

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

TRỊNH YÊN BÌNH

**THỰC TRẠNG NHÂN LỰC, NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
CHO CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2013

BỘ GIÁO DỤC ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

.....

TRỊNH YÊN BÌNH

**THỰC TRẠNG NHÂN LỰC, NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
CHO CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

**Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế
Mã số: 62.72.01.64**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Ngô Văn Toàn

2. GS.TS. Phùng Khắc Cam

HÀ NỘI - 2013

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nào.

Tác giả

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BS	: Bác sỹ
BS CK II	: Bác sỹ chuyên khoa II
BS CKI	: Bác sỹ chuyên khoa I
BV YDCT	: Bệnh viện Y dược cổ truyền
BV YHCT TW	: Bệnh viện Y học cổ truyền trung ương
CBYT	: Cán bộ y tế
CSSK	: Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	: Chăm sóc sức khỏe ban đầu
ĐD	: Điều dưỡng
GS/PGS	: Giáo sư/ Phó giáo sư
KCB	: Khám chữa bệnh
KTV	: Kỹ thuật viên
NCKH	: Nghiên cứu khoa học
NHS	: Nữ hộ sinh
NSNN	: Ngân sách nhà nước
PTCS	: Phổ thông cơ sở
PTTH	: Phổ thông trung học
TCYTTG	: Tổ chức Y tế thế giới
TTB	: Trang thiết bị
UBND	: Ủy ban nhân dân
WHO	: Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

YDCT	: Y dược cổ truyền
YDHCT	: Y dược học cổ truyền
YHCT	: Y học cổ truyền
YHDT	: Y học dân tộc
YHHĐ	: Y học hiện đại
YTDP	: Y tế dự phòng

MỤC LỤC

Mục	Nội dung	Trang
	Trang phụ bìa	
	Lời cam đoan	
	Mục lục	
	Danh mục các bảng	
	Danh mục biểu đồ	
	ĐẶT VẤN ĐỀ	1
	CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN	
1.1.	Hệ thống Y học cổ truyền trong nước và ngoài nước	4
1.1.1.	Hệ thống y học cổ truyền ở các nước trên thế giới	4
1.1.2.	Hệ thống Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam	10
1.2.	Phân bổ nguồn lực cán bộ y tế của các bệnh viện Y dược cổ truyền	19
1.2.1.	Thực trạng nguồn nhân lực y học cổ truyền Việt Nam	19
1.2.2.	Định hướng phát triển nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam	21
1.3.	Đào tạo và nghiên cứu đào tạo cho Y học cổ truyền Việt Nam	25
1.3.1.	Thực trạng về đào tạo cho cán bộ y dược cổ truyền	25
1.3.2.	Chất lượng nhân lực y tế	28
1.4.	Một số vấn đề về đào tạo liên tục	32
1.4.1.	Quan niệm về đào tạo liên tục	32

1.4.2.	Sự cần thiết về đào tạo liên tục	32
1.5.	Một số nghiên cứu trong nước về nhân lực Y dược cổ truyền và đào tạo liên tục cán bộ Y dược cổ truyền	33
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU		
2.1.	Nghiên cứu mô tả cắt ngang	40
2.1.1.	Đối tượng nghiên cứu	40
2.1.2.	Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu	41
2.1.3.	Tiêu chuẩn loại trừ	41
2.1.4.	Phương pháp nghiên cứu mô tả	42
2.2.	Nghiên cứu can thiệp	47
2.2.1.	Đối tượng nghiên cứu can thiệp	47
2.2.2.	Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu	47
2.2.3.	Tiêu chuẩn loại trừ	48
2.2.4.	Phương pháp nghiên cứu can thiệp	48
2.3.	Phân tích số liệu	57
2.4.	Thời gian và địa điểm nghiên cứu	57
2.5.	Tổ chức nghiên cứu	59
2.6.	Đạo đức trong nghiên cứu	59
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU		
3.1.	Các đặc trưng cá nhân của cán bộ y dược cổ truyền	61
3.2.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền tại các bệnh viện tỉnh	65
3.2.1.	Cán bộ y dược cổ truyền tại các bệnh viện Y dược cổ truyền tuyến tỉnh	65
3.2.2.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền theo hạng bệnh viện	69
3.2.3.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền theo vùng địa lý	73

3.3.	Nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền tuyển tỉnh	79
3.3.1.	Nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền	79
3.3.2.	Nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y tế theo vùng địa lý	85
3.4.	Bước đầu đánh giá hiệu quả của lớp đào tạo can thiệp nâng cao năng lực cán bộ dược	90
3.4.1.	Sự cần thiết thực hiện lớp đào tạo	90
3.4.2.	Đánh giá trình độ chuyên môn của cán bộ Dược trước và sau khi can thiệp	92
3.4.3.	Đánh giá hiệu quả của lớp tập huấn sau 1 can thiệp	95
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN		
4.1.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền của các bệnh viện YDCT tuyển tỉnh cho các vùng địa lý khác nhau	97
4.1.1.	Đặc điểm chung của cán bộ y tế của các bệnh viện y dược tuyển tỉnh	97
4.1.2.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền theo hạng bệnh viện	98
4.1.3.	Phân bố cán bộ y dược cổ truyền theo vùng địa lý	103
4.2.	Nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền tuyển tỉnh	106
4.2.1.	Thực trạng nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền	106
4.2.2.	Những khó khăn và bất cập trong việc triển khai đào tạo liên tục	110
4.2.3.	Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y dược cổ truyền tuyển tỉnh	119
4.3.	Bước đầu đánh giá hiệu quả lớp đào tạo can thiệp	121
4.3.1.	Sự cần thiết thực hiện can thiệp	121
4.3.2.	Đánh giá hiệu quả của lớp đào tạo sau 1 năm can thiệp	121

4.3.3.	Thực tế việc thực hiện chế biến tại một số bệnh viện điển hình sau can thiệp	123
	KẾT LUẬN	127
	KIẾN NGHỊ	129
	DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU	
	TÀI LIỆU THAM KHẢO	
	PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng	Tên bảng	Trang
2.1.	Nội dung và các biến số nghiên cứu mô tả thực trạng	44
2.2.	Phương pháp thực hành 10 vị thuốc YHCT	52
2.3.	Danh sách bệnh viện tham gia tập huấn	54
2.4.	Chỉ tiêu và mức độ đánh giá lớp tập huấn can thiệp	55
2.5.	Danh sách bệnh viện có chế biến tại Bệnh viện	58
3.1.	Trình độ chuyên môn của cán bộ công tác tại các bệnh viện YDCT	63
3.2.	Phân hạng các bệnh viện YDCT	64
3.3.	Trình độ chuyên môn chung của cán bộ YDCT tuyển tỉnh (54 tỉnh)	64
3.4.	Phân loại trình độ chuyên môn cán bộ theo cấp học (54 tỉnh)	65
3.5.	Phân loại trình độ chuyên môn chuyên ngành YDCT theo học vị tại các bệnh viện YDCT	66
3.6.	Phân bố trình độ của cán bộ y tế và y học cổ truyền theo bệnh viện	67
3.7.	Phân loại cán bộ y tế theo chuyên ngành đào tạo	67
3.8.	Loại hình đào tạo của cán bộ y dược cổ truyền tuyển tỉnh	68
3.9.	Thời gian công tác của cán bộ y tế trong ngành y tế	68
3.10.	Thời gian cán bộ y tế công tác tại bệnh viện y dược cổ truyền	69
3.11.	Phân loại trình độ chuyên môn của CBYT theo hạng bệnh viện	69

3.12.	Phân loại trình độ học vị của CBYT theo hạng bệnh viện (%)	70
3.13.	Phân loại học vị của CBYT có chuyên ngành YHCT theo hạng bệnh viện	71
3.14.	Loại hình đào tạo theo hạng bệnh viện	73
3.15.	Phân bố trình độ chuyên môn của cán bộ y tế theo vùng địa lý	73
3.16.	Phân bố trình độ học vị của CBYT theo vùng địa lý	74
3.17.	Phân bố trình độ học vị của CBYT có chuyên ngành YHCT theo vùng địa lý	75
3.18.	Phân loại chuyên ngành đào tạo của cán bộ y tế theo vùng địa lý	76
3.19.	Phân loại loại hình đào tạo của cán bộ y tế theo vùng địa lý	77
3.20.	Thời gian công tác trong ngành y tế của cán bộ y tế theo vùng địa lý	77
3.21.	Thời gian công tác tại bệnh viện y dược cổ truyền của cán bộ y tế theo vùng địa lý	78
3.22.	Tỷ lệ cán bộ công tác tại các bệnh viện YDCT được đào tạo liên tục	80
3.23.	Thời gian được đào tạo liên tục của CBYT	81
3.24.	Nội dung được đào tạo liên tục về YHCT	82
3.25.	Nhu cầu đào tạo liên tục trong thời gian tới	82
3.26.	Những khó khăn của cán bộ y tế trong công tác hàng ngày	83
3.27.	Những nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là bác sỹ YHCT	84

3.28.	Những nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là dược sỹ	84
3.29.	Tỷ lệ cán bộ được đào tạo liên tục về YHCT theo vùng địa lý	85
3.30.	Thời gian và nội dung được đào tạo liên tục về YHCT theo vùng địa lý	86
3.31.	Những nội dung cần đào tạo liên tục cho bác sỹ YHCT theo vùng	88
3.32.	Những nội dung cần bổ sung cho Dược sỹ YHCT theo vùng địa lý	89
3.33.	Phù hợp với nội dung chuyên môn	90
3.34.	Thời gian lớp tập huấn	91
3.35.	Nhu cầu nội dung bài giảng tập huấn	91
3.36.	Nội dung chi tiết trong bài giảng	92
3.37.	Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về phân biệt một số vị thuốc YHCT nhằm lẫn, giả mạo trước khi can thiệp	92
3.38.	Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về chế biến một số vị thuốc YHCT trước khi can thiệp	93
3.39.	Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về phân biệt một số vị thuốc YHCT nhằm lẫn, giả mạo sau 1 năm can thiệp	93
3.40.	Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về chế biến một số vị thuốc YHCT sau 1 năm can thiệp	94
3.41.	Hiệu quả về phân biệt một số loại thuốc YHCT dễ bị nhầm lẫn	95
3.42.	Hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT sau 1 năm tập huấn	95

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ	Tên biểu đồ	Trang
3.1.	Đặc trưng về tuổi của cán bộ Y dược cổ truyền	61
3.2.	Đặc trưng về giới của cán bộ Y dược cổ truyền	62
3.3.	Đặc trưng về trình độ học vấn của cán bộ Y dược cổ truyền	62
3.4.	Đặc trưng về dân tộc của cán bộ y dược cổ truyền	63
3.5.	Phân loại chuyên ngành đào tạo theo hạng bệnh viện	72
3.6.	Tỷ lệ cán bộ y tế chưa được đào tạo liên tục	79
3.7.	Số lớp bồi dưỡng CBYT về YHCT trong 5 năm gần đây	81

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam có truyền thống lâu đời về y học cổ truyền . Nền y học cổ truyền Việt Nam gắn liền với sự phát triển truyền thống văn hoá dân tộc. Trải qua hàng nghìn năm lịch sử, y học cổ truyền Việt Nam đã đúc kết rút được nhiều kinh nghiệm phòng và chữa bệnh có hiệu quả. Việt Nam là một quốc gia thuộc khối ASEAN được đánh giá là có tiềm năng lớn về y học cổ truyền [13], [19]. Ở một số nước trong khu vực châu Á như Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Philippin, Thái Lan, Bangladesh đã đưa y học cổ truyền vào chương trình mục tiêu quốc gia [64], [65], [68]. Bên cạnh đó một số nước đã hoạch định để phát triển y học cổ truyền đưa y học cổ truyền vào hệ thống y tế quốc gia như Ghana bắt đầu đưa y học cổ truyền vào hệ thống bảo hiểm y tế từ năm 2005 [93].

Trong thời gian vừa qua Đảng, Chính Phủ đã ban hành một số văn bản quy phạm pháp luật quan trọng để đẩy mạnh công tác y học cổ truyền trong chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân đó là:

Ngày 3/11/2003 Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 222/2003/QĐ-TTg về việc phê duyệt chính sách Quốc gia về y dược cổ truyền đến năm 2010. Trong đó có qui định tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có bệnh viện đa khoa y học cổ truyền [44].

Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới đã nêu rõ các nhiệm vụ từ nay đến 2010 và những năm tiếp theo là: Đẩy mạnh việc nghiên cứu, thừa kế, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền thành một chuyên ngành khoa học [12].

Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 04/7/2008 của Ban chấp hành Trung ương Đảng [14] về phát triển nền đông y Việt Nam và Hội Đông y Việt Nam trong

tình hình mới đã đề ra mục tiêu đẩy mạnh nghiên cứu, kế thừa, bảo tồn và phát triển đông y; kết hợp đông y với tây y trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân [1].

Quyết định 2166/QĐ – BYT ngày 31/10/2010 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, dược cổ truyền Việt Nam đến năm 2020. Trong đó đưa ra các chỉ tiêu khám chữa bệnh bằng y, dược cổ truyền: - Đến năm 2015: tuyến trung ương đạt 10%; tuyến tỉnh đạt 15%; tuyến huyện đạt 20% và tuyến xã đạt 30%; 100% bệnh viện y dược cổ truyền được đầu tư các thiết bị y tế hiện đại trong chẩn đoán, điều trị theo tiêu chuẩn các hạng bệnh viện của Bộ Y tế [51].

Tuy nhiên, đến nay chất lượng công tác khám, chữa bệnh bằng y học cổ truyền còn nhiều hạn chế do một số tỉnh chưa có bệnh viện y dược cổ truyền; nhiều tỉnh, bệnh viện y dược cổ truyền tiếp thu cơ sở của bệnh viện đa khoa tỉnh nên cơ sở hạ tầng xuống cấp, trang thiết bị phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh vừa cũ, lạc hậu lại vừa thiếu. Đội ngũ cán bộ chuyên ngành y dược cổ truyền còn thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, đặc biệt là thiếu đội ngũ cán bộ chuyên môn chuyên sâu. Việc đầu tư nguồn lực cho chuyên ngành y dược cổ truyền chưa được quan tâm đúng mức. Từ những năm 1990, sự chuyển đổi cơ chế kinh tế từ bao cấp tập trung sang cơ chế thị trường, bên cạnh những cải thiện lớn mà cơ chế này mang lại cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe, đã xuất hiện nhiều khó khăn do không thích ứng được với cơ chế mới nhất là từ khi có nghị định 43/2006/NĐ-CP trong đó y học cổ truyền tại cơ sở đã bị thu hẹp đáng kể [46]. Để thực hiện quan điểm, đường lối của Đảng và Nhà nước về y học cổ truyền, đồng thời để khắc phục những tồn tại trên, Bộ Y tế ban hành chỉ thị 05/2007/CT-BYT về tăng cường công tác y học cổ truyền tiếp tục khẳng định

đường lối phát triển y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe là: "Các tỉnh chưa có bệnh viện y học cổ truyền khẩn trương xây dựng đề án thành lập bệnh viện trình Ủy ban nhân dân tỉnh phê duyệt" [20]. Để có cơ sở phát triển nguồn nhân lực y dược cổ truyền đáp ứng với nhu cầu hiện nay trong chăm sóc sức khỏe nhân dân cả về số lượng và chất lượng thì việc đánh giá mức độ đáp ứng của nhân lực tế, chất lượng đào tạo, nhu cầu đào tạo y dược cổ truyền là vấn đề đang được quan tâm.

Cho đến nay, chưa có đề tài nghiên cứu tổng thể nào về thực trạng nhân lực y dược cổ truyền và nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền. Do vậy, để góp phần nâng cao chất lượng khám và điều trị cho nhân dân trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

- 1- Mô tả sự phân bố cán bộ y tế của các bệnh viện y dược cổ truyền tuyển tỉnh cho các vùng địa lý khác nhau năm 2010 .***
- 2- Xác định nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền tại các bệnh viện y dược cổ truyền tuyển tỉnh ở các vùng địa lý khác nhau năm 2010.***
- 3- Bước đầu đánh giá kết quả lớp đào tạo nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng chế biến, nhận biết, phân biệt về thuốc y học cổ truyền cho các cán bộ dược trong các bệnh viện y dược cổ truyền tuyển tỉnh.***

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. HỆ THỐNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG NƯỚC VÀ NGOÀI NƯỚC

1.1.1. Hệ thống y học cổ truyền ở các nước trên thế giới

Theo định nghĩa của WHO (2000): YHCT là toàn bộ kiến thức, kỹ năng và thực hành dựa trên lý luận, lòng tin và kinh nghiệm vốn có của những nền văn hoá khác nhau, dù đã được giải thích hay chưa, nhưng được sử dụng để duy trì sức khoẻ, cũng như để phòng bệnh, chẩn đoán, cải thiện hoặc điều trị tình trạng đau ốm về thể xác hoặc tinh thần [96].

Thực trạng các quy định về pháp lý đề cập đến YHCT ở mỗi quốc gia là khác nhau [97]. Một số nước YHCT được quản lý tốt trái lại ở một số nước nó chỉ được đề cập đến như những thực phẩm chức năng và những phương pháp chữa bệnh truyền miệng mà không được cho phép [94]. Tuy nhiên ở các nước đang phát triển tỷ lệ người dân sử dụng YHCT là rất cao với nhiều kinh nghiệm dân gian quý báu [91].

1.1.1.1. Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở các nước phát triển

Có 1/3 người Mỹ đã sử dụng thuốc cổ truyền. Năm 1990 doanh số bán ra của thuốc cổ truyền ước khoảng 1 tỷ USD. Năm 1989, 60% dân số Hà Lan và Bỉ, 74% dân số Anh hài lòng với phương pháp chữa bệnh theo YHCT [97].

Một trong các quốc gia tiêu biểu sử dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe phải kể tới là Trung Quốc, quốc gia có một nền YHCT lâu đời và có ảnh hưởng sâu sắc tới nền YHCT của nhiều quốc gia khác như: Đại hàn Dân Quốc, Cộng hòa dân chủ nhân dân Triều Tiên, Nhật Bản, Việt Nam...[93].

+ Tại Trung Quốc: Từ những năm 1949-1978 trong điều kiện nguồn lực hạn hẹp cùng với việc phát triển hệ thống y tế dự phòng và hệ thống bảo hiểm y tế Trung Quốc đã có phong trào các thầy thuốc “chân đất” tình nguyện khám cho các cơ sở y tế tại cộng đồng [74], bên cạnh đây hệ thống bệnh viện YHCT nhà nước đang bước đầu được xây dựng củng cố, được vào hoạt động trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Từ năm 1978-2000 ngành y tế Trung Quốc nhận thấy có nhiều thách thức mới, xuất hiện các bệnh mạn tính, tai nạn thương tích chi phí y tế gia tăng, cơ sở hạ tầng kém; trong hoàn cảnh ấy YHCT Trung Quốc đóng vai trò chủ đạo của hệ thống khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân, sử dụng thuốc cổ truyền, từng bước được đa khoa hóa, hiện đại hóa các trang thiết bị trong bệnh viện YHCT nhằm thực hiện tốt chủ trương của Đảng cộng sản Trung Quốc là kết hợp YHCT và YHHĐ, ngành y tế Trung Quốc có nhiều cải cách như: quản lý phí tập trung, xây dựng khung pháp lý y tế, cơ chế bảo hiểm. Từ năm 2000 đến nay 85% các tỉnh đã đạt mục tiêu đề ra, hệ thống YHCT phát triển mạnh mẽ nhìn một cách tổng quát 80% các bệnh viện ở Trung Quốc sử dụng thuốc cổ truyền trong công tác khám và chữa bệnh [80], [82]. Hiện nay hơn 3.000 xí nghiệp đang tham gia vào các hoạt động về YHCT. Năm 2004, công nghiệp thuốc cổ truyền Trung Quốc đã thu được 90 tỷ Nhân dân tệ (tương đương 11,1 tỷ USD), tổng giá trị sản lượng chiếm 26% toàn bộ khu vực dược phẩm Trung Quốc [74]. Ngày nay, vấn đề kết hợp YHCT với YHHĐ là một trong những chủ trương chính của Trung Quốc. Trong đó các thầy thuốc YHHĐ được đào tạo thêm về YHCT, các thầy lang cổ truyền được đào tạo thêm về YHHĐ, họ được tham gia các chương trình y tế của Nhà nước và được công nhận một cách chính thức [85]. Năm 1995 Trung Quốc đã có 2.522 bệnh viện YHCT với 353.373 nhân viên y tế và 236.060 giường bệnh. Những bệnh viện này đã điều trị

200 triệu bệnh nhân ngoại trú và 3 triệu bệnh nhân nội trú một năm. Đồng thời 95% các bệnh viện ở Trung Quốc có khoa YHCT [81], [93].

- Hội nghị phát triển YHCT Trung Quốc năm 2005 đã thống kê: YHCT Trung Quốc đã được hơn 120 quốc gia và khu vực trên thế giới chấp nhận. Ở Anh, hơn 3000 bệnh viện thực hành về YHCT Trung Quốc đã được mở. Có khoảng 2,5 triệu người Anh đã chi tổng số 90 triệu bảng Anh hàng năm để được điều trị bằng YHCT Trung Quốc. ở Pháp có 2600 bệnh viện thực hành về YHCT Trung Quốc có tới 7000 đến 9000 cán bộ châm cứu. Cho đến nay, ít nhất 40 nước đã mở trường học về châm cứu. Cho đến nay trên 50 hợp đồng y học được ký giữa Trung Quốc với các nước khác trong đó có sự hợp tác về YHCT. Y học cổ truyền của Trung Quốc nói chung đã giành được vị thế hợp pháp ở nhiều nước bao gồm Singapo, Malaysia, Indonexia [74]. Ở Trung Quốc số bệnh viện Đông y là 2728 bệnh viện, chiếm 13,5% tổng số bệnh viện trên cả nước với tổng số giường bệnh ở các bệnh viện Đông y là 385 000 giường, chiếm 12,6% tổng số giường bệnh trên cả nước. Những năm gần đây, mức độ đầu tư liên tục tăng cao. Năm 2008, kinh phí đầu tư vượt trên 3,5 tỉ Nhân dân tệ, dùng để hỗ trợ nhiều mảng trong lĩnh vực y học cổ truyền, gồm có: điều trị, giáo dục, nghiên cứu khoa học, văn hóa, xây dựng cơ sở bệnh viện Đông y...[74]. Trung Quốc hiện nay có nhiều trường đại học lớn: Bệnh viện đại học Đông y dược Thiên Tân, Bệnh viện Đông Tây y, Bệnh viện Đông y Bắc Kinh, Bệnh viện Tây Phạm – Viện Khoa học Đông y Trung Quốc, Bệnh viện Vọng Kinh – Viện Khoa học Đông y Trung Quốc, Bệnh viện Đông y Thành phố Thượng Hải, Bệnh viện Đại học Đông y dược Thành Đô, Viện Đông y tỉnh Chiết Giang, Viện Đông y tỉnh Quảng Đông, Viện Đông y tỉnh Cam Túc, trong đó có một số trường đại học có từ lâu đời: Bệnh viện đại học Đông y dược Thiên Tân: thành lập năm 1954, là đơn vị điều

trị Đông y có quy mô lớn nhất, thành lập sớm nhất ở Thiên Tân. Có tổng diện tích hơn 80 000m², 1300 giường, số bệnh nhân nhập viện hàng ngày duy trì ở mức trên 1700 người. Số bệnh nhân đến khám hàng ngày trên 7000 lượt người, số bệnh nhân đến khám hàng năm liên tục trong suốt 20 năm qua đều trên 1 triệu lượt người. Tỷ lệ giường bệnh sử dụng hàng năm liên tục trong suốt 15 năm qua đều trên 100%. Mô hình hoạt động theo đó có khoa đa khoa: Có 35 khoa kỹ thuật, lâm sàng, 103 phòng khám chuyên khoa, 24 khu bệnh nội trú [74].

+ Nhật Bản: Với lịch sử nền YHCT trên 1400 năm, được xem là nước có tỷ lệ người khám chữa bệnh bằng YHCT cao nhất thế giới hiện nay. Thầy thuốc YHCT Nhật Bản là sự kết hợp giữa YHCT Trung Quốc và thuốc dân gian Nhật Bản gọi chung là Kampo. Kampo được đào tạo như sau: sau khi tốt nghiệp ở trường y (6 năm) và thực hành 3 năm tại các cơ sở khám chữa bệnh, sau đó học thêm 3 năm về YHCT mới trở thành Kampoo. Tính từ năm 1974 đến 1989, sử dụng các loại thuốc YHCT ở Nhật Bản đã tăng 15 lần trong khi các loại tân dược chỉ tăng 2,6 lần. Ít nhất 65% bác sĩ ở Nhật khẳng định rằng họ đã sử dụng phối hợp đồng thời thuốc YHCT và thuốc YHHĐ [88]. Lý do giải thích là Kampoo không gây phản ứng, không gây tác dụng phụ, ngoài ra y học Kampoo còn đáp ứng các yếu tố tâm linh và tinh thần của người Nhật [88]. Một bài thuốc Kampoo dự định áp dụng cho bệnh nhân phải qua 2 giai đoạn: giai đoạn 1 tất cả bệnh nhân được cho sử dụng và những người có đáp ứng với thuốc được lựa chọn, giai đoạn 2 một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng chỉ bao gồm những người bệnh nhân có đáp ứng với thuốc được tiến hành trên và đánh giá tác dụng của thuốc [10], [84]. Kampoo không nằm trong hệ thống nhà nước nhưng được khuyến khích phát triển và Nhật Bản là nước có tỷ lệ người dân sử dụng YHCT cao nhất thế giới [85].

+ Đại Hàn Dân Quốc: ở quốc gia này hầu hết các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân đều hoạt động vì lợi nhuận. Do việc mở rộng các cơ sở y tế tư nhân dẫn đến sự thiếu hiệu quả của hệ thống y tế công lập, sử dụng quá mức dịch vụ cần thiết, tập trung các bác sỹ ở các thành phố lớn và dẫn đến sự mất cân bằng giữa chi phí y tế cao và lợi ích chi phí thấp. Tại Đại Hàn Dân Quốc, YHCT rất phát triển và có vị thế ngang bằng YHHĐ. Tuy nhiên những năm gần đây YHCT có khuynh hướng bị thu hẹp lại do chế độ chi trả cho YHHĐ có xu hướng rộng rãi và ưu đãi hơn [90].

+ Khu vực Đông Nam á: Chiến lược toàn cầu của Tổ chức Y tế thế giới chú ý vai trò quan trọng của T/CAM trong việc bảo vệ, cải tiến và dự phòng y tế tốt nhất, phổ biến nhất. WHO khuyến khích tất cả những thành viên Asean ủng hộ T/CAM và tiếp tục lượng giá, công thức của chính sách quốc gia với cấu trúc phù hợp, tiến tới thực hành và sử dụng T/CAM phù hợp nhất và hợp với hệ thống chăm sóc sức khỏe đặc biệt có lợi cho sức khỏe, thuận lợi kinh tế xã hội và thương mại [86], [87], [89], [98], [100]. Các nước Indonesia, Malaysia, đặc biệt là Thái Lan... cũng là những nước có truyền thống sử dụng YHCT để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe [85]. Từ năm 1950 đến 1980 YHCT Thái Lan gần như bị tê liệt hoàn toàn do quá coi trọng YHHĐ. Điều này có ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) ở Thái Lan. Từ năm 1980, chính phủ và ngành y tế Thái Lan đã khẩn trương thiết lập chính sách phát triển thuốc thảo mộc trên phạm vi cả nước, tiến hành các cuộc điều tra về cây thuốc, các nghiên cứu dược học, dần từng bước đưa thuốc YHCT vào hệ thống y tế quốc gia phục vụ công tác CSSK nhân dân [91]. Brunei Darussalam bắt đầu thành lập T/CAM – Vụ YHCT – Bộ Y tế vào ngày 26/05/2008 tập trung mũi nhọn lồng ghép T/CAM trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe [87]. Từ 23/12/2002

đến 4/2/2005 đã có 8 chuyên gia về YHCT của Bệnh viện YHCT Trung ương - Việt Nam đến trung tâm nghiên cứu YHCT – Bộ Y tế Lào để nghiên cứu lâm sàng về y học cổ truyền, trong thời gian này các chuyên gia chữa khỏi bệnh cho hơn 5000 bệnh nhân bằng YHCT. Bộ Y tế Lào đã có kế hoạch hợp tác với Bộ Y tế Việt Nam đào tạo sau đại học và các khóa đào tạo ngắn về phương pháp chữa bệnh bằng YHCT [10].

+ Hiện nay, hầu như chưa có đề tài nghiên cứu nào trên thế giới đưa ra được nghiên cứu cụ thể về nguồn nhân lực để phát triển YHCT cũng như nhu cầu đào tạo liên tục cho các cán bộ làm về công tác YHCT, tuy nhiên trong chiến lược phát triển YHCT năm 2002 – 2005, Tổ chức y tế thế giới tiếp tục khẳng định vai trò và giá trị của YHCT trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Chiến lược y học cổ truyền khu vực Tây Thái Bình Dương (2011 – 2020) đã tính đến các thách thức và xu hướng của khu vực cũng như bối cảnh chiến lược toàn cầu. Bản chiến lược đã ghi nhận phương hướng của mỗi quốc gia và vùng lãnh thổ sẽ tùy thuộc vào nhu cầu, năng lực, ưu tiên, chính sách y tế hiện hành, các quy định, chiến lược, nguồn lực, văn hóa và lịch sử của quốc gia đó. Mục tiêu của chiến lược bao gồm [99]:

- Đưa y học cổ truyền vào hệ thống y tế quốc gia.
- Thúc đẩy sử dụng y học cổ truyền an toàn và hiệu quả.
- Tăng cường cơ hội sử dụng y học cổ truyền an toàn và hiệu quả.
- Thúc đẩy bảo vệ sử dụng bền vững nguồn lực y học cổ truyền.
- Tăng cường hợp tác trong việc xây dựng, chia sẻ kiến thức, kỹ năng thực hành y học cổ truyền.

1.1.1.2. Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở các châu lục khác

Các nước châu Phi, châu Mỹ La tinh, đặc biệt là các bộ lạc người dân ở đây từ lâu đã biết làm các phương thuốc từ cây cỏ sẵn có tại nơi sinh sống để phòng và chữa các bệnh thông thường ở cộng đồng mình.

Theo kết quả của một số nghiên cứu ở Australia, 48,5% dân số sử dụng ít nhất một loại hình chữa bệnh theo phương pháp YHCT, các bác sỹ thực hành đã khuyến cáo người dân sử dụng thảo dược - một trong mười liệu pháp điều trị thay thế (châm cứu, thôi miên, ngồi thiền, tác động cột sống, thể dục nhịp điệu, Yoga, vi lượng đồng căn, thảo dược, xoa bóp, ngữi hoa) [95]. Chính phủ đã có những chính sách phổ cập biện pháp thay thế này đến toàn cộng đồng [83], [92].

Trong chiến lược phát triển YHCT năm 2002 – 2005, Tổ chức y tế thế giới tiếp tục khẳng định vai trò và giá trị của YHCT trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân [94]. Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) đã tích cực và nỗ lực hỗ trợ cho các hoạt động phát triển nguồn lực YHCT ở các nước thông qua các khoá đào tạo cho lương y ở Lào, Mông Cổ, Philippin và các quốc đảo Tây Thái Bình Dương. Mục tiêu là sử dụng những lương y đã được đào tạo để giáo dục sức khỏe hoặc cung cấp dịch vụ CSSKBD bằng YHCT [90], [81]. Nâng cao năng lực nghiên cứu về YHCT cho các nước thông qua tổ chức các hội thảo khu vực, các khoá đào tạo và những học bổng đào tạo chuyên gia [90].

1.1.2. Hệ thống Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam

1.1.2.1. Hệ thống Y học cổ truyền ở Việt Nam trước cách mạng tháng tám

Ông tổ của thuốc nam chính là đại danh y thiên sư Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), đã được nhân dân ta suy tôn là vị "Thánh thuốc nam", ông đã đưa ra quan điểm "Nam dược trị Nam nhân" trong phòng và điều trị bệnh. Đây là một quan điểm vừa mang tính khoa học, tính nhân văn, nhân bản, vừa thể hiện được ý chí độc

lập, tự chủ, lòng tự tôn dân tộc và tiềm năng trí tuệ của người Việt Nam trong phòng bệnh và chữa bệnh. Tuệ Tĩnh ý thức rõ ràng là con người Việt Nam sinh sống trên đất nước mình phải chịu ảnh hưởng của thổ nhưỡng, khí hậu, nước ăn, cây cỏ, động vật muôn loài sẵn có ngay tại chỗ. Để cho dân dễ hiểu, dễ nhớ các phương pháp chữa bệnh bằng thuốc Nam, Tuệ Tĩnh đã soạn sách bằng thơ phú để truyền bá YHCT. Bài phú thuốc nam có 630 vị viết bằng Quốc âm. Phần đầu cuốn "Nam dược thần hiệu" có 400 vị thuốc ghi bằng chữ Hán, 82 vị có tên Việt Nam...nhằm phổ biến kinh nghiệm sử dụng thuốc nam trong việc phòng và chữa bệnh cho nhân dân [67] [56] .

Dưới triều nhà Lê có đại danh y Hải thượng Lãn Ông – tên thật là Lê Hữu Trác (1724-1791) là đại danh y của nước ta. Ngoài việc chữa bệnh tận tụy, tài giỏi, ông còn soạn bộ "Hải Thượng Y tông tâm lĩnh" gồm 28 tập, 66 quyển, trong đó có các quyển sách chuyên nói về các vị thuốc và bài thuốc YHCT như: "Dược phẩm vậng yếu", "Y phương hải hội", "Lĩnh nam bản thảo". Bộ sách được coi là bách khoa toàn thư của YHCT Việt Nam [57] [66] [14].

Dưới triều Tây Sơn (1789-1802): lương y Nguyễn Hoành quê ở Thanh Hoá biên soạn tập thuốc nam có trên 500 vị cỏ cây ở địa phương và 130 vị các loại động khoáng vật làm thuốc với công dụng đơn giản theo kinh nghiệm dân gian [67].

Dưới triều Nguyễn (1802-1945): khi có dịch bệnh, Viện thái y mời các thầy thuốc ở địa phương tham gia chống dịch. Tổ chức Viện thái y còn qui định cụ thể các phương thức phục vụ thuốc men (bào chế, kiểm tra, đóng gói, sắc thuốc... của phòng Ngũ dược) [67], [66].

Dưới thời Pháp thuộc (1884-1945): do ảnh hưởng của phong trào "Tây hoá" ở các nước phương Đông nói chung, Việt Nam nói riêng, chế độ thực dân thuộc địa, bán thuộc địa đã kìm hãm ngành YHCT, nhưng chủ yếu chỉ xảy ra tại các đô

thị, còn tuyệt đại đa số nhân dân lao động nghèo (nhất là ở nông thôn và miền núi) vẫn tin dùng thuốc YHCT để chữa bệnh. Nhờ đó việc sử dụng thuốc YHCT Việt Nam vẫn được bảo tồn, duy trì và phát triển [67].

Cách mạng Tháng Tám thành công, dưới chế độ xã hội chủ nghĩa, Đảng và Chính phủ ta luôn quan tâm đến phát triển YHCT.

1.1.2.2. Hệ thống tổ chức y học cổ truyền Việt Nam hiện nay

- Năm 1946, Hội Đông y được thành lập để phát triển y học cổ truyền phục vụ chế độ mới [64], [65].

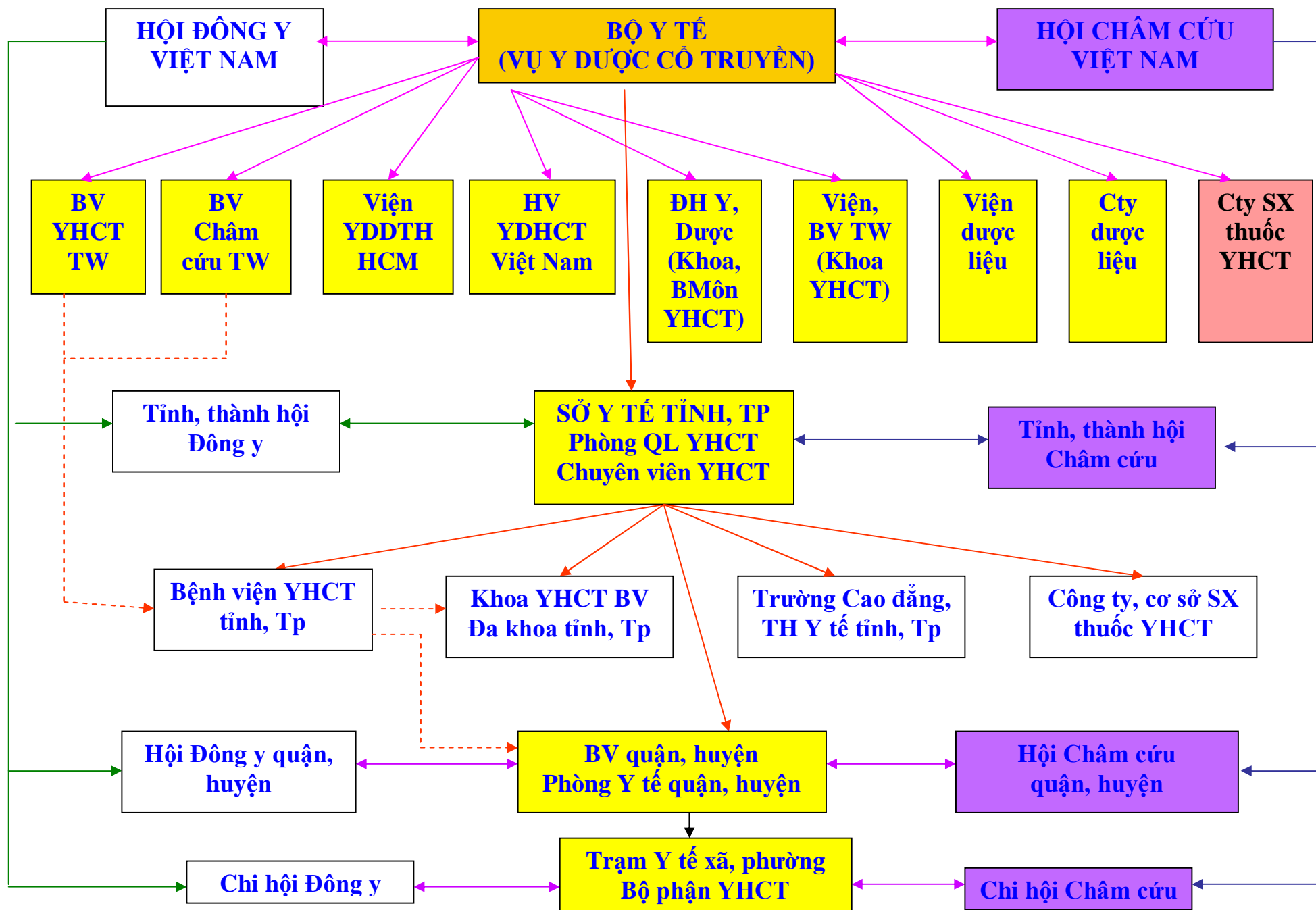
- Nam bộ kháng chiến: Ban nghiên cứu Đông y Nam bộ được thành lập phục vụ nhân dân và bộ đội. Ngoài việc xây dựng mạng lưới YHCT, Ban nghiên cứu Đông y đã xây dựng và biên soạn "Toa căn bản" trị bệnh thông thường. Tập "Tủ thuốc nhân dân" được soạn để phổ biến và sử dụng thuốc YHCT.

- Ngày 27/02/1955 Bác Hồ đã gửi thư cho ngành y tế. Trong thư Bác viết: “Y học phải dựa trên nguyên tắc: dân tộc, khoa học, đại chúng. Ông cha ta đã có nhiều kinh nghiệm quý báu chữa bệnh bằng thuốc ta, thuốc bắc. Để mở rộng phạm vi y học, các cô, các chú cũng nên chú trọng nghiên cứu phối hợp thuốc Đông và thuốc Tây” [67], [66] .[53].

- Năm 1957 Vụ Đông y và Viện Đông y được thành lập với mục đích là đoàn kết giới lương y, những người hành nghề y học cổ truyền (YHCT) và YHHĐ, đồng thời phát huy hoạt động của các cơ sở nghiên cứu và điều trị bằng thuốc YHCT [75], [66] .

- Đến năm 1978: 33/34 tỉnh thành có bệnh viện YHCT. Phong trào trồng và sử dụng thuốc nam chữa bệnh phát triển mạnh mẽ hơn bao giờ hết [64].

- Đến năm 2010 sau khi có chính sách quốc gia về YDCT ban hành năm 2003 đến nay có 56/63 tỉnh thành phố có bệnh viện YDCT [16].



Sơ đồ 1.1: Hệ thống tổ chức y học cổ truyền Việt Nam

Trong hệ thống tổ chức YHCT, ngoài các cơ sở y tế Nhà nước còn có nhiều phòng chẩn trị, nhà thuốc YHCT tư nhân được mở ra khắp nơi để phục vụ cho nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT của nhân dân.

1.1.2.3. Mạng lưới bệnh viện y dược cổ truyền tỉnh, thành phố [55][78].

- Tổng số bệnh viện y dược cổ truyền: 59

Tuyến Trung ương: 3 bệnh viện

Tuyến tỉnh: 53 bệnh viện

Bệnh viện YDCT ngành: 2 bệnh viện (BV YDCT Bộ Công an; BV YDCT Quân đội)

Bệnh viện y dược cổ truyền trong học viện: 1 bệnh viện (BV Tuệ Tĩnh thuộc Học viện YDCT Việt Nam)

- Xếp loại bệnh viện:

Xếp hạng I : 4

Xếp hạng II : 15

Xếp hạng III : 40

- Trong đó, 12 tỉnh chưa có bệnh viện YDCT tỉnh, thành phố bao gồm: An Giang, Bà Rịa - Vũng Tàu, Bạc Liêu, Bắc Cạn, Quảng Trị, Quảng Ngãi, Kon Tum, Khánh Hòa, Sóc Trăng, Hậu Giang, Bạc Liêu, Cà Mau.

1.1.2.4. Vai trò của bệnh viện y dược cổ truyền

Hệ thống khám chữa bệnh bằng y dược cổ truyền ở nước ta được chia thành 4 cấp độ chuyên môn từ thấp đến cao trong bậc thang điều trị, phân tuyến về chuyên môn kỹ thuật để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe bằng y dược cổ truyền; hệ thống bệnh viện YDCT hiện nay gồm: bệnh viện YHCT tuyến Trung ương, bệnh viện YDCT tuyến tỉnh và bệnh viện YHDT của bộ, ngành.

*) *Bệnh viện tuyến Trung ương* [2], [10], [11], [38], [40].

Bệnh viện Y học cổ truyền tuyến Trung ương, bệnh viện Châm cứu Trung ương, Viện Y dược dân tộc học Thành phố Hồ Chí Minh là bệnh viện đầu ngành về y học cổ truyền, là tuyến cuối cùng trong bậc thang chuyên môn điều trị, tiếp nhận người bệnh từ tuyến dưới chuyên lên [21], với chức năng nhiệm vụ:

- Kế thừa, nghiên cứu ứng dụng những bài thuốc, những phương pháp chữa bệnh bằng YHCT.

- Nghiên cứu, đánh giá các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ và triển khai các phương pháp này cho các cơ sở khám chữa bệnh bằng YHCT trong cả nước.

- Nghiên cứu, ứng dụng các phương pháp chữa bệnh của các nước có nền YHCT phát triển ứng dụng vào Việt Nam.

- Nghiên cứu và xây dựng công tác hiện đại hóa YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ. Tổ chức đào tạo và hợp tác quốc tế về YHCT.

- Tổ chức chỉ đạo và chuyển giao các kỹ thuật về YDCT cho tuyến dưới.

*) *Bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh* [41]:

Bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh với chức năng là tuyến điều trị cao nhất về chuyên ngành y dược cổ truyền tại tỉnh, tiếp nhận người bệnh từ tuyến huyện chuyển đến do vượt khả năng chuyên môn của các bệnh viện tuyến huyện [38] và thực hiện nhiệm vụ:

- Đáp ứng hầu hết các kỹ thuật chuyên môn thuộc chuyên ngành, thực hiện các kỹ thuật chuyên môn chuyên sâu

- Kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại.

- Bệnh viện YDCT là đơn vị chuyên môn cao nhất; là cơ sở thực hành phục vụ công tác đào tạo của các trường y, dược;

- Nhiệm vụ chỉ đạo tuyến dưới về chuyên ngành y dược cổ truyền trong tỉnh.

- Nghiên cứu kế thừa, phát huy phát triển, bảo tồn những kinh nghiệm chữa bệnh bằng y dược cổ truyền cũng như phát triển các phương pháp chữa bệnh kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại.

1.1.2.5. Tình hình đầu tư cho mạng lưới bệnh viện y dược cổ truyền trong thời gian qua.

****) Bệnh viện tuyến Trung ương***

- Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương là bệnh viện hạng I với quy mô 420 giường bệnh [77]. Trong những năm vừa qua đã được đầu tư xây dựng nhà kỹ thuật cao và được đầu tư mua sắm trang thiết bị phục vụ cho công tác hiện đại hóa YHCT. Tuy nhiên, với nguồn đầu tư trên vẫn chưa đáp ứng với nhu cầu. Bệnh viện với diện tích hẹp (khoảng 10.000m²), nhiều nhà 3 tầng được xây dựng vào khoảng năm 1960 đến nay đã được nâng cấp, tuy nhiên vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu [10].

- Bệnh viện Châm cứu Trung ương là bệnh viện hạng I với quy mô 400 giường bệnh, được đầu tư xây dựng từ năm 1980, hiện nay nhiều nhà đã xuống cấp. Chỉ có 1 khu nhà điều trị 7 tầng được đầu tư xây dựng vào đầu năm 2003. Một số trang thiết bị đã được đầu tư theo hướng hiện đại hóa YHCT, tuy nhiên vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu khám, chữa bệnh của bệnh viện đầu ngành Châm cứu [77].

- Viện Y dược dân tộc học Thành phố Hồ Chí Minh là bệnh viện hạng I trực thuộc UBND thành phố Hồ Chí Minh, với quy mô 300 giường bệnh, được

thành lập theo Quyết định số 43/YTXHTB-TC ngày 24/12/1975 của Bộ trưởng Bộ Y tế Xã hội và Thương binh, được Bộ Y tế giao cho chỉ đạo tuyến của các tỉnh miền Nam và Tây Nguyên. Trong những năm gần đây, hầu như không được đầu tư, nâng cấp, sửa chữa cơ sở hạ tầng, trang thiết bị [77].

**) Bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh.*

Các bệnh viện y dược cổ truyền với quy mô giường bệnh trung bình là 110 giường, cơ sở hạ tầng chủ yếu được tiếp nhận lại các cơ sở cũ như của BV đa khoa, BV Phục hồi chức năng sau khi các đơn vị này chuyển đến cơ sở mới [77].

Nguồn vốn đầu tư cho các bệnh viện y dược cổ truyền các tỉnh, trong thời gian vừa qua còn thấp, chủ yếu là nguồn vốn xây dựng cơ bản từ ngân sách địa phương. Trong 2 đến 3 năm gần đây số kinh phí đầu tư xây dựng cơ bản, nâng cấp các bệnh viện y dược cổ truyền chỉ đạt khoảng 100 tỷ đồng, quá thấp so với nhu cầu. (Các bệnh viện y dược cổ truyền **không được xây dựng** cơ bản bằng nguồn vốn ODA) [48], [50].

Về trang thiết bị: Việc mua sắm trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh dựa vào nguồn ngân sách cấp cho hoạt động thường xuyên của bệnh viện, chính vì thế trang thiết bị phục vụ công tác KCB bằng y dược cổ truyền hiện nay vừa thiếu về số lượng, kém về chất lượng và lạc hậu [63]. Một số bệnh viện đã chủ động liên doanh, liên kết với các tổ chức, cá nhân đầu tư, mua sắm một số TTB phục vụ cho công tác hiện đại hoá y dược cổ truyền, nâng cao chất lượng KCB.

Hiện nay các bệnh viện y dược cổ truyền đã từng bước hiện đại hoá y dược cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị bằng y học cổ truyền. Ngoài chức năng khám và chữa bệnh bằng y học cổ truyền các bệnh viện đã thực hiện các chức năng nhiệm vụ khác của bệnh

viện: Nghiên cứu kế thừa, nghiên cứu ứng dụng cũng như duy trì, bảo tồn các cây, con làm thuốc quý hiếm. Tham gia giảng dạy cho các trường cao đẳng, trung cấp y, dược của tỉnh, và làm cơ sở thực hành cho các cơ sở đào tạo. Tham gia chỉ đạo tuyến dưới cũng như tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho nhân dân hiểu và sử dụng các phương pháp phòng và chữa bệnh bằng y dược cổ truyền [79].

Hầu hết cơ sở hạ tầng của các bệnh viện y dược cổ truyền được sử dụng lại cơ sở hạ tầng của các đơn vị khác bàn giao lại, các cơ sở này được xây dựng trong thời kỳ chống Mỹ cứu nước, đến nay đã sử dụng trên 30 năm. Trong thời gian 10 năm trở lại đây có khoảng 30% số bệnh viện được đầu tư, nâng cấp, xây mới một số khoa, phòng chính vì vậy các bệnh viện mang tính chắp vá, không đồng bộ, nhiều bệnh viện không đảm bảo an toàn và vệ sinh cho công tác điều trị. Cơ sở hạ tầng của một số bệnh viện y dược cổ truyền tỉnh đã quá chật hẹp, không đảm bảo được không gian, diện tích để phát triển theo quy hoạch, để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh và phát triển chuyên ngành y dược cổ truyền cần phải có đầu tư xây mới ở địa điểm khác. Tiêu chuẩn về diện tích xây dựng của bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh tối thiểu phải đạt từ 80m² đến 100m²/1giường bệnh, tuy nhiên hiện nay hầu hết các bệnh viện chưa đạt được tiêu chuẩn này [41].

Qua thống kê báo cáo có khoảng 10% bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh hoàn toàn là nhà cấp IV đã xuống cấp, không phù hợp với tiêu chuẩn. 80% số bệnh viện có diện tích nhà kiên cố còn sử dụng được, nhưng số đạt tiêu chuẩn chỉ chiếm 60%, các cơ sở còn lại chỉ đạt từ 30% đến 50% so với tiêu chuẩn [77].

Hệ thống bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh được coi là bộ mặt của chuyên ngành y dược cổ truyền, có nhiệm vụ quan trọng hàng đầu trong công tác khám và chữa bệnh bằng y học cổ truyền và kết hợp y học cổ truyền với YHHĐ.

Thực hiện chủ trương hiện đại hoá y dược cổ truyền thì việc đầu tư trang thiết bị y tế hỗ trợ cho thầy thuốc trong công tác chẩn đoán và điều trị, là một trong những điều kiện quyết định chất lượng khám chữa bệnh bằng y dược cổ truyền làm thay đổi bộ mặt của y dược cổ truyền trong tình hình mới nhưng vẫn giữ được bản sắc của y dược cổ truyền Việt Nam.

1.2. PHÂN BỐ NGUỒN LỰC CÁN BỘ Y TẾ CỦA CÁC BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN.

1.2.1. Thực trạng nguồn nhân lực y học cổ truyền Việt Nam

Trước yêu cầu phát triển mới của đất nước và hoà nhập với cộng đồng thế giới đòi hỏi YHCT phải không ngừng được đổi mới về tổ chức, nâng cao năng lực trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ sở vật chất kỹ thuật hiện đại và một nguồn nhân lực đủ về số lượng và mạnh về chất lượng đáp ứng được yêu cầu phát triển ngày càng cao của phòng bệnh, chữa bệnh, nghiên cứu khoa học và sản xuất thuốc Đông Dược phù hợp với sự phát triển của thế giới và của thời đại.

Thập kỷ 90, YHCT đã có một đội ngũ cán bộ gồm: 9 Giáo sư, 13 Phó giáo sư, 20 Tiến sỹ, 48 Bác sỹ chuyên khoa II, 331 Bác sỹ chuyên khoa I, 1384 Bác sỹ YHCT, 1687 Y sỹ YHCT, có 2 Trường Trung học, 9 Bộ môn YHCT ở các Trường đại học Y và một số Bộ môn YHCT trong các trường Cao đẳng hoặc trung học Y tế [19]. Ngoài ra còn có khoảng 27.800 hội viên Hội Châm cứu [68], 50.700 hội viên Hội Đông y [65]

Tính đến cuối năm học 2005-2006, riêng khoa YHCT trường Đại học Y Hà Nội đã đào tạo được: 11.400 Bác sỹ đa khoa và chuyên khoa YHCT; 23 Bác sỹ nội trú đã tốt nghiệp; 95 BS CK 2.825 BS CK1 và cao học; 33 Nghiên cứu sinh đã bảo vệ thành công luận án Tiến sỹ y học; Ngoài ra đã bổ túc cho trên 10.000 BS về thuốc nam và châm cứu. [19]. Năm 2010 cả nước có 362 sinh viên

đại học tốt nghiệp bác sỹ y học cổ truyền, trong đó ở Học viện YDHCT Việt Nam có 185 người tốt nghiệp, Đại học y khoa Thái Bình có 36 người tốt nghiệp, Đại học Y dược Hồ Chí Minh có 112 người tốt nghiệp, Đại học Y khoa Hà Nội có 29 người tốt nghiệp [34].

Tuy nhiên cho đến nay theo báo cáo Chính sách Quốc gia về YDCT mới có 01 Sở Y tế có phòng quản lý YDCT, 66,7% Sở Y tế có chuyên viên chuyên trách YDCT, 31,7% Sở Y tế chỉ có chuyên viên bán chuyên trách về YDCT, một số bệnh viện YDCT tỉnh, thành phố số giường bệnh còn thấp như: Ninh Bình, Long An, Đồng Nai, Lào Cai, Hoà Bình, Quảng Bình...Đội ngũ chuyên sâu YHCT còn rất mỏng, nhiều nơi chưa có cán bộ chuyên môn về YHCT, trang thiết bị phục vụ cho công tác khám chữa bệnh bằng YHCT còn nghèo nàn, nhiều tỉnh số cán bộ YHCT có trình độ đại học chỉ đếm trên đầu ngón tay như Quảng Trị, Quảng Bình, Đắc Nông, Kon Tum... Số cán bộ có trình độ cao đa số tập trung tại các Viện, Bệnh viện TW đầu ngành để có điều kiện vừa tham gia điều trị, nghiên cứu khoa học và đào tạo. Từ thực trạng nguồn nhân lực YDCT ở tất cả các tuyến còn thiếu rất nhiều do đó tỷ lệ bệnh nhân được khám chữa bệnh bằng YHCT ở các tuyến đều còn thấp so với chỉ tiêu mà Chính sách Quốc gia về YDCT đã đề ra. Cụ thể là: theo số liệu báo của các Sở Y tế tỷ lệ bệnh nhân khám và điều trị bằng YHCT tại tuyến tỉnh (so với số lần khám và điều trị chung), số lần khám bằng YHCT đạt 8,8%, chỉ tiêu mà Chính sách quốc gia là 20%. Tỷ lệ khám và điều trị bằng YHCT ở tuyến huyện (so với số lần khám và điều trị chung của tuyến), số lần khám bằng YHCT đạt 9,1%, chỉ tiêu chính sách quốc gia về YDCT là 25%. Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng YHCT tại tuyến xã phường là 24,6 %. Tỷ lệ này trong chính sách quốc gia về YDCT là 40% [16], [18], [37], [51].

1.2.2. Định hướng phát triển nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam

Nhân lực y tế được coi là một thành phần rất quan trọng của hệ thống y tế, là yếu tố chính bảo đảm hiệu quả và chất lượng dịch vụ y tế. Các lựa chọn của nhân viên y tế (NVYT) về sử dụng nguồn lực (như chỉ định xét nghiệm, kê đơn thuốc, hoặc quy định về danh mục trang thiết bị ở các tuyến...) sẽ ảnh hưởng lớn đến tính hiệu quả của toàn bộ hệ thống y tế [10], [13]. Khi xây dựng chính sách, nhà hoạch định chính sách thường tập trung vào khâu phát triển nguồn nhân lực, trong khi cần phải quan tâm đến cả tính hiệu quả trong quản lý nguồn nhân lực cả từ khía cạnh Nhà nước lẫn các cơ sở y tế [31]. Quản lý và điều hành tốt nguồn nhân lực y tế không những giúp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế mà còn tăng cường công bằng trong CSSK và nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn nhân lực [31].

Năm 2006, WHO đã đưa ra định nghĩa: “*Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe*”. Theo đó, nhân lực y tế bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế, người làm công tác quản lý và cả nhân viên giúp việc mà không trực tiếp cung cấp các dịch vụ y tế. Nó bao gồm CBYT chính thức và cán bộ không chính thức (như tình nguyện viên xã hội, những người CSSK gia đình, lương y...); kể cả những người làm việc trong ngành y tế và trong những ngành khác (như quân đội, trường học hay các doanh nghiệp) [32], [101].

Có hai khái niệm thường được sử dụng khi bàn luận về nguồn nhân lực y tế. Khái niệm *Phát triển nguồn nhân lực* liên quan đến cơ chế nhằm phát triển kỹ năng, kiến thức và năng lực chuyên môn của cá nhân và về mặt tổ chức công việc [32]. Bên cạnh đó, cần quan tâm đến khái niệm *quản lý nguồn nhân lực*. Theo WPRO, “quản lý nguồn nhân lực là một quá trình tạo ra môi trường tổ

chức thuận lợi và đảm bảo rằng nhân lực hoàn thành tốt công việc của mình bằng việc sử dụng các chiến lược nhằm xác định và đạt được sự tối ưu về số lượng, cơ cấu và sự phân bố nguồn nhân lực với chi phí hiệu quả nhất. Mục đích chung là để có số nhân lực cần thiết, làm việc tại từng vị trí phù hợp, đúng thời điểm, thực hiện đúng công việc, và được hỗ trợ chuyên môn phù hợp với mức chi phí hợp lý” [52], [101].

Về định hướng chính sách về nguồn nhân lực y tế ở Việt Nam:

Các giải pháp chiến lược nêu trong Nghị quyết 46 đang được triển khai thực hiện qua Kế hoạch hành động triển khai Nghị quyết 46-NQ/TW [12], Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 [47] và Kế hoạch hành động thực hiện Nghị quyết số 18/2008/QH12 của Quốc Hội [61]. Các chương trình, kế hoạch cần xây dựng và triển khai thực hiện gồm có: phát triển nguồn nhân lực và quản lý nguồn nhân lực. Cùng với các định hướng chung về nguồn nhân lực có Luật Khám bệnh, chữa bệnh và Quy hoạch phát triển nhân lực và hệ thống đào tạo y tế đến năm 2020. Hai chính sách này có ý nghĩa chiến lược đặc biệt và liên quan trực tiếp đến nguồn nhân lực y tế. Hiện nay chưa có kế hoạch phát triển chiến lược toàn diện về nhân lực y tế ở Việt Nam [47].

*** Số lượng nguồn lực cán bộ Y được cổ truyền**

Tổng số CBYT công tăng dần trong vòng 5 năm trở lại đây, từ 241 498 năm 2003 tăng lên 299 100 năm 2008. Số lượng CBYT tăng đều đặn ở tất cả các loại hình. Ở tuyến trung ương, tỉnh, huyện và xã có tổng số 56 208 bác sỹ (bao gồm cả tiến sỹ và thạc sỹ), 49 213 y sỹ, 10 524 dược sỹ đại học, 12 533 dược sỹ trung cấp, 67081 điều dưỡng, 22 943 hộ sinh, 882 lương y và 15 682 kỹ thuật viên y học [17], [33], [37], [58], [70], [73].

Nhìn chung các loại CBYT cơ bản đều tăng qua các năm, đặc biệt là bác sỹ, điều dưỡng và hộ sinh. Riêng dược sỹ đại học số lượng vẫn thấp và trong 3 năm qua không tăng mà có năm còn giảm do tuyển sinh ít. Theo thống kê, số lượng lương y trong 3 năm qua có tăng nhưng vẫn còn rất thấp (chưa tới 900 người) [37].

Năm 2008, số bác sỹ, số điều dưỡng và số dược sỹ đại học trên 1 vạn dân tương ứng là 6,5; 7,8 và 1,2. Như vậy, các chỉ số này đã tăng dần trong 5 năm qua. Tuy nhiên, tốc độ tăng của điều dưỡng nhanh hơn so với số bác sỹ trên 1 vạn dân. Số bác sỹ trên 1 vạn dân có tăng dần, tuy vẫn còn rất thấp, số dược sỹ đại học rất thấp [71], [72].

***) Phân bố nhân lực y tế theo tuyến và vùng lãnh thổ**

Nhìn chung CBYT của nhà nước đã có ở mọi nơi, kể cả miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo...Hệ thống y tế công được tổ chức rộng rãi từ tuyến cơ sở (huyện, xã, thôn/bản) đến tuyến tỉnh và trung ương. Tuy nhiên, số lượng và cơ cấu nhân lực ở mỗi tuyến, mỗi vùng, miền có khác nhau [69]. Cả nước, năm 2006 có 6,23 bác sỹ/10000 dân, năm 2010 tăng lên 7,2 bác sỹ/10000 dân [33], [42]. CBYT nhà nước phân bố tương đối đồng đều giữa các vùng, ngay cả vùng Tây Bắc chỉ có khoảng trên 2,7 triệu dân nhưng có tới trên 10 000 CBYT. Riêng vùng đồng bằng sông Cửu Long có số lượng CBYT thấp hơn cả, trên 17,7 triệu dân nhưng số CBYT chỉ có trên 40 000 (vùng Đông Nam Bộ trên 14,6 triệu dân, gần 43000 CBYT; vùng đồng bằng Bắc bộ trên 18,5 triệu dân, trên 43 000 CBYT) [50]. Một số bệnh viện YHCT ở các vùng khác nhau nhưng có số lượng cán bộ hầu như rất ít, không đáp ứng đủ nhu cầu sử dụng y học cổ truyền: Bệnh viện YHCT Hà Giang có 103 cán bộ/100 giường bệnh, trong đó chỉ có 12 bác sỹ/100 giường bệnh[7]; Bệnh viện YHCT Bình Dương có 126

cán bộ/150 giường bệnh, có 31 cán bộ đại học, trên đại học/150 giường bệnh [4]; Bệnh viện YHCT Cao Bằng có 109 cán bộ/150 giường bệnh, trong đó có 20 bác sĩ/150 giường bệnh [5].

Nhu cầu nhân lực và khả năng đáp ứng trong những năm tới: Theo Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn 2010 và tầm nhìn 2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt thì sẽ phải phát triển nguồn nhân lực y tế cân đối và hợp lý. Bảo đảm đạt được các chỉ tiêu cơ bản: có trên 8 bác sỹ/10 000 dân vào năm 2020 và 2 - 2,5 dược sỹ đại học/10 000 dân vào năm 2020. Bảo đảm cơ cấu CBYT tại các cơ sở KCB là 3,5 điều dưỡng trên 1 bác sỹ (tức là hơn 28 điều dưỡng/10 000 dân) [47].

***) Khả năng đáp ứng về số lượng nhân lực y tế**

Để đáp ứng nhu cầu nhân lực trong tương lai, Bộ Y tế đang xây dựng Quy hoạch phát triển nhân lực y tế. Quy hoạch nêu các mục tiêu và giải pháp nhằm [73]:

- Đến năm 2020, khắc phục về cơ bản tình trạng thiếu nhân lực y tế cho vùng khó khăn và đảm bảo đủ nhân lực cho các chuyên ngành y học dự phòng, nhi và cận lâm sàng.

- Đến năm 2020, 100% các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trường đào tạo nhân lực y tế từ trung cấp đến cao đẳng, tối thiểu 80% là trường cao đẳng.

- Đến năm 2015, có ít nhất 5% và 2020 có ít nhất 20% số học viên, sinh viên và học sinh khối ngành khoa học sức khỏe học tại các trường ngoài công lập.

Hệ thống các trường đào tạo cán bộ y tế ở Việt nam khá phát triển cả nước có 21 trường đại học y, được công lập các trường này đào tạo các loại cán

bộ y, được khác nhau. Hầu hết các tỉnh đều có trường trung cấp hoặc cao đẳng y tế [70]. Có 30 trường cao đẳng ở 30 tỉnh đào tạo cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh, y học cổ truyền, cận lâm sàng. Trường hoặc khoa trong viện có giường bệnh đều được đào tạo cán bộ y tế chuyên ngành tuy nhiên một số tỉnh chưa có trường trung cấp y tế nhìn chung số trường y tế phát triển rộng khắp toàn quốc hình thức đa dạng. Về việc tuyển sinh hiện nay Chính phủ đã cho phép các trường tự xác định chỉ tiêu đào tạo dựa vào năng lực đào tạo của từng trường. Việc tự xác định chỉ tiêu và tăng chỉ tiêu tuyển sinh là một trong những giải pháp nhằm giải quyết vấn đề thiếu nhân lực y tế, đặc biệt ở các vùng khó khăn [73]. Để tuyển sinh vào các trường đào tạo y tế, có cơ chế cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ và thi tuyển. Sau khi tốt nghiệp, người được cử đi học theo chế độ cử tuyển sẽ được UBND cấp tỉnh tiếp nhận và phân công công tác.

Hiện nay, Bộ Y tế đã cho phép tiếp tục đào tạo y sỹ cho những địa phương còn gặp khó khăn về nhân lực y tế. Các trường Cao đẳng và Trung cấp được giao nhiệm vụ đào tạo đối tượng này cần tăng cường công tác quản lý để đảm bảo chất lượng đào tạo [73].

1.3. ĐÀO TẠO VÀ NGHIÊN CỨU ĐÀO TẠO CHO Y HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

1.3.1. Thực trạng về đào tạo cho cán bộ y dược cổ truyền

Về đào tạo nguồn nhân lực YDHCT chủ yếu do 2 Khoa YHCT của Trường đại học Y khoa Hà Nội và Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đảm nhiệm. Một số tỉnh bộ môn Y học cổ truyền của trường Trung học y tế chưa phát huy được vai trò trong đào tạo lực lượng y sỹ CK YHCT. Một số cơ sở đào tạo sau đại học như Học viện Quân y 103, Viện Y học cổ truyền Quân Đội và hai Bệnh viện Trung ương: Bệnh viện YHCT TW và Bệnh viện Châm

Cứu TW đào tạo với số lượng rất ít so với nhu cầu. Học viện YHCT Việt Nam mới thành lập nên loại hình đào tạo chưa đa dạng và số cán bộ được đào tạo sau đại học chưa đáng kể [75], [76].

Kết hợp Bệnh viện – Trường là xu thế tất yếu trong đào tạo cán bộ ngành y tế nhằm thực hiện phương châm “*Học đi đôi với hành*” và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh kết hợp với nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực y tế [32]. Vai trò Bệnh viện trong đào tạo nhân lực y tế là rất lớn: Bệnh viện là nơi diễn ra hoạt động khám bệnh 24h/ngày, là nơi tốt nhất cho việc thực hành và thực tập lâm sàng cho mọi đối tượng học sinh, sinh viên ở các bậc từ trung học, cao đẳng, đại học và sau đại học. Các bệnh viện có bề dày kinh nghiệm trong công tác đào tạo lại trong và ngoài bệnh viện, đặc biệt trong công tác chỉ đạo tuyến và đào tạo chuyển giao kỹ thuật y tế. Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và một số bệnh viện tỉnh, thành phố phối hợp chặt chẽ với các trường Đại học Y, Dược để tổ chức đào tạo thực tập lâm sàng cho các đối tượng sau đại học như [32]:

- Bác sỹ chuyên khoa định hướng;
- Bác sỹ nội trú;
- Bác sỹ chuyên khoa I
- Bác sỹ chuyên khoa II

1.3.1.1. Hệ thống đào tạo cán bộ y dược cổ truyền hiện nay

Sau nhiều năm xây dựng hiện tại hệ thống đào tạo YDCT như sau [34], [55]:

- Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
- Trường đại học Dược Hà Nội.
- Khoa YHCT trường đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

- Một số trường đại học y có bộ môn YHCT: Thái Bình, Thái Nguyên, Huế, Hải Phòng, Học viện Quân y.
- Bệnh viện YHCT trung ương, Bệnh viện Châm cứu trung ương, Viện YHCT Quân đội.
- Hệ thống các trường trung cấp, cao đẳng y, dược của trung ương và địa phương có bộ môn đào tạo y sỹ YHCT.
- 02 trường trung học YHCT dân lập: Trường trung cấp y dược Lê Hữu Trác; Trường trung cấp y dược Tuệ Tĩnh.

1.3.1.2. Loại hình đào tạo y dược cổ truyền [29], [30], [73]:

- Sau đại học: Chỉ có Trường đại học Dược Hà Nội, Khoa YHCT trường đại học Y Hà Nội, Trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Học viện Quân y, có đào tạo và xây dựng chương trình đào tạo sau đại học về YDCT, bao gồm các hệ: CKI, CKII, Thạc sỹ, Tiến sỹ.
- Đại học: Chương trình được ban hành năm 2001 gồm:
 - Bác sỹ Y học cổ truyền chính quy: 6 năm;
 - Bác sỹ Y học cổ truyền chuyên tu: 4 năm;
 - Bác sỹ đa khoa (có 4 đơn vị học trình học YDCT);
 - Bác sỹ định hướng chuyên khoa YHCT;
- Cao đẳng: Năm 2006, ban hành chương trình điều dưỡng YHCT bậc cao đẳng, tuyển sinh khoá 1 tại Học viện YDHCT Việt Nam.
- Trung học: Năm 2003, ban hành chương trình Trung cấp YHCT, đào tạo tại: Học viện YDHCT Việt Nam, khoa YHCT - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trường trung cấp y dược Tuệ Tĩnh Hà Nội và một số trường trung cấp, cao đẳng địa phương.
- Hiện nay chưa có chương trình đào tạo dược sỹ cổ truyền.

- Năm 2006 ban hành chương trình Dược sỹ trung cấp YHCT.

1.3.1.3. Tình hình đào tạo nhân lực y dược cổ truyền

Chỉ tiêu tuyển sinh bác sỹ chuyên ngành y học cổ truyền năm sau cao hơn năm trước, đặc biệt năm 2007 và 2008 số lượng tuyển sinh đào tạo bác sỹ YHCT tăng gần 8 lần so với những năm 2003 đến 2006, số lượng học viên tăng từ 180 học viên năm 2003 lên đến 960 học viên năm 2008 [37].

+ ***Tình hình đào tạo nhân lực tại các địa phương:*** Theo số liệu báo cáo của 32 tỉnh, thành phố có hệ thống đào tạo (12 Cao đẳng, 20 Trung cấp, loại hình đào tạo chủ yếu là y sỹ YHCT), tình hình đào tạo nhân lực từ năm 2003 đến 2010 tăng mạnh. Số lượng cán bộ được đào tạo tại địa phương năm 2003 là 676 cán bộ, năm 2010 số lượng cán bộ được đào tạo tại địa phương tăng lên 1301 cán bộ [37].

+ ***Tình hình đào tạo nhân lực ngoài địa phương:*** Số lượng cán bộ địa phương cử đi học ngoài tỉnh về lĩnh vực YDCT và số cán bộ về phục vụ công tác YDCT tại địa phương từ năm 2003 đến năm 2010 cũng có sự biến chuyển. Năm 2003 số cán bộ được cử đi học 139 cán bộ, số cán bộ về công tác 246, số lượng cán bộ được cử đi học năm 2010 tăng lên 509 cán bộ, và số lượng cán bộ về địa phương công tác là 612 cán bộ [37].

1.3.2. Chất lượng nhân lực y tế

Chất lượng nhân lực y tế thể hiện ở nhiều mặt, như trình độ chuyên môn, năng lực làm việc, ứng xử có trách nhiệm đối với các nhiệm vụ được giao.

1.3.2.1. Thực trạng về chất lượng nhân lực y tế

Chất lượng của nhân lực y tế phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố và có thể được đánh giá tổng quát bằng kết quả đầu ra của hệ thống y tế - tình trạng sức khỏe nhân dân. Chất lượng của nhân lực y tế cũng có thể được đánh giá bằng

năng lực chuyên môn và ứng xử có trách nhiệm [22], [54], [60].

Việc đào tạo bác sỹ, dược sỹ chuyên khoa cấp 1 và cấp 2 cũng như bác sỹ nội trú là truyền thống của ngành, bắt đầu từ năm 1973 khi các cơ sở đào tạo khác của Việt Nam chưa đào tạo phó tiến sỹ (nay là tiến sỹ) cũng như thạc sỹ. Đào tạo nội trú là một loại hình bồi dưỡng và đào tạo nhân tài của ngành rất đặc biệt, bắt đầu từ thời Pháp thuộc. Những cán bộ có trình độ sau đại học này đóng vai trò rất quan trọng trong hệ thống cung cấp dịch vụ y tế, đặc biệt với vai trò chỉ đạo tuyến, đào tạo nhân lực khác.

Hệ thống đào tạo y tế được mở rộng và nâng cao chất lượng. Nhiều chính sách mới được ban hành và thực hiện nhằm nâng cao năng lực chuyên môn của cán bộ y tế như:

- Để nâng cao trình độ CBYT tại các cơ sở y tế, Bộ Y tế đã ban hành chính sách về đào tạo liên thông, cho phép sử dụng kết quả học tập đã có của người học để học tiếp ở trình độ cao hơn cùng ngành nghề hoặc khi chuyển sang ngành đào tạo, hình thức giáo dục và trình độ đào tạo khác [28].

- Để nâng cao năng lực của đội ngũ CBYT đương chức, năm 2008, Bộ Y tế đã ra Thông tư số 07/2008/TT-BYT hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với CBYT. Theo thông tư này các loại hình đào tạo liên tục bao gồm: a) đào tạo bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; b) đào tạo lại; c) đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến; d) đào tạo chuyển giao kỹ thuật và e) những khoá đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia [29].

- Để nâng cao trình độ CBYT tuyến dưới thông qua đào tạo tại chỗ, bổ túc kỹ năng và chuyển giao công nghệ, Bộ Y tế đã ban hành những quy trình kỹ thuật, phương pháp chung chế biến các vị thuốc y học cổ truyền và các phương

pháp kết hợp YHCT với YHHĐ, đồng thời chỉ đạo thực hiện Đề án cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới theo Quyết định số 1816/QĐ-BYT, ngày 26/05/2008, của Bộ trưởng Bộ Y tế [20], [24], [25], [26], [35], [36].

1.3.2.2. Bất cập và thách thức

- Những bất cập về năng lực chuyên môn của cán bộ y tế như:

Bất cập về trình độ của cán bộ y tế, khả năng thực hiện các nhiệm vụ kỹ thuật còn yếu.

Tình trạng thiếu cán bộ có trình độ chuyên sâu một số lĩnh vực cũng ảnh hưởng tới khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân.

Tốc độ áp dụng công nghệ mới ở phạm vi rộng diễn ra chậm, một phần là do thiếu trang thiết bị, một phần do thiếu chuyên gia có kỹ năng sử dụng thiết bị hiện đại [19], [32]. Mặc dù có tình trạng thiếu cán bộ chuyên môn sâu ở một số lĩnh vực nhưng năng lực đào tạo sau đại học của các trường, viện là có hạn, do thiếu nhiều điều kiện, như trình độ giáo viên, cơ sở vật chất, thiết bị giảng dạy. Ngoài ra do thiếu chính sách đãi ngộ hấp dẫn, những người được đào tạo chuyên sâu và có kỹ năng dễ tìm việc ở khu vực tư nhân, thành thị, nên khó thu hút các cán bộ có trình độ chuyên môn giỏi làm việc ở tuyến tỉnh, huyện.

- Những bất cập trong hệ thống đào tạo cấp văn bằng

Do kinh phí ít (NSNN ít, học phí thấp), chi phí đào tạo lại tăng liên tục trong giai đoạn qua, tuy nhiên kinh phí dành cho đào tạo sinh viên Y còn thấp, chỉ ngang bằng sinh viên các ngành khác [27]. Một trong những giải pháp chính của các trường để đảm bảo thu nhập cho cán bộ và những chi phí hoạt động khác là phải tăng tuyển sinh [32]. Hiện nay chỉ số bình quân của các trường đào tạo nhân lực y tế là 6,5 học viên đại học/giảng viên [32], [62]. Điều này cho thấy

nếu các trường tiếp tục tăng chỉ tiêu tuyển sinh như hiện nay, thì vấn đề chất lượng đào tạo sẽ bị ảnh hưởng lớn do các trường không đủ nhân lực và cơ sở vật chất đảm bảo cho việc giảng dạy.

- Những bất cập trong đào tạo liên tục

Dù Nhà nước đã ban hành Thông tư số 07/2008/TT-BYT, ngày 28/05/2008, hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với CBYT, nhưng hiện nay việc triển khai công tác đào tạo liên tục vẫn còn nhiều bất cập, như thiếu cơ chế kiểm định chất lượng của các chương trình đào tạo và cơ chế buộc tất cả CBYT phải tuân thủ quy định, thiếu sự điều phối chung để việc triển khai các chương trình có hiệu quả [29].

Các chủ đề của các lớp đào tạo ngắn hạn do Bộ Y tế chủ trì được xác định để đáp ứng nhu cầu cải cách hành chính công, như quản lý hành chính nhà nước, nguyên lý quản lý bệnh viện, kỹ năng lãnh đạo, hội nhập kinh tế quốc tế và nguyên lý cơ bản về kinh tế y tế [76].

- Những cản trở thực hiện chính sách đào tạo liên tục

Một hạn chế lớn đối với các lớp đào tạo ngắn hạn là thiếu kinh phí, một phần do định mức thấp. Hiện nay kinh phí đào tạo lại của Bộ Y tế còn hạn chế, chỉ đủ 50 lớp với khoảng 2000 học viên ở các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. Do vậy nhiều CBYT có nhu cầu nhưng không thể tham gia [76].

Mặt khác nhiều cơ sở y tế không thể tranh thủ cơ hội cử người đi học nâng cao năng lực do các cơ sở y tế thiếu cán bộ nên nếu cử các bộ đi học theo quyết định số 225/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ hoặc những chương trình đào tạo khác thì không có người thực hiện nhiệm vụ chuyên môn. Vì vậy cần phải có chế độ đầu tư đủ và địa điểm, thời gian đào tạo phải thuận lợi đối với người đi học [43], [46].

1.4. ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

1.4.1. Quan niệm về đào tạo liên tục

Hiện nay, Bộ Y tế ban hành Thông tư 07/2008/TT- BYT ngày 28/05/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế, trong đó nêu rõ: *Đào tạo liên tục* là các khoá đào tạo ngắn hạn bao gồm đào tạo bồi dưỡng để cập nhật, bổ sung kiến thức, kỹ thuật thuộc lĩnh vực chuyên môn đang đảm nhận; đào tạo lại, đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến, đào tạo chuyển giao kỹ thuật và những khoá đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác của ngành y tế mà không thuộc hệ thống bằng cấp quốc gia [32].

1.4.2. Sự cần thiết về đào tạo liên tục

Các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp và Dạy nghề và các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến trình Bộ Y tế chương trình, tài liệu đào tạo và danh sách giảng viên để được chính thức giao nhiệm vụ đào tạo liên tục của ngành [32].

Bộ Y tế quản lý chương trình, tài liệu dạy- học của những khoá học ở tuyến trung ương và những khoá học liên quan đến nhiều cơ sở y tế (từ 2 tỉnh/thành phố trở lên); những khoá học có kiến thức, kỹ thuật, thủ thuật thuộc lĩnh vực y học mới, lần đầu tiên được đưa vào áp dụng tại Việt Nam. Các cơ sở y tế trung ương có nhiệm vụ chỉ đạo tuyến đã được Bộ Y tế uỷ quyền chịu trách nhiệm về nội dung chuyên môn thuộc lĩnh vực, nhiệm vụ được giao và theo kế hoạch của Bộ Y tế; các Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý công tác đào tạo liên tục trong địa phương mình và tổ chức các khoá đào tạo cho cán bộ thuộc phạm vi quản lý của Sở; các trường Đại học, Cao đẳng, Trung cấp, Dạy nghề y tế thuộc tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm tham mưu, phối hợp

với Sở Y tế trong công tác quản lý, xây dựng kế hoạch, tổ chức và triển khai thực hiện nhiệm vụ đào tạo liên tục tại địa phương.

Trong lĩnh vực YHCT hiện nay, việc đào tạo liên tục cho các cán bộ YHCT chủ yếu là kinh phí đóng góp của người tham gia khóa đào tạo để nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ của bản thân, và kinh phí của cơ sở y tế cho cán bộ của đơn vị có nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ. Chưa có kinh phí đào tạo liên tục được kết cấu từ NSNN trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở đào tạo do cơ quan có thẩm quyền phân bổ.

1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU TRONG NƯỚC VỀ NHÂN LỰC Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

Đã có nhiều công trình nghiên cứu nhằm đánh giá tình hình sử dụng YHCT, từ đó đề ra những phương án, giúp người dân và các cán bộ y tế nâng cao nhận thức, có thái độ đúng đắn đối với việc lựa chọn sử dụng YHCT trong CSSK như:

- Nghiên cứu hiện trạng sử dụng thuốc YHCT và các tác dụng điều trị của 8 chế phẩm thuốc nam ở một số cộng đồng nông thôn (Đỗ Thị Phương - 1996).
- Tri thức địa phương về cách phòng và chữa bệnh của người Dao quần chẹt ở xóm Mạ, xã Tu Lý, huyện Đà Bắc, tỉnh Hoà Bình (Trần Hồng Hạnh - 1998).
- Kết quả nghiên cứu và hiện trạng nhân lực và hiện trạng sử dụng thuốc cổ truyền (Trần Thuý và cộng sự - 1998).
- Nghiên cứu việc sử dụng và quan niệm của người dân về YHCT (Trần Thuý và cộng sự - 1999).
- Nghiên cứu thực trạng sử dụng YHCT tại 3 xã miền núi thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên (Thái Văn Vinh - 1999).

- Nghiên cứu ứng dụng xã hội hoá YHCT tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang, (Nguyễn Thị Hà - 2001).
- Thực trạng sử dụng YHCT của người dân huyện Lương Sơn, tỉnh Hoà Bình (Ngô Huy Minh - 2002).
- Thực trạng sử dụng YHCT tại tỉnh Hưng Yên (Đặng Thị Phúc - 2002).
- Thực trạng sử dụng YHCT tại tỉnh Thái Bình (Phạm Nhật Uyển - 2002).
- Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi sử dụng YHCT của người dân tỉnh Ninh Bình (Phan Thị Hoa - 2004).
- Thực trạng sử dụng YHCT của người dân tỉnh Hà Tây năm 2006 (Trần Văn Khanh - 2006).
- Khảo sát thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng YHCT ở một số địa phương tại tỉnh Bắc Ninh (Hoàng Thị Hoa Lý - 2006).
- Nhu cầu đào tạo lại nguồn nhân lực y tế tại 3 bệnh viện YHCT Hoà Bình, Sơn La và Điện Biên (Vũ Văn Hoàng – năm 2007):
 - + Trong đó cho thấy, theo quy định của Bộ Y tế:
 - . Bệnh viện YHCT Hoà Bình: thiếu 4 bác sỹ, 18 cán bộ y tế là y sỹ YHCT (chức danh chuyên môn không phù hợp)
 - . Bệnh viện YHCT Sơn La: 21 y sỹ YHCT (chức danh chuyên môn không phù hợp).
 - . Bệnh viện YHCT Điện Biên: thiếu 4 bác sỹ; 15 y sỹ (chức danh chuyên môn không phù hợp).
 - + Kiến thức, kỹ năng của đội ngũ cán bộ trình độ trung học Y: yếu về kiến thức kết hợp YHCT với YHHĐ; yếu về kỹ năng thực hành kỹ thuật cấy chỉ, thủy châm.

+ Kiến thức, kỹ năng của đội ngũ cán bộ trình độ trung học Được: yếu về kiến thức, kỹ năng bào chế, sản xuất các chế phẩm YHCT.

+ Bệnh viện YHCT Điện Biên: 80% có nhu cầu đào tạo, trong đó: nhu cầu đào tạo về chuyên môn là 70%, nhu cầu đào tạo về chính trị 40%, nhu cầu đào tạo về ngoại ngữ 50%. Trong nhu cầu đào tạo chuyên môn thì có nhu cầu đào tạo bác sỹ chuyên khoa II chiếm tỷ lệ 37,5%, có 12,5% có nhu cầu đào tạo Cao học.

+ Bệnh viện YHCT Sơn La: 68,8% có nhu cầu đào tạo; trong đó: nhu cầu đào tạo về chuyên môn chiếm 68,8%, nhu cầu đào tạo về chính trị 37,5%, nhu cầu đào tạo về ngoại ngữ 31,3%. Trong nhu cầu đào tạo chuyên môn, nhu cầu đào tạo bác sỹ chuyên khoa II cao nhất chiếm 45,5%, nhu cầu đào tạo Nghiên cứu sinh và Cao học là 9,1%.

+ Bệnh viện YHCT Hòa Bình: 66,7% có nhu cầu đào tạo; trong đó: nhu cầu đào tạo về chuyên môn chiếm 66,7%, nhu cầu đào tạo về chính trị 44,4%, nhu cầu đào tạo về ngoại ngữ 33,3%. Trong nhu cầu đào tạo chuyên môn, có 33,2% có nhu cầu cao nhất là đào tạo bác sỹ chuyên khoa II, 16,7% có nhu cầu đào tạo bác sỹ chuyên khoa I, 16,7% có nhu cầu đào tạo Nghiên cứu sinh và 16,7% nhu cầu đào tạo Cao học.

Như vậy đề tài nghiên cứu được thực trạng nhân lực của 3 bệnh viện YDCT tỉnh: Hòa Bình, Sơn La, Điện Biên, đã đánh giá được một phần nhu cầu đào tạo lại của các cán bộ YDCT tại 3 tỉnh, tuy nhiên chỉ tiêu đánh giá rất ít (chuyên môn, chính trị, ngoại ngữ) đã hạn chế sự đánh giá nhu cầu đào tạo liên tục của các cán bộ y tế của 3 bệnh viện trên.

- Nghiên cứu thực trạng sử dụng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc YHCT ở các tỉnh phía bắc (Phạm Vũ Khánh, Nghiêm Hữu Thành - 2007).

- Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực của một số bệnh viện YHCT tuyến tỉnh khu vực miền núi phía bắc (Vụ Y Dược cổ truyền Bộ Y tế – năm 2008).

- Đánh giá tình hình nhân lực cán bộ y tế và sử dụng phương pháp y học cổ truyền, đồng thời thử nghiệm một số giải pháp nhằm phát triển y học cổ truyền tại cộng đồng (Nguyễn Văn Lơn và cộng sự - 2010):

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 50 xã ở 3 huyện thị đại diện 3 vùng sinh thái của tỉnh Thái Bình, sau đó áp dụng một số biện pháp can thiệp cho 3 trong các xã điều tra. Kết quả nghiên cứu như sau:

+ Nhân lực cán bộ y tế phân bố chưa đồng đều, cán bộ y tế làm y học cổ truyền tạo các trạm y tế còn thiếu về số lượng và chất lượng. Số người hành nghề y tế tư nhân tương đối nhiều, 40, 86% làm y học cổ truyền là lương y, 83,27% người làm y tế tư nhân không có giấy phép.

+ Cán bộ y tế cơ sở và người dân đều cho rằng có nhu cầu sử dụng y học cổ truyền trong chữa bệnh

- Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam (Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam – năm 2008):

+ Điều tra 05 bệnh viện y học cổ truyền lớn ở Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh và 09 tỉnh đại diện cho 8 vùng kinh tế- xã hội thấy có 3868 người làm công tác y dược học cổ truyền. Tỷ lệ nhân lực y dược học cổ truyền so với nhân lực y tế là 4,7%, so với dân số là 1,976 người/10.000 dân và với mật độ là 0,685 người/10 km².

+ Tại các bệnh viện y học cổ truyền lớn ở Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh, tỷ lệ nhân lực có trình độ cao (sau đại học) là 14,3% và đại học là 20,7%.

+ Ở các địa phương tỷ lệ nhân lực y dược học cổ truyền có trình độ đại học và sau đại học thấp (4,42% và 8,17%); 41,9% số người là lương y; 35,8% số

người là y sĩ y học cổ truyền. Số lương dược và dược sĩ trung học chiếm tỷ lệ thấp (7,24% và 2,48%). Không có dược sĩ chuyên ngành y học cổ truyền.

+ Tỷ lệ nhân lực y dược học cổ truyền có trình độ đại học và sau đại học ở các cơ sở y tế công lập (35,2%) cao hơn so với cơ sở y tế ngoài công lập (1,8%) với $OR = 29,51$ ($p < 0,001$).

+ Nhân lực y dược học cổ truyền có trình độ sau đại học tập trung nhiều ở tuyến trung ương (35,1%) và tuyến tỉnh/ thành phố (16,4%). Số y sĩ y học cổ truyền tập trung nhiều ở tuyến phường/xã (95,6%), tuyến tỉnh/thành phố và quận/huyện (47,8% và 46,2%). Thời gian làm công tác chuyên môn so với quỹ thời gian là 64,55- 81,15% và mức độ đáp ứng nhu cầu công tác là 68,03- 89,34%.

+ Nhiều lương y, lương dược chỉ có trình độ trung học cơ sở (59,9%) và được đào tạo ở Hội Đông y (53,4%), Hội Châm cứu (16,2%), trường trung học y học cổ truyền (22,5%) và 45,3% là gia truyền. Chỉ có 73,1% số lương y, lương dược có giấy phép hành nghề với số bệnh nhân điều trị 58,2 bệnh nhân/tháng.

+ Tỷ lệ nhân lực y dược học cổ truyền có nhu cầu đào tạo lại là 75,7- 90,8% với loại hình đào tạo tại chức (55,2%) nhiều hơn so với loại hình đào tạo tập trung (44,8%).

+ Đa số y sĩ y học cổ truyền và dược sĩ trung học (82,5%) mong muốn được đào tạo nâng cao thành bác sĩ y học cổ truyền và dược sĩ đại học; 11,5- 47,4% nhân lực y dược học cổ truyền có trình độ đại học trở lên có nhu cầu đào tạo sau đại học.

+ Theo quan điểm của cán bộ lãnh đạo thì chính sách phát triển nhân lực y dược học cổ truyền hiện nay chưa phù hợp (36,6%). Nhân lực y dược học cổ truyền còn thiếu (70,6%), chưa đáp ứng ((25,0%) hoặc chỉ đáp ứng được một

phần yêu cầu nhiệm vụ (61,8%). Những vấn đề cần đào tạo, bổ sung kiến thức chủ yếu là chuyên môn (88,2%), kỹ thuật (61,8%) và quản lý (60,3%).

+ Đề tài đã tiến hành điều tra tại 9 bệnh viện YDCT, đã đưa ra được những con số phân tích về trình độ chuyên môn, phân bổ cán bộ theo tuyến, và đã đánh giá được một phần nhu cầu đào tạo lại của các cán bộ YDCT, đặc biệt có 82,5% y sĩ YHCT và dược sĩ trung học mong muốn được đào tạo nâng cao thành bác sĩ YHCT và dược sĩ đại học; 11,5- 47,4% nhân lực YDCT có trình độ đại học trở lên có nhu cầu đào tạo sau đại học.

Như vậy, số liệu của đề tài nghiên cứu trước đây chỉ đánh giá được thực trạng nhân lực YDCT của một số tỉnh, thành phố trong cả nước và tỷ lệ giữa chuyên môn giữa các cán bộ được thiết lập mang tính tương đối chỉ chiếm 8/58 Bệnh viện, con số này không đủ khả năng để đánh giá cụ thể thực trạng chuyên môn về nhân lực cán bộ YDCT. Một số nghiên cứu được tiến hành ở những khu vực như Hà Nội, Hồ Chí Minh...nơi có nhiều nhu cầu khám, chữa bệnh bằng YDCT của nhân dân, tập trung nhiều cán bộ có trình độ cao, kéo theo đó tập trung nhiều cán bộ kỹ thuật viên hướng dẫn việc chăm sóc sức khỏe, chính vì thế làm cho tỷ lệ nhân lực YDCT có trình độ cao và tỷ lệ nhân lực YDCT làm kỹ thuật viên hướng dẫn trong đề tài nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, vì thế cần đánh giá trên diện rộng hơn về tỷ lệ nhân lực YDCT.

Đề tài nghiên cứu: “Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam (Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam)” là một trong những đề tài đánh giá tình trạng nguồn nhân lực diện rộng tuy nhiên, kết quả điều tra chỉ đưa ra thực trạng nhân lực YDCT của 8 tỉnh, thành phố thuộc 8 vùng kinh tế trên, tuy nhiên đề tài đã mạnh dạn đưa ra đó là con số đại diện cho 8 vùng kinh tế, như thế là còn thiếu cơ sở khoa học, vì trung bình mỗi vùng kinh tế có từ 5 – 6 tỉnh,

thành phố, mỗi tỉnh, thành phố có sự phát triển khác nhau về nền kinh tế, và có sự phân hóa rõ rệt giữa các tỉnh, thành phố. Đặc trưng nhất như là: tại đồng bằng Sông Hồng, đề tài chỉ dựa vào thực trạng của Hà Nội để đưa ra con số chung cho cả vùng đồng bằng sông Hồng. Hà Nội là nơi phát triển nhất cả nước, thu hút được sự đầu tư của các cấp, ban ngành; Ngành y tế cũng được chú ý đầu tư vì thế nhân lực YDCT tại Hà Nội chiếm tỷ lệ lớn và tập trung nhiều cơ quan đầu não, trong khi đó Nam Định là một tỉnh thuộc vùng đồng bằng sông Hồng tuy nhiên lại ít được đầu tư vì thế số lượng cán bộ y tế chung và YDCT nói riêng không được thu hút, tỷ lệ cán bộ YDCT so với diện tích còn rất thấp. Như vậy lấy tỷ lệ cán bộ YDCT ở Hà Nội để đánh giá chung cho vùng đồng bằng sông Hồng là không hợp lý.

Các nghiên cứu trên đã cơ bản đánh giá được nhu cầu sử dụng YHCT ở các địa phương. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có một nghiên cứu tổng thể nào có quy mô đi sâu vào đánh giá toàn bộ thực trạng về hoạt động và quản lý của hệ thống bệnh viện YHCT tuyến tỉnh. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu với phạm vi hẹp, của một cộng đồng dân cư. Để đánh giá tổng thể hoạt động của các bệnh viện YHCT hiện nay góp phần hình thành cơ sở khoa học cho công tác xây dựng chính sách và các biện pháp phát triển các bệnh viện YHCT tỉnh trên phạm vi cả nước. Việc nghiên cứu thực trạng hoạt động, quản lý và tăng cường nguồn nhân lực có chuyên môn chuyên sâu cho các bệnh viện YDCT đề xuất các giải pháp can thiệp là rất cần thiết để phát triển hoạt động của các bệnh viện YDCT ở Việt Nam hiện nay.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Luận án này sử dụng 2 phương pháp nghiên cứu khác nhau: đó là phương pháp **nghiên cứu mô tả cắt ngang** và phương pháp **nghiên cứu can thiệp**.

- Nghiên cứu mô tả định lượng và định tính nhằm mô tả thực trạng về nguồn nhân lực và mô tả nhu cầu đào tạo liên tục nguồn nhân lực cho các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.

- Nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng chế biến, nhận biết, phân biệt về thuốc y học cổ truyền cho các cán bộ dược trong các bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh, dựa trên kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang. Do vậy, phần đối tượng và phương pháp nghiên cứu sẽ được viết riêng cho 2 loại phương pháp nghiên cứu khác nhau.

2.1. NGHIÊN CỨU MÔ TẢ CẮT NGANG

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả sẽ được tiến hành trên tất cả các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh trên toàn quốc. Đối tượng nghiên cứu bao gồm:

- Lãnh đạo các bệnh viện YDCT tỉnh.
- Lãnh đạo khoa, phòng các bệnh viện YDCT tỉnh.
- Các thầy thuốc lâm sàng tại các bệnh viện YDCT tỉnh.
- Các cán bộ dược trong các bệnh viện YDCT

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

+ ***Lãnh đạo các bệnh viện YDCT tỉnh gồm:*** Giám đốc, Phó giám đốc bệnh viện.

Có quyết định làm lãnh đạo bệnh viện từ 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

+ ***Lãnh đạo khoa, phòng các bệnh viện YDCT tỉnh gồm:*** Các trưởng/ phó trưởng khoa, phòng trong bệnh viện YDCT

Có quyết định làm lãnh đạo khoa phòng 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

+ ***Các thầy thuốc lâm sàng tại các bệnh viện YDCT tỉnh gồm:*** Các bác sĩ, y sĩ, lương y, kỹ thuật viên.

Có quyết định làm việc tại bệnh viện 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

+ ***Các dược sĩ làm tại khoa dược các bệnh viện YDCT tỉnh gồm:*** Các dược sĩ đại học và trung học công tác tại khoa dược của bệnh viện.

Có quyết định làm việc tại khoa dược bệnh viện 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

2.1.3. Đối tượng loại trừ

Các đối tượng nghiên cứu trên không có mặt ở bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu.

Các đối tượng không hợp tác trong nghiên cứu, bỏ không trả lời phỏng vấn hoặc câu hỏi của nghiên cứu viên.

2.1.4. Phương pháp nghiên cứu mô tả

2.1.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm kết hợp cả định tính và định lượng, có sử dụng số liệu thứ cấp và hồi cứu một số thông tin.

2.1.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu được xác định theo công thức sau:

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

Trong đó:

n = Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

p : Tỷ lệ các cán bộ YDCT được đào tạo liên tục trong 5 năm vừa qua, ước tính 50 %.

d : độ chính xác mong muốn 5%.

DE : Hệ số hiệu ứng thiết kế nghiên cứu (= 1,5)

Cỡ mẫu nghiên cứu cho các đối tượng:

- Bác sỹ YHCT mỗi bệnh viện là 10 người: $10 \times 54 \text{ BV} = 540$ người
- Y sĩ và điều dưỡng mỗi bệnh viện 10 người: $10 \times 54 \text{ BV} = 540$ người.
- Ban giám đốc bệnh viện mỗi bệnh viện 3 người: $3 \times 54 \text{ BV} = 162$ (người).
- Lãnh đạo các khoa phòng mỗi bệnh viện có 8-10 khoa, phòng. Tổng số là: $54 \times 8 = 432$ (người)

- Cán bộ công tác được tại khoa được bệnh viện: $5 \times 54 \text{ BV} = 270$ (người)
- Tổng cộng đối tượng nghiên cứu là: 1944 (người).

2.1.4.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Phiếu tự điền: Phiếu được thiết kế để gửi tới đối tượng nghiên cứu là ban giám đốc bệnh viện, nhằm thu thập các thông tin chung của bệnh viện và nhân lực của bệnh viện.

- Phiếu phỏng vấn: Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng 2 hình thức phỏng vấn: Phỏng vấn trực tiếp và phỏng vấn gián tiếp.

+ Phỏng vấn trực tiếp: phỏng vấn từng cá nhân bằng bộ phiếu phỏng vấn cho các đối tượng là: Bác sỹ; Y sỹ; Dược sỹ. Đối với nhóm phỏng vấn trực tiếp nghiên cứu này được tiến hành tại 24 bệnh viện: Bến Tre; Hưng Yên; Phú Thọ; Thái Bình; Hồ Chí Minh; Bình Thuận; Hà Tĩnh; Hà Nội; Bình Định; Cần Thơ; Đà Nẵng; Hòa Bình; Hải Phòng; Lâm Đồng; Lạng Sơn; Tuyên Quang; Yên Bái; Bắc Ninh; Hà Nam; Đồng Tháp; Thanh Hóa; Đồng Nai; Bình Dương; Sơn La. đại diện cho 8 vùng địa lý: *Vùng I: Đồng bằng sông Hồng; Vùng II: Trung du và miền núi phía Bắc; Vùng III: Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung; Vùng IV: Tây Nguyên; Vùng V: Đông Nam Bộ; Vùng VI: Đồng bằng sông Cửu Long;* nhằm thu thập các thông tin về phân bố cán bộ YHCT theo trình độ, năng lực, nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y tế tại các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh. Tại mỗi bệnh viện nhóm nghiên cứu sẽ trực tiếp giới thiệu phiếu, cách ghi chép và phát phiếu cho đối tượng điều tra và thu thập phiếu mang về. Các đối tượng điều tra sẽ điền phiếu độc lập và riêng không được phép thảo luận với nhau nhằm đảm bảo tính tin cậy của số liệu.

+ Phỏng vấn bệnh nhân: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân có mặt tại 24 bệnh viện YDCT, nhằm đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc YHCT tại các bệnh viện.

+ Phỏng vấn gián tiếp: Được tiến hành ở 30 bệnh viện còn lại bằng cách gửi phiếu phỏng vấn qua thư đến các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.

- Quan sát có sử dụng bản kiểm nhằm thu thập các thông tin về thái độ của CBYT cán bộ YHCT tại bệnh viện.

2.4.4.4. Biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Nội dung và các biến số nghiên cứu mô tả thực trạng

Mục tiêu	Tên biến số	Loại biến	PP thu thập
Mục tiêu 1:	Đặc trưng cá nhân		
<i>Mô tả sự</i>	- Tuổi	Định lượng	Phiếu
<i>phân bố</i>	- Giới	Định lượng	phỏng
<i>CBYT của</i>	- Trình độ văn hóa	Định lượng	vấn;
<i>các bệnh</i>	- Trình độ chuyên môn	Định lượng;	Bảng
<i>viện YHCT</i>	- Dân tộc	Định lượng	kiểm
<i>tuyến tỉnh</i>			
<i>cho các vùng</i>			

<i>địa lý khác nhau năm 2010</i>	Phân bố cán bộ YHCT tại các bệnh viện YDCT tỉnh <ul style="list-style-type: none"> - Trình độ chuyên môn - Chuyên ngành đào tạo - Loại hình đào tạo - Học hàm học vị - Số năm công tác trong ngành y tế - Số năm công tác tại bệnh viện YHCT - Số lượng trung bình CBYT YHCT sau đại học/bệnh viện/theo vùng - Số lượng trung bình bác sỹ YHCT/bệnh viện/theo vùng - Số lượng trung bình dược sỹ YHCT/bệnh viện/theo vùng - Số lượng trung bình điều dưỡng YHCT/bệnh viện/theo vùng. - Số lượng trung bình các CBYT không phải chuyên khoa YHCT/bệnh viện/theo vùng 	Định lượng Định lượng Định lượng Định lượng Định lượng; Định lượng; Định lượng; Định lượng; Định lượng; Định lượng	Bộ câu hỏi; Thống kê
----------------------------------	--	---	-----------------------------

<p>Mục tiêu 2: <i>Xác định nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y học cổ truyền tại các bệnh viện YHCT tuyến tỉnh ở các vùng địa lý khác nhau năm 2010.</i></p>	<p>Nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ YHCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Được đào tạo liên tục/bổ sung kiến thức YHCT - Được đào tạo liên tục/bổ sung kiến thức YHCT/5 năm qua - Số lớp trung bình được đào tạo liên tục về YHCT/5 năm qua - Thời gian trung bình được đào tạo liên tục về YHCT/5 năm qua - Nội dung được đào tạo liên tục về YHCT/5 năm qua - Những khó khăn trong công việc điều trị hàng ngày của cán bộ YHCT - Những thiếu hụt cần bổ sung về kiến thức YHCT - Những thiếu hụt cần bổ sung về kỹ năng YHCT - Điều kiện làm việc của cán bộ YHCT - Nhận xét của bệnh nhân về thái độ và thực hành của cán bộ YHCT 	<p>Định lượng;</p> <p>Định lượng;</p> <p>Định lượng;</p> <p>Định lượng;</p> <p>Định lượng;</p> <p>Định lượng;</p> <p>Định tính;</p> <p>Định tính;</p> <p>Định tính;</p> <p>Định tính;</p>	<p>Bộ câu hỏi;</p> <p>Thống kê.</p>
---	---	---	-------------------------------------

2.1.5. Thời gian nghiên cứu: từ 06/2009 – 12/2010.

2.2. NGHIÊN CỨU CAN THIỆP

Kết quả nghiên cứu mô tả cắt ngang về nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT công tác tại các bệnh viện YDCT cho thấy sự cấp thiết về đào tạo các nội dung về nhận biết thật giả các vị thuốc YHCT và chế biến một số vị thuốc YHCT theo quy định hiện hành cho các đối tượng là lãnh đạo bệnh viện thực hiện công tác quản lý chung, lãnh đạo khoa Dược thực hiện công tác quản lý tại khoa Dược và cán bộ dược tham gia công tác chế biến tại khoa Dược, Đề tài đã thiết kế nghiên cứu can thiệp bước đầu đánh giá hiệu quả lớp đào tạo cho các đối tượng trên để nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc điều trị trong các bệnh viện YDCT.

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp được tiến hành trên đối tượng là các cán bộ dược YHCT đã được nghiên cứu trong nghiên cứu mô tả cắt ngang, lựa chọn có chủ đích các đối tượng tham gia công tác chế biến dược liệu trong các bệnh viện YDCT có chế biến dược liệu bao gồm:

- Chủ tịch Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện;
- Lãnh đạo khoa Dược của bệnh viện;
- Cán bộ dược tham gia chế biến, sản xuất thuốc YHCT

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu

+ ***Chủ tịch Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện:***

Có quyết định làm chủ tịch hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện từ 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

+ ***Lãnh đạo khoa Dược của bệnh viện YDCT tỉnh gồm:*** Các trưởng/ phó khoa Dược trong bệnh viện YDCT; Có quyết định làm lãnh đạo khoa từ 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

+ *Các dược sĩ làm tại khoa dược các bệnh viện YDCT tỉnh gồm:* Các dược sĩ đại học và trung học công tác tại khoa dược tham gia công tác chế biến, sản xuất của bệnh viện.

Có quyết định làm việc tại khoa dược bệnh viện từ 6 tháng trở lên cho đến hết ngày làm nghiên cứu điều tra tại bệnh viện đó.

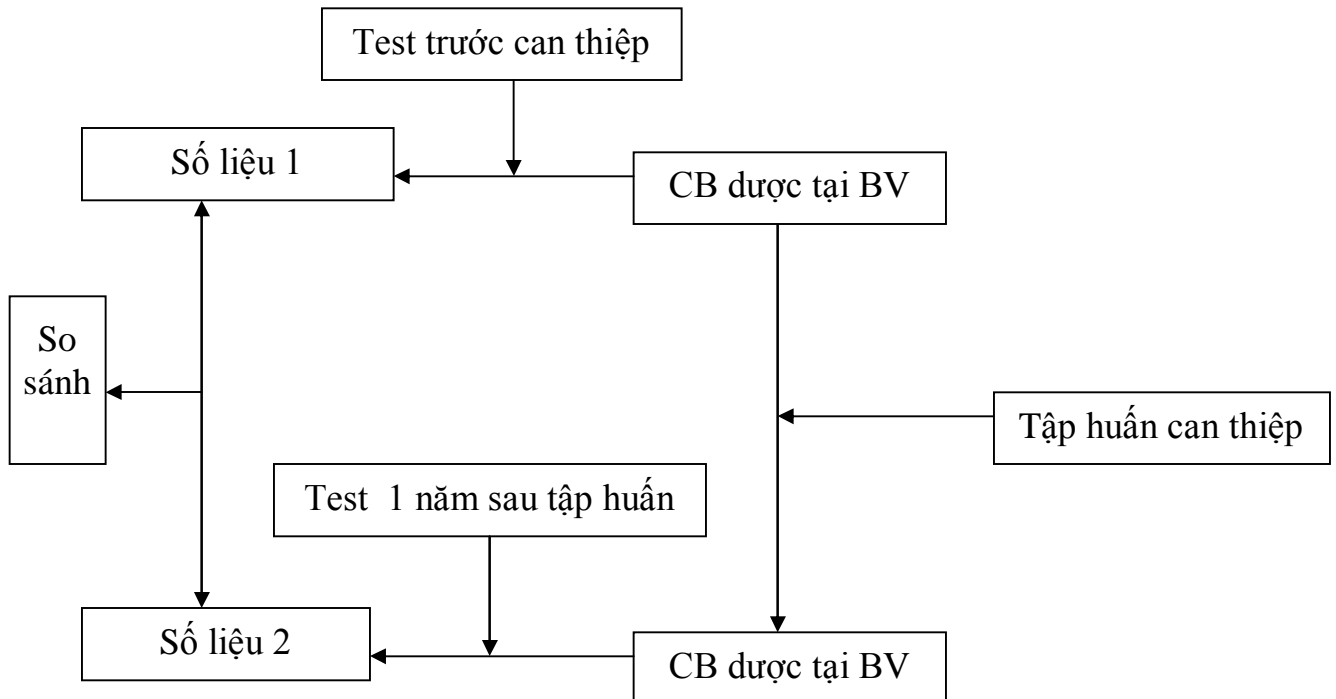
2.2.3. Đối tượng loại trừ

Các đối tượng nghiên cứu trên không có mặt ở bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu.

Các đối tượng không hợp tác trong nghiên cứu, bỏ không trả lời phỏng vấn hoặc câu hỏi của nghiên cứu viên.

2.2.4. Phương pháp nghiên cứu can thiệp

2.2.4.1. Thiết kế nghiên cứu:



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu can thiệp

Các đối tượng nghiên cứu trực tiếp làm bài kiểm tra kiến thức chuyên môn (test trước can thiệp) trước khi tổ chức lớp tập huấn, sau đó chấm điểm của bài kiểm tra kiến thức chuyên môn (Số liệu 1).

Tiến hành lớp tập huấn, sau 1 năm các đối tượng sử dụng các kiến thức đã tập huấn thực hành tại bệnh viện, các đối tượng nghiên cứu trực tiếp làm bài kiểm tra kiến thức chuyên môn với cùng nội dung của bài kiểm tra trước, sau đó chấm điểm của bài kiểm tra kiến thức chuyên môn đó (Số liệu 2)

Tiến hành thống kê, so sánh số điểm chấm được của 2 lần kiểm tra.

2.2.4.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu can thiệp

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2}^2 \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}^2 \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó:

n_1 : Cỡ mẫu trong nhóm bệnh viện trước can thiệp

n_2 : Cỡ mẫu trong nhóm bệnh viện sau can thiệp

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

$Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (=80%)

p_1 : Ước lượng tỷ lệ người có kiến thức và kỹ năng thuốc y học cổ truyền trong nhóm trước can thiệp ($p = 30\%$).

P_2 : Ước lượng tỷ lệ người có kiến thức và kỹ năng thuốc y học cổ truyền trong nhóm sau can thiệp ($p = 70\%$).

P : $(p_1 + p_2)/2$

Cỡ mẫu tính được là: $n_1 = n_2 = 30$ người. Với hệ số điều chỉnh thiết kế nghiên cứu (Design effect) bằng 2. Vậy cần nghiên cứu 60 người cho nghiên cứu này.

2.2.4.3. Hoạt động can thiệp

+ Nguyên tắc của hoạt động can thiệp:

Hoạt động can thiệp sẽ được xác định và lựa chọn dựa theo kết quả của nghiên cứu mô tả cắt ngang, Nhu cầu đào tạo cho dược sỹ về chế biến một số loại thuốc YHCT (67,2%) và phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn, giả mạo (78,9%). Như vậy hoạt động can thiệp sẽ đánh giá hiệu quả của các lớp đào tạo về phân biệt và chế biến thuốc YHCT. Các hoạt động can thiệp về đào tạo liên tục và giám sát sau đào tạo sẽ được bảo đảm theo nguyên tắc sau:

- Nội dung đào tạo liên tục ưu tiên nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng phân biệt và chế biến thuốc YHCT của dược sỹ trong bệnh viện YDCT.
- Có khả năng thực hiện tại bệnh viện.
- Có tính khả thi và có thể áp dụng mở rộng cho các bệnh viện khác.

+ Căn cứ để xây dựng nội dung tập huấn:

- Các văn bản pháp lý có liên quan như:

Thông tư 07/2008/TT- BYT ngày 28/05/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế [29]; Thông tư 37/2011/TT – BYT ngày 26/10/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của bệnh viện Y học cổ truyền tuyến tỉnh [41]; Thông tư 22/2011/TT – BYT ngày 10/06/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức của khoa Dược bệnh viện [40]; Quyết định 3759/QĐ – BYT ngày 08/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng 85 vị thuốc đông y [35]; Quyết định

39/2008/QĐ- BYT ngày 15/12/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành phương pháp chung chế biến các vị thuốc theo phương pháp cổ truyền [26].

- Căn cứ thực trạng:

+ Kết quả điều tra thực trạng về nhu cầu đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn và kỹ năng về nhận biết, phân biệt, chế biến các vị thuốc YHCT.

+ Năng lực đào tạo chuyên môn của các bệnh viện YHCT tỉnh, thành phố.

+ Khả năng chỉ đạo tuyển của các bệnh viện YHCT tỉnh, thành phố.

2.2.4.4. Nội dung và phương pháp đào tạo can thiệp

*** Về nội dung hoạt động đào tạo can thiệp:**

- Nhận biết 10 vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn và giả mạo trên thị trường, nhận biết đúng về bộ phận dùng, một số đặc điểm đặc trưng của các vị thuốc YHCT: Hoàng kỳ; Bạch linh; Hoài sơn; Ý dĩ; Uy linh tiên; Tần giao; Hoàng bá; Đan sâm; Thỏ ty tử; Hồng hoa.

- Phương pháp chế biến 10 vị thuốc YHCT hay sử dụng trong các bệnh viện YDCT bao gồm: Hương phụ; Hoàng kỳ; Bạch truật; Hạnh nhân; Hắc phụ tử; Bạch phụ tử; Bán hạ; Hà thủ ô đỏ; Thục địa; Ba kích [39].

*** Phương pháp đào tạo**

- Lý thuyết:

+ Phương pháp thuyết trình, bài giảng có kết hợp hình ảnh để chỉ ra những đặc điểm dễ bị nhầm lẫn và giả mạo.

+ Thuyết trình, bài giảng phương pháp chế biến 10 vị thuốc YHCT Hương phụ; Hoàng kỳ; Bạch truật; Hạnh nhân; Hắc phụ tử; Bạch phụ tử; Bán hạ; Hà thủ ô đỏ; Thục địa; Ba kích

- Thực hành:

+ Nhận biết 10 vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn và giả mạo được chia thành

các loại: *Bộ phận dùng chưa đúng, nhầm lẫn loài không có tác dụng như của vị thuốc, loài cùng tác dụng nhưng chưa được quy định làm thuốc, vị thuốc chưa xác định được loài, bị ngụy tạo thành vị thuốc đúng, bị trộn chất lạ* và được tiến hành theo các bước sau:

Sau khi học lý thuyết, giảng viên yêu cầu từng học viên chỉ trên từng vị thuốc những đặc điểm bị nhầm lẫn và giả mạo. Lượng giá kiến thức bằng câu hỏi trắc nghiệm.

Giảng viên tổng hợp đúng sai, hướng dẫn lại khi có sai. Sử dụng mẫu thuốc đúng để đối chiếu với vị thuốc sai.

Yêu cầu học viên phân biệt lại. Lượng giá lại.

+ Phương pháp chế biến 10 vị thuốc YHCT: thực hành chế biến từng vị thuốc theo đúng phương pháp giảng lý thuyết như sau

Bảng 2.2. Phương pháp thực hành 10 vị thuốc YHCT

TT	Tên vị thuốc	Phương pháp sử dụng	Phụ liệu sử dụng	Yêu cầu sản phẩm
1	Ba kích	Chích	Muối, rượu	Khô, thơm mùi dược liệu
2	Bán hạ	Tẩm, sao	Gừng, phèn chua	Hết ngứa
3	Bạch phụ tử	Ngâm, nấu, sấy	MgCl ₂	Hết cay tê
4	Bạch truật	Sao	Cám, mật ong	Thơm, vàng
5	Hạnh nhân	Ngâm, trần nước sôi, bỏ cây mầm		Trắng, hết cây mầm và vỏ,
6	Hà thủ ô đỏ	Ngâm, nấu	Đậu đen	Nâu đen khi bẻ phiến thuốc, hơi chất, bụi

7	Hắc phụ tử	Ngâm, nấu, tẩm, sấy	MgCl ₂ , dầu hạt cải, đường đỏ	Hơi cay tê
8	Hoàng kỳ	Tẩm, sao	Mật ong	Màu vàng đều, không dính tay, không cháy đường
9	Hương phụ	Tẩm, sao	Giấm, rượu, muối, gừng	Thơm mùi dược liệu
10	Thục địa	Chung	Sa nhân, rượu, gừng	Đen bóng, dẻo, không dính tay, bóp nhẹ không có nước

Sau khi chế biến xong, học viên tự nhận xét từng vị về phương pháp chế và yêu cầu sản phẩm đạt được. Giảng viên nhận xét, đánh giá mức độ đạt được sau thực hành và chỉ ra những yếu tố có thể dẫn đến chất lượng chế biến không đạt yêu cầu.

*** Mục tiêu chương trình đào tạo:**

- Nâng cao kiến thức về phân biệt một số loại thuốc y học cổ truyền dễ nhầm lẫn.
- Nâng cao kỹ năng phân biệt một số loại thuốc y học cổ truyền dễ nhầm lẫn.
- Nâng cao kỹ năng chế biến đảm bảo chất lượng một số loại thuốc y học cổ truyền.

*** Về phương pháp tổ chức đào tạo:**

- + Xác định các giảng viên: Giảng viên Bộ môn Dược cổ truyền –

Trường Đại học Y Hà Nội; Bộ môn Dược cổ truyền – Trường Đại học Dược Hà Nội.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn giảng viên: Là cán bộ có trình độ Giáo sư hoặc Phó giáo sư chuyên ngành về dược cổ truyền, có thâm niên 20 năm trở lên trong nghề giảng dạy tại các trường đại học Y, Dược.

*** Chương trình đào tạo:**

- Tổ chức 1 lớp tập huấn tại Tuyên Quang.
- Thời gian tập huấn: 10 ngày, từ ngày 06/01/2011.

Trong đó 3 ngày tập huấn Lý thuyết; 7 ngày tập huấn Thực hành.

- Số lượng học viên: 60 học viên.

Bảng 2.3. Danh sách bệnh viện tham gia tập huấn

Stt	Tên bệnh viện	Số lượng
1.	Hưng Yên	03
2.	Phạm Ngọc Thạch –Lâm đồng	03
3.	Bình Định	03
4.	Thanh Hóa	03
5.	TP Hồ Chí Minh	03
6.	Hải Phòng	03
7.	Bến Tre	03
8.	Thái Bình	03
9.	Đa Khoa YHCT Hà nội	03
10.	Đà Nẵng	03
11.	Tuyên Quang	03
12.	Bắc Ninh	03

13.	Yên Bái	03
14.	Kiên Giang	03
15.	Nghệ An	03
16.	Tiền Giang	03
17.	Tuệ Tĩnh	03
18.	Cần Thơ	03
19.	Bình Thuận	03
20.	Quảng Ninh	03

2.2.4.5. *Đánh giá hiệu quả can thiệp*

+ Đánh giá trước khi tổ chức lớp tập huấn, các chỉ tiêu đánh giá bao gồm:

Bảng 2.4. Chỉ tiêu và mức độ đánh giá lớp tập huấn can thiệp

<i>Stt</i>	<i>Chỉ tiêu</i>	<i>Mức độ</i>		
		Rất phù hợp	Phù hợp	Chưa phù hợp
1.	Đánh giá tổng thể về khóa tập huấn	Rất phù hợp	Phù hợp	Chưa phù hợp
2.	Số lượng nội dung tập huấn	Vừa đủ	Còn thiếu	Cần bổ sung
3.	Sự cần thiết về bổ sung nội dung tập huấn	Rất cần thiết	Cần thiết	Không cần thiết
4.	Mức độ quan trọng của lớp tập huấn	Rất quan trọng	Quan trọng	Không quan trọng
5.	Thời lượng của tập huấn	> 3 ngày	3 ngày	< 3 ngày
6.	Sự phù hợp với công việc chuyên môn	Rất phù hợp	Phù hợp	Chưa phù hợp

+ Đánh giá trình độ chuyên môn của học viện trước và sau khi tập huấn:
Dựa vào số điểm của phiếu đánh giá trước và sau khi tập huấn.

- Phân biệt một số vị thuốc YHCT nhằm lẫn, giả mạo: Phiếu đánh giá được chia thành 20 câu hỏi mỗi câu cho 1 điểm, chia 4 mức độ:

- Tốt: Phiếu đánh giá có điểm từ 17 điểm trở lên;
- Khá: Phiếu đánh giá có điểm từ 14 đến 16 điểm
- Trung bình: Phiếu đánh giá có điểm từ 10 đến 14 điểm
- Kém: Phiếu đánh giá có điểm dưới 10 điểm

- Chế biến một số vị thuốc YHCT: Phiếu đánh giá được chia thành 45 câu hỏi mỗi câu cho 1 điểm, chia 4 mức độ:

- Tốt: Phiếu đánh giá có điểm từ 38 điểm trở lên;
- Khá: Phiếu đánh giá có điểm từ 32 đến 38 điểm
- Trung bình: Phiếu đánh giá có điểm từ 22 đến 31 điểm
- Kém: Phiếu đánh giá có điểm dưới 22 điểm.

+ Đánh giá hiệu quả can thiệp sau 1 năm can thiệp: đánh giá hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ (\%)} = \left| \frac{p2 - p1}{p1} \right| \times 100$$

p1: Hiệu biết của CBYT trước can thiệp;

p2: Hiệu biết của CBYT sau can thiệp

- Hiệu quả phân biệt một số thuốc YHCT dễ bị nhầm lẫn, chia 4 mức độ:

- Tốt: Phiếu đánh giá có điểm từ 17 điểm trở lên;
- Khá: Phiếu đánh giá có điểm từ 14 đến 16 điểm;
- Trung bình: Phiếu đánh giá có điểm từ 10 đến 14 điểm;
- Kém: Phiếu đánh giá có điểm dưới 10 điểm

- Hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT, chia 4 mức độ:

- Tốt: Phiếu đánh giá có điểm từ 38 điểm trở lên;
- Khá: Phiếu đánh giá có điểm từ 32 đến 38 điểm;
- Trung bình: Phiếu đánh giá có điểm từ 22 đến 31 điểm;
- Kém: Phiếu đánh giá có điểm dưới 22 điểm.

2.2.4.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

- Phiếu đánh giá trước và sau lớp đào tạo ngay trên lớp.
- Quan sát có bảng kiểm nhằm xác định hiệu quả đào tạo về mặt kỹ năng.
- Phỏng vấn các bệnh nhân hiện đang được điều trị tại bệnh viện nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp, chất lượng và sự hài lòng của họ với các loại thuốc đông y học cổ truyền tại bệnh viện.

2.3. PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

- Số liệu hồi cứu các bệnh viện YDCT trên toàn quốc được nhập và xử lý trên phần mềm Excel 2003.
- Số liệu phỏng vấn các CBYT dựa vào phiếu phỏng vấn được nhập và xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 10.0.
- Số liệu nghiên cứu định lượng được trình bày theo bảng số lượng, tần số, tỷ lệ %, biểu diễn bằng biểu đồ trong phân tích kết quả nghiên cứu; sử dụng các Test thông kê để so sánh 2 tỷ lệ trước và sau can thiệp, đánh giá kết quả can thiệp để so sánh sự khác biệt các số liệu trước và sau can thiệp.
- Mối liên quan giữa các biến số phụ thuộc và biến số độc lập được kiểm định bằng kỹ thuật kiểm định giả thuyết. Test χ^2 được sử dụng cho biến số định tính. Giá trị p được trình bày nhằm đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

• Nhận định kết quả phân tích đa biến dựa theo giá trị p nhằm xác định sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

- + Thời gian nghiên cứu cho toàn bộ đề tài là 03 năm. Trong đó
 - *Giai đoạn 1*: Nghiên cứu mô tả, từ 06/2009 – 12/2010
 - *Giai đoạn 2*: Nghiên cứu can thiệp, từ 01/2011 – 06/2012
- + Địa điểm:
 - Nghiên cứu mô tả được thực hiện tại 54 bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.
 - Nghiên cứu can thiệp được thực hiện tại 20 bệnh viện YDCT có chế biến và bào chế thuốc YHCT.

Bảng 2.5. Danh sách bệnh viện có chế biến tại Bệnh viện

STT	Tên bệnh viện YDCT	Vùng địa lý
1.	Hưng Yên	I
2.	Phạm Ngọc Thạch -Lâm đồng	IV
3.	Bình Định	IV
4.	Thanh Hóa	III
5.	TP Hồ Chí Minh	V
6.	Hải Phòng	I
7.	Bến Tre	VI
8.	Thái Bình	I
9.	Đa Khoa YHCT Hà nội	I
10.	Đà Nẵng	IV
11.	Tuyên Quang	II
12.	Bắc Ninh	I
13.	Yên Bái	II
14.	Kiên Giang	VI
15.	Nghệ An	III

16.	Tiền Giang	VI
17.	Tuệ Tĩnh	I
18.	Cần Thơ	VI
19.	Bình Thuận	V
20.	Quảng Ninh	I

Ghi chú: Vùng I: Đồng bằng sông Hồng; Vùng II: Trung du và miền núi phía Bắc;
 Vùng III: Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung; Vùng IV: Tây Nguyên;
 Vùng V: Đông Nam Bộ; Vùng VI: Đồng bằng sông Cửu Long

2.5. TỔ CHỨC NGHIÊN CỨU

Đề tài luận án được kết hợp và lồng ghép với nhiệm vụ của Vụ Y được cổ truyền (Bộ Y tế), nhằm đánh giá thực trạng nguồn nhân lực YDCT của nước ta hiện nay.

Tác giả luận án là lãnh đạo của Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế, phối hợp với Vụ YDCT tham gia đánh giá nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ YDCT, nhằm đưa ra các nội dung, chương trình đào tạo liên tục, trình lãnh đạo Bộ Y tế chương trình đào tạo liên tục cho cán bộ YDCT của các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.

Tác giả luận án đã phối hợp với Ban lãnh đạo các bệnh viện YDCT tỉnh, thành phố tổ chức khảo sát, đánh giá thực trạng nhân lực tại các bệnh viện YDCT và giám sát quá trình thực hành của cán bộ tại bệnh viện.

2.6. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng chấm đề cương nghiên cứu sinh của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương xét duyệt và thông qua, được Ban giám đốc các bệnh viện YDCT cho phép nhằm đảm bảo tính khoa học và tính khả thi của đề tài nghiên cứu.

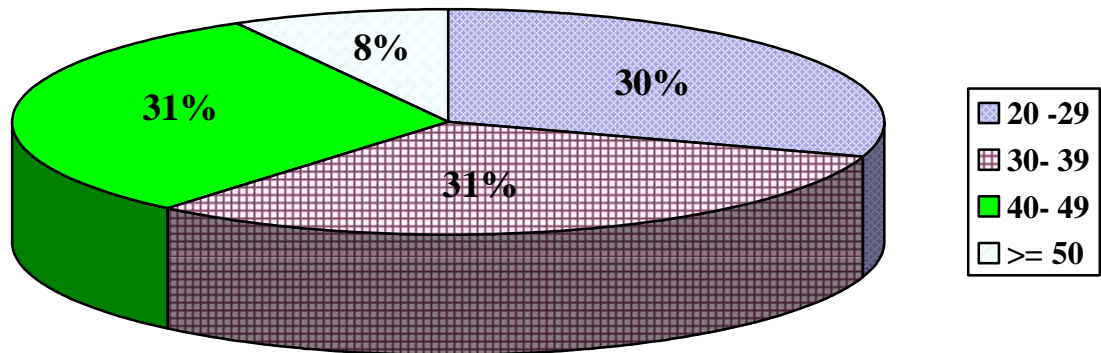
- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được hỏi ý kiến trước và đồng ý tham gia nghiên cứu. Những đối tượng nghiên cứu từ chối không tham gia nghiên cứu không bị phân biệt đối xử.

- Các thông tin về đặc trưng cá nhân của các đối tượng nghiên cứu và các thông tin của các bệnh viện đều được giữ bí mật. Các thông tin thu được chỉ sử dụng cho nghiên cứu, không được sử dụng với bất kỳ mục đích nào khác. Bộ câu hỏi được lưu giữ cẩn thận và bí mật sau khi nghiên cứu được hoàn tất.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

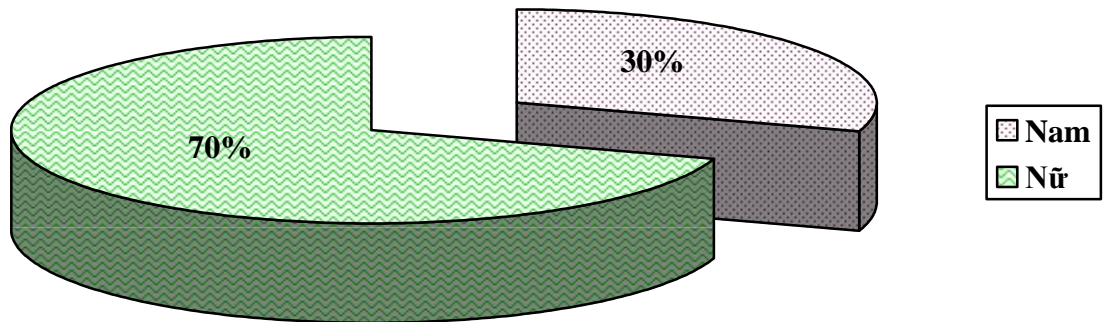
3.1. CÁC ĐẶC TRƯNG CÁ NHÂN CỦA CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYÊN TỈNH



Biểu đồ 3.1. Đặc trưng về tuổi của cán bộ Y dược cổ truyền

Nhận xét:

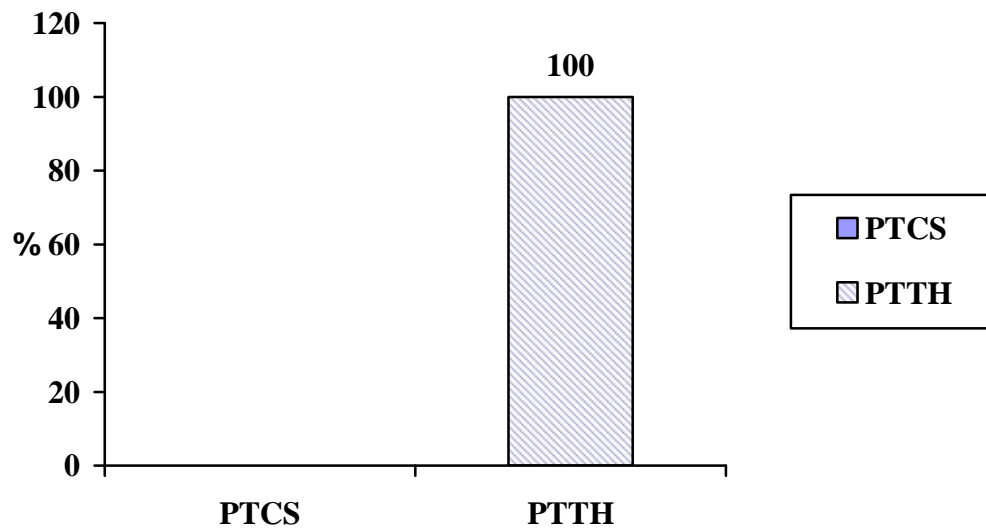
Độ tuổi của CBYT trung bình từ 20 – 60 tuổi, trong đó CBYT có độ tuổi ≥ 50 chiếm tỷ lệ thấp (8%), còn lại CBYT phân bố đều ở các độ tuổi từ 20 – 50.



Biểu đồ 3.2. Đặc trưng về giới của cán bộ Y dược cổ truyền

Nhận xét:

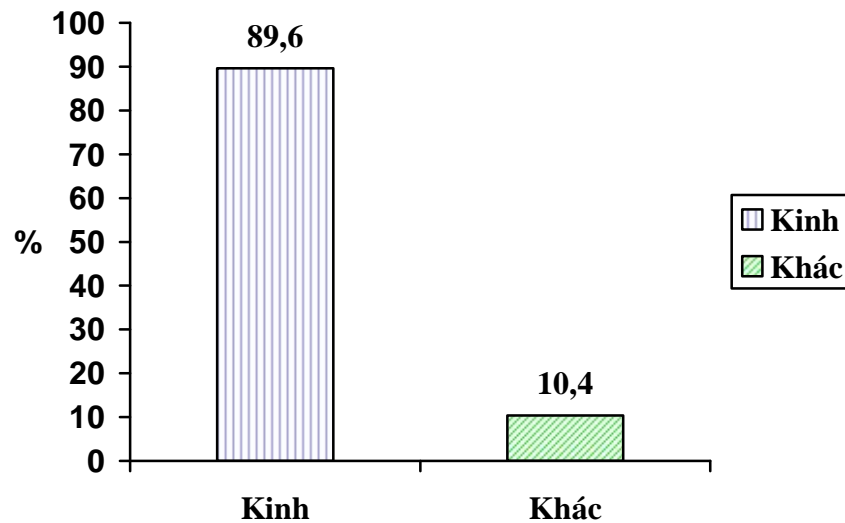
Có sự chênh lệch đáng kể về giới tính của cán bộ YDCT, có 70 % cán bộ Y dược cổ truyền là nữ giới và 30 % là nam giới.



Biểu đồ 3.3. Đặc trưng về trình độ học vấn của cán bộ Y dược cổ truyền

Nhận xét:

Không có cán bộ YDCT ở trình độ Phổ thông cơ sở, 100% cán bộ YDCT có trình độ phổ thông trung học.



Biểu đồ 3.4. Đặc trưng về dân tộc của cán bộ y dược cổ truyền

Nhận xét:

Biểu đồ 3.4 cho thấy đa số cán bộ YDCT là dân tộc kinh (89,6%)

Bảng 3.1.Trình độ chuyên môn của cán bộ công tác tại các bệnh viện YDCT

Trình độ chuyên môn	Số người	Tỷ lệ (%)
GS/PGS	9	0,1
TS	27	0,3
DS/BS CKII	57	0,7
Thạc sỹ	188	2,3
DS/BS CKI	414	5,1
Bác sỹ	744	9,1
Dược sỹ đại học	133	1,6

Dược sỹ trung học	671	8,2
Cán bộ điều dưỡng	1791	21,9
Y sỹ	1333	16,3
Lương Y	24	0,3
Khác	2778	34,0
Tổng	8169	100,0

Nhận xét:

Tổng hợp nhân lực chung của 59 bệnh viện cho thấy, hiện nay cán bộ YDCT có trình độ sau đại học chiếm tỷ lệ thấp, đặc biệt có rất ít cán bộ YDCT có học hàm là GS/PGS (0,1%); cán bộ YDCT có học vị TS cũng chiếm tỷ lệ thấp (0,3%), tỷ lệ cán bộ YDCT có trình độ chuyên môn là bác sỹ là 9,1%, trong đó cán bộ là dược sỹ đại học chỉ chiếm 1,6%, đa phần cán bộ dược công tác tại khoa dược là dược sỹ trung học 8,2%, ngoài ra còn có 0,3% cán bộ YDCT là lương y công tác tại các bệnh viện YDCT.

Bảng 3.2. Phân hạng các bệnh viện YDCT

Hạng Tuyến	Hạng I	Hạng II	Hạng III
Tuyến trung ương	4	0	0
Tuyến tỉnh	0	23	32

Nhận xét:

Trên toàn quốc có 59 bệnh viện YDCT kể cả bệnh viện ngành, trong đó tuyến trung ương có 4 bệnh viện Hạng I, tuyến tỉnh có 23 bệnh viện hạng II, và 32 bệnh viện hạng III, có 1 bệnh viện mới thành lập tại tỉnh Ninh Thuận.

3.2. PHÂN BỐ CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TẠI CÁC BỆNH VIỆN TỈNH

3.2.1. Cán bộ y dược cổ truyền tại các bệnh viện Y dược cổ truyền tuyến tỉnh

Bảng 3.3. Trình độ chuyên môn chung của cán bộ YDCT tuyến tỉnh (54 tỉnh)

Trình độ chuyên môn	Số người	Tỷ lệ (%)
Bác sỹ	1086	17,2
Dược sỹ đại học	104	1,6
Dược sỹ trung học	595	9,4
Điều dưỡng đại học	32	0,5
Điều dưỡng trung học	1376	21,8
Y sỹ	1284	20,4
Lương Y	23	0,4
Khác	1807	28,7
Tổng	6307	100,0

Nhận xét:

Trong tổng số 6307 cán bộ YDCT cho thấy trình độ chuyên môn là bác sỹ chiếm 17,2%; Dược sỹ đại học chiếm 1,6%, cho thấy tỉ lệ cán bộ YDCT có trình độ chuyên môn so với nhu cầu là rất thiếu.

Bảng 3.4. Phân loại trình độ chuyên môn cán bộ theo cấp học (54 tỉnh)

Học vị	Số người	Tỷ lệ %
GS/PGS	2	0,03
Tiến sỹ	6	0,10
DS/BSCK2	43	0,68
Thạc sỹ	99	1,57

DS/BSCK1	356	5,64
Dược sỹ/Bác sỹ	515	8,17
Khác	5286	83,81
Tổng	6307	100,00

Nhận xét:

Tỷ lệ cán bộ YDCT có trình độ GS/ PGS chiếm tỷ lệ rất thấp (0,03%); trình độ tiến sỹ chiếm tỷ lệ 0,1%, cán bộ có trình độ đại học bao gồm cả dược sỹ và bác sỹ chiếm 8,17%, trong khi đó cán bộ có trình độ cao đẳng, trung học và các ngành đào tạo khác chiếm 83,81%.

Bảng 3.5. Phân loại trình độ chuyên môn chuyên ngành YDCT theo học vị tại các bệnh viện YDCT

Học vị	Số người	Tỷ lệ %
GS/PGS	2	0,1
Tiến sỹ	6	0,2
DS/BSCK2	25	0,7
Thạc sỹ	56	1,6
DS/BSCK1	203	5,6
Dược sỹ/Bác sỹ	294	8,2
Khác	3013	83,6
Tổng	3599	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ cán bộ có chuyên môn chuyên sâu về YDCT như GS/PGS và tiến sỹ, chuyên khoa 2 chiếm tỷ lệ rất thấp (1,0%).

Tỷ lệ cán bộ có trình độ trên đại học như thạc sỹ và chuyên khoa I chiếm 7,2%, cán bộ có trình độ đại học chiếm 8,2%. Trong khi tỷ lệ cán bộ có chuyên ngành YHCT ở cấp học cao đẳng, trung học và cấp học khác là 83,6%.

Bảng 3.6. Phân bố trình độ của cán bộ y tế và y học cổ truyền theo bệnh viện

Phân bố cán bộ YHCT/bệnh viện	Trung bình n = 6307	Độ lệch chuẩn
Số lượng trung bình CBYT YHCT sau đại học	9,5	0,6
Số lượng trung bình bác sỹ YHCT	10,9	1,2
Số lượng trung bình Dược sỹ đại học	2,0	0,8
Số lượng trung bình Dược sỹ trung học	11,2	0,8
Số lượng trung bình điều dưỡng YHCT	25,9	1,2
Số lượng trung bình chung CBYT	119,0	0,8

Nhận xét:

Bảng kết quả trên cho thấy: tại bệnh viện YDCT số lượng trung bình bác sỹ cao hơn ($10,9 \pm 1,2$ người) cao hơn nhiều so với lượng dược sỹ đại học ($2,0 \pm 0,8$ người) như vậy nhân lực cán bộ khám chữa bệnh vẫn chiếm tỷ lệ lớn trong các bệnh viện, nhân lực có trình độ tham gia cung ứng thuốc còn rất ít, tuy nhiên trong bệnh viện YDCT còn một lượng dược sỹ trung học ($11,2 \pm 0,8\%$ người) tham gia công tác chế biến, sản xuất. Số lượng điều dưỡng YHCT tham gia công tác chăm sóc người bệnh trong các bệnh viện khá đông ($25,9 \pm 1,2$ người).

Bảng 3.7. Phân loại cán bộ y tế theo chuyên ngành đào tạo

Chuyên ngành	Số người	Tỷ lệ %
YHCT	3599	57,0
Đa khoa	1441	22,9

Khác	1267	20,1
Tổng	6307	100

Nhận xét:

Cán bộ y tế trong các bệnh viện YDCT có trình độ chuyên ngành YHCT chiếm tỷ lệ 57,0%, cán bộ YDCT đào tạo đa khoa chiếm 22,9% ngoài ra còn có chuyên ngành khác tham gia công tác trong bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.

Bảng 3.8. Loại hình đào tạo của cán bộ y dược cổ truyền tuyến tỉnh

Loại hình đào tạo	Số người	Tỷ lệ %
Tập trung	4415	70,0
Chuyên tu/tại chức	1797	28,5
Khác	95	1,5
Tổng	6307	100

Nhận xét:

Tỷ lệ cán bộ YDCT phần lớn được đào tạo hệ chính quy tập trung là 70,0%; có khoảng 28,5% cán bộ YDCT đào tạo theo hình thức chuyên tu/ tại chức, có khoảng 1,5% cán bộ YDCT được đào tạo theo hình thức khác.

Bảng 3.9. Thời gian công tác của cán bộ y tế trong ngành y tế

Thời gian công tác	Số người	Tỷ lệ %
≤ 5 năm	1785	28,3
5- 10 năm	1085	17,2
≥ 10 năm	3437	54,5
Tổng	6307	100

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT ở các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh có thời gian công tác trong ngành y tế trên 10 năm chiếm 54,5%, cán bộ y tế công tác từ dưới 5 năm là 28,3%, từ 5 – 10 năm là 17,2% điều này cho thấy cho thấy cán bộ YDCT trong những năm gần đây tương đối mới.

Bảng 3.10. Thời gian cán bộ y tế công tác tại bệnh viện y dược cổ truyền

Thời gian công tác	Số người	Tỷ lệ %
1-4 năm	2163	34,3
5-9 năm	1242	19,7
≥ 10 năm	2902	46,0
Tổng	6307	100

Nhận xét:

Thâm niên của CBYT công tác tại các bệnh viện YDCT cũng tương tự như thâm niên của CBYT công tác trong ngành y tế chung, tỷ lệ CBYT có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm tỷ lệ lớn (46,0%), tuy nhiên CBYT có thâm niên công tác từ 1 – 4 năm tại các bệnh viện YDCT cũng chiếm tỷ lệ khá cao (34,3%).

3.2.2. Phân bổ cán bộ y dược cổ truyền theo hạng bệnh viện

Bảng 3.11. Phân loại trình độ chuyên môn của CBYT theo hạng bệnh viện

Trình độ chuyên môn	Hạng bệnh viện				p
	II		III		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Bác sỹ	604	18,4	482	15,9	< 0,01
Dược sỹ đại học	53	1,6	51	1,7	> 0,05

Dược sỹ trung học	288	8,8	307	10,1	<0,05
Điều dưỡng đại học	17	0,5	15	0,5	> 0,05
Điều dưỡng trung học	861	26,3	483	15,9	< 0,01
Y sỹ	514	15,7	770	25,4	< 0,05
Khác	940	28,7	922	30,4	> 0,05
Tổng	3277	100,0	3030	100,0	

Nhận xét:

Phân loại trình độ chuyên môn của CBYT theo hạng bệnh viện tương đối phù hợp, tỷ lệ CBYT có trình độ bác sỹ ở bệnh viện hạng II chiếm 18,4%, hạng III chiếm 15,9% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ dược sỹ đại học ở các hạng bệnh viện tương đối giống nhau, chiếm khoảng 1,6 – 1,7%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

CBYT có trình độ điều dưỡng đại học ở các hạng bệnh viện cũng tương đối ngang nhau, ở bệnh viện hạng II chiếm 0,5%, bệnh viện hạng II chiếm 0,5%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.12. Phân loại trình độ học vị của CBYT theo hạng bệnh viện (%)

Trình độ chuyên môn	Hạng bệnh viện				p
	II		III		
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
GS/PGS	2	0,1	0	0,0	< 0,001
Tiến sỹ	4	0,1	2	0,1	< 0,05
DS/ BSCK2	30	0,9	13	0,4	< 0,01
Thạc sỹ	76	2,3	23	0,8	< 0,01
DS/ BSCK1	199	6,1	157	5,2	> 0,01

Dược sỹ/ Bác sỹ	346	10,6	338	11,2	> 0,05
DSTH	288	8,8	307	10,1	< 0,05
Khác	2332	71,2	2190	72,3	> 0,05
Tổng	3277	100,0	3030	100,0	

Nhận xét:

Bệnh viện hạng II có 0,1% CBYT có học vị là GS/ PGS cao hơn hẳn so với tỷ lệ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

CBYT học vị là tiến sỹ ở các bệnh viện hạng II cao hơn ở bệnh viện hạng III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nhìn chung tỷ lệ CBYT có trình độ sau đại học ở các bệnh viện hạng II cao hơn so với tỷ lệ CBYT có trình độ sau đại học ở các bệnh viện hạng III; tỷ lệ CBYT có trình độ thạc sỹ ở bệnh viện hạng II là 2,2%, ở bệnh viện hạng III là 0,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

CBYT có trình độ đại học ở các bệnh viện hạng II (10,6%); ở các bệnh viện hạng III (11,2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.13. Phân loại học vị của CBYT có chuyên ngành YHCT theo hạng bệnh viện

Trình độ chuyên môn	Hạng bệnh viện				P
	II		III		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
GS/PGS	2	0,1			
Tiến sỹ	4	0,2	1	0,1	< 0,05
DS/ BSCK2	17	0,9	7	0,4	< 0,05
Thạc sỹ	42	2,2	13	0,8	< 0,05
DS/ BSCK1	111	5,9	89	5,2	< 0,05

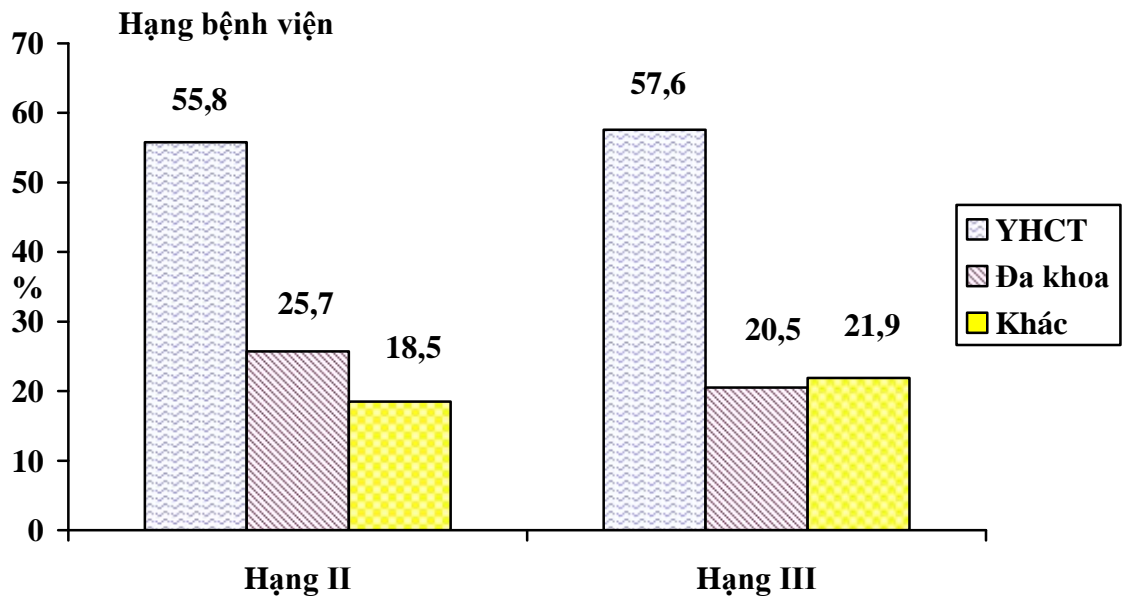
Dược sỹ/ Bác sỹ	193	10,3	192	11,2	> 0,05
DSTH	161	8,6	174	10,1	> 0,05
Khác	1351	71,8	1242	72,2	> 0,05
Tổng	1881	100,0	1718	100,0	

Nhận xét:

Theo bảng kết quả, cũng tương tự như tình hình CBYT chung chỉ có 0,1% CBYT chuyên khoa YHCT có trình độ GS/PGS công tác tại các bệnh viện hạng II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tỷ lệ CBYT chuyên khoa YHCT có trình độ sau đại học ở bệnh viện hạng II cao hơn ở bệnh viện hạng III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ đại học ở các bệnh viện hạng II, hạng III chiếm tỷ lệ tương đương như nhau ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.5. Phân loại chuyên ngành đào tạo theo hạng bệnh viện

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên ngành YHCT ở bệnh viện hạng II thấp hơn ở bệnh viện hạng III, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên ngành Đa khoa ở bệnh viện hạng II cao hơn ở bệnh viện hạng III, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên ngành khác ở bệnh viện hạng II thấp hơn ở bệnh viện hạng III, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.14. Loại hình đào tạo theo hạng bệnh viện

Loại hình đào tạo	Hạng II		Hạng III		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tập trung	2422	73,9	1976	65,2	$< 0,05$
Chuyên tu/tại chức	823	25,1	1003	33,1	$> 0,05$
Khác	33	1,0	51	1,7	$> 0,05$

Nhận xét:

Đa số CBYT ở các bệnh viện được đào tạo tập trung, ở các bệnh viện hạng II tỷ lệ CBYT được đào tạo tập trung là 73,9%, cao hơn các bệnh viện hạng III là 65,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.3. Phân bố cán bộ y dược cổ truyền theo vùng địa lý

Bảng 3.15. Phân bố trình độ chuyên môn của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Trình độ chuyên môn	Vùng						P
	I (%) n= 1251	II (%) n= 1254	III (%) n= 1051	IV (%) n= 796	V (%) n= 965	VI (%) n= 990	
Bác sỹ	19,2	13,1	18,9	14,3	17,3	14,3	$< 0,05$
Dược sỹ đại học	1,8	1,5	1,3	1,6	1,7	1,3	$< 0,05$
Dược sỹ trung học	9,5	10,3	10,6	14,1	8,6	9,6	$< 0,05$

Điều dưỡng đại học	1,3	0,4	0,2	0,9	0,9	0,5	> 0,01
Điều dưỡng trung học	20,6	22,3	19,3	20,0	18,5	16,4	< 0,05
Y sĩ	16,6	26,5	22,3	17,1	24,1	22,1	< 0,05
Khác	31,0	25,9	27,4	32,0	28,9	35,8	< 0,05
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy: phân bố cán bộ y tế cho các vùng tương đối cân đối.

Tỷ lệ CBYT có trình độ bác sỹ ở vùng I (19,2%) là cao nhất trong các vùng, thấp nhất là ở vùng II (13,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ dược sỹ đại học ở vùng I (1,8%) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vùng, thấp nhất là ở vùng III, vùng VI, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ điều dưỡng đại học ở các vùng chênh lệch nhau nhiều, cao nhất ở vùng I (1,3%); thấp nhất ở vùng III (0,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.16. Phân bố trình độ học vị của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Trình độ chuyên môn	Vùng						P
	I (%) n= 1251	II (%) n= 1254	III (%) n= 1051	IV (%) n= 796	V (%) n= 965	VI (%) n= 990	
GS/PGS	0,3	0	0	0	0	0	-
Tiến sỹ	1,3	0	0	0	0	0,1	-
DS/ BSCK2	2,0	1,2	0,4	1,4	2,3	2,5	< 0,05
Thạc sỹ	2,3	0,3	1,1	1,8	2,2	0,6	< 0,01

DS/ BSCK1	6,3	5,7	0,7	4,7	6,1	4,9	< 0,01
Dược sỹ/ Bác sỹ	8,2	5,6	5,3	7,6	8,7	7,0	> 0,05
Khác	79,6	87,2	92,5	84,5	80,7	84,9	> 0,05
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Hầu như ở các vùng kinh tế - xã hội không có CBYT có trình độ GS/PGS và tiến sỹ, chỉ có vùng I có 0,3% GS/PGS và 1,3% Tiến sỹ và vùng VI có 0,1% tiến sỹ.

Tỷ lệ CBYT có trình độ DS/BS CK 2 ở vùng VI (2,5%) chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là ở vùng V, vùng I, tỷ lệ thấp nhất ở vùng III (0,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ DS/BS phân bố ở các vùng tương đối đồng đều, tỷ lệ này cao nhất ở vùng V (8,7%), thấp nhất ở vùng III, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.17. Phân bố học vị của cán bộ y tế có chuyên ngành YHCT theo vùng địa lý

Trình độ chuyên môn	Vùng						P
	I (%) n = 752	II (%) n= 724	III (%) n= 640	IV (%) n= 375	V (%) n= 562	VI (%) n= 546	
GS/PGS	0,3	0	0	0	0	0	-
Tiến sỹ	2,1	0	0	0	0	0	-
DS/ BSCK2	2,8	1,7	0,4	1,5	2,2	3,3	< 0,05
Thạc sỹ	2,8	0,6	1,9	2,1	2,4	1,1	< 0,05
DS/ BSCK1	8,0	6,4	1,3	5,3	8,2	7,8	< 0,05
Dược sỹ/Bác sỹ CK YHCT	11,8	9,1	6,2	7,3	9,3	9,8	< 0,05

Khác	72,2	82,2	90,2	83,8	77,9	78,0	< 0,05
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy CBYT chuyên ngành YHCT chỉ ở vùng I có cán bộ đạt trình độ GS/PGS (0,3%), tiến sỹ (2,1%).

Tỷ lệ CBYT có trình độ Thạc sỹ ở vùng I chiếm tỷ lệ cao nhất (2,8%), tiếp theo là ở vùng V (2,4%), thấp nhất là ở vùng II (0,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có trình độ đại học ở vùng I chiếm tỷ lệ cao nhất (11,8%), thấp nhất ở vùng III (6,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.18. Phân loại chuyên ngành đào tạo của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Chuyên ngành	Vùng						P
	I (%) n= 1251	II (%) n= 1254	III (%) n= 1051	IV (%) n= 796	V (%) n= 965	VI (%) n= 990	
YHCT	60,1	53,8	60,9	47,1	58,2	55,2	< 0,05
Đa khoa	28,9	20,6	23,3	24,3	22,8	15,3	< 0,05
Khác	11,0	25,6	15,8	28,6	19,0	29,2	< 0,01
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT có chuyên ngành đào tạo YHCT ở vùng III là cao nhất trong các vùng (60,9), tiếp đến là vùng I (60,1%), tỷ lệ này thấp nhất ở vùng IV (47,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT có chuyên ngành đào tạo Đa khoa ở vùng I là cao nhất trong các vùng (28,9%), thấp nhất ở vùng VI (15,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.19. Phân loại loại hình đào tạo của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Loại hình đào tạo	Vùng						P
	I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	
	n= 1251	n= 1254	n= 1051	n= 796	n= 965	n= 990	
Tập trung	73,8	76,9	70,7	61,4	67,7	54,6	> 0,05
Chuyên tu/ tại chức	24,9	21,8	26,0	37,2	32,3	44,7	< 0,05
Khác	1,3	1,3	3,3	1,4	0,0	0,7	< 0,05
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT được đào tạo tập trung ở vùng II chiếm tỷ lệ cao nhất (76,9%), tiếp đến là ở vùng I (73,8%), ở vùng VI tỷ lệ này là thấp nhất (51,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ CBYT được đào tạo theo hình thức chuyên tu/ tại chức ở vùng VI chiếm tỷ lệ cao nhất (44,7%), tiếp đến là ở vùng IV (37,2%), ở vùng II tỷ lệ này là thấp nhất (21,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.20. Thời gian công tác trong ngành y tế của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Thời gian công tác	Vùng						P
	I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	
	n= 1251	n= 1254	n= 1051	n= 796	n= 965	n= 990	
1 – 4 năm	30,9	30,5	21,4	25,7	30,4	27,6	> 0,05
5 – 9 năm	22,9	10,4	19,5	7,2	25,3	12,9	< 0,05
≥ 10 năm	46,2	59,1	59,1	67,1	44,3	59,5	> 0,05
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Thâm niên công tác trong ngành y tế của CBYT từ 1 – 4 năm ở vùng I chiếm tỷ lệ cao nhất (30,9%), tiếp đến là tỷ lệ CBYT ở vùng II, ở vùng III tỷ lệ CBYT có thâm niên từ 1 – 4 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (21,4%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thâm niên công tác trong ngành y tế của CBYT từ 5 – 9 năm ở vùng V chiếm tỷ lệ cao nhất (25,3%), thấp nhất là ở vùng II (10,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thâm niên công tác trong ngành y tế của CBYT trên 10 năm ở vùng VI chiếm tỷ lệ cao nhất (59,5%), tiếp đến là tỷ lệ CBYT ở vùng II, vùng III (59,2%), thấp nhất ở vùng III. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.21. Thời gian công tác tại bệnh viện y dược cổ truyền của cán bộ y tế theo vùng địa lý

Thời gian công tác	Vùng						P
	I (%) n= 1251	II (%) n= 1254	III (%) n= 1051	IV (%) n= 796	V (%) n= 965	VI (%) n= 990	
1 – 4 năm	36,5	39,1	24,2	37,1	39,2	28,2	$> 0,05$
5 – 9 năm	25,0	11,4	26,5	12,9	26,0	14,1	$< 0,05$
≥ 10 năm	38,5	49,5	49,3	50,0	34,8	57,7	$< 0,05$
Tổng	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

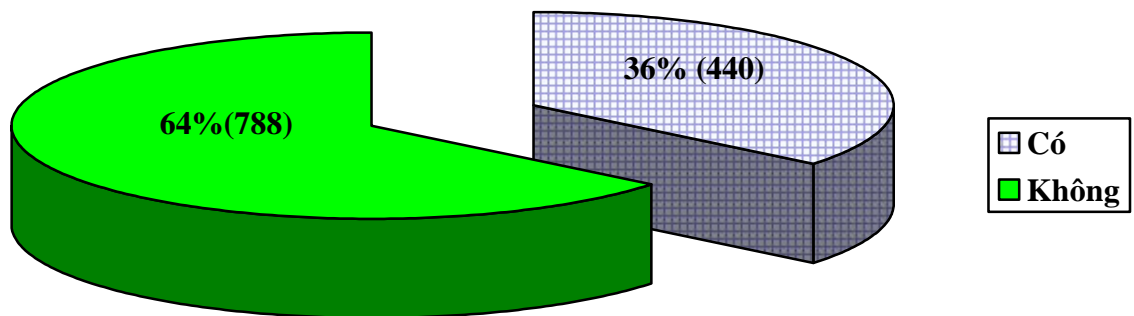
Thâm niên công tác trong các bệnh viện YDCT của CBYT từ 1 – 4 năm ở vùng V chiếm tỷ lệ cao nhất (39,2%), tiếp đến là tỷ lệ CBYT ở vùng II (39,1%), ở vùng III tỷ lệ CBYT có thâm niên từ 1 – 4 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,2%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thâm niên công tác trong các bệnh viện YDCT của CBYT từ 5 – 9 năm ở vùng III chiếm tỷ lệ cao nhất (26,5%), thấp nhất là ở vùng II (11,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thâm niên công tác trong các bệnh viện YDCT của CBYT trên 10 năm ở vùng VI chiếm tỷ lệ cao nhất (57,7%), tiếp đến là tỷ lệ CBYT ở vùng II (49,5%), thấp nhất ở vùng V (34,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYẾN TỈNH CHO CÁC VÙNG ĐỊA LÝ

3.3.1. Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y dược cổ truyền tuyến tỉnh



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ cán bộ y tế chưa được đào tạo liên tục

Nhận xét:

Qua biểu đồ 3.6 cho thấy: Số lượng CBYT được đào tạo bổ sung kiến thức chiếm tỷ lệ ít (36%), còn 64 % CBYT chưa được đào tạo bổ sung kiến thức.

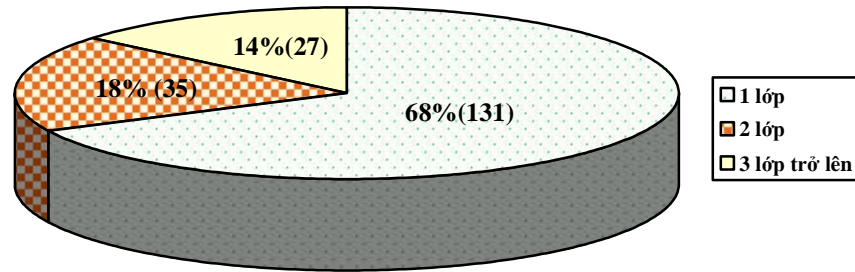
Bảng 3.22. Tỷ lệ cán bộ công tác tại các bệnh viện YDCT được đào tạo liên tục

Cán bộ đã được đào tạo	Năm công tác tại bệnh viện YHCT	Tỷ lệ % n = 6307
Cán bộ được đào tạo liên tục/ bổ sung kiến thức YHCT	1- 5 năm	19,1
	5 - 10 năm	16,6
	>10 năm	64,3
Cán bộ được đào tạo liên tục / bổ sung kiến thức trong 5 năm qua	1- 5 năm	24,8
	5 - 10 năm	27,8
	>10 năm	47,4

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy: CBYT có thâm niên công tác càng lâu thì tỷ lệ được đào tạo liên tục càng lớn, đặc biệt những CBYT có thâm niên công tác trên 10 năm thì tỷ lệ được đi đào tạo bổ sung kiến thức là 47,4% (tính theo số lượng được đào tạo trong 5 năm gần đây),

Tỷ lệ CBYT có thâm niên công tác từ 1- 4 năm cũng đã thường xuyên được đào tạo liên tục (chiếm tỷ lệ 24,8%) để kịp thời bổ sung kiến thức, tay nghề phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh tại bệnh viện.



Biểu đồ 3.7. Số lớp bồi dưỡng CBYT về YHCT trong 5 năm gần đây

Nhận xét:

Thống kê số lớp mà một CBYT đã được đào tạo cho thấy, phần lớn CBYT được học 1 khóa học (68 %), còn lại chỉ một số ít CBYT được đào tạo 2 khóa, 3 khóa học, được học nhiều các cấp học khác, các CBYT được đào tạo nhiều khóa phần lớn là CBYT nòng cốt trong các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh.

Bảng 3.23. Thời gian được đào tạo liên tục của CBYT

Thời gian đào tạo	Số người	Tỷ lệ %
≤ 2 tuần	49	16,7
2 – 3 tuần	8	2,7
Từ 3 tuần trở lên	236	80,6
Tổng	293	100

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy, phần lớn các CBYT được đào tạo từ 3 tuần trở lên (80,6%), đa số tham gia các khóa học cao học, và các khóa học chuyên khoa, các bác sỹ từ các bệnh viện YHCT tuyến tỉnh đi học nghiên cứu sinh rất ít mà chủ yếu là bác sỹ chuyên khoa cấp 1, 2 chuyên ngành, ngoài ra CBYT cũng thường xuyên bổ sung kiến thức từ các lớp đào tạo ngắn trong vòng 1 tuần – 3 tuần.

Bảng 3.24. Nội dung được đào tạo liên tục về YHCT

Nội dung	Số người	Tỷ lệ %
Chuyên khoa về YHCT	53	17,7
Bổ sung kiến thức về thuốc, kỹ năng điều trị YHCT	196	65,6
Khác	50	16,7
Tổng	299	100

Nhận xét:

Phần lớn CBYT (kể cả CBYT đã được đào tạo chuyên khoa về YHCT) thường xuyên được đào tạo bổ sung kiến thức về thuốc và kỹ năng điều trị bằng YHCT (65,6%), tuy nhiên cũng có một lượng nhỏ CBYT học chuyên khoa về YHCT (17,7%), ngoài ra còn có các lớp đào tạo với các nội dung khác như là tập huấn kỹ thuật vệ sinh chân tay, tập huấn phòng chống cháy nổ, tập huấn kỹ năng phân loại rác thải y tế bảo vệ môi trường.

Bảng 3.25. Nhu cầu đào tạo liên tục trong thời gian tới

Nội dung đào tạo	Số người	Tỷ lệ %
Cán bộ đã được đào tạo liên tục/ bổ sung kiến thức	440	35,8
Cán bộ chưa được đào tạo liên tục	788	64,2
Cán bộ được đào tạo liên tục trong 5 năm qua	194	43,2
Cán bộ chưa được đào tạo liên tục trong 5 năm qua	255	56,8

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy: Trong 5 năm gần đây vẫn còn nhiều CBYT chưa được đào tạo bổ sung chuyên môn, nâng cao nghiệp vụ (56,8%), các CBYT đã được đào tạo nhưng vẫn có nhu cầu bổ sung kiến thức chuyên môn mới để

ứng dụng trong công tác tại đơn vị, điều này cho thấy nhu cầu về đào tạo liên tục, bổ sung kiến thức, chuyên môn cho CBYT là rất lớn.

Bảng 3.26. Những khó khăn của cán bộ y tế trong công tác hàng ngày

Khó khăn		Số người	Tỷ lệ %
Thiếu kiến thức	Có	698	65,2
	Không	373	34,8
	Tổng	1071	100
Thiếu kỹ năng	Có	546	54,6
	Không	454	45,4
	Tổng	1000	100
Thiếu trang thiết bị	Có	473	49,3
	Không	487	50,7
	Tổng	960	100
Thiếu thuốc	Có	227	24,6
	Không	693	75,4
	Tổng	920	100
Thiếu tài liệu chuyên môn	Có	203	19,0
	Không	867	81,0
	Tổng	1070	100
Thiếu thời gian	Có	150	14,1
	Không	920	85,9
	Tổng	1070	100

Nhận xét:

Qua bảng số liệu cho thấy: Có 65,2% CBYT cho rằng thiếu kiến thức chuyên môn cần được bổ sung kịp thời khi tham gia công tác khám chữa bệnh,

54,6% CBYT cho rằng thiếu kĩ năng trong việc hành nghề, giao tiếp với bệnh nhân, ngoài ra còn có 49,3% CBYT cho là thiếu trang thiết bị để học tập, nghiên cứu và điều trị cho bệnh nhân tại bệnh viện, tình trạng thiếu thuốc còn khá phổ biến (24,6%), thiếu thời gian để nghiên cứu, tìm tòi tài liệu phục vụ trong công tác khám, chữa bệnh (14,1%).

Bảng 3.27. Những nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là bác sỹ YHCT

Nội dung cần đào tạo	Số người (n = 925)	Tỷ lệ %
Nâng cao kiến thức về chẩn đoán bệnh YHCT	253	27,4
Nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh YHCT	393	42,5
Nâng cao kiến thức chẩn đoán các bệnh khác	128	13,8
Kiến thức về thuốc YHCT	440	47,6

Nhận xét:

Xét nhu cầu đào tạo của cán bộ là bác sỹ YHCT, các nội dung cần đào tạo liên tục liên quan đến các vấn đề về khám, chữa bệnh, có 27,4% CBYT cần bổ sung, nâng cao kiến thức về chẩn đoán bệnh YHCT; 42,5% CBYT cần bổ sung nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh YHCT; 13,8% CBYT cần bổ sung, nâng cao kiến thức chẩn đoán các bệnh khác; 47,6% CBYT cần bổ sung kiến thức về thuốc YHCT.

Bảng 3.28. Những nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là dược sỹ

Nội dung cần đào tạo	Số người (n = 307)	Tỷ lệ %
Phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn	242	78,8
Chế biến một số loại thuốc YHCT	206	67,1
Sản xuất một số chế phẩm YHCT	12	3,9

Nhận xét:

Dược sỹ công tác trong các bệnh viện YHCT, ngoài kĩ năng nhận biết các vị thuốc YHCT để phục vụ công tác cung ứng thuốc YHCT trong bệnh viện, dược sỹ trong các bệnh viện YDCT còn thực hiện chế biến một số loại thuốc YHCT sử dụng trong bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế, có 78,8% dược sỹ có nhu cầu nâng cao kiến thức về phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn, 67,1% dược sỹ có nhu cầu bổ sung kiến thức về chế biến một số loại thuốc YHCT, còn lại 3,9% dược sỹ có nhu cầu bổ sung kiến thức về sản xuất một số chế phẩm.

3.3.2. Nhu cầu đào tạo liên tục của các cán bộ y dược cổ truyền theo các vùng địa lý

Bảng 3.29. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo liên tục về YHCT theo vùng địa lý

Nội dung đào tạo	Vùng						P
	I (%) n= 301	II (%) n= 325	III (%) n= 215	IV (%) n= 70	V (%) n= 158	VI (%) n= 163	
Được đào tạo/bổ sung kiến thức YHCT	42,3	34,3	39,3	40,0	29,9	26,4	< 0,05
	57,7	65,7	60,7	60,0	70,1	73,6	< 0,05
	100	100	100	100	100	100	
Được đào tạo/bổ sung kiến thức YHCT trong 5 năm qua	36,0	24,5	29,6	34,3	24,0	22,9	< 0,05
	64,0	75,5	70,4	65,7	66,0	77,1	< 0,05
	100	100	100	100	100	100	

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT không được đào tạo/ bổ sung kiến thức YHCT ở vùng VI là chiếm tỷ lệ cao nhất (73,6%), thấp nhất ở vùng I (57,7%), Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT không được đào tạo/bổ sung kiến thức YHCT trong 5 năm qua ở vùng VI chiếm tỷ lệ cao nhất (77,1%), tiếp đến là vùng II (75,5%), thấp nhất là ở vùng I (64,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.30. Thời gian và nội dung được đào tạo liên tục về YHCT theo vùng địa lý

Nội dung		Vùng						P
		I (%) n= 301	II (%) n= 325	III (%) n= 215	IV (%) n= 70	V (%) n= 158	VI (%) n= 163	
Số lớp được đào tạo về YHCT/ 5 năm qua	1 lớp	59,2	66,0	67,4	90,0	68,2	81,8	> 0,01
	2 lớp	26,5	10,6	18,6	10,0	27,3	9,1	< 0,01
	Từ 3 lớp trở lên	14,3	23,4	14,0	0	4,5	9,1	< 0,01
Thời gian đào tạo/lớp về YHCT/5 năm qua	≤ 1 tuần	12,6	38,4	11,9	18,2	16,1	16,7	> 0,05
	2-3 tuần	6,5	3,5	3,0	9,0	12,9	0	< 0,05
	> 3 tuần trở lên	80,9	58,1	85,1	72,8	71,0	83,3	> 0,05

Nội dung được đào tạo về YHCT/5 năm qua	Chuyên khoa về YHCT	17,1	15,3	20,9	9,1	19,7	13,1	< 0,05
	Bổ sung kiến thức về thuốc, kỹ năng điều trị YHCT	56,6	80,0	55,2	45,5	67,4	54,3	> 0,05
	Khác	26,3	4,7	23,9	45,4	12,9	32,6	< 0,01

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT được đào tạo, bổ sung kiến thức trong 5 năm qua dưới 1 tuần ở vùng II có tỷ lệ cao nhất (38,4%), tỷ lệ thấp nhất ở vùng III (11,9%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian đào tạo từ 3 tuần trở lên, ở vùng III có tỷ lệ cao nhất (85,1%), tiếp đến ở vùng I (80,9%), thấp nhất ở vùng II (58,1%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nội dung được đào tạo, bổ sung kiến thức chuyên khoa về YHCT ở vùng III chiếm tỷ lệ lớn nhất (20,9%), thấp nhất ở vùng IV (9,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nội dung được đào tạo bổ sung kiến thức chuyên môn về thuốc, kỹ năng điều trị YHCT ở vùng II chiếm tỷ lệ cao nhất (80,0%), thấp nhất ở vùng IV (45,5%), Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.31. Những nội dung cần đào tạo liên tục cho bác sĩ YHCT theo vùng

Nội dung cần được đào tạo	Vùng						P
	I (%) n = 139	II (%) n = 75	III (%) n = 90	IV (%) n = 24	V (%) n = 59	VI (%) n = 56	
Nâng cao kiến thức về chẩn đoán bệnh YHCT	43,3	40,8	32,9	20,8	41,2	25,0	< 0,05
Nâng cao kỹ năng về điều trị bằng YHCT	72,2	53,5	57,0	66,7	58,8	55,8	< 0,05
Kiến thức về thuốc YHCT	63,0	70,7	51,9	41,7	37,3	36,5	< 0,05
Chữa bệnh không dùng thuốc YHCT	1,6	2,7	1,3	0	4,8	0	< 0,05

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT cần được đào tạo bổ sung để nâng cao kiến thức về chẩn đoán bệnh YHCT đa số là dưới 50%, trong đó có tỷ lệ cao nhất ở vùng I (43,3%), thấp nhất ở vùng IV (20,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần được đào tạo bổ sung để nâng cao kỹ năng về điều trị bằng YHCT phần lớn là trên 50%, trong đó tỷ lệ cao nhất ở vùng I (72,2%), tiếp đến là vùng IV (66,7%), thấp nhất ở vùng II (53,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần được đào tạo bổ sung kiến thức về thuốc ở vùng II có tỷ lệ cao nhất (70,7%), thấp nhất ở vùng VI (36,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần được đào tạo bổ sung kiến thức về chữa bệnh không dùng thuốc YHCT ở các vùng chiếm tỷ lệ thấp, cao nhất là vùng V (4,8%), thấp nhất ở các vùng IV, VI (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.32. Những nội dung cần bổ sung cho Dược sỹ YHCT theo vùng địa lý

Nội dung cần đào tạo	Vùng						P
	I (%) n = 55	II (%) n = 112	III (%) n = 47	IV (%) n = 11	V (%) n = 37	VI (%) n = 50	
Kỹ năng cung ứng thuốc	45,6	35,7	44,5	39,2	34,8	47,3	< 0,05
Phân biệt một số loại thuốc YHCT dễ nhầm lẫn	79,7	73,6	75,5	75,3	76,6	76,2	> 0,05
Chế biến một số loại thuốc YHCT	82,1	77,3	76,4	70,3	71,2	78,9	> 0,05
Kiến thức sản xuất thuốc YHCT	30,9	23,7	25,7	28,2	31,1	34,2	> 0,05

Nhận xét:

Tỷ lệ CBYT cần đào tạo bổ sung kiến thức dược về kỹ năng cung ứng thuốc đa số là dưới 50%, trong đó cao nhất ở vùng VI (47,3%), thấp nhất ở vùng V (34,8%), giữa các vùng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần đào tạo bổ sung kiến thức dược về phân biệt một số loại thuốc YHCT dễ nhầm lẫn phần lớn có tỷ lệ rất cao, trong đó cao nhất ở vùng I (79,7%), tiếp đến là vùng V (76,6%), có tỷ lệ thấp nhất là ở vùng II (73,6%), giữa các vùng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần đào tạo bổ sung kiến thức được về chế biến một số loại thuốc YHCT đa số trên 50%, trong đó cao nhất ở vùng I (82,1%), tiếp đến vùng VI (78,9%), thấp nhất là ở vùng IV (70,3%), giữa các vùng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ CBYT cần đào tạo bổ sung kiến thức sản xuất thuốc YHCT phần lớn dưới 50 %, cao nhất là ở vùng VI (34,2%), thấp nhất là ở vùng II (23,7%), giữa các vùng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LỚP ĐÀO TẠO CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC CÁN BỘ DƯỢC

3.4.1. Sự cần thiết thực hiện lớp đào tạo

Nhu cầu đào tạo bổ sung kiến thức phục vụ cho công tác chuyên môn của CBYT đặc biệt là cán bộ là dược sỹ là rất cần thiết, từ những kết quả trên đã thực hiện thiết kế nghiên cứu can thiệp cho các đối tượng là dược sỹ. Trong quá trình tổ chức lớp tập huấn để nghiên cứu can thiệp đã thực hiện các bài kiểm tra, phiếu phỏng vấn trước khi tổ chức lớp tập huấn để thu thập số liệu, kết quả như sau:

Bảng 3.33. Phù hợp với nội dung chuyên môn

Mức độ	Rất phù hợp	Phù hợp	Không phù hợp
Số người (n = 60)	32	18	10
Tỷ lệ %	53,3	30,0	16,7

Nhận xét:

Đánh giá dựa trên 3 mức độ: rất phù hợp, phù hợp, không phù hợp với nhu cầu đào tạo của CBYT cho thấy: có 53,3% CBYT thấy rất phù hợp và 30,0% CBYT thấy phù hợp với nhu cầu của họ, trong khi chỉ có 16,7% CBYT thấy không phù hợp với nhu cầu muốn được đào tạo của họ.

Bảng 3.34. Thời gian lớp tập huấn

Nhu cầu	Đã cung cấp	Nhu cầu	
	3 ngày	≤ 3 ngày	> 3 ngày
Số người (n = 60)	60	21	39
Tỷ lệ %	100	35,0	65,0

Nhận xét:

Thời gian mà lớp tập huấn cung cấp là 3 ngày với lượng kiến thức lớn về nhận biết chất lượng dược liệu, thuốc y học cổ truyền và phương pháp chế biến thuốc y học cổ truyền, tuy nhiên có 65,0% CBYT có nhu cầu được đào tạo trên 3 ngày để nắm bắt được nhiều kiến thức hơn, chỉ có 35,0% CBYT chỉ có nhu cầu đào tạo dưới 3 ngày.

Bảng 3.35. Nhu cầu nội dung bài giảng tập huấn

Mức độ	Vừa đủ	Còn thiếu	Cần bổ sung
Số người (n = 60)	9	22	29
Tỷ lệ %	19,2	29,1	51,7

Nhận xét:

Bài giảng được thiết kế để bổ sung các kiến thức chủ yếu về nhận biết các vị thuốc YHCT và các phương pháp chế biến các vị thuốc YHCT, tuy nhiên có 51,7 % CBYT thấy cần bổ sung nội dung bài giảng để phù hợp với nhu cầu cần đào tạo của họ, chỉ có 29,1% CBYT cho rằng nội dung bài giảng còn thiếu, 19,2% CBYT cho là nội dung bài giảng vừa đủ với nhu cầu của họ.

Bảng 3.36. Nội dung chi tiết trong bài giảng

Nội dung	Thích		Không thích	
	Số người (n = 60)	Tỷ lệ %	Số người (n = 60)	Tỷ lệ %
Nhận biết một số dược liệu	42	70,0	18	30,0
Chế biến một số dược liệu	54	90,0	6	10,0

Nhận xét:

Bài giảng tập trung chủ yếu vào 2 vấn đề chính: nhận biết, phân biệt một số dược liệu thật giả; chế biến một số dược liệu, kết quả cho thấy nội dung kiến thức về chế biến một số dược liệu rất nhiều CBYT thích có trong nội dung bài giảng (90,0%); nội dung phân biệt thật giả dược liệu cũng cần thiết, có 70,0 % CBYT thích nội dung nhận biết một số dược liệu thật giả.

3.4.2. Đánh giá trình độ chuyên môn của cán bộ Dược trước và sau khi can thiệp

3.4.2.1. Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược trước khi can thiệp

Bảng 3.37. Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về phân biệt một số vị thuốc YHCT nhằm lẫn, giả mạo trước khi can thiệp

Mức độ	Số người (n = 60)	Điểm số TB	Tỷ lệ %
Tốt	5	18,2	8,3
Khá	8	15	13,3
Trung bình	25	10,9	41,7
Kém	22	9,5	36,7

Nhận xét:

Đánh giá bởi 4 mức độ, trong đó có 5 người ở mức độ tốt đạt 8,3% với điểm số trung bình đạt được 18,2; có 8 người ở mức độ khá đạt 13,3 % với số điểm trung bình 15; 25 người ở mức độ trung bình, đạt 41,7%; ngoài ra còn có 22 người ở mức độ kém, điểm trung bình đạt 9,5%, chiếm tỷ lệ 36,7%.

Bảng 3.38.Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về chế biến một số vị thuốc YHCT trước khi can thiệp

Mức độ	Số người (n = 60)	Điểm số TB	Tỷ lệ %
Tốt	3	38,3	5,0
Khá	9	36,4	15,0
Trung bình	24	23,6	40,0
Kém	24	21,6	40,0

Nhận xét:

Tương tự trình độ chuyên môn của cán bộ về phân biệt một số vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn, giả mạo. Trình độ chuyên môn của cán bộ dược về chế biến một số vị thuốc rất kém, có 24 người ở mức độ kém, chiếm 40,0%, chỉ có 3 người đạt mức độ tốt, chiếm 5,0%, còn lại 33 người ở mức khá, trung bình, chiếm 55,0%.

3.4.2.2. Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược sau 1 năm can thiệp

Bảng 3.39.Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về phân biệt một số vị thuốc YHCT nhầm lẫn, giả mạo sau 1 năm can thiệp

Mức độ	Số người (n = 60)	Điểm số TB	Tỷ lệ %
Tốt	37	18,0	61,7
Khá	11	15,9	18,3

Trung bình	12	12,3	20,0
Kém	0	0	0,0

Nhận xét:

Sau một năm can thiệp đã có 37 người đạt mức độ tốt về phân biệt một số vị thuốc YHCT nhầm lẫn, giả mạo, có 11 người ở mức độ khá đạt 18,3% với điểm số trung bình 15,9; có 12 người ở mức độ trung bình đạt 20,0% với điểm số trung bình 12,3; không có trường hợp nào ở mức kém.

Bảng 3.40. Trình độ chuyên môn của cán bộ Dược về chế biến một số vị thuốc YHCT sau 1 năm can thiệp

Mức độ	Số người (n = 60)	Điểm số TB	Tỷ lệ %
Tốt	32	38,3	53,3
Khá	19	36,4	31,7
Trung bình	9	23,6	15,0
Kém	0	0	0

Nhận xét:

Số người tốt lên về chế biến một số vị thuốc YHCT là 32 người đạt 53,3 % với điểm số trung bình 38,3%; có 19 người ở mức độ khá, đạt 31,7% với điểm số trung bình là 36,4%, 9 người ở mức độ trung bình, đạt 15,0% với điểm số trung bình là 23,6, không có trường hợp ở mức độ kém.

3.4.3. Đánh giá hiệu quả của lớp đào tạo sau 1 can thiệp

Bảng 3.41. Hiệu quả về phân biệt một số loại thuốc YHCT dễ bị nhầm lẫn

Hiệu quả	Trước can thiệp		Sau 1 năm can thiệp		CSHQ (%)	P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Tốt	5	8,3	37	61,7	643,4	< 0,05
Khá	8	13,3	11	18,3	27,3	> 0,05
Trung bình	25	41,7	12	20,0	(- 108,5)	> 0,05
Kém	22	36,7	0	0,0	-	-
Tổng	60	100	60	100		

Nhận xét:

Thực hiện đánh giá hiệu quả sau quá trình 1 năm can thiệp đã đánh giá được trình độ chuyên môn về nhận biết vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn tăng lên một cách đáng kể, ở mức độ tốt chỉ số hiệu quả rất cao (643,4%), mức độ khá chỉ số hiệu quả chỉ khoảng 27,3%, trong khi đó chỉ số hiệu quả đối với mức trung bình là -108,5%. Như vậy sau 1 năm can thiệp đã làm cho hiệu quả về phân biệt một số vị thuốc dễ nhầm lẫn tốt lên một cách đáng kể.

Bảng 3.42. Hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT sau 1 năm đào tạo

Hiệu quả	Trước can thiệp		Sau 1 năm can thiệp		CSHQ (%)	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Tốt	3	5,0	32	53,3	966,0	< 0,05
Khá	9	15,0	19	31,7	52,6	> 0,05
Trung bình	24	40,0	9	15,0	(-166,7)	> 0,05
Kém	24	40,0	0	0	-	-
Tổng	60	100	60	100		

Nhận xét:

Sự khác biệt rõ rệt về sự thay đổi hiệu quả giữa trước can thiệp và sau 1 năm can thiệp, tỷ lệ CBYT làm tốt lên trong công tác chế biến sau khi can thiệp là 53,3%, trong khi trước khi can thiệp đó chỉ có 5% CBYT làm tốt lên trong công tác chế biến thuốc YHCT, hiệu quả can thiệp dựa vào chỉ số hiệu quả can thiệp (966,0%)

Ngoài ra còn có 40,0% CBYT trước khi can thiệp thấy kém đi về kiến thức chế biến thuốc YHCT, sau can thiệp không còn CBYT bị kém đi về kiến thức chế biến.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. PHÂN BỐ CÁN BỘ Y TẾ CỦA CÁC BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYẾN TỈNH CHO CÁC VÙNG ĐỊA LÝ KHÁC NHAU

Để đánh giá thực tế tình hình phân bố cán bộ y tế của các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh cho các vùng địa lý khác nhau chúng tôi trực tiếp tiến hành điều tra 54 bệnh viện YDCT trên toàn quốc cho thấy:

4.1.1. Đặc điểm chung của cán bộ y tế của các bệnh viện y dược cổ truyền tuyến tỉnh

Theo định nghĩa nhân lực y tế của WHO, ở Việt Nam các nhóm đối tượng được coi là “Nhân lực y tế” sẽ bao gồm các cán bộ, NVYT thuộc biên chế và hợp đồng đang làm trong hệ thống y tế công lập (bao gồm cả quân y), các cơ sở đào tạo và nghiên cứu khoa học y/dược và tất cả những người khác đang tham gia vào các hoạt động quản lý và cung ứng dịch vụ CSSK nhân dân (nhân lực y tế tư nhân, các cộng tác viên y tế, lang y và bà đỡ/mụ vườn) [59].

Đặc điểm chung của cán bộ y dược cổ truyền bao gồm các đặc trưng về tuổi, giới, trình độ văn hóa và dân tộc. Qua nghiên cứu cho thấy trong hệ thống bệnh viện YDCT thì phần lớn cán bộ YDCT có độ tuổi từ 20 – 50 (chiếm 92,0%), chỉ một lượng nhỏ cán bộ YDCT có độ tuổi từ 50 – 60 (chiếm 8%), số (biểu đồ 3.1). Kết quả này cũng tương tự như số liệu điều tra thực trạng nhân lực YDCT năm 1998 của Bộ Y tế [44].

Về giới tính qua kết quả nghiên cứu cho thấy nữ giới chiếm tỷ lệ 69,7% cao hơn so với nam giới 30,3% (biểu đồ 3.2) chúng tôi thấy rằng kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với báo cáo của các bệnh viện YDCT qua các báo cáo

hàng năm. Điều này cho thấy một trong những khó khăn của các bệnh viện YDCT là nhân lực tập trung chính là nữ giới (chiếm tỷ lệ 2/3).

Phân tích trình độ chuyên môn chung của các cán bộ YDCT tuyển tỉnh, tỷ lệ bác sỹ YDCT (36,0%) cao hơn nhiều so với tỷ lệ bác sỹ trong ngành y tế (18,8%), trong khi đó tỷ lệ dược sỹ (bao gồm cả dược sỹ đại học và dược sỹ trung học) là tương đương so với phần trăm dược sỹ chung trong cả nước, còn cán bộ YDCT là lương y chiếm 0,2% thấp hơn so với tỷ lệ lương y trong cả nước (0,3%), mặc dù phần lớn các đối tượng hành nghề y dược cổ truyền tư nhân là lương y, tuy nhiên tỷ lệ chung so với cả nước còn cao hơn so với tỷ lệ lương y trong các bệnh viện YDCT, cho thấy rất ít đối tượng y dược cổ truyền hành nghề tư nhân.

4.1.2. Phân bổ cán bộ y dược cổ truyền theo hạng bệnh viện

4.1.2.1. Trình độ chuyên môn của cán bộ YDCT theo hạng bệnh viện

Theo Thông tư 03/2004/TT – BYT ngày 03/03/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế về xếp hạng bệnh viện, việc xếp hạng bệnh viện được xác định trên nguyên tắc đánh giá chấm điểm theo 5 nhóm tiêu chuẩn: Nhóm tiêu chuẩn I: Vị trí, chức năng và nhiệm vụ; Nhóm tiêu chuẩn II: Quy mô và nội dung hoạt động; Nhóm tiêu chuẩn III: Trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ cấu lao động. Nhóm tiêu chuẩn IV: Cơ sở hạ tầng; Nhóm tiêu chuẩn V: Thiết bị y tế, kỹ thuật chẩn đoán và điều trị. Các bệnh viện được chia thành 3 hạng: Hạng I, Hạng II và Hạng III, dựa trên tổng số điểm mà bệnh viện đạt được theo các nhóm tiêu chuẩn nêu trên. Hạng I phải đạt 90 – 100 điểm; Hạng II phải đạt 70 – 90 điểm; Hạng III phải đạt từ 40 – 70 điểm. Trong đó quy định cụ thể như sau:

+ Giám đốc và các Phó Giám đốc: 5 điểm

- 100% có trình độ đại học, trong đó có trên 60% có trình độ Tiến sĩ hoặc Chuyên khoa 2 (CK2): 2 điểm

- 100% có trình độ đại học, trong đó dưới 60% có trình độ Thạc sĩ hoặc Chuyên khoa 1 (CK1) trở lên: 1,5 điểm

- 100% có trình độ đại học, trong đó dưới 60% có trình độ Thạc sĩ hoặc CK1: 1 điểm

+ Các trưởng phòng và Phó trưởng phòng: 5 điểm.

- Trên 20% có trình độ sau đại học, còn lại là đại học: 3 điểm

- 80% có trình độ đại học, còn lại là trung học: 2 điểm

- 50 % có trình độ đại học, còn lại là trung học: 1 điểm

+ Các trưởng khoa và phó trưởng khoa: 5 điểm

- Trên 60% có trình độ Tiến sĩ, CK2, còn lại là Đại học: 4 điểm

- Dưới 60% có trình độ sau đại học, còn lại là đại học: 3 điểm

- 100% có trình độ đại học: 2 điểm

+ Các Y tá - ĐD, NHS, KTV trưởng khoa lâm sàng: 5 điểm

- Trên 15% có trình độ cao đẳng, đại học, còn lại là trung học: 4 điểm

- Dưới 15% có trình độ CĐ, đại học, còn lại là trung học: 3 điểm

- 100% có trình độ trung học: 2 điểm

+ Các thầy thuốc điều trị ở các khoa lâm sàng: 5 điểm

-. Trên 50% có trình độ sau đại học, còn lại là đại học: 4 điểm

- Từ 10% đến 50% có trình độ sau đại học, còn lại là đại học: 3 điểm

- Dưới 10% có trình độ sau đại học, còn lại là đại học: 2 điểm

- Trên 95% có trình độ đại học: 1 điểm

+ Y tá - ĐD, NHS, KTV thực hành ở các khoa lâm sàng: 5 điểm

- Trên 10% có trình độ cao đẳng, đại học, còn lại là trung học: 4 điểm
- Dưới 10% có trình độ cao đẳng, đại học, còn lại là trung học: 3 điểm
- 100% có trình độ trung học: 2 điểm
- 80 % có trình độ trung học, còn lại là sơ học: 1 điểm

Hiện nay, chỉ có 0,03% GS/PGS và 8,02% CBYT có trình độ trên đại học công tác tại các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh (bảng 3.4), điều này cho thấy vẫn còn thiếu rất nhiều CBYT có trình độ trên đại học công tác tại các bệnh viện. theo Thông tư 03/2004/TT – BYT ngày 03/03/2004 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn xếp hạng bệnh viện, thì tỷ lệ cán bộ có trình độ sau đại học càng cao thì điểm cộng để đạt xếp hạng càng cao. Tại bệnh viện YDCT nếu xét riêng các CBYT có chuyên ngành YDCT thì tỷ lệ CBYT sau đại học cũng tương tự tỷ lệ CBYT chung. Tại các bệnh viện chỉ có 0,1% CBYT đạt trình độ GS/PGS, 0,2% CBYT đạt trình độ tiến sỹ (bảng 3.5). So với một bệnh viện YHCT tỉnh Sơn La, cả bệnh viện không có cán bộ có trình độ Tiến sỹ, tham gia công tác dược chỉ có 1 Dược sỹ chuyên khoa I, ngoài ra là các cán bộ có trình độ trung cấp [9]. So với tỷ lệ CBYT ở có trình độ trên đại học của các bệnh viện YDCT tuyến trung ương thì tỷ lệ CBYT có trình độ trên đại học của các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh rất thấp, hiện nay cả nước có khoảng 9 GS/PGS về YDCT công tác tại các bệnh viện YDCT thì phần lớn tập trung ở các bệnh viện tuyến trung ương, cả nước có 27 tiến sỹ về YDCT thì tại các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh chỉ có 6 cán bộ có trình độ tiến sỹ, điều này cho thấy sự chênh lệch về trình độ của CBYT của các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh là rất lớn so với trình độ của CBYT tại các bệnh viện YDCT tuyến trung ương [77].

Đặc thù của các bệnh viện YDCT là các cán bộ công tác tại bệnh viện, ngoài cán bộ có trình độ chuyên ngành đào tạo YHCT còn có CBYT được đào tạo đa khoa. So sánh giữa các hạng bệnh viện với nhau cho thấy: bệnh viện hạng III có tỷ lệ CBYT chuyên ngành YHCT cao hơn tỷ lệ CBYT chuyên ngành YHCT ở các bệnh viện hạng II và tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên ngành khác ở các bệnh viện hạng III (21,9%) cũng cao hơn tỷ lệ CBYT đa khoa trong bệnh viện và cao nhất trong các hạng bệnh viện (biểu đồ 3.5). Tổng số CBYT trong các bệnh viện hạng III ít hơn so với tổng lượng CBYT trong các bệnh viện hạng I và hạng II, trong khi đó số lượng CBYT có chuyên ngành đào tạo khác tương đương so với lượng CBYT chuyên ngành đào tạo khác ở các bệnh viện hạng I, hạng II.

4.1.2.2. Loại hình đào tạo và nơi đào tạo

Xét về loại hình đào tạo các đối tượng là lương y, từ điều tra tại 08 tỉnh/thành phố thấy có nhiều nơi đào tạo lương y, lương dược. Đó là Hội Đông y (53,4%); Hội Châm cứu (16,2%); trường trung học YHCT (22,5%) và có 45,3% là hành nghề gia truyền. Ngoài ra, còn có 15,7% số lương y, lương dược học qua bạn bè, họ hàng, tự học... Tỷ lệ người học ở Hội Đông y, hành nghề gia truyền và học qua người khác ở nhóm lương dược (66,2%; 49,3% và 25,4%) cao hơn so với nhóm lương y (44,7%; 51,5% và 14,2%), còn tỷ lệ người học ở trường trung học YHCT ở nhóm lương y (23,1%) cao hơn so với nhóm lương dược (18,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [55].

Về các nội dung được đào tạo thấy những nội dung chuyên môn đã được đào tạo ở nhóm lương y, lương dược chiếm tỷ lệ cao là lý luận cơ bản (79,7%), nội khoa (73,8%), bệnh học (70,9%), điều trị học (71,6%), châm cứu (63,9%), phụ khoa (65,6%), nhi khoa (63,2%). Những nội dung chuyên môn được đào tạo

ít hơn là ngoại khoa (58,2%), dưỡng sinh (47,0%) và lão khoa (29,7%). Các nội dung chuyên môn được đào tạo ở nhóm lương y nhiều hơn so với nhóm lương dược ($p < 0,01$) [55].

Theo số liệu điều tra năm 1998 của Bộ Y tế [64] thì các lương y, lương dược được đào tạo ở các hội YHCT (17,3- 23,4%), ở bệnh viện và Viện (12,8%), ở trường YHCT (13,2- 21,1%) và có 30,8- 34% là gia truyền; 13,2- 30,8% là tự học. Điều tra y tế quốc gia năm 2001- 2002 cũng cho thấy có tới 24,5% số lương y là gia truyền [15].

Như vậy, trình độ học vấn và chuyên môn của nhóm lương y, lương dược rất đa dạng và không đồng đều.

Ở nhóm lương y, nhiều người mới học trung học phổ thông, trung học cơ sở, chủ yếu học theo kiểu “đồ đệ” hoặc học ở một số lương y hay BS YHCT, đào tạo ngắn ngày, thường không theo một tài liệu chuyên môn thống nhất. Chủ yếu được đào tạo về cách chữa một số bệnh theo các bài thuốc cổ phương, do đó thiếu kiến thức và trình độ y học nói chung. Do vậy, ngành y tế nói chung và các hội nghề nghiệp YDHCT cần có chính sách, biện pháp quản lý và nâng cao chất lượng của đội ngũ lương y, góp phần nâng cao CSSK cho cộng đồng.

Hiện nay, hệ thống đào tạo bao gồm các trường đại học, cao đẳng, các bệnh viện trung ương, bệnh viện các tỉnh, thành phố. Cả nước có 21 trường đại học y, dược công lập (17 trường thuộc dân sự, 1 trường thuộc quân đội) và 3 trường/ khoa y đại học tư thục. Các trường này đào tạo một, một số hoặc nhiều loại cán bộ y dược khác nhau. Hầu hết các tỉnh đều có trường trung cấp hoặc cao đẳng y tế. Có 30 trường cao đẳng ở 30 tỉnh đào tạo cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y học, xét nghiệm y học. Có 35 trường trung cấp y tế ở 35 tỉnh đào tạo NVYT trình độ trung cấp và sơ học [32]. Nhìn chung, số trường y tế phát

triển rộng khắp trên toàn quốc. Hình thức đào tạo đa dạng, trong đó phổ biến là 2 hình thức: tập trung chính quy và chuyên tu/ tại chức. Các hình thức đào tạo khác nhau cũng dẫn đến chất lượng CBYT khác nhau. Hình thức tập trung chính quy tạo ra được lớp CBYT tương đối đồng đều về chất lượng còn hình thức đào tạo chuyên tu/tại chức thì có sự khác biệt về chất lượng của học viên sau khi ra trường. Có thể nói ở các bệnh viện YDCT hạng II, hạng III phần lớn là CBYT được đào tạo chính quy là 73,9%; 65,2% (bảng 3.14) như thế chất lượng của các CBYT bệnh viện hạng II, hạng III tương đối đồng đều về chất lượng trong công tác khám chữa bệnh.

4.1.3. Phân bổ cán bộ y dược cổ truyền theo vùng địa lý

Hiện nay, nước ta phân ra 6 vùng kinh tế địa lý khác nhau: Đồng bằng sông Hồng, Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung, Tây Nguyên, Đông Nam Bộ, Đồng bằng sông Cửu Long. Đặc điểm kinh tế của từng vùng địa lý khác nhau dẫn đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong vùng cũng khác nhau. Phân tích một vùng địa lý cho thấy nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở đó so với các vùng là khác.

Vùng đồng bằng sông Hồng: có lợi thế rất lớn, có nguồn lao động dồi dào, nguồn lao động này có nhiều kinh nghiệm và truyền thống trong sản xuất, chất lượng lao động cao, tạo ra thị trường có sức mua lớn. có sự đầu tư nhiều của Nhà nước và nước ngoài. Kết cấu hạ tầng phát triển mạnh (giao thông, điện, nước...), đường bộ có quốc lộ 1A, quốc lộ 5, 2, 3, 6, 32, 18...tuyến đường sắt Bắc – Nam và tỏa đi các thành phố khác; các sân bay quốc tế Nội Bài, sân bay Cát Bi, Hải Phòng; các cảng lớn như cảng Hải Phòng, cảng Cái Lân...; Cơ sở vật chất kỹ thuật cho các ngành ngày càng hoàn thiện: hệ thống thủy lợi, các trạm, trại bảo vệ cây trồng, vật nuôi, nhà máy chế biến... đòi hỏi lực lượng chăm sóc sức khỏe

vô cùng lớn tại đây, YHCT đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân, đặc biệt là các vùng sâu, vùng xa.

Phân tích sự phân bố cán bộ y tế theo vùng địa lý, cho thấy sự phân bố cán bộ y tế không cân đối cả về chất lượng và số lượng. Về số lượng: cán bộ y tế ở vùng I có trình độ chủ yếu là bác sỹ 19,2%, lực lượng điều dưỡng đại học cũng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vùng 1,3%; cụ thể ở Hải Phòng lực lượng bác sỹ khám chữa bệnh chiếm 31/ 145 người (21,4%) [8], vùng II tỷ lệ cán bộ y tế có trình độ bác sỹ là thấp nhất trong các vùng 13,1%, đa phần là điều dưỡng trung học (22,3%) và y sỹ (26,5%); ở vùng III, sự phân bố cán bộ y tế tương đối giống với vùng I (bảng 3.15); vùng V cán bộ y tế công tác tại các bệnh viện YDCT được phân bố tương đối đồng đều, cán bộ y tế có trình độ điều dưỡng đại học vẫn chiếm tỷ lệ thấp (0,9%), tuy nhiên ở vùng III, cán bộ y tế có trình độ điều dưỡng đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,8%) (bảng 3.15). Về chất lượng: hầu như ở các vùng kinh tế - xã hội không có CBYT có trình độ GS/PGS và tiến sỹ, chỉ có vùng I có 0,3% GS/PGS và 1,3% tiến sỹ (bảng 3.16), và vùng VI có 0,1% tiến sỹ, ở các vùng kinh tế xã hội CBYT có trình độ chuyên khoa cấp I chiếm tỷ lệ cao, vùng III có tỷ lệ CBYT có trình độ chuyên khoa cấp I là thấp nhất (0,7%). ngoài ra còn có tỷ lệ nhỏ CBYT có trình độ thạc sỹ, chuyên khoa cấp II; CBYT có trình độ đại học ở các vùng vẫn chiếm tỷ lệ lớn và ở các vùng có tỷ lệ tương đối giống nhau, thấp nhất ở vùng IV (chiếm tỷ lệ 5,3 %), cao nhất ở vùng V (chiếm tỷ lệ 8,7%) (bảng 3.16). Tất cả các vùng kinh tế - xã hội đều có CBYT có trình độ cao đẳng, trung cấp, cử nhân và trình độ khác ngoài ngành y tế. Xét về chất lượng CBYT chuyên ngành YHCT: chỉ ở vùng I có cán bộ đạt trình độ GS/PGS (0,3%) và tiến sỹ (2,1%), sự phân bố CBYT có trình độ không đồng đều giữa các vùng. Vùng II, vùng VI có tỷ lệ thấp CBYT có trình độ Thạc sỹ, CBYT

chuyên ngành YHCT cũng giống như các cán bộ y tế chung có tỷ lệ cao có học vị chuyên khoa cấp I, tỷ lệ cao nhất CBYT chuyên khoa cấp I ở vùng I (8,2%), thấp nhất ở vùng III có tỷ lệ là 1,3%; đa số ở các vùng có tỷ lệ CBYT có trình độ đại học tương đối đồng đều (bảng 3.15).

Hình thức đào tạo ở các vùng kinh tế tương đối giống nhau, hầu như cán bộ y tế ở các vùng kinh tế khác nhau nhưng đa phần được đào tạo theo hình thức tập trung. Vùng VI có lượng cán bộ y tế được đào tạo chuyên tu/tại chức nhiều hơn (44,7%) (bảng 3.17), còn vùng II có lượng cán bộ y tế được đào tạo theo hình thức tập trung chiếm tỷ lệ cao (76,9%), ở vùng V không có cán bộ y tế được đào tạo ở các ngành khác, tuy nhiên vẫn nằm trong tình hình chung của vấn đề đào tạo cán bộ y tế trong cả nước. Chuyên ngành đào tạo CBYT công tác tại bệnh viện YDCT tuyến tỉnh cũng có phần khác nhau, mặc dù đa phần CBYT được đào tạo chuyên ngành YHCT. Tuy nhiên tỷ lệ CBYT được đào tạo chuyên ngành đa khoa và ngành khác là không đồng đều. Vùng II, IV, VI CBYT được đào tạo chuyên ngành khác có tỷ lệ nhiều hơn CBYT được đào tạo chuyên ngành đa khoa, còn ở vùng I, vùng III, vùng V CBYT được đào tạo chuyên ngành đa khoa có tỷ lệ nhiều hơn CBYT được đào tạo chuyên ngành khác. CBYT được đào tạo chuyên ngành khác thường không trực tiếp tham gia khám, chữa bệnh trong bệnh viện, chỉ phục vụ công tác chung trong bệnh viện. Như vậy những vùng có tỷ lệ CBYT đào tạo chuyên ngành khác nhiều hơn CBYT đào tạo chuyên ngành đa khoa thì khả năng tham gia khám chữa bệnh bị hạn chế, ảnh hưởng đến sự đáp ứng của người dân về chăm sóc sức khỏe bằng YHCT.

4.2. NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO CÁN BỘ Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYẾN TỈNH

4.2.1. Thực trạng nhu cầu đào tạo liên tục cho cán bộ y dược cổ truyền

Dù Nhà nước đã ban hành Thông tư số 07/2008/TT-BYT, ngày 28/05/2008, hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với CBYT, nhưng hiện nay việc triển khai công tác đào tạo liên tục vẫn còn nhiều bất cập: như thiếu cơ chế kiểm định chất lượng của các chương trình đào tạo và cơ chế buộc tất cả CBYT phải tuân thủ quy định, thiếu sự điều phối chung để việc triển khai các chương trình có hiệu quả.

Các chủ đề của các lớp đào tạo ngắn hạn do Bộ Y tế chủ trì được xác định để đáp ứng nhu cầu cải cách hành chính công, như quản lý hành chính nhà nước, nguyên lý quản lý bệnh viện, kỹ năng lãnh đạo, hội nhập kinh tế quốc tế và nguyên lý cơ bản về kinh tế y tế. Bộ Y tế đã thành lập Ban Đào tạo lại, với sự tham gia của Vụ Tổ chức - Cán bộ, Vụ Khoa học - Đào tạo và một số đơn vị tham gia đào tạo như Đại học Y tế Công cộng, Viện Vệ sinh Y tế Công cộng thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm tin học Bộ Y tế, dưới sự lãnh đạo của Thứ trưởng phụ trách công tác đào tạo. Đại học Y tế Công cộng và Viện Vệ sinh y tế Công cộng TP Hồ Chí Minh là hai đơn vị được phân công tổ chức thực hiện các lớp đào tạo lại cho hai miền Bắc và Nam. Trong tương lai sẽ có trung tâm đào tạo lại của Đại học Y Huế cùng tham gia vào quá trình đào tạo. Trong giai đoạn thực hiện tự chủ theo Nghị định 43, các cán bộ lãnh đạo của các đơn vị có nhu cầu được học tập thêm nhiều về *kỹ năng quản lý* [46]. Bộ Y tế hiện đang có định hướng định hướng chuẩn hoá một số kỹ năng lãnh đạo và quản lý bắt buộc đối với cán bộ lãnh đạo và quản lý.

Về chuyên môn y tế, những vùng khó khăn và tuyến y tế cơ sở có CBYT

trình độ thấp hơn, có nhu cầu được củng cố, cập nhật và nâng cao trình độ cao hơn nơi khác. Chính phủ đã có chương trình đầu tư lớn để xây dựng, cải tạo, nâng cấp cơ sở y tế tuyến huyện, xã, cả về KCB [45], và tuyến xã thuộc vùng khó khăn [49]. Trong đó có cả mục tiêu nâng cao năng lực chuyên môn, kỹ thuật của CBYT, ưu tiên tập trung đào tạo, bồi dưỡng ngay trong 2 năm đầu thực hiện Đề án để kịp có cán bộ đủ năng lực sử dụng, phát huy hiệu quả của trang thiết bị được đầu tư mới.

Nhiều lớp đào tạo ngắn hạn khác do các dự án tổ chức thường có chủ đề trùng lặp rất nhiều [76]. Các chủ đề này có thể không đáp ứng được nhu cầu thực tế của các đơn vị. Hiện nay có loại hình đào tạo theo hợp đồng với các cơ sở đào tạo. Loại hình này đáp ứng nhu cầu thật sự của CBYT ở cơ sở. Cơ sở y tế muốn đào tạo theo hợp đồng phải có nguồn kinh phí chi trả cho hợp đồng đào tạo.

Chất lượng của các khóa đào tạo chưa cao, lại chủ yếu giảng dạy về lý thuyết, ít có điều kiện thực hành [76], do vậy, CBYT phần nào cũng không hứng thú tham gia các khóa học ngắn hạn nói trên.

Một hạn chế lớn đối với các lớp đào tạo ngắn hạn là thiếu kinh phí, một phần do định mức thấp. Hiện nay kinh phí đào tạo lại của Bộ Y tế còn hạn chế, chỉ đủ cho 50 lớp với khoảng 2000 học viên ở các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế. Do vậy nhiều CBYT có nhu cầu nhưng không thể tham gia. Đối với chương trình đào tạo theo Quyết định 225/2005/TTg đầu tư cho tuyến huyện giai đoạn 2005-2008, mỗi năm kinh phí cho khoảng 5 tỷ đồng [45]. Nhưng theo Quyết định 47/2008/QĐ - TTg đầu tư cho bệnh viện tuyến huyện giai đoạn 2008-2010 kinh phí đào tạo, bồi dưỡng nâng cao năng lực chuyên môn cho CBYT được sử dụng trong dự toán chi thường xuyên hằng năm theo

quy định của Luật NSNN [47]. Theo Quyết định 1402/2007/QĐ-TTg, ngân sách địa phương ưu tiên bố trí kinh phí để thực hiện các nhiệm vụ cụ thể của Đề án để củng cố và phát triển Trung tâm YTDP tuyến huyện [48]. Đối với các khu vực khó khăn, điều này không phải là dễ thực hiện. Có nơi có kinh phí (theo đề án 1816), nhưng không thực hiện.

Mặt khác, nhiều cơ sở y tế không thể tranh thủ cơ hội cử người đi học nâng cao năng lực. Do các cơ sở y tế tuyến dưới thiếu cán bộ, nên nếu cử cán bộ đi học theo Quyết định 225/2005/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, hoặc những chương trình đào tạo khác, thì không có người thực hiện nhiệm vụ chuyên môn [45]. Vì vậy cần phải có chế độ đầu tư đủ và địa điểm, thời gian đào tạo phải thuận lợi đối với người học.

Hiện nay còn thiếu cán bộ làm công tác quản lý đào tạo ở cơ sở, kể cả ở các đơn vị trung ương có cán bộ được đào tạo bổ túc kiến thức về quản lý đào tạo. Tại bệnh viện YHCT Hà Đông đã tổ chức 02 lớp đào tạo cho tuyến dưới, số lượng đơn vị được đào tạo là 5 đơn vị, đây cũng là sự cố gắng trong công tác đào tạo liên tục của các bệnh viện YHCT đầu ngành của tỉnh [6], tuy nhiên việc điều phối các lớp đào tạo ngắn hạn còn chưa được thực hiện. Có tình trạng chồng chéo nhau về chủ đề giữa các lớp. Để khắc phục tình trạng này, Thông tư 07/2008/TT-BYT của Bộ Y tế về đào tạo liên tục đối với CBYT đã nêu rõ số đơn vị học trình (số giờ) mà CBYT cần phải tích lũy trong năm thông qua các khóa học đào tạo lại. Bộ Y tế cũng đã quy định những đơn vị nào được ủy quyền thực hiện các khóa đào tạo lại. Đây là tiền đề cho việc triển khai luật khám bệnh, chữa bệnh, trong đó dự kiến đào tạo liên tục sẽ là bắt buộc đối với CBYT. Tuy nhiên, hiện tại chưa có quy định bắt buộc CBYT phải theo học các khóa ngắn hạn.

Nhà nước cũng có kế hoạch cho CBYT thôn bản được đào tạo ngắn hạn. Hiện nay có nhiều chương trình đào tạo khác nhau cho đối tượng này. Ví dụ chương trình do nhà nước tài trợ hoặc của các nhà tài trợ như GAVI và trước đây chương trình đào tạo do Sida tài trợ. Vấn đề lớn với chương trình đào tạo y tế thôn/bản liên quan đến đầu vào phải có đủ trình độ văn hoá để học được những kỹ năng cơ bản phù hợp với nhiệm vụ y tế thôn/bản trong khi vùng sâu, vùng xa thiếu người, đặc biệt thiếu phụ nữ có đủ trình độ cần thiết [76].

Nhu cầu thực sự về đào tạo liên tục của cán bộ y được cổ truyền là rất lớn, số lượng CBYT được đào tạo liên tục chiếm tỷ lệ ít (35,8%), còn gần 64,2% lượng CBYT chưa được tham gia đào tạo kiến thức (biểu đồ 3.6), CBYT có thâm niên công tác càng lâu thì tỷ lệ được đào tạo liên tục càng lớn, đặc biệt những CBYT có thâm niên công tác trên 10 năm thì tỷ lệ được đi đào tạo bổ sung kiến thức là 47,4% (tính theo số lượng được đào tạo trong 5 năm gần đây) (bảng 3.22), Bộ Y tế đang triển khai các lớp tập huấn, bổ sung kịp thời những kiến thức mới, phương pháp điều trị mới cho CBYT. Vì thế trong 5 năm gần đây, tỷ lệ CBYT có thâm niên công tác từ 1- 4 năm cũng đã thường xuyên được đào tạo liên tục (chiếm tỷ lệ 24,8%) để kịp thời bổ sung kiến thức, tay nghề phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh tại bệnh viện.

Trong 5 năm gần đây Bộ Y tế liên tục triển khai các lớp tập huấn, bồi dưỡng kiến thức tuy nhiên số lượng cán bộ được đi tập huấn rất ít, thống kê số lớp mà một CBYT đã được đào tạo cho thấy, phần lớn CBYT được học 1 khóa học (67,9%), còn lại chỉ một số ít CBYT được đào tạo 2 khóa, 3 khóa học. Đa số các khóa học được đào tạo từ 4 tuần trở lên (80,6%) (bảng 3.23), đó là các khóa học cao học, nghiên cứu sinh, và các khóa học chuyên khoa. Ngoài ra CBYT cũng thường xuyên bổ sung kiến thức từ các lớp đào tạo ngắn trong vòng 1 tuần

– 3 tuần, các lớp tập huấn bổ sung kiến thức do Bộ Y tế, Sở Y tế tỉnh, hoặc Bệnh viện tuyến tỉnh tổ chức tập huấn cho CBYT trong cả nước và trong tỉnh. Nội dung đào tạo tập trung chủ yếu vào các chuyên môn sâu như: kiến thức chuyên khoa về YHCT và bổ sung kiến thức về thuốc, kỹ năng điều trị bằng YHCT. Đặc biệt một số bệnh viện như: bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội, bệnh viện YHCT Hải Phòng đã tổ chức các lớp tập huấn cho các cán bộ công tác y dược cổ truyền trong tỉnh, thành phố về công tác chuyên môn: tổ chức đào tạo, hướng dẫn quy trình chuyên môn, thao tác cấp cứu cho bác sỹ và điều dưỡng mới, tập huấn an toàn truyền máu do Sở Y tế tổ chức, chuyên đề hô hấp, hướng dẫn điều dưỡng cách làm điện tim, đào tạo lại về kỹ năng CC – XBBH [3]. Phần lớn CBYT (kể cả CBYT đã được đào tạo chuyên khoa về YHCT) thường xuyên được đào tạo bổ sung kiến thức về thuốc và kỹ năng điều trị bằng YHCT (65,6%) (bảng 3.24), tuy nhiên cũng có một lượng nhỏ CBYT học chuyên khoa về YHCT (17,7%) là các lớp cao học, chuyên khoa và nghiên cứu sinh. Ngoài ra còn có các lớp đào tạo với các nội dung khác như là tập huấn kỹ thuật vệ sinh chân tay, tập huấn phòng chống cháy nổ, tập huấn kỹ năng phân loại rác thải y tế bảo vệ môi trường....

4.2.2. Những khó khăn và bất cập trong việc triển khai đào tạo liên tục

4.2.2.1. Những bất cập trong việc triển khai đào tạo liên tục

+ Việc kiểm định và công nhận chất lượng đào tạo còn nhiều hạn chế

Kiểm định chất lượng đào tạo là giải pháp cơ bản đảm bảo chất lượng đào tạo. Hiện nay Bộ Giáo dục và Đào tạo đã ra quy chế và lộ trình thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo và quy chế đào tạo theo tín chỉ. Bộ Y tế cũng đã có Chỉ thị 06/2008/CT- BYT, ngày 27/06/2008 “Về việc tăng cường chất lượng đào tạo nhân lực y tế”.

Tuy nhiên, việc thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo và đảm bảo chất lượng ở các trường đại học vẫn còn hạn chế. Hiện tại chỉ mới có một số ít trường (Đại học y tế công cộng) đã nộp báo cáo đánh giá nội bộ cho Cục Khảo thí và kiểm định chất lượng. Việc giám sát thực hiện quy chế đảm bảo chất lượng đào tạo từ phía Bộ Y tế vẫn còn nhiều khó khăn do thiếu nguồn lực [64]. Đặc biệt với các trường đào tạo ngoài công lập, việc giám sát đảm bảo chất lượng từ phía Bộ Y tế còn chưa chặt chẽ.

+ *Kinh phí cho đào tạo chưa đáp ứng yêu cầu*

NSNN dành cho đào tạo ở các trường trực thuộc ngành y tế tăng lên qua các năm. Nhưng nếu tính về tỷ trọng so với tổng NSNN dành cho y tế thì lại giảm đi tương đối rõ. Hiện nay, ngân sách đào tạo trong các trường công lập hầu như là bao cấp. Mỗi năm nhà nước cấp 3,5 triệu cho 1 học sinh trung cấp, và 6,5 triệu cho 1 học sinh đại học, định mức này được quy định từ cách đây hàng chục năm nhưng chưa được thay đổi. Với chi phí đào tạo tăng như hiện nay, kinh phí đào tạo của nhà nước không đáp ứng được yêu cầu đảm bảo chất lượng đào tạo [61]; cơ chế tài chính cho các cơ sở đào tạo lạc hậu, định mức thu không đủ chi, cũng có ảnh hưởng đến chất lượng đào tạo.

4.2.2.2. *Những khó khăn trong việc triển khai đào tạo liên tục*

Hệ thống đào tạo cấp văn bằng bao gồm các trường đào tạo các chương trình từ sơ cấp, trung cấp, cao đẳng đến đại học, gồm cả đào tạo trước khi hành nghề, nâng cao trình độ, đại học và học sau đại học. Có nhiều yếu tố tác động đến trình độ/năng lực của CBYT mới ra trường, trong đó chương trình đào tạo là một trong những yếu tố cơ bản nhất. Bên cạnh đó, các yếu tố khác như số lượng và trình độ sinh viên tuyển vào, cơ sở vật chất của trường, đội ngũ giảng viên, quy trình đào tạo và cơ chế đảm bảo chất lượng đào tạo tại trường là

những yếu tố không kém phần quan trọng.

+ *Chất lượng tuyển sinh vào nhiều trường có xu hướng giảm*

Do nhiều chính sách mới dẫn đến tăng chỉ tiêu tuyển sinh, cho phép nhận sinh viên điểm thi thấp, nên chất lượng đầu vào các chương trình đào tạo đang giảm đi, có nguy cơ ảnh hưởng tới chất lượng đầu ra, tức là NVYT mới tốt nghiệp. Đồng thời, hiện nay tiêu chí để nhận sinh viên y dược chủ yếu dựa vào điểm thi, cho nên đạo đức của sinh viên chưa được quan tâm đúng mức.

Một trong những yếu tố tác động đến việc tăng chỉ tiêu tuyển sinh của các trường là áp lực tự chủ theo Nghị định 43 áp dụng trong các trường đào tạo lĩnh vực y, dược. Do kinh phí ít (NSNN ít, học phí thấp), chi phí đào tạo lại tăng liên tục trong giai đoạn qua, một trong những giải pháp chính của các trường để đảm bảo thu nhập cho cán bộ và những chi phí hoạt động khác là phải tăng tuyển sinh [46].

Hiện nay chỉ số bình quân của các trường đào tạo nhân lực y tế là 6,5 học viên đại học/giảng viên [32]. Dù số trung bình này thấp hơn quy định theo Chỉ thị 06/2008/CT-BYT về việc tăng cường chất lượng đào tạo nhân lực y tế, nhưng một số trường có chỉ số quá cao (18 sinh viên/giảng viên ở Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương và Trường Đại học Răng-Hàm-Mặt năm 2007) [22], [23]. Vấn đề về quá tải thường nặng hơn ở các trường đào tạo nhiều cấp (ví dụ vừa đào tạo học, vừa đào tạo cao đẳng). Điều này cho thấy nếu các trường tiếp tục tăng chỉ tiêu tuyển sinh như hiện nay, thì vấn đề chất lượng đào tạo sẽ bị ảnh hưởng lớn do các trường không đủ nhân lực và cơ sở vật chất đảm bảo cho việc giảng dạy [76].

Có nhiều băn khoăn liên quan đến chất lượng tuyển sinh của loại hình “cử tuyển” và tuyển sinh của các trường đại học ngoài công lập. Theo báo cáo của

các trường, trình độ của sinh viên “cử tuyển” rất thấp, không đáp ứng được yêu cầu đầu vào của các cơ sở đào tạo, đặc biệt ở những trường có điểm chuẩn đầu vào cao như Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Điều này tất nhiên sẽ có ảnh hưởng đến trình độ của CBYT tốt nghiệp ra trường. Tuy nhiên đào tạo cử tuyển giải quyết trước mắt những vấn đề ưu tiên vùng miền, dân tộc. Vì vậy, để tăng hiệu quả nhất thiết cần giám sát, hỗ trợ công việc sau khi bác sỹ cử tuyển ra trường và tạo điều kiện cho họ được đào tạo liên tục.

Hiện nay trường đại học tư chỉ đào tạo điều dưỡng, kỹ thuật y học, y tế công cộng và quản lý bệnh viện. Điểm chuẩn tuyển sinh đầu vào của các trường đại học tư thấp so với các trường công ở những chuyên ngành có đào tạo tư nhân. Ví dụ năm 2009, điểm chuẩn ngành điều dưỡng trung bình trong các trường công lập là 18,4, trong khi 2 trường tư nhân có công bố điểm chuẩn trung bình là 15, so với điểm sàn là 14 cho khối B đối với trường xét tuyển chưa thi tuyển. Do vậy còn có băn khoăn về trình độ của sinh viên tốt nghiệp các trường ngoài công lập và chất lượng thực hành KCB của họ. Bên cạnh đó, một số báo cáo còn cho thấy các trường ngoài công lập cũng tăng số lượng đầu vào để bù đắp chi phí giảng dạy, do học phí hiện nay chỉ đủ cho 40% chi phí giảng dạy và thuế. Vì vậy việc giám sát chất lượng giảng dạy ở các trường tư phải được đặc biệt chú trọng.

+ Nhiều chương trình chưa được cập nhật theo đúng thời hạn 5 năm

Hiện nay Bộ Y tế đã phê duyệt 48 chương trình đào tạo ở các cấp từ trung cấp tới sau đại học [23]. Căn cứ chương trình khung đã được ban hành, Giám đốc các học viện và Hiệu trưởng các trường đại học, trường cao đẳng tổ chức xây dựng chương trình giáo dục cụ thể của trường; tổ chức biên soạn và duyệt giáo trình các môn học để sử dụng chính thức trong trường trên cơ sở thẩm định

của Hội đồng thẩm định giáo trình do Giám đốc hoặc Hiệu trưởng thành lập. Có những ngành hiện tại chỉ mới dừng ở trung cấp, cao đẳng và đại học, ví dụ như ngành kỹ thuật y học, điều dưỡng/hộ sinh. Như vậy, các CBYT có nhiều cơ hội phát triển nghề nghiệp liên tục từ trung cấp tới sau đại học nếu họ phấn đấu nỗ lực. Tuy nhiên, các chương trình cần được thiết kế để có thể tạo cho học viên điều kiện học liên thông, giảm bớt thời gian học tập mà vẫn tích lũy đủ tín chỉ cần thiết của chương trình đào tạo ở tất cả các ngành, nếu đi học nâng cao trình độ. Thông thường, chương trình đào tạo phải được cập nhật sau 5 năm. Nhưng có bằng chứng cho thấy nhiều chương trình không được cập nhật, do vậy những vấn đề thay đổi của xã hội như mô hình bệnh tật, phương pháp chẩn đoán và điều trị, các chính sách y tế, cũng chưa được đưa vào giảng dạy kịp thời [76]. Trong năm qua, Bộ Y tế đã chỉ đạo các trường cập nhật 7 chương trình đào tạo đại học, như bác sỹ đa khoa, cử nhân kỹ thuật y học, dược sỹ... Hiện tại, những chương trình này vẫn chưa được Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt. Do hạn chế về kinh phí và cơ chế, còn rất nhiều chương trình chưa được cập nhật theo đúng thời hạn 5 năm. Điều này sẽ phần nào ảnh hưởng tới tính hiện đại của chương trình và chất lượng đào tạo của các trường.

Bên cạnh chương trình khung do Bộ Y tế và Bộ Giáo dục Đào tạo ban hành, việc xây dựng và cập nhật chương trình chi tiết của từng trường vẫn chưa được giám sát, và phụ thuộc vào việc tổ chức giảng dạy của từng cơ sở đào tạo. Do vậy, nếu các cơ sở thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo thì việc giám sát sẽ được đưa vào hoạt động thường quy của từng trường và sẽ góp phần nâng cao chất lượng đào tạo.

+ *Cơ sở vật chất còn nhiều thiếu thốn*

Hiện tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế còn nhiều thiếu thốn về cơ sở vật

chất, đặc biệt là cơ sở thực tập, như bệnh viện, labo y học cơ sở và thư viện.

Bộ Y tế đã có nhiều chính sách tạo điều kiện và giúp đỡ các cơ sở đào tạo đưa sinh viên đi thực hành, thực tập. Tuy nhiên do điều kiện khó khăn về kinh phí và cơ sở hạ tầng, nhiều trường vẫn chưa có bệnh viện thực hành, như Đại học Y Thái Bình, Đại học Điều dưỡng Nam Định. Sự *hợp tác giữa một số trường và bệnh viện* còn chưa tốt. Nhà trường thường cho rằng bệnh viện không tạo điều kiện cho sinh viên được thực hành, còn bệnh viện lại cho rằng trường không tham khảo ý kiến của bệnh viện về số lượng sinh viên đến thực tập, và nhà trường không giám sát sinh viên khi thực tập tại bệnh viện [30] trong khi bệnh viện còn khó khăn vì quá tải. Nhiều bệnh viện thực hiện cơ chế tự chủ theo Nghị định 43, yêu cầu phải có chi phí theo đầu học viên đi thực tập tại bệnh viện và phải có người giám sát học viên tại bệnh viện. Nhưng do kinh phí hạn chế, nhiều trường không có đủ kinh phí trả cho bệnh viện và không có đủ giảng viên để giám sát học viên tại bệnh viện, ảnh hưởng không tốt đến việc thực tập của sinh viên.

Một trong những khó khăn lớn mà các trường đang gặp phải là thiếu các phòng thực hành y học cơ sở [76]. Bộ Y tế đã có kế hoạch huy động vốn vay từ Ngân hàng ADB để giúp 18 trường trực thuộc Bộ nâng cấp phòng thực hành y học cơ sở. Các trường cần có kế hoạch tiếp nhận và triển khai các cơ sở thực hành này, bắt đầu từ việc bố trí cơ sở vật chất và đào tạo nhân lực để có thể vận hành khi trang thiết bị được cung cấp [76].

Các điều kiện học tập cần thiết, như thư viện, tài liệu học tập, phòng học, cũng còn thiếu thốn ở tất cả các trường công và tư.

+ *Số lượng và chất lượng giảng viên còn nhiều bất cập*

Giảng viên của các trường bao gồm cả giảng viên cơ hữu và giảng viên

thỉnh giảng. Giảng viên thỉnh giảng thường là các cán bộ có kinh nghiệm của các bệnh viện, các viện nghiên cứu. Tuy nhiên, trình độ giảng viên có sự chênh lệch lớn giữa các trường. Trình độ của giảng viên ở các trường lớn thuộc các thành phố lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh cao hơn so với các khu vực khác. Điều này cho thấy khả năng có sự chênh lệch về chất lượng giảng dạy giữa các trường. Có thể suy nghĩ đến cơ chế tài chính, hợp tác để trao đổi giảng viên, tạo điều kiện nâng cao chất lượng giảng dạy của các trường khu vực [76].

Mặc dù trình độ của giảng viên của các trường đã được cải thiện, nhưng sẽ rất khó khăn để đạt được các mục tiêu của Chính phủ về trình độ giảng viên vào năm 2020 với ít nhất 90% giảng viên đại học và 70% giảng viên cao đẳng có trình độ thạc sỹ trở lên; trong đó ít nhất 75% giảng viên đại học và 25% giảng viên các trường cao đẳng có bằng tiến sỹ [32].

Một trong những lý do chính là thiếu sự hỗ trợ của các cơ quan chủ quản về kinh phí cho các giảng viên đi học nâng cao, cũng như khả năng ngoại ngữ còn hạn chế khiến họ khó tiếp cận với các chương trình học bổng của chính phủ để đi học thạc sỹ và tiến sỹ ở nước ngoài.

Hiện nay, tại tất cả các trường đại học đều thiếu giáo viên dạy về y học cơ sở [32]. Các chương trình học bổng hiện nay chủ yếu khu trú vào một số lĩnh vực như y tế công cộng, quản lý. Bên cạnh đó, trình độ ngoại ngữ của các giảng viên tại các trường còn yếu, do vậy cơ hội tìm kiếm học bổng của các giảng viên về y học cơ sở càng trở nên khó khăn hơn. Hơn nữa, tuyển sinh viên học ở các ngành y học cơ sở rất khó do ngành này có thu nhập thấp.

Công tác đào tạo, bồi dưỡng giảng viên kế cận làm còn chưa tốt. Hiện nay có khoảng một phần ba số giảng viên đại học và trung cấp đã có 20-30 năm tuổi

nghe và khoảng 1/3 giảng viên có ít hơn 5 năm kinh nghiệm, cần phải được kèm cặp hỗ trợ trong phát triển nghề nghiệp. Ngay tại các trường lớn như Đại học Y Hà Nội, hiện tại chỉ có 6 giáo sư. Do vậy các nhà trường cần có kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng cán bộ kế cận, có trình độ cao.

Việc áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực còn lẻ tẻ, chưa đồng bộ, phụ thuộc chủ yếu vào năng lực của từng trường và giảng viên trong huy động tài trợ và hỗ trợ kỹ thuật nước ngoài.

+ *Số sinh viên tốt nghiệp tăng, nhưng chưa đáp ứng yêu cầu về chất lượng*

Còn nhiều băn khoăn về chất lượng của CBYT, đặc biệt là bác sỹ mới ra trường, về khả năng thực hiện công việc một cách độc lập. Hiện tại số lượng sinh viên được giữ lại để đào tạo nội trú rất ít (10%). Số còn lại khi ra trường đều cần phải có sự kèm cặp nhiều trong công việc. Một trong những lý do khiến chất lượng của CBYT mới ra trường thấp liên quan đến tình trạng thiếu cơ sở và điều kiện thực tập trong quá trình học tập, kể cả đào tạo sau đại học [32].

Số trường quan tâm đến khả năng làm việc độc lập, đáp ứng nhu cầu xã hội của sinh viên mới tốt nghiệp còn rất ít. Hiện chỉ có Khoa Y, Đại học Tây Nguyên có điều tra về khả năng đáp ứng của sinh viên ở cơ sở làm việc. Hằng năm, Đại học Y tế Công cộng có họp với các đơn vị tuyển dụng nơi có cựu học viên làm việc để tìm hiểu về khả năng đáp ứng với công việc. Hai đơn vị này đều có điều chỉnh chương trình giảng dạy thích hợp nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội ngày càng tốt hơn [32].

Một trong những điều kiện để đánh giá năng lực làm việc của sinh viên là phải có chuẩn để đánh giá. Quyển sách xanh do các trường đại học y xây dựng về các năng lực cơ bản của bác sỹ đa khoa đang được cập nhật, nhưng hiện vẫn chưa có chuẩn của các chuyên ngành khác.

Điều này đã cho thấy một thách thức mới cho các trường đào tạo nhân lực y tế, đặc biệt là cán bộ làm lâm sàng (bác sỹ - điều dưỡng). Các trường đào tạo bắt buộc phải thực hiện kiểm định chất lượng đào tạo và phải dựa vào chuẩn năng lực của sinh viên tốt nghiệp để cập nhật chương trình đào tạo, bố trí giảng viên và cơ sở vật chất phù hợp để sinh viên tốt nghiệp ra trường có thể đáp ứng tốt các kỳ thi sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề. Bộ Y tế đã có kế hoạch giúp đỡ các trường chỉnh sửa chương trình đào tạo phù hợp, đáp ứng yêu cầu sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề thông qua dự án vay ADB và viện trợ từ AusAID [69].

+ *Khó khăn trong công tác hàng ngày của CBYT*

Trong công tác hàng ngày của CBYT còn tồn tại nhiều vấn đề rất nhiều nơi thiếu tài liệu chuyên môn để tham khảo khi gặp các trường hợp khó giải quyết (19,0%), có 65,2% CBYT cho rằng thiếu kiến thức chuyên môn cần được bổ sung kịp thời khi tham gia công tác khám chữa bệnh, 54,6% cho rằng thiếu kỹ năng trong việc hành nghề, giao tiếp với bệnh nhân, ngoài ra còn có 49,3% CBYT cho là thiếu trang thiết bị để học tập, nghiên cứu và điều trị cho bệnh nhân tại bệnh viện, tình trạng thiếu thuốc còn khá phổ biến (14,6%), thiếu thời gian để nghiên cứu, tìm tòi tài liệu phục vụ trong công tác khám, chữa bệnh (14,1%) (bảng 3.26).

Đa số các CBYT khi đã công tác tại các bệnh viện đều tập trung hết sức mình vào công tác khám, chữa bệnh tại bệnh viện, tuy nhiên phần lớn các bệnh viện YDCT tuyển tính các trang thiết bị còn nghèo nàn, lạc hậu, một số kỹ thuật xét nghiệm để hỗ trợ trong công tác chẩn đoán thiếu thốn, những kỹ thuật cao không có trang thiết bị thực hành dẫn đến tình trạng bị mai một kiến thức, hầu như các bệnh viện được trang bị các thiết bị mới đều phải cử cán bộ đi học tập

của các bệnh viện tỉnh khác, bệnh viện tuyến trung ương, thêm vào đó chưa có sự quan tâm của các cấp lãnh đạo đối với việc đào tạo bổ sung kiến thức cho CBYT công tác tại bệnh viện, việc xin, cử đi học tập của CBYT còn rất nhiều khó khăn, đây cũng là tình trạng chung trong các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh bởi nhu cầu khám chữa bệnh bằng YDCT tại các tỉnh ngày càng tăng nên thiếu hụt về số lượng CBYT.

4.2.3. Nhu cầu đào tạo liên tục của cán bộ y dược cổ truyền tuyến tỉnh

4.2.3.1. Về số lượng cán bộ y dược cổ truyền

Qua kết quả nghiên cứu, trong 5 năm gần đây cũng có một lượng lớn CBYT đã được đào tạo liên tục, tuy nhiên vẫn còn nhiều CBYT chưa được đào tạo bổ sung chuyên môn, nâng cao kiến thức chuyên môn (64,2%) (bảng 3.25), các CBYT đã được đào tạo nhưng vẫn có nhu cầu bổ sung kiến thức chuyên môn mới để ứng dụng trong công tác tại đơn vị, điều này cho thấy nhu cầu về đào tạo liên tục, bổ sung kiến thức, chuyên môn cho CBYT là rất lớn.

4.2.3.2. Nội dung cần đào tạo liên tục

Tại các trường đại học, cao đẳng về y thì yêu cầu đầu ra của học viên là [69]:

- Thực hiện được công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe, tổ chức chăm sóc để bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân bằng YHCT và YHHĐ.
- Chẩn đoán và xử lý các bệnh thông thường và các trường hợp cấp cứu thông thường bằng YHCT và YHHĐ.
- Định hướng chẩn đoán các bệnh chuyên khoa.
- Thực hiện được 1 số thủ thuật trong điều trị bằng YHCT và YHHĐ như: châm cứu (thể châm nhĩ châm, điện châm), xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh, trên người bệnh.

- Đề xuất những biện pháp xử lý thích hợp để chăm sóc, nâng cao, sức khỏe cộng đồng và bảo vệ môi trường.

- Tham gia được công tác NCKH và tiếp cận các vấn đề theo phương pháp luận khoa học của YHHĐ và YHCT.

- Tham gia bồi dưỡng, đào tạo cán bộ YHCT.

- Lập kế hoạch giải quyết được các vấn đề sức khỏe ưu tiên và kế hoạch thực hiện phát triển YHCT

Tuy nhiên, so với yêu cầu thực tế khi tham gia công tác khám, chữa bệnh bằng YHCT tại các bệnh viện YDCT thì còn thiếu nhiều kiến thức cần được bổ sung.

+ Đối với đối tượng là bác sỹ YHCT: nội dung cần đào tạo chủ yếu là các kiến thức liên quan đến chẩn đoán và điều trị, trong đó nâng cao kiến thức về chẩn đoán bệnh YHCT 31,8%; nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh YHCT là 42,4%, và nâng cao kiến thức chẩn đoán các bệnh khác là 16,1%, đây là những nhu cầu cần thiết đối với người thầy thuốc chữa trị bằng YHCT (bảng 3.27).

+ Đối tượng là dược sỹ cần bổ sung: nhu cầu đào tạo kiến thức về thuốc YHCT là rất lớn, hầu như ở các vùng địa lý, các CBYT đều có nhu cầu bổ sung kiến thức liên quan đến thuốc YHCT, đặc biệt là kiến thức về chế biến một số loại thuốc y học cổ truyền để phục vụ chữa trị tại bệnh viện theo yêu cầu của bác sỹ, trong đó ở vùng I có tỷ lệ cao nhất (82,1 %) dược sỹ có nhu cầu bổ sung kiến thức về chế biến thuốc y học cổ truyền, vùng IV có tỷ lệ thấp nhất (70,3%) (bảng 3.31) dược sỹ có nhu cầu bổ sung kiến thức về chế biến thuốc y học cổ truyền, ngoài ra các dược sỹ ở các vùng đều muốn được bổ sung kiến thức như kỹ năng cung ứng thuốc YHCT, kỹ năng phân biệt một số loại thuốc YHCT để nhận lẫn, kỹ năng sản xuất thuốc YHCT tại bệnh viện.

4.3. BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LỚP ĐÀO TẠO CAN THIỆP

4.3.1. Sự cần thiết thực hiện lớp đào tạo can thiệp

Từ những thực tế nhu cầu đào tạo liên tục của CBYT tại các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh, đề tài đã thiết kế lớp tập huấn cho một số đối tượng CBYT đang công tác tại các bệnh viện YDCT tuyến tỉnh. Qua đánh giá bằng phiếu điều tra về sự cần thiết tổ chức lớp đào tạo đã thu được những kết quả về sự phù hợp của lớp tập huấn.

+ Nhu cầu về thời gian đào tạo: thời gian mà lớp tập huấn cung cấp là 3 ngày với lượng kiến thức lớn về nhận biết chất lượng dược liệu, thuốc y học cổ truyền và phương pháp chế biến thuốc y học cổ truyền. Tuy nhiên có 65,0% CBYT có nhu cầu được đào tạo trên 3 ngày để nắm bắt được nhiều kiến thức hơn, chỉ có 35,0% CBYT chỉ có nhu cầu đào tạo dưới 3 ngày (bảng 3.34).

+ Sự phù hợp về nội dung chuyên môn: đánh giá sự phù hợp dựa trên 3 mức độ: rất phù hợp, phù hợp, không phù hợp với nhu cầu đào tạo của CBYT cho thấy, có 53,3% CBYT thấy rất phù hợp và 30,0% CBYT thấy phù hợp với nhu cầu của họ, trong khi chỉ có 16,7% CBYT thấy không phù hợp với nhu cầu muốn được đào tạo của họ (bảng 3.33). Trong đó nội dung bài giảng được thiết kế để bổ sung các kiến thức chủ yếu về nhận biết các vị thuốc YHCT và các phương pháp chế biến các vị thuốc YHCT. Tuy nhiên có 51,7% CBYT thấy cần bổ sung nội dung bài giảng để phù hợp với nhu cầu cần đào tạo của họ, chỉ có 29,1% CBYT cho rằng nội dung bài giảng còn thiếu, 19,2% CBYT cho là nội dung bài giảng vừa đủ với nhu cầu của họ (bảng 3.35)

4.3.2. Đánh giá hiệu quả của lớp đào tạo sau 1 năm can thiệp

- Hiệu quả đối với việc nhận biết, phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn: sau quá trình can thiệp đã đánh giá được trình độ chuyên môn về nhận biết,

phân biệt các vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn tăng lên một cách đáng kể. Sau 1 năm can thiệp đã có 61,7% CBYT nhận biết đúng hơn và kiểm soát được chất lượng của các vị thuốc YHCT khi đưa vào trong bệnh viện, so với trước can thiệp chỉ có 8,3% CBYT thấy trình độ về nhận biết các vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn (bảng 3.37). Hiệu quả thể hiện rõ hơn khi chỉ số hiệu quả đạt 643,4%. Trước can thiệp các CBYT chỉ được cung cấp tài liệu, không thông qua lớp tập huấn đã thấy có 36,7% CBYT thấy kiến thức về nhận biết, phân biệt một số vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn bị kém đi, còn sau 1 năm can thiệp không có trường hợp nào bị kém đi. Như vậy sau một năm can thiệp, kiến thức phân biệt một số loại thuốc YHCT dễ nhầm lẫn của CBYT tăng lên rõ rệt.

- Hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT: có sự khác biệt rõ rệt về hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT sau 1 năm can thiệp, tỷ lệ CBYT làm tốt trong công tác chế biến sau 1 năm can thiệp là 53,3%, trong khi đó chỉ có 5,06% CBYT làm tốt lên trong công tác chế biến thuốc YHCT trước khi can thiệp (bảng 3.38), chỉ số hiệu quả ở mức độ tốt đạt 966,0%. Điều này cho thấy, sau một năm can thiệp, tỷ lệ CBYT làm tốt công tác chế biến tăng lên rõ rệt. Trước khi can thiệp vẫn còn 40% CBYT có mức độ kém về kỹ năng chế biến thuốc YHCT, tuy nhiên sau một năm can thiệp không còn CBYT ở mức độ kém. Kết quả trên cho thấy rằng, trước khi can thiệp số người kém về kỹ năng chế biến đã tiến bộ lên mức độ trung bình, khá. Như vậy, sau một năm can thiệp kỹ năng về chế biến thuốc YHCT của CBYT tăng lên rõ rệt, không còn CBYT có kỹ năng kém về chế biến.

Như vậy, sau 1 năm triển khai can thiệp cho các đối tượng công tác trong bệnh viện YDCT, đã có hiệu quả đáng kể phục vụ cho công tác chuyên môn được trong bệnh viện. Sự tăng hiệu quả nhận biết các vị thuốc YHCT dễ bị nhầm lẫn,

đảm bảo kiểm soát được chất lượng thuốc cung ứng vào trong bệnh viện, tăng hiệu quả việc chế biến các vị thuốc YHCT theo quy định của Bộ Y tế ban hành, đảm bảo sử dụng thuốc hiệu quả trong quá trình điều trị.

4.3.3. Thực tế việc thực hiện chế biến tại một số bệnh viện điển hình sau can thiệp

Trước đây, các cơ sở chế biến thuốc đều tham khảo phương pháp chế biến theo Dược điển Việt Nam IV, Dược điển Trung Quốc, giáo trình của trường Đại học Y, đại học Dược, bệnh viện YHCT Trung Ương. Từ đó họ biên soạn riêng trình chế biến thuốc dựa theo kinh nghiệm sử dụng thuốc tại đơn vị vì thế có những khác biệt trong chế biến như các bước chế biến, phụ liệu trong chế biến hoặc cùng một phụ liệu nhưng cách sử dụng phụ liệu lại khác nhau. Đối với một số vị thuốc cần chế biến theo quy trình để vị thuốc sau chế biến được giảm độc, giảm tác dụng không mong muốn và tăng hiệu quả điều trị như Hà thủ ô đỏ, Thục địa và Phụ tử cho thấy các cơ sở chế biến không giống nhau.

Đối với chế biến Hà thủ ô đỏ, quy trình DĐVN IV có một bước phải ngâm Hà thủ ô đỏ với nước vo gạo thì không cơ sở nào làm được, vì thực tế mỗi lần chế biến các cơ sở thường chế biến một lượng lớn dược liệu nên không thể có đủ nước vo gạo để ngâm dược liệu. Phụ liệu dùng trong chế biến Hà thủ ô đỏ là đậu đen thì cách dùng cũng khác nhau. Có rất ít cơ sở đun đậu đen đến nhừ, bỏ bã lấy nước nấu với Hà thủ ô đỏ, đa số cho đậu đen vào nấu lẫn Hà thủ ô đỏ sau đó sàng bỏ đậu đen nhưng chất lượng dược liệu sẽ bị ảnh hưởng như thế nào, đậu đen có hấp thu một phần hoạt chất từ Hà thủ ô đỏ hay không thì cũng chưa đánh giá được.

Việc chế biến Thục địa không phải được thực hiện đầy đủ ở các đơn vị, đa số các đơn vị mua Thục địa chế sẵn về chế lại bằng cách cho nước gừng vào Thục địa đun cách thủy trong 2 ngày sau đó tẩm còn 36⁰ và sấy khô. Một số cơ sở còn có quy trình tương đối giống nhau, trong quá trình chế biến cho thêm một loại phụ liệu là Sa nhân (Quy trình Dược điển Việt Nam III không có), nấu một lần rồi đem phơi, sau đó tẩm với dịch nấu phơi lại khoảng 3-5 lần. Việc nấu và phơi Thục địa đủ 9 lần (cửu chưng cửu sái) không cơ sở nào làm được vì lý do không đủ nhân lực và thời gian. Tuy nhiên việc thực hiện đúng quy trình chế biến Thục địa theo tiêu chuẩn dược điển Việt nam III rất ít chỉ chiếm 37,5% [63]. Như vậy có thể thấy giữa kiến thức và thực hành còn có một khoảng cách. Các cán bộ quản lý công tác chế biến thuốc ở các cơ sở đều cho rằng nếu chế được cửu chưng cửu sái thì rất tốt, nhưng phải bỏ nhiều công sức nên phần lớn không thực hiện chế biến như thế.

Kết quả trên cho thấy việc chế biến thuốc ở các cơ sở nghiên cứu còn phụ thuộc nhiều vào từng cơ sở. Do còn thiếu các văn bản quy phạm pháp luật về phương pháp chế biến thuốc cổ truyền nói chung và phương pháp chế biến riêng cho từng vị thuốc dẫn đến tùy tiện trong chế biến thuốc ở một số cơ sở, rút ngắn công đoạn để giảm bớt nhân công và thời gian. Mặt khác, theo kinh nghiệm sử dụng các cơ sở lại cho thêm phụ liệu vào chế biến thuốc như cho Sa nhân vào trong chế biến Thục địa mặc dù giá thành Sa nhân khá cao.

Hiện nay Bộ Y tế đã xây dựng dược điển Việt Nam IV, tuy nhiên trong dự thảo ĐĐVN IV phần về chế biến Hương phụ vẫn chỉ có quy trình chế giấm mà không có quy trình tứ chế. Theo kinh nghiệm sử dụng ở một số cơ sở thì thêm Sa nhân sẽ có tác dụng tốt hơn, còn nghiên cứu của Đỗ Thị Phương và Mai Xuân Tường ở các cơ sở YDCT tư nhân trên địa bàn thành phố Hà Nội cho rằng "có cơ

sở không dùng đúng phụ liệu... như cho Sa nhân vào nấu". Như vậy, việc đánh giá chất lượng thuốc sau chế biến thuốc là rất cần thiết để chỉ ra cách làm thế nào là tốt nhất, đồng thời có đánh giá đúng về việc chế biến thuốc ở các cơ sở y tế công lập cũng như ngoài công lập.

Trước tình hình đó, Bộ Y tế đã tập hợp các nhà chuyên môn yêu cầu nghiên cứu thực tế, biên soạn và ban hành 85 phương pháp chế biến và đảm bảo chất lượng theo quyết định 3759/QĐ – BYT ngày 08/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng 85 vị thuốc đông y. Dựa vào tài liệu này để tập huấn cho các đơn vị trong toàn quốc.

Theo tài liệu này quy trình chế biến phụ tử có một số giai đoạn có sự khác nhau với quy định của Dược điển Việt Nam IV vì theo một số nghiên cứu phụ tử của Việt Nam độc hơn phụ tử của Trung Quốc. Hơn nữa, trên thực tế các đơn vị thường mua phụ tử phiên (diêm phụ) nên vẫn cần chế biến tiếp để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Đối với vị thuốc Hà thủ ô đỏ cần phải ngâm trước khi chế để giảm tác dụng không mong muốn kể cả Hà thủ ô phiên hay củ để giảm lượng tanin. Không thể chỉ tẩm nước đậu đen vào Hà thủ ô mà phải nấu Hà thủ ô với nước đậu đen để tăng tác dụng nhuận, giảm tính khô ráo và giảm lượng antraglycosid thường gây tả hạ. Như vậy vị thuốc có tác dụng bổ can thận, bổ huyết tốt, không gây tác dụng không mong muốn. Đối với vị thuốc thực địa, quy trình bao gồm các giai đoạn chung và tẩm với phụ liệu là sa nhân và rượu trắng làm cho vị thuốc trở nên đen bóng, nhuận dẻo. Bệnh nhân khi sử dụng không bị đầy bụng, sôi bụng thậm chí tiêu chảy. Tác dụng bổ can thận, bổ huyết rất tốt.

Điều này đã được minh chứng tại các cơ sở khám chữa bệnh trong đó có bệnh viện đa khoa YHCT Hà Nội. Trước khi được tập huấn, tại bệnh viện vị

thuốc Phụ tử là thuốc độc ít dùng, khi dùng mua chế sẵn, không đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Hà thủ ô đỏ chế biến bằng cách tẩm nước đậu đen với Hà thủ ô đỏ phiên mua của thị trường, sấy khô nên nhiều bất cập. Thứ nhất không biết các phiên thuốc có đúng Hà thủ ô đỏ không; thứ hai việc sơ chế để giảm hàm lượng các chất gây nhiều tác dụng phụ như tanin và atraglycosid không thực hiện được; thứ ba nếu chỉ tẩm thì nước đậu đen chỉ thấm được bên ngoài phiên thuốc nên không thể có tác dụng tốt được. Đối với thực địa chỉ chế biến bằng cách nấu với gừng và rượu trong một ngày, ủ một đêm sau đó đem phơi và sấy. Vì vậy chất lượng thuốc chưa đảm bảo, có khi nấu bị cháy, có khi còn quá nhiều nước không thể tẩm được, bảo quản nhanh bị hỏng, mốc, chua. Bệnh nhân sử dụng dễ bị sôi bụng, tiêu chảy. Sau các đợt tập huấn, không những 3 vị thuốc này mà toàn bộ thuốc sử dụng trong bệnh viện được chế biến đúng quy định của Bộ Y tế đảm bảo chất lượng thuốc cho bệnh nhân khi sử dụng.

KẾT LUẬN

1. PHÂN BỐ CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYẾN TỈNH THEO VÙNG ĐỊA LÝ

- Phân bố cán bộ y tế theo vùng địa lý chưa cân đối, ở vùng I CBYT có trình độ là bác sỹ chiếm tỷ lệ cao nhất (19,2%); vùng II là thấp nhất, tỷ lệ CBYT có trình độ dược sỹ đại học ở vùng I (1,8%) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vùng, thấp nhất là ở vùng III, vùng VI. Tỷ lệ dược sỹ so với bác sỹ là rất thấp ở hầu hết các vùng địa lý. Sự khác nhau giữa các vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hầu như ở các vùng không có CBYT chuyên ngành YDCT có trình độ GS/PGS và Tiến sỹ, chỉ một phần rất nhỏ GS/PGS và tiến sỹ tập trung ở vùng I (0,3%), Sự khác nhau giữa các vùng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. CBYT có trình độ đại học ở các vùng vẫn chiếm tỷ lệ lớn và tương đối đồng đều. Tất cả các vùng đều có tỷ lệ lớn CBYT có trình độ cao đẳng, trung cấp, cử nhân và trình độ khác ngoài ngành y tế.

- Loại hình đào tạo CBYT ở các vùng địa lý là khác nhau nhưng phần lớn được đào tạo theo hình thức tập trung. Ở vùng VI có lượng CBYT được đào tạo chuyên tu/tại chức nhiều hơn, còn vùng I có lượng CBYT được đào tạo theo hình thức tập trung chiếm tỷ lệ cao.

2. NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN

2.1. Thực trạng về đào tạo liên tục

- Số lượng CBYT được đào tạo bổ sung kiến thức chiếm tỷ lệ thấp, CBYT có thâm niên công tác càng cao thì tỷ lệ được đào tạo liên tục càng lớn. Những CBYT có thâm niên công tác trên 10 năm thì tỷ lệ được đi đào tạo bổ sung kiến thức là 47,4%.

- Phần lớn CBYT thường được 1 khóa đào tạo bổ sung kiến thức, có một số lượng nhỏ CBYT được 2 khóa đào tạo bổ sung kiến thức. Thời lượng của một khóa học đa số từ 4 tuần trở lên, đây có thể là khóa học cao học, chuyên khoa.

2.2. Nhu cầu đào tạo trong thời gian tới

- Nhu cầu đào tạo bổ sung kiến thức là rất lớn, 64,2% CBYT chưa được đào tạo bổ sung chuyên môn, nâng cao kỹ năng, nội dung cần đào tạo liên tục cho cán bộ là bác sỹ chủ yếu là: kiến thức về thuốc YHCT, nâng cao kỹ năng về điều trị bệnh và nâng cao kiến thức về chẩn đoán.

- Nội dung cần bổ sung kiến thức cho cán bộ là dược sỹ tập trung chủ yếu là: nâng cao kiến thức về phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn và kiến thức về chế biến một số loại thuốc YHCT.

3. THỬ NGHIỆM CAN THIỆP SAU 1 NĂM CAN THIỆP ĐÃ CÓ HIỆU QUẢ TRONG VIỆC NÂNG CAO KIẾN THỨC VÀ KỸ NĂNG CHO CÁN BỘ Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TUYÊN TỈNH

- Hiệu quả đối với việc nhận biết, phân biệt một số thuốc YHCT dễ nhầm lẫn: sau đào tạo trình độ chuyên môn về nhận biết vị thuốc YHCT dễ nhầm lẫn tăng lên một cách rõ rệt, phần lớn các CBYT nhận biết đúng hơn và kiểm soát được chất lượng của các vị thuốc YHCT khi đưa vào trong bệnh viện.

- Hiệu quả nâng cao kỹ năng chế biến một số loại thuốc YHCT: sau đào tạo có sự thay đổi rõ rệt giữa trước can thiệp và sau khi can thiệp, tỷ lệ CBYT làm tốt lên trong công tác chế biến sau can thiệp là 53,3%, chỉ có 8,4% CBYT làm không tốt lên trong công tác chế biến thuốc YHCT. Sự khác nhau giữa trước can thiệp và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường công tác đào tạo lại, đào tạo liên tục và đào tạo nâng cao cho nhân lực y dược học cổ truyền ở các cơ sở y tế công lập cũng như ngoài công lập.
2. Tiếp tục tổ chức các lớp tập huấn bổ sung kiến thức cho cán bộ y tế công tác tại các bệnh viện YDCT trong toàn quốc.
3. Triển khai nhiều loại hình đào tạo, tạo điều kiện cho nhân lực y dược học cổ truyền cập nhật được các kiến thức chuyên môn trong nhiều lĩnh vực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. **Ban chấp hành Trung ương** (2008), *Chỉ thị số 24-CT/TW ngày 04/7/2008 của Ban chấp hành Trung ương về phát triển nền Đông y Việt Nam và hội Đông Y Việt nam trong tình hình mới.*
2. **Ban Tuyên giáo Trung ương – Bộ Y tế** (2011), *Tài liệu hội thảo kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại thực trạng và giải pháp.*
3. **Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội** (2012), *Kết quả thực hiện nhiệm vụ 2011, phương hướng và nhiệm vụ năm 2012.*
4. **Bệnh viện y học cổ truyền Bình Dương** (2012), *Báo cáo công tác năm 2011.*
5. **Bệnh viện Y học cổ truyền Cao Bằng** (2012), *Hoạt động bệnh viện năm 2012.*
6. **Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông** (2012), *Báo cáo thống kê bệnh viện YHCT Hà Đông.*
7. **Bệnh viện y học cổ truyền Hà Giang** (2011), *Báo cáo tổng kết công tác bệnh viện năm 2011 phương hướng nhiệm vụ năm 2012.*
8. **Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng** (2012), *Hoạt động của bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng.*
9. **Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Sơn La** (2012), *Báo cáo công tác bệnh viện 6 tháng năm 2012.*

10. **Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương** (2005), “Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng”, *Báo cáo Hội nghị khoa học quốc tế Việt Nam – Ba Lan lần thứ VI*, tr. 12.
11. **Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương** (2007), “ Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng”, *Báo cáo Hội nghị khoa học nhân dịp kỉ niệm 50 năm ngày thành lập bệnh viện*, tr. 11 – 21.
12. **Bộ Chính trị (2005)**, *Nghị quyết số 46/NĐ- CP ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*
13. **Bộ Y tế** (1993), *tài liệu hội thảo đánh giá về tổ chức chỉ đạo đưa YHCT vào chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, Hà Nội 24 –26/8/1993
14. **Bộ Y tế** (2000), *Báo cáo tổng kết 50 năm Y học cổ truyền dưới Chính quyền Cách mạng*
15. **Bộ Y tế** (2003), *Điều tra Y tế Quốc gia 2001 - 2002*, Tổng cục thống kê – Bộ Y tế, nhà xuất bản Y học 2003 tr. 186, 550
16. **Bộ Y tế** (2004), *Tài liệu Hội nghị tổng kết công tác YDHCT năm 2004 và triển khai chính sách Quốc gia YDHCT đến 2010*
17. **Bộ Y tế** (2005), *Quyết định số 765/2005/QĐ – BYT ngày 22/3/2005 về việc phê duyệt kế hoạch thực hiện chính sách quốc gia về y dược cổ truyền đến năm 2010.*
18. **Bộ Y tế** (2005), *Tài liệu Hội nghị chuyên đề kết hợp y học hiện đại và y*

học cổ truyền tại các khoa y học cổ truyền

19. **Bộ Y tế** (2007), *“Hội nghị thực trạng và các giải pháp phát triển nguồn nhân lực y dược học cổ truyền”*, Hà Nội tháng 1 năm 2007 tr. 1-6.
20. **Bộ Y tế** (2007), *Chỉ thị số 05/2007/CT - BYT ngày 09/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác Y dược học cổ truyền.*
21. **Bộ Y tế** (2007), *Đề án đầu tư xây dựng, nâng cấp các bệnh viện đa khoa vùng và một số bệnh viện đa khoa tỉnh giai đoạn 2007 – 2012.*
22. **Bộ Y tế** (2008), *Chỉ thị số 06/2008/CT- BYT, ngày 27/06/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường chất lượng đào tạo nhân lực y tế*
23. **Bộ Y tế** (2008), *Kế hoạch đào tạo lại năm 2009.*
24. **Bộ Y tế** (2008), *Quyết định số 1816/QĐ -BYT ngày 26/05/2008, của Bộ trưởng Bộ Y tế về đề án cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới.*
25. **Bộ Y tế** (2008), *Quyết định số 26/2008/QĐ – BYT ngày 22/07/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy trình kỹ thuật y học cổ truyền.*
26. **Bộ Y tế** (2008), *Quyết định số 39/2008/QĐ – BYT ngày 15/12/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành phương pháp chung chế biến các vị thuốc theo phương pháp cổ truyền.*
27. **Bộ Y tế** (2008), *Tài liệu Hội nghị Hội đồng Hiệu trưởng các trường đại học Y Dược Việt Nam lần thứ VII.*
28. **Bộ Y tế** (2008), *Thông tư số 06/2008/TT – BYT ngày 26/05/2008 hướng dẫn tuyển sinh đào tạo liên thông trình độ đại học, cao đẳng y, dược.*

29. **Bộ Y tế** (2008), *Thông tư số 07/2008/ TT – BYT ngày 28/5/2008 hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế.*
30. **Bộ Y tế** (2008), *Thông tư số 09/2008/TT – BYT ngày 01/08/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn kết hợp viện - trường.*
31. **Bộ Y tế** (2009), *Dự thảo Quy hoạch phát triển nhân lực và hệ thống đào tạo y tế đến năm 2020.* Vụ Khoa học- Đào tạo.
32. **Bộ Y tế** (2009), *Hội nghị kết hợp viện – trường trong đào tạo Bác sỹ chuyên khoa cấp I, Bác sỹ chuyên khoa cấp III và bác sỹ nội trú*
33. **Bộ Y tế** (2009), *Nhân lực y tế ở Việt Nam*, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2009 tr. 38,48 – 51,53,54.
34. **Bộ Y tế** (2010), *Niên giám thống kê y tế năm 2010.*
35. **Bộ Y tế** (2010), *Quyết định 3759/QĐ – BYT ngày 08/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng 85 vị thuốc đông y.*
36. **Bộ Y tế** (2010), *Thông tư 50/2010/TT – BYT ngày 31/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh.*
37. **Bộ Y tế** (2010), *Tổng kết Hội nghị Chính sách Quốc gia về YDCT đến năm 2010.*
38. **Bộ Y tế** (2011), *Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn 2030.*
39. **Bộ Y tế** (2011), *Tài liệu tập huấn phương pháp chế biến 10 vị thuốc cổ*

truyền có phương pháp bào chế phức tạp.

40. **Bộ Y tế** (2011), *Thông tư 22/2001/TT- BYT ngày 10/06/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức của khoa Dược bệnh viện.*
41. **Bộ Y tế** (2011), *Thông tư 37/2011/TT - BYT ngày 26/10/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của bệnh viện Y học cổ truyền tuyến tỉnh.*
42. **Bộ Y tế** (2011), *Tóm tắt số liệu thống kê y tế 2006 – 2010.*
43. **Bộ Y tế, Bộ Nội vụ** (2007), *Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT – BYT – BNV ngày 05/06/2007 hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế công lập.*
44. **Chính phủ Việt Nam** (2003), *Quyết định số 222/2003/QĐ- TTg, ngày 03/11/2003 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010.*
45. **Chính phủ Việt Nam** (2005), *Quyết định số 225/2005/QĐ – TTg ngày 15/9/2005 về việc phê duyệt đề án nâng cấp bệnh viện huyện và bệnh viện đa khoa khu vực giai đoạn 2005 – 2008.*
46. **Chính phủ Việt Nam** (2006), *Nghị định 43/2006/NĐ – CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ về quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập.*
47. **Chính phủ Việt Nam** (2006), *Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn*

đến năm 2020.

48. **Chính phủ Việt Nam** (2007), *Quyết định số 1402/QĐ-TTg ngày 15/10/2007 của Chính phủ về phê duyệt Đề án Hỗ trợ phát triển Trung tâm Y tế dự phòng tuyến huyện giai đoạn 2007 – 2010.*
49. **Chính phủ Việt Nam** (2007), *Quyết định số 950/QĐ – TTg ngày 27/7/2007 về đầu tư xây dựng trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008 – 2010.*
50. **Chính phủ Việt Nam** (2008), *Quyết định số 47/2008/QĐ – TTg ngày 02/4/2008 về việc phê duyệt đề án đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa khu vực liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ và các nguồn vốn hợp pháp khác giai đoạn 2008 – 2010.*
51. **Chính phủ Việt Nam** (2010), *Quyết định số 2166/QĐ – TTg, ngày 30/11/2010 về việc “ban hành kế hoạch hành động của Chính phủ về việc phát triển nền y học cổ truyền tới năm 2020”.*
52. **Đơn vị chính sách y tế** (1999), *Định hướng chiến lược kết hợp YHCT và YHHĐ tại địa bàn xã, Đề tài tiến hành thuộc chương trình hợp tác y tế Việt Nam – Thụy Điển.*
53. **Hồ Chủ Tịch** (1955), *Thư gửi Hội nghị cán bộ Y tế ngày 27 tháng 2 năm 1955*
54. **Hoàng Thị Hoa Lý** (2006), *Khảo sát thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng YHCT ở một số địa phương tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn Thạc sỹ y khoa – Đại học Y Hà Nội

55. **Học viện y học cổ truyền Việt Nam** (2008), *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực y dược cổ truyền Việt Nam*, Đề tài cấp nghiên cứu khoa học Cấp Bộ Y tế, tr. 45- 49.
56. **Lê Trần Đức** (1995), *Lịch sử y học cổ truyền Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học
57. **Nguyễn Liễn** (1994), "YHCT Việt Nam với ăn uống trong CSSK cộng đồng", *Thông tin YHCT số 65*, tr. 29 - 41.
58. **Nguyễn Văn Lơn** (2010), *Đánh giá tình hình nhân lực cán bộ y tế và sử dụng phương pháp y học cổ truyền, đồng thời thử nghiệm một số giải pháp nhằm phát triển y học cổ truyền tại cộng đồng*, Đề tài cấp Bộ - Bộ Y tế.
59. **Phạm Hưng Củng** (1996), *Nghiên cứu ứng dụng xã hội hóa y học cổ truyền chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng trong nền kinh tế thị trường có định hướng xã hội chủ nghĩa*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
60. **Phạm Nhật Uyển** (2001), *Thực trạng sử dụng Y học cổ truyền tại tỉnh Thái Bình*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
61. **Quốc hội Việt Nam** (2008), *Nghị quyết số 18/2008/NQ – QH12 ngày 03/06/2008 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân*.
62. **Sở Y tế Ninh Bình** (2008). *Đề án đăng ký mở ngành đào tạo trung cấp chuyên nghiệp hệ chính quy*.
63. **Trần Thị Hồng Phương** (2012), *Nghiên cứu thực trạng tình hình cung ứng, sử dụng và đề xuất giải pháp sử dụng hợp lý dược liệu, thuốc đông*

y, thuốc từ dược liệu trong bệnh viện Y dược cổ truyền, Đề tài cấp Bộ - Bộ Y tế

64. **Trần Thuý và cộng sự** (1998), *Kết quả nghiên cứu và hiện trạng nhân lực và hiện trạng sử dụng thuốc cổ truyền*, Đề tài tiến hành theo yêu cầu của Bộ Y tế, lĩnh vực chính sách và quản lí thuốc thuộc chương trình hợp tác Y tế Việt Nam Thụy Điển.
65. **Trung ương Hội Đông y Việt Nam** (2007), *50 năm Hội Đông y Việt Nam*, tr.20.
66. **Trường đại học Y Hà Nội** (2002), *Tuyển tập công trình khoa học chuyên đề y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, tr. 56, 78.
67. **Tuệ Tĩnh toàn tập** (1996), *Nhà xuất bản Hội YHCT Tp. Hồ Chí Minh*, tr. 34 – 45
68. **Ủy ban nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế** (2012), *Kỷ yếu Hội Châm cứu tỉnh Thừa Thiên huế*, tr. 5 – 7.
69. **Viện Chiến lược và chính sách y tế** (2008), *Đánh giá cuối kỳ*, Dự án Y tế Nông thôn (1777-VIE), tr. 23, 67.
70. **Vụ Kế hoạch-Tài chính** (2007), *Niên giám thống kê y tế các năm 2007*, tr. 123 – 134.
71. **Vụ Kế hoạch-Tài chính** (2008). *Niên giám thống kê y tế các năm 2008*, tr. 45 – 56.
72. **Vụ Kế hoạch-Tài chính** (2009), *Niên giám thống kê y tế các năm 2009*, tr. 137- 145.

73. **Vụ Khoa học - Đào tạo** (2007), *Một số vấn đề trong đào tạo nhân lực y tế* Tài liệu báo cáo Bộ trưởng Nguyễn Quốc Triệu, Thứ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến. Tháng 10, 2007
74. **Vũ Tuệ Anh** (2005), “Y học cổ truyền Trung Quốc thu hút được sự ưa thích trên toàn thế giới”, *Bản tin dược liệu số 12 tập IV tr 382*
75. **Vũ Văn Hoàng** (2008), *Nhu cầu đào tạo lại nguồn nhân lực y tế tại 3 bệnh viện YHCT Hoà Bình, Sơn La và Điện Biên*, Luận văn Thạc sỹ - Trường Đại học Y tế công cộng.
76. **Vụ Y dược cổ truyền** (2007), *Hội nghị tập huấn về nhu cầu nhân lực y dược cổ truyền.*
77. **Vụ Y dược cổ truyền** (2010), *Báo cáo hoạt động bệnh viện.*
78. **Vụ Y Dược cổ truyền** (2011), *Tài liệu Hội nghị đánh giá thực hiện quyết định 2166/QĐ – TTg ngày 30/11/2010 của Thủ tướng Chính phủ và triển khai, góp ý các văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực y dược cổ truyền.*
79. **WHO** (1978), *Đề cao và phát triển YHCT*, báo cáo kỹ thuật 662, Geneva tr. 5-14.

TIẾNG ANH

80. **Akerele O.** (1993), " Nature's Medical Bounty: Don't throw it away", *World Health Forum*, vol. 14 (4), pp. 390 - 395.
81. **A.R. Kaldi PhD** (2005), *Study of Relationship between Knowledge, Attitude*

and Practice of the Elderly with Their General Health in Tehran, Decemder 2005 Volume, Issue, pp. 6,9 – 15.

82. **Fabricant, Harpham T.** (1993), “Assessing response reliaility of Health interview surveys using reinterview”, *Bulletin*, vol 71. N^o 3 - 4, pp.341-349.
83. **Hein W.H.** (1971), “Substitute drugs in early Arabic medicine”, *Wissenschaftiliche verlagsgesellschaft MBH stuttgrat*, pp. 22 – 25
84. **Jayasuriya DC** (1990), “Areview of legislation concerning medicial plants” *WHO report*, pp. 7 – 9.
85. **Kirscht J.P.** (1974), "The health belief model and III ness behavior", *Health education monographs*, pp. 387 - 407.
86. **Konkelenberg Rv.** “Vietnam's Health Workforce: A review of challenges and reform initiatives Hà Nội”, *World Bank*, 2008.
87. **Ministry of Health, Viet Nam** (2010), “Integration of Traditional medicine in to the National health care system – toward feasible models in the Asean countries”, *Full report*, pp.30 – 44.
88. **Natori S** (1980) *Aplication on herbal drugs to health care in Japan. J Ethnopharmacol*, Vol 2, N^o1, pp. 65 - 70
89. **Thailand** (2009), “Based on country report presentation in the “Conference on traditional medicine in Asean countries”, *Report*, pp. 20
90. **WHO** (1985), “Fifty year of the world Health Organization in the Westem Pacific Region (1948-1998)”, *Report of the Region Director to the Regional Committee for the Westem Pacific*, pp. 25 – 28
91. **WHO** (1991), *Report on the development of making use of medicinal plants in PHC* , Institute of traditional medicine, pp. 1-4.

92. **WHO** (1993), *WHO guidelines for the Evaluation of Herbal Medicines*, WHO regional office: Manila, the Philippines
93. **WHO** (1996), “Traditional medicine” *Fact Sheet (134)*, pp. 11 – 15.
94. **WHO** (1998), “Regulatory situation of herbal medicines”, *A world review WHO/TRM/98.1*.
95. **WHO** (1999), *Practical handbook for anti - malarial drug therapeutic efficacy testing for the district health workers*, WHO/AFRO, pp. 3 -5.
96. **WHO** (2000), *Progress in Essential Drugs and Medicines Policy 1998-1999*, Health Technology and Pharmaceuticals Cluster, WHO/EDM/2000.2 pp. 12-14.
97. **WHO** (2002-2005), *World Health Organization Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, pp. 2-7.
98. **WHO** (2009), “Regional Strategy on Promoting the Role of traditional Medicine for Health Systems”, *Report*, pp 1-9.
99. **WHO** (2011), *Strategy on traditional medicine for health system in the Western pacific region*, pp. 35 – 55.
100. **WHO – SEA** (2006), *Regional Strategy Plan for Human Resources Development (SEA/RC59/16)*, pp. 32 – 34.
101. **WHO – WPRO** (2006), *Regional Strategy on Human Resources for Human 2006 – 2015*, pp. 45 – 48.