thuận tiện cho cả người dân lẫn nhân viên y tế [17], [19], [39]. Trung bình các trạm y tế chỉ cung cấp được 52,2% trong tổng số dịch vụ kỹ thuật cho phép, chủ yếu là do thiếu nhân viên y tế hoặc nhân viên y tế chưa được đào tạo (52,7%), không có trang thiết bị, thiết bị cũ, hỏng (45,8%), thuốc bảo hiểm y tế của trạm y tế còn hạn chế về số lượng và mẫu mã [43], [61], [79]. Ngoài ra, phần lớn người dân đều cho rằng chất lượng, khám bệnh, chữa bệnh chưa đáp ứng được yêu cầu, vẫn còn sự khác biệt lớn giữa khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với khám bệnh, chữa bệnh tự nguyện [21], [67]; cơ chế, chính sách về bảo hiểm y tế còn thiếu đồng bộ [3], [39].

Hiện nay, chi ngân sách và chi từ nguồn bảo hiểm y tế cho y tế tuyến xã quá thấp so với nhu cầu, tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Chi ngân sách cho y tế xã mới đạt trên 10% chi thường xuyên, chi bảo hiểm y tế tại xã chỉ đạt khoảng 3-5%, trong khi số lượt khám bệnh, chữa bệnh gần 30% [39], [52].

Hòa Bình là một tỉnh miền núi thuộc vùng Tây Bắc Việt Nam với nhiều dân tộc sinh sống. Theo Nghị quyết 206/NQ-HĐND ngày 10/12/2019 tỉnh Hòa Bình [35], tính đến ngày 31/12/2019, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế của tỉnh đạt 96,0% dân số và trên 96% số trạm y tế xã có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế [50]. Tuy nhiên, việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tuyến cơ sở còn tồn tại một số khó khăn như đa số các trạm y tế xã còn thiếu thốn về trang thiết bị, máy móc phục vụ cho việc khám bệnh, chữa bệnh; danh mục thuốc ít; trình độ chuyên môn của nhân viên y tế còn ở mức nhất định; một bộ phận tham gia bảo hiểm y tế chưa nhận thức đầy đủ về quyền lợi và trách nhiệm [50], [68], [73]. Cho đến nay, mới có một số nghiên cứu về mô hình can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh chữa bệnh [57] hoặc sau 1 năm thực hiện Luật Bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã [53]. Còn ít nghiên cứu đánh giá toàn diện về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trong cả nước cũng như thử nghiệm và xây dựng một số giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã nhằm bảo đảm quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế, đặc biệt là nhóm đối tượng thuộc chính sách xã hội. Tại Hòa Bình chưa có 1 nghiên cứu toàn diện nào về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã.

Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “***Thực trạng, yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã vùng núi cao tỉnh Hòa Bình, 2018-2020***” nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng và yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã huyện Mai Châu và Tân Lạc tỉnh Hòa Bình năm 2018.*

2. *Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã huyện Mai Châu và Tân Lạc tỉnh Hòa Bình (2018-2019).*

Chương 1 TỔNG QUAN

1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM CÓ LIÊN QUAN VÀ NỘI HÀM CỦA KHÁI NIỆM

1.1.1. Chất lượng, chất lượng dịch vụ

Chất lượng là một khái niệm quen thuộc với loài người ngay từ thời cổ đại, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất [112]. Nguyên nhân bắt nguồn từ nội hàm phức tạp với sự trừu tượng và tính đa diện, đa chiều của khái niệm này. Ví dụ, đối với bệnh viện thì ưu tiên của khái niệm chất lượng phải là tạo ra chất lượng dịch vụ tốt, là cơ sở vật chất kỹ thuật phục vụ cho quá trình khám bệnh, chữa bệnh. Còn đối với người bệnh, ưu tiên về chất lượng của họ lại ở đâu ra, tức là khỏi bệnh, chí phí hợp lý [4], [62], [110]...

Do vậy, không thể nói đến chất lượng như một khái niệm nhất thể, mà cần được xác định kèm theo mục tiêu hay ý nghĩa của nó. Điều này đặt ra một yêu cầu phải xây dựng một hệ thống rõ ràng, mạch lạc các tiêu chí với những chỉ số được lượng hóa, nêu rõ các phương thức đảm bảo chất lượng và quản lý chất lượng sẽ được sử dụng trong quá trình hoạt động của các cơ quan, tổ chức với xu hướng tiếp cận dần với chuẩn của khu vực và thế giới. Chất lượng là khái niệm động, vì vậy có nhiều cách tiếp cận khác nhau. Tùy từng mục đích cụ thể, có thể hiểu: *Chất lượng là thuộc tính bản chất vốn có của sự vật, tạo nên giá trị của sự vật, đáp ứng việc thực hiện mục tiêu phát triển của xã hội hoặc thỏa mãn yêu cầu của người sử dụng trong những điều kiện cụ thể* [112]. Ở những góc độ khác chất lượng được định nghĩa như: “*Chất lượng là sự thỏa mãn yêu cầu hợp lý của đối tượng phục vụ*”; “*Chất lượng là công việc hàng ngày của tất cả các thành viên trong tổ chức*” hoặc chất lượng là “*làm các việc đúng theo đúng cách*” [6], [86], [102]. Trong chăm sóc sức khỏe, chất lượng dịch vụ là có nhiều dịch vụ an toàn, ít tác dụng phụ và hiệu quả, đồng thời được khách hàng sử dụng [109], [111], [113].

Chất lượng dịch vụ y tế gồm hai cấu phần: *chất lượng vận hành* (functional quality), tức là cách thức người bệnh nhận dịch vụ (thức ăn, tiếp cận dịch vụ) và *chất lượng chuyên môn* (technical quality), tức là chất lượng của việc cung ứng dịch vụ KBCB (năng lực và kết quả điều trị) [91], [97]. Như vậy, chất lượng dịch vụ KBCB chính là mức độ mà dịch vụ y tế được kỳ vọng sẽ đem lại sự cân bằng mong muốn nhất giữa rủi ro và lợi ích [87].

1.1.2. Khám bệnh, chữa bệnh

Bệnh là những bất thường xảy ra ở cơ thể sống làm ảnh hưởng tới sự tồn tại và phát triển bình thường của sinh vật [63]. Khi đó, người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

Khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận. Chữa bệnh là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh [63].

1.1.3. Bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe và là 1 trong 9 nội dung của bảo hiểm xã hội được quy định tại Công ước 102 ngày 28/6/1952 của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO). Có hai hình thức cơ bản của BHYT là: BHYT xã hội và BHYT tư nhân [38], [78].

Bảo hiểm y tế xã hội do một tổ chức nhà nước giúp người dân chi trả các chi phí y tế từ nguồn thuế hoặc mức đóng góp từ người lao động với mức đóng góp không liên quan đến mức ốm đau, nhằm hỗ trợ các thành viên tham gia khi họ không may gặp rủi ro, đau ốm. BHYT xã hội đề cao tính cộng đồng xã hội, không mang tính chất kinh doanh vì lợi nhuận [38], [64], [78].

BHYT xã hội có một số đặc điểm sau:

+ BHYT có đối tượng tham gia rộng rãi, bao gồm mọi thành viên ở trong

xã hội, không phân biệt giới tính, tuổi tác, khu vực làm việc, hình thức quan hệ lao động...

+ BHYT không nhằm bù đắp thu nhập cho người hưởng bảo hiểm (như chế độ BHXH, ốm đau, tai nạn lao động...) mà nhằm chăm sóc sức khỏe cho họ khi bị bệnh tật, ốm đau... trên cơ sở quan hệ BHYT mà họ tham gia.

+ BHYT là chi phí ngắn hạn, không xác định trước, không phụ thuộc vào thời gian đóng, mức đóng mà phụ thuộc vào mức độ bệnh tật và khả năng cung ứng các dịch vụ y tế.

Nguyên tắc của bảo hiểm y tế xã hội bao gồm:

+ Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng BHYT được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (gọi chung là mức lương tối thiểu), [38], [64], [92];

+ Mức hưởng BHYT theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. Chi phí KBCB BHYT do quỹ BHYT và người tham gia BHYT cùng chi trả. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ [63], [64], [92].

Bảo hiểm y tế tư nhân là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe một cách tự nguyện, nằm ngoài hệ thống quản lý an sinh xã hội với phí bảo hiểm được quy định bởi cộng đồng hoặc mức độ rủi ro bệnh tật, được điều hành bởi tổ chức, cá nhân, quỹ, công ty, hoạt động chủ yếu vì lợi nhuận [76], [78].

1.1.4. Trạm y tế xã

Trạm y tế xã là cấu phần quan trọng của hệ thống YTCS [108], [114]. Trạm y tế xã có vai trò quan trọng trong việc bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá

đổi giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hoá, trật tự, an toàn xã hội, tạo niềm tin cho nhân dân với chế độ XHCN [30].

Trạm y tế xã là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên, tiếp xúc với nhân dân trong hệ thống y tế nhà nước, dưới sự quản lý của Trung tâm y tế huyện (quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh). Theo Quyết định số 58/TTg, ngày 03/02/1994 của Thủ tướng Chính phủ quy định một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở thì tổ chức y tế cơ sở trên địa bàn xã, phường, thị trấn được gọi là TYTX. Hiện nay, thực hiện Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 “quy định về y tế xã, phường, thị trấn” của Chính phủ, TYTX thuộc quản lý của TTYT huyện [7], [15]. Thực hiện Quyết định số 370/2002/QĐ/BYT ngày 07/02/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế các xã, phường trong toàn quốc đang xây dựng cơ sở y tế địa phương theo 10 chuẩn quốc gia về y tế xã và hiện nay là Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã theo Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế [8].

Trạm y tế xã có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã. Theo Quyết định 58/TTg ngày 3 tháng 2 năm 1994, Quyết định số 131/TTg ngày 4 tháng 3 năm 1995 của Thủ tướng Chính phủ và Thông tư liên bộ số 08/TTLB ngày 20 tháng 6 năm 1995 hướng dẫn thực hiện các quyết định trên, trạm y tế xã có 11 nhiệm vụ. Hiện nay, theo Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 của Chính phủ “quy định về y tế xã, phường, thị trấn” và Thông tư hướng dẫn số 33/2015/TT-BYT thực hiện Nghị định này nhiệm vụ của trạm y tế xã có 9 nhiệm vụ [7], [15]. Để thực hiện được chức năng và nhiệm vụ TYTX thường tổ chức thành các bộ phận sau: Vệ sinh – phòng dịch; khám bệnh, chữa bệnh; hộ sinh – kế hoạch hóa gia đình; dược và quầy thuốc và y tế thôn, bản.

Nhân lực của trạm y tế được quy định theo khu vực và định mức biên chế đối với TYTX được điều chỉnh tối thiểu là 5, tối đa là 10 biên chế/trạm y tế. NVYT xã phải có trình độ theo tiêu chuẩn nghiệp vụ ngạch viên chức

ngành y tế của nhà nước quy định với cơ cấu các chức danh chuyên môn như: Bác sỹ, Y sỹ đa khoa, Y sỹ Y học dân tộc, Y sỹ sản nhi, Hộ sinh, Y tá – Điều dưỡng để thực hiện và phối hợp thực hiện các nhiệm vụ theo quy định [15].

1.1.5. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã

Trước hết là khái niệm về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh. Chất lượng KBCB là hình thức tổ chức các nguồn lực một cách hiệu quả nhất nhằm đáp ứng nhu cầu CSSK của những người có nhu cầu nhất nhằm mục đích phòng bệnh và CSSK, an toàn, không gây lãng phí mà vẫn đảm bảo đáp ứng được các yêu cầu cao hơn [100], [101], [104] và phù hợp với kiến thức chuyên môn hiện tại [94]. Từ đó, có thể đưa ra một khái niệm chung về “*Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến người bệnh, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh*” [4], [6].

Hiện nay, chất lượng KBCB được đánh giá thông qua sự hài lòng của tất cả các đối tượng, bao gồm: người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế, trong đó, lấy người bệnh là trung tâm, hướng về nhân viên y tế với trình độ chuyên môn tốt, phục vụ kịp thời, an toàn, công bằng và hiệu quả; tiếp theo là chất lượng các điều kiện bảo đảm và nguồn nhân lực của quá trình hoạt động KBCB và cuối cùng là kết quả đầu ra: người bệnh đỡ hoặc khỏi bệnh trở về cộng đồng [6], [23], [99], [102].

Chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh là khả năng của các dịch vụ khám chữa bệnh đáp ứng các nhu cầu của khách hàng - người bệnh, thỏa mãn nhu cầu của khách hàng và các bên có liên quan. Do vậy, chất lượng dịch vụ KBCB được xác định bởi khách hàng, như khách hàng mong muốn. Trong khi đó nhu cầu của khách hàng luôn luôn biến động nên chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cũng luôn luôn biến động theo thời gian, không gian, điều

kiện sử dụng từ phía khách hàng, từ các yêu cầu mang tính pháp chế, nhu cầu của cộng đồng xã hội [6], [23], [99], [102].

Chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do khách hàng quyết định bằng cảm nhận nên thường mang tính chủ quan tùy thuộc vào nhu cầu và mong đợi của khách hàng. Do đó, chất lượng dịch vụ KBCB có tính không đồng nhất.

Từ những khái niệm và nội dung đã được nêu ở trên có thể khái quát “*Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm người bệnh có thể bảo hiểm y tế, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được trạm y tế xã thực hiện theo luật định*”.

Như vậy, nội hàm của chất lượng KBCB BHYT tại TYTX cũng được hiểu như nội dung của chất lượng khám bệnh, chữa bệnh nhưng được xem xét trên các khía cạnh có liên quan đến Luật BHYT và được thực hiện tại TYTX.

1.2. CHẤT LƯỢNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

1.2.1. Tiêu chí và cách đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã

Tiêu chí được hiểu là tính chất, dấu hiệu làm căn cứ để nhận biết, xếp loại 1 sự kiện, hiện tượng, khái niệm. Tiêu chí bao gồm nhiều tiêu chuẩn – những quy định để làm căn cứ phân loại, đánh giá các sự kiện, hiện tượng với các công cụ đo lường cụ thể được biểu hiện bằng các chỉ số - một đại lượng đo lường được phản ánh biến động của 1 sự kiện và hiện tượng... [6]. Theo Bộ Y tế [6], tiêu chí đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bao gồm: a. Các tiêu chí hướng đến người bệnh; b. Phát triển nguồn nhân lực; c. Hoạt động chuyên môn; d. Cải tiến chất lượng và e. Tiêu chí đặc thù chuyên khoa.

Có nhiều cách đánh giá chất lượng dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế xã nói riêng, nhưng hiện nay thường đánh giá về chất lượng dịch vụ KBCB tại trạm y tế xã cho người tham gia BHYT thông qua sự hài lòng của người dân [4], [23], [99], [102], [106].

Sự hài lòng được định nghĩa khác nhau như: “một sự đánh giá tích cực của một cá nhân về những tiêu chí đặc trưng cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe” hoặc “một sự đánh giá của người bệnh về dịch vụ nhận được, bao hàm cả những phản ứng về nhận thức và tình cảm” [23], [99], [106].

Những tài liệu nghiên cứu chuyên về sự hài lòng của người bệnh rất phong phú. Tác giả Hall và Dornan viết trong phần tổng quan tài liệu nghiên cứu về sự hài lòng, những khía cạnh y học được lựa chọn nghiên cứu khác nhau: một số lĩnh vực (như tính công chúng (uy tín) của những chuyên gia chăm sóc sức khỏe, thông tin về việc chăm sóc sức khỏe) được nghiên cứu rộng khắp trong khi những lĩnh vực khác (như kết quả) lại được đánh giá ở một mức độ ít hơn nhiều. Sự hài lòng là một cấu trúc nhiều yếu tố - người bệnh trải nghiệm những khía cạnh khác nhau của dịch vụ y tế và họ đưa ra những đánh giá đa dạng về quá trình cũng như kết quả KBCB [4], [23]. Việc định nghĩa người bệnh như là những người tiêu dùng dịch vụ y tế đã dẫn đến việc chấp nhận những chiến lược nhằm nâng cao dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa trên đánh giá sự hài lòng của người bệnh. Việc quan sát, nhận biết hành vi và ý kiến của người bệnh là rất cần thiết để hiểu và cải thiện cả dịch vụ KBCB cũng như môi trường KBCB BHYT. Những khảo sát sự hài lòng của người bệnh được tiến hành như một phần tiếp theo việc chăm sóc sức khỏe đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong việc cung cấp cho các nhân viên y tế những phản hồi của người bệnh về cảm nhận của họ trong quá trình điều trị.

Một số nghiên cứu gần đây tập trung vào mức độ hài lòng của người bệnh như là một chỉ số đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe, thước đo sự nhận thức về những dịch vụ y tế được cung ứng và là một biến số liên tục thể

hiện kết quả. Sự hài lòng hay không hài lòng có thể được diễn đạt thông qua việc cho điểm một số yếu tố cụ thể hoặc bằng cách đánh giá cảm nhận về sự hài lòng chung đối với cơ sở KBCB. Nếu phương pháp tổng quát là hữu ích thì cũng cần có sự hiểu rõ ràng về những tiêu chí cụ thể ảnh hưởng đến sự đánh giá. Ví dụ như, sẽ có rất ít giá trị thực tiễn nếu biết rằng phần lớn người bệnh cảm thấy hài lòng chung về việc điều trị ngoại trú của mình - một kết quả như thế này không cho biết những ưu tiên nào cần thay đổi hay cải thiện trong dịch vụ KBCB. Trong khi đó, một sự hài lòng chung được bổ sung thêm thông tin về những khía cạnh cụ thể khác như sự hướng dẫn của nhân viên đối với việc điều trị hay khu vực ngồi chờ của cơ sở y tế, sẽ cung cấp cho những người đánh giá dịch vụ những phản hồi hữu ích hơn rất nhiều [23]. Hiện nay, đánh giá chất lượng KBCB bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã được thực hiện theo 5 nội dung sau đây [23], [32], [73], [102]:

+ Phương tiện hữu hình của dịch vụ: Cần đổi mới cơ sở vật chất đã lạc hậu, đầu tư mở rộng cơ sở hạ tầng, nâng cao trình độ chuyên môn NVYT.

+ Độ tin cậy: Đảm bảo quyền lợi khi đi KBCB cho người tham gia BHYT, tránh tình trạng phân biệt đối xử đối với người bệnh BHYT.

+ Khả năng đáp ứng: Cải cách thủ tục hành chính khi đi KBCB để giảm thời gian chờ đợi, nâng cao chất lượng dịch vụ KBCB cho người bệnh.

+ Độ đảm bảo: Nâng cao trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế để người bệnh được hưởng dịch vụ y tế có chất lượng tốt.

+ Sự cảm thông hoặc đồng cảm: Thông tin tuyên truyền về chính sách BHYT giúp người tham gia BHYT hiểu hơn về chính sách BHYT, về quyền lợi của mình khi tham gia BHYT.

Xem xét một cách kỹ lưỡng, so sánh giữa 5 nội dung đánh giá chất lượng KBCB BHYT tại TYTX và 5 yếu tố liên quan đến chất lượng KBCB BHYT tại TYTX chúng ta thấy có sự tương đồng về nội dung nhưng được biểu hiện bằng các ngôn ngữ khác nhau. Cụ thể được thể hiện trong bảng sau:

Bảng 1.1. So sánh sự tương đồng giữa nội dung đánh giá và yếu tố liên quan đến chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã

Nội dung đánh giá [23], [102]	Yếu tố liên quan [73]
Phương tiện hữu hình của dịch vụ	Cơ sở vật chất, kỹ thuật
Độ tin cậy	Sự phân biệt đối xử với người bệnh
Khả năng đáp ứng	Thủ tục hành chính, quy trình KBCB
Độ đảm bảo	Trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế
Sự cảm thông	Thông tin tuyên truyền về chế độ chính sách BHYT

Các nghiên cứu đã cho thấy mỗi liên quan có ý nghĩa giữa sự hài lòng của người bệnh với những vấn đề liên quan trực tiếp trong cơ cấu tổ chức, quá trình KBCB và kết quả KBCB [4], [23].

1.2.2. Một số nghiên cứu về thực trạng chất lượng KBCB BHYT tại TYTX

1.2.2.1. Thực trạng về trạm y tế xã

Một thực trạng cần phải nhìn nhận là đội ngũ cán bộ YTCS hiện nay hạn chế cả về số lượng và chất lượng, kể cả ở tuyến huyện và tuyến xã [40]. Với tuyến xã, một bộ phận NVYT xã còn rất hạn chế về kiến thức và kỹ năng CSSK, SKSS, chẩn đoán và điều trị bệnh [44], [54], [68]. Một số nghiên cứu về kiến thức, thực hành kê đơn kháng sinh của cán bộ TYTX tại tỉnh Vĩnh Phúc, tỉnh Nam Định cho thấy tỷ lệ NVYT được tập huấn phác đồ điều trị và được đào tạo lại thấp dẫn đến chỉ có gần 1/3 số bác sỹ có kiến thức đúng về điều trị một số bệnh cơ bản... tỷ lệ kê đơn thuốc đúng về chỉ định, loại và liều cũng rất thấp (11,4%) [33]. Đội ngũ nhân viên y tế thôn bản cũng góp phần đáng kể vào công tác CSSK ban đầu, nhờ đội ngũ này mà tình hình sức khỏe của người dân tại các vùng nông thôn khó khăn, vùng sâu vùng xa được cải thiện đáng kể [30], [36], [39], [51].

Nhân lực của y tế xã và cơ sở nhà trạm là hai thành tố quan trọng của

chất lượng TYTX và trong những năm gần đây, chỉ số về nhân lực và cơ sở nhà trạm có sự cải thiện rõ rệt.

Bảng 1.1. Một số chỉ số về nhân lực của TYTX 1995-2015 [12]

Các chỉ số	Thời gian	Năm 1995	Năm 2007	Năm 2010	Năm 2015
Tỷ lệ % xã, phường, thị trấn có trạm y tế		89,42%	98,80%	98,71%	99,00%
Tổng số cán bộ công tác tại trạm y tế		37.909	52.064	64.450	-
Bình quân cán bộ/trạm y tế		3,7	4,7	5,8	-
Tỷ lệ % cán bộ có trình độ đại học, cao đẳng /tổng số cán bộ công tác tại trạm		4,75%	13,40%	12,02%	14,30%
Tỷ lệ % cán bộ có trình độ trung học /tổng số cán bộ công tác tại trạm		59,44%	73,25%	79,19%	81,63%
Tỷ lệ % cán bộ có trình độ sơ cấp/tổng số cán bộ công tác tại trạm		33,24%	12,44%	8,10%	4,07%
Tỷ lệ % số xã, phường, thị trấn có bác sỹ		-	67,38%	69,99%	79,92%
Tỷ lệ % số xã, phường, thị trấn có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi		-	93,60%	95,59%	95,93%

Nguồn nhân lực của y tế cơ sở vẫn còn thiếu về số lượng, y tế tuyến xã còn yếu về chuyên môn, khả năng phát hiện bệnh sớm còn hạn chế. Những lớp tập huấn đã được mở chủ yếu do các chương trình, dự án và chỉ tập trung trong một giai đoạn nhất định. Nhiều cán bộ về công tác tại trạm y tế 05 - 07 năm nhưng vẫn chưa được đào tạo lại và ít được cập nhật kiến thức mới [13].

Tình trạng cơ sở vật chất của y tế cơ sở xuống cấp, nhất là các trạm y tế. Theo thống kê, cả nước có khoảng 11.000 xã thì có gần 3.200 trạm y tế xã cần xây mới và 3.597 trạm y tế cần nâng cấp, sửa chữa... Trung bình các trạm y tế chỉ cung cấp được 52,2% trong số 108 dịch vụ kỹ thuật cho phép, chủ yếu là do thiếu cán bộ hoặc cán bộ chưa được đào tạo (52,7%), không có trang

thiết bị, thiết bị cũ/hỏng (45,8%) [79] hoặc thiếu so với quy định [10].

Nghiên cứu tại Hòa Bình [55] cho thấy, cơ sở vật chất kỹ thuật của TYTX là khá tốt: Trung bình mỗi trạm có 4,2 phòng làm việc và 87,7% trạm có vườn thuốc nam; số giường trung bình đạt theo quy định. Tỷ lệ TYTX thiếu TTB văn phòng, thiếu TTBYT, thiếu thuốc trong danh mục thuốc thiết yếu, thiếu và không chủ động kinh phí chi thường xuyên là khá cao.

Sự hài lòng của NVYT tuyến cơ sở cũng được đề cập tại một số nghiên cứu. Năm 2003, nghiên cứu về đánh giá hiệu quả hoạt động của bác sỹ xã/phường tại một số địa phương đã cho thấy việc đưa bác sỹ về công tác tại TYTX, phường đã đem lại nhiều chuyển biến tích cực, nhưng cũng cho thấy chỉ có 49,1% bác sỹ hài lòng với công việc; 80% hiện đang gặp khó khăn trong cuộc sống [36], [49]. Kết quả trên cũng tương đồng với kết quả của Lê Thanh Nhuận, Lê Cự Linh [49] là nhân viên YTCS chưa thực sự hài lòng với công việc, tỷ lệ hài lòng từng khía cạnh như kinh tế, CSVC, kiến thức và kỹ năng, các mối quan hệ... còn thấp. Nghiên cứu khác [56], [57] cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng với TYTX là 63,23% - 78,28%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng và Trần Thị Nga cho thấy có 56,9% NVYT của 2 huyện Kim Bảng và Bình Lục, tỉnh Hà Nam hài lòng với công việc và sự hài lòng đạt ở mức trung bình (2,83 điểm) [66], trong đó, mức độ y sỹ hài lòng cao gấp 3 lần so với mức độ hài lòng của bác sỹ.

1.2.2.2. Thực trạng về tham gia BHYT và khám bệnh, chữa bệnh BHYT

Theo Báo cáo 15 năm tình hình thực hiện chính sách BHYT (1992 – 2007) của Bộ Y tế, Báo cáo quyết toán và Báo cáo hàng năm của BHXH Việt Nam (giai đoạn 2008 đến nay) thấy, từ năm 1992 - 2005 số người tham gia BHYT tăng đều hàng năm. Năm 2006, sau khi Nghị định số 63/NĐ-CP có hiệu lực và bổ sung một số đối tượng được NSNN đóng BHYT do đó số người tham gia BHYT tăng lên rõ rệt, đặc biệt là người nghèo tăng từ 4,7 triệu lên 15 triệu người. Từ khi Luật BHYT (2008) có hiệu lực, số đối tượng

tăng thêm gần 6 triệu người (chủ yếu là trẻ em dưới 6 tuổi). Năm 2010 có 52,407 triệu người tham gia BHYT, chiếm khoảng 60% dân số. Năm 2011 là 57,982 triệu người, tương đương khoảng 64,9% dân số và năm 2012, đã có 59,164 triệu người có thẻ BHYT, đạt tỷ lệ bao phủ khoảng 67% dân số [39].

Thực hiện Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung năm 2014 và những giải pháp cải cách hành chính kịp thời, đến cuối năm 2016, số người tham gia bảo hiểm y tế đã tăng lên nhanh chóng đạt 75,9 triệu người chiếm tỷ lệ 81,7% dân số [20]; năm 2017 tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế đạt 85,6% dân số [22], năm 2018 đạt 88,5% dân số [2] và tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2020 số người tham gia bảo hiểm y tế là 87,9 triệu người đạt 90,85% dân số [71]. Như vậy, tính đến cuối năm 2019 cả nước chỉ còn khoảng 10% dân số (khoảng trên 10 triệu người) chưa tham gia bảo hiểm y tế. Phần lớn những người này tham gia theo hộ gia đình, người cận nghèo, lao động tự do, lao động làng nghề, nông dân, ngư dân, diêm dân có mức sống trung bình, học sinh – sinh viên và một số lao động ở doanh nghiệp nhỏ chưa được chủ lao động đóng bảo hiểm y tế. Đối với các nhóm đối tượng này, khả năng về kinh tế chính là rào cản tiếp cận với bảo hiểm y tế. Như vậy, có thể khẳng định rằng, trong gần 30 năm phát triển bảo hiểm y tế, Việt Nam đã thu được những kết quả quan trọng: Hệ thống chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế từng bước được hoàn thiện phù hợp với phát triển kinh tế - xã hội của đất nước [21]; số người tham gia bảo hiểm y tế tăng qua các năm; quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế ngày càng được mở rộng. Nguồn tài chính BHYT ngày càng tăng và đóng góp một phần đáng kể cho sự nghiệp chăm sóc khỏe nhân dân. Quỹ bảo hiểm y tế bước đầu đã cân đối được thu chi và có kết dư. Đồng thời quỹ BHYT đã đảm bảo sự an toàn về tài chính trước những rủi ro bệnh tật cho hàng triệu người bệnh và gia đình họ. Hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế được hình thành và phát triển, cơ bản đáp ứng yêu cầu của việc thực hiện các chế độ, chính sách bảo hiểm y tế ở nước ta [19], [21], [22].

Việc mở rộng quyền lợi hưởng bảo hiểm y tế giúp cho người có thẻ bảo hiểm tiếp cận tối đa các dịch vụ kỹ thuật y tế tiên tiến. Hiện nay, hầu hết thuốc, dịch vụ kỹ thuật đều được quỹ Bảo hiểm y tế chi trả. Nhiều danh mục thuốc tốt được sử dụng trong lĩnh vực điều trị ung thư, các bệnh mạn tính như tim mạch đều được quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán, [19], [21].

Các loại thuốc tân dược và nhóm thuốc từ dược liệu thuộc phạm vi chi trả từ quỹ Bảo hiểm y tế theo danh mục của Bộ Y tế đã đáp ứng được nhu cầu điều trị của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn như can thiệp tim mạch, mổ tim hở, phẫu thuật bằng dao gamma; tạo hình vòm sọ và thay khớp; van dẫn lưu nhân tạo... đã được quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán [19].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, bảo hiểm y tế đã làm tăng khả năng sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú [66] và khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã [18], nhất là ở vùng sâu, vùng xa [67], [105]. Mặc dù, KBCB cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã, phường có ý nghĩa lớn nhưng còn tồn tại nhiều bất cập và chưa được đánh giá đầy đủ [45]. Chính vì vậy, ngay từ những năm đầu của Thiên niên kỷ 2000, một số tác giả đã nghiên cứu thí điểm khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT tại trạm y tế xã [42], [46], [53]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trên 80% nhân dân được hỏi rất ủng hộ khám bệnh, chữa bệnh bằng BHYT tại trạm y tế xã, nhiều người đã tự tìm đến trạm y tế xã để mua BHYT tự nguyện, đồng thời khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã đã làm giảm quá tải khám bệnh, chữa bệnh cho các tuyến trên [46]. Chủ trương đưa KBCB BHYT về trạm y tế xã được nhiều người ủng hộ, từ người dân đến chính quyền địa phương, cán bộ trạm y tế và cả cán bộ trung tâm y tế huyện [46]. Mặt khác, nghiên cứu đánh giá thí điểm khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã thuộc huyện Sóc Sơn, Hà Nội, năm 2000-2001 đã khẳng định chủ trương đưa KBCB BHYT về trạm y tế xã là đúng và rất được các đối tượng có liên quan

ủng hộ và tích cực tham gia [46]. Tỷ lệ trạm y tế xã tham gia KBCB BHYT là khá cao tại 8 huyện của 4 tỉnh nghiên cứu (83-84%), đồng thời tỷ lệ người có thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh chữa bệnh tại trạm y tế xã là tương đối cao với trung bình 3,1 lần KBCB/1 thẻ/1 năm [53]. Nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng, mặc dù tỷ lệ người dân hiểu biết về chủ trương khám bệnh, chữa bệnh BHYT (93,5%) và thực hành KBCB BHYT (93,2%) tại trạm y tế xã là khá cao, nhưng tỷ lệ người dân biết một cách rất cụ thể về quyền lợi và trách nhiệm của người có thẻ BHYT là rất thấp (26,9% - 75,2%) [42].

Từ những nghiên cứu thí điểm đưa KBCB BHYT về trạm y tế xã, BHXH Việt Nam đã chỉ đạo ký hợp đồng KBCB BHYT với các trạm y tế xã đủ điều kiện tham gia hoạt động cung cấp dịch vụ y tế KBCB BHYT tại trạm y tế xã. Đến năm 2015, ngành Bảo hiểm xã hội (BHXH) đã tổ chức ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với 2.089 cơ sở y tế trong đó có 1.688 cơ sở y tế công lập, 401 cơ sở ngoài công lập; 69 cơ sở KBCB tuyến trung ương: 536 tuyến tỉnh, 1.206 tuyến huyện, 278 tuyến xã. Thông qua việc ký hợp đồng với các đơn vị này tổ chức KBCB tại 9.496 trạm y tế xã. BHXH các địa phương cũng phối hợp chặt chẽ với ngành y tế để tổ chức KBCB một cách thuận tiện nhất cho người bệnh BHYT. Thực hiện rà soát các thủ tục hành chính với cơ sở KBCB để từ đó giảm các thủ tục hành chính đối với người bệnh tham gia BHYT. Khoảng 80% số trạm y tế xã, phường có hợp đồng KBCB bảo hiểm y tế [38].

Số người được KBCB bảo hiểm y tế tăng nhanh hàng năm. Tổng số lượt người KBCB bằng thẻ bảo hiểm y tế trong năm 2005 là hơn 40 triệu và năm 2008 khoảng 80 triệu lượt người, cả nội trú và ngoại trú, tăng 1,2 lần so với năm 2007. Năm 2011, các bệnh viện đã khám và điều trị ngoại trú cho hơn 68,59 triệu lượt người bệnh có thẻ BHYT [41].

Tần suất KBCB của người tham gia BHYT tăng dần hàng năm. Trong những năm gần đây, số lượt người có thẻ BHYT đi KBCB tăng nhanh cả về

số lượng và tần suất tại tất cả các tuyến y tế. Năm 2012, ước tính có 121 triệu lượt người có thẻ BHYT đi KBCB, tăng gần 2,6 triệu lượt so với năm 2011. Tần suất KBCB tăng hàng năm, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở, đạt 2,1 lần/người/năm. Bên cạnh đó, quyền lợi của người tham gia BHYT được bảo đảm và ngày càng mở rộng theo đúng quy định. Tham gia BHYT, mỗi người dân đã được hưởng những quyền lợi tiếp cận dịch vụ y tế từ nội trú, ngoại trú, phục hồi chức năng, dự phòng, dịch vụ kỹ thuật cao [38]. Tuy nhiên, ở khu vực miền núi, tỷ lệ hoặc tần suất sử dụng thẻ BHYT cũng còn nhiều khác biệt với tình hình chung của cả nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu và CS [72] tại TYTX tỉnh Thái Nguyên cho thấy: Tỷ lệ bao phủ BHYT tại các địa bàn nghiên cứu đạt 99,26%; nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại TYTX của người dân tộc thiểu số tăng nhưng tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT lại có xu hướng giảm; người dân tộc thiểu số vẫn phải bỏ tiền túi để chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt, nghiên cứu của Phạm Hồng Hải và Lê Đình Phan cho thấy, tình trạng BHYT cho người nghèo, dân tộc thiểu số mới chỉ đạt được bao phủ bảo hiểm (chiều rộng), chưa giải quyết được bao phủ dịch vụ, sử dụng dịch vụ còn thấp (chiều sâu), quỹ BHYT kết dư nhưng người bệnh vẫn phải chi phí tiền túi (chiều cao). Quỹ BHYT người nghèo được sử dụng để bao cấp cho các đối tượng khác (bao cấp ngược) [28].

Kết quả thống kê năm 2016 cho thấy, số lượt KBCB BHYT tại trạm y tế xã giảm so với năm 2015 khoảng 7%, thậm chí, có nơi giảm tới 30%. Số lượt KBCB tại bệnh viện tuyến huyện, nhất là bệnh viện thành phố thuộc tỉnh, cơ sở y tế tư nhân tăng cao, tính chung trên toàn quốc, số lượt KBCB tại tuyến huyện tăng 16,2% so với năm 2015, [117], [38].

Phương thức thanh toán chi phí KBCB BHYT đã được thay đổi nhiều lần qua 3 lần ban hành Điều lệ BHYT. Mặc dù vậy, phương thức chi trả theo phí dịch vụ (fee-for-service payment), vốn là một phương thức thanh toán có nhiều bất lợi trong tài chính y tế, vẫn đang là phương thức thanh toán được sử

dụng rộng rãi trong toàn bộ hệ thống cung ứng dịch vụ cho người bệnh BHYT [38]. Mặc dù đã đạt được một số kết quả nêu trên nhưng vẫn còn tồn tại một số khó khăn, bất cập trong KBCB BHYT tại tuyến y tế cơ sở. Hiện nay, nguy cơ mất cân đối Quỹ BHYT do tăng giá dịch vụ y tế, ứng dụng kỹ thuật mới, thuốc mới trong khi mức đóng BHYT chưa tăng. Nhiều vướng mắc trong thanh toán chi phí KBCB BHYT chưa được giải quyết, còn tình trạng chậm ứng, thanh, quyết toán làm ảnh hưởng đến hoạt động của các cơ sở KBCB, nhất là các cơ sở có vượt trần, vượt quỹ [19].

Thời gian qua, tỷ lệ người dân tham gia BHYT đăng ký KBCB ban đầu tại TYT còn thấp, tồn tại thực tế người bệnh vượt tuyến, chuyển tuyến, gây tình trạng vượt quỹ, nợ quỹ BHYT, tạo gánh nặng ngân sách. Trong nhiều nguyên nhân, thuốc BHYT của trạm y tế còn hạn chế về số lượng và mẫu mã, với danh mục chỉ khoảng 30 loại thuốc là vấn đề mấu chốt. Trong khi danh mục thuốc dịch vụ của trạm y tế trên 700 loại, gấp hơn 20 lần so với thuốc BHYT. Ngoài ra, trạm y tế thường diễn ra tình trạng thiếu thuốc, cũng góp phần làm suy giảm lòng tin của người dân. Do vậy, người dân địa phương mong muốn lượng thuốc BHYT cung cấp cho trạm y tế dồi dào hơn, đáp ứng điều trị một số bệnh ban đầu, sẽ thu hút đông đảo người dân đăng ký KBCB tại trạm y tế xã [14]. Trong khi đó, nghiên cứu của Hoàng Văn Hải [27] đề cập đến khó khăn trong việc đi lại là trở ngại chính hạn chế việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các trạm y tế xã của người dân ở các xã miền núi của tỉnh Thái Nguyên. Bên cạnh đó thái độ thân thiện của đội ngũ nhân viên y tế, bác sỹ tại trạm y tế xã cũng ảnh hưởng tích cực đến tần suất sử dụng thẻ BHYT trong KBCB của đồng bào dân tộc thiểu số [4], [27], [34].

Hiện nay trên thế giới có nhiều mô hình y tế khác nhau, như mô hình Semashco ở Liên Xô cũ, Trung Quốc, Việt Nam...; Mô hình Beveridge hay hệ thống y tế dựa trên thuế thu nhập ở Vương quốc Anh, Thụy Điển...; Mô hình Bismarck hay hệ thống y tế dựa trên bảo hiểm tại Đức, Pháp, Nhật...; Mô

hình hệ thống y tế tư nhân ở Mỹ và Mô hình hệ thống y tế công tư hỗn hợp ở Thái Lan, Philippine... [37]. Do trên thế giới ít nước có mô hình y tế tổ chức các tuyến tương đồng như ở nước ta nên chúng tôi gặp nhiều khó khăn trong việc tìm kiếm các tài liệu quốc tế liên quan đến chất lượng KBCB BHYT tại TYTX. Một số nghiên cứu quốc tế đã khẳng định BHYT làm tăng sử dụng DVYT và cải thiện sức khỏe nhân dân [58], [83], [89], [115]. Một nghiên cứu khác ở Iran cho thấy, để bảo đảm chất lượng dịch vụ cần phân tích tầm quan trọng của dịch vụ cũng như hiệu suất của các dịch vụ đó [88].

1.2.3. Một số nghiên cứu về yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

Tùy từng khung đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc có các yếu tố liên quan hoặc yếu tố của chất lượng chăm sóc khác nhau [107]. Khung lý thuyết được nhiều người biết đến và thừa nhận là khung lý thuyết về chất lượng chăm sóc do Judith Bruce và Anrudh Jain khởi xướng (Bruce, J. 1990). [85]; mô hình tinh gọn đánh giá chất lượng dịch vụ y tế của Quan và CS [62], [98], của WHO [110] tương tự với cách tiếp cận của Viện Y học Hòa Kỳ (Institute of Medicine) [93], [94], trong đó tập trung nhìn nhận chất lượng dịch vụ y tế theo các quan niệm về thành phần cấu thành của dịch vụ [110], [112]. Cách tiếp cận này bao gồm phản biện độc lập (peer review), cấp chứng chỉ (certification), cấp phép (licensing) và chứng nhận hoặc kiểm định chất lượng (accreditation) [112]. Tại Australia, các chuyên gia tiến hành xác định các yếu tố liên quan dựa trên khung đánh giá các chuẩn mực về chất lượng dịch vụ y tế [82]. Như vậy, có nhiều cách hoặc khung đánh giá chất lượng dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh nói riêng, nhưng hiện nay thường đánh giá về chất lượng dịch vụ KBCB thông qua sự hài lòng của người dân [23], [99], [102].

Sự hài lòng của người bệnh có liên quan đến một trong những yếu tố về tình trạng sức khỏe và là thước đo chất lượng dịch vụ y tế [95], năng lực

chuyên môn và khả năng làm việc tương tác với người bệnh, các phương thức cử chỉ rõ ràng, trực tiếp, đàm thoại xã hội, sự nhã nhặn, quan tâm, sự thông tin và giao tiếp thân thiện, sự tôn trọng, mức độ giao tiếp thường xuyên, sự tham vấn kéo dài, mức độ sẵn có của các dịch vụ và thời gian chờ đợi. Các nghiên cứu đã cho thấy, có 6 nhóm yếu tố chính có liên quan đến chất lượng, sự hài lòng của người dân với dịch vụ KBCB. Đó là, tình trạng kinh tế - xã hội, tình trạng dân số học xã hội, hệ thống y tế, thông tin y tế, nhu cầu CSSK của nhân dân và sự đa dạng của loại hình dịch vụ y tế, đồng thời cũng chỉ ra 15 biến số chủ yếu tác động ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh: Sự tiếp cận, chi phí, chất lượng chung, tính cộng đồng, năng lực, thông tin được cung cấp, thủ tục hành chính, thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất KBCB, sự chú trọng đến những vấn đề tâm lý xã hội của cả người cung cấp dịch vụ (thái độ, tư vấn, thấu hiểu, đồng cảm, dễ tiếp xúc và thân thiện của nhân viên y tế) và người sử dụng dịch vụ, vệ sinh môi trường của các cơ sở y tế, tính liên tục của dịch vụ y tế và kết quả của dịch vụ y tế [23], [99]. Yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã bao gồm [14], [23],[103], [106]: Cơ sở vật chất, kỹ thuật; trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế; thủ tục hành chính, quy trình KBCB; phân biệt đối xử với người bệnh BHYT và thông tin tuyên truyền về chế độ chính sách BHYT.

1.3. HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

1.3.1. Một số giải pháp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại TYTX

1.3.1.1. Giải pháp tăng cường năng lực hệ thống y tế cơ sở

Để nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, trước hết cần phải tăng cường năng lực của hệ thống y tế cơ sở [70], trong đó có trạm y tế xã. Đồng thời, đổi mới phong cách phục vụ của các cơ sở y tế đáp ứng sự hài lòng của người bệnh [18], [23], [25], [69]. Các giải pháp tập trung bao gồm [13], [14], [38], [79]:

- Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng, chính quyền các cấp đối với các hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân tại địa phương, tạo những điều kiện thuận lợi nhất để ngành y tế trên địa bàn hoàn thành nhiệm vụ, tổ chức tốt việc phối hợp liên ngành, các đoàn thể quần chúng, các lực lượng y tế ngoài công lập trong công tác CSSKND, huy động xã hội tham gia tích cực vào việc xây dựng hệ thống YTCS vững mạnh và CSSKND tại cộng đồng.

- Tăng cường công tác đào tạo NVYT cho hệ thống y tế cơ sở dưới các hình thức ngắn hạn, dài hạn để sớm có một đội ngũ NVYT đồng bộ, tinh thông chuyên môn kỹ thuật và quản lý y tế, phục vụ tốt CSSKND tại gia đình và cộng đồng. Có chính sách và giải pháp phù hợp để động viên NVYT yên tâm công tác, cống hiến hết mình cho công tác CSSKND tại tuyến cơ sở. Tổ chức học tập tư tưởng Hồ Chí Minh và các quan điểm của Đảng về CSSKND cho đông đảo NVYT.

- Tăng cường công tác quản lý, thanh tra, giám sát hỗ trợ trong hệ thống y tế cơ sở về các mặt. Đó là sự hỗ trợ giám sát của y tế huyện đối với y tế xã, của y tế xã đối với y tế thôn/bản/ấp trong việc thực hiện các CTMTQG về y tế, tổ chức KBCB, phòng bệnh/phòng dịch, vệ sinh môi trường, ATVSTP, ATVSLĐ v.v... Đó còn là sự phối hợp hoạt động trên cùng địa bàn giữa khối y tế công lập và y tế ngoài công lập trong việc đáp ứng các nhu cầu CSSKND tại gia đình và cộng đồng. Đẩy mạnh thực hiện đề án bác sỹ gia đình. Hoạt động quản lý, thanh tra, giám sát hỗ trợ hoặc phối hợp cần trở thành nề nếp thường xuyên và có kế hoạch. Hiện nay đã có một số tác giả nghiên cứu mô hình quản lý BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh nói chung cũng như một số bệnh cụ thể tại các trạm y tế xã [21], [38]...

- Phát huy vai trò kết hợp quân dân y, sự phối hợp giúp đỡ giữa y tế địa phương với y tế các ngành, các cơ quan, doanh nghiệp, trường học trong mỗi hoạt động y tế trên địa bàn để cho công tác CSSKND vừa có chất lượng, hiệu quả vừa đỡ tốn kém, lãng phí.

- Triển khai thực hiện đầy đủ các văn bản pháp quy, các Thông tư hướng dẫn, các tiêu chuẩn, quy chuẩn của Bộ y tế về y tế cơ sở. Việc tăng cường đầu tư nguồn lực (nhân lực, vật lực, tài lực) từ phía Nhà nước và chính quyền các địa phương cho hệ thống y tế cơ sở vẫn luôn luôn là cần thiết với mức độ càng nhiều càng tốt [70]. Sử dụng các nguồn lực đó như thế nào cho có hiệu quả nhất còn tùy thuộc vào nhiều yếu tố, nhưng quan trọng nhất là tài năng và ý thức trách nhiệm của người lãnh đạo y tế tại địa phương.

- Không ngừng cải tiến quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo hướng đơn giản, nhanh chóng, thuận tiện cho người có thẻ BHYT và cho cả nhân viên y tế [11], [19], [32]. Để nâng cao chất lượng KBCB Lê Thu Thủy đề cập đến 3 hướng sau: củng cố năng lực, tăng hiệu quả của quản lý chiến lược; xây dựng thị trường cạnh tranh đối với dịch vụ KBCB và nâng cao vai trò của người sử dụng dịch vụ y tế [75]. Trong khi đó, Nguyễn Thị Kim Tiến nhấn mạnh đến giảm quá tải để mang lại chất lượng dịch vụ y tế cao làm tăng sự hài lòng của người bệnh [69]. Hiện nay chưa có thông tư, hướng dẫn nào về quy trình KBCB BHYT tại trạm y tế xã, cho nên việc KBCB BHYT tại trạm y tế đang được thực hiện theo quy trình KBCB tại khoa khám bệnh của bệnh viện. Quy trình đó được quy định như sau [9]:

a. Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT [9], [11]

- Tổ chức Bảo hiểm xã hội ký hợp đồng với bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện nơi chưa tách riêng bệnh viện huyện hoặc cơ sở y tế khác do Sở Y tế phê duyệt để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Trạm y tế xã cho người tham gia BHYT.

- Trong phạm vi quỹ khám bệnh, chữa bệnh được giao, Bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế huyện hoặc cơ sở y tế do Sở Y tế phê duyệt có trách nhiệm cung ứng thuốc, hóa chất, vật tư y tế cho Trạm y tế xã và thanh toán chi phí sử dụng giường bệnh (nếu có) và dịch vụ kỹ thuật y tế do Trạm y

tế xã thực hiện trong phạm vi chuyên môn; đồng thời theo dõi, giám sát và tổng hợp để thanh toán với tổ chức Bảo hiểm xã hội.

- Tổng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã tối thiểu bằng 10% và tối đa không vượt quá 20% của quỹ khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tính trên số thẻ BHYT đăng ký KBCB ban đầu tại trạm y tế xã được xác định theo quy định tại Điểm b Khoản 4 Điều 11 Thông tư số 41 [11].

- Thời gian lưu người bệnh để theo dõi và điều trị tại trạm y tế xã không quá 03 ngày; đối với trạm y tế xã thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn, xã đảo, huyện đảo không quá 05 ngày.

b. Quy trình khám bệnh, chữa bệnh

Hiện nay chưa có quy định về quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại các TYTX. Ngày 22/4/2013 Bộ Y tế ban hành Quyết định số 1313/QĐ-BYT về việc hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện và chúng tôi sơ đồ hóa (sơ đồ 1.1) thành 4 khâu và các khoa khám bệnh của các bệnh viện chi tiết hóa thành 14 bước cụ thể như sau [69], [74], [75]:

Khâu 1: Đón tiếp người bệnh

1. Bố trí quầy đón tiếp; 2. Kiểm tra thẻ BHYT và giấy tờ liên quan; 3. Nhập thông tin vào máy tính; 4. Thu tiền của đối tượng cùng chi trả; 5. Thông báo, bố trí buồng khám bệnh.

Khâu 2: Khám lâm sàng và chẩn đoán

6. Khám lâm sàng; 7. Ghi chép thông tin về tình trạng bệnh; 8. Chỉ định xét nghiệm hoặc kỹ thuật chẩn đoán; 9. Chỉ dẫn người bệnh đến nơi làm xét nghiệm; 10. Chẩn đoán và điều trị, kê đơn thuốc; 11. Trả kết quả xét nghiệm

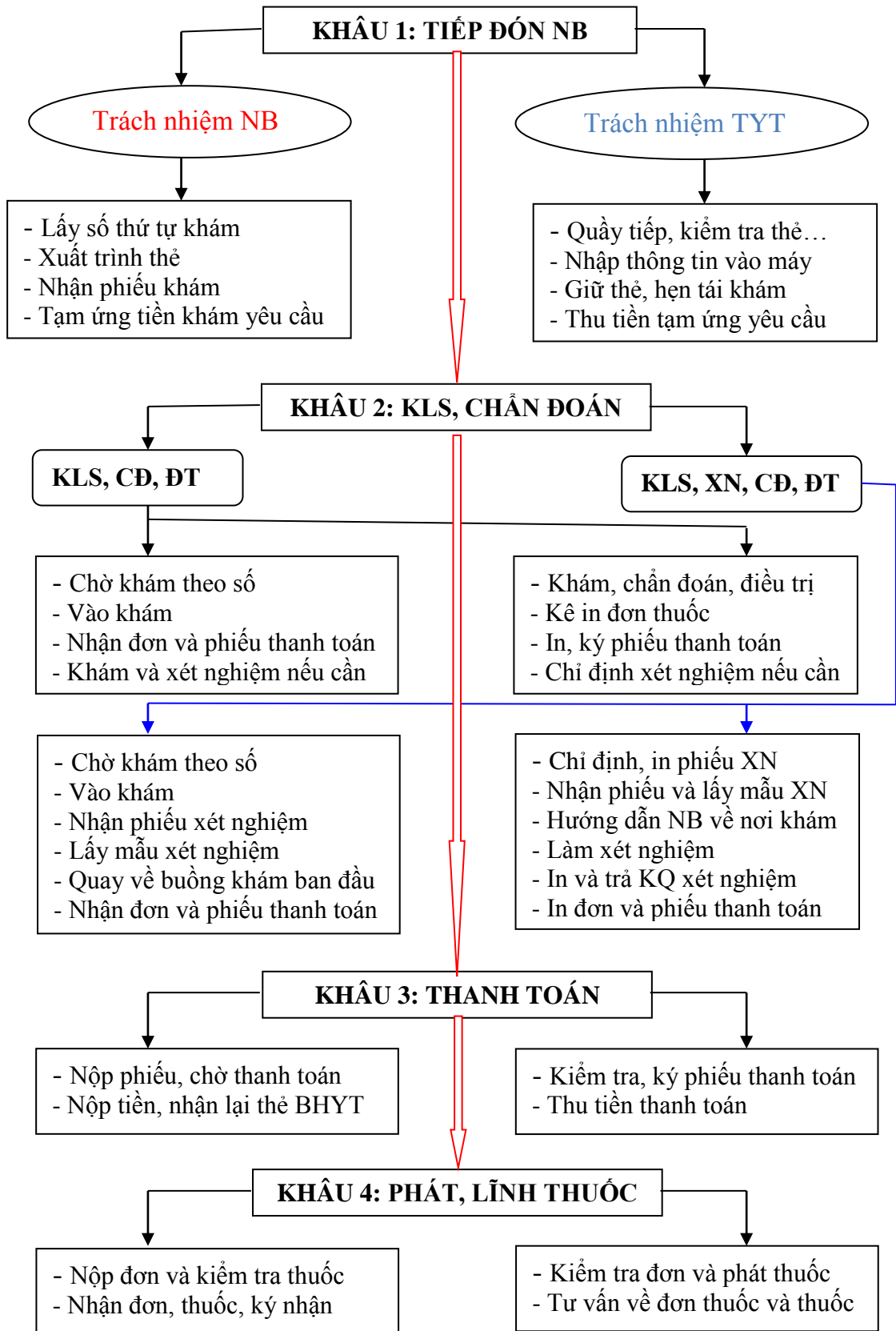
Khâu 3: Thanh toán

12. Kiểm tra nội dung thông kê theo mẫu, ký xác nhận, thanh toán

Khâu 4: Phát, lĩnh thuốc

13. Kiểm tra đơn thuốc, phát thuốc

14. Tư vấn về đơn thuốc



Sơ đồ 1.1. Quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện theo Quyết định 1313/QĐ-BYT của Bộ Y tế [9]

Chúng tôi áp dụng quy trình 14 bước này để hoàn thiện ứng dụng vào quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại các trạm y tế xã nghiên cứu.

1.3.1.2. Nhóm giải pháp về bảo vệ quyền lợi của người bệnh BHYT, tránh phân biệt đối xử với người bệnh BHYT

Để người bệnh BHYT không còn bị phân biệt đối xử, Nhà nước nên tập trung đầu tư ngân sách vào một mối. Có nghĩa là toàn bộ tiền Nhà nước cấp cho ngành y tế sẽ được chuyển sang cơ quan BHXH quản lý. Theo đó, cơ quan BHXH sẽ trả đủ viện phí cho bệnh viện thay vì chỉ một phần (khi đó Nhà nước không bao cấp phần còn lại nữa). Để thực hiện cơ chế quản lý này, cơ quan BHXH phải có hội đồng quản lý quỹ và có toàn quyền quyết định việc sử dụng quỹ như thế nào. Hội đồng này có đại diện của người tham gia BHYT, chủ sử dụng lao động, Nhà nước, tổ chức đại diện cho người lao động. Còn ngành y tế sẽ trở thành ngành cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Cơ quan BHXH - mà đại diện là hội đồng quản lý quỹ - sẽ chọn lựa đơn vị cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tốt nhất với giá phải chăng cho người tham gia BHYT. Điều này đã được thể hiện rõ nét trong Nghị quyết số 20-NQ/TW. Nhiệm vụ, giải pháp thứ 8 trong Nghị quyết số 20-NQ/TW đã nêu rất rõ nguyên tắc cơ bản trong cơ chế tài chính bảo hiểm y tế là: *“Thực hiện nguyên tắc y tế công cộng do ngân sách nhà nước bảo đảm là chủ yếu. Khám bệnh, chữa bệnh do bảo hiểm y tế và người dân chi trả. Chăm sóc sức khỏe ban đầu do bảo hiểm y tế, người dân và ngân sách nhà nước cùng chi trả; bảo hiểm y tế đối với người lao động phải do người sử dụng lao động và người lao động cùng đóng góp; ngân sách nhà nước bảo đảm đối với một số đối tượng chính sách. Ban hành “Gói dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả” phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và “Gói dịch vụ y tế cơ bản do Nhà nước chi trả” phù hợp với khả năng của ngân sách nhà nước; đồng thời huy động các nguồn lực để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, quản lý sức khỏe người dân”*. Nguyên tắc này cho thấy, Nhà nước chịu trách

nhiệm chính về công tác y tế dự phòng, bảo đảm cơ bản ngân sách nhà nước cho các chương trình, dự án y tế công cộng. Các hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở, khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện và các cơ sở y tế khác thực hiện cơ chế đồng chi trả: Nhà nước, bảo hiểm y tế, người sử dụng lao động, người dân và người lao động. Mặt khác, trong nguyên tắc này cũng thể hiện rất rõ cơ chế bảo đảm quyền lợi được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người tham gia bảo hiểm y tế dựa trên quy định các gói dịch vụ cơ bản để tạo sự thống nhất về số lượng và chất lượng dịch vụ y tế ở các tuyến, song vẫn gắn với khả năng tài chính của Nhà nước và của Bảo hiểm y tế. Ngày 18/10/2017 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 39/2017/BYT quy định gói dịch vụ cơ bản cho tuyến y tế cơ sở gồm: Gói dịch vụ y tế cơ bản do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả và Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe để từng bước thực hiện nhiệm vụ giải pháp đổi mới tài chính y tế trong bảo hiểm y tế [3], [5], [18]. Một số tác giả cũng đã nghiên cứu các phương pháp dự báo quỹ BHYT để có các giải pháp bảo toàn quỹ, nhất là đối với khu vực miền núi và đồng bào dân tộc thiểu số [29], [52].

1.3.1.3. Nhóm giải pháp về cải cách thủ tục hành chính

Ứng dụng công nghệ thông tin trong quá trình tiếp nhận người bệnh, quản lý dữ liệu bằng phần mềm góp phần cải cách thủ tục hành chính. Thiết kế hệ thống đánh số điện tử xếp hàng tại phòng, khoa khám bệnh để người bệnh lấy số chờ đến lượt vào KBCB thay vì xếp số chờ bác sĩ đọc tên như hiện nay. Thay vì ghi chép theo dõi người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh bằng cách ghi sổ thì sử dụng phần mềm để ghi thông tin người bệnh, sau đó in kết quả và phiếu thanh toán cho người bệnh từ phần mềm nhằm tăng tính chính xác trong quản lý và rút ngắn thời gian ghi chép. Quản lý tổng thể thể BHYT, tiến tới quản lý tổng thể tình trạng sức khỏe của mỗi một công dân để người dân đi đến đâu cũng khám bệnh, chữa bệnh được. Việc ứng dụng công

nghệ thông tin trong KBCB BHYT đã được nhiều tác giả đề cập đến trong các công trình nghiên cứu của mình [24], [48], [59], [65], [77]. Sau hơn 1 năm thực hiện thông tuyến KBCB BHYT, trong khi nhiều trạm y tế còn đang “loay hoay” với việc thu hút người bệnh, thì đã có những trạm chủ động nâng cao năng lực của đội ngũ y bác sĩ và trang thiết bị máy móc, đáp ứng nhu cầu của nhân dân, tăng lượt người bệnh đến khám. Mỗi tháng, trạm y tế xã Thái Hưng, Thái Thụy Thái Bình tiếp đón trên 500 lượt người bệnh, trong đó 80% có thẻ BHYT. Từ ngày thông tuyến, số người bệnh đến trạm tăng so với trước khoảng 20%. Nếu như không tổ chức tốt công tác đón tiếp, hướng dẫn và phân loại tình trạng bệnh, các trạm y tế xã sẽ gặp rất nhiều khó khăn, lúng túng làm giảm chất lượng KBCB BHYT tại TYTX. Do vậy, nhiều nơi, như các bệnh viện Bạch Mai, Việt Đức, các bệnh viện của Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, một số trạm y tế xã đã mạnh dạn tin học hóa bằng cách cải cách thủ tục hành chính [75].

1.3.1.4. Nhóm giải pháp về tăng cường và đổi mới công tác tuyên truyền về chính sách BHYT

Tăng cường công tác tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về BHYT với các nội dung sau:

- Đổi mới nội dung thông tin, tuyên truyền, vận động, giáo dục đa dạng, phong phú để nâng cao nhận thức, trách nhiệm của các cấp chính quyền, các cơ quan, tổ chức, đoàn thể và nhân dân về ý nghĩa, tầm quan trọng BHYT và quyền lợi, nghĩa vụ của người dân trong tham gia BHYT theo quy định của Luật BHYT.

- Tổ chức tuyên truyền Luật BHYT đến mọi tầng lớp nhân dân, tập trung những nội dung mới của Luật, bằng nhiều hình thức phù hợp, hiệu quả: xây dựng cụm panô, áp phích; biên soạn, phát hành tờ rơi tuyên truyền; viết bài tuyên truyền trên đài phát thanh, truyền hình của thành phố và quận, huyện. Tổ chức các cuộc đối thoại, tọa đàm theo từng nhóm đối tượng nhằm

giải đáp khó khăn, vướng mắc kịp thời, từ đó tăng nhanh được tỷ lệ bao phủ của các nhóm tham gia BHYT.

- Công tác truyền thông, tuyên truyền cần được tiến hành thường xuyên, liên tục, bảo đảm các đối tượng của truyền thông tiếp cận đầy đủ với thông tin về chính sách, pháp luật BHYT và cách thức tham gia, quyền lợi, nghĩa vụ khi tham gia BHYT, đặc biệt hình thức tham gia BHYT theo hộ gia đình.

- Biểu dương, khen thưởng kịp thời các đơn vị, tổ chức, cá nhân có tinh thần trách nhiệm cao trong thực hiện chế độ, chính sách BHYT. Đổi mới truyền thông để nâng cao hiệu quả từ việc tuyên truyền với việc đa dạng các thể loại giúp người dân thuộc nhiều đối tượng khác nhau có thể dễ dàng tiếp cận nội dung tuyên truyền, đồng thời được cung cấp thông tin qua nhiều cấp độ và hình thức khác nhau. Có thể xây dựng những tiểu phẩm tuyên truyền như một đoạn phim ngắn lồng ghép nội dung tuyên truyền về chính sách BHYT, hoặc thông qua các tiểu phẩm có tính giải trí, hài hước để thu hút người xem và giúp người xem dễ hiểu, dễ nhớ hơn về chính sách pháp luật BHYT. Xác định nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh đáp ứng sự hài lòng của người dân là nhiệm vụ hàng đầu và là phương pháp tuyên truyền tốt nhất nhằm thu hút người dân tham gia BHYT.

Trong những năm gần đây, ngành BHXH và ngành Y tế đã có nhiều đổi mới trong công tác truyền thông tạo sự đồng thuận xã hội thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT. Nhiều giải pháp cơ bản đã được đề ra, như 6 nhiệm vụ, giải pháp trọng tâm về truyền thông của BHXH Việt Nam [20]. Việc phối hợp của Trung tâm Truyền thông GDSK tỉnh, thành và BHXH địa phương xây dựng kế hoạch truyền thông về BHYT trên các phương tiện thông tin đại chúng, tư vấn tại các cơ sở KBCB, mít tinh cổ động điều hành, treo dán áp phích nơi công cộng và các cơ sở KBCB... giúp cộng đồng hiểu biết đầy đủ lợi ích, nghĩa vụ, quyền lợi của các đối tượng tham gia BHYT...

1.3.2. Một số nghiên cứu về hiệu quả giải pháp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã

Trạm y tế xã là nơi cuối cùng được tổ chức khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, do vậy còn ít nghiên cứu về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã. Trước đây đã có một số nghiên cứu về KBCB BHYT nhưng chủ yếu là các nghiên cứu thí điểm đưa KBCB BHYT về tuyến xã [46], nghiên cứu thực trạng kiến thức về KBCB bằng thẻ BHYT [42], về mô hình KBCB BHYT tại trạm y tế xã [41], thực trạng KBCB và năng lực cung cấp dịch vụ KBCB BHYT tại tuyến xã [43], [44], [45]. Cụ thể, 1 nghiên cứu của Vũ Khắc Lương [43] chỉ rõ, khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã, phường có ý nghĩa lớn nhưng còn tồn tại nhiều bất cập và chưa được đánh giá tại Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang. Nghiên cứu này [43] tập trung vào tìm hiểu một số tồn tại khó khăn chính trong KBCB cho người có thẻ BHYT tại TYT phường ở thành phố Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang năm 2012 và đề xuất cải tiến cho giai đoạn tới. Kết quả cho thấy, cả 3 TYT có nhiều khó khăn lớn, thiếu cả nhân lực (bác sĩ làm việc), TTB và thuốc thiết yếu và như vậy, cần thiết bổ sung sớm các nguồn lực thiếu thốn như trên tại 3 TYT nghiên cứu.

Thực hiện chương trình “Nâng cao chất lượng KBCB tại các cơ sở KBCB vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh BHYT” do Bộ Y tế phát động với mục tiêu chính là: Nâng cao tinh thần thái độ phục vụ người bệnh, cải cách thủ tục hành chính giảm phiền hà trong đón, khám, chữa và thanh toán viện phí, nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế, đảm bảo quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT, chống lạm dụng thuốc, kỹ thuật xét nghiệm, nhằm tiết kiệm nguồn lực y tế và chi phí KBCB, Bộ Y tế đã chọn một số bệnh viện tuyến cuối để thí điểm thực hiện chương trình này [4]. Từ những thí điểm trên, có một số nghiên cứu về các giải pháp và hiệu quả nâng cao chất lượng KBCB BHYT ở các bệnh viện tuyến trung ương. Lê Thu Thủy [75] khảo sát (gồm cả trực tuyến và thực địa) và thu thập thông tin đối với 1535

mẫu nghiên cứu gồm 935 mẫu là người bệnh cùng thân nhân và 600 mẫu là NVYT với 2 bộ câu hỏi khảo sát và thang đo chất lượng dịch vụ KBCB tại bệnh viện và sự hài lòng với chất lượng dịch vụ KBCB tại các bệnh viện trung ương ở Hà Nội, từ đó tác giả đã đề cập đến 3 hướng sau để nâng cao chất lượng KBCB BHYT: củng cố năng lực, tăng hiệu quả của quản lý chiến lược; xây dựng thị trường cạnh tranh đối với dịch vụ KBCB và nâng cao vai trò của người sử dụng dịch vụ y tế [75]. Trong khi đó, Nguyễn Thị Kim Tiến nhấn mạnh đến biện pháp giảm quá tải để mang lại chất lượng dịch vụ y tế cao [69]. Trong nghiên cứu “Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình” [74] Vũ Thị Thục đã đề xuất 9 nhóm giải pháp nâng cao chất lượng KBCB tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Tác giả nhấn mạnh đến một số biện pháp cụ thể là cần giảm các thủ tục hành chính theo xu hướng gọn nhẹ. Tin học hóa các khâu trong quá trình hướng dẫn, tiếp đón và khám cho người bệnh bằng hệ thống phần mềm quản lý bệnh viện, các phòng ban được kết nối với nhau, không ngừng cải tiến quy trình KBCB gọn, nhẹ, phù hợp với từng bệnh viện cụ thể; không ngừng nâng cao chất lượng cá nhân lực và các điều kiện bảo đảm cần thiết cho KBCB [74].

Như vậy, để nâng cao chất lượng KBCB BHYT đã có những công trình nghiên cứu hoặc một số mô hình cụ thể được thực hiện tại bệnh viện các tuyến, song còn rất ít nghiên cứu về mô hình, giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại các TYTX.

Những năm gần đây, nghiên cứu ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý nhằm nâng cao chất lượng KBCB BHYT được một số tác giả quan tâm. Đặc biệt, việc ứng dụng CNTT trong quản lý KBCB BHYT đã cho hiệu quả rõ rệt [24], giảm thủ tục và thời gian chờ đợi của người bệnh; công khai, minh bạch các khoản chi phí mà người bệnh phải chi trả [48], [59], [65], [77]. Cải cách thủ tục hành chính trong khám bệnh, rút ngắn thời gian chờ, tránh gây phiền hà đã làm tăng sự hài lòng của người bệnh. Quy trình khám bệnh

ngoại trú đã giảm từ 12- 14 bước xuống còn 4-8 bước tùy theo loại hình khám bệnh [4]. Nhân dân hài lòng với chất lượng TYTX đạt khoảng 50% - 70% [26] hoặc 68,45% - 78,14% [57].

Một số trạm y tế xã đã mạnh dạn tin học hóa bằng cách cải cách thủ tục hành chính [75]; giao việc trả thẻ thanh toán nội trú cho các khoa để giảm phiền hà cho người bệnh [74], lắp bảng số khám điện tử làm cho người dân tin tưởng vào các cơ sở y tế hơn so với trước đây [38], [48], [60]. Nhờ đó, số người bệnh đến trạm y tế xã tăng khoảng 20% so với trước đây. Nghiên cứu của Trần Trung Dũng cho thấy, các cơ sở y tế đã không ngừng cải cách thủ tục hành chính từ khâu đón tiếp đến khâu thanh toán, ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý cơ sở y tế [25], nhờ đó đã giảm được thời gian chờ đợi, thời gian khám bệnh được trung bình 48,5 phút/1 lượt khám bệnh [69].

Nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự tại 49 TYTX của 3 huyện, thành phố tỉnh Hòa Bình, 2015-2016 triển khai mô hình can thiệp: “*Tổ chức, quản lý và nâng cao chất lượng TYTX*” với việc thực hiện 5 nhóm giải pháp (củng cố và hoàn thiện tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của trạm; cải thiện khả năng tiếp cận TYTX; nâng cao năng lực quản lý và chuyên môn của NVYT; tăng cường năng lực cung cấp dịch vụ và cải thiện cơ sở vật chất của trạm) với 21 biện pháp và hoạt động cụ thể sau 1 năm đã đạt được những kết quả rất khả quan [57]. Cụ thể, tăng tỷ lệ người dân đánh giá tốt đối với TYTX sau can thiệp của 18 biến số có liên quan giữa mức độ hài lòng của người dân và TYTX qua kết quả phân tích đa biến gia tăng từ thấp nhất là 5,7% (biến số: có niềm yết giá dịch vụ) đến cao nhất là 28,2% (biến số: kết quả so với mong đợi) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ - $p < 0,05$), đồng thời, chỉ số hiệu quả (CSHQ) đối với 18 biến số này cũng giao động tương ứng với kết quả thay đổi trên: đạt từ thấp nhất là 6,83% (biến số: có niềm yết giá dịch vụ) đến cao nhất là 39,94% (biến số: kết quả so với mong đợi). Ngoài ra, các biến số có CSHQ cao là: năng lực xử lý công việc của NVYT (36,49%), tiếp theo là:

TTB cung cấp dịch vụ y tế (35,98%); không gian cảnh quan thân thiện của TYTX (30,74%); có thông báo thời gian chờ đợi (28,07%); TYTX có sử dụng công nghệ thông tin (27,61) và vệ sinh môi trường của trạm (24,94%). Như vậy, sau 1 năm can thiệp tỷ lệ người dân đánh giá tốt về tiếp cận TYTX, về tính minh bạch của trạm, về cơ sở vật chất, về thái độ, kỹ năng làm việc của NVYT và về kết quả cung cấp dịch vụ y tế của TYTX đều tăng lên ở tất cả các chỉ số (biến số) một cách có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Đồng thời, sau can thiệp tỷ lệ NVYT xã hài lòng với TYTX đã tăng lên 15,05% (đạt 78,28%) so với trước can thiệp (63,23%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và chỉ số hiệu quả của can thiệp là 23,80%. Đối với người dân, tỷ lệ hài lòng sau can thiệp đã tăng lên 9,69% so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và hiệu quả can thiệp là 14,16% [57].

Nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh tại một số trạm y tế xã miền núi [54] cho thấy tổng số lượt khám BHYT trung bình/tháng/TYTX đều tăng sau các giải pháp can thiệp. Trong nghiên cứu: “Đánh giá bước đầu việc triển khai khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế” Trần Thị Mai Oanh và cộng sự [53] thực hiện với 3 mục tiêu, trong đó, tập trung mô tả việc triển khai khám chữa bệnh BHYT tại TYT xã theo quy định của Luật BHYT ở một số địa phương; xác định những thuận lợi, khó khăn trong triển khai khám chữa bệnh BHYT tại TYT xã theo quy định của Luật BHYT và đánh giá khả năng đáp ứng của TYT xã về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc trong khám chữa bệnh cho người bệnh BHYT từ đó đề xuất giải pháp nhằm tăng cường hiệu quả triển khai khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã [53]. Nghiên cứu được tiến hành tại 4 tỉnh Hà Nam, Khánh Hòa, Kiên Giang và Gia Lai. Tại mỗi tỉnh nghiên cứu tại 2 huyện trong đó 1 huyện triển khai công tác khám bệnh chữa bệnh BHYT tương đối mạnh và 1 huyện còn hạn chế trong triển khai khám chữa bệnh BHYT. Tại mỗi huyện chọn 2 xã khảo sát trực tiếp với tiêu chí một

xã có bác sĩ và một xã chưa có bác sĩ. Cả hai xã được chọn đều đã triển khai khám bệnh chữa bệnh BHYT. Kết quả cho thấy, khả năng đáp ứng của TYT xã trong KBCB BHYT chưa cao; phương thức thanh toán cho KBCB BHYT tại TYT xã không có sự thay đổi trước và sau khi có Luật BHYT. Trong 4 tỉnh, hai tỉnh Hà Nam và Kiên Giang có mức trần cho phí KBCB BHYT tại TYT xã thấp hơn so với 2 tỉnh còn lại. Từ đó, các tác giả kiến nghị: Cần rà soát lại danh mục các trang thiết bị cho TYT xã theo quy định của Bộ Y tế. Nên thay đổi lại quy định về trang thiết bị và kỹ thuật cho TYT xã, hoặc đưa ra các điều kiện hỗ trợ tránh việc ban hành văn bản nhưng khó thực hiện. Cần có các giải pháp mang tính đồng bộ để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế tại TYT xã bao gồm các giải pháp về đào tạo cập nhật nâng cao trình độ nguồn nhân lực đến đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc đảm bảo mục tiêu bao phủ y tế toàn dân [53].

Một số tác giả cũng cho thấy sau can thiệp tỷ lệ hài lòng về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã đều tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê. Lương Ngọc Khuê [41] có đề cập đến tỷ lệ hài lòng của người dân khi được CSSKBĐ và khi được KBCB tại TYTX đạt cao hơn so với nhóm chứng, nhưng đó là so sánh hài lòng trong CSSKBĐ và KBCB của những người có thẻ BHYT và không có thẻ BHYT. Nghiên cứu của Võ Thị Kim Anh và cộng sự [1] đã cho thấy, tỷ lệ hài lòng của người bệnh sau khi triển khai PKBSGD là 88,3% cao hơn so với trước can thiệp là 44,2%.

1.4. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM ĐỊA LÝ, KINH TẾ - XÃ HỘI TỈNH HÒA BÌNH

Một số đặc điểm tự nhiên, kinh tế, xã hội của tỉnh Hòa Bình được tổng hợp từ 2 Nghị quyết 206/NQ-HĐND ngày 10/12/2019 của Hội đồng nhân dân tỉnh [35] và Báo cáo của Ủy ban nhân dân tỉnh [80]. Theo đó, Hòa Bình là một tỉnh miền núi vùng Tây Bắc Việt Nam, có vị trí ở phía Nam Bắc Bộ, có thành phố Hòa Bình cách thủ đô Hà Nội 73 km. Kinh tế - xã hội của tỉnh năm 2019 có chuyển biến tích cực: Tốc độ tăng trưởng kinh tế (GRDP) đạt 9,50%;

GRDP bình quân đầu người đạt 64,0 triệu đồng; tổng thu ngân sách trên địa bàn đạt 18.600 tỷ đồng; tổng số xã về đích nông thôn mới là 66 xã (chiếm 34,55%), trung bình mỗi xã đạt 15,2 tiêu chí; đời sống nhân dân được cải thiện, tỷ lệ hộ nghèo giảm 3,38% (còn khoảng 11,36%); tỷ lệ người dân tham gia BHYT đạt 96,0%; văn hóa - xã hội có bước phát triển; tình hình an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội được giữ vững, quốc phòng được bảo đảm.

1.4.1. Điều kiện tự nhiên

Hoà Bình có diện tích tự nhiên là 4.608,7 km², chiếm 1,41% tổng diện tích của cả nước và là tỉnh miền núi có địa hình rất phức tạp: núi cao, độ cao trung bình so với mực nước biển là 100 đến 200m, địa hình chia cắt, có độ dốc lớn và theo hướng tây bắc - đông nam, phân chia thành 2 vùng: vùng núi cao nằm về phía Tây Bắc và vùng núi thấp nằm ở phía Đông Nam của tỉnh.



Hình 1.1. Bản đồ hành chính tỉnh Hòa Bình

Hòa Bình có khí hậu cận nhiệt đới ẩm, mùa đông phi nhiệt đới khô lạnh, ít mưa; mùa hè nóng, mưa nhiều. Nhiệt độ trung bình năm trên 23⁰C. Tháng 7 có nhiệt độ cao nhất 27 đến 29⁰C ngược lại tháng 1 có nhiệt độ thấp nhất trung bình 15,5 đến 16,5⁰C. Hệ thống sông ngòi trên địa bàn tỉnh phân bố tương đối đồng đều với các sông lớn như: Sông Đà, sông Bôi, sông Bưởi, sông Bùi...

Vị trí: Nằm giáp ranh giữa 3 khu vực Tây Bắc, Đông Bắc và Bắc Trung Bộ của Việt Nam. Phía Bắc giáp với Phú Thọ; phía Nam giáp với Hà Nam, Ninh Bình; phía Đông và Đông Bắc giáp với thủ đô Hà Nội và phía Tây, Tây Bắc, Tây Nam giáp với các tỉnh Sơn La, Thanh Hóa.

1.4.2. Đặc điểm dân số

Dân số của tỉnh Hòa Bình năm 2019 là: 862.200 người, mật độ 175 người/km². Theo thống kê, trên địa bàn tỉnh có 7 dân tộc chủ yếu cùng chung sống lâu đời, đông nhất là dân tộc Mường chiếm 63,3%; dân tộc Kinh chiếm 27,73%; tiếp đến là dân tộc Thái chiếm 3,9%; dân tộc Dao chiếm 1,7%; dân tộc Tày chiếm 2,7%; dân tộc Mông chiếm 0,52%; dân tộc Hoa sống rải rác ở các địa phương trong tỉnh.

Các đơn vị hành chính có: 1 thành phố và 10 huyện (huyện Lương Sơn, Kỳ Sơn, Đà Bắc, Kim Bôi, Tân Lạc, Lạc Sơn, Mai Châu, Lạc Thủy, Yên Thủy, Cao Phong và thành phố Hoà Bình), trong đó có 210 đơn vị hành chính cấp xã với 11 thị trấn, 8 phường và 191 xã.

1.4.3. Một số đặc điểm kinh tế - xã hội

Đồng bào các dân tộc trong tỉnh chủ yếu sống bằng nghề nông. Quy mô sản xuất nhỏ, trồng lúa dọc theo các thung lũng hoặc trồng chè, cà phê, cây lương thực ở các triền đồi núi. Ngành công nghiệp phát triển tập trung ở thành phố và các vùng thị trấn.

GRDP bình quân đầu người năm 2019 là 64,0 triệu đồng (tương đương 2.783 USD). Hiện nay cơ cấu kinh tế vẫn tiếp tục chuyển dịch theo hướng

tăng tỷ trọng GDP của khu vực sản xuất công nghiệp, xây dựng và dịch vụ, giảm tỷ trọng GDP của khu vực sản xuất nông - lâm nghiệp.

1.4.4. Một số đặc điểm y tế của tỉnh

Đã đẩy mạnh phát triển y tế cơ sở và nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở. Tiếp tục đầu tư phát triển hệ thống y tế trong toàn tỉnh.

Đảm bảo đủ thuốc thiết yếu và đảm bảo chất lượng thuốc phục vụ công tác dự phòng và điều trị, triển khai các biện pháp hữu hiệu để bình ổn giá thuốc. Đẩy mạnh triển khai các giải pháp để sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, từng bước giảm việc lạm dụng thuốc trong điều trị ở các cơ sở y tế công và tư.

Đẩy mạnh và tăng cường công tác phòng chống dịch bệnh chủ động. Trên địa bàn không có các ổ dịch bệnh lớn xảy ra cũng như hạn chế đến mức thấp nhất số vụ ngộ độc thực phẩm cấp tính.

Một số chỉ tiêu y tế cơ bản đạt được của năm 2019 là:

- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm xuống dưới 15,5%;
- Số giường bệnh/1 vạn dân (không tính giường TYTX): 26 giường;
- Số bác sĩ/1 vạn dân: 8,6 bác sĩ;
- Tỷ lệ người dân tham gia BHYT: 96%.
- Tỷ lệ dân số nông thôn được sử dụng nước hợp vệ sinh: 95,0%;
- Tỷ lệ các cơ sở gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng được xử lý trong năm 2019 là 50,0%;
- Tỷ lệ chất thải nguy hại được xử lý 95%; chất thải y tế được xử lý 90%.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng và chất liệu nghiên cứu

➤ *Đối tượng nghiên cứu*

- Trạm y tế:

+ Trưởng trạm và nhân viên y tế;

+ Trang thiết bị, cơ sở vật chất và danh mục thuốc sử dụng

- Người dân đã từng KBCB BHYT tại TYTX tháng trước khi điều tra.

➤ *Chất liệu nghiên cứu:*

- Hồ sơ bệnh án của người dân khám bệnh, chữa bệnh BHYT

- Sổ sách ghi chép và các báo cáo chuyên môn của trạm y tế xã.

- Báo cáo công tác y tế, BHYT tỉnh, huyện, xã hàng năm.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

* Nghiên cứu được tiến hành tại 2 huyện vùng núi cao nằm về phía Tây Bắc của tỉnh Hòa Bình là huyện Mai Châu và huyện Tân Lạc.

* Toàn bộ 47 xã, thị trấn thuộc 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Điều tra thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã: Tháng 5/2018. Xử lý số liệu và đề xuất các giải pháp can thiệp: Tháng 6-7/2018.

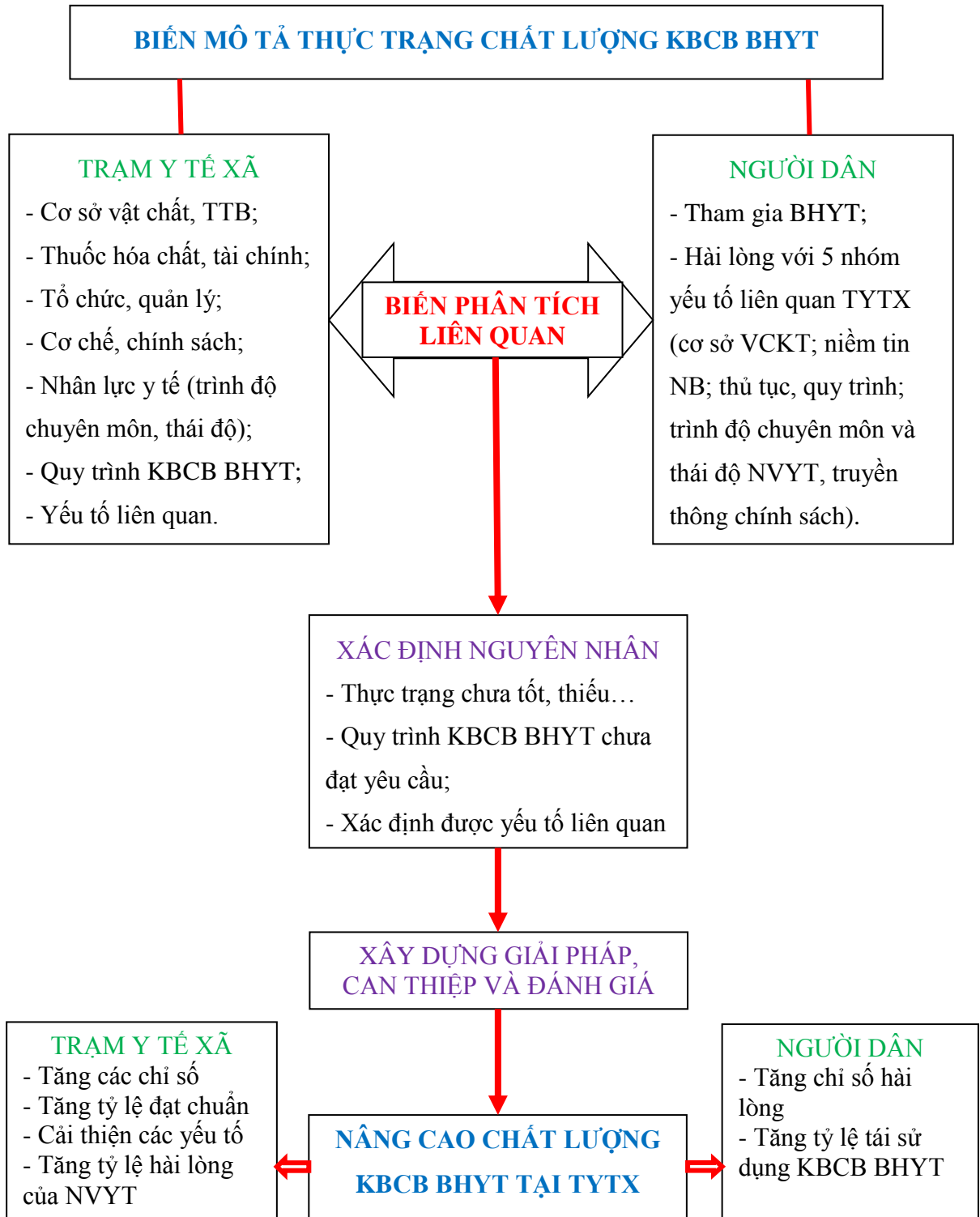
- Triển khai các giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã”: Tháng 8/2018 – 7/2019 (01 năm).

- Điều tra đánh giá hiệu quả các giải pháp sau can thiệp được tiến hành vào tháng 8 năm 2019.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Khung nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu

2.2.1.1. Khung nghiên cứu



Hình 2.1. Khung nghiên cứu

2.2.1.2. Thiết kế nghiên cứu

Bao gồm 2 thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích để mô tả thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã và yếu tố liên quan.

- Nghiên cứu can thiệp có đối chứng để đánh giá hiệu quả các biện pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

2.2.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính riêng cho từng đối tượng:

a. Đối tượng nghiên cứu là người dân có thẻ BHYT đã từng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã trong vòng 1 tháng tính đến trước tháng 3 năm 2018 tại các trạm y tế xã và được tính theo phương pháp xác định cỡ mẫu trong nghiên cứu 1 tỷ lệ theo công thức sau [16]:

$$n = \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó :

- n : Cỡ mẫu nghiên cứu
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy của nghiên cứu, được xác định ở ngưỡng xác suất với $\alpha = 0,05$, nên giá trị $Z = 1,96$.
- p: Tỷ lệ ước đoán sự hài lòng của người dân KBCB tại trạm y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã là 68,45%, chọn $p = 0,68$ [57].
- d: Sai số tuyệt đối (độ chính xác mong đợi); chọn $d = 0,05$
- DE: hiệu lực thiết kế = 1,4

Thay số vào công thức, ta có:

$$n = (1,96)^2 \times \frac{0,68 \times (1 - 0,68)}{0,05^2} \times 1,4 = 468 \approx 470$$

Cỡ mẫu được làm tròn thành 470 người. Như vậy mỗi xã, thị trấn sẽ điều tra 470 người/47 xã là 10 người dân có thẻ BHYT đã từng KBCB BHYT tại trạm y tế xã tháng trước điều tra. Trong thực tế chúng tôi đã phỏng vấn 471 người dân, trong đó, tại huyện Mai Châu là 231 người và tại huyện Tân Lạc là 240 người.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn là người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, khỏe mạnh, minh mẫn, thông thạo tiếng Việt, có thẻ BHYT và đã KBCB tại trạm y tế xã tháng trước điều tra và tình nguyện trả lời các câu hỏi khảo sát. Loại trừ những người dưới 18 tuổi, ốm yếu, lú lẫn, không có thẻ BHYT, không tự nguyện trả lời các câu hỏi khảo sát.

- 47 xã, thị trấn thuộc 2 đơn vị cấp huyện của tỉnh được đưa vào mẫu nghiên cứu, bao gồm: 23 đơn vị (01 thị trấn và 22 xã) của huyện Mai Châu và 24 đơn vị (02 thị trấn và 22 xã) của huyện Tân Lạc.

b. Đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế xã được tính theo phương pháp phi xác suất với kỹ thuật chọn toàn bộ nhân viên y tế đang công tác tại trạm có thời gian công tác tối thiểu 1 năm, có tham gia vào KBCB BHYT tại TYTX. Không chọn những người mới tuyển dưới 1 năm, những nhân viên tạm tuyển và những nhân viên y tế không tham gia vào KBCB BHYT tại TYTX. Tại 47 trạm y tế của 2 huyện nghiên cứu có khoảng 235-282 người (47 trạm x 5-6 nhân viên y tế xã/1 trạm). Trong thực tế chúng tôi đã chọn phỏng vấn được 235 nhân viên y tế, trong đó, tại huyện Mai Châu là 115 người và tại huyện Tân Lạc là 120 người.

2.2.2.2. Cỡ mẫu trong nghiên cứu can thiệp và đánh giá hiệu quả can thiệp

Nghiên cứu can thiệp bằng các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT được tiến hành tại 23 trạm y tế xã huyện Mai

Châu, tỉnh Hòa Bình, đơn vị đối chứng là 24 trạm y tế xã thuộc huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình.

a. *Cỡ mẫu phỏng vấn người dân có thẻ BHYT khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã trong nghiên cứu can thiệp được tính theo công thức sau [16]:*

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + (p_2(1-p_2))} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu, số người có thẻ BHYT đã từng khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã trong giai đoạn can thiệp.

$\alpha = 0,05$; $\beta = 0,10$.

Z : là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất $\alpha = 5\%$, ta có: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$\beta = 10\%$, ta có: $Z_{1-\beta} = 1,28$

$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$

p_1 : Tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã trước can thiệp là 68,45%, tức là 0,6845, làm tròn 0,70 [57].

p_2 : Tỷ lệ mong muốn đạt được sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã sau can thiệp tăng được 13% thành 83%, tức $p_2 = 0,83$. Thay các giá trị vào công thức, tính được $n = 221$ người, làm tròn là 230 người. Tại huyện can thiệp (Mai Châu) chọn mỗi xã 10 người, tương tự tại huyện đối chứng Tân Lạc chọn mỗi xã 10 người nên thành 240 người.

Cách tiến hành điều tra như đã thực hiện trước can thiệp trong điều tra mô tả ban đầu. Điều tra được tiến hành tại 47 xã, thị trấn, nên mỗi xã, phường, thị trấn điều tra $470/47 = 10$ người/xã, thị trấn. Trong thực tế chúng tôi đã điều tra được 474 người dân, trong đó, tại các xã can thiệp huyện Mai Châu là 233 người và huyện đối chứng là 241 người.

b. Cỡ mẫu phỏng vấn nhân viên y tế và điều tra trạm y tế

+ Toàn bộ cơ sở vật chất nhà trạm và các hoạt động của các trạm y tế xã can thiệp và đối chứng được đánh giá hiệu quả sau can thiệp.

+ Toàn bộ nhân viên y tế của 23 trạm y tế xã được can thiệp và NVYT 24 TYTX huyện đối chứng tham gia nghiên cứu đánh giá sau can thiệp. Cỡ mẫu, kỹ thuật chọn mẫu, tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ nhân viên y tế được tiến hành như điều tra ban đầu, trước can thiệp. Trong thực tế chúng tôi đã chọn được 238 nhân viên y tế, trong đó, tại các xã can thiệp huyện Mai Châu là 117 người và tại huyện đối chứng Tân Lạc là 121 người.

2.2.2.3. Kỹ thuật chọn mẫu

a. Đối với nghiên cứu mô tả

- *Chọn huyện và lý do chọn 2 huyện nghiên cứu:* Sử dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích để chọn 2 huyện Mai Châu và huyện Tân Lạc vào nghiên cứu với lý do 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc đều là những huyện thuộc vùng núi cao với độ cao trung bình 200 – 800m so với mực nước biển; nằm ở phía Tây Bắc của tỉnh Hòa Bình, là cửa ngõ nối liền miền Tây Bắc của Tổ quốc với Thủ đô Hà Nội nên tương đồng về điều kiện tự nhiên, tương đồng về đơn vị hành chính cấp xã (23 xã huyện Mai Châu và 24 xã huyện Tân Lạc), về diện tích trung bình/xã ; dân số trung bình/xã và về các điều kiện kinh tế - xã hội, trong đó có y tế và giáo dục. Thu nhập bình quân đầu người/năm trong khoảng 20-25 triệu đồng/năm. Đều là những huyện có thế mạnh về du lịch và là những huyện vùng núi cao, vùng khó khăn và đặc biệt khó khăn của tỉnh Hòa Bình theo Quyết định số 582/QĐ-TTg ngày 28/4/2017 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt danh sách thôn đặc biệt khó khăn, xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016 – 2020.

* Huyện Mai Châu: Chọn toàn bộ 01 thị trấn và 22 xã = 23 đơn vị.

* Huyện Tân Lạc: Chọn toàn bộ 02 thị trấn và 22 xã = 24 đơn vị.

Bảng 2.1. So sánh một số đặc điểm của 2 huyện nghiên cứu

Chỉ số	Huyện Mai Châu	Huyện Tân Lạc
Diện tích tự nhiên, km ²	564,5	534,0
Tỷ lệ đất rừng, %	68,4	58,7
Tỷ lệ đất nông nghiệp, %	9,7	14,3
Độ cao so mực nước biển	220 – 900m	150 – 800m
Dân số, người	54.537 (2015)	82.456 (2012)
Mật độ dân cư, người/km ²	93	146
Dân tộc chính	Thái, Mường, Kinh	Mường, Kinh
Loại khí hậu	Nhiệt đới gió mùa	Nhiệt đới gió mùa
Thu nhập BQ/người/năm	20,4 triệu đồng (2016)	25,9 triệu đồng (2015)
Tỷ suất chết TE dưới 5 tuổi	11,2‰	16,0‰
Bác sỹ/1 vạn dân	6,6	5,1
Giường bệnh/1 vạn dân	-	16,55
Tỷ lệ xã đạt CQGYTX, %	43,5 (2016)	50,5% (2016)
Tỷ lệ phổ cập THCS	100%	100%
Tỷ lệ bao phủ BHYT	Trên 95%	Trên 95%

(Nguồn: Cổng thông tin điện tử các huyện Mai Châu và Tân Lạc)

- Chọn NVYT và người dân trong nghiên cứu định lượng:

+ Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ để chọn NVYT hiện có mặt tại thời điểm điều tra vào nghiên cứu trên cơ sở danh sách NVYT 47 trạm y tế xã của 2 huyện.

+ Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn người dân có thẻ BHYT và đã KBCB tại trạm y tế xã tháng trước điều tra vào nghiên cứu. Trên cơ sở danh sách KBCB BHYT tại TYTX 1 tháng trước điều tra chọn ngẫu nhiên 10 người đáp ứng tiêu chí nghiên cứu. Như vậy, tổng cộng sẽ có 470 người dân thuộc 2 huyện nghiên cứu.

b. Đối với nghiên cứu can thiệp

Được tiến hành như thực hiện kỹ thuật chọn mẫu trước can thiệp.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Mô tả chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

- Mô tả việc thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã gồm xây dựng văn bản hướng dẫn thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT; thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT theo 04 khâu (14 bước cụ thể như đã trình bày tại trang 25) của quy trình; thực hiện trách nhiệm của cơ sở y tế gồm bố trí quầy đón tiếp, kiểm tra thẻ BHYT và các giấy tờ liên quan, nhập thông tin của người bệnh vào máy vi tính, bố trí buồng khám, kiểm tra nội dung thống kê trong mẫu BHYT, ký xác nhận, kiểm tra đơn thuốc, phát thuốc...; thực hiện trách nhiệm của nhân viên y tế gồm khám, ghi chép thông tin về tình trạng bệnh, chẩn đoán và chỉ định điều trị, kê đơn thuốc, hướng dẫn người bệnh về đơn thuốc...; thực hiện trách nhiệm của người bệnh như xuất trình thẻ BHYT, nhận phiếu khám bệnh, chờ khám theo số thứ tự, vào khám khi được thông báo, nộp phiếu thanh toán theo mẫu BHYT, nộp tiền cùng chi trả và nhận lại thẻ BHYT, nhận thuốc và ký nhận....

- Mô tả nhân lực của trạm y tế bao gồm các đặc điểm chung của nhân viên y tế, biên chế, chức danh công việc, chế độ, chính sách và công tác đào tạo, tập huấn chuyên môn nghiệp vụ cho nhân viên y tế, môi trường và điều kiện làm việc của nhân viên y tế, thái độ và ứng xử của nhân viên y tế ...

- Mô tả về kinh phí, cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ người bệnh BHYT.

- Mô tả về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã:

- Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT như sự phối hợp của ngành y tế và ngành BHXH; nguồn nhân lực; cơ sở vật chất, trang thiết bị; thủ tục thanh toán BHYT....

- Mô tả về nhận thức và thái độ của nhân viên y tế đối với chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã.

- Mô tả về đánh giá và sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã của người dân địa phương.

2.2.3.2. Đối với nghiên cứu can thiệp

a. Mục tiêu can thiệp

Mục tiêu 1: Bảo đảm sự tuân thủ và thực hiện hiệu quả quy trình khám bệnh, chữa bệnh nói chung và KBCB BHYT nói riêng ở trạm y tế xã.

Mục tiêu 2: Nâng cao năng lực cho nhân viên y tế của trạm y tế xã; đổi mới tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh của nhân viên y tế và tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như các hoạt động chuyên môn nhằm nâng cao năng lực bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã.

b. Các biện pháp can thiệp (được tiến hành trên địa bàn can thiệp)

Biện pháp can thiệp 1: Ứng dụng và hoàn thiện Quy trình cải tiến nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho phù hợp với chức năng, nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã trên cơ sở Quy trình khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Y tế [9], [69], [74], [75].

- Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã với 3 khâu (đón tiếp; khám bệnh, chẩn đoán, điều trị; thống kê và phát thuốc, trả thẻ) và 6 bước cụ thể (tiếp đón; khám bệnh; xét nghiệm; chẩn đoán, điều trị; thống kê; phát thuốc, trả thẻ) (chi tiết tại *Phụ lục 3*).

- Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã được triển khai với 5 bàn hoặc trong 5 buồng/phòng khám bệnh: 1. Buồng (phòng) đón tiếp và làm các thủ tục hành chính; 2. Phòng khám bệnh, chẩn đoán, tư vấn và điều trị; 3. Phòng xét nghiệm và các kỹ thuật khác; 4. Phòng thống kê và xác nhận kết quả và 5. Phát thuốc, tư vấn thuốc, trả thẻ BHYT (chi tiết tại *Phụ lục 3*).

Biện pháp can thiệp 2: Tổ chức các lớp tập huấn trực tiếp hoặc trực tuyến (online) bằng công nghệ 4.0 về chuyên môn, kỹ thuật, kỹ năng quản lý

y tế và về quy trình KBCB BHYT từ cuốn sách “Trạm y tế xã” và bộ video các kỹ thuật cấp cứu và vận chuyển nạn nhân do chúng tôi biên soạn, xây dựng và được tải lên mạng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) (Phụ lục 5):

+ **Cho nhân viên y tế** trong 1 ngày về các nội dung cơ bản sau:

- Cập nhật các văn bản mới nhất của Bộ Y tế và các bộ, ngành liên quan về công tác khám bệnh, chữa bệnh, về BHYT và các nội dung liên quan khác (*Chương 12 của cuốn “Trạm y tế xã”*: 1 tiết; giảng viên: cán bộ hướng dẫn).

- Tập huấn các chuyên đề chuyên sâu về chuyên môn dành cho nhân viên y tế tuyến xã trong khám bệnh, chữa bệnh ban đầu (*các chương 1, 3, và 6 của cuốn “Trạm y tế xã”*: 3 tiết; giảng viên: cán bộ hướng dẫn).

- Tập huấn về kỹ năng thực hành các dịch vụ kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh BHYT ở tuyến xã và quy trình KBCB BHYT được đề xuất (*các chương 7, 8 và 13 của cuốn “Trạm y tế xã”*: 3 tiết; giảng viên: nghiên cứu sinh).

- Tập huấn cho nhân viên y tế về đổi mới tinh thần, thái độ phục vụ nâng cao sự hài lòng của người bệnh (3 tiết; giảng viên: cán bộ hướng dẫn).

+ **Cho cán bộ lãnh đạo, quản lý** trong 1 ngày về các nội dung sau:

- Nâng cao nhận thức cho cán bộ lãnh đạo, quản lý TYTX và ngành y tế, ngành BHXH của huyện (mời dự) về vai trò, vị trí của trạm y tế xã trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân và sự cần thiết phải nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh cũng như KBCB BHYT nói riêng của trạm y tế xã (*các chương 1, 5, 9, 12, và 13 của cuốn “Trạm y tế xã”*: 5 tiết; giảng viên: cán bộ hướng dẫn).

- Trên cơ sở thực trạng năng lực khám bệnh, chữa bệnh BHYT của các trạm y tế trong nghiên cứu, đề xuất và tiến hành Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã nhằm nâng cao năng lực khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho trạm y tế. Các hỗ trợ về cơ sở vật chất, trang thiết bị, quản lý hồ sơ, công nghệ thông tin, điều kiện, môi trường làm việc, quản lý và cung ứng thuốc (*chương 13 của cuốn Trạm y tế xã và hướng dẫn Quy trình cải tiến khám*

bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã; sử dụng bộ video các kỹ thuật cấp cứu và vận chuyển nạn nhân do chúng tôi xây dựng và sử dụng mạng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn); thời gian 5 tiết; giảng viên: nghiên cứu sinh).

c. Tổ chức thực hiện can thiệp

- Làm các thủ tục hành chính để tổ chức can thiệp được thuận lợi;
- Tổ chức các lớp tập huấn theo nội dung đã nêu ở trên;
- Đưa Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã vào vận hành.

d. Kiểm tra, giám sát thực hiện các giải pháp can thiệp

Mỗi quý 1 lần trong thời gian can thiệp NCS và cán bộ hướng dẫn xuống kiểm tra, giám sát việc thực hiện các nội dung can thiệp đã đề xuất để hướng dẫn, uốn nắn việc thực hiện các nội dung cho phù hợp với Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã và hỗ trợ sử dụng bộ video các kỹ thuật cấp cứu và vận chuyển nạn nhân, sử dụng mạng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) vào việc đào tạo và tự đào tạo liên tục...

Thường xuyên tương tác với cán bộ, nhân viên y tế các trạm y tế xã can thiệp qua mạng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) để hỗ trợ về chuyên môn, nghiệp vụ thực hiện Quy trình KBCB BHYT tại trạm y tế xã được đề xuất.

e. Đánh giá hiệu quả của các giải pháp can thiệp sau 1 năm triển khai:

- Đánh giá về việc tuân thủ và thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.
- Đánh giá năng lực nhân viên y tế điều kiện bảo đảm của trạm y tế xã trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho nhân dân.
- Đánh giá thay đổi đầu ra trong hoạt động chuyên môn của trạm y tế xã
- Đánh giá sự hài lòng của nhân viên y tế đối với những thay đổi về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.
- Đánh giá sự hài lòng và về việc sử dụng các dịch vụ y tế tuyến xã của người dân trên địa bàn.

2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu

2.2.4.1. Các chỉ số mô tả

1. Về thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT

*. *Thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm (Theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013 của Bộ Y tế)*

- Tổ chức y tế tuyến xã của 2 huyện nghiên cứu;
- Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã theo quy định của Bộ Y tế tại Quyết định số 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013;
- Thực hiện quy trình KBCB BHYT 14 bước tại trạm y tế xã;
- Thực hiện trách nhiệm của cơ sở y tế theo quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã ;
- Thực hiện trách nhiệm của nhân viên y tế theo quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.

*. *Khả năng đáp ứng về nguồn nhân lực y tế của trạm y tế*

- Đặc điểm chung về cơ cấu nhân lực y tế đang làm việc tại TYTX;
- Khả năng NVYT thực hiện các kỹ thuật BHYT theo danh mục quy định cho trạm y tế xã (Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2017 [5]).

*. *Khả năng đáp ứng về kinh phí, cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ người bệnh*

- Tình trạng cơ sở vật chất của trạm y tế: loại nhà, tình trạng nhà, diện tích, số phòng làm việc, tỷ lệ TYT có đủ phòng theo quy định...
- Tình trạng giường bệnh của trạm y tế xã
- Tình trạng trang thiết bị văn phòng, trang thiết bị y tế của trạm y tế xã
- Tình trạng thuốc, vật tư y tế, hóa chất phục vụ cho khám bệnh, chữa bệnh BHYT: các thuốc theo danh mục, các loại vật tư y tế và hóa chất theo danh mục, ...
- Kinh phí hoạt động của trạm y tế.

*. *Hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT của TYTX:*

- Các chỉ số liên quan đến hoạt động KBCB của TYT xã;
- Các hoạt động chuyên môn khác của TYT xã.

2. Về thái độ của nhân viên y tế đối với chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã:

- Nhận định, đánh giá của nhân viên y tế xã về TYTX, nguồn lực bảo đảm trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm (điểm TB và tỷ lệ);
- Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng KBCB BHYT tại trạm và về công việc hiện tại (điểm TB và tỷ lệ);

3. Về đánh giá và sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã của người dân địa phương:

- Tỷ lệ người dân đăng ký BHYT tại các cơ sở y tế;
- Hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT TYTX.

4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã

- Môi liên quan giữa hài lòng của nhân viên y tế xã và các điều kiện tổ chức, nguồn lực, hoạt động của TYTX;
- Môi liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân và sự hài lòng của người dân (phân tích đơn biến);
- Môi liên quan giữa một số yếu tố đảm bảo chất lượng KBCB BHYT của TYTX và sự hài lòng của người dân (trong phân tích đơn biến và đa biến);

2.2.4.2. Các chỉ số can thiệp

- Sự thay đổi trong thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.
- Sự thay đổi về cơ sở vật chất, trang thiết bị và năng lực của trạm y tế xã đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh BHYT.
- Sự thay đổi về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã: về quản lý hồ sơ, ứng dụng công nghệ thông tin, khả năng thực hiện các

dịch vụ kỹ thuật chuyên môn thuộc danh mục BHYT, chất lượng xét nghiệm, quản lý cung ứng và sử dụng thuốc BHYT...

- Sự thay đổi thái độ của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã.

- Sự thay đổi về đánh giá và sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã đối với người dân địa phương.

- Sự thay đổi hài lòng về dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã đối với người dân địa phương.

** Chỉ số chung nhất về chất lượng KBCB là: sự hài lòng của các đối tượng tham gia vào quá trình thực hiện BHYT tại TYTX [4]*

2.2.5. Các kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu

2.2.5.1. Thu thập số liệu bằng phỏng vấn

- Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi thiết kế sẵn cho các đối tượng là nhân viên y tế xã và người dân (xem phụ lục 1). Bộ câu hỏi xây dựng kế thừa dựa trên mô hình SERVQUAL về mức độ cảm nhận chất lượng dịch vụ của người dân qua 5 khía cạnh với 22 tiêu mục: phương tiện hữu hình, sự tin tưởng, sự đảm bảo, khả năng đáp ứng, sự đồng cảm [102] và kết hợp với bảng hỏi về trạm y tế xã của Viện Chiến lược và chính sách y tế Bộ Y tế đã được sử dụng và kiểm định bộ câu hỏi bằng hệ số α -Cronbach. Thang đo Likert (5 cấp độ từ rất tốt- rất đồng ý đến tốt – đồng ý, bình thường, kém – không đồng ý và rất kém – rất không đồng ý hoặc rất hài lòng, hài lòng, bình thường, không hài lòng và rất không hài lòng) được sử dụng để đo lường sự hài lòng của người dân [84], [96], [102]. 22 tiêu mục đánh giá chất lượng dịch vụ KBCB BHYT tại TYTX bao gồm:

1. Cơ sở vật chất, kỹ thuật hoặc phương tiện hữu hình:

P1. TYT có trang thiết bị hiện đại.

P2. Nhà, phòng làm việc của TYT sạch, đẹp.

P3. Nhân viên của TYT trang phục gọn gàng.

P4. Cơ sở vật chất của TYT là phù hợp với dịch vụ KBCB BHYT.

2. Niềm tin của người bệnh BHYT vào TYT

P5. TYT thực hiện đúng mọi việc như đã thông báo.

P6. TYT luôn thông cảm và làm cho người bệnh yên tâm.

P7. TYT là đáng tin cậy.

P8. TYT cung cấp đúng các dịch vụ như đã thông báo.

P9. TYT bảo quản hồ sơ KBCB một cách chính xác.

3. Trình độ chuyên môn và thái độ của NVYT hoặc độ bảo đảm

P10. TYT không thông báo chính xác thời gian cung cấp dịch vụ. (-)

P11. Người bệnh không được phục vụ kịp thời từ TYT.(-)

P12. NV TYT không phải lúc nào cũng sẵn sàng giúp đỡ người bệnh.(-)

P13. Nhân viên TYT quá bận để kịp thời phục vụ người bệnh (-)

4. Thủ tục hành chính, quy trình KBCB hoặc khả năng đáp ứng

P14. Người bệnh có thể tin tưởng vào nhân viên của TYT.

P15. Người bệnh cảm thấy an toàn khi giao dịch với nhân viên TYT.

P16. Nhân viên TYT lịch sự.

P17. Nhân viên được hỗ trợ đầy đủ từ TYT để làm tốt công việc của họ.

5. Truyền thông, tư vấn chính sách BHYT hoặc sự đồng cảm

P18. TYT không quan tâm tư vấn cho từng người bệnh. (-)

P19. Nhân viên TYT không quan tâm tư vấn cho từng người bệnh. (-)

P20. Nhân viên TYT không biết nhu cầu của người bệnh. (-)

P21. TYT không mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh. (-)

P22. TYT không bố trí thời gian thuận tiện cho mọi người bệnh. (-)

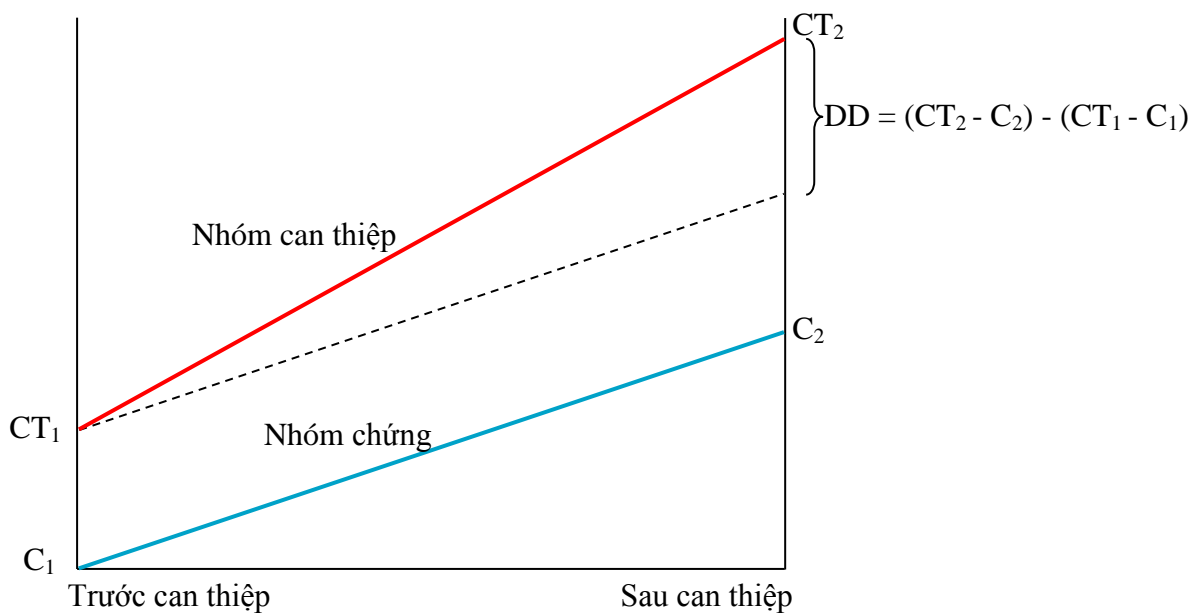
- Sử dụng bảng kiểm về quy trình khám bệnh, chữa bệnh để đánh giá sự tuân thủ quy trình KBCB BHYT của trạm y tế.

- Sử dụng biểu mẫu có sẵn để thu thập số liệu về cơ sở vật chất, trang thiết bị nhà trạm, nhân lực và các hoạt động của trạm y tế xã...

- Thu thập và phân tích các tài liệu sẵn có bao gồm thông tin cơ bản về tình hình kinh tế- xã hội, cấu trúc dân số, sổ sách, báo cáo của các cơ sở y tế, cơ quan BHXH các cấp về hoạt động KBCB BHYT của trạm y tế xã.

2.2.5.2. *Đánh giá hiệu quả can thiệp*

- So sánh kết quả trước và sau can thiệp; các chỉ số liên quan đến hoạt động của trạm y tế xã, nhân viên y tế thông qua Chỉ số thay đổi khác biệt hay còn gọi là Chỉ số DD (Difference in Differences). Chỉ số DD được minh họa trên hình sau [16, tr63], [90, pp129-142]:



Hình 2.2. *Ước tính tác động can thiệp dựa trên chỉ số DD*

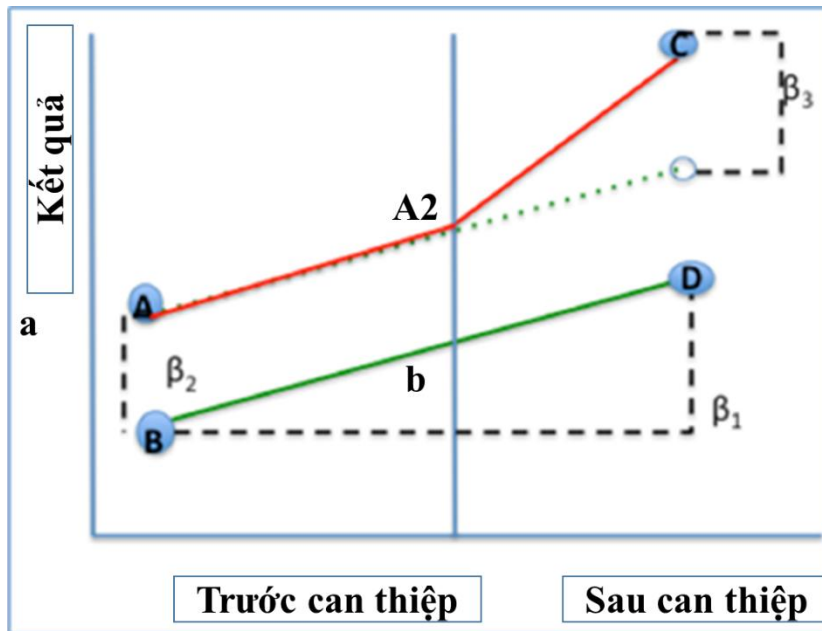
Theo hình 2.2 Chỉ số thay đổi khác biệt (DD) được tính như sau:

$$DD = (CT_2 - C_2) - (CT_1 - C_1) \text{ hoặc } DD = (CT_2 - CT_1) - (C_2 - C_1).$$

Để đánh giá tác động của các can thiệp số liệu của mục tiêu 2 còn được phân tích bằng cách sử dụng phương pháp hồi qui Chỉ số thay đổi khác biệt DD. Phương pháp này giúp so sánh giữa nhóm can thiệp và đối chứng dựa trên những khác biệt trong kết quả ở từng thời kỳ quan sát, thường được sử dụng trong các thiết kế bán can thiệp/phỏng thực nghiệm (quasi-experimental design) trong đó các số liệu được thu thập theo chiều dọc trong nhóm can

thiệt và nhóm chứng. Phương pháp được sử dụng để ước tính tác động của một can thiệp bằng cách so sánh những thay đổi về kết quả theo thời gian giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng (Hình 2.3). Nghiên cứu này là nghiên cứu bán can thiệp với 2 nhóm được đo lường qua 2 giai đoạn khác nhau của 2 nghiên cứu cắt ngang khác nhau nên áp dụng được phương pháp phân tích này.

Phân tích này loại bỏ những sai số trong so sánh ở giai đoạn sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng mà sự khác biệt giữa 2 nhóm này có thể là kết quả của sự khác biệt về bản chất giữa 2 nhóm, cũng như loại bỏ các sai lệch trong so sánh theo thời gian trong nhóm can thiệp mà các thay đổi ở nhóm can thiệp có thể là kết quả của các nguyên nhân khác không can thiệp.



Hình 1.3. Minh họa chiến lược phân tích DD [47]

Trong hình 2.3, A là nhóm can thiệp, B là nhóm chứng. Khoảng b là sự thay đổi trung bình của biến đầu ra quan tâm ở trong nhóm chứng theo thời gian. Bằng việc bổ sung thay đổi này vào nhóm can thiệp, A2 (chứ không phải là a) sẽ là mức nền so sánh ở nhóm can thiệp khi tính toán hiệu quả c (nếu có) của can thiệp. Sự khác biệt sẵn có giữa 2 nhóm trước can thiệp a độc lập với can thiệp và giả định là sự khác biệt này hằng định theo thời gian

Đề tài áp dụng phân tích hồi quy DD với các giả định sau đây: 1) Việc phân nhóm can thiệp và nhóm chứng không phụ thuộc vào các đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp. Theo thông tin về 2 địa bàn can thiệp và chứng, nghiên cứu này đảm bảo việc chọn huyện can thiệp và huyện chứng đáp ứng giả định này; 2) Chiều hướng của sự khác biệt (nếu có) ở nhóm can thiệp và nhóm chứng theo thời gian là như nhau giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng. Trong nghiên cứu này, thời gian can thiệp là 1 năm nên có thể thỏa mãn giả định này; 3) Các thành phần/cấu trúc của quần thể nghiên cứu ở 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp là ổn định. Như đã trình bày ở trên, thời gian can thiệp là 01 năm và hai huyện không có biến động lớn về dân số trong suốt thời gian nghiên cứu nên giả định về cấu trúc của quần thể ở 2 nhóm là không thay đổi.

Với biến phụ thuộc là biến định lượng, chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính để tính toán các hệ số trong mô hình. Khi đó, phân tích DD được thực hiện thông qua mô hình hồi quy tuyến tính sau:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 \times [\text{Thời gian}] + \beta_2 \times [\text{Can thiệp}] + \beta_3 \times [\text{Thời gian} \times \text{Can thiệp}] + \beta_4 \times [\text{biến độc lập khác}] + \varepsilon$$

Trong đó:

- β_0 là hằng số của mô hình hồi quy
- β_1 là hệ số hồi quy của biến “thời gian”. Biến “thời gian” là biến gồm có hai giá trị: 0 - trước can thiệp và 1 - sau can thiệp. Hệ số hồi quy β_1 là sự thay đổi trung bình trước và sau can thiệp ở nhóm chứng. Hệ số này thể hiện sự thay đổi thuần túy của biến kết quả trước và sau nghiên cứu khi không có can thiệp.
- β_2 là hệ số hồi quy của biến “can thiệp”. Biến “can thiệp” là biến gồm có hai giá trị: 0 – nhóm chứng và 1 – nhóm can thiệp. Hệ số hồi quy β_2 là sự khác biệt trung bình ước tính của biến kết quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước khi can thiệp (trong nghiên cứu này là sự

hài lòng của đối tượng nghiên cứu). Hệ số này chính là sự khác biệt cơ bản giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp.

- β_3 là hệ số của biến tương tác giữa “thời gian” và “can thiệp”. Đây chính là sự khác biệt mà nghiên cứu trong các sự khác biệt (difference in differences) đang mong muốn ước tính. Hệ số hồi quy β_3 cho biết liệu sự thay đổi trung bình của biến kết quả trước và sau can thiệp là khác nhau giữa 2 nhóm hay không (trong nghiên cứu này là sự hài lòng của đối tượng nghiên cứu).
- ε là sai số của mô hình
 - Chỉ số hiệu quả (CSHQ) hay còn gọi là giá trị dự phòng (Preventive value – PV) được tính theo công thức sau [16]:

$$CSHQ_{CT} (\%) = \frac{| P_{CT1} - P_{CT2} |}{P_{CT1}} \times 100$$

Trong đó:

+ $CSHQ_{CT}$: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

P_{CT1} : Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu trước can thiệp

P_{CT2} : Tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu sau can thiệp

+ $CSHQ_C$: Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng

$$CSHQ_C (\%) = \frac{| P_{C1} - P_{C2} |}{P_{C1}} \times 100$$

Trong đó: P_{C1} : Tỷ lệ % của chỉ số nhóm chứng trước can thiệp

P_{C2} : Tỷ lệ % của chỉ số nhóm chứng sau can thiệp

+ $HQCT = CSQ_{CT} - CSQ_C (\%)$

CSQ_{CT} = Chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp

CSQ_C = Chỉ số hiệu quả nhóm đối chứng

2.2.5.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Toàn bộ số liệu thu thập được xử lý thô, sau đó nhập vào máy vi tính hai lần độc lập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 16.0.

- Các kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ và các số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm, số trung bình.

- So sánh kết quả trước và sau can thiệp và so sánh giữa trạm y tế được can thiệp và trạm y tế đối chứng.

- Cách tính điểm hài lòng chung của người dân được thực hiện như sau:

Điểm hài lòng chung của mỗi người = Tổng số điểm/22 tiểu mục. Ý nghĩa của giá trị trung bình trong thang đo được tính theo Anderson [81]:

Ta có, giá trị khoảng cách = (maximum – minimum)/n = (5-1)/5 = 0,8.

Do đó, ý nghĩa của điểm trung bình (DTB), tỷ lệ và mức hài lòng như sau:

1,00 – 1,80: Rất không hài lòng, tương ứng với tỷ lệ <36% đạt mức: rất kém

1,81 – 2,60: Không hài lòng, tương ứng với tỷ lệ 36,2-52,0%, đạt mức: kém

2,61 – 3,40: Bình thường, tương ứng với tỷ lệ 52,2-68,0%, đạt mức trung bình

3,41 – 4,20: Hài lòng, tương ứng với tỷ lệ 68,2-84,0%, đạt mức: khá

4,21 – 5,00: Rất hài lòng, tương ứng với tỷ lệ 84,2-100,0%, đạt mức: tốt

Người dân được phân loại vào nhóm hài lòng về chất lượng KBCB với số DTB $\geq 3,41$ và nhóm chưa hài lòng với số DTB $< 3,41$.

- Cách tính tỷ lệ hài lòng theo các công thức sau:

1. Tính điểm trung bình theo từng câu hỏi (DTB_{CH}) với n người dân:

$$DTB_{CH} = \frac{\sum_{i=1}^5 d_i \cdot n_j}{n}$$

d_i : điểm thứ i của từng câu hỏi; n_j : người dân thứ j (j=1-n)

2. Tính điểm trung bình chung (TBC) với m câu hỏi:

$$TBC = \frac{\sum_{i=1}^m DTB_i}{m}$$

DTB_i : điểm trung bình của câu hỏi thứ i

3. Tỷ lệ hài lòng

$$\text{Tỷ lệ hài lòng} = \frac{\text{TBC qua khảo sát}}{5 (\text{điểm tối đa})} \times 100$$

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Áp dụng kỹ thuật thống kê mô tả, thống kê phân tích, sử dụng kiểm định χ^2 (khi bình phương) để mô tả và xác định các yếu tố liên quan đến sự hài lòng khách hàng. Số liệu định tính được phân tích theo chủ đề xác định yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của đối tượng nghiên cứu.

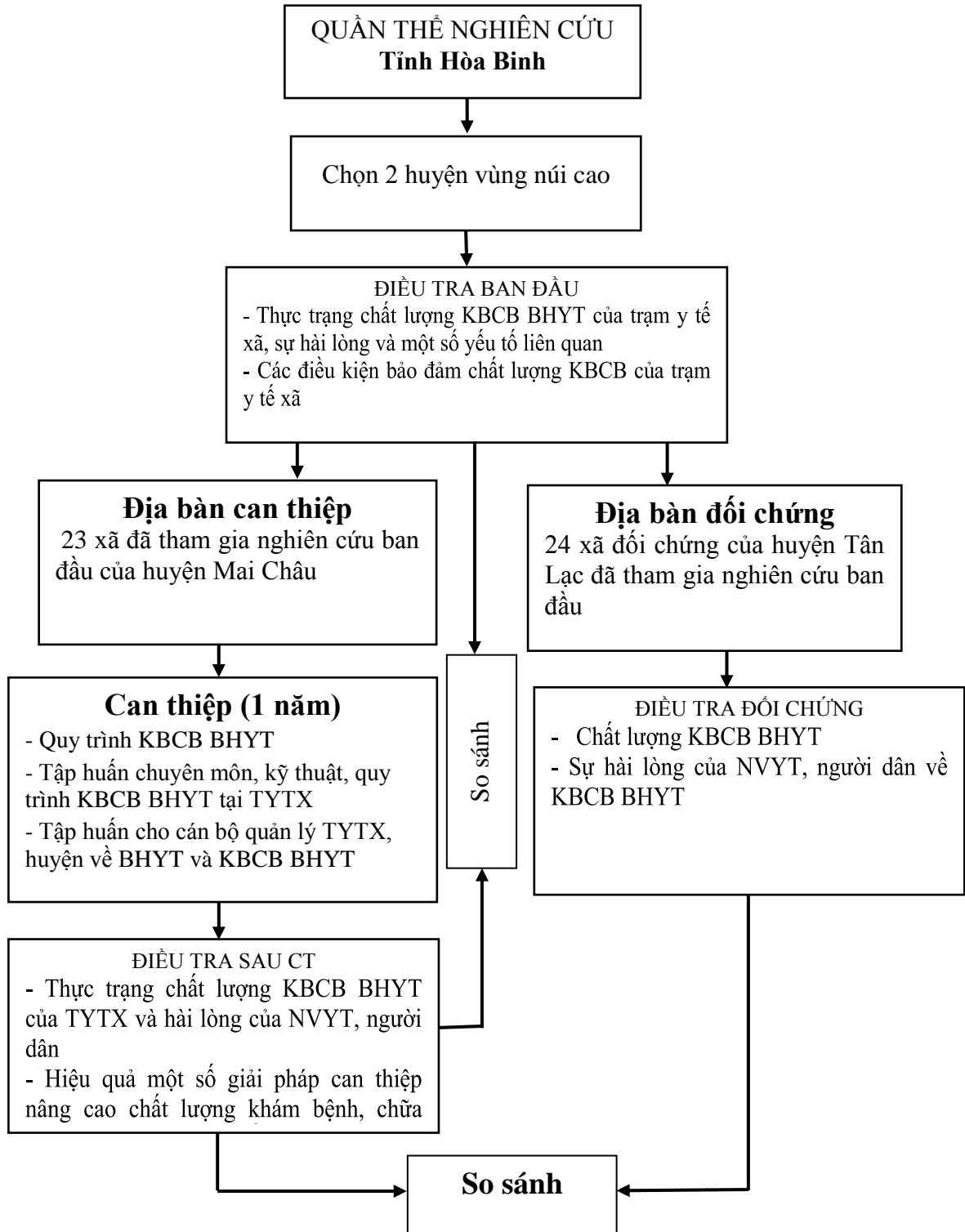
- Phân tích đơn biến, đa biến và đa biến chỉ số DD.

- Kiểm định so sánh kết quả trước và sau can thiệp bằng Z-test với các giá trị: Z = 1,96; p = 0,05; độ tin cậy 95,0%

Z = 2,58; p = 0,01; độ tin cậy 99,0%

Z = 3,29; p = 0,001; độ tin cậy 99,9%

2.2.5.4. Sơ đồ nghiên cứu



Hình 2.4: Sơ đồ nghiên cứu

2.3. TỔ CHỨC NGHIÊN CỨU

2.3.1. Tổ chức thực hiện

a. Giai đoạn 1: Điều tra mô tả ban đầu

- Xây dựng và hoàn thiện bộ công cụ nghiên cứu.
- Lựa chọn các địa điểm nghiên cứu.
- Lập danh sách các đối tượng điều tra tại 2 huyện.
- Liên hệ và làm các thủ tục cần thiết để tiến hành cuộc điều tra.
- Tuyển chọn các điều tra viên, tổ chức tập huấn nội dung và hướng dẫn kỹ năng thu thập thông tin cho điều tra viên.
- Tổ chức điều tra thu thập thông tin tại 2 huyện nghiên cứu.
- Tiến hành thu thập các văn bản quy phạm pháp luật, các báo cáo và tài liệu khác liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã.

b. Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp bao gồm 5 bước sau: 1: Chuẩn bị các nội dung trước can thiệp; 2: Chọn địa điểm can thiệp; 3: Triển khai can thiệp; 4: Điều tra mô tả sau can thiệp; 5: Đánh giá sau can thiệp.

2.3.2. Lực lượng tham gia nghiên cứu

- Nghiên cứu sinh là nghiên cứu viên chính trong thiết kế đề cương nghiên cứu, xây dựng các công cụ nghiên cứu và tổ chức nghiên cứu tại thực địa, xử lý số liệu, viết các báo cáo, bài báo và luận án;
- Các viên chức y tế của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, các cử nhân y tế công cộng và NVYT 2 trung tâm y tế của tỉnh Hòa Bình.

2.4. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được cho phép thực hiện thông qua Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương theo Giấy chứng nhận chấp thuận đề cương nghiên cứu số: VSĐT 13/2018 ngày 15 tháng 6 năm 2018.
- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động của trạm y tế xã, đáp ứng với các nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu ngày các cao của người dân.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của chính quyền, các cơ quan chuyên môn, cơ quan quản lý về y tế và người dân trên địa bàn nghiên cứu. Đối tượng điều tra đều được giải thích về mục đích của nghiên cứu.

- Nghiên cứu được tiến hành với sự tham gia tự nguyện của các đối tượng, thu thập thông tin khách quan, chính xác. Không có sự đối xử khác biệt nào đối với những đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Đối với huyện đối chứng, sau can thiệp tại huyện nghiên cứu, chúng tôi sẽ tiến hành các biện pháp tương tự đã được thực hiện tại huyện can thiệp.

2.5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

- Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có đủ điều kiện để đo lường thời gian thực hiện các bước trong Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại các TYTX để có đánh giá chính xác hơn việc thực hiện quy trình theo thời gian trước cũng như sau can thiệp;

- Trong đánh giá sau can thiệp chưa thực hiện chọn mẫu ghép cặp trước – sau để phân tích, đánh giá;

- Không có điều kiện để tăng cường cơ sở, vật chất kỹ thuật và các yếu tố khác cho các TYTX, mà mới tập trung vào cải tiến Quy trình KBCB BHYT cũng như nâng cao năng lực chuyên môn, kỹ thuật, chủ yếu là năng lực quản lý cho NVYT TYTX qua sử dụng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn).

- Chúng tôi không có đủ điều kiện để thực hiện một nghiên cứu toàn diện, đầy đủ cả 4 nhóm năng lực và các điều kiện của trạm y tế xã bảo đảm chất lượng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Không nghiên cứu về cấp phép cho các TYTX và cấp chứng chỉ hành nghề cho nhân viên y tế TYTX.

- Không thống kê được cụ thể các kỹ thuật nào làm được và kỹ thuật nào không làm được tại trạm y tế xã mà chỉ đề cập đến số lượng chung trong số 76 kỹ thuật được phân cấp cho TYTX do đối tượng nghiên cứu không trả lời câu hỏi số 17 VÀ 18 của bảng hỏi 1 phụ lục 1.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG KHÁM, CHỮA BỆNH BHYT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ NGHIÊN CỨU VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

3.1.1. Thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX

3.1.1.1. Một số chỉ số chung tại các xã nghiên cứu

Bảng 3.1. Tình trạng dân số, diện tích trung bình xã và tổ chức y tế tại 2 huyện nghiên cứu, năm 2017

Chỉ số	Mai Châu (n ₁ =23)	Tân Lạc (n ₂ =24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tổng số xã, thị trấn	23	24	47
Diện tích TB 1 xã (km ²)	24,54 ± 13,31	22,25 ± 10,33	23,39 ± 11,87
Dân số TB 1 xã (người)	2.467,7 ± 1.146,7	3.671,3 ± 1.812,6	3.082,3 ± 1.625,3
Số xã có trạm y tế, (%)	23 (100%)	24 (100%)	47 (100%)
Tổng số thôn, bản	138	235	373
Thôn, bản có NVYT hoạt động, (%)	95 (68,8%)	213 (90,6%)	308 (82,6%)
Thôn, bản có cửa hàng thuốc tư nhân, (%)	11 (8,0%)	20 (8,5%)	31 (8,3%)
Thôn, bản có YTTN, (%)	19 (13,7%)	20 (8,5%)	39 (10,4%)

Bảng 3.1 cho thấy, 2 huyện có 47 xã với 23 xã thuộc huyện Mai Châu và 24 xã thuộc huyện Tân Lạc. Diện tích trung bình/1 xã của 2 huyện nghiên cứu là 23,39 ± 11,87 km², đồng thời diện tích trung bình/xã của 2 huyện là khá cân bằng, giao động từ 22,25 ± 10,33 km² đối với huyện Tân Lạc đến

24,54 ± 13,31 km² đối với huyện Mai Châu. Dân số trung bình/xã thuộc 2 huyện là 3.082,3 ± 1.625,3 người, trong đó, dân số trung bình/xã thuộc huyện Mai Châu là 2.467,7 ± 1.146,7 người ít hơn so với dân số trung bình/xã thuộc huyện Tân Lạc với 3.671,3 ± 1.812,6 người. Tất cả 47 xã, thị trấn thuộc 2 huyện nghiên cứu đều có trạm y tế xã, chiếm tỷ lệ cao (100% xã, phường, thị trấn) so với tình hình chung trong cả nước. Thôn, bản có NVYT hoạt động chiếm tỷ lệ từ 68,8% tại huyện Mai Châu đến 90,6% tại huyện Tân Lạc, chung là 82,6%. Thôn, bản có cửa hàng thuốc tư nhân và có y tế tư nhân chiếm tỷ lệ rất thấp, tương ứng chung cho cả 2 huyện là: 8,3% và 10,4%.

Tình hình người dân đăng ký KBCB BHYT tại các cơ sở y tế của 2 huyện nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. *Tình hình người dân đăng ký KBCB BHYT tại các cơ sở y tế của 2 huyện nghiên cứu (2017)*

Thẻ BHYT đăng ký tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT	Huyện		
	Mai Châu (n ₁ =23)	Tân Lạc (n ₂ =24)	Chung (n=47)
Các cơ sở y tế trong huyện	48.415	79.123	127.538
TB/xã tại các cơ sở y tế của huyện	2.105,0	3.296,8	2.713,6
Tỷ lệ thẻ TB xã so với dân số/xã (%)	85,3	89,8	88,1
Đăng ký KBCB ban đầu tại TYTX	46.854	77.343	124.197
Đăng ký KBCB ban đầu TB/TYTX	2.037,1	3.222,6	2.642,5
Đăng ký tại cơ sở y tế khác	1.561	1.780	3.341

Bảng 3.2 cho thấy, có 127.538 thẻ BHYT được đăng ký tại các cơ sở y tế của 2 huyện nghiên cứu, trung bình có 2.713,6 thẻ BHYT/1 xã chiếm tỷ lệ 88,1% dân số trung bình/xã, trong đó, tỷ lệ thẻ đăng ký trung bình/xã của 2 huyện là khá cân bằng với 85,3% tại các xã huyện Mai Châu và 89,8% tại các xã huyện Tân Lạc. Đồng thời, đa số người dân có thẻ BHYT đăng ký KBCB

ban đầu tại TYTX (2.642,5/2.713,6) chiếm tỷ lệ 97,4%, chỉ có 2,6% người dân có thẻ BHYT đăng ký KBCB ban đầu tại các cơ sở y tế khác trong huyện.

3.1.1.2. Thực trạng thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, 2017

Bảng 3.3. Tỷ lệ các trạm y tế xã nghiên cứu có xây dựng hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm y tế

TYT xây dựng quy trình KBCB BHYT	Mai Châu (n ₁ =23)		Tân Lạc (n ₂ =24)		Cộng (n=47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Có	10	43,5	13	54,2	23	48,9
Không	13	56,5	11	45,8	24	51,1

Kết quả bảng trên cho thấy, khoảng một nửa số trạm y tế xã thuộc 2 huyện nghiên cứu (48,9%) có xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình 14 bước trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, trong đó, tỷ lệ tại huyện Tân Lạc là 54,2% cao hơn so với tỷ lệ tại huyện Mai Châu (43,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện quy trình KBCB BHYT

Trạm y tế xã thực hiện quy trình KBCB BHYT	Mai Châu (n ₁ =23)		Tân Lạc (n ₂ =24)		Chung 2 huyện (n=47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thực hiện đủ 14 bước	16	69,6	17	70,8	33	70,2
Thực hiện < 14 bước	7	30,4	7	29,2	14	29,8

Bảng 3.4 cho thấy, mặc dù chỉ có gần 50% số trạm y tế xã có xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã nhưng trên thực tế đến 70,2% số trạm y tế xã thực hiện đủ 14 bước của quy trình này và tỷ lệ thực hiện đủ 14 bước tương đương tại TYTX của 2 huyện.

Bảng 3.5. Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện từng bước trong quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Trách nhiệm của cơ sở y tế	Mai Châu (n1 = 23)		Tân Lạc (n2 = 24)		Chung 2 huyện (n = 47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
1. Bố trí quầy đón tiếp	16	69,6	15	62,5	31	66,0
2. Kiểm tra thẻ BHYT và giấy tờ liên quan	22	95,7	24	100,0	46	97,9
3. Nhập thông tin vào máy tính	22	95,7	24	100,0	46	97,9
4. Thu tiền của đối tượng cùng chi trả	1	4,3	1	4,2	2	4,3
5. Thông báo, bố trí buồng khám bệnh	21	91,3	21	87,5	42	89,4
6. Khám lâm sàng	22	95,7	24	100,0	46	97,9
7. Ghi chép thông tin về tình trạng bệnh	23	100,0	24	100,0	47	100,0
8. Chỉ định xét nghiệm hoặc kỹ thuật chẩn đoán	12	52,2	4	16,7	16	34,0
9. Chỉ dẫn người bệnh đến nơi làm xét nghiệm	13	56,5	5	20,8	18	38,3
10. Chẩn đoán và điều trị, kê đơn thuốc	22	95,7	24	100,0	46	97,9
11. Trả kết quả xét nghiệm	3	13,0	3	12,5	6	12,8
12. Kiểm tra nội dung thông kê theo mẫu, ký xác nhận	21	91,3	22	91,7	43	91,5
13. Kiểm tra đơn thuốc, phát thuốc	23	100,0	24	100,0	47	100,0
14. Tư vấn về đơn thuốc	23	100,0	23	95,8	46	97,9

Kết quả bảng 3.5 cho thấy, chỉ có 2 bước: Ghi chép thông tin về tình trạng bệnh và kiểm tra đơn thuốc, phát thuốc được thực hiện đầy đủ tại 47 TYTX. Các bước được thực hiện với tỷ lệ cao là: kiểm tra thẻ và giấy tờ liên quan; nhập thông tin vào máy tính; khám lâm sàng; chẩn đoán, điều trị và kê đơn thuốc và tư vấn về kê đơn thuốc cùng với tỷ lệ là 97,9%; tiếp theo là kiểm tra nội dung thống kê theo mẫu, ký xác nhận (91,5%); thông báo, bố trí buồng khám bệnh (89,4%) và bố trí quầy đón tiếp (66,0%). Các bước còn lại được thực hiện với tỷ lệ dưới 50%, trong đó thấp nhất là thu tiền của đối tượng cùng chi trả (4,3%), tiếp theo là trả kết quả xét nghiệm với 12,8%.

3.1.1.3. Thực trạng năng lực bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã, 2017

*. *Thực trạng năng lực về nhân lực của trạm y tế xã*

Bảng 3.6. Đặc điểm chung về nhân lực y tế đang làm việc tại trạm y tế xã (2017)

Chỉ số	Mai Châu (n₁=23)	Tân Lạc (n₂=24)	Chung (n=47)
Tổng số NVYT xã hiện có	139	147	286
Số nhân viên trung bình TYTX	6,04 ± 0,82	6,13 ± 0,85	6,09 ± 0,83
Tỷ số NVYT xã/1000 dân,(‰)	2,45	1,67	1,97
<i>So sánh với quy định của Chuẩn Quốc gia về y tế xã (%)</i>			
- Đủ chức danh	3 (13,0%)	3 (12,5%)	6 (12,8%)
- Đủ về cơ cấu và số lượng	10 (43,5%)	13 (54,2%)	23 (48,9%)
Tỷ lệ TYT có bác sỹ	12 (52,2%)	13 (54,2%)	25 (53,2%)
Tỷ lệ TYT có y sỹ đa khoa	23 (100%)	23 (95,8%)	46 (97,9%)
Tỷ lệ TYT có NHS, YSSN	22 (95,7%)	13 (54,2%)	35 (74,5%)
Tỷ lệ TYT có điều dưỡng viên	15 (65,2%)	17 (70,8%)	32 (68,1%)
Tỷ lệ TYT có nhân viên dược	7 (30,4%)	12 (50,0%)	19 (40,4%)

Kết quả bảng 3.6 cho thấy số nhân viên y tế trung bình/trạm y tế xã chung cả 2 huyện là $6,09 \pm 0,83$ người, tỷ số NVYT/1000 dân là 1,97‰, trong đó tại các xã của huyện Mai Châu là 2,45‰ cao hơn so với huyện Tân Lạc là 1,67‰. So sánh với quy định của Chuẩn Quốc gia về y tế xã tỷ lệ trạm y tế xã đủ về chức danh, đủ về cơ cấu và số lượng NVYT đạt thấp, chung cả 2 huyện tương ứng là 12,8% và 48,9% và sự khác biệt giữa 2 huyện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong các loại NVYT, tỷ lệ TYTX có nhân viên được đạt thấp nhất (40,4%), tiếp theo là có bác sỹ (53,2%); cao nhất là TYTX có y sỹ đa khoa (97,9%). Nhìn chung các tỷ lệ trên khác nhau giữa TYTX của 2 huyện, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Năng lực TYT thực hiện được các kỹ thuật KBCB BHYT theo danh mục quy định cho trạm y tế xã (Thông tư 39)

Năng lực thực hiện được	Mai Châu (n ₁ =23)		Tân Lạc (n ₂ =24)		Chung 2 huyện (n=47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Từ 61 kỹ thuật trở lên/76 kỹ thuật (từ 80% trở lên)	13	56,5	12	50,0	25	53,2
Từ 38 – 60 kỹ thuật (từ 50% - <80%)	8	34,8	9	37,5	17	36,2
<38 kỹ thuật (< 50%)	2	8,7	3	12,5	5	10,6

Kết quả bảng 3.7 cho thấy, gần 90% số trạm y tế xã thực hiện được một nửa tổng số kỹ thuật, trong đó, trên một nửa số trạm (53,2%) thực hiện được từ 80% tổng số kỹ thuật trở lên trong số 76 kỹ thuật quy định cho TYTX theo Thông tư hướng dẫn số 39 của BYT [5]. Như vậy, còn hơn 10% số TYTX chỉ thực hiện được dưới một nửa số kỹ thuật quy định cho trạm y tế xã. Tình trạng này khá tương đồng tại các trạm y tế xã của cả 2 huyện nghiên cứu ($p > 0,05$).

***.* *Thực trạng các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã nghiên cứu*

Bảng 3.8. *Một số chỉ số chung về điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã 2 huyện nghiên cứu, 2017*

Các chỉ số về TYTX	Mai Châu (n ₁ =23)		Tân Lạc (n ₂ =24)		Chung 2 huyện (n=47)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đạt Chuẩn QG về YT xã	13	56,5	10	41,7	23	48,9
Có ≥5 giường lưu	11	47,8	15	62,5	26	55,3
TTB văn phòng đạt trở lên	16	69,6	15	62,5	31	66,0
TTB y tế đạt trở lên	20	87,0	18	75,0	38	80,9
Bảo đảm TTB thực hiện được từ 80% KT trở lên	12	52,2	11	45,8	23	48,9
Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo danh mục 241 loại	14	60,9%	14	58,3	28	59,6
Đủ kinh phí thường xuyên	17	73,9	23	95,8	40	85,1
Đảm bảo an toàn cháy nổ	23	100,0	24	100,0	47	100,0
Có quản lý hồ sơ bệnh án	17	73,9	19	79,2	36	76,6
Có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet)	13	56,5	10	41,7	23	48,9
Thực hiện đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn	18	78,3	18	75,0	36	76,6

Bảng 3.8 cho thấy, 100% số trạm y tế nghiên cứu đạt tiêu chuẩn an toàn cháy nổ; tiếp theo tỷ lệ cao trạm y tế xã đạt các tiêu chí có đủ kinh phí thường xuyên (85,1%); trang thiết bị y tế đạt trở lên (80,9%), có quản lý hồ sơ bệnh án (76,6%) và thực hiện đầy đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn (76,6%); có 66% số trạm có trang thiết bị văn phòng đạt trở lên; có 59,6% TYTX bảo đảm được thuốc từ 80% trở lên theo danh mục 241 loại thuốc bảo hiểm y tế và có 55,3% số TYTX có từ 5 giường bệnh tại trạm theo quy định; các chỉ số còn lại (bảo đảm TTB thực hiện được từ 80% tổng số kỹ thuật trở lên, có ứng dụng CNTT, đạt chuẩn QG) chưa đến 50% số trạm đạt được. Các chỉ số này khác nhau giữa 2 huyện nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.1.4. Thực trạng hoạt động chuyên môn của trạm y tế xã

Bảng 3.9. Các chỉ số hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của TYT xã

Chỉ số	Mai Châu (n ₁ =23)	Tân Lạc (n ₂ =24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tổng số lượt KBCB trung bình/năm của TYT	3841,5 ± 338,9	3908,5 ± 240,8	3875,7 ± 291,7
Tổng số lượt KBCB trung bình/tháng TYT	320,1 ± 28,24	325,7 ± 20,06	322,9 ± 24,3
Số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm	1,56 ± 0,35	1,06 ± 0,11	1,26 ± 0,25
Tổng số lượt khám BHYT TB/năm của TYT	2.830,2 ± 357,4	3.416,6 ± 310,5	3.129,6 ± 443,9
Số lượt khám BHYT TB/1 thẻ/năm tại TYT	1,39 ± 0,26	1,06 ± 0,11	1,18 ± 0,17
Tổng số lượt khám BHYT trung bình/tháng	235,9 ± 29,8	284,7 ± 25,9	260,8 ± 37,0
Tỷ lệ trung bình khám BHYT/tổng số khám (%)	73,6	87,4	80,7
Tỷ lệ khám BHYT được chuyển tuyến trên điều trị nội trú TB tháng (%)	3 (1,27%)	4 (1,40%)	3,5 (1,34%)

Phân tích bảng 3.9 thấy, tổng số lượt KBCB trung bình/tháng năm 2017 của các TYTX chung 2 huyện là 322,9 ± 24,3 lượt với số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm là 1,26 lượt, trong đó, 1,56 lượt tại các xã huyện Mai Châu và 1,06 lượt tại các xã huyện Tân Lạc. Số lượt khám BHYT trung bình/1 người dân/1 thẻ BHYT năm 2017 chung cả 2 huyện là 1,18 lượt và tại từng huyện là 1,39 lượt khám BHYT/1 thẻ BHYT tại Mai Châu và 1,06 lượt/1

thẻ BHYT tại huyện Tân Lạc. Như vậy 100% người dân huyện Tân Lạc là khám BHYT tại các TYTX. Tổng số lượt khám BHYT trung bình/1 TYT xã/1 tháng chung cả 2 huyện là $260,8 \pm 37,0$ lượt đạt tỷ lệ 80,7% so với tổng số lượt KBCB trong tháng. Chỉ số này tại huyện Mai Châu tương ứng là: $235,9 \pm 29,8$ lượt và 73,6%, tại huyện Tân Lạc là: $284,7 \pm 25,9$ và 87,4%. Tỷ lệ khám BHYT được chuyển tuyến trên điều trị nội trú TB tháng/1 TYTX là 1,34%.

3.1.2. Đánh giá của nhân viên y tế xã về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

3.1.2.1. Đặc điểm của nhân viên y tế được điều tra

Bảng 3.10. Đặc điểm nhân viên y tế xã của 2 huyện nghiên cứu

Các chỉ số		Mai Châu		Tân Lạc		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tổng số		115	48,9	120	51,1	235	100,0
1. Giới tính	<i>Nữ</i>	86	74,8	81	67,5	167	71,1
	<i>Nam</i>	29	25,2	39	32,5	68	28,9
2. Nơi cư trú và làm việc							
Tại xã		59	51,3	71	59,2	130	55,3
Từ nơi khác đến		56	48,6	49	40,8	105	44,7
3. Cấp đào tạo: Sơ, trung		98	85,2	106	88,3	204	86,8
Cao đẳng, đại học		17	14,8	14	11,7	31	13,2
4. Chức danh: Trạm trưởng		8	7,0	23	19,2	31	13,2
Phó trạm trưởng		15	13,0	6	5,0	21	8,9
Nhân viên		92	80,0	91	75,8	183	77,9
5. Chức danh chuyên môn							
1. Bác sỹ điều trị		9	7,8	11	9,2	20	8,5
2. Các chức danh còn lại		106	92,2	109	90,8	215	91,5
6. KBCB BHYT: Có		96	83,5	97	80,8	193	82,1
Không		19	16,5	23	19,2	42	17,9

Bảng 3.10 cho thấy, trong số 235 NVYT xã được điều tra nữ giới chiếm đa số, gấp gần 3 lần so với nam giới chung ở cả 2 huyện cũng như ở từng huyện. Số NVYT cư trú và làm việc tại xã chiếm tỷ lệ trên 55% và cao hơn so với tỷ lệ NVYT từ nơi khác đến làm việc tại xã (44,7%). Số NVYT có trình độ từ cao đẳng trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp (13,2%). Chỉ có 8,5% đảm nhiệm chức danh bác sỹ điều trị và số NVYT có tham gia KBCB BHYT chiếm tỷ lệ cao (82,1%).

Bảng 3.11. Đặc điểm nhân viên y tế xã của 2 huyện nghiên cứu về tuổi đời và thời gian công tác

Chỉ số trung bình \pm SD	Mai Châu (n ₁ =115)	Tân Lạc (n ₂ =120)	Chung (n=235)
Tuổi đời	38,63 \pm 9,20	39,97 \pm 9,94	39,31 \pm 9,59
Năm công tác trong ngành y	13,24 \pm 9,06	15,08 \pm 9,80	14,18 \pm 9,47
Năm công tác tại trạm	11,66 \pm 8,79	14,91 \pm 10,08	13,32 \pm 9,60

Bảng 3.11 cho thấy, tuổi đời trung bình của 235 NVYT được điều tra là 39,31 \pm 9,59 tuổi và chỉ số này tương đương đối với NVYT giữa 2 huyện nghiên cứu, 38,63 \pm 9,20 tuổi đối với NVYT xã huyện Mai Châu và 39,97 \pm 9,94 tuổi đối với NVYT xã huyện Tân Lạc. Năm công tác trung bình trong ngành y của NVYT chung 2 huyện là 14,18 \pm 9,47 năm và chủ yếu họ làm việc tại trạm y tế xã với số năm trung bình là 13,32 \pm 9,60 năm. Các chỉ số này tương đương nhau đối với NVYT của 2 huyện nghiên cứu.

3.1.2.2. Đánh giá của nhân viên y tế được điều tra về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã

Kết quả đánh giá của nhân viên y tế được điều tra về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã năm 2018 tại 2 huyện nghiên cứu được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 3.12. Điểm TB và tỷ lệ đánh giá của nhân viên y tế xã về năng lực và điều kiện bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh BHYT của TYTX, 2018

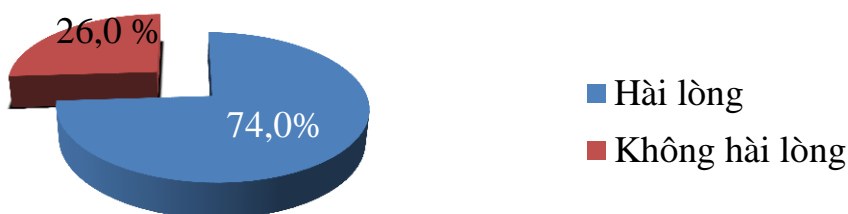
Các chỉ số về KBCB BHYT	Mai Châu (n ₁ =115)		Tân Lạc (n ₂ =120)		Chung (n=235)	
	ĐTB± SD	%	ĐTB± SD	%	ĐTB± SD	%
1. Hợp lý về quy trình chung	3,90 ± 0,70	78,0	3,70 ± 0,71	74,0	3,80 ± 0,71	76,0
2. Hợp lý về quy trình từng bước	3,87 ± 0,73	77,4	3,71 ± 0,70	74,2	3,79 ± 0,72	75,7
3. Đáp ứng được về nhân lực	3,70 ± 0,72	74,0	3,54 ± 0,78	70,8	3,62 ± 0,75	72,3
4. Đáp ứng được về cơ sở nhà trạm	3,70 ± 0,82	74,0	3,36 ± 0,98	67,2	3,53 ± 0,92	70,6
5. Đáp ứng được về cơ sở VCKT	3,49 ± 0,79	69,8	3,27 ± 0,71	65,4	3,38 ± 0,75	67,6
6. Đáp ứng được về cảnh quan	3,80 ± 0,84	76,0	3,59 ± 0,75	71,8	3,69 ± 0,80	73,9
7. Đáp ứng được về trang thiết bị	3,52 ± 0,84	70,4	3,37 ± 0,73	67,4	3,44 ± 0,79	68,9
8. Đáp ứng được về kinh phí	3,02 ± 0,79	60,4	2,51 ± 0,94	50,2	2,76 ± 0,91	55,1
9. Thuận lợi trong thanh toán	3,00 ± 1,00	60,0	2,35 ± 0,95	47,0	2,67 ± 1,03	53,4
10. Khả năng thực hiện kỹ thuật cơ bản	3,65 ± 0,64	73,0	3,49 ± 0,57	69,8	3,57 ± 0,60	71,4
Chung cả 10 yếu tố trên	3,57±0,57	71,4	3,29±0,46	65,8	3,42±0,53	68,4

Cronbach's Alpha là 0,881

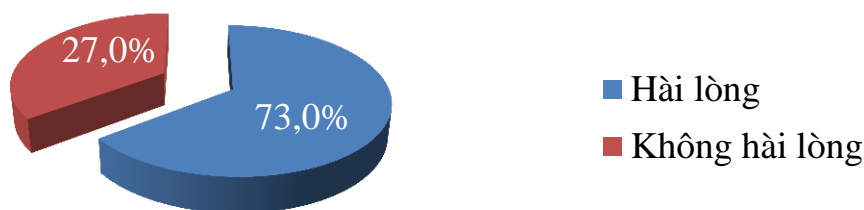
Kết quả bảng 3.12 cho thấy, điểm trung bình chung 10 yếu tố về năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã được NVYT 2 huyện đánh giá là $3,42 \pm 0,53$ điểm đạt mức cao với tỷ lệ 64,8%, trong đó cao nhất là yếu tố “Hợp lý về quy trình KBCB chung” với số điểm trung bình là $3,80 \pm 0,71$ đạt 76,0%; tiếp theo là yếu tố “Hợp lý về quy trình KBCB từng bước” với số điểm trung bình là $3,79 \pm 0,72$ với tỷ lệ 75,7%. Đạt điểm thấp nhất là yếu tố “Thuận lợi trong thanh toán” với số điểm trung bình là $2,67 \pm 1,03$ đạt mức trung bình và tỷ lệ đánh giá là 53,4%; tiếp theo là yếu tố “Đáp ứng được về kinh phí” với điểm trung bình là $2,76 \pm 0,91$ đạt 55,1%. Các yếu tố còn lại đều được đánh giá ở mức cao với điểm trung bình $>3,41$.

Bảng 3.13. Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng KBCB BHYT tại trạm và về công việc hiện tại, 2018

Các chỉ số của nhân viên y tế	Mai Châu (n ₁ =115)		Tân Lạc (n ₂ =120)		Chung (n=235)	
	<i>ĐTB</i> ± <i>SD</i>	%	<i>ĐTB</i> ± <i>SD</i>	%	<i>ĐTB</i> ± <i>SD</i>	%
Hài lòng về chất lượng KBCB	$3,77 \pm 0,64$	75,4	$3,64 \pm 0,58$	72,8	$3,70 \pm 0,61$	74,0
Hài lòng với công việc hiện tại	$3,74 \pm 0,78$	74,8	$3,56 \pm 0,79$	71,2	$3,65 \pm 0,79$	73,0



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về chất lượng KBCB BHYT tại trạm



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế trạm y tế xã về công việc hiện tại

Kết quả bảng 3.13 và các biểu đồ 3.1, 3.2 cho thấy, nhân viên y tế được điều tra có điểm hài lòng chung ở cả 2 huyện về chất lượng KBCB BHYT là $3,70 \pm 0,61$ với tỷ lệ hài lòng là 74,0% đạt ở mức cao trong thang đánh giá của Likert và Anderson. Đồng thời, điểm hài lòng của nhân viên y tế về công việc hiện tại của chính mình tại TYTX chung cho cả 2 huyện là $3,65 \pm 0,79$ đạt tỷ lệ 73,0%. Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế về cả 2 tiêu chí ở từng huyện khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.14. Tỷ lệ phân bố nhân viên y tế xã theo lý do hài lòng về công việc hiện tại

Lý do hài lòng	Mai Châu (n =81)		Tân Lạc (n =71)		Chung (n =152)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Phù hợp với chuyên môn	78	96,3	70	98,6	148	97,4
Phù hợp với gia đình	31	38,3	24	33,8	55	36,2
Không có cơ hội ở nơi khác	1	1,2	12	16,9	13	8,6
Thu nhập ổn định	8	9,9	22	31,0	30	19,7
Không muốn thay đổi	17	21,0	19	26,8	36	23,7

Bảng 3.14 cho thấy, gần 70% NVYT được điều tra hài lòng với công việc hiện tại là do cảm nhận được sự phù hợp về chuyên môn. Các lý do còn

lại chiếm tỷ lệ rất thấp, dưới 25% ý kiến, trong đó, thấp nhất là do không có cơ hội làm việc ở nơi khác (5,5% ý kiến). Các nguyên nhân “không có cơ hội làm việc ở nơi khác” và “thu nhập ổn định” có tỷ lệ khác nhau giữa ý kiến NVYT của 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Tỷ lệ phân bố nhân viên y tế xã theo lý do không hài lòng về công việc hiện tại

Lý do không hài lòng	Mai Châu (n ₁ =34)		Tân Lạc (n ₂ =49)		Chung (n=83)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Cơ chế quản lý thiếu ổn định	7	26,6	12	24,5	19	22,9
Ít được quan tâm	7	26,6	18	36,7	25	30,1
Không có cơ hội để phát triển	4	11,8	13	26,5	17	20,5
Chế độ, chính sách chưa thỏa đáng	20	58,8	26	53,1	46	55,4
Công việc không rõ ràng	2	5,9	7	14,3	9	10,8
Thu nhập không đảm bảo	11	32,4	27	55,1	38	45,8
Không phát huy được chuyên môn	7	26,6	13	26,5	20	24,1

Kết quả bảng 3.15 cho thấy, nguyên nhân không hài lòng về công việc hiện tại của nhân viên y tế 2 huyện được điều tra chiếm tỷ lệ cao nhất là do chế độ, chính sách chưa thỏa đáng, tuy nhiên cũng chỉ có 55,4% đồng ý với lý do này, đồng thời, tỷ lệ đồng ý với ý kiến này của nhân viên y tế xã thuộc huyện Mai Châu (58,8%) cao hơn so với cùng chỉ số ở huyện Tân Lạc (53,1%). Nguyên nhân tiếp theo là do thu nhập không ổn định với 45,8% ý kiến. Các nguyên nhân còn lại đạt tỷ lệ thấp, từ 30% trở xuống, trong đó, tỷ lệ nhân viên y tế không hài lòng thấp nhất là do công việc không rõ ràng (10,8%) và tiếp theo là do không có cơ hội phát triển (20,5%).

3.1.3. Đánh giá của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

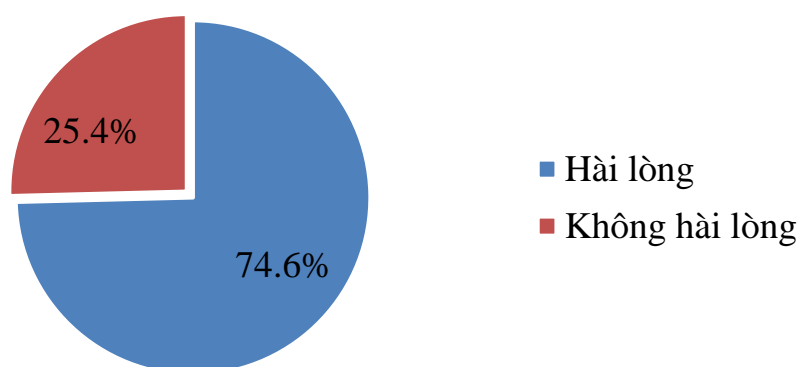
Bảng 3.16. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu là người dân

Chỉ số		Mai Châu (n ₁ =231)		Tân Lạc (n ₂ =240)		Chung (n=471)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Giới tính	Nam	98	42,4	114	47,5	212	45,0
	Nữ	133	57,6	126	52,5	259	55,0
Tuổi	< 30 tuổi	26	11,3	21	8,8	47	10,0
	≥ 30 tuổi	205	88,7	219	91,3	424	90,0
Dân tộc	Mường	61	26,4	208	86,7	269	57,1
	Thái	130	56,3	13	5,4	143	30,4
	Kinh	17	7,4	19	7,9	36	7,6
	Mông	20	8,7	0	0	20	4,2
	Khác	3	1,3	0	0	3	0,6
Trình độ học vấn	Không biết chữ	8	3,5	5	2,1	13	2,8
	Tiểu học	73	31,6	70	29,2	143	30,4
	Trung học cơ sở	85	36,8	80	33,3	165	35,0
	Trung học phổ thông	36	15,6	64	26,7	100	21,2
	Cao đẳng, đại học	29	12,6	21	8,8	50	10,6

Bảng 3.16 cho thấy, trong 471 người dân được hỏi nữ (55%) nhiều hơn nam (45%); người Mường đông nhất chiếm tỷ lệ 57,1%, tiếp theo là người Thái (30,6%); người học hết tiểu học và trung học cơ sở có tỷ lệ cao (65,4%).

Bảng 3.17. Điểm trung bình hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (2018)

Các yếu tố chất lượng dịch vụ KBCB BHYT	Mai Châu (n ₁ =231)		Tân Lạc (n ₂ =240)		Chung (n=471)	
	TB±SD	%	TB±SD	%	TB±SD	%
Phương tiện hữu hình Cronbach- α =0,793	3,49±0,73	69,8	3,35±0,77	67,0	3,42±0,75	68,4
Sự tin tưởng Cronbach- α =0,810	3,85±0,63	77,0	3,71±0,58	75,0	3,80±0,61	76,0
Độ bảo đảm Cronbach- α =0,753	3,93±0,60	78,6	3,78±0,59	75,6	3,85±0,60	77,0
Khả năng đáp ứng Cronbach- α =0,794	3,89±0,62	77,8	3,76±0,62	75,2	3,82±0,62	76,5
Sự đồng cảm Cronbach- α =0,802	3,84±0,64	76,8	3,69±0,59	73,8	3,76±0,62	75,2
Chung cả 5 yếu tố Cronbach-α=0,866	3,80±0,53	76,0	3,67±0,52	73,2	3,73±0,53	74,6



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ hài lòng của người dân đối với chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (2018)

Bảng 3.17 và biểu đồ 3.3 cho thấy, điểm trung bình hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã chung cả 2 huyện năm 2018 là $3,73 \pm 0,53$ điểm đạt tỷ lệ cao 74,6%. Phân tích theo từng yếu tố chất lượng dịch vụ KBCB BHYT tại trạm y tế xã thấy, yếu tố “Độ bảo đảm” được đánh giá với số điểm cao nhất là $3,85 \pm 0,60$ đạt tỷ lệ 77,0%; tiếp theo lần lượt là yếu tố “Khả năng đáp ứng” với số điểm trung bình là $3,82 \pm 0,62$ đạt tỷ lệ 76,5%; yếu tố “sự tin tưởng” với $3,80 \pm 0,61$ điểm đạt 76%; yếu tố “sự đồng cảm” với $3,76 \pm 0,62$ điểm đạt 75,2% và thấp nhất là yếu tố “Phương tiện hữu hình” với $3,42 \pm 0,75$ điểm đạt tỷ lệ 68,4%.

3.1.4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã

3.1.4.1. Đối với nhân viên y tế

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã ($n=235$) (phân tích đơn biến)

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI ₉₅)
		SL	%	SL	%	
Giới tính	Nam	53	77,9	15	22,1	OR= 1,98 (1,03 – 3,81)
	Nữ	107	64,1	60	35,9	
Nơi cư trú	Tại xã	87	66,9	43	33,1	OR= 0,89 (0,51 – 1,54)
	Nơi khác đến	73	69,5	32	30,5	
Trình độ đào tạo	Sơ, trung cấp	147	72,1	57	27,9	OR= 3,57 (1,64 – 7,76)
	CD, đại học	13	41,9	18	58,1	
Chức danh lãnh đạo	Lãnh đạo	27	51,9	25	48,1	OR= 0,41 (0,22 – 0,77)
	Nhân viên	133	72,7	50	27,3	
Chức danh chuyên môn	Bác sỹ	8	40,0	12	60,0	OR= 0,28 (0,11 – 0,71)
	Còn lại	152	70,7	63	29,3	
KBCB BHYT	Có	135	69,9	58	30,1	OR= 1,58 (0,79 – 3,15)
	Không	25	59,5	17	40,5	

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa yếu tố tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235)

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI ₉₅)
		SL	%	SL	%	
Hướng dẫn quy trình KBCB BHYT	Có	87	75,0	29	25,0	OR= 1,89 (1,08 – 3,31)
	Không	73	63,1	46	38,7	
Thực hiện quy trình KBCB BHYT	Đủ 14 bước	121	72,9	45	27,1	OR= 2,07 (1,15 – 3,72)
	Không đủ	39	56,5	30	43,5	
Trạm y tế đạt Chuẩn	Đạt chuẩn	86	72,3	33	27,7	OR= 1,48 (0,85 – 2,57)
	Không đạt	74	63,8	42	36,2	
Bác sỹ làm việc tại trạm y tế	Có	82	71,9	32	28,1	OR= 1,41 (0,81 – 2,46)
	Không có	78	64,5	43	35,5	
Quản lý hồ sơ, bệnh án của trạm	Tốt	122	68,2	57	31,8	OR= 1,01 (0,53 – 1,93)
	Không tốt	38	67,9	18	32,1	
Ứng dụng công nghệ thông tin của trạm	Có	87	75,0	29	25,0	OR= 1,89 (1,08 – 3,31)
	Không	73	61,3	46	38,7	
Quan tâm của xã	Quan tâm	153	72,9	57	27,1	OR= 6,90 (2,74 – 17,40)
	Không	7	28,0	18	72,0	
Phối hợp với các ban, ngành của xã	Có	154	70,3	65	29,7	OR= 3,95 (1,38 – 11,32)
	Không	6	37,5	10	62,5	
Phối hợp với BHXH huyện	Có	139	73,2	51	26,8	OR= 3,12 (1,60 – 6,07)
	Không	21	46,7	24	53,3	

Kết quả bảng 3.18 và bảng 3.19 cho thấy, nam có thái độ hài lòng với chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã cao hơn nữ

1,98 lần (OR=1,98; CI_{95%}=1,03-3,81), NVYT có trình độ sơ cấp, trung cấp hài lòng hơn những NVYT có trình độ cao đẳng, đại học trở lên 3,57 lần (OR=3,57; CI_{95%}=1,64-7,76), những người làm lãnh đạo TYTX cảm nhận hài lòng chỉ bằng 0,41 lần nhân viên (OR=0,41; CI_{95%}=0,22-0,47), bác sỹ có thái độ hài lòng chỉ bằng 0,28 lần so với các NVYT còn lại (OR=0,28; CI_{95%}=0,11-0,71).

Nhân viên y tế của các trạm y tế xã có hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn NVYT tại các trạm không được hướng dẫn quy trình này là 1,89 lần (OR=1,89; CI_{95%}=1,08-3,31), đồng thời NVYT của các trạm y tế xã thực hiện đủ 14 bước quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn NVYT tại các trạm không thực hiện đủ 14 bước quy trình này là 2,07 lần (OR=2,07; CI_{95%}=1,15-3,72), với yếu tố có ứng dụng công nghệ thông tin của trạm NVYT hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn các trạm không ứng dụng công nghệ thông tin 1,89 lần (OR=1,89; CI_{95%}=1,08-3,31), tại các trạm có sự quan tâm của chính quyền xã NVYT hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn tại các trạm không có sự quan tâm này là 6,90 lần (OR=6,90; CI_{95%}=2,74-17,40), tương tự tại các trạm y tế xã có sự phối hợp chặt chẽ với các ban, ngành, đoàn thể của xã NVYT hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn các trạm không có sự phối hợp này là 3,95 lần (OR=3,95; CI_{95%}=1,38-11,32) và các trạm có phối hợp với BHXH, BHYT huyện NVYT hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm hơn các trạm không có sự phối hợp với bảo hiểm xã hội huyện là 3,12 lần (OR=1,89; CI_{95%}=1,60-6,07).

Kết quả phân tích đa biến về mối liên quan giữa yếu tố cá nhân, tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã được trình bày trong bảng 3.20.

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân, tổ chức, quản lý, nguồn lực trạm y tế xã và sự hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=235) (phân tích đa biến)

Biến số	Hệ số	Sai chuẩn	p	OR	95% CI
Giới tính nam (nữ: OR=1)	0,476	0,388	0,219	1,609	0,75 - 3,44
Nơi cư trú tại xã	-0,124	0,345	0,718	0,883	0,450 - 1,74
Trình độ cao đẳng trở lên	1,734	0,818	0,034	5,665	1,14 - 28,13
Có chức danh lãnh đạo	-0,836	0,422	0,048	0,433	0,19 - 0,99
Chức danh CM bác sỹ	0,205	0,959	0,831	1,228	0,19 - 8,05
Có KBCB BHYT	0,510	0,426	0,231	1,665	0,72 - 3,84
Có hướng dẫn quy trình KBCB BHYT	0,247	0,383	0,519	1,280	0,60 - 2,71
Có thực hiện quy trình KBCB BHYT (không* : OR=1)	0,691	0,380	0,069	1,996	0,95 - 4,20
Trạm y tế đạt Chuẩn	0,456	0,364	0,210	1,578	0,77 - 3,22
Có bác sỹ làm việc tại trạm	1,530	0,447	0,001	4,620	1,94 - 11,09
Quản lý tốt hồ sơ, bệnh án của trạm (không tốt: OR=1)	-0,346	0,427	0,418	0,708	0,31 - 1,63
Trạm có ứng dụng CNTT	0,342	0,355	0,335	1,408	0,70 - 2,83
Quan tâm của xã	1,969	1,311	0,133	7,162	0,55 - 93,49
Trạm có phối hợp với các ban, ngành của xã	1,722	0,467	0,000	5,597	2,24 - 13,97
Trạm có phối hợp với BHXH (BHYT) huyện	-1,858	1,162	0,110	0,156	0,02 - 1,52

(Chú thích*: Các biến ngược lại với các biến trong bảng là biến tham chiếu với OR = 1)

Kết quả phân tích đa biến tại bảng 3.20 cho thấy, chỉ có 3 yếu tố trình độ đào tạo của NVYT từ cao đẳng trở lên, trạm có bác sỹ làm việc và các trạm có phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể của xã có liên

quan đến sự hài lòng của nhân viên y tế trạm về chất lượng KBCB BHYT tại TYTX. Cụ thể, những NVYT có trình độ đào tạo từ cao đẳng trở lên hài lòng về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm cao hơn 5,67 lần so với NVYT trình độ sơ cấp, trung cấp với $p < 0,05$ (OR=5,67; CI_{95%}=1,14-28,13), tại các trạm có bác sỹ làm việc NVYT hài lòng cao hơn tại các trạm không có bác sỹ là 4,62 lần với $p < 0,001$ (OR=4,62; CI_{95%}=1,94-11,09), tại các trạm có phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể của xã NVYT hài lòng cao hơn tại các trạm không có yếu tố này là 5,60 lần với $p < 0,001$ (OR=5,60; CI_{95%}=2,24-13,97).

3.1.4.2. Đối với người dân

Bảng 3.21. *Mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân và sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (n=471)(phân tích đơn biến)*

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI ₉₅)
		SL	%	SL	%	
Giới tính	Nam	162	76,4	50	23,6	OR= 0,96 (0,62 – 1,47)
	Nữ	200	77,2	59	22,8	
Tuổi	< 30 tuổi	34	72,3	13	27,7	OR= 0,77 (0,39 – 1,51)
	≥ 30 tuổi	328	77,4	96	22,6	
Dân tộc	Kinh	27	75,0	9	25,0	OR= 0,90 (0,41 – 1,97)
	Các dân tộc	335	77,0	100	23,0	
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	115	73,7	41	26,3	OR= 0,77 (0,49 – 1,21)
	>Tiểu học	247	78,4	68	21,6	

Kết quả bảng 3.21 cho thấy, các đặc điểm cá nhân của người dân không liên quan đến sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.

Bảng 3.22. Mối liên quan giữa một số yếu tố đảm bảo chất lượng và sự hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã (n=471)

Các yếu tố liên quan		Hài lòng		Không hài lòng		So sánh (OR; CI ₉₅)
		SL	%	SL	%	
Hướng dẫn quy trình KBCB BHYT	Có	184	92,9	38	17,1	OR= 1,93 (1,24 – 3,01)
	Không	178	71,5	71	28,5	
Thực hiện quy trình	Đủ 14 bước	261	78,9	70	21,1	OR= 1,44 (0,91 – 2,27)
	Không đủ	101	72,1	39	27,9	
Trạm y tế đạt Chuẩn	Đạt chuẩn	198	82,5	42	17,5	OR= 1,93 (1,24 – 2,98)
	Không đạt	164	71,0	67	29,0	
Bác sỹ làm việc tại trạm	Có	201	80,4	49	19,6	OR= 1,53 (1,01 – 2,35)
	Không có	161	72,9	60	27,1	
Số lượng, cơ cấu NVYT	Phù hợp	180	78,3	50	21,7	OR= 1,17 (0,760 – 1,793)
	Không	182	75,5	59	24,5	
Quản lý hồ sơ, bệnh án của trạm	Tốt	287	79,7	73	20,3	OR= 1,89 (1,18 – 3,03)
	Không tốt	75	67,6	36	32,4	
Ứng dụng CNTT	Có	193	83,9	37	16,1	OR= 2,22 (1,42 – 3,47)
	Không	169	70,1	72	29,9	
Cơ sở vật chất, kỹ thuật	Đầy đủ	251	91,6	23	8,4	OR= 8,46 (5,07 – 14,10)
	Không đủ	111	56,3	86	43,7	
Bảo đảm thuốc	Đầy đủ	80	80,0	20	20,0	OR= 1,26 (0,73 – 2,18)
	Không đủ	282	70,0	89	30,0	
Cảnh quan môi trường	Bảo đảm	221	87,0	33	23,0	OR= 3,61 (2,28 – 5,72)
	Không	141	65,0	76	35,0	
Phối hợp với BHXH huyện	Có	316	92,9	65	7,1	OR= 4,65 (2,84 – 7,61)
	Không	46	51,1	44	48,9	

Kết quả bảng 3.22 cho thấy, TYTX có hướng dẫn quy trình KBCB và trạm đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã người dân hài lòng đều cao hơn người dân tại các xã không hướng dẫn quy trình, không đạt Chuẩn 1,93 lần (OR=1,93; CI_{95%}=1,24-3,01). Các biến khác có liên quan đến sự hài lòng của người dân

là: trạm có bác sỹ làm việc (OR=1,53; CI_{95%}=1,01-2,35), quản lý tốt hồ sơ, bệnh án (OR=1,89; CI_{95%}=1,18-3,03), có ứng dụng CNTT (OR=2,22; CI_{95%}=1,42-3,47), cơ sở vật chất, KT đầy đủ (OR=8,46; CI_{95%}=5,07-14,10), cảnh quan môi trường bảo đảm (OR=3,61; CI_{95%}=2,28-5,72) và có phối hợp với bảo hiểm xã hội huyện (OR=4,65; CI_{95%}=2,84-7,61).

Bảng 3.23. *Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân, đảm bảo chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã và sự hài lòng của người dân (phân tích đa biến)*

Biến số	Hệ số	Sai chuẩn	p	OR	95% CI
Giới tính nam (nữ: OR=1)	-0,050	0,265	0,851	0,952	0,566 - 1,599
Tuổi dưới 30 so với từ 30	-0,522	0,433	0,227	0,593	0,254 - 1,385
Dân tộc Kinh	-0,435	0,296	0,142	0,647	0,362 - 1,157
Trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống	-0,141	0,505	0,781	0,869	0,323 - 2,339
Trạm y tế đạt Chuẩn	0,348	0,308	0,260	1,416	0,774 - 2,591
Trạm có bác sỹ làm việc	1,314	0,366	0,000	3,722	1,817 - 7,622
SL, cơ cấu NVYT phù hợp	-0,163	0,316	0,606	0,850	0,458 - 1,578
Quản lý hồ sơ, bệnh án tốt	0,435	0,311	0,162	1,545	0,840 - 2,841
Có ứng dụng CNTT	0,936	0,290	0,001	2,551	1,444 - 4,505
Cơ sở VCKT đầy đủ	2,019	0,434	0,000	7,529	3,213 - 17,640
Bảo đảm thuốc đầy đủ	-0,213	0,394	0,588	0,808	0,373 - 1,748
Cảnh quan môi trường tốt	-0,388	0,425	0,361	0,678	0,295 - 1,560
Có phối hợp BHXH BHYT	2,163	0,405	0,000	8,695	3,931 - 19,230

Kết quả phân tích đa biến tại bảng 3.23 cho thấy, chỉ có 4 biến: trạm có bác sỹ làm việc (OR=3,72; CI_{95%}=1,82-7,62), có ứng dụng công nghệ thông tin (OR=2,55; CI_{95%}=1,44-4,41), bảo đảm được cơ sở vật chất, kỹ thuật (OR=7,53; CI_{95%}=3,21-17,64) và các trạm có phối hợp với BHXH huyện (OR=8,69; CI_{95%}=3,93-19,23) có liên quan đến sự hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã.

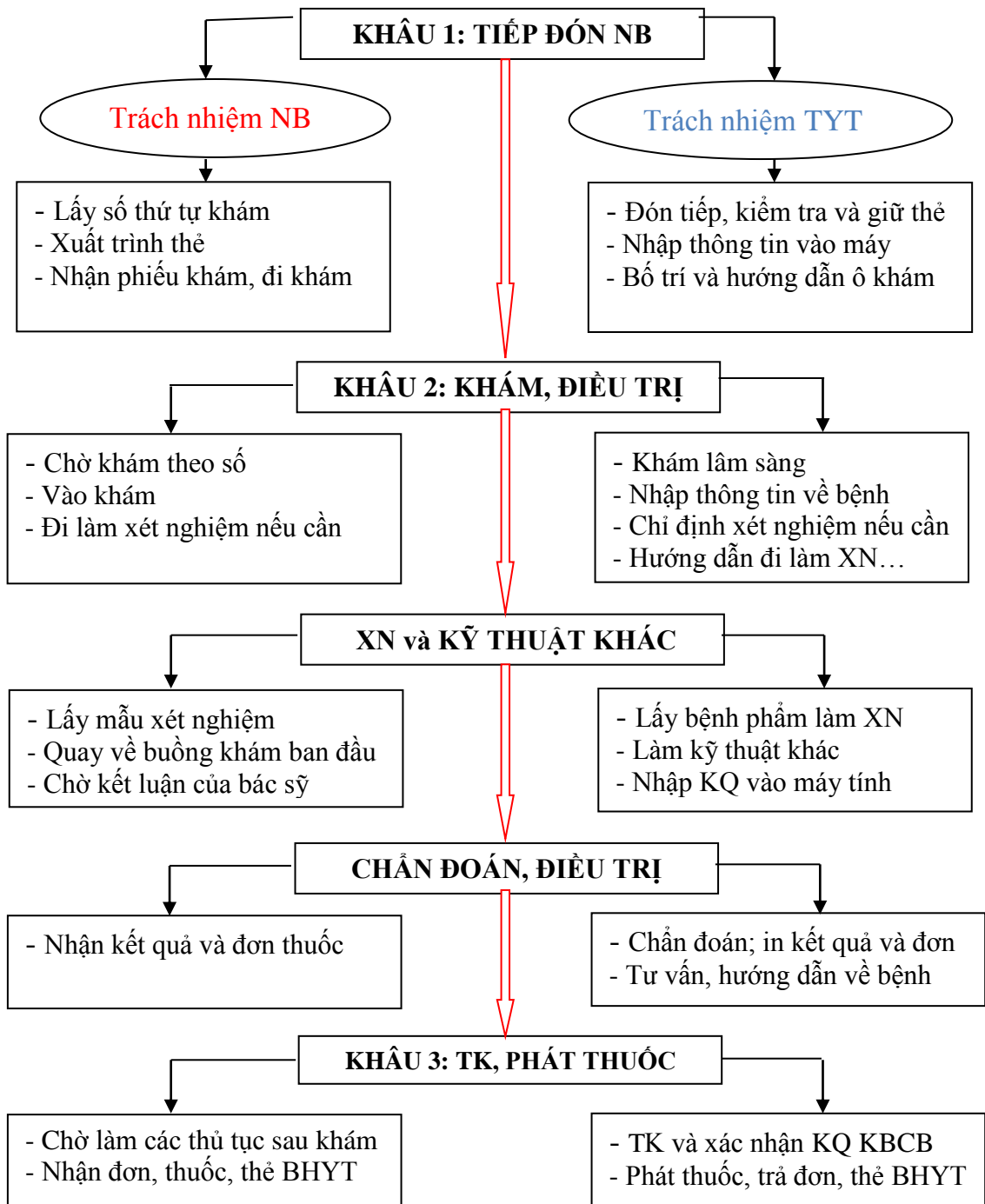
3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KBCB BHYT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

3.2.1. Kết quả thực hiện các biện pháp can thiệp tại thực địa

Sau khi được Sở Y tế tỉnh Hòa Bình, TTYT huyện Mai Châu đồng ý cho thực hiện nghiên cứu tại địa bàn, trên cơ sở Quy trình KBCB tại khoa KBCB bệnh viện được ban hành kèm theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013 và 14 bước cụ thể thực quy trình này; kết quả nghiên cứu về việc thực hiện quy trình 14 bước tại 47 TYTX 2 huyện nghiên cứu và nghiên cứu y văn chúng tôi đã đề nghị Quy trình cải tiến KBCB tại các TYTX gồm Sơ đồ 3.1. Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã và Sơ đồ 3.2. Sơ đồ triển khai các ô cửa buồng/phòng khám bệnh BHYT tại trạm y tế xã kèm theo bản Hướng dẫn triển khai quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các trạm y tế xã huyện Mai Châu (*Phụ lục 3*) và đã được TTYT huyện Mai Châu cho phép triển khai. Trong quá trình triển khai hàng quý nhóm nghiên cứu tiến hành kiểm tra, giám sát việc thực hiện các nội dung trên tại các trạm y tế xã tại địa bàn nghiên cứu.

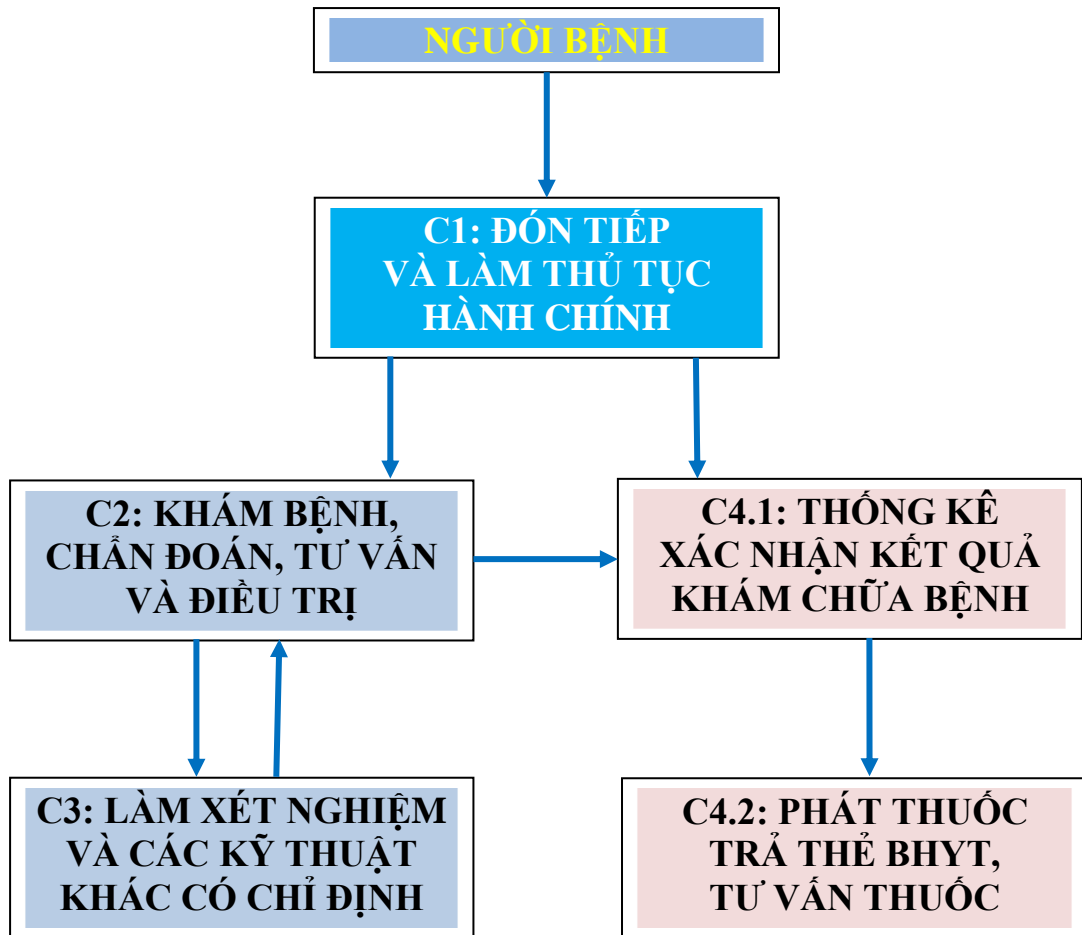
Biên soạn và xuất bản cuốn “Trạm y tế xã” dày 500 trang do Nhà xuất bản Y học ấn hành làm tài liệu tập huấn và học tập cho NVYT các trạm y tế xã huyện Mai Châu tỉnh Hòa Bình (phát mỗi người một cuốn).

Tổ chức 01 lớp tập huấn trực tiếp về Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại TYTX cho 23 trạm trưởng TYTX huyện Mai Châu; 01 lớp tập huấn trực tuyến về chuyên môn, kỹ thuật, kỹ năng quản lý y tế; về quy trình cải tiến KBCB BHYT cho NVYT 23 TYTX trong huyện. Nội dung tập huấn là triển khai quy trình KBCB BHYT tại các TYTX và các chuyên đề liên quan đến chất lượng KBCB BHYT từ cuốn “Trạm Y tế xã” và bộ video các kỹ thuật cấp cứu và vận chuyển nạn nhân được tải lên mạng www//healthvietnam.vn.



Sơ đồ 3.1. Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã

Sơ đồ 3.1 trình bày Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã được triển khai tại 23 trạm y tế xã huyện Mai Châu với 3 khâu (đón tiếp; khám bệnh, chẩn đoán, điều trị; thống kê và phát thuốc, trả thẻ) và 6 bước cụ thể (tiếp đón; khám; XN; chẩn đoán, điều trị; thống kê; phát thuốc, trả thẻ).



Sơ đồ 3.2. Sơ đồ triển khai các ô cửa buồng/phòng khám bệnh BHYT tại trạm y tế xã

Sơ đồ trên cho thấy, Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã được triển khai với 5 bàn hoặc trong 5 buồng/phòng khám bệnh: 1. Buồng (phòng) đón tiếp và làm các thủ tục hành chính; 2. Phòng khám bệnh, chẩn đoán, tư vấn và điều trị; 3. Phòng xét nghiệm và các kỹ thuật khác; 4. Phòng thống kê và xác nhận kết quả và 5. Phát thuốc, tư vấn thuốc, trả thẻ BHYT.

Sau 1 năm triển khai thực hiện Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại 23 trạm y tế xã thuộc huyện Mai Châu, ý kiến đánh giá của nhân viên y tế về tính phù hợp của Quy trình cải tiến với với 3 khâu, 6 bước cũng như của từng bước trong Quy trình cải tiến được trình bày trong các bảng 3.24 và 3.25.

Bảng 3.24. Tỷ lệ nhân viên y tế xã huyện Mai Châu đánh giá về tính phù hợp của Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX, 2019

Mức độ đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất phù hợp	56	47,9
Khá phù hợp	46	39,3
Bình thường	15	12,8
Không phù hợp	0	0
Rất không phù hợp	0	0
Chung	117	100,0

Kết quả bảng 3.24 cho thấy, có 102 NVYT chiếm tỷ lệ 87,2% NVYT các TYTX huyện Mai Châu cho rằng Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại TYTX với 3 khâu, 6 bước là phù hợp; chỉ có gần 13% cho Quy trình đó là bình thường, không có ý kiến đánh giá quy trình là không phù hợp. Tỷ lệ này trùng hợp với tỷ lệ đánh giá phù hợp của Quy trình KBCB theo cách tính điểm số trung bình là 4,35 điểm với tỷ lệ là 87,01%.

Bảng 3.25. Tỷ lệ NVYT xã huyện Mai Châu đánh giá về tính phù hợp của từng bước trong Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại TYTX, 2019

Mức độ đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất phù hợp	49	41,9
Khá phù hợp	57	48,7
Bình thường	10	8,5
Không phù hợp	1	0,9
Rất không phù hợp	0	0
Chung	117	100,0

Bảng 3.25 cho thấy, có 90,6% NVYT các trạm y tế xã đánh giá từng bước trong Quy trình cải tiến KBCB bảo hiểm y tế tại TYTX là phù hợp, 8,5% cho là bình thường và chỉ có 1 người (0,9%) cho là không phù hợp.

3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã

Bảng 3.26. Tỷ lệ thay đổi tuân thủ quy trình KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp, (đơn vị tính %)

Chỉ số	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu			Nhóm chứng Huyện Tân Lạc			Giá trị Z, CT ₂ / C ₂	HQ CT	Chỉ số DD
	Trước CT ₁ n=23	Sau CT ₂ n=23	Giá trị Z, p	Trước C ₁ n=24	Sau C ₂ n=24	Giá trị Z, p			
Có HD thực hiện quy trình	43,5	100,0	4,26 <0,001	54,2	62,5	0,58 >0,05	3,34 <0,001	114,6	48,2
Tuân thủ đầy đủ các bước	69,6	100,0	2,87 <0,01	70,8	79,1	0,66 >0,05	2,34 <0,01	32,0	22,1

Kết quả bảng 3.26 cho thấy, sau can thiệp tỷ lệ trạm y tế xã huyện Mai Châu có xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình KBCB BHYT tại trạm y tế xã đã tăng lên một cách rõ rệt từ 43,5% lên 100,0% với $p < 0,001$ và tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này (62,5%) tại huyện đối chứng – huyện Tân Lạc với $Z=3,34$ và $p < 0,001$. Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt cao 114,6%; chỉ số thay đổi khác biệt DD là 48,2%.

Tương tự, tỷ lệ TYTX huyện Mai Châu thực hiện đầy đủ các bước trong quy trình đã tăng lên rõ rệt từ 69,6% lên 100,0% với $p < 0,05$ và tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này (79,1%) tại huyện Tân Lạc với $Z=2,34$ và $p < 0,05$. Chỉ số HQCT đạt 32,0% với chỉ số DD là 22,1%.

Sự thay đổi về năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã huyện Mai Châu và huyện đối chứng, huyện Tân Lạc được trình bày trong bảng 3.27.

Bảng 3.27. Tỷ lệ thay đổi năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp (2019), %

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu		Nhóm chứng Huyện Tân Lạc		HQ CT (%)	Chỉ số DD %
	Trước CT ₁ (n=23)	Sau CT ₂ (n=23)	Trước C ₁ (n=24)	Sau C ₂ (n=24)		
Đạt Chuẩn QG về YT xã	56,5	69,6	41,7	58,3	-16,0	-3,5
Có bác sỹ làm việc	52,2	52,2	54,2	54,2	0	0
Thực hiện được 80% (61) KT trở lên theo TT39	56,5	78,3	50,0	58,3	21,98	13,5
TTB văn phòng đạt trở lên	69,6	87,0	62,5	66,7	18,28	13,2
TTB y tế đạt trở lên	87,0	95,7	75,0	79,2	4,40	4,5
Bảo đảm TTB thực hiện được từ 80% KT trở lên	52,2	65,2	45,8	54,2	6,56	4,6
Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định	60,9%	91,3	58,3	66,7	35,5	22,0
Đủ kinh phí thường xuyên	73,9	91,3	95,8	100,0	19,16	11,2
Đảm bảo an toàn cháy nổ	100,0	100,0	100,0	100,0	0	0
Có quản lý hồ sơ bệnh án	73,9	95,7	79,2	83,3	24,32	17,7
Có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet)	56,5	100,0	41,7	50,0	57,09	35,2
Thực hiện đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn	78,3	91,3	75,0	83,3	5,54	4,7

(Kết quả chi tiết và giá trị Z trong Ztest kiểm định so sánh 2 tỷ lệ được trình bày trong bảng 11 Phụ lục 2).

Kết quả bảng 3.27 cho thấy, đã có sự thay đổi khá mạnh về năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã thuộc huyện Mai Châu sau can thiệp so với trước can thiệp, tuy nhiên chỉ có 3 yếu tố: Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định ($Z=2,42$); có quản lý hồ sơ

bệnh án ($Z=2,06$) và có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet) ($Z=3,58$) là những thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ và $p<0,001$ (có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT).

Tương tự, tại huyện đối chứng (huyện Tân Lạc) các chỉ số cũng tăng lên so với trước can thiệp tại huyện nghiên cứu, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($Z<1,96$ và $p>0,05$).

Kết quả bảng 3.27 cũng cho thấy chỉ có 2 yếu tố là: Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định ($Z=2,07$) và có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet) ($Z=3,96$) là những thay đổi có ý nghĩa thống kê sau can thiệp trong so sánh với nhóm đối chứng với hiệu quả can thiệp và chỉ số DD tương ứng là: 35,50% (hiệu quả can thiệp); 22,0% (chỉ số DD) và: 57,09% và 35,2%.

Tương tự, đánh giá của NVYT về sự thay đổi năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp tại trạm y tế xã huyện Mai Châu và huyện đối chứng, huyện Tân Lạc được trình bày trong bảng 3.28.

Bảng 3.28. Tỷ lệ thay đổi đánh giá năng lực, điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB và mức độ hài lòng của nhân viên y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính: %)	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu			Nhóm chứng Huyện Tân Lạc			Ztest CT ₂ / C ₂ p	HQ CT	Chỉ số DD
	Trước CT ₁ n=115	Sau CT ₂ n=117	Z test p	Trước C ₁ n=120	Sau C ₂ n=121	Z test p			
Chung 10 yếu tố	71,4	82,6	2,03 <0,05	65,8	70,2	0,73 >0,05	2,25 <0,05	9,0	6,8
Hài lòng chất lượng	75,4	86,2	2,09 <0,05	72,8	76,2	0,61 >0,05	1,97 <0,05	19,0	7,4
Hài lòng công việc	74,8	85,6	2,06 0,05	71,2	75,2	0,70 >0,05	2,02 <0,05	8,8	6,8

Kết quả bảng 3.28 cho thấy, năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các TYTX thuộc huyện Mai Châu sau can thiệp đã tốt hơn hẳn so với trước can thiệp và tốt hơn so với huyện đối chứng có ý nghĩa thống kê với các giá trị Z đều cao hơn 1,96 tương ứng với $p < 0,05$, trong khi đó, tại huyện đối chứng các chỉ số tăng lên nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hiệu quả can thiệp chung cho cả 10 yếu tố điều kiện và năng lực của TYTX là 9,0% và chỉ số DD là 6,8%. Tương ứng, từng yếu tố về điều kiện và năng lực của TYTX như: Hợp lý về quy trình chung; Hợp lý về quy trình từng bước; Đáp ứng được về nhân lực; Đáp ứng được về cơ sở nhà trạm; Đáp ứng được về cơ sở VCKT và Khả năng thực hiện kỹ thuật cơ bản ... đều được NVYT đánh giá phù hợp với tỷ lệ trên 80% đối với các TYTX huyện nghiên cứu, trong đó, tại huyện đối chứng tỷ lệ này khoảng 57%-75% (chi tiết xem Bảng 9 Phụ lục 2). Tỷ lệ hài lòng về chất lượng KBCB BHYT và hài lòng về công việc của NVYT tại huyện nghiên cứu đều tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp và so với huyện đối chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.29. Phân tích chỉ số DD kiểm tra sự cân bằng của các yếu tố liên quan đến hài lòng của nhân viên y tế trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	Diff.	p
Nam giới	-0,07	0,22
Tuổi (năm)	-1,33	0,29
Số năm công tác trong ngành y tế (năm)	-1,84	0,14
Số năm công tác tại TYT (Năm)	-3,25	0,0092
Cấp độ đào tạo Cao đẳng, Đại học	0,03	0,48
Chức danh tại TYT (Nhân viên)	0,04	0,44
Chức danh chuyên môn (Bác sĩ)	-0,01	0,71

Kết quả cho thấy yếu tố về số năm công tác tại TYT xã không cân bằng giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm trước và sau can thiệp.

Bảng 3.30. Mô hình phân tích chỉ số DD đánh giá hiệu quả can thiệp đối với sự hài lòng của nhân viên y tế trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	Coef (CI 95%)	p
Hài lòng chất lượng		
Thời điểm có can thiệp	3,34 (0,15 – 6,54)	0,04
Huyện được can thiệp	1,89 (-1,22 - 5,01)	0,23
Huyện × Thời điểm can thiệp	7,47 (2,96 – 11,98)	0,001
Số năm công tác tại TYT (<i>năm</i>)	-0,18 (-0,30 – (-0,05))	0,005
Sự hài lòng về công việc		
Thời điểm có can thiệp	4,02 (0,24 – 7,79)	0,04
Huyện được can thiệp	2,97 (-1,09 – 7,03)	0,15
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,8 (1,68 – 11,93)	0,009
Số năm công tác tại TYT (<i>năm</i>)	-0,2 ((-0,34) – (-0,06))	0,004
Sự hài lòng chung		
Thời điểm có can thiệp	4,80 (2,38 – 7,22)	<0,001
Huyện được can thiệp	5,15 (2,44 – 7,86)	<0,001
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,46 (2,92 – 9,99)	<0,001
Số năm công tác tại TYT (<i>năm</i>)	-0,11 ((-0,21) – (-0,02))	0,02

Sau khi đưa yếu tố số năm công tác tại TYT vào mô hình tính toán hiệu quả can thiệp để giảm sai số, kết quả trên cho thấy can thiệp có hiệu quả đối với sự hài lòng của NVYT về chất lượng KBCB BHYT của TYT xã, sự hài lòng về công việc và về sự hài lòng chung. Những nhân viên y tế được nhận can thiệp có điểm đánh giá sự hài lòng của họ về chất lượng KBCB BHYT tăng 7,47 lần, về công việc tăng 6,8 lần so với những NVYT không được nhận can thiệp. Những nhân viên y tế được nhận can thiệp thì điểm đánh giá sự hài lòng chung tăng 6,46 lần so với những nhân viên y tế không được nhận can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01-0,001$.

Bảng 3.31. Sự thay đổi về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính: Lượt khám)	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu		Nhóm chứng Huyện Tân Lạc		HQ CT (%)	Chỉ số DD
	Trước CT ₁ (n=23)	Sau CT ₂ (n=23)	Trước C ₁ (n=24)	Sau C ₂ (n=24)		
	Số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm	1,56 ±0,35	1,73 ±0,21	1,06 ±0,11		
Số lượt khám BHYT TB/1 thẻ/năm tại TYTX	1,39 ±0,26	1,62 ±0,33	1,06 ±0,11	1,11 ±0,17	11,83	18,0

Kết quả bảng 3.31 cho thấy, sau can thiệp số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm tại các TYTX huyện Mai Châu tăng lên với $p < 0,05$ (xem bảng 12 Phụ lục 2) và tăng lên có ý nghĩa thống kê so với huyện đối chứng ($p < 0,001$) với hiệu quả can thiệp là 5,24% và chỉ số DD là 11,0.

Tương tự, số lượt khám BHYT TB/1 thẻ/năm tại TYTX huyện can thiệp cũng tăng lên so với trước can thiệp và so với huyện đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với các chỉ số hiệu quả can thiệp 11,83% và DD là 18%.

Bảng 3.32. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu		Nhóm chứng Huyện Tân Lạc		HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ n=231	Sau CT ₂ n=233	Trước C ₁ n=240	Sau C ₂ n=241		
	Cơ sở vật chất, kỹ thuật	69,8	78,33	67,0		
Niềm tin vào TYTX	77,0	85,89	75,0	77,53	8,17	6,36
Trình độ, thái độ NVYT	78,6	87,04	75,6	78,01	7,55	6,03
Thủ tục, quy trình KBCB	77,8	86,14	75,2	77,82	7,20	5,72
Truyền thông, tư vấn	76,8	85,56	73,8	76,12	8,26	6,44
Chung cả 5 nhóm yếu tố	76,0	84,59	73,2	75,76	8,09	6,23

(Kết quả điểm số trung bình và giá trị Z trong Ztest kiểm định so sánh 2 tỷ lệ được trình bày chi tiết trong bảng 14 Phụ lục 2).

Bảng 3.33. Phân tích chỉ số thay đổi khác biệt (DD) để kiểm tra sự cân bằng của các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	Diff.	p
Giới tính nam	-0.05	0.27
Nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên	-0.03	0.37
Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên	-0.07	0.0905*
Dân tộc Mường/Thái	-0.09	0.0020***
Mức sống của gia đình nghèo/cận nghèo	-0.07	0.0952*
Nghề nghiệp là nông dân	- 0.02	0.72

*** $p < 0.01$; ** $p < 0.05$; * $p < 0.1$

Kết quả bảng 3.33 cho thấy yếu tố về trình độ học vấn, dân tộc và mức sống hộ gia đình không cân bằng giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp tại thời điểm trước và sau can thiệp.

Bảng 3.34. Mô hình phân tích DD đánh giá hiệu quả của can thiệp đối với sự hài lòng của người dân trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	OR (CI 95%)	p
Cơ sở vật chất, kỹ thuật (phương tiện hữu hình)		
Thời điểm có can thiệp	2,31 (0,02 - 4,6)	0,05
Huyện được can thiệp	2,58 ((-0,15) - 5,31)	0,06
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,29 (3,13 - 9,46)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	-1,38 ((-3,16) - 0,4)	0,13
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	-0,25((-1,97) - 1,47)	0,78
Dân tộc Mường/Thái	-1,18((-3,63) - 1,26)	0,34
Niềm tin vào TYTX (phân biệt đối xử trong KBCB BHYT)		
Thời điểm có can thiệp	2,5(0,66 - 4,34)	0,01
Huyện được can thiệp	2,05((-0,13) - 4,23)	0,07
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,2(3,51 - 8,9)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	-0,42((-1,94) - 1,1)	0,59
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	-1,22((-2,67) - 0,23)	0,10
Dân tộc Mường/Thái	1,56((-0,71) - 3,84)	0,18
Trình độ, thái độ của NVYT (Khả năng bảo đảm)		
Thời điểm có can thiệp	2,46 (0,54 - 4,37)	0,01

Biến đánh giá	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	3,0 (0,82 - 5,19)	0,01
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,0 (3,32 - 8,69)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	0,93 ((-0,64) - 2,5)	0,25
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	-0,3((-1,74) - 1,14)	0,68
Dân tộc Mường/Thái	-0,33((-2,3) - 1,64)	0,74
Thủ tục, quy trình KBCB (Khả năng đáp ứng)		
Thời điểm có can thiệp	2,58 (0,53 - 4,63)	0,01
Huyện được can thiệp	2,36 (0,1 - 4,61)	0,04
Huyện × Thời điểm can thiệp	5,84 (2,99 - 8,69)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	0,06 ((-1,53) - 1,65)	0,94
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	0,07 ((-1,52) - 1,66)	0,93
Dân tộc Mường/Thái	-0,94 ((-3,14) - 1,26)	0,40
Truyền thông, tư vấn CSYT (đồng cảm NVYT)		
Thời điểm có can thiệp	2,4 (0,48 - 4,32)	0,01
Huyện được can thiệp	3 (0,74 - 5,25)	0,01
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,39 (3,63 - 9,14)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	-0,31 ((-1,89) - 1,28)	0,70
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	0,17 ((-1,27) - 1,6)	0,82
Dân tộc Mường/Thái	-0,2 ((-2,26) - 1,86)	0,85
Chung cả 5 nhóm yếu tố		
Thời điểm có can thiệp	2,44 (0,83 - 4,04)	<0,01
Huyện được can thiệp	2,67 (0,75 - 4,59)	0,01
Huyện × Thời điểm can thiệp	6,08 (3,81 - 8,36)	<0,01
Trình độ học vấn từ THPT trở lên	-0,24 ((-1,53) - 1,06)	0,72
Mức sống của gia đình nghèo/ cận nghèo	-0,31 ((-1,54) - 0,91)	0,61
Dân tộc Mường/Thái	-0,1 ((-1,87) - 1,67)	0,91

Kết quả bảng trên cho thấy can thiệp có hiệu quả đối với sự hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT của TYTX. Người dân tại các xã nhận can thiệp có điểm đánh giá hài lòng về từng nhóm yếu tố và chung cho cả 5 nhóm đều tăng từ 5,84 lần đến 6,39 lần so với người dân tại các xã không được nhận can thiệp.

Bảng 3.35. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại TYTX theo từng yếu tố trước và sau can thiệp, tỷ lệ %

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		HQ CT	Chỉ số DD
	Huyện Mai Châu		Huyện Tân Lạc			
	Trước CT ₁ n=231	Sau CT ₂ n=233	Trước C ₁ n=240	Sau C ₂ n=241		
1. Trang thiết bị hiện đại	61,20	69,70	59,60	61,83	10,15	6,27
2. Nhà trạm sạch, đẹp	69,60	77,77	66,20	68,13	8,82	6,24
3. Trang phục gọn, sạch, đẹp	75,60	84,29	74,20	76,51	8,38	6,35
4. Trạm phù hợp với KBCB	73,20	81,55	68,20	70,87	7,49	5,68
5. Thực hiện đúng mọi việc	77,60	86,27	74,40	76,85	7,88	6,22
6. TYT tạo mọi người yên tâm	76,60	85,32	74,60	76,85	8,37	6,47
7. Mọi người đều tin vào TYT	76,40	86,01	74,60	77,34	8,91	7,36
8. Cung cấp đúng các dịch vụ	75,40	83,69	74,20	76,35	8,10	6,14
9. Bảo quản tốt hồ sơ KBCB	79,20	88,15	77,40	80,25	7,62	6,10
10. Thông báo chính xác TG	76,00	84,38	74,80	77,18	7,84	6,00
11. NB được phục vụ kịp thời	79,60	87,73	74,60	76,76	7,32	5,97
12. NVYT luôn sẵn sàng	80,40	88,76	77,60	80,25	6,98	5,71
13. NVYT quá bận	78,40	87,30	75,60	77,84	8,39	6,66
14. NB luôn tin NVYT TYT	78,40	87,30	75,60	78,26	7,83	6,24
15. NB cảm thấy an toàn	77,60	85,84	74,60	77,10	7,27	5,74
16. NVYT lịch sự, nhã nhặn	76,60	84,98	76,80	79,00	8,08	6,18
17. NVYT luôn được hỗ trợ	78,20	86,44	74,40	76,93	7,14	5,71
18. Quan tâm tư vấn từng NB	77,40	86,18	74,80	77,34	7,95	6,24
19. NV quan tâm tư vấn NB	79,20	87,64	76,00	78,34	7,58	6,10
20. NV TYT biết rõ nhu cầu	73,00	81,20	70,00	72,28	7,98	5,92
21. TYT mang lợi ích tốt NB	77,40	85,58	74,20	76,51	7,46	5,87
22. Bố trí TG thuận tiện NB	78,80	87,21	74,00	76,10	7,83	6,31

(Kết quả điểm trung bình và giá trị Z trong Ztest kiểm định so sánh 2 tỷ lệ được trình bày chi tiết trong bảng 15a, b, c, d, e Phụ lục 2).

Kết quả bảng 3.35 cho thấy, sau can thiệp tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã thuộc huyện Mai Châu (huyện can thiệp) và tại huyện Tân Lạc (huyện đối chứng) đều tăng lên theo các nhóm chỉ số, nhưng sự thay đổi có ý nghĩa thống kê đối với huyện can thiệp với giá trị Z đều lớn hơn 1,96 (từ 2,10 đến 2,46), $p < 0,05$, trong khi đó tại huyện đối chứng các giá trị Z đều nhỏ hơn 1,96 tức $p > 0,05$. Tỷ lệ hài lòng người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã huyện nghiên cứu tăng mạnh, nhất là nhóm chỉ số Niềm tin của người dân vào TYTX, tăng 8,89% so với trước can thiệp.

So sánh kết quả sau can thiệp tại huyện Mai Châu với huyện đối chứng thấy, tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã huyện nghiên cứu cao hơn hẳn so với kết quả tại các trạm y tế xã huyện đối chứng tương ứng là 84,59% so với 75,76% với $Z = 2,41$; $p < 0,05$. Sự khác biệt này được thể hiện qua chỉ số hiệu quả can thiệp và chỉ số DD tương ứng là: 8,09% và 6,23%.

Kết quả phân tích chi tiết sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã sau can thiệp thuộc 2 huyện theo từng yếu tố trong bảng 3.31 cho thấy, tại huyện can thiệp tỷ lệ hài lòng tăng mạnh so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê (các giá trị Z đều lớn hơn 1,96; $p < 0,05$) và đạt từ 69,70% (yếu tố 1: Trang thiết bị hiện đại) đến 88,76% (yếu tố 12: NVYT luôn sẵn sàng); tại các TYTX huyện đối chứng các tỷ lệ này cũng tăng lên đạt từ 61,83% (yếu tố 1: Trang thiết bị hiện đại) đến 80,25% (yếu tố 12: NVYT luôn sẵn sàng) nhưng không có ý nghĩa thống kê (các giá trị Z đều nhỏ hơn 1,96, tức $p > 0,05$).

Sự gia tăng tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các trạm y tế xã sau can thiệp ở huyện can thiệp cao hơn hẳn so với kết quả hài lòng của người dân tại huyện đối chứng theo từng yếu tố và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với các giá trị Z đều lớn hơn 1,96 tức $p < 0,05$, trừ 2

yếu tố: Yếu tố 1 - trang thiết bị hiện đại ($Z = 1,83$; $p > 0,05$) và yếu tố 16 - NVYT lịch sự, nhã nhặn ($Z = 1,69$; $p > 0,05$).

Kết quả bảng 3.35 còn cho thấy hiệu quả can thiệp theo từng yếu tố (trừ 2 yếu tố sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$: Yếu tố 1 và yếu tố 16) đạt từ 6,98% (yếu tố 12: NVYT luôn sẵn sàng) đến 8,91% (yếu tố 7: mọi người đều tin vào TYTX) và chỉ số DD đạt thấp nhất là 5,71% (yếu tố 12: NVYT luôn sẵn sàng) đến cao nhất là 7,36% (yếu tố 7: mọi người đều tin vào TYTX).

Bảng 3.36. Tỷ lệ thay đổi sử dụng dịch vụ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã của người dân trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính: %)	Nhóm can thiệp Huyện Mai Châu			Nhóm chứng Huyện Tân Lạc			Giá trị Ztest CT ₂ / C ₂	HQ CT	Chỉ số DD
	Trước CT ₁ n=231	Sau CT ₂ n=233	Z Test P	Trước C ₁ n=240	Sau C ₂ n=241	Z Test P			
Tiếp tục sử dụng	90,5	96,1	2,41 <0,01	96,3	99,0	1,95 >0,05	2,04 <0,01	3,4	2,9
Không tiếp tục	9,5	3,9	2,41 <0,01	3,7	1,0	1,95 >0,05	2,04 <0,01	-14,0	-2,9

(Kết quả chi tiết được trình bày trong bảng 16 Phụ lục 2).

Bảng 3.36 cho thấy, sau can thiệp người dân tại các xã huyện Mai Châu trả lời tiếp tục sử dụng các dịch vụ y tế tại TYTX tăng từ 90,5% lên 96,1% một cách có ý nghĩa thống kê ($Z=2,41$), trong khi đó, tại huyện đối chứng tỷ lệ này cũng tăng lên nhưng không có ý nghĩa thống kê ($Z=1,95$). Mặt khác, sự gia tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế tại huyện can thiệp (5,6%) mạnh hơn so với sự gia tăng tỷ lệ này (2,7%) của huyện đối chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $Z=2,04$; $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả can thiệp đạt 3,4% và chỉ số DD đạt 2,9%.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. VỀ THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

4.1.1. Về thực trạng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX

Ngay từ đầu chúng tôi đã thống nhất khái niệm trong nghiên cứu này là: *“Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã là toàn bộ các khía cạnh liên quan đến các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm người bệnh có thể bảo hiểm y tế, người nhà người bệnh, nhân viên y tế, năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật; các yếu tố đầu vào, yếu tố hoạt động và kết quả đầu ra của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được trạm y tế xã thực hiện theo luật định”* [4], [6]. Do vậy, để bàn về thực trạng chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã, trước hết cần xem xét các thành tố tạo thành chất lượng KBCB BHYT hiện nay như thế nào.

4.1.1.1. Về một số chỉ số chung tại các xã nghiên cứu

Y tế cơ sở, nhất là các trạm y tế xã, phường... được coi là nền tảng của hệ thống y tế nước ta và là nơi giải quyết đến 80% khối lượng DVYT của ngành. Qua nhiều năm đầu tư công sức, tiền của, xây dựng, chế độ chính sách phù hợp, đổi mới tổ chức và quản lý, hệ thống TYTX ở nước ta đã từng bước được củng cố, phát triển vững chắc cả về bề rộng và bề sâu [3], [12], [19].

Nghiên cứu của chúng tôi tại 2 huyện vùng núi cao của tỉnh Hòa Bình cho thấy, 100% số xã có TYT, trong khi đó, mặc dù, mạng lưới y tế cơ sở tiếp tục được củng cố và bao phủ rộng khắp toàn quốc, 100% số xã, phường, thị trấn đã có nhân viên y tế hoạt động, nhưng trong cả nước vẫn còn khoảng 1% số xã chưa có cơ sở mà trạm y tế phải sử dụng nhờ nhà dân hoặc cơ quan khác [30]. Thậm chí trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng tại 4 tỉnh, thành phố

(Hà Giang, Hà Nội, Kon Tum, Trà Vinh) tỷ lệ xã có TYT giao động từ thấp nhất là 88,5% ở Trà Vinh đến cao nhất là 99,8% ở Hà Nội [36] và tại Tây Nguyên- nơi được đầu tư trọng điểm tỷ lệ TYTX có cơ sở riêng đạt 95,1% [40]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 82,6% số thôn, bản có NVYT hoạt động. Tỷ lệ số thôn, bản có NVYT hoạt động trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ trung bình toàn quốc, song thấp hơn, thậm chí thấp hơn nhiều so với các địa phương cùng khu vực và các tỉnh Tây Nguyên [40]. Hiện nay, trong cả nước 78,8% thôn, bản, tổ dân phố có nhân viên y tế hoạt động, trong khi đó ở khu vực nông thôn, miền núi là 97,5% [30]. Tại các tỉnh Tây Nguyên, trong tổng số 7.928 thôn bản có 7.340 thôn bản có NVYT thôn bản hoạt động, chiếm tỷ lệ 92,58%. Kon Tum và Đắk Lắk có tỷ lệ y tế thôn bản hoạt động cao nhất trong số các tỉnh Tây Nguyên (lần lượt là 100% và 99,72%), thấp nhất là Lâm Đồng (84,01%) [40]. Hiện nay, tại 47 xã nghiên cứu chỉ có 10,4% số thôn, bản có YTTN và 8,3% thôn, bản có quầy thuốc tư nhân hoạt động. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [55]. Điều này cũng dễ giải thích vì cả 2 nghiên cứu của chúng tôi và của Lê Đình Phan và cộng sự [55] đều được tiến hành trên cùng địa bàn tỉnh Hòa Bình. Chúng tôi không có số liệu trong cả nước cũng như của khu vực để so sánh, nhưng với tỷ lệ hiện có, chúng tôi cho rằng, hoạt động y tế tư nhân tại 47 xã nghiên cứu là rất hạn chế.

Chỉ số tiếp theo là số lượng người dân tham gia bảo hiểm y tế và sử dụng thẻ trong KBCB BHYT tại trạm y tế xã. Kết quả của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy, tại 2 huyện nghiên cứu, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế là rất cao (88,1% dân số), trong đó, tỷ lệ đăng ký KBCB tại TYTX đạt 97,4%. Có thể khẳng định, đây là tỷ lệ đăng ký KBCB BHYT cao tại TYTX, cao hơn so với tỷ lệ chung trong toàn quốc là có khoảng 80% số trạm y tế xã, phường có hợp đồng KBCB bảo hiểm y tế [17], [38]. Kết quả này một lần nữa khẳng định chủ trương đưa KBCB BHYT về trạm y tế xã được nhiều người ủng hộ và

hoàn toàn phù hợp với xu hướng hiện nay. Năm 2015, ngành Bảo hiểm xã hội đã tổ chức ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh BHYT với 2.089 cơ sở y tế. Thông qua việc ký hợp đồng các cơ sở y tế này đã tổ chức KBCB tại 9.496 trạm y tế xã. BHXH các địa phương cũng phối hợp chặt chẽ với ngành y tế để tổ chức KBCB một cách thuận tiện nhất cho người bệnh BHYT. Thực hiện rà soát các thủ tục hành chính với cơ sở KBCB để từ đó giảm các thủ tục hành chính đối với người bệnh tham gia BHYT [38].

4.1.1.2. Về quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

Quy trình (procedure) là trình tự (thứ tự, cách thức) thực hiện một hoạt động đã được quy định, mang tính chất bắt buộc, đáp ứng những mục tiêu cụ thể của hoạt động quản trị. Những hoạt động này bao gồm tất cả các dạng thức hoạt động (hoặc quá trình (process) là “*tập hợp các hoạt động có quan hệ lẫn nhau hoặc tương tác để biến đổi đầu vào thành đầu ra*”) trong đời sống xã hội của con người, ví dụ như các hoạt động sản xuất, kinh doanh, dịch vụ, đào tạo, nghiên cứu, tôn giáo, nghệ thuật, chiến tranh. Quy trình xuất hiện phổ biến trong quá trình tồn tại và phát triển của vạn vật, ví dụ như quy trình giãng tơ của loài nhện, làm tổ của chim hoặc săn mồi của hổ báo... Quản lý hoặc làm việc theo quy trình có 11 ưu điểm, song cũng có 4 nhược điểm cần được khắc phục để nâng cao chất lượng hoạt động. Với nhiều ưu điểm như vậy, hầu hết các hoạt động trong xã hội đều được các ngành xây dựng thành các quá trình và các quy trình cụ thể. Để quản lý hoạt động chuyên môn, quản lý bệnh Ngành Y tế đã xây dựng các quy trình hoạt động chuyên môn, trong đó có quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện. Cụ thể, ngày 22/4/2013 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1313/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện. Quy trình này gồm 4 khâu và 14 bước cụ thể được áp dụng tại các khoa khám bệnh của các bệnh viện [69], [74], [75]. Cho đến nay Bộ Y tế chưa ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã. Do vậy, các trạm y tế xã

đều áp dụng quy trình 14 bước này trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại TYT xã. Các xã trong nghiên cứu của chúng tôi cũng triển khai quy trình khám bệnh, chữa bệnh 14 bước như trên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.3, 3.4 cho thấy chỉ có gần một nửa (48,9%) số trạm y tế xã có xây dựng bản hướng dẫn quy trình KBCB tại các trạm y tế. Đây là một tỷ lệ rất thấp, song trong quá trình thực hiện KBCB chỉ có 70,2% số trạm thực hiện đủ 14 bước, số còn lại là thực hiện không đủ quy trình. Lý do không xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình KBCB và không thực hiện đủ 14 bước của quy trình là sự phức tạp, rườm rà về thủ tục hành chính của quy trình, việc thực hiện trách nhiệm của TYTX trong triển khai quy trình KBCB chưa tốt (xem bảng 3.5), mặt khác điều kiện bảo đảm của các trạm y tế vùng sâu, vùng xa còn hạn chế nên gây cản trở cho việc thực hiện các yêu cầu này. Trong việc thực hiện trách nhiệm của TYTX theo quy trình KBCB (bảng 3.5) chỉ có 2 bước được thực hiện đầy đủ tại 47 TYTX, có đến 4 bước được thực hiện với tỷ lệ dưới 50%, trong đó thấp nhất là thu tiền của đối tượng cùng chi trả (4,3%), trả kết quả xét nghiệm với 12,8%. Hiện nay còn quá ít các nghiên cứu về quy trình KBCB nói chung, KBCB BHYT nói riêng tại các trạm y tế xã nên chúng tôi không có số liệu để so sánh, phân tích. Song, có thể khẳng định rằng, những số liệu trên là cơ sở để chúng tôi cải tiến quy trình KBCB tại các khoa khám bệnh của bệnh viện thành Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã.

4.1.1.3. Về thực trạng năng lực bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT và hoạt động chuyên môn tại trạm y tế xã

Năng lực là khả năng thực hiện một nhiệm vụ trọn vẹn, đạt chuẩn kỹ năng tương ứng với ngưỡng quy định khi bước vào thị trường lao động. Năng lực bao gồm: thực hiện công việc; quản lý công việc; xử lý tình huống và xây dựng môi trường làm việc. Trong điều kiện cụ thể chúng tôi không có đủ điều kiện để thực hiện một nghiên cứu toàn diện, đầy đủ cả 4 nhóm năng lực và

các điều kiện của trạm y tế xã bảo đảm chất lượng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Trước hết chúng tôi đánh giá nhân lực y tế so với Chuẩn Quốc gia về y tế xã. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.6) chỉ ra rằng, nhân viên y tế trung bình/trạm y tế xã chung cả 2 huyện nghiên cứu là $6,09 \pm 0,83$ người, tỷ số NVYT/1000 dân là 1,97%. So sánh với quy định của Chuẩn Quốc gia về y tế xã tỷ lệ trạm y tế xã đủ về chức danh, đủ về cơ cấu và số lượng NVYT đạt thấp, chung cả 2 huyện tương ứng là 12,8% và 48,9%. Trong các loại NVYT, tỷ lệ TYTX có nhân viên được đạt thấp nhất (40,4%), tiếp theo là có bác sỹ (53,2%); cao nhất là TYTX có y sỹ đa khoa (97,9%). Các tỷ lệ này của chúng tôi thấp so với các Tiêu chí Quốc gia về y tế xã, song có chỉ số cao hơn (bình quân có 5,9 cán bộ/trạm y tế) có chỉ số thấp hơn so với chỉ số trung bình toàn quốc (số trạm y tế có bác sỹ đạt 66,7%; số trạm y tế có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi đạt 91,37%) [36]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự với bình quân có 6,1 NVYT/1 TYTX, tuy nhiên tỷ lệ trạm có bác sỹ thấp hơn nhiều (79,6% số trạm có bác sỹ) [55]. So sánh với kết quả của các nghiên cứu khác, các chỉ số về nhân lực y tế trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn. Trần Thị Mai Oanh và cộng sự nghiên cứu tại 112 TYTX thuộc 8 huyện của 4 tỉnh miền núi phía Bắc, Tây Nguyên và miền Trung cho thấy trung bình NVYT/1TYTX là 5,0 người và tỷ lệ TYTX có bác sỹ là 42,3% [54]; tỷ lệ TYTX có bác sỹ ở các tỉnh Tây Nguyên là 55,3% [40]; ở Bắc Cạn là 58,2% và nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng [36] cho kết quả trung bình NVYT/1 TYTX ở Hà Giang là 4,8; ở Hà Nội là 5,7; ở Kon Tum là 5,4; Trà Vinh là 7,2; chung toàn quốc là 5,8 người và tỷ lệ TYT có bác sỹ là 90,6%. Như vậy, chỉ có tỉnh Trà Vinh có chỉ số NVYT trung bình/1 TYTX và tỷ lệ xã có bác sỹ là cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Chỉ số về tỷ lệ xã đạt Tiêu chí Quốc gia về y tế xã trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, mới có 48,9% xã, thấp hơn nhiều so với chỉ số trung bình

toàn quốc cùng năm 2015 là 60%, song cao hơn các tỉnh trong cùng khu vực (Tây Bắc đạt: 40,2%) [36]. Nhà nước ta rất quan tâm ưu tiên đầu tư phát triển y tế khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn, song với các điều kiện làm việc, cơ sở vật chất, kỹ thuật thiếu thốn, nhận thức của nhân dân về CSSK cũng như khả năng thu hút cán bộ nhân viên y tế, bác sỹ về công tác tại các TYTX miền núi cũng còn nhiều hạn chế, nên đã có tác động ảnh hưởng nhất định lên tỷ lệ xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế xã.

Về thực hiện các năng lực quản lý công việc; xây dựng môi trường làm việc và năng lực chuyên môn kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ trạm y tế nghiên cứu đạt tiêu chuẩn an toàn cháy nổ cao (100% số trạm); tỷ lệ trạm y tế xã đạt các tiêu chí có đủ kinh phí thường xuyên (85,1%); trang thiết bị y tế đạt trở lên (80,9%), có quản lý hồ sơ bệnh án (76,6%) và thực hiện đầy đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn (76,6%) đều đạt cao; có 66% số trạm có trang thiết bị văn phòng đạt trở lên; có 59,6% TYTX bảo đảm được thuốc từ 80% trở lên theo danh mục 241 loại thuốc bảo hiểm y tế và có 55,3% số TYTX có từ 5 giường bệnh tại trạm theo quy định; các chỉ số còn lại (bảo đảm TTB thực hiện được từ 80% tổng số kỹ thuật trở lên, có ứng dụng CNTT, đạt chuẩn QG) đạt tỷ lệ thấp, chưa đến 50% số trạm đạt được (xem bảng 3.8). Hiện nay còn rất ít nghiên cứu đề cập đến những vấn đề này tại trạm y tế xã, nên chúng tôi không có điều kiện để so sánh đối chiếu với kết quả của những nghiên cứu khác. Song, về tổng thể, có thể khẳng định, năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB chung, KBCB BHYT nói riêng của các trạm y tế xã 2 huyện nghiên cứu của tỉnh Hòa Bình còn những hạn chế nhất định. Do vậy, kết quả hoạt động chuyên môn của các trạm y tế xã (bảng 3.9) vẫn cần được khuyến khích đẩy mạnh hơn nữa trong thời gian tới. Hiện tại, mỗi người dân của 2 huyện nghiên cứu được khám bình quân là 1,26 lượt/người/năm và lượt khám BHYT trung bình/1 người dân/1 thẻ BHYT năm 2017 chung cả 2 huyện là 1,18 lượt. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự ($1,6 \pm 0,9$ lượt/người/năm) trên cùng địa bàn [55], thấp hơn so với kết quả của Trần Thị Mai Oanh và cộng sự [53] với tỷ số người có thể BHYT đến KBCB tại trạm y tế xã là cao với trung bình 3,1 lần KBCB/1 thẻ/1 năm, nhưng kết quả KBCB chung của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh và cộng sự công bố năm 2012 với bình quân KBCB chung là 1,2 lượt/người/năm tại 112 TYTX được khảo sát [54]. Người dân 47 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Hòa Bình khám bệnh tại các TYTX với số lượt khám bệnh bình quân là khá cao ($1,26 \pm 0,9$ lượt/người/năm) và cao hơn nhiều so với quy định của Bộ Y tế và so với kết quả của một số nghiên cứu khác. Điều này có thể được lý giải là do nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân ngày càng cao, ý thức bảo vệ sức khỏe ngày càng được nâng lên, đời sống kinh tế - xã hội khá hơn, người dân tin nhiệm cao với TYTX, tỷ lệ người dân có thể BHYT cao và KBCB BHYT được tiến hành ngay tại các TYTX, mặt khác, tại tỉnh Hòa Bình, do đường xá xa xôi, địa hình hiểm trở, chia cắt nên khi có nhu cầu khám chữa bệnh, người dân ngại đến các cơ sở y tế tuyến trên, trong khi đó, tại các xã trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xã có YTTN hoạt động là rất thấp, nên người dân chỉ còn 1 lựa chọn là TYTX. Tuy nhiên, so với một số tỉnh Tây Nguyên số lượt khám bệnh bình quân/người/năm tại TYTX của chúng tôi đạt thấp hơn với số lượt khám trung bình/người/năm tại TYTX trong nghiên cứu của Nguyễn Xuân Kiên và cộng sự với kết quả của năm 2014 là 1,7 lần, trong đó cao nhất ở Kon Tum 2,4 lần/người/năm [40]. Điều này cũng dễ nhận thấy lý do Tây Nguyên là vùng trọng điểm về quốc phòng, an ninh, kinh tế, chính trị của nước ta, do vậy, vấn đề đầu tư toàn diện cho Tây Nguyên là ưu tiên, trong đó có ưu tiên đầu tư cho y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, KBCB BHYT trung bình là $260,8 \pm 37$ lượt/tháng chiếm tỷ lệ 80,7% so với tổng số lượt KBCB chung. Kết quả này cao hơn so với trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự là 110 ± 85 lượt KBCB

BHYT/TYTX/tháng chiếm tỷ lệ $47,83 \pm 34,5\%$ [55] nhưng tương tự so với nhiều nghiên cứu khác với khoảng 80% KBCB BHYT tại TYTX [23], [54], thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh và cộng sự [53] với tỷ lệ trạm y tế xã tham gia KBCB BHYT là khá cao (83-84%) tại 8 huyện của 4 tỉnh khu vực đồng bằng - nơi các TYTX có điều kiện tốt hơn về mọi mặt so với các TYTX khu vực miền núi. Điều này cũng dễ hiểu vì người dân của tỉnh Hòa Bình hầu hết đều có thẻ BHYT, do vậy tỷ lệ người dân chủ yếu đến KBCB tại TYTX, thậm chí 100% đến trạm là KBCB BHYT như tại các xã của huyện Tân Lạc (xem bảng 3.9). Nhưng để duy trì và tăng tỷ lệ KBCB BHYT tại TYTX cần phải tiếp tục tăng cường hơn nữa chất lượng KBCB BHYT tại TYTX, đồng thời tăng cường công tác tuyên truyền cho nhân dân hiểu hơn nữa nghĩa vụ, quyền lợi KBCB BHYT tại tuyến xã góp phần nâng cao tỷ lệ KBCB tại TYTX, nâng cao uy tín của TYTX và giảm quá tải cho các tuyến y tế cấp trên, đồng thời cũng là giảm khó khăn cho đồng bào khi lên các tuyến trên khám bệnh, chữa bệnh.

4.1.2. Về đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã của nhân viên y tế

Có rất nhiều cách tiếp cận đánh giá về chất lượng KBCB tại các cơ sở y tế, song hiện nay, chất lượng được đánh giá bằng sự hài lòng của nhân viên y tế và khách hàng đối với các dịch vụ được cung cấp [4], [23], [69], [99]. Chất lượng KBCB tại TYTX được xem xét trên tất cả các khía cạnh có liên quan đến quá trình hoạt động của trạm, đến các đối tượng có liên quan đến quá trình này cũng như các điều kiện bảo đảm của trạm. Trước hết, chất lượng KBCB BHYT tại TYTX là sự hài lòng của tất cả các đối tượng, bao gồm: người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế, trong đó, lấy người bệnh là trung tâm, hướng về nhân viên y tế với trình độ chuyên môn tốt, phục vụ kịp thời, an toàn, công bằng và hiệu quả; tiếp theo là chất lượng các điều kiện bảo đảm và nguồn nhân lực của quá trình hoạt động và cuối cùng là kết quả

đầu ra: người bệnh đỡ hoặc khỏi bệnh trở về cộng đồng. Có nhiều cách đo lường chất lượng trạm y tế xã, như các chỉ số đầu vào, các chỉ số phản ánh quá trình hoạt động của trạm và các chỉ số đầu ra. Các chỉ số đầu vào được đo lường thông qua chỉ số sẵn có của các nguồn lực. Yếu tố quá trình được đo lường thông qua các chỉ số chức năng của NVYT thể hiện qua các hoạt động chăm sóc người bệnh. Quá trình này là một yếu tố cơ bản để bảo đảm chất lượng khám chữa bệnh của các TYTX. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về chất lượng DVYT như ở Trung Quốc, Philippines, Banglades, Ai Cập, Ấn Độ... Nghiên cứu chất lượng DVYT ở Trung Quốc chỉ dựa vào chỉ số đầu vào và chỉ số thực hiện, trong khi đó, nghiên cứu chất lượng ở Banglades và Philippines chỉ dựa vào chỉ số quá trình, còn nghiên cứu tại Ấn Độ về chất lượng chỉ dựa vào chỉ số đầu vào. Đo lường chỉ số đầu ra hầu như không được đề cập đến trong các nghiên cứu về chất lượng DVYT ở các nước đang phát triển [14], [115]. Việc thực hiện đúng các hoạt động sẽ làm hài lòng người sử dụng dịch vụ y tế. Yếu tố đầu ra chính là kết quả cuối cùng của quá trình hoạt động, là kết quả của KBCB BHYT phản ánh chất lượng của tính sẵn có và kịp thời của đầu vào. Các chỉ số đánh giá kết quả bao gồm chỉ số đánh giá trực tiếp những thay đổi trong cộng đồng như tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, thay đổi hành vi của người dân cũng như các chỉ số gián tiếp như đánh giá của thầy thuốc và đánh giá của người bệnh, người sử dụng DVYT [14]. Trong nghiên cứu này (bảng 3.11) chúng tôi đã điều tra ý kiến về chất lượng KBCB BHYT tại TYTX của 235 trong tổng số 286 nhân viên y tế hiện có của 47 trạm y tế xã 2 huyện tỉnh Hòa Bình chiếm tỷ lệ 82,2%. Kết quả đánh giá của NVYT về năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng dịch vụ KBCB BHYT: Điểm trung bình chung 10 yếu tố về năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã được NVYT 2 huyện đánh giá là $3,42 \pm 0,53$ điểm đạt mức cao với tỷ lệ 64,8%. Từng yếu tố đều được đánh giá ở mức cao với điểm trung bình trên 3,41 điểm (xem bảng 3.12). Hiện nay

còn quá ít các nghiên cứu tương tự nên chúng tôi gặp rất nhiều khó khăn trong việc so sánh với các kết quả nghiên cứu khác. Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thị Thanh Quý [70] nghiên cứu thực trạng các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên, song các tác giả chủ yếu đánh giá thực trạng các yếu tố nhân lực, vật lực và tài lực của các trạm y tế xã bảo đảm cho KBCB BHYT bằng các số liệu cụ thể chứ không tính điểm khả năng đáp ứng của các yếu tố đó tới chất lượng KBCB BHYT nên chúng tôi cũng không sử dụng để so sánh được. Nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [55], [57] chú trọng nhiều đến đánh giá của nhân viên y tế trạm về quá trình hoạt động của trạm y tế xã hơn là đánh giá cụ thể về các yếu tố đầu vào. Kết quả nghiên cứu này [55] cho thấy 46,80% NVYT đánh giá bảo đảm chất lượng hoạt động của TYT xã là tốt và rất tốt, đồng thời có tới 63,23% NVYT hài lòng với cơ chế chính sách về TYTX. Như vậy, kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi (64,8%), mặc dù 2 nghiên cứu đều được tiến hành trên cùng 1 địa bàn tỉnh Hòa Bình. Sự khác biệt này có thể do tác động của yếu tố thời gian, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành sau nghiên cứu của Lê Đình Phan [55] 2 năm và cách đánh giá cũng như đối tượng đánh giá cũng không hẳn hoàn toàn giống nhau, một nghiên cứu đánh giá 10 yếu tố đầu vào và điều kiện bảo đảm chất lượng, một nghiên cứu đánh giá chung của NVYT về điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB của TYTX [55]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lê Đình Phan cũng có đề cập đến đánh giá của NVYT về TYTX thông qua các chỉ số đánh giá đầu vào (tổ chức của TYTX), chỉ số quá trình (quản lý TYTX, cơ chế quản lý, kiểm tra, giám sát hoạt động của TYTX, sự quan tâm của chính quyền địa phương và công tác phối hợp đa ngành của TYTX) nên có thể sử dụng để so sánh đánh giá chung về điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB tại TYTX. Hiện nay, còn rất ít các nghiên cứu đánh giá về TYTX của NVYT và hầu như chưa có nghiên cứu nào đề cập đến các điều kiện và năng

lực của TYTX trong việc bảo đảm chất lượng KBCB nói chung, KBCB BHYT nói riêng, cũng như nghiên cứu về quy trình KBCB tại các trạm y tế xã nên chúng tôi đã khó khăn lại càng khó khăn hơn. Có thể khẳng định, đây cũng là một hạn chế trong nghiên cứu này. Như trên chúng tôi đã trình bày, chất lượng KBCB BHYT tại TYTX là sự hài lòng của tất cả các đối tượng có liên quan đến quá trình KBCB. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhân viên y tế được điều tra có điểm hài lòng chung về chất lượng KBCB BHYT là $3,70 \pm 0,61$ với tỷ lệ hài lòng là 74,0% và điểm hài lòng của nhân viên y tế về công việc hiện tại của chính mình tại TYTX chung là $3,65 \pm 0,79$ đạt tỷ lệ 73,0%. Có thể thấy, đây là tỷ lệ cao so với mặt bằng chung tại các trạm y tế xã và cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu khác, dù còn rất ít ỏi. Hiện nay đã có một số nghiên cứu có đề cập đến sự hài lòng của NVYT tuyến cơ sở. Năm 2003, nghiên cứu về “Đánh giá hiệu quả hoạt động của bác sỹ xã, phường tại một số địa phương” đã cho thấy việc đưa bác sỹ về công tác tại TYT xã, phường đã đem lại nhiều chuyển biến tích cực, song chỉ có 49,1% bác sỹ hài lòng với công việc [14]. Kết quả trên cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu tìm hiểu “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở” khi cho thấy nhân viên YTCS chưa thực sự hài lòng với công việc, tỷ lệ hài lòng từng khía cạnh như kinh tế, CSVC, kiến thức và kỹ năng, các mối quan hệ... còn thấp [49]. Trong khi đó, nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh cho thấy, tỷ lệ NVYT hài lòng với công việc tại TYTX là rất thấp, khoảng 20-30% [51], [54]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thắng và Trần Thị Nga năm 2012 tại 2 huyện Bình Lục và Kim Bảng tỉnh Hà Nam [66] cho thấy, 56,9% NVYT xã 2 huyện trên hài lòng đối với công việc và sự hài lòng chỉ đạt ở mức trung bình (2,83 điểm) thấp hơn nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi ($3,65 \pm 0,79$ điểm với tỷ lệ 73,0%). Kết quả về hài lòng của NVYT với TYTX trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [55], [56] là khá cao (63,23%), song vẫn thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi

(74,0%). Tỷ lệ hài lòng cao của NVYT về chất lượng KBCB tại TYTX (74%) cũng như về công việc hiện tại (73%) trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải như sau: một là, bản thân họ luôn vui vẻ thoải mái trong công việc vì được làm việc tại chính quê hương mình (sinh ra và làm việc tại xã là 55,3%; số còn lại hầu hết đến từ các xã khác trong huyện hoặc từ huyện khác trong tỉnh. Xem bảng 3.10). Hai là, họ cảm nhận thấy công việc đang đảm nhiệm phù hợp với chuyên môn được đào tạo và phù hợp với nguyện vọng công tác (67,2% ý kiến được hỏi, bảng 3.14). Mặt khác, Đảng và Nhà nước ta cũng như chính quyền địa phương có nhiều cơ chế, chính sách quan tâm đến phát triển kinh tế - xã hội các vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn (các vùng núi cao) nên đã có tác động tích cực đến tâm tư, tình cảm của NVYT làm cho họ ngày càng hài lòng hơn với công việc hiện tại và nơi công tác của mình. Đây là những bằng chứng xác đáng giúp chúng ta hoàn thiện các chính sách phù hợp trong thời gian tới.

4.1.3. Về đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã của người dân

Hiện nay, để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế nói chung, dịch vụ KBCB nói riêng tại các cơ sở y tế, nhất là tại các bệnh viện phần lớn các tác giả sử dụng phương pháp đánh giá chất lượng thông qua sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ y tế đó [4], [23], [34], [112]. Tương tự, tại tuyến xã, một số tác giả cũng tiến hành đánh giá chất lượng KBCB thông qua chỉ số hài lòng của người dân [1], [14], [55], [70], [73], [99]. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng tiến hành đánh giá chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã thông qua đánh giá của người sử dụng DVYT tại TYTX bằng chỉ số hài lòng của họ.

Như phân tổng quan chúng tôi đã trình bày, sự hài lòng của người bệnh đã được định nghĩa khác nhau như: “một sự đánh giá tích cực của một cá nhân về những tiêu chí đặc trưng cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe” và như

“một sự đánh giá của người bệnh về dịch vụ nhận được, bao hàm cả những phản ứng về nhận thức và tình cảm” [23], [99], [106].

Hiện nay, tài liệu nghiên cứu chuyên về sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ nói chung, dịch vụ y tế nói riêng rất phong phú. Tổng quan tài liệu nghiên cứu của Hall và Dornan về sự hài lòng của người bệnh đã cho thấy tính đa dạng, phong phú về sự hài lòng đối với các khía cạnh y học được lựa chọn nghiên cứu khác nhau. Sự hài lòng là một cấu trúc nhiều yếu tố - người bệnh trải nghiệm những khía cạnh khác nhau của dịch vụ y tế và họ đưa ra những đánh giá đa dạng về quá trình cũng như kết quả KBCB. Những khía cạnh được xác định trong tổng quan đó là: Sự tiếp cận, chi phí, chất lượng chung, tính cộng đồng, năng lực, thông tin được cung cấp, thủ tục hành chính, thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất KBCB, sự chú trọng đến những vấn đề tâm lý xã hội của cả người cung cấp dịch vụ (thái độ, tư vấn, thấu hiểu, đồng cảm, dễ tiếp xúc và thân thiện của nhân viên y tế) và người sử dụng dịch vụ, vệ sinh môi trường của các cơ sở y tế, tính liên tục của dịch vụ y tế và kết quả của dịch vụ y tế [4], [23].

Việc định nghĩa người bệnh như là những người tiêu dùng dịch vụ y tế đã dẫn đến việc chấp nhận những chiến lược nhằm nâng cao dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa trên đánh giá về sự hài lòng của người bệnh. Sự hài lòng hay không hài lòng có thể được diễn đạt thông qua việc cho điểm một số yếu tố cụ thể hoặc bằng cách đánh giá cảm nhận về sự hài lòng chung đối với cơ sở KBCB [23], [106].

Cần phải xem xét đến sự hài lòng của người bệnh là vì sự quan tâm ngày càng nhiều đối việc thăm dò ý kiến người bệnh trong việc lập kế hoạch cung ứng dịch vụ y tế và tổ chức môi trường khám chữa bệnh dựa trên tính trách nhiệm và hạch toán.

Việc sử dụng phương pháp đánh giá sự hài lòng của người bệnh thực chất là một trong những nội dung của việc đánh giá và đảm bảo chất lượng

điều trị, điều này cũng giúp cho những người cung cấp dịch vụ y tế phát hiện ra được những khiếm khuyết cũng như những bất hợp lý nhằm mong muốn có thể đáp ứng được ngày càng tốt hơn những nhu cầu của người bệnh và những thông tin này được sử dụng cho việc cải thiện chất lượng điều trị. Như vậy, việc đo lường sự hài lòng của người bệnh là một công cụ quan trọng cho lĩnh vực nghiên cứu, lĩnh vực quản lý, lĩnh vực lập kế hoạch [23], [99], [112].

Hiện nay, việc khảo sát sự hài lòng của người bệnh không những được tiến hành thường xuyên mà còn với mức độ ngày càng chuyên sâu hơn nhằm định ra được những yếu tố quyết định tính hài lòng của người bệnh để lập chương trình can thiệp, tất cả chỉ nhằm vào một mục đích cuối cùng là nâng cao sự hài lòng cho người bệnh để đạt được một chất lượng chăm sóc điều trị tốt nhất [14], [23], [99], [112].

Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng, chất lượng dịch vụ y tế được xem xét dựa trên các khía cạnh: thời gian chờ đợi để được khám chữa bệnh, thái độ phục vụ của nhân viên y tế, điều kiện cơ sở vật chất, điều kiện vệ sinh, máy móc, thiết bị khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã cũng như các loại thuốc men được cung cấp. Tùy từng khía cạnh của dịch vụ y tế, người dân bày tỏ mức độ hài lòng khác nhau [34]. Tổng quan các tài liệu hiện có chúng tôi thấy rằng, hiện nay, đánh giá chất lượng KBCB bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã được thực hiện theo 5 nội dung sau đây [23], [32], [73], [102]:

+ Phương tiện hữu hình của dịch vụ: Cần đổi mới cơ sở vật chất đã lạc hậu, đầu tư mở rộng cơ sở hạ tầng, nâng cao trình độ chuyên môn NVYT.

+ Độ tin cậy: Đảm bảo quyền lợi khi đi KBCB cho người tham gia BHYT, tránh tình trạng phân biệt đối xử đối với người bệnh BHYT.

+ Khả năng đáp ứng: Cải cách thủ tục hành chính khi đi KBCB để giảm thời gian chờ đợi, nâng cao chất lượng dịch vụ KBCB cho người bệnh.

+ Độ đảm bảo: Nâng cao trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế để người bệnh được hưởng dịch vụ y tế có chất lượng tốt.

+ Sự cảm thông hoặc đồng cảm: Truyền thông về chính sách BHYT giúp người tham gia BHYT hiểu hơn về chính sách BHYT, về quyền lợi của mình khi tham gia BHYT.

Chúng tôi đã tiến hành đánh giá chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã qua chỉ số hài lòng của người dân đã từng sử dụng dịch vụ tại TYTX năm trước điều tra (năm 2017) về 5 yếu tố nêu trên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm trung bình hài lòng của người dân về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã năm 2018 là $3,73 \pm 0,53$ điểm đạt tỷ lệ 74,6%, trong đó, yếu tố “Độ bảo đảm” được đánh giá với số điểm cao nhất là $3,85 \pm 0,60$ đạt tỷ lệ 77,0%; tiếp theo lần lượt là yếu tố “Khả năng đáp ứng” với số điểm trung bình là $3,82 \pm 0,62$ đạt tỷ lệ 76,5%; yếu tố “sự tin tưởng” với $3,80 \pm 0,61$ điểm đạt 76%; yếu tố “sự đồng cảm” với $3,76 \pm 0,62$ điểm đạt 75,2% và thấp nhất là yếu tố “Phương tiện hữu hình” với $3,42 \pm 0,75$ điểm đạt tỷ lệ 68,4%.

Trong những năm gần đây đã có một số nghiên cứu đánh giá về sự hài lòng của người dân hoặc người bệnh về chất lượng KBCB BHYT tại bệnh viện các tuyến hoặc tại các phòng khám đa khoa tư nhân, phòng khám bác sỹ gia đình và đặc biệt là tại TYTX. Nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc về đánh giá mức độ hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế và dịch vụ khuyến nông tại 3 xã của huyện năm 2012 [34] tuy không đánh giá theo 5 yếu tố chất lượng như chúng tôi đã tiến hành, nhưng lại thực hiện chi tiết theo từng yếu tố cụ thể trong 5 nhóm yếu tố chất lượng. Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy [34]: Theo nhận thức của người dân địa phương, việc lĩnh thuốc bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã là một trong những dịch vụ y tế cấp xã mà họ sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, nhìn chung người dân chưa có những nhận xét tích cực về thuốc được phát tại trạm y tế xã. Chỉ có khoảng 20% người được hỏi cho biết thuốc được nhận tại trạm y tế xã là đủ và tốt. Về máy móc, thiết bị KBCB tại trạm y tế xã, có tới gần 40% người dân đánh giá

là đủ nhưng chưa tốt trong khi tỷ lệ người dân cho rằng còn thiếu và rất thiếu là 26,6%. Do phạm vi cung cấp dịch vụ của trạm y tế xã, trang thiết bị y tế tại cấp xã khó có thể đáp ứng được nhu cầu KBCB của người dân địa phương nhưng một trong những điều kiện để có thể vận hành được các máy móc, trang thiết bị y tế là bác sỹ và nhân viên y tế được đào tạo thì không phải trạm y tế xã nào cũng có. Điều kiện vệ sinh là một yếu tố rất quan trọng đối với các cơ sở y tế. Tuy nhiên, chỉ có 20% số người được hỏi có nhận xét tốt về điều kiện vệ sinh tại trạm y tế xã. Đây là một lĩnh vực mà các trạm y tế xã hoàn toàn có thể cải thiện trong phạm vi nguồn lực của mình hoặc của xã. Về điều kiện cơ sở vật chất của trạm y tế xã, có tới 43,2% người được phỏng vấn cho rằng “đủ nhưng chưa tốt” và chỉ có 27,4% cho rằng “đủ và tốt”. Nhìn chung, thái độ phục vụ của nhân viên y tế ở trạm y tế xã được người dân đánh giá ở mức trung bình và tốt (95,6%). Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị KBCB và chất lượng KBCB là 2 lĩnh vực mà có tỷ lệ người dân thể hiện mức độ không hài lòng và rất không hài lòng cao nhất (lần lượt là 48,9% và 30,9%) trong khi tỷ lệ người dân hài lòng và rất hài lòng cao nhất đối với khía cạnh thủ tục giấy tờ và thời gian chờ đợi (lần lượt là 52,1% và 47,3%). Điều này có thể lý giải là do trạm y tế xã thường là nơi đăng ký KBCB ban đầu của đa số người dân trong xã và chủ yếu cung cấp các dịch vụ y tế đơn giản nên thủ tục giấy tờ thường đơn giản và thời gian chờ đợi nhanh chóng hơn nhiều so với các cơ sở y tế ở các tuyến trên. Cơ sở vật chất còn thiếu thốn và nhân lực hạn chế tại các trạm y tế xã có thể là những nguyên nhân chính dẫn tới các đánh giá này. Về chất lượng KBCB, tỷ lệ người dân cho ý kiến trung lập khá cao. Về thái độ phục vụ của nhân viên trạm y tế xã, ý kiến trung lập cũng có tỷ lệ khá cao, khoảng 50%.

Để đánh giá chung dịch vụ y tế của trạm y tế xã bằng một chỉ tiêu duy nhất, sau khi nêu ra nhiều khía cạnh để người dân đánh giá, người dân đã được yêu cầu chấm điểm cho dịch vụ theo thang điểm 10 (1 là kém nhất, 10 là

tốt nhất). Kết quả cho thấy, điểm trung bình mà người dân chấm cho chất lượng dịch vụ y tế của trạm y tế xã là 6,07 điểm.

Qua phần trình bày trên chúng tôi nhận thấy, kết quả chung cũng như kết quả theo 5 nhóm yếu tố chất lượng KBCB BHYT của chúng tôi đều tốt hơn trong nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc. Điểm đánh giá chung trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 3,73 và theo từng yếu tố đều đạt trên 3,41 điểm theo thang điểm 5 hay tương ứng là 7,46 và 6,82 điểm theo thang điểm 10 đều cao hơn so với kết quả điểm đánh giá chung trong nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc (6,07 điểm) [34]. Điều này được giải thích là do nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc được tiến hành trước thời điểm nghiên cứu của chúng tôi 6 năm. Trong 6 năm đó đã có rất nhiều biến đổi tích cực về kinh tế - xã hội tác động lên chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung, lên chất lượng KBCB nói riêng, nhất là ở khu vực miền núi cao như huyện Đà Bắc và 2 huyện Mai Châu, Tân Lạc trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự năm 2015-2017 cũng tại 3 huyện khác của tỉnh Hòa Bình [55], [57] với điểm số hài lòng về chất lượng TYTX là 0,59 – 0,64 điểm thang điểm 1 hoặc 2,95-3,20 điểm theo thang điểm 5. Song có một điểm hay là cả 3 nghiên cứu này đều được tiến hành trên cùng một không gian tỉnh Hòa Bình, đều là những huyện liền kề nhau, có những điều kiện tự nhiên, kinh tế, xã hội tương đồng nên rất có giá trị về bằng chứng khoa học cho xây dựng các chính sách y tế phù hợp nhất.

So với các nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn rất nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của Võ Thị Kim Anh và CS tại phòng khám bác sĩ gia đình, Phòng khám Đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương với điểm trung bình hài lòng của người bệnh là $28,5 \pm 2,9$ theo thang điểm 100 hay $2,85 \pm 0,29$ theo thang điểm 10 hoặc 1,43 theo thang điểm 5 như trong nghiên cứu của chúng tôi [1]. Theo Báo cáo chuyên đề chất lượng

dịch vụ tại TYT xã, phường, Điều tra y tế quốc gia 2001-2002 của Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê xuất bản năm 2003 [14] tỷ lệ người dân điều trị nội trú tại trạm y tế xã hài lòng với TYTX là 20,3%, rất thấp so với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,6%, song số liệu này cách đây gần 15 năm. Hiện nay còn rất ít nghiên cứu đánh giá về chất lượng KBCB nói chung và KBCB BHYT tại TYTX nói riêng, do vậy chúng tôi gặp rất nhiều khó khăn trong tổng quan cũng như so sánh các kết quả tương đồng để có những cải tiến chất lượng nghiên cứu và chất lượng dịch vụ. Chúng tôi cho rằng, các chỉ số hài lòng của người dân trong nghiên cứu của chúng tôi là khá tốt. Điều này là hợp lý, vì Đảng và chính quyền các cấp luôn quan tâm đến củng cố và phát triển hệ thống y tế cơ sở, đặc biệt là mạng lưới y tế xã khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa và vùng đặc biệt khó khăn, mặt khác cũng phù hợp với những đánh giá về thực trạng các yếu tố bảo đảm chất lượng và năng lực của TYTX trong KBCB BHYT của 47 xã nghiên cứu đã được trình bày trong các phần trên.

4.1.4. Về một số yếu tố liên quan chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã

Trong nghiên cứu y học và y tế công cộng người ta rất chú ý đến nghiên cứu mối liên hệ giữa các yếu tố tác động, ảnh hưởng hoặc có nguy cơ đối với sức khỏe con người hoặc các vấn đề y tế để từ đó xây dựng các giải pháp phù hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá chất lượng KBCB BHYT tại TYTX thông qua chỉ số hài lòng của NVYT và người dân. Muốn nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại TYTX cần phải đề xuất được các giải pháp phù hợp và thực thi trên cơ sở nghiên cứu đánh giá các yếu tố có liên quan đến sự hài lòng của NVYT và người dân khi sử dụng dịch vụ tại TYTX. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, sự hài lòng của người bệnh có liên quan đến một trong những yếu tố về tình trạng sức khỏe [95], năng lực chuyên môn và khả năng làm việc tương tác với người bệnh, mức độ sẵn có của các dịch vụ và thời gian chờ đợi. Các nghiên cứu đã cho thấy, có 6 nhóm yếu tố chính có

liên quan đến chất lượng, sự hài lòng của người dân với dịch vụ KBCB. Đó là, tình trạng kinh tế - xã hội, tình trạng dân số học xã hội, hệ thống y tế, thông tin y tế, nhu cầu CSSK của nhân dân và sự đa dạng của loại hình dịch vụ y tế, đồng thời cũng chỉ ra 15 biến số chủ yếu tác động ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh: Sự tiếp cận, chi phí, chất lượng chung, tính cộng đồng, năng lực, thông tin được cung cấp, thủ tục hành chính, thời gian chờ đợi, cơ sở vật chất KBCB, sự chú trọng đến những vấn đề tâm lý xã hội của cả người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ, vệ sinh môi trường của các cơ sở y tế, tính liên tục của dịch vụ y tế và kết quả của dịch vụ y tế [23], [99]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã bao gồm: Cơ sở vật chất, kỹ thuật; Trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế; Thủ tục hành chính, quy trình KBCB; Phân biệt đối xử với người bệnh BHYT và Thông tin tuyên truyền về chế độ chính sách BHYT [14], [23], [103], [106].

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.18, 3.19, 2.20) đã cho thấy, các yếu tố có liên quan đến sự hài lòng của NVYT là: giới tính nam, trình độ đào tạo là sơ cấp, trung cấp, chức danh lãnh đạo TYTX, chức danh chuyên môn là bác sỹ; trạm y tế xã có hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm, trạm y tế xã thực hiện đủ 14 bước quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, TYTX có ứng dụng công nghệ thông tin, trạm có sự quan tâm của chính quyền xã, trạm y tế xã có sự phối hợp chặt chẽ với các ban, ngành, đoàn thể của xã và trạm có phối hợp với BHXH, BHYT huyện trong phân tích đơn biến và 3 yếu tố trình độ đào tạo của nhân viên y tế, trạm có bác sỹ làm việc và các trạm có phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể của xã trong phân tích đa biến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [56] về các yếu tố: sự phối hợp chặt chẽ của TYTX với các ban, ngành của xã (OR= 2,84 với $p < 0,001$);

phối hợp chặt chẽ của TYTX với bệnh viện huyện và các cơ sở y tế khác của huyện (OR=2,72 với $p<0,001$).

Trong công tác quản lý TYTX nói chung, quản lý chất lượng hoạt động/chất lượng KBCB nói riêng, trong đó có KBCB BHYT không thể thiếu được công tác tham mưu và phối hợp đa ngành, do vậy, phối hợp chặt chẽ của TYTX với các ban ngành, đoàn thể của xã; với các cơ sở y tế của huyện và cơ quan BHXH/BHYT huyện là điều rất cần thiết. Đánh giá cao của NVYT về những yếu tố này là hoàn toàn hợp lý. Mặt khác, trong tổng kết 10 năm thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Bí thư về y tế cơ sở cũng đánh giá cao vai trò của cấp ủy đảng và chính quyền các cấp đối với phát triển mạng lưới y tế cơ sở. Ở đâu, cấp ủy, chính quyền quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân, ở đó mạng lưới y tế không ngừng được củng cố và phát triển, tình trạng sức khỏe của nhân dân không ngừng được cải thiện [14], [30], [38]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa minh chứng cho quan điểm và định hướng của Đảng về y tế cơ sở. Đồng thời, đây cũng là cơ sở để chúng tôi đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại TYTX tỉnh Hòa Bình trong thời gian tới.

Nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc cho thấy những yếu tố có tỷ lệ NVYT hài lòng chưa cao là: quy chế của cơ quan, thăng tiến, khen thưởng và phúc lợi ngoài lương. Sự hài lòng của NVYT liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố sau: trình độ chuyên môn y sỹ (OR=3,0), có người sống phụ thuộc (OR=3,2) và NVYT trong biên chế (OR=4,8) [34]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và kết quả nghiên cứu của Hội đồng Nhân dân huyện Đà Bắc cũng có những điểm trùng khớp nhau về yếu tố trình độ đào tạo. Mong muốn của NVYT là trạm y tế xã có bác sỹ để nâng cao chất lượng KBCB ngày càng tốt hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.22, 2.2) đã chỉ ra rằng, có rất nhiều yếu tố liên quan đến chất lượng, sự hài lòng của người dân đối với chất lượng

KBCB BHYT tại TYTX. Các yếu tố đó là: TYTX có hướng dẫn quy trình KBCB và trạm đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã; trạm có bác sỹ làm việc; quản lý tốt hồ sơ, bệnh án; có ứng dụng CNTT; cơ sở vật chất, KT đầy đủ; cảnh quan môi trường bảo đảm và có phối hợp với bảo hiểm xã hội huyện trong phân tích đơn biến và 4 biến: trạm có bác sỹ làm việc; có ứng dụng công nghệ thông tin; bảo đảm được cơ sở vật chất, kỹ thuật của trạm và các trạm có phối hợp với BHXH huyện trong phân tích đa biến.

Trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [56] đã chỉ 5 nhóm yếu tố với 32 biến số cụ thể có liên quan đến hài lòng của người dân đối với chất lượng hoạt động của TYTX là: Nhóm **yếu tố tiếp cận TYTX** (6 yếu tố): Khoảng cách tới trạm (OR = 2,34), biển chỉ dẫn tới trạm (OR = 2,56), thời điểm cung cấp dịch vụ (OR = 4,05), có thông tin về trạm (OR = 6,89), cung cấp dịch vụ phù hợp (OR = 4,22), cảnh quan của trạm thân thiện (OR = 4,14); nhóm **minh bạch thông tin và thủ tục hành chính** (9 yếu tố): Có niêm yết thời gian biểu (OR = 4,76), có thông báo các thủ tục hành chính (OR = 3,92), có sơ đồ phòng làm việc (OR = 2,55), có quy trình cung cấp dịch vụ (OR = 3,81), thông báo thời gian chờ đợi (OR = 5,19), có niêm yết giá dịch vụ (OR = 4,92), có thông tin phản hồi (OR = 6,11), có quy chế về thái độ của NVYT (OR = 3,97) và có nội quy giao tiếp (OR = 4,96); **nhóm cơ sở vật chất của TYTX** (5 yếu tố): diện tích của trạm (OR = 3,70), trang thiết bị hỗ trợ người bệnh (OR = 3,75), đủ trang thiết bị y tế (OR = 4,47), vệ sinh môi trường của trạm tốt (OR = 5,11), không gian cảnh quan phù hợp (OR = 4,70); **nhóm thái độ, kỹ năng làm việc của NVYT** (4 yếu tố): Thái độ giao tiếp ứng xử tốt (OR = 4,08), cách hướng dẫn người bệnh (OR = 3,28), thái độ phục vụ tốt (OR = 3,71), năng lực xử lý công việc (OR = 4,05); **nhóm kết quả cung cấp dịch vụ của TYTX** (8 yếu tố): Kết quả tốt so với mong đợi (OR = 4,92), mức độ sử dụng công nghệ thông tin (OR = 4,47), tín nhiệm đối với trạm (OR = 4,38), mức thu phí dịch vụ (OR = 3,39), cách thức thu phí dịch vụ (OR =

2,26), khả năng chi trả của dân (OR = 2,53), thời gian cung cấp dịch vụ (OR = 1,96) và thủ tục hành chính trong cung cấp dịch vụ (OR = 3,49) trong phân tích đơn biến và 18 biến số trong phân tích đa biến là: Khoảng cách tới trạm, vị trí của trạm, có thông tin về trạm trên truyền thông đại chúng, có giới thiệu khả năng cung cấp DVYT, cảnh quan của trạm, sơ đồ phòng làm việc không hợp lý; có thông báo thời gian chờ đợi; có niêm yết giá dịch vụ, có thông tin phản hồi cho người dân, TTBYT, vệ sinh môi trường của trạm và cảnh quan thân thiện của trạm; năng lực xử lý công việc của NVYT; kết quả so với mong đợi, trạm có sử dụng công nghệ thông tin, có mức thu phí dịch vụ, có thời gian cung cấp dịch vụ và thủ tục hành chính trong cung cấp dịch vụ. Ngoài các biến số trên, trong nghiên cứu của Lê Đình Phan [56] còn xác định được 3 biến số có liên quan mạnh với sự hài lòng của người dân là: Trạm y tế có bác sỹ làm việc (OR=3,44), có KBCB BHYT (OR=2,75) và Trạm y tế đạt chuẩn Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã (OR=3,82). Mặc dù cách tiếp cận nghiên cứu và nội dung nghiên cứu của chúng tôi và của Lê Đình Phan [56] có khác nhau, nghiên cứu của Lê Đình Phan tập trung đánh giá của người dân về chất lượng hoạt động chung của TYTX, còn chúng tôi đề cập cụ thể về đánh giá chất lượng KBCB BHYT tại TYTX của người dân. Nhưng bản chất đều là hoạt động cung cấp dịch vụ, do vậy, trong điều kiện khó khăn tìm kiếm các nghiên cứu tương đồng, chúng tôi cho rằng việc so sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phan trên cùng một không gian nghiên cứu là có thể chấp nhận được. So sánh 2 nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có rất nhiều yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân về chất lượng hoạt động chung và chất lượng KBCB BHYT tại trạm y tế xã trùng khớp nhau. Đây còn là một minh chứng rõ nét cho cách tiếp cận nghiên cứu, bộ công cụ nghiên cứu của 2 nghiên cứu này là đáng tin cậy và có tính khoa học cao. Ngoài 2 nghiên cứu trên, hiện có ít nghiên cứu một cách toàn diện về các yếu tố ảnh hưởng, liên quan hoặc tác động đến sự hài lòng của người dân, người sử dụng dịch vụ y tế

đối với chất lượng KBCB BHYT tại TYTX. Mỗi một nghiên cứu đề cập chuyên sâu đến một số khía cạnh của yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người dân. Một số tác giả chỉ đề cập đến các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế như trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu và Nguyễn Thị Thanh Quý trên địa bàn thị xã Phò Yên tỉnh Thái Nguyên [70] hoặc đề cập đến những yếu tố ảnh hưởng đến tần suất khám bệnh, chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế của đồng bào dân tộc thiểu số tại các trạm y tế xã miền núi trong nghiên cứu của Hoàng Văn Hải tại Thái Nguyên [27], trong khi đó, nghiên cứu của Phouvang Suyavong, Ngô Văn Toàn, Matry Senchanthisay [58] đã chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành của người có thẻ bảo hiểm y tế trong sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ở các cơ sở y tế công tại tỉnh Viêng Chăn, CHDCND Lào, năm 2017 (các yếu tố khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế, thời gian tham gia BHYT và được tiếp nhận thông tin về BHYT của người có thẻ BHYT). Trong Báo cáo chuyên đề chất lượng dịch vụ tại TYT xã, phường, các yếu tố ảnh hưởng được đề cập khá toàn diện, song vẫn nhấn mạnh đến sự hài lòng của người dân đối với chất lượng chung TYTX [14]. Tương tự là nghiên cứu của Nhan Truong Thi tại một số TYTX miền Bắc Việt Nam vào năm 1999 [99]. Có khá nhiều nghiên cứu [32], [42], [67], [75]... cũng đề cập đến các yếu tố liên quan đến chất lượng KBCB BHYT nhưng trong điều kiện bệnh viện nên ít phù hợp với nghiên cứu tại các TYTX.

Như vậy, có nhiều yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã thông qua đánh giá chỉ số hài lòng của NVYT và người dân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với những nghiên cứu khác, kể cả nghiên cứu về chất lượng hoạt động chung của trạm y tế xã. Đó chính là những bằng chứng khoa học để chúng tôi đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã trong thời gian tới.

4.2. VỀ HIỆU QUẢ BIỆN PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KBCB BHYT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

4.2.1. Về kết quả thực hiện một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

Để nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại các TYTX cần phải tìm ra được các nguyên nhân gốc rễ hay là các yếu tố liên quan/yếu tố nguy cơ gây cản trở việc cải thiện chất lượng, từ đó xây dựng các giải pháp can thiệp phù hợp nhất. Giải pháp được định nghĩa là phương pháp giải quyết vấn đề, là phương tiện giải quyết vấn đề gốc rễ, là con đường đi tới mục tiêu. Có nhiều con đường đi đến mục tiêu, nhưng người quản lý cần tìm ra con đường ngắn nhất, nhanh nhất, dễ đi nhất, đơn giản nhất, rẻ tiền nhất và phù hợp nhất [16]. Tương tự, có rất nhiều yếu tố, điều kiện bảo đảm chất lượng, sự hài lòng với chất lượng KBCB BHYT tại TYTX như: năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng của TYTX, 5 nhóm yếu tố ảnh hưởng, liên quan đến chất lượng, đến sự hài lòng của NVYT và người dân (độ bảo đảm, khả năng đáp ứng, sự tin tưởng, sự đồng cảm và phương tiện hữu hình)... Do vậy, cũng có rất nhiều giải pháp để giải quyết những vấn đề, những nguyên nhân, những yếu tố tác động liên quan đến sự hài lòng về chất lượng KBCB BHYT. Trong phần tổng quan chúng tôi đã giới thiệu 4 nhóm giải pháp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại TYTX: Tăng cường năng lực hệ thống y tế cơ sở, nhất là TYTX; bảo vệ quyền lợi của người bệnh, tránh phân biệt đối xử với người bệnh BHYT; cải cách thủ tục hành chính và tăng cường, đổi mới công tác tuyên truyền chính sách BHYT tạo sự đồng thuận xã hội. 4 nhóm giải pháp này có rất nhiều giải pháp, biện pháp và hoạt động để đạt được mục tiêu nâng cao chất lượng và sự hài lòng của người tham gia KBCB BHYT tại TYTX. Do điều kiện hạn chế về nguồn lực (con người, TTBYT, tài chính, thời gian thực hiện đề tài) nên chúng tôi chỉ tập trung vào một số giải pháp nhất định dựa trên nghiên cứu thực trạng và các yếu tố liên quan chất lượng.

Với nhiều ưu điểm của quy trình nên hầu hết các hoạt động trong xã hội đều được các ngành xây dựng thành các quá trình và các quy trình cụ thể. Để quản lý hoạt động chuyên môn, quản lý bệnh Ngành Y tế đã xây dựng các quy trình hoạt động chuyên môn, trong đó có quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện theo Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22/4/2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện. Quy trình này gồm 14 bước và được áp dụng tại các khoa khám bệnh của các bệnh viện và cho đến nay vẫn chưa có hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã [9]. Do quy trình có nhiều bước nên trong thực tiễn hoạt động tại các bệnh viện cũng như khi vận dụng vào KBCB tại các TYTX quy trình cần được cải tiến để nâng cao chất lượng dịch vụ tạo sự hài lòng của người bệnh. Bộ trưởng Bộ Y tế cũng đã từng nhấn mạnh đến việc cải tiến quy trình KBCB, bố trí nhân lực phù hợp, đổi mới phong cách phục vụ để nâng cao chất lượng KBCB và trong thực tế, trong những năm qua tại khu vực bệnh viện quy trình khám bệnh đã giảm từ 12-14 bước xuống còn 4-8 bước tùy theo từng loại hình KBCB [69].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại 47 xã 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc tỉnh Hòa Bình cho thấy chỉ có gần một nửa (48,9%) số trạm y tế xã có xây dựng bản hướng dẫn quy trình KBCB tại các trạm y tế. Đây là một tỷ lệ rất thấp, song trong quá trình thực hiện KBCB chỉ có 70,2% số trạm thực hiện đủ 14 bước, số còn lại là thực hiện không đủ quy trình hoặc thậm chí, không thực hiện. Lý do không xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình KBCB và không thực hiện đủ 14 bước của quy trình hoặc không thực hiện là sự phức tạp, rườm rà về thủ tục hành chính của quy trình, việc thực hiện trách nhiệm của TYTX trong triển khai quy trình KBCB chưa tốt (xem bảng 3.5), mặt khác điều kiện bảo đảm của các trạm y tế vùng sâu, vùng xa còn hạn chế nên gây cản trở cho việc thực hiện các yêu cầu này. Trong việc thực hiện trách nhiệm của TYTX theo quy trình KBCB (bảng 3.5) chỉ có 2 bước được thực

hiện đầy đủ tại 47 TYTX, có đến 4 bước được thực hiện với tỷ lệ dưới 50%, trong đó thấp nhất là thu tiền của đối tượng cùng chi trả (4,3%), trả kết quả xét nghiệm với 12,8%. Những số liệu trên là cơ sở để chúng tôi cải tiến quy trình KBCB tại các khoa khám bệnh của bệnh viện thành Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã gồm 3 khâu, 6 bước (xem Sơ đồ 3.2. Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã và Sơ đồ 3.3. Sơ đồ triển khai các ô cửa buồng/phòng khám bệnh BHYT tại trạm y tế xã). Sau 1 năm thực hiện, Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại 23 trạm y tế xã huyện Mai Châu đã được nhân viên y tế của các trạm y tế trong huyện đánh giá rất cao với đại đa số ý kiến đánh giá là rất phù hợp (47,9%) và phù hợp (39,3%), chỉ có 12,8% đánh giá là bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả khác [25], [69]. Tác giả Trần Trung Dũng cho thấy, các bệnh viện đã không ngừng cải cách thủ tục hành chính từ khâu đón tiếp đến khâu thanh toán, ứng dụng công nghệ thông tin vào quản lý bệnh viện [25], nhờ đó đã giảm được thời gian chờ đợi, thời gian khám bệnh được trung bình 48,5 phút/1 lượt khám bệnh [69]. Rất tiếc, do điều kiện hạn chế nên chúng tôi không tiến hành đo thời gian chờ đợi KBCB tại TYTX, cũng như không trang bị máy phát số thứ tự khám bệnh tự động và thông báo trên bảng điện tử. Chúng tôi cho rằng, điều này cũng không cần thiết tiến hành tại Hòa Bình, vì mỗi ngày chỉ có khoảng hơn 10 lượt người đến KBCB tại TYTX (xem dòng 2 bảng 3.9) nên thời gian chờ đợi là không đáng kể. Suy luận của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hội đồng nhân dân huyện Đà Bắc, tỉnh Hòa Bình đã chỉ ra thời gian chờ đợi khám bệnh tối đa tại TYTX là 30 phút: “*Thời gian chờ đợi để được khám chữa bệnh tại trạm y tế xã được người dân đánh giá là khá nhanh. Hơn 70% người được phỏng vấn cho biết họ thường chờ dưới 30 phút để được phục vụ*” [34]. Đây là một chỉ báo tốt để chúng ta tham khảo trong các nghiên cứu đánh giá về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại các trạm y tế xã.

Trong nghiên cứu y học và y tế công cộng người ta rất chú ý đến nghiên cứu mối liên hệ giữa các yếu tố tác động, ảnh hưởng hoặc có nguy cơ đối với sức khỏe con người hoặc các vấn đề y tế để từ đó xây dựng các giải pháp phù hợp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xác định được một số yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã **trùng khớp** đối với cả nhân viên y tế và người sử dụng dịch vụ KBCB. Đó là các yếu tố: trình độ đào tạo ($OR=3,57$; $CI_{95\%}=1,64-7,76$) hoặc có chức danh chuyên môn là bác sỹ ($OR=0,28$; $CI_{95\%}=0,11-0,71$) đối với NVYT và trạm có bác sỹ làm việc ($OR=4,62$; $CI_{95\%}=1,94-11,09$) đối với người dân; trạm y tế xã có hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm với $OR=1,89$; $CI_{95\%}=1,08-3,31$ đối với NVYT và $OR=1,93$; $CI_{95\%}=1,24-3,01$ đối với người dân; trạm y tế xã có ứng dụng công nghệ thông tin ($OR=1,89$; $CI_{95\%}=1,08-3,31$) đối với NVYT và $OR=2,22$; $CI_{95\%}=1,42-3,47$ đối với người dân; trạm có phối hợp với BHXH huyện ($OR=1,89$; $CI_{95\%}=1,60-6,07$) đối với NVYT và $OR=4,65$; $CI_{95\%}=2,84-7,61$ đối với người dân trong phân tích đơn biến và yếu tố trình độ đào tạo của nhân viên y tế/trạm có bác sỹ làm việc ($OR=5,67$; $CI_{95\%}=1,14-28,13$) đối với NVYT và $OR=3,72$; $CI_{95\%}=1,82-7,62$ đối với người dân trong phân tích đa biến.

Như vậy, kết quả này một lần nữa khẳng định việc xây dựng hoặc cải tiến quy trình KBCB tại các khoa khám bệnh của bệnh viện vào KBCB tại trạm y tế xã của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với tâm tư, nguyện vọng chính đáng của cả NVYT và người dân.

Một yếu tố liên quan cũng được NVYT và người dân đánh giá cao là phối hợp của TYTX với cơ quan BHXH huyện, nhưng do điều kiện không cho phép nên chúng tôi không đưa nội dung này vào can thiệp, song gián tiếp, việc đưa giải pháp tập huấn về kỹ năng quản lý cũng từng bước nâng cao năng lực phối hợp hoạt động của NVYT, cán bộ quản lý các TYTX với các cơ quan hữu quan, trong đó có cơ quan BHXH các cấp. Chúng tôi đặc biệt quan

tâm đến 2 yếu tố: trạm có ứng dụng công nghệ thông tin và trình độ đào tạo của NVYT/trạm có bác sỹ làm việc. Hai yếu tố này trong một bình diện khác lại có mối liên hệ mật thiết với nhau: đào tạo liên tục thông qua các phương thức và phương tiện công nghệ hiện đại của cuộc Cách mạng công nghiệp 4.0. Chúng tôi đã tiến hành giải pháp can thiệp 2 với việc tổ chức các lớp tập huấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng công nghệ 4.0 về chuyên môn, kỹ thuật, kỹ năng quản lý y tế và về quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT được đề xuất cho nhân viên y tế và cán bộ quản các trạm y tế xã của huyện Mai Châu, tỉnh Hòa Bình. Với đường link: www/.../healthvietnam.vn NVYT truy cập miễn phí vào Website của Công ty Cổ phần Health Vietnam để liên tục cập nhật kiến thức cần tìm kiếm qua hệ thống sách, báo, tài liệu và video. Lựa chọn này của chúng tôi cũng phù hợp với các quan điểm về y tế và các giải pháp trong Nghị quyết của Đảng [3] và chủ trương của Bộ Y tế. Bộ trưởng Bộ Y tế đã nhấn mạnh: *“Một số giải pháp đã và đang được Ngành Y tế thực hiện trong thời gian gần đây là: ..., đào tạo liên tục, đào tạo thông qua thực hành, hướng dẫn chuyên môn cho y tế cơ sở...”* [69]. Kết quả đạt được qua các lớp tập huấn; biên soạn sách “Trạm y tế xã”; xây dựng bộ video các kỹ thuật cấp cứu, vận chuyển người bị thương, bị nạn và cung cấp cho các TYTX huyện Mai Châu đã nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại các TYTX.

Như vậy, kết quả đánh giá thực trạng năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng cũng như xác định được các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của nhân viên y tế, của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại các TYTX là những bằng chứng khoa học để chúng tôi đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại TYTX trong thời gian qua. Những bằng chứng xác đáng đó đã giúp chúng tôi cải tiến quy trình KBCB BHYT tại TYTX và đưa vào ứng dụng trong thực tiễn được NVYT đánh giá cao, cũng như kết quả rất đáng khích lệ của việc triển khai giải pháp tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật và quản lý cho nhân viên y tế các TYTX.

4.2.2. Về hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã

Như trên chúng tôi đã trình bày, từ những bằng chứng khoa học xác định được trong nghiên cứu mô tả tại 47 trạm y tế xã 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc của tỉnh Hòa Bình năm 2018 đã giúp chúng tôi đề xuất cải tiến quy trình KBCB BHYT tại TYTX và đưa vào ứng dụng trong thực tiễn tại huyện Mai Châu từ tháng 8/2018 đến tháng 7/2019 được NVYT các TYTX thực hiện nghiêm túc và đánh giá cao, cũng như kết quả rất đáng khích lệ của việc triển khai giải pháp tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật và quản lý cho nhân viên y tế các TYTX qua lên lớp trực tiếp và đặc biệt qua hình thức trực tuyến học tập và nâng cao chuyên môn, nghiệp vụ bằng sử dụng trang mạng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn). Chúng tôi luôn bám sát thực địa tận tình hướng dẫn cho trạm trưởng, NVYT các TYTX thực hiện Quy trình cải tiến trong KBCB BHYT và các biện pháp và hoạt động cụ thể để các trạm rà soát kịp thời những lỗ hổng trong quản lý, trong các thủ tục hành chính, các quy trình chuyên môn kỹ thuật, những thiếu hụt về kiến thức và những nhu cầu cần được đáp ứng. Chính nhờ đó, các TYTX đã thực hiện rất nghiêm túc những giải pháp, biện pháp và các hoạt động cụ thể đã được thống nhất bảo đảm đúng nội dung can thiệp, tiến độ thực hiện với tinh thần, trách nhiệm cao.

Trước hết, nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy các trạm y tế xã huyện can thiệp, huyện Mai Châu hưởng ứng mạnh mẽ việc áp dụng Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm. Sau 1 năm thực hiện Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã, 100% trạm y tế xã của huyện Mai Châu đã xây dựng được Hướng dẫn thực hiện Quy trình này đạt hiệu quả can thiệp cao (114,6%) và đạt chỉ số thay đổi khác biệt cao (48,2%) với $p < 0,001$. Đây là một sự thay đổi rất đáng khích lệ với một khu vực đặc biệt khó khăn của tỉnh Hòa Bình. Cùng với đó, việc tuân thủ đầy đủ các bước trong quy trình cũng được thực hiện nghiêm túc với tỷ lệ đạt rất cao 100% TYTX với việc so sánh với nhóm

chúng cho hiệu quả can thiệp cao (32%) với chỉ số thay đổi khác biệt tốt (22,1%). Chúng tôi rất hài lòng với những đổi thay này, song thật tiếc, đến nay còn quá ít nghiên cứu đánh giá về hiệu quả can thiệp quy trình khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh của các bệnh viện các tuyến cũng như tại các trạm y tế xã ở nước ta nên chúng tôi gặp rất nhiều khó khăn trong tìm hiểu các kinh nghiệm cũng như gặp nhiều lúng túng trong xây dựng, chỉ đạo, hướng dẫn và thực hiện quy trình khám bệnh, chữa bệnh tại các trạm y tế xã, nhất là ở các vùng khó khăn, đặc biệt khó khăn, vùng sâu vùng xa như ở Hòa Bình. Vũ Thị Thục [74] trong luận văn thạc sỹ của mình đã đề cập đến quy trình khám bệnh chữa bệnh tại Khoa khám bệnh của Bệnh viện tỉnh Hòa Bình. Tác giả đã xây dựng mô hình về quy trình KBCB tại Khoa khám bệnh bệnh viện, song tác giả [74] đề cập một cách quá chi tiết việc thực hành quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện và điều này cũng không phù hợp với điều kiện của các TYTX, mặc dù cùng trên một địa bàn tỉnh Hòa Bình. Như vậy, có thể khẳng định là Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại các TYTX của chúng tôi được áp dụng tại các TYTX huyện Mai Châu đã có hiệu quả rõ rệt trong thời gian qua cần được tiếp tục nghiên cứu mở rộng áp dụng tại các TYTX có điều kiện tương đồng.

Với việc thực hiện các giải pháp can thiệp (ứng dụng và hoàn thiện Quy trình cải tiến nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho phù hợp với chức năng, nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT của trạm y tế xã trên cơ sở Quy trình khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Y tế [9] và tổ chức các lớp tập huấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng công nghệ 4.0 qua Website: [www//healthvietnam.vn](http://healthvietnam.vn) về chuyên môn, kỹ thuật, kỹ năng quản lý y tế và về quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT được đề xuất) với các biện pháp và hoạt động cụ như: đơn giản hóa các quy trình, thủ tục hành chính trong KCB; thành thạo kỹ năng CNTT, nhờ đó, năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của trạm đã được cải thiện rõ rệt. Điều này được thể hiện rất rõ

nét trong bảng kết quả nghiên cứu 3.27 với sự thay đổi khá mạnh về năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các trạm y tế xã thuộc huyện Mai Châu sau can thiệp so với trước can thiệp, nhất là 2 yếu tố: Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định ($Z=2,07$) và có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet) ($Z=3,96$) với hiệu quả can thiệp và chỉ số DD tương ứng là: 35,50% (hiệu quả can thiệp); 22,0% (chỉ số DD) và: 57,09% và 35,2%. Cùng với đó là sự đánh giá cao của NVYT các xã huyện Mai Châu về những thay đổi rõ rệt năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT của các TYTX với hiệu quả can thiệp chung cho cả 10 yếu tố điều kiện và năng lực của TYTX (Hợp lý về quy trình chung; Hợp lý về quy trình từng bước; Đáp ứng được về nhân lực; Đáp ứng được về cơ sở nhà trạm; Đáp ứng được về cơ sở VCKT; Đáp ứng được về cảnh quan; Đáp ứng được về TTBYT; Đáp ứng được về kinh phí; Thuận lợi trong thanh toán và Khả năng thực hiện kỹ thuật cơ bản) là 9,0% và chỉ số DD là 6,8%. Tương ứng, từng yếu tố về điều kiện và năng lực của TYTX đều được NVYT đánh giá phù hợp với tỷ lệ trên 80% đối với các TYTX huyện nghiên cứu. Kết quả này của chúng tôi đều tốt hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [55] cùng trên 1 địa bàn nghiên cứu, nhưng vào những 2015-2016. Chúng tôi cho rằng, có sự khác biệt này là do sự thay đổi chung về các điều kiện kinh tế - xã hội của Mai Châu, mặt khác do nghiên cứu của chúng tôi về cải tiến quy trình KBCB tại trạm nên đáp ứng được nhu cầu của NVYT cũng như của nhân dân và đặc biệt, việc áp dụng chương trình học tập online, tập huấn trực tuyến và sử dụng Website: [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) nên giúp cho NVYT thường xuyên cập nhật kiến thức nâng cao chất lượng KBCB phục vụ nhu cầu của nhân dân ngày càng tốt hơn. Nhờ đó, kết quả hoạt động KBCB của các TYTX huyện nghiên cứu đã tốt lên. Cụ thể, số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm tại các TYTX huyện Mai Châu tăng từ $1,56\pm 0,35$ lượt lên $1,73\pm 0,21$ có ý nghĩa thống kê với giá trị $Z=2,0$; $p<0,05$ và tăng lên có ý nghĩa thống kê

so với huyện đối chứng ($Z=10,43$; $p<0,001$) với hiệu quả can thiệp là 5,24% và chỉ số DD là 11,0%. Tương tự, số lượt khám BHYT TB/1 thẻ/năm tại TYTX huyện can thiệp cũng tăng lên so với trước can thiệp và so với huyện đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với các chỉ số hiệu quả can thiệp 11,83% và DD là 18%. Kết quả này của chúng tôi cũng tốt hơn kết quả trong nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự là tổng số lượt khám BHYT trung bình/tháng/TYTX có tăng sau can thiệp nhưng tăng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) [57]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đạt cao hơn so với trong nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh [54]. Chúng tôi cho rằng, có kết quả tốt hơn so với nghiên cứu khác [54], [57] là do chúng tôi đã mạnh dạn áp dụng các thành tựu của cuộc Cách mạng 4.0 vào thực tiễn hoạt động của các TYTX thông qua cuốn sách Trạm y tế xã có đầy đủ thông tin, kiến thức cập nhật về y tế xã và trang mạng internet [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) gây hứng thú, tạo động lực làm việc cho NVYT các TYTX và qua đó nâng cao kiến thức, năng lực làm việc của NVYT các TYTX thuộc huyện Mai Châu. Như vậy, có thể nhấn mạnh rằng, công tác KBCB tại các TYTX huyện Mai Châu đã đạt được hiệu quả can thiệp nhất định, nổi bật nhất là KBCB BHYT.

Một trong các chỉ số tổng hợp đánh giá hiệu quả can thiệp là so sánh sự hài lòng của NVYT và người sử dụng dịch vụ y tế trước và sau can thiệp.

Đối với NVYT, sau can thiệp tỷ lệ NVYT xã hài lòng với chất lượng KBCB BHYT của TYTX đã tăng lên đạt 86,2% so với 75,4% trước can thiệp và tăng có ý nghĩa thống kê với $Z=2,09$; $p<0,05$ và chỉ số hiệu quả của can thiệp là 19,0%; chỉ số DD là 7,4% với $Z=1,975$; $p<0,05$. Phân tích đa biến DD đã chứng minh NVYT được nhận can thiệp có điểm đánh giá sự hài lòng của họ về chất lượng KBCB BHYT tăng 7,47 lần, về công việc tăng 6,8 lần, về sự hài lòng chung tăng 6,46 lần so với nhóm NVYT không được nhận can thiệp. Sự gia tăng này thể hiện hiệu quả can thiệp của mô hình là khá tốt và điều này cũng phù hợp với những thay đổi tích cực trong đánh giá về chất lượng

KBCB BHYT TYTX của NVYT được thể hiện trong bảng 3.28. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [57] cũng cùng trên địa bàn nghiên cứu nhưng được tiến hành 2-3 năm trước đó. Nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [57] cho thấy tỷ lệ hài lòng về TYTX của NVYT xã tăng lên đạt 78,28% so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và chỉ số hiệu quả của can thiệp là 23,80% ($p < 0,001$). Đạt được hiệu quả can thiệp như trên chúng tôi cho rằng có sự thay đổi rõ rệt về năng lực và điều kiện hoạt động của TYTX, đồng thời, chính những sự thay đổi đó đã tác động tích cực đến tâm tư, tình cảm của NVYT làm cho họ hài lòng hơn với công việc của mình tại TYTX. Kết quả tại bảng 3.28 cho thấy NVYT hài lòng với công việc của mình tại TYTX đã tăng từ 74,8% trước can thiệp lên 85,6% sau can thiệp với $Z=2,06$ và $p < 0,05$ đạt hiệu quả can thiệp là 8,8%; chỉ số DD là 6,8% với $Z=2,02$; $p < 0,05$.

Điều rất đáng tiếc là chúng tôi không có tài liệu quốc tế về sự hài lòng của NVYT đối với các cơ sở y tế nói chung, đối với TYTX nói riêng để so sánh, bàn luận cho kết quả được phong phú và sâu sắc hơn, ngoại trừ nghiên cứu của Lê Thanh Nhuận và cộng sự năm 2009 [49]. Tuy nhiên, nghiên cứu này [49] đề cập đến sự hài lòng của NVYT đối với công việc tại 1 thời điểm nhất định chứ không phải là sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của NVYT trước và sau một can thiệp nào đó tại trạm y tế xã.

Đối với người dân, tỷ lệ hài lòng sau can thiệp đã tăng lên 8,59% so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp là 8,09% và chỉ số thay đổi khác biệt là 6,23% với $Z=2,41$; $p < 0,05$. Kết quả phân tích đa biến DD cho thấy người dân tại các xã nhận can thiệp có điểm đánh giá sự hài lòng của họ về cơ sở vật chất tăng 6,92 lần, điểm đánh giá về niềm tin với TYT xã tăng gấp 6,2 lần, đánh giá về trình độ chuyên môn của NVYT TYT xã tăng gấp 6 lần, điểm đánh giá về thủ tục, quy trình KCB tăng gấp 5,84 lần, điểm đánh giá về truyền thông và tư vấn của TYT xã tăng

gấp 6,39 lần so với người dân tại các xã không được nhận can thiệp. Khi xem xét đến đánh giá sự hài lòng chung, kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp làm tăng điểm số hài lòng của người dân về chất lượng KCB BHYT tại TYT lên 6,08 lần. Điều này phù hợp với tỷ lệ gia tăng sử dụng dịch vụ KCB tại TYTX và tỷ lệ tiếp tục sử dụng DVYT tại TYTX sau can thiệp. Hiện nay cũng còn khá ít nghiên cứu can thiệp đề cập đến thay đổi chỉ số hài lòng của người sử dụng DVYT tại TYTX ở nước ta.

So với nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [57], tỷ lệ hài lòng sau can thiệp đã tăng lên 9,69% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi (8,59%). Có điều này là do những năm trước can thiệp trong nghiên cứu [57] tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB còn rất thấp, nên sự gia tăng cao hơn so với những năm gần đây. Lương Ngọc Khuê [41] có đề cập đến tỷ lệ hài lòng của người dân khi được CSSKBĐ và khi được KBCB tại TYTX đạt cao hơn so với nhóm chứng, nhưng đó là so sánh hài lòng trong CSSKBĐ và KBCB của những người có thể BHYT và không có thể BHYT. Để tham chiếu chúng tôi sử dụng một số nghiên cứu về sự hài lòng của người dân đối với phòng khám bác sỹ gia đình, cơ sở được coi như TYTX. Võ Thị Kim Anh và cộng sự [1] đã cho thấy, tỷ lệ hài lòng của người bệnh sau khi triển khai PKBSGD là 88,3% cao hơn so với trước can thiệp là 44,2%. Chỉ số này cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. So sánh với một số nghiên cứu khác được trích dẫn theo Võ Thị Kim Anh và cộng sự [1], chúng tôi nhận thấy: có 88% người sử dụng DVYT hài lòng với khoa Khám bệnh BSGĐ Victoria ở London (năm 2014) và theo khảo sát 600 người sử dụng DVYT tại trung tâm CSSK ban đầu, Abha Ả Rập Saudi (năm 2014) có 87% hài lòng. Khảo sát 1.323 người bệnh đái tháo đường tít 2 và tăng huyết áp tại PKBSGD ở Mêxico (năm 2006) có 51,8% người sử dụng DVYT hài lòng.

Trạm y tế xã đã có những đổi thay tích cực về năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng dịch vụ, NVYT hài lòng hơn với chất lượng của trạm và

với chính công việc của mình là những điều kiện tiên quyết để người dân đến với TYTX khi có nhu cầu. Người dân cũng hài lòng hơn với chất lượng dịch vụ KBCB BHYT của TYTX, nhưng họ có tiếp tục sử dụng trạm trong những lần ốm đau sau nữa hay không mới phản ánh đúng bản chất của những thay đổi trên của TYTX. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.32) đã cho thấy, người dân có nhu cầu tiếp tục sử dụng dịch vụ KBCB BHYT tại TYTX sau can thiệp tăng 5,6% ($Z=2,41$; $p<0,05$) với hiệu quả can thiệp là 3,4% và chỉ số DD là 2,9% với giá trị $Z=2,04$; $p<0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Đình Phan và cộng sự [57] là tỷ lệ người dân quay trở lại tiếp tục sử dụng DVYT tại TYTX đã tăng lên được 9,4% với chỉ số hiệu quả là 12,14% ($p<0,001$); tương tự như kết quả nghiên cứu can thiệp của Võ Thị Kim Anh và cộng sự, 2016 với tỷ lệ người dân tiếp tục sử dụng dịch vụ và giới thiệu dịch vụ cho bạn bè, người thân, lần lượt là 93% và 92,5% cao hơn hẳn so với trước can thiệp [1].

4.3. VỀ HẠN CHẾ VÀ SAI SỐ CỦA NGHIÊN CỨU

Do điều kiện hạn chế về nguồn lực (con người, TTBYT, tài chính, thời gian thực hiện đề tài) và kinh nghiệm thực tiễn tại trạm y tế xã nên trong quá trình thực hiện đề tài chúng tôi còn những hạn chế nhất định như đã nêu ở phần hạn chế tại cuối chương phương pháp nghiên cứu như: chưa có đủ điều kiện để đo lường thời gian thực hiện các bước trong Quy trình hoặc chưa thực hiện chọn mẫu ghép cặp trước – sau để phân tích, đánh giá; không đủ điều kiện để thực hiện một nghiên cứu toàn diện, đầy đủ cả 4 nhóm năng lực và các điều kiện của trạm y tế xã bảo đảm chất lượng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Trong can thiệp chỉ tập trung vào một số giải pháp nhất định như tập trung vào cải tiến Quy trình KBCB BHYT và nâng cao năng lực quản lý cho NVYT TYTX qua sử dụng [www//healthvietnam.vn](http://www.healthvietnam.vn) là thế mạnh của chúng tôi nhờ được Công ty Health Vietnam hỗ trợ. Mặt khác, khi xử lý số liệu điều tra, câu hỏi số 17 của Phiếu hỏi số 1 Phụ lục 1: “*Nếu không thực*

hiện được đủ kỹ thuật so với danh mục thì chủ yếu không thực hiện được ở nhóm chuyên khoa nào? Bao gồm các thủ thuật gì?’, 100% NVYT được hỏi đều bỏ trống câu trả lời nên chúng tôi không có được kết quả về những kỹ thuật nào trong số 76 kỹ thuật chuyên môn phân tuyến cho TYTX được thực hiện hoặc không được thực hiện. Chính vì vậy chúng tôi chỉ có được số liệu chung về tỷ lệ NVYT thực hiện được trên hoặc dưới 80% trong tổng số 76 kỹ thuật chuyên môn phân tuyến cho TYTX (bảng 3.7). Và đó cũng chính là sai số do lo ngại về câu trả lời của mình có thể ảnh hưởng đến hoạt động của trạm mà chúng tôi không khắc phục được. Ngoài ra, còn sai số nhớ lại của các đối tượng được điều tra mặc dù chúng tôi đã khắc phục bằng việc tập huấn kỹ càng cho các điều tra viên. Xuất phát từ những hạn chế và một vài sai số trên chúng tôi cho rằng cần có những nghiên cứu tiếp theo để có được một nghiên cứu toàn diện hơn.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã 2 huyện Mai Châu, Tân Lạc, 2018

Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các trạm y tế xã 2 huyện Mai Châu và Tân Lạc tỉnh Hòa Bình được đánh giá ở mức khá: Người dân có thẻ bảo hiểm y tế chiếm tỷ lệ cao (88,1% dân số) với số lượt khám trung bình là 1,18 lượt/thẻ/năm. Năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các trạm đạt mức trung bình; số trạm đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã; trạm có xây dựng hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thực hiện đủ 14 bước của Quy trình đạt mức thấp, thậm chí nhiều bước được thực hiện với tỷ lệ rất thấp.

Nhân viên y tế đánh giá năng lực, điều kiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (điểm trung bình $3,42 \pm 0,53$), cũng như hài lòng chung về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh ($3,70 \pm 0,61$ điểm) và hài lòng về công việc ($3,65 \pm 0,79$ điểm) đều đạt ở mức khá.

Người dân đánh giá chung chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (điểm trung bình hài lòng là $3,73 \pm 0,53$) cũng như hài lòng với từng nhóm yếu tố (cơ sở vật chất, kỹ thuật; niềm tin vào trạm; trình độ, thái độ của nhân viên y tế; thủ tục, quy trình và truyền thông chính sách) đều đạt mức khá (trung bình từ $3,42 \pm 0,75$ điểm trở lên).

Nhân viên y tế đã xác định được 10 yếu tố liên quan đến chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã trong phân tích đơn biến và 3 yếu tố trong phân tích đa biến. Trong khi đó, người dân đã xác định được 8 yếu tố trong phân tích đơn biến và 4 yếu tố trong phân tích đa biến.

2. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã (2018-2019)

Đã đưa Quy trình cải tiến khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế với 3 khâu 6 bước vào thực hiện tại các trạm y tế xã và đạt được hiệu quả cao được

nhân viên y tế đánh giá tốt. Đào tạo liên tục thông qua các lớp tập huấn trực tiếp hoặc trực tuyến bằng website www/.../healthvietnam.vn đã nâng cao năng lực của nhân viên y tế và điều kiện bảo đảm chất lượng các trạm y tế. Các điều kiện bảo đảm của trạm y tế tăng lên, đạt hiệu quả can thiệp cao, nhất là 2 yếu tố: Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định và có ứng dụng công nghệ thông tin vào khám bệnh chữa bệnh với hiệu quả can thiệp và chỉ số DD tương ứng là: 35,50%; 22,0% và: 57,09% và 35,2%.

Kết quả hoạt động của các trạm y tế xã can thiệp đã tốt lên: số lượt khám bình quân/1 người dân/năm tăng lên đạt $1,73 \pm 0,21$ lượt với hiệu quả can thiệp là 5,24% và chỉ số DD là 11,0% ($p < 0,001$); số lượt khám bảo hiểm y tế TB/1 thẻ/năm tăng lên đạt 1,62 với hiệu quả can thiệp 11,83% và DD là 18% ($p < 0,001$). Nhân viên y tế được nhận can thiệp có điểm đánh giá sự hài lòng của họ về chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng 7,47 lần, về công việc tăng 6,8 lần, về sự hài lòng chung tăng 6,46 lần so với nhóm nhân viên y tế không được nhận can thiệp ($p < 0,01$).

Đối với người dân, tỷ lệ hài lòng sau can thiệp đã tăng lên 8,99% với hiệu quả can thiệp là 8,09%; chỉ số DD là 6,23% ($Z=2,41$; $p < 0,05$) và tỷ lệ tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế tại trạm khi có nhu cầu tăng lên đạt cao (96,1%) với hiệu quả can thiệp là 3,4%; chỉ số DD là 2,9% ($p < 0,05$). Người dân tại các xã nhận can thiệp có điểm đánh giá sự hài lòng của họ về cơ sở vật chất tăng 6,92 lần, điểm đánh giá về niềm tin với trạm y tế xã tăng gấp 6,2 lần, đánh giá về trình độ chuyên môn của cán bộ trạm y tế xã tăng gấp 6 lần, điểm đánh giá về thủ tục, quy trình khám bệnh, chữa bệnh tăng gấp 5,84 lần, điểm đánh giá về truyền thông và tư vấn của trạm y tế xã tăng gấp 6,39 lần, điểm số hài lòng chung cả 5 nhóm yếu tố tăng lên 6,08 lần so với người dân tại các xã không được nhận can thiệp ($p < 0,01$).

KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục đầu tư nhân lực có trình độ cao và thường xuyên tập huấn bồi dưỡng kiến thức về chuyên môn, nghiệp vụ, về quản lý, quản trị y tế, cơ sở y tế, TYTX; về sử dụng thành tựu của công nghệ thông tin vào công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân tại tuyến xã nhằm nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ cho NVYT các TYTX các vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn bằng các hình thức khác nhau, đặc biệt là tập huấn trực tuyến để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế của trạm phù hợp với tình hình phòng chống dịch hiện nay.

2. Tăng cường hơn nữa năng lực và điều kiện bảo đảm chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các trạm y tế xã do hiện nay năng lực và các điều kiện này mới đạt mức trung bình: tăng cường số giường lưu tại trạm, tăng số trạm y tế đạt Chuẩn Quốc gia về y tế xã, tăng cường về bảo đảm thuốc, trang thiết bị y tế nói chung và trang thiết bị bảo đảm cho thực hiện 76 kỹ thuật được quy định cho tuyến xã, tăng cường nhân lực và cơ cấu nguồn nhân lực cho hợp lý, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong khám bệnh chữa bệnh BHYT.

3. Tiếp tục thực hiện và mở rộng ứng dụng thử nghiệm Quy trình cải tiến 3 khâu, 6 bước khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã ở các địa bàn tương đồng để có những đánh giá và nhìn nhận kỹ hơn nữa về Quy trình này trước khi đề xuất triển khai rộng rãi. Đồng thời, bổ sung thêm đo lường thời gian thực hiện các bước của quy trình.

4. Ngành Y tế cần tiến hành một nghiên cứu toàn diện, đầy đủ cả 4 nhóm năng lực và các điều kiện của trạm y tế xã bảo đảm chất lượng hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT để có những giải pháp toàn diện nâng cao chất lượng KBCB BHYT tại các TYTX ở nước ta trong giai đoạn hiện nay.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Tạ Văn Thượng, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đào Thị Mai Hương, Đào Văn Dũng (2019),** “Một số yếu tố liên quan đến hài lòng của nhân viên y tế về chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã 2 huyện đặc biệt khó khăn tỉnh Hòa Bình”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 2 (49), tháng 3-4/2019, tr.66-74.
- 2. Thuong Ta-Van, Duong Nguyen-Thi Thuy, Hong Do-Thi, Huong Dao-Thi-Mai, Dzung Dao-Van (2019),** “Patients’ satisfaction of service insurance healthcare quality in commune health centres of 2 Vietnamese extremelpoor districts”, *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 10.21275/ART20197211, Volume 8 Issue 4, April 2019, pp. 1.697-1.700.
- 3. Tạ Văn Thượng, Nguyễn Thị Thùy Dương, Đào Thị Mai Hương, Đào Văn Dũng (2020),** “Đánh giá hiệu quả Quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã 2 huyện tỉnh Hòa Bình, 2018-2019”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 3 (56), tháng 5-6/2020, tr.144-150.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng, Phan Trọng Luân và CS** (2016), “Sự hài lòng của người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại phòng khám bác sĩ gia đình thuộc Phòng khám Đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương, 2015-2016”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Hội Y học Dự phòng, Tập XXVI, số 13 (186), tr. 159-166.
2. **Đào Việt Ánh** (2019), “Nỗ lực mới, quyết tâm mới, vì mục tiêu an sinh xã hội bền vững”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 363, kỳ 1, tháng 2/2019, tr.4-6.
3. **Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII** (2017), *Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
4. **Bộ Y tế** (2018), *Báo cáo Chỉ số hài lòng người bệnh PSI: Đánh giá cải tiến chất lượng phục vụ khám bệnh, chữa bệnh ở Việt Nam từ góc nhìn của người bệnh*.
5. **Bộ Y tế** (2017), *Thông tư số 39/2017/BYT, ngày 18/10/2017 quy định gói dịch vụ cơ bản cho tuyến y tế cơ sở gồm: Gói dịch vụ y tế cơ bản do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả và Gói dịch vụ y tế cơ bản phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và nâng cao sức khỏe*.
6. **Bộ Y tế** (2016), *Quyết định số 6858/QĐ-BYT, ngày 18/11/2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0*.
7. **Bộ Y tế** (2015), *Thông tư số 33/2015/TT-BYT hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn, Hà Nội, ngày 27/10/2015*.
8. **Bộ Y tế** (2014), *Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020*.
9. **Bộ Y tế** (2013), *Quyết định số 1313/QĐ-BYT, ngày 22/4/2013 về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện*.

10. **Bộ Y tế** (2004), “Quyết định của Bộ trưởng số 1020/QĐ-BYT ngày 22/3/2004 v/v ban hành sửa đổi Danh mục trang thiết bị y tế TYTX có bác sỹ vào Danh mục trang thiết bị y tế... ban hành kèm theo Quyết định số 437/QĐ-BYT ngày 20/02/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế”, trang 29-33.
11. **Bộ Y tế - Bộ Tài chính** (2014), *Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC*, ngày 24/11/2014 về hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế.
12. **Bộ Y tế - Nhóm đối tác y tế** (2016), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015, Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ CSSK toàn dân*, NXB Y học, Hà Nội, tháng 6/2016.
13. **Bộ Y tế - Nhóm đối tác y tế** (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2012, Nâng cao dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh*, Bộ Y tế, NXB Y học.
14. **Bộ Y tế - Tổng cục Thống kê** (2003), *Báo cáo chuyên đề chất lượng dịch vụ tại trạm y tế xã/phường*.
15. **Chính phủ** (2014), *Nghị định số 117/2014/NĐ-CP*, ngày 08/12/2014 của Chính phủ Quy định về Y tế xã, phường, thị trấn.
16. **Đào Văn Dũng** (2020), *Phương pháp nghiên cứu khoa học- Nghiên cứu hệ thống y tế*, Dành cho học viên sau đại học, Nhà xuất bản Y học, tr. 65-85.
17. **Đào Văn Dũng** (2018), “Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế: thực trạng và giải pháp”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 352, kỳ 2, tháng 8/2018, tr. 19-22.
18. **Đào Văn Dũng** (2018), “Bảo đảm người tham gia BHYT được hưởng dịch vụ y tế công bằng, chất lượng”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 337, kỳ 1, tháng 01/2018, tr 9-12.
19. **Đào Văn Dũng** (2017), “Thách thức và giải pháp phát triển y tế Việt Nam trong tình hình mới”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 333, kỳ 1, tháng 11/2017, tr 15-20.

20. **Đào Văn Dũng** (2017), “Thực hiện chính sách BHYT: Tăng cường truyền thông tạo sự đồng thuận xã hội”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 336, kỳ 2, tháng 12/2017, tr 10-12.
21. **Đào Văn Dũng** (2017), “Không ngừng hoàn thiện hành lang pháp lý BHYT ở nước ta”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 323, kỳ 1, tháng 6/2017, tr 28-31.
22. **Đào Văn Dũng** (2017), “Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân – thành tựu quan trọng của sự nghiệp đổi mới”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 324, kỳ 2, tháng 6/2017, tr 18-20.
23. **Đào Văn Dũng** (2016), "Tính đa chiều của BHYT và sự hài lòng của người dân trong KCB", *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 305, kỳ 1, tháng 9/2016, tr 16-19.
24. **Mai Tiến Dũng** (2020), “Bảo hiểm xã hội Việt Nam đi đầu ứng dụng công nghệ thông tin, cải cách hành chính”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 385, kỳ 2, tháng 1/2020, tr. 8.
25. **Trần Trung Dũng** (2018), “Đổi mới phong cách đáp ứng sự hài lòng của người tham gia bảo hiểm y tế”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 348, kỳ 2, tháng 6/2018, tr 15-17.
26. **Đỗ Huy Giang, Phạm Thị Mỹ Hạnh, Vũ Thị Kim Dung** (2020), “Sự hài lòng của người dân về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của trạm y tế xã tại Thái Bình”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 54, tháng 1-2/2020, tr. 96-100.
27. **Hoàng Văn Hải** (2016), “Nhận biết những yếu tố ảnh hưởng đến tần suất khám bệnh, chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế của đồng bào dân tộc thiểu số tại các trạm y tế xã miền núi Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 29, tháng 3/2016, tr. 9-14.
28. **Phạm Hồng Hải, Lê Đình Phan** (2017), “Bảo hiểm y tế Việt Nam từ góc nhìn kinh tế 30 năm một chặng đường”, *Một số vấn đề kinh tế y tế hướng*

tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân khu vực miền núi phía Bắc, Đại học Thái Nguyên, Trường Đại học kinh tế và Quản trị kinh doanh, NXB Y học, Hà Nội, 2017, trang 143-167.

- 29. Phạm Hồng Hải, Trần Thị Giáng Hương, Nguyễn Đức Lực** (2016), “Dự báo Quỹ bảo hiểm y tế cho người nghèo và dân tộc thiểu số đến năm 2020 bằng mô hình dự báo theo tốc độ phát triển bình quân”, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 6 (179), tr 163-179.
- 30. Vũ Thị Minh Hạnh và cộng sự** (2012), “Đánh giá 10 năm triển khai thực hiện Chỉ thị 06-CT/TW ngày 22/01/2002 và đề xuất giải pháp củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong thời gian tới”, *Tạp chí Chính sách y tế*, Viện chiến lược và chính sách y tế, số 10 (2012), trang 12-19.
- 31. Dương Văn Hào** (2020), “Mở rộng bao phủ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế: Hành trình 25 mùa xuân”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 385, kỳ 2, tháng 1/2020, tr. 24-26.
- 32. Nguyễn Thị Hiền, Lã Ngọc Quang, Hà Anh Đức** (2017), “Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của khách hàng đối với chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 41, tháng 10-11/2017, tr. 40-45.
- 33. Ngô Huy Hoàng và cộng sự** (2009), “Khảo sát kiến thức của cán bộ y tế về sử dụng thuốc kháng sinh tại các trạm y tế xã ở huyện Mỹ Lộc tỉnh Nam Định”, *Tạp chí dược học*, 395 (3-2009), trang 8-13.
- 34. Hội đồng nhân dân huyện Đà Bắc, AFAP, CDI** (2012), *Báo cáo đánh giá mức độ hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế và dịch vụ khuyến nông tại 3 xã của huyện Đà Bắc*, Hòa Bình, 2012, tr. 41-46.
- 35. Hội đồng nhân dân tỉnh Hòa Bình** (2019), *Nghị quyết 206/NQ-HĐND ngày 10/12/2019 của Hội đồng nhân dân tỉnh về kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội năm 2020 tỉnh Hòa Bình*.

36. **Nguyễn Tuấn Hưng** (2012), “Một số nhận xét về thực trạng nguồn nhân lực trạm y tế xã, phường, thị trấn tại một số tỉnh, thành phố trong toàn quốc”, *Tạp chí Chính sách y tế*, Viện CLCSYT, số 10 (2012), Tr. 25-29.
37. **Đào Thị Mai Hương** (2017), “Hệ thống y tế và mô hình bảo hiểm y tế Bismarch”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 324, kỳ 2, tháng 6/2017, tr 34-37.
38. **Trần Văn Hưởng, Võ Thị Kim Anh** (2017), *Phát triển bảo hiểm y tế vì an sinh xã hội*, Nhà xuất bản y học, tr. 93-94.
39. **Lê Văn Khảm** (2018), “Xây dựng và thực hiện chính sách bảo hiểm y tế về khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 350, kỳ 2, tháng 7/2018, tr 16-18.
40. **Nguyễn Xuân Kiên, Nguyễn Văn Chuyên, Nguyễn Văn Ba và CS** (2016), “Thực trạng nguồn lực y tế các tỉnh Tây Nguyên”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 30, tháng 4/2016, tr. 40-45.
41. **Lương Ngọc Khuê** (2011), *Góp phần hoàn thiện mô hình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã*, Nhà xuất bản y học.
42. **Lương Ngọc Khuê, Lê Ngọc Trọng, Ngô Văn Toàn** (2002), “Kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về khám bệnh, chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã”, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 12 (437) 2002, trang 2-6.
43. **Nguyễn Hoàng Long, Nguyễn Thanh Long** (2013), “Tình hình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã theo Luật Bảo hiểm y tế tại một số tỉnh”, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 137 (2), Tr 122-128.
44. **Nguyễn Duy Luật** (2004), “Năng lực cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm Y tế của 4 trạm y tế xã huyện Thanh Oai Hà Tây năm 2002”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 2 (472) 2004, trang 32-37.
45. **Vũ Khắc Lương** (2013), “Thực trạng khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại trạm y tế phường thuộc thành phố Rạch Giá, tỉnh

Kiên Giang năm 2012”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXIII, số 1 (136) 2013, trang 12-15.

46. **Vũ Khắc Lương, Vũ Thị Hồng Hải, Lê Ngọc Trọng, Trần Thu Thủy** (2002), “Nghiên cứu thăm dò việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã”, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 6 (424) 2002, trang 4-6.
47. **Hoàng Văn Minh** (chủ biên) (2019), “Bài 5. Phân tích khác biệt trong khác biệt trong đánh giá hiệu quả của nghiên cứu bán thực nghiệm - Lê Thị Kim Ánh, Trần Hùng Minh”, *Phương pháp nghiên cứu can thiệp: Thiết kế và phân tích thống kê*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
48. **Hà Nhân** (2007), *Ứng dụng công nghệ thông tin tại Bệnh viện Lê Lợi: Lợi cả đôi bên*.
49. **Lê Thanh Nhuận, Lê Cự Linh** (2009), “Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở”, *Tạp chí Y tế công cộng*, số 13, năm 2009, 51-56.
50. **Hồng Nhung** (2016), “Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế tỉnh Hòa Bình”, *Báo điện tử Hòa Bình*, ngày 23/2/2016.
51. **Trần Thị Mai Oanh, Khương Anh Tuấn, Hoàng Thu Thủy...** (2018), “Chất lượng và công bằng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Việt Nam: Kết quả nghiên cứu ở một số bệnh viện huyện và trạm y tế xã Việt Nam năm 2015”, *Kỷ yếu tóm tắt các đề tài nghiên cứu khoa học 2013-2018*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tháng 11/2018, trang 92-97.
52. **Trần Thị Mai Oanh, Hoàng Thị Phượng, Khương Anh Tuấn...** (2018), “Báo cáo kết quả khảo sát đánh giá nhanh thực trạng sử dụng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở 4 tỉnh Thái Bình, Quảng Nam, Thanh Hóa, An Giang”, *Kỷ yếu tóm tắt các đề tài nghiên cứu khoa học 2013-2018*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tháng 11/2018, trang 252-259.

- 53. Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Thị Thắng, Dương Huy Lương...** (2012), “Đánh giá bước đầu việc triển khai khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế”, *Báo cáo tóm tắt các công trình nghiên cứu khoa học 2009-2012*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tháng 11/2012, trang 73-76.
- 54. Trần Thị Mai Oanh và cộng sự** (2012), “Kết quả thực hiện chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi”, *Tạp chí Chính sách y tế*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, số 10 (2012), trang 20-24.
- 55. Lê Đình Phan, Nguyễn Tuấn Hưng, Đào Văn Dũng** (2016), “Thực trạng và khả năng đáp ứng của trạm y tế xã tại 3 huyện, thành phố tỉnh Hòa Bình, 2015”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện sức khỏe Cộng đồng, số 34, tháng 9-10/2016, tr. 63-70.
- 56. Lê Đình Phan, Đào Văn Dũng, Nguyễn Tuấn Hưng, Trần Văn Hưởng** (2016), “Một số yếu tố liên quan đến trạm y tế xã của 3 huyện, thành phố thuộc tỉnh Hòa Bình”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Hội Y học Dự phòng VN, tập XXVI, số 13 (186), tr. 119-128.
- 57. Lê Đình Phan, Nguyễn Tuấn Hưng, Đào Văn Dũng, Trần Văn Hưởng** (2017), “So sánh kết quả trước – sau can thiệp mô hình trạm y tế xã tại 3 huyện, thành phố tỉnh Hòa Bình, 2016” *Tạp chí Y học thực hành*, Bộ Y tế, số 1034, tháng 2/2017, tr. 52-56.
- 58. Phouvang Suyavong, Ngô Văn Toàn, Matry Senchanthisay** (2019), “Thực trạng kiến thức và thực hành của người có thẻ bảo hiểm y tế trong sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ở các cơ sở y tế công và một số yếu tố ảnh hưởng tại tỉnh Viêng Chăn, CHDCND Lào, năm 2017”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 49, tháng 3-4/2019, tr. 109-119.
- 59. Nguyễn Hoàng Phương** (2019), “Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHXH, BHYT: đáp ứng yêu cầu cách mạng công nghệ 4.0”, *Tạp*

chí Bảo hiểm xã hội, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, số tháng 2/2019 kỳ 1, tr.29-30.

- 60. Nam Phương** (2011), *Bệnh viện Bạch Mai khám sức khoẻ qua điện thoại*.
- 61. Nguyễn Khánh Phương, Nguyễn Thị Thủy, Vương Lan Mai...** (2018), “Thực trạng cung ứng và sử dụng thuốc bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã”, *Kỷ yếu tóm tắt các đề tài nghiên cứu khoa học 2013-2018*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tháng 11/2018, trang 197-201.
- 62. Nguyễn Minh Quân, Võ Văn Thắng, Cao Ngọc Thành** (2018), “Nghiên cứu xây dựng, thử nghiệm mô hình quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tinh gọn tại Bệnh viện quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học thực hành*, Tập 1083, số 10 - tháng 10/2018, Tr. 73-80.
- 63. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2009), *Luật khám bệnh, chữa bệnh số: 40/2009/QH12*, Hà Nội, ngày 23 tháng 11 năm 2009.
- 64. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2014), *Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13* ngày 13/6/2014.
- 65. Lê Anh Sơn** (2018), “Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHXH, BHYT - bước đột phá”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 337, kỳ 1, tháng 01/2018, tr 19-20.
- 66. Nguyễn Hữu Thắng, Trần Thị Nga** (2014), “Sự hài lòng đối với công việc của cán bộ y tế xã tại huyện Bình Lục và Kim Bảng, tỉnh Hà Nam, năm 2012”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, tháng 9 năm 2014, số 33, tr. 21-25.
- 67. Nguyễn Thị Thắng, Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Trần Hiền** (2016), “Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự khác biệt về sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, nội trú và tự điều trị của người dân ở 6 tỉnh thuộc các vùng sinh thái Việt Nam năm 2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 13 (186), tr.140-152.

- 68. Lê Văn Thêm, Ngô Văn Toàn, Đào Ngọc Phong** (2006), “Nghiên cứu kiến thức về chẩn đoán, điều trị bệnh tiêu chảy và nhiễm hô hấp cấp của bác sỹ tại trạm y tế xã tại tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 11 (558) 2006, trang 33-36.
- 69. Nguyễn Thị Kim Tiên** (2018), “Giảm quá tải, mang lại sự hài lòng cho người bệnh”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 343, kỳ 1, tháng 4/2018, tr 7-10.
- 70. Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thị Thanh Quý** (2019), “Thực trạng các yếu tố cơ sở của chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn thị xã Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 49, tháng 3-4/2019, tr. 60-65.
- 71. V. Thu** (2021), “Diện bao phủ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế ngày càng mở rộng”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, tháng 2/2021, tr 10-12.
- 72. Nguyễn Thị Thu, Hoàng Văn Hải, Vũ Thị Trà Mi** (2016), “Thực trạng chi trả bảo hiểm y tế cho đồng bào dân tộc thiểu số tại trạm y tế xã miền núi tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 31, tháng 5/2016, tr. 51-56.
- 73. Nguyễn Thị Hoài Thu, Bùi Thị Mỹ Anh, Hoàng Thanh Nga** (2016), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã của người dân xã Dương Liễu, huyện Hoài Đức, Hà Nội năm 2014”, *Tạp chí Y tế Công cộng*, Hội Y tế Công cộng Việt Nam, số 40, tr. 145-151.
- 74. Vũ Thị Thục** (2001), *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Bách khoa Hà Nội.
- 75. Lê Thu Thủy** (2018), *Nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các bệnh viện trung ương trên địa bàn Hà Nội*, Luận án Tiến sỹ Kinh tế Chính trị, Trường Đại học Kinh tế, Đại học Quốc gia Hà Nội.

- 76. Tổ chức Y tế thế giới** (2009), *Chiến lược tài chính y tế cho các quốc gia Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á (2010-2015)*.
- 77. Tổng Viết Trung** (2016), “Thực hiện tin học hóa trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán BHYT: Góp phần bảo đảm tốt hơn quyền lợi của người tham gia BHYT”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số 300, kỳ 2 tháng 6/2016, tr 29-31.
- 78. Trường Đại học kinh tế quốc dân Hà Nội** (2005), *Giáo trình Bảo hiểm*, Nhà xuất bản thống kê.
- 79. Phạm Lê Tuấn** (2017), “Triển khai đồng bộ các giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, đáp ứng yêu cầu thực hiện BHYT toàn dân”, *Tạp chí Bảo hiểm xã hội*, số điện tử ngày 29/6/2017.
- 80. Ủy ban Nhân dân tỉnh Hòa Bình** (2016), *Báo cáo tình hình kinh tế - xã hội năm 2016, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội năm 2017*.

TIẾNG NƯỚC NGOÀI

- 81. David R. Anderson, Dennis J. Sweeney, Thomas A. Williams-Rochester** (2002), *Statistics for Business and Economics*, Thomson Press (India) Ltd (December 1, 2002).
- 82. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care** (2010), *Australian Safety and Quality Framework for Health Care*.
- 83. Brent C. James** (1989), *Quality management for health services delivery*, Chicago: The Hospital Research and Educational Trust Of the American Hospital Association.
- 84. Brow J.D.** (2011), “Likert items and scales of measurement”, *JALT Testing and Evaluation SIG Newsletter*, 10(1), 10-14.
- 85. Judith Bruce** (1990), "Fundamental Elements of the Quality of care: A simple Framwork", *Studies in FP*, Volum 21, Number 2.
- 86. CDC**, *Total quality management*, Team member manual.
- 87. Donabedian, A.** (1980), “Explorations in quality assessment and

monitoring, The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor”, MI: Health Administration Press.

- 88. Fathi, V.K., Pardakhtchi, M.H., Abolghasemi, M. and Mohammad Hadi, F.** (2011), “Quality assurance intraining based on the importance/performance analysis model”, *Iranian Quarterly of Education Strategies*, Vol. 4 No. 2, pp. 57-65.
- 89. Freeman JD, Kadiyala S, Bell JF, Martin DP** (2008), “The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: a systematic review of US studies”, *Journal of Medical Care*, 46 (10), 1023-1032.
- 90. P.J. Gertler, Sabastian Martinez Patrick Premand, Laura B. Rawlings and Christel M.J. Vermeersch** (2016), *Impact Evaluation in Practice*, Second Edition, WB Group IDB, pp. 129-142.
- 91. Gronroos Christian** (1984), “A Service Quality Model and its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, 18(4): 36-44.
- 92. ILO, Suva, Fiji** (2005), *Extending Social Health Insurance Coverage in Pacific Island Countries: PART 1- Expanding Health Insurance in the Pacific: Provider Payment Methods*, Published by Social Security in Pacific Island Countries.
- 93. Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America** (2001), “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, *Washington, DC, : National Academies Press*.
- 94. Institute of Medicine** (1990), “Medicare: A strategy for quality assurance”, *Vol. 1. , Washington, DC, : National Academy Press*.
- 95. Kelley Edward, J. Hurst** (2006), *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*.
- 96. Likert R.** (1932), “A technique for the measurement of attitudes”, *Archives of Psychology*.

97. **Marie Pr., T.Feuerstein** (1986), *Parness in evaluation, Evaluating development and community programmes with participant.*
98. **Quan NM, Thang VV, Thanh CN** (2018), *Effectiveness of the lean model in improving hospital quality management at Thuduc district hospital, Vietnam*, The 10th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries (GMS-ICPH 2018). Pp. 331-332.
99. **Nhan Truong Thi** (1999), *The perception of quality among users of commune health centers and users of private providers in northern Viet Nam*, Doctor of Philosophy, Baltimore, 1999.
100. **Ovretveit John, A.A. Serouri** (2006), *Hospital quality management system in a low income Arabic country - an evaluation.* International Journal of Health Care Quality Assurance, 19(6).
101. **Ovretveit John** (1992), *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Scientific Press.
102. **Parasuraman A.; Zeithaml V.A.; Berry L.L.** (1988), "Servqual: A Multi-item Scale for Measuring consumer perceptions of service quality", *Journal of Retailing*, 64(1), pp22-40.
103. **PCH. MAP**, Module 5 (1992), *Monitoring and evaluating programmes.*
104. **Shaw Charles, Isuf Kalo** (2002), *A background for national quality policies in health systems, Copenhagen.*
105. **Tran BX, Nguyen LH, Nong VM, Nguyen CT**, (2016) "Health status and health service utilization in remote and mountainous areas in Vietnam", *Health Qual. Life Outcomes*, Vol 85 Issue: 14, doi:10.1186/s12955-016-0485-8.
106. **Turner P.D.; Pol L.G.** (1995), "Beyond patient satisfaction. Broaden the scope of quality measurement by intergating the making view with other perspectives", *J Health Care Mark*, 15(3), 45-53.

107. **Ward K.F., Roland E., Patterson R.A. (2005)**, “Improving outpatient health care quality: understanding the quality dimensions”, *Health care Manage Rev.*, 30(4), 361-371.
108. **WHO (2008)**, *The third ten years of the World Health Organization 1968 – 1977*.
109. **WHO - Regional Office for Europe (2008)**, *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*, Copenhagen.
110. **WHO (2007)**, *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, Copenhagen.
111. **WHO (2006)**, *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva.
112. **WHO (2003)**, *Quality and accreditation in health care services: A global review*, Geneva, pp 53-90.
113. **WHO (2000)**, *The World Health Report 2000: Health Systems: improving performance*, Geneva.
114. **WHO (1993)**, *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Second evaluation, Eighth report on the world health situation, Volume 1 Global Review, Geneva.
115. **Shaoguo Zhai, Pei Wang, Quanfang Dong, Xing Ren, Jiaoli Cai, Peter C. Coyte (2017)**, “A study on the equality and benefit of China’s national health care system”, *Int J Equity Health*, 2017; 16: 155. Published online 2017 Aug 29. doi: 10.1186/s12939-017-0653-4.

PHỤ LỤC 1

BỘ CÂU HỎI THU THẬP THÔNG TIN TYT CHO TẤT CẢ CÁC XÃ

PHIẾU SỐ 1: PHẦN CHUNG (A, B, C, D, E) – CÁC THÔNG TIN CƠ BẢN

Chúng tôi tiến hành 1 nghiên cứu đánh giá thực trạng hoạt động KBCB BHYT của TYTX. Các biểu mẫu này được sử dụng để thu thập các thông tin về đặc điểm tự nhiên, kinh tế, xã hội, cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, tài chính, hoạt động y tế ... của xã trong năm 2017. Kính đề nghị các trưởng trạm y tế và các cán bộ của trạm điền thông tin theo các câu hỏi dưới đây. Các thông tin này chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Xin trân trọng cảm ơn.

Tên TYT xã HuyệnTên người điền.....

A	Các thông tin chung	Số liệu 2017
1.	Diện tích của xã	
2.	Tổng dân số của xã	
3.	Tổng số hộ gia đình trong xã	
4.	Tổng số thôn/bản của xã	
5. *	Số thôn/bản <i>không có nhân viên y tế thôn bản</i> hoạt động	
6. *	Số thôn bản <i>có quầy/cửa hàng thuốc</i> tây tư nhân	
7. *	Số thôn/bản <i>có y tế tư nhân hoạt động</i>	
8.	TYT có đạt Chuẩn Bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã năm 2017 không?	
9.	Trạm có bác sỹ hoặc bác sỹ tăng cường không? (ghi rõ có hoặc không)	
10.	Trạm có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không? (ghi rõ có hoặc không)	
11.*	Phối hợp của trạm với các ban, ngành của xã chặt chẽ không?	
12.*	Phối hợp của trạm với y tế huyện chặt chẽ không? (ghi rõ có hoặc không)	
13.*	Phối hợp của trạm với BHXH chặt chẽ không? (ghi rõ có hoặc không)	
B	Tình trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị của trạm y tế	
1.	Loại nhà TYT (1.Nhà tạm 2.Mái ngói 3.Mái bằng kiên cố)	
2.	Tình trạng nhà trạm? (1.Xuống cấp 2.Tạm chấp nhận 3.Tốt)	

3.	Tổng số phòng của TYT?	
4.	Đã đủ các phòng theo Chuẩn quy định chưa?	
5.	Ghi rõ tên các phòng mà trạm chưa có theo quy định của Chuẩn	
6.	Tổng số giường bệnh lưu của trạm y tế	
7.	Tình trạng trang thiết bị văn phòng <i>(1.Thiếu 2.Tạm chấp nhận 3.Đủ)</i>	
8.	Trạm có máy tính được nối mạng internet không? (ghi rõ có hoặc không) (Có/không ứng dụng công nghệ thông tin?)	
9.	Tình trạng trang thiết bị y tế <i>(1.Thiếu 2.Tạm chấp nhận 3.Đủ)</i>	
10.	Điện thoại cố định <i>(ghi rõ số ĐT của TYT + mã vùng)</i>	
11.	Trạm có thiếu thuốc nào trong danh mục không? Thiếu bao nhiêu loại?	
12.*	TYT có cơ sở thuốc dành cho phòng chống dịch không?	
13.*	TYT có cơ sở hóa chất dành cho phòng chống dịch không?	
14.	Trạm có trang thiết bị phòng chống cháy nổ không, ghi rõ có hoặc không?	
15.	Trạm có tủ bảo quản hồ sơ, bệnh án không? (ghi rõ có hoặc không)	
16.	TYT có bao nhiêu kỹ thuật/thủ thuật không làm được so với danh mục phân tuyến theo quy định tại TT số 39/2017/TT-BYT	
17.	Nếu không thực hiện được đủ kỹ thuật so với danh mục thì chủ yếu không thực hiện được ở nhóm chuyên khoa nào? Bao gồm các thủ thuật gì? <i>Ghi rõ các thủ thuật không làm được và tóm tắt các nguyên nhân tại sao không thực hiện được kỹ thuật (ví dụ thiếu thuốc, TTB, bác sỹ...)</i>	
18.	Theo quan điểm của bạn, nên quy định bổ sung thêm những kỹ thuật nào cho TYT để nâng cao hoạt động CSSK? Lý do cần bổ sung? <i>(ghi rõ từng kỹ thuật và lý do cho kỹ thuật đó)</i>	
19.	Trạm có ứng dụng CNTT trong các hoạt động không?	
20.	Trạm có thực hiện đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn không?	

C	Tài chính y tế xã	
1. *	Tổng số các khoản thu của TYT trong năm 2017	
2. *	Tổng thu từ ngân sách UBND xã	
3. *	Tổng thu do cơ quan Bảo hiểm Y tế thanh toán	
4. *	Tổng các khoản chi của TYT trong năm 2017	
5. *	Tổng chi trả tiền lương, phụ cấp lương và các chế độ khác cho CBYT	
6. *	Lương trả cho cán bộ của TYT có bị chậm không?	
7.	TYT có nhận đủ khoản kinh phí chi thường xuyên không?	
8. *	TYT có được chủ động trong chi tiêu thường xuyên không?	
9. *	TYT có tự cân đối được thu chi không? Nếu không tự cân đối được thì bù ở nguồn nào? (<i>ghi rõ nguồn</i>)	
10.*	Nhân viên y tế thôn bản của xã có được nhận đủ phụ cấp theo Quyết định 75/2009/QĐ-TTg không?	
D	Nhân lực y tế của trạm y tế xã	
1	Tổng số nhân viên y tế của trạm	
2	Trong số đó: Số bác sỹ	
3	Số y sỹ	
4	Điều dưỡng trung cấp trở lên	
5	Số dược sỹ trung cấp	
6	Nữ hộ sinh trung học	
7	Số khác	
8	Tổng số nhân viên y tế thôn, bản của xã	
9	Cơ cấu nhân viên y tế của trạm có phù hợp bảo đảm thực hiện nhiệm vụ?	

E. TÌNH HÌNH KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

MÃ	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	CỘT MÃ SỐ
E1	Trạm có bảng hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT không?	1. Có hướng dẫn 2. Không có hướng dẫn (nếu có đề nghị cho xem bản hướng dẫn)	
E2	Trạm thực hiện quy trình KBCB BHYT như thế nào	1. Đủ các bước 2. Không đủ các bước (Điều tra viên ghi sau khi quan sát)	
E3	Tổng số thẻ BHYT đăng ký KBCB ban đầu tại TYTX?	Tổng số thẻ: (Xem số liệu thông báo của BHXH)	
E4	Số NB/lượt KBCB tại TYTX năm 2017	Tổng số lượt KBCB....., trong đó: - Tổng số lượt BHYT:	
E5*	Trong số BN có thẻ BHYT khám thì nơi đăng ký KBCB ban đầu (thời điểm khảo sát)	- BN ĐK KBCB BĐ tại trạm: - BN ĐK KBCB BĐ tại cơ sở YT khác:	
E6*	Số BN BHYT được chuyển tuyến trên điều trị nội trú năm 2017?	Tổng số: (Xem số liệu)	

(Chú thích: Những câu hỏi có dấu không được thực hiện trong lần điều tra sau can thiệp, đồng thời các số liệu là của năm 2018)*

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KBCB BẢO HIỂM Y TẾ TẠI TYTX*

HA. Trách nhiệm của cơ sở y tế	Kết quả quan sát		Ghi chú
	Có	Không	
1. Bố trí quầy đón tiếp			
2. Kiểm tra thẻ BHYT và giấy tờ liên quan			
3. Nhập thông tin vào máy tính			
4. Thu tiền của đối tượng cùng chi trả			
5. Thông báo, bố trí buồng khám bệnh			
6. Chỉ dẫn người bệnh đến nơi làm xét nghiệm			
7. Trả kết quả xét nghiệm			
8. Kiểm tra nội dung thông kê theo mẫu, ký xác nhận			
9. Kiểm tra đơn thuốc, phát thuốc			
HB. Trách nhiệm của nhân viên y tế			
10. Khám lâm sàng			
11. Ghi chép thông tin về tình trạng bệnh			
12. Chỉ định xét nghiệm hoặc kỹ thuật chẩn đoán			
13. Chẩn đoán và điều trị, kê đơn thuốc			
14. Tư vấn người bệnh về đơn thuốc			
HC. Đánh giá chung của ĐTV			
1. Trạm thực hiện đủ 14 bước theo quy trình của Bộ Y tế (QĐ1313/QĐ-BYT)			
2. Phối hợp nhịp nhàng giữa các bộ phận, nhân viên y tế của trạm			
3. Giám sát, kiểm tra của BHXH			

PHIẾU SỐ 2 – THÔNG TIN CÁ NHÂN VÀ ĐÀO TẠO CỦA NVYT
(Hỏi toàn bộ nhân viên y tế của trạm y tế xã)

Tên TYT xã Huyện Tên người điền.....

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI TRẢ LỜI:

STT	Câu hỏi	Phương án trả lời		
G1	Giới tính:	1. Nam <input type="checkbox"/>		
		2. Nữ <input type="checkbox"/>		
G2	Tuổi (tuổi dương lịch):	(Lấy năm 2018 trừ năm sinh)		
G3	Dân tộc? (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Thái <input type="checkbox"/>		
		2. Mường <input type="checkbox"/>		
		3. Kinh <input type="checkbox"/>		
		4. Khác (Ghi rõ):..... <input type="checkbox"/>		
G4	Nơi cư trú và làm việc? (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Sinh ra và làm việc tại xã <input type="checkbox"/>		
		2. Từ xã khác trong huyện đến <input type="checkbox"/>		
		3. Từ huyện khác đến làm việc <input type="checkbox"/>		
		4. Từ tỉnh khác đến sống và làm việc <input type="checkbox"/>		
G5	Số năm công tác trong ngành y			
G6	Trong đó, số năm công tác tại trạm y tế xã			
G7	Cấp đào tạo (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Sơ cấp <input type="checkbox"/>		
		2. Trung cấp <input type="checkbox"/>		
		3. Cao đẳng <input type="checkbox"/>		
		4. Đại học <input type="checkbox"/>		
		5. Chuyên khoa sau đại học <input type="checkbox"/>		
G8	Chức danh tại trạm y tế xã? (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Trạm trưởng <input type="checkbox"/>		
		2. Phó trạm trưởng <input type="checkbox"/>		
		3. Nhân viên của trạm <input type="checkbox"/>		
		4. Tập sự <input type="checkbox"/>		
G9	Chức danh chuyên môn? (Chỉ chọn một phương án trả lời phù hợp nhất)	3. Bác sỹ điều trị <input type="checkbox"/>		
		4. Y sỹ đa khoa <input type="checkbox"/>		
		5. Y sỹ sản nhi <input type="checkbox"/>		
		6. Y sỹ Y học cổ truyền <input type="checkbox"/>		
		7. Điều dưỡng viên <input type="checkbox"/>		
		8. Nữ hộ sinh <input type="checkbox"/>		
		9. Nhân viên Dược <input type="checkbox"/>		
		10. Lương y <input type="checkbox"/>		
		11. Khác (ghi rõ)..... <input type="checkbox"/>		
		G10	Anh/chị có thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã không?	1. Có <input type="checkbox"/>
				2. Không làm <input type="checkbox"/>

Đánh giá của cá nhân về hoạt động KBCB BHYT của trạm y tế xã

Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không hợp lý</i>	<i>Không hợp lý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Hợp lý</i>	<i>Rất hợp lý</i>
G11. Quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX hợp lý chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12. Các bước trong Quy trình khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX hợp lý chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không đáp ứng được</i>	<i>Không đáp ứng được</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đáp ứng được</i>	<i>Rất đáp ứng được</i>
G13. Nhân lực TYTX có đáp ứng được KBCB BHYT tại trạm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14. Cơ sở nhà trạm có đáp ứng được KBCB BHYT tại trạm y tế xã không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không bảo đảm được</i>	<i>Không đáp ứng được</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đáp ứng được</i>	<i>Rất đáp ứng được</i>
G15. Cơ sở vật chất kỹ thuật của trạm bảo đảm được cho KBCB BHYT tại trạm y tế xã?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không đạt</i>	<i>Không đạt</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đạt, tốt</i>	<i>Rất đạt, (tốt)</i>
G16. Môi trường, cảnh quan của trạm y tế xã hiện nay như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không bảo đảm được</i>	<i>Không đáp ứng được</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đáp ứng được</i>	<i>Rất đáp ứng được</i>
G17. Trang thiết bị y tế của trạm bảo đảm được cho KBCB BHYT tại trạm y tế xã không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G18. Kinh phí của trạm có bảo đảm cho KBCB BHYT tại trạm y tế xã?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không thuận lợi</i>	<i>Không thuận lợi</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Thuận lợi</i>	<i>Rất thuận lợi</i>
G19. Việc thanh toán chi phí KBCB BHYT tại trạm y tế xã như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Câu hỏi: Theo anh/chị đánh giá...	<i>Rất không đạt</i>	<i>Không đạt</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đạt, tốt</i>	<i>Rất đạt, (tốt)</i>
G20. Khả năng TYTX thực hiện các kỹ thuật cơ bản tuyến xã trong KBCB BHYT như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G21. Chất lượng KBCB BHYT của trạm y tế xã như thế nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G22. Anh/chị có hài lòng với công việc hiện tại của mình tại trạm y tế xã không?

1. Rất không hài lòng **(chuyển câu G23)**
2. Không hài lòng **(chuyển câu G23)**
3. Bình thường **(chuyển câu G23)**
4. Hài lòng **(chuyển câu G24)**
5. Rất hài lòng **(chuyển câu G24)**

G23	Lý do Anh/chị không hài lòng với công việc hiện tại của mình tại trạm y tế xã?	1. Cơ chế quản lý thiếu ổn định	<input type="checkbox"/>
		2. Ít được quan tâm	<input type="checkbox"/>
		3. Không có cơ hội để phát triển	<input type="checkbox"/>
		4. Chế độ, chính sách chưa thỏa đáng	<input type="checkbox"/>
		5. Công việc không rõ ràng	<input type="checkbox"/>
		6. Thu nhập không đảm bảo	<input type="checkbox"/>
		7. Không phát huy được chuyên môn	<input type="checkbox"/>
G24	Lý do Anh/chị hài lòng với công việc hiện tại của mình tại trạm y tế xã?	1. Phù hợp với chuyên môn	<input type="checkbox"/>
		2. Phù hợp với gia đình	<input type="checkbox"/>
		3. Không có cơ hội ở nơi khác	<input type="checkbox"/>
		4. Thu nhập ổn định	<input type="checkbox"/>
		5. Không muốn thay đổi	<input type="checkbox"/>

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Ông/bà; anh/chị

**PHIẾU SỐ 3: TRỪNG CẦU Ý KIẾN
CỦA NGƯỜI DÂN VỀ KBCB BHYT CỦA TRẠM Y TẾ XÃ**

Trân trọng cảm ơn Ông, bà đã đến và sử dụng dịch vụ của trạm y tế xã. Xin được biết ý kiến của Ông, bà về tổ chức và hoạt động KBCB BHYT của trạm y tế xã. Những nhận xét đánh giá của Ông, bà sẽ giúp trạm y tế ngày càng hoàn thiện hơn nhằm đáp ứng mục tiêu làm gia tăng sự hài lòng của nhân dân và nâng cao uy tín của trạm y tế xã trong thời gian tới.

Hướng dẫn trả lời phiếu: Ông, bà, anh, chị đánh dấu chéo (X) vào ô vuông tương ứng với phương án trả lời

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI TRẢ LỜI:

STT	Câu hỏi	Phương án trả lời
K1	Giới tính:	1. Nam <input type="checkbox"/>
		2. Nữ <input type="checkbox"/>
K2	Tuổi (tuổi dương lịch): (Lấy năm 2018 trừ năm sinh)	
K3	Trình độ học vấn (Chỉ chọn một phương án trả lời)	1. Không biết đọc/không biết viết <input type="checkbox"/>
		2. Biết đọc biết viết <input type="checkbox"/>
		3. Bậc tiểu học/cấp I <input type="checkbox"/>
		4. Bậc trung học cơ sở/cấp II <input type="checkbox"/>
		5. Bậc trung học phổ thông/cấp III <input type="checkbox"/>
		6. Trung cấp, cao đẳng <input type="checkbox"/>
		7. Đại học, trên đại học <input type="checkbox"/>
K4	Dân tộc?	1. Mường <input type="checkbox"/>
		2. Thái <input type="checkbox"/>
		3. Kinh <input type="checkbox"/>
		4. Khác (Ghi rõ.....) <input type="checkbox"/>
K5	Nghề nghiệp chính? (Chỉ chọn một phương án trả lời với nghề mang lại thu nhập cao nhất)	1. Nông dân <input type="checkbox"/>
		2. Làm công ăn lương <input type="checkbox"/>
		3. Học sinh/sinh viên <input type="checkbox"/>
		4. Kinh doanh dịch vụ <input type="checkbox"/>
		5. Làm thuê/nghề tự do <input type="checkbox"/>
		6. Nghỉ hưu/mất sức/già yếu <input type="checkbox"/>
		7. Nội trợ <input type="checkbox"/>
		8. Không có việc làm/thất nghiệp <input type="checkbox"/>
		9. Khác (Ghi rõ) <input type="checkbox"/>
K6	Xin ông/bà cho biết mức sống của gia đình mình do địa phương xác định?	1. Giàu <input type="checkbox"/>
		2. Khá giả <input type="checkbox"/>
		3. Trung bình <input type="checkbox"/>
		4. Cận nghèo <input type="checkbox"/>
		5. Nghèo <input type="checkbox"/>

Ý KIẾN NHẬN XÉT VỀ TRẠM Y TẾ VÀ CHẤT LƯỢNG KBCB BHYT:

K7. Về cơ sở vật chất kỹ thuật của trạm y tế xã?	<i>Rất không đồng ý</i>	<i>Không đồng ý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đồng ý</i>	<i>Rất đồng ý</i>
1. Trang thiết bị của trạm hiện đại?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nhà trạm sạch, đẹp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nhân viên y tế trang phục gọn gàng, sạch, đẹp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cơ sở của trạm phù hợp với khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K8. Đối xử với người đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế?	<i>Rất không đồng ý</i>	<i>Không đồng ý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đồng ý</i>	<i>Rất đồng ý</i>
1. TYT thực hiện đúng mọi việc như đã thông báo với người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TYT luôn làm cho mọi người yên tâm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mọi người đều tin tưởng vào TYT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TYT cung cấp đúng các dịch vụ y tế như đã thông báo với người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trạm y tế bảo quản tốt hồ sơ khám bệnh, chữa bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K9. Trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên y tế?	<i>Rất không đồng ý</i>	<i>Không đồng ý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đồng ý</i>	<i>Rất đồng ý</i>
1. TYT thông báo chính xác thời gian cung cấp dịch vụ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Người bệnh được phục vụ kịp thời từ TYT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nhân viên y tế của trạm lúc nào cũng sẵn sàng giúp đỡ người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nhân viên TYT quá bận nên không kịp thời phục vụ người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K10. Thủ tục hành chính và quy trình khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã?	<i>Rất không đồng ý</i>	<i>Không đồng ý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đồng ý</i>	<i>Rất đồng ý</i>
1. Người bệnh luôn tin tưởng vào nhân viên y tế của trạm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Người bệnh cảm thấy an toàn khi tiếp xúc với nhân viên của trạm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Nhân viên y tế của trạm luôn luôn lịch sự, nhã nhặn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nhân viên của trạm luôn được trạm hỗ trợ để làm tốt nhiệm vụ tại trạm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K11. Thông tin, truyền thông, tư vấn chính sách khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trạm y tế xã?	<i>Rất không đồng ý</i>	<i>Không đồng ý</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đồng ý</i>	<i>Rất đồng ý</i>
1. TYT quan tâm tư vấn cho từng người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nhân viên TYT quan tâm tư vấn cho từng người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nhân viên TYT biết rõ nhu cầu của người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TYT mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TYT bố trí thời gian thuận tiện cho mọi người bệnh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K12. Nếu có nhu cầu sử dụng dịch vụ KBCB BHYT tại TYTX ông/bà có quay trở lại HOẶC giới thiệu người thân, bạn bè đến với trạm y tế xã không?

1. Có
2. Không
3. Không trả lời/không có ý kiến

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Ông/bà; anh/chi

PHỤ LỤC SỐ 2
BẢNG SỐ LIỆU KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh cơ sở hạ tầng của trạm với Chuẩn quốc gia về y tế xã

Chỉ số	Mai Châu (n₁=23)	Tân Lạc (n₂=24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tỷ lệ trạm y tế xã đạt Chuẩn quốc gia về y tế (%)	13 (56,5%)	10 (41,7%)	23 (48,9%)
Tổng số phòng trung bình (phòng)	10,9 ± 2,8	9,8 ± 3,9	10,3 ± 3,4
Tỷ lệ TYT đủ cơ sở phòng theo Chuẩn (%)	13 (56,5%)	12 (50,0%)	25 (53,2%)

Bảng 2. Tình trạng giường bệnh của trạm y tế xã

Chỉ số	Mai Châu (n₁=23)	Tân Lạc (n₂=24)	Chung 2 huyện (n=47)
Số giường bệnh lưu TB (giường)	5,1 ± 2,5	5,1 ± 2,7	5,1 ± 2,6
Tỷ lệ TYT không có giường lưu (%)	1 (4,3%)	1 (4,2%)	2 (4,3%)
Tỷ lệ TYT có dưới 5 giường lưu (%)	12 (52,2%)	9 (37,5%)	21 (44,7%)
Tỷ lệ TYT có ≥5 giường lưu (%)	11 (47,8%)	15 (62,5%)	26 (55,3%)

Bảng 3. Tình trạng trang thiết bị của trạm y tế xã

Chỉ số	Mai Châu (n ₁ =23)	Tân Lạc (n ₂ =24)	Cộng (n=47)
TTB văn phòng (%)			
Thiếu	7 (30,4%)	9 (37,5%)	16 (34,0%)
Chấp nhận được	13 (56,5%)	15 (62,5%)	28 (59,6%)
Đủ	3 (13,0%)	0 (0,0%)	3 (6,4%)
TTB y tế (%)			
Thiếu	3 (13,0%)	6 (25,0%)	9 (19,1%)
Chấp nhận được	19 (82,6%)	18 (75,0%)	37 (78,7%)
Đủ	1 (4,3%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)

Bảng 4. Khả năng bảo đảm về trang thiết bị để thực hiện các dịch vụ kỹ thuật BHYT của trạm y tế xã

Chỉ số	Mai Châu (n ₁ =23)	Tân Lạc (n ₂ =24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tỷ lệ TYT bảo đảm trang thiết bị thực hiện từ 80-100% tổng số kỹ thuật	12 (52,2%)	11 (45,8%)	23 (48,9%)
Tỷ lệ TYT bảo đảm trang thiết bị thực hiện từ 50-80% tổng số kỹ thuật	8 (34,8%)	8 (33,3%)	16 (34,0%)
Tỷ lệ TYT bảo đảm trang thiết bị thực hiện dưới 50% tổng số kỹ thuật	3 (13,0%)	5 (20,8%)	8 (17,0%)

Bảng 5. Các thông tin về kinh phí hoạt động của trạm y tế xã

Chỉ số	Mai Châu (n₁=23)	Tân Lạc (n₂=24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tỷ lệ TYT nhận đủ kinh phí chi thường xuyên (%)	17 (73,9%)	23 (95,8%)	40 (85,1%)
Tỷ lệ TYT được chủ động trong chi thường xuyên	13 (56,5%)	18 (75,0%)	31 (66,0%)
Tỷ lệ xã có nhân viên y tế thôn bản nhận đủ phụ cấp (%)	22 (95,7%)	22 (91,7%)	44 (93,6%)
Tỷ lệ TYT được thanh toán đủ kinh phí KBCB BHYT/năm	13 (56,5%)	1 (4,2%)	14 (29,8%)

Bảng 6. Tình hình bảo đảm thuốc của trạm y tế xã theo danh mục thuốc do BHYT quy định

Chỉ số	Mai Châu (n₁=23)	Tân Lạc (n₂=24)	Chung 2 huyện (n=47)
Tỷ lệ TYT đảm bảo thuốc từ 80% trở lên theo danh mục	14 (60,9%)	14 58,3%	28 59,6%
Tỷ lệ TYT đảm bảo từ 50-80%/tổng số thuốc	7 30,4%	8 33,3%	15 31,9%
Tỷ lệ TYT đảm bảo dưới 50%/tổng số thuốc	2 8,7%	2 8,3%	4 8,5%

Bảng 7. Đặc điểm nhân viên y tế xã của 2 huyện nghiên cứu (2019)

Các chỉ số		Mai Châu		Tân Lạc		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tổng số		117	49,16	121	50,84	238	100,0
1. Giới tính	Nữ	87	74,36	82	67,77	169	71,01
	Nam	30	25,64	39	32,23	69	28,99
2. Chức danh chuyên môn	1. Bác sỹ điều trị	10	8,55	11	9,10	21	8,82
	2. Y sỹ đa khoa	45	38,47	50	41,32	95	39,92
	3. Y sỹ sản nhi	1	0,85	2	1,65	3	1,26
	4. Y sỹ YHCT	2	1,71	7	5,79	9	3,78
	5. Điều dưỡng viên	15	12,82	17	14,05	32	13,45
	6. Nữ hộ sinh	24	20,51	13	10,74	37	15,55
	7. Nhân viên Dược	7	5,98	11	9,09	18	7,56
	8. Lương y	0	0	0	0	0	0
	9. Viên chức dân số	9	7,69	8	6,61	17	7,14
	10. Khác	4	3,42	2	1,65	6	2,52
3. KCB BHYT: Có		98	83,76	98	80,99	196	82,35
Không		19	16,24	23	19,01	42	17,65

Bảng 8. Đặc điểm chung của đối tượng người dân năm 2019

Thông tin		Mai Châu (n=233)		Tân Lạc (n=241)		Chung (n=474)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Giới tính	Nam	100	42,92	114	59,75	214	45,15
	Nữ	133	57,08	127	48,25	260	54,85
Tuổi	< 30 tuổi	26	11,16	22	9,13	48	10,13
	≥ 30 tuổi	207	88,84	219	90,87	426	89,87
Dân tộc	Mường	61	26,18	208	86,30	269	56,75
	Thái	132	56,65	13	5,40	145	30,59
	Kinh	17	7,30	20	8,30	37	7,81
	Mông	20	8,58	0	0	20	4,22
	Khác	3	1,29	0	0	3	0,63

Bảng 9. Đánh giá của nhân viên y tế xã về năng lực và điều kiện bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh BHYT của TYTX, 2019 (điểm TB và tỷ lệ)

Các chỉ số về KBCB BHYT	Mai Châu (n ₁ =117)		Tân Lạc (n ₂ =121)		Chung (n=238)	
	ĐTB	%	ĐTB	%	ĐTB	%
1. Hợp lý về quy trình chung	4,35 ±0,70	87,01	3,77 ±0,76	75,37	4,05 ±0,79	81,09
2. Hợp lý về quy trình từng bước	4,32 ±0,67	86,32	3,75 ±0,83	75,04	4,03 ±0,80	80,59
3. Đáp ứng được về nhân lực	4,23 ±0,59	84,62	3,79 ±0,74	75,87	4,01 ±0,71	80,17
4. Đáp ứng được về cơ sở nhà trạm	4,24 ±0,81	84,79	3,63 ±0,91	72,56	3,93 ±0,91	78,57
5. Đáp ứng được về cơ sở VCKT	4,08 ±0,66	81,54	3,63 ±0,80	72,56	3,85 ±0,76	76,97
6. Đáp ứng được về cảnh quan	4,36 ±0,66	87,18	3,74 ±0,73	74,71	4,04 ±0,76	80,84
7. Đáp ứng được về TTBYT	4,09 ±0,55	81,71	3,48 ±0,67	69,59	3,78 ±0,72	75,55
8. Đáp ứng được về kinh phí	3,66 ±0,76	73,16	2,89 ±0,67	57,85	3,27 ±0,81	65,38
9. Thuận lợi trong thanh toán	3,81 ±0,74	76,24	2,88 ±0,67	57,52	3,34 ±0,84	66,72
10. Khả năng thực hiện kỹ thuật cơ bản	4,16 ±0,63	83,25	3,74 ±0,85	74,88	3,95 ±0,78	78,99
Chung cả 10 yếu tố trên	4,13 ±0,44	82,58	3,53 ±0,48	70,60	3,82 ±0,55	76,49

Cronbach's Alpha là 0,882

Bảng 10. Sự thay đổi về việc tuân thủ quy trình KBCB BHYT của trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD %
	Trước CT ₁ (n=23)		Sau CT ₂ (n=23)		Z test	Trước C ₁ (n=24)		Sau C ₂ (n=24)		Z test			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%				
Có xây dựng hướng dẫn thực hiện quy trình KBCB	10	43,5	23	100,0	4,26	13	54,2	15	62,5	0,58	3,34	114,6	48,2
Tuân thủ đầy đủ các bước	16	69,6	23	100,0	2,87	17	70,8	19	79,1	0,66	2,34	32,0	22,1

Bảng 11. Sự thay đổi về năng lực và các điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB BHYT trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD %
	Trước CT ₁ (n=23)		Sau CT ₂ (n=23)		Z test	Trước C ₁ (n=24)		Sau C ₂ (n=24)		Z test			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%				
Đạt Chuẩn QG về YT xã	13	56,5	16	69,6	0,92	10	41,7	14	58,3	1,15	0,81	-16,0	-3,5
Có bác sỹ làm việc	12	52,2	12	52,2	0	13	54,2	13	54,2	0	0	0	0
Thực hiện được 80% (61) KT trở lên theo TT39	13	56,5	18	78,3	1,58	12	50,0	14	58,3	0,58	1,47	21,98	13,5
TTB văn phòng đạt trở lên	16	69,6	20	87,0	1,43	15	62,5	16	66,7	0,30	1,65	18,28	13,2
TTB y tế đạt trở lên	20	87,0	22	95,7	1,05	18	75,0	19	79,2	0,35	1,71	4,40	4,5
Bảo đảm TTB thực hiện được từ 80% KT trở lên	12	52,2	15	65,2	0,89	11	45,8	13	54,2	0,58	0,77	6,56	4,6
Bảo đảm thuốc từ 80% trở lên theo quy định	14	60,9	21	91,3	2,42	14	58,3	16	66,7	0,60	2,07	35,5	22,0
Đủ kinh phí thường xuyên	17	73,9	21	91,3	1,56	23	95,8	24	100,0	1,01	1,46	19,16	11,2
Đảm bảo an toàn cháy nổ	23	100,0	23	100,0	0	24	100,0	24	100,0	0	0	0	0
Có quản lý hồ sơ bệnh án	17	73,9	22	95,7	2,06	19	79,2	20	83,3	0,36	1,39	24,32	17,7
Có ứng dụng CNTT trong KBCB BHYT (internet)	13	56,5	23	100,0	3,58	10	41,7	12	50,0	0,58	3,96	57,09	35,2
Thực hiện đủ quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn	18	78,3	21	91,3	1,23	18	75,0	20	83,3	0,71	0,82	5,54	4,7

Bảng 12. Sự thay đổi về hoạt động khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính: Lượt khám)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu			Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc			Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD
	Trước CT ₁ (n=23)	Sau CT ₂ (n=23)	Z test	Trước C ₁ (n=24)	Sau C ₂ (n=24)	Z test			
	Lượt	Lượt		Lượt	Lượt				
Số lượt khám bình quân 1 người dân của xã/năm	1,56±0,35	1,73±0,21	2,00	1,06±0,11	1,12±0,19	1,34	10,43	5,24	11,0
Số lượt khám BHYT TB/1 thẻ/năm tại TYTX	1,39±0,26	1,62±0,33	2,63	1,06±0,11	1,11±0,17	1,21	6,62	11,83	18,0

Bảng 13. Sự thay đổi về đánh giá năng lực, điều kiện bảo đảm chất lượng KBCB và mức độ hài lòng của nhân viên y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD %
	Trước CT ₁ (n=115)		Sau CT ₂ (n=117)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=120)		Sau C ₂ (n=121)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
Chung 10 yếu tố của trạm	3,57± 0,57	71,4	4,13 ±0,44	82,6	2,03	3,29± 0,46	65,8	3,53 ±0,48	70,2	0,73	2,25	9,0	6,8
Hài lòng về chất lượng	3,77± 0,64	75,4	4,31 ±0,62	86,2	2,09	3,64± 0,58	72,8	3,81 ±0,67	76,2	0,61	1,97	19,0	7,4
Hài lòng về công việc	3,74± 0,78	74,8	4,28 ± 0,57	85,6	2,06	3,56± 0,79	71,2	3,76 ±0,70	75,2	0,70	2,02	8,8	6,8

Bảng 14. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về chất lượng KBCB BHYT tại TYTX trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
Cơ sở vật chất, kỹ thuật (Phương tiện hữu hình)	3,49± 0,73	69,8	3,92± 0,43	78,33	2,10	3,35± 0,77	67,0	3,47± 0,47	69,34	0,55	2,23	8,73	6,19
Niềm tin vào TYTX (Phân biệt đối xử KBCB BHYT)	3,85± 0,63	77,0	4,29± 0,43	85,89	2,46	3,71± 0,58	75,0	3,88± 0,44	77,53	0,65	2,35	8,17	6,36
Trình độ, thái độ của NVYT (Khả năng bảo đảm của trạm)	3,93± 0,60	78,6	4,35± 0,41	87,04	2,41	3,78± 0,60	75,6	3,90± 0,47	78,01	0,63	2,59	7,55	6,03
Thủ tục, quy trình KBCB (Khả năng đáp ứng)	3,89± 0,62	77,8	4,31± 0,45	86,14	2,34	3,76± 0,62	75,2	3,89± 0,52	77,82	0,68	2,36	7,20	5,72
Truyền thông, tư vấn CSYT (Sự đồng cảm của NVYT)	3,84± 0,64	76,8	4,28± 0,42	85,56	2,41	3,69± 0,59	73,8	3,81± 0,47	76,12	0,59	2,61	8,26	6,44
Chung cả 5 yếu tố	3,80± 0,53	76,0	4,23± 0,32	84,59	2,33	3,67± 0,52	73,2	3,79± 0,36	75,76	0,59	2,41	8,09	6,23

Bảng 15a. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về cơ sở vật chất kỹ thuật của trạm (phương tiện hữu hình) trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
1. Trang thiết bị của trạm hiện đại	3,06 ± 0,98	61,2	3,48	69,70	1,93	2,98 ± 0,96	59,6	3,09	61,83	0,50	1,83	10,15	6,27
2. Nhà trạm sạch, đẹp	3,48 ± 1,03	69,6	3,89	77,77	2,00	3,31 ± 1,06	66,2	3,41	68,13	0,45	2,36	8,82	6,24
3. Nhân viên y tế trang phục gọn gàng, sạch, đẹp	3,78 ± 0,90	75,6	4,21	84,29	2,34	3,71 ± 0,89	74,2	3,83	76,51	0,59	2,13	8,38	6,35
4. Cơ sở của trạm phù hợp với KBCB BHYT	3,66 ± 0,94	73,2	4,08	81,55	2,15	3,41 ± 0,89	68,2	3,54	70,87	0,64	2,73	7,49	5,68

Bảng 15b. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về niềm tin vào trạm y tế xã (PBĐX với người bệnh BHYT) trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị			
	ĐTB	%	ĐTB	%	Ztest	ĐTB	%	ĐTB	%	Ztest			
1. TYT thực hiện đúng mọi việc đã thông báo	3,88 ± 0,78	77,6	4,31 ± 0,55	86,27	2,43	3,72 ± 0,77	74,4	3,84 ± 0,55	76,85	0,63	2,64	7,88	6,22
2. TYT luôn làm cho mọi người yên tâm	3,83 ± 0,91	76,6	4,27 ± 0,58	85,32	2,39	3,73 ± 0,81	74,6	3,84 ± 0,61	76,85	0,58	2,35	8,37	6,47
3. Mọi người đều tin tưởng vào TYT	3,82 ± 0,87	76,4	4,30 ± 0,63	86,01	2,65	3,73 ± 0,86	74,6	3,87 ± 0,64	77,34	0,70	2,44	8,91	7,36
4. TYT cung cấp đúng các dịch vụ y tế đã thông báo	3,77 ± 0,86	75,4	4,18 ± 0,54	83,69	2,21	3,71 ± 0,81	74,2	3,82 ± 0,59	76,35	0,55	2,00	8,10	6,14
5. TYT bảo quản tốt hồ sơ khám chữa bệnh	3,96 ± 0,71	79,2	4,41 ± 0,53	88,15	2,61	3,87 ± 0,63	77,4	4,01 ± 0,54	80,25	0,76	2,36	7,62	6,10

Bảng 15c. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về trình độ, thái độ của NVYT (khả năng bảo đảm) trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
1. TYT thông báo chính xác thời gian CCDV	3,80 ± 0,81	76,0	4,22 ± 0,51	84,38	2,26	3,74 ± 0,73	74,8	3,86 ± 0,57	77,18	0,61	1,99	7,84	6,00
2. Người bệnh được phục vụ kịp thời từ TYT	3,98 ± 0,77	79,6	4,39 ± 0,51	87,73	2,37	3,73 ±0,76	74,6	3,84 ± 0,62	76,76	0,55	3,12	7,32	5,97
3. NVYT luôn sẵn sàng giúp đỡ người bệnh	4,02 ± 0,86	80,4	4,44 ± 0,52	88,76	2,49	3,88 ± 0,81	77,6	4,01 ± 0,59	80,25	0,71	2,56	6,98	5,71
4. NVYT quá bận không kịp phục vụ người bệnh	3,92 ± 0,83	78,4	4,36 ± 0,55	87,30	2,54	3,78 ± 0,77	75,6	3,89 ± 0,65	77,84	0,58	2,71	8,39	6,66

Bảng 15d. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về quy trình KBCB BHYT (khả năng đáp ứng) của trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
1. Người bệnh luôn tin tưởng NVYT của trạm	3,92 ± 0,74	78,4	4,36 ± 0,59	87,30	2,54	3,78 ± 0,82	75,6	3,91 ± 0,64	78,26	0,69	2,61	7,83	6,24
2. Người bệnh cảm thấy an toàn tiếp xúc NVYT	3,88 ± 0,80	77,6	4,29 ± 0,53	85,84	2,30	3,73 ± 0,76	74,6	3,85 ± 0,62	77,10	0,64	2,45	7,27	5,74
3. NVYT của trạm luôn luôn lịch sự, nhã nhặn	3,83 ± 0,86	76,6	4,25 ± 0,58	84,98	2,29	3,84 ± 0,82	76,8	3,95 ± 0,64	79,00	0,58	1,69	8,08	6,18
4. NVYT luôn được trạm hỗ trợ để làm tốt việc	3,91 ± 0,80	78,2	4,32 ± 0,51	86,44	2,33	3,72 ± 0,69	74,4	3,85 ± 0,55	76,93	0,65	2,68	7,14	5,71

Bảng 15e. Sự thay đổi tỷ lệ hài lòng của người dân về truyền thông, tư vấn BHYT (sự đồng cảm) của trạm y tế xã trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD (%)
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	ĐTB	%	ĐTB	%		ĐTB	%	ĐTB	%				
1. TYT quan tâm tư vấn cho từng người bệnh	3,87 ± 0,86	77,4	4,31 ± 0,52	86,18	2,45	3,74 ± 0,75	74,8	3,87 ± 0,58	77,34	0,65	2,49	7,95	6,24
2. NV TYT quan tâm tư vấn cho từng người bệnh	3,96 ± 0,82	79,2	4,38 ± 0,55	87,64	2,44	3,80 ± 0,81	76,0	3,92 ± 0,63	78,34	0,61	2,69	7,58	6,10
3. Nhân viên TYT biết rõ nhu cầu của người bệnh	3,65 ± 0,91	73,0	4,06 ± 0,55	81,20	2,10	3,50 ± 0,78	70,0	3,61 ± 0,60	72,28	0,55	2,30	7,98	5,92
4. TYT mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh	3,87 ± 0,88	77,4	4,28 ± 0,54	85,58	2,27	3,71 ± 0,76	74,2	3,83 ± 0,65	76,51	0,59	2,52	7,46	5,87
5. TYT bố trí thời gian thuận tiện cho người bệnh	3,94 ± 0,78	78,8	4,36 ± 0,52	87,21	2,41	3,70 ± 0,78	74,0	3,80 ± 0,69	76,10	0,53	3,12	7,83	6,31

Bảng 16. Sự thay đổi về sử dụng dịch vụ KBCB BHYT tại TYTX của người dân trước và sau can thiệp

Chỉ số (đơn vị tính %)	Nhóm can thiệp, Huyện Mai Châu					Nhóm chứng, Huyện Tân Lạc					Ztest CT ₂ với C ₂	HQ CT (%)	Chỉ số DD %
	Trước CT ₁ (n=231)		Sau CT ₂ (n=233)		Giá trị Ztest	Trước C ₁ (n=240)		Sau C ₂ (n=241)		Giá trị Ztest			
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ		SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ				
Tiếp tục sử dụng (SD)	209	90,5	224	96,1	2,41	231	96,3	238	99,0	1,95	2,04	3,4	2,90
Không SD, không trả lời	22	9,5	9	3,9	2,41	9	3,7	3	1,0	1,95	2,04	-14,0	-2,9

PHỤ LỤC 3

Sở Y tế tỉnh Hòa Bình Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam
 Trung tâm Y tế huyện Mai Châu Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
 Mai Châu, ngày tháng năm 20....

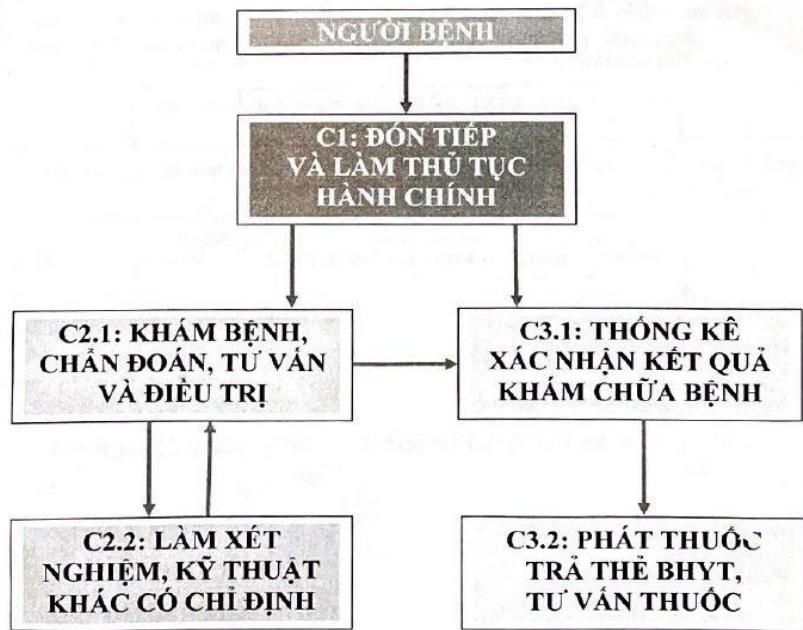
HƯỚNG DẪN TRIỂN KHAI QUY TRÌNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BHYT TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Căn cứ vào Quy trình KBCB đề xuất cải tiến (hình 1 kèm theo) các trạm y tế xã tiến hành triển khai quy trình này theo hướng dẫn sau:

1. **Bố trí các buồng** hoặc các ô cửa (C), các bàn thực hiện khám bệnh theo sơ đồ sau:

TRUNG TÂM Y TẾ MAI CHÂU
TRẠM Y TẾ XÃ.....

SƠ ĐỒ QUY TRÌNH KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ



2. **Bố trí nhân sự:**

- Tại cửa C1 bố trí 01 nhân viên y tế làm nhiệm vụ tiếp đón và thực hiện các thủ tục hành chính. Trong điều kiện cho phép khuyến khích các trạm y tế sử dụng máy phát số tự động để đáp ứng linh hoạt khi có số lượng người bệnh đến khám tăng đột biến.

- Tại cửa C2.1 bố trí bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa làm nhiệm vụ khám bệnh, chẩn đoán và điều trị cho người bệnh.

- Tại cửa C2.2 bố trí 01 nhân viên y tế là KTV xét nghiệm để thực hiện xét nghiệm và các kỹ thuật khác khi có chỉ định của bác sỹ hoặc y sỹ khám bệnh.

- Tại cửa C3.1 bố trí 01 nhân viên y tế thống kê theo quy định.

- Tại cửa C3.2 bố trí 01 nhân viên y tế là dược sỹ.

3. **Nhiệm vụ của các buồng, bàn** được thực hiện theo nội dung được trình bày trong bảng 1 kèm theo Hướng dẫn này.

4. Đề nghị các trạm y tế tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin bằng việc kết nối mạng giữa các buồng (phòng) hoặc các ô cửa (C), các bàn thực hiện khám bệnh để kết nối thông tin; khuyến khích ứng dụng phần mềm hỗ trợ thầy thuốc nâng cao chất lượng chẩn đoán, kê đơn, điều trị và tư vấn sức khỏe cho người bệnh do Health Vietnam (HVN) chuyển giao./.

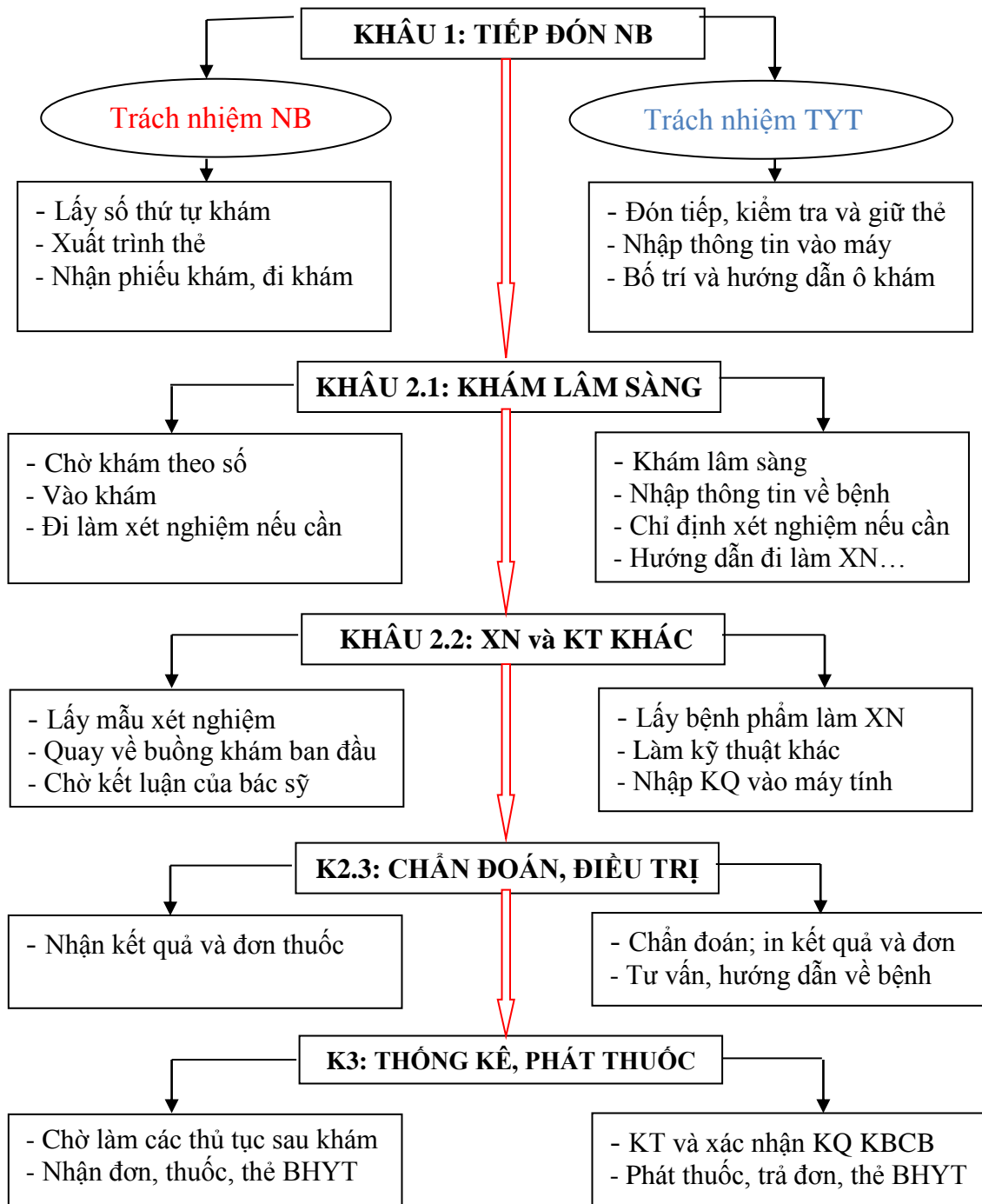
Nơi nhận

- Trạm trưởng các trạm y tế;
- Các đồng chí Phó giám đốc trung tâm;
- Các phòng chức năng của trung tâm;
- Sở Y tế (để báo cáo);
- Lưu Phòng Tổ chức – Hành chính.

Giám đốc Trung tâm



GIÁM ĐỐC
BÁC SỸ: Hà Công Thắng



Hình 1. Đề xuất Quy trình cải tiến KBCB BHYT tại trạm y tế xã

Bảng 01. Đề xuất các bước chi tiết trong quy trình cải tiến khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại TYTX

Các bước thực hiện	Nội dung thực hiện	Nơi và người thực hiện
KHẤU 1 Đón tiếp và thực hiện các thủ tục hành chính	- Đón tiếp, kiểm tra thẻ và giữ thẻ BHYT; - Nhập thông tin người bệnh vào máy tính LAN; - Bố trí buồng khám và hướng dẫn người bệnh.	- Ô cửa C1; - 01 NVYT
KHẤU 2.1 Khám lâm sàng	- Khám lâm sàng; - Nhập thông tin tình trạng bệnh vào máy tính; - Chỉ định xét nghiệm hoặc kỹ thuật chẩn đoán; - Hướng dẫn người bệnh đến ô cửa C3 làm xét nghiệm hoặc kỹ thuật chẩn đoán khác;	- Ô cửa C2; - Bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa
KHẤU 2.2 Làm XN, các KT khác	- Lấy bệnh phẩm, làm xét nghiệm; - Làm kỹ thuật chẩn đoán khác; - Nhập kết quả vào máy tính.	- Ô cửa số 3; - 01 KTV-NVYT
KHẤU 2.3 Chẩn đoán, điều trị	- Chẩn đoán, điều trị; - Kê, in đơn thuốc; - In kết quả khám chữa bệnh; - Tư vấn, hướng dẫn người bệnh.	- Ô cửa C2; - Bác sỹ hoặc y sỹ đa khoa
KHẤU 3.1 Thông kê theo mẫu, ký xác nhận	- Kiểm tra các nội dung thống kê theo mẫu; - Xác nhận kết quả KBCB.	- Ô cửa C4.1; - 01 NVYT
KHẤU 3.2 Phát thuốc và kết thúc KBCB	- Phát thuốc và trả đơn thuốc; - Tư vấn về thuốc và đơn thuốc; - Trả thẻ BHYT.	- Ô cửa C4.2; - 01 NVYT là dược sỹ

PHỤ LỤC 4: MỘT SỐ THỦ TỤC HÀNH CHÍNH

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
 TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC
 Mã số: IRB -VN01057/ IORG 0008555

Hà Nội, ngày 15 tháng 6 năm 2018

Số: VSDT 13/2018

V/v: Chấp thuận đạo đức nghiên cứu

GIẤY CHỨNG NHẬN Chấp thuận đề cương nghiên cứu

Căn cứ Quyết định số 351/QĐ-VSDTTU ngày 28/3/2018 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương về việc thành lập Hội đồng đạo đức cơ sở xét duyệt các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học nhiệm kỳ 2018-2020;

Căn cứ Biên bản họp ngày 14/6/2018 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương nhiệm kỳ 2018-2020,

Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học chấp thuận các khía cạnh khoa học và đạo đức đối với nghiên cứu sau:

1. Tên nghiên cứu: Thực trạng, yếu tố liên quan và hiệu quả giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã vùng núi cao tỉnh Hòa Bình, 2018 - 2020
2. Nghiên cứu viên chính: NCS Tạ Văn Thượng
3. Cơ quan phối hợp chủ trì: Học Viện Quân Y
4. Đơn vị tài trợ: Công ty TNHH Health Việt Nam
5. Địa điểm triển khai: Huyện Mai Châu và Tân Lạc, Tỉnh Hòa Bình
6. Đối tượng và cỡ mẫu: 470 hộ gia đình/47 xã có thẻ bảo hiểm y tế, 235 - 282 người là nhân viên y tế xã; 10 -12 người là lãnh đạo ngành y tế & ngành BHYT tuyến huyện, xã; 10 - 12 người là người dân đã và đang khám bệnh, chữa bệnh BHYT.
7. Thời gian nghiên cứu: 6/2018 - 12/2021
8. Nội dung chấp thuận: Các khía cạnh đạo đức và khoa học theo đề cương đã được phê duyệt phiên bản ngày 15/06/2018

Thời gian có giá trị của giấy chấp thuận: từ ngày 15/6/2018 đến ngày 31/12/2019 *duy*

XÁC NHẬN CỦA VIỆN



VIỆN TRƯỞNG

Dặng Đức Anh

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

GS. TS. Nguyễn Trần Hiền

BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: *112*.../VSDTTU-ĐT

Hà Nội, ngày *22* tháng *01* năm 2018

V/v: Liên hệ thực hiện đề tài nghiên cứu tại địa phương của NCS Tạ Văn Thượng

Kính gửi:

Sở Y tế tỉnh Hòa Bình;
Phòng Y tế huyện Mai Châu và Tân Lạc;
Ủy ban nhân dân huyện Mai Châu và Tân Lạc;
Trạm Y tế huyện Mai Châu và Tân Lạc;

ThS.BS. Tạ Văn Thượng, công tác tại Trường Cao đẳng Quân y 1 – Học viện Quân y, là nghiên cứu sinh khóa 37 năm 2017 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, được giao thực hiện đề tài luận án: **“Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm Y tế xã thuộc 2 huyện vùng sâu, vùng xa tỉnh Hòa Bình”**, thuộc chuyên ngành: Y học dự phòng - Mã số: 9 72 01 63 (theo Quyết định số 1960/QĐ-VSDTTU ngày 19/12/2017 của Viện trưởng Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương).

Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương kính đề nghị Quý Cơ quan phối kết hợp và tạo điều kiện hỗ trợ cho NCS Tạ Văn Thượng trong quá trình liên hệ, lập kế hoạch xây dựng đề cương nghiên cứu và thu thập số liệu.

Xin trân trọng cảm ơn.

Nơi nhận:

- Như kính gửi;
- Lưu HC, ĐT.



PHÓ VIỆN TRƯỞNG
Lê Thị Quỳnh Mai

UBND TỈNH HOÀ BÌNH
SỞ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: *126* /SYT- NVY

Hoà Bình, ngày *25* tháng *01* năm 2018

V/v phối hợp thực hiện đề tài
nghiên cứu sinh

Kính gửi: Trung tâm Y tế huyện Mai Châu, Tân Lạc.

Sở Y tế nhận được Công văn số 112/VSDTTU-ĐT ngày 22/01/2018 của Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương về việc liên hệ thực hiện đề tài nghiên cứu tại địa phương của NCS Tạ Văn Thượng (*phô tô gửi kèm*).

Sở Y tế giao Trung tâm Y tế huyện Mai Châu và Tân Lạc nghiên cứu nội dung công văn và triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- GD Sở;
- Lưu: VT, NVY *gds*

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Hoàng Thị Thủy

SỞ Y TẾ HÒA BÌNH
TTYT HUYỆN MAI CHÂU

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 281/CT-TT
V/v phúc đáp CV số 112/VSDTTU-
ĐT ngày 22/01/2018 của Viện Vệ
sinh Dịch tễ Trung ương

Hà Nội, ngày 15 tháng 03 năm 2018

Kính gửi: Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương, Bộ Y Tế

Trung tâm Y tế huyện Mai Châu đã nhận được công văn số 112/VSDTTU-ĐT ngày 22/01/2018 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương về việc liên hệ thực hiện đề tài nghiên cứu “*Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Trạm Y tế xã thuộc hai huyện vùng sâu, vùng xa tỉnh Hòa Bình*” tại địa phương của NCS Tạ Văn Thượng, công tác tại Trường Cao đẳng quân y 1, Học viện quân y, và Công văn số 126/SYT-NVY ngày 25/01/2018 của Sở Y tế Hòa Bình về việc phối hợp thực hiện đề tài nghiên cứu sinh, Trung tâm Y tế Mai Châu trả lời như sau:

Trung tâm Y tế huyện Mai Châu cũng đã trực tiếp trao đổi với nghiên cứu sinh, trên cơ sở phân tích, đánh giá hướng nghiên cứu của đề tài và Kế hoạch nghiên cứu của Nghiên cứu sinh, chúng tôi chấp thuận cho Nghiên cứu sinh được triển khai thực hiện Đề tài này trên địa bàn huyện Mai Châu.

Trung tâm Y tế huyện Mai Châu thông báo để Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho Nghiên cứu sinh tiếp tục triển khai thực hiện Nghiên cứu theo kế hoạch.

Trân trọng./.

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM

Nơi nhận:

- Như kính gửi;
- NCS (để lưu hồ sơ nghiên cứu);
- Lưu: VT.



GIÁM ĐỐC
BÁC SỸ: Phạm Văn Cường

SỞ Y TẾ HÒA BÌNH
TTYT HUYỆN TÂN LẠC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 16g

Hà Nội, ngày 15 tháng 03 năm 2018

V/v phúc đáp CV số 112/VSDTTU-ĐT ngày 22/01/2018 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

Kính gửi: Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương, Bộ Y Tế

Trung tâm Y tế huyện Tân Lạc nhận được công văn số 112/VSDTTU-ĐT ngày 22/01/2018 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương về việc liên hệ thực hiện đề tài nghiên cứu "*Nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Trạm Y tế xã thuộc hai huyện vùng sâu, vùng xa tỉnh Hòa Bình*" tại địa phương của NCS Tạ Văn Thượng, công tác tại Trường Cao đẳng quân y 1, Học viện quân y, và Công văn số 126/SYT-NVY ngày 25/01/2018 của Sở Y tế Hòa Bình về việc phối hợp thực hiện đề tài nghiên cứu sinh, Trung tâm Y tế Tân Lạc trả lời như sau:

Trung tâm Y tế huyện Tân Lạc cũng đã trực tiếp trao đổi với nghiên cứu sinh, trên cơ sở phân tích, đánh giá hướng nghiên cứu của đề tài và Kế hoạch nghiên cứu của Nghiên cứu sinh, chúng tôi chấp thuận cho Nghiên cứu sinh được triển khai thực hiện Đề tài này trên địa bàn huyện Tân Lạc.

Trung tâm Y tế huyện Tân Lạc thông báo để Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho Nghiên cứu sinh tiếp tục triển khai thực hiện Nghiên cứu theo kế hoạch.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

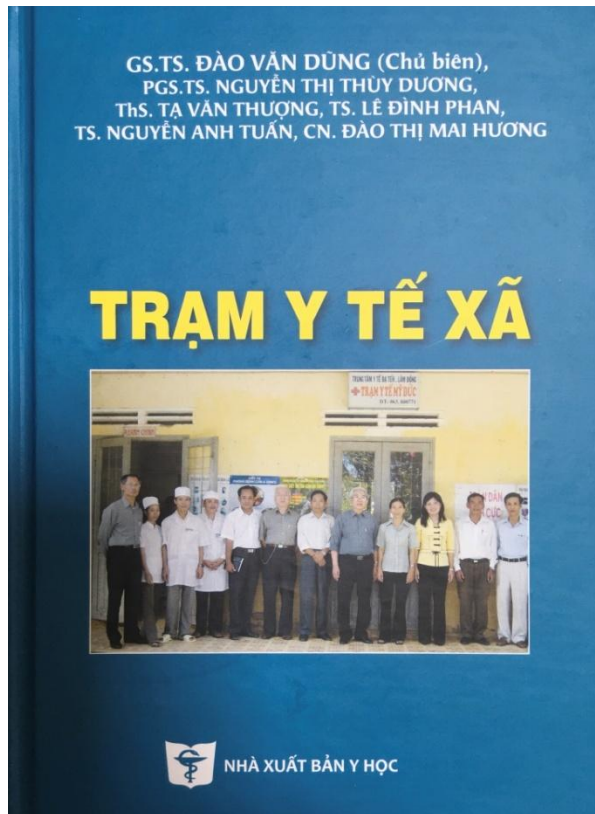
- Như kính gửi;
- NCS (để lưu hồ sơ nghiên cứu);
- Lưu: VT.

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM



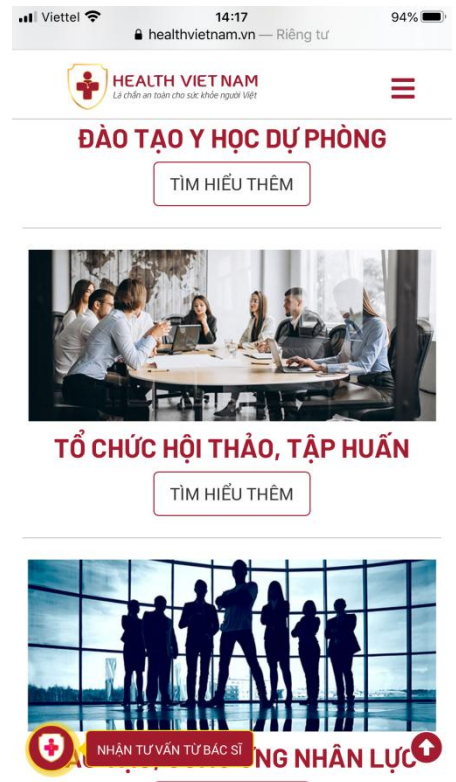
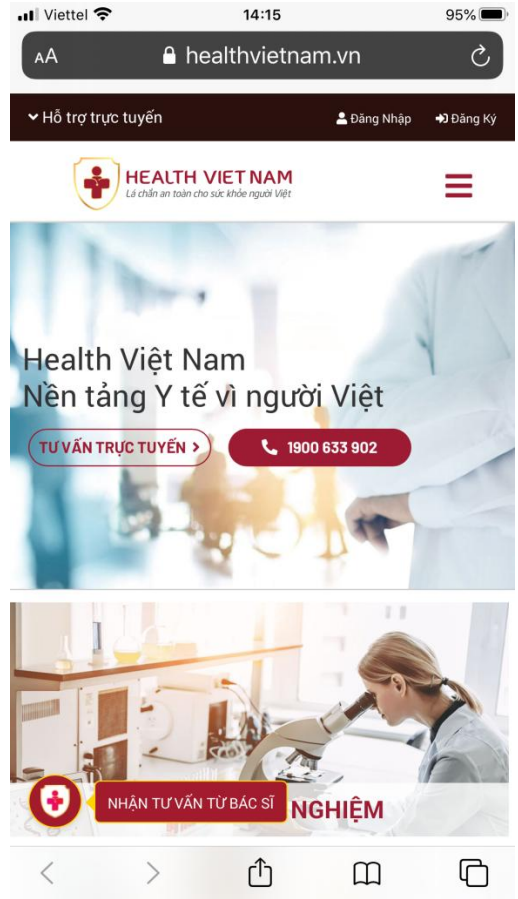
GIÁM ĐỐC
BSCKI: Bùi Văn Núi

PHỤ LỤC 5: MỘT SỐ HÌNH ẢNH CÔNG CỤ CAN THIỆP



MỤC LỤC CUỐN TRẠM Y TẾ XÃ

Chương 1. Vị trí, vai trò, chức năng, nhiệm vụ, tổ chức TYTX	15
Chương 2: Trạm y tế xã qua các thời kỳ ở Việt Nam	51
Chương 3: Chăm sóc sức khỏe ban đầu của trạm y tế xã	71
Chương 4: Cơ sở vật chất của trạm y tế xã	111
Chương 5: Hoạt động và quản lý trạm y tế xã	125
Chương 6: Một số chương trình y tế ở tuyến xã	153
Chương 7: Khám chữa bệnh thông thường và CSSKSS tại TYTX	233
Chương 8: Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã	301
Chương 9: Quản lý các nguồn lực tại trạm y tế xã	329
Chương 10: Sổ sách, báo cáo của trạm y tế xã	375
Chương 11: Đánh giá chất lượng trạm y tế xã	437
Chương 12: Lãnh đạo, quản lý nhà nước về CSSKND tại xã	457
Chương 13: Một số kiến thức bổ sung	477



PHỤ LỤC 6: MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sinh thảo luận kế hoạch nghiên cứu với cán bộ hướng dẫn và lãnh đạo 2 TTYT huyện Mai Châu và Tân Lạc, Hòa Bình



Tiến hành khảo sát điều tra tại thực địa trước can thiệp



NCS và cán bộ hướng dẫn cùng đoàn công tác xây dựng công cụ can thiệp – các kỹ thuật sơ cấp cứu và vận chuyển người bị nạn



Nghiên cứu sinh tập huấn cho trạm trưởng và nhân viên y tế các TYTX tại Mai Châu về sử dụng phần mềm Healthvietnam.vn



GS. Đào Văn Dũng tập huấn cho trạm trưởng và nhân viên y tế các TYTX tại Mai Châu về tổ chức, quản lý và quy trình KBCB tại trạm y tế xã



Tặng sách và quà cho các TYTX Tân Lạc sau can thiệp tại Mai Châu