

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH THỰC HIỆN CÁC NGUYÊN LÝ CHĂM SÓC BAN ĐẦU TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Nguyễn Minh Tâm¹, Nguyễn Thị Hoà¹, Anselme Derese², Jeffrey Markuns³

(1) Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Đại học Ghent, Bỉ

(3) Đại học Boston, Hoa Kỳ

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Các bằng chứng trên thế giới trong thời gian qua đã khẳng định vai trò quan trọng của chăm sóc ban đầu trong dự phòng bệnh tật và giảm tỷ lệ tử vong. Năm 2008, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng các nước nên tăng cường hệ thống chăm sóc ban đầu và sử dụng chăm sóc ban đầu như một mô hình để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả. Việc đánh giá sự thực hiện và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc ban đầu tại tuyến xã, phường trong bối cảnh hiện nay là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Đánh giá việc thực hành các nguyên lý chăm sóc ban đầu tại các Trạm y tế xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 860 người dân trên 18 tuổi có sử dụng dịch vụ y tế tại Trạm y tế trên địa bàn 4 huyện Phú Lộc, Nam Đông, Hương Thủy và Thành phố Huế. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ Đánh giá chăm sóc ban đầu PCAT (Primary Care assessment tools). **Kết quả:** Phần tiếp cận ban đầu - sử dụng dịch vụ có số điểm trung bình cao nhất ($3,25 \pm 0,93$), tiếp là mức độ gắn bó ($3,17 \pm 0,90$), quá trình chăm sóc ($2,87 \pm 0,50$), chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có ($2,75 \pm 0,52$); Các phần có số điểm thấp bao gồm: Phần chăm sóc phối hợp ($2,47 \pm 0,97$), tiếp cận trên phương diện văn hoá ($2,37 \pm 1,17$), định hướng cộng đồng ($2,35 \pm 0,82$), chăm sóc toàn diện - dịch vụ cung cấp ($2,22 \pm 0,84$), phối hợp hệ thống thông tin ($2,03 \pm 0,79$); Tổng điểm trung bình chăm sóc ban đầu là $19 \pm 3,46$, tổng điểm trung bình chăm sóc ban đầu mở rộng là $25,75 \pm 5,42$

Từ khóa: chăm sóc ban đầu, nguyên lý chăm sóc ban đầu, Trạm y tế.

Abstract

THE IMPLEMENTATION OF PRINCIPLES OF PRIMARY CARE IN PRACTICE AT COMMUNE HEALTH CENTERS OF THUA THIEN HUE PROVINCE.

Background: Evidences around the world in the recent time have affirmed the key role in Disease prevention and mortality rate decreasing. WHO in 2008 recommended countries should improve the primary care system and use primary care as a model to achieve the effectiveness and equity in Health. Evaluation of the quality of primary care services at commune health centers has been very crucial. **Objectives:** To assess the practice of the principles of primary care at commune health centers of Thua Thien Hue province. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study of 860 adult people used the health care services at commune health center at 4 districts in Thua Thien Hue province: Phu Loc, Nam Dong, Huong Thuy and Hue. The study used the Primary Care Assessment tools PCAT from John Hopkins University. **Results:** First Contact - Utilization was the highest score (3.25 ± 0.93), Affiliation (3.17 ± 0.90), Ongoing care (2.87 ± 0.50), Comprehensiveness – services available (2.75 ± 0.52);

The low scores included Coordination of care (2.47 ± 0.97), Culture - based access (2.37 ± 1.17), Community - based orientation (2.35 ± 0.82), Comprehensiveness – services provided (2.22 ± 0.84), Coordination of care - Information system (2.03 ± 0.79); Total average of primary care was 19.00 ± 3.46 , and the total average of expanded primary care was 25.75 ± 5.42 .

Key words: primary care, principles of primary care, commune health center.

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Minh Tâm, email: dr.nmtam@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2015.6.16

- Ngày nhận bài: 10/11/2015 * Ngày đồng ý đăng: 25/12/2015 * Ngày xuất bản: 12/01/2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bằng chứng trên thế giới trong thời gian qua đã khẳng định vai trò quan trọng của chăm sóc ban đầu trong dự phòng bệnh tật và giảm tỷ lệ tử vong [8,11,13,16]. Chăm sóc ban đầu tốt, trái ngược với các dịch vụ chăm sóc chuyên khoa, có mối tương quan chặt chẽ với tình trạng bình đẳng về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của một dân tộc và giữa các dân tộc khác nhau [3,4]. Nhìn chung, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy rằng chất lượng chăm sóc ban đầu càng được nâng cao thì sức khỏe người dân của vùng đó càng được tốt hơn [2,5,6]. Năm 2008, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng các nước nên tăng cường hệ thống chăm sóc ban đầu và sử dụng chăm sóc ban đầu như một mô hình để đảm bảo tính công bằng và hiệu quả [9]. Những thay đổi gần đây của ngành y tế Việt Nam, đặc biệt là sự phát triển các loại hình bảo hiểm và sự đầu tư của chính phủ, đã tạo nên sự chuyển biến trong cung và cầu của hệ thống chăm sóc ban đầu, đặc biệt là ở tuyến xã. Những chính sách miễn giảm chi phí chăm sóc y tế của Chính phủ đã giúp làm tăng khả năng tiếp cận của đối tượng nghèo và dễ bị tổn thương với dịch vụ y tế tuyến xã, phùng đồng thời làm tăng khối lượng công việc của đội ngũ nhân viên y tế tuyến này. Các nghiên cứu gần đây cho thấy Trạm y tế vẫn tiếp tục là cơ sở y tế quan trọng của người dân, đặc biệt là người nghèo, khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Việc đánh giá sự thực hiện và chất lượng của các dịch vụ chăm sóc ban đầu tại tuyến xã, phùng trong bối cảnh hiện nay là rất cần thiết. Tuy nhiên, các đề tài nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn rất hạn chế. Việc thực hiện đề tài này nhằm cung cấp bằng chứng giúp ngành y tế có được cơ sở trong việc xây dựng chiến lược phát triển và lập kế hoạch hoạt động cho tuyến y tế cơ sở trong thời gian tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 6/2013 đến tháng 9/2014 tại 4 huyện tỉnh Thiên Huế (T.T. Huế): Phú Lộc, Hương Thủy, Nam Đông và thành phố Huế.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: người dân từ 18 tuổi trở lên sinh sống tại địa bàn nghiên cứu tại thời điểm nghiên cứu có sử dụng dịch vụ y tế tại Trạm y tế trong 2 năm gần đây.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

Chọn mẫu nhiều giai đoạn, chọn 4 huyện của Tỉnh Thừa Thiên Huế, mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 6 xã với Trạm y tế có Bác sỹ, tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 15 hộ có người có tên trong danh sách khám bệnh của Trạm và 15 hộ gia đình trong danh sách toàn xã. Tại mỗi hộ gia đình phỏng vấn ngẫu nhiên 2 người lớn. Nghiên cứu này chỉ sử dụng dữ liệu của người dân có đi khám tại Trạm y tế. Cỡ mẫu thu được: **N=860 người**.

2.3.3. Bộ công cụ và các biến nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ Đánh giá Chăm sóc sức khỏe ban đầu PCAT (Primary Care Assessment tools) phiên bản dành cho khách hàng người lớn được phát triển bởi Trung tâm Chính sách Chăm sóc sức khỏe ban đầu, trường Đại học John Hopkins, Hoa Kỳ. bộ câu hỏi dành cho người cung cấp dịch vụ - bác sỹ) đều đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc ban đầu thông qua các đặc tính của chăm sóc ban đầu: Điểm tiếp cận ban đầu (tính tiếp cận và sử dụng dịch vụ); Chăm sóc liên tục; Chăm sóc phối hợp; Chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có; Chăm sóc toàn diện - dịch vụ cung cấp và Chăm sóc hướng cộng đồng.

Để đảm bảo tính thống nhất cho bộ câu hỏi, tất cả các câu hỏi trong phần đặc điểm của chăm sóc ban đầu đều được tính điểm dựa vào thang điểm 5 Likert: 1 = Không; 2 = Có thể không; 3 = Có thể có; 4 = Có; 9 = Không biết/Không nhớ. Điểm của mỗi các nội dung chính (domain và subdomain) và tổng điểm chăm sóc ban đầu, chăm sóc ban đầu mở rộng đều được tính tuân theo hướng dẫn phân tích bộ câu hỏi PCAT (PCAT manual) do trường đại học John Hopkins biên soạn (www.jhsph.edu/pepc/pca_tools.html).

Cách tính điểm của mỗi phần (domain và subdomain):

Tổng điểm của mỗi phần là trung bình cộng của tất cả điểm số của câu hỏi trong phần đó (sau khi đã mã hóa lại ở một số câu hỏi phù hợp C9, C10, C11, C12, D15 mã hóa ngược (4=1), (3=2), (2=3), (1=4).

Không tính điểm tổng của phần (domain) nào có từ 50% câu trả lời là Không biết/không nhớ hoặc missing.

Đối với những phần còn lại có ít hơn 50% câu trả lời là không biết/không nhớ hoặc missing, mã hóa lại không biết/không nhớ (điểm 9) và missing thành 2. Ngoại trừ phần Chăm sóc toàn diện (dịch vụ cung cấp), mã hóa không biết/không nhớ (điểm 9) thành 0.

Cách tính điểm chỉ số chăm sóc ban đầu:

Điểm chỉ số chăm sóc ban đầu là tổng số giá trị

của 8 phần (subdomain) trong 4 nội dung cốt lõi: Tiếp cận ban đầu - sử dụng dịch vụ; Tiếp cận ban đầu; mức độ gắn bó với một bác sĩ/phòng khám; chăm sóc liên tục; chăm sóc phối hợp; chăm sóc phối hợp - hệ thống thông tin; Chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có, chăm sóc toàn diện - dịch vụ cung cấp.

Không tính điểm chỉ số chăm sóc ban đầu nếu có từ 4 phần cốt lõi (core subdomain) missing 50% trở lên.

Nếu 3 phần cốt lõi (core subdomain) hoặc ít hơn missing trên 50%, dùng giá trị trung bình của các phần còn lại để tính điểm chỉ số ban đầu.

Cách tính điểm chỉ số chăm sóc ban đầu mở rộng:

Điểm chỉ số chăm sóc ban đầu mở rộng là tổng số giá trị của tất cả 11 phần cốt lõi và phần phụ:

Tiếp cận ban đầu - sử dụng dịch vụ; Tiếp cận ban đầu; Mức độ gắn bó với một bác sĩ/phòng khám; Chăm sóc liên tục; Chăm sóc phối hợp; Chăm sóc phối hợp - hệ thống thông tin; Chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có; Chăm sóc toàn diện - dịch vụ cung cấp; Tập trung vào gia đình; Định hướng cộng đồng và Tiếp cận trên phương diện văn hóa.

Không tính điểm chỉ số chăm sóc ban đầu mở rộng nếu có từ 6 phần cốt lõi và phần phụ missing 50 % trở lên.

Nếu có 5 phần cốt lõi và phần phụ hoặc ít hơn missing trên 50%, dùng giá trị trung bình của các phần còn lại để tính điểm chỉ số ban đầu mở rộng.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập qua phần mềm EpiData, xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 18.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	380	44,2
	Nữ	480	55,8
Tuổi	18 đến 39 tuổi	272	31,6
	40 đến 59 tuổi	339	39,4
	Từ 60 tuổi trở lên	249	28,9
Tình trạng việc làm	Làm việc toàn thời gian	521	60,9
	Làm việc bán thời gian	123	14,4
	Thất nghiệp	143	16,7
	Đi học/ Nghỉ hưu	69	8,1
Trình độ học vấn	Tốt nghiệp tiểu học	281	32,9
	Tốt nghiệp trung học	169	19,8
	Tốt nghiệp phổ thông	116	13,6
	Tốt nghiệp trung cấp/cao đẳng/ đại học	57	6,7
	Chưa tốt nghiệp tiểu học	166	19,5
	Mù chữ	64	7,5
Bảo hiểm y tế	Có	706	82,6
	Không	149	17,4

3.1.2. Tình trạng sức khỏe

Bảng 3.2. Tình trạng sức khỏe người tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tình trạng sức khỏe tự đánh giá	Tuyệt vời	1	0,1
	Rất tốt	67	7,8
	Tốt	369	42,9
	Tạm ổn	342	39,8
	Kém	81	9,4
Bệnh mãn tính	Có	163	19,8
	Không	660	80,2

3.1.3. Mức độ gắn bó với Trạm y tế

Bảng 3.3. Mức độ gắn bó với Trạm y tế

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khoảng thời gian gắn bó với TYT	Ít hơn 6 tháng	71	8,4
	Từ 6 tháng đến 1 năm	28	3,3
	1-2 năm	72	8,5
	3-4 năm	86	10,2
	Từ 5 trở lên	584	69,2
	Không xác định được	3	0,4
Mức độ gắn bó	Kém	36	4,2
	Vừa	181	21
	Chặt chẽ	245	28,5
	Rất chặt chẽ	398	46,3

3.2. Đánh giá về thực hành các nguyên lý chăm sóc ban đầu tại các Trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế từ phía khách hàng sử dụng dịch vụ

Bảng 3.4: Đánh giá chung về thực hành các nguyên lý chăm sóc ban đầu tại các Trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế từ phía khách hàng sử dụng dịch vụ

Nội dung (Domain) (n)	Điểm trung bình	SD
Mức độ gắn bó (860)	3,17	0,90
Tiếp cận ban đầu- sử dụng dịch vụ (852)	3,25	0,93
Tiếp cận ban đầu (846)	2,58	0,48
Quá trình chăm sóc (851)	2,87	0,50
Chăm sóc phối hợp (255)	2,47	0,97
Phối hợp (hệ thống thông tin) (649)	2,03	0,79
Chăm sóc toàn diện (dịch vụ sẵn có) (831)	2,75	0,52
Chăm sóc toàn diện (dịch vụ cung cấp) (845)	2,22	0,84
Tập trung vào gia đình (837)	2,27	1,03
Định hướng cộng đồng (801)	2,35	0,82
Tiếp cận trên phương diện văn hóa (840)	2,37	1,17
Chỉ số chăm sóc ban đầu (849)	19,00	3,46
Chỉ số chăm sóc ban đầu mở rộng (850)	25,75	5,42

4. BÀN LUẬN

Trong 860 người tham gia nghiên cứu có gần 2/3 người có thời gian gắn bó với Trạm y tế hơn 5 năm. Chỉ khoảng 10% là có thời gian gắn bó dưới 1 năm. Còn lại khoảng 1/5 người tham gia

nghiên cứu là từ 1 đến 4 năm gắn bó với Trạm y tế. Tương tự, chỉ có khoảng 1/5 người có bệnh mạn tính trong mẫu nghiên cứu.

Với 3 câu hỏi về sự cần thiết đi khám ở TYT trước khi đi khám ở nơi khác khi có một vấn đề sức khỏe mới hoặc là khi cần đi khám sức khỏe tổng quát, phần Tiếp cận ban đầu- Sử dụng dịch vụ đã được khách hàng cho điểm cao nhất (3,25). Các nghiên cứu về đánh giá chăm sóc ban đầu tại một số nước Châu Á cũng cho kết quả tương tự với chúng tôi, nội dung Tiếp cận ban đầu- Sử dụng dịch vụ được đánh giá cao nhất (Tsai: 2,78) [17]. Điều này cũng phù hợp với thực tế. Trạm y tế là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật CSBD, phát hiện dịch sớm và phòng chống dịch bệnh, đỡ đỡ thông thường, cung ứng thuốc thiết yếu, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, tăng cường sức khỏe.

Trong những năm gần đây, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nước ta tăng cao và đa dạng. Trong bối cảnh đó, mô hình phân phối dịch vụ y tế ở Việt Nam đã có những biến động, một phần người bệnh có nhu cầu cao về dịch vụ khám chữa bệnh bắt đầu chuyển sang chọn lựa các cơ sở dịch vụ y tế tư nhân, nơi cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng chức năng tốt hơn, một số người bệnh có điều kiện sẵn sàng ra nước ngoài để khám và điều trị, những người bệnh ở các vùng miền núi, hải đảo vẫn còn khó khăn để tiếp cận được các dịch vụ khám chữa bệnh chất lượng. Chính phủ đã thực hiện nhiều chính sách nhằm bảo đảm công bằng trong cung ứng DVYT, đặc biệt là chủ trương phát triển y tế cơ sở; đẩy mạnh CSSK ban đầu; ưu tiên miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn; hỗ trợ tài chính cho người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số khi đi KCB.

Hệ thống TYT xã phường tại tỉnh Thừa Thiên Huế trong thời gian qua tiếp tục được củng cố và hoàn thiện, bảo đảm 100% số xã có Trạm y tế phù hợp với điều kiện kinh tế-xã hội và nhu cầu khám chữa bệnh từng vùng. Do đó việc được đánh giá cao về Tiếp cận ban đầu- Sử dụng dịch vụ là hoàn toàn phù hợp.

Tương tự như vậy, trong nội dung về Chăm sóc toàn diện, đặc tính Chăm sóc toàn diện- dịch vụ sẵn có đạt được điểm trung bình khá cao (2,75), điểm số này cao hơn trong nghiên cứu của Tsai (2,52)[17]. Dịch vụ y tế bao gồm tất cả các dịch vụ liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh hay dịch vụ khám chữa bệnh (DVKCB), phòng bệnh, phục hồi chức năng. Tỉnh Thừa Thiên Huế đã chú trọng đầu tư cả về cơ sở vật chất – trang thiết bị và năng lực cán bộ y tế, tăng cường đầu tư nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu; triển khai quản lý bệnh không lây nhiễm gắn với chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng, kết hợp hài hòa các hoạt động giữa các đơn vị y tế trong huyện; thực hiện tốt tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020. Do đó, việc được đánh giá cao về đặc tính Chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có là hoàn toàn phù hợp.

Trong khi đó, ngược lại, phần đặc tính chăm sóc toàn diện-dịch vụ cung cấp lại chỉ đạt được trung bình 2,22 điểm, thấp hơn mức trung bình chung (2,5). Điều này phản ánh đúng thực tế là mô hình bệnh tật đang thay đổi theo hướng tỷ lệ mắc bệnh mạn tính, không lây nhiễm, số người cao tuổi tăng nhanh với nhiều bệnh kèm theo, đặt ra yêu cầu cho tuyến y tế cơ sở phải cung cấp nhiều dịch vụ y tế hơn. Tuy nhiên, hệ thống khám chữa bệnh chưa được điều chỉnh cho phù hợp, bảo đảm cho tuyến y tế cơ sở có thể quản lý các bệnh mạn tính, bệnh nhân người cao tuổi, nhằm tăng hiệu lực của hệ thống y tế, giảm chi phí xã hội của những nhóm bệnh này. So sánh với kết quả nghiên cứu của Tsai, người dân Đài Loan đánh giá khá cao chất lượng của nội dung chăm sóc toàn diện- dịch vụ cung cấp này (điểm trung bình 2,69), là nội dung được đánh giá cao thứ hai chỉ sau nội dung tiếp cận ban đầu - sử dụng dịch vụ [17].

Nội dung chăm sóc phối hợp cũng không được người dân đánh giá cao, chỉ đạt được điểm trung bình 2,47, dưới ngưỡng trung bình chung. Điều này phản ánh đúng thực tế hiện nay là hệ thống chúng ta chưa có sự phối hợp tốt giữa Trạm y tế và bệnh viện, các cơ sở y tế công tư khác, dẫn đến chất lượng chăm sóc quản lý bệnh nhân chưa được hiệu quả. Phần lớn các bác sĩ khi được

phỏng vấn trả lời họ hiếm khi nhận được phản hồi khi chuyển bệnh nhận lên các cơ sở khác. Hệ thống chuyển viện cần được củng cố và hoàn thiện thêm.

Tính tổng cộng, chăm sóc ban đầu tại Trạm y tế đạt 19 điểm và điểm mở rộng là 25,75, xấp xỉ nghiên cứu của Tsai tại Đài Loan (điểm chăm sóc ban đầu mở rộng 25,47). [17]

Đối với từng nội dung chăm sóc ban đầu cụ thể, qua phân tích, có một số điểm đáng lưu ý:

- Tiếp cận ban đầu- khả năng tiếp cận dịch vụ: chỉ nhận được số điểm trung bình 2,58 từ phía khách hàng.

Khi được hỏi “Việc lấy hẹn để khám kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Trạm y tế có dễ dàng không”, 91,6% người dân trả lời “Có lẽ không”, chỉ có 1,2% trả lời “Có”. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế là Khám chữa bệnh ngoại trú ở Trạm y tế xã phường chưa có dịch vụ đặt lịch hẹn khám sức khỏe, kể cả khám tổng quát hay là khám vì một vấn đề sức khỏe đặc biệt.

- Chăm sóc liên tục: Thuộc tính này được người dân đánh giá số điểm tương đối cao (2,58). Trạm y tế là đơn vị kỹ thuật đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước. Nhiều nghiên cứu y khoa trên nhiều vùng miền, khu vực khác nhau (Tsai 2010) đều cho thấy rằng nếu càng hỗ trợ và cung cấp nhiều nhân viên y tế chuyên về chăm sóc ban đầu thì bối cảnh và tình hình sức khỏe của người dân càng được cải thiện như giảm tỉ lệ tử vong do các nguyên nhân, ung thư, bệnh tim mạch, đột quỵ và tử vong trẻ sơ sinh... và làm tăng tuổi thọ trung bình. Việc đầu tư cho chăm sóc ban đầu, đặc biệt là đảm bảo chăm sóc liên tục tốt sẽ giúp làm giảm tỉ lệ tử vong, đặc biệt là về những nguyên nhân gây tử vong cần can thiệp các chăm sóc ban đầu như hen suyễn, bệnh tim mạch và viêm phổi. Ngoài ra, chăm sóc liên tục tốt sẽ giúp kiểm soát một số tác động quan trọng khác đến sức khỏe và các yếu tố thuộc về hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, sử dụng rượu bia.

- Chăm sóc phối hợp: Đạt số điểm rất thấp về chất lượng của thuộc tính này. Điều này có thể phản ánh thực tế là sự liên kết phối hợp giữa Trạm y tế và các cơ sở y tế khác như là phòng khám tư nhân, bác sĩ chuyên khoa rất lỏng lẻo, hệ thống chuyển viện chưa hoàn chỉnh, đặc biệt là trong hẹn khám chuyên khoa cho bệnh nhân hay là nhận được phản hồi về lần khám chuyên khoa/tư vấn về lần khám đó cho bệnh nhân.

- Chăm sóc phối hợp-hệ thống thông tin: đây là thuộc tính có chất lượng kém nhất theo đánh giá Khách hàng. Điều này cũng dễ hiểu vì hệ thống

khám chữa bệnh ngoại trú ở Việt Nam không lưu trữ hồ sơ bệnh án khám ngoại trú của bệnh nhân ngay cả tại Trạm y tế. Điều này dẫn tới Bác sĩ/nhân viên y tế không thể nắm vững được tiền sử bệnh cũng như các thuốc đã sử dụng của bệnh nhân, làm cho chẩn đoán kém chính xác kèm với có thể xảy ra sai sót, tai biến y khoa do không nắm rõ bệnh sử tiền sử, của bệnh nhân.

Đây là một trong những chức năng chính của chăm sóc ban đầu và đã được thực hiện tốt tại các quốc gia có hệ thống chăm sóc ban đầu mạnh. Sự phối hợp ở đây là phân phối dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người bệnh trong mối liên quan với những thành phần thuộc hệ thống chăm sóc sức khỏe. Để cung cấp những dịch vụ cơ bản và thiết yếu, các chuyên gia chăm sóc ban đầu, ở đây trực tiếp là Bác sĩ tại TYT phải được xem như là người cố vấn cho bệnh nhân, hướng cho bệnh nhân sử dụng các chăm sóc đặc biệt, các phương pháp chẩn đoán và điều trị khác nhau, hệ thống theo dõi liên tục các bệnh mạn tính. Sự phối hợp những nhu cầu chăm sóc sức khỏe của một cá nhân có nghĩa phải đảm bảo tính liên tục và toàn diện của dịch vụ. Những mục tiêu đáng mong đợi về chăm sóc ban đầu đề cập ở trên sẽ đạt được những kết quả tốt nhất nếu người bệnh và nhà cung cấp dịch vụ có mối quan hệ mật thiết lâu dài [10, 11, 15].

- Chăm sóc toàn diện - các dịch vụ cung cấp: Tuy rằng nội dung chăm sóc toàn diện các dịch vụ sẵn có đạt điểm khá cao nhưng nội dung các dịch vụ cung cấp lại không được đánh giá cao từ cả phía khách hàng, chỉ cao hơn nội dung chăm sóc phối hợp (hệ thống thông tin) trong tổng số các nội dung chính của chăm sóc ban đầu. Điều này có thể giải thích là do hiện nay tuy TYT đã được cho phép thực hiện và cung cấp nhiều dịch vụ chăm sóc y tế. Tuy nhiên do hạn chế nguồn lực để duy trì việc cung cấp dịch vụ như là nhân lực, kinh phí

duy trì và phát triển và danh mục thuốc bảo hiểm y tế cho nên không thể cung cấp một số các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mặc dù vẫn có đủ năng lực để thực hiện.

Một yêu cầu chính yếu được đặt ra cho chăm sóc ban đầu là khả năng cung cấp tất cả những nhu cầu cần thiết, định hướng chăm sóc con người dù ở bất kì điều kiện khó khăn nào; phối hợp và lồng ghép chăm sóc sức khỏe bất kể dịch vụ được phân phối ở đâu và ai cung cấp chúng. Vì vậy, hai mục tiêu chính của hệ thống dịch vụ sức khỏe chính là sự tối ưu hóa và sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe [10, 15, 19]. Tính toàn diện ở đây chính là tập trung vào khía cạnh con người hơn là bệnh tật và các vấn đề sức khỏe khác, từ đó giúp cung cấp các thành phần chăm sóc ban đầu cho cả từng cá nhân và cộng đồng cách thích hợp bất kể cho dù ở các cấp độ sức khỏe nào [10].

- Các đặc tính phụ tập trung vào gia đình, định hướng cộng đồng, tiếp cận trên phương diện văn hóa được đánh giá ở mức trung bình. Nội dung tập trung vào gia đình được đánh giá thấp (Khách hàng 2,27 điểm) vì thực hành chăm sóc ban đầu ở ta vẫn đơn thuần là tập trung vào cá nhân hơn là gia đình nên hiệu quả dịch vụ không cao. Tuy nhiên, với đặc điểm của TYT là phân bố ngay trong cộng đồng dân cư, gần gũi và hiểu rõ những vấn đề xảy ra trong cộng đồng nên nội dung định hướng cộng đồng được đánh giá tạm ổn với 2,79 điểm theo ý kiến khách hàng.

V. KẾT LUẬN

- Phần tiếp cận ban đầu-sử dụng dịch vụ có điểm cao nhất (3,25), tiếp theo lần lượt là mức độ gắn bó (3,17), quá trình chăm sóc (2,87), chăm sóc toàn diện - dịch vụ sẵn có (2,75), chăm sóc phối hợp (2,47), phối hợp thông tin (2,03).

- Tổng điểm chăm sóc ban đầu (19), tổng điểm chăm sóc ban đầu mở rộng (25,75).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Tấn An (2013), Nghiên cứu kết quả thực hiện bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã và tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại Trạm y tế xã, huyện Bố Trạch, tỉnh Quảng Bình, Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Huế, tr.100-102.
2. Hồ Sĩ Biên (2007), Nghiên cứu tình hình cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của nhân dân ở các xã miền núi huyện Cam Lộ tỉnh Quảng Trị năm 2006, Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Huế, tr.79-80.
3. Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội; Bộ Tài chính; Bộ Y tế (1995), Thông tư liên Bộ của Bộ Y tế- Bộ Tài chính - Lao động, Thương binh và Xã hội số 08/TT-LB ngày 20 tháng 4 năm 1995 hướng dẫn một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở.
4. Bộ Y tế (2010), Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2010, Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015.
5. Bộ Y tế (2012), “Tổ chức, quản lý và chính sách y tế”, Đào tạo cử nhân y tế công cộng, Nhà xuất bản y học, tr.9-198.
6. Bộ Y tế, Tổng Cục Thống kê (2003), “Báo cáo chuyên đề: Chất lượng dịch vụ tại Trạm y tế xã, phường”, Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Nhà xuất bản Y học.

7. Chính phủ (1975), Nghị quyết số 15-CP ngày 14 tháng 1 năm 1975 về việc cải tiến tổ chức y tế địa phương.
8. Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL (2007), "Global health and primary care research", *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol.20, pp. 518-526.
9. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B (2008), "From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care", *Lancet*, 372, pp.1365-1367.
10. Shi L, Diana M.; Guanais, Frederico C. (2013), *Measurement of Primary Care: Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool*, Inter- American Development Bank.
11. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J (2003), "Primary care quality: community health center and health maintenance organization", *Southern medical journal*, Vol.96, pp.787-795.
12. Starfield B (1991), "Primary care and health: A cross-national comparison", *the journal of the American Medical Association*, Vol.266, pp.2268-2271.
13. Starfield B (2007), "Global health, equity, and primary care", *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol.20, pp. 511-513.
14. Starfield B (2007), "Pathways of influence on equity in health", *Social science & medicine* (1982), Vol.64, pp.1355-1362.
15. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R (1998), "Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care", *The Journal of family practice* , Vol.46, pp.216-226.
16. Starfield B, Shi L, Macinko J (2005), "Contribution of primary care to health systems and health", *The Milbank quarterly*, 83, pp.457-502.
17. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA (2010), "Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community", *Medical care*, 48, pp.628-634.
18. Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA (2010), "Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system", *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol.23, pp.402-412.
19. World Health Organization (1978), *Primary health care*.