

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



DƯƠNG TUẤN KÊ EM

**MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ NGUỒN NHÂN LỰC
Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI MỘT SỐ TRUNG TÂM
Y TẾ HUYỆN THUỘC TỈNH KIÊN GIANG**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



DƯƠNG TUẤN KÈM EM

**MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ NGUỒN NHÂN LỰC
Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI MỘT SỐ TRUNG TÂM
Y TẾ HUYỆN THUỘC TỈNH KIÊN GIANG**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. ĐOÀN QUANG HUY

HÀ NỘI - 2019

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau Đại học cùng các Bộ môn, Khoa phòng của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến PGS.TS. Đoàn Quang Huy là người Thầy đã tận tình hướng dẫn, dìu dắt tôi trong suốt quá trình nghiên cứu đề tài và hoàn thành luận văn.

Tôi vô cùng biết ơn các Thầy, các Cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn thạc sĩ Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy, người Cô đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới Ban Giám đốc, lãnh đạo và nhân viên y tế các khoa phòng Trung tâm y tế huyện An Biên, Trung tâm y tế huyện Giồng Riềng, Trung tâm y tế huyện Vĩnh Thuận đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong công tác học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình cùng bạn bè và đồng nghiệp, những người đã hết lòng tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, tháng 11 năm 2020.

(Tác giả luận văn)

Dương Tuấn Kê Em

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Dương Tuấn Kè Em học viên cao học khóa 11, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS. TS. Đoàn Quang Huy.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam kết này.

Hà Nội, tháng 11 năm 2020.

(Tác giả luận văn)

Dương Tuấn Kè Em

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1	3
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Mô hình bệnh tật	3
1.1.1. Một số khái niệm về mô hình bệnh tật.....	3
1.1.2. Phân loại quốc tế bệnh tật (ICD - 10) và Bảng phân loại bệnh của Bộ Y tế.....	3
3	
1.2. Các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật.....	5
1.2.1. Tuổi, giới tính và yếu tố di truyền.....	5
1.2.2. Các yếu tố cấu trúc thấp	6
1.2.3. Các yếu tố cấu trúc cao	6
1.2.4. Các yếu tố thuộc về lối sống	7
1.3. Mô hình bệnh tật trên thế giới và mô hình bệnh tật tại Việt Nam.....	7
1.3.1. Mô hình bệnh tật trên thế giới.....	7
1.3.2. Mô hình bệnh tật tại Việt Nam.....	9
1.4. Mô hình tổ chức và nhân lực y tế.....	11
1.4.1. Khái niệm và vai trò của y tế cơ sở.....	11
1.4.2. Nguồn nhân lực y tế	14
1.4.3. Quản lý nguồn nhân lực y tế	16
1.5. Thực trạng nhân lực y tế trên thế giới và tại Việt Nam	22
1.5.1. Thực trạng nhân lực y tế trên thế giới.....	22
1.5.2. Thực trạng nhân lực y tế tại Việt Nam.....	23
1.6. Một số nghiên cứu về nhân lực y tế trên thế giới và Việt Nam.....	24
1.6.1. Một số nghiên cứu về nhân lực y tế trên thế giới.....	24

1.6.2. Một số nghiên cứu về nhân lực tại Việt Nam	25
1.7. Khái quát về địa điểm nghiên cứu tại tỉnh Kiên Giang.....	27
1.7.1. Thông tin chung về địa điểm nghiên cứu.....	27
1.7.2. Thực trạng nhân lực y tế tại tỉnh Kiên Giang.....	29
Chương 2	30
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	30
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	30
2.2. Thời gian nghiên cứu	30
2.3. Địa điểm nghiên cứu	30
2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	30
2.5. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.....	30
2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu	31
2.7. Công cụ và quy trình thu thập thông tin.....	36
2.7.1. Công cụ nghiên cứu.....	36
2.7.2. Quy trình thu thập thông tin.....	37
2.8. Sai số và cách khống chế sai số	38
2.9. Xử lý và phân tích số liệu	39
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu.....	39
Chương 3	40
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	40
3.1. Mô hình bệnh tật tử vong năm 2019.....	40
3.2. Mô tả thực trạng nguồn nhân lực YHCT tại 3 TTYT.....	61
Chương 4	73
BÀN LUẬN	73
4.1. Thực trạng mô hình bệnh tật tại TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2019	73

4.2. Thực trạng nguồn nhân lực YHCT tại TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2020	80
4.3. Hạn chế của nghiên cứu	85
Chương 5	86
KẾT LUẬN	86
5.1. Thực trạng mô hình bệnh tật năm 2019 tại 3 TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang	86
5.2. Thực trạng nguồn nhân lực YHCT năm 2020 tại 3 TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang	87
KIẾN NGHỊ	88
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1	
PHỤ LỤC 2	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt
BS	Bác sỹ
CBYT	Cán bộ y tế
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
NVYT	Nhân viên y tế
NLYT	Nhân lực y tế
NNLYT	Nguồn nhân lực y tế
MHBT	Mô hình bệnh tật
QLNL	Quản lý nhân lực
TTYT	Trung tâm y tế
YHCT	Y học cổ truyền
WHO	Tổ chức y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Mười bệnh mắc cao nhất trong toàn quốc [24]	10
Bảng 1.2. Mười bệnh chết cao nhất trong toàn quốc [24]	11
Bảng 3.1. Tình hình chung về khám bệnh.....	40
Bảng 3.2. Đặc điểm về giới tính của bệnh nhân có BHYT	41
Bảng 3.3. Đặc điểm lý do vào viện của bệnh nhân sử dụng BHYT	41
Bảng 3.4. Đặc điểm về tình trạng ra viện của bệnh nhân sử dụng BHYT.....	42
Bảng 3.5. Đặc điểm về kết quả điều trị của bệnh nhân sử dụng BHYT	43
Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh tật theo chương bệnh xếp theo ICD-10 của bệnh nhân điều trị nội trú.....	44
Bảng 3.7. Tỷ lệ 10 bệnh mắc cao nhất điều trị nội trú trong năm 2019	56
Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh tử vong cao nhất của bệnh nhân điều trị nội trú năm 2019	59
Bảng 3.9. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=34).....	62
Bảng 3. 10. Cơ cấu nhân lực YHCT tại 3 TTYT huyện	63
Bảng 3. 11. Thông tin về tham gia công tác ngoài bệnh viện (n=34).....	63
Bảng 3.12. Thông tin chung về sử dụng YHCT (n=34)	64
Bảng 3.13. Tỷ lệ NVYT đồng ý quan điểm tốt và chưa tốt trong quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng thu hút (n=34)	65
Bảng 3.15. Mô tả mối liên quan thời gian công tác của NVYT với từng nội dung đánh giá quản lý tốt tại yếu tố thu hút.....	65
Bảng 3.16. Tỷ lệ NVYT đồng ý quan điểm tốt, chưa tốt trong quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng đào tạo-phát triển	66
Bảng 3.17. Mô tả mối liên quan trình độ chuyên môn của NVYT với từng nội dung đánh giá quản lý tốt tại chức năng đào tạo-phát triển.....	67
Bảng 3.18. Tỷ lệ NVYT đồng ý quản lý tốt, chưa tốt nguồn nhân lực qua chức năng duy trì.....	68

Bảng 3.19. Mô tả mối liên quan giữa thu nhập trung bình/ tháng với chức năng duy trì.....	70
---	----

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Số ca mắc bệnh của trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi điều trị nội trú.....	58
Biểu đồ 3.2 Tình hình tử vong của bệnh nhân điều trị nội trú.....	58
Biểu đồ 3.3. Tình hình tử vong của trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi điều trị	59
Biểu đồ 3.4. Chứng bệnh theo y học cổ truyền thường gặp tại khoa YHCT..	61
Biểu đồ 3.5. Quan điểm chung của NVYT đánh giá công tác quản lý nguồn nhân lực	71

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực y tế là thành phần rất quan trọng của hệ thống y tế, bảo đảm hiệu quả, chất lượng dịch vụ y tế, tác động trực tiếp đến sự hài lòng của người dân [1]. Ở nước ta, Đảng và Nhà nước đã quan tâm, chú trọng đến công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân, đặc biệt là nguồn nhân lực y tế. Nghị quyết số 46/NQ-TW, ngày 23/02/2005, của Bộ Chính trị đã chỉ rõ “Nghề Y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt...” [2].

Ngành y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam hiện vẫn phát triển khiêm tốn cả về số lượng cơ sở khám, chữa bệnh lẫn chất lượng nhân viên y tế. Để y học cổ truyền phát triển mạnh mẽ hơn nữa, cùng với việc nâng cao số lượng và chất lượng nhân lực, cần có chương trình đào tạo tích hợp giữa y học cổ truyền và y học hiện đại, nhằm đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân. Theo thống kê của Cục Quản lý Y, dược cổ truyền, Bộ Y tế, cả nước có 63 bệnh viện y học cổ truyền, 92% các bệnh viện đa khoa có khoa y học cổ truyền, 85% trạm y tế tuyến xã có tổ chức khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền. Bên cạnh đó còn có hệ thống 18.900 phòng chẩn trị và trung tâm thừa kế đông y do tư nhân lập nên. Tổng số bệnh viện y học cổ truyền tuyến tỉnh là 58/63 (3 tỉnh có hai bệnh viện và 7 tỉnh chưa có bệnh viện y học cổ truyền) [3].

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, hay một địa phương, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình Kinh tế-Xã hội của một quốc gia hay cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe nhân dân một cách toàn diện, từng bước hạ thấp tỷ lệ, bệnh tật, tử vong cho cộng đồng. Vì vậy, việc nghiên cứu mô hình bệnh tật là vấn đề hết sức cần thiết.

Hiện nay ở Việt Nam cũng như nhiều nước đang phát triển, công tác quản lý nhân lực y tế nói chung và nhân lực y tế về YHCT nói riêng chưa

nhận được sự quan tâm đầu tư thích đáng. Trong khi chương trình đào tạo bác sĩ y học cổ truyền được xây dựng trên nền tảng y đa khoa nhưng các bác sĩ y học cổ truyền sau khi tốt nghiệp chỉ được học các bậc học sau đại học về y học cổ truyền mà không được học thêm sau đại học về y học hiện đại. Như vậy, các bác sĩ này sẽ rất khó khăn khi thực hiện nhiệm vụ chuyên môn theo hướng chuyên khoa hóa tại các bệnh viện y học cổ truyền hiện nay.

Tỉnh Kiên Giang là một tỉnh ven biển thuộc vùng Đồng bằng Sông Cửu Long; cách thành phố Hồ Chí Minh 250km về phía Tây; phía Đông tiếp giáp với thành phố Cần Thơ là một trong những trung tâm kinh tế văn hoá lớn của cả nước, nơi tập trung nhiều cơ sở y tế chuyên ngành lớn, được đầu tư hiện đại nên điều kiện giao lưu, chuyển giao, học tập tiến bộ khoa học kỹ thuật khá thuận tiện. Hiện nay, tại tỉnh Kiên Giang chưa có nghiên cứu nào đề cập đến mô hình bệnh tật và thực trạng nguồn nhân lực YHCT. Do đó, việc nghiên cứu đánh giá về mô hình bệnh tật và thực trạng nguồn nhân lực YHCT là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn đối với việc lập kế hoạch và xây dựng phát triển nguồn nhân lực phục vụ công tác khám chữa bệnh cũng như công tác y tế dự phòng của tỉnh. Với lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Mô hình bệnh tật và nguồn nhân lực Y học cổ truyền tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang*” với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả mô hình bệnh tật tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2019.*

2. *Mô tả thực trạng nguồn nhân lực Y học cổ truyền tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2020.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Mô hình bệnh tật

1.1.1. Một số khái niệm về mô hình bệnh tật

Mô hình bệnh tật (MHBT) của một cộng đồng trong một giai đoạn là cơ cấu phân trăm các nhóm bệnh tật, các bệnh và tử vong của các bệnh của cộng đồng đó trong giai đoạn đó. Từ mô hình bệnh tật người ta có thể xác định được các nhóm bệnh (bệnh) phổ biến nhất, các nhóm bệnh (bệnh) có tỷ lệ tử vong cao nhất để có cơ sở xây dựng kế hoạch phòng, chống bệnh tật trước mắt và lâu dài cho cộng đồng đó [4].

Thống kê bệnh tật và tử vong tại cơ sở y tế thể hiện trình độ, khả năng chẩn đoán, phân loại người bệnh theo các chuyên khoa đủ đảm bảo điều trị có hiệu quả, thực chất là khả năng đảm bảo phục vụ, chăm sóc người bệnh của bệnh viện bởi lẽ có phân loại chẩn đoán đúng mới có thể tiên lượng, điều trị đúng và có hiệu quả kinh tế cao: Giảm tỷ lệ tử vong, tiết kiệm chi phí thuốc men và các phương tiện khác.

Thống kê bệnh tật và tử vong là đặc thù riêng của ngành y tế và là nội dung quan trọng của quản lý bệnh tật và tử vong [5] [6] [7].

1.1.2. Phân loại quốc tế bệnh tật (ICD - 10) và Bảng phân loại bệnh của Bộ Y tế

1.1.2.1. Phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ X (ICD-10)

Để tạo tính thống nhất trên toàn thế giới về việc xây dựng các thông tin y tế, Tổ chức y tế thế giới đã xây dựng bảng phân loại quốc tế bệnh tật. Qua nhiều lần hội nghị, cải biên, đã chính thức xuất bản Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ X vào năm 1992. Bảng phân loại này được Tổ chức y tế thế giới triển khai xây dựng từ tháng 09 năm 1983. Toàn bộ danh mục được xếp thành 21 chương bệnh, ký biên từ I đến XXI theo các nhóm bệnh:

Chương I: Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng

Chương II: Khối u (Bướu tân sinh).

Chương III: Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn LQ cơ chế miễn dịch.

Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa.

Chương V: Rối loạn tâm thần và hành vi.

Chương VI: Bệnh của hệ thần kinh.

Chương VII: Bệnh mắt và phần phụ.

Chương VIII: Bệnh tai và xương chũm.

Chương IX: Bệnh của hệ tuần hoàn.

Chương X: Bệnh hệ hô hấp.

Chương XI: Bệnh hệ tiêu hóa.

Chương XII: Bệnh da và mô dưới da.

Chương XIII: Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết.

Chương XIV: Bệnh hệ tiết niệu và sinh học.

Chương XV: Chửa, đẻ và sau đẻ.

Chương XVI: Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ sơ sinh.

Chương XVII: Dị tật, dị dạng bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể.

Chương XVIII: Triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác.

Chương XIX: Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài.

Chương XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong.

Chương XXI: Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khoẻ và tiếp xúc dịch vụ y tế.

❖ Bộ mã ICD-10 gồm 4 ký tự:

- Ký tự thứ nhất (Chữ cái): Mã hóa chương bệnh.
- Ký tự thứ hai (Số thứ nhất): Mã hóa nhóm bệnh.
- Ký tự thứ ba (Số thứ hai): Mã hóa tên bệnh.
- Ký tự thứ tư (Số thứ ba): Mã hoá một bệnh chi tiết theo nguyên nhân

gây bệnh hay tính chất đặc thù của nó [8] [9].

1.1.2.2. Bảng phân loại bệnh của Bộ y tế

Vì một số lý do về phương diện thống kê, tính chuẩn xác trong chẩn đoán và để ứng dụng trong phạm vi cả nước, năm 1998 Bộ y tế tạm thời sử dụng bộ mã 03 ký tự, hay nói cách khác là tạm thời thống kê và phân loại đến tên bệnh. Với cách phân loại này, có tổng cộng 312 bệnh được ký hiệu từ 001 đến 312 [8] [10].

1.2. Các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật

Đó chính là các yếu tố tác động đến mô hình bệnh tật và tử vong, cũng chính là các yếu tố tác động đến sức khỏe. Chúng được chia thành các yếu tố có thể biến đổi được và không biến đổi được.

- Những yếu tố không thể biến đổi gồm: Tuổi, giới tính, di truyền.
- Những yếu tố có thể biến đổi gồm:
 - + Các yếu tố cấu trúc thấp: Hòa bình, ổn định chính trị, phát triển kinh tế, công bằng.
 - + Các yếu tố cấu trúc cao: Khẩu phần ăn, nước sạch, nhà cửa, y tế, giáo dục.
 - + Các yếu tố thuộc về lối sống: Thuốc lá, rượu, tình dục, ma túy, lạm dụng thuốc và các mạng lưới xã hội.

1.2.1. Tuổi, giới tính và yếu tố di truyền

Tuổi và giới tính là một trong những quy định cơ cấu dân số của một khu vực. Về mặt bệnh tật, từng nhóm tuổi có những bệnh lý đặc thù riêng. Sơ sinh với các bệnh lý đặc thù như uốn ván, nhiễm trùng sơ sinh, trẻ đẻ thiếu tháng. Các bệnh lý tim mạch như cao huyết áp, xơ vữa động mạch, động mạch vành và các bệnh lý ung thư thường tăng theo tuổi. Các biến chứng chửa, đẻ và sau khi đẻ là bệnh lý đặc trưng của phụ nữ tuổi sinh đẻ, trong khi đó nhồi máu cơ tim chỉ xảy ra ở phụ nữ tiền mãn kinh. Như vậy cấu trúc dân số khác nhau

giữa các khu vực là một trong những yếu tố làm khác biệt về mô hình bệnh tật và tử vong giữa các khu vực đó.

Yếu tố di truyền nói rộng ra là chủng tộc và nòi giống cũng có tác động đến cơ cấu bệnh tật. Ngày nay người ta phát hiện ra rất nhiều loại bệnh có liên quan ít nhiều đến yếu tố di truyền như: Tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì [11] [12].

1.2.2. Các yếu tố cấu trúc thấp

Hòa bình ổn định chính trị, kinh tế phát triển, làm giảm đói nghèo từ đó giảm đi các bệnh tật: Suy dinh dưỡng, các bệnh nhiễm khuẩn (tiêu chảy, lao...). Kết quả nghiên cứu của Viện dinh dưỡng và nhiều tác giả cho thấy dựa theo phân loại quốc tế, hiện nay có khoảng 50% trẻ em Việt Nam dưới 5 tuổi bị thiếu dinh dưỡng. Tỷ lệ này thay đổi theo vùng sinh thái và điều kiện kinh tế, xã hội [13]. Mặt khác kinh tế phát triển còn gây biến đổi về môi trường làm gia tăng bệnh do ô nhiễm như bệnh đường hô hấp, bệnh nghề nghiệp, các sang chấn về bệnh tâm thần kinh...

1.2.3. Các yếu tố cấu trúc cao

Ăn uống cần thiết cho sức khỏe đó là một chân lý hiển nhiên. Nhờ các phát hiện của dinh dưỡng học, người ta lần lượt biết trong thức ăn có chứa các thành phần dinh dưỡng cần thiết đối với cơ thể đó là các chất: protein, lipid, các vitamin, các khoáng chất và nước [14]. Do đó khẩu phần ăn khác nhau cũng quy định các bệnh đặc trưng khác nhau, Bệnh Scorbut do thiếu vitamin C, bệnh viêm da Pellagra hay gặp ở vùng ăn toàn ngô do thiếu vitamin PP, thiếu nhiều chất dinh dưỡng dẫn đến thiếu máu, thiếu vitamin A gây bệnh khô mắt [15] [14], những thói quen ăn uống có hại như ăn quá mặn, ăn nhiều đường, uống nhiều nước ngọt và rượu bia... đó là những yếu tố nguy hại thúc đẩy sự phát sinh, phát triển của bệnh tăng huyết áp [12].

1.2.4. Các yếu tố thuộc về lối sống

Ngày càng được quan tâm vì những lợi ích to lớn của nó trong việc làm giảm tỷ lệ mắc bệnh cũng như làm giảm tử vong của nhiều bệnh. Thuốc lá được khẳng định là nguyên nhân ung thư của các bệnh về hô hấp, làm tăng bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính [16] [17]. Rượu với số lượng thích hợp giúp cho tiêu hoá tốt, nhưng ở số lượng vượt quá có thể dẫn đến bệnh gan, sa sút về tinh thần và đặc biệt còn là nguồn gốc của tai nạn giao thông. Lối sống buông thả về tình dục, nghiện ma túy là người bạn đường chung thủy của nhiễm HIV/AIDS. Một đại dịch của thế giới hiện nay, người ta còn làm tăng các bệnh lây truyền nguy hiểm khác như: viêm gan B, lậu, giang mai...

1.3. Mô hình bệnh tật trên thế giới và mô hình bệnh tật tại Việt Nam

1.3.1. Mô hình bệnh tật trên thế giới

Trên thế giới, mô hình bệnh tật chia 3 loại mô hình phổ biến:

- MHBT ở các nước chậm phát triển: bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ cao (hình thái A).
- MHBT ở các nước đang phát triển: bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ thấp, bệnh mãn tính và không truyền nhiễm là chủ yếu (hình thái B).
- MHBT ở các nước phát triển: bệnh tim mạch, đái tháo đường và bệnh lý người già là chủ yếu (hình thái C).

Đặc điểm bệnh tật ở các nước phát triển là chủ yếu rơi vào nhóm tuổi đã quá tuổi lao động, là người già, tình trạng thiếu dinh dưỡng không phải là vấn đề quan trọng. Các bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng có tỷ lệ rất thấp, ngược lại bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, ung thư là các bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong hàng đầu. Trong khi đó ở các nước đang phát triển, bệnh tật chủ yếu rơi vào nhóm tuổi còn rất trẻ, đang trong độ tuổi lao động sản xuất. Tình trạng thiếu dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao và là vấn đề sức khỏe quan trọng chủ yếu của quốc gia. Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng chiếm tỷ lệ lớn trong

khi đó các bệnh thoái hóa, ác tính lại có tỷ lệ thấp hơn. Về tử vong nguyên nhân chính là tim mạch, thiếu máu cục bộ cơ tim, tiếp đến là nhiễm khuẩn cấp đường hô hấp dưới ở trẻ nhỏ hơn 5 tuổi. Bệnh mạch máu não, tiêu chảy dưới 5 tuổi. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, lao, sốt rét [18] [19] [20] [6].

Theo Thống kê Y tế Thế giới hàng năm của WHO, ước tính có khoảng 56.4 triệu ca tử vong trên thế giới vào năm 2015; trong đó có 27 triệu ca đã được kê khai tử vong với một nguyên nhân xác định [21]. Trong số 56.4 triệu người chết trên toàn thế giới trong năm 2015, đã có 10 nguyên nhân gây tử vong cho hơn một nửa trong tổng số ca tử vong (chiếm 54%). Đứng đầu bảng vẫn là thiếu máu cơ tim và đột quỵ, có thể xem đây là những kẻ giết người lớn nhất trên toàn thế giới, hơn 15 triệu người chết trong năm 2015 vì 2 bệnh lý này, và vẫn giữ vị trí đầu bảng về nguyên nhân tử vong trên toàn cầu trong suốt hơn 15 năm qua. Kế đến là 2 bệnh lý ở phổi, đó là: bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và ung thư phổi, 2 nguyên nhân này đã cướp đi 3.2 triệu người trong năm 2015, nhất là ung thư phổi gây ra 1.7 triệu ca tử vong. Tiểu đường đã giết chết 1.6 triệu người trong năm 2015, trong khi ở thời điểm của năm 2000 chỉ dưới 1 triệu. Tử vong do bệnh mất trí nhớ đã tăng hơn gấp đôi kể từ năm 2000 đến năm 2015, đây là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 7 trong 10 nguyên nhân phổ biến nhất trong năm 2015. Tỷ lệ tử vong do bệnh tiêu chảy tiếp tục giảm và đã giảm đi gần một nửa từ năm 2000 đến năm 2015, nhưng vẫn gây ra 1.4 triệu ca tử vong trong năm 2015. Tương tự, tử vong do bệnh lao tuy đã giảm so với cùng kỳ, nhưng vẫn nằm trong số 10 nguyên nhân hàng đầu với số người chết là 1.4 triệu/năm. HIV/AIDS không còn nằm trong số 10 nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới, bệnh này đã giết chết 1.1 triệu người trong năm 2015 nếu so với 1.5 triệu người vào năm 2000. Tai nạn giao thông đường bộ đã giết chết 1.3 triệu người trong năm 2015 và đã xuất hiện trong “top 10” nguyên nhân tử vong trong năm 2015.

1.3.2. Mô hình bệnh tật tại Việt Nam

Đặc điểm của bệnh tật và tử vong ở Việt Nam vừa mang tính chất của một nước có thu nhập thấp lại vừa bắt đầu mang tính chất của một nước công nghiệp. Các bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng như: nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, tiêu hóa, sốt rét và các bệnh lây nhiễm có tỷ lệ mắc hàng đầu [15]. Các bệnh không lây như tim mạch huyết áp, tai nạn thương tích, ngộ độc đã xuất hiện với tỷ lệ cao và ngày càng tăng.

Theo thống kê của Bộ Y tế vào năm 2002 thì cơ cấu bệnh tật và tử vong theo chương bệnh (ICD-10) các bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh trùng vẫn chiếm vị trí cao nhất [22] [9] [23]. Trong năm 2016, các bệnh thường gặp rơi vào các nhóm bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp, bệnh về tim mạch, các bệnh đường tiêu hóa. Đặc biệt tỷ lệ mắc “Sốt vi rút khác do tiết túc truyền và sốt vi rút sốt xuất huyết” tăng lên đứng hàng thứ 7 phản ánh mức độ nghiêm trọng của dịch sốt xuất huyết tại nhiều địa phương trong năm 2016. Các nguyên nhân tử vong hàng đầu đều liên quan đến tai nạn, chấn thương, tiếp theo là các bệnh tim mạch và hô hấp [24].

Tuy nhiên tại Hội nghị chuyên đề về công tác y tế dự phòng, Bộ Y tế cho biết nếu như trước kia chủ yếu là các bệnh nhiễm trùng thì nay mô hình bệnh tật đã hoàn toàn thay đổi: chỉ có 27 % là các bệnh do vi trùng gây nên, có đến 62 % các bệnh không phải do vi trùng (các bệnh lây nhiễm do siêu vi trùng).

Mô hình bệnh tật nước ta đan xen giữa bệnh nhiễm trùng và không nhiễm trùng, bệnh cấp tính và bệnh mãn tính. Xu hướng bệnh không nhiễm trùng và mãn tính ngày càng cao. Nguyên nhân biến đổi này là:

+ Phát triển xã hội với xu thế công nghiệp hóa tạo ra nhiều ngành nghề và đó là các bệnh nghề nghiệp; đô thị hóa làm tăng tai nạn giao thông, các tai nạn lao động, sinh hoạt chấn thương và ngộ độc. Sự buông lỏng quản lý gây các bệnh ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật, ngộ độc thực phẩm. Ô nhiễm môi trường gia tăng các bệnh ung thư, bụi phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

+ Thống kê của WHO thì tuổi thọ trung bình người Việt Nam đã tăng nhiều, do vậy tỷ lệ bệnh tim mạch, thoái hóa khớp cũng tăng.

Mức sống người dân cũng cao làm cho các bệnh đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp gia tăng. Hội chứng chuyển hóa và tai biến mạch não, mạch vành cũng tăng theo.

+ Bệnh truyền nhiễm nguy hiểm ở trẻ em đã giảm nhờ chương trình tiêm chủng mở rộng, nhưng tình hình lao và HIV/AIDS tiếp tục gia tăng.

+ Bệnh suy dinh dưỡng vẫn còn khá phổ biến.

Theo thống kê Bộ y tế tình hình các bệnh lây nhiễm đã giảm rõ rệt, dân số đang lão hoá nhanh; những bệnh lây nhiễm máu như HIV/AIDS và các loại dịch bệnh mới tiềm tàng như cúm gia cầm, Cúm A H₅N₁ và Cúm A H₁N₁ (2009) có khả năng tác động mạnh tới xu hướng này trong 5-10 năm tới [25] [22] [19] [26].

Bảng 1. 1. Mười bệnh mắc cao nhất trong toàn quốc [24]

(Niên giám thống kê 2018)

Đơn vị tính: trên 100.000 dân

Mã	Tên bệnh	Mắc
165	Viêm họng và viêm amidan cấp	672
169	Các bệnh viêm phổi	597,6
281	Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	588,2
145	Tăng huyết áp nguyên phát	566
184	Viêm dạ dày và tá tràng	382,7
206	Bệnh khác của cột sống	298,8
32	Sốt vi rút khác do tiết túc truyền và sốt vi rút sốt xuất huyết	271,2
5	Ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	255,5
185	Bệnh khác của thực quản, dạ dày và tá tràng	240,2
274	Gãy các phần khác của chi: do lao động và giao thông	214,5

Bảng 1.2. Mười bệnh chết cao nhất trong toàn quốc [24]

(Niên giám thống kê 2018)

Đơn vị tính: trên 100.000 dân

Mã	Tên bệnh	Mức
272	Gãy xương cổ, ngực, khung chậu	1,93
278	Thương tổn do chấn thương trong sọ	1,38
169	Các bệnh viêm phổi	1,27
150	Rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim	1,18
147	Nhồi máu cơ tim	0,96
179	Bệnh khác của bộ máy hô hấp	0,72
153	Chảy máu não	0,63
39	Nhiễm HIV	0,62
281	Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	0,58
290	Tai nạn giao thông	0,49

1.4. Mô hình tổ chức và nhân lực y tế

1.4.1. Khái niệm và vai trò của y tế cơ sở

❖ Khái niệm

Ở Việt Nam, hệ thống tổ chức y tế được chia thành 4 tuyến: Trung ương, tỉnh, huyện và xã. Y tế cơ sở được xác định bao gồm Bệnh viện, Trung tâm y tế dự phòng (TTYT), Phòng y tế [27].

❖ Vai trò của y tế cơ sở

Y tế cơ sở có vị trí chiến lược rất quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, bởi vì: Y tế cơ sở là đơn vị y tế gần dân nhất; giải quyết 80% khối lượng phục vụ y tế tại chỗ; là nơi thể hiện rõ nhất sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe (CSSK); nơi trực tiếp thực hiện và kiểm

nghiệm các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về y tế; là bộ phận quan trọng nhất của ngành y tế tham gia phát triển kinh tế và ổn định chính trị xã hội [27].

❖ Cơ cấu tổ chức, chức năng nhiệm vụ của Trung tâm y tế huyện

Cơ cấu tổ chức [28]

Các phòng chức năng: Phòng Tổ chức – Hành chính; Phòng Kế Hoạch – Nghiệp vụ; Phòng Tài chính – Kế toán; Phòng Điều dưỡng.

Các khoa chuyên môn: Khoa Kiểm soát bệnh tật và HIV/AIDS; Khoa Y tế công cộng và Dinh dưỡng; Khoa An toàn thực phẩm; Khoa Chăm sóc sức khoẻ sinh sản; Khoa Khám bệnh/Phòng khám đa khoa; Khoa Hồi sức cấp cứu; Khoa Nội tổng hợp; Khoa Ngoại tổng hợp; Khoa Nhi; Khoa Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng; Khoa Liên chuyên khoa (Răng Hàm mặt – Mắt – Tai Mũi Họng); Khoa Dược – Trang thiết bị - Vật tư y tế; Khoa Truyền nhiễm; Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn; Khoa xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh.

Chức năng [28]: Trung tâm Y tế huyện có chức năng cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật về y tế dự phòng; khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và các dịch vụ y tế khác theo quy định của pháp luật.

Nhiệm vụ

Thực hiện đào tạo liên tục cho đội ngũ viên chức thuộc thẩm quyền quản lý theo quy định; tập huấn, bồi dưỡng cập nhật kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ thuộc lĩnh vực phụ trách cho đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản và các đối tượng khác theo phân công, phân cấp của Sở Y tế; là cơ sở thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe và hướng dẫn thực hành để cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

Thực hiện việc cung ứng, bảo quản, cấp phát, sử dụng và tiếp nhận thuốc, vắc xin, sinh phẩm y tế, hóa chất, trang thiết bị phục vụ thực hiện các hoạt động phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây

nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; tiêm chủng phòng bệnh; y tế trường học; phòng, chống các yếu tố nguy cơ tác động lên sức khỏe, phát sinh, lây lan dịch, bệnh; quản lý và nâng cao sức khỏe cho người dân.

Thực hiện các hoạt động bảo vệ môi trường đối với các cơ sở y tế; vệ sinh và sức khỏe lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích; vệ sinh trong hoạt động mai táng, hỏa táng; giám sát chất lượng nước dùng cho ăn uống, sinh hoạt và dinh dưỡng cộng đồng.

Thực hiện các hoạt động phòng chống ngộ độc thực phẩm trên địa bàn; tham gia thẩm định cơ sở đủ điều kiện sản xuất, kinh doanh thực phẩm trên địa bàn theo phân cấp; tham gia thanh tra, kiểm tra, giám sát công tác phòng chống ngộ độc thực phẩm, phòng chống bệnh truyền qua thực phẩm; hướng dẫn, giám sát cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm, ăn uống trong việc bảo đảm an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật và thực hiện các nhiệm vụ khác về an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật và theo phân công, phân cấp.

Thực hiện sơ cứu, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo quy định của cấp có thẩm quyền và giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh cho các trường hợp bệnh nhân tự đến, bệnh nhân được chuyển tuyến, bệnh nhân do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chuyển về để tiếp tục theo dõi điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng; thực hiện các kỹ thuật, thủ thuật, chuyển tuyến theo quy định của pháp luật; khám sức khỏe và chứng nhận sức khỏe theo quy định; tham gia khám giám định y khoa, khám giám định pháp y khi được trưng cầu.

Thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản và cải thiện tình trạng dinh dưỡng bà mẹ, trẻ em; phối hợp thực hiện công tác dân số, kế hoạch hóa gia đình theo quy định của pháp luật.

Thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh phục vụ cho hoạt động chuyên môn, kỹ thuật theo chức năng, nhiệm vụ của Trung tâm và nhu cầu

của người dân; tổ chức thực hiện các biện pháp bảo đảm an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm và an toàn bức xạ theo quy định.

Thực hiện tuyên truyền, cung cấp thông tin về chủ trương, chính sách pháp luật của Đảng, Nhà nước về y tế; tổ chức các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe về y tế, chăm sóc sức khỏe trên địa bàn.

Chỉ đạo tuyên, hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật đối với các phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh, trạm y tế xã, phường, thị trấn, y tế thôn bản, cô đỡ thôn, bản và các cơ sở y tế thuộc cơ quan, trường vụ cho hoạt động chuyên môn theo phân cấp của Sở Y tế và quy định của pháp luật.

Triển khai thực hiện các dự án, chương trình y tế ở địa phương theo phân công, phân cấp của Sở Y tế; tổ chức điều trị nghiện chất bằng thuốc thay thế theo quy định của pháp luật; thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.

Thực hiện ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm xã hội để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Trung tâm Y tế và các đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế theo quy định của pháp luật.

Nghiên cứu và tham gia nghiên cứu khoa học, ứng dụng các tiến bộ khoa học, kỹ thuật về lĩnh vực liên quan.

Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật. Thực hiện quản lý nhân lực, tài chính, tài sản theo phân cấp và theo quy định của pháp luật.

Thực hiện các nhiệm vụ, quyền hạn khác do Giám đốc Sở Y tế và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp huyện giao.

1.4.2. Nguồn nhân lực y tế

1.4.2.1. Khái niệm về nhân lực y tế

Nhân lực y tế được coi là một phần rất quan trọng của hệ thống y tế, là yếu tố chính bảo đảm hiệu quả và chất lượng dịch vụ y tế. Quản lý và điều hành tốt nhân lực y tế không những giúp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế mà

còn tăng cường công bằng trong chăm sóc sức khoẻ và nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn nhân lực.

Năm 2006, WHO đưa ra định nghĩa: “Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khoẻ”. Theo đó, nhân lực y tế bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ. Nó bao gồm cán bộ y tế (CBYT) chính thức và cán bộ không chính thức (như tình nguyện viên xã hội, những người chăm sóc sức khoẻ gia đình, lang y, ...); kể cả những người làm việc trong ngành y tế và những ngành khác (như quân đội, trường học hay các doanh nghiệp) [29].

Tuy nhiên trong nghiên cứu này, “nhân lực y tế” chỉ giới hạn là những bác sỹ, y sĩ, điều dưỡng, những nhân viên y tế đang làm việc tại khoa YHCT còn những đối tượng khác sẽ không đưa vào nghiên cứu.

1.4.2.2. Tính chất đặc thù của nhân lực y tế

Nghị quyết số 46-NQ/TW, ngày 23/02/2005, của Bộ Chính trị đã nêu rõ nguyên tắc chỉ đạo nguồn nhân lực y tế, cụ thể là “*Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt...*” [2]. Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy “*Lương y như từ mẫu*”; Cố thủ tướng Phạm Văn Đồng đã từng phát biểu về đặc trưng của nghề y [30]: “*Ít có nghề nghiệp nào mà xã hội đòi hỏi về phẩm chất và tài năng cao như đối với người làm công tác y tế. Đó là một nghề đặc biệt, đòi hỏi hiểu biết sâu rộng, tấm lòng nhân ái, sự từng trải và kinh nghiệm, một nghề mà mọi công việc dù là nhỏ, đều có liên quan đến tính mạng con người và hạnh phúc gia đình ...*”. Nghề đòi hỏi phải có lòng nhân ái, dám chịu đựng vất vả, hy sinh để cứu người, tôn trọng nhân phẩm và quyền lợi bệnh nhân, thực hiện quy tắc ứng xử có trách nhiệm và không phân biệt đối xử. Tuy nhiên, kỳ vọng rất cao của xã hội đối với người thầy thuốc cả về chất lượng và đạo đức lại bị đe dọa bởi áp lực rất lớn từ bất cập của thị trường, các quy định và chế tài chưa đầy đủ để đảm bảo các

chuẩn mực cao về y đức cũng như chất lượng chăm sóc y tế tốt cho tất cả mọi người [31].

Nhân lực y tế có những đặc thù: Nghề y là một nghề cao quý được xã hội tôn vinh bởi vì nghề này có nhiệm vụ chữa bệnh cứu người, bảo vệ sự sống và nâng cao sức khoẻ nhân dân. Hoạt động của ngành y tế liên quan trực tiếp đến sức khoẻ nhân dân, tính mạng người bệnh và đòi hỏi nhiều lao động. Trong cung ứng mỗi dịch vụ y tế, cần ít nhất một sự tiếp xúc riêng trực tiếp giữa nhân viên y tế với người bệnh, vì vậy cung ứng các dịch vụ y tế đến người bệnh về bản chất đòi hỏi sử dụng nhiều lao động y tế.

Đặc điểm phức tạp của nguồn nhân lực y tế (NNLYT) cần có sự can thiệp, quan tâm của Chính Phủ trong việc lập kế hoạch và điều phối NNLYT nhiều hơn là đối với nguồn nhân lực ở các ngành khác [32].

1.4.3. Quản lý nguồn nhân lực y tế

1.4.3.1. Khái niệm quản lý nguồn nhân lực

Có nhiều cách hiểu về quản lý nhân lực (QLNL), khái niệm QLNL có thể được trình bày ở nhiều góc độ khác nhau.

Theo WHO- Khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO), “QLNL là một quá trình tạo ra môi trường tổ chức thuận lợi và đảm bảo rằng nhân lực hoàn thành tốt công việc của mình bằng việc sử dụng các chiến lược nhằm xác định và đạt được sự tối ưu về số lượng, cơ cấu và sự phân bố nhân lực với chi phí hiệu quả nhất. Mục đích chung là để có số nhân lực cần thiết, làm việc từng vị trí phù hợp với mức chi phí hợp lý [3].

Quản lý nguồn nhân lực là việc quản lý con người ở một tổ chức, một công ty, một doanh nghiệp. Điều này bao gồm tất cả các chính sách, các điều lệ, các tiêu chuẩn tuyển chọn, huấn luyện, đánh giá và trả công cho nhân viên, kể cả các quan tâm về công bằng, phúc lợi, sức khoẻ và an toàn lao động [33].

Quản lý nhân lực nghiên cứu các vấn đề về quản trị con người trong các tổ chức ở tầm vi mô và có hai mục tiêu cơ bản: sử dụng có hiệu quả nguồn

nhân lực nhằm tăng năng suất lao động và nâng cao tính hiệu quả của tổ chức; đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân viên, tạo điều kiện cho nhân viên được phát huy tối đa các năng lực cá nhân, được kích thích, động viên nhiều nhất và trung thành tận tâm với tổ chức [34].

Khái niệm và thực tiễn áp dụng QLNL không giống nhau ở các quốc gia khác nhau. Trong một nền kinh tế chuyển đổi như ở Việt Nam, nơi trình độ công nghệ kỹ thuật còn hạn chế, kinh tế chưa ổn định và Nhà nước chủ trương “quá trình phát triển phải thực hiện bằng con người vì con người”, thì quản lý nhân lực là hệ thống triết lý, chính sách và hoạt động chức năng về thu hút, đào tạo – phát triển và duy trì con người của một tổ chức nhằm đạt được kết quả tối ưu cho cả tổ chức lẫn nhân viên [34].

1.4.3.2. Vai trò của quản lý nhân lực tại các cơ sở y tế

Trong hệ thống y tế, QLNL là bất kỳ hoạt động nào, một hệ thống hoặc chính sách nào dẫn đến việc đào tạo (kỹ năng, kiến thức và thái độ) và sử dụng cán bộ, bố trí và phân công nhiệm vụ có hiệu quả hơn để góp phần tăng cường sức khỏe cộng đồng.

Quản lý nhân lực y tế là tìm được CBYT với những kỹ năng thích hợp cho những vị trí công tác phù hợp, nhằm sử dụng, thúc đẩy, phát triển và duy trì một lực lượng lao động làm việc có hiệu suất cao trong tổ chức [35].

Quản lý NNLYT là quản lý một tài sản lớn nhất của cơ sở đó là con người. Không có nguồn nhân lực tốt các cơ sở sẽ không thực hiện được các chiến lược một cách hiệu quả và không đạt được mục tiêu đề ra. Nếu nhà quản lý y tế quản lý tốt nguồn nhân lực thì các cơ sở y tế sẽ có được các nhân viên được đào tạo giỏi, có kỹ năng nghề nghiệp có kiến thức và sự nhiệt tình trong công việc, khuyến khích được các nhân viên y tế (NVYT) làm việc hết khả năng của mình từ đó tạo được thế mạnh, uy tín cao cho các cơ sở y tế đối với nhân dân.

Con người là yếu tố cấu thành nên tổ chức, vận hành tổ chức, quyết định sự thành bại của tổ chức. QLNL đóng vai trò trung tâm trong việc thành lập các tổ chức và giúp cho các tổ chức tồn tại và phát triển. Quản lý các nguồn nhân lực khác cũng sẽ không có hiệu quả nếu tổ chức không quản lý tốt nguồn nhân lực, vì suy cho cùng mọi hoạt động quản lý đều thực hiện bởi con người [36].

Hiện nay QLNL có tầm quan trọng ngày càng cao do: sự cạnh tranh ngày càng gay gắt trên thị trường nên các tổ chức muốn tồn tại và phát triển buộc phải cải tổ tổ chức mình theo hướng tinh giảm, gọn nhẹ, năng động, trong đó yếu tố con người mang tính quyết định; sự tiến bộ khoa học kỹ thuật cùng với sự phát triển của nền kinh tế buộc các nhà quản trị phải biết thích ứng [36].

NNLYT có những đặc trưng riêng. Cơ sở y tế là nơi có hoạt động lao động tích cực, đòi hỏi nhân lực có trình độ, kinh nghiệm nghề nghiệp đặc biệt và đạo đức y học.

Các cơ sở y tế, các nhà quản lý y tế nếu không chú ý đến quản lý và phát triển nhân lực đúng mức sẽ không thể hoàn thiện hoàn thành được nhiệm vụ của cơ sở mình, vì thế nhiệm vụ quản lý nhân lực cần được mọi cán bộ, đặc biệt là các cán bộ quản lý có nhận thức đầy đủ và quan tâm đúng mức [36].

1.4.3.3. Chức năng cơ bản của quản lý nhân lực

❖ Chức năng thu hút nguồn lực

Nhóm chức năng này chú trọng việc đảm bảo số lượng nhân viên với các phẩm chất phù hợp cho công việc của tổ chức. Để có thể tuyển được đúng người, đúng việc trước hết tổ chức đó phải căn cứ vào kế hoạch hoạt động của mình và thực trạng sử dụng nguồn nhân lực, xác định những bộ phận nào cần tuyển thêm nhân lực. Thực hiện phân tích công việc sẽ cho biết tổ chức cần tuyển thêm bao nhiêu nhân viên và yêu cầu tiêu chuẩn đặt ra đối với các ứng viên là như thế nào. Việc áp dụng các kỹ năng tuyển dụng như trắc nghiệm và

phỏng vấn sẽ giúp tổ chức chọn được ứng viên tốt nhất cho công việc. Trong chức năng này gồm các công việc cụ thể sau: [34]

- Hoạch định nguồn nhân lực.
- Phân tích công việc, thiết lập bản mô tả công việc và tiêu chuẩn công việc trong một tổ chức.
- Tuyển dụng nguồn nhân lực.

❖ **Chức năng đào tạo, duy trì nguồn nhân lực**

Nhóm chức năng này chú trọng đến việc đào tạo, duy trì và sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực trong tổ chức bao gồm nâng cao năng lực của nhân viên bằng các hình thức đào tạo; thực hiện các chính sách và các hoạt động nhằm khuyến khích, động viên nhân viên trong tổ chức làm việc hăng say, tận tình có ý thức trách nhiệm và hoàn thành công việc với chất lượng cao; chức năng quan hệ lao động liên quan đến các hoạt động nhằm hoàn thiện môi trường làm việc và các mối quan hệ trong công việc như: ký kết hợp đồng lao động, giải quyết khiếu tố, tranh chấp lao động, giao tiếp nhân viên, cải thiện môi trường làm việc, y tế, bảo hiểm và an toàn lao động. Để thực hiện nhóm chức năng này cần phải thông qua các công việc cụ thể như sau:

- Đào tạo và phát triển nhân lực.
- Đánh giá thành tích công tác của các nhân viên.
- Thực hiện trả công lao động cho từng nhân viên.

❖ **Mối liên quan giữa thu hút và duy trì nguồn nhân lực**

Khi đã chọn được đúng người thì vai trò của quản lý nguồn nhân lực là phải làm sao kéo dài thời gian gắn bó của người lao động với tổ chức, tạo ra được những điều kiện tốt nhất để người lao động phát huy, ứng dụng tối đa năng lực, kiến thức của mình trong quá trình thực hiện nhiệm vụ được giao. Để làm được điều đó phải xây dựng được mối liên kết trong chức năng thu hút và duy trì nguồn nhân lực tạo thành một hệ thống sao cho đầu ra của yếu tố này sẽ là đầu vào của yếu tố kia, chúng tác động, tương hỗ lẫn nhau trong

quá trình hoạt động nhằm đạt được mục tiêu cao nhất của quản lý nguồn nhân lực “có được đúng người đúng thời điểm và phù hợp với mục tiêu phát triển của tổ chức” xuất phát từ chiến lược kinh doanh của tổ chức, bộ phận quản lý nguồn nhân lực cần tiến hành các phân tích để xác định nhu cầu nhân lực cho từng giai đoạn.

1.4.3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác quản lý nhân lực y tế

Có nhiều yếu tố, chính sách thực hiện công tác quản lý nguồn nhân lực, các nhà quản lý tổ chức, doanh nghiệp phải tính tới. Về cơ bản, có thể chia ra thành hai nhóm yếu tố chính. Đó là nhóm yếu tố thuộc môi trường bên ngoài và môi trường bên trong.

❖ Các yếu tố tác động đến quản lý nhân lực y tế

- Chức năng quản lý nguồn nhân lực y tế: các nhóm chức năng thu hút nguồn nhân lực, đào tạo – phát triển, duy trì nhân lực. Có liên quan đến tất cả các vấn đề thuộc về quyền lợi, nghĩa vụ và trách nhiệm của NVYT nhằm đạt được hiệu quả cao cho tổ chức lẫn nhân viên.

- Các cơ quan đơn vị: gồm các cơ quan quản lý các cấp, các cơ sở đào tạo NLYT.

- Môi trường chính sách: gồm các văn bản pháp luật liên quan đến vấn đề nhân lực, quản lý nhân lực và sử dụng nhân lực.

- Yếu tố kinh tế: để thu hút nhân lực các cơ quan đơn vị địa phương áp dụng những chính sách đãi ngộ, tăng lương, tăng phúc lợi, ...

- Yếu tố văn hoá- xã hội: các truyền thống, tập quán thói quen, các quy phạm tư tưởng và đạo đức, ... tạo nên lối sống văn hoá và môi trường hoạt động của con người nói chung và NLYT nói riêng.

- Khoa học kỹ thuật: sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật là yếu tố tác động mạnh mẽ đến nguồn nhân lực cho phép tổ chức lựa chọn ít hay nhiều lao động, từ đó ảnh hưởng đến qui mô, chất lượng và cơ cấu nhân lực.

❖ Cơ quan ảnh hưởng đến quản lý nhân lực y tế

- Cơ quan quản lý: Bộ Giáo dục – Đào tạo, Bộ Y tế, Bộ Lao động thương binh xã hội.

- Các cơ sở đào tạo nhân lực y tế [37].

❖ Một số chính sách tác động đến quản lý nguồn nhân lực hiện nay

- Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị: Về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới [2].

- Nghị định số 29/2012/NĐ-CP ngày 12/4/2012 của Chính phủ về tuyển dụng, bố trí, phân công, thay đổi và thăng hạng chức danh nghề nghiệp; đào tạo, bồi dưỡng; biệt phái, bổ nhiệm, miễn nhiệm; đánh giá; thôi việc, nghỉ hưu và thẩm quyền quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập [38].

❖ Quản lý nhân lực bệnh viện

Quản lý nhân lực bệnh viện là thực hiện các khâu hoạch định, tuyển dụng nhân lực trong bệnh viện theo tiêu chuẩn và nội dung công việc, sắp xếp và giao nhiệm vụ cho từng nhân viên, theo dõi, kiểm tra, đánh giá hiệu quả công việc của họ, đảm bảo bệnh viện thực hiện tốt chức năng nhiệm vụ của mình. Tăng cường đào tạo và phát triển nhân lực đáp ứng đáp ứng với nhu cầu phát triển ngày càng cao của bệnh viện, đồng thời phải thực hiện tốt những yêu cầu của người lao động theo đúng chế độ chính sách của Nhà nước.

Tính toán sắp xếp nhân lực hợp lý cho từng khu vực trong bệnh viện (chuyên môn, đào tạo, quản lý...) là công việc phức tạp. Do vậy người quản lý bệnh viện phải nắm chắc những yêu cầu ở khu vực, khoa phòng, công việc trực tiếp, gián tiếp phục vụ người bệnh. Mọi công việc cần thiết để vận hành bệnh viện trong điều kiện bình thường, những phương pháp tính toán nhân lực phải nhằm đạt được những mục đích sau: sử dụng ít lao động; đạt hiệu

quả cao trong công việc; trả tiền cho người lao động hợp lý; và thoả mãn yêu cầu của người bệnh, duy trì lâu dài cơ sở và trang thiết bị bệnh viện [36].

1.5. Thực trạng nhân lực y tế trên thế giới và tại Việt Nam

1.5.1. Thực trạng nhân lực y tế trên thế giới

Nhân lực y tế đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế để nâng cao chất lượng dịch vụ và hướng tới các mục tiêu Thiên niên kỷ về sức khoẻ. Tuy nhiên, NLYT trong hệ thống y tế trên thế giới hiện nay đang trải qua sự căng thẳng và bấp bênh khi họ phải đối mặt với một loạt ảnh hưởng phức tạp bao gồm nhân khẩu, gánh nặng bệnh tật, các dịch bệnh, tài chính, khoa học công nghệ, sở thích của khách hàng, giáo dục, cải cách công cộng và toàn cầu hoá. Người lao động tìm kiếm các cơ hội và sự đảm bảo công việc trong thị trường lao động y tế năng động dẫn đến sự thiếu hụt về nhân lực. Sự thiếu hụt nhân lực được nhận thấy từ việc số lượng CBYT không đủ, sự mất cân bằng trong đào tạo các ngành nghề, phân bố không phù hợp với nhu cầu của từng địa phương và hao hụt nhân lực theo nhiều lý do khác nhau như chết, nghỉ hưu, thay đổi nghề nghiệp, ...

Theo số liệu từ nguồn thống kê và điều tra về lao động của các quốc gia, WHO ước tính năm 2006 có khoảng 59,2 triệu NVYT chính thức được trả lương trên toàn thế giới. Những người này đang làm việc tại các cơ sở y tế mà nhiệm vụ chính là cải thiện sức khoẻ (bao gồm các chương trình y tế hoạt động bởi các tổ chức chính phủ và phi chính phủ) và những NVYT trong những cơ sở không có chức năng chính là hoạt động y tế (NVYT trong các công ty, trường học, ...). Những người trực tiếp cung cấp dịch vụ y tế chiếm khoảng 2/3 tổng số nguồn nhân lực y tế toàn cầu, 1/3 còn lại là những người quản lý và nhân viên khác [39].

Châu Mỹ và Châu Âu là hai khu vực dẫn đầu về số lượng NVYT, lần lượt là 21.740.000 và 16.630.000 cán bộ y tế (CBYT). Đây cũng là hai khu vực có tỷ lệ cán bộ y tế/ 1.000 dân cao nhất (24,8 và 18,9). Trong khi đó,

Châu Phi và Trung cận Đông là hai khu vực có số lượng cũng như một độ CBYT/ 1.000 dân thấp nhất [39].

Độ tuổi của NVYT chủ yếu nằm trong khoảng 30-50 tuổi (chiếm trên 60% NVYT). Phần lớn NVYT hoạt động trong khu vực y tế công khoảng 58% và khoảng 1% nhân viên hoạt động phi lợi nhuận còn lại là hoạt động trong khu vực tư nhân. Trên 70% NVYT là nam giới [40].

Báo cáo của WHO về tỷ lệ điều dưỡng/ bác sỹ ở một số nước Châu Á như sau: Thái Lan 4,1; Singapore 2,8; Hàn Quốc 1,8; Malaysia 3,7; Việt Nam 1,3; Nepal 1,0. Thái Lan và Indonesia có tỷ lệ bác sỹ/ 10.000 dân là 2,9 và 1,3; trong khi có điều dưỡng/ bác sỹ của 2 nước này lần lượt là 5,6 và 4,1. Nếu xét về khả năng tiếp cận của người bệnh với bác sỹ thì Thái Lan và Indonesia đang thực hiện sự gặp khó khăn [39].

1.5.2. Thực trạng nhân lực y tế tại Việt Nam

Nhìn chung, trong vài năm trở lại đây có một số nghiên cứu về hệ thống nhân lực y tế của cả nước. Hầu hết các nghiên cứu này đều áp dụng phương pháp hồi cứu, sử dụng số liệu có sẵn của ngành y tế và chủ yếu được Bộ Y tế công bố tại Niên giám thống kê y tế các năm, Báo cáo kiểm tra bệnh viện hàng năm, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế.

Năm 2010, cả nước có 1.087 bệnh viện, tuyến trung ương gồm 17 bệnh viện đa khoa, 23 bệnh viện chuyên khoa, 3 bệnh viện y học cổ truyền, 1 bệnh viện điều dưỡng và phục hồi chức năng. Tuyến tỉnh có 153 bệnh viện đa khoa, 125 bệnh viện chuyên khoa (chủ yếu là lao và bệnh phổi, tâm thần, nhi, sản nhi, mắt), 48 bệnh viện y học cổ truyền, 16 bệnh viện da liễu, 34 bệnh viện điều dưỡng- phục hồi chức năng và 47 phòng khám chuyên khoa. Tuyến huyện có 615 bệnh viện đa khoa, 686 phòng khám đa khoa khu vực và 18 nhà hộ sinh khu vực. Tuyến xã có 10.926 trạm y tế xã bao phủ hầu hết các xã trên phạm vi cả nước. Các bộ ngành khác có 23 bệnh viện đa khoa, 15 phòng khám, 29 trung tâm điều dưỡng - phục hồi chức năng, 710 trạm y tế cơ quan.

Hệ thống bệnh viện tư nhân tính đến hết 2011 có 133 bệnh viện và hơn 35.000 phòng khám đa khoa. Tổng số giường bệnh viện là 194.435 đạt tỷ lệ 22,4 giường bệnh trên 1 vạn dân [41].

Theo báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012, số lượng và chất lượng nhân lực y tế tiếp tục được cải thiện, số y bác sĩ trên 1 vạn dân tiếp tục được tăng lên, số lượng điều dưỡng trên 1 vạn dân cũng tăng. Năm 2011, tỷ lệ trạm y tế có bác sĩ đạt 71,9%; tỷ lệ trạm y tế có nữ hộ sinh/ y sĩ sản nhi đạt trên 95%. Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế hoạt động tăng từ 75,8% đến 82,9%; vẫn thấp hơn so với mục tiêu đề ra năm 2011 là 86% [41].

Do quản lý nhân lực y tế còn chưa hiệu quả cũng như chưa có cơ chế ràng buộc và khuyến khích với người sau khi được đào tạo y và dược, đặc biệt là bác sĩ, dược sĩ đại học, những người được đào tạo sau đại học hoặc trình độ chuyên môn cao nên tình trạng chảy máu chất xám vẫn đang diễn ra, người có trình độ cao đang chuyển dần đến khối y tế tư nhân, công tác đào tạo nhân lực chuyên ngành quản lý còn hạn chế. Hơn nữa do chưa xây dựng thông tin về thị trường lao động y tế cùng các chính sách phù hợp với thị trường lao động để phân bổ hợp lý [41].

Việc đảm bảo năng lực của NVYT còn nhiều khó khăn. Đào tạo nhân lực còn chưa đạt yêu cầu, số lượng và chất lượng còn bất cập [35].

Chưa có động lực phù hợp để khuyến khích NLYT phát huy hết hiệu quả lao động, chưa có cơ chế thù lao đãi ngộ phù hợp. Chưa có hệ thống hỗ trợ phù hợp (theo dõi đánh giá bổ nhiệm ...) chính sách viện phí còn chậm đổi mới trong khi giá cả tăng cao ảnh hưởng đến hoạt động của Ngành ... [19].

1.6. Một số nghiên cứu về nhân lực y tế trên thế giới và Việt Nam

1.6.1. Một số nghiên cứu về nhân lực y tế trên thế giới

Trong bối cảnh nhằm tăng cường hệ thống y tế các nước đang phát triển, năm 2008, Willis – Shattuck cùng cộng sự, đã tiến hành nghiên cứu tại 11 nước Châu Phi và 6 nước Châu Á trong đó có Việt Nam, cho thấy 7 nhóm yếu

tổ chính giúp tăng cường và duy trì nguồn nhân lực y tế, đó là: thu nhập (tiền lương hoặc phụ cấp); phát triển nghề nghiệp (liên quan đến phát triển chuyên môn hoặc được thăng tiến); cơ hội học tập; môi trường làm việc (cơ sở hạ tầng bệnh viện); đáp ứng đủ các trang thiết bị, phương tiện dụng cụ cho công việc; mối quan hệ với lãnh đạo, quản lý; sự công nhận, đánh giá đúng vai trò của họ từ phía quản lý, đồng nghiệp [42].

Một nghiên cứu tại 4 quốc gia Ethiopia, Uganda, Tanzania và Kenya năm 2009 cho thấy khoảng 80% cán bộ quản lý thực hiện công việc chính của quản lý nhân sự như tuyển dụng, sử dụng, lập kế hoạch nhân sự, chính sách về nhân sự, đánh giá cán bộ, hệ thống thông tin nhân sự, xây dựng chiến lược về nhân sự. Trong số đó khoảng 60% có chuyên môn về lâm sàng; 22% về quản lý y tế nói chung, điều này có nghĩa là họ thiếu kiến thức và kỹ năng về quản lý nhân sự và giải quyết các thách thức trong việc quản lý nhân sự [43].

Một nghiên cứu khác về công tác quản lý nhân lực y tế tại 61 bệnh viện ở Li Băng cho thấy chỉ khoảng 60% số cán bộ quản lý đã có ít nhất một bằng cấp về QLNNL, khoảng 2/3 số cán bộ hiện đang học khoá học liên quan đến QLNNL và hơn 80% có quan tâm đến việc theo đuổi các khoá học đào tạo liên quan đến quản lý nhân sự [39]. Bên cạnh các chính sách như cải thiện thu nhập, phát triển chiến lược thu hút nhân lực, đào tạo về quản lý nhân sự là chiến lược được lựa chọn hàng đầu để giải quyết các vấn đề về nhân sự.

Cán bộ có tay nghề cao, được thực hiện công việc liên quan đến lĩnh vực được đào tạo thường hài lòng với công việc của mình và ít có dự định chuyển việc hơn cán bộ khác [44].

Ngoài ra thiếu một hệ thống đánh giá hiệu suất lao động khiến cán bộ quản lý nhân sự cảm thấy không hài lòng về công việc hiện tại cũng được đề cập đến trong một số nghiên cứu như ở Li Băng và ở Thái Lan [45].

1.6.2. Một số nghiên cứu về nhân lực tại Việt Nam

Tại Việt Nam, cũng như các nước đang phát triển, hầu hết đội ngũ lãnh đạo bệnh viện đều là những người đã từng làm công tác chuyên môn trong đó nhiều người có trình độ chuyên môn cao. Họ không được đào tạo cơ bản về quản lý, cũng như chính sách hoạch định về nhân lực y tế, chính vì thế mà các nghiên cứu trong bệnh viện chủ yếu là nghiên cứu về chuyên môn (lâm sàng và cận lâm sàng), nó được xem là phần quan trọng nhất của bệnh viện. Rất ít nghiên cứu về công tác quản lý bệnh viện nói chung và nguồn nhân lực bệnh viện nói riêng.

Đây là một vấn đề lớn cần được quan tâm ở 3 khía cạnh. Thứ nhất, trong khi đang có sự thiếu hụt về nhân lực, các chức vụ quản lý đã thu hút một số lượng khá lớn nhân lực y tế có trình độ chuyên môn cao, vừa gây lãng phí chuyên môn lại vừa gây nhiều bất cập cho xây dựng chính sách và quản lý y tế. Thứ hai, đào tạo về quản lý cho cán bộ chuyên môn y tế để có thể quản lý tốt là một việc gây tốn kém và mất thêm thời gian. Trên thực tế, nhiều lớp bồi dưỡng về quản lý đã được tổ chức, song rất ít thu hút được các giám đốc sở y tế, giám đốc các bệnh viện hay trung tâm y tế, do họ bận việc hay chưa nhận thức được tầm quan trọng của các lớp bồi dưỡng này. Thứ ba, coi việc bổ nhiệm vào chức vụ lãnh đạo, quản lý ở các cơ sở y tế là con đường tiến thân sẽ ảnh hưởng không tốt cho động lực tiến thân bằng con đường chuyên môn của CBYT nói chung [32]

Hiện đã có một số nghiên cứu như sau:

- Nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Trọng, Phạm Trí Dũng và cộng sự thực hiện năm 2008 nêu lên vấn đề thiếu nhân lực trong tất cả các bệnh viện chủ yếu là bác sỹ chuyên khoa, điều dưỡng đặc biệt là các bệnh viện tuyến huyện. Đồng thời nghiên cứu cũng cho thấy chính sách tự chủ TTYT sẽ tạo điều kiện cho phần lớn các TTYT có cơ hội tuyển chọn người có chất lượng, đúng theo nhu cầu công việc, điều chỉnh, sắp xếp được nhân lực hiệu quả, hợp

lý hơn. Trong việc thu hút và giữ người, các TTYT nên chú trọng việc tạo điều kiện về môi trường làm việc và học tập cho các bộ [46].

- Tại Vĩnh Phúc, huyện Bình Xuyên, tác giả Lê Thanh Nhuận có thực hiện nghiên cứu nhân viên y tế tuyến cơ sở. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự thiếu hụt và bất hợp lý về cơ cấu nguồn nhân lực y tế tại tuyến huyện: bệnh viện đa khoa thiếu 29,5%-34,5%; các trạm y tế xã, thị trấn thiếu 12,8% số biên chế theo quy định. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên về lương, phúc lợi, cơ sở hạ tầng còn thấp [47].

- Nghiên cứu về đánh giá hiệu quả hoạt động của BS xã/ phường tại một số địa phương, tác giả Lưu Hoài Chấn và cộng sự thực hiện tại Hà Tây, Hoà Bình, Thừa Thiên Huế, Đắk Lắk, Kon Tum và Tây Ninh trên nhóm đối tượng là nhóm nhà quản lý, nhóm bác sỹ xã/ phường và nhóm người dân. Kết quả cho thấy đưa bác sỹ về công tác tại xã là một chủ trương đúng đắn và cần thiết. Tuy nhiên tiến độ thực hiện chủ trương này không đồng đều giữa các địa phương. Hơn 80% BS là người địa phương; 53% là nam giới; 90% ở độ tuổi 30-45; 51,3% được đào tạo chính quy. Tuy nhiên, chỉ có 49,1% bác sỹ hài lòng với công việc; 80% hiện tại gặp khó khăn trong cuộc sống; 70% thiếu kiến thức; 60% thiếu trang thiết bị; 40% thiếu thuốc [48].

- Việc quá tải công việc của cán bộ y tế tại bệnh viện cũng có thể gây ảnh hưởng xấu tới thái độ phục vụ của người thầy thuốc do các cán bộ y tế phải làm việc quá sức và không có đủ thời gian để chăm sóc bệnh nhân như yêu cầu, các nghiên cứu cho thấy tại các bệnh viện công suất sử dụng giường bệnh tăng hàng năm rất nhiều [49] [50] [51].

1.7. Khái quát về địa điểm nghiên cứu tại tỉnh Kiên Giang

1.7.1. Thông tin chung về địa điểm nghiên cứu

Kiên Giang là một tỉnh nằm ở phía Tây nam của Tổ Quốc, thuộc vùng đồng bằng sông Cửa Long, có tổng diện tích tự nhiên khoảng 6.462,7km với

dân số gần 1.705.200 người, toàn tỉnh có 13 huyện, 2 thành phố, với 145 xã, phường, thị trấn, có nền công nghiệp, nông nghiệp, du lịch phát triển, là vựa lúa lớn thứ ba của Việt Nam là tỉnh có chỉ số về cạnh tranh kinh tế đứng thứ 2 trong khu vực đồng bằng sông Cửu Long và thứ 5 cả nước trong năm 2008. Là tỉnh có địa điểm thuận lợi kết nối các nước Đông Nam Á, đặc biệt là Campuchia và Thái Lan bằng đường bộ, đường biển và đường hàng không. Phía bắc giáp Vương quốc Campuchia với đường biên giới dài 56,8km. Phía nam giáp tỉnh Cà Mau và Bạc Liêu. Phía đông và đông nam giáp tỉnh An Giang, thành phố Cần Thơ và tỉnh Hậu Giang. Phía tây giáp Vịnh Thái Lan. Trung tâm hành chính của Kiên Giang là Thành phố Rạch Giá.

❖ Huyện An Biên

Là huyện vùng sâu của tỉnh Kiên Giang, cơ sở hạ tầng còn nhiều hạn chế. Phía Tây và Bắc giáp vịnh Thái Lan; phía Nam giáp huyện An Minh và huyện U Minh Thượng; phía Đông giáp sông Cái Lớn, ngăn cách với các huyện Châu Thành và huyện Gò Quao. Huyện An Biên gồm 8 xã và 1 thị trấn.

❖ Huyện Vĩnh Thuận

Là huyện đất liền nằm ở phía đông nam tỉnh Kiên Giang. Địa hình đồng bằng châu thổ, là vùng đất phèn nhiễm mặn, khí hậu nhiệt đới gió mùa đặc trưng, ít có hiện tượng bão lụt. Kênh Sông Trẹm hay còn gọi là kênh sông Trẹm Trẹm, là tuyến giao thông đường thủy quan trọng nối liền các tỉnh trong khu vực với tỉnh Cà Mau. Huyện Vĩnh Thuận gồm 7 xã và 1 thị trấn.

❖ Huyện Giồng Riềng

Huyện Giồng Riềng nằm trong vùng Tây sông Hậu thuộc tỉnh Kiên Giang, cách trung tâm thành phố Rạch Giá 35 km về phía Đông Nam. Là vùng được cung cấp nước ngọt quanh năm và ít chịu ảnh hưởng tiêu cực do ngập lũ. Dân tộc Khmer chiếm tỷ lệ cao trên tổng số dân số. Huyện có 1 thị

trấn và 18 xã. Là huyện có số đơn vị hành chính cấp xã nhiều nhất tỉnh và cũng nhiều cấp xã nhất ở vùng ĐBSCL.

1.7.2. Thực trạng nhân lực y tế tại tỉnh Kiên Giang

Về khám và điều trị, tỉnh có 1 bệnh viện đa khoa và 1 bệnh viện Y học cổ truyền, lĩnh vực y tế dự phòng có 4 trung tâm, lĩnh vực chuyên môn có 6 trung tâm, có 11 bệnh viện đa khoa tuyến huyện, 15 trung tâm y tế huyện với 3.460 giường bệnh đạt tỷ lệ 20,29 giường bệnh/ vạn dân. Hiện nay Kiên Giang có 6.241 cán bộ y tế tỷ lệ 36,60 cán bộ y tế/ vạn dân; bác sĩ 5,29/ vạn dân; tỷ lệ dược sĩ 0,31/ vạn dân; 100% xã có bác sĩ và cán bộ sản phụ khoa-kế hoạch hoá gia đình; 60% các thôn/ ấp có tổ y tế [52].

Ngày 5/5/2020, Ủy ban nhân dân tỉnh Kiên Giang thông báo kế hoạch phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y học hiện đại đến năm 2030 với mục tiêu chung là "Phát triển toàn diện y dược cổ truyền, tăng cường kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại nhằm bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới". Trong giai đoạn 2020-2025, ban hành và triển khai kế hoạch đến các sở, ngành có liên quan và Ủy ban nhân dân các huyện, thành phố để tổ chức thực hiện; Đạt mục tiêu về tổ chức bộ máy quản lý y, dược cổ truyền; mạng lưới khám, chữa bệnh, đào tạo nguồn nhân lực, phát triển dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và tăng cường vai trò Hội Đông y theo các mục tiêu của kế hoạch. Tổ chức sơ kết thực hiện kế hoạch vào năm 2025. Giai đoạn 2025-2030 sẽ duy trì, phát triển các mục tiêu đã được trong giai đoạn 2020 - 2025 và hoàn thành các mục tiêu đến năm 2030. Tổ chức tổng kết thực hiện kế hoạch vào năm 2030.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh nội trú và ngoại trú tại 03 TTYT năm 2019.
- Các báo cáo định kỳ về nhân lực, cơ cấu tổ chức, các báo cáo tổng kết, phương hướng hoạt động của 03 TTYT năm 2019.
- Nhân viên y tế làm việc tại khoa YHCT của 03 TTYT.

2.2. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: được tiến hành từ tháng 02/2020 đến hết tháng 07/2020.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: tại 03 trung tâm y tế thuộc tỉnh Kiên Giang (TTYT huyện An Biên, TTYT huyện Vĩnh Thuận, TTYT huyện Giồng Riềng).

2.4. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu thứ cấp.
- Số liệu thứ cấp và bộ câu hỏi tự điền nhằm mô tả thực trạng cơ cấu nhân lực YHCT của 03 TTYT.

2.5. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.
- Cỡ mẫu:
 - + 34 nhân viên y tế tại khoa YHCT
 - + 494.376 bệnh án hồi cứu năm 2019
- Toàn bộ hồ sơ bệnh án của người bệnh trong năm 2019, ngoại trừ những bệnh án ở cấp độ bảo mật, những mã chẩn đoán không có trong ICD-10; bệnh án không điền đầy đủ thông tin.

- Tất cả các báo cáo định kỳ về nhân lực, cơ cấu tổ chức, các báo cáo tổng kết, phương hướng hoạt động của 03 TTYT năm 2019.

- Tất cả NVYT làm việc tại khoa YHCT của 03 TTYT.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng trả lời bộ câu hỏi tự điền:

+ Nhân viên y tế tại khoa YHCT.

+ Cán bộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Nhân viên thử việc.

+ Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu

❖ *Mục tiêu 1: Mô tả mô hình bệnh tật tại một số Trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2019.*

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại	Cách thu thập
Tình hình chung về khám chữa bệnh			
Giới	Nam/ Nữ	Nhị phân	Số liệu thứ cấp
Số lượt BN khám theo BHYT	Số lượt người bệnh khám sử dụng BHYT	Liên tục	Số liệu thứ cấp
Số lượt BN khám không theo BHYT	Số lượt người bệnh khám không sử dụng BHYT và có thu phí	Liên tục	Số liệu thứ cấp
Ngày điều trị nội trú của BN theo BHYT	Số ngày nằm viện điều trị nội trú của bệnh nhân sử dụng BHYT	Liên tục	Số liệu thứ cấp

Ngày điều trị nội trú của BN không theo BHYT	Số ngày nằm viện điều trị nội trú của bệnh nhân không sử dụng BHYT	Liên tục	Số liệu thứ cấp
Loại hình điều trị, kết quả và chẩn đoán mô hình bệnh tật, tử vong			
Bệnh nhân điều trị nội trú	Tất cả những người bệnh, sau khi làm các thủ tục nhập viện được vào nằm điều trị tại các khoa và hưởng mọi chế độ chăm sóc, điều trị đã quy định	Định danh	Số liệu thứ cấp
Bệnh nhân điều trị ngoại trú	Là bệnh nhân nằm viện dưới 24 giờ	Định danh	Số liệu thứ cấp
Lý do vào viện	Cấp cứu/ không cấp cứu	Nhị phân	Số liệu thứ cấp
Tình trạng ra viện	Ra viện/ chuyển viện/ Trốn viện/ Xin ra viện	Phân loại	Số liệu thứ cấp
Kết quả điều trị	Khỏi/ Đỡ/ Không thay đổi/ Nặng hơn/ Tử vong	Phân loại	Số liệu thứ cấp
Phân loại bệnh tật theo chương bệnh	Phân loại theo 21 chương bệnh ICD-10	Phân loại	Số liệu thứ cấp
Số ca mắc bệnh của trẻ em dưới 15 tuổi	Số lượng bệnh nhân nội trú là trẻ em dưới 15 tuổi	Liên tục	Số liệu thứ cấp

Số ca tử vong	Số lượng bệnh nhân tử vong điều trị nội trú	Liên tục	Số liệu thứ cấp
10 bệnh tử vong cao nhất	Bệnh có số lượng tử vong cao nhất năm 2019	Phân loại	Số liệu thứ cấp
Chứng bệnh theo YHCT	Chứng tý/bán thân bất toại/huyễn vựng/tiêu khát/khẩu nhãn oa tà/toạ cốt phong/kiên thông/tâm căn suy nhược/khác	Phân loại	Số liệu thứ cấp

❖ *Mục tiêu 2: Mô tả thực trạng nguồn nhân lực Y học cổ truyền tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2020.*

STT	Chỉ số/ biến số nghiên cứu		Loại biến số	Cách thu thập
A	Các chỉ số/ biến số về nhân khẩu xã hội/sử dụng YHCT			
1	Giới	Nam/ Nữ	Nhị phân	Phát vấn
2	Tuổi	Theo năm dương lịch	Liên tục	Phát vấn
3	Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn/Độc thân/Khác	Phân loại, định danh	Phát vấn
4	Thâm niên công tác	Theo năm dương lịch	Liên tục	Phát vấn
5	Trình độ chuyên môn cao nhất	Cao đẳng, Trung cấp/ Đại học, Sau đại học	Phân loại, thứ bậc	Phát vấn
6	Thu nhập hàng tháng	Trên 4 triệu đồng/ Dưới 4 triệu đồng	Phân loại	Phát vấn
7	Chuyên môn chính về YHCT	Chuyên môn hiện tại	Định danh	Phát vấn

8	Tham gia các khoá đào tạo	Có/Không	Nhị phân	Phát vấn
9	Phương pháp điều trị YHCT	Chế phẩm/ Thuốc nam/ Châm cứu/ Xoa bóp	Phân loại	Phát vấn
10	Dạng thuốc YHCT	Thuốc thang/ Thuốc hoàn/ Thuốc tán/ Khác Thuốc dạng cao	Phân loại	Phát vấn
11	Nguồn cung cấp thuốc YHCT	Khoa dược Bv/ Công ty Dược	Phân loại	Phát vấn
12	Tham gia công tác ngoài bệnh viện	Có/ Không	Nhị phân	Phát vấn
B	Quản lý nguồn nhân lực			
I	Yếu tố thu hút			
1	Hình thức thu hút ứng viên tại TTYT là tốt		Thứ bậc	Phát vấn
2	Quá trình tuyển dụng đã phù hợp		Thứ bậc	Phát vấn
3	Bảng mô tả vị trí tuyển dụng đã hợp lý		Thứ bậc	Phát vấn
4	Điểm mạnh của TTYT để thu hút NVYT là thu nhập cao		Thứ bậc	Phát vấn
5	Điểm mạnh của TTYT để thu hút NVYT là do địa điểm		Thứ bậc	Phát vấn
6	Điểm mạnh của TTYT để thu hút NVYT là môi trường làm việc tốt		Thứ bậc	Phát vấn
7	Các chính sách ưu đãi NVYT mới như hiện nay là phù hợp		Thứ bậc	Phát vấn

II	Yếu tố đào tạo-phát triển		
1	TTYT có kế hoạch đào tạo nâng cao trình độ cho NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
2	Các khoa/phòng xây dựng kế hoạch cử đi đào tạo	Thứ bậc	Phát vấn
3	TTYT tích cực trong công tác đào tạo đội ngũ NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
4	Các chế độ ưu đãi cho học tập như hiện nay là tốt	Thứ bậc	Phát vấn
5	Mọi NVYT đều có cơ hội đi học như nhau	Thứ bậc	Phát vấn
6	Quy chế đào tạo ban hành năm 2019 là phù hợp	Thứ bậc	Phát vấn
7	Các NVYT đều có cơ hội phát triển	Thứ bậc	Phát vấn
8	Các NVYT đều có cơ hội thăng tiến	Thứ bậc	Phát vấn
9	Lãnh đạo chú trọng trong công tác đào tạo, phát triển đội ngũ NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
III	Yếu tố duy trì		
1	Được phân công công việc theo nguyện vọng cá nhân	Thứ bậc	Phát vấn
2	Phát huy được năng lực cá nhân	Thứ bậc	Phát vấn
3	Chính sách chia tiền thưởng hiện nay là hợp lý	Thứ bậc	Phát vấn
4	Thu nhập ngoài lương được phân chia công bằng	Thứ bậc	Phát vấn
5	Các chế độ phụ cấp trực, đặc thù ngành, thử việc, hợp đồng có ưu đãi với NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
6	TTYT thực hiện đầy đủ các chế độ tham quan, nghỉ dưỡng cho nhân viên	Thứ bậc	Phát vấn
7	Biện pháp đánh giá nhân viên hàng tháng, quý, năm công bằng	Thứ bậc	Phát vấn

8	Công cụ đánh giá công việc hiện nay tại TTYT phù hợp	Thứ bậc	Phát vấn
9	Biện pháp đánh giá đó giúp động viên, khuyến khích người lao động	Thứ bậc	Phát vấn
10	Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc đầy đủ	Thứ bậc	Phát vấn
11	Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc đảm bảo an toàn	Thứ bậc	Phát vấn
12	Lãnh đạo TTYT luôn quan tâm, động viên đội ngũ NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
13	Lãnh đạo khoa/ phòng luôn quan tâm động viên đội ngũ NVYT	Thứ bậc	Phát vấn
14	Các chế độ khuyến khích, ưu đãi đối với NVYT phù hợp	Thứ bậc	Phát vấn
IV	Quan điểm chung về công tác quản lý nhân lực y tế		
1	Công tác quản lý nguồn nhân lực của TTYT là tốt	Nhị phân	Phát vấn

2.7. Công cụ và quy trình thu thập thông tin

2.7.1. Công cụ nghiên cứu

❖ Cơ sở lý thuyết xây dựng bộ công cụ

- Bộ công cụ được xây dựng trên mô hình lý thuyết của nghiên cứu đã được trình bày ở trên và một số tác giả có công trình nghiên cứu như Trần Thủy Sóng (2014); Nguyễn Văn Còn (2012); Đỗ Thị Hương Thu (2012) [53] [54] cùng với các quyết định:

- Quyết định số 40/2006/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2006 của Bộ Y tế về việc ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê ngành y tế. Cụ thể:

Bộ công cụ định lượng, thu thập số liệu phát vấn mô tả thực trạng nguồn nhân lực YHCT được xây dựng với 31 câu hỏi chia thành 4 nhóm: yếu tố thu hút, yếu tố đào tạo-phát triển, yếu tố duy trì, đánh giá chung trong quản lý nguồn nhân lực BS:

+ Nhóm yếu tố thu hút gồm 7 câu hỏi nhằm đánh giá công tác tuyển dụng, mô tả vị trí tuyển dụng, giới thiệu thông tin tuyển dụng (truyền thông), các thế mạnh của TTYT và chính sách ưu đãi thu hút nguồn nhân lực YHCT.

+ Nhóm yếu tố đào tạo-phát triển gồm 9 câu hỏi nhằm đo lường về các chính sách hỗ trợ đào tạo, cơ hội phát triển cá nhân, cơ hội thăng tiến, xây dựng kế hoạch đào tạo, cơ hội đào tạo của NVYT tại TTYT.

+ Nhóm yếu tố duy trì gồm 14 câu hỏi nhằm đánh giá các chính sách ưu đãi để duy trì, môi trường làm việc, đánh giá thực hiện công việc và phân chia thu thập tăng thêm, thưởng hiện nay đối với đội ngũ NVYT tại TTYT.

+ Đánh giá chung quản lý nguồn nhân lực YHCT gồm 2 câu hỏi.

2.7.2. Quy trình thu thập thông tin

❖ Thu thập thông tin về nhân lực

- Xin phép lãnh đạo TTYT huyện An Biên, TTYT huyện Vĩnh Thuận, TTYT huyện Giồng Riềng để triển khai nghiên cứu đề tài tại đơn vị.

- Xây dựng bộ công cụ nghiên cứu dựa trên mục tiêu, biến số, chỉ số nghiên cứu.

- Sau khi xây dựng bộ công cụ xong, chúng tôi tiến hành thử nghiệm với 20 CBYT tại khoa YHCT được mời thảo luận và đánh giá bộ công cụ. Sau khi thử nghiệm, chúng tôi chỉnh sửa những câu hỏi còn chung chung, gây khó hiểu cho người trả lời, chỉnh sửa phù hợp với đối tượng nghiên cứu hơn.

- Thực hiện thu thập thông tin trên đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Phiếu tự điền được phát cho CBYT tại khoa: Nghiên cứu viên thu thập thông tin tại khoa phòng. Tại khoa, nghiên cứu viên trình bày lý do, đọc trang thông tin nghiên cứu cho các CBYT và quản lý

khoa cùng phiếu tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nếu không có ý kiến gì thì nghiên cứu viên sẽ phát phiếu phát vấn cho từng CBYT trong khoa.

- CBYT sẽ trả lời câu hỏi bằng hình thức tự điền vào phiếu điều tra, sau một khoảng thời gian cho phép nghiên cứu viên xin thu lại, kiểm tra những thông tin ghi trên phiếu có hợp lệ, đầy đủ. Nếu thông tin trên phiếu còn thiếu xin lại cho đủ. Nếu phiếu đã hợp lệ, đầy đủ thông tin, thu lại và cảm ơn sự phối hợp của CBYT đó.

❖ Thu thập thông tin hồi cứu

Hồi cứu thông qua hồ sơ bệnh án và số liệu được quản lý bởi TTYT. Nhóm nghiên cứu sẽ giữ lại những cột biến cần cho nghiên cứu và bỏ những cột không có nội dung trong nghiên cứu.

2.8. Sai số và cách không chế sai số

Trong quá trình tiến hành nghiên cứu có thể gặp phải các loại sai số: Sai số không trả lời, sai số thông tin...

❖ Một số biện pháp khắc phục sai số:

- Sử dụng thang đo đã được đánh giá, đáng tin cậy và tính giá trị ở các nghiên cứu trên thế giới.

- Các định nghĩa tiêu chuẩn đưa ra thống nhất, rõ ràng.

- Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên đối tượng nghiên cứu trước khi điều tra chính thức.

- Nhóm nghiên cứu được tập huấn và tuân thủ quy trình nghiên cứu chặt chẽ.

- Phiếu điều tra được giám sát ngay khi người tham gia hoàn thành phiếu phỏng vấn, yêu cầu bổ sung những thông tin còn thiếu khi cần.

- Đối tượng được thỏa thuận tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy với phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

Để đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu, chúng tôi sẽ thực hiện các công việc sau đây:

- Nghiên cứu phải được thông qua Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Nghiên cứu phải được sự đồng ý của lãnh đạo TTYT huyện An Biên, TTYT huyện Vĩnh Thuận, TTYT huyện Giồng Riềng.

- Giải thích mục đích ý nghĩa của cuộc điều tra cho đối tượng để họ hiểu và quyết định tham gia nghiên cứu.

- Điều tra trên những đối tượng tự nguyện đồng ý cộng tác, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng.

- Việc phỏng vấn được tiến hành vào thời điểm thuận tiện cho đối tượng nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật.

- Sau khi kết thúc nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được phản hồi và báo cáo cho Ban Lãnh đạo TTYT, đội ngũ cán bộ quản lý TTYT và các đối tượng quan tâm. Kết quả nghiên cứu nhằm mục đích khoa học, không vì mục đích nào khác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô hình bệnh tật tử vong năm 2019

3.1.1. Tình hình chung khám chữa bệnh năm 2019 tại địa điểm nghiên cứu

Bảng 3.1. Tình hình chung về khám bệnh

Thông tin	TTYT huyện An Biên	TTYT huyện Giồng Riêng	TTYT huyện Vĩnh Thuận	Tổng
Số lượt BN khám theo BHYT	116139	230863	110288	457290
Số lượt BN khám không theo BHYT	12379	12558	12149	37086
Ngày điều trị nội trú trung bình của BN theo BHYT ($\bar{X} \pm SD$)	5,71±3,54	5,25±1,42	3,66±2,51	
Ngày điều trị nội trú trung bình của BN không theo BHYT ($\bar{X} \pm SD$)	3,04±2,67	4,61±8,06	2,04±1,73	

Nhận xét: Qua bảng 3.1 ta thấy:

- Số lượng người bệnh đến khám theo BHYT năm 2019 tại TTYT huyện Giồng Riềng cao nhất với 230.863 lượt; thấp nhất là TTYT huyện Vĩnh Thuận với 110.288 lượt.

- Số lượng người bệnh đến khám không theo BHYT năm 2019 tại TTYT huyện Giồng Riềng cao nhất với 12.558 lượt; thấp nhất là TTYT huyện Vĩnh Thuận với 12.149 lượt.

- Số ngày điều trị nội trú trung bình của bệnh nhân có BHYT cao nhất tại TTYT huyện An Biên là 5,71±3,54 ngày; thấp nhất là 3,66±2,51 ngày tại

TTYT huyện Vĩnh Thuận. Số ngày điều trị nội trú trung bình của bệnh nhân không sử dụng BHYT cao nhất lại TTYT huyện Giồng Riềng là $4,61 \pm 8,06$ ngày.

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới tính của bệnh nhân có BHYT

TTYT	TTYT huyện An Biên		TTYT huyện Giồng Riềng		TTYT huyện Vĩnh Thuận	
	Nội trú (n=8509)	Ngoại trú (n=107630)	Nội trú (n=21796)	Ngoại trú (n=209067)	Nội trú (n=13947)	Ngoại trú (n=96341)
Giới						
Nam	3651 (42,91%)	45541 (42,31%)	9344 (42,87%)	94602 (45,25%)	5804 (41,61%)	43824 (45,49%)
Nữ	4858 (57,09%)	62089 (57,69%)	12452 (57,13%)	114465 (54,75%)	8143 (58,39%)	52517 (54,51%)

Nhận xét: Bảng 3.2 thấy rằng ở nhóm bệnh nhân có sử dụng BHYT tại 3 TTYT, bệnh nhân ngoại trú nhiều hơn bệnh nhân nội trú, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới.

Bảng 3.3. Đặc điểm lý do vào viện của bệnh nhân sử dụng BHYT

TTYT	TTYT huyện An Biên		TTYT huyện Giồng Riềng		TTYT huyện Vĩnh Thuận	
	Nội trú (n=8509)	Ngoại trú (n=107630)	Nội trú (n=21796)	Ngoại trú (n=209067)	Nội trú (n=13947)	Ngoại trú (n=96341)
Lý do						
Cấp cứu	128 (1,5%)	112 (0,1%)	310 (1,42%)	19 (0,01%)	530 (3,8%)	732 (0,75%)
Không cấp cứu	8381 (98,5%)	107518 (99,9%)	21486 (98,58%)	209048 (99,99%)	13417 (96,2%)	95618 (99,25%)

Nhận xét: Qua bảng 3.3 ta thấy, tỷ lệ người bệnh vào viện trong tình trạng cấp cứu ở cả 3 TTYT đều thấp hơn so với tình trạng không cấp cứu. Người bệnh cấp cứu tại TTYT huyện Vĩnh Thuận chiếm tỷ lệ cao nhất; người bệnh vào viện trong tình trạng không cấp cứu tại TTYT huyện Giồng Riềng chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.4. Đặc điểm về tình trạng ra viện của bệnh nhân sử dụng BHYT

TTYT	TTYT huyện An Biên		TTYT huyện Giồng Riềng		TTYT huyện Vĩnh Thuận	
	Nội trú (n=8509)	Ngoại trú (n=107630)	Nội trú (n=21796)	Ngoại trú (n=209067)	Nội trú (n=13947)	Ngoại trú (n=96341)
Tình trạng						
Ra viện	6693 (78,66%)	101512 (94,32%)	19889 (91,25%)	203596 (97,38%)	12083 (86,64%)	93653 (97,21%)
Chuyển viện	939 (11,04%)	6118 (5,68%)	1349 (6,19%)	5471 (2,62%)	1107 (7,94%)	2688 (2,79%)
Trốn viện	25 (0,29%)	0	41 (0,19%)	0	21 (0,15%)	0
Xin ra viện	852 (10,01%)	0	517 (2,37%)	0	736 (5,28%)	0

Nhận xét: Qua bảng 3.4 ta thấy:

- Trong nhóm bệnh nhân nội trú, số lượng bệnh nhân ra viện; chuyển viện; trốn viện tại TTYT huyện Giồng Riềng cao nhất. Số lượng bệnh nhân điều trị nội trú xin ra viện cao nhất tại TTYT huyện An Biên với 852 người.

- Trong nhóm bệnh nhân ngoại trú, số lượng bệnh nhân ra viện cao nhất tại TTYT huyện Giồng Riềng (203.596 người); số lượng bệnh nhân chuyển viện cao nhất tại TTYT huyện An Biên (6.118 người). Không có bệnh nhân nào trốn viện hoặc xin ra viện tại 3 TTYT.

Bảng 3.5. Đặc điểm về kết quả điều trị của bệnh nhân sử dụng BHYT

TTYT T	TTYT huyện An Biên		TTYT huyện Giồng Riềng		TTYT huyện Vĩnh Thuận	
	Nội trú (n=8509)	Ngoại trú (n=10763 0)	Nội trú (n=21796)	Ngoại trú (n=20906 7)	Nội trú (n=13947)	Ngoại trú (n=96341)
Khỏi	2780 (32,67%)	100805 (93,66%)	10822 (49,65%)	202247 (96,74%)	5588 (40,07%)	92936 (96,47%)
Đỡ	4756 (55,89%)	706 (0,66%)	9452 (43,37%)	1155 (0,55%)	7053 (50,57%)	716 (0,74%)
Không thay đổi	790 (9,28%)	6118 (5,68%)	1112 (5,1%)	5651 (2,7%)	622 (4,46%)	3689 (2,79%)
Nặng hơn	177 (2,08%)	1 (0,0009%)	396 (1,82%)	14 (0,01%)	665 (4,77%)	0
Tử vong	6 (0,07%)	0	14 (0,06%)	0	19 (0,14%)	0

Nhận xét: Qua bảng 3.5 ta thấy:

- Trong nhóm bệnh nhân nội trú, số lượng bệnh nhân khỏi bệnh, đỡ hơn, không thay đổi cao nhất tại TTYT huyện Giồng Riềng. Lượng bệnh nhân nặng hơn, tử vong sau điều trị nội trú cao nhất tại TTYT huyện Vĩnh Thuận.

- Trong nhóm bệnh nhân ngoại trú, số lượng bệnh nhân khỏi bệnh, đỡ, không thay đổi và nặng hơn cao nhất tại TTYT huyện Giồng Riềng. Không có trường hợp nào tử vong khi điều trị ngoại trú tại 3 TTYT.

3.1.2. Phân loại bệnh tật theo ICD-10

Bảng 3.6. Tỷ lệ bệnh tật theo chương bệnh xếp theo ICD-10 của bệnh nhân điều trị nội trú

Chương	Nguyên nhân nhập viện	Số lượng (n)	Bệnh mắc cao nhất trong chương	Số lượng (n)	Tỷ lệ theo chương bệnh (%)
TTYT huyện An Biên					
I	Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật	808	Ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	312	38,61
II	Khối U	46	U khác insitu, lành tính và các u tiền triển không chắc chắn hoặc chưa rõ	26	56,52
III	Bệnh máu cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch	58	Thiếu máu khác	32	55,17
IV	Bệnh nội tiết, dinh	184	Bệnh khác về nội tiết, dinh	104	56,52

	duỡng và chuyển hoá		duỡng và chuyển hoá		
V	Rối loạn tâm thần và hành vi	12	Rối loạn tâm thần và ứng xử liên quan uống rượu	6	50
VI	Bệnh của hệ thần kinh	150	Tổn thương thần kinh, rã và đám rối thần kinh	85	56,67
VII	Bệnh mắt và phần phụ	5	Viêm kết mạc, tổn thương khác của kết mạc	4	80
VIII	Bệnh tai và xương chũm	556	Bệnh khác của tai và xương chũm	556	100
IX	Bệnh tuần hoàn	1098	Tăng huyết áp nguyên phát	377	34,34
X	Bệnh hô hấp	2020	Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	539	26,68
XI	Bệnh hệ tiêu hoá	1001	Loét dạ dày và tá tràng	221	22,08
XII	Bệnh da và mô dưới da	147	Bệnh nhiễm khuẩn da và	132	89,79

			mô tế bào dưới da		
XIII	Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết	780	Bệnh khác của cột sống	588	75,38
XIV	Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục	164	Sỏi tiết niệu	91	55,49
XV	Chửa đẻ và sau khi đẻ	632	Đẻ tự nhiên	549	86,87
XVI	Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh	20	Tổn thương khác có nguồn gốc trong thời kỳ chu sinh	16	80
XVII	Dị tật, dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể	0	0	0	0
XVIII	Triệu chứng, dấu hiệu, những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất	447	Các triệu chứng, dấu hiệu và kết quả bất thường về lâm sàng và xét	173	38,7

	thường		nghiệm khác, chưa xếp ở chỗ khác		
XIX	Vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài	1054	Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	913	86,62
XX	Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật, tử vong	69	Tai nạn do các nguyên nhân sức mạnh cơ học và không cố ý	33	47,83
XXI	Yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và việc tiếp xúc với cơ quan y tế	10	Bệnh do tiếp xúc với dịch vụ y tế vì những lý do khác	10	100
XXII	Không xác định	7			
TTYT huyện Giồng Riềng					
Chương	Nguyên nhân nhập viện	Số lượng (n)	Bệnh mắc cao nhất trong chương	Số lượng (n)	Tỷ lệ theo chương bệnh (%)

I	Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật	2112	Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác	892	42,23
II	Khối U	117	U da lành	54	46,15
III	Bệnh máu cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch	129	Thiếu máu khác	110	85,27
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	975	Đái tháo đường	811	83,18
V	Rối loạn tâm thần và hành vi	10	Loạn thần kinh, rối loạn gắn với các yếu tố stress và rối loạn thân thể	4	40
VI	Bệnh của hệ thần kinh	238	Tổn thương thần kinh, rã và đám rối thần kinh	159	66,81
VII	Bệnh mắt và phần phụ	275	Đục thể thủy tinh, tổn thương khác	224	81,45

			của thể thủy tinh		
VIII	Bệnh tai và xương chũm	596	Bệnh khác của tai và xương chũm	589	98,82
IX	Bệnh tuần hoàn	3714	Tăng huyết áp nguyên phát	2127	57,27
X	Bệnh hô hấp	7284	Viêm đường hô hấp trên khác	3517	48,28
XI	Bệnh hệ tiêu hoá	2674	Bệnh khác của thực quản dạ dày và tá tràng	767	28,68
XII	Bệnh da và mô dưới da	379	Bệnh nhiễm khuẩn da và mô tế bào dưới da	264	69,66
XIII	Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết	1098	Bệnh khác của cột sống	678	61,75
XIV	Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục	529	Suy thận	181	34,22
XV	Chửa đẻ và sau khi đẻ	1553	Đẻ tự nhiên	1180	75,98

XVI	Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh	332	Nhiễm khuẩn và kí sinh vật bẩm sinh	270	81,33
XVII	Dị tật, dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể	6	Dị dạng bẩm sinh của bộ máy sinh dục tiết niệu	4	66,67
XVIII	Triệu chứng, dấu hiệu, những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường	642	Các triệu chứng, dấu hiệu và kết quả bất thường về lâm sàng và xét nghiệm khác, chưa xếp ở chỗ khác	512	79,75
XIX	Vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài	724	Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	272	37,57
XX	Nguyên nhân bên	119	Tự tử	77	64,71

	ngoài của bệnh tật, tử vong				
XXI	Yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khoẻ và việc tiếp xúc với cơ quan y tế	54	Bệnh do tiếp xúc với dịch vụ y tế vì những lý do khác	52	96,3
XXII	Không xác định	24			
TTYT huyện Vĩnh Thuận					
Chương	Nguyên nhân nhập viện	Số lượng (n)	Bệnh mắc cao nhất trong chương	Số lượng (n)	Tỷ lệ theo chương bệnh (%)
I	Bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật	1354	Ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	564	41,65
II	Khối U	83	U khác insitu, lành tính và các u tiến triển không chắc chắn hoặc chưa rõ	28	33,73

III	Bệnh máu cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch	43	Thiếu máu khác	21	48,84
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	324	Bệnh khác về nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	211	65,12
V	Rối loạn tâm thần và hành vi	19	Loạn thần kinh, rối loạn gắn liền với các yếu tố stress và các rối loạn thuộc thân thể	7	36,84
VI	Bệnh của hệ thần kinh	170	Tổn thương thần kinh, rã và đám rối thần kinh	62	36,47
VII	Bệnh mắt và phần phụ	12	Viêm kết mạc, tổn thương khác của củng mạc	9	75
VIII	Bệnh tai và xương chũm	750	Bệnh khác của tai và xương	750	100

			chũm		
IX	Bệnh tuần hoàn	2064	Tăng huyết áp nguyên phát	1222	59,2
X	Bệnh hô hấp	3672	Các bệnh viêm phổi	1509	41,09
XI	Bệnh hệ tiêu hoá	2243	Bệnh khác của bộ máy tiêu hoá	627	27,95
XII	Bệnh da và mô dưới da	162	Bệnh nhiễm khuẩn da và mô tế bào dưới da	140	86,42
XIII	Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết	492	Bệnh khác của cột sống	315	64,02
XIV	Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục	199	Sỏi tiết niệu	102	51,26
XV	Chửa đẻ và sau khi đẻ	1705	Đẻ tự nhiên	849	49,79
XVI	Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh	28	Các tổn thương hô hấp đặc hiệu khác của thời kỳ chu sinh	14	50
XVII	Dị tật, dị	2	Dị dạng bẩm	1	50

	dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể		sinh của bộ máy tuần hoàn		
XVIII	Triệu chứng, dấu hiệu, những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường	320	Các triệu chứng, dấu hiệu và kết quả bất thường về lâm sàng và xét nghiệm khác, chưa xếp ở chỗ khác	261	81,56
XIX	Vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài	1067	Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	639	59,89
XX	Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật, tử vong	127	Tai nạn do các nguyên nhân sức mạnh cơ học và không cố ý	60	47,24
XXI	Yếu tố ảnh hưởng đến	160	Bệnh do tiếp xúc với dịch	124	77,5

	tình trạng sức khoẻ và việc tiếp xúc với cơ quan y tế		vụ y tế vì những lý do khác		
XXII	Không xác định	34			

Nhận xét: Qua bảng 3.6 ta thấy:

- Năm 2019, tại TTYT huyện An Biên, các chương bệnh chiếm tỷ lệ nhiều nhất bao gồm: bệnh hô hấp; bệnh tuần hoàn, bệnh hệ tiêu hoá, vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài, bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng. Không có bệnh nhân nào mắc bệnh trong chương dị tật, dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể. Bệnh phổ biến tại các chương bao gồm tăng huyết áp nguyên phát, viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp, loét dạ dày và tá tràng, các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi.

- Tại TTYT huyện Giồng Riềng, các chương bệnh chiếm tỷ lệ nhiều nhất bao gồm: bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng, bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hoá, bệnh tuần hoàn, bệnh hô hấp, bệnh tiêu hoá, bệnh cơ xương khớp và mô liên kết, chữa đẻ và sau khi đẻ. Bệnh phổ biến tại các chương là: các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác, đái tháo đường, tăng huyết áp nguyên phát, viêm đường hô hấp trên khác, bệnh khác của thực quản dạ dày và tá tràng, bệnh khác của cột sống, đẻ tự nhiên.

- Tại TTYT huyện Vĩnh Thuận, các chương bệnh chiếm tỷ lệ nhiều nhất bao gồm: bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật, bệnh tuần hoàn, bệnh hô hấp, bệnh hệ tiêu hoá, chữa đẻ và sau khi đẻ, vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài. Bệnh phổ biến tại các chương là: ỉa chảy, viêm loét dạ dày ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn; tăng huyết áp nguyên phát; các

bệnh viêm phổi; bệnh khác của bộ máy tiêu hoá; đẻ tự nhiên; các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi.

Bảng 3.7. Tỷ lệ 10 bệnh mắc cao nhất điều trị nội trú trong năm 2019

Nguyên nhân nhập viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TTYT huyện An Biên (n=4955)		
Iả chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm	312	6,30
Bệnh khác của tai và xương chũm	556	11,22
Tăng huyết áp nguyên	377	7,61
Viêm họng và viêm amidan	395	7,97
Các bệnh viêm phổi	363	7,33
Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản	539	10,88
Bệnh khác của cột sống	588	11,87
Đẻ tự nhiên đơn giản	549	11,08
Các triệu chứng, dấu hiệu và kết quả bất thường về khám lâm sàng và xét nghiệm khác, chưa xếp ở chỗ	363	7,33
Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều	913	18,43
TTYT huyện Giồng Riềng (n=12887)		
Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác	892	6,92
Đái tháo đường	811	6,29
Tăng huyết áp nguyên phát	2127	16,51
Viêm cấp đường hô hấp trên khác	3517	27,29
Các bệnh viêm phổi	998	7,74
Viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi	1160	9,00

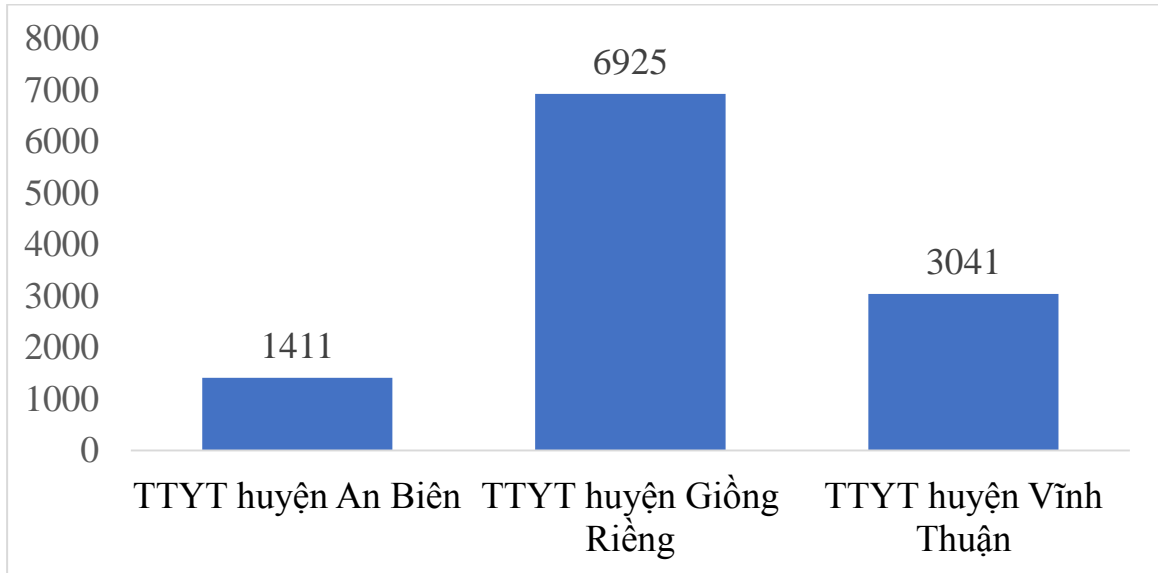
tắc nghẽn mạn tính		
Bệnh khác của thực quản, dạ dày và tá tràng	767	5,95
Bệnh khác của ruột non và màng bụng	757	5,87
Bệnh khác của cột sống	678	5,26
Đẻ tự nhiên đơn giản	1180	9,16
TTYT huyện Vĩnh Thuận (n=6217)		
Ia chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	564	9,07
Bệnh khác của tai và xương chũm	750	12,06
Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	655	10,54
Viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	387	6,22
Bệnh khác của bộ máy hô hấp	431	6,93
Viêm dạ dày và tá tràng	532	8,56
Bệnh khác của bộ máy tiêu hoá	627	10,09
Các biến chứng khác của chữa đẻ	783	12,59
Đẻ tự nhiên đơn giản	849	13,66
Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	639	10,28

Nhận xét: Bảng 3.7 ta thấy:

- TTYT huyện An Biên, trong 10 bệnh thường gặp, bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi với 18,43%; thấp nhất là nhóm bệnh ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ 6,30%.

- TTYT huyện Giồng Riềng, trong 10 bệnh thường gặp, bệnh chiếm tỷ lệ cao là nhóm bệnh viêm đường hô hấp trên và tăng huyết áp nguyên phát; thấp nhất là nhóm bệnh liên quan đến cột sống chiếm tỷ lệ 5,26%.

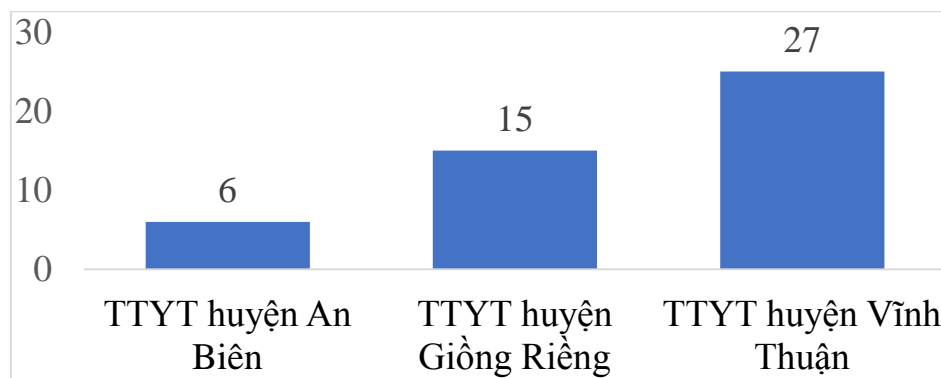
- TTYT huyện Vĩnh Thuận, trong 10 bệnh thường gặp, bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh đẻ tự nhiên đơn giản; thấp nhất là nhóm bệnh viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tỷ lệ 6,22%.



Biểu đồ 3.1. Số ca mắc bệnh của trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi điều trị nội trú năm 2019

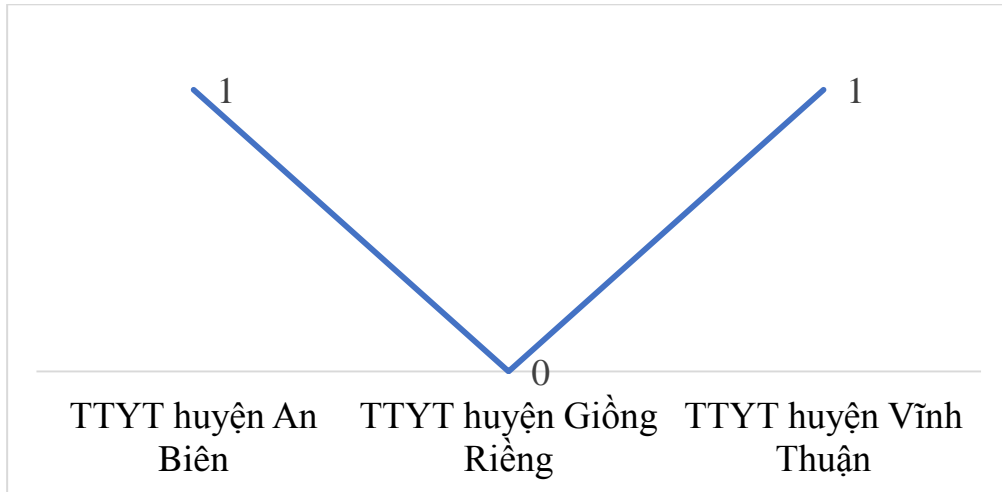
Nhận xét: Số ca mắc bệnh của trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi điều trị nội trú cao nhất tại TTYT huyện Giồng Riềng, thấp nhất tại TTYT huyện An Biên.

3.1.3. Tình hình tử vong



Biểu đồ 3.2 Tình hình tử vong của bệnh nhân điều trị nội trú năm 2019

Nhận xét: Bệnh nhân điều trị nội trú có số lượng tử vong cao nhất tại TTYT huyện Vĩnh Thuận (56,25%); thấp nhất tại TTYT huyện An Biên (12,5%).



Biểu đồ 3.3. Tình hình tử vong của trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi điều trị nội trú năm 2019

Nhận xét: Tình hình tử vong trẻ em ở nhóm tuổi nhỏ hơn 15 năm 2019 chỉ có 1 ca tử vong tại TTYT huyện An Biên và Vĩnh Thuận. Tại TTYT huyện Giồng Riềng không có ca tử vong nào.

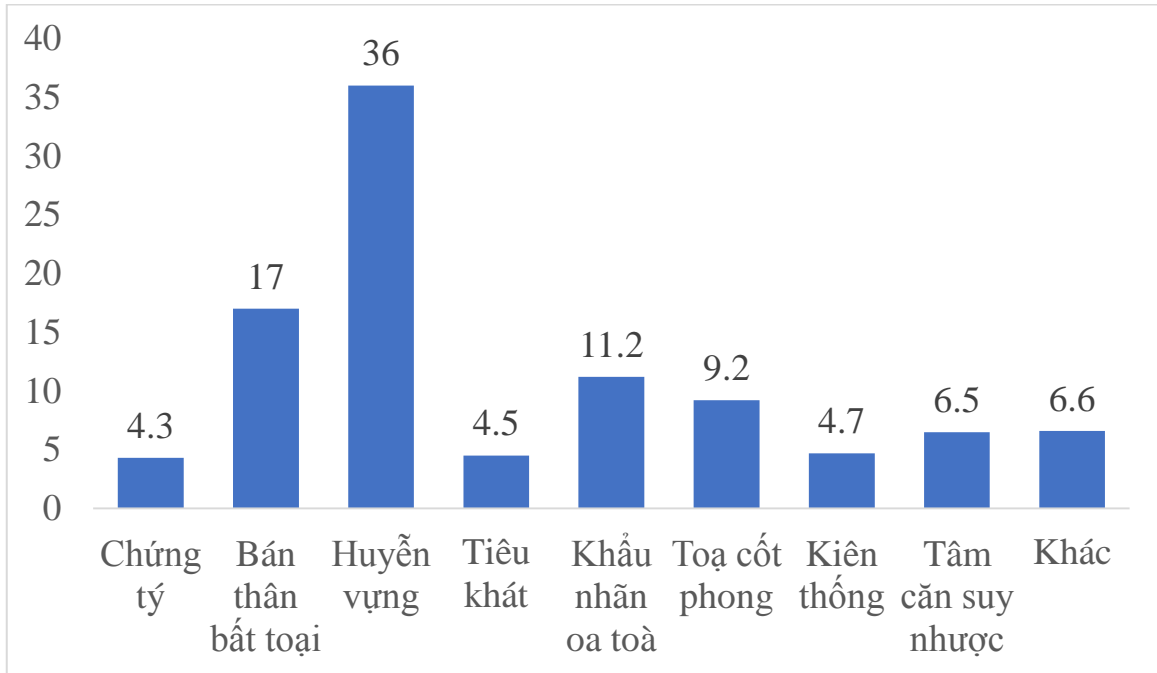
Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh tử vong cao nhất của bệnh nhân điều trị nội trú năm 2019

Bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TTYT huyện An Biên (n=6)		
Rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim	2	33,33
Suy tim	1	16,67
Loét dạ dày và tá tràng	1	16,67
Bệnh khác của ruột non và màng bụng	1	16,67
Nhiễm khuẩn và kí sinh vật bẩm sinh	1	16,67

TTYT huyện Giồng Riềng (n=15)		
Bệnh khác của tai và xương chũm	2	13,33
Tăng huyết áp nguyên phát	3	20,00
Bệnh tim thiếu máu cục bộ khác	2	13,33
Rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim	2	13,33
Suy tim	1	6,67
Các bệnh viêm phổi	1	6,67
Bệnh khác của bộ máy hô hấp	1	6,67
Loét dạ dày và tá tràng	1	6,67
Bệnh nhiễm khuẩn da và mô tế bào dưới da	1	6,67
Suy thận	1	6,67
TTYT huyện Vĩnh Thuận (n=27)		
Bệnh khác của tai và xương chũm	1	3,7
Tăng huyết áp nguyên phát	1	3,7
Bệnh tim thiếu máu cục bộ khác	1	3,7
Rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim	17	62,96
Các bệnh viêm phổi	2	7,41
Viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	1	3,7
Các triệu chứng, dấu hiệu và kết quả bất thường về khám lâm sàng và xét nghiệm khác, chưa xếp ở chỗ khác	1	3,7
Các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi	1	3,7

Nhận xét: Qua bảng 3.8 ta thấy, tỷ lệ các bệnh gây tử vong cao ở cả 3 TTYT đều thuộc chương bệnh tuần hoàn. TTYT huyện An Biên có 2 ca và tại TTYT huyện Vĩnh Thuận có 17 ca tử vong do bệnh rối loạn dẫn truyền và

loạn nhịp tim; tại TTYT huyện Giồng Riềng có 3 ca tử vong do tăng huyết áp nguyên phát.



Biểu đồ 3. 4. Chứng bệnh theo y học cổ truyền thường gặp tại khoa YHCT

Nhận xét: Chứng bệnh Huyền vựng chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%; sau đó là chứng bán thân bất toại và khẩu nhãn oa tà.

3.2. Mô tả thực trạng nguồn nhân lực YHCT tại 3 TTYT

3.2.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.9. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=34)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	20	58,82
	Nữ	14	41,18
Tuổi	<30	5	14,71
	≥ 30	29	85,29
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	26	76,47
	Độc thân/ Ly thân/ ly dị/ goá	8	23,53
Thâm niên công tác	< 10 năm	12	35,29
	≥ 10 năm	22	64,71
Thu nhập trung bình/ tháng (đồng)	< 4.000.000	4	14,71
	≥ 4.000.000	29	85,29

Nhận xét: Qua bảng 3.9 ta thấy:

- Đối tượng nghiên cứu là 34 nhân viên y tế tại khoa YHCT, trong đó nam giới tỷ lệ cao hơn nữ giới, đa số nhân viên trên 30 tuổi và đã kết hôn.
- Thời gian công tác của đối tượng nghiên cứu trên 10 năm chiếm tỷ lệ 64,71%.
- Về thu nhập trung bình/tháng, nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trên 4 triệu đồng chiếm 85,29%.

Bảng 3. 10. Cơ cấu nhân lực YHCT tại 3 TTYT huyện

Đối tượng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sau đại học	Tiến sĩ	0	0
	Thạc sĩ	0	0
	BS Chuyên khoa 2	0	0
	BS Chuyên khoa 1	3	8,11
Đại học	BS chuyên khoa	7	18,92
	BS đa khoa	4	10,81
Khác	Y sĩ chuyên khoa	8	21,62
	Y sĩ đa khoa	5	13,51
	Kỹ thuật viên	4	10,81
	Khác (ĐD, nữ hộ sinh, ...)	6	16,22

Nhận xét: Tỷ lệ BS chuyên khoa và y sĩ chuyên khoa chiếm cao nhất lần lượt là: 18,92% và 21,62%.

Bảng 3. 11. Thông tin về tham gia công tác ngoài bệnh viện (n=34)

Tham gia công tác ngoài bệnh viện	Số lượng (%)	Tỷ lệ (%)
Có	24	70,59
Không	10	29,41

Nhận xét: Trong 34 nhân viên y tế tham gia nghiên cứu, 70,59% là có tham gia công tác ngoài bệnh viện tại các phòng mạch tư, làm thêm tại nhà.

Bảng 3.12. Thông tin chung về sử dụng YHCT (n=34)

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tham gia các khoa đào tạo chuyên môn	Có	15	44,12
	Không	19	55,88
Phương pháp YHCT	Chế phẩm	27	79,41
	Thuốc nam	14	41,18
	Châm cứu	33	97,06
	Xoa bóp	25	73,53
Dạng thuốc YHCT	Thuốc thang	24	70,59
	Thuốc hoàn	26	76,47
	Thuốc tán	0	0
	Thuốc dạng cao	12	35,29
	Khác	3	8,82
Nguồn cung cấp thuốc YHCT	Khoa Dược	12	35,29
	Công ty Dược	22	64,71

Nhận xét: Qua bảng 3.10 ta thấy:

- Tỷ lệ cán bộ tham gia các khoá đào tạo chuyên môn chiếm 44,12%.
- Tại khoa YHCT, phương pháp YHCT được sử dụng nhiều nhất là châm cứu chiếm 97,06%; xoa bóp chiếm 73,53%; chế phẩm chiếm 79,41%.
- Dạng thuốc phổ biến nhất là thuốc hoàn chiếm 76,47%; không TTYT nào sử dụng thuốc tán. Nguồn cung cấp thuốc chủ yếu là từ các công ty Dược chiếm 64,71%.

3.2.2. Công tác quản lý NVYT qua chức năng thu hút, đào tạo–phát triển và duy trì

Bảng 3.13. Tỷ lệ NVYT đồng ý quan điểm tốt và chưa tốt trong quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng thu hút (n=34)

Nội dung	Tốt		Chưa tốt	
	n	%	n	%
Hình thức thu hút tại TTYT là tốt	15	44,12	19	55,88
Quy trình tuyển dụng đã phù hợp	16	47,06	18	52,94
Bảng mô tả vị trí tuyển dụng hợp lý	19	55,88	15	44,12
TTYT đã thu hút NVYT bởi thu nhập cao	16	47,06	18	52,94
TTYT đã thu hút NVYT do địa điểm	8	23,53	26	76,47
TTYT đã thu hút NVYT bởi môi trường làm việc tốt	14	41,18	20	58,82
Các chính sách ưu đãi NVYT mới như hiện nay là phù hợp	14	41,18	20	58,82
<i>Tỷ lệ NVYT đồng ý quan điểm quản lý tốt nguồn nhân lực qua chức năng thu hút</i>	16	47,06	18	52,94

Nhận xét: Qua bảng 3.11 ta thấy chỉ có 47,06% nhân viên y tế đánh giá tốt về chức năng thu hút. Tỷ lệ NVYT đánh giá địa điểm của TTYT là yếu tố thu hút chỉ chiếm 23,53%; yếu tố về mô tả công việc rõ ràng khi tuyển dụng được nhân viên y tế đánh giá cao nhất chiếm 55,88%.

Bảng 3.14. Mô tả mối liên quan thời gian công tác của NVYT với từng nội dung đánh giá quản lý tốt tại yếu tố thu hút

Nội dung	< 10 năm	≥ 10 năm	p
----------	----------	----------	---

	n	%	N	%	
Hình thức thu hút tại TTYT là tốt	4	26,67	11	73,33	0,28
Quy trình tuyển dụng đã phù hợp	4	25	12	75	0,21
Bảng mô tả vị trí tuyển dụng hợp lý	5	26,32	14	73,68	0,22
TTYT đã thu hút NVYT bởi thu nhập cao	3	18,75	13	81,25	0,04
TTYT đã thu hút NYT do địa điểm	2	15	6	75	0,4
TTYT đã thu hút NVYT bởi môi trường làm việc tốt	5	35,71	9	64,29	0,96
Các chính sách ưu đãi NVYT mới như hiện nay là phù hợp	5	35,71	9	64,29	0,96

Nhận xét:

- Kết quả mô tả mối liên quan giữa biến thời gian công tác với từng tiêu mục tại chức năng thu hút, cho thấy có mối liên quan giữa biến thời gian công tác với TTYT thu hút NVYT bởi thu nhập cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian công tác với các yếu tố thu hút khác tại TTYT.

Bảng 3.15. Tỷ lệ NVYT đồng ý quan điểm tốt, chưa tốt trong quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng đào tạo-phát triển

Nội dung	Tốt		Chưa tốt	
	n	%	n	%
TTYT có kế hoạch định hướng đào tạo nâng cao trình	19	55,88	15	44,12

độ cho NVYT				
Khoa/phòng đề xuất kế hoạch đào tạo là phù hợp	13	38,23	21	61,77
TTYT tích cực đào tạo NVYT	22	64,71	12	35,29
Chế độ ưu đãi cho học tập tốt	21	61,76	13	38,24
Tất cả NVYT đều có cơ hội đi học	21	61,76	13	38,24
Quy chế đào tạo năm 2019 là phù hợp	20	58,82	14	41,18
Tất cả NVYT có cơ hội phát triển	18	52,94	16	47,06
Tất cả NVYT có cơ hội thăng tiến	22	64,71	12	35,29
Lãnh đạo chú trọng đào tạo, phát triển	22	64,71	12	35,29
<i>Tỷ lệ NVYT đánh giá tốt quản lý nguồn nhân lực NVYT ở chức năng đào tạo-phát triển</i>	24	70,59	10	29,41

Nhận xét: Tỷ lệ NVYT đồng ý với quản lý tốt tại chức năng đào tạo-phát triển đạt 70,59%. Tỷ lệ NVYT đánh giá tốt về việc đề xuất kế hoạch đào tạo và tất cả NVYT có cơ hội phát triển là thấp nhất chỉ có 38,23% và 52,94%. Yếu tố TTYT tích cực đào tạo NVYT; tất cả NVYT có cơ hội thăng tiến; lãnh đạo chú trọng tới đào tạo-phát triển nhân lực đạt 64,71%.

Bảng 3.16. Mô tả mối liên quan trình độ chuyên môn của NVYT với từng nội dung đánh giá quản lý tốt tại chức năng đào tạo-phát triển

Nội dung	Cao đẳng, trung cấp	Đại học, Sau đại học	P
----------	------------------------	-------------------------	---

	n	%	n	%	
TTYT có kế hoạch định hướng đào tạo nâng cao trình độ cho NVYT	13	68,42	6	31,58	0,5
Khoa/phòng đề xuất kế hoạch đào tạo là phù hợp	13	61,9	8	38,1	0,15
TTYT tích cực đào tạo NVYT	14	63,64	8	36,36	0,21
Chế độ ưu đãi cho học tập tốt	14	66,67	7	33,33	0,4
Tất cả NVYT đều có cơ hội đi học	13	61,9	8	38,1	0,15
Quy chế đào tạo năm 2019 là phù hợp	13	65	7	35	0,32
Tất cả NVYT có cơ hội phát triển	12	66,67	6	33,33	0,44
Tất cả NVYT có cơ hội thăng tiến	14	63,64	8	36,36	0,21
Lãnh đạo chú trọng đào tạo, phát triển	14	63,64	8	36,36	0,21

Nhận xét:

- Phần lớn NVYT tốt nghiệp cao đẳng, trung cấp đồng ý và cho rằng chức năng quản lý đào tạo-phát triển của TTYT là tốt cao hơn với nhóm tốt nghiệp đại học, sau đại học.

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ chuyên môn của NVYT với những yếu tố trong chức năng đào tạo-phát triển.

Bảng 3.17. Tỷ lệ NVYT đồng ý quản lý tốt, chưa tốt nguồn nhân lực qua chức năng duy trì

Nội dung	Tốt		Chưa tốt	
	n	%	n	%
Được phân công công việc theo nguyện vọng cá nhân	22	64,71	12	35,29
Phát huy được năng lực cá nhân	23	67,65	11	32,35

Chính sách chia tiền thưởng hiện nay là hợp lý	16	47,06	18	52,64
Thu nhập ngoài lương được phân chia công bằng	19	55,88	15	44,12
Các chế độ phụ cấp trực, đặc thù ngành, thử việc, hợp đồng có ưu đãi với NVYT	16	47,06	18	52,94
TTYT thực hiện đầy đủ các chế độ tham quan, nghỉ dưỡng cho nhân viên	18	52,94	16	47,06
Biện pháp đánh giá nhân viên hàng tháng, quý, năm công bằng	22	64,71	12	35,29
Công cụ đánh giá công việc hiện nay tại TTYT phù hợp	18	52,94	16	47,06
Biện pháp đánh giá đó giúp động viên, khuyến khích người lao động	16	47,06	18	52,94
Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc đầy đủ	19	55,88	15	44,12
Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc đảm bảo an toàn	18	52,94	16	47,06
Lãnh đạo TTYT luôn quan tâm, động viên NVYT	19	55,88	15	44,12
Lãnh đạo khoa/ phòng luôn quan tâm động viên	21	61,76	13	38,24
Các chế độ khuyến khích, ưu đãi đối với NVYT phù hợp	17	50	17	50
Tỷ lệ NVYT đồng ý quản lý tốt, chưa tốt nguồn nhân lực NVYT qua chức năng duy trì	25	73,53	9	26,47

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ NVYT đánh giá tốt quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng duy trì đạt 73,53%. Yếu tố về chính sách chia tiền thưởng và động viên khuyến khích người lao động được đánh giá là tốt đạt 47,06%, thấp nhất trong các tiêu mục. Lãnh đạo khoa phòng YHCT luôn quan tâm đến NVYT có 61,76% đồng ý với ý kiến này. Nhìn chung các tiêu mục nhỏ về chức năng quản lý đều được đánh giá tốt chiếm tỷ lệ trên 50%.

Bảng 3.18. Mô tả mối liên quan giữa thu nhập trung bình/ tháng với chức năng duy trì

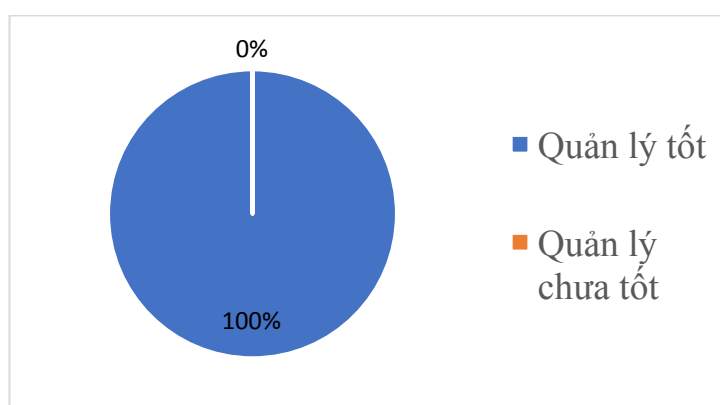
Nội dung	≥ 4 triệu/ tháng		< 4 triệu /tháng		p
	n	%	n	%	
Được phân công công việc theo nguyện vọng cá nhân	19	86,36	3	13,64	0,6
Phát huy được năng lực cá nhân	20	86,96	3	13,04	0,5
Chính sách chia tiền thưởng hiện nay là hợp lý	15	95,75	1	6,25	0,2
Thu nhập ngoài lương được phân chia công bằng	18	94,74	1	5,26	0,1
Các chế độ phụ cấp trực, đặc thù ngành, thử việc, hợp đồng có ưu đãi với NVYT	15	93,75	1	6,25	0,2
TTYT thực hiện đầy đủ các chế độ tham quan, nghỉ dưỡng cho nhân viên	17	94,44	1	5,56	0,13
Biện pháp đánh giá nhân viên hàng tháng, quý, năm công bằng	18	81,82	4	18,18	0,41
Công cụ đánh giá công việc hiện nay tại TTYT phù hợp	16	88,89	2	11,11	0,44
Biện pháp đánh giá đó giúp động viên, khuyến khích người lao động	14	87,5	2	12,5	0,56

Cơ sở vật chất, trang thiết bị phụ vụ cho công việc đầy đủ	18	94,74	1	5,26	0,1
Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc đảm bảo an toàn	16	88,89	2	11,11	0,44
Lãnh đạo TTYT luôn quan tâm, động viên NVYT	17	89,47	2	10,53	0,38
Lãnh đạo khoa/ phòng luôn quan tâm động viên	19	90,48	2	9,52	0,27
Các chế độ khuyến khích, ưu đãi đối với NVYT phù hợp	15	88,24	2	11,76	0,5

Nhận xét:

- Phần lớn NVYT có thu nhập trên 4 triệu đồng/ tháng đều đồng ý và cho rằng chức năng quản lý duy trì của TTYT là tốt cao hơn với nhóm có thu nhập dưới 4 triệu đồng/ tháng.

- Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thu nhập hàng tháng của NVYT với những yếu tố trong chức năng duy trì.



Biểu đồ 3.5. Quan điểm chung của NVYT đánh giá công tác quản lý nguồn nhân lực

Nhận xét: Quan điểm chung của NVYT về đánh giá quản lý nguồn nhân lực là tốt chiếm 100%.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng mô hình bệnh tật tại TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2019

4.1.1. Tình hình chung về khám chữa bệnh năm 2019

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại 3 TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang trong năm 2019, tổng số lượng người bệnh sử dụng bảo hiểm y tế là 457.290; tổng số lượt khám không theo bảo hiểm y tế là 37.086. Trong đó, số lượng người bệnh đến khám năm 2019 tại TTYT huyện Giồng Riềng cao nhất trong 3 huyện nghiên cứu. Điều này có thể được giải thích là do huyện Giồng Riềng là huyện có diện tích rộng nhất, là trung tâm nông nghiệp, hải sản, dân số cao nhất trong 3 huyện nên lượng khám bệnh sẽ cao hơn so với huyện An Biên và huyện Vĩnh Thuận. Kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm về dân số, địa lý của tỉnh Kiên Giang.

Số ngày điều trị nội trú trung bình của bệnh nhân có BHYT cao nhất tại TTYT huyện An Biên là 5,71 ngày; thấp nhất là 3,66 ngày tại TTYT huyện Vĩnh Thuận. Số ngày điều trị nội trú trung bình của bệnh nhân không sử dụng BHYT cao nhất lại TTYT huyện Giồng Riềng là 4,61 ngày. Kết quả không có sự chênh lệch nhiều giữa 3 TTYT. Tuy nhiên theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Vinh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum năm 2016 cho thấy số ngày điều trị trung bình của bệnh nhân điều trị nội trú là 7,13 ngày cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [55]. Bệnh nhân điều trị nội trú sử dụng BHYT có thời gian nằm viện cao hơn so với bệnh nhân điều trị nội trú không sử dụng BHYT. Về tâm lý khi có BHYT chi trả, bệnh nhân sẽ không xin về trước ngày dự kiến ra viện của bác sĩ điều trị [56] [57].

Trong nghiên cứu này chúng ta thấy bệnh nhân tại 3 TTYT huyện có bệnh nhân nam đều thấp hơn nữ giới. Kết quả nghiên cứu tương đương với

kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Vinh (2016) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum [55].

4.1.2. Tình hình phân loại bệnh tật theo ICD-10 năm 2019

4.1.2.1. Phân loại theo chương bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nội trú có sự chênh lệch lớn giữa các chương bệnh. Tại TTYT huyện An Biên, các chương bệnh chiếm tỷ lệ nhiều nhất bao gồm: bệnh hô hấp; bệnh tuần hoàn, bệnh hệ tiêu hoá, vết thương ngộ độc và di chứng của nguyên nhân bên ngoài, bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng; bệnh phổ biến tại các chương bao gồm tăng huyết áp nguyên phát, viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp, loét dạ dày và tá tràng, các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi. Cũng như vậy, tại TTYT huyện Giồng Riềng và TTYT huyện Vĩnh Thuận ngoài những chương bệnh như trên còn có thêm các bệnh của chương bệnh nhiễm khuẩn ký sinh trùng, bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hoá, chữa đẻ và sau khi đẻ.

Đứng đầu là chương bệnh hô hấp với tỷ lệ 26,68% ở TTYT huyện An Biên là viêm phế quản viêm tiểu phế quản cấp; 48,28% tại TTYT huyện Giồng Riềng là bệnh viêm đường hô hấp trên khác; 41,09% tại TTYT huyện Vĩnh Thuận là bệnh viêm phổi. Tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Điều Nam tại Đăk Nông năm 2013 [58] là và niên giám thống kê y tế năm 2018 của Bộ Y tế [59]. Đây là mô hình bệnh tật đặc trưng của các nước đang phát triển, đặc biệt là ở những địa phương nghèo, điều kiện kinh tế xã hội còn nhiều khó khăn. Chương bệnh chữa đẻ và sau khi đẻ cũng nổi bật tại 3 TTYT. Có thể nói đây là chương bệnh đặc trưng hầu hết của các bệnh viện đa khoa thuộc tuyến huyện, tuyến tỉnh của vùng Đồng bằng sông Cửa Long [59]. Vì với đội ngũ thầy thuốc có trình độ chuyên môn tốt, dày dặn kinh nghiệm, có uy tín trong nhân dân, trang thiết bị được đầu tư tương đối hiện đại bắt kịp xu hướng y khoa khu vực và thế giới nên người dân sẽ lựa chọn đến cơ sở y tế có điều kiện tốt, thuận tiện để sinh đẻ, chăm sóc sau đẻ, các bệnh phụ khoa là

điều hiển nhiên và hợp lý. Ngoài 2 chương bệnh trên thì chương bệnh Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài, chương tiêu hoá, chương bệnh tuần hoàn cũng có nhiều ca mắc, chương bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật với bệnh nổi bật như ỉa chảy, viêm dạ dày ruột, nhiễm khuẩn ruột cũng chiếm số ca mắc cao trong 21 chương bệnh.

4.1.2.2. Xu hướng bệnh mắc cao nhất trong chương bệnh

Trong các chương bệnh của nhóm bệnh nhân điều trị nội trú thì chương bệnh hô hấp có nhiều ca mắc nhất trong đó: 26,68% ở TTYT huyện An Biên là viêm phế quản viêm tiểu phế quản cấp; 48,28% tại TTYT huyện Giồng Riềng là bệnh viêm đường hô hấp trên khác; 41,09% tại TTYT huyện Vĩnh Thuận là bệnh viêm phổi. Đây là bệnh hay gặp ở nhóm tuổi trẻ em và người già, khi sức đề kháng không cao, khả năng chống đỡ bệnh tật kém hơn người trong độ tuổi lao động.

Chương bệnh nhiễm khuẩn ký sinh vật ta thấy bệnh tiêu chảy, viêm dạ dày ruột, ... chiếm tỷ lệ cao tại 3 TTYT. Mặc dù chương trình phòng chống các bệnh tiêu chảy và sốt rét đã được triển khai khá tốt từ tuyến y tế cơ sở, tuy nhiên hiện nay bệnh tiêu chảy vẫn còn là bệnh lý hàng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật. Do đó đòi hỏi chúng ta cần tăng cường hơn nữa việc thực hiện chương trình phòng chống các bệnh tiêu chảy ở trẻ em trên tất cả các tuyến mà, trọng tâm là tuyến y tế cơ sở và quan tâm hơn nữa công tác an toàn vệ sinh thực phẩm.

Trong chương bệnh của máu, cơ quan tạo máu và rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch thì các bệnh thiếu máu thường gặp nhất tại 3 TTYT. Thiếu máu do dinh dưỡng ở phụ nữ có thai và sau sinh, ở trẻ em dưới 5 tuổi là một vấn đề cần được quan tâm đúng mức. Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới và nhóm tư vấn quốc tế về thiếu máu hiện nay có tới 1/3 dân số trên thế giới bị thiếu máu, tỷ lệ người bị thiếu máu tập trung cao nhất ở các nước đang phát triển 36,0%. Bệnh thiếu máu khác chiếm tỷ lệ cao trong chương bệnh của

máu, cơ quan tạo máu và rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch thể hiện khả năng chẩn đoán các bệnh về máu của thầy thuốc, phương tiện giúp xét nghiệm bệnh về máu còn hạn chế chưa chẩn đoán sâu được các bệnh này.

Trong số các bệnh của chương nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa thì tỷ lệ bệnh gặp rất ít, chủ yếu là bệnh đái tháo đường và bướu cổ đơn thuần. Ở Hà Nội tỷ lệ người dân 15 tuổi trở lên bị đái tháo đường chiếm 1,1% dân số (1,44% đối với nội thành 0,63% đối với ngoại thành) ở thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này là 2,52%. Tại bệnh viện Bạch Mai đái tháo đường chiếm tỷ lệ 43,25% các bệnh nội tiết chuyển hóa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất thấp có lẽ do ngoài bệnh đái tháo đường thì bệnh viện chưa đủ phương tiện để chẩn đoán và điều trị nội trú các bệnh nội tiết, chuyển hóa khác [60].

Loạn thần kinh, rối loạn gắn liền với các yếu tố stress và các rối loạn thuộc là bệnh thường gặp nhất trong chương bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, rối loạn tâm thần do rượu cũng nổi bật trong chương này. Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng đã được thực hiện rất hiệu quả tại các xã phường, các bệnh tâm thần phân liệt, động kinh hầu hết được chăm sóc điều trị tại trạm y tế xã phường. Cho nên bệnh viện thường không phải điều trị các bệnh tâm thần phân liệt động kinh mà chủ yếu điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi khác.

Bệnh rối loạn khác của hệ thần kinh thường gặp nhất trong chương bệnh hệ thần kinh thường gặp là đau thần kinh tọa, hội chứng viên dây thần kinh ngoại biên.

Trong chương bệnh tai và xương chũm thì bệnh rối loạn tiền đình và viêm tai là thường gặp.

Chương bệnh tuần hoàn thì tăng huyết áp nguyên phát là thường gặp nhất, ngoài ra còn gặp các bệnh khác như rối loạn tuần hoàn não, cơn đau thắt ngực suy tim ...

ở độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng tăng, đặc biệt từ lứa tuổi 55 trở lên xấp xỉ một nửa số đàn ông bị tăng huyết áp, với đàn bà thì tỷ lệ đó gặp ở nhóm 65 tuổi trở lên.

Chiếm tỷ lệ cao nhất trong chương bệnh hệ tiêu hóa là bệnh viêm dạ dày và tá tràng. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp, vì đây là bệnh khá phổ biến trên Thế giới và ở Việt Nam: ở các nước phát triển tỷ lệ hiện mắc khoảng 10% (2003) và hàng năm tăng 0,2%; ở Việt Nam bệnh này chiếm tỷ lệ khoảng 26% bệnh nội khoa và thường đứng hàng đầu các bệnh về tiêu hóa, có khi là hàng đầu các bệnh nội khoa điều trị nội trú ở nhiều bệnh viện [61].

Bệnh nhiễm khuẩn da và mô dưới da thường gặp nhất trong các trong số các bệnh về da và mô dưới da. Trong chương bệnh hệ cơ xương và mô liên kết thì bệnh liên quan đến cột sống là chủ yếu.

Chiếm tỷ lệ cao nhất trong chương hệ tiết niệu và sinh dục là bệnh sỏi tiết niệu. Đây là một bệnh thường gặp và hay tái phát ở đường tiết niệu do sự kết thạch của một số thành phần ở trong nước tiểu. Ở Việt Nam, sỏi thận chiếm 40%; sỏi niệu quản chiếm 28,27%; sỏi bàng quang chiếm 28,31% và sỏi niệu đạo chiếm 5,43% tổng số sỏi niệu. Theo tác giả Ngô Viết Lộc tỷ lệ sỏi tiết niệu là 8,6% [62].

Đẻ tự nhiên 1 thai đôi với bệnh nhân nội trú thường gặp và phổ biến nhất trong số các trường hợp chữa đẻ và sau khi đẻ. Kinh tế ngày càng phát triển, nhận thức của người dân trong chăm sóc sức khỏe sinh sản đã thay đổi, nên họ ý thức được việc sinh đẻ tại các cơ sở y tế sẽ hạn chế được nhiều lý do, vì thế tỷ lệ đẻ tự nhiên 1 thai tăng cao trong chương bệnh này là điều hợp lý.

Chiếm tỷ lệ thấp nhất trong chương một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh là bệnh ngạt khi sinh. Đây là bệnh được quan tâm trong chẩn đoán, điều trị, đặc biệt là đầu tư phương tiện cấp cứu đào tạo cán bộ về cấp cứu chăm sóc nhi sơ sinh, hạn chế tối đa những biến chứng để lại di chứng nguy hiểm suốt đời.

Bệnh dị dạng về hệ tuần hoàn, hệ tiết niệu là bệnh thường gặp nhất trong số các bệnh dị dạng, dị tật bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc thể rất ít.

Ở chương triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại nơi khác thì tình trạng bệnh lý sót không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao.

Ở chương bệnh chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài thì vết thương xác định khác nhiều nơi. Nguyên nhân gây bệnh này chủ yếu là do tai nạn giao thông. Hiện nay tai nạn giao thông là một vấn đề mang tính thời sự. Sự gia tăng phương tiện xe máy trong khi cơ sở hạ tầng, đường xá chưa được cải thiện; kiến thức về luật giao thông chưa được nâng cao, ý thức chấp hành luật lệ chưa được tốt, sự nghiêm minh của pháp luật trong vấn đề này chưa được mạnh mẽ đã tạo nên tình trạng tai nạn giao thông phức tạp.

Trong chương nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong thì cố ý tự độc bằng thuốc trừ sâu chiếm tỷ lệ cao.

Theo y học cổ truyền, chứng bệnh Huyền vựng chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%; sau đó là chứng bán thân bất toại và khẩu nhãn oa tà. Kết quả này phù hợp với thống kê theo chương bệnh. Đối với y học hiện đại, Huyền vựng bao gồm: các bệnh tăng huyết áp, huyết áp thấp, hội chứng thiếu máu, bệnh màng não, vỡ xơ động mạch não, suy nhược thần kinh đều có thể tham khảo chứng bệnh này điều trị.

Các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tật và sức khỏe thì việc quản lý ngừa thai trong chương các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe là vấn đề cần đề cập. Đây là tình trạng nạo hút thai mà đối tượng người trẻ tuổi là thường gặp nhất. Trong những năm gần đây mở ra nhiều dịch vụ vui chơi giải trí đã kéo theo những tệ nạn xã hội nguy hiểm. Nếu chúng ta không quản lý, giáo dục về kiến thức dân số kế hoạch hóa gia đình thật tốt thì sẽ gây hậu quả nghiêm trọng khi đa phần người đến nạo hút thai đều là những người trẻ tuổi.

4.1.3. Tình hình tử vong năm 2019

Về tình hình tử vong chung của bệnh nhân điều trị nội trú năm 2019 cao nhất là TTYT huyện Vĩnh Thuận với 27 ca tử vong trong đó có 1 ca tử vong trẻ em dưới 15 tuổi tại huyện Vĩnh Thuận và huyện An Biên. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Vinh tại bệnh viện đa khoa Kon Tum năm 2016 có 297 ca tử vong và 72 ca là trẻ em nhỏ hơn 15 tuổi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [55]. Điều này cho thấy các bệnh viện thuộc tỉnh Kiên Giang đã có những tiến bộ và khả năng chuyên môn trong chẩn đoán; điều trị bệnh tốt hơn so với các bệnh viện trên. Tuy vậy để hạ thấp tỷ lệ tử vong đòi hỏi nhiều sự nỗ lực không chỉ từ phía bệnh viện mà còn từ phía người dân và về cách thực hành chăm sóc. Trẻ em dưới 15 tuổi có trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao vì sức đề kháng cơ thể còn hạn chế, đặc biệt còn liên quan đến kiến thức chăm sóc thai nghén, sản khoa, nhi khoa. Qua tìm hiểu vấn đề này, do là cơ sở y tế tuyến huyện, cơ sở vật chất còn bị hạn chế, nên các trường hợp bệnh nhân nhập viện nặng đều được chuyển lên tuyến trên để điều trị. Hơn nữa, hạn chế của đề tài là không nghiên cứu những trường hợp bệnh nặng xin về nhà, bệnh nặng chuyển tuyến trên điều trị nên chưa phản ánh tốt tình hình tử vong.

Theo nghiên cứu, những bệnh có tỷ lệ chết cao bao gồm: rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim; tăng huyết áp nguyên phát, suy tim; các bệnh viêm phổi; viêm phế quản và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; loét dạ dày tá tràng; bệnh khác về ruột non và màng bụng... Đây là những bệnh thuộc các chương bệnh tuần hoàn, tiêu hoá, hô hấp, ngoài ra còn có nguyên nhân chấn thương do các tổn thương không xác định thuộc chương bệnh cơ xương khớp. Kết quả này phù hợp với thống kê tình hình bệnh tật tử vong của Bộ Y tế năm 2018 với tỷ lệ chết cao nhất là các bệnh thuộc chương bệnh hệ tuần hoàn chiếm 22,32%; bệnh hệ hô hấp chiếm 11,02% [59].

Chương bệnh tuần hoàn thường có những bệnh lý mà vấn đề điều trị vẫn còn là nan giải, đòi hỏi công tác chỉ đạo tuyến phải tốt hơn nữa, các bệnh như tim mạch, bệnh máu não chúng ta nên sớm áp dụng điều trị cộng đồng, có như vậy mới tránh được tai biến của bệnh gây lên. Trong chương bệnh thì bệnh rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim có tỷ lệ cao nhất, điều này cũng phù hợp với tính chất cấp cứu của bệnh lý này. Ở các nước tiên tiến khi bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim, điện thoại với trung tâm cấp cứu và bệnh nhân sẽ được cấp cứu ngay tại chỗ, nên số bệnh nhân sống sót cao hơn ở nước ta. Do vậy chúng ta cần xây dựng đội cấp cứu ngay tại chỗ để phục vụ người dân tốt hơn.

Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2018, tại Đồng bằng sông Cửu Long, chương bệnh tuần hoàn chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ mắc là 14,64% và tỷ lệ chết là 30,04% trong 21 chương bệnh. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, bởi Kiên Giang cũng là một tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long [59].

Nhìn chung, tình hình tử vong tại cơ sở y tế phụ thuộc vào mô hình bệnh tật ở cộng đồng, khả năng chuyên môn của cơ sở y tế, phương tiện kỹ thuật cấp cứu khám chữa bệnh, ý thức của người dân.

4.2. Thực trạng nguồn nhân lực YHCT tại TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2020

4.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nhân lực y tế có vai trò quan trọng trong mọi hoạt động của bệnh viện, nhân lực có chất lượng tốt ảnh hưởng tới việc cung cấp dịch vụ của bệnh viện, số lượng đảm bảo, cơ cấu hợp lý, trình độ chuyên môn cao sẽ tạo nên sức mạnh để đạt hiệu quả tốt trong công việc.

Về cơ cấu giới tính cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 58,82% cao hơn nữ giới. Thống kê này cũng cho kết quả tương đương với các bệnh viện thuộc tỉnh Long An của tác giả Nguyễn Văn Còn năm 2013, tỷ lệ nam giới chiếm từ

55,1% đến 75,2% [63]. Điều này cũng hoàn toàn hợp lý với tính chất của ngành y tế. Về độ tuổi tại khoa YHCT của 3 bệnh viện, tỷ lệ cán bộ trên 30 tuổi chiếm 85,29%. Trong thực tế, giới trẻ hiện nay phần lớn không lựa chọn chuyên ngành YHCT vì ngành này áp lực công việc so với chuyên ngành khác cũng rất cao, thu nhập cải thiện cạnh tranh với Y học hiện đại còn hạn chế. Chính vì thế những năm sắp tới bệnh viện sẽ có thể gặp khó khăn thứ nhất là vấn đề nguồn nhân lực tại chỗ để đào tạo do lớn tuổi, thứ hai là không có nhân lực thay thế cho những cán bộ lớn tuổi nghỉ hưu nên ngay từ bây giờ bệnh viện cần tập trung định hướng tốt trong công tác nhân sự và đào tạo bồi dưỡng dự nguồn.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu tại khoa YHCT đã công tác hơn 10 năm tại bệnh viện và tỷ lệ tốt nghiệp Đại học, sau Đại học chỉ chiếm 29,41%. Trong khoa bao gồm lãnh đạo khoa, bác sĩ, kỹ thuật viên, y sĩ YHCT, sự phân bố về cơ cấu nhân lực theo chuyên ngành, theo trình độ đảm bảo công việc khám chữa bệnh tại khoa. Phần lớn nhân lực trong khoa là kỹ thuật viên, y sĩ trình độ trung cấp đảm nhận nhiệm vụ cung cấp về chăm cứu, xoa bóp. Tuy nhiên đội ngũ này còn ít có điều kiện tiếp cận, phát triển học hỏi thêm kinh nghiệm chuyên môn nên trình độ đôi khi còn hạn chế.

Tại thời điểm nghiên cứu, mức thu nhập trung bình/ tháng của nhóm trên 4 triệu chiếm 85,29% so với kết quả nghiên cứu của Võ Văn Tài năm 2010, tổng thu nhập của NVYT trên 4 triệu đồng/ tháng chiếm 51,5% [64]. Mức thu nhập này không thể phủ nhận là thấp nhưng cũng không quá cao, nhận thấy những bất cập đó, lãnh đạo bệnh viện đã bổ sung triển khai một vài chính sách ưu đãi trong thu nhập tăng thêm.

Về chuyên môn chính tại khoa, tỷ lệ bác sĩ và y sĩ là cao nhất, số lượng cán bộ điều dưỡng và kỹ thuật viên tại khoa xấp xỉ nhau. Cơ cấu phân bố nhân lực tại 3 trung tâm y tế huyện An Biên, Giồng Riềng, Vĩnh Thuận là hoàn toàn phù hợp, đảm bảo được công tác khám chữa bệnh tại cơ sở. Theo

báo cáo của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Y dược cổ truyền đã và đang đóng góp một vai trò rất quan trọng trong mỗi người dân ở hầu hết các quốc gia vì sự tiện lợi, tính an toàn và hiệu quả. Vai trò và giá trị sử dụng của y dược cổ truyền trên khắp thế giới ngày càng được thừa nhận rộng rãi trong phòng, chữa bệnh và phục hồi chức năng cũng như nâng cao sức khỏe. Tại Việt Nam xu hướng này cũng đang tăng, tỷ lệ người dân mong muốn và đang lựa chọn các phương pháp y học cổ truyền từ 43,4% đến 92%. Theo đó, Y học cổ truyền đang ngày càng đóng vai trò quan trọng trong đời sống. Tuy nhiên, theo nhận định của các chuyên gia, nhân lực hành nghề y dược học cổ truyền Việt Nam hiện nay còn nhiều bất cập như cập nhật kiến thức chưa đầy đủ, kỹ năng chưa cao, thiếu trang thiết bị hiện đại.

4.2.2. Thông tin chung về sử dụng YHCT

Tại 3 TTYT huyện An Biên, Giồng riềng, Vĩnh Thuận, phương pháp YHCT được sử dụng phổ biến nhất là châm cứu chiếm 97,06%; thấp nhất là sử dụng thuốc nam với 41,18%; phương pháp xoa bóp và chế phẩm được sử dụng kết hợp với châm cứu trong điều trị. Như vậy có thể thấy rằng số lượng nhân lực tại khoa đáp ứng đủ phục vụ công tác khám chữa bệnh, bởi vì việc điều trị bằng thủ thuật như châm cứu và xoa bóp cần có nhân lực nhưng thuốc nam là bài thuốc lưu truyền trong dân gian. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc San thực hiện khảo sát tại huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hoá năm 2014 [65].

Về dạng thuốc được sử dụng tại khoa YHCT phổ biến nhất là thuốc thang và thuốc hoàn, không cơ sở y tế nào sử dụng thuốc dạng tán trong điều trị. Nguồn cung cấp thuốc chủ yếu từ 2 nguồn là khoa Dược và qua các Công ty Dược, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc từ các công ty Dược chiếm 64,71%. Điều này có thể thấy rằng hiện nay với nền y học phát triển, máy móc hỗ trợ trong y học cổ truyền cũng được sử dụng rất nhiều trong cả điều trị và pha chế, sản xuất thuốc như máy điện châm, máy sắc thuốc, ...

4.2.3. Công tác quản lý nhân lực YHCT

Trung tâm y tế huyện cũng nằm trong bối cảnh chung đó là tình trạng thiếu bác sĩ. Qua bảng 3.11 ta thấy chỉ có 47,06% nhân viên y tế đánh giá tốt về chức năng thu hút. Tỷ lệ NVYT đánh giá địa điểm của TTYT là yếu tố thu hút chỉ chiếm 23,53%; yếu tố về mô tả công việc rõ ràng khi tuyển dụng được nhân viên y tế đánh giá cao nhất chiếm 55,88%. Trong công tác tuyển dụng, từ khâu công khai thông tin tuyển dụng trên phương tiện thông tin đại chúng, đến khâu trúng tuyển đều theo quy trình chung, đảm bảo tính minh bạch, công bằng. Qua số phiếu trả lời câu hỏi tự điền cho thấy các TTYT có xây dựng bản mô tả công việc cho từng chức danh trong khoa, hàng năm sẽ đánh giá nhân viên qua bản mô tả công việc. Kết quả nghiên cứu tương đương với kết quả của tác Lê Văn Trọng tại Trung tâm y tế huyện Gia Lâm [66] và nghiên cứu của Huỳnh Thị Đào tại bệnh viện Da liễu Trung ương [67]. Một yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến thu hút nguồn nhân lực đó là truyền thông. Hiện tại các TTYT có trang thông tin điện tử riêng nhưng hoạt động còn chưa ổn định, và có thể còn chưa thực sự quan tâm đến trang thông tin điện tử mà chỉ chú trọng vào chuyên môn. Nếu có sự quan tâm về yếu tố truyền thông thì sẽ có nhiều kênh tiếp cận để thu hút được nhiều người hơn.

Trong điều kiện là bệnh viện tuyển huyện, trực thuộc Sở Y tế, do đó, nguồn kinh phí từ ngân sách cho đào tạo cán bộ y tế hiện chưa có. Tuy nhiên lãnh đạo bệnh viện đã dành kinh phí hỗ trợ cho công tác đào tạo nhân viên y tế. Ngoài ra, bệnh viện cũng đã áp dụng các chính sách ưu đãi và hỗ trợ cho NVYT đi đào tạo như: kinh phí đi học, kinh phí tốt nghiệp vẫn duy trì các chế độ thu nhập tăng thêm, thưởng, lương, đặc thù ngành tại bệnh viện, ... Về phía NVYT, họ cho rằng việc khuyến khích đào tạo nâng cao của bệnh viện đã giúp họ gắn bó với bệnh viện hơn. Vai trò của công tác đào tạo trong công tác quản lý nhân lực tại nghiên cứu của chúng tôi cũng quan điểm với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Nhung (2011) [49] trong nghiên cứu họ đã chỉ

ra rằng nhóm hoạt động học tập bao gồm cơ hội học tập; tạo điều kiện làm việc sau học tập và hỗ trợ tài chính có vai trò quan trọng trong thu hút và duy trì.

Mặc dù tỷ lệ NVYT đồng ý với quản lý tốt tại chức năng đào tạo-phát triển đạt 70,59% nhưng việc cử nhân viên đi đào tạo mới chỉ dựa trên nhu cầu của khoa và cá nhân mà chưa dựa trên nhu cầu định hướng phát triển chung. Song song với chính sách hỗ trợ, khuyến khích cho cán bộ đi đào tạo, bệnh viện cần triển khai công tác đánh giá nghĩa vụ của cán bộ sau đào tạo tìm hiểu nguyên nhân các nhân viên đi học về lại chưa phát huy được năng lực, kiến thức tại khoa. Để có hướng giúp đỡ, tháo gỡ những khó khăn và khuyến khích, động viên để giúp họ tự tin khi triển khai công việc tại khoa, giúp bệnh viện phát triển. Lãnh đạo TTYT cũng hết sức quan tâm tới vấn đề đào tạo nhân viên đạt 64,71%.

Đa số NVYT đều sống chủ yếu dựa vào lương và chế độ phụ cấp lương, chỉ có một phần nhỏ là có thu nhập thêm từ việc làm thêm tại các phòng mạch tư, hoặc từ các công việc khác. Từ đó, lương và phụ cấp lương đang có ảnh hưởng trực tiếp đến thu nhập, đời sống và việc làm của đội ngũ nhân viên y tế tại TTYT. Điều đó cũng được chứng minh qua nghiên cứu của Viện chiến lược và chính sách Bộ Y tế năm 2009, đã chỉ ra có khoảng 80% số cán bộ y tế có thu nhập hàng tháng chủ yếu là từ lương và phụ cấp [68]. Thu nhập là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tâm trạng, sự hài lòng với công việc của số đông CBYT hiện nay. Nghiên cứu Michael.C cũng chỉ ra thu nhập giúp nhân viên thấy tin tưởng, an tâm, qua đó họ sẽ cam kết và gắn kết với tổ chức.

Qua phân tích tại nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại bệnh viện đang thực hiện khá tốt các yếu tố duy trì. Kết quả cho thấy tỷ lệ NVYT đánh giá tốt quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng duy trì đạt 73,53%. Yếu tố về chính sách chia tiền thưởng và động viên khuyến khích người lao động được

đánh giá là tốt đạt 47,06%, thấp nhất trong các tiêu mục. Lãnh đạo khoa phòng YHCT luôn quan tâm đến NVYT có 61,76% đồng ý với ý kiến này. Nhìn chung các tiêu mục nhỏ về chức năng quản lý đều được đánh giá tốt chiếm tỷ lệ trên 50%. Bên cạnh đó những mối quan hệ tốt, ban lãnh đạo luôn gần gũi đồng viên, đồng nghiệp hoà nhã, chia sẻ kinh nghiệm cũng rất quan trọng tạo sự hăng say phát huy năng lực trong công việc. Phù hợp với thuyết đồng viên khuyến khích người lao động của Frederick.Heberg đã được nghiên cứu viên Bùi Đàm năm 2010 phân tích [69]. Qua đó có thể nói rằng các chính sách quản lý nguồn nhân lực đang triển khai tại TTYT đã giúp các nhân viên y tế hài lòng với công việc.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở tỉnh Kiên Giang tại 3 TTYT huyện An Biên, Giồng Riềng, Vĩnh Thuận nhằm mô tả về thực trạng mô hình bệnh tật tử vong năm 2019 và thực trạng nguồn nhân lực YHCT năm 2020.

Tuy nhiên trong quá trình thống kê các TTYT sử dụng biểu mẫu 15/BCT của Bộ Y tế để thống kê tình hình bệnh tật tử vong theo ICD 10 nên một số kết quả về yếu tố nhân khẩu học bao gồm dân tộc, nghề nghiệp không được thống kê theo mẫu.

Chương 5

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô hình bệnh tật năm 2019 và thực trạng nguồn nhân lực y học cổ truyền tại TTYT huyện An Biên, TTYT huyện Giồng Riềng, TTYT huyện Vĩnh Thuận tại tỉnh Kiên Giang thu được một số kết luận chính như sau:

5.1. Thực trạng mô hình bệnh tật năm 2019 tại 3 TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang

- Số lượt bệnh nhân khám theo BHYT là 457.290 lượt; số lượt bệnh nhân khám không theo BHYT là 37.086 lượt. Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới.

- Trong 10 bệnh thường gặp:

+ TTYT huyện An Biên: bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là các tổn thương khác do chấn thương xác định và ở nhiều nơi với 18,43%; thấp nhất là nhóm bệnh ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ 6,30%.

+ TTYT huyện Giồng Riềng: bệnh chiếm tỷ lệ cao là nhóm bệnh viêm đường hô hấp trên và tăng huyết áp nguyên phát; thấp nhất là nhóm bệnh liên quan đến cột sống chiếm tỷ lệ 5,26%.

+ TTYT huyện Vĩnh Thuận: bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh dễ tự nhiên đơn giản với 13,66%; thấp nhất là nhóm bệnh viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tỷ lệ 6,22%.

- Chứng bệnh Huyết vừng chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%; sau đó là chứng bán thân bất toại và khẩu nhãn oa tà.

- Về mô hình tử vong: tỷ lệ tử vong bệnh nhân nội trú tại TTYT huyện Vĩnh thuận cao nhất chiếm 56,25%; thấp nhất tại TTYT huyện An Biên chiếm 12,5%. Tỷ lệ các bệnh gây tử vong cao ở cả 3 TTYT đều thuộc chương

bệnh tuần hoàn, bao gồm: bệnh về rối loạn dẫn truyền và loạn nhịp tim; tăng huyết áp nguyên phát; suy tim, ...

5.2. Thực trạng nguồn nhân lực YHCT năm 2020 tại 3 TTYT huyện thuộc tỉnh Kiên Giang

- Đối tượng nghiên cứu là 34 nhân viên y tế tại khoa YHCT, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, đa số nhân viên trên 30 tuổi và đã kết hôn.

- Thời gian công tác của đối tượng nghiên cứu trên 10 năm chiếm tỷ lệ 64,71%; trình độ chuyên môn có 70,59% cán bộ nhân viên tốt nghiệp trung cấp, cao đẳng; thu nhập trung bình/tháng, nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trên 4 triệu đồng chiếm 85,29%.

- Tỷ lệ BS chuyên khoa và y sĩ chuyên khoa chiếm cao nhất lần lượt là: 18,92% và 21,62%.

- Tại khoa YHCT, phương pháp YHCT được sử dụng nhiều nhất là châm cứu chiếm 97,06%; xoa bóp chiếm 73,53%; chế phẩm chiếm 79,41%.

- Dạng thuốc phổ biến nhất là thuốc hoàn chiếm 76,47%; không TTYT nào sử dụng thuốc tán. Nguồn cung cấp thuốc chủ yếu là từ các công ty Dược chiếm 64,71%.

- Có 47,06% nhân viên y tế đánh giá tốt về chức năng thu hút. Mối liên quan giữa biến thời gian công tác với TTYT thu hút NVYT bởi thu nhập cao có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ NVYT đồng ý với quản lý tốt tại chức năng đào tạo-phát triển đạt 70,59%.

- Tỷ lệ NVYT đánh giá tốt quản lý nguồn nhân lực NVYT qua chức năng duy trì đạt 73,53%

KIẾN NGHỊ

1. Với tốc độ tăng trưởng người bệnh vào TTYT như hiện nay, TTYT cần xây dựng hoàn thiện những đề án để hỗ trợ phát triển.

2. Một số bệnh như: Biến chứng của chữa đê, viêm phổi, viêm dạ dày tá tràng, bệnh các vết thương xác định, không xác định ở nhiều nơi trên cơ thể có xu hướng tăng lên nhanh, TTYT cần có định hướng như điều trị ngoại trú hoặc đào tạo chỉ đạo tuyến nhờ hỗ trợ từ tuyến trên về chuyên môn, máy móc thiết bị y tế.

3. Tăng cường công tác đào tạo, đào tạo liên tục, đào tạo nâng cao cho NVYT được cập nhật các kiến thức chuyên môn trong nhiều lĩnh vực.

4. TTYT cần xây dựng cơ chế về chính sách thu hút nguồn nhân lực về làm việc tốt hơn nữa nhằm đáp ứng nhu cầu tăng lên của người bệnh vào điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kabene S et al** (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health* 2008, **4(20)**.
2. **Bộ Chính trị** (2005), *Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị ngày 23 tháng 2 năm 2005 về việc công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
3. **Dương Cẩm** (2019). Phát triển nhân lực y học cổ truyền.
<http://daibieunhandan.vn/ONA_BDT/NewsPrint.aspx?newsId=418624>, accessed: 11/01/2019.
4. **Hồ Việt Mỹ** (2003), *NC tình hình BT và TV một số bệnh viện tỉnh Bình Định từ năm 1998-2003* NC tình hình BT và TV một số bệnh viện tỉnh Bình Định từ năm 1998-2003, Luận Án chuyên khoa II, Đại học Y khoa Huế.
5. **Bộ Y tế** (2001), *Quản lý y tế*, NXB Y học, Hà Nội.
6. **Đỗ Nguyên Phương** (1997), *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ SK nhân dân từ 2000 đến 2020*, NXB Y học, Hà Nội.
7. **Phan Văn Thân, Vũ Khắc Lương** (2001), *Chẩn đoán cộng đồng, xác định vấn đề sức khỏe và lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên*, NXB Y học, Hà Nội.
8. **Bộ Y tế** (1998), *Hướng dẫn sử dụng biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện và Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ mười*, Bộ Y tế, Hà Nội.
9. **Bộ Y tế** (2015). Báo cáo thống kê công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020.
10. **Cowgill** (1999), *Text book on population and Development*, WHO.
11. **Lê Thị Ngọc Dung** (2004). Đặc điểm bệnh động kinh tại Bv nhi đồng 2. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **8**, phụ bản số 1/2004.
12. **Phạm Gia Khải** (2005), *Bài phát biểu ngày thành lập phân hội tăng huyết áp Việt Nam*, Kỷ yếu hội nghị thành lập phân hội tăng huyết áp Việt Nam, Quy Nhơn, Bình Định.

13. **Lê Nghĩa Bảo Khanh** (1992). Nghiên cứu so sánh trẻ có tình trạng dinh dưỡng tốt và kém trong cùng môi trường kinh tế xã hội. *Tạp Chí Học Thực Hành*, **3**.
14. **Hà Huy Khôi** (1994), *Dinh dưỡng bệnh tật và sức khoẻ cộng đồng, dinh dưỡng hợp lý và sức khoẻ*, NXB Y học, Hà Nội.
15. **Trần Minh Hậu** (1994). Đánh giá tình trạng thiếu máu dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi ở 1 xã tại Thái Bình. *Tạp Chí Học Thực Hành*, **4**, 7–8.
16. **Bộ Y tế** (2003), *Một số điều cơ bản trong hoạt động tư vấn cai nghiện thuốc lá, Tài liệu hướng dẫn cai nghiện thuốc lá*, chương trình phòng chống tác hại thuốc lá Quốc gia, Hà Nội.
17. **Nguyễn Văn Cang** Một vài nét về phòng chống tác hại của thuốc lá tại Bình Định. *Tạp Chí Giáo Dục Sức Khỏe*, **28**, 1.
18. **Bộ Y tế** (1996), *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân (1996-2002)*, NXB Y học, Hà Nội.
19. **Nguyễn Thị Hảo** (2003), *Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại tỉnh Bình Định*, Luận văn chuyên khoa I.
20. **Nguyễn Đình Hối, Trương Đình Kiệt** (2000). Nghiên cứu phân tích tình hình sức khoẻ bệnh tật của Việt Nam trong thời kì mới. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **1(4)**, 8–22.
21. **WHO** *World Health Statistics 2017*.
22. **Bộ Y tế** (2014). Niên giám thống kê y tế.
23. **WHO** (1999). Report at Asian Conference on Health Economic.
24. **Bộ Y tế** (2016). Niên giám thống kê y tế.
25. **Báo cáo thống kê bệnh viện tỉnh Kon Tum năm** (2012). Ban hành theo Quyết định số 2360/QĐ-BYT ngày 14/1/1997.
26. **Trần Văn Lương** (2003), *Mô hình bệnh tật tử vong của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đa khoa Thanh Hoá 1998-2002*, Luận văn chuyên khoa I.

- 27. Phạm Mạnh Hùng, Đặng Quốc Việt** (2004), *Kiến toàn mạng lưới y tế cơ sở, góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu*, NXB Hà Nội, Hà Nội.
- 28. Bộ Y tế** (2016). Thông tư 37/2016/TT-BYT ngày 25 tháng 10 năm 2016 Hướng Dẫn Chức Năng, Nhiệm Vụ, Quyền Hạn Và Cơ Cấu Tổ Chức Của Trung Tâm Y Tế Huyện, Quận, Thị Xã, Thành Phố Thuộc Tỉnh, Thành Phố Thuộc Thành Phố Trực Thuộc Trung Ương.
- 29. WPRO WHO** (2006). Regional Strage on Human Resources for Health 2006-2015. <<http://www2.wpro.who>>, accessed: 02/11/2019.
- 30. Phạm Văn Đồng** (1985). Bài nói của chủ tịch hội đồng bộ trưởng Phạm Văn Đồng với cán bộ và nhân dân y tế nhân ngày Thầy thuốc Việt Nam năm 1985.
- 31. Bộ Y tế** (2009). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2009.
- 32. Nguyễn Quốc Triệu và CS** (2009). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2009 JAHR. Hà Nội.
- 33. Bộ Y tế** (2017). Thông tư số 02/2017/TT-BYT ban hành ngày 15/3/2017.
- 34. Trần Kim Dung** (2011), *Quản trị nguồn nhân lực*, NXB Tổng hợp, TP. HCM.
- 35. Bùi Thị Thu Hà** (2012), *Tổng quan về quản lý nhân lực*, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- 36. Vũ Xuân Phú** (2012). Phát triển và quản lý nguồn nhân lực y tế. *Tạp Chí Học Thực Hành*, **4(815)**, 19–21.
- 37. Nguyễn Thị Xuyên và Phan Văn Tường** (2010), *Nguyên lý Quản lý bệnh viện*, NXB Lao động xã hội, Hà Nội.
- 38. Chính phủ** (2012), *Nghị định số 29/2012/NĐ-CP ngày 12 tháng 4 năm 2012 về tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức*.

- 39. EJ-Jardali Fadi, Victoria Tchaghchagian và Jamal.D** (2009).
Assessment of human resources management practices in Lebanese hospital.
- 40. WHO** (2006). Working together for health.
- 41. Nguyễn Thị Kim Tiên và CS** (2012). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2012 JAHR. Hà Nội.
- 42. Mischa Willis Shattuck and Steve Thomas Posy Budwell** (2008).
Motivation and retention of health workers in developing countries a systematic review. <<http://www.biomedcentral.com>>, accessed: 31/10/2019.
- 43. AMREF/LMS/MSH Team** (2009), *Competency Gaps in Human Resource Management in the Health Sector*.
- 44. Kim J et al** (2013). The joint relationship between organizational design factors and HR practice factors on direct care workers' job satisfaction and turnover intent. .
- 45. Suriyawongpaisal et al** (1995). Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management. <<http://www.who.int>>, accessed: 30/10/2019.
- 46. Lê Ngọc Trọng, Phạm Trí Dũng và CS** (2008), *Mô tả và đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nhân lực, chuyên môn, công tác quản lý của hệ thống bệnh viện*.
- 47. Lê Thanh Nhuận** (2008), *Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế cơ sở thuộc huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc, năm 2009*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
- 48. Lưu Hoài Chân và cộng sự** (2003), *Đánh giá hiệu quả hoạt động của BS xã/ phường tại một số địa phương*.
- 49. Nguyễn Thị Tuyết Nhung** (2011), *Mô tả thực trạng nguồn nhân lực và định hướng phát triển nguồn nhân lực bệnh viện phổi trung ương năm*

2020, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường ĐH Y tế công cộng, Hà Nội.

50. Võ Văn Tài (2010), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2009-2010*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

51. Nguyễn Thi (2010), *Nghiên cứu thực trạng quản lý nguồn nhân lực tại bệnh viện đa khoa Pleiku tỉnh Gia Lai năm 2010*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

52. Sở Y tế Kiên Giang (2009). Đề án nâng cao chất lượng nhân lực y tế tỉnh Kiên Giang giai đoạn 2009-2015.

53. Nguyễn Văn Còn (2012), *Thực trạng nhân lực và công tác quản lý nhân lực y tế tại bệnh viện tuyến tỉnh của tỉnh Long An năm 2012*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.

54. Đỗ Thị Hương Thu (2012), *Thực trạng, các yếu tố tác động giải pháp duy trì và phát triển nguồn nhân lực bác sĩ tại bệnh viện Bắc Thăng Long, Hà Nội đến năm 2015*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.

55. Nguyễn Quang Vinh (2017), *Mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú và một số đáp ứng về nguồn lực tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum giai đoạn 2012-2016*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y tế công cộng.

56. Bộ Y tế và Bộ Tài chính (2005). Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện số 22/2005/TTLT-BYT-BTC.

57. Chính phủ (2005). Nghị định của chính phủ ban hành Điều lệ bảo hiểm y tế số 63/2005/NĐ-CP.

58. Điều Nam (2013), *Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông giai đoạn 2008-2012*, Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Đại học Y tế công cộng.

- 59. Bộ Y tế** (2018). Niên giám thống kê y tế 2018.
- 60. Lê Huy Liễu** (2003), *Đái tháo đường Bách khoa thư bệnh học, tập 3*, NXB Y học, Hà Nội.
- 61. Nguyễn Xuân Huyền** (2003), *Loét dạ dày-Tá tràng, Bách khoa thư bệnh học-tập 1*, NXB Y học, Hà Nội.
- 62. Ngô Viết Lộc Nghiên** cứu đặc điểm lâm sàng của sỏi hệ tiết niệu trong cộng đồng dân cư xã Thuỷ Vân, huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp Chí Học Thực Hành*, **2**, 40.
- 63. Nguyễn Văn Còn** (2013), *Thực trạng nhân lực và công tác quản lý nhân lực y tế tại bệnh viện tuyến tỉnh của tỉnh Long An năm 2012*, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- 64. Võ Văn Tài** (2010), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh*, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- 65. Nguyễn Ngọc San** (2015), *Thực trạng cơ cấu bệnh tật và sử dụng y học cổ truyền tại huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hoá năm 2014*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
- 66. Lê Văn Trọng** (2010), *Đánh giá thực trạng và các yếu tố ảnh hưởng đến nguồn nhân lực y tế tại Trung tâm y tế huyện Gia Lâm-Hà nội năm 2009*, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- 67. Huỳnh Thị Đào** (2011), *Đánh giá thực trạng hoạt động quản lý nguồn nhân lực tại bệnh viện Da Liễu Trung ương năm 2011*, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- 68. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế** (2012). Phân tích thực trạng và đề xuất sửa đổi bổ sung một số chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức ngành y tế. <<http://www.hspi.org.vn/vcl/Phan-tich-thuc-trang-va-de-xuat-sua-doi-bo-sung-mot-so-che-do-phu-cap-doi-voi-can-bo-vien-chuc-nganh-y-te-t56-7942.html>>, accessed: 16/09/2020.

69. Bùi Đàm (2010), *Đánh giá sự hài lòng đối với công việc của bác sỹ bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi*, Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.

PHỤ LỤC 1
KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

I. Bảng kế hoạch nghiên cứu

STT	Nội dung các hoạt động	Mục tiêu	Thời hạn	Chịu trách nhiệm
1	Thu thập tài liệu, viết đề cương nghiên cứu.	Đề cương	12/2019	Học viên
2	Thông qua đề cương	Đề cương thông qua	01/2020	Hội đồng khoa học Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
3	Thu thập số liệu	Đối tượng đủ tiêu chuẩn	02/2020 – 07/2020	Học viên
4	Xử lý số liệu	Bảng số liệu	08/2020	Học viên
5	Báo cáo hội đồng khoa học	Bảng báo cáo kết quả NC	09/2020	Học viên
6	Phổ biến kết quả nghiên cứu	Đạt kết quả	10/2020	Trung tâm y tế huyện

STT	Nội dung	Thành tiền
------------	-----------------	-------------------

III. Bảng dự trù kinh phí nghiên cứu

1	In tài liệu, đề cương, phiếu điều tra, báo cáo, tài liệu hội thảo ...	3.000.000
2	Thu thập số liệu	1.000.000
3	Hỗ trợ đối tượng nghiên cứu	6.800.000
4	Giám sát viên	1.500.000
5	Văn phòng phẩm	200.000
6	Chi phí đi lại	2.000.000
	Cộng	14.500.000
	Dự trừ phát sinh	3.000.000
	Tổng cộng	17.500.000

PHỤ LỤC 2

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA PHÒNG VẤN NGHIÊN CỨU

“Mô hình bệnh tật và nguồn nhân lực Y học cổ truyền tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang”

Đây là nghiên cứu đánh giá về thực trạng nhân lực và khảo sát về mức đáp ứng CSSK về YHCT của TTYT 3 huyện thuộc tỉnh Kiên Giang, chúng tôi đi sâu mô tả, đánh giá, so sánh về số lượng, trình độ, cơ cấu và công tác tuyển dụng, duy trì nguồn nhân lực YHCT. Qua đó đi phân tích điểm mạnh, điểm yếu, cơ hội, thách thức trong quản lý nguồn nhân lực BS tại tỉnh Kiên Giang với bối cảnh hiện nay. So sánh với các nghiên cứu khác, nhằm đưa ra những giải pháp cho quản lý nguồn nhân lực YHCT tại BV, từ đó đề xuất một số khuyến khích nhằm thu hút, duy trì và định hướng phát triển nguồn nhân lực đặc biệt chú trọng đến đội ngũ BS của Bệnh viện.

Vì vậy, chúng tôi mong có được sự tham gia của Anh (Chị) để chúng tôi có thể hoàn thành nghiên cứu này. Thời gian phỏng vấn dự kiến khoảng 15-20 phút. Mọi thông tin của Anh (Chị) cung cấp sẽ chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được bảo mật. Anh (Chị) có quyền từ chối trả lời câu hỏi hoặc dừng phỏng vấn bất kỳ lúc nào.

PHIẾU ĐIỀU TRA

Phần A: Thông tin chung

Xin Anh/Chị vui lòng điền đầy đủ hoặc khoanh tròn vào số tương ứng với thông tin dưới đây

A1. Giới	1.Nam 2.Nữ
A2. Tuổi
A3. Tình trạng hôn nhân	1.Đã kết hôn 2.Độc thân 3.Goá/ly thân/ly dị
A4. Nơi ở hiện nay cách BV bao nhiêu km?km
A5. Tốt nghiệp trường Đại học Y	1.TP. Hồ Chí Minh 2.Cần Thơ 3.Khác
A6. Đã công tác trước khi về Bệnh viện	1.Có 2.Chưa
A7. Trình độ chuyên môn cao nhất	1.Cao đẳng, Trung cấp 2.Đại học, Sau đại học
A8. Người thu nhập chính trong gia đình	1.Có 2.Không
A9. Thời gian công tác (tính theo năm)năm
A10. Chức vụ quản lý	1.Lãnh đạo, quản lý khoa/phòng 2.Nhân viên
A11. Phân loại công việc	1.Lâm sàng 2.Cận lâm sàng, hành chính
A12. Thu nhập hàng tháng (lương)	1. Trên 4 triệu đồng 2. Dưới 4 triệu đồng
A13. Chuyên môn chính về YHCT hiện nay của Anh/Chị là gì?
A14. Anh/ chị có thường xuyên tham gia vào các khoá đào tạo, hội nghị y khoa không?	1. Có 2. Không
A15. Phương pháp YHCT đang áp dụng điều trị tại BV? (Nhiều lựa chọn)	1. Chế phẩm 2. Thuốc nam 3. Châm cứu 4. Xoa bóp

A16. Dạng thuốc YHCT đang áp dụng tại BV? (Nhiều lựa chọn)	1. Thuốc thang 2. Thuốc hoàn 3. Thuốc tán 4. Thuốc dạng cao 5. Khác:.....
A17. Nguồn cung cấp thuốc YHCT cho khoa tại BV của Anh/Chị từ đâu?	1. Tại Khoa Dược BV 2. Từ công ty Dược y tế

Phần B: Thực trạng quản lý nguồn nhân lực BS YHCT

Xin Anh/Chị lựa chọn mức độ trả lời đúng nhất với cảm nhận của Anh/Chị về thực trạng quản lý nguồn nhân lực BS YHCT hiện nay tại Bệnh viện bằng cách khoanh tròn vào ô số tương ứng.

<i>Mã</i>	<i>Nội dung</i>	<i>Mức độ đồng ý</i>				
		<i>Rất chưa tốt (1)</i>	<i>Chưa tốt (2)</i>	<i>Bình thường (3)</i>	<i>Tốt (4)</i>	<i>Rất tốt (5)</i>
A. Yếu tố thu hút						
B1	Theo Anh/Chị hình thức thu hút nhân viên y tế của BV đã phù hợp	1	2	3	4	5
B2	Theo Anh/Chị quy trình tuyển dụng hiện tại đã phù hợp	1	2	3	4	5
B3	Theo Anh/Chị mô tả vị trí tuyển dụng của BV đã rõ ràng	1	2	3	4	5
B4	Theo Anh/Chị các chính sách ưu đãi BS mới hiện nay là hợp lý	1	2	3	4	5
B5	Theo Anh/Chị điểm mạnh của BV để thu hút BS là thu nhập cao	1	2	3	4	5
B6	Theo Anh/Chị điểm mạnh của BV để thu hút BS là do địa điểm	1	2	3	4	5
B7	Theo Anh/Chị điểm mạnh của BV để thu hút BS là môi trường làm việc tốt	1	2	3	4	5
B. Yếu tố đào tạo- phát triển						
B8	Anh/Chị thấy BV có kế hoạch định	1	2	3	4	5

	hướng đào tạo nâng cao trình độ cho BS					
B9	Anh/Chị thấy khoa/phòng xây dựng kế hoạch cử đi đào tạo là phù hợp	1	2	3	4	5
B10	Anh/Chị thấy BV tích cực trong công tác đào tạo đội ngũ BS	1	2	3	4	5
B11	Anh/Chị thấy mọi BS đều có cơ hội đi học như nhau	1	2	3	4	5
B12	Anh/Chị thấy quy chế đào tạo ban hành năm 2019 là phù hợp	1	2	3	4	5
B13	Anh/Chị thấy BS đều có cơ hội phát triển năng lực cá nhân	1	2	3	4	5
B14	Anh/Chị thấy BS đều có cơ hội thăng tiến	1	2	3	4	5
B15	Anh/Chị công tác đào tạo, phát triển đội ngũ BS của BV hiện nay là tốt	1	2	3	4	5
B16	Lãnh đạo BV rất chú trọng trong công tác đào tạo, phát triển đội ngũ BS	1	2	3	4	5
C. Yếu tố duy trì						
B17	Anh/Chị được phân công công việc theo nguyện vọng	1	2	3	4	5
B18	Anh/Chị đã phát huy được năng lực cá nhân	1	2	3	4	5
B19	Chính sách phân chia tiền thưởng hiện nay là hợp lý	1	2	3	4	5
B20	Thu nhập ngoài lương được phân chia công bằng	1	2	3	4	5
B21	Các chế độ phụ cấp trực, đặc thù ngành, thử việc, vào hợp đồng hiện nay ưu đãi với BS mới	1	2	3	4	5
B22	BV thực hiện đầy đủ các chế độ tham quan, nghỉ dưỡng cho nhân viên	1	2	3	4	5
B23	Biện pháp đánh giá nhân viên hàng	1	2	3	4	5

	tháng, quý, năm như hiện nay là phù hợp					
B24	Hình thức đánh giá công việc hiện nay hợp lý	1	2	3	4	5
B25	Biện pháp đánh giá đó đã động viên, khuyến khích được người lao động	1	2	3	4	5
B26	Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc hiện nay là đầy đủ	1	2	3	4	5
B27	Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho công việc hiện nay đảm bảo an toàn cho cá nhân	1	2	3	4	5
B28	Lãnh đạo BV luôn quan tâm, động viên đội ngũ BS	1	2	3	4	5
B29	Lãnh đạo khoa/phòng luôn quan tâm động viên đội ngũ BS	1	2	3	4	5
B30	Anh/Chị thấy các chế độ khuyến khích, ưu đãi đối với BS như hiện nay là phù hợp	1	2	3	4	5
D. Quan điểm về công tác quản lý nguồn nhân lực BS YHCT						
B31	Anh/Chị thấy công tác quản lý nhân lực BS YHCT của BV là tốt	Tốt		Chưa tốt		

Xin cảm ơn !

PHỤ LỤC 3
CÁC CHỨNG BỆNH THEO YHCT

Chứng bệnh theo YHCT	Chứng trạng
Chứng tý	<ul style="list-style-type: none"> - Phong thấp nhiệt tý: Đau khớp, vùng đau sưng nóng đỏ, đắp lạnh dễ chịu, cử động đau nhiều hơn. Thường có sốt, thân mình nóng, tiểu vàng táo bón, miệng khát. Lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sắc. - Phong hàn thấp tý: Vùng khớp cơ bị bệnh sang đau nhức nhưng không đỏ, không nóng, chườm nóng dễ chịu. Người bệnh sợ gió, sợ lạnh, đau có thể di chuyển nhiều cơ khớp, chân tay nặng nề, Rêu lưỡi trắng mỏng, nhớt, mạch khản hoặc trầm hoãn. - Can thận hư kết hợp phong hàn thấp: giống như biểu hiện của phong hàn thấp tý nhưng thiên về hàn tý kèm theo triệu chứng về can thận hư như: đau lưng, ù tai, ít ngủ, nước tiểu trong, lưng gối đau mỏi, tiểu tiện nhiều, mạch trầm tế.
Bán thân bất toại	<ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể can thận hư: liệt nửa người, nửa mặt dưới cùng bên, tay chân bên liệt tê dại, hay hoa mắt chóng mặt, mạch huyền tế sắc. - Chứng trạng thể phong đàm: liệt nửa người, nửa mặt dưới cùng bên, nặng nề, lưỡi cử động khó, có nói ngọng hoặc không, rêu lưỡi trắng dày, nhớt, mạch phù hoạt hoặc huyền hoạt. - Chứng trạng thể huyết ú: liệt nửa người, nửa mặt dưới cùng bên, có nói ngọng hoặc không song trước khi xảy ra hôn mê thường có dấu hiệu như rối loạn cảm giác, nói khó, liệt khởi đầu từ từ, hôn mê hoặc không

<p>Huyền vựng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể can dương thượng cương: hoa mắt, choáng váng, đau đầu, mặt đỏ, hay tức giận, ít ngủ, ngủ hay mê, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sắc hoặc huyền hoạt. - Chứng trạng thể can thận âm hư: mệt mỏi váng đầu, hay quên, lưng gối đau yếu, ù tai, mất ngủ, di tinh, lòng bàn tay chân nóng, lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền tế. - Chứng trạng thể âm dương lưỡng hư: mệt mỏi sắc mặt trắng, đau đầu, chóng mặt, ngủ ít, hồi hộp, ù tai, lưng đau, gối mỏi, đại tiện lỏng, sợ lạnh, tiểu đêm nhiều, di tinh liệt dương lưỡi hồng, rêu trắng, mạch huyền tế, hoặc trầm tế sắc. - Chứng trạng thể đàm thấp: đau đầu, nặng đầu, hoa mắt, chóng mặt, ngực tức, bụng đầy, buồn nôn, ăn ít, mệt mỏi, ngủ li bì, chất lưỡi nhợt bệu, rêu trắng, ánh vàng, mạch nhu hoạt.
<p>Tiêu khát</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể thượng tiêu: khát nhiều muốn uống nước nhiều, tiểu nhiều, miệng khô, thành lưỡi và đầu lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch hồng sắc. - Chứng trạng thể trung tiêu: ăn nhiều mà vẫn đói, hình thể gầy mòn, đại tiện táo, rêu lưỡi vàng khô, mạch thực có lực. - Chứng trạng thể hạ tiêu: Tiểu nhiều lần với số lượng nhiều, uống nước nhiều, ngũ tâm phiền nhiệt, đầu váng đau, lưng gối mỏi.

<p>Khẩu nhãn oa tà</p>	<p>- Chứng trạng thể phong hàn: Bệnh thường xuất hiện một cách đột ngột sau khi đi mưa lạnh, trời trở lạnh hoặc sau khi ngủ dậy buổi sáng sớm thấy một bên mặt bị tê, mắt trợn ngược không nhắm kín lại được, miệng méo, uống nước bị trào ra một bên, không thổi lửa được, râu lưỡi trắng, mạch phù, toàn thân sợ lạnh, người ớn lạnh, nổi gai ốc, chân tay lạnh.</p> <p>- Chứng trạng thể phong nhiệt: Liệt dây VII ngoại biên xuất hiện sau các nguyên nhân viêm nhiễm. Toàn thân có sốt, sợ gió, sợ nóng, nước tiểu đỏ, râu lưỡi vàng, chất lưỡi đỏ, mạch phù xác.</p> <p>- Chứng trạng thể huyết ứ: Liệt dây VII ngoại biên xuất hiện sau một sang chấn như ngã, phẫu thuật tai mũi họng, nhổ răng, râu lưỡi xanh tím, có điểm ứ huyết, mạch phù xác.</p>
<p>Tọa cốt phong</p>	<p>- Chứng trạng thể phong hàn: đau sau khi nhiễm lạnh, đau từ thắt lưng hoặc từ mông lan xuống chân, đi lại khó khăn, đau tăng khi lạnh, chườm ấm dễ chịu, thường có điểm đau khu trú, chưa có teo cơ. Toàn thân sợ gió, sợ lạnh, tay chân lạnh, chân bên bị bệnh lạnh hơn chân lành, tiểu tiện trong, đại tiện bình thường, râu lưỡi trắng mỏng, mạch phù hoặc phù khản.</p> <p>- Chứng trạng thể phong hàn thấp kết hợp can thận hư: đau vùng thắt lưng lan xuống chân theo đường đi của dây thần kinh hông. Đau có cảm giác tê bì nặng nề teo cơ, bệnh kéo dài, dễ tái phát. Thường kèm theo triệu chứng toàn thân: ăn kém, ngủ ít, tiểu tiện</p>

	<p>trong, chất lưỡi nhợt bệu, rêu lưỡi trắng dày và nhớt, mạch nhu hoãn hoặc trầm nhược.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể thấp nhiệt: đau có cảm giác nóng rất, đau nhức như kim châm, chân đau nóng hơn so với bên lạnh, chất lưỡi hồng hoặc đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng hoặc dày, mạch sác. - Chứng trạng thể huyết ứ: đau dữ dội tại một điểm, đột ngột lan xuống chân, chất lưỡi đỏ tím, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng hoặc vàng, mạch sáp.
<p>Kiên thống</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể phong hàn: đột nhiên vai gáy cứng đau, vận động cổ khó, ấn vào cơ thang, cơ ức đòn chũm đau, cơ co cứng hơn bên lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mạch phù. - Chứng trạng thể huyết ứ: các triệu chứng tại chỗ giống như thể do lạnh, thường xảy ra sau khi mang vác nặng, hoặc sau khi nằm nghiêng gối đầu cao quá, mạch phù khẩn. - Chứng trạng thể thấp nhiệt: đau hạn chế vận động vùng vai gáy, nhìn cột sống cổ và phần mềm xung quanh sưng, sờ nóng, có sốt, mạch phù sác.
<p>Tâm căn suy nhược</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chứng trạng thể can khí uất kết: tương ứng với giai đoạn hưng phấn tăng và do người bệnh bị tác động bởi sang chấn với tính chất kéo dài hay kế tiếp nhiều sang chấn gây bệnh. - Chứng trạng thể can tâm thận âm hư: nặng về ức chế giảm, ít triệu chứng về hưng phấn tăng (nặng về triệu chứng của thận âm, can huyết, tâm âm hư, ít

	<p>triệu chứng về dương xung). Đau lưng, ù tai, di tinh, ít ngủ, hồi hộp, nhức đầu, tiểu tiện trong, đại tiện táo, miệng khô, mạch tế.</p> <p>- Chứng trạng thể âm hư hỏa vượng: hoa mắt chóng mặt, nhức đầu ù tai, hay quên hồi hộp, dễ xúc động, vui buồn thất thường ngủ ít, hay mê, miệng khô, họng khô, có cơn bốc hỏa, táo bón, nước tiểu đỏ, mạch huyền tế sắc.</p> <p>- Chứng trạng thể tâm tỳ hư: ngủ ít, dễ hoảng sợ, ăn kém, sút cân, người mệt mỏi, hai mắt thâm quầng, hồi hộp, tức ngực, ít nhức đầu, rêu lưỡi trắng, mạch nhu tế hoãn.</p> <p>- Chứng trạng thể thận âm thận dương hư: sắc mặt trắng, tinh thần ủy mị, lưng gối mỏi yếu, nam giới có thể di tinh liệt dương, sợ lạnh, lưng và tay chân lạnh, ngủ ít, tiểu tiện trong dài, nhiều lần, lưỡi nhợt, mạch trầm tế vô lực.</p>
--	---