

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây việc chăm sóc sức khỏe cho nhân dân Lào đã có những cải thiện rõ rệt trên phạm vi toàn quốc. Tuy nhiên, so với nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, các cơ sở y tế của Lào hiện nay vẫn đứng trước các thử thách cần được cải tiến, nâng cấp nhiều mặt, đặc biệt là chất lượng khám chữa bệnh rất cần được nâng cao.

Bệnh viện Chăm Pa Sắc là một bệnh viện (BV) của một tỉnh lớn ở Nam Lào. Để đáp ứng tốt hơn nhu cầu khám chữa bệnh cho nhân dân thì cần có các nghiên cứu góp phần nâng cao chất lượng hoạt động của BS, nhất là công tác khám chữa bệnh.

Vấn đề đặt ra là có thể can thiệp các biện pháp quản lý để nâng cao chất lượng BS được không và bằng cách nào? để đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng tăng và phù hợp với mô hình bệnh tật mới của bệnh nhân (BN). Góp phần giải quyết vấn đề trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu:

“Thực trạng và một số giải pháp góp phần cải thiện hoạt động khám chữa bệnh tại BS Chăm Pa Sắc - Nam Lào”.

Mục tiêu nghiên cứu:

- 1. Mô tả thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại BS tỉnh Chăm Pa Sắc - Nam Lào từ năm 1995 đến 2012.***
- 2. Đánh giá một số giải pháp can thiệp để cải thiện công tác quản lý ở BS tỉnh Chăm Pa Sắc năm 2009 đến 2012.***

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Lần đầu tiên ở Lào nghiên cứu về mô hình bệnh tật được thực hiện tại bệnh viện Chăm Pa Sắc, từ 1995 đến 2012 mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú có nhóm bệnh lây là nhóm chiếm cao nhất. Bệnh không lây có xu hướng tăng, đặc biệt là tai nạn giao thông. Tỷ lệ bệnh lây, bệnh không lây và tai nạn ngộ độc tương ứng trong năm 1995 là 49,6%; 38,4% và 11,9%; năm 2012 là 37,1%; 42,8% và 20,1%). Theo hệ cơ quan, các nhóm bệnh có tỷ lệ cao là bệnh của hệ thống hô hấp, sinh dục tiết niệu, hệ tiêu hóa, tương ứng năm 1995 là 37,36%; 9,94%; và 8,17%, năm 2012 là 38,92%; 12,14% và 10,00%). Bệnh nhân tập trung cao nhất vào khoảng tháng 6 đến tháng 8 hàng năm. Số bệnh nhân đến khám và điều trị có xu hướng tăng lên, năm 1995 là 12485, năm 2012 là 21660. Số phẫu thuật và làm thủ thuật cũng ngày một tăng cao, tương ứng năm 1995 là 9378 ca và 4356 ca, năm 2012 là 11645 ca và 4868 ca. Công suất sử dụng giường bệnh từ 66,2% năm 2009 đến năm 2012 là 77,3%. Số lần khám bệnh của bác sỹ không cao, bình quân số lần khám bệnh/ngày năm 1995 là 3,4 lần, năm 2012 là 3,5 lần. Khám cận lâm sàng bình quân cho 1 bệnh nhân có xu hướng tăng, năm 1995 là 4,0, năm 2012 là 4,8.

2. Nghiên cứu can thiệp về quản lý ở bệnh viện Chăm Pa Sắc là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện ở Lào. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra các tồn tại trong hoạt động lập kế hoạch, thống kê báo cáo của bệnh viện. Hoạt động can thiệp bằng một số giải pháp cải thiện quản lý ở bệnh viện, cụ thể là công tác lập kế hoạch hoạt động, thống kê báo cáo được thực hiện. Hoạt động can thiệp bước đầu đã thu được kết quả đáng khích lệ. Cả số lượng và chất lượng lập kế hoạch và thống kê báo cáo, giám sát, đánh giá đã được cải thiện. Kết quả này sẽ đóng góp phần vào việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện Chăm Pa Sắc và mở rộng ra các can thiệp về quản lý ở các bệnh viện tuyến tỉnh của Lào, góp phần thiết thực nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung.

BỔ CỤC LUẬN ÁN

Luận án có 123 trang, 38 bảng, 6 biểu đồ, 107 tài liệu tham khảo, phụ lục. Luận án bao gồm:

- Đặt vấn đề	02 trang
- Chương 1: Tổng quan tài liệu	39 trang
- Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	11 trang
- Chương 3: Kết quả nghiên cứu	29 trang
- Chương 4: Bàn luận	38 trang
- Kết luận	02 trang
- Kiến nghị	01 trang

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về BS và hoạt động của BS

BS không chỉ là nơi khám và điều trị bệnh mà còn có nhiệm vụ quản lý chăm sóc sức khỏe tích cực. Các nội dung quản lý chính trong BS gồm:

- Quản lý kế hoạch.
- Quản lý nhân lực và chuyên môn.
- Quản lý tài chính.
- Quản lý hệ thống thông tin báo cáo.
- Quản lý cơ sở vật chất - trang thiết bị - thuốc.

1.2. Tổng quan về công tác lập kế hoạch khám chữa bệnh

1.2.2. Các loại kế hoạch

*** Theo thời gian có:**

Kế hoạch dài hạn hay kế hoạch chiến lược, kế hoạch trung hạn (1 đến 2 năm) và kế hoạch ngắn hạn thường là kế hoạch 6 tháng, kế hoạch quý, tháng.

*** Theo nội dung công việc có:**

Kế hoạch tài chính, kế hoạch hoạt động khám chữa bệnh, kế hoạch nhân lực, kế hoạch xây dựng cơ sở hạ tầng, mua sắm vật tư trang thiết bị, duy tu bảo dưỡng máy móc...

*** Theo cách lập kế hoạch có:**

- Lập kế hoạch theo chỉ tiêu: đó là cách lập kế hoạch từ trên đưa xuống.
- Lập kế hoạch từ dưới lên.

1.2.3. Nội dung chính của bản kế hoạch

*** Phân tích đánh giá tình hình y tế đại phương:**

Đề biết được tình hình y tế và các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động y tế cần phân tích, đánh giá:

- **Các chỉ số kinh tế xã hội.**
- **Tình hình bệnh tật, sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân.**
 - + *Phân tích mô hình bệnh tật.*
 - + *Phân loại bệnh tật có:*

Phân loại theo xu hướng bệnh tật.

Phân loại bệnh theo tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất

Phân loại bệnh tật theo ICD: là phân loại theo từng chương bệnh, mỗi chương lại chia ra từng nhóm bệnh, mỗi nhóm chia thành bệnh và cuối cùng là các bệnh chi tiết theo nguyên nhân hay tính chất đặc thù của bệnh.

- + *Tình hình nghiên cứu mô hình bệnh tật*

Nghiên cứu ở nước ngoài

Ở Brunei, một trong những nước có thu nhập bình quân đầu người cao nhất thế giới và đầu tư cho y tế lớn nhất thế giới, trong mười bệnh hàng đầu hay gặp, chỉ có một bệnh nhiễm khuẩn là nhiễm khuẩn đường hô hấp, còn lại chủ yếu là bệnh tim mạch, đái đường, hen... (những bệnh không lây) [16].

Ngược lại ở Cam Pu Chia, một đất nước còn nghèo, các bệnh thường gặp lại là sốt rét, lao, tiêu chảy cấp, sốt xuất huyết, nhiễm khuẩn hô hấp cấp...

Ở Việt Nam, mô hình bệnh tật có xu hướng giảm dần các bệnh lây, tăng các bệnh không lây. Năm 2007 tỷ lệ bệnh viêm phổi là 0,41%, viêm phế quản và tiểu phế quản cấp là 0,27%, ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non do nhiễm khuẩn là 0,26%, tăng huyết áp là 0,24%, viêm dạ dày tá tràng 0,17%, tai nạn giao thông là 0,16%, viêm cấp đường hô hấp trên là 0,14%, gãy xương chi là 0,14%. Năm 2010 tỷ suất sinh thô 1,71%, tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi là 1,58%, tỷ lệ suy dinh dưỡng là 17,5%, bệnh lây truyền là 19,82%, bệnh không lây là 71,56%, tỷ lệ tai nạn, ngộ độc, chấn thương là 8,63% [19].

Ở các nước đang phát triển, bệnh nhiễm khuẩn và suy dinh dưỡng vẫn còn phổ biến, tuy nhiên chúng có xu hướng ngày càng giảm, các bệnh không lây có xu hướng tăng lên. Xu hướng bệnh tật ở mỗi nước, mỗi khu vực cần được nghiên cứu để có thể chủ động trong lập kế hoạch phòng chống.

Nhiều nước đã tiến hành nghiên cứu mô hình bệnh tật dựa trên gánh nặng bệnh tật. Đi đầu trong nghiên cứu này là nước Hoa Kỳ, Australia, Canada... [16].

Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Lào.

Các nghiên cứu có tính hệ thống về mô hình bệnh tật của Lào chưa có. Tuy nhiên, hệ thống báo cáo, thống kê về tình hình bệnh tật đã được thiết lập, công tác báo cáo, thống kê tình hình bệnh tật ngày một tốt hơn.

Dựa vào các báo cáo thống kê Y tế, cho thấy, trong 15 năm qua các bệnh truyền nhiễm đã giảm, các bệnh cao huyết áp nói riêng, tim mạch nói chung và các bệnh ung thư tăng, tỷ lệ TV của các bệnh này cũng tăng lên đáng kể. Trước năm 1976 các bệnh truyền nhiễm chiếm 50 - 56% các trường hợp mắc bệnh và tử vong. Tới năm 1997 tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm là 27%.

Ở BS tỉnh Chăm Pa Sắc, Năm 2010 số BN chấn thương 42,90%, năm 2012 là 31,10%. Các bệnh lây vẫn còn chiếm tỷ lệ cao nhưng cũng đã dần giảm xuống và các bệnh không lây dần tăng lên, năm 2009 tỷ lệ bệnh không lây là 26,63%, năm 2012 tỷ lệ này là 27,14%. Gánh nặng bệnh tật hàng đầu ở tỉnh Chăm Pa sắc là tai nạn, bệnh nhiễm trùng, bệnh chu sinh. Trong các loại hình tai nạn, đuối nước là gặp nhiều nhất [23].

Thực tế trên đã chỉ ra rằng về cơ bản mô hình bệnh tật của nước Lào vẫn là mô hình bệnh tật của một nước đang phát triển.

- Tình hình nguồn lực y tế: con người, tài chính, trang thiết bị.

+ Nguồn nhân lực:

Ở các BV tỉnh của Lào bình quân có 1 cán bộ y tế (CBYT) cho 1 giường bệnh, trong đó nhân lực khối lâm sàng chiếm 42%, cận lâm sàng 8,3%, quản lý 20%, hậu cần 5%. Theo Bộ y tế Lào (1995), đối với BV 250 giường tỷ lệ này là: lâm sàng 64%, cận lâm sàng 4 - 8%, dược 11%, quản lý phục vụ 20 - 25%. Điều này cho thấy các BV tỉnh đã tập trung chủ yếu cho hệ lâm sàng [24].

+ Trang thiết bị y tế:

Tại BV tỉnh Chăm Pa Sắc Lào, từ những năm 1990 trở lại đây, TTBYT được mua sắm mới chiếm khoảng 18% yêu cầu. Đặc biệt năm 1994, kinh phí được cấp gần 5 tỷ kip để nâng cấp TTBYT.

Với sự đầu tư này, chất lượng các hoạt động khám chữa bệnh đã được cải tiến. Tuy nhiên, so với nhu cầu, TTBYT còn cần được đầu tư hơn nữa.

+ Về nguồn lực tài chính:

Ở Lào, trước thời kỳ chuyển sang kinh tế thị trường, nguồn tài chính duy nhất của ngành y tế là do ngân sách của Chính phủ đảm bảo. Sang thời kỳ kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa thì NSNN dành cho y tế đã tăng, từ năm 1991 - 1997 mức tăng hàng năm khoảng 2% - 6%.

Từ năm 2002, việc thu một phần viện phí và bảo hiểm y tế (BHYT) được thực hiện đã có vai trò ngày càng lớn trong ngân sách y tế.

1.3. Thực trạng của hoạt động khám chữa bệnh các BS của Lào

1.3.1. Tình hình khám chữa bệnh tại BS tuyến tỉnh

Tuyến tỉnh là tầng thứ 2 trong hệ thống y tế Nhà nước, là tuyến cuối trong chăm sóc sức khỏe ở một tỉnh. Các khoa trong BV bao gồm một số chuyên khoa chính như nội khoa, sản phụ khoa, ngoại khoa, nhi khoa, bệnh truyền nhiễm, đông y, cấp cứu và xét nghiệm. Khoảng 35% số nhân viên y tế làm việc tại cấp tỉnh được nhận hỗ trợ về mặt kỹ thuật, nguồn lực từ Bộ Y tế và các BS Trung ương.

1.3.2. Đánh giá hoạt động khám chữa bệnh của BS

Hoạt động khám chữa bệnh được đánh giá bằng các chỉ số như số BN nội trú, số BN ngoại trú hàng năm, mức sử dụng giường bệnh nội trú, số lần khám/1 bác sĩ, số lần phẫu thuật/ sè BN nội trú, số lần phẫu thuật, số lần xét nghiệm/1 BN nội trú, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai, số lần khám trước sinh trung bình cho một sản phụ...

1.3.3. Tiêu chuẩn đánh giá công tác chuyên môn tại BS tỉnh

Theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Lào [31], đánh giá chất lượng quản lý chuyên môn phải dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Tỷ lệ sử dụng giường bệnh: BV tỉnh phải đạt là trên 80%.
- Ngày điều trị trung bình: BV tỉnh cho mỗi BN là 10 ngày.
- Tỷ lệ CBYT/giường bệnh của BV tuyến tỉnh là 1 CBYT/giường bệnh.
- Đủ trang thiết bị y tế theo tiêu chuẩn.
- Đội ngũ chuyên môn kỹ thuật có học hàm học vị, tay nghề giỏi theo quy định của Bộ Y tế Lào.

1.4. Thống kê trong BS và quản lý thông tin tại BS

Ở Lào: theo quy chế về thống kê của Bộ Y tế, thống kê y tế tuyến tỉnh làm theo một bộ các biểu mẫu. Trong đó có biểu số 6 về tình hình bệnh tật và tử vong tại BS, biểu số 1, số 2, và số 3 dùng cho thống kê công tác khám chữa bệnh và các dịch vụ y tế; Biểu 8 thống kê tình hình TTBYT; Biểu 4 tình hình nhân lực y tế; Biểu 9 về ngân sách, tình hình giường bệnh.

1.4.1. Tình hình thông tin y tế trên thế giới hiện nay

Theo Corlien M., Var Kervisser, Pathmananthan I. và Brownlee, thông tin y tế tại Hoa Kỳ được thu thập từ 4 nguồn chính là: các thầy thuốc, các phòng thí nghiệm, các trường học và từ thống kê tử vong.

Tại Philippin, Thái Lan, hệ thống thông tin y tế tổ chức thành mạng lưới từ thôn đến xã đến huyện đến tỉnh rồi lên bộ Y tế. Hai phương pháp thu thập thông tin chính thường sử dụng là báo cáo định kỳ và điều tra nghiên cứu tại cộng đồng.

Ở Anh, theo Ayana M., Poul P. và Ebrahim S. [58]: để nắm được tình hình BN đột quy, người ta dùng phương pháp kế hoạch dựa vào thông tin ban đầu. Thông qua phỏng vấn và ghi chép các dấu hiệu ban đầu để chẩn đoán bệnh. Tại Hoa Kỳ người ta có các ứng dụng thu thập thông tin y tế để cải thiện chất lượng các ứng dụng y tế [59].

1.4.2. Các thông tin y tế tuyến tỉnh của CHDCND Lào

Việc thông kê y tế cần thực hiện ở mọi cơ sở y tế, các cơ sở y tế tuyến xã báo cáo cho huyện, huyện báo cáo cho tỉnh, tỉnh báo cáo cho bộ Y tế.

1.5. Công tác theo dõi, giám sát đánh giá hoạt động của BS

Trong BS tỉnh, để công tác giám sát đánh giá, báo cáo định kỳ, báo cáo hàng năm và thống kê y tế có chất lượng cần:

- Có các mẫu báo cáo thống nhất, có mẫu giám sát theo dõi.
- Các khoa phòng có các báo cáo thường kỳ, báo cáo đột xuất kịp thời.
- BS có đội ngũ cán bộ làm công tác thống kê, lập kế hoạch y tế.

1.6. Một số thông tin chung về tỉnh Chăm Pa Sắc

Tỉnh Chăm Pa Sắc là nằm ở phía nam Lào, có biên giới giáp với các tỉnh Xê Koong và tỉnh Át Tả Pư Sa La Văn, (Lào), tỉnh U Bôn Rath Sa Tha Ny (Thái Lan), tỉnh Strong treng (Căm Pu Chia). Tỉnh gồm có 10 huyện, có 9 BS. Tỉnh Chăm Pa Sắc với tổng diện tích là 1.541 km², dân số 607.370 người, mật độ dân cư trung bình 39,4 người/km². Là tỉnh cung cấp lương thực trọng điểm của Lào.

Với sự tăng trưởng kinh tế, đời sống của nhân dân trong tỉnh ngày càng được nâng lên, các nhu cầu về ăn mặc và đặc biệt nhu cầu có được các dịch vụ y tế có chất lượng cũng tăng lên.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại tỉnh Chăm Pa Sắc Lào.

Nghiên cứu được tiến hành ở 3 thời điểm là:

- Trước can thiệp lấy số liệu ở 3 thời điểm năm 1995, 2000 và 2005.
- Thực hiện can thiệp năm từ tháng 6 đến tháng 12-2009.
- Sau can thiệp 3 năm được đánh giá vào năm 2012.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là:

- Các báo cáo của BV, các bản kế hoạch của các khoa phòng, của BS.
- Các mẫu biểu và báo cáo về quản lý giám sát khám chữa bệnh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Dùng phương pháp nghiên cứu mô tả, kết hợp nghiên cứu cắt ngang với nghiên cứu tiến cứu để đánh giá chất lượng hoạt động khám chữa bệnh tại BS tỉnh Chăm Pa sắc và đề xuất các giải pháp về quản lý để nâng cao chất lượng hoạt động khám chữa bệnh tại BS tỉnh Chăm Pa sắc.

Nghiên cứu can thiệp: áp dụng thí điểm các giải pháp về quản lý để nâng cao chất lượng hoạt động khám chữa bệnh tại BS Chăm Pa Sắc.

*** Các hoạt động can thiệp chính gồm:**

- Giới thiệu về các bước cơ bản về lập kế hoạch cho cán bộ BS.
- Giới thiệu và áp dụng mẫu lập kế hoạch y tế cho các khoa phòng, của BS.
- Thống nhất xây dựng một số mẫu biểu báo cáo trong BS.
- Theo dõi, giám sát và góp ý với các khoa, phòng, BS về quá trình thực hiện, các hoạt động khám chữa bệnh và lập kế hoạch.
- Đánh giá số và chất lượng hoạt động quản lý trước và sau can thiệp, đánh giá hiệu quả của công tác quản lý.

2.4. Các bước nghiên cứu

Các hoạt động chính của toàn bộ nghiên cứu gồm:

1. Mô tả đặc điểm dân số, kinh tế, văn hóa xã hội.
2. Điều tra về mô hình bệnh tật tại BS.
3. Điều tra thực trạng công tác quản lý gồm việc lập kế hoạch, triển khai, giám sát, đánh giá chất lượng hoạt động quản lý ở BS.
4. Điều tra thực trạng hoạt động khám chữa bệnh ở BS tỉnh Chăm Pa Sắc qua báo cáo, hồ sơ lưu và qua quan sát thực tế.
5. Đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.
6. Áp dụng thử nghiệm một số biện pháp can thiệp về quản lý góp phần nâng cao chất lượng tổ chức khám chữa bệnh tại BS Chăm Pa Sắc.
7. Đánh giá hiệu quả của quá trình can thiệp cải tiến một số biện pháp quản lý trong BS.
8. Kiến nghị các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh trong tương lai.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được xử lý trên phần mềm EPI INFO 6.04. và SPSS.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Việc tổng kết, báo cáo của chúng tôi không vi phạm đạo đức nghiên cứu vì không gây ảnh hưởng đến sức khỏe của BN, không tiết lộ các bí mật thông tin cá nhân của người bệnh.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoạt động khám chữa bệnh của BS tỉnh Chăm Pa Sắ

3.1.1. Một số thông tin chung về BS đa khoa tỉnh Chăm Pa Sắ

Bảng 3.1. Một số thông tin chung về BS đa khoa tỉnh Chăm Pa Sắ

Nội dung	Năm				
	1995	2000	2005	2009	2012
Số khoa	19	21	22	25	25
Số giường bệnh	250	250	197	260	260
Số nhân viên	280	289	261	280	296
Tổng số điều dưỡng	83	101	101	123	132
Tổng số bác sĩ	41	48	52	49	52
Số nhân viên có trình độ sau đại học	1	4	9	29	34

Nhận xét: Số giường bệnh năm 2005 có giảm, số nhân viên giảm nhưng số khoa phòng, số y tá, điều dưỡng, số bác sĩ (BS) tăng. Số cán bộ sau đại học liên tục tăng qua các năm.

3.1.2. Kết quả phân tích mô hình bệnh tật của BN nội trú BS

Tình hình bệnh lây, bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích qua các năm ở tỉnh Chăm Pa Sắ, kết quả được trình bày ở bảng 3.2.

Bảng 3.2. Phân bố BN theo nhóm bệnh ở BV Chăm Pa Sắ

Năm	Nhóm bệnh					
	Bệnh lây		Bệnh Không lây		Tai nạn ngộ độc	
	SL	%	SL	%	SL	%
1995	6.198	49,6	4.797	38,4	1.490	11,9
2000	7.759	50,5	5.427	35,4	2.163	14,1
2005	9.146	53,1	5.174	30,1	2.891	16,8
2009	10.652	49,2	7.173	33,1	3.839	17,7
2010	7.035	31,9	10.366	47,0	4.658	21,1
2011	10.773	38,0	12.160	42,9	5425	19,1
2012	11.310	37,1	13.054	42,8	6137	20,1

Nhận xét: Tai nạn giao thông tăng lên theo các năm. Tỷ lệ bệnh truyền nhiễm ở năm 1995 - 2009 luôn cao, năm 2010 có giảm đi nhưng sau đó lại tăng lên.

Bảng 3.3. 10 bệnh có tỷ lệ nhập viện cao nhất năm 1995 và 2000

TT	Năm 1995		Năm 2000	
	Nhóm bệnh	%	Nhóm bệnh	%
1	Viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn	28,30	Sốt rét	53,12
2	Sốt rét	19,31	Tai nạn giao thông	15,25
3	Tai nạn giao thông	18,66	Viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn	6,69
4	Viêm phổi	12,85	Ỉa chảy	6,19
5	Sốt xuất huyết	8,51	Viêm ruột thừa	5,88
6	Ỉa chảy	7,20	Viêm phổi	5,82
7	Lao phổi	1,90	Lao phổi	4,43
8	Viêm gan virus	1,35	Viêm gan virus	1,64
9	Viêm ruột thừa	1,03	Li trực khuẩn do Shigella	0,62
10	Li trực khuẩn do Shigella	0,90	Sốt xuất huyết	0,35
	Tổng	100		100

Nhận xét: Bệnh nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng, sốt xuất huyết, sốt rét cao. Năm 2000 tai nạn giao thông đã đứng hàng thứ 2 trong các bệnh gặp nhiều nhất. Đây cũng là thời kỳ đường giao thông ở Chăm Pa Sắc được nâng cấp, nhiều phương tiện tốc độ cao được sử dụng.

Bảng 3.4. Mười bệnh có tỷ lệ nhập viện cao nhất năm 2005, 2009

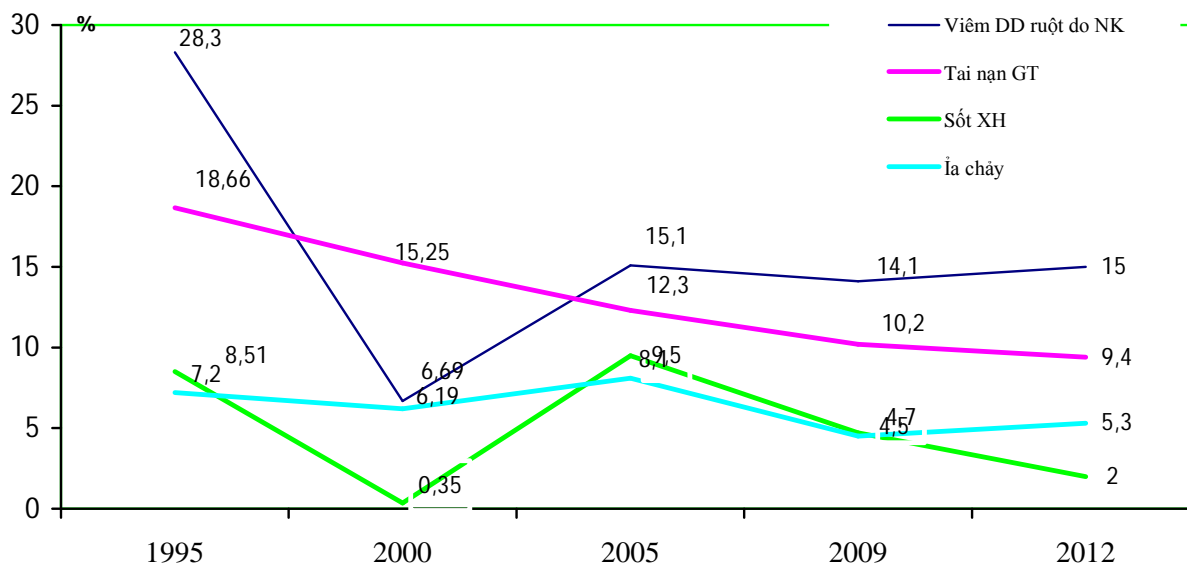
TT	Năm 2005		Năm 2009	
	Nhóm bệnh	%	Nhóm bệnh	%
1	Tâm thần thần kinh	19,8	Viêm dạ dày ruột do NK	14,1
2	Viêm dạ dày ruột do NK	15,1	Tai nạn giao thông	10,2
3	Sốt rét	14,5	Bệnh bộ máy tiêu hoá.	8,9
4	Tai nạn giao thông	12,3	Viêm phổi vụn Hen Phở Qu	5,8
5	Sốt xuất huyết	9,5	Sốt xuất huyết	4,7
6	Viêm hô hấp	8,4	Ỉa chảy	4,5
7	Ỉa chảy	8,1	Viêm Amygdan	4,2
8	Viêm Amygdan	5,7	Cúm Cúm	3,6
9	Bệnh viêm lây	4,9	Cao Huyết áp	2,4
10	Cao Huyết áp	1,5	Bệnh lây	2,3
	Tổng	100		100

Nhận xét: Bên cạnh các bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng thì một số bệnh tâm thần thần kinh, tim mạch và tai nạn giao thông đã trở nên đáng lo ngại vì có tỷ lệ mắc cao. Mô hình bệnh tật vẫn là mô hình bệnh của khu vực nông thôn sản xuất nông nghiệp, kinh tế đang phát triển.

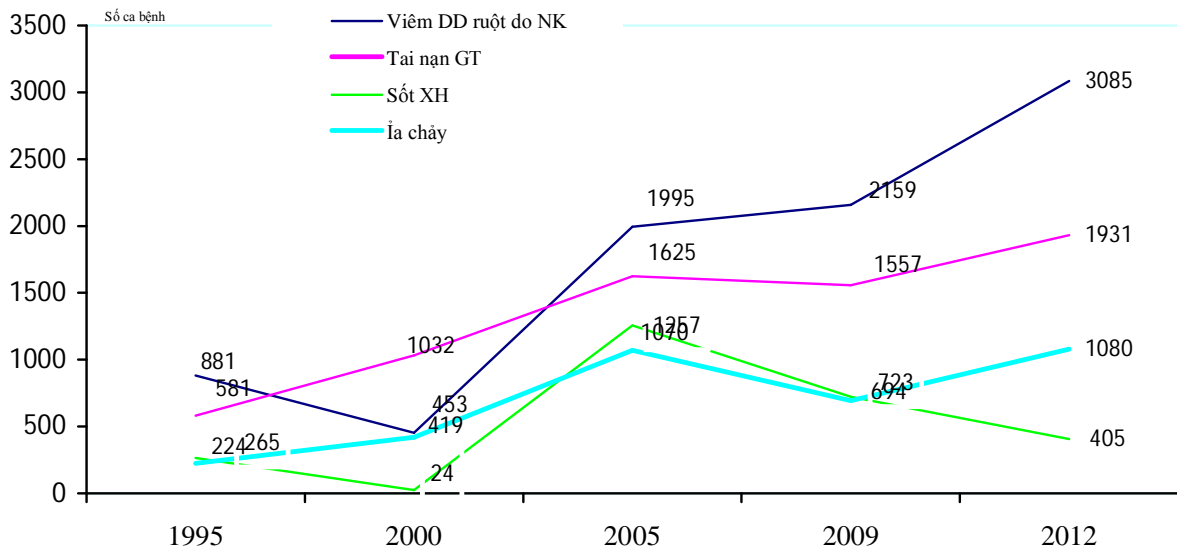
Bảng 3.5. 10 bệnh có tỷ lệ nhập viện cao nhất năm 2012

TT	Nhóm bệnh	Số lượng	%
1	Viêm dạ dày ruột do NK	3085	15,0
2	Tai nạn	1931	9,4
3	Bệnh tim mạch	1892	9,2
4	Bệnh đường hô hấp	1504	7,3
5	Viêm Amygdan	1255	6,1
6	Tiêu chảy	1080	5,3
7	Nhiễm trùng tiết niệu	743	3,6
8	Nạo, phá thai	427	2,1
9	Sốt xuất huyết	405	2,0
10	Bệnh do virus	354	1,7

Nhận xét: Tai nạn giao thông, bệnh tim mạch và nạo, phá thai là các bệnh không lây truyền khá cao chứng tỏ mô hình bệnh tật đã chuyển sang hướng giảm các bệnh nhiễm trùng, tăng tỷ lệ các bệnh không nhiễm trùng.

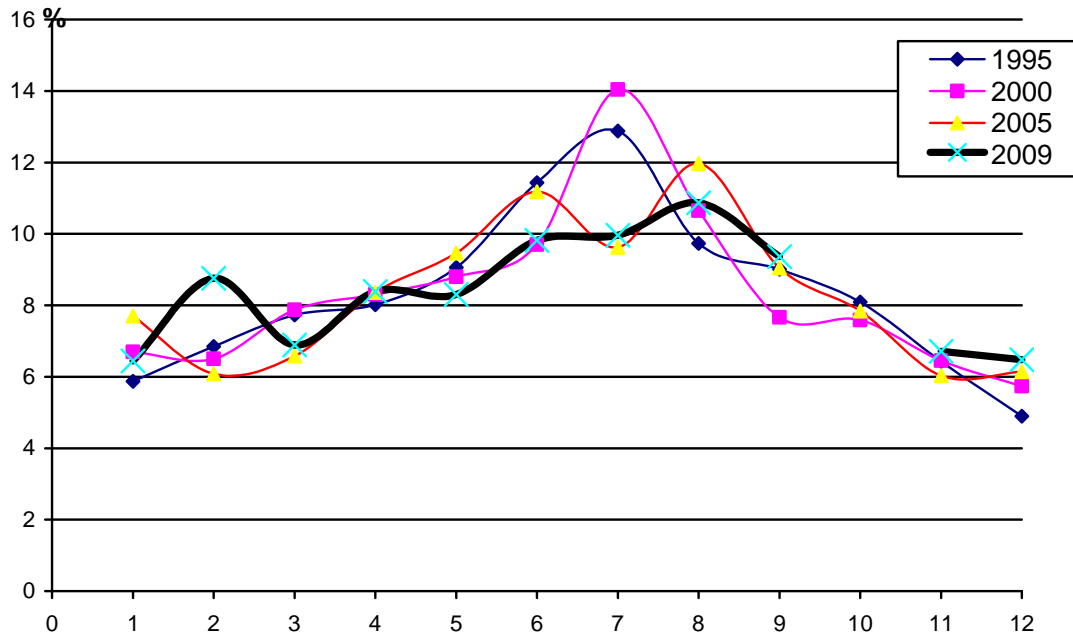
**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ một số bệnh mắc với tần số cao ở BV CPS năm 1995 đến 2012**

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy những năm sau các bệnh các bệnh nhiễm trùng và tai nạn giao thông có xu hướng giảm.



Biểu đồ 3.2. Số ca mắc của một số bệnh mắc với tần số cao ở BS Chăm Pa Sắc năm 1995 đến 2012

Nhận xét: Về tỷ lệ thì 5 bệnh viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn, sốt xuất huyết, tiêu chảy và tai nạn giao thông đều có tỷ lệ giảm dần (biểu đồ 3.1). Tuy nhiên, số lượng BN thực tế thì các năm sau đều tăng nhiều (biểu đồ 3.2), chỉ có sốt xuất huyết là số ca mắc có năm cao năm thấp.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ BN nhập viện theo tháng trong 4 năm 1995, 2000, 2005 và 2009.

Nhận xét: Tỷ lệ BN vào viện cao nhất ở BV CPS là vào tháng 6 đến tháng 8 hàng năm, tháng nhập viện thấp nhất là ở các tháng 1, 2, 11 và 12.

3.1.3. Nguồn lực của BS tỉnh Chăm Pa Sắc

Bảng 3.6. Số giường bệnh và phân bè cán bộ chuyên môn tại BS đa khoa tỉnh Chăm Pa Sắc 5 năm

Nội dung	1995	2000	2005	2009	2012
----------	------	------	------	------	------

Số giường thực tế	250	250	197	260	260
Bác sỹ	32	43	40	49	64
ThS, CKI	0	2	3	29	26
Y sỹ	132	105	97	81	88
Y tá, điều dưỡng	78	94	84	109	134
Nữ hộ sinh	5	10	13	10	12
Kỹ sư	0	0	1	2	5
Kỹ thuật viên	0	0	1	4	12
Dược sỹ (sau ĐH + ĐH)	2	3	3	5	5
Dược sỹ (Trung học + Sơ học)	18	11	13	13	19
Khác	8	9	12	147	130

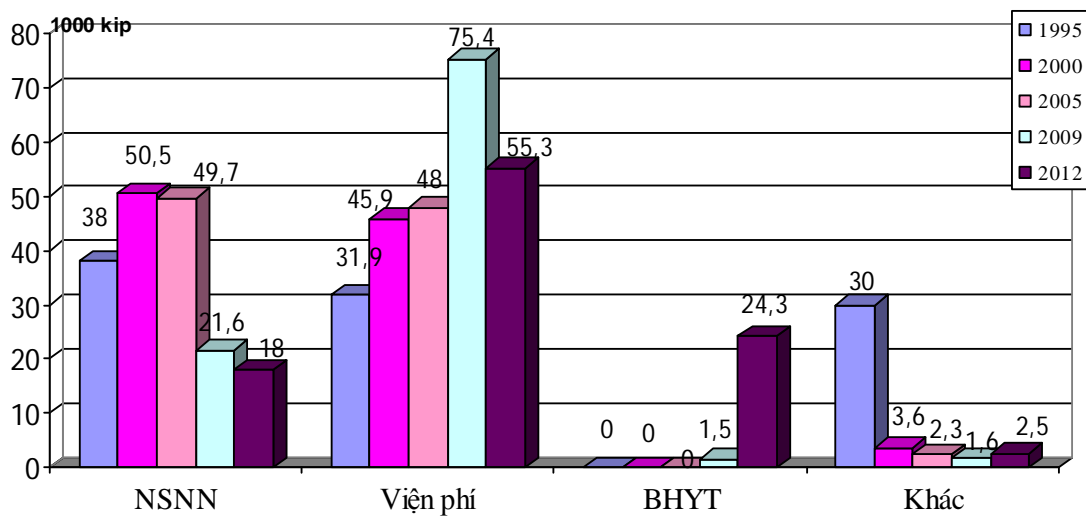
Nhận xét: Mặc dù số giường bệnh năm 2005 có giảm, số lượng y, BS có giảm một chút nhưng theo thời gian, trình độ của đội ngũ cán bộ chuyên môn y tế tại BV Chăm Pa Sắc đã tăng đáng kể.

Nhân lực chi tiết các năm từ 2009 đến 2012 được trình bày ở bảng sau:

Bảng 3.7. Phân bố nhân lực theo giường bệnh và tỷ lệ y tá/BS của BV

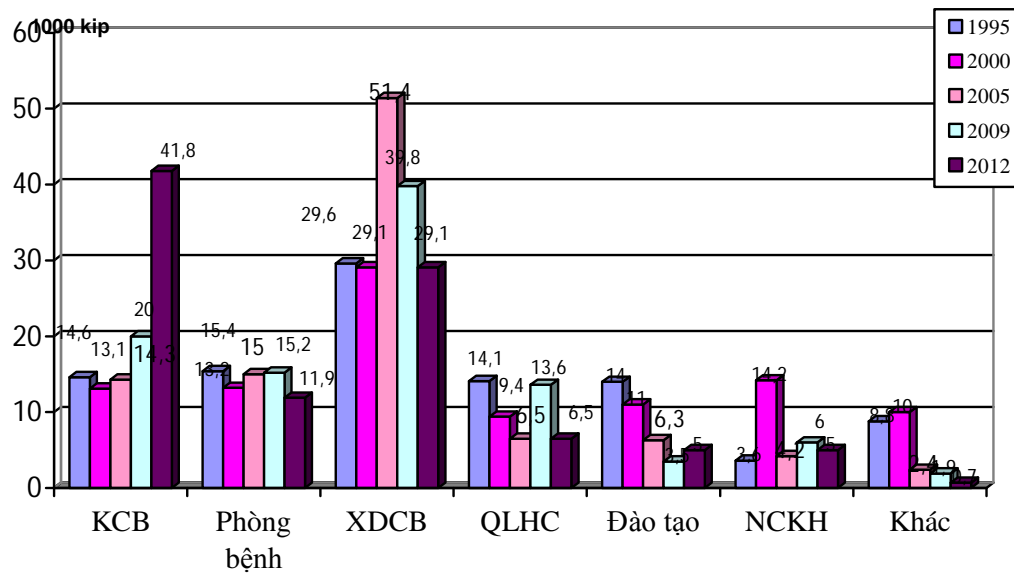
Năm	BS/GB	Y tá/GB	Y tá/BS
1995	0,12	0,31	2,4
2000	0,17	0,37	1,95
2005	0,20	0,37	1,69
2009	0,26	0,47	1,85
2012	0,31	0,46	1,81

Nhận xét: Số lượng CBYT/giường bệnh, số BS/giường bệnh, số y tá/giường bệnh ngày càng tăng, tỷ lệ Y tá, điều dưỡng/BS duy trì gần bằng 2. Cơ cấu CBYT cũng ngày càng phù hợp hơn.



Biểu đồ 3.4. Phân bố các nguồn thu tài chính của BV CPS trong 5 năm

Ngân sách Nhà nước đầu tư cho BV ngày một tăng. Nguồn thu từ viện phí cũng ngày một tăng, trong khi đó nguồn thu khác giảm.



Biểu đồ 3.5. Phân bố các khoản chi của BV đa khoa tỉnh Chăm Pa Sắc

Nhận xét: Chi phí cho khám chữa bệnh là 13,1 đến 20%, cho phòng bệnh thường cao hơn chi phí khám chữa bệnh. Chi phí cho xây dựng cơ bản ở các năm đều khá cao: hơn 29%, đặc biệt năm 2005 lên đến 51,4%. Chi cho quản lý hành chính ngày càng giảm, năm 2012 chỉ là 6,5%.

3.1.4. Hoạt động khám chữa bệnh

Bảng 3.8. Bình quân hoạt động khám chữa bệnh ở tỉnh CPS từ 1995 đến 2009

Các chỉ số	1995	2000	2005	2009
Số lần khám bệnh /1000dân	62,2	101,2	81,1	71,9
Số lượt BN nội trú/1000 dân	15,7	23,0	27,8	27,1
Số lần khám bệnh trung bình 1 BS/ngày	3,4	3,62	3,37	3,6
Số ngày điều trị nội trú trung bình /1 BN	6	5	4	4,6
Công suất sử dụng giường bệnh	76,6	81,0	67,8	66,2
Số BN phải phẫu thuật	1775	2294	2361	2372
Số BN phải làm thủ thuật	2265	2716	3369	2109

Nhận xét: Số lần khám bệnh/1000 dân tăng ở năm 2000 nhưng giảm ở năm 2005 và 2009; Số lượt BN nội trú/1000 dân tăng; Số ngày điều trị nội trú trung bình/1 BN giảm, số lần phẫu thuật và làm thủ thuật tăng lên. Thực trạng này có lẽ cũng phù hợp với tình trạng tai nạn giao thông tăng cao nên nhu cầu làm phẫu thuật tăng lên.

Bảng 3.9. Hoạt động khám chữa bệnh ở BV CPS qua các năm 2010 - 2012

Các chỉ số	2010	2011	2012
Số lần khám bệnh ngoại trú /1000dân	30.4	25,1	23,4
Số lượt BN nội trú/1000 dân	5,6	6,3	5,8
Số lần khám bệnh trung bình 1 BS/ngày	3.0	3,2	3,5
Số ngày điều trị nội trú trung bình /1 BN	3,5	3,4	3,5
Công suất sử dụng giường bệnh	67,1	67,7	77,3
Số BN phải phẫu thuật	10.404	11.645	12.836
Số BN phải làm thủ thuật	4.092	4.578	4.868

Nhận xét: Số lần khám bệnh/1000, số lượt BN nội trú/1000 dân được duy trì qua các năm. Số ngày điều trị nội trú trung bình/1BN tương tự nhau ở các năm khoảng 3,4 ngày, số lần phẫu thuật tăng qua các năm. Công suất sử dụng giường bệnh của BS tăng từ 66,2% năm 2009 lên 77,3% năm 2012.

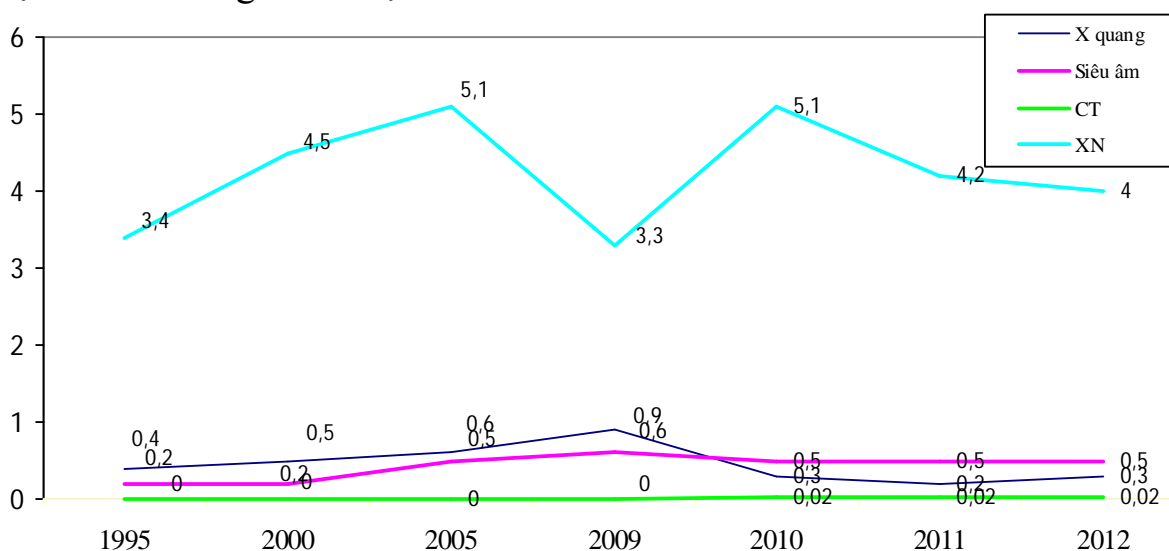
Bảng 3.10. Số lượt người chụp X quang, siêu âm, xét nghiệm ở BV CPS từ năm 1995 đến năm 2012

Năm		X quang	Siêu âm	Xét nghiệm	Tổng
1995	n	4.915	2.053	42.512	49.480
	%	9,93	4,1	85,91	100
2000	n	7.292	3.375	69.610	80.277
	%	9,08	4,2	86,7	100
2005	n	10.390	8.046	87.741	106.177
	%	9,78	7,6	82,63	100
P1		>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
2009	5.002	9.163	546	53.705	78.416
2010	6.626	11.923	507	112.927	131.983
2011	6.512	12.723	606	113.822	133.663
2012	7.803	15.030	539	122.285	145.657
P*	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

Ghi chú: P1: So sánh năm 1995 với năm 2000 và 2005.

*P: So sánh năm 2009 với năm 2012

Nhận xét: Số BN được làm xét nghiệm cận lâm sàng ngày một tăng, đặc biệt siêu âm tăng lên rõ rệt.



Biểu đồ 3.6. Số lần thực hiện các thăm khám cận lâm sàng bình quân cho mỗi BN năm 1995 - 2012

Nhận xét: Thăm khám cận lâm sàng được sử dụng nhiều nhất là xét nghiệm, tổng số các loại thăm khám cận lâm sàng bình quân cho mỗi BN tăng, bắt đầu từ 2010 BS có sử dụng thêm CT scanner, song nhìn chung các thăm khám cận lâm sàng này còn ít.

Bảng 3.11. Tình hình BN chuyển tuyến lên BS Trung ương của BS Chăm Pa sắc theo năm

Các chỉ số	1995	2000	2005	2009	2012
Tổng số BN	12.485	15.349	17.211	16.221	30.498
Số BN chuyển đi	2	9	14	11	10
Tỷ lệ % BN chuyển đi	0,01	0,03	0,05	0,06	0,03

Nhận xét: Số BN chuyển viện có tăng nhưng không đáng kể, không có sự khác biệt giữa các năm.

Bảng 3.12. Số BN chuyển đến BS Chăm Pa Sắc từ một số BS tỉnh khác

Tỉnh	Số BN chuyển đến Chăm Pa Sắc qua các năm			
	2009	2010	2011	2012
Saravan	1.412	1.512	1.454	1.443
Sekong	191	341	401	389
Attapeu	337	183	172	180

Nhận xét: Số lượng BN từ các tỉnh lân cận chuyển đến BS tỉnh Chăm Pa Sắc ngày càng nhiều, điều này chứng tỏ người dân và cả các BS các tỉnh gần Chăm Pa Sắc đã tin tưởng hơn và gửi BN đến khám chữa bệnh ở BS Chăm Pa Sắc tăng lên theo các năm.

3.2. Kết quả một số giải pháp can thiệp nâng cao công tác quản lý tại bệnh viên Chăm Pa Sắc

3.2.1. Tình hình lập kế hoạch hoạt động của BS Chăm Pa Sắc

Bảng 3.13. Tỷ lệ các khoa phòng, các bộ phận trực thuộc BV có kế hoạch

Năm	Số đơn vị	% có kế hoạch tháng	% có kế hoạch quý	% có kế hoạch 6 tháng	% có kế hoạch năm
1995	19	68,42	78,94	94,73	100
2000	21	76,19	80,95	95,23	100
2005	22	81,81	86,36	95,45	100
2009	25	80,00	88,00	100	100
2012	25	86,67	88,00	100	100

Nhận xét: tất cả các khoa phòng của BS đều có kế hoạch năm. Tỷ lệ các khoa phòng có kế hoạch 6 tháng cao hơn có kế hoạch quý, quý cao hơn tháng. Tỷ lệ các khoa phòng có kế hoạch tăng dần từ năm 1995 đến 2012.

Bảng 3.14. Chất lượng các bản kế hoạch của các khoa phòng, các bộ phận trực thuộc BS Chăm Pa Sắc

Chất lượng các phần của kế hoạch		Tỷ lệ bản kế hoạch đạt yêu cầu									
		Các năm trước can thiệp					Sau can thiệp				
		1995		2000		2005		2009		2012	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Có phân tích tình hình	KH tháng	55	32,7	62	35,5	136	35,3	240	81,3	260	97,7
	KH quý	50	52,0	68	44,1	76	56,6	88	93,2	88	97,7
	KH 6 tháng	31	71,0	40	67,5	42	73,8	50	96,0	50	100
	KH năm	19	84,1	20	80,00	22	100	25	100	25	100
Có phân tích các nguồn lực	KH tháng	55	78,2	62	75,8	136	80,9	240	92,1	260	97,7
	KH quý	50	82,0	68	79,4	76	80,3	88	89,8	88	97,7
	KH 6 tháng	31	83,9	40	75,0	42	80,9	50	96,0	50	100
	KH năm	19	89,5	20	90,0	22	86,4	25	100	25	100
Có các chỉ số hoạt động rõ ràng	KH tháng	55	63,6	62	64,5	136	72,1	240	87,5	260	97,6
	KH quý	50	64,0	68	67,7	76	78,9	88	89,8	88	96,6
	KH 6 tháng	31	80,7	40	70,0	42	76,2	50	96,0	50	100
	KH năm	19	78,9	20	85,0	22	90,9	25	100	25	100
Có phân công nhiệm vụ cho từng người	KH tháng	55	52,7	62	35,5	136	52,1	240	56,6	260	91,5
	KH quý	50	50,0	68	45,6	76	59,2	88	63,6	88	93,2
	KH 6 tháng	31	58,1	40	60,0	42	69,1	50	74,0	50	96,0
	KH năm	19	57,9	20	55,0	22	68,2	25	84,0	25	100
Có kế hoạch hoạt động giám sát	KH tháng	55	29,1	62	30,65	136	33,1	240	50,4	260	91,5
	KH quý	50	34,0	68	36,7	76	38,2	88	59,1	88	92,0
	KH 6 tháng	31	48,4	40	45,0	42	50,0	50	64,0	50	92,0
	KH năm	19	47,4	20	50,0	22	59,1	25	76,0	25	100

*Ghi chú: * n: tổng số bản kế hoạch được phân tích*

%: % số bản kế hoạch đạt chất lượng theo yêu cầu

Nhận xét: Chất lượng các bản kế hoạch năm tốt hơn kế hoạch 6 tháng, kế hoạch 6 tháng đầy đủ hơn kế hoạch quý và kế hoạch quý tốt hơn kế hoạch tháng.

Chất lượng của các bản kế hoạch của các năm sau tốt hơn năm trước, đặc biệt sau thời gian can thiệp thì chất lượng các bản kế hoạch đã tốt lên nhiều.

3.2.2. Tình hình thực hiện báo cáo hoạt động của BV CPS

Bảng 3.15. Tình hình thực hiện báo cáo hoạt động trước và sau can thiệp tại BV CPS

Loại báo cáo	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Báo cáo tháng (n=300)	254 (81,7%)	260 (86,7%)	>0,05
Báo cáo quý (n=100)	86 (86,0%)	88 (88,0%)	>0,05
Báo cáo 6 tháng (n=50)	48 (96,0%)	100%	>0,05
Báo cáo năm (n=25)	100	100	

Nhận xét: Các khoa phòng hầu hết đều có báo cáo, đặc biệt báo cáo 6 tháng và năm, ngay cả thời điểm trước khi can thiệp các khoa phòng cũng hầu hết đều có báo cáo. Tỷ lệ các khoa phòng có báo cáo sau can thiệp tăng lên nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp.

Bảng 3.16. Chất lượng các bản báo cáo hoạt động của BV trước và sau can thiệp

Loại báo cáo	Trước can thiệp (đầu năm 2009)	Sau can thiệp 3 năm	p
Báo cáo tháng đạt yêu cầu	151/254 (59,5%)	183/260 (70,4%)	<0,05
Báo cáo quý đạt yêu cầu	53/86 (61,6%)	64/88 (72,7%)	<0,05
Báo cáo 6 tháng đạt yêu cầu	33/48 (68,8%)	39/50 (78%)	<0,05
Báo cáo năm đạt yêu cầu	21/25 (84%)	24/25 (96%)	>0,05

Nhận xét: Về chất lượng của báo cáo thì sau can thiệp chất lượng có tốt hơn trước can thiệp với sự sai khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Tình hình thực hiện công tác giám sát của BS Chăm Pa Sắc

Bảng 3.17. Công tác giám sát của các đơn vị BV trước và sau can thiệp.

Hoạt động giám sát	Trước can thiệp (đầu năm 2009)	Sau can thiệp (2012)	p
Thực hiện giám sát thường xuyên	12/25 (48%)	16/25 (64%)	<0,05
Giám sát khi triển khai các kế hoạch hoạt động lớn	10/25 (40%)	19/25 (76%)	<0,05

Nhận xét: Hoạt động giám sát sau can thiệp đã tốt hơn trước can thiệp kể cả giám sát thường xuyên và giám sát đột suất khi triển khai các kế hoạch lớn.

Bảng 3.18. Công tác đánh giá của các đơn vị BV CPS trước và sau can thiệp

Hoạt động đánh giá	Trước can thiệp (đầu năm 2009)	Sau can thiệp (2012)	p
Tổ chức họp rút kinh nghiệm sau mỗi đợt hoạt động lớn	10/25 (40%)	15/25 (60%)	<0,05
Họp tổng kết đánh giá theo yêu cầu của BV định kỳ	25/25 (100%)	25/25 (100%)	>0,05

Nhận xét: Hoạt động đánh giá tương đối tốt, kể cả trước và sau can thiệp nhất là hoạt động đánh giá định kỳ theo yêu cầu của BS. Chỉ có hoạt động đánh giá, rút kinh nghiệm sau mỗi đợt có hoạt động lớn được cải thiện hơn sau khi có hoạt động can thiệp.

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại BS tỉnh Chăm Pa Sắc - nam Lào.

4.1.1. Xu hướng bệnh tật của BN khám chữa bệnh tại BS tỉnh Chăm Pa Sắc

Mô hình bệnh tật ở 5 thời điểm 1995, 2000, 2005, 2009 và 2012 cho thấy: tỷ lệ các bệnh nhiễm trùng có xu hướng giảm nhưng số lượng người bị mắc các bệnh nhiễm trùng vẫn còn ở mức cao.

- So sánh với Việt Nam cho thấy:

Bảng 4.1. Tỷ lệ các bệnh lây, không lây và chấn thương ở Chăm Pa Sắc so sánh với ở Việt Nam

	Bệnh lây	Bệnh không lây	Tai nạn, ngộ độc, chấn thương
Chăm Pa Sắc 2009	49,2	33,1	17,7
Việt Nam 2009	22,9	66,3	10,8
Chăm Pa Sắc 2010	31,9	47,0	21,1
Việt Nam 2010	19,8	71,6	8,6

Số liệu ở bảng 4.1 cho ta thấy dù mô hình bệnh tật ở Chăm Pa Sắc đã và đang thay đổi, các bệnh lây nhiễm có tỷ lệ giảm, các bệnh không lây và chấn thương có tỷ lệ dần tăng lên, tuy nhiên nếu như ở Việt Nam bệnh chủ yếu là bệnh không lây gấp đến 3 hoặc hơn 3 lần bệnh lây truyền thì ở Chăm Pa Sắc tỷ lệ bệnh lây truyền vẫn nhiều hơn hoặc xấp xỉ tỷ lệ của các bệnh không lây truyền. Tỷ lệ tai nạn thương tích ở Chăm Pa Sắc khoảng

20% là cao, nó cũng phản ánh sự phát triển của giao thông trong giai đoạn gần đây ở Chăm Pa Sắc trong khi luật lệ giao thông chưa thật tốt.

Do mô hình bệnh tật của Chăm Pa Sắc vào năm 2012 bệnh lây nhiễm vẫn cao hơn nhiều so với ở Bắc Trung bộ của Việt Nam vào năm 2000, vì vậy để dự báo mô hình bệnh tật tương lai, chúng tôi thấy có thể tham khảo số liệu ở Việt Nam vào năm 2000 sẽ gần thực tế hơn với việc tham khảo số liệu hiện tại của Việt Nam.

Số liệu báo cáo của BS năm 2010 trở đi đã tốt hơn (sau can thiệp), khi BS gửi báo cáo lên phòng Thống kê của tỉnh và lên Bộ Y tế rất ít hoặc không phải bỏ sung. Do công tác quản lý trước đây chưa tốt, việc thu thập thông tin về mô hình bệnh tật trước đây cũng gặp nhiều khó khăn nên việc phân loại chi tiết bệnh tật chưa được tiến hành. Đây là cơ sở tốt để việc lập kế hoạch sát với thực tế.

4.1.2. Về các nguồn lực phục vụ cho khám chữa bệnh của BS tỉnh Chăm Pa Sắc

Nguồn lực con người là nguồn lực quan trọng nhất, số lượng CBYT ở BS Chăm Pa Sắc ngày một tăng. Điều đáng quan tâm là chất lượng CBYT tăng lên đáng kể, biểu hiện số lượng y sỹ giảm nhiều, số BS tăng lên, số BS chuyên khoa I và thạc sỹ ở năm 2005 là 0 thì đến năm 2009 là 29 người. Tuy nhiên so với yêu cầu nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người dân thì chất lượng và số lượng CBYT ở đây vẫn cần được cải thiện.

Việc đào tạo, đào tạo lại và đào tạo liên tục chưa được tốt, chưa thành nề nếp ở BV Chăm Pa Sắc. BV rất ít có các dự án, chương trình đào tạo cho nhân viên y tế. Các nhân viên y tế cũng không có ý thức học hỏi vươn lên.

Qua cải tiến, hiệu quả hoạt động của BS cũng tăng đáng kể. Tuy việc quản lý khám chữa bệnh đã tốt hơn nhưng việc phát triển các kỹ thuật cao còn rất hạn chế.

Trang thiết bị y tế là chưa đủ theo quy định của bộ Y tế. Trang thiết bị y tế của BS năm 2012 có tăng so với năm 2009 nhưng không nhiều. So với yêu cầu thì các trang thiết bị vẫn chưa đủ, đặc biệt các trang thiết bị hiện đại còn chưa nhiều, cán bộ sử dụng trang thiết bị không được đào tạo, cập nhật kiến thức và việc bảo dưỡng trang thiết bị y tế còn chưa được chú ý.

Về nguồn tài chính của BS: Theo thời gian, nguồn tài chính đầu tư cho y tế ngày một tăng, trong đó ngân sách Nhà nước đầu tư cho BV tỉnh Chăm Pa Sắc cũng ngày một tăng, nguồn thu từ viện phí và từ bảo hiểm y tế cũng ngày một tăng. Nguồn này tương lai sẽ là nguồn thu ngày một tăng đặc biệt phục vụ cho hoạt động khám chữa bệnh của các BS.

4.1.3. Một số chỉ số về hoạt động khám chữa bệnh của BS Chăm Pa Sắc

Số giường bệnh năm 2009 so với năm 1995 tăng không đáng kể (từ 250 lên 260), tuy nhiên chất lượng sử dụng giường bệnh tăng, tỷ lệ BS/giường bệnh tăng lên hơn 2 lần: từ 0,12 năm 1995 lên 0,26 năm 2009; tỷ lệ y tá/giường bệnh tăng lên 1,5 lần từ 0,31 năm 1995 lên 0,47 năm 2009.

Nhân lực y tế thiếu là một vấn đề lớn trong ngành y tế ở Lào nói chung và các BS ở Lào nói riêng. Ngành Y tế của Lào cần có kế hoạch đồng bộ và dài hạn để khắc phục tình trạng thiếu CBYT trầm trọng cả về số và chất lượng.

BS Chăm Pa Sác trong một số năm qua hiệu quả hoạt động của BS đã tăng đáng kể, hiệu quả sử dụng giường năm 2005 chỉ là hơn 50%, đến năm 2012 là 77,34 %, đồng thời chất lượng phục vụ đã tăng.

Một con số rất đáng được quan tâm ở BS tỉnh Chăm Pa sắc là số BN chuyển từ các BS tỉnh lân cận đến khá đông, ví dụ như năm 2012 số BN chuyển từ tỉnh Sa Ra Vãn là 1.454; Tỉnh Át Ta Pư là 401 BN; Tỉnh xê khoong: 172 BN. Trong khi đó số BN chuyển từ BS Chăm Pa Sác lên các BS tuyến cao hơn trong năm 2012 chỉ có 10 BN.

Số BN chuyển viện ở Lào ít hơn rất nhiều so với ở Việt Nam vì người dân ngại đi xa, các BS cũng lại khá xa nhau, phương tiện đi lại cũng không thuận lợi.

4.2. Một số giải pháp can thiệp về quản lý góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của BS Chăm Pa Sác

4.2.1. Về công tác lập kế hoạch

Tất cả các khoa phòng của BS đều có kế hoạch năm. Tỷ lệ các khoa phòng có kế hoạch 6 tháng cao hơn có kế hoạch quý, tỷ lệ có kế hoạch quý cao hơn tỷ lệ có kế hoạch tháng.

Hoạt động can thiệp hướng dẫn lập kế hoạch của chúng tôi đã có tác động đến chất lượng các bản kế hoạch. Cụ thể:

- Chất lượng của các bản kế hoạch của các năm sau khi can thiệp đã tốt dần. Các bản kế hoạch những năm 1995, 2000 chỉ chú ý đến một số con số, các số liệu đề cập cũng khá đơn giản. Các năm 2009 và đặc biệt năm 2012, chất lượng các bản kế hoạch cả kế hoạch năm, kế hoạch 6 tháng, kế hoạch quý đều đã có các cải thiện rõ hơn so với các năm trước.

- Trong các bản kế hoạch 6 tháng và kế hoạch năm sau khi can thiệp thì phân phân tích các nguồn lực và các chỉ số thường được đề cập khá đầy đủ.

4.2.2. Về công tác báo cáo hoạt động khám chữa bệnh của BS

BS Chăm Pa Sác đã có được các phương pháp cơ bản để quản lý hoạt động khám chữa bệnh. Ban Giám đốc BS đã xây dựng quy trình đảm bảo chất lượng khám chữa bệnh với các biện pháp cụ thể:

- Có mẫu bệnh án được cập nhật, sửa đổi cho phù hợp với từng giai đoạn phát triển và khả năng thực hiện các kỹ thuật của BS.

- Có báo cáo giao ban hàng ngày.

- Chất lượng giao ban toàn viện ngày một tốt.

- Quản lý qua hệ thống sổ sách ngày càng chặt chẽ.

Tuy nhiên qua thời gian theo dõi chúng tôi thấy tình hình thực hiện các báo cáo đã được cải thiện dần dần khá rõ. Tuy vậy vẫn còn các khoa phòng chưa báo cáo đầy đủ, báo cáo chưa đạt yêu cầu, nên thời gian tới công tác này vẫn cần được các cán bộ quản lý của BS tỉnh Chăm Pa SẮc quan tâm, thúc đẩy hơn nữa.

4.2.3. Về hoạt động giám sát, đánh giá

Nhìn chung công tác lập kế hoạch, trong đó có kế hoạch giám sát đã tốt hơn trước can thiệp nhiều do công việc này dần đi vào quy củ, có nề nếp. Đồng thời việc có các mẫu lập kế hoạch, báo cáo sẵn đã tạo thuận lợi cho công tác lập kế hoạch của BS.

Kết quả của quá trình can thiệp là hoạt động lập kế hoạch, giám sát và thống kê báo cáo hoạt động, các hoạt động đánh giá đã có tiến triển tốt lên, số lượng các cuộc họp đánh giá tăng lên.

Nhìn chung hoạt động can thiệp của chúng tôi đã tác động tốt đến đến những khía cạnh của công tác quản lý của BS Chăm Pa SẮc.

4.2.4. Về vai trò của nghiên cứu và hiệu quả các biện pháp can thiệp đến chất lượng chăm sóc sức khỏe người dân ở BS tỉnh Chăm Pa SẮc

Qua nghiên cứu này, đóng góp của chúng tôi là đã dần từng bước góp phần cho công tác quản lý và trước hết là công tác lập kế hoạch trong BS có nề nếp hơn. Các biểu mẫu thống nhất đã giúp cho công tác tập hợp báo cáo dễ dàng và chính xác hơn. Qua kết quả thống kê tình hình nhập viện theo tháng (biểu đồ 3.4) thì BN nhập viện nhiều vào tháng 5 đến tháng 9, cao nhất là vào tháng 7. Kết quả thống kê này đã giúp cho việc lập kế hoạch năm và kế hoạch tháng phù hợp hơn. Công việc phòng bệnh cũng chủ động và có hiệu quả.

Qua việc phân tích mô hình bệnh tật và trong lập kế hoạch có sự phân tích tình hình nên đã góp phần vào việc xây dựng kế hoạch bổ sung trang thiết bị, sử dụng trang thiết bị hiệu quả hơn, vì vậy các hoạt động khám chữa bệnh cũng tốt hơn. Cũng do trong lập kế hoạch có sự phân tích các thông tin nên đã thấy rõ hơn nguyên nhân của các vấn đề y tế, qua đó trong việc chẩn đoán, đã có sự tăng cường sử dụng các thăm khám xét nghiệm cận lâm sàng, kết quả có tăng rất rõ số lượng các xét nghiệm, hoạt động khám chữa bệnh cũng được tăng cường so sánh ở thời điểm trước can thiệp (năm 2005, 2009) với sau can thiệp (năm 2012) ở bảng 3.17.

Hoạt động khám chữa bệnh được tăng cường, chất lượng khám chữa bệnh tốt hơn ở thời điểm trước và sau can thiệp có nhiều nguyên nhân, tuy nhiên, không thể phủ nhận là nhờ công tác quản lý tốt hơn nên BS chủ động hơn trong hoạt động, có kế hoạch phát triển đúng hướng hơn nên chất lượng hoạt động y tế đã được cải thiện nhanh hơn.

Nếu chất lượng dịch vụ y tế của BS tăng thì số lượng và tỷ lệ BN ở các BS khác chuyển đến BS sẽ tăng, số lượng và tỷ lệ BN từ BS chuyển đi nơi khác giảm. Ở BS tỉnh Chăm Pa Sắc tỷ lệ BN chuyển lên tuyến cao hơn giảm trong khi mấy năm gần đây, dân số ở Chăm Pa Sắc tăng nhiều, số BN đến BS Chăm Pa Sắc tăng nhưng số BN ở BS chuyển lên tuyến cao hơn ít đi cũng phần nào nói lên sự chấp nhận của người dân với BS tăng lên.

4.2.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Chất lượng hoạt động của BV phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi không nghiên cứu được hết các yếu tố ảnh hưởng. Các biện pháp can thiệp cũng cần nhiều phương pháp, tác động nhiều khâu. Ở đây chúng tôi chỉ tác động được đến một số biện pháp quản lý nên hiệu quả cũng rất hạn chế. Đây chính là hạn chế của đề tài nghiên cứu này.

KẾT LUẬN

1. Hoạt động khám chữa bệnh tại BS đa khoa tỉnh Chăm Pa Sắc

- Ở BS Chăm Pa Sắc, bệnh lây chiếm cao nhất, nhóm bệnh không lây có xu hướng tăng, đặc biệt là tai nạn giao thông ngày càng tăng. Tỷ lệ bệnh lây, bệnh không lây, và tai nạn ngộ độc tương ứng trong năm 1995 là 49,6%; 38,4% và 11,9%; năm 2012 là 37,1%; 42,8% và 20,1%. Theo hệ cơ quan, các nhóm bệnh có tỷ lệ cao là bệnh của hệ thống hô hấp, bệnh hệ sinh dục tiết niệu, bệnh của hệ tiêu hóa tương ứng năm 1995 là 37,36%; 9,94%; và 8,17%, năm 2012 là 38,92%; 12,14% và 10,00%.

- Qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN đến khám và điều trị nội trú tập trung cao nhất vào khoảng tháng 6 đến tháng 8 hàng năm.

- Số lượng BN đến khám và điều trị tại BS Chăm Pa Sắc cũng có xu hướng tăng lên năm 1995 là 12.485, năm 2012 là 21660. Số BN phải phẫu thuật và làm thủ thuật cũng ngày một tăng cao năm 1995 là 9378 ca và 4356 ca, năm 2012 là 11645 ca và 4868 ca.

- Công suất sử dụng giường bệnh tăng lên từ 66,2% năm 2009 đến năm 2012 là 77,3%. Mỗi BS bình quân khám bệnh 1 ngày năm 1995 là 3,4 lần, năm 2012 là 3,5 lần. Số lần thăm khám cận lâm sàng bình quân 1 BN năm 1995 là 4,0, năm 2012 là 4,8.

2. Một số giải pháp can thiệp góp phần nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh

- Thực hiện một số giải pháp can thiệp về quản lý bước đầu chúng tôi đã thu được một số kết quả.

- Việc lập kế hoạch y tế ở các khoa phòng và của BS đã được cải thiện: Số các khoa phòng có kế hoạch tháng, quý, 6 tháng và kế hoạch năm tăng lên: trước can thiệp ở các khoa phòng có 68,4% có kế hoạch tháng, 78,9% có kế hoạch quý, 94,7% có kế hoạch 6 tháng và 100% có kế hoạch

năm; Sau can thiệp có 81,8% khoa, phòng có kế hoạch tháng, 86,4% có kế hoạch quý, 95,5% có kế hoạch 6 tháng và 100% vẫn duy trì kế hoạch năm.

- Can thiệp đã làm tăng chất lượng của các loại kế hoạch kể cả kế hoạch tháng, quý và kế hoạch năm.

- Tỷ lệ báo cáo quý, 6 tháng và báo cáo năm đạt yêu cầu trước can thiệp là 61,6%; 68,8% và 84%, sau can thiệp là 72,7%; 78% và 96%.

- Công tác giám sát: Trước quá trình can thiệp, việc giám sát hoạt động y tế trong BS hầu như ít được thực hiện, sau can thiệp chất lượng của việc giám sát đã tốt hơn, thực chất hơn.

KHUYẾN NGHỊ

1. Các bệnh không lây truyền ở BV CPS đang có xu hướng tăng, BV cần chuẩn bị khả năng để khám điều trị các bệnh không lây truyền tăng lên. BV cần tăng thêm nguồn lực để thực hiện tốt hơn việc khám chữa bệnh cho BN vì càng ngày số lượng BN của BV tăng lên. Đặc biệt BV chú ý đến sẵn sàng đối phó với các tai nạn giao thông có xu hướng tăng lên, số lượng BN làm phẫu thuật và thủ thuật cũng tăng lên hàng năm.
2. Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, BV CPS cần tiếp tục thực hiện cải tiến và nâng cao chất lượng công tác thống kê báo cáo để có được số liệu về BN đầy đủ hơn, giúp cho lập kế hoạch khám chữa bệnh tốt hơn.
3. Để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, BV CPS cần tiếp tục đổi mới công tác quản lý, thông qua việc tiếp tục thực hiện tốt hoạt động lập kế hoạch, thống kê báo cáo, giám sát, đánh giá thực hiện kế hoạch. Mặt khác cũng cần nghiên cứu để có được cơ cấu nhân lực hợp lý, áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý BV và ứng dụng các kỹ thuật hiện đại đáp ứng yêu cầu của một BV tuyến tỉnh, vừa là BV thực hành thực hiện nhiệm vụ đào tạo CBYT cho khu vực.
4. BV Chăm Pa Sắc cần tiếp tục nghiên cứu để có được đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động khám chữa bệnh, như nghiên cứu cơ cấu nhân lực, trình độ, kỹ năng các loại cán bộ chuyên môn, quy trình khám chữa bệnh, ý kiến của người dân sử dụng dịch vụ BV... để nâng cao chất lượng hoạt động, đáp ứng tốt hơn yêu cầu của một BV tuyến tỉnh, vừa là BV thực hành thực hiện nhiệm vụ đào tạo CBYT cho khu vực.