

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN ĐỨC THUẬN

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP
NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG ĐÀO TẠO
BÁC SĨ ĐA KHOA THEO CHƯƠNG TRÌNH
4 NĂM CHO VÙNG DÂN TỘC ÍT NGƯỜI**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2018

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRẦN ĐỨC THUẬN

**THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP
NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG ĐÀO TẠO
BÁC SĨ ĐA KHOA THEO CHƯƠNG TRÌNH
4 NĂM CHO VÙNG DÂN TỘC ÍT NGƯỜI**

Chuyên ngành : Y tế công cộng

Mã số : 62720301

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

GS. TS. Trương Việt Dũng

HÀ NỘI - 2018

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Lãnh đạo Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và trong việc hoàn thành luận án tiến sĩ.

Xin chân thành biết ơn sâu sắc GS.TS. Trương Việt Dũng, người thầy hướng dẫn đã tận tình giảng dạy, giúp đỡ và hỗ trợ tôi trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận án.

Trân trọng biết ơn sâu sắc lãnh đạo Viện Chiến lược và Chính sách y tế cùng các nghiên cứu viên, các cộng sự của Viện đã nhiệt tình hỗ trợ, phối hợp thực hiện nghiên cứu và cung cấp thông tin giúp tôi hoàn thành đề tài này.

Xin chân thành cảm ơn các Quý thầy, cô, các tác giả của các công trình nghiên cứu liên quan, đồng nghiệp, gia đình và bạn bè đã tạo điều kiện thuận lợi, đóng góp những ý kiến quý báu, giúp tôi hoàn thành luận án này.

Mặc dù đã rất cố gắng, song việc hoàn thiện luận án không tránh khỏi thiếu sót, kính mong được sự chỉ dẫn của Quý thầy, cô, các nhà khoa học, các đồng nghiệp và bạn bè thân thiết.

Hà Nội, tháng 5 năm 2018

NCS. Trần Đức Thuận

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Đức Thuận** nghiên cứu sinh khóa 29 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **GS. TS. Trương Việt Dũng**.

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

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

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

Hà Nội, ngày 28 tháng 5 năm 2018

Người viết cam đoan

Trần Đức Thuận

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|----------|---|
| AAMC | Association of American Medical Colleges (Hiệp hội các trường đại học y khoa Mỹ) |
| BHYT | Bảo hiểm y tế |
| BMAT | BioMedical Admissions Test (thi tuyển sinh y sinh của Anh) |
| BSNT | Bác sĩ nội trú |
| BVSKBMTE | Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ, trẻ em |
| CBYT | Cán bộ y tế |
| CNXHKH | Chủ nghĩa xã hội khoa học |
| CPIRD | Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor (Dự án Hợp tác tăng cường đào tạo bác sĩ nông thôn) |
| ĐB | Đồng bằng |
| DHMT | Duyên hải miền trung |
| DO | Doctor of osteopathic medicine (Một loại văn bằng bác sĩ của Mỹ) |
| DS | Dân số |
| DTIN | Dân tộc ít người |
| GAMSAT | Graduate Australian Medical School Admissions Test (thi tuyển sinh y khoa sau đại học của Úc) |
| GDQP | Giáo dục quốc phòng |
| GPA | Grade point average (Điểm trung bình học tập) |
| JCU | Đại học James Cook (Úc) |
| JMU | Đại học Y khoa Jichi (Nhật Bản) |
| MBBS | Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery (Cử nhân nội-ngoại khoa – một loại văn bằng y khoa của Anh) |
| MCAT | Medical College Admission Test (Thi tuyển sinh đại học y khoa của Mỹ) |
| MCQ | Multiple choice question (câu hỏi nhiều lựa chọn) |
| MD | Doctor of Medicine (Một loại văn bằng bác sĩ của Mỹ) |

| | |
|--------|---|
| MD-PhD | Doctorate of Medicine and of Philosophy (Chương trình đào tạo kết hợp bác sĩ-tiến sĩ của Mỹ) |
| MNPB | Miền núi phía Bắc |
| NMAT | National Medical Admission Test (Thi tuyển sinh y khoa quốc gia của Philippines) |
| ODOD | One district – One doctor (Mỗi huyện một bác sĩ) |
| OSCE | Objective structured clinical examination (Kiểm tra lâm sàng có cấu trúc khách quan) |
| PVS | Phòng vấn sâu |
| RCS | Rural Clinical School (Trường học Lâm sàng nông thôn) |
| RMED | Rural Medical Education (Chương trình Y học nông thôn) |
| SKSS | Sức khoẻ sinh sản |
| SYT | Sở Y tế |
| TCCB | Tổ chức cán bộ |
| THPT | Trung học phổ thông |
| TL | Tỷ lệ |
| TLN | Thảo luận nhóm |
| TLYH | Tâm lý y học |
| TNTT | Tai nạn thương tích |
| TP | Trưởng phòng |
| TTYTDP | Trung tâm Y tế dự phòng |
| UBND | Ủy ban nhân dân |
| UKCAT | United Kingdoms Clinical Aptitude Test (thi đánh giá năng lực lâm sàng của Anh) |
| UMAT | Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test (thi tuyển sinh đại học y khoa và khoa học sức khoẻ của Úc) |
| WHO | Tổ chức Y tế thế giới |
| YHCT | Y học cổ truyền |
| YHQS | Y học quân sự |

MỤC LỤC

| | |
|--|-----------|
| ĐẶT VẤN ĐỀ | 1 |
| CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN | 3 |
| 1.1 Khái niệm, thuật ngữ | 3 |
| 1.2 Tổng quan nghiên cứu về thực trạng đào tạo bác sĩ | 4 |
| 1.2.1 Thực trạng đào tạo bác sĩ trên thế giới | 4 |
| 1.2.2 Thực trạng đào tạo bác sĩ ở Việt Nam..... | 12 |
| 1.3 Tổng quan nghiên cứu về thực trạng sử dụng bác sĩ | 20 |
| 1.3.1 Thực trạng sử dụng bác sĩ trên thế giới..... | 20 |
| 1.3.2 Thực trạng sử dụng bác sĩ ở Việt Nam..... | 29 |
| 1.4 Tổng quan về chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ | 34 |
| 1.4.1 Chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ ở một số nước | 34 |
| 1.4.2 Chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ ở Việt Nam | 37 |
| 1.5 Mô hình lý thuyết của nghiên cứu | 40 |
| CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU | 41 |
| 2.1 Đối tượng nghiên cứu..... | 41 |
| 2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu..... | 41 |
| 2.2.1 Thời gian nghiên cứu..... | 41 |
| 2.2.2 Địa điểm nghiên cứu..... | 42 |
| 2.2.3 Khái quát địa bàn nghiên cứu | 42 |
| 2.3 Thiết kế nghiên cứu | 44 |
| 2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu..... | 44 |
| 2.4.1 Nghiên cứu định lượng..... | 44 |
| 2.4.2 Nghiên cứu định tính | 46 |
| 2.5 Các chỉ số nghiên cứu..... | 47 |
| 2.6 Phương pháp thu thập thông tin..... | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.1 Thu thập thông tin định lượng | 47 |
| 2.6.2 Thu thập thông tin định tính | 48 |
| 2.6.3 Lựa chọn và tập huấn điều tra viên | 48 |
| 2.7 Phương pháp xử lý số liệu | 51 |
| 2.8 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu | 52 |
| 2.9 Hạn chế của nghiên cứu và cách khắc phục | 52 |
| 2.9.1 Hạn chế của nghiên cứu..... | 52 |
| 2.9.2 Cách khắc phục hạn chế | 53 |
| CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU..... | 54 |
| 3.1 Thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm tại các trường đại học y dược... 54 | |
| 3.1.1 Phân bố sinh viên tuổi, giới, dân tộc và cơ sở đào tạo..... | 54 |
| 3.1.2 Mức độ cạnh tranh khi thi tuyển | 58 |
| 3.1.3 Nhận xét của sinh viên về cơ sở vật chất của nhà trường | 60 |
| 3.1.4 Chương trình đào tạo | 61 |
| 3.1.5 Phương pháp giảng dạy | 65 |
| 3.1.6 Cơ sở thực hành..... | 67 |
| 3.1.7 Giảng dạy lâm sàng | 69 |
| 3.1.8 Nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân..... | 75 |
| 3.1.9 Năng lực của sinh viên khi tốt nghiệp..... | 76 |
| 3.2 Thực trạng sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm | 79 |
| 3.2.1 Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm | 79 |
| 3.2.2 Cơ hội phát triển nghề nghiệp..... | 85 |
| 3.2.3 Chế độ đãi ngộ tài chính | 87 |
| 3.2.4 Quan hệ trong công tác..... | 88 |
| 3.2.5 Môi trường làm việc | 89 |
| 3.2.6 Mong đợi trong hoạt động chuyên môn | 89 |
| 3.2.7 Di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm | 90 |

| | | |
|--|--|------------|
| 3.3 | Đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ và đề xuất giải pháp cải thiện chất lượng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm | 93 |
| 3.3.1 | Khả năng đáp ứng nhiệm vụ | 93 |
| 3.3.2 | Ý kiến về giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm.... | 96 |
| 3.3.3 | Xây dựng tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm.... | 97 |
| CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN..... | | 105 |
| 4.1 | Thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm..... | 105 |
| 4.1.1 | Tuyển chọn..... | 105 |
| 4.1.2 | Thực trạng về cơ sở đào tạo..... | 110 |
| 4.1.3 | Chương trình đào tạo | 112 |
| 4.1.4 | Cơ sở thực hành..... | 113 |
| 4.1.5 | Nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân..... | 114 |
| 4.1.6 | Năng lực của sinh viên khi tốt nghiệp..... | 116 |
| 4.2 | Thực trạng về sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm | 118 |
| 4.2.1 | Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm đang công tác..... | 118 |
| 4.2.2 | Cơ hội phát triển nghề nghiệp..... | 121 |
| 4.2.3 | Chế độ đãi ngộ tài chính | 122 |
| 4.2.4 | Quan hệ công tác | 123 |
| 4.2.5 | Môi trường làm việc | 123 |
| 4.2.6 | Di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm sau đào tạo..... | 125 |
| 4.3 | Tiêu chí tuyển dụng, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm..... | 126 |
| 4.3.1 | Tự đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ của bác sĩ đa khoa 4 năm .. | 126 |
| 4.3.2 | Ý kiến về các tiêu chí | 126 |
| KẾT LUẬN..... | | 132 |
| KHUYẾN NGHỊ..... | | 134 |
| DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ | | |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO | | |
| PHỤ LỤC | | |

DANH MỤC BẢNG

| | | |
|-----------|--|----|
| Bảng 1.1 | So sánh hệ thống đào tạo bác sĩ của một số nước..... | 7 |
| Bảng 1.2 | Phân bố cơ sở đào tạo chương trình bác sĩ 4 năm năm 2008... | 14 |
| Bảng 1.3 | So sánh các chương trình đào tạo bác sĩ ở Việt Nam | 16 |
| Bảng 1.4 | Một số chỉ số sức khoẻ theo các vùng năm 2014 | 30 |
| Bảng 1.5 | Các loại can thiệp được sử dụng để cải thiện việc duy trì các nhân viên y tế ở vùng sâu vùng xa và nông thôn..... | 35 |
| Bảng 2.1 | Cỡ mẫu nghiên cứu định tính..... | 47 |
| Bảng 2.2 | Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu | 49 |
| Bảng 3.1 | Phân bố sinh viên bác sĩ 4 năm theo nhóm tuổi, giới, dân tộc và cơ sở đào tạo | 54 |
| Bảng 3.2 | Độ tuổi và thời gian công tác tính đến lúc nhập học | 55 |
| Bảng 3.3 | So sánh giới tính và nhóm dân tộc | 58 |
| Bảng 3.4 | Nhận xét của sinh viên về mức độ cạnh tranh khi thi tuyển | 58 |
| Bảng 3.5 | Tỷ lệ sinh viên đánh giá cơ sở vật chất đạt yêu cầu | 60 |
| Bảng 3.6 | Ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần giáo dục đại cương là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp..... | 61 |
| Bảng 3.7 | Ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần y học cơ sở là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp..... | 63 |
| Bảng 3.8 | Tỷ lệ sinh viên trả lời phương pháp giảng dạy “thường xuyên” được sử dụng..... | 65 |
| Bảng 3.9 | Tỷ lệ đồng ý với các tiêu chí đánh giá cơ sở thực hành lâm sàng .. | 67 |
| Bảng 3.10 | Tỷ lệ sinh viên đánh giá chất lượng thực hành “tốt” về các học phần lâm sàng..... | 68 |
| Bảng 3.11 | Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Nội khoa..... | 69 |
| Bảng 3.12 | Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Ngoại khoa | 70 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Bảng 3.13 | Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Sản khoa..... | 72 |
| Bảng 3.14 | Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Nhi khoa..... | 73 |
| Bảng 3.15 | Các nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân..... | 75 |
| Bảng 3.16 | Tỷ lệ sinh viên tự đánh giá “đạt” chuẩn năng lực bác sĩ..... | 76 |
| Bảng 3.17 | Phân bố bác sĩ 4 năm đang công tác theo tuổi và giới..... | 80 |
| Bảng 3.18 | Phân bố bác sĩ đa khoa 4 năm tham gia nghiên cứu theo thời gian tốt nghiệp và trình độ chuyên môn hiện tại | 81 |
| Bảng 3.19 | Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm theo số liệu của các tỉnh.... | 81 |
| Bảng 3.20 | Loại hình đơn vị bác sĩ đa khoa 4 năm công tác tại 5 tỉnh..... | 82 |
| Bảng 3.21 | Phân bố bác sĩ đa khoa 4 năm theo chức vụ công tác tại 5 tỉnh..... | 84 |
| Bảng 3.22 | Ý kiến về cơ hội phát triển nghề nghiệp | 86 |
| Bảng 3.23 | Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về lương và phụ cấp | 88 |
| Bảng 3.24 | Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về quan hệ công tác..... | 88 |
| Bảng 3.25 | Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về môi trường làm việc | 89 |
| Bảng 3.26 | Mong muốn của bác sĩ đa khoa 4 năm trong hoạt động chuyên môn .. | 90 |
| Bảng 3.27 | Tỷ lệ di chuyển công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp từ năm 2006-2016..... | 90 |
| Bảng 3.28 | Tuổi và thời gian công tác của bác sĩ trước khi di chuyển..... | 93 |
| Bảng 3.29 | Tỷ lệ bác sĩ tự đánh giá khả năng đáp ứng công việc | 94 |
| Bảng 3.30 | Tỷ lệ khuyến nghị với các giải pháp nâng cao chất lượng bác sĩ đa khoa 4 năm | 96 |
| Bảng 3.31 | Phân bố đối tượng góp ý kiến cho các tiêu chí..... | 97 |
| Bảng 3.32 | Ý kiến về các tiêu chí đối tượng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm..... | 99 |
| Bảng 3.33 | Ý kiến về các tiêu chí xét tuyển đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm.... | 100 |
| Bảng 3.34 | Ý kiến về các tiêu chí cơ sở đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm.... | 101 |
| Bảng 3.35 | Ý kiến về các tiêu chí tuyển dụng và đào tạo liên tục bác sĩ đa khoa 4 năm..... | 103 |

DANH MỤC HÌNH VẼ, BIỂU ĐỒ

| | | |
|-------------|--|----|
| Hình 1.1 | Mô hình lý thuyết của nghiên cứu..... | 40 |
| Biểu đồ 3.1 | Phân bố độ tuổi sinh viên khi vào trường..... | 56 |
| Biểu đồ 3.2 | So sánh tuổi trung bình sinh viên khi vào trường theo giới ... | 57 |
| Biểu đồ 3.3 | So sánh độ tuổi khi nhập học theo nhóm dân tộc | 57 |
| Biểu đồ 3.4 | Đánh giá chung về giảng dạy lâm sàng các học phần Nội, Ngoại, Sản và Nhi..... | 74 |
| Biểu đồ 3.5 | Thay đổi tuyến công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm trước và sau khi tốt nghiệp..... | 91 |
| Biểu đồ 3.6 | Thay đổi lĩnh vực công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm trước và sau tốt nghiệp | 92 |

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực y tế là một trong sáu thành phần của hệ thống y tế. Bác sĩ là nhân lực y tế quan trọng, họ là người giao tiếp trực tiếp với người bệnh, ứng dụng những thành tựu của khoa học công nghệ trong y khoa để chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho người bệnh [1-3]. Năng lực của bác sĩ ảnh hưởng rất lớn tới chất lượng dịch vụ y tế, uy tín của hệ thống y tế và sức khoẻ của người bệnh cũng như cộng đồng [2].

Ở nhiều nước trên thế giới, phân bố bác sĩ thường không phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khoẻ. Nhiều bác sĩ phục vụ ở nơi có điều kiện kinh tế xã hội phát triển trong khi rất thiếu bác sĩ ở nơi khó khăn [4, 5]. Các nhóm dân tộc thiểu số thường sống ở vùng khó khăn có tỷ lệ bác sĩ phục vụ ít hơn do có ít bác sĩ người dân tộc thiểu số được đào tạo và khó thu hút bác sĩ làm việc trong cộng đồng của họ [6-8].

Các nước dành nhiều nỗ lực đưa bác sĩ về làm việc ở vùng khó khăn và nhiều chiến lược, giải pháp đang được chia sẻ rộng rãi trên thế giới. Nói chung, các chính sách mang tính tổng thể đều tập trung tạo sức hút và giữ chân bác sĩ làm việc ở nơi kém thu hút thông qua tuyển chọn, đào tạo, và các chính sách đãi ngộ [9-11].

Ở Việt Nam, bác sĩ cũng có xu hướng tập trung cao ở nơi đô thị và vùng đồng bằng đông dân và rất ít bác sĩ làm việc ở miền núi, nơi các dân tộc ít người (DTIN) sinh sống. Nhân lực y tế nói chung là người dân tộc thiểu số cũng tương đối thấp, chiếm khoảng 5% nhân lực y tế cả nước so với 14% dân số. Hơn nữa, vùng DTIN sinh sống có điều kiện đi lại khó khăn và đặc điểm văn hoá, ngôn ngữ, dân trí rất khác biệt cản trở khả năng tiếp cận dịch vụ y tế [12-14].

Việt Nam đã có nhiều chính sách tăng cường bác sĩ làm việc cùng với đầu tư cơ sở vật chất cho vùng khó khăn, tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng. Đào tạo bác sĩ đa khoa theo chương trình 4 năm từ y sĩ, chủ yếu cho tuyến cơ sở và miền núi, bên cạnh các chính sách cử tuyển và đào tạo theo địa chỉ, đang giúp nâng cao tỷ lệ bác sĩ phục vụ tại vùng khó khăn và DTIN [14-20]. Tuy nhiên, hiện nay đang xuất hiện nhiều vấn đề về chất lượng bác sĩ đa khoa hệ 4 năm. Cho đến nay, chưa có đánh giá đầy đủ và khoa học thực trạng đào tạo và chất lượng bác sĩ đào tạo theo chương trình 4 năm cũng như việc sử dụng, giữ chân các bác sĩ này tại địa phương. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ***“Thực trạng và giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo bác sĩ đa khoa theo chương trình 4 năm cho vùng dân tộc ít người”*** với các mục tiêu sau:

- 1) *Mô tả thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa chương trình 4 năm tại một số trường đại học y dược năm 2016;*
- 2) *Mô tả thực trạng sử dụng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm tại một số địa phương năm 2016;*
- 3) *Đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ và đề xuất giải pháp cải thiện chất lượng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1 Khái niệm, thuật ngữ

Bác sĩ là người chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh tật, thương tích, suy yếu về thể chất, tinh thần khác và duy trì sức khỏe nói chung ở con người thông qua việc áp dụng các nguyên lý, phương pháp chữa bệnh của y học hiện đại; lập kế hoạch, giám sát và đánh giá việc thực hiện kế hoạch chăm sóc và điều trị bởi các chuyên gia cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác [21].

Ngoài ra, khái niệm “bác sĩ” được hiểu ở từng ngữ cảnh khác nhau. “Bác sĩ” là một văn bằng hay một chương trình đào tạo trong các trường y khoa, tương đương các thuật ngữ “medical doctor (MD)” của Mỹ, Nhật Bản, Philippines và một số nước khác; MBBS của các nước Anh, Úc, Ấn Độ... “Bác sĩ” trong ngữ cảnh chỉ một nghề chuyên môn chỉ một người đã hoàn thành chương trình đào tạo đại học ngành y, được phép hành nghề khám, chữa bệnh, tương đương với các từ “doctor” hay “physician”.

“Bác sĩ đa khoa” tương đương với “general practitioner”, là một bác sĩ điều trị các bệnh mạn và cấp tính, đưa ra các biện pháp phòng bệnh, hướng dẫn phục hồi sức khỏe và kê thuốc cho người bệnh [22]. Ở Việt Nam, “bác sĩ đa khoa” cũng là tên một ngành học bậc đại học [23] phân biệt với các chương trình bác sĩ răng-hàm-mặt, bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng cũng đang được đào tạo trong các trường đại học y.

Dân tộc ít người (hay còn gọi là dân tộc thiểu số) ở Việt Nam là nhóm dân tộc có dân số ít hơn so với dân tộc đa số (chiếm trên 50% dân số) trên phạm vi lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam được quy định trong Nghị định số 05/2011/NĐ-CP của Chính phủ về công tác dân tộc [16]. Hiện nay, Việt Nam có 53 DTIN không kể người nước ngoài [13].

Vùng dân tộc ít người (hay vùng dân tộc thiểu số) là địa bàn có đông các DTIN cùng sinh sống ổn định thành cộng đồng trên lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam được quy định trong Nghị định số 05/2011/NĐ-CP của Chính phủ về công tác dân tộc [16].

Bác sĩ đa khoa đào tạo theo chương trình 4 năm (sau đây gọi tắt là bác sĩ đa khoa 4 năm) là bác sĩ đào tạo theo hệ liên thông (còn gọi là chuyên tu) có thời gian đào tạo 4 năm đã được Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt và được quy định trong Luật Giáo dục đại học [24]. Chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm chỉ tuyển sinh y sĩ (trình độ trung cấp) có một số năm kinh nghiệm công tác và cấp bằng bác sĩ đa khoa [20, 25-27]. Thuật ngữ này cần phân biệt với bác sĩ ở nước ngoài, được đào tạo trong 4 năm nhưng không phải chương trình liên thông từ y sĩ.

1.2 Tổng quan nghiên cứu về thực trạng đào tạo bác sĩ

1.2.1 Thực trạng đào tạo bác sĩ trên thế giới

Hiện nay, trên thế giới có khoảng 2.400 cơ sở đào tạo y khoa, đào tạo khoảng 389.000 bác sĩ mỗi năm. Mật độ trường y theo dân số khác biệt khá nhiều, khoảng 2-3 triệu dân có một trường đào tạo bác sĩ, Việt Nam và Trung Quốc thì con số đó là 7-8 triệu dân. Thậm chí, khu vực châu Phi hoặc vùng cận Sahara có một hoặc không có trường nào [28].

1.2.1.1 Nghiên cứu về mô hình đào tạo bác sĩ

Một nghiên cứu của N. Nara, T. Suzuki và S. Tohda khảo sát 35 cơ sở giáo dục y khoa ở một số quốc gia đã cho thấy có ba nhóm hệ thống đào tạo [29]:

- *Hệ thống đào tạo bác sĩ trình độ đại học*: Bác sĩ đào tạo theo hệ thống này được tuyển chọn sau khi học xong chương trình trung học phổ thông, tốt nghiệp tú tài (baccalaurate), thường khoảng 18-19 tuổi. Thời gian đào tạo trong trường y thông thường từ 5-7 năm. Mục tiêu chính của hệ thống này là đào tạo bác sĩ y khoa lâm sàng. Tốt nghiệp sinh viên được cấp bằng bác sĩ y

khoa (medical doctor) hoặc cử nhân y khoa (medical bachelor). Thuộc loại hệ thống này có các nước Nhật Bản, Đức, Hà Lan, Bỉ, Tây Ban Nha, Malaysia.

- *Hệ thống đào tạo bác sĩ văn bằng hai hoặc sau đại học* tuyển chọn sinh viên đã có văn bằng đại học, thông thường ở độ tuổi 22-24. Chương trình đào tạo trong trường y thường 4-5 năm. Sinh viên tốt nghiệp được cấp văn bằng bác sĩ y khoa (medical doctor). Một số trường có chương trình kết hợp cấp văn bằng kép bác sĩ-tiến sĩ (MD-PhD) khuyến khích bác sĩ có thể làm nghiên cứu. Các nước có hệ thống này Mỹ và Canada.

- *Hệ thống hỗn hợp* gồm cả hai loại như trên, các trường y của các nước có hệ thống này chấp nhận cả sinh viên mới tốt nghiệp tú tài, cả sinh viên đã có văn bằng đại học và được đào tạo theo các chương trình khác nhau. Các nước có hệ thống này điển hình là Úc, Anh, Ireland, Hàn Quốc và Singapore. Hệ thống giáo dục y khoa của một số nước được hệ thống trong Bảng 1.1.

Nghiên cứu của J. Frenk và các cộng sự cho thấy có sự thay đổi mạnh mẽ trong đào tạo y khoa trong thế kỷ 20 sau báo cáo Flexner tại Hoa Kỳ vào năm 1910. Báo cáo nghiên cứu cho thấy, đào tạo y khoa từ năm 1900 đến nay đã qua ba giai đoạn đổi mới: giáo dục dựa trên khoa học (trong các trường đại học), dựa trên vấn đề (trong các trung tâm khoa học hàn lâm), và dựa trên hệ thống (hệ thống giáo dục y khoa) [30]. Tuy nhiên, theo Nara và cộng sự [29], chương trình đào tạo y khoa phổ biến hiện nay gồm 3 phần: khoa học tiền lâm sàng (giải phẫu, sinh lý, hoá sinh, mô phôi...) thường gắn với thực hành trong phòng thí nghiệm và khoa học tiền lâm sàng (theo các chuyên ngành như nội, ngoại, sản, nhi, hình ảnh...) thường gắn với thực hành kỹ thuật lâm sàng trong phòng thực hành kỹ năng tiền lâm sàng (skill lab) và bệnh viện (clerkship). Chương trình này được thực hiện trong phạm vi của cơ sở đào tạo trước khi sinh viên được cấp văn bằng tốt nghiệp [29, 31].

Có hai hình thức tuyển chọn chính vào các trường y: Thi tuyển sinh đại học quốc gia chung tất cả các ngành học, chủ yếu đánh giá kiến thức khoa học giáo dục phổ thông và thi tuyển sinh y khoa riêng, ở một số nước như Mỹ (MCAT), Anh (UKCAT, BMAT), Úc (UMAT, GAMSAT), Phillippines (NMAT) [31-36].

Theo các tác giả J. Frenk, W. C. McGaghie, Jason R Frank và các cộng sự [30, 37, 38], trong lịch sử phát triển, chương trình y khoa có nhiều thay đổi vừa hiện đại vừa mang tính truyền thống dẫn đến tính đa dạng về mặt cấu trúc. Có ba loại cấu trúc chương trình chính đào tạo y khoa hiện nay là: chương trình cấu trúc theo môn học (subject-based), chương trình dựa trên hệ thống hay cơ quan (organ-based hay system-based), và chương trình dựa trên năng lực (competency-based).

Tổ chức Y tế thế giới đề xuất “Chiến lược toàn cầu về nguồn nhân lực y tế” năm 2016 đã nêu giải pháp thiết lập cơ chế kiểm định cho các cơ sở đào tạo y tế” [39]. WHO và Liên đoàn giáo dục y khoa thế giới công bố chung bộ tiêu chuẩn kiểm định giáo dục y khoa cơ bản gồm các tiêu chí thuộc 9 lĩnh vực: (1) Sứ mệnh và kết quả, (2) Chương trình giáo dục, (3) Đánh giá sinh viên, (4) Sinh viên, (5) Nhân viên/giảng viên, (6) Nguồn lực cho giáo dục, (7) Đánh giá chương trình, (8) Quản trị và điều hành, và (9) Tiếp tục đổi mới [40].

Mô hình đào tạo liên thông bác sĩ từ y sĩ hầu như không được đề cập đến trong các tài liệu nghiên cứu. Tuy nhiên, có cơ sở đào tạo ở Mỹ có áp dụng đào tạo y sĩ thành bác sĩ với chương trình có giảm bớt một số yêu cầu như điểm thi MCAT, và một số học phần được miễn song thời gian đào tạo không thay đổi so với các đối tượng sinh viên khác.

Bảng 1.1 So sánh hệ thống đào tạo bác sĩ của một số nước

| Tên nước | Số dân/1 trường y | Đối tượng tuyển sinh | Phương thức tuyển sinh | Thời gian đào tạo (năm) | Văn bằng | Thời gian thực tập (năm) | Thời gian học nội trú (năm) |
|------------|-------------------|----------------------|---|-------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------------|
| Anh | 1 700 000 | THPT | Thi UKCAT, BMAT hoặc GAMSAT, phỏng vấn | 4-5 | MBBS | 1 | 2 |
| Mỹ | 1 800 000 | Cử nhân | GPA, MCAT, bài luận, phỏng vấn, kinh nghiệm lâm sàng, tình nguyện, khả năng nghiên cứu, khả năng lãnh đạo | 4 | MD, DO | 0-1 năm | 3-7 năm |
| Nhật Bản | 1 600 000 | THPT | Thi tuyển sinh đại học | 6 | MD | | 2 |
| Trung Quốc | 8 700 000 | THPT | Thi tuyển sinh đại học | 5-8 | Cử nhân y khoa | 1 | 2-3 |
| Ấn Độ | 3 200 000 | THPT | Thi tuyển địa phương, CBSE | 6 | MBBS | | 2-3 |
| Úc | 1 100 000 | Cử nhân, THPT | GPA, UMAT, GAMSAT, phỏng vấn | 4-6 | MBBS, MD | 1 | 2-3 |
| Hàn Quốc | 1 200 000 | Cử nhân, THPT | Thi tuyển sinh đại học | 4-6 | MD | | |
| Nga | 1 800 000 | THPT | Thi tuyển sinh đại học | 6 | MD | 1 | 2-3 |

| Tên nước | Số dân/1 trường y | Đối tượng tuyển sinh | Phương thức tuyển sinh | Thời gian đào tạo (năm) | Văn bằng | Thời gian thực tập (năm) | Thời gian học nội trú (năm) |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Đức | 2 200 000 | THPT | GPA | 6 | MD | 1 (48 tuần) | |
| Pháp | 1 700 000 | THPT | Thi phân ngành cuối năm thứ 1 đại học | 6 | MD | | 3-5 |
| Thái Lan | 3 200 000 | THPT | Thi tuyển sinh đại học | 6 | MD | 1 | 2, phục vụ nông thôn |
| Singapore | 1 700 000 | THPT | GPA, BMAT, bài luận, phỏng vấn | 5 | MBBS | 1 | |
| Phillippines | 2 600 000 | Cử nhân | Thi tuyển sinh ngành y (NMAT) | 4 | MD | 4 | 1-5 |
| Việt Nam | 7 300 000 | THPT, y sĩ | Thi tuyển sinh đại học | 4-6 | Bác sĩ | 1,5 | 3 (một phần) |

Ở một số nước như Nhật Bản, Úc,... điều dưỡng đại học đã có chứng chỉ hành nghề có thể được đào tạo thêm và được cấp phép hành nghề với phạm vi chuyên môn được thăm khám, điều trị với một số kỹ thuật giới hạn của bác sĩ, tuy nhiên không được cấp bằng bác sĩ và không được gọi và sử dụng danh hiệu bác sĩ.

1.2.1.2 Các nghiên cứu về thực trạng đào tạo y khoa

Hiệp hội Các trường đại học y khoa Hoa Kỳ (AAMC) [41] hàng năm đánh giá về các điều kiện đảm bảo chất lượng đào tạo của các trường thông qua ý kiến sinh viên y khoa mới tốt nghiệp. Các tiêu chí đánh giá tập trung vào: (1) những trải nghiệm trong trường y, (2) chương trình giảng dạy, (3) môi trường giáo dục, (4) đánh giá suy nghĩ cá nhân, (5) kế hoạch và mối quan tâm trong học tập, (6) mức độ hài lòng của cá nhân, (7) môi trường giáo dục tại nơi học tập. nghiệp. Các câu hỏi gửi đến sinh viên mới tốt nghiệp được thiết kế theo thang Likert với nhiều mức khác nhau: 4 mức, 5 mức, 6 mức, đặc biệt với tự đánh giá mức độ hài lòng được thiết kế với 10 mức. AAMC cung cấp báo cáo tổng hợp kết quả theo từng trường. Năm 2015, có khoảng 80% sinh viên tốt nghiệp y khoa từ 134 trường y khoa của Hoa Kỳ trả lời. Kết quả đánh giá của sinh viên được tổng hợp, phân tích và công bố là cơ sở để trường y tự đánh giá và tìm giải pháp nâng cao chất lượng và cải tiến chương trình đào tạo.

Hội đồng Y khoa Vương quốc Anh theo định kỳ nghiên cứu thu thập ý kiến từ sinh viên, các nhà quản lý giáo dục và các bên liên quan xây dựng và cập nhật các tiêu chuẩn đối với các trường y và các chương trình đào tạo y khoa. Năm 2016, bộ tiêu chuẩn mới được ban hành, gồm 5 chủ đề chính: (1) Môi trường và văn hoá học tập; (2) Quản trị và lãnh đạo trong giáo dục; (3) Hỗ trợ người học; (4) Hỗ trợ người dạy; (5) Xây dựng và thực hiện chương trình đào tạo và đánh giá [42].

J. N. Modi, P. Gupta và T. Singh nghiên cứu ở Ấn Độ đã thảo luận về khái niệm giáo dục y khoa dựa trên năng lực trong bối cảnh Ấn Độ, các bước lập kế hoạch và thực hiện một chương trình giảng dạy như vậy và các khía cạnh chính của đánh giá để thực hiện có hiệu quả [43].

D. Champin nhận thấy chương trình giảng dạy dựa trên năng lực được coi là mô hình thích hợp nhất trong giáo dục y tế trong một báo cáo ở Peru. Phần lớn đã được biết về mô hình này; tuy nhiên, một khía cạnh quan trọng của mô hình là đánh giá sự phát triển năng lực là một điểm khác so với mô hình đánh giá nhận thức truyền thống. Đánh giá trong mô hình chương trình giảng dạy dựa trên năng lực phải phù hợp với năng lực cần đạt. [44].

G. Mishmast Nehy đã nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa tuyển sinh đầu vào với kết quả học tập của sinh viên y khoa ở Iran năm 2015 [45] cho thấy không có mối liên hệ nào trong các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả đào tạo của các trường đại học y ngoại trừ mối liên quan duy nhất đáng chú ý là điểm thi tuyển sinh và kết quả của kỳ thi khoa học cơ bản quốc gia.

L. Briz-Ponce và F. J. Garcia-Penalvo nghiên cứu về Mô hình Chấp nhận công nghệ (TAM- Technical acceptance model) có thể được sử dụng trong giáo dục y khoa, dựa trên một cuộc khảo sát sinh viên và chuyên gia y khoa từ Đại học Salamanca. Nghiên cứu cho thấy có 46,7% người được khảo sát có sử dụng thiết bị di động hoặc ứng dụng để học và đây cũng là cơ sở để giới thiệu ứng dụng di động vào chương trình đào tạo khoa [46].

A. Rauf và các cộng sự trong một nghiên cứu tại Pakistan về đánh giá quá trình học tập của sinh viên y khoa. Nghiên cứu cho thấy yếu tố quan trọng nhất trong thành công của đánh giá quá trình là chất lượng phản hồi, có ảnh hưởng lớn đến thành tích của học sinh. Nghiên cứu cũng đề cập nhiều vấn đề có thể tác động đến hiệu quả của việc đánh giá quá trình bao gồm sự phản hồi

của giảng viên, động lực từ sinh viên và giảng viên có liên quan tới chất lượng giáo dục y khoa [47].

J. S. Mooney và các cộng sự nghiên cứu về vai trò và ứng dụng các công nghệ học tập di động trong quản lý và giảng dạy y khoa. Từ năm 2011, Trường Đại học Y Manchester đã tiến hành triển khai iPads. Nghiên cứu dẫn đến việc phát triển một giải pháp kỹ thuật số mới giải quyết các hạn chế của hệ thống trước đây. Hệ thống mới này đã tìm ra nhiều ứng dụng hữu ích khác, bao gồm thu thập dữ liệu nghiên cứu, phản hồi, đánh giá vị trí, đảm bảo chất lượng và chấm điểm sinh viên [48].

A. Laidlaw và các cộng sự nghiên cứu về hình thức và tần suất đánh giá lâm sàng sinh viên tại các trường y khoa ở Anh. Kết quả thu được cho thấy số lần đánh giá sinh viên trung bình mỗi năm là 2,4 (tối thiểu 0, tối đa 10). Các bài kiểm tra lâm sàng có cấu trúc khách quan (OSCE) là phương pháp đánh giá được sử dụng phổ biến nhất (53%). Các đánh giá khác bao gồm đánh giá dựa trên câu hỏi trắc nghiệm (MCQ) và nơi làm việc. Nghiên cứu này khuyến nghị nên sử dụng nhiều phương pháp đánh giá trong các trường y khoa ở Vương quốc Anh phù hợp với các học phần khác nhau và thay thế các phương pháp truyền thống [49].

C. C. Glass và các cộng sự nghiên cứu về hiệu quả sử dụng mô phỏng có thể nâng cao hiệu quả học tập, hiệu quả, và sự an toàn của người bệnh hay không qua một cuộc khảo sát các giám đốc phẫu thuật viên trên toàn quốc và sinh viên y khoa tại 5 trường y để xếp hạng và phân tầng các chủ đề giáo dục dựa trên mô phỏng. Kết quả nghiên cứu cho thấy các giám đốc phòng khám ngoại khoa và sinh viên y khoa năm thứ 4 đồng ý về nội dung của chương trình giảng dạy mô phỏng, mặc dù sinh viên y khoa năm thứ 4 đề nghị một số chủ đề được giảng dạy sớm hơn [50].

A. A. Vanderbilt, M. Feldman và I. K. Wood nghiên cứu đánh giá về các kỳ thi. Nghiên cứu cho thấy điều quan trọng là MCQ kiểm tra thái độ, kỹ năng, kiến thức và năng lực trong trường y. Dựa trên những phát hiện đó các tác giả khuyến cáo các kỳ thi cần phải được cải tiến để chuẩn bị tốt hơn để sinh viên y khoa thành công các kỳ thi quốc gia [51].

D. Jabeen nghiên cứu về sử dụng người bệnh mô phỏng trong giáo dục y khoa ở Pakistan so sánh hiệu quả của người bệnh mô phỏng với người bệnh thực. Nghiên cứu bao gồm tất cả 94 sinh viên của MBBS năm thứ 4 tại Trường Y khoa Shifa. Kết quả cho thấy 92/94 sinh viên (97,9%) ủng hộ việc sử dụng người bệnh mô phỏng để đánh giá kỹ năng giao tiếp. 64,9% sinh viên cho rằng không có sự khác biệt giữa người bệnh thực và người bệnh mô phỏng. 66% cho thấy việc mô phỏng người bệnh không phải là khó khăn. Sinh viên đại học thích dùng người bệnh mô phỏng để đánh giá kỹ năng giao tiếp [52].

1.2.2 Thực trạng đào tạo bác sĩ ở Việt Nam

Đào tạo bác sĩ ở Việt Nam được bắt đầu từ đầu thế kỷ XX trong thời kỳ Pháp thuộc ở Hà Nội và sau đó thêm cơ sở đào tạo ở Sài Gòn. Ban đầu, sinh viên y khoa học những năm đầu ở Việt Nam và sau đó tiếp tục chương trình và tốt nghiệp ở Pháp. Sau khi giành độc lập năm 1945, chương trình đào tạo bác sĩ hoàn toàn thực hiện ở Việt Nam trong thời gian 5-6 năm tùy theo giai đoạn.

Chương trình đào tạo bác sĩ chuyên tu tuyển sinh y sĩ có kinh nghiệm lâm sàng và đào tạo cấp bằng bác sĩ được bắt đầu từ những năm 1970 cung cấp bác sĩ cho chiến trường và những nơi kém thu hút.

Hiện nay, bác sĩ ở Việt Nam được đào tạo ở khoảng 20 trường đại học, trong đó chủ yếu đào tạo theo chương trình 6 năm. Chương trình bác sĩ 4 năm có ở một số trường đại học, tuyển sinh với số lượng hạn chế và dành chủ yếu có miền núi và tuyển cơ sở hoặc lĩnh vực chuyên môn kém thu hút bác sĩ 6

năm về làm việc. Ngoài chương trình bác sĩ đa khoa, chương trình liên thông còn đào tạo bác sĩ y học cổ truyền, bác sĩ y học dự phòng.

Số liệu từ Niên giám thống kê y tế cho thấy số lượng bác sĩ đa khoa và bác sĩ y học cổ truyền đào tạo theo chương trình liên thông khá cao. Tuy nhiên, số lượng bác sĩ đa khoa 4 năm được đào tạo có xu hướng giảm xuống từ năm học 2013-2014 [53-56].

Năm 2003, với sự hỗ trợ từ Hà Lan, 8 trường đại học y đã nghiên cứu, xây dựng và xuất bản bộ tiêu chí kiến thức, thái độ, kỹ năng của bác sĩ đa khoa. Bộ tiêu chí này đã được sử dụng để xây dựng các chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa.

Chương trình đào tạo bác sĩ của Việt Nam cơ bản vẫn là chương trình được tổ chức theo môn học. Chương trình được thiết kế bao gồm các học phần khoa học cơ bản, y học cơ sở và y học lâm sàng. Về cơ bản, chương trình cũng có thể chia ra các phần học tiền lâm sàng được giảng dạy trong giảng đường và phòng thí nghiệm của trường y và tiếp sau là các học phần lâm sàng được giảng dạy cả ở trường (lý thuyết) và bệnh viện (thực hành) và kết thúc bằng thực tế lâm sàng. Hiện nay, Bộ Y tế đang chỉ đạo đổi mới đào tạo y khoa trên cả nước có sự tham gia của nhiều cơ sở đào tạo.

Bộ Y tế đã ban hành quy chế về đào tạo bác sĩ đa khoa liên thông trong thời gian 4 năm, sau đây gọi là bác sĩ đa khoa 4 năm [20]. Các đối tượng ưu tiên của chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm, ngoài ưu tiên như chương trình bác sĩ 6 năm còn ưu tiên trong lĩnh vực công tác tùy theo từng giai đoạn, như làm việc trong hệ thống phòng chống lao, HIV/AIDS, tâm thần, phong, lao, pháp y. Yêu cầu về kinh nghiệm công tác trước khi học chương trình bác sĩ 4 năm cũng thay đổi tùy theo giai đoạn và lĩnh vực chuyên môn, từ 24-36 tháng. Thông tư 06/2008/TT-BYT giao các trường y tuyển sinh theo từng khu

vực như trình bày trong Bảng 1.2. Các cơ sở đào tạo được phân vùng tuyển sinh theo các tỉnh và khu vực nhưng không giới hạn miền núi hay vùng DTIN.

Hiện nay, đối với đào tạo liên thông khối ngành sức khỏe cần thêm điều kiện có chứng chỉ hành nghề và ngưỡng bảo đảm chất lượng đầu vào với điểm mỗi môn thi phải đạt từ 5 điểm trở lên theo thang điểm 10 [26].

Ngoài chương trình liên thông, từ năm 2006 Chính phủ có quy định về đào tạo cử tuyển, trong đó có bác sĩ, cho vùng khó khăn. Về cơ bản, đào tạo cử tuyển cho bác sĩ vẫn sử dụng chung chương trình 6 năm. Sự khác biệt chủ yếu là cách thức tuyển chọn, trong đó, bác sĩ đào tạo cử tuyển được các tỉnh tuyển chọn, không qua thi quốc gia và được học bổ sung kiến thức giáo dục phổ thông trước khi học chương trình y khoa.

Bảng 1.2 Phân bố cơ sở đào tạo chương trình bác sĩ 4 năm năm 2008

| Cơ sở đào tạo | Ngành đào tạo | Khu vực tuyển sinh |
|--|--------------------------------|--|
| Trường Đại học Y Thái Bình | Bác sĩ đa khoa, Bác sĩ YHCT | Các tỉnh phía Bắc từ Thừa Thiên - Huế trở ra. |
| Trường Đại học Y Hải Phòng | Bác sĩ đa khoa | Các tỉnh phía Bắc từ Thừa Thiên - Huế trở ra. |
| Trường Đại học Y thuộc Đại học Thái Nguyên | Bác sĩ đa khoa | Hà Giang, Tuyên Quang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Lai Châu, Điện Biên, Lào Cai, Yên Bái, Bắc Cạn, Sơn La, Hoà Bình, Phú Thọ, Vĩnh Phúc, Thái Nguyên, Bắc Giang, Bắc Ninh. |
| Trường Đại học Y - Dược thuộc Đại học Huế | Bác sĩ đa khoa, Bác sĩ YHCT | Từ Thanh Hoá đến Khánh Hoà và các tỉnh Tây Nguyên. |

| Cơ sở đào tạo | Ngành đào tạo | Khu vực tuyển sinh |
|--|----------------------|---|
| Trường Đại học Tây Nguyên | Bác sĩ đa khoa | Các tỉnh Tây Nguyên và tỉnh Bình Phước |
| Đại học Y - Dược thành phố Hồ Chí Minh | Bác sĩ YHCT | Các tỉnh phía Nam từ Đà Nẵng trở vào |
| Trường Đại học Y- Dược Cần Thơ | Bác sĩ đa khoa | Các tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu Long và Đông Nam bộ. |
| Học Viện Quân Y (cơ sở 1- miền Bắc) | Bác sĩ đa khoa | - Hà Giang, Tuyên Quang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Lai Châu, Điện Biên, Lào Cai, Yên Bái, Bắc Cạn, Sơn La, Hoà Bình và các tỉnh Tây Nguyên. |
| Học Viện Quân Y (cơ sở 2- miền Nam) | Bác sĩ đa khoa | Các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long, Đông Nam bộ và các tỉnh Tây Nguyên. |
| Trường Đại học Y tế Phạm Ngọc Thạch | Bác sĩ đa khoa | Các tỉnh phía Nam từ Đà Nẵng trở vào. |
| Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam | Bác sĩ YHCT | Cả nước |

Nguồn: Trích từ Thông tư số 06/2008/TT-BYT của Bộ Y tế [20]

Luật Giáo dục quy định chương trình đào tạo bác sĩ gồm có chương trình khung do Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành quy định về các học phần và cơ cấu thời gian, mục tiêu cho mỗi học phần, và chương trình giáo dục do trường ban hành dựa trên chương trình khung gồm chi tiết nội dung và cơ cấu của từng học phần. Tuy nhiên, Luật Giáo dục đại học cho phép các cơ sở đào tạo xây dựng chương trình riêng phù hợp với chuẩn đầu ra mà trường công bố [24, 57].

Bảng 1.3 So sánh các chương trình đào tạo bác sĩ ở Việt Nam

| Chương trình | Tuyển sinh | Thời gian đào tạo | Văn bằng |
|-------------------------------------|---|---|--|
| Bác sĩ đa khoa 6 năm | THPT, thi tuyển sinh quốc gia khối B (toán, hoá, sinh) | 6 năm: 2 năm tiền lâm sàng; 4 năm kết hợp lâm sàng | Bác sĩ đa khoa Bác sĩ y học cổ truyền Bác sĩ y học dự phòng Bác sĩ răng-hàm-mặt |
| Bác sĩ liên thông 4 năm (chuyên tu) | Y sĩ đa khoa/y học cổ truyền; thi quốc gia (dưới 36 tháng kinh nghiệm), thi do trường tổ chức (trên 36 tháng kinh nghiệm) | 4 năm: 1,5 năm tiền lâm sàng; 2,5 năm kết hợp lâm sàng | Bác sĩ đa khoa Bác sĩ y học cổ truyền Bác sĩ y học dự phòng |
| Bác sĩ cử tuyển | Kết quả học THPT loại khá trở lên Người DTIN hoặc sống ở vùng DTIN trên 5 năm Không thi | 1 năm dự bị đại học Học đại học như chương trình bác sĩ 5 năm (6 năm; 2 năm tiền lâm sàng; 4 năm kết hợp lâm sàng) | Bác sĩ đa khoa |

Nguồn: Tổng hợp từ các chương trình và quy chế đào tạo [25, 58].

Trước năm 2012 chương trình đào tạo của các trường dựa trên chương trình khung được ban hành năm 2001 theo quyết định số 12/2001/QĐ-BGD&ĐT ngày 26/04/2001 [27]. Từ năm 2012, Bộ Giáo dục Đào tạo ban hành chương trình khung mới ban hành theo Thông tư số 01/2012/TT-BGDĐT ngày 13/01/2012 [58].

Bộ Y tế đã nghiên cứu và công bố “Chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa” năm 2014 gồm 90 tiêu chí thuộc 20 tiêu chuẩn trong 5 lĩnh vực được coi là cơ sở để các trường y xây dựng và đổi mới chương trình đào tạo, công bố chuẩn đầu ra và làm cơ sở để tổ chức đánh giá thi quốc gia trước khi cấp chứng chỉ hành nghề sau này [59]. Tuy nhiên, trên thực tế, các cơ sở đào tạo vẫn áp dụng chương trình khung bác sĩ đa khoa ban hành năm 2012 [60].

Nghiên cứu của tác giả Bùi Mỹ Hạnh cho thấy các chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa nặng về lý thuyết và ít những nội dung giáo dục theo yêu cầu thực tế đang biến đổi [61].

Nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế cho thấy, đây là những hình thức giảng dạy lâm sàng phổ biến đang được các trường áp dụng tại các bệnh viện thực hành. Tuy nhiên, điều kiện thực hành tại bệnh viện đang trở nên khó khăn và sinh viên ngày càng ít đi cơ hội được thực hành chuyên môn tại các khoa phòng với người bệnh trong bệnh viện [60].

Nghiên cứu can thiệp của Pathfinder tiến hành trong giai đoạn 2009-2013 trong dự án “Cải thiện chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số thông qua đào tạo” (còn gọi là dự án ME-EM - Medical Education for Ethnic Minorities), phối hợp với đơn vị chuyên môn của Bộ Y tế triển khai tại một số cơ sở đào tạo nhân lực y tế cho vùng đồng bào dân tộc thiểu số phía Bắc và Tây Nguyên, trong đó có Trường Đại học Y Dược thuộc Đại học Thái Nguyên và Khoa Y Dược thuộc Trường Đại học Tây Nguyên. Các mục tiêu

nghiên cứu can thiệp của dự án gồm: (1) Nâng cao chất lượng dạy và học về các chủ đề chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như củng cố việc dạy và học về các yếu tố văn hóa có ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật cho học sinh, sinh viên; (2) Tăng cường tuyển sinh học sinh sinh viên người dân tộc thiểu số bằng cách cải tiến quy trình tuyển sinh tại các trường tham gia dự án; (3) Tăng số học sinh sinh viên dân tộc thiểu số tốt nghiệp trở về địa phương công tác; (4) Tiếp tục tăng cường khung pháp lý hỗ trợ công tác đào tạo cán bộ y tế phục vụ cho vùng đồng bào dân tộc thiểu số; và (5) tăng cường năng lực của các trường đại học, cao đẳng, trung cấp y tế trong nghiên cứu khoa học về sức khỏe đồng bào dân tộc thiểu số. Củng cố việc dạy và học về các yếu tố văn hóa có ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật cũng như các chủ đề chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh sinh viên là mục tiêu chính của dự án [62].

Bộ Y tế cùng với các cơ sở đào tạo đã nghiên cứu và đổi mới chương trình đào tạo bác sĩ 4 năm. Trước đây do Bộ Y tế chủ trì xây dựng và phê duyệt. Năm 2001, xây dựng chương trình thống nhất chung. Năm 2010, chương trình đó được cải tiến và cập nhật. Tuy nhiên, chương trình đào tạo này vẫn còn nhiều bất cập. Phần kiến thức về khoa học cơ bản và y học cơ sở được phân bổ thời gian ngắn không đủ cho sinh viên có nền tảng kiến thức y học cơ sở tốt để hỗ trợ cho những môn lâm sàng về sau [58].

Có ý kiến cho rằng việc đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm có nhiều vấn đề nổi cộm như chất lượng đầu vào quá thấp, không có sự sàng lọc trong quá trình đào tạo, chương trình học bị cắt xén, thi cử chưa nghiêm túc, nhất là các lớp học ngoài giờ. Việc quản lý học viên, giảng viên yếu kém [63].

Về phương pháp giảng dạy, phương pháp thuyết trình chủ đạo đối với các học phần khoa học cơ bản, có sử dụng các thiết bị trình chiếu, phần bảng. Các phương pháp giảng dạy tích cực đã được giới thiệu tuy nhiên chưa được

áp dụng nhiều. Các trường y đã phát triển bộ môn giảng dạy về kỹ năng tiền lâm sàng. Trước khi học các kỹ thuật y khoa ở bệnh viện, sinh viên được thực hành một số kỹ thuật cơ bản trên mô hình. Hầu hết các trường y đã được Bộ Y tế đầu tư phát triển năng lực giảng dạy tiền lâm sàng, trong đó có cung cấp trang thiết bị cho phòng thực hành tiền lâm sàng. Giảng dạy lâm sàng: gồm đi buồng, bình bệnh án, trực khám và cấp cứu người bệnh, giao ban bệnh viện, giao ban sinh viên, giảng bên giường bệnh và thảo luận trong phòng học, giảng đường.

Phương pháp đánh giá sinh viên và thi tốt nghiệp chủ yếu thông qua thi hoặc kiểm tra. Sinh viên học các học phần được đánh giá theo các cấu phần gồm tham gia học tập, trình bày, thảo luận, kiểm tra trắc nghiệm hoặc thi viết, vấn đáp đánh giá kiến thức. Đối với các học phần lâm sàng, kết quả học tập được đánh giá bằng bài thi thực hành và lý thuyết. Đối với thi thực hành, sinh viên được phân công người bệnh, làm bệnh án, tóm tắt diễn biến bệnh, chẩn đoán, điều trị và trả lời những câu hỏi liên quan đến tình huống. Thi thực hành lâm sàng có cấu trúc khách quan (OSCE) đã được giới thiệu vào Việt Nam từ nhiều năm nay. Tuy nhiên, đối với đào tạo y khoa, hình thức thi này chưa được áp dụng rộng rãi ở các trường và ở tất cả các bộ môn lâm sàng.

Thi tốt nghiệp của sinh viên y được thực hiện theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo, theo đó, các trường có thể chọn một trong hai hình thức để tổ chức thi tốt nghiệp, đó là (1) Khoá luận tốt nghiệp, thi lâm sàng và thi Lý luận chính trị; hoặc (2) Thi lý thuyết, thi lâm sàng và thi Lý luận chính trị [58]. Hiện nay, hầu hết các trường y áp dụng hình thức thi lý thuyết, thi lâm sàng (chuyên ngành) và thi lý luận chính trị làm phương thức đánh giá tốt nghiệp kết hợp với quá trình học tập, đảm bảo đủ các điều kiện trong suốt quá trình học mới được công nhận tốt nghiệp.

Chương trình đào tạo bác sĩ mới được Chính phủ giao Bộ Y tế phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo chỉ đạo xây dựng thực hiện đổi mới căn bản, toàn diện giáo dục và đào tạo, Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1981/QĐ-TTg về phê duyệt khung cơ cấu trình độ giáo dục quốc dân. Theo Quyết định này, chương trình đào tạo bác sĩ sẽ từ 3-5 năm [64]. Hiện nay, đổi mới giáo dục y khoa, đặc biệt là đổi mới căn bản và toàn diện đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe đang được thảo luận sôi nổi và có nhiều ý tưởng đề xuất. Tuy nhiên, đây còn là vấn đề tiếp tục được thảo luận rộng rãi và cho đến nay chưa có kế hoạch chiến lược nào được chính thức công bố.

1.3 Tổng quan nghiên cứu về thực trạng sử dụng bác sĩ

1.3.1 Thực trạng sử dụng bác sĩ trên thế giới

Nhân lực y tế có vai trò quan trọng. Theo Tổ chức Y tế thế giới, nếu không đảm bảo được đủ số lượng nhân lực y tế được đào tạo và hỗ trợ đầy đủ các nhân viên y tế, thế giới sẽ gặp nguy cơ không đạt được các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ liên quan đến sức khỏe. Thiếu nhân lực y tế là một trong những bế tắc lớn để cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em, và để giải quyết HIV/AIDS, sốt rét và bệnh lao [9]. Báo cáo Sức khỏe Thế giới năm 2006 ước tính rằng thế giới thiếu khoảng 4 triệu nhân viên y tế để đạt được một mức độ tối thiểu về sức khỏe. Ở phần lớn các nước, vùng nông thôn và vùng sâu vùng xa thường thiếu nhân viên y tế. Khoảng một nửa dân số thế giới sống ở các vùng nông thôn, nhưng chỉ có 38% trong tổng số nhân viên điều dưỡng và chưa đầy 1/4 tổng lực lượng lao động của các bác sĩ [5].

1.3.1.1 Nghiên cứu về vai trò của bác sĩ

Vai trò của bác sĩ có thể khác nhau rất nhiều giữa (hoặc thậm chí là bên trong) các quốc gia. Ở các vùng đô thị của các nước phát triển vai trò của họ có xu hướng thu hẹp và tập trung vào việc chăm sóc các vấn đề sức khỏe mãn

tính; điều trị các bệnh đe dọa đến tính mạng không cấp tính; phát hiện sớm và chuyển hướng chăm sóc đặc biệt cho người bệnh mắc bệnh hiểm nghèo; và chăm sóc phòng ngừa bao gồm giáo dục sức khỏe và tiêm chủng. Trong khi đó, tại các vùng nông thôn của các nước phát triển hoặc ở các nước đang phát triển, bác sĩ gia đình có thể thường xuyên tham gia chăm sóc cấp cứu trước khi đến bệnh viện, sinh con, chăm sóc bệnh viện cộng đồng và thực hiện các thủ thuật phẫu thuật phức tạp thấp [65].

Ở Canada, bảy vai trò của các bác sĩ đã đặt ra khuôn khổ cho các chuyên khoa để mô tả các năng lực cần thiết của các chuyên gia y tế. Từ các năng lực cần thiết này, người ta xây dựng nên chương trình đào tạo phù hợp.

Ở Đan Mạch, một ủy ban chuyên khoa y tế đã xây dựng báo cáo “bác sĩ chuyên khoa của Đan Mạch trong tương lai” [66]. Báo cáo này nêu ra 7 vai trò của các bác sĩ gồm: (1) Khám chữa bệnh, (2) Cán bộ truyền thông, (3) Cộng tác viên, (4) Quản lý, (5) Vận động chính sách y tế, (6) Nghiên cứu/giảng dạy, và (7) Chuyên gia. Tuy nhiên, theo kinh nghiệm của Đan Mạch và quốc tế cho thấy vai trò của các bên liên quan được mỗi quốc gia giải thích khác nhau, ngoài ra, cần xem xét vai trò của bác sĩ được thực hiện trong các hoạt động hàng ngày. Năm 2012, Cơ quan Y tế và Dược phẩm Đan Mạch xuất bản báo cáo “Đào tạo sau đại học ở Đan Mạch – thực trạng và triển vọng trong tương lai” [67]. Trong báo cáo này, 7 vai trò của bác sĩ đã được sửa đổi và điều chỉnh cho phù hợp hơn, các khía cạnh về đạo đức cũng như yêu cầu cho việc phát triển hệ thống đã được đề cập tới.

Vai trò của bác sĩ thể hiện qua năng lực cốt lõi mà một bác sĩ cần đạt được. Ở Mỹ, Hội đồng Công nhận về Giáo dục Y khoa Đại học (ACGME) đặt tiêu chí các bác sĩ cần đạt 6 nhóm năng lực cơ bản: (1) Chăm sóc người bệnh (2) Là người có kiến thức y khoa (3) Luôn học tập và cải thiện kỹ năng (4) Có

kỹ năng giao tiếp với người bệnh (5) Là chuyên gia về y tế (6) Thực hành chăm sóc sức khỏe trong hệ thống y tế.

Tại Vương quốc Anh, Chương trình Hiện đại hóa y khoa (MMC-Modernising Medical Careers) và Hội đồng Giáo dục và Đào tạo y khoa sau đại học (PMETB-Postgraduate Medical Education and Training Board) cho rằng bác sĩ cần có 8 năng lực cốt lõi: (1) Hành nghề y khoa với kỹ năng và kỹ thuật tốt, (2) Là chuyên gia y tế không phải chỉ là chuyên gia về các kỹ thuật, (3) Làm việc chuyên nghiệp, (4) Truyền thông, (5) Lãnh đạo và quản lý và làm việc theo nhóm, (6) Tạo ra sự an toàn cho người bệnh, (6) Nghiên cứu, (7) Giáo dục và giảng dạy, (8) Tích hợp cân bằng các kỹ thuật y khoa và phi kỹ thuật.

Ngoài ra, trong mỗi tổ chức, các bác sĩ lại có vai trò riêng. Tuy nhiên, ở dù ở quốc gia hay tổ chức nào, vai trò hàng đầu của bác sĩ vẫn là khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe. Đây là vai trò cốt lõi, thiếu vai trò này, các vai trò khác sẽ mất đi ý nghĩa.

Vai trò của bác sĩ gia đình, ngoài vai trò nói chung của bác sĩ, tại các vùng nông thôn của các nước phát triển và tại các quốc gia đang phát triển, thì bác sĩ gia đình (family doctor) là người đóng vai trò chính trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Vì vậy, vai trò của bác sĩ gia đình cũng được một số quốc gia quan tâm và xây dựng. Các nước Châu Phi đã thống nhất 12 tiêu chí của bác sĩ gia đình gồm: (1) Bác sĩ gia đình Châu Phi cam kết với nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu và là nhà lãnh đạo quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe; (2) Bác sĩ gia đình Châu Phi cung cấp dịch vụ tư vấn, giảng dạy, khuyến khích, quản lý, giám sát và đánh giá lâm sàng cho các thành viên khác trong nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc ban đầu; (3) Cung cấp các dịch vụ chẩn đoán và điều trị cho một số ít người bệnh được lựa chọn trước đã được sàng lọc bởi các thành viên khác của nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu; (4) Phạm vi thực hành rất nhạy cảm và phụ

thuộc vào bối cảnh của hệ thống y tế mà đội chăm sóc sức khỏe ban đầu hoạt động; (5) Sử dụng bằng chứng phù hợp nhất để giải quyết các vấn đề lâm sàng, gia đình và cộng đồng ưu tiên cao nhất; (6) Chăm sóc sản khoa, gây tê và thủ thuật ở cấp độ bệnh viện tuyến huyện khi không có chuyên gia khác; (7) Biết những hạn chế của mình và chỉ ra những người bệnh có các vấn đề lâm sàng vượt quá phạm vi thực hành đến mức chăm sóc thích hợp; (8) Hỗ trợ các thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu trong cộng đồng, tại các cơ sở nơi họ làm việc, cũng như tại bệnh viện huyện; (9) Tham gia nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu và tập trung vào gia đình và định hướng cộng đồng. Bác sĩ gia đình là mối liên hệ giữa chăm sóc gia đình, chăm sóc tại bệnh viện và chăm sóc căn bản dựa vào cộng đồng; (10) Tham gia vào cộng đồng, xác định ranh giới nơi có nguy cơ và thực hiện các ưu tiên về sức khỏe; (11) Học suốt đời và lãnh đạo tiếp tục phát triển nghề nghiệp cho cả nhóm; và (12) Quản lý tài nguyên, bác sĩ gia đình châu Phi chủ yếu quan tâm đến việc giảm sự chênh lệch và sự tiếp cận bình đẳng đối với các dịch vụ y tế của tất cả các khu vực trong cộng đồng [68].

Tựu chung lại, vai trò cốt lõi của bác sĩ là khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe. Ngoài ra, họ còn đóng vai trò là người giảng dạy lâm sàng, nghiên cứu y học, truyền thông giáo dục sức khỏe, vận động chính sách y tế và quản lý y tế.

1.3.1.2 Nghiên cứu về các yếu tố thu hút và giữ chân bác sĩ

Seema Murthy và các cộng sự nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy, tăng lương là yếu tố cần thiết song không phải là duy nhất để giữ chân bác sĩ làm việc tại vùng nông thôn. Các yếu tố khác cùng với tăng lương hoặc phụ cấp cần được đồng bộ trong một “gói” thu hút và giữ chân gồm cải thiện cơ hội được học sau đại học, cung cấp trang thiết bị và cơ sở vật chất hiện đại, cải thiện điều kiện sống và có chính sách chuyển chuyên rõ ràng [69].

Emmanuel Kwame Darkwa và các cộng sự nghiên cứu của Bangladesh cho thấy các yếu tố thu hút và giữ chân bác sĩ làm việc tại nông thôn được khuyến cáo trong một gói tổng thể gồm phụ cấp tài chính, tạo cơ hội phát triển nghề nghiệp, trao quyền lãnh đạo quản lý, và khen thưởng tích cực [70].

Monique Van Dormael và các cộng sự nghiên cứu ở Mali cho thấy, ngoài các yếu tố phụ cấp, hỗ trợ chuyên môn thì được đào tạo là một yếu tố quan trọng giữ chân bác sĩ làm việc ở nông thôn [71].

Eley D. S. và các cộng sự trong báo cáo về Sáng kiến Trường học Lâm sàng nông thôn Úc (RCS- Rural Clinical School) cho thấy sáng kiến này đã giải quyết tình trạng thiếu nhân lực y tế ở nông thôn. Một kỳ vọng lớn của sáng kiến này là nó sẽ cải thiện việc tuyển dụng nhân lực y tế ở nông thôn và tiếp tục duy trì thông qua một chương trình đào tạo thực hành lâm sàng tại nông thôn [72].

Greenhill JA., Walker J. và Playford D. đề cập về việc thành lập các cơ sở thực hành lâm sàng ở nông thôn được tài trợ thông qua Chương trình Đào tạo và Hỗ trợ Y tế Nông thôn của Bộ Y tế và Người cao tuổi ở Úc. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tác động tích cực tới các cộng đồng nông thôn, việc đổi mới chương trình đào tạo y khoa và sự tham gia tích cực của cộng đồng. Nhiều chương trình lồng ghép thực hành lâm sàng và các học phần khác như dịch tễ học, sức khỏe dân cư, sức khỏe thể dân, chăm sóc người cao tuổi, sức khỏe tâm thần và phòng chống tự tử, gia đình nông nghiệp và biến đổi khí hậu [73].

Theo báo cáo của Matsumoto M., Inoue K. và Kajii E., năm 1972, Bộ Nội vụ Nhật Bản và chính quyền 47 tỉnh đã kết hợp thành lập Trường Đại học Y Jichi (JMU) với hai nhiệm vụ: (1) đào tạo các bác sĩ nông thôn; và (2) phân phối các bác sĩ được đào tạo một cách công bằng trên toàn quốc. Tỷ lệ lũy tích của sinh viên tốt nghiệp JMU đã hoàn thành hợp đồng giữa tất cả các sinh

viên tốt nghiệp là trên 95% [74]. Cũng theo Matsumoto M., Inoue K. và Kajii E., JMU đã thành công trong việc tăng số lượng và duy trì các bác sĩ nông thôn. Nguồn gốc nông thôn và các dịch vụ chăm sóc ban đầu có tác động tích cực đến việc tuyển dụng và duy trì sau nghĩa vụ nông thôn [75].

Một nghiên cứu của Rajin Arora Achara Nithiapinyasakul, Parinya Chamnan ở Thái Lan cho thấy, năm 1993, Chính phủ đã giao chỉ tiêu đào tạo bác sĩ theo vùng và đến năm 1995, đã thực hiện Dự án Hợp tác tăng cường đào tạo bác sĩ nông thôn (CPIRD) triển khai cho tuyển huyện trong tất cả các trường có đào tạo bác sĩ [76].

Theo Stearns JA. và các cộng sự, Chương trình Y học Nông thôn ở Tiểu bang Illinois (RMED) được phát triển bởi Trường Đại học Y khoa thuộc Đại học Illinois ở Rockford (Hoa Kỳ) là một chương trình toàn diện, đa diện kết hợp tuyển dụng, tuyển sinh, chương trình giảng dạy, hỗ trợ, và các thành phần đánh giá và theo chiều dọc trong tất cả 4 năm kinh nghiệm y học Quá trình tuyển chọn sinh viên có những điểm thành công trong việc thực hành y học gia đình ở nông thôn. Chương trình đào tạo kéo dài 4 năm, tập trung vào y học gia đình, chăm sóc ban đầu theo định hướng cộng đồng. Sau 6 năm, RMED đã có 39 bác sĩ tốt nghiệp; 69% đã hành nghề bác sĩ gia đình, và 82% đã chọn nơi ở để làm việc [77].

Nghiên cứu của O. Polasek và I. Kolcic tại Croatia khảo sát học sinh y khoa cuối cùng của Trường Y thuộc Đại học Zagreb năm học 2004-2005, vài tháng trước khi tốt nghiệp tiến hành phân tích thành tích học tập của sinh viên và điều tra mức độ hoạt động ngoại khóa và sở thích của sinh viên nơi làm việc. Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt đáng kể đã được ghi nhận trong hầu hết các chỉ số học thuật và nghiên cứu, trong đó sinh viên gốc đô thị có điểm trung bình tốt nhất. Sinh viên từ vùng nông thôn và vùng sâu, vùng xa thường có kết quả

học tập thấp hơn và ít tham gia vào các dự án nghiên cứu và các hoạt động ngoại khoá hơn so với sinh viên thành thị. Tuy nhiên, có tỷ lệ đáng kể sinh viên nông thôn có thể tìm kiếm việc làm ở nông thôn và vùng xa. Nghiên cứu khuyến nghị triển khai một chương trình hỗ trợ sinh viên nông thôn và thực hiện một cách chiến lược. Sinh viên từ các vùng nông thôn là nguồn lực có giá trị để giảm sự chênh lệch về phân bố địa lý nhân lực y tế [78].

Tại Nepal, có một số trường y tế tư nhân đã mở cửa gần đây; mặc dù có đủ số bác sĩ đang tốt nghiệp vẫn còn thiếu bác sĩ ở nông thôn. Một nghiên cứu cho thấy nhân lực y tế ở Nepal phân bố không đồng đều dẫn đến tình trạng thiếu bác sĩ ở nông thôn. Các chiến lược khắc phục bao gồm giáo dục y tế dựa vào cộng đồng, lựa chọn sinh viên y khoa ở nông thôn và cấp miễn phí một phần hoặc toàn bộ học phí cho sinh viên y khoa cam kết làm việc ở nông thôn. Chính phủ đầu tư cải thiện điều kiện làm việc ở vùng nông thôn Nepal sẽ giúp cộng đồng nông thôn thu hút và giữ chân các bác sĩ [79].

Nghiên cứu đánh giá đề án này ở tiểu bang Andhra Pradesh để hiểu vai trò của nó trong việc cải thiện việc tuyển dụng các bác sĩ và chuyên gia ở nông thôn, những thách thức mà chương trình gặp phải và cách nó có thể được tăng cường. Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình đặt chỗ sau đại học dường như là một trong những yếu tố thu hút các bác sĩ đến khu vực công và các trạm y tế ở nông thôn, với việc giảm số lượng chỗ trống tại các cơ sở y tế. Chương trình sau đại học là một động lực mạnh mẽ để thu hút bác sĩ đến các vùng nông thôn. Tuy nhiên, để nâng cao hiệu quả của chương trình, cần giám sát tốt hơn về chất lượng dịch vụ, chiến lược phối hợp đào tạo sau đại học thông qua chương trình với nhu cầu của các chuyên gia cũng như việc thực thi chặt chẽ hơn về trái phiếu tài chính [80].

Một nghiên cứu ở Scotland tìm hiểu về những kinh nghiệm và nhận thức của các bác sĩ chương trình cơ sở (Foundation Program) về các vị trí ở vùng sâu vùng xa và phía bắc của Scotland. Kết quả nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kinh nghiệm học tập của người học và sống trong môi trường y khoa từ xa và nông thôn. Những kinh nghiệm này có thể rất tích cực đối với một số cá nhân, nhưng các yếu tố bên ngoài môi trường giáo dục ảnh hưởng đến nhận thức về kinh nghiệm tổng thể [81].

Trong bối cảnh việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là một vấn đề đang diễn ra đối với những nhóm người không được phục vụ ở các vùng nông thôn và vùng sâu vùng xa của Úc và Bắc Mỹ. Mặc dù các trường y khoa đào tạo nhiều bác sĩ nhưng vấn đề vẫn tiếp tục tồn tại. Trong khi sinh viên tham gia các chương trình y tế tập trung ở nông thôn quan tâm đến y học nông thôn, sự hiểu biết của họ về thực tiễn nông thôn tương lai là không rõ ràng. Một nghiên cứu đã khám phá ra sự khác biệt trong nhận thức về thực tiễn nông thôn giữa những sinh viên y khoa từ nông thôn và thành thị để có được một dấu hiệu về sự hữu ích của quá trình lựa chọn của chúng tôi để đáp ứng yêu cầu về lực lượng lao động nông thôn. Nghiên cứu để sinh viên y khoa hoàn thành bài luận viết về cuộc đời và công việc của một bác sĩ y khoa nông thôn như một bài kiểm tra kỹ năng viết của họ. Sau khi hoàn thành nhiệm vụ và nhận phản hồi, sinh viên được mời nộp bài tập để phân tích. Phân tích khuôn mẫu sử dụng các chủ đề từ một nghiên cứu về đăng ký y tế nông thôn đã được sử dụng để phân tích 103 kịch bản. Từ phân tích các bài luận của sinh viên đã chứng minh sự hiểu biết cơ bản về một số thực tế của cuộc sống và thực hành nông thôn. Tuy nhiên, sự khác biệt đã được lưu ý trong quan điểm giữa các sinh viên gốc nông thôn và sinh viên gốc đô thị. Nghiên cứu cho thấy khởi đầu sinh viên y khoa từ các vùng nông thôn và thành thị khác nhau về nhận thức và hiểu biết về thực hành ở nông thôn. Kết quả này được khuyến

cáo các trường y khoa sử dụng các cuộc phỏng vấn trong quá trình lựa chọn của họ. Khả năng phù hợp của các ứng viên người nông thôn có thể bị bỏ qua vì mong muốn của người phỏng vấn tập trung về ngôn ngữ, trong khi những ứng viên đơn xin ở thành thị có thể đạt điểm cao hơn liên quan đến ngôn ngữ phức tạp khi phỏng vấn. Tập huấn cho người phỏng vấn nên giải quyết sự thiên vị này để tăng khả năng tuyển dụng sinh viên có nguồn gốc nông thôn để phục vụ nông thôn [82].

Nghiên cứu Đại học Y khoa và Nha khoa James Cook thuộc Đại học James Cook (JCU) nhằm xác định xem chính sách y tế của trường JCU ưu tiên lựa chọn sinh viên nông thôn và từ xa có liên quan đến các mô hình khác nhau về hoạt động đại học hay địa điểm thực tập tốt nghiệp. Nghiên cứu sử dụng dữ liệu của trường y cung cấp. Dữ liệu về nơi học sau đại học được thu thập từ liên lạc cá nhân qua email, điện thoại hoặc Facebook hoặc từ trang web Cơ quan Quản lý Điều hành Y tế Úc. Kết quả nghiên cứu cho thấy có một số khác biệt đáng kể đã được lưu ý giữa sinh viên nông thôn và sinh viên khu vực đô thị hoặc bên trong khu vực về thành tích học tập trong 3 năm đầu của khóa học và thời gian để hoàn thành khóa học. Tuy nhiên, nhóm học sinh nông thôn dường như chỉ làm tốt trong các kỳ thi trong những năm lâm sàng (từ năm thứ 4-6) và có nhiều khả năng làm việc ở vùng sâu, vùng xa. Những dữ liệu này cho thấy quá trình lựa chọn của JCU đối với người nộp đơn từ nông thôn không làm ảnh hưởng đến các tiêu chuẩn học vấn nhưng tạo ra cho những sinh viên tốt nghiệp có các mô hình thực hành phù hợp với sứ mệnh của nhà trường [83].

Nghiên cứu ở Canada và Úc làm nổi bật những điểm tương đồng và khám phá các yếu tố nhằm thu hút và giữ chân các bác sĩ gia đình ở các vùng không được phục vụ của Canada và Úc. Nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố liên quan đến từng giai đoạn cuộc đời của một bác sĩ gia đình tương quan với

quyết định hành nghề ở nông thôn. Các chương trình đào tạo phải được cấu trúc tốt hơn để thu hút những ứng viên có nhiều khả năng trở về làm việc ở nông thôn. Các nhà hoạch định chính sách nên lưu tâm đến những phát hiện này vì chương trình có thể giúp tiết kiệm tài chính [84].

Nghiên cứu tiên hành ở Odisha, một tiểu bang ở Ấn Độ, nơi đang phải đối mặt với sự thiếu hụt bác sĩ đặc biệt ở vùng nông thôn và vùng sâu vùng xa. Nghiên cứu này đã khảo sát kế hoạch nghề nghiệp trước mắt và lâu dài của sinh viên y khoa năm cuối, nơi họ dự kiến làm việc và lý do lựa chọn. Số liệu thu thập được từ 390 sinh viên năm cuối bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc. Kết quả cho thấy, trong số 390 sinh viên, mục tiêu nghề nghiệp trực tiếp được ưu tiên nhất là học sau đại học (45,9% sinh viên trong các trường y công lập và 54% ở trường tư). Khoảng 17% sinh viên trường công và 9% học sinh tư thực tỏ ra sẵn sàng làm việc lâu dài ở nông thôn. Gần 44,5% đã đề cập đến các cơ hội cho sự phát triển nghề nghiệp, tiếp theo là khả năng học tiếp sau đại học (26,8%). Tương tự, mức lương cao hơn, điều kiện làm việc tốt hơn là những yếu tố chính cho việc ưa thích khu vực tư nhân. Hầu hết các sinh viên đều cho rằng nhà ở tốt, mức lương cao hơn, và cơ sở vật chất phù hợp tại nơi làm việc sẽ thu hút được nhiều sinh viên hơn về nông thôn [85].

1.3.2 Thực trạng sử dụng bác sĩ ở Việt Nam

1.3.2.1 Vai trò của bác sĩ ở Việt nam

Các chỉ số sức khỏe của các vùng cho thấy, vùng DTIN và miền núi (Trung du và miền núi phía Bắc, Tây Nguyên) có các chỉ số y tế chưa tốt như tỷ suất chết trẻ dưới 1 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, tỷ lệ hiện mắc sốt rét, và tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích cao hơn các khu vực khác; trong khi đó, tỷ lệ khám thai đủ 3 lần và tỷ lệ đẻ có cán bộ y tế đỡ khá thấp hơn các vùng còn lại (Bảng 1.4). Điều này thể hiện nhu cầu chăm sóc y tế của các vùng này cần được tăng cường trong đó có bác sĩ.

Bảng 1.4 Một số chỉ số sức khỏe theo các vùng năm 2014

| Chỉ số | ĐB Sông Hồng | Trung du và MNPB | Bắc Trung bộ và DHMT | Tây Nguyên | Đông Nam Bộ | ĐB Sông Cửu Long |
|---------------------------|--------------|------------------|----------------------|------------|-------------|------------------|
| Tỷ suất sinh thô | 18,1 | 21,1 | 17,5 | 18,4 | 15,4 | 14,6 |
| Tổng tỷ suất sinh | 2,3 | 2,6 | 2,3 | 2,3 | 1,6 | 1,8 |
| Tỷ suất chết thô | 7,1 | 7,0 | 7,6 | 5,7 | 5,4 | 7,3 |
| Tỷ suất chết trẻ < 1 tuổi | 11,8 | 22,4 | 16,6 | 25,9 | 8,8 | 11,6 |
| SDD trẻ em | 10,2 | 19,8 | 17,0 | 22,6 | 8,4 | 13,0 |
| TL khám thai đủ 3 lần | 96,9 | 79,4 | 90,9 | 88,1 | 91,5 | 92,3 |
| TL đẻ có CBYT đỡ | 100,0 | 91,1 | 99,2 | 93,8 | 99,9 | 99,9 |
| TL hiện mắc sốt rét | 12,1 | 45,0 | 46,7 | 154,6 | 14,3 | 1,2 |
| TL tử vong do TNTT | 31,5 | 57,4 | 46,1 | 61,5 | 29,8 | 36,5 |

Nguồn: Niên giám thống kê y tế năm 2014 [56].

Bác sĩ giữ vai trò chủ lực trong khám chữa bệnh, giúp người bệnh ngăn ngừa bệnh từ sớm, chẩn đoán bệnh, đưa ra các phương pháp điều trị. Ngoài ra, bác sĩ cũng có nhiều vai trò khác tùy theo đặc điểm của văn hóa xã hội nơi bác sĩ làm việc và các nhiệm vụ do tổ chức phân công. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ đã quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ [86]. Quy định chi rõ bác sĩ có 7 nhiệm vụ, gồm: (1) Khám bệnh, chữa bệnh; (2) Thông tin, truyền thông, giáo dục sức khỏe; (3) Tư vấn cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh lựa chọn các dịch vụ y tế phù hợp; (4) Vận hành và sử dụng được thiết bị y tế phục vụ chẩn đoán, can thiệp điều trị, cấp cứu trong phạm vi được giao; (5) Tham gia giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần thuộc chuyên khoa hoặc lĩnh vực liên quan theo quy định của pháp luật; (6) Tham gia công tác chỉ đạo tuyến về chuyên

môn kỹ thuật, triển khai phòng chống dịch và bệnh xã hội khi được giao; tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở; và (7) Đào tạo và nghiên cứu khoa học về y học.

Đối với cộng đồng và chính quyền địa phương, bác sĩ về làm việc tại trạm y tế (trạm y tế) đã góp phần làm cho hoạt động của trạm y tế đã lấy lại được lòng tin, số người đến khám chữa bệnh tăng dần, tỷ lệ chuyển tuyến trên đã giảm nhiều. Ngoài ra, có bác sĩ làm việc tại xã giúp ngành y tế nâng cao uy tín đối với chính quyền địa phương.

Đối với công tác khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở, bác sĩ tham gia khám chữa bệnh cho người bệnh có thể Bảo hiểm y tế (BHYT) tại trạm y tế tạo thuận lợi cho người bệnh được chăm sóc gần nhà, không phải đi xa, tốn kém, chờ đợi lâu, góp phần chống quá tải tại các cơ sở y tế tuyến trên. Đồng thời rút kinh nghiệm để có thể tiếp nhận số người bệnh diện BHYT tham gia ngày càng đông trong thời gian tới. Công tác khám quản lý sức khỏe, các bệnh xã hội, mãn tính được thuận lợi cho cả người dân và cơ sở y tế vì không phải đưa người bệnh lên khám định kỳ tại tuyến trên nhất là các bệnh lao, tâm thần .

Đối với thực hiện các chương trình y tế quốc gia, khám chữa bệnh, bác sĩ còn đóng góp vai trò tích cực thực hiện các chương trình sức khỏe đang triển khai tại xã.

Đối với công tác truyền thông – giáo dục sức khỏe, bác sĩ tại xã giúp công tác này được thực hiện chủ động, thuận lợi và có hiệu quả hơn và không phải lệ thuộc hoàn toàn vào tuyến trên. Đối với nội bộ trạm y tế, ngoài việc giúp giải quyết các vấn đề chuyên môn khám, điều trị, người bác sĩ còn có thể trao đổi về chuyên môn nghiệp vụ với đồng nghiệp, tạo điều kiện cùng học tập, tự đào tạo để nâng cao trình độ cho anh chị em tại trạm ngoài việc dự các lớp tập trung.

Đã có nghiên cứu khảo sát vai trò và sự cần thiết của bác sĩ tại tuyến cơ sở. Nghiên cứu đã tiến hành khảo sát qua phiếu phỏng vấn 1099 bác sĩ đang công tác ở tuyến xã, 531 trạm trường y tế tại 10 tỉnh ở các vùng miền khác nhau, đồng thời tổ chức khảo sát thực địa ở 5 tỉnh qua 45 cuộc thảo luận nhóm với 297 người tham dự ở tuyến tỉnh, huyện và xã [87].

Kết quả nghiên cứu có thể khẳng định bác sĩ hoạt động ở tuyến xã là rất cần thiết. Qua điều tra theo phiếu 1.099 bác sĩ đang công tác tại tuyến xã thì 86,6% bác sĩ cho là cần thiết phải có bác sĩ làm việc tại tuyến xã, chỉ có 3,1% cho rằng không cần thiết; điều tra 567 trạm trường y tế xã thì 94,9% cho rằng bác sĩ rất cần và tương đối cần cho tuyến xã. Những lý do về sự cần thiết của bác sĩ hoạt động tại tuyến xã là: Bác sĩ là người được đào tạo 6 năm ở trường đại học, có trình độ khám chữa bệnh cao hơn các cán bộ y tế trung cấp, cao đẳng. Bác sĩ chẩn đoán bệnh chính xác hơn, chọn phác đồ điều trị đúng hơn, kê đơn thuốc chính xác hơn. Khi trạm y tế có bác sĩ, người dân thường tin tưởng vào chất lượng dịch vụ y tế và sử dụng trạm y tế nhiều hơn [87].

Đưa bác sĩ về tuyến xã công tác khám chữa bệnh là bước sang một giai đoạn phát triển mới rất quan trọng, đánh dấu một sự thay đổi cơ bản. Người dân trong cộng đồng được khám chữa bệnh với chất lượng cao hơn, được tạo điều kiện thuận lợi hơn. Người dân ở mọi địa phương đều vui mừng, tin cậy, yên tâm khi đến khám ở một trạm y tế có bác sĩ. Điều tra 1099 bác sĩ thì 91,10% các bác sĩ cho rằng việc bác sĩ khám chữa bệnh là hiệu quả và rất hiệu quả, khám chữa bệnh cho các đối tượng có thể BHYT thì 88,2% số bác sĩ trả lời phiếu hỏi cho rằng bác sĩ khám chữa bệnh ở tuyến xã là có hiệu quả và rất hiệu quả. Đặc biệt đối với người nghèo; 86,3% bác sĩ cho rằng bác sĩ tuyến xã đã khám chữa bệnh cho người nghèo rất hiệu quả và hiệu quả; 91,3% bác sĩ cho rằng nhân dân rất tin tưởng, hoặc tin tưởng ở bác sĩ. Số lượng người bệnh đến khám hàng ngày tăng lên, có nơi tăng ít, có nơi tăng nhiều và tăng nhiều chiếm

đại bộ phận. Theo số liệu điều tra qua các trạm trưởng y tế thì bình quân ở các trạm y tế có bác sĩ số lượt người khám chữa bệnh trung bình một năm trên 8.000 trong khi đó ở trạm y tế không có bác sĩ là trên 6.000 [87].

Khi có bác sĩ công tác tại tuyến xã một hiệu quả rất lớn là nhiều trường hợp cấp cứu chấn thương, nhiều trường hợp bệnh nặng khác đã được bác sĩ xử trí kịp thời, tránh được tử vong nhất là ở những xã xa bệnh viện, làm giảm những ca bệnh phải chuyển tuyến. Khảo sát ý kiến của các bác sĩ thì 85,7% cho rằng bác sĩ về xã đã giải quyết rất tốt và tốt giảm tải cho tuyến trên. Mặt khác, bác sĩ có tầm nhìn chiến lược về toàn bộ công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn xã, tạo điều kiện bồi dưỡng nâng cao trình độ nghiệp vụ cho đồng nghiệp [87].

Như vậy, tại tuyến cơ sở bác sĩ đóng vai trò rất quan trọng, họ vừa là người trực tiếp khám chữa bệnh, vừa là người giúp đào tạo thêm về tay nghề cho cán bộ y tế cơ sở, có uy tín chuyên môn cao giúp chính quyền địa phương tin tưởng và thu hút người bệnh đến trạm khám chữa bệnh.

Tuy nhiên vai trò của bác sĩ tại trạm y tế có được thực hiện tốt, góp phần nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế thật sự hay không còn tùy thuộc vào việc hỗ trợ về tinh thần, tạo điều kiện tốt về phương tiện, trang thiết bị và chế độ học tập nâng cao trình độ chuyên môn, cải thiện đời sống... để người bác sĩ có thể gắn bó lâu dài với trạm y tế.

Ngoài ra, tại các vùng DTIN, ngoài chuyên môn giỏi, bác sĩ cần biết tiếng dân tộc và hiểu được phong tục tập quán của địa phương để có thể giao tiếp được với người bệnh, với cộng đồng ở địa phương.

1.3.2.2 Nghiên cứu về thu hút và giữ chân bác sĩ ở vùng khó khăn

Chưa có nhiều nghiên cứu về thu hút và giữ chân cán bộ y tế ở Việt Nam. Tuy nhiên có một số số liệu có thể kể đến.

Niên giám thống kê y tế qua các năm cho thấy, mật độ bác sĩ theo dân số ở khu vực miền núi phía bắc, Tây Nguyên, và Đồng bằng Sông Cửu Long thấp hơn các khu vực Đồng bằng Sông Hồng và Đông Nam bộ.

Nguyễn Bạch Ngọc và cộng sự [88] nghiên cứu xác định các điều kiện cần thiết để thực hiện chủ trương đưa bác sĩ về xã và phát huy hiệu quả hoạt động của bác sĩ tuyến xã cho thấy 5 điều kiện cần thiết nhất để thực hiện chủ trương huy động bác sĩ làm việc ở trạm y tế là: đảm bảo điều kiện làm việc ở trạm y tế xã; chính sách, chế độ đồng bộ và phù hợp; có cơ sở pháp lý; có cơ hội phát triển chuyên môn; và có cơ hội thăng tiến chức vụ và địa vị xã hội, sự tôn vinh của xã hội.

Nghiên cứu của Trần Quốc Kham và Đinh Hồng Dương đánh giá kết quả đào tạo cử tuyển từ năm 2007 đến năm 2011 cho thấy, tại 34 tỉnh được phép cử tuyển đã cử đi đào tạo được 1.812 người, trong đó, đào tạo đại học (y và dược) 1.331 người. Có tỉnh chỉ cử đi đào tạo được một người và tỉnh cử được nhiều nhất là 294 người. Việc thực hiện chỉ tiêu cử tuyển với cấp học đại học chỉ đạt 91,3% so với chỉ tiêu được giao. Tiêu chuẩn đầu vào được đánh giá tương đối cao với bậc đại học, tuy nhiên, mức hỗ trợ tài chính được cho là tương đối thấp trong khi người DTIN còn nghèo nên không bù đắp phần còn thiếu cho con, em mình [89].

1.4 Tổng quan về chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ

1.4.1 Chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ ở một số nước

Nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới tổng hợp các giải pháp thu hút và giữ chân cán bộ y tế ở vùng khó khăn thành 3 nhóm: (1) các can thiệp về giáo dục và quy chế, (2) đãi ngộ bằng tiền, và (3) quản lý, môi trường làm việc và hỗ trợ xã hội [9]. Những ví dụ được mô tả trong bảng dưới đây.

Bảng 1.5 Các loại can thiệp được sử dụng để cải thiện việc duy trì các nhân viên y tế ở vùng sâu vùng xa và nông thôn

| Loại can thiệp | Giải pháp cụ thể |
|---|--|
| A. Các can thiệp về giáo dục và quy chế | • Tuyển chọn sinh viên từ nông thôn |
| | • Tuyển dụng và đào tạo ở nông thôn |
| | • Thay đổi, cải tiến chương trình đào tạo |
| | • Tiếp cận với nông thôn ngay từ đầu trong giáo dục đại học (đa dạng hóa các địa điểm đào tạo) |
| | • Các chương trình tiếp cận giáo dục vùng xa |
| | • Cộng đồng tham gia lựa chọn sinh viên |
| | • Yêu cầu dịch vụ bắt buộc (kế hoạch vay vốn) |
| | • Cấp phép có điều kiện (giấy phép hành nghề ở vùng nông thôn dành cho bác sĩ nước ngoài) |
| | • Các chương trình hoàn trả vốn vay (trả học phí bằng làm việc ở nông thôn từ 4-6 năm) |
| | • Đào tạo nhiều loại hình nhân viên y tế khác nhau (cán bộ cấp trung, thay thế, chuyển nhiệm vụ) |
| • Công nhận văn bằng nước ngoài | |
| B. Đãi ngộ bằng tiền (thù lao tài chính trực tiếp và gián tiếp) | • Trả lương cao hơn cho bác sĩ hành nghề ở nông thôn |
| | • Phụ cấp nông thôn, bao gồm gói tổng thể |
| | • Trả lương theo năng suất lao động |
| | • Các phương thức tính thù lao khác nhau (phí dịch vụ, trả chọn gói.) |
| | • Cho vay (mua nhà ở, xe cộ) |

| Loại can thiệp | Giải pháp cụ thể |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tài trợ cho giáo dục gia đình |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Các khoản lợi tức khác ngoài lương |
| C. Quản lý, môi trường làm việc và hỗ trợ xã hội | <ul style="list-style-type: none"> • Cải thiện tổng thể cơ sở hạ tầng nông thôn (nhà ở, đường xá, điện thoại, cấp nước, truyền thông vô tuyến v.v...) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cải thiện điều kiện sống và làm việc, bao gồm cơ điều kiện học tập cho trẻ em và việc làm cho vợ hoặc chồng, đảm bảo cung cấp đầy đủ các công nghệ và thuốc |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Giám sát hỗ trợ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hỗ trợ phát triển nghề nghiệp liên tục, lộ trình nghề nghiệp |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Khen thưởng, các phong trào quần chúng và sự công nhận xã hội |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Cơ hội hợp đồng làm việc bán thời gian linh hoạt |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Các biện pháp giảm cảm giác cô lập của nhân viên y tế (mạng lưới chuyên môn/chuyên khoa, liên lạc từ xa thông qua telemedicine và telehealth) |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tăng cơ hội tuyển dụng vào làm viên chức nhà nước |

Nguồn: World Health Organization [9].

Từ năm 2010, Chính phủ Trung Quốc đã có kế hoạch và cung cấp tài chính để đào tạo cán bộ y tế cho nông thôn. Các nội dung chính của kế hoạch là: giao các cơ sở giáo dục chỉ tiêu tuyển sinh viên y khoa từ nông thôn, hỗ trợ tài chính cho sinh viên trong 3 năm và sinh viên tốt nghiệp phải làm việc tại các cơ sở y tế nông thôn 6 năm. [6].

Năm 2012, Bộ Giáo dục và Bộ Y tế công cộng Trung Quốc đã thực hiện một chương trình giao cho một số trường đại học và cao đẳng y tế đã được lựa chọn tiến hành thí điểm cải cách đào tạo cán bộ y tế cho nông thôn. Chương trình này áp dụng mô hình đào tạo y khoa 3 năm và đào tạo sau đại học 2 năm, được đề xuất để được sử dụng cho mục đích này. Các khoá học sẽ được sửa đổi để sinh viên được trang bị kiến thức và kỹ năng để cung cấp 6 loại dịch vụ y tế ở nông thôn, đó là phòng ngừa, chăm sóc, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng và quản lý sức khoẻ [90].

Thái Lan áp dụng chính sách lao động nghĩa vụ có thời hạn đối với bác sĩ mới tốt nghiệp trong thời gian 3 năm. Chính sách này đã giúp cho vùng nông thôn được tăng cường nhiều bác sĩ [91].

Úc và nhiều nước phát triển khác có những chính sách thu hút và lao động nghĩa vụ đối với bác sĩ ở vùng khó khăn. Chính sách tuyển chọn bác sĩ là người địa phương, sắc tộc thiểu số, cấp chứng chỉ hành nghề hạn chế theo khu vực cho đối tượng đào tạo cho vùng khó khăn và vùng thổ dân Úc đã giúp cho những khu vực này có bác sĩ làm việc [82, 92, 93].

1.4.2 Chính sách đào tạo và sử dụng bác sĩ ở Việt Nam

Chủ trương đưa bác sĩ về tuyến xã được Đảng và Chính phủ chỉ đạo gắn với việc xây dựng hệ thống y tế cơ sở và đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân ở cộng đồng [94, 95].

Chính phủ ban hành chính sách đào tạo cử tuyển trong đó có nhân lực y tế cho vùng khó khăn và DTIN [15]. Một số địa phương có chính sách đào tạo theo địa chỉ sử dụng bằng cách phối hợp với các cơ sở đào tạo trung vùng thông qua tuyển chọn để giải quyết khó khăn do thiếu bác sĩ [18, 19].

Đối tượng được cử tuyển theo Nghị định 134/2006/NĐ-CP là người DTIN hoặc người Kinh sống ở vùng DTIN trên 5 năm và có học lực khá. Số

lượng người Kinh không quá 15% tổng số đối tượng cử tuyển. Đối tượng cử tuyển do chính quyền các tỉnh đề xuất. Đối tượng này không phải tham dự kỳ thi đại học quốc gia, tuy nhiên sẽ phải học dự bị đại học một năm. Nghị định cũng quy định dành sẵn chỉ tiêu đào tạo cho đối tượng này. Sau khi tốt nghiệp, các bác sĩ thuộc diện cử tuyển sẽ được chính quyền địa phương tiếp nhận và phân công công tác tại địa phương. Nếu không hoàn thành chương trình học, bị đuổi học, tự ý dừng học, hoặc không tuân thủ theo phân công công tác của địa phương sẽ phải nộp phạt theo quy định.

Chính phủ đã tiến hành phê duyệt Đề án 1544/QĐ-TTg, từ năm 2007-2018, sẽ đào tạo 11.760 cán bộ y tế, trong đó có 2.520 bác sĩ với 06 khóa (miền Bắc 840, miền Trung 840, Đồng Bằng Sông Cửu Long 840, Tây Nguyên 600). Theo đề án, Bộ Y tế được giao xác định chỉ tiêu đào tạo hàng năm, lựa chọn cơ sở đào tạo thích hợp, lập kế hoạch ngân sách, thực hiện giám sát và tổng hợp kết quả báo cáo hàng năm. Ủy ban Nhân dân các tỉnh tổng hợp nhu cầu đào tạo, xây dựng kế hoạch đào tạo, đề xuất chỉ tiêu hàng năm, phối hợp quản lý người học và tiếp nhận bố trí sử dụng và quản lý cán bộ sau khi tốt nghiệp [17].

Một số dự án do Bộ Y tế quản lý đã hỗ trợ đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm (bác sĩ 4 năm) như: Dự án hỗ trợ Y tế các tỉnh miền núi phía Bắc, Dự án Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo các tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, Dự án Hỗ trợ y tế các tỉnh Bắc Trung Bộ, Dự án hỗ trợ Y tế vùng Đồng bằng sông Cửu Long. Các dự án này phần nào giúp các tỉnh tăng số lượng về bác sĩ.

Bộ Y tế đang triển khai “dự án bác sĩ trẻ tình nguyện”. Dự án được triển khai thực hiện tại vùng sâu, vùng xa, vùng biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế – xã hội khó khăn, ưu tiên 62 huyện nghèo. Thời gian tình nguyện là 03

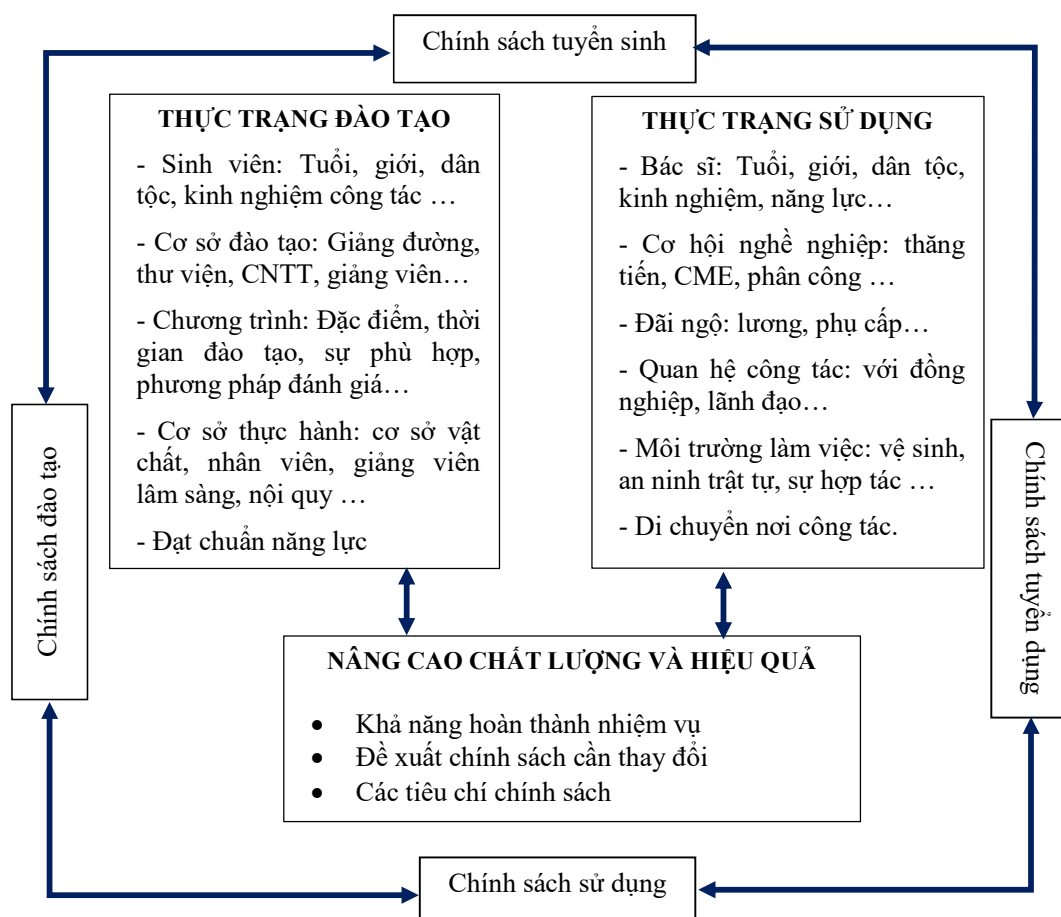
năm, tính từ thời gian trực tiếp làm việc tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế tuyến huyện. Riêng đối với bác sĩ trẻ là nữ, thời gian tối thiểu là 02 năm [96].

Nghị định 64/2009/NĐ-CP quy định về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn và Thông tư liên tịch số 06/2010/TTLT-BYT-BNV-BTC ngày 22/3/2010 của liên Bộ Y tế, Nội vụ, Tài chính hướng dẫn thực hiện Nghị định số 64/2009/NĐ-CP. Đối với phụ cấp ưu đãi: Cán bộ, viên chức y tế, cán bộ quân y đang công tác tại các cơ sở y tế thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn được hưởng phụ cấp ưu đãi mức 70% mức lương theo ngạch, bậc hiện hưởng cộng với phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên vượt khung. Thời gian cán bộ, viên chức y tế, cán bộ quân y được hưởng phụ cấp thu hút không quá 5 năm [97, 98].

Đề án 1816 của Bộ Y tế để chuyển giao kỹ thuật từ các tuyến trên về tuyến dưới (được ban hành tại Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”). Các chuyên gia y tế trình độ cao, đặc biệt là tuyến trung ương, xuống làm việc hỗ trợ, đào tạo cán bộ tuyến dưới, thường là bệnh viện tỉnh, huyện vùng khó khăn. Sự hỗ trợ này giúp cán bộ tuyến dưới có thêm năng lực chuyên môn và tạo nên một mạng lưới chuyên môn hỗ trợ khi cần thiết [99].

1.5 Mô hình lý thuyết của nghiên cứu

Trên cơ sở tổng quan nghiên cứu được trình bày ở trên, để nghiên cứu về thực trạng đào tạo và sử dụng nhân lực bác sĩ đa khoa 4 năm và đề xuất các tiêu chí chính sách theo mục tiêu nghiên cứu, các chỉ số nghiên cứu được hệ thống theo mô hình dưới đây được sử dụng để xây dựng công cụ nghiên cứu.



Hình 1.1 Mô hình lý thuyết của nghiên cứu

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập thông tin từ các đối tượng sau:

Sinh viên học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm đang tập trung tại trường nhận bằng tốt nghiệp năm 2016 (gọi tắt là “sinh viên sắp tốt nghiệp”). Tiêu chuẩn loại trừ là các sinh viên sắp tốt nghiệp thuộc các ngành học khác hoặc theo học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm nhưng không nhận bằng tốt nghiệp năm 2016.

Bác sĩ đã học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ năm 2006-2015 và đang làm việc tại các cơ sở y tế. Tiêu chuẩn loại trừ là các bác sĩ không phải đã học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm hoặc tốt nghiệp ngoài khoảng thời gian trên hoặc không làm việc ở các cơ sở y tế.

Cán bộ quản lý cơ quan y tế cấp tỉnh và huyện;

Cán bộ quản lý và giảng viên của các trường đại học y đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm;

Số liệu tổng hợp của các Sở Y tế về số lượng và một số chỉ số liên quan về bác sĩ đa khoa 4 năm đang công tác trên địa bàn tỉnh.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1 Thời gian nghiên cứu

Thu thập thông tin thực địa được tiến hành trong năm 2016. Đặc biệt, đối với sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm mới tốt nghiệp, thông tin được thu thập tại các trường vào thời điểm các sinh viên này về trường nhận bằng tốt nghiệp, trong khoảng tháng 8-10 năm 2016 tùy theo từng cơ sở đào tạo.

2.2.2 Địa điểm nghiên cứu

Năm cơ sở đang đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm và 6 tỉnh được lựa chọn trong nghiên cứu được trình bày chi tiết trong phần chọn mẫu.

2.2.3 Khái quát địa bàn nghiên cứu

2.2.3.1 Khái quát về các trường/khoa y dược tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 5 trường/khoa y dược bao gồm: Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Trường Đại học Y Dược Huế, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Khoa Y Dược – Đại học Tây Nguyên.

Trong 5 trường này, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Trường Đại học Y Dược Thái Bình là 2 trường có bề dày kinh nghiệm trong đào tạo bác sĩ liên thông, đã tham gia đào tạo bác sĩ liên thông từ thập kỷ 70 của thế kỷ 20. Bác sĩ liên thông đang công tác tại những vùng khó khăn, các tỉnh miền núi phía bắc chủ yếu tốt nghiệp ở 02 trường đại học này.

Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Y Dược – Đại học Tây Nguyên là hai cơ sở nằm tại 2 trung tâm kinh tế xã hội của miền Trung và Tây Nguyên, chuyên đào tạo nhân lực y tế chất lượng cao. Ngoài ra, các trường cũng đào tạo nhiều bác sĩ liên thông phục vụ cho những địa bàn khó khăn trong khu vực.

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ hình thành và phát triển từ Khoa Y Dược thuộc Đại học Cần Thơ. Trường đã tham gia đào tạo bác sĩ liên thông từ năm 1984. Trường đào tạo nhân lực y tế cho vùng Đồng Bằng sông Cửu Long trong những năm qua.

Hiện nay, cả 05 trường đại học tham gia nghiên cứu đều có nhiều năm đào tạo bác sĩ, đặc biệt có nhiều bác sĩ liên thông tốt nghiệp đang công tác trong ngành y tế.

2.2.3.2 *Khái quát về các tỉnh tham gia nghiên cứu*

Các tỉnh tham gia nghiên cứu gồm: Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Bình, Thanh Hóa, Sóc Trăng, Đắk Lắk.

Trong đó, tỉnh Tuyên Quang và Điện Biên là 02 tỉnh miền núi phía Bắc có bác sĩ liên thông chủ yếu học tập tại trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và trường Đại học Y Dược Thái Bình. Hiện tỉnh Tuyên Quang có gần 250 bác sĩ liên thông, tỉnh Điện Biên có khoảng hơn 300 bác sĩ liên thông. Các bác sĩ liên thông đã giúp bù đắp sự thiếu hụt nhân lực chăm sóc sức khỏe cho nhân dân vùng khó khăn tại 02 tỉnh này.

Thanh Hóa là tỉnh chuyển tiếp giữa miền Bắc và miền Trung Việt Nam trên nhiều phương diện. Tỉnh luôn thiếu bác sĩ trong những năm gần đây. Số bác sĩ liên thông tại tỉnh hiện nay khoảng 1.400 bác sĩ, đây là tỉnh có nhiều bác sĩ liên thông nhất trên cả nước.

Tỉnh Quảng Bình nằm ở Bắc Trung Bộ nước ta, giai đoạn 2010-2013 ngành y tế Quảng Bình thiếu nhân lực cả về số lượng và chất lượng. Trong khoảng thời gian này thì việc thu hút cán bộ y tế/chủ yếu là các bác sĩ gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là bác sĩ công tác tại các khu vực có điều kiện kinh tế xã hội kém phát triển hơn. Vì vậy mà tỉnh đã có chủ trương đầu tư cho các cán bộ y tế có trình độ trung cấp muốn nâng cao trình độ chuyên môn có điều kiện được đi học chuyên tu lên thành Bác sĩ, thời gian học trước đây là 3 năm, giờ thành 4 năm. Theo thống kê hiện đã có 656 y sĩ đã và đang được đào tạo theo hình thức liên thông.

Sóc Trăng là một tỉnh ven biển thuộc đồng bằng sông Cửu Long, ngành Y tế tỉnh đã hình thành và duy trì đều khắp mạng lưới y tế từ tỉnh đến cơ sở, với 13 đơn vị y tế tuyến tỉnh, 20 đơn vị y tế tuyến huyện, 9 phòng y tế trực thuộc Ủy ban nhân dân (UBND) huyện, 11 trung tâm dân số - kế hoạch hóa gia đình.

Trong khi đó, ngành Y tế Sóc Trăng lại gặp rất nhiều khó khăn do thiếu cán bộ chuyên môn, nhất là đội ngũ bác sĩ. Hiện tổng số bác sĩ liên thông tại tỉnh là 376 người. Các bác sĩ liên thông chủ yếu tập trung ở tuyến huyện.

Trên địa bàn tỉnh Đắc Lắc có 37 cơ sở y tế do Sở Y tế quản lý, bao gồm: 10 cơ sở y tế tuyến tỉnh và 27 cơ sở y tế tuyến huyện. Hiện nay, toàn ngành y tế tỉnh có gần 6.000 cán bộ, nhân viên, trong đó có trình độ chuyên môn sau đại học và đại học là 1.573 người.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính. Phương pháp định lượng thu thập thông tin từ các sinh viên bác sĩ liên thông sắp tốt nghiệp, bác sĩ liên thông tốt nghiệp trong vòng 10 năm tính đến thời điểm nghiên cứu và các cán bộ quản lý hệ thống y tế địa phương và cán bộ quản lý đào tạo tại các trường y. Phương pháp định tính thu thập thông tin qua các cuộc thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu cán bộ quản lý hệ thống y tế và quản lý các cơ sở đào tạo và phương pháp chuyên gia thảo luận với các chuyên gia có kinh nghiệm và hiểu biết về đào tạo và sử dụng bác sĩ liên thông.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1 Nghiên cứu định lượng

2.4.1.1 Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy của ước lượng là 95%.

- p là giá trị ước tính chung tỷ lệ cần tìm. Do chưa có nghiên cứu cung cấp thông tin cụ thể cho từng chỉ số nghiên cứu nên chọn $p=0,5$ để có cỡ mẫu ước tính tối thiểu lớn nhất.

- e : là độ chính xác tương đối. Với từng đối tượng nghiên cứu khác nhau và bộ câu hỏi định lượng khác nhau, giá trị e được lựa chọn khác nhau và cỡ mẫu tính được cho từng đối tượng.

+ Sinh viên sắp tốt nghiệp: lấy $e=0,05$, cỡ mẫu 384, lấy 400

+ Bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm việc: lấy $e=0,05$, cỡ mẫu 384, lấy 400

+ Cán bộ quản lý y tế và đào tạo: lấy $e=0,1$, cỡ mẫu 96, lấy 100.

2.4.1.2 Phương pháp chọn mẫu

- Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm sắp tốt nghiệp, chọn mẫu hai giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: chọn chủ định 5 trường trường đào tạo liên thông theo các vùng kinh tế xã hội. Các trường đại học y dược được chọn là: Thái Nguyên, Thái Bình, Huế, Tây Nguyên và Cần Thơ.

+ Giai đoạn 2: Phân bổ cỡ mẫu cho các trường theo tỷ lệ sinh viên sắp tốt nghiệp do các trường tổng hợp. Chọn ngẫu nhiên đủ số sinh viên theo cỡ mẫu được tính cho mỗi trường.

- Bác sĩ đa khoa 4 năm đang công tác, chọn mẫu hai giai đoạn

+ Giai đoạn 1: Chọn chủ định 5 tỉnh hiện có số lượng bác sĩ đa khoa 4 năm được đào tạo nhiều nhất theo số liệu của các trường được chọn cung cấp và tỉnh Thanh Hoá có số lượng bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ nhiều trường và có số lượng đông. Các tỉnh được chọn là: Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Bình, Đắk Lắk, Sóc Trăng, và Thanh Hóa.

+ Giai đoạn 2: Chọn chủ định các bác sĩ theo cỡ mẫu chia đều cho mỗi tỉnh (mỗi tỉnh chọn khoảng 66 bác sĩ), tương quan với số bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm việc ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện và xã.

- Cán bộ quản lý y tế và quản lý đào tạo

Chọn chủ định các đối tượng quản lý có liên quan đến đào tạo và tuyển chọn, quản lý và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm tại các trường và các tỉnh được chọn trong nghiên cứu. Tổng số 100 cán bộ được chọn bao gồm: Lãnh đạo Sở Y tế và Phòng Tổ chức cán bộ Sở Y tế, Giám đốc bệnh viện và trung tâm y tế tuyến huyện và tỉnh, trạm trưởng y tế xã; Hiệu trưởng, Phó Hiệu trưởng, Trưởng phòng Đào tạo, Chủ nhiệm hoặc Phó Chủ nhiệm bộ môn Nội, Ngoại, Sản, và Nhi của trường - đây là các các bộ môn mà sinh viên có thời gian học tập và thực hành nhiều hơn các bộ môn khác và được coi là những môn chính trong chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm.

2.4.2 Nghiên cứu định tính

- Phương pháp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm: Chọn chủ định các cán bộ quản lý cơ sở y tế và cơ sở đào tạo có liên quan, hiểu biết về đào tạo và quản lý bác sĩ đa khoa 4 năm tại các trường và địa phương. Đối tượng và số lượng được chọn được trình bày trong Bảng 2.1.

- Phương pháp chuyên gia: 5 chuyên gia được mời tham gia thảo luận với nhóm nghiên cứu. Các chuyên gia được chọn với tiêu chí là người có kinh nghiệm về quản lý, nghiên cứu về chính sách phát triển nhân lực y tế trong nước và người có kinh nghiệm về quản lý và tổ chức thực hiện chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm. Các chuyên gia được xin ý kiến để xây dựng các tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm.

Bảng 2.1 Cỡ mẫu nghiên cứu định tính

| Đối tượng nghiên cứu | Số người | Số cơ sở | Cỡ mẫu |
|---|-----------------|-----------------|---------------|
| Lãnh đạo Sở Y tế (6 SYT) | 1 | 6 | 6 |
| Trưởng phòng Tổ chức cán bộ, Sở Y tế (6 SYT) | 1 | 6 | 6 |
| Phó Hiệu trưởng phụ trách đào tạo (5 trường) | 1 | 5 | 5 |
| Trưởng/phó phòng đào tạo đại học (5 trường) | 1 | 5 | 5 |
| Lãnh đạo 4 bộ môn nội, ngoại, sản, nhi (5 trường) | 4 | 5 | 20 |
| Lãnh đạo bệnh viện tỉnh và huyện (6 tỉnh và 12 huyện) | 1 | 18 | 18 |
| Lãnh đạo TTYTDP tỉnh và huyện (6 tỉnh và 12 huyện) | 1 | 18 | 18 |
| Tổng số | | | 78 |

2.5 Các chỉ số nghiên cứu

Với mục tiêu 1, các chỉ số tuổi, giới, dân tộc của sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm; ý kiến về các học phần trong chương trình đào tạo, cơ sở đào tạo, cơ sở thực hành, đánh giá về giảng dạy thực hành...

Với mục tiêu 2, các chỉ số phân bố bác sĩ 4 năm theo lĩnh vực chuyên môn, chức vụ công tác, tuyến công tác; đánh giá về cơ hội phát triển nghề nghiệp, chế độ đãi ngộ tài chính, quan hệ trong công tác, môi trường làm việc, mong đợi trong hoạt động chuyên môn, tỷ lệ di chuyển sau tốt nghiệp

Với mục tiêu 3, các ý kiến về khả năng hoàn thành thành nhiệm vụ của bác sĩ, các ý kiến về giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo, các tiêu chí chính sách do chuyên gia xây dựng về tuyển chọn, đào tạo, sử dụng bác sĩ 4 năm.

2.6 Phương pháp thu thập thông tin

2.6.1 Thu thập thông tin định lượng

- Sử dụng biểu mẫu thu thập thông tin về bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm việc tại 6 tỉnh.

- Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn tự điền nhằm thu thập thông tin trên:

+ 400 đối tượng là sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm đang học tại 5 trường đại học y được chọn tập trung tại các trường trong khi chuẩn bị lễ tốt nghiệp, được phát bộ câu hỏi và hướng dẫn điền tại chỗ.

+ 400 đối tượng là bác sĩ đa khoa 4 năm đã ra trường đang công tác tại các cơ sở y tế công lập trên 6 tỉnh được chọn trong nghiên cứu tập trung tại đơn vị công tác và được các nghiên cứu viên phát bộ câu hỏi và hướng dẫn điền thông tin tại chỗ.

+ 100 cán bộ quản lý cơ quan y tế và cơ sở đào tạo được hỏi ý kiến về tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm bằng bộ câu hỏi tự điền và gửi lại qua đường công văn cho từng cá nhân.

2.6.2 Thu thập thông tin định tính

Phương pháp phỏng vấn sâu áp dụng cho các đối tượng là lãnh đạo nhà trường, lãnh đạo các bệnh viện viện và trung tâm y tế dự phòng của tỉnh, huyện trên địa bàn nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu đã thực hiện 78 cuộc phỏng vấn sâu với các cán bộ quản lý cơ quan y tế và cơ sở đào tạo.

Phương pháp chuyên gia: nhóm nghiên cứu thảo luận với 5 chuyên gia có kinh nghiệm về quản lý, đào tạo bác sĩ đa khoa chương trình 4 năm để xây dựng các tiêu chí chính sách dành cho bác sĩ đa khoa 4 năm và sau đó tiếp tục xin ý kiến của các nhà quản lý.

2.6.3 Lựa chọn và tập huấn điều tra viên

Các nghiên cứu viên của Viện Chiến lược và Chính sách y tế được lựa chọn và được phân công thu thập thông tin từ các đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2.2 Bảng tổng hợp phương pháp nghiên cứu

| Mục tiêu | Địa bàn nghiên cứu | Đối tượng | Phương pháp chọn mẫu | Các chỉ số nghiên cứu | PP thu thập thông tin |
|---|--|--|---|---|------------------------------|
| Mô tả thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa chương trình 4 năm tại một số trường đại học y dược năm 2016; | Các trường đại học y dược | - Lãnh đạo trường - Trưởng phòng đào tạo - Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm sắp tốt nghiệp | - Chọn 5 trường đại học y: Thái Nguyên, Thái Bình, Cần Thơ, Huế, Tây Nguyên - Chọn ngẫu nhiên sinh viên sắp tốt nghiệp theo cỡ mẫu phân chia tỷ lệ theo số sinh viên năm cuối mỗi trường | - Tuổi, giới, dân tộc, thời gian công tác... - Ý kiến về chương trình đào tạo, cơ sở vật chất nhà trường; cơ sở vật chất, nhân viên, quy định của cơ sở thực hành; chính sách hỗ trợ sinh viên - Mức độ đạt các tiêu chí chuẩn năng lực - Tỷ lệ đạt chuẩn năng lực | - Bảng hỏi - PVS |
| Mô tả thực trạng sử dụng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm | Các cơ quan, đơn vị thuộc các tỉnh được lựa chọn (Sở Y | - Số liệu báo cáo của tỉnh - Bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm | - 6 tỉnh: Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Bình, Sóc Trăng, Đắk Lắk, Thanh Hóa. - Mỗi tỉnh chọn 2 huyện. | - Tuổi, giới, dân tộc, thời gian công tác... - Ý kiến về cơ hội nghề nghiệp, môi trường làm | - Bảng hỏi - PVS |

| Mục tiêu | Địa bàn nghiên cứu | Đối tượng | Phương pháp chọn mẫu | Các chỉ số nghiên cứu | PP thu thập thông tin |
|---|---|--|---|---|------------------------------|
| tại một số địa phương năm 2016; | tế, bệnh viện và các trung tâm y tế tuyến tỉnh và huyện) | việc - Lãnh đạo cơ sở y tế | - Cỡ mẫu chia đều các tỉnh - Chọn chủ định số đối tượng nghiên cứu trong mỗi đơn vị | việc, đãi ngộ về tài chính, quan hệ đồng nghiệp và lãnh đạo... - Tỷ lệ chuyển công tác | |
| Đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ và đề xuất giải pháp cải thiện chất lượng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm. | - Các cơ quan y tế tỉnh và huyện - Các trường đại học y dược | - Lãnh đạo Sở Y tế và các cơ sở y tế tỉnh và huyện - Lãnh đạo trường, phòng ban và bộ môn | - Chọn 6 tỉnh (như trên) - Chọn 5 trường đại học y dược (như trên) - Chọn chủ định các lãnh đạo cơ quan, phòng ban và bộ môn có liên quan | - Các tiêu chí tự đánh giá khả năng hoàn thành nhiệm vụ - Các ý kiến đề xuất chính sách - Các tiêu chí dự kiến đề xuất về tuyển dụng, đào tạo, sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm | Bảng hỏi Chuyên gia |

Các nghiên cứu viên thu thập thông tin được tập huấn về sử dụng bộ công cụ nghiên cứu, đóng vai phỏng vấn sâu và giải đáp các vấn đề trong bộ câu hỏi. Ngoài ra, trong quá trình phát triển bộ công cụ và xây dựng kế hoạch đi thực địa, các nghiên cứu viên tham gia thảo luận và cùng góp ý hoàn thiện công cụ và kế hoạch hoạt động thực địa.

2.7 Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu của các tỉnh cung cấp được tổng hợp và phân tích trong bảng tính Excel.

Thông tin thu thập bằng Bộ câu hỏi được làm sạch, loại bỏ các giá trị ngoại lai (outlier), mã hoá và nhập vào máy tính dùng phần mềm Epidata. Toàn bộ số liệu định lượng được phân tích bằng phần mềm Stata 10.0.

Về xử lý số liệu sử dụng thang Likert, đối với bộ câu hỏi dựa trên tiêu chí chuẩn năng lực, người trả lời được lựa chọn từ 1 đến 5 mức với mức 1 là thấp nhất và mức 5 là cao nhất. Người được coi là tự đánh giá “đạt” tiêu chí về năng lực khi mức lựa chọn là 4 hoặc 5. Đánh giá được coi là “đạt” một tiêu chuẩn nào đó của chuẩn năng lực (gồm 20 tiêu chuẩn) khi tất cả các tiêu chí của tiêu chuẩn đó đều được đánh giá “đạt”. Đánh giá được coi là “đạt” một lĩnh vực nào đó (có 4 lĩnh vực) khi tất cả các tiêu chuẩn thuộc lĩnh vực đó đều được đánh giá “đạt”. Và cuối cùng, một người được coi là “đạt” chuẩn năng lực khi tất cả các lĩnh vực, đồng nghĩa với tất cả các tiêu chuẩn hay các tiêu chí đều được đánh giá “đạt” (ứng với điểm trong thang đo Likert cho tiêu chí đó là 4 hoặc 5).

Cũng vẫn với thang đo Likert 5 mức *1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý* thì những câu trả lời ở bước 4 và 5 thì được đánh giá là “đồng ý”. Với các câu trả lời lựa chọn còn lại từ bước 1 đến bước 3 được coi là “không đồng ý”.

Tương tự như vậy với những câu hỏi có 5 mức: *1-rất vô ích, 2-vô ích, 3-bình thường, 4-hữu ích, 5-rất hữu ích*, với những câu trả lời là 4 và 5 thì được coi là “hữu ích” và các lựa chọn trả lời còn lại là “không hữu ích”

Với thang đo 5 mức là: *1-rất yếu, 2- yếu, 3-vừa, 4-tốt, 5-rất tốt*, các câu trả lời ứng với mức 4 hoặc 5 được phân loại là “tốt”, các lựa chọn từ 1 đến 3 được phân loại là “chưa tốt”.

Số liệu được phân tích bằng các kỹ thuật so sánh các nhóm và mô hình hồi quy logistic với các biến phụ thuộc là loại nhị phân.

2.8 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ mục tiêu và nội dung nghiên cứu và có quyền từ chối và có sự đồng ý trước khi thu thập thông tin.

Thông tin cá nhân, các ý kiến khi thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

2.9 Hạn chế của nghiên cứu và cách khắc phục

2.9.1 Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên phạm vi rộng và thiếu thông tin sẵn có cần thiết nên nhóm nghiên cứu không xây dựng được khung mẫu toàn bộ các đối tượng nghiên cứu. Do vậy, cách chọn mẫu hiện tại chưa đảm bảo tính đại diện cao nhất.

Phản khảo sát ý kiến của lãnh đạo trường, bệnh viện thực hành và giảng viên lâm sàng được chọn chủ đích, cỡ mẫu nhỏ chưa đảm bảo tính đại diện.

Khả năng nhớ lại của đối tượng nghiên cứu và ảnh hưởng của các công việc khác đang làm nên đối tượng nghiên cứu có thể điền phiếu không chính xác với thông tin thực tế.

2.9.2 Cách khắc phục hạn chế

Các điều tra viên được chọn là những người có kinh nghiệm trong nghiên cứu chính sách, có kỹ năng phỏng vấn có thể khai thác tốt thông tin.

Trước khi phỏng vấn sinh viên giải thích rõ lý do và mục đích nghiên cứu, cũng như xin phép các thầy/cô để đối tượng nghiên cứu là sinh viên có thời gian bình tĩnh điền phiếu.

Lựa chọn thời gian thích hợp để đối tượng nghiên cứu có đủ thời gian và giảm thiểu tác động đến độ chính xác khi cung cấp thông tin hoặc thảo luận về các chủ đề nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm tại các trường đại học y dược

3.1.1 Phân bố sinh viên tuổi, giới, dân tộc và cơ sở đào tạo

Bảng 3.1 Phân bố sinh viên bác sĩ 4 năm theo nhóm tuổi, giới, dân tộc và cơ sở đào tạo

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|----------|-----------|
| Giới | | |
| Nam | 206 | 51,50 |
| Nữ | 194 | 48,50 |
| Tổng | 400 | 100,00 |
| Tuổi | | |
| 25-29 | 76 | 19,00 |
| 30-34 | 180 | 45,00 |
| 35-39 | 91 | 22,75 |
| 40+ | 53 | 13,25 |
| Tổng | 400 | 100,00 |
| Dân tộc | | |
| Kinh | 340 | 85,00 |
| DTIN | 60 | 15,00 |
| Tổng số | 400 | 100,00 |
| Cơ sở đào tạo | | |
| Trường miền núi | 202 | 50,50 |
| Trường đồng bằng | 198 | 49,50 |
| Tổng số | 400 | 100,00 |

Quá trình khảo sát thực địa, nghiên cứu thu được 400 phiếu từ sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm sắp tốt nghiệp. Bảng 3.1 mô tả phân bố sinh viên bác sĩ 4 năm sắp tốt nghiệp theo nhóm tuổi (ở thời điểm phỏng vấn), giới, dân tộc và cơ sở đào tạo của 400 sinh viên trả lời.

Về tuổi, nhóm có tỷ lệ cao nhất là 30-34 với 45,00%; nhóm có tỷ lệ thấp nhất là trên 40 tuổi với 13,25%.

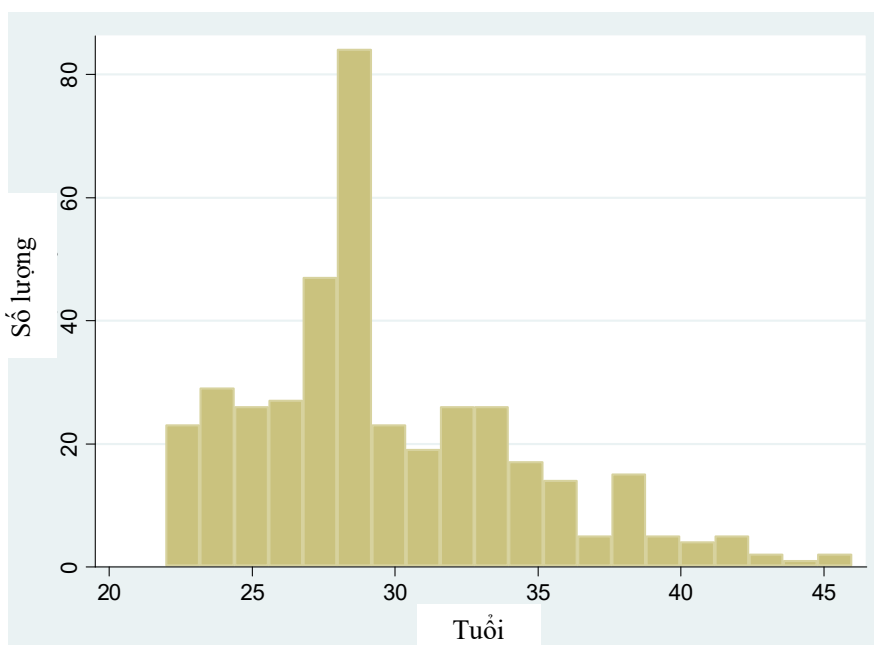
Về giới, nam chiếm 51,5% và nữ chiếm 48,5%.

Về dân tộc, sinh viên người dân tộc Kinh chiếm 85,00% và sinh viên người DTIN chiếm 15,00% tổng số đối tượng nghiên cứu.

Về loại cơ sở đào tạo, có 50,50% sinh viên học các trường miền núi (Trường Đại học y dược Thái Nguyên và Trường Đại học Tây Nguyên); 49% sinh viên học các trường đồng bằng (Trường Đại học y dược Thái Bình, Trường Đại học y dược Huế và Trường Đại học y dược Cần Thơ).

Bảng 3.2 Độ tuổi và thời gian công tác tính đến lúc nhập học

| Chỉ số | Trung bình | SD | Min | Max |
|--|-------------------|-----------|------------|------------|
| Tuổi lúc nhập học (N=400) | 29,60 | 4,71 | 22 | 46 |
| Số tháng công tác trước khi nhập học (N=400) | 87,96 | 50,92 | 24 | 299 |



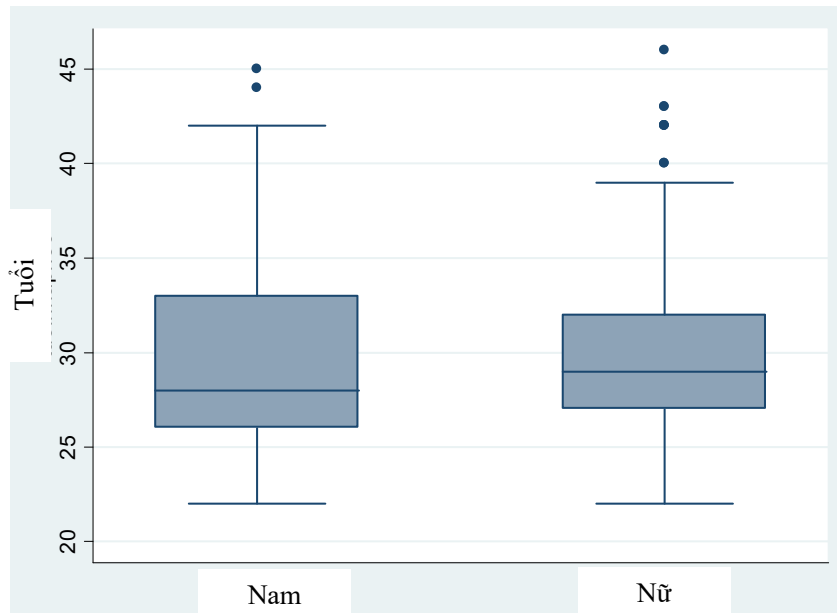
Biểu đồ 3.1 Phân bố độ tuổi sinh viên khi vào trường

Tuổi trung bình của sinh viên khi nhập học (4 năm trước thời điểm phỏng vấn) là 29,60 tuổi, độ lệch chuẩn 4,71. Tuổi trẻ nhất khi vào trường 22 tuổi, cao nhất là 46 tuổi.

Biểu đồ 3.1 mô tả sự phân bố sinh viên bác sĩ 4 năm theo độ tuổi, cho thấy xu hướng tập trung cao ở nhóm tuổi trẻ.

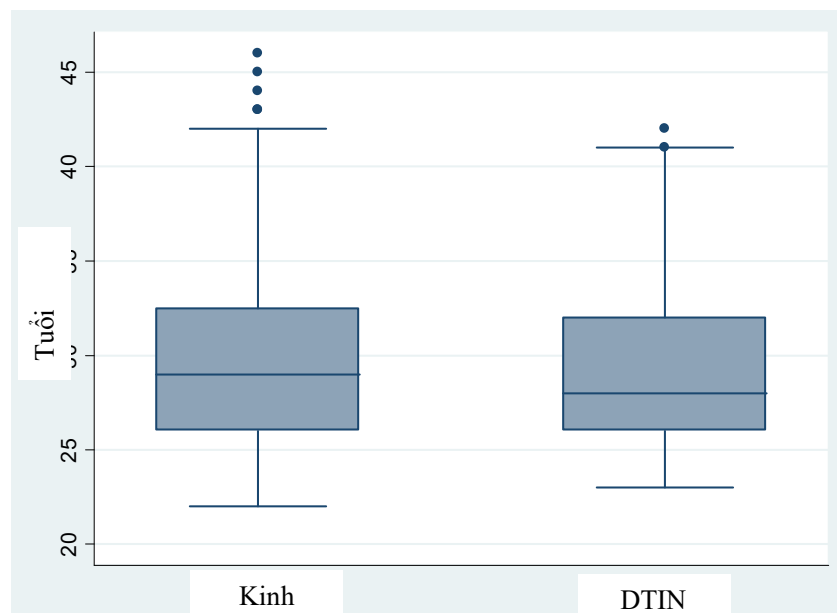
Trung bình thời gian từ khi tốt nghiệp y sĩ đến khi nhập học là 87,96 tháng, độ lệch chuẩn 50,92, thấp nhất là 24 tháng và nhiều nhất là 288 tháng.

Tuổi trung bình nhập học của nhóm nam là 29,45 với độ lệch chuẩn là 4,71 độ tuổi trung bình của nữ là 29,74 với độ lệch chuẩn là 4,71. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình khi vào học bác sĩ 4 năm giữa nam và nữ ($p > 0,05$) (Biểu đồ 3.2).



Biểu đồ 3.2 So sánh tuổi trung bình sinh viên khi vào trường theo giới

Tuổi trung bình nhập học của sinh viên dân tộc Kinh là 29,73 với độ lệch chuẩn là 4,80; của DTIN là 28,85 với độ lệch chuẩn là 4,16. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình của 2 nhóm ($p > 0,05$) (Biểu đồ 3.3).



Biểu đồ 3.3 So sánh độ tuổi khi nhập học theo nhóm dân tộc

Bảng 3.3 So sánh giới tính và nhóm dân tộc

| Dân tộc | Nam | | Nữ | |
|---------|----------|-----------|----------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Kinh | 176 | 85,44 | 164 | 84,54 |
| DTIN | 30 | 14,56 | 30 | 15,46 |
| Tổng | 206 | 100,0 | 194 | 100,00 |

Bảng 3.3 cho thấy, trong tổng số 206 sinh viên nam, DTIN chiếm 14,56%, người Kinh chiếm 85,44%. Trong 194 sinh viên nữ, DTIN chiếm 15,46%, người Kinh là 84,54%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giới giữa hai nhóm dân tộc ($p>0,05$).

3.1.2 Mức độ cạnh tranh khi thi tuyển

Đa số sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm đánh giá mức độ cạnh tranh khi tham gia kỳ thi tuyển sinh bác sĩ đa khoa 4 năm tại các trường đại học y dược là rất cao 58,75% (235/400) và 36,25% (145/400) đánh giá là khá cạnh tranh. Chỉ có 1,25% (5/400) sinh viên sắp tốt nghiệp đánh giá kỳ thi có mức độ cạnh tranh thấp, thi là đỗ (Bảng 3.4).

Bảng 3.4 Nhận xét của sinh viên về mức độ cạnh tranh khi thi tuyển

| Mức độ cạnh tranh | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|----------|-----------|
| Cạnh tranh rất cao | 235 | 58,75 |
| Khá cạnh tranh | 145 | 36,25 |
| Bình thường | 15 | 3,75 |
| Cạnh tranh thấp (thi là đỗ) | 5 | 1,25 |
| Tổng | 400 | 100,00 |

Nghiên cứu định tính cho thấy, về quy trình tuyển sinh, các trường đại học y dược thường gửi văn bản thông báo tuyển sinh đến các Sở Y tế, bệnh viện và trung tâm y tế vào đầu năm. Trong thông báo tuyển sinh, các thông tin liên quan đến điều kiện đăng ký dự tuyển cũng được gửi kèm.

“Hàng năm phòng đào tạo tham mưu cho ban giám hiệu ra thông báo tuyển sinh và những thủ tục liên quan cần nộp vào tháng 1. Văn bản được gửi cho các Sở Y tế, bệnh viện, trung tâm y tế” (PVS lãnh đạo Phòng Đào tạo đại học)

Sau khi nhận được văn bản tuyển sinh của các Trường, các Sở Y tế làm văn bản thông báo cho các đơn vị cấp dưới. Các cơ quan có nhu cầu tổ chức họp cử cán bộ đi học và làm công văn báo cáo lên Sở Y tế. Sau đó, những cá nhân đăng ký dự thi được cơ quan tạo điều kiện cử đi ôn thi và thi; nếu họ đỗ cơ quan sẽ làm công văn đề nghị để Sở Y tế ra quyết định cử đi học.

Hiện nay, điều kiện đăng ký dự tuyển bác sĩ liên thông thực hiện theo Thông tư 55/2012/TT- BGD&ĐT, Thông tư 08/2015/TT-BGD&ĐT và công văn 1915/BYT-K2ĐT của Bộ Y tế. Trong đó, yêu cầu các thí sinh dự thi bác sĩ liên thông cần có thời gian 36 tháng tốt nghiệp và thời gian làm việc đúng chuyên ngành ít nhất 12 tháng theo hợp đồng lao động.

Về chỉ tiêu tuyển sinh hàng năm của các trường, trước đây căn cứ theo Thông tư số 57/2011/TT-BGD&ĐT của Bộ Giáo dục và Đào tạo thì số lượng tuyển sinh hệ liên thông và vừa học vừa làm không quá 50% chỉ tiêu của sinh viên chính quy. Tuy nhiên, hiện nay thực hiện theo Thông tư 32/2015/TT-BGD&ĐT thì chỉ tiêu này giảm xuống còn không quá 15%.

Việc giảm chỉ tiêu tuyển sinh trong khi nhu cầu vẫn cao khiến cho tỷ lệ chọi khi tuyển sinh bác sĩ liên thông tăng cao. Tỷ lệ chọi ở các trường trong giai đoạn này thường là 1/5 hoặc 1/6.

“Năm vừa rồi chỉ tiêu tuyển sinh của trường tôi là 90 sinh viên bác sĩ 4 năm, nhưng số đăng ký dự thi là 600”

“Năm 2016, bác sĩ đa khoa liên thông tỷ lệ chọi khá cao, trên 361 hồ sơ đỗ chưa đến 64 người.” (PVS lãnh đạo Phòng Đào tạo đại học)

Thông tư 55 quy định, thí sinh phải dự thi 3 môn gồm: một môn cơ bản, một môn cơ sở ngành và một môn chuyên ngành (hoặc thực hành nghề). Cơ sở giáo dục đại học tự ra đề thi và xác định điểm trúng tuyển.

“Thông tư 08 quy định, các thí sinh thi đầu vào 3 môn thi bắt buộc từ 5 trở lên gây khó khăn cho thí sinh. Có em 1 môn 9,5 nhưng có môn 4,5 nên vẫn trượt. Dưới 5 điểm là liệt”. (PVS lãnh đạo Phòng Đào tạo đại học)

3.1.3 Nhận xét của sinh viên về cơ sở vật chất của nhà trường

Bảng 3.5 mô tả tỷ lệ đánh giá các yếu tố về cơ sở vật chất “đạt yêu cầu”. Với 5 yếu tố được trình bày trong Bảng 3.5 thì tỷ lệ sinh viên đánh giá “đạt yêu cầu” từ 71,25% đến 78,75%. Tuy nhiên, đánh giá chung cho tất cả 5 yếu tố thì chỉ có 57,52% số sinh viên đánh giá “đạt yêu cầu”.

Bảng 3.5 Tỷ lệ sinh viên đánh giá cơ sở vật chất đạt yêu cầu

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Hệ thống phòng làm việc, phòng học, các phòng chức năng | 315 | 78,75 |
| Thư viện | 307 | 76,75 |
| Phòng thí nghiệm, thực hành và trang thiết bị | 310 | 77,50 |
| Hệ thống công nghệ thông tin | 285 | 71,25 |
| Các tiêu chuẩn về môi trường, sức khỏe, an toàn | 291 | 72,75 |
| Chung cho cả 5 yếu tố | 229 | 57,52 |

3.1.4 Chương trình đào tạo

Bảng 3.6 Ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần giáo dục đại cương là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp

| STT | Tên học phần | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----|--------------------------------|----------|-----------|
| 1 | Lịch sử triết học | 248 | 62,00 |
| 2 | Triết học Mác-Lê nin | 273 | 68,25 |
| 3 | Kinh tế chính trị Mác-Lê nin | 262 | 65,50 |
| 4 | CNXHKH | 268 | 67,00 |
| 5 | Lịch sử Đảng Cộng sản Việt Nam | 314 | 78,50 |
| 6 | Tư tưởng Hồ Chí Minh | 330 | 82,50 |
| 7 | Tâm lý học (TLYH-Y đức) | 340 | 85,00 |
| 8 | Ngoại ngữ | 307 | 76,75 |
| 9 | Giáo dục thể chất | 203 | 50,75 |
| 10 | GDQP và YHQS | 198 | 49,50 |
| 11 | Toán cao cấp | 191 | 47,75 |
| 12 | Xác suất thống kê | 237 | 59,25 |
| 13 | Tin học | 329 | 85,25 |
| 14 | Vật lý đại cương | 226 | 56,50 |
| 15 | Lý sinh | 282 | 70,50 |
| 16 | Hoá đại cương | 264 | 66,00 |
| 17 | Hoá vô cơ | 255 | 63,75 |
| 18 | Hoá hữu cơ | 260 | 65,00 |
| 19 | Sinh học đại cương | 294 | 73,50 |
| 20 | Di truyền học | 342 | 85,50 |
| 21 | Nhân học y học | 269 | 67,25 |

Bảng 3.6 mô tả ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần giáo dục đại cương là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp. Khi được hỏi về mức độ hữu ích đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp của các môn hay là các học phần Giáo dục đại cương, có trên 80% sinh viên trả lời các học phần Di truyền học, Tin học, Tâm lý học và Tư tưởng Hồ Chí Minh là hữu ích đối với việc học các môn lâm sàng và trong thực hành nghề nghiệp.

Hai học phần “Giáo dục quốc phòng và y học quân sự” và “Toán cao cấp” được các sinh viên đánh giá là kém hữu ích nhất với dưới một nửa số sinh viên cho là hữu ích, tương ứng 49,5% và 47,75% theo thứ tự.

“Hiện nay chúng tôi chỉ học có 4 năm, thời gian đi lâm sàng ít hơn nhiều so với bác sĩ chính quy, tuy nhiên chúng tôi vẫn phải học nhiều môn không cần thiết như toán cao cấp, giáo dục quốc phòng, vật lý. Đề nghị Bộ Giáo dục và nhà trường nên nghiên cứu cải tiến chương trình. Bỏ bớt một số môn không cần thiết và dành thời gian cho chúng tôi đi thực hành lâm sàng để nâng cao tay nghề chuyên môn” .

“Chúng tôi thấy nhiều môn như giáo dục thể chất hay toán cao cấp; sau này khi ra trường trở về đơn vị công tác không có ứng dụng nhiều; đề nghị các Bộ và nhà trường nghiên cứu để cắt giảm các môn này và chuyển thời gian đó sang thực hành lâm sàng thì tốt hơn” – (TLN sinh viên).

Bảng 3.7 Ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần y học cơ sở là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp

| STT | Tên học phần | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----|--|----------|-----------|
| 1 | Giải phẫu | 383 | 95,75 |
| 2 | Mô phôi | 371 | 92,75 |
| 3 | Sinh lý học | 375 | 93,75 |
| 4 | Hoá sinh | 360 | 90,00 |
| 5 | Vi sinh | 360 | 90,00 |
| 6 | Ký sinh trùng | 362 | 90,50 |
| 7 | Giải phẫu bệnh | 378 | 94,50 |
| 8 | Sinh lý bệnh và miễn dịch | 386 | 96,50 |
| 9 | Dược lý | 378 | 94,50 |
| 10 | Phẫu thuật thực hành | 368 | 92,00 |
| 11 | Chẩn đoán hình ảnh | 374 | 93,50 |
| 12 | Dinh dưỡng – Vệ sinh an toàn thực phẩm | 350 | 87,50 |
| 13 | Điều dưỡng cơ bản | 340 | 85,00 |
| 14 | Khoa học môi trường và sức khoẻ môi trường | 314 | 78,50 |
| 15 | Dịch tễ học | 333 | 83,25 |
| 16 | Giáo dục nâng cao sức khoẻ | 315 | 78,75 |
| 17 | Thực tập cộng đồng | 338 | 84,50 |
| 18 | Chương trình y tế quốc gia | 332 | 83,00 |
| 19 | Các vấn đề DS - BVSKBMTE-SKSS | 340 | 85,00 |
| 20 | Kinh tế y tế - Bảo hiểm y tế | 302 | 75,50 |
| 21 | Tổ chức y tế | 326 | 81,50 |

Bảng 3.7 mô tả ý kiến của sinh viên đánh giá các học phần y học cơ sở là “hữu ích” đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp. Khi được hỏi về mức độ hữu ích của các học phần y học cơ sở đối với lâm sàng và thực hành nghề nghiệp có trên 90% các sinh viên cho rằng các môn sau rất hữu ích theo thứ tự Sinh lý bệnh và miễn dịch, Giải phẫu, Dược lý, Chẩn đoán hình ảnh, Mô phôi, Phẫu thuật thực hành, Ký sinh trùng, Hóa sinh, và Vi sinh. Học phần có tỷ lệ đánh giá hữu ích thấp nhất là Kinh tế y tế và bảo hiểm y tế, Khoa học môi trường và sức khỏe môi trường, và Giáo dục nâng cao sức khỏe với tỷ lệ tương ứng là 75,5%, 78,5%, và 78,75%. Các học phần còn lại thì đều có tỷ lệ sinh viên cho rằng hữu ích với mức từ 80 đến 90%.

Tuy nhiên, chương trình đào tạo này vẫn còn nhiều bất cập, hiện nay các trường vẫn thường áp dụng chương trình đào tạo của bác sĩ 6 năm và cắt đi một phần áp dụng cho bác sĩ 4 năm. Toàn bộ các ý kiến khảo sát định tính đều cho rằng, việc áp dụng chung mục tiêu đào tạo đối với bác sĩ 4 năm và bác sĩ 6 năm là không hợp lý.

“Họ là những đối tượng khác nhau, có đặc điểm về kiến thức, kinh nghiệm hành nghề khác nhau, đặc thù công tác khác nhau. Chính sách đào tạo cũng với mục đích khác so với chính quy. Do đó việc áp dụng mục tiêu đào tạo gần như không khác biệt giữa chính quy và liên thông là không phù hợp” –
(PVS Phó Hiệu trưởng phụ trách đào tạo.)

“Chính quy đào tạo 6 năm, liên thông 4 năm mà lại đầu ra như nhau thì rõ ràng không hợp lý. Nên xây dựng mục tiêu đào tạo phù hợp với mục đích của chính sách đào tạo liên thông” –
(PVS lãnh đạo bộ môn).

Về lý thuyết, sinh viên bác sĩ liên thông đã ra trường ít nhất từ 3-5 năm, kiến thức rơi vãi nhiều nên nếu chỉ bổ sung kiến thức về khoa học cơ bản và y

học cơ sở trong thời gian ngắn sẽ không đủ xây dựng nền tảng kiến thức y học cơ sở tốt để hỗ trợ cho những môn lâm sàng về sau. Về thực hành lâm sàng, bác sĩ liên thông đã tốt nghiệp y sĩ và có kinh nghiệm nhất định trong khám chữa bệnh. Nhưng chương trình thực hành của họ giống với sinh viên, điều đó có phần không phù hợp. Không thể áp dụng tư duy 2 năm y sĩ đào tạo thêm 4 năm học những kiến thức còn thiếu so với bác sĩ 6 năm để thành bác sĩ 4 năm.

3.1.5 Phương pháp giảng dạy

Bảng 3.8 mô tả tỷ lệ sinh viên trả lời phương pháp giảng dạy “thường xuyên” được sử dụng. Được hỏi về mức độ thường xuyên đối với từng phương pháp giảng dạy mà giảng viên áp dụng trong quá trình đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm, tỷ lệ sinh viên bác sĩ 4 năm trả lời “thường xuyên” được sử dụng nhiều nhất thuộc về hướng dẫn thực hành lâm sàng.

Bảng 3.8 Tỷ lệ sinh viên trả lời phương pháp giảng dạy “thường xuyên” được sử dụng

| Phương pháp dạy học | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Học lý thuyết | | |
| Thuyết trình đơn thuần | 290 | 72,50 |
| Thuyết trình có minh họa (hình ảnh, máy chiếu...) | 295 | 73,75 |
| Thảo luận nhóm | 254 | 63,50 |
| Kết hợp với hỏi đáp | 250 | 62,50 |
| Đóng vai | 220 | 55,00 |
| Thảo luận tình huống | 240 | 60,00 |
| Thực hành tiền lâm sàng | | |

| Phương pháp dạy học | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|-----------------|------------------|
| Giảng viên trình diễn mẫu | 289 | 72,25 |
| Thực hành có hướng dẫn của giảng viên | 328 | 82,00 |
| Tự thực hành | 294 | 73,50 |
| Có sử dụng bảng kiểm | 303 | 75,75 |
| Có sử dụng tình huống | 292 | 73,00 |
| Có sử dụng mô hình | 315 | 78,75 |
| Có sử dụng người bệnh giả | 303 | 75,75 |
| Thực hành lâm sàng | | |
| Có người hướng dẫn | 340 | 85,00 |
| Được quan sát mẫu trên người bệnh thật | 333 | 83,25 |
| Được thực hành trên người bệnh thật | 333 | 83,25 |

Cụ thể, có 85% ý kiến trả lời là “thường xuyên” với phương pháp “có người hướng dẫn”, 83,25% trả lời thường xuyên được “quan sát mẫu trên người bệnh thật cũng như được thực hành trên người bệnh thật. Các phương pháp còn lại được trả lời với cái tỷ lệ từ 60 đến 80%, đó là thường xuyên “sử dụng mô hình” với 78,75%, “sử dụng người bệnh giả” với 75,75%; “sử dụng bảng kiểm” với 75,75% hoặc là sinh viên “Tự thực hành” với 73,50%; và “thực hành có sự hướng dẫn của giảng viên” với 82%, hoặc “giảng viên trình diễn mẫu” với 72,5%. Phương pháp giảng dạy ít thường xuyên nhất là “đóng vai” chỉ có 55% và “thảo luận tình huống” với 60% ý kiến cho rằng “thường xuyên” được sử dụng.

3.1.6 Cơ sở thực hành

Bảng 3.9 Tỷ lệ đồng ý với các tiêu chí đánh giá cơ sở thực hành lâm sàng

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Trường có đủ cơ sở thực hành để sinh viên thực tập lâm sàng | 313 | 78,25 |
| Bệnh viện thực hành có đủ điều kiện để sinh viên có thể học tập, trực đêm | 265 | 66,25 |
| Nhân viên bệnh viện nhiệt tình tạo điều kiện giúp đỡ sinh viên (nói chung) thực tập | 247 | 61,75 |
| Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm được tạo điều kiện và khuyến khích chăm sóc, điều trị người bệnh | 292 | 73,00 |
| Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm được tạo điều kiện tham gia thực hiện các thủ thuật/phẫu thuật | 234 | 58,50 |
| Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm được hưởng thù lao khi tham gia trực và chăm sóc người bệnh | 129 | 32,25 |
| Sinh viên học liên thông không được tạo điều kiện học tập tốt như sinh viên y 6 năm (chính quy) | 195 | 48,75 |

Bảng 3.9 mô tả ý kiến sinh viên đánh giá về các tiêu chí của cơ sở thực hành hai tiêu chí được đánh giá cao nhất với tỷ lệ trên 70% số người được hỏi là “Trường có đủ cơ sở thực hành để sinh viên thực tập lâm sàng”, và “Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm được tạo điều kiện và khuyến khích chăm sóc điều trị người bệnh” với tỷ lệ theo thứ tự là 78,25% và 73%.

Hai tiêu chí có tỷ lệ trả lời đạt thấp nhất dưới 50% đó là, “Sinh viên học liên thông không được tạo điều kiện học tập tốt như sinh viên Y6 chính quy” và “Sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm được hưởng thù lao khi tham gia trực và chăm sóc người bệnh” với tỷ lệ lần lượt theo thứ tự là 48,75% và 32,25%. Với

các chỉ tiêu còn lại thì tỷ lệ “đồng ý” cũng chỉ từ 58 đến 66%. Tuy nhiên có lưu ý rằng, với 48,75% ý kiến đồng ý với “Sinh viên học liên thông không được tạo điều kiện học tập tốt như sinh viên Y6 chính quy”, đồng nghĩa với 52% cho rằng không có sự phân biệt sinh viên y học liên thông và sinh viên học dài hạn 6 năm trong việc tạo điều kiện học tập, dù rằng tỷ lệ đó không cao lắm.

Bảng 3.10 Tỷ lệ sinh viên đánh giá chất lượng thực hành “tốt” về các học phần lâm sàng

| STT | Tên học phần lâm sàng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----|-----------------------|----------|-----------|
| 1 | Nội | 352 | 88,00 |
| 2 | Ngoại | 361 | 90,25 |
| 3 | Sản-phụ | 359 | 89,75 |
| 4 | Nhi | 362 | 90,50 |
| 5 | Truyền nhiễm | 346 | 86,50 |
| 6 | Y học cổ truyền | 336 | 84,00 |
| 7 | Lao | 342 | 85,50 |
| 8 | Răng -Hàm-Mặt | 341 | 85,25 |
| 9 | Tai-Mũi-Họng | 337 | 84,25 |
| 10 | Mắt | 342 | 85,50 |
| 11 | Da liễu | 341 | 85,25 |
| 12 | Phục hồi chức năng | 337 | 84,25 |
| 13 | Thần kinh | 342 | 85,50 |
| 14 | Tâm thần | 338 | 84,50 |
| 15 | Ung thư đại cương | 345 | 86,25 |
| 16 | Pháp y | 305 | 76,25 |

Bảng 3.10 mô tả tỷ lệ sinh viên đánh giá chất lượng thực hành của các học phần lâm sàng “tốt” với từng học phần có thực hành lâm sàng. Bảng trên cho thấy trên 3/4 số sinh viên trả lời các học phần lâm sàng đều có chất lượng thực hành tốt. Tỷ lệ cao nhất trên 90% dành cho học phần Ngoại và Nhi với tỷ lệ tương ứng là 90,25% và 90,50% sinh viên mới tốt nghiệp trả lời chất lượng thực hành “tốt”. Học phần có tỷ lệ trả lời thấp nhất với 76,25% là Pháp y. Các học phần còn lại có tỷ lệ đánh giá thực hành “tốt” từ 84% - Y học cổ truyền và đến 88%-Nội và 89,75% -Phụ sản.

3.1.7 Giảng dạy lâm sàng

Bảng 3.11 Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Nội khoa

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ | 325 | 81,25 |
| Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập | 337 | 84,25 |
| Có nhiều người bệnh để học và làm các thủ thuật | 312 | 78,00 |
| Sinh viên được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc người bệnh | 298 | 74,50 |
| Sinh viên được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 298 | 74,50 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên hỏi tiền sử người bệnh | 298 | 74,50 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên khám lâm sàng người bệnh | 304 | 76,00 |
| Sinh viên nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 253 | 63,25 |
| Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 314 | 78,50 |
| BSNT và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng hiệu quả | 262 | 65,50 |

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Sinh viên được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 302 | 75,50 |
| Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về người bệnh nội trú và ngoại trú | 260 | 65,00 |

Bảng 3.11 mô tả tỷ lệ sinh viên có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Nội khoa. Số liệu trong bảng này cho thấy, tiêu chí được đánh giá cao nhất đối với thực hành lâm sàng Nội khoa là “Giảng viên đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập” với 84,25% ý kiến trả lời “đồng ý” hay là “Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ” với tỷ lệ 81,25% trả lời. Ý kiến có tỷ lệ trả lời thấp nhất là “Sinh viên được nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh” với 63,25% ý kiến và “Thực hành lâm sàng có tỷ lệ cân đối với người bệnh ngoại trú và nội trú” với 65% ý kiến trả lời. Các ý kiến còn lại như “Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng có hiệu quả” hay “Sinh viên được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc người bệnh”... đều có tỷ lệ trả lời là đồng ý với các mức từ 65% cho đến gần 80%.

Bảng 3.12 Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Ngoại khoa

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ | 323 | 80,75 |
| Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập | 330 | 82,50 |
| Có nhiều người bệnh để học và làm các thủ thuật | 300 | 75,00 |
| Sinh viên được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc người bệnh | 284 | 71,00 |
| Sinh viên được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực | 288 | 72,00 |

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|-----------------|------------------|
| hành lâm sàng | | |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên hỏi tiền sử người bệnh | 288 | 72,00 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên khám lâm sàng người bệnh | 294 | 73,50 |
| Sinh viên nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 266 | 66,50 |
| Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 320 | 80,00 |
| BSNT và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng hiệu quả | 272 | 68,00 |
| Sinh viên được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 302 | 75,50 |
| Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về người bệnh nội trú và ngoại trú | 270 | 67,50 |

Đối với thực hành lâm sàng về ngoại khoa cũng tương tự như Nội khoa trên 60% sinh viên trả lời thỏa mãn với 12 tiêu chí do nhóm nghiên cứu đưa ra. Tỷ lệ “đồng ý” trên 80% cho 3 chỉ số là “Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả” – 80%; “Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ” - 80,75%,; và “Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập” - 82,50%. Ý kiến có tỷ lệ đồng ý thấp nhất là “Sinh viên nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh” và “Thực hành lâm sàng có tỷ lệ cân đối với người bệnh nội trú và ngoại trú”. Các ý kiến còn lại cũng cho tỷ lệ trả lời từ 68% đến 75,5% (Bảng 3.12).

Bảng 3.13 Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Sản khoa

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ | 326 | 81,50 |
| Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập | 324 | 81,00 |
| Có nhiều người bệnh để học và làm các thủ thuật | 312 | 78,00 |
| Sinh viên được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc người bệnh | 300 | 75,00 |
| Sinh viên được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 302 | 75,50 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên hỏi tiền sử người bệnh | 304 | 76,00 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên khám lâm sàng người bệnh | 307 | 76,75 |
| Sinh viên nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 286 | 71,50 |
| Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 330 | 82,50 |
| BSNT và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng hiệu quả | 264 | 66,00 |
| Sinh viên được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 307 | 76,75 |
| Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về người bệnh nội trú và ngoại trú | 282 | 70,50 |

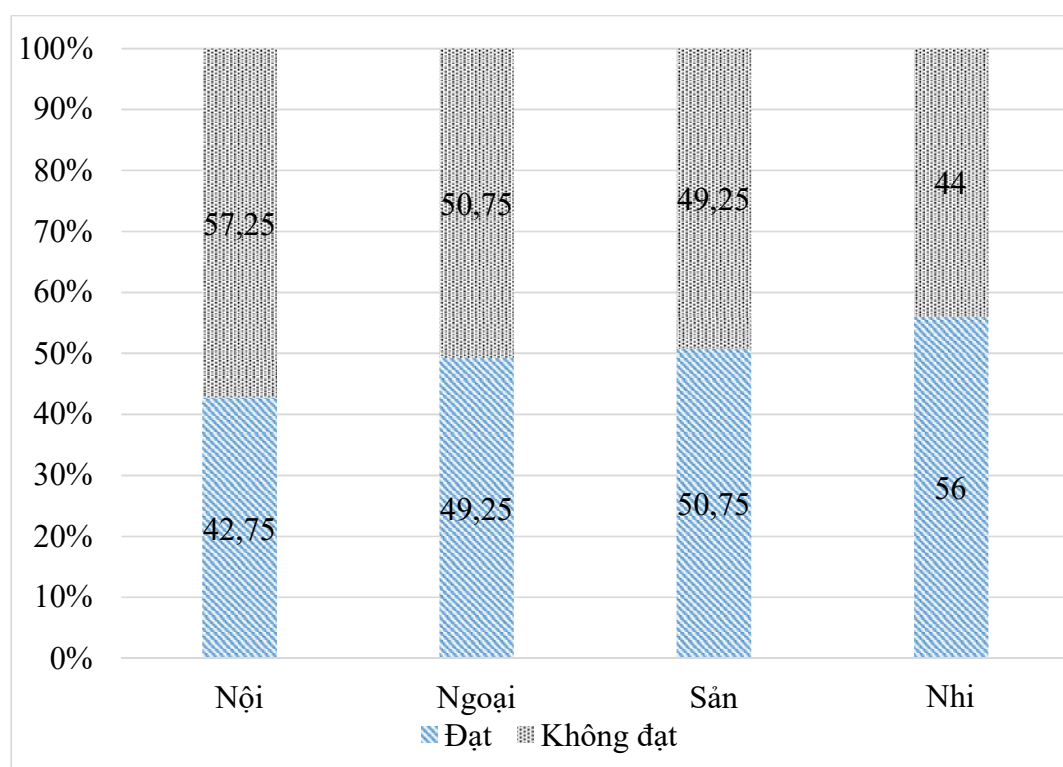
Đối với học phần lâm sàng Sản khoa các ý kiến đánh giá tích cực dành cho các tiêu chí: “Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả”; “Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ” và “Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập” với

tỷ lệ trả lời “đồng ý” là 82,5%; 81,5%; và 81% theo thứ tự. Đối với học phần này, thì tỷ lệ trả lời thấp nhất là 66% dành cho tiêu chí là “Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng hiệu quả”. Các tiêu chí còn lại được đánh giá với mức độ tỷ lệ khá cao từ 70,5% đến 78% và đặc biệt ở đây đối với lâm sàng Sản khoa thì tỷ lệ 78% trả lời “đồng ý” dành cho tiêu chí “Có nhiều người bệnh để học và làm thủ thuật” (Bảng 3.13).

Bảng 3.14 Tỷ lệ có ý kiến “đồng ý” với các tiêu chí đánh giá về học phần lâm sàng Nhi khoa

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ | 343 | 85,75 |
| Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập | 338 | 84,50 |
| Có nhiều người bệnh để học và làm các thủ thuật | 317 | 79,25 |
| Sinh viên được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc người bệnh | 308 | 77,00 |
| Sinh viên được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 304 | 76,00 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên hỏi tiền sử người bệnh | 314 | 78,50 |
| Có giảng viên lâm sàng quan sát khi sinh viên khám lâm sàng người bệnh | 316 | 79,00 |
| Sinh viên nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 290 | 72,50 |
| Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 328 | 82,00 |

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| BSNT và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho sinh viên thực hành lâm sàng hiệu quả | 297 | 74,25 |
| Sinh viên được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 308 | 77,00 |
| Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về người bệnh nội trú và ngoại trú | 277 | 69,25 |



Biểu đồ 3.4 Đánh giá chung về giảng dạy lâm sàng các học phần Nội, Ngoại, Sản và Nhi

Đối với học phần Nhi khoa (Bảng 3.14) tỷ lệ trả lời “đồng ý” cao với tiêu chí “Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ” với 85,75%; “Đánh giá thực hành theo mục tiêu học tập” với 84,5%; và “Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu

quả” với 82,0%. Tỷ lệ thấp nhất là 69,25% “đồng ý” với tiêu chí “Thực hành lâm sàng có tỷ lệ cân đối với người bệnh nội trú và ngoại trú”. Các tiêu chí còn lại đều được đánh giá tích cực với tỷ lệ từ 72,5% đến 79,25%.

So sánh chung giữa tỷ lệ “đạt yêu cầu” với tất cả 12 tiêu chí đánh giá đối với từng lĩnh vực lâm sàng Nội, Ngoại, Sản và Nhi, Biểu đồ 3.4 cho thấy tỷ lệ này của học phần Nội khoa là thấp nhất, chỉ có 42,75% và cao nhất là học phần Nhi khoa với 56%.

3.1.8 Nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân

Bảng 3.15 Các nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân

| Nguồn hỗ trợ tài chính | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|-----------------|------------------|
| Gia đình | 175 | 43,75 |
| Tiền lương | 234 | 58,50 |
| Học bổng/hỗ trợ từ dự án | 115 | 28,75 |
| Từ doanh nghiệp/tổ chức kinh tế | 3 | 0,75 |
| Vay ngân hàng | 34 | 8,50 |
| Vay mượn từ người khác | 35 | 8,75 |
| Nguồn khác (ghi rõ) | 11 | 2,75 |

Bảng 3.15 mô tả về nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân đi học bác sĩ đa khoa 4 năm. Kết quả từ bảng này cho thấy với tỷ lệ cao nhất 58,5% số bác sĩ đa khoa 4 năm đi học có được nhận trợ cấp từ tiền lương. Còn lại, dưới một nửa trả lời bằng những nguồn khác như gia đình (43,75%); học bổng hoặc là hỗ trợ từ các dự án (8,75%); vay mượn từ người khác (8,75%); vay ngân hàng (8,50%) và một số nguồn khác rất ít như từ doanh nghiệp, tổ chức kinh tế hỗ trợ.

3.1.9 Năng lực của sinh viên khi tốt nghiệp

Bảng 3.16 mô tả tỷ lệ sinh viên tự đánh giá “đạt” chuẩn năng lực bác sĩ theo từng tiêu chuẩn thuộc 4 lĩnh vực. Trong bảng này ta thấy các tiêu chuẩn được đánh giá có tỷ lệ cao nhất là: “Điều trị bằng thuốc an thần chi phí hiệu quả” (Tiêu chuẩn 9) và “Tạo dựng được mối quan hệ thân thiện, hợp tác, tin tưởng với người bệnh, thân nhân người bệnh và cộng đồng” (Tiêu chuẩn 18) và “Quản lý tử vong” (Tiêu chuẩn 17) với tỷ lệ là 87,75%; 80,5%; và 80,5% theo thứ tự. Tiêu chuẩn 4 “Học tập suốt đời cho phát triển cá nhân và nghề nghiệp” có tỷ lệ tự đánh giá “đạt” thấp nhất (41,50%). Các tiêu chuẩn còn lại có tỷ lệ đánh giá “đạt” từ 59% đến dưới 80%. Tổng hợp chung tất cả các tiêu chuẩn cho thấy chỉ có 12,5% sinh viên mới tốt nghiệp tự đánh giá “đạt” tất cả 90 tiêu chí ứng với 20 tiêu chuẩn thuộc 4 lĩnh vực của bộ chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa do Bộ Y tế ban hành.

Bảng 3.16 Tỷ lệ sinh viên tự đánh giá “đạt” chuẩn năng lực bác sĩ

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Lĩnh vực 1: Năng lực hành nghề chuyên nghiệp | | |
| Tiêu chuẩn 1. Hành nghề phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội và điều kiện thực tế | 268 | 67,00 |
| Tiêu chuẩn 2. Hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp | 303 | 75,75 |
| Tiêu chuẩn 3. Hành nghề theo quy định của pháp luật | 308 | 77,00 |
| Tiêu chuẩn 4. Học tập suốt đời cho phát triển cá nhân và nghề nghiệp | 166 | 41,50 |
| Lĩnh vực 2: năng lực ứng dụng kiến thức y học | | |
| Tiêu chuẩn 5. Ứng dụng các kiến thức khoa học cơ bản, y học cơ sở, bệnh học trong thực hành chăm sóc y khoa | 245 | 61,25 |

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Tiêu chuẩn 6. ứng dụng các nguyên tắc, phương pháp y tế công cộng trong thực hành chăm sóc y khoa | 236 | 59,00 |
| Lĩnh vực 3: Năng lực chăm sóc y khoa | | |
| Tiêu chuẩn 7. Chẩn đoán và ra quyết định xử trí dựa vào bằng chứng có sự tham gia của người bệnh, người nhà và cán bộ y tế liên quan phù hợp với điều kiện thực tế. | 266 | 66,50 |
| Tiêu chuẩn 8. Áp dụng các kiến thức, phương pháp luận về hành vi, tâm lý, xã hội trong thực hành chăm sóc y khoa | 249 | 65,25 |
| Tiêu chuẩn 9. Điều trị bằng thuốc an toàn, chi phí - hiệu quả | 351 | 87,75 |
| Tiêu chuẩn 10. Chăm sóc sức khỏe thai sản | 304 | 76,00 |
| Tiêu chuẩn 11. Hồi sức, sơ cứu và chăm sóc tích cực | 275 | 68,75 |
| Tiêu chuẩn 12. Chăm sóc kéo dài, chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh mạn tính hoặc nan y | 279 | 69,75 |
| Tiêu chuẩn 13. Kiểm soát đau | 279 | 69,75 |
| Tiêu chuẩn 14. Y học cổ truyền và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc trong điều trị, dự phòng và phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp | 279 | 69,75 |
| Tiêu chuẩn 15. Tham gia kiểm soát lây nhiễm | 299 | 74,75 |
| Tiêu chuẩn 16. Tuyên truyền, giáo dục, vận động cho tăng cường sức khỏe và dự phòng bệnh tật | 293 | 73,25 |

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Tiêu chuẩn 17. Quản lý tử vong | 322 | 80,50 |
| Lĩnh vực 4: Năng lực giao tiếp – cộng tác | | |
| Tiêu chuẩn 18. Tạo dựng được mối quan hệ thân thiện, hợp tác, tin tưởng với người bệnh, thân nhân người bệnh và cộng đồng | 322 | 80,50 |
| Tiêu chuẩn 19. Cộng tác có hiệu quả với đồng nghiệp và đối tác | 289 | 72,25 |
| Tiêu chuẩn 20. Giao tiếp hiệu quả | 290 | 72,50 |
| Đạt tất cả các tiêu chí | 50 | 12,50 |

Khi được hỏi về trình độ của bác sĩ đa khoa 4 năm khi tốt nghiệp so với các đối tượng khác, đa số các giảng viên trả lời rằng, trình độ của bác sĩ đa khoa 4 năm không cao bằng chính quy nhưng hơn hẳn so với cử tuyển.

“Chất lượng đào tạo của bác sĩ đa khoa 4 năm so với chính quy là chưa bằng. Vì bác sĩ đa khoa 4 năm đã học trung cấp sau đó quay lại học. Về chất lượng chưa bằng chính quy”. (PVS lãnh đạo bộ môn)

Lý do được giải thích cho chất lượng đầu ra cao hơn một phần do đầu vào của bác sĩ 6 năm cao hơn bác sĩ đa khoa 4 năm.

“Về đầu vào, chính quy hơn hẳn liên thông, đầu vào chính quy rất cao, đầu vào liên thông trung bình. Về hấp thu kiến thức thì chính quy nhanh hơn. Về kỹ năng, bác sĩ đa khoa 4 năm tiếp xúc với người bệnh từ trước nên có kỹ năng tốt hơn trong giao tiếp với người bệnh”. (PVS lãnh đạo bộ môn)

Về lý do khác biệt giữa bác sĩ đa khoa 4 năm với bác sĩ đa khoa 6 năm, cán bộ quản lý có một số ý kiến sau:

“Ngoài lý do đầu vào cao hơn, nhưng bác sĩ đa khoa 4 năm có sẵn công việc sau khi tốt nghiệp nên không phải đầu tư học nhiều để đạt điểm cao. Trong khi đó, bác sĩ chính quy cần bằng điểm đẹp hơn để đi xin việc”.

“Sinh viên liên thông đã có sẵn việc làm, khi đi học họ thường tập trung chú ý vào các môn chính sẽ ứng dụng sau này. Các môn khác họ ít quan tâm. Đây cũng là lý do điểm của liên thông hay thấp hơn chính quy”.

“Sinh viên chính quy có học bổng, họ sẽ cố học tốt để đạt học bổng, sinh viên liên thông không có học bổng vì họ được cơ quan cử đi học không mất tiền học phí. Đây cũng là một lý do khiến sinh viên chính quy cố gắng học tập đạt điểm cao để giành học bổng hơn”. (PVS lãnh đạo Phòng Đào tạo đại học)

3.2 Thực trạng sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm

3.2.1 Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm

Phân tích thông tin tổng hợp từ số liệu báo cáo về bác sĩ đa khoa 4 năm hiện đang làm việc trong tỉnh cho thấy, cả 5 tỉnh gửi báo cáo có tổng số là 1.459 bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm việc.

Nghiên cứu thu thập được thông tin bằng bộ câu hỏi từ 354 bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ năm 2006 đến 2015 đang công tác tại các cơ sở y tế tại tỉnh: Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Bình, Đắk Lắk, Sóc Trăng, Thanh Hóa. Nam chiếm 55,33% và nữ chiếm 44,67%. Về phân bố theo tuổi, chỉ có 1,41% số bác sĩ thuộc nhóm tuổi 25-29; cao nhất là nhóm tuổi trên 40 với tỷ lệ 57,91% (Bảng 3.17).

Bảng 3.17 Phân bố bác sĩ 4 năm đang công tác theo tuổi và giới

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------|----------|-----------|
| Giới | | |
| Nam | 198 | 55,93 |
| Nữ | 156 | 44,07 |
| Tổng | 354 | 100,0 |
| Tuổi | | |
| 25-29 | 5 | 1,41 |
| 30-34 | 65 | 18,36 |
| 35-39 | 79 | 22,32 |
| 40+ | 205 | 57,91 |
| Tổng | 354 | 100,0 |

Bảng 3.18 cho thấy trong số 354 bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2006-2016 được lựa chọn và trả lời bộ câu hỏi, đa số với 79,67% vẫn đang có trình độ bác sĩ, 19% đã tốt nghiệp chuyên khoa cấp 1 và 4 trường hợp (1%) tốt nghiệp chương trình thạc sĩ. Chỉ có một trường hợp tốt nghiệp chuyên khoa cấp 2 (chiếm 0,33%).

Bảng 3.18 Phân bố bác sĩ đa khoa 4 năm tham gia nghiên cứu theo thời gian tốt nghiệp và trình độ chuyên môn hiện tại

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|----------|-----------|
| Năm tốt nghiệp | | |
| Từ 2006-2011 | 170 | 48,00 |
| Từ 2012-2016 | 184 | 52,00 |
| Tổng | 354 | 100,00 |
| Trình độ chuyên môn hiện tại | | |
| Bác sĩ | 282 | 79,67 |
| Chuyên khoa I | 67 | 19,00 |
| Chuyên khoa II | 1 | 0,33 |
| Thạc sĩ | 4 | 1,00 |
| Tổng | 354 | 100,00 |

Về phân bố theo tuyến công tác: số liệu trong Bảng 3.19 mô tả phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm tại 5 tỉnh báo cáo theo tuyến công tác.

Bảng 3.19 Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm theo số liệu của các tỉnh

| Tỉnh | Tuyến tỉnh | | Tuyến huyện | | Tuyến xã | | Tổng |
|-------------|------------|-------|-------------|-------|----------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n |
| Tuyên Quang | 54 | 21,69 | 85 | 34,14 | 110 | 44,18 | 249 |
| Sóc Trăng | 80 | 21,28 | 220 | 58,51 | 78 | 20,74 | 376 |
| Quảng Bình | 76 | 21,84 | 118 | 33,91 | 154 | 44,25 | 348 |
| Đắk Lắk | 34 | 18,99 | 86 | 48,04 | 59 | 32,96 | 179 |
| Điện Biên | 103 | 33,55 | 190 | 61,89 | 14 | 4,56 | 307 |
| Tổng | 347 | 23,78 | 699 | 47,91 | 415 | 28,44 | 1.459 |

Nguồn: Tổng hợp từ số liệu do các Sở Y tế cung cấp

Trong tổng số 1.459 bác sĩ đa khoa 4 năm của năm tỉnh, đa số làm việc ở tuyến huyện với tỷ lệ là 47,91% tiếp đến là tuyến xã với tỷ lệ 28,44% tuyến tỉnh có tỷ lệ ít nhất sang cùng chiếm 23,78% số bác sĩ đa khoa 4 năm đang làm việc ở tuyến tỉnh. Điện Biên là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến trên cao nhất với 33,55% làm việc ở tuyến tỉnh và 61,89% làm việc ở tuyến huyện. Quảng Bình và Tuyên Quang là hai tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến xã cao nhất chiếm khoảng 44% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của mỗi tỉnh. Sóc Trăng là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến huyện cao nhất với 58,51% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh Sóc Trăng.

Nhận định của một số lãnh đạo Sở Y tế như sau:

“Theo tôi bác sĩ đa khoa 4 năm phù hợp với công tác dự phòng và khám chữa bệnh ban đầu ở tuyến y tế cơ sở. Vì họ đã từng là y sĩ, đã từng tham gia mảng dự phòng nên có kinh nghiệm và có thể làm tốt. Với điều trị chuyên sâu, theo các chuyên khoa từ bệnh viện tuyến tỉnh trở lên phải sử dụng bác sĩ chính quy”.

(PVS lãnh đạo Sở Y tế)

Bảng 3.20 Loại hình đơn vị bác sĩ đa khoa 4 năm công tác tại 5 tỉnh

| Tỉnh | Cơ quan quản lý | | Cơ sở điều trị | | Cơ sở dự phòng | | Tổng |
|-------------|-----------------|------|----------------|-------|----------------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Tuyên Quang | 3 | 1,20 | 93 | 37,35 | 153 | 61,45 | 249 |
| Sóc Trăng | 6 | 1,60 | 170 | 45,21 | 202 | 53,72 | 376 |
| Quảng Bình | 10 | 2,87 | 104 | 29,89 | 234 | 67,24 | 348 |
| Đắk Lắk | 1 | 0,56 | 75 | 41,90 | 103 | 57,54 | 179 |
| Điện Biên | 10 | 3,26 | 214 | 69,71 | 82 | 26,71 | 307 |
| Tổng | 30 | 2,06 | 656 | 44,96 | 774 | 53,05 | 1.459 |

Nguồn: Tổng hợp từ số liệu do các Sở Y tế cung cấp

Về phân bố theo lĩnh vực công tác: Bảng 3.20 mô tả sự phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm theo lĩnh vực công tác dựa trên số liệu báo cáo của 5 tỉnh. Bảng này chia làm 3 nhóm lĩnh vực công tác đó là cơ quan quản lý, cơ sở điều trị, và cơ sở dự phòng. Theo số liệu này thì tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở các cơ sở dự phòng chiếm tỷ trọng cao nhất với 53,05% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của 5 tỉnh; cơ sở điều trị chiếm 44,96% bác sĩ đa khoa 4 năm, và chỉ có 2,06% bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở cơ quan quản lý. Quảng Bình là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở cơ sở dự phòng cao nhất trong số 5 tỉnh với tỷ lệ 67,24% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của toàn tỉnh Quảng Bình. Điện Biên là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc tại các cơ sở điều trị cao nhất với 69,71% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh Điện Biên. Điện Biên cũng là tỉnh và có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở cơ quan quản lý nhiều nhất với 3,26%. Điện Biên cũng là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong hệ thống dự phòng thấp nhất 26,71%. Quảng Bình là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong cơ sở điều trị thấp nhất với 29,89% và Đắk Lắk là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở cơ quan quản lý thấp nhất với tỷ lệ là 0,56% số bác sĩ đa khoa 4 năm hiện có của mỗi tỉnh.

Về phân bố theo chức vụ công tác: Bảng 3.21 mô tả phân bố bác sĩ đa khoa 4 năm theo chức vụ công tác tại 5 tỉnh báo cáo. Trong tổng số 1.459 bác sĩ đa khoa 4 năm, tỷ lệ có chức vụ lãnh đạo khoa hoặc trạm y tế chiếm tỷ trọng cao nhất với 27,78% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của 5 tỉnh. Tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm lãnh đạo cơ quan chỉ chiếm 11,99% trung cho 5 tỉnh. Khoảng 1/3 số bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở vị trí nhân viên. Sóc Trăng có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm lãnh đạo cơ quan cao nhất trong số 5 tỉnh với 18,09% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh Sóc Trăng. Đắk Lắk là tỉnh có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm lãnh đạo cơ quan quản lý thấp nhất với 10,06%

tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh. Quảng Bình có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm lãnh đạo các khoa và trạm y tế cao nhất trong số 5 tỉnh với tỷ lệ 62,07% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh Quảng Bình. Điện Biên có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm lãnh đạo các khoa và trạm y tế thấp nhất với tỷ lệ 7,46% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh Điện Biên.

Bảng 3.21 Phân bố bác sĩ đa khoa 4 năm theo chức vụ công tác tại 5 tỉnh

| Tỉnh | Lãnh đạo cơ quan | | Lãnh đạo khoa, TYT | | Nhân viên | | Tổng |
|-------------|------------------|-------|--------------------|-------|-----------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Tuyên Quang | 24 | 9,64 | 133 | 53,41 | 93 | 37,35 | 249 |
| Sóc Trăng | 68 | 18,09 | 202 | 53,72 | 108 | 28,72 | 376 |
| Quảng Bình | 23 | 6,61 | 216 | 62,07 | 109 | 31,32 | 348 |
| Đắk Lắk | 18 | 10,06 | 104 | 58,10 | 57 | 31,84 | 179 |
| Điện Biên | 42 | 13,68 | 115 | 37,46 | 150 | 48,86 | 307 |
| Tổng | 175 | 11,99 | 770 | 52,78 | 517 | 35,44 | 1.459 |

Nguồn: Báo cáo của 5 Sở Y tế

Theo quy định, sau khi tốt nghiệp và nhận bằng các bác sĩ đa khoa 4 năm sẽ quay trở lại cơ quan công tác. Khi được hỏi về phân công nhiệm vụ cho các bác sĩ đa khoa 4 năm sau đào tạo, lãnh đạo đơn vị điều trị và lãnh đạo đơn vị dự phòng có sự phân công khác nhau.

Đối với các đơn vị điều trị, bác sĩ đa khoa 4 năm sẽ được đưa về phòng khám để làm quen công việc, có cơ hội va chạm với các mặt bệnh và sau 18 tháng được cấp chứng chỉ hành nghề. Sau đó, tùy theo nhu cầu của đơn vị hay năng lực cá nhân, lãnh đạo bệnh viện sẽ phân công về khoa phòng phù hợp.

“Khi có bác sĩ đa khoa 4 năm sắp tốt nghiệp, lãnh đạo bệnh viện sẽ gọi đồng chí ấy lên hỏi về tâm tư nguyện vọng. Sau đó chúng tôi sắp xếp các em làm việc tại phòng khám để tích lũy thêm kinh nghiệm, va chạm với người bệnh và sau đủ 18 tháng cấp chúng chỉ hành nghề rồi mới đưa về khoa phù hợp”. (PVS lãnh đạo bệnh viện)

Đối với các đơn vị dự phòng, bác sĩ đa khoa 4 năm thường được đưa về làm việc tại khoa/phòng cũ, sau đó tùy theo tình hình nhân lực của đơn vị, nếu có khoa/phòng khác thiếu nhân lực sẽ được điều chuyển sang.

“Khi có bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp, chúng tôi thường đưa về khoa cũ làm việc. Vì trước đây anh em làm việc ở khoa đó quen rồi, có chuyên môn sẵn. Sau đó, tùy vào tình hình của đơn vị, nếu có khoa/phòng khác thiếu nhân lực; chúng tôi sẽ xin ý kiến đồng thuận của anh em rồi chuyển bác sĩ đa khoa 4 năm đó sang”. (PVS lãnh đạo trung tâm y tế)

Kết quả tiếp nhận bác sĩ đa khoa 4 năm quay trở lại cơ quan làm việc cũng phù hợp với tình hình thực tiễn hiện nay. Tại các đơn vị dự phòng các bác sĩ đa khoa 4 năm có thể được phân công về khoa phòng và đảm nhiệm nhiệm vụ cụ thể ngay. Các bác sĩ đa khoa 4 năm khi về đơn vị điều trị cần phải đào tạo thêm, sau đó tùy năng lực mới đưa về khoa chuyên môn sau.

3.2.2 Cơ hội phát triển nghề nghiệp

Bảng 3.22 mô tả ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về cơ hội phát triển nghề nghiệp. Số liệu cho thấy có 92,66% ý kiến được hỏi “hài lòng với cơ hội được sử dụng những năng lực được đào tạo”. 86,72% “hài lòng với sự đầu tư của cơ quan nhà nước cho quá trình đào tạo”. Tỷ lệ thấp nhất là 59,89% đồng ý là “có nhiều cơ hội được thăng chức sau khi tốt nghiệp bác sĩ đa khoa 4 năm”.

Bảng 3.22 Ý kiến về cơ hội phát triển nghề nghiệp

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Hài lòng với sự đầu tư của cơ quan và nhà nước cho quá trình đào tạo | 307 | 86,72 |
| Hài lòng với cơ hội được sử dụng những năng lực được đào tạo | 328 | 92,66 |
| Học xong bác sĩ có nhiều cơ hội được làm việc ở tuyến cao hơn | 253 | 71,74 |
| Có cơ hội được học tiếp lên bậc cao hơn | 295 | 83,83 |
| Có nhiều cơ hội được thăng chức sau khi tốt nghiệp bác sĩ đa khoa 4 năm | 212 | 59,89 |

Phỏng vấn sâu lãnh đạo cho thấy, các bác sĩ đa khoa 4 năm đều được ưu tiên phát triển chuyên môn. Họ có cơ hội được lãnh đạo cử đi học giống như bác sĩ chính quy.

“Ở đơn vị chúng tôi, lãnh đạo vẫn động viên và tạo điều kiện cho anh em đi học. Chúng tôi không phân biệt bác sĩ đa khoa 4 năm hay chính quy”.
(PVS lãnh đạo bệnh viện huyện)

Khi hỏi về khả năng thăng tiến của bác sĩ đa khoa 4 năm, các lãnh đạo đơn vị đều trả lời rằng không có sự phân biệt trong việc đề bạt, bổ nhiệm giữa bác sĩ đa khoa 4 năm và bác sĩ chính quy.

Tại các đơn vị dự phòng tuyến huyện và tại trạm y tế, do thiếu bác sĩ nên sau khi tốt nghiệp về đa số các bác sĩ đa khoa 4 năm sẽ được bổ nhiệm lãnh đạo cấp khoa, phòng, hoặc trạm trưởng trạm y tế.

“Vì đơn vị thiếu bác sĩ, nên sau khi anh em tốt nghiệp quay trở lại làm việc, ban lãnh đạo chúng tôi đã họp, nếu anh em nào có năng lực sẽ bổ nhiệm lãnh đạo cấp khoa, phòng hoặc trạm y tế sớm”. (PVS lãnh đạo trung tâm y tế huyện)

Tại các đơn vị điều trị, do đặc thù công việc điều trị cần thời gian để làm quen và tích lũy thêm về chuyên môn nên sau khi tốt nghiệp, các bác sĩ đa khoa 4 năm sẽ không được bổ nhiệm ngay. Họ cần có một thời gian làm quen tại phòng khám 2-3 năm, sau đó đưa về khoa chuyên môn, rồi tùy vào tình hình phân đầu mới được bổ nhiệm.

“Do là cơ quan khám chữa bệnh, lãnh đạo cần có uy tín chuyên môn, nên các bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp về cần rèn luyện mấy năm tại phòng khám, tiếp theo chúng tôi đưa về khoa chuyên môn làm việc. Tùy theo năng lực chúng tôi sẽ bổ nhiệm. Ban lãnh đạo bệnh viện không có sự phân biệt bác sĩ đa khoa 4 năm với bác sĩ chính quy”. (PVS lãnh đạo bệnh viện huyện)

3.2.3 Chế độ đãi ngộ tài chính

Bảng 3.23 trình bày ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về chế độ tiền lương và phụ cấp. Hầu hết các ý kiến không hài lòng với các chế độ liên quan đến tiền lương và phụ cấp mà bác sĩ đa khoa 4 năm được hưởng. Cụ thể, chỉ có 20,34% những người được hỏi hài lòng với chế độ tiền lương cho bác sĩ hiện nay phù hợp và tương ứng với các nghề khác. Chỉ có 27,4% hài lòng với chế độ phụ cấp được hưởng khi trở thành bác sĩ. Cao nhất là 33,5% những người được hỏi hài lòng với chính sách lương bổng và đãi ngộ sau khi trở thành bác sĩ.

Bảng 3.23 Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về lương và phụ cấp

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Hài lòng với chính sách lương bổng và đãi ngộ sau khi trở thành bác sĩ | 117 | 33,05 |
| Chế độ lương cho bác sĩ hiện nay phù hợp và tương ứng với các nghề khác | 72 | 20,34 |
| Hài lòng với chế độ phụ cấp được hưởng khi trở thành bác sĩ | 97 | 27,40 |

3.2.4 Quan hệ trong công tác

Bảng 3.24 Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về quan hệ công tác

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|----------|-----------|
| Trong cơ quan, mối quan hệ lãnh đạo và nhân viên rất tốt | 316 | 89,27 |
| Lãnh đạo hoặc cấp trên quan tâm chủ yếu đến khả năng làm việc của nhân viên và cấp dưới | 285 | 80,51 |
| Lãnh đạo hoặc cấp trên tin tưởng hơn khi là bác sĩ và giao cho quyết định nhiều vấn đề | 297 | 83,90 |
| Có mối quan hệ công việc tốt với lãnh đạo | 316 | 89,27 |
| Có mối quan hệ tốt với đồng nghiệp | 330 | 93,22 |

Bảng 3.24 mô tả ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về quan hệ công tác. Trên 80% các ý kiến được hỏi đều hài lòng với các tiêu chí về quan hệ công tác tại cơ quan. Tỷ lệ đồng ý cao nhất là 93,22% những người được hỏi đánh giá là có mối quan hệ tốt với đồng nghiệp; 89,27% nhất trí rằng có mối quan hệ tốt với lãnh đạo và nhân viên; tỷ lệ thấp nhất là 80,51% đồng ý rằng lãnh đạo cấp trên quan tâm chủ yếu đến khả năng làm việc của nhân viên và cấp dưới.

3.2.5 Môi trường làm việc

Bảng 3.25 mô tả ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về môi trường làm việc. Bảng này cho thấy có 93,22% số người được hỏi đồng ý rằng mình phải có bổn phận đóng góp cho cơ quan và giúp đỡ đồng nghiệp; 81,92% đồng ý rằng ở cơ quan nhận được sự hỗ trợ và có nhiều cơ hội để hợp tác với đồng nghiệp về chuyên môn. Ý kiến có tỷ lệ đồng ý thấp nhất (75,99%) là môi trường làm việc của cơ quan luôn sạch sẽ, vệ sinh, không lây nhiễm.

Bảng 3.25 Ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về môi trường làm việc

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Môi trường làm việc của cơ quan luôn sạch sẽ, vệ sinh, không lây nhiễm | 269 | 75,99 |
| Yên tâm về tình hình an ninh nói chung ở cơ quan làm việc | 270 | 76,27 |
| Môi trường làm việc ở cơ quan có tác động tích cực tới đời sống xã hội của nhân viên | 274 | 77,40 |
| Ở cơ quan, được hỗ trợ và có nhiều cơ hội hợp tác với đồng nghiệp về chuyên môn | 290 | 81,92 |
| Cảm thấy mình có bổn phận đóng góp cho cơ quan và giúp đỡ đồng nghiệp về chuyên môn | 330 | 93,22 |

3.2.6 Mong đợi trong hoạt động chuyên môn

Bảng 3.26 mô tả ý kiến của bác sĩ đa khoa 4 năm về mong đợi trong hoạt động chuyên môn. Tỷ lệ đồng ý với các ý kiến trong phần này tương đối khác nhau từ mức độ thấp từ 39,83% cho đến mức độ cao nhất 92,94%. Phần lớn các bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp chương trình đại học đều thể hiện nhu cầu muốn được học tiếp chuyên khoa học ở trình độ cao hơn với tỷ lệ đồng ý với ý kiến này là 92,94%. Thứ đến là muốn được làm việc nhiều

hơn và phù hợp với chuyên môn của bác sĩ với tỷ lệ trả lời đồng ý là 92,09%. Mặc dù chuyển công tác là vấn đề rất bức xúc với việc sắp xếp bố trí nhân lực ngành y tế, tuy nhiên, khi được hỏi thì chỉ có 39,83% bác sĩ trả lời nếu có cơ hội sẽ chuyển về làm việc ở thành phố đô thị hoặc nơi có điều kiện tốt hơn.

Bảng 3.26 Mong muốn của bác sĩ đa khoa 4 năm trong hoạt động chuyên môn

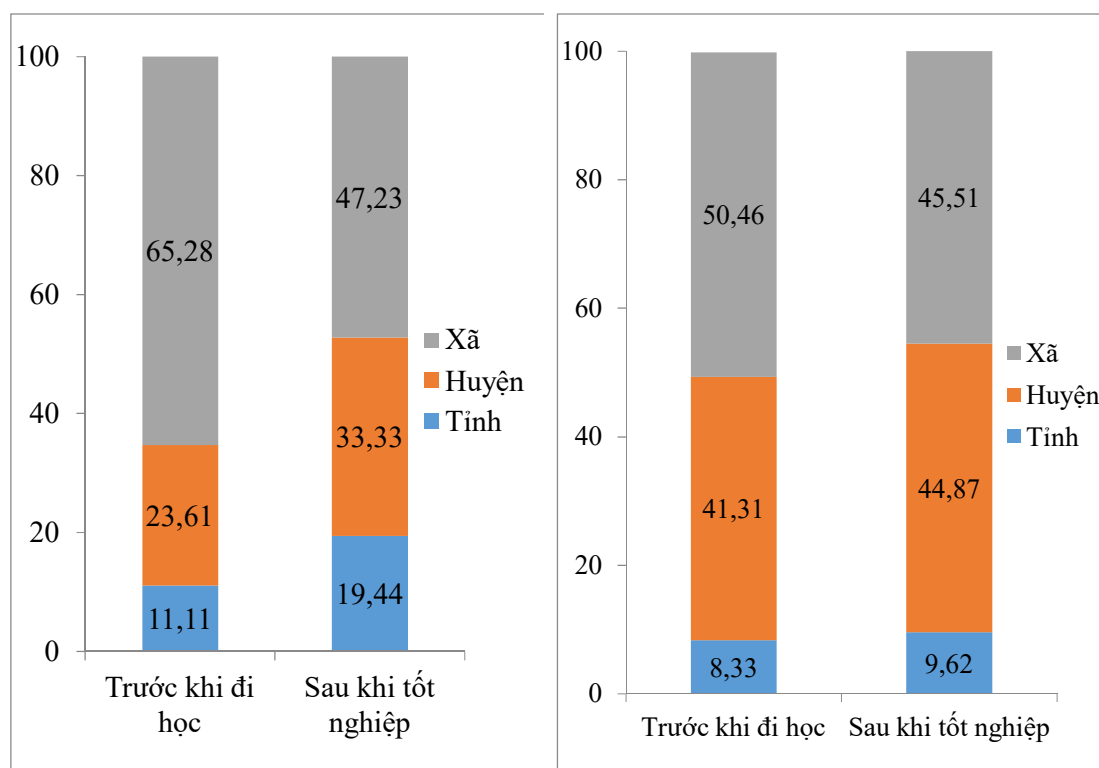
| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Muốn được học tiếp chuyên khoa hoặc trình độ cao hơn | 329 | 92,94 |
| Muốn được làm việc nhiều hơn phù hợp với chuyên môn của bác sĩ | 326 | 92,09 |
| Muốn được cơ quan, tổ chức quan tâm bổ nhiệm chức vụ cao hơn khi tôi là bác sĩ | 219 | 61,86 |
| Muốn được xem xét chuyển công tác về tuyến trên khi tôi là bác sĩ | 168 | 47,46 |
| Nếu có cơ hội, sẽ chuyển về làm việc ở thành phố, đô thị hoặc nơi có điều kiện tốt hơn | 141 | 39,83 |

3.2.7 Di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm

Bảng 3.27 trình bày tỷ lệ di chuyển công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp từ năm 2006 đến năm 2015. Số liệu trong bảng cho thấy tỷ lệ di chuyển chung là 16,1% so với tỷ lệ không di chuyển được 83,9%.

Bảng 3.27 Tỷ lệ di chuyển công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp từ năm 2006-2016

| Tiêu chí | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|----------|-----------|
| Có di chuyển công tác | 57 | 16,10 |
| Không di chuyển công tác | 297 | 83,90 |
| Tổng | 354 | 100,00 |

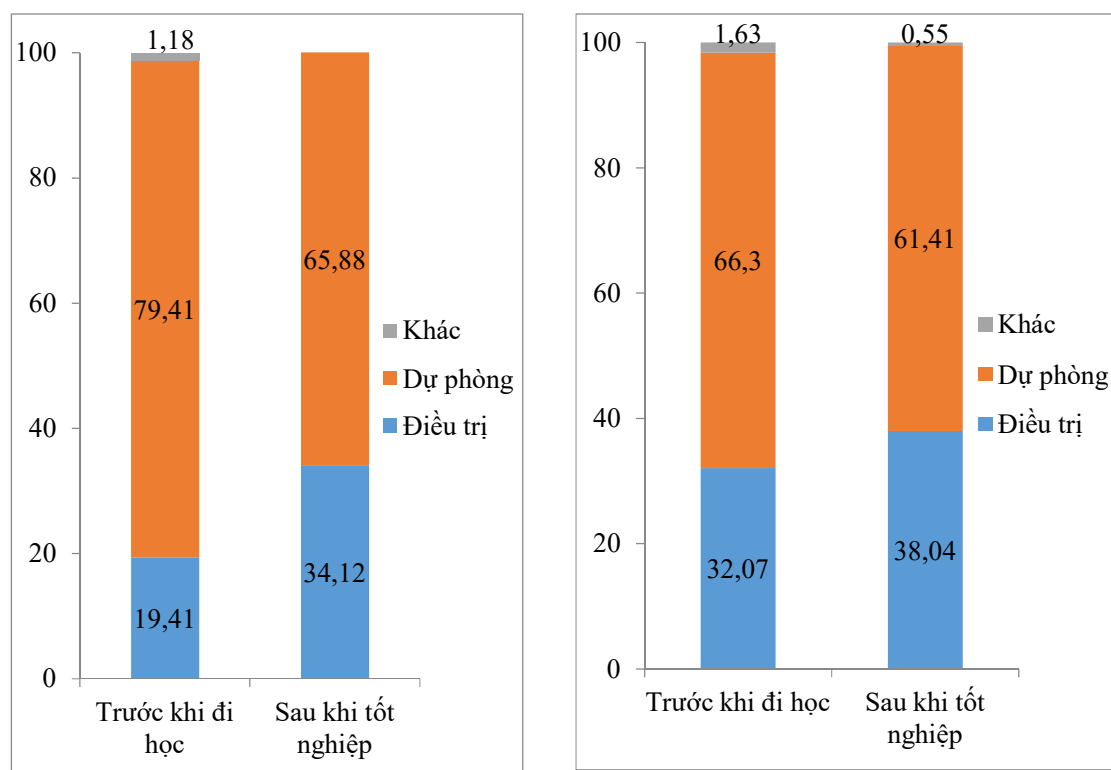


Tốt nghiệp từ 2006-2011

Tốt nghiệp từ 2012-2016

Biểu đồ 3.5 Thay đổi tuyến công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm trước và sau khi tốt nghiệp

Thay đổi tuyến công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm: Biểu đồ 3.5 so sánh tỷ lệ di chuyển công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2006-2011 có sự dịch chuyển công tác từ tuyến xã (tỷ lệ 65,28% trước khi đi học) lên tuyến huyện và tuyến tỉnh là 18,05% (tuyến xã còn 47,23% sau khi đi tốt nghiệp). Các bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp trong giai đoạn 2012-2016 có di chuyển tuyến công tác ít hơn, chỉ có 4,95% bác sĩ đa khoa 4 năm dịch chuyển từ tuyến xã lên tuyến cao hơn.



Tốt nghiệp từ 2006-2011

Tốt nghiệp từ 2012-2016

Biểu đồ 3.6 Thay đổi lĩnh vực công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm trước và sau tốt nghiệp

Thay đổi lĩnh vực công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm: Biểu đồ 3.6 cho thấy tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm công tác trong hệ điều trị tăng lên từ 14,71% (từ 19,41% lên 34,12%) đối với các bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2006-2011, tương ứng với điều đó, tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm chuyển từ dự phòng sang điều trị là 13,45%. bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2012-2016 có sự thay đổi ít hơn.

Bảng 3.28 Tuổi và thời gian công tác của bác sĩ trước khi di chuyển

| Chỉ số | TB \pm SD | Thấp nhất | Cao nhất |
|--|------------------|-----------|----------|
| Tuổi khi chuyển công tác | 36,6 \pm 5,92 | 27 | 49 |
| Số năm công tác trước khi thay đổi công việc | 12,28 \pm 5,44 | 5 | 26 |
| Số năm tính từ khi tốt nghiệp bác sĩ đến khi chuyển công tác | 1,39 \pm 1,76 | 0 | 7 |

Bảng 3.28 mô tả các chỉ số tuổi và thời gian công tác của bác sĩ đa khoa 4 năm trước khi di chuyển. Số liệu bảng này cho thấy, tuổi trung bình khi di chuyển công tác là 36,6 với độ lệch chuẩn 5,92 tuổi. Tuổi trẻ nhất khi di chuyển là 27 và lớn nhất là 49 tuổi.

Số năm công tác trung bình trước khi thay đổi công việc là 12,28 năm với độ lệch chuẩn 5,44 năm. Thời gian công tác thấp nhất trước khi di chuyển là 5 năm và cao nhất là 26 năm.

Thời gian trung bình tính từ khi tốt nghiệp bác sĩ đến khi chuyển công tác giảm 1,39 năm, thời gian tối thiểu là 0, thời gian tối đa là 7 năm.

3.3 Đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ và đề xuất giải pháp cải thiện chất lượng bác sĩ đa khoa được đào tạo theo chương trình 4 năm

3.3.1 Khả năng đáp ứng nhiệm vụ

Bảng 3.29 mô tả tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm tự đánh giá có khả năng đáp ứng với công việc theo 5 tiêu chí. Số liệu trong bảng cho thấy với mỗi trong tất cả 5 tiêu chí trên 90% bác sĩ đa khoa 4 năm đều đánh giá đạt. Tỷ lệ đánh giá cao nhất là 96,89% với tiêu chí là tự tin hơn so với trước đây khi tiếp xúc với người bệnh. Đứng thứ hai với tỷ lệ 96,33% là tiêu chí “Được người bệnh tin tưởng hơn so với trước khi đi học bác sĩ đa khoa 4 năm”. Tỷ lệ tự đánh giá đạt thấp nhất là 93,2% với tiêu chí “có thể phối hợp với nhiều đối tác hơn trong công việc sau khi trở thành bác sĩ”.

Bảng 3.29 Tỷ lệ bác sĩ tự đánh giá khả năng đáp ứng công việc

| Chỉ số | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| Có thể giải quyết được nhiều công việc chuyên môn hơn so với khi còn là y sĩ | 333 | 94,07 |
| Được người bệnh tin tưởng hơn so với trước khi đi học bác sĩ đa khoa 4 năm | 341 | 96,33 |
| Có thể phối hợp với nhiều đối tác hơn trong công việc sau khi trở thành bác sĩ | 330 | 93,22 |
| Tự tin hơn so với trước đây khi tiếp xúc và điều trị người bệnh | 343 | 96,89 |
| Tự tin hơn khi thảo luận và tranh luận về chuyên môn khi đã trở thành bác sĩ | 331 | 93,50 |

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy, khả năng đáp ứng công việc của bác sĩ đa khoa 4 năm cũng tùy vào từng cá nhân và tùy vào từng nhiệm vụ được giao.

Nhận định của một số lãnh đạo Sở Y tế như sau:

“Theo tôi bác sĩ 4 năm phù hợp với công tác dự phòng và khám chữa bệnh ban đầu ở tuyến y tế cơ sở. Vì họ đã từng là y sĩ, đã từng tham gia mảng dự phòng nên có kinh nghiệm và có thể làm tốt. Với điều trị chuyên sâu, theo các chuyên khoa từ bệnh viện tuyến tỉnh trở lên phải sử dụng bác sĩ chính quy (PVS lãnh đạo Sở Y tế)

Đối với lĩnh vực dự phòng thì các lãnh đạo đơn vị đều đánh giá các bác sĩ đa khoa 4 năm hoàn thành tốt nhiệm vụ sau khi được đào tạo, vì trước đây khi còn là y sĩ họ đã từng làm công việc và nắm bắt tình hình rồi.

“Vì trước đây anh em đã từng làm tại cơ quan, nên sau khi quay lại làm việc, anh em là bác sĩ nên tự tin và nắm bắt công việc nhanh thôi. Nói chung tôi đánh giá anh em đáp ứng tốt”. (PVS lãnh đạo trung tâm y tế huyện)

Đối với lĩnh vực khám chữa bệnh, hầu hết các lãnh đạo bệnh viện cho rằng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm trong thời gian 4 năm chưa đủ để bác sĩ có thể làm việc độc lập. Thời gian các bệnh viện cần đào tạo thêm khác nhau giữa các khối chuyên khoa. Thông thường khối nội cần thời gian thực hành ngắn hơn trong khi khối ngoại cần nhiều hơn. Thời gian đào tạo làm quen với công việc chuyên môn ở trình độ bác sĩ nói chung cần nhiều hơn thời gian thực hành cần thiết để được cấp chứng chỉ hành nghề bác sĩ.

“Quá trình đào tạo và quá trình làm việc ở thực tế khác nhau nên bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp chúng tôi thường phải đào tạo thêm 2-3 năm nữa. Sau đó, anh em cũng đáp ứng được công việc. Còn có đáp ứng tốt hay không tùy vào từng cá nhân. Về khối nội thì sau khi đào tạo thêm, đa phần anh em làm được, khối ngoại thì không phải ai cũng làm được. Hoặc để làm ngoại phải học thêm chuyên khoa”. (PVS lãnh đạo bệnh viện huyện)

Như vậy, khả năng đáp ứng công việc đối với hệ điều trị và hệ dự phòng có sự khác nhau. Các bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong hệ dự phòng có thể đáp ứng tốt hơn với công việc chuyên môn của lĩnh vực này trong khi lại kém hơn ở hệ điều trị. Qua khảo sát cho thấy, công việc trong hệ dự phòng thường không thay đổi nhiều nên các bác sĩ đa khoa 4 năm đã đảm nhiệm và quen thuộc với những công việc này từ khi còn là y sĩ. Khác với hệ dự phòng, các bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong hệ điều trị có sự thay đổi vai trò rõ rệt trong việc khám bệnh, chẩn đoán, điều trị với phạm vi công việc chuyên môn phức tạp hơn trong khi thực hành trong trường chưa đủ giúp họ trải nghiệm nhiều tình huống chuyên môn đủ làm họ vững vàng trong nghề nghiệp.

3.3.2 Ý kiến về giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

Trong số 12 giải pháp đề xuất, sinh viên và bác sĩ đang công tác tán thành cao với hầu hết các giải pháp với tỷ lệ đồng ý rất cao trên 80% (Bảng 3.30).

Bảng 3.30 Tỷ lệ khuyến nghị với các giải pháp nâng cao chất lượng bác sĩ đa khoa 4 năm

| Giải pháp | Sinh viên (N=400) | | Bác sĩ (N=354) | |
|---|-------------------|-----------|----------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tuyển chọn nghiêm túc hơn | 338 | 84,50 | 298 | 84,18 |
| Tổ chức thi quốc gia như sinh viên y 6 năm | 239 | 59,75 | 165 | 46,61 |
| Có thời gian ôn thi phù hợp | 346 | 86,50 | 315 | 88,98 |
| Chương trình đào tạo kéo dài thêm | 254 | 63,50 | 134 | 37,85 |
| Tăng thời lượng thực hành lâm sàng | 360 | 90,00 | 305 | 86,16 |
| Chương trình chú trọng hơn đến các vấn đề y tế thường gặp | 360 | 90,00 | 325 | 91,81 |
| Mở rộng thêm cơ sở thực hành về địa phương | 351 | 87,75 | 279 | 78,81 |
| Tăng cường giảng viên là các bác sĩ của bệnh viện | 356 | 89,00 | 300 | 84,75 |
| Đảm bảo tỷ lệ sinh viên/cán bộ giảng lâm sàng | 359 | 89,75 | 318 | 89,83 |
| Cải thiện phương pháp đánh giá sinh viên | 341 | 85,25 | 316 | 89,27 |
| Đánh giá kết quả học tập cần dựa vào mục tiêu năng lực | 364 | 91,00 | 334 | 94,35 |
| Kế hoạch học tập cần phổ biến trước để sinh viên chuẩn bị | 358 | 89,50 | 337 | 95,20 |

Có 3 giải pháp nhận được ý kiến tán thành thấp gồm:

- “Tổ chức thi quốc gia như sinh viên y 6 năm”, có 59,75% số sinh viên trả lời đồng ý, trong khi đó chỉ có 46,61% bác sĩ đồng ý.

- “Chương trình đào tạo kéo dài thêm”, có 63,50% số sinh viên trả lời đồng ý, trong khi đó chỉ có 37,85% bác sĩ đồng ý.

3.3.3 Xây dựng tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm

Trên cơ sở tổng quan kinh nghiệm quốc tế và trong nước thông qua các nghiên cứu trước đây, thực trạng về đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm và ý kiến của các đối tượng nghiên cứu về các giải pháp nâng cao chất lượng và sử dụng có hiệu quả bác sĩ đa khoa 4 năm, chúng tôi đã thảo luận với các chuyên gia có kinh nghiệm và hiểu biết về đào tạo và quản lý nhân lực y tế và hình thành dự thảo các tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ 4 năm. Các tiêu chí được trình bày trong Phụ lục 4 của luận án và được liệt kê trong các bảng dưới đây.

Dự thảo bao gồm 26 tiêu chí được gửi tới các cán bộ quản lý đào tạo và sử dụng nhân lực y tế trong địa bàn nghiên cứu để xin ý kiến. Nghiên cứu thu được 94 phiếu trả lời từ các cán bộ quản lý. Phân bố cán bộ trả lời, góp ý được trình bày trong Bảng 3.31.

Bảng 3.31 Phân bố đối tượng góp ý kiến cho các tiêu chí

| Loại đối tượng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|-----------------|------------------|
| Cơ quan | | |
| Trường đại học/Khoa y dược | 32 | 34,04 |
| Bệnh viện | 18 | 19,15 |
| Cơ sở dự phòng | 17 | 18,09 |
| Sở Y tế | 13 | 13,83 |
| Trung tâm y tế 2 chức năng | 14 | 14,89 |
| Tổng | 94 | 100,00 |

| Loại đối tượng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---|-----------------|------------------|
| Chức vụ | | |
| Lãnh đạo và trưởng phòng TCCB SYT | 13 | 13,83 |
| Lãnh đạo bệnh viện tỉnh | 11 | 11,70 |
| Lãnh đạo TTYTDP tỉnh | 13 | 13,83 |
| Lãnh đạo bệnh viện huyện | 7 | 7,45 |
| Lãnh đạo TTYTDP huyện | 18 | 19,15 |
| Lãnh đạo và trưởng phòng Đào tạo trường | 15 | 15,96 |
| Lãnh đạo bộ môn của trường | 17 | 18,09 |
| Tổng | 94 | 100,00 |

Dự thảo tiêu chí nhằm nâng cao chất lượng đào tạo và sử dụng hiệu quả bác sĩ đa khoa hệ 4 năm nhận được góp ý của 94 cán bộ quản lý các cơ quan y tế và cán bộ quản lý nhà trường và bộ môn của các cơ sở đào tạo liên thông trong địa bàn nghiên cứu. Tỷ lệ đồng ý và không đồng ý và lý do không đồng ý và lý do không đồng ý của các cán bộ quản lý cho các tiêu chí được trình bày dưới đây theo các nhóm tiêu chí gồm: đối tượng đào tạo, hình thức tuyển chọn, cơ sở đào tạo và cơ sở thực hành, tuyển dụng và đào tạo liên tục cho bác sĩ đa khoa 4 năm.

Bảng 3.32 trình bày ý kiến đồng ý và không đồng ý về các tiêu chí đối tượng tuyển chọn cho đào tạo bác sĩ đa khoa hệ 4 năm. Đa số các ý kiến đồng ý với dự thảo với tỷ lệ đồng ý thấp nhất là 55,32% và cao nhất là 94,68%. Các tiêu chí 1, 2, 4, và 6 có tiền lệ không đồng ý khá cao.

Bảng 3.32 Ý kiến về các tiêu chí đối tượng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 1: Chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế tuyến xã và huyện | 71 | 75,53 | 23 | 24,47 |
| Tiêu chí 2: Chỉ tuyển cán bộ y tế tại các xã/huyện thuộc vùng khó khăn, xã nghèo hoặc cận nghèo theo quy định của Chính phủ | 52 | 55,32 | 42 | 44,68 |
| Tiêu chí 3: Có bằng tốt nghiệp y sĩ | 89 | 94,68 | 5 | 5,32 |
| Tiêu chí 4: Thời gian công tác ít nhất 2 năm ở trình độ y sĩ | 75 | 79,79 | 19 | 20,21 |
| Tiêu chí 5: Lĩnh vực công tác: làm công tác chuyên môn về dự phòng hoặc khám chữa bệnh ban đầu | 84 | 89,36 | 10 | 10,64 |
| Tiêu chí 6: Ưu tiên người dân tộc ít người, đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác | 73 | 77,66 | 21 | 22,34 |

Với tiêu chí thứ nhất, chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế huyện và xã, tỷ lệ không đồng ý là 24,47%. Có một số ý kiến cho rằng đối tượng này cần được mở rộng cho cả nhân viên ở trung tâm y tế tuyến tỉnh, đặc biệt các trung tâm y tế thuộc hệ dự phòng cần được đào tạo bằng chương trình này do khả năng thu hút và rất thiếu nhân lực trong lĩnh vực này.

Có 44,68% ý kiến không đồng ý với tiêu chí thứ hai “chỉ tuyển cán bộ y tế các xã huyện thuộc vùng khó khăn xã nghèo và cận nghèo theo quy định của chính phủ”. Ý kiến giải thích rằng do rất thiếu nhân viên ở y tế tuyến cơ

sở và tuyển huyện trong khi nguồn cán bộ được cử đi đào tạo rất hạn chế ở các khu vực khó khăn và rất nghèo và cận nghèo. Do vậy, không nên hạn chế chỉ tuyển đối tượng cán bộ ở khu vực này.

Có 20,21% ý kiến không đồng ý với tiêu chí thứ 4. Một số ý kiến cho rằng nhận thời gian công tác chỉ cần 1 năm là có thể được đi học bác sĩ đa khoa hệ 4 năm. Ngược lại, nhiều ý kiến cho rằng cần phải từ 5 năm kinh nghiệm trở lên mới được đi học bác sĩ.

Bảng 3.33 Ý kiến về các tiêu chí xét tuyển đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 7: Điểm trung bình thi tốt nghiệp trình độ y sĩ từ 7,5 trở lên | 58 | 61,70 | 36 | 38,30 |
| Tiêu chí 8: Điểm thi tuyển các môn y học cơ sở (giải phẫu và sinh lý) và chuyên môn nội, ngoại, sản, nhi (thi theo trình độ y sĩ) đạt trên 5 điểm trở lên | 85 | 90,43 | 9 | 9,57 |
| Tiêu chí 9: Bài luận mô tả kinh nghiệm chuyên môn và mục tiêu học tập phù hợp với dự định làm việc sau khi tốt nghiệp | 77 | 81,91 | 17 | 18,09 |
| Tiêu chí 10: Cam kết trở về làm việc tại cơ quan hiện đang công tác ít nhất 5 năm sau khi tốt nghiệp | 82 | 87,23 | 12 | 12,77 |

Có 22,34% ý kiến không đồng ý với tiêu chí thứ 6 “Ưu tiên người dân tộc ít người đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác”. Một số ý kiến cho rằng nên cử cả cán bộ y tế là người dân tộc Kinh sống lâu năm ở vùng DTIN đi học bác sĩ đa khoa hệ 4 năm để có đủ nguồn tuyển.

Tỷ lệ cán bộ có ý kiến đồng ý với các tiêu chí xét tuyển bác sĩ đa khoa 4 năm khá cao, từ 61% chính 90% như được trình bày trong Bảng 3.33.

Tuy nhiên, tỷ lệ không đồng ý cao nhất với 38,30% thuộc về tiêu chí thứ 7. Các lý do nêu ra là đào tạo hiện nay theo hệ thống tín chỉ không có thi tốt nghiệp và các trường thường cho điểm chủ quan.

Với tiêu chí thứ 9, mặc dù tỷ lệ đồng ý rất cao song có ý kiến cho rằng để đánh giá tuyển sinh cần phải tổ chức xét tuyển và có phỏng vấn.

Với tiêu chí thứ 10, một số ý kiến cho rằng thời gian lưu lại công tác sau khi được đào tạo bác sĩ đa khoa hệ 4 năm cần tối thiểu từ 8-10 năm thay vì 5 năm như trong dự thảo.

Bảng 3.34 trình bày ý kiến đối với các tiêu chí của cơ sở đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm, bao gồm cả cơ sở thực hành. Kết quả khảo sát cho thấy trên 85% các ý kiến đồng ý với các tiêu chí này.

Bảng 3.34 Ý kiến về các tiêu chí cơ sở đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 10: Sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được quản lý theo lớp riêng khi học các học phần lâm sàng | 85 | 90,43 | 9 | 9,57 |
| Tiêu chí 11: Có cơ sở thực hành đủ các chuyên ngành nội, ngoại, sản, nhi và các chuyên khoa khác có ở bệnh viện tuyến huyện | 86 | 91,49 | 8 | 8,51 |
| Tiêu chí 12: Thời lượng thực hành lâm sàng ít nhất 50% tổng thời lượng dành cho các học phần lâm sàng | 89 | 94,68 | 5 | 5,32 |

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 13: Thời lượng dành cho các học phần sinh viên tự chọn ít nhất 30% số tín chỉ yêu cầu | 81 | 86,17 | 13 | 13,83 |
| Tiêu chí 14: Có chương trình đào tạo riêng cho bác sĩ đa khoa 4 năm | 86 | 91,49 | 8 | 8,51 |
| Tiêu chí 15: Chương trình đào tạo lồng ghép các nội dung phát triển các năng lực hướng tới đạt chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa do Bộ Y tế ban hành | 89 | 94,68 | 5 | 5,32 |
| Tiêu chí 16: Có chỉ tiêu chuyên môn thực hành lâm sàng, có tiêu chí đánh giá từng chỉ tiêu và được áp dụng đánh giá sinh viên hoàn thành các học phần lâm sàng | 88 | 93,62 | 6 | 6,38 |
| Tiêu chí 17: Có phân công bác sĩ bệnh viện và/hoặc nhà trường trực tiếp quản lý và hướng dẫn sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm khi thực hành lâm sàng tại bệnh viện | 90 | 95,74 | 4 | 4,26 |
| Tiêu chí 18: Có theo dõi, đánh giá quá trình hình thành các năng lực theo chuẩn năng lực do Bộ Y tế ban hành | 89 | 94,68 | 5 | 5,32 |

Bảng 3.35 đề cập các tiêu chí tuyển dụng và đào tạo liên tục, trên 80% số người có ý kiến đồng ý với các tiêu chí, ngoại trừ tiêu chí 22 về thời gian tập sự 18 tháng với 31,91% không đồng ý. Ý kiến không đồng ý đề nghị chỉ cần thời gian 12 tháng theo quy định về tập sự và cần có bác sĩ hướng dẫn.

Như vậy, với 26 tiêu chí được tổng hợp từ ý kiến các chuyên gia được đưa ra để xin ý kiến của các cán bộ quản lý, trên một nửa số người được hỏi đồng ý với tất cả các tiêu chí.

Bảng 3.35 Ý kiến về các tiêu chí tuyển dụng và đào tạo liên tục bác sĩ đa khoa 4 năm

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|--|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 19: Cơ quan sử dụng nhân lực có kế hoạch cử nhân viên đi đào tạo theo nhu cầu phù hợp với mô tả vị trí việc làm | 91 | 96,81 | 3 | 3,19 |
| Tiêu chí 20: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm phải tiếp tục làm việc tại cơ sở ít nhất 5 năm kể từ sau tốt nghiệp | 80 | 85,11 | 14 | 14,89 |
| Tiêu chí 21: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm trở về cơ quan được phân công công việc theo trình độ và lĩnh vực chuyên môn được đào tạo | 87 | 92,55 | 7 | 7,45 |
| Tiêu chí 22: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 18 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa | 64 | 68,09 | 30 | 31,91 |
| Tiêu chí 23: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được hưởng lương và các chế độ phụ cấp tương ứng với ngạch lương bác sĩ sau khi tốt nghiệp chương trình đào tạo | 88 | 93,62 | 6 | 6,38 |
| Tiêu chí 24: Hàng năm, cơ quan sử dụng sắp xếp để bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được đào tạo liên tục thuộc phạm vi chuyên môn được phân công với thời gian ít nhất 24 giờ | 86 | 91,49 | 8 | 8,51 |

| Tiêu chí | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|---|----------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| Tiêu chí 25: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm làm việc ở tuyến huyện sau 2 năm được cử đi học chuyên khoa phù hợp với vị trí và lĩnh vực chuyên môn được phân công; tuyển xã được cử đi học chuyên khoa về y học gia đình./. | 81 | 86,17 | 13 | 13,83 |

Các tiêu chí có tỷ lệ đồng ý dưới 80% gồm tiêu chí 1 (75,53%), tiêu chí 2 (55,32%), tiêu chí 4 (79,79%), tiêu chí 6 (77,66%), tiêu chí 7 (61,70%), và tiêu chí 22 (68,09).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

4.1.1 Tuyển chọn

Vấn đề giới, dân tộc và độ tuổi đang được quan tâm trong nhiều chính sách nhân lực theo xu hướng bình đẳng và tạo điều kiện cho các nhóm yếu thế có cơ hội phát triển.

Về giới, số liệu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giữa nam và nữ của sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm là 51,5/48,5. Tỷ lệ này đảo ngược so với cơ cấu giới trong tổng điều tra dân số trong đó nam chiếm 49% và nữ chiếm 51%. Tuy nhiên sự khác biệt này không đáng kể [13]. Mặc dù có nhiều số liệu cho thấy sự khác biệt về giới trong giáo dục với hướng bất lợi nghiêng về nữ, song qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này khá cân bằng.

Về dân tộc, tỷ số giữa người dân tộc Kinh và các DTIN trong số liệu nghiên cứu là 85/15. So với tỷ lệ DTIN trên tổng dân số của tổng điều tra dân số năm 2009, tỷ lệ giữa người Kinh là 85% và người DTIN là 15% nên tỷ lệ dân tộc trong mẫu nghiên cứu là tương xứng với kết quả điều tra dân số [13, 100, 101]. Tuy nhiên, xét trên phạm vi vùng khó khăn, nơi có nhiều DTIN sinh sống thì tỷ lệ này có vẻ chưa phù hợp.

Về tuổi của học viên, độ tuổi trung bình là 29,60 tuổi, khá cao so với tuổi trung bình của sinh viên bác sĩ đa khoa 6 năm được tuyển sau khi tốt nghiệp trung học phổ thông và thi vào đại học thường ở độ tuổi 18 đến 19 tuổi. So với các nước trên thế giới thì độ tuổi vào trường y cũng khoảng 18 đến 19 tuổi trừ một số trường ở các nước tuyển sinh văn bằng 2 hoặc tuyển sinh sau khi đã tốt nghiệp chương trình đại học chẳng hạn như Mỹ, Úc, Anh... thì độ tuổi vào trường y thường khoảng 23-24 tuổi [29, 102, 103].

Khác với các nước nói trên, phạm vi tuổi nhập học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm ở Việt Nam tuyển sinh đối tượng có độ tuổi biến thiên khá rộng. Điều này cần được lưu ý trong việc quy định cách thức tuyển sinh và tổ chức đào tạo bởi sự khác biệt khác lớn về năng lực và kinh nghiệm. Chẳng hạn, ở độ tuổi 30-40 tuổi phải làm những bài thi kiến thức trung học phổ thông như môn toán, môn sinh học, môn hóa học thì không phù hợp và thiếu khả năng cạnh tranh đối với những người vừa mới tốt nghiệp trung học phổ thông. Do vậy trong công tác tuyển sinh cũng nên chú ý đặc điểm này để mà có phương pháp lựa chọn sinh viên thích hợp.

Trên thế giới có khá nhiều cách thức tuyển chọn. Tại Mỹ, sinh viên được tuyển chọn vào các trường y hầu hết đã tốt nghiệp của trường đại học, đề thi tuyển chọn sinh viên y khoa (MCAT) không chú trọng đánh giá kiến thức của giáo dục phổ thông mà tập trung vào năng lực cần thiết để có thể học trường y mà sinh viên đã được chuẩn bị ở bậc học trước. Một bài thi MCAT, tuyển chọn sinh viên và học các trường y khoa của hoa kỳ bao gồm 4 phần. Thứ nhất, các câu hỏi cơ bản về sinh học và hóa sinh của cơ thể sống. Phần này kiểm tra các kiến thức về sinh học và hóa sinh, đồng thời đòi hỏi thí sinh hiểu biết về hóa học vô cơ và hóa hữu cơ. Thí sinh phải trả lời các câu hỏi về chức năng của các phân tử sinh học, những quá trình xảy ra trong một cơ thể sống và tổ chức hệ thống các cơ quan trong một hệ thống sinh học. Thứ hai, các câu hỏi về vật lý và hóa học cơ bản của hệ thống sinh học. Phần này kiểm tra kiến thức về hóa học và vật lý trong phạm vi của cơ thể sống, đòi hỏi thí sinh và hiểu biết về hoá học, vật lý hữu cơ và vô cơ cũng như kiến thức về sinh học và hóa sinh. Đặc biệt, phần này tập trung cao vào các nguyên tắc vật lý nằm trong các quá trình sinh học và tương tác hóa học hình thành nên cơ sở hiểu biết rộng hơn về hệ thống sinh học đồng thời thí sinh cũng phải nắm được các phương pháp nghiên cứu và thống kê để trả lời được các câu hỏi.

Thứ ba, các câu hỏi về các chức năng sinh học, xã hội và tâm lý học của hành vi. Phần này kiểm tra năng lực của thí sinh thể hiện những hiểu biết của mình về xã hội học và tâm lý học liên quan đến hành vi cũng như là các yếu tố văn hóa xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe. Đặc biệt, bài thi kiểm tra về hành vi, sự thay đổi hành vi, nhận thức về mình và về người khác, sự khác biệt về văn hóa và xã hội có tác động đến sức khỏe và sự phân tầng xã hội. Thứ tư, các câu hỏi về kỹ năng đọc và phân tích. Phần này kiểm tra thí sinh về năng lực hiểu biết và suy diễn thông qua các bài đọc hiểu kèm theo những câu hỏi bao quát các chủ đề từ khoa học xã hội đến nhân văn. Thứ năm, các câu hỏi về kỹ năng lý luận và nghiên cứu khoa học. Phần này yêu cầu các thí sinh phải thể hiện được 4 kỹ năng quan trọng của lý luận và nghiên cứu khoa học bao gồm hiểu biết về các nguyên lý và khái niệm khoa học, lý luận về khoa học và giải quyết vấn đề, lý luận về việc thiết kế và thực hiện các nghiên cứu, và kỹ năng lý luận về thống kê và cơ sở dữ liệu.

Ở Anh, sinh viên vào y khoa có thể lựa chọn những cách thi khác nhau, trong đó có thi UKCAT. UKCAT đánh giá ứng viên dựa vào 4 tiêu chí. Thứ nhất, đánh giá về năng lực ngôn ngữ, đánh giá năng lực của các thí sinh về cách tư duy logic đối với những thông tin được viết và đi đến những kết luận có tính logic. Thứ hai, đánh giá về năng lực ra quyết định, phần này đánh giá thí sinh áp dụng logic để ra quyết định, đánh giá về những ý kiến tranh luận và phân tích các thông tin thống kê. Thứ ba, đánh giá về tư duy lượng hóa, phần này đánh giá thí sinh về khả năng giải quyết những bài toán số. Thứ tư, đánh giá khả năng tóm tắt, thí sinh được đánh giá về suy diễn mối liên quan từ những thông tin cho trước.

So sánh với hình thức thi tuyển sinh viên y khoa nói chung và sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm nói riêng chúng ta thấy có sự khác biệt rất lớn với cách tuyển sinh viên y khoa của Mỹ và Anh. Cách tuyển chọn của Việt Nam tập

trung khá nhiều vào các kỹ năng đề toán hóa học hoặc sinh học cơ bản ở chương trình phổ thông mà chưa đánh giá những kỹ năng cần thiết có trước để học chương trình y khoa ngoại trừ thi tuyển bác sĩ đa khoa 4 năm có phần thi đánh giá năng lực chuyên môn, song phần này lại tập trung khá nhiều vào kiến thức của học phần lâm sàng. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào chứng minh tính ưu việt của mỗi hình thức lựa chọn sinh viên y khoa song có một điểm dễ dàng nhận ra rằng việc tuyển chọn sinh viên y khoa ở hầu hết các nước đều dựa trên việc đánh giá lực cốt lõi cần có phục vụ học y khoa làm tiền đề cho việc học tập và hành nghề y sau này.

Về kinh nghiệm công tác trước khi đi học, trung bình trước khi đi học bác sĩ đa khoa 4 năm cán bộ y tế phải có kinh nghiệm khoảng 3 năm như yêu cầu trước đây hoặc tối thiểu 2 năm như yêu cầu hiện nay. Với thời gian công tác trung bình trước khi nhập học 77 tháng, tương ứng với hơn 7 năm với độ lệch chuẩn khá lớn, cho thấy kinh nghiệm công tác cũng rất khác nhau giữa các đối tượng cùng và học chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm. Với đặc điểm như vậy thì một vấn đề đặt ra là làm sao có được chương trình phù hợp với mọi đối tượng, từ những đối tượng ít kinh nghiệm, ít tuổi đến những đối tượng có nhiều năm kinh nghiệm, thậm chí kinh nghiệm chuyên môn chuyên khoa sâu và cao tuổi đòi hỏi phải có những chương trình đào tạo thích hợp. Về vấn đề này, Bộ Giáo dục và Đào tạo khuyến khích các trường đào tạo theo tín chỉ và có các cấu phần lựa chọn để các sinh viên có thể tự thiết kế và học theo nhu cầu của mình. Tuy nhiên, trên thực tế thì khả năng đáp ứng của các trường với nhu cầu của từng người học rất khó khăn. Do đó nhu cầu của người học chưa hoàn toàn được đáp ứng theo phương châm lấy học sinh sinh viên làm trung tâm [104].

Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi trung bình nhập học của sinh viên giữa nam và nữ, giữa người Kinh và người DTIN cho thấy sự bình đẳng giữa nam và nữ, giữa người Kinh và người DTIN trong đào tạo cán bộ y tế.

Về đối tượng dự tuyển bác sĩ liên thông là y sĩ, hiện nay có một số vấn đề đang được bài luận. Một vấn đề thường được đặt ra đó là chất lượng đào tạo y sĩ có đảm bảo để tiếp tục đào tạo theo chương trình bác sĩ 4 năm hay không. Chương trình đào tạo y sĩ có nhiều thay đổi trong vài thập niên qua. Trước đây chương trình y sĩ từng được đào tạo với thời gian 3 năm ở trình độ trung cấp. Luật Giáo dục năm 1998 đã quy định lại thời gian đào tạo trình độ trung cấp không quá 2 năm cho người đã tốt nghiệp trung học phổ thông. Do vậy, từ năm 2000 trở lại đây, y sĩ được đào tạo trong các trường trung cấp chuyên nghiệp với thời gian không quá 2 năm. Với thời gian như vậy và khối lượng kiến thức lý thuyết cũng như thực hành đối với người hành nghề y làm nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh tương đối lớn so với các ngành khác và phải bao gồm những học phần giáo dục bắt buộc vốn chiếm tỷ trọng thời gian khá dài nên ảnh hưởng khá nhiều đến chất lượng chuyên môn của y sĩ. Trong một số giai đoạn nhất định, để đảm bảo những yêu cầu cấp bách về nhân lực khám chữa bệnh y học cổ truyền và chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, đặc biệt ở tuyến cơ sở và vùng khó khăn, chương trình đào tạo y sĩ được phân khoa ngành y sĩ đông y và y sĩ sản nhi. Với đối tượng y sĩ chuyên khoa được đào tạo trong thời gian ngắn như vậy sẽ không đảm bảo cho người học có đủ kiến thức và kỹ năng của y học cơ bản phổ quát. Quy chế đào tạo liên thông trong hệ thống giáo dục có quy định liên thông từ bậc trình độ dưới lên bậc trên liên kết. Tuy nhiên, đối với lĩnh vực y học hiện tại có chương trình y sĩ thuộc trình độ trung cấp, không có chương trình ở trình độ cao đẳng, do vậy học liên thông từ y sĩ trung cấp lên bác sĩ 4 năm ở trình độ đại học là một giải pháp ngoại lệ trong quy chế đào tạo liên thông. Chính vì thế, có nhiều ý kiến băn

khoản thời gian đào tạo y sĩ ngắn không đủ kiến thức cơ bản để tiếp tục đào tạo 4 năm trở thành bác sĩ. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy giải pháp kéo dài thời gian trên 4 năm không được nhiều sinh viên và bác sĩ tán thành. Tuy nhiên, nhiều cán bộ quản lý cho rằng bác sĩ đào tạo theo chương trình điền thông chỉ thích hợp với công việc thuộc hệ dự phòng hay khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở vốn không đòi hỏi nhiều kỹ năng phức tạp.

4.1.2 Thực trạng về cơ sở đào tạo

Về cơ sở đào tạo có các trường miền núi và các trường đồng bằng. Trường miền núi bao gồm Trường Đại học y dược Thái Nguyên và Trường Đại học Tây Nguyên được đề cập đến trong nghiên cứu này. Đây là hai trường đào tạo chủ yếu cho các tỉnh xung quanh khu vực là những địa phương miền núi, trung du và đồng bào DTIN. Các trường đồng bằng là các trường còn lại đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm gồm Trường Đại học y dược Thái Bình, Trường Đại học y dược Huế, và Trường Đại học y dược Cần Thơ. Dù số lượng thường ít hơn song các trường miền núi chiếm trên 50% trong mẫu nghiên cứu so với dưới 50% cho các trường đồng bằng. Sự khác biệt này có thể do các trường đồng bằng tập trung đào tạo chương trình bác sĩ 6 năm theo yêu cầu nâng cao chất lượng nhân lực ở các tỉnh đồng bằng. Với các tỉnh miền núi, do nhu cầu bác sĩ cho tuyến cơ sở cao song khả năng thu hút kém nên đào tạo liên thông vẫn là một giải pháp mà được các địa phương áp dụng. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng không phản ánh một cách đầy đủ nhu cầu ở vùng đồng bằng và miền núi bởi thực tế một số trường ở đồng bằng vẫn đào tạo cho các tỉnh miền núi.

Đánh giá về cơ sở vật chất của cơ sở đào tạo, trên 70% ý kiến trả lời đánh giá đạt yêu cầu với các tiêu chí về cơ sở vật chất của một trường đại học y. Tuy nhiên chỉ có trên một nửa số người trả lời đánh giá đạt yêu cầu với tất cả 5 tiêu chí. Trong một nghiên cứu khác của Viện Chiến lược và Chính sách

y tế, vấn đề cơ sở vật chất của các trường đại học hiện nay cho thấy còn thiếu rất nhiều điều kiện, đặc biệt phục vụ cho dạy và học hiện đại [60]. Mặc dù không có số liệu đánh giá tương ứng song kết quả từ nghiên cứu này cho thấy với tỷ lệ trên dưới 70% đánh giá đạt yêu cầu đối với cơ sở vật chất cũng phù hợp với thực tế quan sát từ nghiên cứu đánh giá đào tạo thực hành bác sĩ đa khoa của Viện Chiến lược và Chính sách y tế.

Cơ sở vật chất phục vụ đào tạo và giảng viên tham gia quá trình đào tạo đóng vai trò rất quan trọng cho việc hình thành những kỹ năng cần thiết cho sinh viên y khoa. Các điều kiện cơ sở vật chất đối với đào tạo y khoa bao gồm phòng học, thư viện, các phòng thí nghiệm phục vụ cho giảng dạy các kỹ năng khoa học. Bên cạnh đó, là các phòng thực hành kỹ năng tiền lâm sàng để giảng dạy cho sinh viên những kỹ năng tiếp xúc với người bệnh và các thao tác kỹ thuật trên người bệnh. Cơ sở thực hành của sinh viên y khoa là các bệnh viện, các phòng khám, và các cơ quan cung cấp dịch vụ y tế khác cũng đóng vai trò không thể thiếu cho sinh viên y khoa trước khi tốt nghiệp và đủ điều kiện để hành nghề. Hiện nay, số lượng sinh viên y khoa tăng lên rất nhanh trong mỗi trường và số lượng trường cũng tăng rất nhanh trong thời gian gần đây tạo sức ép gánh nặng lên các bệnh viện và các cơ sở dịch vụ y tế thực hành cho sinh viên y khoa. Bên cạnh đó, các quy định về hành nghề y khoa đã thắt chặt hơn việc thực hành các thao tác kỹ thuật trên người bệnh đã làm cho sinh viên y khoa có xu hướng ít được thực hành hơn. Việc phát triển hệ thống thực hành tiền lâm sàng trong các trường y là một giải pháp vừa phù hợp với xu hướng phát triển đào tạo y khoa trên thế giới, vừa góp phần giải quyết những thách thức nêu trên và giúp cho sinh viên y khoa có điều kiện để thành thực các kỹ năng trước khi thực hiện trên người bệnh.

Ở nước ta chưa có một nghiên cứu nào đầy đủ, chi tiết về năng lực của các cơ sở đào tạo y khoa. Ở Mỹ, năm 1910 sau khi có báo cáo đánh giá

Flexner report, nước Mỹ đã cải tổ toàn bộ hệ thống đào tạo y khoa toàn liên bang. Báo cáo ngày cũng có tác động tích cực giúp cho cải thiện chất lượng đào tạo bác sĩ của cả Canada và nhiều nước Châu Âu cũng như ảnh hưởng lâu dài đến hệ thống đào tạo y khoa trên toàn thế giới. Do vậy, việc đánh giá đầy đủ chi tiết về năng lực các cơ sở đào tạo y khoa trở nên rất cần thiết, làm cơ sở cho việc phát triển các chính sách đầu tư, quản lý, giám sát để nâng cao chất lượng đào tạo bác sĩ.

4.1.3 Chương trình đào tạo

Đánh giá về các học phần của chương trình đào tạo, kết quả nghiên cứu cho thấy cho rằng các học phần giáo dục đại cương phù hợp và hữu ích với việc học tập lâm sàng cũng như là thực hành nghề nghiệp sau này. Có một điểm đáng quan tâm ở đây là những học phần rất cần thiết trong đào tạo y khoa hiện đại như xác suất và thống kê thì lại được sinh viên đánh giá cao là hữu ích và cần thiết.

Các học phần y học cơ sở được các sinh viên đánh giá với tỷ lệ rất cao là hữu ích đối với việc học lâm sàng và thực hành nghề nghiệp. Tất cả các học phần từ giải phẫu mô phôi sinh lý học vi sinh đến phẫu thuật thực hành chẩn đoán hình ảnh nội dục lý đều được các sinh viên cho rằng rất hữu ích với nghề nghiệp. Tỷ lệ đánh giá đối với các học phần cơ sở cho rằng người hữu ích cao hơn khá nhiều đối với các học phần giáo dục đại cương. Đây cũng là vấn đề cần phải được nghiên cứu thêm và xem xét lựa chọn ưu tiên những học phần nào quan trọng và cần thiết phục vụ lâm sàng và thực hành nghề nghiệp và để sử dụng đúng mục quỹ về thời gian và nguồn lực để đào tạo mang lại hiệu quả cao hơn.

Đánh giá về phương pháp dạy, với kết quả của nghiên cứu này cho thấy sinh viên có xu hướng đánh giá cao về nhóm các kỹ năng hướng dẫn thực hành lâm sàng với những chỉ số đánh giá đạt yêu cầu trên 80% số sinh viên

được hỏi. Tỷ lệ này có vẻ cao và phù hợp với xu hướng là các bác sinh liên thông đã từng trải qua chương trình đào tạo y khoa 2 năm bậc trung cấp và một thời kỳ hành nghề thực tế khám bệnh, chữa bệnh cho nên xu hướng thích học lâm sàng được các sinh viên quan tâm tích cực hơn và thích thú hơn. Các phương pháp giảng dạy về lý thuyết được các sinh viên đánh giá sử dụng “thường xuyên” vẫn là thuyết trình đơn thuần, một phương pháp giảng dạy phổ biến nhưng cũng rất cổ điển. Các phương pháp giảng dạy hiện đại như thảo luận nhóm, kết hợp hỏi đáp đóng vai... đều được các sinh viên cho rằng ít được áp dụng hơn. Tỷ lệ sinh viên trả lời mức độ thường xuyên sử dụng các phương pháp giảng dạy trong thực hành tiền lâm sàng có mức độ đánh giá khá cao với tỷ lệ từ 72% đến 82%. Tuy nhiên, qua nghiên cứu thực tế từ chương trình đào tạo thực hành cho bác sĩ đa khoa do Viện Chiến lược và Chính sách y tế thực hiện thì thấy rằng giảng dạy tiền lâm sàng ở các trường y chưa được thực sự phổ biến ở hầu hết các bộ môn lâm sàng với tất cả các kỹ năng lâm sàng cần thiết cho nên việc đánh giá áp dụng phương pháp giảng dạy trong thực hành tiền lâm sàng cũng cần phải nghiên cứu kỹ hơn và đánh giá của Pathfinder cũng cho kết quả tương tự [60, 62].

4.1.4 Cơ sở thực hành

Đánh giá về cơ sở thực hành, ở đây chủ yếu là các bệnh viện, tỷ lệ sinh viên đánh giá tích cực với các yếu tố của cơ sở thực hành chỉ có khoảng 60% đến 70%, một tỷ lệ không cao lắm so với các tiêu chí đánh giá khác. Tuy nhiên, các tỷ lệ trả lời “đồng ý” không phù hợp với thực tiễn, ví dụ tỷ lệ trả lời đồng ý với ý kiến là sinh viên được tạo điều kiện và khuyến khích chăm sóc điều trị người bệnh có tỷ lệ cao nhất là 73% cao hơn ý kiến cho rằng sinh viên được tạo điều kiện tham gia thực hiện các thủ thuật vào phẫu thuật với tỷ lệ 58,50% là phù hợp với thực tiễn. Trên thực tế có rất nhiều sinh viên đang thực tập tại các bệnh viện và khả năng tham gia thực hành của sinh viên đối với người bệnh cũng rất

bị hạn chế do vậy những kỹ thuật và thủ thuật nào phổ biến hơn và ít ảnh hưởng nguy hại đến người bệnh thì có xu hướng sinh viên được thực hành nhiều hơn, chẳng hạn như là tiếp đón phục vụ chăm sóc là bệnh án..., còn những phẫu thuật hay thủ thuật thường là các bác sĩ và điều dưỡng trong bệnh viện trực tiếp làm vì họ phải chịu trách nhiệm chuyên môn [60].

Tỷ lệ sinh viên đánh giá về chất lượng thực hành tốt ở các bộ môn lâm sàng cao so với mức độ phổ biến từ 85 đến 90% các ý kiến được hỏi đánh giá tốt. Tuy nhiên, những ý kiến này có vẻ không phù hợp với kết quả đánh giá về giảng dạy lâm sàng các học phần nội, ngoại, sản, và nhi. Tỷ lệ đánh giá đạt yêu cầu tất cả các tiêu chí đối với giảng viên và giảng dạy lâm sàng của học phần nội khoa là 42,75% dưới mức tiêu chuẩn, học phần ngoại cũng chỉ được 49,25%, học phần sản là 50,75% và học phần nhi cao nhất thì được 56% tỷ lệ đánh giá là đạt đối với tất cả các tiêu chí giảng viên hướng dẫn lâm sàng cho sinh viên. Kết quả này có vẻ không tương xứng với sự đánh giá được mô tả trong phần đánh giá về các học và lâm sàng. Để có được thông tin chính xác và thống nhất, cần phải có những nghiên cứu khác với công cụ phù hợp hơn.

4.1.5 Nguồn tài chính hỗ trợ cá nhân

Về nguồn lực hỗ trợ cho đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm, nguồn tài chính phổ biến nhất là tiền lương. Điều này phù hợp với chính sách trên thực tiễn vì đa số các đối tượng học bác sĩ đa khoa 4 năm là các y sĩ đang công tác tại các cơ sở y tế của nhà nước và được cử đi học. Các chế độ đối với người đi học đều được nhà nước đảm bảo, chẳng hạn mức lương được hưởng khi đi học là 40%, ngoài ra tùy theo mỗi cơ quan, đơn vị người đi học có thể vẫn được hưởng đến mức phụ cấp khác. Một tỷ lệ đáng kể sinh viên là cán bộ đi học được hưởng học bổng và hỗ trợ từ các dự án. Điều này phù hợp với thực tiễn, hiện nay có nhiều chương trình, dự án y tế tập trung hỗ trợ cho vùng sâu vùng xa, vùng đồng bào DTIN. Ví dụ, Dự án Hỗ trợ y tế miền núi phía Bắc, Dự án

Hỗ trợ y tế Bắc Trung bộ, Dự án Hỗ trợ y tế Duyên hải Nam trung bộ, và trước đây có Dự án Hỗ trợ y tế Đồng bằng Sông Cửu Long... Hầu hết các dự án hỗ trợ y tế ở các vùng đều có cấu phần hỗ trợ đào tạo và phát triển nhân lực, trong đó có đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm cho các tỉnh dự án. Do có khá nhiều sinh viên nhận được học bổng hỗ trợ từ những dự án những chương trình này. Ngoài ra các địa phương cũng có những chính sách phát triển nhân lực y tế thông qua chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm lấy người tại chỗ đào tạo và phân công công việc tại chỗ. Thông thường đối với những cán bộ đi học mặc dù được hỗ trợ từ những nguồn khác nhau, song để chi phí và trang trải cho những sinh hoạt và những tiêu dùng cần thiết trong quá trình đi học vẫn cần phải dựa vào sự tích lũy và sự hỗ trợ từ gia đình. Điều này cũng tương đối phù hợp với khoảng 43,75% ý kiến trả lời cho rằng là khi đi học vẫn cần có sự hỗ trợ gia đình và đặc biệt gần đây thì có nhiều đối tượng đi học bác sĩ đa khoa 4 năm từ khu vực tư nhân và phải tự túc kinh phí.

Tài chính cho đào tạo y khoa là một thách thức rất lớn đối với các hệ thống đào tạo y khoa trên thế giới liên quan chặt chẽ đến chất lượng đào tạo của các nhà trường và khả năng đáp ứng của sinh viên. Ở Mỹ đào tạo bác sĩ y khoa tốn kém nhất trong tất cả các ngành. Học phí của các trường y đều rất cao, cùng với sinh hoạt phí và những chi phí khác đã đẩy số nợ trung bình của sinh viên y khoa trên nước Mỹ lên trên 100.000 đôla trước khi tốt nghiệp. Tuy nhiên, học phí đối với sinh viên Mỹ là một hình thức đầu tư. Đổi lại, tỷ lệ có việc làm đối với sinh viên y khoa sau khi tốt nghiệp khá cao cùng với mức lương bình quân của bác sĩ và lương khởi điểm, nguồn thu nhập chính, của bác sĩ cũng rất cao so với các ngành khác và tương quan với đầu tư trong quá trình học tập. Tình hình này cũng tương tự nhưng ở nhiều nước phát triển có nền kinh tế thị trường ổn định song không hoàn toàn giống ở nhiều nước khác, nơi mà nghề y được coi như nghề phục vụ phúc lợi xã hội như ở Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc và nhiều các quốc gia Châu Á khác. Do vậy, để

có một nguồn tài chính ổn định cho đào tạo y khoa ở Việt Nam nên hướng tới sự hài hòa giữa các bên gồm người học, nhà nước, và xã hội. Nghiên cứu này chưa nêu được cơ cấu các nguồn tài chính hỗ trợ cho đào tạo mà chỉ liệt kê được một số nguồn chính trong đó nguồn tài chính từ cá nhân và gia đình là phổ biến. Nghiên cứu này cũng chưa chỉ ra được cơ cấu tài chính do nhà nước hỗ trợ cho đào tạo trực tiếp đến các trường mà sinh viên là người gián tiếp được thụ hưởng để nói lên mối tương quan giữa đầu tư của nhà nước và trách nhiệm phục vụ của bác sĩ tương lai.

Một vấn đề mới xuất hiện gần đây đó là tự chủ của các trường đại học trong đó tự chủ về tài chính. Thông thường, trong cơ cấu nguồn thu của các trường đại học ở Việt Nam thì học phí chiếm tỷ trọng rất lớn và được chi dùng trực tiếp cho quá trình đào tạo. Nghị định 86/2015/NĐ-CP của Chính phủ quy định về cơ chế thu, quản lý học phí đối với cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân và chính sách miễn, giảm học phí, hỗ trợ chi phí học tập từ năm học 2015 - 2016 đến năm học 2020 - 2021 trong đó quy định về lộ trình tăng học phí ở các cơ sở giáo dục trong đó có các trường y. Mặc dù mức học phí trần mà các trường y được thu khá cao hơn với các trường đào tạo các ngành khác song có thể vẫn chưa đầy đủ để đảm bảo đào tạo có chất lượng cao. Mặt khác, học phí cao lại trở thành thách thức đối với sinh viên, trong đó có các học viên chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm. Để cân bằng các yếu tố trên, cần có những nghiên cứu đầy đủ hơn về tài chính cho đào tạo y khoa để làm cơ sở đề xuất những chính sách tài chính cân bằng giữa các bên gồm cơ sở đào tạo, sinh viên, và xã hội.

4.1.6 Năng lực của sinh viên khi tốt nghiệp

Về kết quả tự đánh giá sinh năng lực của sinh viên mới tốt nghiệp. Kết quả tự đánh giá cho thấy chỉ có trên 12% tổng số sinh viên tự đánh giá “đạt” tất cả các tiêu chí trong số 90 tiêu chí thuộc 20 tiêu chuẩn và 4 lĩnh vực của chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa do Bộ Y tế ban hành.

Việc tự đánh giá của sinh viên mang nhiều yếu tố chủ quan do bị ảnh hưởng rất nhiều về khả năng nhận thức các tiêu chí của Chuẩn năng lực. Bên cạnh đó, chưa có trường nào xây dựng chương trình và tổ chức dạy học đánh giá sinh viên dựa theo chuẩn năng lực do vậy đây cũng là một việc làm rất mới và có thể chưa được nhận thức đầy đủ. Tuy nhiên, ý nghĩa của việc sử dụng các tiêu chí của chuẩn năng lực để đánh giá sinh viên để thức tỉnh rằng, muốn nâng cao được chất lượng nhân lực, chúng ta cần phải có chuẩn mực, hơn nữa chuẩn mực này cần được chia sẻ với các bên có nhu cầu liên quan như người sử dụng, đối tác hợp tác kinh tế, đối tác giao lưu văn hóa, khoa học, giáo dục... Chuẩn năng lực là bước ban đầu mở đường cho các cơ sở đào tạo hoàn thiện và công bố chuẩn đầu ra của trường mình phù hợp với yêu cầu chung, và phù hợp với định hướng phát triển mục tiêu đào tạo của mỗi trường. Trên cơ sở đó mỗi trường sẽ phát triển được chương trình đào tạo riêng cho mình song có một định hướng chung đó là chuẩn năng lực chung cho bác sĩ.

Từ trước đến nay giữa bác sĩ đào tạo 6 năm thường gọi là bác sĩ 6 năm và bác sĩ đa khoa 4 năm thường gọi là bác sĩ chuyên tu hoặc bác sĩ đa khoa 4 năm có sự phân biệt về chất lượng. Thông thường, người ta thường cho rằng chất lượng của bác sĩ học liên thông không bằng bác sĩ học chính quy 6 năm là chuyện tất nhiên và bình thường. Tuy nhiên, đến nay theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, các bác sĩ tham gia khám bệnh chữa bệnh phải có chứng chỉ hành nghề. Khi có chứng chỉ hành nghề thì bác sĩ có thể cung cấp dịch vụ y tế mà không bị giới hạn theo vùng địa lý hay là tuyển công tác mà chỉ khác biệt về phạm vi hành nghề được quy định chủ yếu dựa trên năng lực và đào tạo. Do vậy để đảm bảo được tính công bằng trong chăm sóc sức khỏe, nhân lực y tế đào tạo theo bất cứ hình thức nào cũng cần phải đạt được năng lực chung. Do vậy

trong nghiên cứu này đưa Chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa vào làm tiêu chí để các sinh viên tự đánh giá cũng là một việc làm phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc đạt chuẩn năng lực không phụ thuộc vào các yếu tố như nhóm tuổi, dân tộc, hay cơ sở đào tạo. Có một sự khác biệt duy nhất về tỷ lệ đạt chuẩn năng lực là giới, theo kết quả nghiên cứu nữ giới có tỷ lệ đạt chuẩn năng lực thấp hơn nam sinh viên. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy có một sự khác biệt khá lớn giữa người dân tộc đa số và DTIN trong việc tiếp cận đào tạo đặc biệt là đào tạo y khoa [105, 106]. Thông thường người DTIN thường được đánh giá kém hơn về năng lực so với người đa số trong cùng với cơ sở đào tạo [107]. Từ kết quả nghiên cứu này vì cho thấy không có sự khác biệt giữa người Kinh và người DTIN về đạt chuẩn năng lực. Điều này có thể phản ánh sự bình đẳng giữa DTIN và người Kinh trong việc tiếp cận với giáo dục. Những cán bộ y tế được lựa chọn đi đào tạo từ cộng đồng là những người đã được đào tạo cơ bản, có trình độ văn hóa hết trung học phổ thông, học ngôn ngữ tiếng việt phổ thông cho nên họ không bị cản trở trong việc tiếp cận với giới hạn lâm ở các trường đại học. Phần lớn những người đi học là người DTIN nhưng họ cư trú ở các đô thị nhỏ trung tâm huyện, nơi có giao lưu văn hóa xã hội bình đẳng với nhóm dân tộc đa số cho nên sự khác biệt giữa họ không đáng kể.

4.2 Thực trạng về sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm

4.2.1 Phân bố của bác sĩ đa khoa 4 năm đang công tác

Số liệu báo cáo của 5 tỉnh mới được tổng hợp cho thấy đa số các sinh viên liên thông hiện nay đang làm việc ở tuyến huyện với tỷ lệ 47,91% trên cả nước. Tuy nhiên tỷ lệ này có thể khác nhau từng vùng và đại diện và từng địa phương tham gia cung cấp số liệu trong nghiên cứu này. Tùy theo điều kiện đặc thù của từng địa phương, do khó khăn tuyển dụng bác sĩ 6 năm nên phát triển đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm trở nên phổ biến ở tỉnh Điện

Biên tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến huyện và tuyến tỉnh cao nhất trong 5 tỉnh. Tỉnh Tuyên Quang có tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến xã và tuyến huyện cao. Có thể giả thuyết giải thích sự khác nhau về tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở mỗi tuyến ở từng địa phương đại diện cho mỗi vùng. Thông thường các bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến huyện bao gồm cả lĩnh vực dự phòng và điều trị. Tuy nhiên, đối với tuyến tỉnh thì bác sĩ đa khoa 4 năm chủ yếu làm việc ở các cơ sở y tế dự phòng, như trung tâm y tế dự phòng, trung tâm phòng chống bệnh tâm thần, trung tâm phòng chống bệnh da liễu, hoặc cơ sở khám chữa bệnh như bệnh viện y học cổ truyền tỉnh,...

Tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong các cơ sở y tế dự phòng chung cho 5 tỉnh chiếm 53,5% cao hơn các cơ sở điều trị, và tỷ lệ cao nhất 4 tỉnh Tuyên Quang, Sóc Trăng, Quảng Bình và Đắk Lắk. Tỉnh Điện Biên có khác biệt so với các tỉnh còn lại trong đó tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc các cơ sở dự phòng chỉ có 26,74%, trong khi đó tỷ lệ này ở cơ sở điều trị là 69,71% tổng số bác sĩ đa khoa 4 năm của tỉnh. Sự khác biệt giữa Điện Biên với các tỉnh còn lại có thể được giả thuyết là có sự khác biệt về điều kiện địa lý. Với các tỉnh ngoài tỉnh Điện Biên, quan hệ với các trung tâm y khoa lớn và các trung tâm đào tạo có phần gần hơn. Trong khi tỉnh Điện Biên tương đối cách biệt với các trung tâm đào tạo cho nên sức thu hút bác sĩ 6 năm của Điện Biên thấp hơn so với các tỉnh khác cho nên cần có kế hoạch và chiến lược riêng trong việc phát triển nhân lực y tế cho tỉnh.

So sánh về chức vụ và vị trí lãnh đạo thì thấy rằng tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm có chức danh lãnh đạo khoa và trạm y tế của khác cao trung gian 5 tỉnh là tỷ lệ 52,78% tỷ lệ này cao ở các tỉnh Đắk Lắk, Quảng Bình, Sóc Trăng và Tuyên Quang. Mặc dù Điện Biên sử dụng khá nhiều bác sĩ đa khoa 4 năm trong các dịch vụ khám chữa bệnh tuyến huyện và tuyến tỉnh, song tỷ lệ bác sĩ

đa khoa 4 năm có vị trí lãnh đạo khoa trạm y tế và kể cả lãnh đạo cơ quan của Điện Biên cũng thấp hơn so với các tỉnh khác. Bác sĩ liên thông giữ vị trí lãnh đạo khoa và trạm y tế với tỷ lệ khá cao như vậy cũng phù hợp vì chủ yếu các bác sĩ về làm việc ở tuyến xã và huyện và được đào tạo theo chương trình và kế hoạch của các địa phương, do vậy họ được đảm bảo vị trí làm việc và định hướng thăng tiến trong chuyên môn cũng như theo quản lý. Tuy nhiên, các vị trí lãnh đạo mà bác sĩ đa khoa 4 năm đại diện thường là các vị trí trưởng khoa của các bệnh viện huyện hoặc là trạm trưởng trạm y tế xã.

Vấn đề sử dụng và phân công công việc cho bác sĩ trong hệ thống y tế cũng đang tồn tại một số quan điểm. Nhiều ý kiến cho rằng cần phải có bác sĩ trong hệ thống dự phòng. Mặt khác, trong nhiều thập kỷ qua, Chính phủ luôn tăng cường thúc đẩy phổ cập bác sĩ ở tuyến xã phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên, ở một số quốc gia, công tác khám chữa bệnh ban đầu đơn giản và kê đơn điều trị một số loại thuốc thông thường, kể cả kháng sinh có thể được giao cho điều dưỡng. Ở Nhật Bản và một số nước, cán bộ y tế khám chữa bệnh ban đầu ở cộng đồng được giao cho điều dưỡng cộng đồng. Họ là các điều dưỡng được đào tạo bổ sung một năm những kỹ năng khám chữa bệnh thông thường và giám sát hỗ trợ họ là bác sĩ ở các bệnh viện. Trong thực tiễn ở Việt Nam, ở nơi đô thị, đông dân có nhiều cơ sở khám chữa bệnh thì sử dụng điều dưỡng với sự hỗ trợ của bác sĩ tuyến trên có thể là một lựa chọn. Tuy nhiên, ở vùng sâu, vùng xa, giao thông đi lại khó khăn, dân cư sống rải rác, khả năng hỗ trợ từ tuyến trên hạn chế thì bác sĩ có trình độ chuyên môn chắc và năng lực làm việc độc lập là nhu cầu cần thiết.

Việc thay thế bác sĩ 4 năm bằng bác sĩ cử tuyển cho các địa phương miền núi và dân tộc thiểu số cũng đã được đặt ra và khá nhiều bác sĩ đã được đào tạo theo chương trình cử tuyển. Nhiều ý kiến cho rằng chương trình đào tạo cử tuyển đã thành công mang lại một số lượng lớn cán bộ có trình độ đại

học được đào tạo trong đó có vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Ngược lại, nhiều ý kiến tỏ ra hoài nghi về chất lượng nhân lực được đào tạo thông qua chương trình cử tuyển không đáp ứng với yêu cầu. Trên thực tiễn bác sĩ được đào tạo theo chương trình cử tuyển ít có khả năng đảm nhiệm được các vị trí công tác tại các bệnh viện máy cả ở các tỉnh miền núi vùng dân tộc ít người. Ngoài ra, cũng xuất hiện một hiện tượng bác sĩ cử tuyển tốt nghiệp không về được địa phương công tác. Do vậy, để có thông tin đầy đủ và chính xác, cần có những đánh giá sâu hơn về đào tạo và tuyển dụng bác sĩ được đào tạo bằng chương trình cử tuyển và khả năng đáp ứng với công việc để có những chính sách mới thích hợp và có hiệu quả giải quyết vấn đề nhân lực cho vùng khó khăn trong đó có vùng dân tộc ít người. Trước mắt, đào tạo chương trình bác sĩ liên thông 4 năm với tiêu chí đề xuất tuyển chọn người tại chỗ, đi đào tạo với kinh phí được hỗ trợ, và trở về phục vụ tại chỗ hoặc trong địa bàn. Cách này phù hợp với đối tượng đào tạo tương đối ổn định cuộc sống gia đình và việc làm nên mức độ di chuyển ít và không cần đến chính sách thu hút vốn có từ trước nhưng hiệu quả chưa được khẳng định.

4.2.2 Cơ hội phát triển nghề nghiệp

Về cơ hội phát triển nghề nghiệp, đa số các bác sĩ đa khoa 4 năm đánh giá cao và hài lòng với sự đầu tư cơ quan nhà nước trong quá trình đào tạo và cho rằng họ có cơ hội được sử dụng những năng lực được đào tạo người có cơ hội để học tiếp lên bậc cao hơn. Theo quy định các bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi có văn bằng đại học được phép đi học chuyên khoa, từ chuyên khoa 1 thành chuyên khoa 2. Ý kiến này phù hợp với tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm đã tốt nghiệp ngay đã có bằng chuyên khoa cấp 1 cũng khá cao như trình bày trong Bảng 3-18. 71,74% cán bộ được hỏi cho rằng là học xong bác sĩ có nhiều cơ hội được làm việc ở tuyến cao hơn cũng phù hợp với thực tế rằng nhiều bác sĩ sau khi tốt nghiệp chương trình liên thông đã di chuyển từ tuyến

xã lên tuyến huyện. Việc thay đổi vị trí công tác và tuyến công tác và nhu cầu của cá nhân cũng do quyết định điều động của tổ chức. Hiện nay, nhiều tỉnh rất thiếu bác sĩ làm việc ở tuyến huyện, do vậy để bù đắp sự thiếu hụt và nằm trong cơ chế điều động của sở y tế, theo ngành dọc, các bác sĩ có kinh nghiệm làm việc ở tuyến xã có thể được điều chuyển về làm công tác ở tuyến huyện. Điều này phù hợp với số liệu thu được trong nghiên cứu này.

4.2.3 Chế độ đãi ngộ tài chính

Về chế độ đãi ngộ tài chính đối với bác sĩ đa khoa 4 năm, chỉ dưới 1/3 số ý kiến ý kiến đồng ý hay lòng với chính sách lương bổng và đãi ngộ tài chính đối với bác sĩ ý kiến này phù hợp với thực tế lương và thu nhập của bác sĩ tương đối thấp và được trả theo quy định lương đối với viên chức nhà nước. Tuy nhiên gần đây những chính sách của Chính phủ cũng đã khuyến khích và thu hút cán bộ về làm việc ở miền núi vùng sâu vùng xa vùng đồng bào DTIN bằng những phụ cấp có giá trị như tiền lương đã góp phần nâng cao thu nhập của bác sĩ làm việc tại những vùng khó khăn và DTIN. Tuy nhiên, so với các bác sĩ làm việc ở đô thị vùng đồng bằng nơi có điều kiện kinh tế xã hội phát triển, bác sĩ làm việc ở vùng khó khăn và đồng bào DTIN ít có cơ hội tạo thu nhập thêm từ hoạt động ngoài giờ, hoặc là làm việc tại các cơ sở y tế tư nhân. Do vậy mặc dù các phụ cấp tương đối cao so với các khu vực khác nhưng sự thỏa mãn và khả năng đáp ứng của thu nhập với những chi tiêu thông thường cũng vẫn đang là thách thức với nhiều cán bộ y tế.

Không có số liệu về thu nhập của cán bộ y tế ở vùng dân tộc ít người song có thể thấy tương quan với các ngành khác thì lương và các thu nhập khác của ngành y trong đó có bác sĩ tương đối thấp trong khi so với nhiều nước trên thế giới thì ngành y có thu nhập cao hơn nhiều ngành nghề khác. Thu nhập thấp là nguyên nhân kém thu hút, đặc biệt lao động ngành y tương đối vất vả và có nhiều nguy cơ rủi ro. Không giải quyết được việc nâng cao thu

nhập chính đáng sẽ ảnh hưởng khá nhiều đến chất lượng dịch vụ và sự phân bố nhân lực y tế, đặc biệt là bác sĩ đối với vùng khó khăn trong đó có vùng dân tộc ít người.

4.2.4 Quan hệ công tác

Về đánh giá quan hệ trong công tác, hầu hết các ý kiến hài lòng và đánh giá cao với các chỉ số về quan hệ công tác. Cụ thể các ý kiến đồng ý là trong cơ quan mối quan hệ lãnh đạo và nhân viên rất tốt, và đến năng lực làm việc của cấp dưới hoặc là tin tưởng cấp dưới luôn có mối quan hệ tốt với lãnh đạo và quan hệ tốt với đồng nghiệp. Nhận định này có vẻ rất phù hợp với tính chất văn hóa cộng đồng của người Việt Nam, mặc dù điều kiện kinh tế khá khó khăn, song mối quan hệ trong tập thể trong cơ quan và cộng đồng luôn được đề cao vượt trên những các nhu cầu cá nhân.

4.2.5 Môi trường làm việc

Về môi trường làm việc các ý kiến đánh giá cao về môi trường xã hội, chẳng hạn, trên 80% ý kiến cho rằng ở cơ quan họ được hỗ trợ và có nhiều cơ hội để hợp tác với đồng nghiệp về chuyên môn và họ cảm thấy rằng bản thân cũng phải có bổn phận để đóng góp cho cơ quan và giúp đỡ đồng nghiệp. Tuy nhiên chỉ có 76% ý kiến đồng ý tán thành là cái môi trường làm việc của cơ quan luôn sạch sẽ vệ sinh và không lây nhiễm. Trên thực tế đối với các cơ sở y tế khám chữa bệnh, nơi mà có nhiều người bệnh ra vào và tiếp xúc với bệnh tật hàng ngày thì môi trường làm việc đang là vấn đề thách thức với nhiều cán bộ y tế. Sự lây nhiễm chéo trong bệnh viện đang là một vấn đề bức xúc đối với ngành y tế và nó ảnh hưởng rất nhiều nhân tiền chứ hậu quả của dịch vụ khám chữa bệnh. Về tình hình an ninh nói chung ở cơ quan cũng chiếm một tỷ lệ ở hạ thức so với các tiêu chí khác là 76,27%. Điều này cũng phù hợp với tình hình gần đây cho thấy vấn đề bạo lực trong các cơ sở y tế là vấn đề nhức

nhồi đang được xã hội rất quan tâm và thực sự đang là mối lo của những người làm công tác khám chữa bệnh tại các bệnh viện.

Một yếu tố có quan hệ khá mật thiết với sự di chuyển hay giữ chân của cán bộ y tế là sự mong đợi của các bác sĩ trong hoạt động chuyên môn. Mục đích chính của hầu hết các bác sĩ đa khoa 4 năm khi đi học là được nâng cao năng lực chuyên môn do vậy đa số các bác sĩ mong đợi được học tiếp chuyên khoa hoặc trình độ cao hơn rồi muốn được làm việc nhiều hơn phù hợp với chuyên môn của bác sĩ nó là những mong đợi rất là phù hợp và chiếm tỷ lệ trên 92% các cán bộ y tế đồng ý. Có tỷ lệ khoảng 60% mong muốn được cơ quan tổ chức quan tâm để bổ nhiệm chức vụ cao hơn và chỉ có 47% muốn được xem xét chuyển công tác về tuyến trên. Đây là hai vấn đề có liên quan khá mật thiết với việc muốn được học tiếp chuyên khoa hoặc trình độ cao hơn rồi làm việc phù hợp hơn với trình độ chuyên môn. Thông thường ở Việt Nam trong một cơ quan nhà nước khi được giữ chức vụ thì mới có điều kiện để làm việc được nhiều hơn. Một bác sĩ làm việc ở xã muốn được học tiếp chuyên khoa hoặc là muốn được làm việc nhiều hơn thì đồng nghĩa với muốn được xem xét chuyển về tuyến trên là nơi mới có điều kiện để đáp ứng được những mong muốn đó. Có một điều cũng rất đáng quan tâm là có tỷ lệ rất ít dưới 40% các bác sĩ đa khoa 4 năm trả lời là nếu có cơ hội sẽ về làm việc ở thành phố đô thị nơi có điều kiện tốt hơn. Đây là một điểm khác biệt đối với sinh viên mới tốt nghiệp bác sĩ chương trình 6 năm ở độ tuổi vẫn còn rất trẻ 24-25 tuổi. Các bác sĩ đa khoa 4 năm khi đi học thường đã có ổn định về gia đình cho nên mong muốn di chuyển đi nơi khác như về tuyến trung ương, ở nơi đô thị thường ít hơn so với những độ tuổi trẻ hơn khi điều kiện về gia đình cũng như công việc ít có sự ràng buộc hơn so với những người đã từng là cán bộ đi học.

4.2.6 Di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm sau đào tạo

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm 10 năm sau khi tốt nghiệp chỉ có 16,1%. Hạn chế trong nghiên cứu này là chưa tìm hiểu được các bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc ở tuyến tỉnh hay tuyến trung ương mà chỉ đề cập đến bác sĩ thay đổi từ tuyến xã lên tuyến huyện và tuyến tỉnh và từ lĩnh vực này sang lĩnh vực khác như điều trị cho y tế dự phòng giám định. Tuy nhiên, với một tỷ lệ như vậy cũng có thể phản ánh cái tính ổn định cao của bác sĩ đa khoa 4 năm do tính ràng buộc về quan hệ gia đình như đã nói ở trên và quan hệ công tác, chẳng hạn nếu bác sĩ đa khoa 4 năm di chuyển thì sẽ gặp phải những vướng mắc về kinh tế như thay đổi của gia đình cần phải tìm kiếm nhà cửa, rồi phải đền bù với những chi phí mà nhà nước cung cấp trong quá trình đi học, người vấn đề khó hơn đã tìm được việc làm có tính ổn định tương đối khó khăn so với sự sắp đặt của tổ chức sẵn có sau khi đi học về.

Biểu đồ 3.5 và Biểu đồ 3.6 mô tả xu hướng di chuyển của bác sĩ đa khoa 4 năm sau khi tốt nghiệp, theo đó ta thấy các bác sĩ có xu hướng di chuyển từ tuyến xã lên tuyến huyện vừa từ lĩnh vực dự phòng sang lĩnh vực điều trị... Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu định tính đã được tiến hành trước đó. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác của Viện Chiến lược và Chính sách y tế năm 2011, cho thấy chỉ 72,1% bác sĩ đa khoa 4 năm quay lại cơ quan cũ làm việc [108].

Với một tỷ lệ di chuyển khá thấp, độ tuổi khi di chuyển trung bình cũng khá cao 36,6 tuổi, và thường di chuyển sau khi đã làm việc trung bình 12,28 năm, và di chuyển sớm ngay sau khi tốt nghiệp. Mặc dù không phản ánh mối liên quan xong sự di chuyển về nhân lực y tế từ y sĩ lên bác sĩ có thể có nguyên nhân từ đào tạo. Như phần trên đã đề cập, các bác sĩ đa khoa 4 năm muốn làm việc phù hợp với năng lực của bác sĩ được đào tạo, muốn được học tiếp chuyên khoa vân vân. Nhu cầu này thường không có khi chưa được đào

tạo là bác sĩ. Do vậy, khi một cơ quan cứ mỗi cán bộ đi học, phải đầu tư cho cán bộ đó mà sau khi học xong cán bộ lại di chuyển đến cơ quan khác thì đó là sự thiệt thòi cho chính cơ quan tuy nhiên nó lại mang đến một lợi ích xã hội bên ngoài phạm vi cơ quan. Về số năm trung bình tính từ khi tốt nghiệp bác sĩ đến khi chuyển công tác tương đối thấp phản ánh mối liên hệ mật thiết giữa việc đi học và chuyển công tác. Tuy nhiên để có đánh giá đầy đủ và khoa học cần phải nghiên cứu tiếp.

4.3 Tiêu chí tuyển dụng, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm

4.3.1 Tự đánh giá khả năng đáp ứng nhiệm vụ của bác sĩ đa khoa 4 năm

Về tự đánh giá khả năng đáp ứng với công việc, các bác sĩ đa khoa 4 năm đánh giá với một tỷ lệ rất cao trên 90% cho rằng mình hoàn toàn phù hợp với các công việc. Chẳng hạn 94,07% bác sĩ đa khoa 4 năm trả lời là có thể giải quyết được nhiều công việc chuyên môn hơn so với khi còn là y sĩ, có vẻ mang tính hiển nhiên bởi chương trình đào tạo 4 năm cung cấp cho họ khá nhiều kiến thức thái độ và kỹ năng trong xử lý các tình huống y tế. Hoặc ví dụ thứ hai, có 96% trả lời rằng được người bệnh tin tưởng hơn so với trước khi đi học bác sĩ đa khoa 4 năm, điều này cũng phản hồi lại kết quả của quá trình đào tạo 4 năm trong trường.

4.3.2 Ý kiến về các tiêu chí

Dự thảo 26 tiêu chí được hình thành trên cơ sở ý kiến của các chuyên gia có kinh nghiệm về quản lý đào tạo và quản lý nhân lực bác sĩ đa khoa 4 năm. Dự thảo được xin ý kiến của các cán bộ quản lý từ sở y tế tới cấp huyện gồm cả khối khám chữa bệnh và khối dự phòng và cán bộ quản lý đào tạo và các trường đang đào tạo chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm gồm lãnh đạo nhà trường, phòng đào tạo và các bộ môn nội ngoại sản nhi.

Với 94 ý kiến tham gia đóng góp cho dự thảo các tiêu chí, cỡ mẫu đủ lớn và đại diện để đánh giá về các tiêu chí.

Trên một nửa số ý kiến tán thành với tất cả các tiêu chí. Kết quả cho thấy ý kiến của các cán bộ quản lý đào tạo và sử dụng nhân lực y tế cơ bản thống nhất với các ý kiến của nhóm nghiên cứu đề xuất với sự tham gia của các chuyên gia.

Có nhiều ý kiến tán thành với tỷ lệ cao, trên 80%. Tuy nhiên, có một số ý kiến có tỷ lệ tán thành thấp hơn dưới 80% và chúng tôi đưa vào xem xét. Cùng với ý kiến không đồng ý, một số người được hỏi đã giải thích và đề xuất sửa đổi một số tiêu chí.

Tiêu chí 1: “Chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế tuyến xã và huyện”, có gần một phần tư số người trả lời không tán thành. Có một số ý kiến cho rằng, đối tượng này cần được mở rộng cho cả nhân viên ở trung tâm y tế tuyến tỉnh, đặc biệt các trung tâm y tế thuộc hệ dự phòng cần được đào tạo bằng chương trình này do khả năng thu hút và rất thiếu nhân lực trong lĩnh vực này. Chúng tôi thấy rằng những ý kiến đề xuất này phù hợp với những kết quả trong những đánh giá khác về nhân lực y tế đặc biệt trong quy hoạch phát triển nhân lực y tế và các địa phương thường thiếu rất nhiều bác sĩ theo vị trí việc làm ở các trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh [109, 110]. Cũng có rất nhiều ý kiến đề xuất tăng cường bác sĩ y tế dự phòng thông qua tuyển sinh. Hiện nay, cũng đã có rất nhiều cơ sở đào tạo mã ngành bác sĩ y học dự phòng chương trình chính quy và chương trình liên thông [111]. Do vậy, chúng tôi đề nghị sửa tiêu chí này thành: “Chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế tuyến xã, tuyến huyện và những người cam kết làm việc cho hệ thống y tế dự phòng tuyến tỉnh trở xuống”.

Tiêu chí 2: “Chỉ tuyển cán bộ y tế tại các xã/huyện thuộc vùng khó khăn, xã nghèo hoặc cận nghèo theo quy định của Chính phủ”, có đến 45% ý kiến không đồng ý với tiêu chí này. Một số lý do cho rằng rất thiếu nhân viên

y tế tuyến cơ sở và tuyến huyện trong khi nguồn cán bộ được cử đi đào tạo ở các khu vực khó khăn và rất nghèo và cận nghèo rất hạn chế. Do vậy, không nên hạn chế chỉ tuyển đối tượng cán bộ ở khu vực này. Tham khảo kết quả từ một số nghiên cứu cho thấy, đối tượng là người dân tộc thiểu số ở vùng khó khăn đủ điều kiện để đi đào tạo bác sĩ liên thông không có nhiều do đó nguồn tuyển bị hạn chế. Tỷ lệ tốt nghiệp trung học phổ thông của người dân tộc thiểu số ở vùng khó khăn tương đối thấp, do vậy nguồn y sĩ chuẩn bị cho đào tạo bác sĩ cũng bị hạn chế [14, 100, 112]. Do vậy, chúng tôi đề nghị bỏ đi hạn chế này và tiêu chí được sửa như sau “Chỉ tuyển cán bộ y tế đang làm việc tại vùng dân tộc thiểu số theo quy định của Chính phủ”, do khái niệm vùng dân tộc thiểu số có phạm vi địa lý rộng hơn và nguồn tuyển chọn nhiều hơn [16].

- Tiêu chí 6: “Ưu tiên người dân tộc ít người, đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác”, có 22,34% ý kiến không đồng ý. Một số ý kiến cho rằng nên cử cả cán bộ y tế là người dân tộc Kinh sống lâu năm ở vùng DTIN đi học bác sĩ đa khoa 4 năm để có đủ nguồn tuyển. Trong dự thảo xin ý kiến, chúng tôi đề xuất tiêu chí này chỉ để làm ưu tiên trong trường hợp số đối tượng đăng tuyển nhiều hơn thì cơ sở đào tạo có thể lấy làm tiêu chí xét tuyển. Tuy nhiên, so sánh với một số chính sách khác đối với DTIN và vùng khó khăn, chẳng hạn, tuyển sinh cho đào tạo cử tuyển, cho cả người Kinh sinh sống lâu năm trong vùng dân tộc thiểu số với thời gian quy định tối thiểu là 5 năm và với tỷ lệ người Kinh trong tổng chỉ tiêu cử tuyển giữ ở mức giới hạn [15]. Do vậy, chúng tôi đề nghị bổ sung cả người Kinh vào nhóm ưu tiên với thời gian cư trú ít nhất 5 năm trong vùng DTIN. Do vậy, tiêu chí này được sửa thành “Ưu tiên người dân tộc ít người và người dân tộc Kinh thường trú trên 5 năm, đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác”.

Tiêu chí 7: “Điểm trung bình thi tốt nghiệp trình độ y sĩ từ 7,5 trở lên” có tỷ lệ không đồng ý khá cao với 38,30%. Các lý do nêu ra là đào tạo hiện

nay theo hệ thống tín chỉ không có thi tốt nghiệp và các trường thường cho điểm chủ quan. Đối chiếu với quy định đào tạo theo tín chỉ, các chương trình đào tạo không định giá bằng điểm thi tốt nghiệp mà được đánh giá bằng kết quả trung bình hàng năm của các học phần và tính hệ số theo số tín chỉ cho từng học phần [104]. Tham khảo từ các tiêu chí tuyển chọn sinh viên của các nước, chúng tôi thấy rằng kết quả học tập trung bình (GPA) của bậc học dưới thường được lựa chọn làm một trong nhiều tiêu chí tuyển chọn sinh viên [29]. Do vậy, việc đặt tiêu chí đánh giá kết quả học tập của bậc dưới là cần thiết. Chúng tôi đề nghị giữ tiêu chí này và được sửa lại thành “Điểm trung bình theo tín chỉ trong chương trình y sĩ đạt từ 7,5 trở lên quy đổi theo thang điểm 10”.

Tiêu chí 9: “Bài luận mô tả kinh nghiệm chuyên môn và mục tiêu học tập phù hợp với dự định làm việc sau khi tốt nghiệp” có tỷ lệ đồng ý khá cao với 82% ý kiến. Mặc dù tỷ lệ đồng ý cao song có ý kiến cho rằng để đánh giá tuyển sinh cần phải tổ chức xét tuyển và có phỏng vấn. Nghiên cứu từ các hình thức tuyển chọn sinh viên y khoa trên thế giới, chúng tôi thấy rằng, phỏng vấn thí sinh dự tuyển thường được các cơ sở đào tạo thực hiện sau khi rà soát và hình thành được danh sách ngắn [29]. Ưu điểm của phỏng vấn có thể giúp cho nhà trường làm rõ được ý tưởng, mục tiêu, lý do và các điều kiện thí sinh quyết định theo học ngành y. Với những thông tin đầy đủ chi tiết và hợp lý có thể giúp cho nhà trường tuyển chọn được sinh viên đúng với mục tiêu đào tạo và hợp lý trong việc sử dụng và phân công công tác sau này. Chúng tôi đề nghị sửa tiêu chí này thành “Bài luận kèm theo phỏng vấn mô tả kinh nghiệm chuyên môn và mục tiêu học tập phù hợp với dự định làm việc sau khi tốt nghiệp”.

Tiêu chí 10: “Cam kết trở về làm việc tại cơ quan hiện đang công tác ít nhất 5 năm sau khi tốt nghiệp”, có 87% ý kiến đồng ý, một tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng thời gian lưu lại công tác sau khi được đào tạo bác

sĩ đa khoa 4 năm cần tối thiểu từ 8-10 năm thay vì 5 năm như trong dự thảo. Về những ý kiến này, chúng tôi thấy rằng với thời gian từ 8-10 năm không được thay đổi công tác có thể làm hạn chế các cơ hội phát triển nghề nghiệp của bác sĩ đang công tác. Nhiều mô hình ở các nước chẳng hạn như Thái Lan, thời gian cam kết làm việc ở vùng nông thôn chỉ từ 3 đến 5 năm và một số nước khác trên thời gian này thường được tính với một tỷ lệ tương quan giữa thời gian đào tạo [91]. Do vậy chúng tôi thấy rằng thời gian 5 năm đặt ra trong tiêu chí này là phù hợp. Do vậy, tiêu chí này đề nghị được giữ nguyên.

Các tiêu chí về cơ sở đào tạo đã được trên 80% đồng ý, trong đó có ý kiến của nhà quản lý đào tạo. Chúng tôi thấy tiêu chí này phù hợp với các quy định hiện hành và khả thi đối với các cơ sở đào tạo, đồng thời cũng phù hợp với các điều kiện đảm bảo chất lượng đào tạo và phù hợp với đối tượng đào tạo là cán bộ đi học từng có thâm niên công tác trong ngành y.

Các đối tượng nghiên cứu đồng ý với hầu hết các tiêu chí về tuyển dụng và đào tạo liên tục. Riêng với tiêu chí 22: “Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 18 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa” có 31,91% không đồng ý. Nhiều ý kiến không đồng ý cho rằng chỉ cần thời gian 12 tháng theo quy định về tập sự và cần có bác sĩ hướng dẫn. Theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, hiện nay bác sĩ muốn được cấp chứng chỉ hành nghề phải trải qua thời gian thực hành tại các bệnh viện với thời gian tối thiểu 18 tháng [113]. Tuy nhiên, theo quy định của Luật Viên chức thì thời gian tập sự nghề nghiệp hiện nay từ 3 đến 12 tháng [45]. Mới đây, Bộ Y tế quy định thời gian tập sự của bác sĩ là 9 tháng [43]. Đây là vấn đề khá nhiều tranh cãi trong quản lý. Đối với các chương trình đào tạo trên thế giới thì thời gian thực hành nghề nghiệp đối với bác sĩ có thể từ 1 đến 3 năm mới được cấp chứng chỉ hành nghề, hoặc trong quá trình thực hành họ cũng được cấp chứng chỉ hành nghề hạn chế [29, 114]. Hiện nay, Bộ Y tế

đang dự kiến trình Chính phủ và Quốc hội sửa đổi một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh cho phù hợp và khả thi với thực tiễn. Trong điều kiện nước ta hiện nay chúng tôi thấy thời gian thực hành 12 tháng là phù hợp, đặc biệt với đối tượng là bác sĩ 4 năm đã từng có kinh nghiệm công tác trong lĩnh vực y khoa ở trình độ y sĩ. Do vậy, chúng tôi tán thành với đề xuất thời gian tập sự 18 tháng nên được rút ngắn toàn 12 tháng và tiêu chí này được sửa đổi thành “Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 12 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa”.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng đào tạo bác sĩ đa khoa 4 năm

- Cơ cấu giới và dân tộc của sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm, nam chiếm 51,5% và nữ chiếm 48,5%; người Kinh 85,00%, DTIN 15,00%.

- Tuổi nhập học trung bình của sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm là 29,60, không khác nhau giữa nam và nữ, giữa người Kinh và DTIN.

- Tỷ lệ sinh viên đánh giá các tiêu chí về cơ sở vật chất nhà trường đạt yêu cầu 71-79%; tỷ lệ sinh viên đánh giá là có ích cho học tập và nghề nghiệp các học phần đại cương là 48-86% và y học cơ sở là 76-97%;

- Tỷ lệ sinh viên đánh giá các tiêu chí cơ sở thực hành đạt yêu cầu từ 32-78%. Tỷ lệ sinh viên đánh giá thực hành của các học phần lâm sàng đạt chất lượng tốt từ 76-91%.

- 12,50% sinh viên bác sĩ đa khoa 4 năm tự đánh giá đạt chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa của Bộ Y tế.

2. Thực trạng sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm

- 53% bác sĩ đa khoa 4 năm làm việc trong khối dự phòng, 45% ở cơ sở điều trị, có xu hướng chuyển từ dự phòng sang điều trị.

- Tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm thoả mãn với các tiêu chí về cơ hội phát triển nghề nghiệp từ 60-93%. Tỷ lệ hài lòng với tiền lương và phụ cấp từ 20-33%. Tỷ lệ hài lòng với các tiêu chí về quan hệ công tác từ 81-93%. Tỷ lệ hài lòng với các tiêu chí về môi trường làm việc từ 76-93%. Tỷ lệ muốn di chuyển nơi hoặc tuyến công tác từ 40-47%.

- Tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm chuyển nơi công tác trong vòng 10 năm sau tốt nghiệp là 16,1%.

3. Khả năng đáp ứng nhiệm vụ và giải pháp cải thiện chất lượng bác sĩ đa khoa 4 năm

- Tỷ lệ bác sĩ đa khoa 4 năm tự đánh giá đáp ứng được các tiêu chí về công việc chuyên môn là 94-97%. Nhiều cán bộ quản lý cho rằng bác sĩ 4 năm chỉ phù hợp với dự phòng và khám chữa bệnh ban đầu.

- Tỷ lệ đồng ý với các giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo của sinh viên là 60-91%, của bác sĩ là 38-95%. Dưới 50% sinh viên và bác sĩ tán thành tổ chức thi quốc gia như sinh viên y 6 năm hay kéo dài thời gian đào tạo.

- Đề xuất chính sách về tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm được xây dựng với sự hỗ trợ của chuyên gia và xin ý kiến cán bộ quản lý có 26 tiêu chí. Tỷ lệ cán bộ quản lý y tế và đào tạo tán thành với các tiêu chí từ 55-97%. Có 5 tiêu chí có tỷ lệ đồng ý dưới 80% là các tiêu chí về đối tượng tuyển chọn, thời gian thực hành lâm sàng và thời gian cam kết làm việc sau tốt nghiệp cùng với các ý kiến phân tích lý do khuyến nghị. Các ý kiến được tham khảo và một số tiêu chí được sửa chữa cho phù hợp.

KHUYẾN NGHỊ

Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế tiếp tục cho phép và tạo điều kiện để một số trường đào tạo chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm cung cấp nhân lực cho vùng DTIN, tập trung cho tuyến xã, huyện và hệ dự phòng tuyến tỉnh.

Nhà nước nên đầu tư và giao nhiệm vụ một vài cơ sở đào tạo trọng điểm khu vực phía Bắc và phía Nam chuyên đào tạo chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm cho vùng khó khăn và DTIN và những địa phương có nhu cầu để vừa tiết kiệm nguồn lực, đồng thời có điều kiện nâng cao chất lượng đào tạo, thực hành và phát triển chuyên môn cho bác sĩ đa khoa 4 năm.

Các cơ quan quản lý giáo dục và các cơ sở đào tạo nghiên cứu sửa đổi và thống nhất cách thức tuyển chọn sinh viên cho chương trình bác sĩ đa khoa 4 năm phù hợp với lứa tuổi, kinh nghiệm, năng lực chuyên môn, định hướng nghề nghiệp và kế hoạch nhân lực của mỗi địa phương.

Các trường được giao nhiệm vụ đào tạo nghiên cứu cải tiến chương trình đào tạo, phương pháp giảng dạy hiện đại và hình thức đánh giá sinh viên theo các chuẩn năng lực, lồng ghép các yếu tố dân tộc thiểu số và nhu cầu y tế địa phương.

Các trường, các tỉnh và cơ quan quản lý tham khảo đề xuất chính sách gồm 26 tiêu chí về tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và phát triển nhân lực bác sĩ 4 năm lồng ghép vào các khâu trong quá trình đào tạo và sử dụng nhân lực bác sĩ 4 năm có chất lượng và hiệu quả.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ

1. Trần Đức Thuận, Trương Việt Dũng, Tạ Đăng Hưng. *Thực trạng tiếp nhận và sử dụng bác sĩ đa khoa 4 năm tại 5 tỉnh trên toàn quốc*. Tạp chí Y học thực hành. Số 6 (1049), năm 2017.
2. Trần Đức Thuận, Trương Việt Dũng, Tạ Đăng Hưng. *Sự thay đổi tuyến công tác và lĩnh vực chuyên môn của bác sĩ đa khoa 4 năm tốt nghiệp từ 2006-2016*. Tạp chí Y học thực hành. Số 7 (1050), năm 2017.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2006), *The World health report 2006: working together for health*, Geneva.
2. V. Passi và các cộng sự. (2013), "Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27", *Med Teach*. 35(9), tr. e1422-36.
3. International Labour Organization (2009), "Updating the International Standard Classification of Occupations (ISCO): Occupations in Health".
4. James Rourke (2008), "Increasing the number of rural physicians", *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 178(3), tr. 322-325.
5. J. J. Guilbert (2006), "The World Health Report 2006: working together for health", *Educ Health (Abingdon)*. 19(3), tr. 385-7.
6. Jianlin Hou và Yang Ke (2015), "Addressing the shortage of health professionals in rural China: issues and progress", *Int J Health Policy Manag*. 4(5), tr. 327-328.
7. Xiuli Wang và Jay Pan (2016), "Assessing the disparity in spatial access to hospital care in ethnic minority region in Sichuan Province, China", *BMC Health Services Research*. 16(1), tr. 399.
8. A. Harris và các cộng sự. (2010), "Challenges to maternal health care utilization among ethnic minority women in a resource-poor region of Sichuan Province, China", *Health Policy Plan*. 25(4), tr. 311-8.
9. WHO (2010), "WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee", *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations*, World Health Organization, Geneva.
10. WHO (2007), *Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*, WHO, Geneva.

11. Nonglak Pagaiya, Lalitaya Kongkam và Sanya Sriratana (2015), "Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study", *Human Resources for Health*. 13(1), tr. 10.
12. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2009), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009: nhân lực y tế ở Việt Nam*, Bộ Y tế, Hà Nội.
13. Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2010), *Báo cáo kết quả chính thức Tổng điều tra dân số và nhà ở 1/4/2009*, Tổng cục Thống kê, Hà Nội.
14. Trần Thị Hạnh và các cộng sự. (2010), *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực vùng dân tộc thiểu số và đề xuất các giải pháp phát triển nguồn nhân lực vùng dân tộc và miền núi*, Ủy ban Dân tộc, UNDP, Hà Nội.
15. Chính phủ (2006), *Nghị định số 134/2006/NĐ-CP của Chính phủ: Quy định chế độ cử tuyển vào các cơ sở giáo dục trình độ đại học, cao đẳng, trung cấp thuộc hệ thống giáo dục quốc dân*, Chính phủ, Hà Nội.
16. Chính phủ (2011), *Nghị định số 05/2011/NĐ-CP của Chính phủ : Về Công tác dân tộc*, Chính phủ, Hà Nội.
17. Thủ tướng Chính phủ (2007), *Quyết định số 1544/QĐ-TTG của Thủ tướng Chính phủ : Phê duyệt "Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển"*, Chính phủ, Hà Nội.
18. Sở Y tế Cần Thơ (2017), *Thông báo số 2227/TB-SYT ngày 3/8/2017 về việc tuyển các thí sinh có nhu cầu đào tạo Bác sĩ theo địa chỉ sử dụng năm 2017 (Bác sĩ đa khoa, Bác sĩ đa khoa định hướng chuyên ngành hiếm)*, Sở Y tế Cần Thơ, Cần Thơ.

19. UBND tỉnh Hải Dương (2011), *Quyết định số 35/2011/QĐ-UBND ngày 30/12/2011 Ban hành quy định xét tuyển đi đào tạo theo địa chỉ, hỗ trợ đào tạo; thu hút bác sĩ, dược sĩ đại học về công tác tại cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã thuộc tỉnh*, UBND tỉnh Hải Dương, Hải Dương.
20. Bộ Y tế (2008), *Thông tư số 06/2008/TT-BYT Hướng dẫn đào tạo liên thông lên trình độ đại học, cao đẳng y, dược*, Bộ Y tế, Hà Nội.
21. World Health Organization (2010), *Classifying health workers*, Geneva.
22. Ann Leck and Ian Leck (1987), "What is a good GP?", *British Medical Journal*. 294(6568), tr. 351-2.
23. Bryan Gandevia (1971), "A History of General Practice in Australia", *Canadian Family Physican*.
24. Quốc hội (2012), *Luật Giáo dục đại học 2012*, Quốc hội, Hà Nội.
25. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2012), *Thông tư số 55/2012/TT-BGDĐT của Bộ Giáo dục và Đào tạo : Quy định đào tạo liên thông trình độ cao đẳng, đại học*, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.
26. Thủ tướng Chính phủ (2017), *Quyết định số 18/2017/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ : Quy định về liên thông giữa trình độ trung cấp, trình độ cao đẳng với trình độ đại học*, Chính phủ, Hà Nội.
27. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2001), *Quyết định số 12/2001/QĐ-BGD&ĐT của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo về việc Ban hành chương trình khung các ngành đào tạo đại học, cao đẳng thuộc nhóm ngành khoa học sức khỏe*, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.
28. Julio Fenk và CS (2010), "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world", *The Lancet*. 376(9756), tr. 1923-1958.

29. N. Nara, T. Suzuki và S. Tohda (2011), "The current medical education system in the world", *J Med Dent Sci.* 58(2), tr. 79-83.
30. J. Frenk và các cộng sự. (2011), "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world", *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 28(2), tr. 337-41.
31. Association of American Medical Colleges (2007), *The Road to Becoming a Doctor*, Association of American Medical Colleges, Washington, DC.
32. The UKCAT Consortium (2017), *Admissions Testing for UK Health Professions*, The UKCAT Consortium, London, truy cập ngày 15/4/2017, tại trang web <https://www.ukcat.ac.uk/>.
33. Kaplan (2017), *BMAT preparation you can trust*, Kaplan truy cập ngày 15/9/2017, tại trang web <http://www.kaptest.co.uk/>.
34. UMAT (2017), *About UMAT*, truy cập ngày 20/9/2017, tại trang web <https://umat.acer.edu.au/about-umat>.
35. GAMSAT (2017), "Graduate Medical School Admissions Test".
36. Inc. Center for Educational Measurement (2017), *About NMAT*, Center for Educational Measurement, Inc., truy cập ngày 10/7/2017, tại trang web <https://www.cem-inc.org.ph/nmat/about-nmat>.
37. W. C. McGaghie và các cộng sự. (1978), "Competency-based curriculum development on medical education: an introduction", *Public Health Pap*(68), tr. 11-91.
38. Jason R Frank và các cộng sự. (2010), "Competency-based medical education: theory to practice", *Medical teacher.* 32(8), tr. 638-645.

39. WHO (2013), *Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines 2013*, Geneva.
40. WFME (2015), *Basic medical education WFME global standards for quality improvement*, WFME Office - University of Copenhagen - Denmark
41. Association of American Medical Colleges-AAMC (2015), *Medical School Graduation Questionnaire*.
42. General Medical Council (2016), *Promoting excellence: standards for medical education and training*, truy cập ngày 1/5/2017, tại trang web <https://www.gmc-uk.org/education/standards.asp>.
43. J. N. Modi, P. Gupta và T. Singh (2015), "Competency-based Medical Education, Entrustment and Assessment", *Indian Pediatr.* 52(5), tr. 413-20.
44. D. Champin (2014), "[Competency-based assessment in medical education]", *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 31(3), tr. 566-71.
45. G. Mishmast Nehy (2015), "Assessment of the relationship between the output of the educational systems and the assumed effective factors in Medical Education written in Data Banks and Ranking of Iran Medical Faculties book", *J Med Life.* 8(Spec Iss 3), tr. 13-23.
46. L. Briz-Ponce và F. J. Garcia-Penalvo (2015), "An Empirical Assessment of a Technology Acceptance Model for Apps in Medical Education", *J Med Syst.* 39(11), tr. 176.
47. A. Rauf và các cộng sự. (2014), "Formative assessment in undergraduate medical education: concept, implementation and hurdles", *J Pak Med Assoc.* 64(1), tr. 72-5.

48. J. S. Mooney và các cộng sự. (2014), "How we developed eForms: an electronic form and data capture tool to support assessment in mobile medical education", *Med Teach.* 36(12), tr. 1032-7.
49. A. Laidlaw và các cộng sự. (2014), "National survey of clinical communication assessment in medical education in the United Kingdom (UK)", *BMC Med Educ.* 14, tr. 10.
50. C. C. Glass và các cộng sự. (2014), "American College of Surgeons/Association for Surgical Education medical student simulation-based surgical skills curriculum needs assessment", *Am J Surg.* 207(2), tr. 165-9.
51. A. A. Vanderbilt, M. Feldman và I. K. Wood (2013), "Assessment in undergraduate medical education: a review of course exams", *Med Educ Online.* 18, tr. 1-5.
52. D. Jabeen (2013), "Use of simulated patients for assessment of communication skills in undergraduate medical education in obstetrics and gynaecology", *J Coll Physicians Surg Pak.* 23(1), tr. 16-9.
53. Bộ Y tế (2012), *Niên giám Thống kê y tế 2011*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
54. Bộ Y tế (2013), *Niên giám Thống kê y tế 2012*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
55. Bộ Y tế (2014), *Niên giám Thống kê y tế 2013*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
56. Bộ Y tế (2015), *Niên giám Thống kê y tế 2014*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
57. Quốc hội (2005), *Luật Giáo dục 2005*, Quốc hội, Hà Nội.
58. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2012), *Thông tư số 01/2012/TT-BGDĐT Ban hành Bộ chương trình khung giáo dục đại học khối ngành Khoa học Sức khỏe, trình độ đại học*, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.
59. Bộ Y tế (2015), *Quyết định 1854/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của Bác sĩ đa khoa"*, Bộ Y tế, Hà Nội.

60. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2017), *Báo cáo nghiên cứu đánh giá đào tạo thực hành bác sĩ đa khoa 2014*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Hà Nội.
61. Bùi Mỹ Hạnh (2013), *Xây dựng chuẩn đầu ra cho đào tạo bác sĩ đa khoa*, Bộ Y tế, Hà Nội.
62. Pathfinder International Vietnam (2013), *Improving health care for ethnic minority populations through pre-service training in Vietnam: A system-based approach - Final evaluation report*, Pathfinder International Vietnam, Ha Noi.
63. Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế (2013), *Thực trạng nhân lực y tế và đề xuất nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế trong thời gian tới*.
64. Thủ tướng Chính phủ (2016), *Quyết định số 1981/QĐ-TTg phê duyệt khung cơ cấu trình độ giáo dục quốc dân*, Chính phủ, Hà Nội.
65. Jan De Maeseneer và Maaïke Flinkenflögel (2010), "Primary health care in Africa: do family physicians fit in?", *British Journal of General Practice*. 60, tr. 286–292.
66. Danish Ministry of Health (2000), *Denmark's future medical specialist*, The Danish Commission on Medical Specialists, Copenhagen.
67. The Danish Health and Medicines Authority (2014), *The seven roles of physicians* Copenhagen.
68. Jonathan (Jack) Rodnick (2008), "International Family Medicine Education", *Family Medicine*.
69. Seema Murthy và các cộng sự. (2012), "What do doctors want? Incentives to increase rural recruitment and retention in India", *BMC Proceedings*. 6(1), tr. P5.

70. Emmanuel Kwame Darkwa và các cộng sự. (2015), "A qualitative study of factors influencing retention of doctors and nurses at rural healthcare facilities in Bangladesh", *BMC Health Services Research*. 15, tr. 344.
71. Monique Van Dormael và các cộng sự. (2008), "Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali", *Human Resources for Health*. 6(1), tr. 25.
72. Eley DS. và các cộng sự. (2012), "A decade of Australian Rural Clinical School graduates--where are they and why?", *Rural Remote Health*. 2012(12), tr. 1937.
73. Greenhill JA., Walker J. và Playford D. (2015), "Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum", *Rural Remote Health*. 15(3), tr. 2991.
74. Matsumoto M., Inoue K. và Kajii E. (2008), "Long-term effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan", *Rural and Remote Health (Internet)*. 8(930).
75. Matsumoto M., Inoue K. và Kajii E. (2008), "A contract-based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978-2006)", *J Rural Health*. 24(4), tr. 360-368.
76. Rajin Arora Achara Nithiapinyasakul, Parinya Chamnan (2016), "Impact of a 20-year collaborative approach to increasing the production of rural doctors in Thailand", *Int J Med Educ*. 7, tr. 414-416.
77. Stearns JA. và các cộng sự. (2000), "Illinois RMED: a comprehensive program to improve the supply of rural family physicians", *Family Medicine*. 31(1), tr. 17-21.

78. O. Polasek và I. Kolcic (2006), "Academic performance and scientific involvement of final year medical students coming from urban and rural backgrounds", *Rural Remote Health*. 6(2), tr. 530.
79. P. R. Shankar (2010), "Attracting and retaining doctors in rural Nepal", *Rural Remote Health*. 10(3), tr. 1420.
80. Z. C. Shroff, S. Murthy và K. D. Rao (2013), "Attracting doctors to rural areas: a case study of the post-graduate seat reservation scheme in andhra pradesh", *Indian J Community Med*. 38(1), tr. 27-32.
81. J. Cleland và các cộng sự. (2012), "Attracting healthcare professionals to remote and rural medicine: learning from doctors in training in the north of Scotland", *Med Teach*. 34(7), tr. 476-482.
82. R. A. Ray, L. Young và D. B. Lindsay (2015), "The influences of background on beginning medical students' perceptions of rural medical practice", *BMC Med Educ*. 15, tr. 58.
83. R. A. Ray, T. Woolley và T. Sen Gupta (2015), "James Cook University's rurally orientated medical school selection process: quality graduates and positive workforce outcomes", *Rural Remote Health*. 15(4), tr. 3424.
84. M. Viscomi, S. Larkins và T. S. Gupta (2013), "Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature", *Can J Rural Med*. 18(1), tr. 13-23.
85. S. Nallala và các cộng sự. (2015), "Why medical students do not like to join rural health service? An exploratory study in India", *J Family Community Med*. 22(2), tr. 111-7.
86. Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2015), *Thông tư liên tịch số 10/2015/TTLT-BYT-BNV của Bộ Y tế-Bộ Nội vụ : Quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ*, Bộ Y tế - Bộ Nội vụ, Hà Nội.

87. Hội Khoa học Kinh tế y tế (2011), *Sự cần thiết và vai trò của bác sỹ công tác tại tuyến xã*, Hà Nội.
88. Nguyễn Bạch Ngọc và Vũ Văn Hoàn (2008), *Nghiên cứu xác định các điều kiện cần thiết để thực hiện chủ trương đưa bác sỹ về xã và phát huy hiệu quả hoạt động của bác sỹ tuyến xã*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Hà Nội.
89. Trần Quốc Kham và Đinh Hồng Dương (2014), "Đánh giá kết quả đào tạo cử tuyển nhân lực y tế tại 34 tỉnh (2007 - 2011)", *Tạp chí Y - Dược học quân sự*(9), tr. 7.
90. Ministry of Education of China và Ministry of Health of China (2012), *Suggestions on Implementing the Education and Training of Excellent Physicians*.
91. Suwit Wibulpolprasert và Paichit Pengpaibon (2003), "Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience", *Human Resources for Health*. 1(1), tr. 12.
92. M. R. McGrail và D. J. Russell (2017), "Australia's rural medical workforce: Supply from its medical schools against career stage, gender and rural-origin", *Aust J Rural Health*. 25(5), tr. 298-305.
93. D. Paul, S. C. Ewen và R. Jones (2014), "Cultural competence in medical education: aligning the formal, informal and hidden curricula", *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 19(5), tr. 751-758.
94. Ban Chấp hành Trung ương (2005), *Nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ Chính trị ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, BCH Trung ương, Hà Nội.
95. Ban Chấp hành Trung ương (2017), *Nghị quyết Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương khóa XII (Nghị quyết số 20 -NQ/TW) về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*, BCH Trung ương, Hà Nội.

96. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 585/QĐ-BYT ngày 20/02/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Dự án “Thí điểm đưa bác sỹ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn (ưu tiên 62 huyện nghèo)”*.
97. Chính phủ (2009), *Nghị định 64/2009/NĐ-CP quy định về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn*, Chính phủ, Hà Nội.
98. Bộ Y tế, Bộ Nội Vụ và Bộ Tài Chính (2010), *Thông tư liên tịch số 06/2010/TTLT-BYT-BNV-BTC ngày 22/3/2010 của liên Bộ Y tế, Nội vụ, Tài chính hướng dẫn thực hiện Nghị định số 64/2009/NĐ-CP*, Hà Nội.
99. Bộ Y tế (2008), *Quyết định số 1816/QĐ-BYT ngày 26/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”*, Bộ Y tế, Hà Nội.
100. Ủy ban Dân tộc (2015), *Kết quả điều tra thực trạng kinh tế-xã hội 53 dân tộc thiểu số năm 2015*, Ủy ban Dân tộc, Hà Nội.
101. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012: Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh*, Bộ Y tế, Hà Nội.
102. AAMC (2015), *Medical School Graduation Questionnaire 2015: All Schools Summary Report*, Association of American Medical Colleges.
103. AAMC (2015), *Matriculating Student Questionnaire 2015 All Schools Summary Report*, Association of American Medical Colleges.
104. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2012), *Thông tư 57/2012 sửa đổi, bổ sung quy chế đào tạo tín chỉ*, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Hà Nội.

105. S. Schinkel và các cộng sự. (2016), "Enhancing Health Communication Outcomes Among Ethnic Minority Patients: The Effects of the Match Between Participation Preferences and Perceptions and Doctor-Patient Concordance", *J Health Commun.* 21(12), tr. 1251-1259.
106. Rose-Lima Van Keer và các cộng sự. (2015), "Conflicts between healthcare professionals and families of a multi-ethnic patient population during critical care: an ethnographic study", *Critical Care.* 19(1), tr. 441.
107. K. M. Stegers-Jager và các cộng sự. (2015), "Ethnic and social disparities in performance on medical school selection criteria", *Med Educ.* 49(1), tr. 124-33.
108. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2011), *Thực trạng và nhu cầu sử dụng bác sĩ và cử nhân điều dưỡng sau tốt nghiệp*, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Hà Nội.
109. Nguyễn Thanh Long và Vũ Sinh Nam (2013), "Nhân lực y tế dự phòng: thực trạng, thách thức và giải pháp", *Tạp chí Y học dự phòng*.
110. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014: Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Bộ Y tế, Hà Nội.
111. Trường Đại học Y Hà Nội (2017), *Công văn số 637/ĐHYHN-ĐTĐH ngày 13/4/2017 về việc tuyển sinh Bác sĩ y học dự phòng văn bằng 2-năm 2017*, Hà Nội.
112. UNDP và Ủy ban Dân tộc (2010), *Hiện trạng nguồn nhân lực dân tộc thiểu số và khuyến nghị các giải pháp nhằm phát triển nguồn nhân lực vùng dân tộc thiểu số và miền núi*, UNDP, Hà Nội.

113. W. Tormey (2015), "Education, learning and assessment: current trends and best practice for medical educators", *Ir J Med Sci.* 184(1), tr. 1-12.
114. Judy McKimm và các cộng sự. (2013), *Regulation and Licensing of Healthcare Professionals: A Review of International Trends and Current Approaches in Pacific Island Countries*, The Human Resources for Health Knowledge Hub, Sydney.

PHỤ LỤC

BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN SINH VIÊN
TỐT NGHIỆP BÁC SĨ LIÊN THÔNG NĂM 2016

Viện Chiến lược và Chính sách y tế (Bộ Y tế) tiến hành nghiên cứu đánh giá thực trạng đào tạo và sử dụng cán bộ y tế trình độ bác sĩ được đào tạo theo *chương trình liên thông (còn gọi là bác sĩ chuyên tu, bác sĩ 4 năm)*. Nghiên cứu này thu thập thông tin và tìm hiểu các yếu tố liên quan nhằm khuyến nghị các chính sách giúp nâng cao chất lượng đào tạo và sử dụng có hiệu quả bác sĩ được đào tạo theo chương trình liên thông.

Xin anh/chị vui lòng cung cấp thông tin theo hướng dẫn bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây.

Anh/chị **không phải** điền tên mình vào phiếu này. Chúng tôi sẽ đảm bảo các thông tin mà anh/chị cung cấp trong phiếu này được giữ bí mật và chỉ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu.

| Phần dành cho cán bộ nghiên cứu ghi | |
|-------------------------------------|-------|
| Mã phiếu | _____ |
| Mã trường | _____ |

1. THÔNG TIN CHUNG

Xin anh/chị vui lòng cho biết các thông tin cá nhân sau đây:

| Mã | Câu hỏi | Các phương án trả lời | |
|-----|---------------------------------------|----------------------------|--|
| 1.1 | Năm sinh | _____ | |
| 1.2 | Giới tính | 1. Nam | 2. Nữ |
| 1.3 | Nơi sinh (tên tỉnh) | _____ | |
| 1.4 | Dân tộc | _____ | |
| 1.5 | Tôn giáo | 1. Phật giáo | 2. Công giáo |
| | | 3. Tin lành | 4. Khác (ghi rõ) _____ |
| | | 5. Không theo tôn giáo nào | |
| 1.6 | Trình độ chuyên môn trước khi đi học? | 1. Y sĩ đa khoa | 2. Y sĩ sản nhi |
| | | 3. Y sĩ y học cổ truyền | 4. Khác (ghi rõ) _____ |
| 1.7 | Năm tốt nghiệp trung cấp | _____ | |
| 1.8 | Nơi công tác trước khi đi học? | <u>Tuyến</u> | <u>Lĩnh vực</u> |
| | | 1. Tỉnh | 1. Điều trị |
| | | 2. Huyện | 2. Dự phòng |
| | | 3. Xã | 3. Giám định (pháp y, pháp y tâm thần) |
| | | | 4. Kiểm nghiệm |
| | | | 5. Khác (ghi rõ) |

| Mã | Câu hỏi | Các phương án trả lời |
|-----------|---|--|
| 1.9 | Mục đích chính anh/chị theo học chương trình bác sĩ liên thông? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Có bằng bác sĩ 2. Nâng cao năng lực chuyên môn 3. Có cơ hội làm việc tốt hơn 4. Được tăng lương/thăng chức 5. Khác |
| 1.10 | Mong đợi sau khi tốt nghiệp bác sĩ liên thông của anh/chị <i>(Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp)</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Chuyển sang ngành bác sĩ 2. Được cấp chứng chỉ hành nghề bác sĩ 3. Học định hướng chuyên khoa 4. Học chuyên khoa cấp I 5. Học thạc sĩ 6. Được đào tạo liên tục 7. Được làm việc phù hợp với chuyên môn của bác sĩ 8. Được bổ nhiệm chức vụ cao hơn 9. Được chuyển công tác lên tuyến trên 10. Được chuyển về làm việc ở thành phố, đô thị hoặc nơi có điều kiện tốt hơn 11. Khác (ghi rõ) |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

2. TỰ ĐÁNH GIÁ THEO CHUẨN NĂNG LỰC BÁC SĨ ĐA KHOA

Dưới đây là các tiêu chuẩn năng lực của Bác sĩ đa khoa và các tiêu chí đánh giá tương ứng với các tiêu chuẩn đó mới được Bộ Y tế ban hành (Quyết định số 1854/QĐ-BYT ngày 18/5/2015). Anh/chị vui lòng **đọc kỹ và tự đánh giá** năng lực của mình theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp. Các mức độ gồm: 1-thấp nhất, 5-cao nhất.

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|---|---|-----------------------|---|---|---|---|
| Lĩnh vực 1: Năng lực hành nghề chuyên nghiệp | | | | | | |
| Tiêu chuẩn 1. Hành nghề phù hợp với bối cảnh văn hóa xã hội và điều kiện thực tế | | | | | | |
| 2.1 | Hiếu và tôn trọng điều kiện kinh tế, phong tục, tập quán, tín ngưỡng, tôn giáo, văn hóa của cộng đồng và người bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.2 | Có khả năng làm việc độc lập và phối hợp trong chăm sóc y tế dựa trên quy tắc đạo đức và pháp luật và chịu trách nhiệm về các quyết định xử trí chuyên môn của mình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.3 | Thể hiện được tâm huyết với nghề nghiệp, cam kết làm việc theo các tiêu chuẩn thực hành tốt và đạo đức chuyên môn ở mức độ cao nhất. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.4 | Tiếp cận người bệnh và những vấn đề sức khỏe cộng đồng một cách khoa học, thấu đáo, trung thực, trách nhiệm, thông cảm, vị tha và yêu thương. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.5 | Ứng hộ nguyên tắc công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế có chất lượng. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.6 | Coi trọng việc kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.7 | Phát huy vai trò và hình ảnh của người bác sĩ xứng đáng với sự coi trọng và tôn vinh của toàn xã hội | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 2. Hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp | | | | | | |
| 2.8 | Chịu trách nhiệm cá nhân trong chăm sóc sức khỏe người bệnh và cộng đồng. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.9 | Luôn đặt ra sự an toàn, quyền lợi của người bệnh làm trung tâm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.10 | Hành nghề trong phạm vi chuyên môn được cấp phép và tuân thủ các quy định nghề nghiệp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.11 | Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh, những thông tin mà người bệnh đã cung cấp và hồ sơ bệnh án. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.12 | Nghiêm túc tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 3. Hành nghề theo quy định của pháp luật | | | | | | |
| 2.13 | Hành nghề theo các quy định pháp luật của Việt Nam và các điều ước quốc tế có liên quan mà Việt Nam tham gia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.14 | Tuân thủ quy định, quy tắc, văn hóa giao tiếp ứng xử của nơi làm việc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.15 | Báo cáo trung thực, kịp thời các hành vi vi phạm trong chuyên môn, hành nghề với cơ quan có thẩm quyền. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|--|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.16 | Sử dụng nguồn lực chăm sóc y tế một cách hiệu quả, tuân theo quy định của pháp luật và các giá trị đạo đức. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 4. Học tập suốt đời cho phát triển cá nhân và nghề nghiệp | | | | | | |
| 2.17 | Tự đánh giá và sử dụng các nguồn thông tin phản hồi về công việc của bản thân thường xuyên, có cơ sở khoa học. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.18 | Lập kế hoạch và tham gia các hoạt động học tập, phát triển nghề nghiệp; sử dụng các nguồn lực hỗ trợ cho học tập phù hợp, hiệu quả, sáng tạo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.19 | Sẵn sàng tham gia các hoạt động đào tạo phù hợp với năng lực khi được yêu cầu. Hỗ trợ phát triển nghề nghiệp cho đồng nghiệp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.20 | Có khả năng sử dụng tiếng Anh và/hoặc các ngôn ngữ khác trong học tập, nghiên cứu và phát triển nghề nghiệp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.21 | Thu thập, đánh giá và sử dụng được các thông tin y học đáng tin cậy trong nước và nước ngoài trong công việc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.22 | Tiếp cận được các thông tin lâm sàng trong hồ sơ bệnh án (giấy và điện tử), thư viện, các nguồn thông tin trực tuyến một cách phù hợp, đầy đủ, chính xác, đảm bảo tính bảo mật và tính pháp lý. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lĩnh vực 2: năng lực ứng dụng kiến thức y học | | | | | | |
| Tiêu chuẩn 5. Ứng dụng các kiến thức khoa học cơ bản, y học cơ sở, bệnh học trong thực hành chăm sóc y khoa | | | | | | |
| 2.23 | Giải thích được cấu trúc, chức năng và sự phát triển bình thường về thể chất và tinh thần con người qua các giai đoạn phát triển trong mối tương tác với môi trường tự nhiên và xã hội. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.24 | Giải thích được mối tương tác giữa cấu trúc và chức năng của cơ thể, giữa các hệ thống cơ quan trong điều kiện bình thường và bệnh lý | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.25 | Giải thích được nguyên tắc cơ bản, chỉ định, chống chỉ định, cách tiến hành, hạn chế của các quy trình, kỹ thuật thăm khám, xét nghiệm phục vụ cho chẩn đoán các bệnh thường gặp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.26 | Đưa ra lập luận logic về các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt các bệnh thường gặp dựa trên các bằng chứng khoa học. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.27 | Giải thích được các nguyên tắc và cách giải quyết những vấn đề sức khỏe thông thường và một số tình trạng đòi hỏi phải được chữa trị khẩn cấp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.28 | Đánh giá được hiệu quả của các can thiệp y tế dựa trên bằng chứng khoa học. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 6. ứng dụng các nguyên tắc, phương pháp y tế công cộng trong thực hành chăm sóc y khoa | | | | | | |
| 2.29 | Trình bày được nguyên tắc, mô hình hệ thống tổ chức, chức năng nhiệm vụ mạng lưới y tế Việt Nam và mối quan hệ giữa ngành y tế với các ngành liên quan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|--|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.30 | Trình bày được các nguyên lý cơ bản về quản lý y tế và nội dung chính của các chương trình quốc gia trong lĩnh vực y tế | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.31 | Phân tích được các khái niệm và nguyên lý cơ bản của dịch tễ học, các chỉ số sức khỏe chủ yếu, yếu tố nguy cơ, mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh, dịch bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.32 | Giải thích được nguyên tắc và ứng dụng trong dự phòng cấp 1, 2, 3; chiến lược dự phòng mức cá nhân, tiếp cận dự phòng dựa vào cộng đồng và tiếp cận dựa vào yếu tố nguy cơ cao trong phòng ngừa và nâng cao sức khỏe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.33 | Giải thích được vai trò và yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm môi trường môi trường với sức khỏe; các nguyên tắc phòng chống ô nhiễm môi trường. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.34 | Giải thích được yếu tố nguy cơ và cách phòng tránh các bệnh nghề nghiệp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lĩnh vực 3: Năng lực chăm sóc y khoa | | | | | | |
| Tiêu chuẩn 7. Chẩn đoán và ra quyết định xử trí dựa vào bằng chứng có sự tham gia của người bệnh, người nhà và cán bộ y tế liên quan phù hợp với điều kiện thực tế. | | | | | | |
| 2.35 | Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt được các bệnh thường gặp, áp dụng được cách phân loại bệnh tật quốc tế ICD10. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.36 | Xử trí các trường hợp cấp cứu thông thường và phát hiện được tình trạng nghiêm trọng đe dọa tính mạng để có can thiệp kịp thời, phù hợp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.37 | Chỉ định phù hợp và phân tích kết quả thu được từ các phương pháp, quy trình thăm khám lâm sàng; cận lâm sàng, thăm dò chức năng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.38 | Cung cấp các thông tin liên quan đến sức khỏe và bệnh tật cho người bệnh, người nhà và đồng nghiệp tạo sự yên tâm, đồng ý, hợp tác trước và trong quá trình thăm khám và điều trị. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.39 | Đánh giá vai trò và lựa chọn các phương pháp điều trị dựa trên các bằng chứng khoa học. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.40 | Ứng dụng các kiến thức, phương pháp, kỹ thuật và công nghệ mới trong chẩn đoán và điều trị phù hợp với thực tế. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.41 | Đưa ra quyết định về chăm sóc người bệnh, sử dụng những bằng chứng tốt nhất hiện có một cách thấu đáo, rõ ràng, có sự thảo luận, thống nhất với người bệnh, người nhà, giảm tối đa các sai sót khi ra quyết định. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.42 | Lập hồ sơ bệnh án cho người bệnh theo nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm, không phân biệt đối xử. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.43 | Lập kế hoạch, tổ chức triển khai, thực hiện chăm sóc toàn diện người bệnh, nhóm bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.44 | Thực hiện đúng các quy trình kỹ thuật, thủ thuật lâm sàng theo quy định của Bộ Y tế đối với bác sĩ đa khoa phù hợp với quy định, tổ chức và các nguồn lực tại nơi làm việc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.45 | Theo dõi thường xuyên, phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến trong quá trình chăm sóc, điều trị. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|---|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.46 | Phát hiện những trường hợp bệnh vượt quá khả năng chuyên môn và tiến hành chuyển người bệnh đúng nơi, đúng tuyến, đúng thời điểm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.47 | Thực hiện nguyên tắc hỗ trợ người bệnh về mặt tâm lý, thể chất, tinh thần và xã hội; xử trí các triệu chứng cho đến khi có chẩn đoán xác định và bắt đầu tiến hành điều trị đặc hiệu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 8. Áp dụng các kiến thức, phương pháp luận về hành vi, tâm lý, xã hội trong thực hành chăm sóc y khoa | | | | | | |
| 2.48 | Phân tích được những diễn biến tâm lý của người bệnh trong điều kiện bình thường và khi có bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.49 | Áp dụng được những nguyên tắc và phương pháp tâm lý để tạo sự đồng thuận và hợp tác của người bệnh và người nhà đối với các quyết định chẩn đoán và điều trị. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.50 | Xác định được phương pháp quản lý phù hợp với người bệnh có những vấn đề về tâm lý. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 9. Điều trị bằng thuốc an toàn, chi phí - hiệu quả | | | | | | |
| 2.51 | Kê đơn thuốc đúng nguyên tắc, an toàn, hợp lý, hợp pháp và có giải thích, trao đổi rõ ràng với người bệnh/người nhà và đồng nghiệp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.52 | Thực hiện những nguyên tắc cơ bản trong sử dụng kháng sinh cho người bệnh, hạn chế tình trạng kháng thuốc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.53 | Phát hiện và xử trí ban đầu các dấu hiệu của dị ứng thuốc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 10. Chăm sóc sức khỏe thai sản | | | | | | |
| 2.54 | Khám thai và quản lý thai nghén. Chăm sóc bà mẹ và phát hiện yếu tố nguy cơ trong thời kỳ thai nghén, chuyên dạ và sau đẻ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.55 | Xác định được chuyên dạ, tiên lượng được cuộc đẻ và đỡ đẻ thường. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.56 | Cấp cứu ban đầu tai biến sản khoa và sơ sinh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 11. Hồi sức, sơ cứu và chăm sóc tích cực | | | | | | |
| 2.57 | Đánh giá đầy đủ, phân loại, ra quyết định xử trí kịp thời, phù hợp và tiên lượng đối với các trường hợp đe dọa tính mạng và/hoặc không đe dọa ngay tính mạng nhưng đòi hỏi điều trị sớm, tích cực. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.58 | Xử trí các trường hợp cấp cứu cơ bản và ngừng tuần hoàn theo phác đồ chuyên môn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.59 | Tư vấn cho người bệnh và gia đình về tiên lượng bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.60 | Phối hợp hiệu quả trong nhóm chăm sóc trong sơ cứu, cấp cứu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 12. Chăm sóc kéo dài, chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh mãn tính hoặc nan y | | | | | | |
| 2.61 | Nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, giảm đau đớn về thể xác và tinh thần, giúp người bệnh duy trì cuộc sống độc lập. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.62 | Sử dụng thuốc, thiết bị hỗ trợ và những dịch vụ xã hội, vận chuyển phù hợp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|---|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.63 | Huy động và khuyến khích sự tham gia của người bệnh, người nhà, bạn bè cũng như những thành viên khác trong chăm sóc kéo dài, chăm sóc giảm nhẹ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 13. Kiểm soát đau | | | | | | |
| 2.64 | Lựa chọn và thực hiện các kỹ thuật giảm đau cơ bản theo phác đồ một cách phù hợp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.65 | Trình bày được những nguyên tắc giảm đau bằng thuốc, vật lý và tâm lý trị liệu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.66 | Xác định được nhiệm vụ và thể hiện được khả năng hợp tác, tham gia quản lý đau cùng với các cán bộ y tế khác. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 14. Y học cổ truyền và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc trong điều trị, dự phòng và phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp | | | | | | |
| 2.67 | Điều trị, dự phòng và phục hồi chức năng một số bệnh thường gặp sử dụng phương pháp y học cổ truyền kết hợp với y học hiện đại. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.68 | Hướng dẫn người bệnh sử dụng các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc trong việc điều trị, dự phòng và nâng cao sức khỏe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 15. Tham gia kiểm soát lây nhiễm | | | | | | |
| 2.69 | Tuân thủ các nguyên tắc quy trình về phòng ngừa, cách ly và kiểm soát nhiễm khuẩn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.70 | Nhận định được các loại nhiễm khuẩn chính và các tác nhân sinh học phổ biến gây bệnh đòi hỏi sự chăm sóc y tế. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.71 | Nhận định được các con đường lây nhiễm có nguồn gốc bệnh viện để có biện pháp xử lý phù hợp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 16. Tuyên truyền, giáo dục, vận động cho tăng cường sức khỏe và dự phòng bệnh tật | | | | | | |
| 2.72 | Xác định được nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình, và các nhóm cộng đồng. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.73 | Thực hiện tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức, lối sống lành mạnh như một phương thức cải thiện, duy trì sức khỏe và phòng bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.74 | Sử dụng công cụ đa truyền thông sẵn có (điện thoại, email, internet, sách, báo, ghi chép truyền hình...) hỗ trợ chuyển tải các thông tin qua các kỹ năng thuyết trình, viết báo cáo, bài báo khoa học một cách hiệu quả và thích hợp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 17. Quản lý tử vong | | | | | | |
| 2.75 | Xác nhận được tử vong | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.76 | Thông báo tử vong cho người nhà | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lĩnh vực 4: Năng lực giao tiếp – cộng tác | | | | | | |
| Tiêu chuẩn 18. Tạo dựng được mối quan hệ thân thiện, hợp tác, tin tưởng với người bệnh, thân nhân người bệnh và cộng đồng | | | | | | |

| Lĩnh vực, tiêu chuẩn và tiêu chí | | Các phương án trả lời | | | | |
|---|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.77 | Dành thời gian cần thiết, lắng nghe, chia sẻ và giải quyết những băn khoăn, lo lắng của người bệnh và thân nhân người bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.78 | Thể hiện được hiểu biết về nhu cầu, các yếu tố tâm sinh lý, văn hóa xã hội ảnh hưởng đến người bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.79 | Tạo ra được mối quan hệ thân thiện, hợp tác với cộng đồng và các tổ chức, cá nhân liên quan tới môi trường khám bệnh, chữa bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.80 | Hướng dẫn, khuyến khích và thảo luận được với người bệnh, người nhà và các tổ chức nghề nghiệp khác tham gia vào việc ra quyết định và giải quyết các vấn đề sức khỏe trên cơ sở thỏa thuận đồng ý. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 19. Cộng tác có hiệu quả với đồng nghiệp và đối tác | | | | | | |
| 2.81 | Đảm bảo các nguyên tắc: tôn trọng, quan tâm, chia sẻ, thương lượng, không gượng ép, hóa giải xung đột trong công tác với đồng nghiệp và đối tác. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.82 | Xác định được vai trò và mối quan hệ của các thành viên trong nhóm làm việc; tổ chức, điều phối nhiệm vụ chăm sóc người bệnh cho các thành viên trong nhóm đảm bảo chăm sóc liên tục, an toàn, chi phí-hiệu quả. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.83 | Lắng nghe, chia sẻ chính xác, có hiệu quả các thông tin cần thiết về người bệnh qua trao đổi bằng lời, chữ viết, điện tử và không vi phạm nguyên tắc bảo mật. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.84 | Thường xuyên trao đổi ý kiến với đồng nghiệp để phát hiện các trường hợp vượt quá khả năng giải quyết, đảm bảo an toàn cho người bệnh. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.85 | Tuân thủ nguyên tắc hội chẩn và thực hiện quyết định hội chẩn. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tiêu chuẩn 20. Giao tiếp hiệu quả | | | | | | |
| 2.86 | Thực hiện tốt giao tiếp bằng ngôn ngữ có lời và ngôn ngữ không lời với người bệnh, gia đình, đồng nghiệp. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.87 | Nhận biết được giao tiếp không thành công và lựa chọn chiến lược giao tiếp khác. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.88 | Giao tiếp có hiệu quả trong các tình huống trở ngại giao tiếp như người già, trẻ em, khó khăn về nghe, nhìn, nói, người dân tộc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.89 | Giao tiếp hiệu quả với các đối tượng không phân biệt tuổi, giới, đặc điểm văn hóa - xã hội bằng tiếng Việt và/hoặc ngôn ngữ phổ biến tại nơi làm việc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.90 | Xử trí trong tình huống giao tiếp khó như người bệnh kích động, những đối tượng dễ tổn thương, bị bạo hành, chuẩn bị về tâm lý cho người bệnh và gia đình trước khi cung cấp những thông tin về diễn biến xấu của bệnh, trung thực thừa nhận sự thiếu thông tin và sai sót nếu có. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Ý KIẾN NHẬN XÉT VỀ QUÁ TRÌNH ĐÀO TẠO

Cơ sở đào tạo

Anh/chị cho biết ý kiến của mình về cơ sở đào tạo theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

| | Ý kiến nhận xét | Các phương án trả lời | | | | |
|-----|---|-----------------------|---|---|---|---|
| 3.1 | Có hệ thống phòng làm việc, phòng học và các phòng chức năng với các trang thiết bị phù hợp để hỗ trợ các hoạt động đào tạo và nghiên cứu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.2 | Thư viện và các nguồn học liệu phù hợp và được cập nhật để hỗ trợ các hoạt động đào tạo và nghiên cứu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.3 | Phòng thí nghiệm, thực hành và trang thiết bị phù hợp và được cập nhật để hỗ trợ các hoạt động đào tạo và nghiên cứu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.4 | Hệ thống công nghệ thông tin (bao gồm cả hạ tầng cho học tập trực tuyến) phù hợp và được cập nhật để hỗ trợ các hoạt động đào tạo và nghiên cứu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.5 | Các tiêu chuẩn về môi trường, sức khỏe, an toàn được xác định và triển khai có lưu ý đến nhu cầu đặc thù của người khuyết tật | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Cơ sở thực hành

Anh/chị cho biết ý kiến của mình về cơ sở thực hành theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

| | Ý kiến nhận xét | Các phương án trả lời | | | | |
|------|--|-----------------------|---|---|---|---|
| 3.6 | Trường có đủ cơ sở thực hành để sinh viên thực tập lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.7 | Bệnh viện thực hành có đủ điều kiện để sinh viên có thể học tập, trực đêm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.8 | Nhân viên bệnh viện nhiệt tình tạo điều kiện giúp đỡ sinh viên (nói chung) thực tập | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.9 | Sinh viên bác sĩ liên thông được tạo điều kiện và khuyến khích chăm sóc, điều trị bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.10 | Sinh viên bác sĩ liên thông được tạo điều kiện tham gia thực hiện các thủ thuật/phẫu thuật | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.11 | Sinh viên bác sĩ liên thông được hưởng thù lao khi tham gia trực và chăm sóc bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.12 | Sinh viên học liên thông không được tạo điều kiện học tập tốt như sinh viên y 6 năm (chính quy) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

Chương trình đào tạo

Phần Giáo dục đại cương

Dựa trên kinh nghiệm của mình, anh/chị vui lòng cho biết nhận xét về **mức độ hữu ích của các học phần Giáo dục đại cương** mà anh/chị đã được học trong chương trình bác sĩ liên thông **đối với lâm sàng và hoạt động nghề nghiệp** theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp: 1-rất vô ích, 2-vô ích, 3-bình thường, 4-hữu ích, 5-rất hữu ích, N/A-không được học.

| | Tên học phần/môn học | Các phương án trả lời | | | | | |
|------|------------------------------|------------------------------|---|---|---|---|-----|
| 3.13 | Lịch sử triết học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.14 | Triết học Mác Lê nin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.15 | Kinh tế Chính trị Mác Lê nin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.16 | CNXHKH | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.17 | Lịch sử Đảng CSVN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.18 | Tư tưởng Hồ Chí Minh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.19 | Tâm lý học (TLYH-Y đức) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.20 | Ngoại ngữ (có NNCN) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.21 | Giáo dục thể chất | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.22 | GDQP và YHQS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.23 | Toán cao cấp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.24 | Xác suất thống kê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.25 | Tin học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.26 | Vật lý đại cương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.27 | Lý sinh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.28 | Hoá đại cương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.29 | Hoá vô cơ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.30 | Hoá Hữu cơ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.31 | Sinh học đại cương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.32 | Di truyền học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.33 | Nhân học y học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

Các học phần cơ sở

Dựa trên kinh nghiệm của mình, anh/chị vui lòng cho biết nhận xét về mức độ hữu ích của **các học phần y học cơ sở** mà bạn đã được học trong chương trình bác sĩ liên thông **đối với lâm sàng và hoạt động nghề nghiệp** theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp: 1-rất vô ích, 2-vô ích, 3-bình thường, 4-hữu ích, 5-rất hữu ích, N/A-không được học.

| | Tên học phần/môn học | Các phương án trả lời | | | | | |
|------|--|------------------------------|---|---|---|---|-----|
| 3.34 | Giải phẫu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.35 | Mô phôi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.36 | Sinh lý học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.37 | Hoá sinh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.38 | Vi sinh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.39 | Ký sinh trùng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.40 | Giải phẫu bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.41 | Sinh lý bệnh và miễn dịch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.42 | Dược lý | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.43 | Phẫu thuật thực hành | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.44 | Chẩn đoán hình ảnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.45 | Dinh dưỡng – Vệ sinh an toàn thực phẩm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.46 | Điều dưỡng cơ bản | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.47 | Khoa học môi trường và sức khoẻ môi trường | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.48 | Dịch tễ học | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.49 | Giáo dục nâng cao sức khoẻ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.50 | Thực tập cộng đồng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.51 | Chương trình y tế quốc gia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.52 | Các vấn đề DS - BVSKBMTE-SKSS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.53 | Kinh tế y tế - Bảo hiểm y tế | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.54 | Tổ chức y tế | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |

Các học phần chuyên môn

Anh/chị vui lòng cho biết đánh giá chung của mình về **chất lượng thực hành lâm sàng** của các học phần dưới đây theo 5 mức độ: 1-rất yếu, 2- yếu, 3-vừa, 4-tốt, 5-rất tốt, N/A-Không được học.

| | Tên học phần/môn học | Các phương án trả lời | | | | | |
|------|-----------------------------|------------------------------|---|---|---|---|-----|
| 3.55 | Nội | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.56 | Ngoại | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.57 | Sản-phụ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.58 | Nhi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.59 | Truyền nhiễm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.60 | Y học cổ truyền | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.61 | Lao | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.62 | Răng -Hàm-Mặt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.63 | Tai-Mũi-Họng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.64 | Mắt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.65 | Da liễu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.66 | Phục hồi chức năng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.67 | Thần kinh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.68 | Tâm thần | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.69 | Ung thư đại cương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |
| 3.70 | Pháp y | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N/A |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

Anh/chị cho biết ý kiến của mình về từng học phần lâm sàng dưới đây (nội, ngoại, sản-phụ, và nhi khoa) theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

Nội khoa

| | Ý kiến nhận xét | Các phương án trả lời | | | | |
|------|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 3.71 | Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ những gì cần học trong khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.72 | Quá trình thực hành của tôi được đánh giá theo các mục tiêu học tập | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.73 | Tôi được học trên nhiều bệnh nhân và các loại thủ thuật theo yêu cầu của chương trình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.74 | Tôi được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc bệnh nhân trong khi thực hành ở bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.75 | Tôi được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.76 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi hỏi tiền sử bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.77 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi khám lâm sàng bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.78 | Tôi nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.79 | Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.80 | Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho tôi khi thực hành lâm sàng một cách hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.81 | Tôi được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.82 | Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về bệnh nhân nội trú và ngoại trú | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ngoại khoa

| | Ý kiến nhận xét | Các phương án trả lời | | | | |
|------|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 3.83 | Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ những gì cần học trong khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.84 | Quá trình thực hành của tôi được đánh giá theo các mục tiêu học tập | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.85 | Tôi được học trên nhiều bệnh nhân và các loại thủ thuật theo yêu cầu của chương trình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.86 | Tôi được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.87 | Tôi được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.88 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi hỏi tiền sử bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.89 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi khám lâm sàng bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.90 | Tôi nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.91 | Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.92 | Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho tôi khi thực hành lâm sàng một cách hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.93 | Tôi được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.94 | Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về bệnh nhân nội trú và ngoại trú | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

Sân-Phu khoa

| Ý kiến nhận xét | | Các phương án trả lời | | | | |
|-----------------|--|-----------------------|---|---|---|---|
| 3.95 | Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ những gì cần học trong khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.96 | Quá trình thực hành của tôi được đánh giá theo các mục tiêu học tập | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.97 | Tôi được học trên nhiều bệnh nhân và các loại thủ thuật theo yêu cầu của chương trình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.98 | Tôi được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.99 | Tôi được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.100 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi hỏi tiền sử bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.101 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi khám lâm sàng bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.102 | Tôi nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.103 | Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.104 | Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho tôi khi thực hành lâm sàng một cách hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.105 | Tôi được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.106 | Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về bệnh nhân nội trú và ngoại trú | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Nhi khoa

| Ý kiến nhận xét | | Các phương án trả lời | | | | |
|-----------------|--|-----------------------|---|---|---|---|
| 3.107 | Giảng viên nhà trường hướng dẫn tỉ mỉ những gì cần học trong khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.108 | Quá trình thực hành của tôi được đánh giá theo các mục tiêu học tập | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.109 | Tôi được học trên nhiều bệnh nhân và các loại thủ thuật theo yêu cầu của chương trình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.110 | Tôi được giao nhiệm vụ phù hợp chăm sóc bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.111 | Tôi được giám sát và hỗ trợ đầy đủ khi thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.112 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi hỏi tiền sử bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.113 | Có giảng viên lâm sàng quan sát khi tôi khám lâm sàng bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.114 | Tôi nhận được đầy đủ ý kiến phản hồi sau mỗi lần khám hay hỏi bệnh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.115 | Giảng viên giảng dạy lâm sàng có hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.116 | Bác sĩ nội trú và bác sĩ chuyên khoa có giảng cho tôi khi thực hành lâm sàng một cách hiệu quả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.117 | Tôi được phân công làm việc trong bệnh viện và trực cùng các nhân viên bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.118 | Thực hành lâm sàng với tỷ lệ cân đối về bệnh nhân nội trú và ngoại trú | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

Hỗ trợ tài chính trong đào tạo

| | Câu hỏi | Các phương án trả lời |
|-------|--|--|
| 3.119 | Anh/chị có nhận được hỗ trợ tài chính trong thời gian học bác sĩ liên thông không? | 1. Có 2. Không → Chuyển câu Error! Reference source not found. |
| 3.120 | Anh/chị nhận được hỗ trợ từ những nguồn nào? (có nhiều câu trả lời) | 1. Gia đình 2. Tiền lương 3. Học bổng/hỗ trợ từ dự án 4. Từ doanh nghiệp/tổ chức kinh tế 5. Vay ngân hàng 6. Vay mượn từ người khác 7. Nguồn khác (ghi rõ) |

4. PHƯƠNG PHÁP ĐÀO TẠO

Anh/chị cho biết ý kiến của mình về tần suất sử dụng từng phương pháp đào tạo dưới đây của nhà trường theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào ô trả lời thích hợp. Các mức độ: 1-không bao giờ được học, 2-hiếm khi, 3-thỉnh thoảng, 4-thường xuyên, 5-rất thường xuyên

| | Phương pháp đào tạo | Các phương án trả lời | | | | |
|------|---|-----------------------|---|---|---|---|
| | Học lý thuyết | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.1 | Thuyết trình đơn thuần | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.2 | Thuyết trình có minh họa (hình ảnh, máy chiếu...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.3 | Thảo luận nhóm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.4 | Kết hợp với hỏi đáp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.5 | Đóng vai | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.6 | Thảo luận tình huống | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Thực hành tiền lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.7 | Giảng viên trình diễn mẫu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.8 | Thực hành có hướng dẫn của giảng viên | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.9 | Tự thực hành | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.10 | Có sử dụng bảng kiểm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.11 | Có sử dụng tình huống | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.12 | Có sử dụng mô hình | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.13 | Có sử dụng bệnh nhân giả | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.14 | Có người hướng dẫn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.15 | Được quan sát mẫu trên bệnh nhân thật | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.16 | Được thực hành trên bệnh nhân thật | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Ý KIẾN ĐỀ XUẤT

Anh/chị cho ý kiến của mình về những đề xuất nhằm nâng cao chất lượng đào tạo và sử dụng hợp lý bác sĩ liên thông. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

| | Ý kiến đề xuất | Các phương án trả lời | | | | |
|------|---|-----------------------|---|---|---|---|
| 4.17 | Cần được tuyển chọn nghiêm túc hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.18 | Cần được tổ chức thi quốc gia như sinh viên y 6 năm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.19 | Có thời gian ôn thi phù hợp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.20 | Chương trình đào tạo cần được kéo dài thêm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.21 | Tăng thời lượng thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|
| 4.22 | Chú trọng hơn đến các vấn đề y tế thường gặp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.23 | Mở rộng thêm cơ sở thực hành về địa phương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.24 | Tăng cường giảng viên là các bác sĩ của bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.25 | Đảm bảo tỷ lệ sinh viên/cán bộ giảng lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.26 | Cải thiện phương pháp đánh giá sinh viên | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.27 | Đánh giá kết quả học tập cần dựa vào mục tiêu năng lực | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.28 | Kế hoạch học tập cần phổ biến trước để sinh viên chuẩn bị | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Các ý kiến khác xin được ghi rõ bên dưới

.....

.....

.....

.....

Trân trọng cảm ơn anh, chị đã cung cấp thông tin.

PHỤ LỤC 1. BỘ CÂU HỎI PHÒNG VẤN CÁN BỘ Y TẾ

ĐÃ TỐT NGHIỆP BÁC SĨ CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN THÔNG HIỆN ĐANG CÔNG TÁC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ

Viện Chiến lược và Chính sách y tế (Bộ Y tế) tiến hành nghiên cứu đánh giá thực trạng đào tạo và sử dụng cán bộ y tế trình độ bác sĩ được đào tạo theo *chương trình liên thông (còn gọi là bác sĩ chuyên tu, bác sĩ 4 năm)*. Nghiên cứu này thu thập thông tin và tìm hiểu các yếu tố liên quan nhằm khuyến nghị các chính sách giúp nâng cao chất lượng đào tạo và sử dụng có hiệu quả bác sĩ được đào tạo theo chương trình liên thông.

Xin anh/chị vui lòng cung cấp thông tin theo hướng dẫn bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây.

Anh/chị **không phải** điền tên mình vào phiếu này. Chúng tôi sẽ đảm bảo các thông tin mà anh/chị cung cấp trong phiếu này được giữ bí mật và chỉ được sử dụng vì mục đích nghiên cứu.

| Phần dành cho cán bộ nghiên cứu ghi | |
|-------------------------------------|---------------|
| Mã phiếu _____ | Mã tỉnh _____ |
| Mã huyện _____ | Mã xã _____ |
| Mã đơn vị _____ | |

1 THÔNG TIN CÁ NHÂN

Xin anh/chị vui lòng cho biết các thông tin cá nhân sau đây:

| Mã | Câu hỏi | Các phương án trả lời |
|------|--|---|
| 1.1 | Năm sinh | _____ |
| 1.2 | Giới tính | 1. Nam 2. Nữ |
| 1.3 | Nơi sinh (tên tỉnh) | _____ |
| 1.4 | Dân tộc | _____ |
| 1.5 | Tôn giáo | 1. Phật giáo 2. Công giáo 3. Tin lành 4. Khác (ghi rõ) _____ 5. Không theo tôn giáo nào |
| 1.6 | Năm tốt nghiệp y sĩ | _____ |
| 1.7 | Năm tốt nghiệp bác sĩ liên thông | _____ |
| 1.8 | Năm tuyển dụng (thời điểm ký hợp đồng hoặc biên chế làm việc tại cơ sở y tế) | _____ |
| 1.9 | Trình độ chuyên môn hiện tại | 1. Bác sĩ 2. Chuyên khoa I 3. Chuyên khoa II 4. Thạc sĩ 5. Tiến sĩ |
| 1.10 | Tốt nghiệp trình độ cao nhất năm nào? | _____ |

| Mã | Câu hỏi | Các phương án trả lời | |
|-----------|--|--|--|
| 1.11 | Cơ quan công tác trước khi học chương trình bác sĩ liên thông | <u>Tuyển</u> 1. Tỉnh 2. Huyện 3. Xã | <u>Lĩnh vực</u> 1. Dự phòng 2. Giám định (pháp y, pháp y tâm thần) 3. Kiểm nghiệm 4. Khác (ghi rõ) |
| 1.12 | Cơ quan công tác hiện tại | <u>Tuyển</u> 1. Tỉnh 2. Huyện 3. Xã | <u>Lĩnh vực</u> 1. Dự phòng 2. Giám định (pháp y, pháp y tâm thần) 3. Kiểm nghiệm 4. Khác (ghi rõ) |
| 1.13 | Năm chuyển đến cơ quan hiện đang công tác | | |
| 1.14 | Năm chuyển sang ngạch bác sĩ | | |
| 1.15 | Chức vụ hiện tại | 1. Giám đốc/Phó giám đốc 2. Trưởng/Phó trưởng khoa/phòng 3. Trưởng trạm y tế 4. Bác sĩ điều trị/dự phòng 5. Khác (ghi rõ) | |
| 1.16 | Anh/chị học chương trình bác sĩ liên thông ở trường nào? | 1. Trường Đại học YD Thái Nguyên 2. Trường Đại học YD Thái Bình 3. Trường Đại học YD Hải Phòng 4. Trường Đại học YD Huế 5. Trường Đại học YD Cần Thơ 6. Trường Đại học Tây Nguyên 7. Khác (ghi rõ) | |
| 1.17 | Anh/chị được đánh giá kỹ năng lâm sàng bằng hình thức nào? <i>(Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp)</i> | 1. Thi viết tự luận/giải quyết tình huống 2. Bình bệnh án 3. Khám hoặc làm thủ thuật trên bệnh nhân 4. Thi chạy trạm một số kỹ năng (OSCE) 5. Khác (ghi rõ) | |

(Chuyển sang trang tiếp theo)

2 Ý KIẾN VỀ VIỆC LÀM VÀ MÔI TRƯỜNG LÀM VIỆC

Anh/chị cho biết ý kiến của mình về những nhận xét sau về việc làm và môi trường làm việc theo 5 mức độ bằng cách khoanh vào phương án trả lời thích hợp. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

| Ý kiến nhận xét | | Các phương án trả lời | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|---|---|---|---|
| Khả năng đáp ứng công việc | | | | | | |
| 2.1 | Tôi có thể giải quyết được nhiều công việc chuyên môn hơn so với khi còn là y sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.2 | Tôi được bệnh nhân tin tưởng hơn so với trước khi đi học bác sĩ liên thông | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.3 | Tôi có thể phối hợp với nhiều đối tác hơn trong công việc sau khi trở thành bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.4 | Tôi tự tin hơn so với trước đây khi tiếp xúc và điều trị bệnh nhân | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.5 | Tôi tự tin hơn khi thảo luận và tranh luận về chuyên môn khi đã trở thành bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cơ hội phát triển nghề nghiệp | | | | | | |
| 2.6 | Tôi hài lòng với sự đầu tư của cơ quan và nhà nước cho quá trình đào tạo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.7 | Tôi hài lòng với cơ hội được sử dụng những năng lực được đào tạo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.8 | Học xong bác sĩ tôi có nhiều cơ hội được làm việc ở tuyến cao hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.9 | Tôi có cơ hội được học tiếp lên bậc cao hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.10 | Tôi có nhiều cơ hội được thăng chức sau khi tốt nghiệp bác sĩ liên thông | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mong đợi trong hoạt động chuyên môn | | | | | | |
| 2.11 | Tôi muốn được học tiếp chuyên khoa hoặc trình độ cao hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.12 | Tôi muốn được làm việc nhiều hơn phù hợp với chuyên môn của bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.13 | Tôi muốn được cơ quan, tổ chức quan tâm bổ nhiệm chức vụ cao hơn khi tôi là bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.14 | Tôi muốn được xem xét thuyên chuyển công tác về tuyến trên khi tôi là bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.15 | Nếu có cơ hội, tôi sẽ chuyên về làm việc ở thành phố, đô thị hoặc nơi có điều kiện tốt hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Chế độ chính sách | | | | | | |
| 2.16 | Tôi hài lòng với chính sách lương bổng và đãi ngộ sau khi tôi trở thành bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.17 | Chế độ lương cho bác sĩ hiện nay phù hợp và tương ứng với các nghề khác | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.18 | Tôi hài lòng với chế độ phụ cấp mà tôi được hưởng khi trở thành bác sĩ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Quan hệ trong công tác | | | | | | |
| 2.19 | Trong cơ quan tôi mối quan hệ lãnh đạo và nhân viên rất tốt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Ý kiến nhận xét | | Các phương án trả lời | | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|
| 2.20 | Lãnh đạo hoặc cấp trên quan tâm chủ yếu đến khả năng làm việc của nhân viên và cấp dưới | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.21 | Lãnh đạo hoặc cấp trên tin tưởng tôi hơn khi tôi là bác sĩ và giao cho tôi quyết định nhiều vấn đề | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.22 | Tôi và lãnh đạo có mối quan hệ công việc tốt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.23 | Tôi và đồng nghiệp có mối quan hệ tốt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Môi trường làm việc | | | | | | |
| 2.24 | Môi trường làm việc của cơ quan tôi luôn sạch sẽ, vệ sinh, không lây nhiễm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.25 | Tôi yên tâm về tình hình an ninh nói chung ở cơ quan làm việc | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.26 | Môi trường làm việc ở cơ quan tôi có tác động tích cực tới đời sống xã hội của nhân viên | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.27 | Ở cơ quan, tôi được hỗ trợ và có nhiều cơ hội hợp tác với đồng nghiệp về chuyên môn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.28 | Tôi thấy mình có bổn phận đóng góp cho cơ quan và giúp đỡ đồng nghiệp về chuyên môn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Trân trọng cảm ơn anh, chị đã cung cấp thông tin.

3 Ý KIẾN ĐỀ XUẤT

Anh/chị cho ý kiến của mình về những đề xuất nhằm nâng cao chất lượng đào tạo và sử dụng hợp lý bác sĩ liên thông. Các mức độ: 1-rất không đồng ý, 2-không đồng ý, 3-trung tính, 4-đồng ý, 5-rất đồng ý.

| Ý kiến đề xuất | | Các phương án trả lời | | | | |
|----------------|---|-----------------------|---|---|---|---|
| 3.1 | Cần được tuyển chọn nghiêm túc hơn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.2 | Cần được tổ chức thi quốc gia như sinh viên y 6 năm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.3 | Có thời gian ôn thi phù hợp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.4 | Chương trình đào tạo cần được kéo dài thêm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.5 | Tăng thời lượng thực hành lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.6 | Chú trọng hơn đến các vấn đề y tế thường gặp | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.7 | Mở rộng thêm cơ sở thực hành về địa phương | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.8 | Tăng cường giảng viên là các bác sĩ của bệnh viện | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.9 | Đảm bảo tỷ lệ sinh viên/cán bộ giảng lâm sàng | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.10 | Cải thiện phương pháp đánh giá sinh viên | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.11 | Đánh giá kết quả học tập cần dựa vào mục tiêu năng lực | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.12 | Kế hoạch học tập cần phổ biến trước để sinh viên chuẩn bị | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Các ý kiến khác xin được ghi rõ bên dưới

.....

.....

.....

.....

Trân trọng cảm ơn anh, chị đã cung cấp thông tin.

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

BIỂU MẪU THU THẬP THÔNG TIN CHUNG CỦA SỞ Y TẾ
(Số liệu tính đến thời điểm 15/06/2016)

1.Số lượng bác sĩ chính quy và liên thông theo tuyến đang công tác của tỉnh

| Ngành đào tạo | Tuyển tỉnh | Tuyển huyện | Tuyển xã | Khác | Tổng cộng |
|------------------|------------|-------------|----------|------|-----------|
| Tổng số bác sĩ | | | | | |
| Bác sĩ chính quy | | | | | |

**Tính cả các bác sĩ đã có bằng sau đại học*

2.Số y sĩ đang học liên thông lên bác sĩ của tỉnh theo tuyến

| Ngành đào tạo | Tuyển tỉnh | Tuyển huyện | Tuyển xã | Khác | Tổng cộng |
|---------------------------|------------|-------------|----------|------|-----------|
| Bác sĩ đa khoa liên thông | | | | | |
| Bác sĩ YHCT liên thông | | | | | |
| Bác sĩ YHDP liên thông | | | | | |

3.Số y sĩ đang học liên thông lên bác sĩ của tỉnh theo lĩnh vực công tác

| Ngành đào tạo | Điều trị | Dự phòng | Quản lý NN | Khác | Tổng cộng |
|---------------------------|----------|----------|------------|------|-----------|
| Bác sĩ đa khoa liên thông | | | | | |
| Bác sĩ YHCT liên thông | | | | | |
| Bác sĩ YHDP liên thông | | | | | |

4. Quy định của tỉnh về hỗ trợ cho y sĩ đi học bác sĩ liên thông

| Nội dung | Có/Không | Văn bản quy định ** | Nguồn kinh phí |
|--------------------|----------|---------------------|----------------|
| Học phí | | | |
| Lương | | | |
| Tiền đi lại | | | |
| Tiền sinh hoạt phí | | | |
| Tiền mua tài liệu | | | |
| Hỗ trợ khác | | | |

***Đề nghị Sở Y tế cung cấp văn bản quy định liên quan (nếu có).*

5. Quy định về quản lý y sĩ đi học bác sĩ liên thông

| Nội dung | Có/Không | Văn bản quy định |
|--|-----------------|-------------------------|
| Người đi học ký cam kết | | |
| Người đi học định kỳ báo cáo kết quả học tập | | |
| Bắt buộc phải trở lại cơ quan sau khi tốt nghiệp | | |
| Quy định về bồi hoàn kinh phí đào tạo | | |
| Số năm phục vụ tại cơ quan sau khi tốt nghiệp | | |

6. Đề nghị Sở Y tế cung cấp báo cáo tuyển dụng hàng năm (từ 2011 đến 2015).

BỘ Y TẾ
VIỆN CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ

PHIẾU XIN Ý KIẾN
Các tiêu chí tuyển chọn, đào tạo và sử dụng bác sĩ
đa khoa liên thông (hệ 4 năm)

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu đánh giá thực trạng đào tạo và sử dụng bác sĩ đa khoa liên thông (bác sĩ đa khoa hệ 4 năm) ở một số cơ sở đào tạo và địa phương năm 2016. Để có thêm thông tin cần thiết nhằm khuyến nghị với các cơ quan liên quan về chính sách và mô hình quản lý đào tạo, sử dụng bác sĩ liên thông hiệu quả và phù hợp tình hình thực tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế gửi bản dự thảo tới các Anh/Chị là cán bộ quản lý tại các tỉnh, huyện và các trường đại học y đã được lựa chọn trong nghiên cứu để xin ý kiến.

Trân trọng đề nghị các Anh/Chị góp ý kiến cho dự thảo các tiêu chí này bằng cách đánh dấu X vào ô trống tương ứng (đồng ý hoặc không đồng ý) và ý kiến cụ thể được ghi vào phần trống trang cuối.

THÔNG TIN CHUNG

Họ, tên Chức vụ.....
Cơ quan, đơn vị công tác
Tỉnh:..... Huyện:.....

CÁC TIÊU CHÍ

| Tiêu chí | Đồng ý | Không đồng ý (nếu không đồng ý xin ghi rõ lý do) |
|--|---------------|---|
| 1. Tuyển chọn | | |
| 1.1. Đối tượng: | | |
| -Tiêu chí 1: Chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế tuyến xã và huyện | | |
| -Tiêu chí 2: Chỉ tuyển cán bộ y tế tại các xã/huyện thuộc vùng khó khăn, xã nghèo hoặc cận nghèo theo quy định của Chính phủ | | |
| - Tiêu chí 3: Có bằng tốt nghiệp y sĩ | | |
| - Tiêu chí 4: Thời gian công tác ít nhất 2 năm ở trình độ y sĩ | | |
| - Tiêu chí 5: Lĩnh vực công tác: làm công tác chuyên môn về dự phòng hoặc khám chữa bệnh ban đầu | | |

| Tiêu chí | Đồng ý | Không đồng ý (nếu không đồng ý xin ghi rõ lý do) |
|--|---------------|---|
| - Tiêu chí 6: Ưu tiên người dân tộc thiểu số, đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác | | |
| 1.2. Các tiêu chí xét tuyển: | | |
| - Tiêu chí 7: Điểm trung bình thi tốt nghiệp trình độ y sĩ từ 7,5 trở lên | | |
| - Tiêu chí 8: Điểm thi tuyển các môn y học cơ sở (giải phẫu và sinh lý) và chuyên môn nội, ngoại, sản, nhi (thi theo trình độ y sĩ) đạt trên 5 điểm trở lên | | |
| - Tiêu chí 9: Bài luận mô tả kinh nghiệm chuyên môn và mục tiêu học tập phù hợp với dự định làm việc sau khi tốt nghiệp | | |
| - Tiêu chí 10: Cam kết trở về làm việc tại cơ quan hiện đang công tác ít nhất 5 năm sau khi tốt nghiệp | | |
| 2. Tiêu chí về cơ sở đào tạo | | |
| - Tiêu chí 11: Sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được quản lý theo lớp riêng khi học các học phần lâm sàng | | |
| - Tiêu chí 12: Có cơ sở thực hành đủ các chuyên ngành nội, ngoại, sản, nhi và các chuyên khoa khác có ở bệnh viện tuyến huyện | | |
| - Tiêu chí 13: Thời lượng thực hành lâm sàng ít nhất 50% tổng thời lượng dành cho các học phần lâm sàng | | |
| - Tiêu chí 14: Thời lượng dành cho các học phần sinh viên tự chọn ít nhất 30% số tín chỉ yêu cầu | | |
| - Tiêu chí 15: Có chương trình đào tạo riêng cho bác sĩ đa khoa 4 năm | | |
| - Tiêu chí 16: Chương trình đào tạo lồng ghép các nội dung phát triển các năng lực hướng tới đạt chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa do Bộ Y tế ban hành | | |
| - Tiêu chí 17: Có chỉ tiêu chuyên môn thực hành lâm sàng, có tiêu chí đánh giá từng chỉ tiêu và được áp dụng đánh giá sinh viên hoàn thành các học phần lâm sàng | | |
| - Tiêu chí 18: Có phân công bác sĩ bệnh viện và/hoặc nhà trường trực tiếp quản lý và hướng | | |

| Tiêu chí | Đồng ý | Không đồng ý (nếu không đồng ý xin ghi rõ lý do) |
|---|--------|---|
| dẫn sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm khi thực hành lâm sàng tại bệnh viện | | |
| - Tiêu chí 19: Có theo dõi, đánh giá quá trình hình thành các năng lực theo chuẩn năng lực do Bộ Y tế ban hành | | |
| 3. Tuyển dụng và đào tạo liên tục | | |
| - Tiêu chí 20: Cơ quan sử dụng nhân lực có kế hoạch cử nhân viên đi đào tạo theo nhu cầu phù hợp với mô tả vị trí việc làm | | |
| - Tiêu chí 21: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm phải tiếp tục làm việc tại cơ sở ít nhất 5 năm kể từ sau tốt nghiệp | | |
| - Tiêu chí 22: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm trở về cơ quan được phân công công việc theo trình độ và lĩnh vực chuyên môn được đào tạo | | |
| - Tiêu chí 23: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 18 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa | | |
| - Tiêu chí 24: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được hưởng lương và các chế độ phụ cấp tương ứng với ngạch lương bác sĩ sau khi tốt nghiệp chương trình đào tạo | | |
| - Tiêu chí 25: Hàng năm, cơ quan sử dụng sắp xếp để bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được đào tạo liên tục thuộc phạm vi chuyên môn được phân công với thời gian ít nhất 24 giờ | | |
| - Tiêu chí 26: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm làm việc ở tuyến huyện sau 2 năm được cử đi học chuyên khoa phù hợp với vị trí và lĩnh vực chuyên môn được phân công; tuyến xã được cử đi học chuyên khoa về y học gia đình./. | | |

Các ý kiến khác (ghi cụ thể)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Trân trọng cảm ơn Anh/Chị đã đóng góp ý kiến./.

BỘ Y TẾ
VIỆN CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ

**TIÊU CHÍ TUYỂN CHỌN, ĐÀO TẠO VÀ SỬ DỤNG BÁC SĨ
ĐA KHOA LIÊN THÔNG (HỆ 4 NĂM)**

1. Tuyển chọn

1.1. Đối tượng:

- Tiêu chí 1: Chỉ tuyển cán bộ y tế đang công tác tại các cơ sở y tế tuyến xã, tuyến huyện và những người cam kết làm việc cho hệ thống y tế dự phòng tuyến tỉnh trở xuống
- Tiêu chí 2: Chỉ tuyển cán bộ y tế đang làm việc tại vùng dân tộc thiểu số theo quy định của Chính phủ
- Tiêu chí 3: Có bằng tốt nghiệp y sĩ
- Tiêu chí 4: Thời gian công tác ít nhất 2 năm ở trình độ y sĩ
- Tiêu chí 5: Lĩnh vực công tác: làm công tác chuyên môn về dự phòng hoặc khám chữa bệnh ban đầu
- Tiêu chí 6: Ưu tiên người dân tộc ít người và người dân tộc Kinh thường trú trên 5 năm, đã có gia đình (kết hôn) và cư trú ổn định trên địa bàn công tác

1.2. Các tiêu chí xét tuyển:

- Tiêu chí 7: Điểm trung bình theo tín chỉ trong chương trình y sĩ đạt từ 7,5 trở lên quy đổi theo thang điểm 10
- Tiêu chí 8: Điểm thi tuyển các môn y học cơ sở (giải phẫu và sinh lý) và chuyên môn nội, ngoại, sản, nhi (thi theo trình độ y sĩ) đạt trên 5 điểm trở lên
- Tiêu chí 9: Bài luận kèm theo phỏng vấn mô tả kinh nghiệm chuyên môn và mục tiêu học tập phù hợp với dự định làm việc sau khi tốt nghiệp

- Tiêu chí 10: Cam kết trở về làm việc tại cơ quan hiện đang công tác ít nhất 5 năm sau khi tốt nghiệp

2. Tiêu chí về cơ sở đào tạo

- Tiêu chí 11: Sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được quản lý theo lớp riêng khi học các học phần lâm sàng

- Tiêu chí 12: Có cơ sở thực hành đủ các chuyên ngành nội, ngoại, sản, nhi và các chuyên khoa khác có ở bệnh viện tuyến huyện

- Tiêu chí 13: Thời lượng thực hành lâm sàng ít nhất 50% tổng thời lượng dành cho các học phần lâm sàng

- Tiêu chí 14: Thời lượng dành cho các học phần sinh viên tự chọn ít nhất 30% số tín chỉ yêu cầu

- Tiêu chí 15: Có chương trình đào tạo riêng cho bác sĩ đa khoa 4 năm

- Tiêu chí 16: Chương trình đào tạo lồng ghép các nội dung phát triển các năng lực hướng tới đạt chuẩn năng lực bác sĩ đa khoa do Bộ Y tế ban hành

- Tiêu chí 17: Có chỉ tiêu chuyên môn thực hành lâm sàng, có tiêu chí đánh giá từng chỉ tiêu và được áp dụng đánh giá sinh viên hoàn thành các học phần lâm sàng

- Tiêu chí 18: Có phân công bác sĩ bệnh viện và/hoặc nhà trường trực tiếp quản lý và hướng dẫn sinh viên bác sĩ đa khoa hệ 4 năm khi thực hành lâm sàng tại bệnh viện

- Tiêu chí 19: Có theo dõi, đánh giá quá trình hình thành các năng lực theo chuẩn năng lực do Bộ Y tế ban hành

3. Tuyển dụng và đào tạo liên tục

- Tiêu chí 20: Cơ quan sử dụng nhân lực có kế hoạch cử nhân viên đi đào tạo theo nhu cầu phù hợp với mô tả vị trí việc làm

- Tiêu chí 21: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm phải tiếp tục làm việc tại cơ sở ít nhất 5 năm kể từ sau tốt nghiệp
- Tiêu chí 22: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 12 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa
- Tiêu chí 23: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm hoàn thành chương trình đào tạo phải được tập sự 18 tháng ở trình độ bác sĩ đa khoa
- Tiêu chí 24: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được hưởng lương và các chế độ phụ cấp tương ứng với ngạch lương bác sĩ sau khi tốt nghiệp chương trình đào tạo
- Tiêu chí 25: Hàng năm, cơ quan sử dụng sắp xếp để bác sĩ đa khoa hệ 4 năm được đào tạo liên tục thuộc phạm vi chuyên môn được phân công với thời gian ít nhất 24 giờ
- Tiêu chí 26: Bác sĩ đa khoa hệ 4 năm làm việc ở tuyến huyện sau 2 năm được cử đi học chuyên khoa phù hợp với vị trí và lĩnh vực chuyên môn được phân công; tuyến xã được cử đi học chuyên khoa về y học gia đình./.