

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảng và Nhà nước ta luôn coi trọng việc kế thừa, phát huy và phát triển nền Y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam. Nghị quyết 46 - NQ/TW, ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị. Chỉ thị 24 – CT/TW, ngày 04/7/2008 của Ban Bí thư Trung ương thể hiện quan điểm nhất quán của Đảng và nhà nước ta về phát triển nền YHCT. Quyết định số 2166/QĐ - TTg, ngày 30-11-2010 của Thủ tướng Chính phủ đã đưa ra mục tiêu cụ thể khám chữa bệnh bằng YHCT đến năm 2020 tuyến huyện đạt 25%. Nghiên cứu can thiệp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tuyến tỉnh và xã đã triển khai, tuyến huyện hiện chưa có.

Ngành Y tế Vĩnh Phúc có nhiều chuyển biến tích cực. Song, thực trạng YHCT tại các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến huyện như thế nào? để trả lời câu hỏi này, chúng tôi tiến hành đề tài:

“Nghiên cứu thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các bệnh viện đa khoa tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc và giải pháp can thiệp” nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT và một số yếu tố ảnh hưởng tại các BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011- 2012.*
2. *Đánh giá hiệu quả thử nghiệm giải pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT của BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc 2013 – 2014.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động YHCT 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc: Thầy thuốc YHCT thiếu và yếu về chuyên môn; trang thiết bị y tế và thuốc YHCT thiếu, thuốc Nam tại chỗ không được sử dụng; có 18 loại bệnh, chủ yếu là bệnh về cơ xương khớp và thần kinh được điều trị bằng YHCT, phương pháp điều trị tập trung là thuốc thang và châm cứu. Người dân có nhu cầu cao khám chữa bệnh bằng YHCT; tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế nắm được các chủ trương chính sách của Trung ương về phát triển YHCT thấp và các quy định tại Điều 6, Khoản 8 - Luật Khám bệnh, chữa bệnh; quy định thanh toán BHYT đối với thuốc YHCT; Thông tư 41/2011/TT-BYT tại Điều 26, Khoản 4, Điểm đ là những nội dung ảnh hưởng không tốt đến sự phát triển YHCT tuyến huyện.

2. Hiệu quả can thiệp tăng cường chất lượng YHCT tuyến huyện: Bằng giải pháp tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng về YHCT, tăng cường nhân lực, trang thiết bị y tế và tác động vào các chủ trương, chính sách phát triển YHCT tuyến huyện; mô hình can thiệp đã cho kết quả khả quan sau một năm can thiệp.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 116 trang, trong đó Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 32 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 15 trang; Kết quả nghiên cứu 37 trang; Bàn luận 26 trang; Kết luận 2 trang; Khuyến nghị 2 trang; Có 100 tài liệu tham khảo đã được sử dụng trong đó 85 tài liệu tiếng Việt, 15 tài liệu tiếng Anh. Luận án được trình bày và minh họa thông qua 4 sơ đồ, 26 bảng, 5 biểu đồ.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Y học cổ truyền của một số quốc gia và Việt Nam

1.1.1. Y học cổ truyền của một số quốc gia

Y học cổ truyền theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Đó là tổng hợp các tri thức, kỹ năng và thực hành trên cơ sở những lý thuyết, đức tin và kinh nghiệm bản địa của những nền văn hóa khác nhau, có thể giải thích được hoặc không, được sử dụng trong chăm sóc sức khỏe. Theo WHO 80% dân Châu Phi, > 50% dân Châu Âu và Nam Mỹ sử dụng YHCT và YHCT ngày càng đóng vai trò quan trọng trong kinh tế và y tế.

Trung Quốc: YHCT phát triển mạnh nhất thế giới và được nhiều nước đưa vào chương trình chăm sóc sức khỏe quốc gia.

Nhật Bản: YHCT có từ lâu đời; trên 90% bác sỹ Nhật Bản thường xuyên kết hợp YHHĐ với YHCT trong khám chữa bệnh.

Singapore: có 2.421 cán bộ đăng ký hành nghề YHCT; gồm các phương pháp chữa bệnh YHCT của 03 chủng tộc chính: Trung Quốc, Mã Lai, Ấn Độ.

Thái Lan: Thái Lan đã lồng ghép các loại thuốc thảo dược vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu từ khi có Kế hoạch phát triển Y tế Quốc gia lần thứ 4.

Philippines: Năm 1997 Luật Thuốc YHCT và thuốc thay thế đã được phê duyệt và bảo hiểm y tế chi trả cho các hình thức chữa bệnh bằng châm cứu hay các hình thức thay thế khác.

Indonesia: YHCT có từ thế kỷ XV, Chính phủ đã xây dựng chiến lược phát triển thuốc YHCT.

Brunei: việc thực hành và sử dụng YHCT có từ đầu thế kỷ XIV và trở thành một phần của di sản văn hóa quốc gia.

Malaysia: Đạo luật về Y tế năm 1971 thừa nhận thực hành về YHCT.

Australia: YHCT được các cộng đồng tin dùng, có 17 phương thức về YHCT khác nhau đang được người dân sử dụng.

Campuchia: YHCT đã được sử dụng lâu đời; 40% – 50% người dân sử dụng YHCT.

Lào: YHCT có từ thế kỷ thứ XII; năm 2000 Quốc hội Lào đã ban hành Luật sản xuất thuốc trong đó có thuốc YHCT.

Myanmar: YHCT có trên 1000 năm trước; Chính sách quốc gia đã đưa YHCT vào các hoạt động CSSK cộng đồng.

Các nước thuộc châu Phi: Tính đến năm 2010 đã có 39 nước có chính sách quốc gia, 18 nước có kế hoạch chiến lược và 13 nước có chương trình đào tạo về YHCT.

1.1.2. Y học cổ truyền Việt Nam

Y học cổ truyền của nước ta đã có lịch sử hình thành từ lâu đời. Bắt nguồn từ phong tục ăn trầu, cau giúp phòng các bệnh nhiễm phong hàn và các bệnh răng miệng đã được thực hành từ rất sớm và tiếp tục được duy trì. Thời nhà Trần, nho học và y học phát triển và Viện Thái y được thành lập. Thời kỳ này nhiều danh y nổi tiếng xuất hiện. Viện Thái y còn tổ chức thu hái và trồng cây thuốc góp phần bảo vệ quân và dân ta chống quân Nguyên xâm lược. Giai đoạn. Đông thời giai đoạn này, các danh y Việt Nam còn biên tập nhiều tài liệu có giá trị về y lý và thực hành YHCT.

Cách mạng tháng 8/1945 thành công, Nhà nước Việt Nam dân chủ cộng hòa ra đời, từ đó Đảng và Chính phủ luôn quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo việc kế thừa, phát huy và phát triển nền YHCT. Thời kỳ này, Viện Đông y, Viện Châm cứu và nhiều bệnh viện YHCT tuyến tỉnh được thành lập. Đồng thời, công tác đào tạo nhân lực và sử dụng thuốc Nam phát triển mạnh.

1.1.3. Hoạt động quản lý và khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tuyến huyện của Việt Nam giai đoạn 2003 - 2010

Cán bộ theo dõi về YDCT: Sở Y tế 66,7% có cán bộ chuyên trách và 31,7% có cán bộ bán chuyên trách; Phòng Y tế (Trung tâm Y tế) 16,4% có cán bộ chuyên trách và 77% có cán bộ bán chuyên trách. \

Tỷ lệ các BVĐK toàn quốc từ năm 2003 - 2010, không có Khoa/Tổ YHCT giảm 8% và còn 16,70% (chủ yếu thuộc tuyến huyện) chưa triển khai việc khám chữa bệnh YHCT; tỷ lệ điều trị bằng YHCT của các BVĐK tuyến huyện từ năm 2003 - 2010: nội trú tăng 9% và ngoại trú tăng 3%; tỷ lệ sử dụng dược liệu YDCT tuyến huyện tăng gần 6%.

Năm 2010 số cán bộ YHCT được đào tạo tăng 995 người so với năm 2003 và năm 2005 Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thành lập.

1.1.4. Một số hạn chế trong khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng

Một số người hành nghề YHCT không được đào tạo và quản lý; khám chữa bệnh YHCT chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân. Các trạm y tế nhân lực YHCT hạn chế về chuyên môn, trang thiết bị và thuốc thiếu. Tỷ lệ thuốc sản xuất từ dược liệu so với thuốc tân dược chỉ chiếm 10,20%, dược liệu nhập từ Trung Quốc chiếm 85% - 90%.

1.2. Nghiên cứu về thực trạng khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến cơ sở - tuyến huyện của một số quốc gia và Việt Nam

1.2.1. Nghiên cứu thực trạng hoạt động YHCT

Tại một số nước trên thế giới: Báo cáo tại Úc, việc khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền đã phát triển nhanh chóng với mức tăng trên 30% trong giai đoạn 1995 - 2005 và có thời điểm có 750 000 lượt khám được ghi nhận trong thời gian hai tuần. Theo một cuộc điều tra quốc gia ở Trung Quốc, số lượt đến khám chữa bệnh YHCT 907 triệu trong năm 2009, chiếm 18% số lượt khám chữa bệnh; số bệnh nhân điều trị YHCT nội trú là 13,6 triệu, chiếm 16% số bệnh nhân điều trị nội trú.

Tại Việt Nam: Trong một số nghiên cứu trước đây, các tác giả đã chỉ ra thực trạng và nhu cầu sử dụng YHCT trong khám chữa bệnh có xu hướng tăng. Tuy nhiên, năng lực của cán bộ y tế (kiến thức, thực hành) về điều trị YHCT còn hạn chế.

1.2.2. Nghiên cứu can thiệp

Nghiên cứu xây dựng và đánh giá hiệu quả các giải pháp can thiệp, nhằm tăng cường sử dụng YHCT còn khá hạn chế. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã cho thấy có thể cải thiện được chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT qua các giải pháp can thiệp nâng cao trình độ chuyên môn cho thầy thuốc YHCT và tăng cường trang thiết bị y tế ở thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp.

1.3. Tình hình kinh tế, xã hội và y tế tỉnh Vĩnh Phúc

1.3.1. Tình hình kinh tế, xã hội tỉnh Vĩnh Phúc: Vĩnh Phúc là tỉnh có ba vùng sinh thái: đồng bằng, trung du và miền núi. Tốc độ tăng trưởng kinh tế vào năm 2016 ước tính tăng 8,56% so với năm 2015, vượt mục tiêu đề ra. Trong đó, nông – lâm nghiệp, thủy sản tăng 3,15%; công nghiệp – xây dựng tăng 9,94%; dịch vụ tăng 6,26% và thuế sản phẩm tăng 9,23.

1.3.2. Tổ chức và nguồn nhân lực y tế tỉnh Vĩnh Phúc: 2009 có: 11 bệnh viện công lập, 33 phòng khám đa khoa khu vực, 137 trạm y tế xã, phường. Bộ máy quản lý nhà nước về y có: Sở Y tế, 9 Phòng Y tế, 9 Trung tâm Y tế huyện, thị xã; có 1 Bệnh viện YHCT Tỉnh, BVĐK tỉnh có Khoa YHCT, 4/9 BVĐK tuyến huyện có Khoa YHCT, 133/137 trạm y tế có y sỹ YHCT.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh phúc

- Nhân viên y tế: Thầy thuốc Khoa YHCT hoặc Bộ phận YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc 2011 - 2012.
- Người dân: Bệnh nhân hoặc người nhà của bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại 9 BVĐK tuyến huyện 2011 – 2012.
- Cán bộ quản lý, lãnh đạo ngành Y tế: Sở Y tế, Bệnh viện YHCT tỉnh, BVĐK tỉnh, Hội Đông y tỉnh, 9 BVĐK tuyến huyện, Trạm Y tế xã, phường 2011 – 2012.
- Sổ sách theo dõi, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện 2011 – 2012.

- Các loại thuốc, trang thiết bị sử dụng tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT.
- Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc ảnh hưởng đến hoạt động YHCT 9 BVĐK tuyến huyện.

2.1.2. Nghiên cứu can thiệp

- Nhân viên y tế: Toàn bộ thầy thuốc Khoa YHCT của BVĐK Yên Lạc và BVĐK Tam Dương trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).
- Cán bộ quản lý, lãnh đạo ngành Y tế: BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương và trạm trưởng hoặc thầy thuốc YHCT các trạm y tế (2012).
- Người dân: Bệnh nhân hoặc người nhà của bệnh nhân đến khám chữa bệnh bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).
- Sổ sách theo dõi, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).
- Các loại thuốc, trang thiết bị y tế sử dụng tại Khoa YHCT - BVĐK Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).
- Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc ảnh hưởng đến hoạt động YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước can thiệp (2012) và sau can thiệp (2014).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng điều tra cắt ngang theo phương pháp dịch tễ học mô tả và phương pháp nghiên cứu can thiệp so sánh trước, sau kết hợp cả định tính và định lượng.

Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả thực trạng tổ chức, nguồn lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc gồm định lượng và định tính (công cụ là các phiếu điều tra và các bảng chấm điểm, thống kê).

Giai đoạn 2: Xây dựng mô hình và tiến hành can thiệp; xây dựng mô hình can thiệp dựa trên kết quả nghiên cứu thực trạng, góp ý của chuyên gia và nguyện vọng của các thầy thuốc YHCT; tiến hành can thiệp gồm: tập huấn nâng cao kiến thức, kỹ năng thực hành, nâng cao nhận thức cho cán bộ lãnh đạo quản lý ngành y tế về YHCT, tăng cường trang thiết bị y tế.

Giai đoạn 3: Đánh giá giải pháp can thiệp có so sánh trước sau, so sánh đối chứng.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 2011 - 8/2014.

2.4. Địa bàn nghiên cứu

2.4.1. Địa bàn nghiên cứu mô tả thực trạng:

Tỉnh Vĩnh Phúc và 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

2.4.2. Địa bàn nghiên cứu can thiệp: BVĐK huyện Yên Lạc (cơ sở can thiệp) và BVĐK huyện Tam Dương (cơ sở đối chứng).

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu

2.5.1. Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả thực trạng

- *Nhân viên y tế:* Toàn bộ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện (37 người).

- *Người dân:* bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân khám chữa bệnh YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện (450 người), cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n số người được khảo sát; z (Hệ số tin cậy) = 1,96 ($\alpha = 0,05$ độ tin cậy 95%); p: Tỷ lệ người tham gia khảo sát (ước tính) đánh giá đúng về hoạt động YHCT lấy $p = 0,5$ ($1 - p = 0,5$); d: là sai số cho phép 0,05 (độ chính xác mong muốn); DE: là hiệu ứng thiết kế nghiên cứu; tính được $n = 384$ người ($384:9 = 42,67$ làm tròn 50 người/1BVĐK, $50 \times 9 = 450$ người).

- *Sổ sách, thuốc và trang thiết bị:* 450 bệnh án YHCT (50 bệnh án/1BVĐK), thuốc và trang thiết bị y tế.

- *Cán bộ quản lý, lãnh đạo ngành Y tế:* **Tuyên tỉnh 11 người** (Sở Y tế 02; BVĐK tỉnh 02; Bệnh viện YHCT tỉnh 06, Hội Đông y Tỉnh 01). **Tuyên huyện 126 người** (9 BVĐK x 14). **Tuyên xã, phường 137 người** (137 trạm x 1).

2.5.2. Cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá giải pháp can thiệp: Khoa YHCT - BVĐK hai huyện Yên Lạc (can thiệp) và Tam Dương (đối chứng) trước và sau can thiệp: *Nhân viên y tế:* Toàn bộ thầy thuốc của Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương trước và sau can thiệp. *Người dân:* 50 người khám chữa bệnh tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương trước và sau can thiệp. *Sổ sách, thuốc và trang thiết bị y tế:* Toàn bộ sổ sách ghi chép, 50 bệnh án điều trị tại Khoa YHCT, các trang thiết bị và thuốc của Khoa YHCT - BVĐK

huyện Yên Lạc và huyện Tam dương trước và sau can thiệp. Các văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc liên quan đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương.

2.6. Nội dung nghiên cứu

2.6.1. Nghiên cứu thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng: Nhân lực YHCT: Tuổi, giới, trình độ chuyên môn, thâm niên nghề, kiến thức (KT) và kỹ năng (KN) thực hành; tỷ lệ sử dụng các phương pháp khám chữa bệnh YHCT; tỷ lệ khám chữa bệnh YHCT (chung, nội trú, ngoại trú); cơ sở vật chất, thiết bị và thuốc YHCT. Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế về YHCT và sự hài lòng của người dân với dịch vụ YHCT; nội dung ảnh hưởng đến hoạt động YHCT trong văn bản của Trung ương và của tỉnh Vĩnh Phúc.

2.6.2. Xây dựng, triển khai và đánh giá giải pháp can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc

- *Cơ sở xây dựng giải pháp:* (1)Pháp lý: Luật Dược, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và các văn bản quy phạm pháp luật về chăm sóc sức khỏe (2)Chuyên môn: các tài liệu của trường Đại học Y Hà Nội về YHCT; Kết quả điều tra và góp ý của chuyên gia, nhà quản lý.

- *Nội dung can thiệp:* Nâng cao nhận thức, KT và KN thực hành về YHCT; tăng cường cơ sở vật chất, thiết bị y tế cho Khoa YHCT.

2.7. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.7.1. Công cụ thu thập thông tin: phiếu thu thập thông tin, bảng kiểm KN thực hành YHCT; biểu mẫu thống kê cơ sở vật chất, thiết bị y tế, thuốc YHCT.

2.7.2. Phương pháp thu thập thông tin: Tham gia điều tra gồm cán bộ: Vụ Các vấn đề xã hội, Ban Tuyên giáo Trung ương; cán bộ Khoa giáo Tỉnh và huyện; cán bộ đơn vị y tế nơi điều tra; nghiên cứu sinh; bằng các câu hỏi phỏng vấn và quan sát chấm điểm bằng bảng kiểm.

2.8. Phương pháp đánh giá

2.8.1. Đánh giá kiến thức, kỹ năng thực hành về YHCT của thầy thuốc Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc: Kiến thức: Chỉ định và vị thuốc trong bài cổ phương; chỉ định và vị thuốc trong bài nghiệm phương; chế phẩm thuốc YHCT. Kỹ năng: châm cứu; xoa bóp,

bầm huyết; tư vấn. Đánh giá theo thang điểm 10; loại: A: 8 -10 điểm; B: 5 - 7 điểm; C: < 5 điểm. **Biết Chỉ thị 24 – CT/TW và Quyết định 2166/QĐ –TTg**

2.8.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp: So sánh các chỉ số nghiên cứu trước và sau can thiệp của cơ sở can thiệp và cơ sở can thiệp với cơ sở làm chứng.

Đánh giá hiệu quả can thiệp (CT) dựa vào công thức:

$$CSHQ = \frac{|A - B|}{A} \times 100 \text{ (A là kết quả trước CT, B là kết quả sau CT)}$$

HQCT% = CSHQ_{CT} - CSHQ_{chứng} (CSHQ_{CT} và CSHQ_{chứng}: chỉ số hiệu quả cơ sở can thiệp và làm chứng; HQCT: hiệu quả can thiệp).

2.9. Xử lý số liệu và không chế sai số: trên phần mềm SPSS 10.0; tập huấn cho điều tra viên, đề cao tính trung thực.

2.10. Đạo đức nghiên cứu: Được sự đồng ý của Cấp ủy, Chính quyền và ngành Y tế; thông tin chỉ phục vụ nghiên cứu, tôn trọng đối tượng nghiên cứu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng

3.1.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Đặc điểm nhân lực YHCT: có 37 thầy thuốc; tuổi < 40 chiếm 91,89%; nam 40,54%, nữ 59,46%; Y sỹ YHCT 67,57%, Bác sỹ YHCT 13,51%, điều dưỡng 18,92%; thâm niên >10 năm 16,22%, 6 - 10 năm 64,86%, ≤ 5 năm 18,92%.

Bảng 3.4: Phân loại kiến thức bài cổ phương, bài nghiệm phương của bác sỹ và y sỹ YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	Kết quả	
	n = 30	%
Kiến thức chỉ định bài cổ phương		
Loại A	3	10,00
Loại B	9	30,00
Loại C	18	60,00
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,83 ± 1,30	

Chỉ số	Kết quả	
Kiến thức vị thuốc trong bài cổ phương		
Loại A	0	0
Loại B	2	6,67
Loại C	28	93,33
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	4,81 \pm 1,43	
Kiến thức bài nghiệm phương		
Loại A	0	0
Loại B	8	26,67
Loại C	22	73,33
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,15 \pm 1,05	

Bảng 3.5: Phân loại kiến thức về chế phẩm thuốc và huyết vị của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (n = 37)

Chỉ số	Kết quả	
Kiến thức về chế phẩm thuốc	n = 37	%
Loại A	6	16,22
Loại B	9	24,32
Loại C	22	59,46
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,78 \pm 1,02	
Kiến thức về huyết vị		
Loại A	4	10,81
Loại B	21	56,76
Loại C	12	32,43
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,86 \pm 2,01	

Bảng 3.6: Phân loại kỹ năng thực hành YHCT của thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Chỉ số	Kết quả (n = 37)	
	n	%
Kỹ năng châm cứu		
Loại A	9	24,32
Loại B	16	43,25
Loại C	12	32,43
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	5,50 ± 2,69	
Kỹ năng xoa bóp, bấm huyệt		
Loại A	0	0
Loại B	10	27,03
Loại C	27	72,97
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	3,50 ± 1,30	
Kỹ năng tư vấn		
Loại A	0	0
Loại B	8	21,62
Loại C	29	78,38
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	3,05 ± 1,70	

Bảng 3.7: Tỷ lệ thầy thuốc YHCT 9 BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc được bồi dưỡng, tập huấn trong năm 2011 và chủ đề tập huấn

Chỉ số	Số lượng và tỷ lệ %	
	n = 37	%
Tham gia các lớp tập huấn trong năm		
Được tập huấn	15	40,54
Chưa được tập huấn	22	59,46
Chủ đề		
Chủ đề châm cứu	16	43,25
Chủ đề xoa bóp – bấm huyệt	16	43,25
Khí công DS	5	13,51
Chống nhiễm khuẩn	37	100

Chỉ số	Số lượng và tỷ lệ %	
Quản lý BV	1	2,70
Nhu cầu tập huấn		
Có nhu cầu	30	81,08
Chưa có nhu cầu	7	18,92

Bảng 3.8: Tỷ lệ các loại chẩn đoán trong bệnh án YHCT của 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (n = 450 bệnh án)

TT	Chẩn đoán	n = 450	%
01	Chẩn đoán bất cương đầy đủ	252	56,00
02	Chẩn đoán bất cương không đầy đủ	198	44,00
03	Có chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT	57	12,67
04	Có chẩn đoán xác định theo YHCT	320	71,11

Bảng 3.9: Tỷ lệ kết hợp YHCT với YHHĐ trong khám chữa bệnh tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc.

TT	Nội dung (n= 450 bệnh án)	Khám bệnh		Chữa bệnh	
		n	%	n	%
01	Kết hợp YHCT với YHHĐ	410	91,11	423	94,00
02	Chỉ sử dụng YHCT đơn thuần	40	8,89	27	6,00

Bảng 3.10: Tỷ lệ các bệnh tật điều trị bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (n = 450 bệnh án).

TT	Tên bệnh	Tỷ lệ		TT	Tên bệnh	Tỷ lệ	
		n	%			n	%
1	Đau dây thần kinh tọa	144	32,00	10	Liệt thần kinh VII ngoại biên	76	16,89
2	Tâm căn suy nhược	9	2,00	11	Thóa hóa khớp gối	18	4,00
3	Tăng huyết áp	9	2,00	12	Liệt nửa người do tai biến mạch máu não	9	2,00
4	Viêm gan virus	4	0,89	13	Hội chứng cổ vai gáy	58	12,89

TT	Tên bệnh	Tỷ lệ		TT	Tên bệnh	Tỷ lệ	
		n	%			n	%
5	Bệnh đại tràng mạn tính	15	3,33	14	Viêm khớp dạng thấp	32	7,11
6	Viêm-loét dạ dày và hành tá tràng	15	3,33	15	Viêm quanh khớp vai	9	2,00
7	Viêm khớp cổ tay	4	0,89	16	Đau dây thần kinh liên sườn	22	4,89
8	Trĩ nội	9	2,00	17	Sỏi thận	4	0,89
9	Đái tháo đường	4	0,89	18	Dị ứng	9	2,00

Bảng 3.11: Tỷ lệ các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT được sử dụng tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc (n = 450 bệnh án)

TT	Tên phương pháp điều trị	Tỷ lệ	
		n	%
1	Thuốc uống (thuốc sắc và chế phẩm YHCT)	450	100
2	Châm cứu (châm kim không và điện châm)	323	71,78
3	Thủy Châm	251	55,78
4	Xoa bóp - bấm huyệt	232	51,56
5	Xông, tắm thuốc	15	3,33
6	Giác hơi	50	11,11

3.1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Bảng 3.13. Nhận thức của bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế tỉnh Vĩnh Phúc về YHCT (n = 274).

TT	Nội dung	n	Tỷ lệ%
	Biết các văn bản của TW về YHCT		
1	Biết Chỉ thị 24-CT/TW (24/7/2008)	64	23,36
2	Biết Quyết định 2166/QĐ-TTg (30/11/2010)	23	8,39
3	Biết 02 văn bản trên	96	35,04
4	Không biết 02 văn bản trên	91	33,21

Vai trò của YHCT trong bảo vệ CSSK			
4	Tăng thêm khả năng điều trị và hạn chế kinh phí	251	91,61
5	Không gây độc hại cơ thể	160	58,39
6	Không nên khám chữa bệnh bằng YHCT	0	0

Bảng 3.14: Nhu cầu, thái độ của người dân đối với YHCT

TT	Nội dung	n (450)	Tỷ lệ %
Số lượt khám chữa bệnh bằng YHCT tại cơ sở y tế công lập trong 1 năm (tính đến thời điểm điều tra)			
1	Không lượt nào	5	1,11
2	1-2 lượt	292	64,89
3	3-4 lượt	122	27,11
4	≥ 5 lượt	31	6,89
Thái độ của người dân đối với YHCT			
1	Thích khám chữa bệnh bằng YHCT	443	98,44
2	Không thích khám chữa bệnh bằng YHCT	7	1,56
3	Hài lòng với thái độ của thầy thuốc	446	99,11
4	Không hài lòng với thái độ thầy thuốc	4	0,89

Điều 6, Khoản 8 của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 và Điều 26, Khoản 4, Điều đ ảnh hưởng không tốt đến hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT nói chung và tuyến huyện nói riêng.

3.2. Xây dựng và triển khai mô hình can thiệp

3.2.1. Cơ sở xây dựng giải pháp và nội dung can thiệp

- Cơ sở lý luận và pháp lý: các văn bản nêu tại 2.6.2.

- Cơ sở thực tiễn: KT về bài thuốc cổ phương, vị thuốc trong bài cổ phương, bài nghiệm phương, chế phẩm thuốc, huyết vị và KN: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, tư vấn tỷ lệ đạt loại A đều thấp; tỷ lệ bệnh án không thực hiện đầy đủ chẩn đoán bắt cương cao; khả năng cung cấp dịch vụ YHCT hạn chế (chỉ có 18 loại bệnh được điều trị). Nguồn nhân lực thiếu, trang thiết bị, dược liệu phục vụ khám chữa bệnh YHCT còn nhiều bất cập. Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế biết các chủ trương chính sách của Trung ương về phát triển YHCT thấp. Kiến thức: bài thuốc cổ phương,

huyệt vị; kỹ năng: xoa bóp, bấm huyệt, tư vấn điểm trung bình của hai Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và huyện Tam Dương trước can thiệp gần như nhau.

- Nội dung can thiệp: tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn và kỹ năng thực hành cho các thầy thuốc YHCT. Tăng cường nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc YHCT cho Khoa YHCT. Tăng cường nhận thức về YHCT cho đội ngũ cán bộ quản lý, lãnh đạo Ngành Y tế. Tham gia xây dựng và vận động cho các chủ trương, chính sách về phát triển nền YHCT Việt Nam nói chung và của tuyến huyện nói riêng.

3.2.2. Triển khai giải pháp can thiệp: Tổ chức 07 buổi tập huấn: nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành cho thầy thuốc Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc; 1 buổi tăng cường nhận thức về YHCT cho cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế huyện Yên Lạc. Làm việc với đồng chí Phó chủ tịch huyện và Ban giám đốc BVĐK huyện Yên Lạc về nhân lực và cơ sở vật chất cho Khoa YHCT – BVĐK huyện Yên Lạc. Phát 5000 tờ gấp cho người dân với 9 nội dung cần biết về YHCT. Nghiên cứu sinh tham gia xây dựng các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước ta về nâng cao chất lượng hoạt động YHCT nói chung và tại các BVĐK tuyến huyện nói riêng.

3.3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp

3.3.1. Kết quả cải thiện nguồn nhân lực và hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp: Tăng: 5 điều dưỡng; 21 giường; 27m² phòng bệnh; 11 máy điện châm; 1 bộ giác hơi; 3 đèn hồng ngoại.

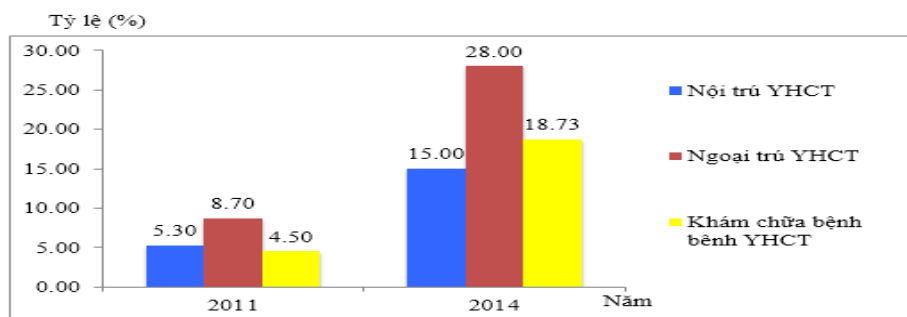
Bảng 3.16. Thay đổi về kiến thức và kỹ năng thực hành của các thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp

TT	Nội dung	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
		Trước can thiệp	Sau can thiệp	
A	Kiến thức			
1	Chỉ định bài cổ phương	7,25 ± 1,50	9,25 ± 0,50	P<0,05
2	Vị thuốc bài cổ phương	6,02 ± 1,41	9,50 ± 0,57	P<0,05
3	Bài nghiệm phương	5,50 ± 1,73	10,00 ± 0,0	P<0,05
4	Chế phẩm thuốc	8,71 ± 0,10	10,00 ± 0,0	P<0,05
5	Huyệt vị	8,50 ± 0,58	10,00 ± 0,0	P<0,05

B	Kỹ năng			
1	Châm cứu	7,21 ± 6,50	9,75 ± 0,10	$P < 0,05$
2	Xoa bóp, bấm huyệt	6,12 ± 5,14	9,83 ± 0,13	$P < 0,05$
3	Tư vấn	5,34 ± 2,60	9,71 ± 1,50	$P < 0,05$

Bảng 3.17: Tỷ lệ thực hiện các phương pháp khám, chẩn đoán và điều trị bệnh của Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp.

Nội dung (n = 50)	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	n	%	n	%	
Phương pháp khám bệnh					
Chỉ khám bằng YHCT	02	4,00	1	2,00	$p > 0,05$
Kết hợp YHCT với YHHĐ	48	96,00	49	98,00	
Chẩn đoán bất cương					
Đạt (đầy đủ)	03	6,00	50	100	$p < 0,05$
Không đạt (không đủ)	47	94,00	0	0	
Chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT					
Thực hiện	21	42,00	50	100	$p < 0,05$
Không thực hiện	29	58,00	0	0	
Phương pháp điều trị					
Kết hợp YHCT & YHHĐ	46	92,00	47	94,00	$p > 0,05$
Chỉ điều trị bằng YHCT	4	8,00	3	6,00	



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân khám và điều trị tại Khoa YHCT bệnh viện đa khoa huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011 và năm 2014.

3.3.2. Kết quả cải thiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc so với Khoa YHCT - BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp

Nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc phục vụ khám chữa bệnh bằng YHCT tăng: 5 thầy thuốc; 27 giường bệnh; 47m² phòng bệnh; 1 máy điện châm; 2 đèn hồng ngoại; 30 vị thuốc.

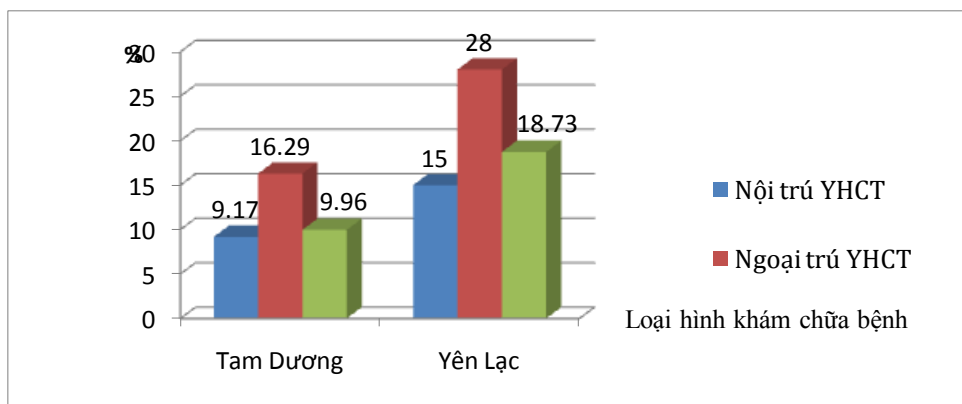
Bảng 3.19. Điểm trung bình về kiến thức và kỹ năng thực hành của thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp

TT	Nội dung	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
		Tam Dương	Yên Lạc	
A	Kiến thức			
1	Chỉ định BT cổ phương	7,33 ± 0,13	9,25 ± 0,50	p < 0,05
2	Vị thuốc bài cổ phương	7,61 ± 1,10	9,50 ± 0,57	p < 0,05
3	Bài nghiệm phương	7,67 ± 1,02	10,00 ± 0,0	p < 0,05
4	Chế phẩm thuốc	10,00 ± 0,0	10,00 ± 0,0	p > 0,05
5	Huyệt vị	8,33 ± 2,50	10,00 ± 0,0	p < 0,05
B	Kỹ năng thực hành			
1	Châm cứu	7,42 ± 5,01	9,75 ± 0,10	p < 0,05
2	Xoa bóp, bấm huyệt	7,01 ± 1,30	9,83 ± 0,13	p < 0,05
3	Tư vấn	6,57 ± 2,62	9,71 ± 1,50	p < 0,05

Bảng 3.20. Tỷ lệ thực hiện các phương pháp khám, chẩn đoán và điều trị bệnh của Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương sau can thiệp (n = 50 bệnh án/1 BVĐK)

TT	Nội dung	Tam Dương		Yên Lạc		p
		n	%	n	%	
	Phương pháp khám bệnh					
1	Chỉ khám bằng YHCT	3	6,00	1	2,00	p > 0,05
2	Kết hợp YHCT với YHHĐ	47	94,00	49	98,00	
	Chẩn đoán bất cương					
1	Đạt (đầy đủ)	4	8,00	50	100	p < 0,05
2	Không đạt (không đủ)	46	92,00	0	0	

TT	Nội dung	Tam Dương		Yên Lạc		P
		n	%	n	%	
	Chẩn đoán nguyên nhân theo YHCT					
1	Thực hiện	25	50,00	50	100	p < 0,05
2	Không thực hiện	25	50,00	0	0	
	Phương pháp điều trị					
1	Kết hợp YHCT với YHHĐ	49	98,00	47	94,00	p > 0,05
2	Chỉ điều trị bằng YHCT	1	2,00	3	6,00	



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh bằng YHCT trên tỷ lệ bệnh nhân khám chữa bệnh chung tại BVĐK huyện Yên Lạc và BVĐK huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014.

3.3.3. Hiệu quả can thiệp tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc:

Kiến thức YHCT: HQCT (hiệu quả can thiệp) đạt từ 11,74% - 69,98%; kỹ năng YHCT: HQCT đạt 16,51% - 62,60%.

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng

4.1.1. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa hoặc Bộ phận YHCT 9 BVĐK tuyến huyện, tỉnh Vĩnh Phúc

Trung bình có 4,1 thầy thuốc YHCT/1BVĐK, thiếu so với quy định tại Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV; tuổi < 40 chiếm 91,89%, cao hơn 26,59% và tỷ lệ nữ nhiều hơn nam 18,91%, cao hơn 1,51% so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, Đỗ Thị Phương tại Hưng Yên năm 2011; thâm niên > 10 năm chiếm 16,22%, thấp hơn 16,48% và y sỹ YHCT chiếm 67,57%, thấp hơn 15,13% so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng tại Hưng Yên năm 2013; KT chỉ định bài cổ phương loại A+B= 40%, cao hơn 1,1% và KT bài nghiệm phương loại A+B= 26,67%, thấp hơn 17,73% so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang tại Quảng Ninh năm 2010; KT huyết vị loại A+B = 67,57%, cao hơn 43,77% so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương tại Thái Nguyên năm 2005; KN thực hành châm cứu loại A+B= 67,57%, cao hơn 12,37% và KT chế phẩm thuốc YHCT loại A+B = 40,54%, thấp hơn 19,46% so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng, Đỗ Thị Phương tại Hưng Yên năm 2011; kỹ năng xoa bóp, bấm huyết và tư vấn loại A = 0% và loại C đều > 70%; nhu đào tạo, tập huấn > 80%, cao hơn > 16% nghiên cứu của Trịnh Yên Bình năm 2013.

Thuốc YHCT sử dụng trung bình 166 vị và 20,66 chế phẩm/1 BVĐK, so với quy định tại Thông tư số 12/2010/TT-BYT (300 vị thuốc và 127 chế phẩm thuốc YHCT) thì số lượng này còn rất thấp. Chỉ thị 24-CT/TW của Ban Bí thư phân nhiệm vụ giải pháp thứ 3. Luật Dược năm 2005, tại Điều 3. Khoản 3. Quyết định 2166/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ năm 2010, tại Điều 1, Khoản 3, Điểm đ đều nói đến việc tạo điều kiện cho việc phát triển dược YHCT. Thuốc Nam thu hái trên địa bàn tại các cơ sở y tế chưa sử dụng. Có 18 loại bệnh được điều trị, bệnh về thần kinh chiếm 55,78%, gấp 2 lần và bệnh cơ, xương khớp chiếm 26,89% bằng 1/2 so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng tại Hưng Yên năm 2013. Có sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và của Phạm Việt Hoàng là tỷ lệ các bệnh cơ, xương khớp và thần kinh cao. Nhưng có sự khác biệt cơ bản là tỷ lệ nhóm bệnh cơ, xương khớp tại Hưng Yên cao gấp 2 lần tại

Vĩnh Phúc So với nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý tại 27 trạm y tế xã của 3 tỉnh Hà Tĩnh, Thừa Thiên Huế, Bình Định năm 2014, tỷ lệ các bệnh về cơ, xương khớp cũng cao nhất. Các phương pháp khám chữa bệnh bằng YHCT được sử dụng so với nghiên cứu của Phạm Việt Hoàng tại các BVĐK tuyến huyện và trung tâm y tế của tỉnh Hưng Yên năm 2013: thuốc uống cao hơn 19,20%; châm cứu thấp hơn 14,22%; thủy châm cao hơn 3 lần; xoa bóp, bấm huyệt cao hơn 4 lần; khám và điều trị kết hợp YHCT với YHHĐ đều cao hơn 3 lần. Tỷ lệ: khám chữa bệnh YHCT/khám chữa bệnh chung tăng 1,85%; điều trị nội trú YHCT/điều trị nội trú chung giảm 3,74%; điều trị ngoại trú YHCT/điều trị ngoại trú chung tăng 37,8%.

4.1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc

Tỷ lệ người dân được hỏi: 98,40% thích khám chữa bệnh YHCT và 99,11% hài lòng với thái độ thầy thuốc YHCT là yếu tố thuận lợi cho YHCT phát triển. Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế nắm được các chủ trương, chính sách của Trung ương về phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng chưa cao (35,03% nắm được Chỉ thị 24-CT/TW và Quyết định 2166/QĐ/TTg). Quy định thanh toán bảo hiểm y tế đối với các vị thuốc YHCT đưa vào điều trị trong bệnh viện phải qua đấu thầu thuốc. Luật Khám bệnh, chữa bệnh tại Điều 6 Các hành vi bị cấm, Khoản 8 quy định cấm “*Sử dụng hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh*” nhưng lại không nêu được khái niệm chính xác về mê tín trong khám chữa bệnh. Trong khám chữa bệnh YHCT, nhiều vấn đề đem lại hiệu quả tốt, nhưng không giải thích được theo cơ chế của YHHĐ và rất dễ bị các nhà quản lý cho là mê tín. Thông tư 41/2011/TT-BYT của Bộ Y tế, Điều 26, Khoản 4, Điểm đ - quy định cơ sở khám chữa bệnh YHCT, sản xuất các thuốc cao đơn, hoàn tán phục vụ bệnh nhân tại cơ sở phải trình Sở Y tế đồng ý mới được làm. Nội dung quy định này, đã làm phức tạp hóa và không thực thi đối với nội dung Điều 42 của Chương IV về thuốc đông y và thuốc từ dược liệu trong Luật Dược; đồng thời, làm mất tác dụng việc đăng ký quyền tác giả và quyền sở hữu trí tuệ nêu tại Điều 3; Khoản 3 của Luật Dược và Điều 1, Khoản 3, Điểm đ trong Quyết định 2166/QĐ-TTg. Định nghĩa của WHO về YHCT lại rất rộng mở: là tổng hợp các tri thức, kỹ năng, thực hành trên cơ sở những lý thuyết, đức tin và kinh nghiệm bản địa của những nền văn hóa khác nhau, có thể giải thích được hoặc không, sử dụng để duy trì sức khỏe, cũng như trong dự phòng, chẩn đoán, cải thiện

hoặc điều trị bệnh tật về thể chất và tinh thần. Thông tư liên tịch 51/2015/TTLT-BYT- BNV của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ về “*Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế thuộc Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Phòng Y tế thuộc Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh*” không có tổ chức quản lý nhà nước về YHCT tại các sở Y tế. Nhận thức của cán bộ lãnh đạo, quản lý ngành Y tế và nội dung quy định nêu trên đang hạn chế sự phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng.

4.2. Hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc

4.2.1. Phương pháp đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp

So sánh các chỉ số nghiên cứu trước và sau can thiệp; so sánh này cũng chỉ mang tính tương đối vì: huyện Tam Dương có dân tộc thiểu số và một số diện tích đồi núi, đời sống nhân dân còn khó khăn; huyện Yên Lạc hoàn toàn là đồng bằng, không có dân tộc thiểu số và đời sống nhân dân khá hơn; thời gian can thiệp ngắn, dùng can thiệp đánh giá ngay.

4.2.2. Hiệu quả giải pháp can thiệp

- *Cải thiện nguồn nhân lực*: Thầy thuốc Khoa YHCT – BVĐK huyện Yên Lạc tăng 5 người, nhưng trình độ đều là điều dưỡng trung học. Nội dung tập huấn dựa trên các quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế và theo phương pháp cầm tay chỉ việc phù hợp với nguyện vọng của các thầy thuốc. Vì vậy, KT và KN của thầy thuốc Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp đã được cải thiện: về KT so với trước can thiệp: bài thuốc, vị thuốc trong bài cổ phương và bài nghiệm phương điểm trung bình cao hơn ≥ 2 điểm; huyệt vị điểm trung bình cao hơn 1,5 điểm; chế phẩm thuốc điểm trung bình cao hơn 1,3 điểm; về KN thực hành: 100% bệnh án đã tiến hành đầy đủ chẩn đoán bắt cương tăng 94%; châm cứu điểm trung bình tăng 2,5 điểm; xoa bóp, bấm huyệt điểm trung bình tăng 3,7 điểm; tư vấn điểm trung bình tăng > 4,3 điểm. So sánh Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc với Khoa YHCT – BVĐK huyện Tam Dương cùng thời điểm sau can thiệp: về KT: bài thuốc, vị thuốc trong bài cổ phương điểm trung bình đều cao hơn gần 2 điểm; bài nghiệm phương loại A cao hơn 33,33% (BVĐK huyện Yên Lạc loại A = 100%); chế phẩm thuốc YHCT điểm trung bình cao hơn gần 2 điểm. Về KN: chẩn đoán bắt cương đầy đủ tăng hơn 92%; châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt điểm trung bình đều cao hơn 2,2 điểm; tư vấn điểm trung bình cao hơn gần 3,2 điểm. Hiệu quả can thiệp (HQCT) về

KT và KN thực hành cho thầy thuốc Khoa YHCT- BVĐK huyện Yên Lạc đạt từ 11,74% - 69,98%.

- *Tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc YHCT*: Cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc sau can thiệp bước đầu đã được tăng cường. Thuốc Nam thu hái trên địa bàn không được sử dụng; điều này, tác giả Đỗ Thị Phương đã phát hiện trong nghiên cứu: thực trạng sử dụng YHCT và thuốc Nam năm 1996.

- *Kết quả thực hiện khám chữa bệnh bằng YHCT*: Tỷ lệ khám chữa bệnh YHCT/tỷ lệ khám chữa bệnh chung tại BVĐK huyện Yên Lạc năm 2014 tăng hơn BVĐK huyện Tam Dương 8,77% và so với năm 2011 tăng 14,23% nhưng chủ yếu là bệnh nhân ngoại trú.

- *Một số văn bản mới ban hành có nội dung về phát triển YHCT tuyến huyện nói chung và của tỉnh Vĩnh Phúc nói riêng*: Thông báo Kết luận số 154 - TB/TW, Hướng dẫn số 111- HD/BTGTW - BCSĐBYT của Ban Tuyên giáo Trung ương - Ban cán sự đảng Bộ Y tế. Thông tri số 29-TTr/TU của Tỉnh ủy Vĩnh Phúc, Quyết định số 1250/QĐ - UBND của Ủy ban nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc và Kế hoạch số 30/KH-SYT của Sở Y tế tỉnh Vĩnh Phúc.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu: Thời gian can thiệp ngắn, quy mô hạn chế. Vì vậy, kết quả can thiệp thật đại diện cho tỉnh Vĩnh Phúc, can thiệp nâng cao nhận thức cho cán bộ và người dân về YHCT chưa được đánh giá. Việc lạm dụng thuốc và kỹ thuật YHHĐ tại Khoa/Bộ phận YHCT - BVĐK tuyến huyện có hay không? chưa được chỉ ra.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc và một số yếu tố ảnh hưởng

1.1. Thực trạng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại 9 BVĐK tuyến huyện của tỉnh Vĩnh Phúc

Thầy thuốc thiếu về số lượng (4,1 người/1BVĐK), trình độ chuyên môn hạn chế (Bác sỹ YHCT chiếm 13,51%), KT và KN nghề nghiệp chưa tốt (điểm trung bình <6 điểm); các bệnh điều trị YHCT chưa nhiều (18 loại), chủ yếu là: nhóm bệnh thần kinh ngoại biên (gần 49%) và cơ, xương, khớp (gần 27%); tỷ lệ sử dụng các phương pháp khám chữa bệnh YHCT: châm cứu 71,78%; giác hơi hạn chế (11,11%), xông, tắm thuốc ít sử dụng (3,33%); nguồn thuốc Nam tại chỗ không được sử dụng. Tỷ lệ khám chữa bệnh YHCT/khám chữa bệnh chung đạt thấp (4,20%).

1.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động YHCT tại tỉnh Vĩnh Phúc

Thuận lợi: trên 98% người dân thích khám chữa bệnh YHCT và hài lòng với thái độ thầy thuốc YHCT.

Hạn chế: tỷ lệ cán bộ lãnh đạo, quản lý Ngành Y tế nắm bắt các chủ trương, chính sách của Trung ương về phát triển YHCT thấp (35,04% biết Chỉ thị 24-CT/TW và Quyết định 2166/QĐ-TTg); Điều 6, Khoản 8 - Luật Khám bệnh, chữa bệnh; quy định thanh toán BHYT đối với thuốc YHCT; Thông tư 41/2011/TT-BYT tại Điều 26, Khoản 4, Điểm đ là những nội dung tác động không tốt đến sự phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện nói riêng.

2. Đánh giá hiệu quả thử nghiệm giải pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bằng YHCT tại Khoa YHCT - BVĐK huyện Yên Lạc, tỉnh Vĩnh Phúc

Thầy thuốc tăng 5 người; cơ sở vật chất, thiết bị y tế tăng: 21 giường bệnh, 11 máy điện châm, 3 đèn hồng ngoại, 1 bộ giác hơi, 27m² phòng bệnh; KT, KN thầy thuốc được cải thiện: HQCT về KT đạt từ 11,74% - 69,98%; HQCT về KN đạt từ 16,51% - 62,60%; tỷ lệ khám chữa bệnh YHCT/tỷ lệ khám chữa bệnh chung tăng 14,23%; 5 văn bản mới về phát triển YHCT nói chung và YHCT tuyến huyện tỉnh Vĩnh Phúc nói riêng được ban hành.

KHUYẾN NGHỊ

1. Trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc: Ủy Ban nhân dân tỉnh Vĩnh Phúc tăng cường kiểm tra đôn đốc việc thực hiện mục tiêu khám chữa bệnh YHCT/khám chữa bệnh chung tuyến huyện đạt 25% vào năm 2020 (năm 2014 mới đạt 6,10%, tương đương với 24,40% mục tiêu Chính phủ đề ra đến năm 2020).

2. Công tác lãnh đạo, quản lý đối với hoạt động y học cổ truyền nói chung và y học cổ truyền tuyến huyện nói riêng

Các cấp ủy Đảng phải định kỳ tiến hành kiểm tra các cấp ủy cấp dưới trực thuộc về việc triển khai thực hiện Chỉ thị số 24 - CT/TW, ngày 04-7-2008 của Ban Bí thư Trung ương Đảng (khóa X) về “phát triển nền đông y Việt Nam và Hội đông y Việt Nam trong tình hình mới” và Thông báo Kết luận số 154 - TB/TW.

Quốc hội sớm điều chỉnh Điều 6, Khoản 8 trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh hoặc ban hành Luật Khám chữa bệnh Y học cổ truyền.

Bộ Y tế cần sớm điều chỉnh Điều 26, Khoản 4, Điểm đ trong Thông tư 41/2011/TT - BHYT và bổ sung các quy định thanh toán bảo hiểm y tế đối với thuốc YHCT phù hợp và phát huy việc sử dụng thuốc Nam thu hái tại địa phương phục vụ điều trị

3. Cơ chế tài chính trong khám chữa bệnh bằng YHCT

Nên thực hiện phương thức chi trả BHYT theo định suất và hiệu quả điều trị; đồng thời, chỉ nên thực hiện tự chủ một phần tài chính đối với các BVĐK tuyến huyện có điều kiện kinh tế, xã hội phát triển.

INTRODUCTION

Vietnamese Communist Party and Vietnamese Government are always interested in the inheritance, promotion and development of traditional medicine (The letter of Ho Chi Minh President at Medical Staff Conference on 27-2-1955); Constitution of the Socialist Republic of Vietnam - 1992; Decree No. 46/NQ/TW dated 23-02-2005 of Political Bureau of the Party Center Committee; Directive No 24- CT/TW dated 04/7/2008 of Secretariat of the Communist Party of Viet Nam). All documents above have shown consistent views of the Government on development of traditional medicine. According to Decision No 2166/QĐ-TTg dated 30/11/2010 of Prime Minister, the target is increasing the rate of traditional medicine healthcare service at provincial level to 25% in 2020 . Interventional researches to improve the quality of traditional medicine healthcare service only focused on the city and commune level, these researches were not conducted in provincial level.

Vinh Phuc Health care services have many positive movements. However, how is the traditional medicine in general hospital at provincial level? In order to answer this question, we performed a study: **“Research on actual situation of traditional medicine healthcare service at District general hospitals in Vinh Phuc province and Interventional solutions”** with following objectives:

1. Describe actual situation of traditional medicine healthcare service and impact factors at District general hospitals in Vinh Phuc province from 2011 to 2012.

2. Evaluate the effectiveness of interventional solutions to promote traditional medicine health care service at District general hospitals in Vinh Phuc province.

NEW FINDINGS OF THE THESIS

1. *Actual situation and several factors of traditional medicine healthcare service at 9 District general hospitals in Vinh Phuc province:* Lack of doctors and they have limited qualification; lack of equipment and traditional medicine resources; local Vietnamese traditional medicine has not been used; 18 kinds of diseases major of which are osteo-arthritic diseases and neuropathy have been treated using traditional medicine; most popular traditional medicine

methods are remedy and acupuncture; traditional medicine healthcare service has been in great demand; the rate of health sector leaders who know policies relating to traditional medicine has not been high; Article 6, Section 8 - The Law on Medical Examination and Treatment, regulation in health insurance payments for traditional medicine, Circular 41/2011/TT-BYT - Article 26, section 4, Point d cause bad impacts on the development of traditional medicine.

2. Evaluation of interventional research's effectiveness on traditional medicine quality at provincial level: Training programs for traditional medicine practitioners to improve knowledge and clinical experiences, providing medical staff and medical equipment, contributing to improve policies about development of traditional medicine in general hospital at provincial level; research's intervention have caused positive effects after 1 year.

LAYOUT OF THE THESIS

The thesis comprises of 116 pages including Introduction (2 pages), Overview (32 pages), Objects and research methods (15 pages), Research findings (37 pages), Discussion (26 pages), Conclusion (2 pages), Recommendations and suggestions (2 pages). The thesis has 100 references (85 in Vietnamese, 15 in English) and illustrated by 4 outlines, 26 tables and 5 diagrams.

Chapter 1: OVREVIEW

1.1. Traditional Medicine in some countries and Vietnam

1.1.1. Traditional Medicine in some countries; The Definition of WHO in term of traditional medicine is “Traditional medicine is the sum total of the knowledge, skills, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness”. According to WHO, the rate of using traditional medicine is 80% in the African countries, over 50% in Europe and South America countries. The traditional medicine plays an important role in healthcare system and economy.

China: It has the most powerful development in traditional medicine in the world; and traditional medicine of China has been used by many countries in National Healthcare Program.

Japan: Traditional Medicine has appeared for a long time. There are over 90% of Japanese doctors combining modern and traditional medicine in treatment.

Singapore: There are 2421 staff who have registered for certificate in traditional medicine covering methods of three major races: Chinese, Malaysian, and Indian.

Thailand: Thailand has added herbal medicine into the primary healthcare program since the 4th Plan of National Healthcare Development.

Philippines: The Law on Traditional Medicine and Alternative Medicine was approved by the Government in 1997 and health insurance paid for treatment using acupuncture or other methods.

Indonesia: The traditional medicine has appeared since the 15th century. The government has built the Strategy for development of Traditional Medicine.

Brunei: Residents have used traditional medicine since the first years of 15th century. Traditional medicine has become a part of national cultural heritage.

Malaysia: The practice of traditional medicine was mentioned in the Law of Health in 1971.

Australia: Traditional medicine has been used by community; there are 17 different methods which are familiar to residents.

Cambodia: Traditional Medicine has been used for a long time. There is about 40% to 50% of population using traditional medicine.

Laos: Traditional medicine has appeared since 12th century. Lao Congress enacted Law on Medicine Production including traditional medicine.

Myanmar: Traditional Medicine has appeared over 1000 years ago. The national health policies have added traditional medicine to public health program.

Africa: In 2010, there were 39 countries which had national policies on traditional medicine; 18 countries had strategy plans and 13 countries had training programs in traditional medicine.

1.1.2. Vietnamese Traditional Medicine: About 4000-5000 years ago, Vietnamese people knew to take a haircut, eat betel and areca to prevent diseases. In Hung King time, Vietnamese people had many experiences in healthcare. In the colonial era of China, Chinese medicine appeared in Vietnam to serve leaders and nobles while residents from countryside still used traditional medicine for disease prevention and treatment. From 1010 to 1407, in the feudal era of Vietnam, traditional medicine developed well and lots of famous doctors appeared. From 1407 to 1427, Vietnam was colony of Minh. They had a policy of assimilation and elimination our culture, including medicine. After independence, Le King focused on developing culture and medicine. In French colonial period (1884-1945), western medicine was introduced in Vietnam to take care of leaders only. Most of Vietnamese people still prevented and treated diseases using traditional medicine. Since the success of August Revolution in 1945, Communist Party of Vietnam and Democratic Republic of Vietnam have always invested in developing traditional medicine.

1.1.3. Traditional medicine management and clinical practice at Provincial general hospitals in Vietnam from 2003 to 2010

The number of staff taking the responsibility for monitoring traditional medicine: in Department of Health : 66.7% specialized staff and 31.7% Part –time staff; in medical government: 16.4% specialized staff and 77% Part - time staff. The number of general hospitals which do not have traditional medicine department decreased 8% from 2003 to 2010; there were still 16,7% hospitals which had not performed traditional medicine healthcare service. The proportion of patients using traditional medicine in 2003-2010 period: inpatients increased 90% and outpatients increased 3%; the percentage of using traditional medicine at provincial level hospitals raised 6%. The number of traditional medicine staffs who was appropriately trained increased 955 people from 2003 to 2010. Vietnam Academy of Traditional Medicine was established in 2005.

1.1.4. The limited factors of traditional medicine clinical practice: There are some doctors providing traditional medicine healthcare service without required certification and legal permission. Traditional medical healthcare service has not met residents' demand. In local healthcare centers, medical staff have limited professional skills; equipment and medication are not provided sufficiently. The amount of traditional medication product is only 10.2% in comparison with western medicines. The traditional medication imported from china accounts for 85% to 90%.

1.2. Study on actual situation of traditional medicine healthcare service in Primary Care and provincial level hospitals in Vietnam and some other countries

1.2.1. Study on actual situation of traditional medicine healthcare service: *Provincial level:* From 2002 to 2012, there were 13 studies on actual situation of traditional medicine healthcare service at province level. *District level:* From 2005 to 2012, there were 3 studies on actual situation of traditional medicine healthcare service in district level. *Commune level and in community:* From 1996 to 2012, there were 3 studies on actual situation of traditional medicine healthcare service in commune level and community.

1.2.2. Interventional Study: Provincial level: in 2013, there were 3 interventional studies. District level: No. Commune level and community: From 2004 to 2014, there were 3 interventional studies in Vietnams and 1 studies of Nippon Foundation "family traditional medicine bag" in Mongolia.

1.3. Actual situation of economy, social issues and healthcare in Vinh Phuc Province

1.3.1. The actual situation of economy, social issues in Vinh Phuc province: This province has three ecological zones including delta, midland and mountainous areas; per capita income was \$ 1,400 in 2009.

1.3.2. The organization and Human resources in Health: Vinh Phuc province has 11 public hospitals, 33 regional general practice clinics, 137 healthcare centers in commune. The structure of healthcare management comprises of Department of health; 9

Health Offices; 9 Health Centers. Vinh Phuc Hospital of traditional medicine; Traditional Medicine Department in Vinh Phuc general hospital; 4/9 Provincial general hospitals have department of traditional medicine; 133/137 health centre have 01 nurse specializing in traditional medicine.

Chapter 2: MATERIALS - SUBJECTS AND METHODOLOGY

2.1. The objectives of research

2.1.1. Study on actual situation of traditional medicine healthcare service at district general hospitals in Vinh Phuc province and impact factors: *Group1:* Doctors in Traditional Medicine Department. *Group2:* Patients who use traditional medicine. *Group 3:* Documents, medical records, medication and facilities involved in traditional medicine healthcare. *Group 4:* Impact factors including: representative leaders, health sector managers, policies of the Government and Vinh Phuc province on developing traditional medicine at provincial level.

2.1.2. Intervention Study: Traditional Medicine Department – Yen Lac General Hospital and Traditional Medicine Department – Tam Duong General Hospital.

2.2. Research method

2.2.1. Actual situation and impact factors: descriptive cross - sectional study: typical features of human resources; facilities, infrastructure; Medication for healthcare; awareness of leaders, health managers, residents' demand and satisfaction of residents about traditional medicine practitioner's attitude.

2.2.2. Intervention Study: at Traditional Medicine Department – general hospital in Yen Lac district: Term 1: To build model and conduct intervention basing on the results of a baseline studies, comments of experts, managers, health leaders and aspirations of doctors in the Traditional Medicine Department. Term 2: To evaluate the interventional model: compare the situation before and after intervention, compare with the control group.

2.3. Time for study: 2011 - 8/2014

2.4. Study areas

2.4.1. Study areas for descriptive study on actual situation and impact factors: Vinh Phuc province and 9 general hospitals at district level

2.4.2. Study areas for Interventional study: Yen Lac and Tam Duong general hospitals

2.5. Sample size

2.5.1. Sample size for descriptive study on actual situation and impact factors: *Group 1:* Physicians of traditional medicine in 9 general hospitals at district level (37 doctors). *Group 2:* patients/family using traditional medicine healthcare service in 9 general hospitals at district level (450 people); the sample size is

calculated by the formula: $n = \frac{z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{d^2} \times DE$ $n =$ sample

size; z (confidence coefficient) = 1.96 ($\alpha = 0,05$ reliability= 95%); p : The proportion of participants (approximately) have appropriate assessment about the traditional medicine $p = 0,5$ ($1- p = 0,5$); d : tolerance 0,05; DE : study design effects; calculated by $n = 384$ people ($384:9 = 42,67$ round 50/1 general hospital ($50 \times 9 = 450$ people)). *Group 3:* Documents; 450 medical files/records (equal to group 2:50 medical records/ 1 general hospital; medication and health equipment. *Group 4:* Impact factors (health leaders and managers: 274 people; policies on the development of traditional medicine): Provincial level (11): 2 Department of Health; 2 Provincial General Hospitals; 6 Hospitals of traditional medicine ; 1 Association of Traditional Medicine; District level (126 people); 1 general hospital and 1 department except the Department of traditional medicine included in group1. Commune level (137 people): 1 health center chief/1 Physicians specialized in traditional medicine and documents about leadership and direction on the development of traditional medicine at district level.

2.5.2. Sample size for interventional study : In Traditional Medicine Department – General Hospital of two district: Yen Lac (intervention) and Tam Duong (control): *Group1:* Physicians specialized in traditional medicine in Yen Lac General Hospital (previous intervention: 7 people; after intervention: 12 people); In

Tam Duong general hospital (previous intervention: 8 people; after intervention: 7 people); *Group 2*: 50 patients /families; *Group 3*: Documents, 50 medical records, equipment and traditional medication. *Group 4*: Impact factors: Government's and local's documents on development of traditional medicine at district level.

2.6. Research Content

2.6.1. Study on actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 District general hospitals in Vinh Phuc province and impact factors: Medical staff: age, gender, qualification, seniority, knowledge and clinical experience; the rate of using traditional medicine methods; the proportion of using traditional medicine in healthcare (general, inpatient, outpatient)/general healthcare (general, inpatient, outpatient); facilities, equipment and traditional medication. Awareness of health leaders, managers in health sector and people's satisfaction with traditional medicine services; the document on development of traditional medicine of the Government and Provincial authority.

2.6.2. Implement and evaluate the intervention model designed to improve the effectiveness of traditional medicine healthcare service at Yen Lac general hospital, Vinh Phuc province: Basis of intervention model:(1) Law: Law on Pharmacy, Law on Medical Examination and Treatment and other Government's documents relating to healthcare. (2) Professional documents: Traditional Medicine documents of Hanoi Medical University, investigation results, health managers' and experts' comments. Contents of intervention: to raise awareness, skills, knowledge and clinical experience of traditional medicine practitioner; to improve infrastructure, medical equipment in the Traditional Medicine Department.

2.7. Methodology and tools to collect information

2.7.1. Tools used in collecting information: questionnaire, traditional medicine clinical skills checklist; facilities, medical equipment and medication statistical forms.

2.7.2. Methodology of collecting information: Participants in the investigation including officers in Department of Social Issues –

The government committee of communication and education; officers in provincial and district Commission for Science and Education, staff in medical centers where the research was conducted, fellow; research was conducted by interview questions and evaluated by checklists.

2.8. Evaluation Method

2.8.1. Method to evaluate knowledge, practical skills of doctor in Traditional Medicine Department at 9 district general hospitals in Vinh Phuc province: To evaluate knowledge: administration and ingredients in traditional medication; traditional medication. To evaluate practical skills: acupuncture, massage, acupressure, advisory. Assessed according to a scale of 10; Category: A: 8 -10 points; B: 5- 7 points; C: <5 points.

2.8.2. Method to evaluate the Effectiveness of Intervention: compare the statistics before and after the intervention in interventional hospital and compare between interventional hospital and control hospital. Evaluating the effectiveness of intervention (CT) based on the formula:

$$CSHQ = \frac{|A - B|}{A} \times 100 \text{ (A is pre-intervention result, B is post-intervention result)}$$

$(HQCT)\% = CSHQ_{CT} - CSHQ_{control}$ ($CSHQ_{CT}$ and $CSHQ_{control}$ are effective index; HQCT is Effectiveness of intervention).

2.9. Data analysis and error control: Using SPSS for Window 10.5 and Epi info 6.0; interviewer training, respecting truthfulness.

2.10. Ethical Issues: the research was approved by the Commission, Government and Health sector; informations are only used for research purpose and respectation for subjects.

Chapter 3: RESEACH FINDINGS

3.1. Actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 District general hospitals in Vinh Phuc province and impact factors

3.1.1. Actual situation of clinical examination and treatment: Typical features of medical human resources in 9 district general hospitals: there are 37 doctors; Age under 40: 91.89%; male: 40.54%, female: 59.46%; nurses specialized traditional medicine:

67.57%; Doctors specialized in traditional medicine:13.51%, nurses: 18.92%; work experience over 10 years: 16.22%; from 6 to 10 years: 64.86%; work experience under 5 years: 18.92%.

Table 3.4. The knowledge on “Traditional remedy” and “experimental remedy” of doctors and nurses in 9 district general hospitals in Vinh Phuc province.

Index	Result	
	n (30)	%
Knowledge on administration of traditional remedy		
Level A	3	10,00
Level B	9	30,00
Level C	18	60,00
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	5,83±1,30	
Knowledge on ingredients in traditional remedy		
Level A	0	0
Level B	2	6,67
Level C	28	93,33
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	4,81±1,43	
Knowledge on administration of experimental remedy		
Level A	0	0
Level B	8	26,67
Level C	22	73,33
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	5,15±1,05	

Table 3.5. Classification of knowledge on medication and acupuncture point of Traditional medicine Physicians in 9 general hospitals in Vinh Phuc province (n=37)

Index	Result	
	n = 37	%
Knowledge on medication		
Level A	6	16,22
Level B	9	24,32
Level C	22	59,46
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	5,78±1,02	
Knowledge on acupuncture point		
Level A	4	10,81
Level B	21	56,76
Level C	12	32,43
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	5,86±2,01	

Table 3.6: Classification of clinical skill of Traditional medicine Physicians in 9 general hospitals in Vinh phuc province

Index	Result (n=37)	
	n	%
Acupuncture skill		
Level A	9	24,32
Level B	16	43,25
Level C	12	32,43
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	5,50±2,69	
Massage and acupuncture pressure skill		
Level A	0	0
Level B	10	27,03
Level C	27	72,97
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	3,50±1,30	
Consultant skill		
Level A	0	0
Level B	8	21,62
Level C	29	78,38
Mean ($\bar{X} \pm SD$)	3,05±1,70	

Table 3.7: The amount of Traditional medicine Physicians in district hospital provided training programs in Vinh Phuc province in 2011

Index	Number and percentage	
	n = 37	%
Participate in training courses		
Attended	15	40,54
Not attended	22	59,46
Subject		
Acupuncture	16	43,25
Massage and acupuncture pressure	16	43,25
Qigong	5	13,51
Infectious prevention	37	100
Hospital management	1	2,70
Training demand		
Need	30	81,08
Don't need	7	18,92

Table 3.8: the amount of diagnosis types in traditional medicine medical record in 9 general hospitals in Vinh Phuc province (n= 450)

TT	Diagnosis	n	%
1	Having sufficient diagnosis depending on 8 regulation of traditional medicine	252	56,00
2	Do not have sufficient diagnosis depending on 8 regulation of traditional medicine	198	44,00
3	Having traditional medicine etiology diagnosis	57	12,67
4	Having traditional medicine definitive diagnosis	320	71,11

Table 3.9: The amount of combining traditional medicine and model medicine in traditional medicine Department in 9 general hospitals in Vinh Phuc province

TT	content (n= 450 medical record)	Examination		Treatment	
		n	%	n	%
1	Combine traditional medicine and model medicine	410	91,11	423	94,00
2	Use only traditional medicine	40	8,89	27	6,00

Table 3.10: The amount of diseases treated by traditional medicine in 9 general hospital in Vinh Phuc province(n= 450 medical record).

TT	Disease	Percentage		TT	Disease	Percentage	
		n	%			n	%
1	Sciatica pain	144	32,00	10	Facial nerve palsy	76	16,89
2	Neurasthenia	9	2,00	11	Degenerative arthritis of knee	18	4,00
3	Hypertension	9	2,00	12	hemiplegia	9	2,00
4	Virus hepatitis	4	0,89	13	Cervical scapulothoracic syndrome	58	12,89
5	Chronic colonitis	15	3,33	14	Rheumatoid arthritis	32	7,11
6	Gastritis, gastric ulcer, duodenitis, duodenal ulcer	15	3,33	15	Periarthritis humeroscapularis	9	2,00
7	Wrist arthritis	4	0,89	16	Intercostal neuralgia	22	4,89
8	Internal hemorrhoids	9	2,00	17	Kidney stone	4	0,89
9	Diabetes	4	0,89	18	Allergy	9	2,00

Table 3.11: The amount of traditional medicine treatment methods used in 9 district general hospitals in Vinh Phuc(n= 450 medical record)

TT	Treatment methods	Percentage	
		n	%
1	Drinking medication	450	100
2	Acupuncture	323	71,78
3	Acupuncture using medication	251	55,78
4	Massage and acupuncture pressure	232	51,56
5	Medication steam and bath	15	3,33
6	Cupping	50	11,11

3.1.2. Impact factors

Table 3.13. Awareness of leaders and Health sector managers about Traditional Medicine in Vinh Phuc province (n = 274).

Awareness of leaders and Health sector managers about Traditional Medicine			
TT	Content	n	%
	Know about documents of government on Traditional Meicine		
1	Know Directive 24-CT/TW (24/7/2008)	64	23,36
2	Know Decision 2166/QĐ-TTg (30/11/2010)	23	8,39
3	Know both documents above	96	35,04
4	Do not know both documents above	91	33,21
	Traditional Medicine roles in healthcare		
5	Increase treatment effectiveness and reduce price	251	91,61
6	Do not harm	160	58,39
7	Should not using Traditional Medicine	0	0

Table 3.14. Residents' demands and attitude toward Traditionslmedicine (n = 450)

TT	content	n	%
	The number of traditional medicine examination and treatment times of people (until survey)		
1	0 time	5	1,11
2	1-2 times	292	64,89
3	3-4 times	122	27,11
4	≥ 5 times	31	6,89
	Residents' attitude toward Traditional Medicine		
1	Like Traditional Medicine examination and treatment	443	98,44
2	Do not Like Traditional Medicine examination and treatment	7	1,56
3	Satisfy with Physicians attitude	446	99,11
4	Do not Satisfy with Physicians attitude	4	0,89

- The rate of using traditional medicine in examination and treatment in 9 district general hospitals in Vinh phuc province in 2011: inpatients using traditional medicine/total inpatients is 7,54%; outpatients using traditional medicine/total outpatients is 5,10%; traditional medicine examination and treatment/ total examination and treatment is 4,20%

3.2. Construction and implementation of Interventional model

3.2.1. The basis of constructing and content of Interventional model:

- Legal basis: Documents noted in Annex 2.6.2
- Practical basement: the amount of medical staff having A level knowledge on “Traditional remedy”, ingredients in “Traditional remedy”, “experimental remedy” and medication was low. The amount of medical records having sufficient traditional medicine

diagnosis is low. The ability of hospital to provide traditional medicine treatment is limited (only 18 types of medical problems are cured). There are lack of human resource, equipment, medication serving examination and treatment. The proportion of leaders, managers knowing about Government's policies on traditional medicine is not high. Average grade of Traditional Medicine Department staff in both Yen Lac and Tam Duong hospital in knowledge (traditional remedy, acupuncture points) and skills (massage, acupuncture, advisory) are similar.

- Interventional content: Organizing training programs to improve professional level and practical skills of traditional medicine doctors, providing human resources, infrastructure, medical equipment, traditional medicine drugs for Traditional Medicine Department, improving awareness on traditional medicine for health managers and leaders, participating in contributing policies on Development of Traditional medicine.

3.2.2. Implementation of interventional model

Ph.D. candidate organized 7 training courses to improve awareness, knowledge and practical experience on traditional medicine for doctors in Traditional Medicine Department – Yen Lac general hospital, 1 training course for health leaders and managers about the role of traditional medicine in healthcare system (The course involved teachers who are from Vietnam Academy of Traditional Medicine; Traditional Medicine Department – Ha Noi Medical University). Ph.D. candidate had a meeting with Vice President of Yen Lac province; Director of Yen Lac general hospital, discussed about human resource, facilities, medical equipment in Traditional Medicine Department. Researcher provided 5000 posters about 9 essential problems in traditional medicine. Candidate directly involved in building the documents and policies on development of traditional medicine at provincial and district level which were submitted to the Politburo of the Party central committee, Secretariat of the Communist Party of Vietnam.

3.3. Evaluate the Effectiveness of interventional model

3.3.1. Results of improving human resources, infrastructure, examination and treatment in the Department of Traditional Medicine-Yen Lac General Hospital after intervention: increased 5 nurses; 21 sick – beds; enlarged 27m² for patient rooms, provided 11 Electronic acupuncture machines, 1 cupping and 3 Infrared lights.

Table 3.16.Changes on knowledge and practical skill of traditional medicine physicians in traditional medicine department in Yen Lac general hospital after intervention

TT	Content of knowledge and practical skill	Mean ($\bar{X} \pm SD$)		P
		Before intervention	After intervention	
A	Knowledge			
1	Traditional remedy administration	7,25 ± 1,50	9,25 ± 0,50	P<0,05
2	Ingredients in Traditional remedy	6,02 ± 1,41	9,50 ± 0,57	P<0,05
3	Experimental remedy	5,50 ± 1,73	10,00 ± 0,0	P<0,05
4	Medication	8,71 ± 0,10	10,00 ± 0,0	P<0,05
5	Acupuncture point	8,50 ± 0,58	10,00 ± 0,0	P<0,05
B	Skill			
1	Acupuncture	7,21 ± 6,50	9,75 ± 0,10	P<0,05
2	Massage and acupuncture pressure	6,12 ± 5,14	9,83 ± 0,13	P<0,05
3	Consultant	5,34 ± 2,60	9,71 ± 1,50	P<0,05

Table 3.17. The amount of different examination diagnosis and treatment methods in traditional medicine in Yen Lac general hospital after intervention

TT	Content (n = 50)	Before intervention		After intervention		P
		n	%	n	%	
A	Clinical examination methods					
1	Only using traditional medicine	2	4,00	1	2,00	p>0,05
2	Combining traditional and model medicine	48	96,00	49	98,00	
B	Diagnosis basing on 8 regulations of traditional medicine					
1	Sufficient	3	6,00	50	100	P<0,05
2	Insufficient	47	94,00	0	0	
C	Etiology diagnosis					
1	Sufficient	21	42,00	50	100	P<0,05
2	Insufficient	29	58,00	0	0	
D	Treatment methods					
1	Combine traditional and model medicine	46	92,00	47	94,00	p>0,05
2	Only using traditional medicine	4	8,00	3	6,00	

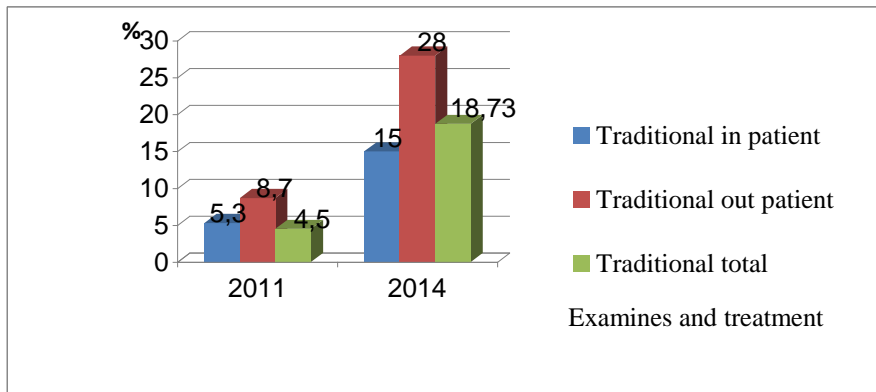


Chart 3.4. The amount of traditional medicine examination and treatment in Yen Lac district in 2011 and 2014.

3.3.2. The results of improving traditional medicine examination and treatment at the Department of Traditional Medicine in Yen Lac and Tam Duong after intervention: increased 5 medical staff; 27 sick – beds; patient room area enlarged 47m²; increased 1 Electronic acupuncture machines; 2 Infrared lights; 30 medication.

Table 3.18. Mean of knowledge and practical skill of traditional medicine physicians in TM department in Yen Lac and Tam Duong district after intervention

TT	Content of knowledge and practical skill	Mean ($\bar{X} \pm SD$)		p
		Tam Duong	Yen Lac	
A	Knowledge			
1	Traditional remedy administration	7,33 ± 0,13	9,25 ± 0,50	<i>P</i> <0,05
2	Ingredients in Traditional remedy	7,61 ± 1,10	9,50 ± 0,57	<i>P</i> <0,05
3	Experimental remedy	7,67 ± 1,02	10,00 ± 0,0	<i>P</i> <0,05
4	Medication	10,00 ± 0,0	10,00 ± 0,0	<i>P</i> >0,05
5	Acupuncture	8,33 ± 2,50	10,00 ± 0,0	<i>P</i> <0,05
B	Skill			
1	Acupuncture	7,42 ± 5,01	9,75 ± 0,10	<i>P</i> <0,05
2	Massage and acupuncture pressure	7,01 ± 1,30	9,83 ± 0,13	<i>P</i> <0,05
3	Consultant	6,57 ± 2,62	9,71 ± 1,50	<i>P</i> <0,05

Bảng 3.19. Medical examination and diagnosis method at Traditional medicine Department, Tam Duong general hospital after intervention (n=50)

TT	Content	Tam Duong		Yen Lac		P
		n	%	n	%	
	Medical Examination method					
1	Using only traditional Medicine	3	6,00	1	2,00	p>0,05
2	Combining traditional and model medicine	47	94,00	49	98,00	
A	Diganosis using 8 traditional medicine regulations					
1	Sufficient	4	8,00	50	100	P<0,05
2	Insufficient	46	92,00	0	0	
B	Etiology diagnosis basing on Traditional Medicine					
1	Sufficient	25	50,00	50	100	P<0,05
2	Insufficient	25	50,00	0	0	
C	Treatment method					
1	Combining traditional and model medicine	49	98,00	47	94,00	p>0,05
2	Using only traditional Medicine	1	2,00	3	6,00	

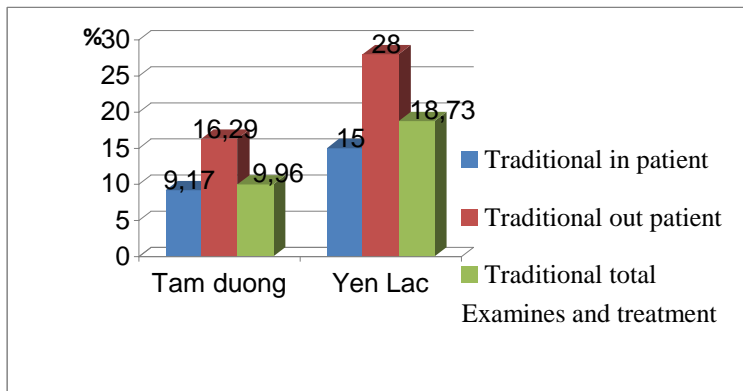


Chart 3.5. The amount of patients using traditional medicine compare with total patients in Yen Lac and Tam Duong district general hospitals in 2014.

3.3.3. Effectiveness of intervention in Traditional Medicine Department – Yen lac general hospital: Interventional effect index in traditional medicine knowledge increased from 11,74% to 64,20% and interventional effect reached 11,74% to 69,98%. Interventional effect index in traditional medicine

skill increased from 23,96% to 62,60% and interventional effect is 16,51% - 62,60%.

3.3.4. Effectiveness on impact factors of traditional medicine healthcare service quality in Traditional Medicine Department – Yen Lac general hospital: there are 5 new documents enacted on development of traditional medicine at district level: (1) Notice of Conclusion No. 154-TB/TW dated 20/02/2014 of Secretariat of the Communist Party of Vietnam [91].(2) Guidance 111-HD/BTGTW-BCSDBYT, dated 21.05.2014 of the Government Propaganda Department - party committees in the Ministry of Health. (3) Notice No. 29-TTr/TU, dated 28.08.2014 of the Provincial Committee of VinhPhuc. (4) Decision No. 1250/QĐ - Committee, dated 05/17/2013 of People's Committee of Vinh Phuc province. (5) Plan No. 30/KH-SYT, dated 13/05/2014 of the Vinh Phuc Department of Health.

Chapter 4: DISCUSSION

4.1. Actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 district general hospitals in Vinh Phuc province and impact factors

4.1.1. Actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 district general hospitals in Vinh Phuc province: In average, each general hospital had 4.1 Traditional medicine physicians which was not enough according to Circular 08/2007/ TTLT-BYT-BNV. The amount of under 40 staff was 91.89%, higher than result in Pham Viet Hoang and Do Thi Phuong's study in Hung Yen in 2009 (26.59%). The number of medical staff having more than 10 year of working experience was 16,22%, lower than Pham Viet Hoang's study in Hung Yen in 2013 (16,48%); the proportion of traditional medicine staff accounted for 67,57% which was 15,13% lower than Pham Viet Hoang's study in Hung Yen in 2013. Quality of traditional remedy administration ranking A and B grade occupied 40%, was 1,1% higher than Phạm Vu Khanh, Tong Thi Tam Giang's study in QuangNinh in 2010; the quality of experimental remedy administration was also lower with 26,67% ranked A and B. Knowledge in acupuncture point gave A and B was 67,57 which

was 12,37% higher. A and B level in traditional medicine medication knowledge was 40,54%, 19,46% lower than Pham Viet Hoang, Do Thi Phuong's study in Hung Yen in 2011. Massage skill, acupuncture skill and advisory skill were better than research of Trinh Yen Binh in 2013. In average, there were 116 types of medication and 20,6 product used in 1 general hospital; it was not sufficient in comparison with Circular No. 12/2010/TT-BYT (300 herbs and 127 traditional medicines). This result was also similar to Health Ministry's conclusion: traditional medication used in healthcare centers is insufficient and not ensured in quality. Law of Pharmacy and legal documents introduced clearly about strategy to develop domestic pharmaceutical sources: Directive 24-CT/TW of secretariat section 3 duty solutions. Pharmacy Act 2005, in Article 3 reviews 3. Decision 2166/QĐ-TTg of the Prime Minister in 2010, in Article 1, section 3. However, the implementation of guidelines and policies for the development of traditional medicine in all level is limited. In order to be paid, Health insurance implied regulations that hospitals have to have bills to buy medication. Therefore, local Vietnam traditional medication was not used in district general hospitals. There were 18 types of health problems treated using traditional medicine. Neuropathy occupied 55,72% which was double the result in Pham Viet Hoang's study; on the other hand, arthritic problems accounted for 26,89%. There are similarities between different researches that neuropathy and arthritic diseases accounted high percent. Comparing methods of diagnosis and treatment using traditional medicine to Pham Viet Hoang's study result in Hung Yen in 2009 showed that: liquid medications amount was 19.20% higher; Acupuncture amount was 14.22% lower, acupoint injection proportion was three times higher than Pham Viet Hoang's study; massage and acupressure was four times higher than Pham Viet Hoang's study; treatment combining traditional and modern medicine was three times higher than Pham Viet Hoang's study. The rate of patients who used traditional medicine healthcare service in 2014 comparing to the number in 2011 represented the difference in many aspects: traditional medicine healthcare service/healthcare in general increased 1.85%; inpatient using traditional

medicine/inpatient in general decreased 3.74%; outpatient using traditional medicine/outpatient in general increased 37.8%.

4.1.2. Impact factors of traditional medicine healthcare service quality in 9 district general hospitals in Vinh Phuc province:

The rate of people answered that they prefer traditional medicine was 98.4%; the amount of them satisfied with doctor's attitude was 99.11%; The proportion of health leaders agree that it is necessary to develop traditional medicine was 100%. The rate of health leaders who known policies and law relating to development of traditional medicine from government is not high (35.03% leaders know Directive 24-CT/TW and Decision 2166/QĐ/TTg). Health insurance payment regulations relating to traditional medicine stipulated that traditional medications supplement have to be chosen depending on auctions result.. Law on Medical Examination and Treatment in Article 6: Prohibited Acts, section 8 prohibited "Using superstitious practices in medical examination and treatment" [94] but this document did not show the exactly concept of superstition in healthcare. In Vietnamese dictionary, Da Nang Publishing House in 1997: superstition is "Trust blindly into something mystical, in divine things, the devil, fate, and so on." [95]. In traditional medicine, some methods have good effects, but are not explained by modern medicine and almost the managers assert that superstitious. Circular 41/2011/TT-BYT of the Ministry of Health, Article 26, section 4, Point đ stipulated that every types of medications produced in healthcare centers have to submit to local Health Department for permission . The content of this regulation was complicated and was not practical for the content of Article 42 of Chapter IV on traditional medicines and herbal drugs in Pharmacy Law; It against the intellectual property rights referred to Article 3, section 3 in Pharmacy Law and Article 1, section 3, Point đ in the Decision 2166/QĐ-TTg. WHO's concept of traditional medicine is that Traditional medicine is the sum total of the knowledge, skills, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous of different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis,

improvement or treatment of physical and mental illness. Circular No. 51/2015/TTLT-BYT- BNV of the Ministry of Health and Ministry of Domestic Affairs on "Guiding functions, duties, powers and organizational structure of the Health Department under the management of People's Committees and Health Center of the people's Committees in provinces, towns and cities" did not mention traditional medicine management at district level, which limited the development of traditional medicine

4.2. Effectiveness of interventional model to improve quality of traditional medicine healthcare service in Traditional Medicine Department– Yen Lac general hospital in Vinh Phuc province

4.2.1. Effectiveness of interventional model method

Comparing indexes (pre - intervention and post – intervention). This comparison is only relative because Tam Duong district has ethnic minority and mountainous areas, low living standard; Yen Lac district is completely plain and has no ethnic minorities, higher living standard; moreover, the intervention was conducted in a short period of time and evaluation performed right after intervention stopped.

4.2.2. Effectiveness of interventional model and new documents on development of Vietnamese traditional medicine and traditional medicine at district level: The number of medical staff in Traditional Medicine Department - Yen Lac general hospital increased 5 people. However, their certifications were all in nursing level. The training program 's content was built basing on technical process from Ministry of health and method "hand in hand". Therefore, knowledge and experience of medical staff in Yen Lac was improved after intervention. For clinical skills, compare with pre-intervention quality: medication in "Traditional remedy" and "experimental remedy": Mean point increased 2 points; acupuncture increased 1.5 points; medication product increased 1.3 points. About practical experience : Medical records had sufficient diagnosis basing onThe eight rules of Oriental Medicine: 100% (increased 94%); Acupuncture (increased 2.5 points); massage and acupressure (increased 3.7 points); consultant nincreased 4.3 points. Comparison betweenTraditional Medicine Department in Yen Lac

and Tam Duong after intervention showed that: In skills: medication in Traditional remedy was near 2 points higher; “Experimental remedy” got A level was 33.33% higher (Yen Lac General Hospital, A level = 100%); Traditional medicine products quality increased 2 points; About practice: the amount of diagnosis basing on The eight rules of Oriental Medicine increased to more than 92%, acupuncture massage and acupressure were all 2.2 points higher; consultant was 3.2 points higher. Facilities, health equipment and medicine in Traditional Medicine Department – Yen Lac general hospital were improved after intervention. Vietnamese medication which was collected in local areas was not used. It was similar to Do Thi Phuong’s study – “Actual situation of using traditional medications and local Vietnamese traditional medications in 1996”. The rate of traditional medicine healthcare service/healthcare in general in Yen Lac general hospital was not high (from 11.74% to 69.98%). New documents: Notice of Conclusion No. 154-TB/TW, Guideline No.111-HD/BTGTW-BCSDBYT of Government Propaganda Department-party committee of the Ministry of Health[92], Notice 29-TTr/TU of Vinh Phuc Provincial Committee, Decision No. 1250/QD-UBND of the People's Committee and Plan No. 30/KH-SYT of Vinh Phuc Department of Health mentioned the development of traditional medicine at district level.

4.3. Limitation of Study

Intervention was performed in a short period; sample size was limited. Therefore, it is hard to maintain positive effects. Intervention to improve awareness of officers and residents about traditional medicine was not evaluated. This study have not answered the question if there is the abuse of modern medicine drugs and techniques in Traditional Medicine Department at provincial level.

CONCLUSION

1. Actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 District general hospitals in Vinh Phuc province and impact factors

1.1. Actual situation of traditional medicine healthcare service at 9 District general hospitals in Vinh Phuc province

There was lack of traditional medicine doctors (4.1 people/1 general hospital) and their limited qualification (physicians specialized in traditional medicine: 13.51%). Medical staff's skills and Experience was not good (mean point was under 6 points). The number of diseases treated by traditional medicine was limited(18 kind of diseases), major of which included peripheral neuropathy (nearly 49%) and osteoarthritic problems(27%). The amount of different traditional medicatinemethods were 100% with liquid medication, 71.78% with acupuncture; 11.11% with cupping, 3.33% with steam bath. Local Vietnam traditional medication had not been used. The rate of using traditional medicine in healthcare was low with 4.20%.

1.2. Impact factors of traditional medicine in Vinh Phuc province

-Advantage: There are over 98% of residents who prefer traditional medicine healthcare service and satisfy with the attitude of doctors.

-Disadvantage: the rate of health sector leaders who know policies on traditional medicine was not high (35.04% health leaders know directives CT 24-CT/TW and Decision 2166/QĐ-TTg). Article 6, Section 8 - The Law on Medical Examination and Treatment, regulation in health insurance payments policies relating to traditional medicine, Circular 41/2011/TT-BYT - Article 26, section 4 have limited development of traditional medicine in our country and in district level in Vinh Phuc.

2. Evaluating the effectiveness of interventional model in improving traditional medicine healthcare service in Traditional Medicine Department- Yen Lac general hospital

The number of medical staff increased 5 people. Many medical equipment and facilities were added including 21, sick - beds, 11 acupuncture machines, 3 Infrared lights, 1 cupping. Patient rooms enlarged 27m². Knowledge and skill of doctors were improved. Effectiveness of intervention on knowledge was from 11.74% to

69.98%; Effectiveness of intervention on skills was raised from 16.51% to 62.60%.The rate of traditional medicine healthcare service/healthcare in general increased 14.23%. This research contributed 5 new policies on development of traditional medicine in country and at district level in VinhPhuc

RECOMMENDATIONS

1. For Vinh Phuc province: Vinh Phuc Provincial People's committee need to supervise and encourage the implementation of the intervention to enhance target: traditional medicine healthcare service/healthcare in general at district level reach 25% in 2020 (24,25% in 2014).

2. Leadership and management for traditional medicine activities in country and traditional medicine at district level: Minister of Health – Vu Van Can (1914-1982) said that it is not only people in rural areas but also people in city love caring by traditional medicines. However, does traditional medicine develop in a sustainable way? It needs essential attention and direction from Vietnamese Party and Government.

3. Traditional medicine healthcare service in health insurance policy: Government should only allow the district hospitals in provinces having good economy condition and developed society self – control its financial issues. Insurance payment should depend on kind of diseases instead of service fee. WHO and UNO in Viet Nam recommended that could help us to avoid abusing modern medicine technique and drugs in traditional medicine.