

PRIMARY CARE AND HEALTH INSURANCE REFERRAL POLICY 2021: A STUDY AT NGUYEN TRAI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Huynh Trung Son¹, Pham Duong Dac Bang^{2*}, Phan Thanh Vu³, Nguyen Thi Kim Anh³
Ly Vu Van³, Nguyen Thi Linh Hue³, Nguyen Nhu Vinh¹, Pham Le An¹

¹University of Medicine and Pharmacy at Hồ Chí Minh city - 217 Hong Bang, district 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Hong Bang International University - 215 Dien Bien Phu, Binh Thanh district, Vietnam

³Nguyen Trai Hospital - 314 Nguyen Trai, district 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 14/02/2025

Revised: 16/3/2025; Accepted: 09/4/2025

ABSTRACT

Objective: To assess referral patterns at Nguyen Trai Hospital, Ho Chi Minh city (2020-2021), focusing on the impact of COVID-19 and health insurance policy changes.

Methods: A cross-sectional study analyzed 8642 referral records, comparing referral rates by ICD-10 groups between 2020 and 2021.

Results: The referral rate decreased significantly from 1.25% in 2020 to 0.65% in 2021 ($p < 0.001$). Infectious disease referrals doubled (7.59% to 16.69%). The group of chronic diseases showed a decreasing trend or had no statistically significant difference.

Conclusion: COVID-19 and health insurance policy changes led to significant shifts in referral patterns. Strengthening primary care, implementing family medicine, and enhancing referral systems are recommended.

Keywords: Primary care, referral, Nguyen Trai Hospital, health insurance, COVID-19.

*Corresponding author

Email: dacbang625@gmail.com **Phone:** (+84) 932022516 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD4.2354**



CHĂM SÓC BAN ĐẦU VÀ CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM VỀ CHUYỂN TUYẾN 2021: NGHIÊN CỨU TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Trung Sơn¹, Phạm Dương Đắc Bằng^{2*}, Phan Thanh Vũ³, Nguyễn Thị Kim Anh³, Lý Vũ Văn³
Nguyễn Thị Linh Huệ³, Nguyễn Như Vinh¹, Phạm Lê An¹

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Quốc tế Hồng Bàng - 215 Điện Biên Phủ, quận Bình Thạnh, Việt Nam

³Bệnh viện Nguyễn Trãi - 314 Nguyễn Trãi, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/02/2025

Ngày chỉnh sửa: 16/3/2025; Ngày duyệt đăng: 09/4/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mô hình bệnh tật chuyển tuyến tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, thành phố Hồ Chí Minh, giai đoạn 2020-2021, đánh giá tác động của chính sách thông tuyến bảo hiểm y tế và đại dịch COVID-19, đề xuất giải pháp tăng cường chăm sóc ban đầu.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, phân tích 8642 hồ sơ bệnh án chuyển tuyến, so sánh tỉ lệ chuyển tuyến theo ICD-10 giữa 2 năm.

Kết quả: Tỉ lệ chuyển tuyến năm 2021 giảm đáng kể so với năm 2020 (0,65% so với 1,25%, $p < 0,001$). Tỉ lệ chuyển tuyến bệnh nhiễm trùng tăng gấp đôi. Nhóm các bệnh mạn tính có xu hướng giảm hoặc khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Đại dịch COVID-19 và chính sách bảo hiểm y tế đã làm thay đổi mô hình chuyển tuyến. Cần tăng cường vai trò chăm sóc ban đầu, triển khai mô hình bác sĩ gia đình và hệ thống chuyển tuyến hai chiều.

Từ khóa: Chăm sóc ban đầu, chuyển tuyến, Bệnh viện Nguyễn Trãi, bảo hiểm y tế, COVID-19.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc chuyển tuyến hai chiều tại Việt Nam cần tuân thủ một số nguyên tắc cơ bản để đảm bảo quyền lợi của người bệnh và tuân thủ quy định của bảo hiểm y tế bao gồm thỏa mãn các nguyên tắc, điều kiện và thủ tục chuyển tuyến. Chăm sóc ban đầu đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế, không chỉ đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ y tế mà còn giúp kiểm soát hợp lý quá trình chuyển tuyến, giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên. Hệ thống chăm sóc ban đầu hiệu quả giúp giải quyết phần lớn các vấn đề sức khỏe ngay từ tuyến dưới, hạn chế tình trạng chuyển tuyến không cần thiết và tối ưu hóa nguồn lực y tế [1].

Tuy nhiên, với sự thay đổi của chính sách bảo hiểm y tế giai đoạn 2020-2021 hướng tới sự linh hoạt và thuận tiện hơn cho người bệnh, việc thông tuyến giúp người bệnh có thể khám chữa bệnh ở nhiều cơ sở khám chữa bệnh hơn, giảm thiểu các thủ tục rườm rà, trong đó người bệnh nhập viện trái tuyến vẫn được hưởng quyền lợi như đúng tuyến, mô hình chuyển tuyến tại các bệnh viện đã có xu hướng thay đổi. Bên cạnh các điểm tích

cực như tăng cường năng lực y tế tuyến dưới, thông tuyến bảo hiểm y tế, giấy chuyển tuyến mới có giá trị 1 năm thì còn một số hạn chế như chất lượng dịch vụ không đồng đều, tiếp tục quá tải tuyến trên cũng như gia tăng chi phí khác.

Từ những vấn đề trên, câu hỏi nghiên cứu là mô hình bệnh tật cần chuyển tuyến trước và sau thay đổi chuyển tuyến năm 2020-2021 như thế nào, trong đó có tác động dịch COVID-19, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Trãi (thành phố Hồ Chí Minh) trong giai đoạn 2020-2021 nhằm đánh giá thực trạng chuyển tuyến gắn với chăm sóc ban đầu, qua đó đề xuất các giải pháp hoàn thiện hệ thống chuyển tuyến, phát huy hiệu quả của chăm sóc ban đầu.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, phân tích.

2.2. Dân số mục tiêu

Những người bệnh được khám, điều trị và đã chuyển tuyến trong năm 2020-2021 tại Bệnh viện Nguyễn Trãi.

*Tác giả liên hệ

Email: dacbang625@gmail.com Điện thoại: (+84) 932022516 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD4.2354>

2.3. Dân số chọn mẫu

Hồ sơ bệnh án được lưu trữ trong hệ thống máy tính của bệnh viện.

2.4. Cơ sở mẫu

Toàn bộ hồ sơ bệnh án từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2021 thỏa mãn tiêu chí chọn vào, bao gồm hồ sơ 6228 năm 2020 và 2414 hồ sơ năm 2021.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn tất cả hồ sơ bệnh án chuyển tuyến trong thời gian nghiên cứu.

2.6. Tiêu chí chọn mẫu

Các hồ sơ bệnh án được chọn phải có đầy đủ thông tin chẩn đoán bệnh và thông tin chi tiết về chuyển tuyến.

2.7. Biến số chính

Nhóm bệnh theo Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD-10), được Tổ chức Y tế Thế giới xây dựng, và được Bộ Y tế Việt Nam ban hành theo Quyết định số 3970/QĐ-BYT ngày 24/9/2015.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nguyễn Trãi hiện là

bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh. Trong thời gian nghiên cứu, bệnh viện có 40 khoa, phòng bao gồm các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và các phòng chức năng, mỗi ngày tiếp nhận trên 2000 lượt người bệnh ngoại trú và hơn 800 người bệnh nội trú điều trị.

2.8. Thu thập dữ liệu

Phương pháp thu thập dữ liệu bao gồm sử dụng các bảng câu hỏi, ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án điện tử của Bệnh viện Nguyễn Trãi từ năm 2020-2021.

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập vào phần mềm STATA 13 để xử lý và phân tích. Phân tích thống kê mô tả để trình bày số lượt khám, số ca chuyển tuyến và tỉ lệ chuyển tuyến của bệnh viện trong 2 năm 2020 và 2021. Kiểm định Chi bình phương (χ^2) được áp dụng với mức ý nghĩa 0,05 nhằm xác định sự khác biệt về tỉ lệ chuyển tuyến giữa 2 năm.

2.10. Vấn đề y đức

Đây là nghiên cứu hồi cứu không can thiệp trên người bệnh, không vi phạm nguyên tắc y đức nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượt khám, điều trị và chuyển tuyến

Bảng 1. Số lượt khám, lượt chuyển tuyến và tỉ lệ chuyển tuyến tại Bệnh viện Nguyễn Trãi giai đoạn 2020-2021

Năm	Lượt khám	Lượt chuyển tuyến	Tỉ lệ chuyển tuyến (%)	p
Năm 2020	498.751	6228	1,25	< 0,001
Năm 2021	370.050	2414	0,65	

Trong thời gian nghiên cứu (2020-2021), có 8642 lượt người bệnh phải chuyển tuyến điều trị. Tỉ lệ chuyển tuyến năm 2021 đã giảm đáng kể so với năm 2020, gần một nửa (giảm từ 1,25% xuống 0,65%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Cơ cấu bệnh tật chuyển tuyến

Bảng 2. So sánh tỉ lệ chuyển tuyến giữa các nhóm bệnh lý năm 2020 và 2021 tại Bệnh viện Nguyễn Trãi

Nhóm bệnh (mã ICD-10)	Năm 2020 (n = 6228)	Năm 2021 (n = 2414)	p-value
Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (A + B)	473 (7,59%)	403 (16,69%)	< 0,001
U tân sinh, bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch (C + D)	1739 (27,92%)	789 (32,68%)	0,001
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (E)	71 (1,14%)	13 (0,54%)	0,01
Rối loạn tâm thần và hành vi (F)	367 (5,89%)	202 (8,37%)	< 0,001
Bệnh hệ thần kinh (G)	49 (0,79%)	22 (0,91%)	0,57
Bệnh mắt và phần phụ, bệnh tai và xương chũm (H)	616 (9,89%)	169 (7,00%)	< 0,001
Bệnh hệ tuần hoàn (I)	417 (6,70%)	91 (3,77%)	< 0,001
Bệnh hệ hô hấp (J)	30 (0,48%)	7 (0,29%)	0,22
Bệnh hệ tiêu hóa (K)	51 (0,82%)	21 (0,87%)	0,81
Bệnh da và tổ chức dưới da (L)	366 (5,88%)	114 (4,72%)	0,88
Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (M)	113 (1,81%)	45 (1,86%)	0,87
Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu (N)	928 (14,90%)	191 (7,91%)	< 0,001

Nhóm bệnh (mã ICD-10)	Năm 2020 (n = 6228)	Năm 2021 (n = 2414)	p-value
Mang thai, sinh đẻ và hậu sản (O)	36 (0,58%)	89 (3,69%)	< 0,001
Một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh (P)	7 (0,11%)	0	-
Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể (Q)	14 (0,22%)	14 (0,58%)	0,009
Các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác (R)	93 (1,49%)	4 (0,17%)	< 0,001
Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài (S + T)	142 (3,03%)	37 (1,57%)	< 0,001
Yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế (Z)	682 (10,95%)	202 (8,37%)	0,001
Mã dành cho những mục đích đặc biệt, y học cổ truyền (U)	34 (0,55%)	1 (0,04%)	-

Ghi chú: p-value là kết quả kiểm định χ^2 so sánh tỉ lệ chuyển tuyến giữa năm 2020 và 2021.

Bảng 2 trình bày tỉ lệ chuyển tuyến của các nhóm bệnh lý được phân loại theo ICD-10 tại Bệnh viện Nguyễn Trãi trong giai đoạn 2020-2021. Kết quả cho thấy có sự thay đổi đáng kể về tỉ lệ chuyển tuyến giữa 2 năm nghiên cứu.

Trong năm 2020, nhóm bệnh có tỉ lệ chuyển tuyến cao nhất là u tân sinh, bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch (nhóm C + D) với tỉ lệ 27,92%, tiếp theo là nhóm bệnh hệ sinh dục, tiết niệu (nhóm N) với 14,9%, và nhóm các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế (nhóm Z) với tỉ lệ 10,95%.

Sang năm 2021, mặc dù nhóm bệnh C + D vẫn duy trì vị trí đứng đầu và tăng nhẹ lên 32,68%, nhưng đáng chú ý là sự tăng mạnh của nhóm bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (nhóm A + B), từ 7,59% năm 2020 tăng gấp hai lên 16,69% năm 2021. Ngược lại, các nhóm N, Z và nhóm bệnh mắt và phần phụ, nhóm bệnh tai và xương chũm (nhóm H) có xu hướng giảm rõ rệt (lần lượt từ 14,9% xuống 7,91%; 10,95% xuống 8,37%; 9,89% xuống 7%).

Một số nhóm bệnh khác cũng ghi nhận sự biến động: nhóm mang thai, sinh đẻ và hậu sản (nhóm O) tăng từ 0,58% lên 3,69%, và nhóm rối loạn tâm thần và hành vi (nhóm F) tăng từ 5,89% lên 8,37%. Trong khi đó, các nhóm bệnh lý như nhóm bệnh hệ tuần hoàn (nhóm I) và nhóm vết thương, ngộ độc và hậu quả từ các nguyên nhân bên ngoài (nhóm S + T) giảm rõ rệt. Đồng thời, một số nhóm bệnh không có sự thay đổi đáng kể như nhóm bệnh hệ thần kinh (nhóm G), nhóm bệnh hệ hô hấp (nhóm J), nhóm bệnh tiêu hóa (nhóm K), nhóm bệnh da và tổ chức dưới da (nhóm L) và nhóm bệnh hệ cơ xương khớp (nhóm M). Sự thay đổi cơ cấu này được minh họa cụ thể trong hình 1 (trang 219).

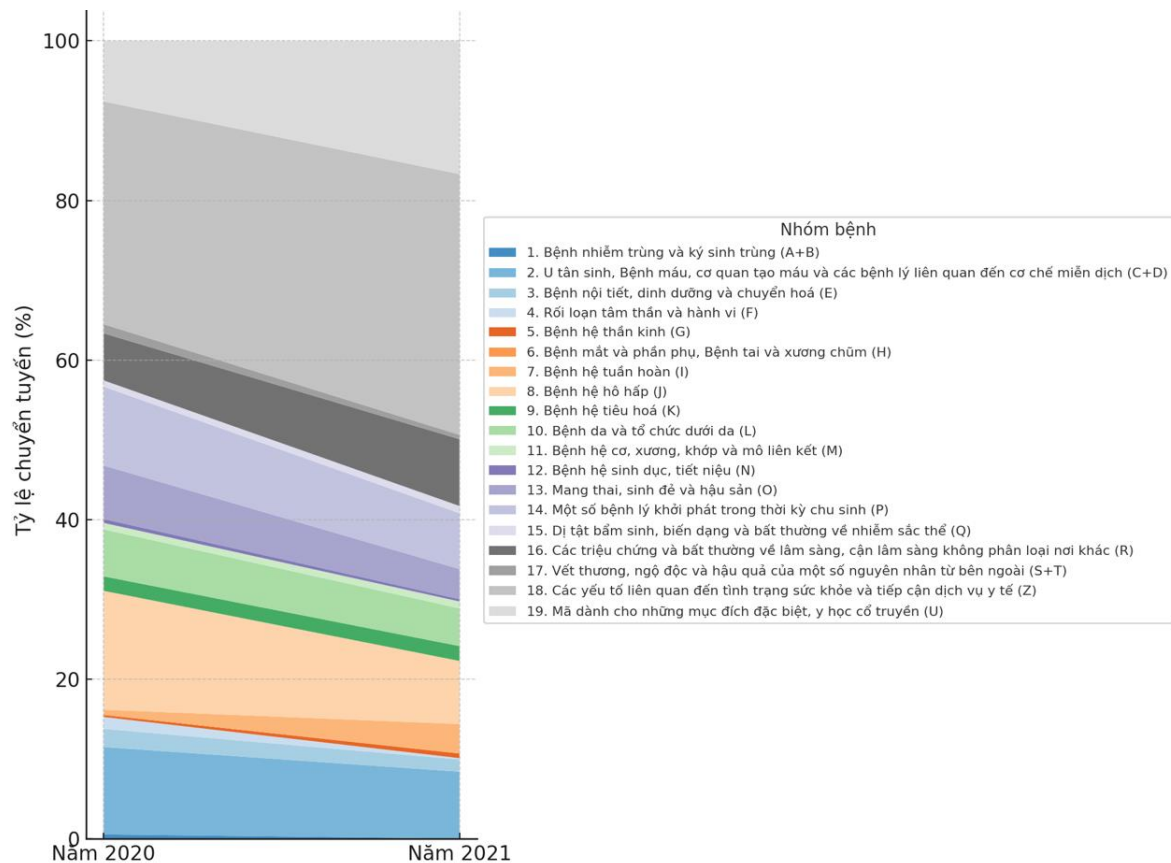
4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Trãi cho thấy có sự thay đổi rõ rệt trong mô hình chuyển tuyến giữa năm 2020 và 2021. Tổng số lượt người bệnh được chuyển tuyến có xu hướng giảm, và có sự thay đổi trong cơ cấu bệnh tật chuyển tuyến, đặc biệt là các trường hợp bệnh

không khẩn cấp. Điều này có thể liên quan đến chính sách bảo hiểm y tế cũng như diễn biến của đại dịch COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu; đặc biệt, từ tháng 7/2021, Bệnh viện Nguyễn Trãi là một trong các cơ sở y tế tham gia điều trị và cách ly người bệnh COVID-19, dẫn đến việc hạn chế đáng kể các hoạt động khám chữa bệnh thông thường. Thêm vào đó, người dân có xu hướng ngại đi khám bệnh, nhiều dịch vụ y tế không khẩn cấp hoặc không thiết yếu bị hoãn hoặc hủy bỏ trong giai đoạn này, góp phần làm giảm số lượt chuyển tuyến chung.

Chúng tôi cũng ghi nhận sự thay đổi trong cơ cấu các nhóm bệnh lý chuyển tuyến. Tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, tỷ trọng chuyển tuyến trên các trường hợp bệnh nặng, cấp cứu hoặc bệnh lý phức tạp tăng lên như các bệnh lý hô hấp và truyền nhiễm (bao gồm cả các ca nghi ngờ hoặc biến chứng COVID-19), trái ngược với việc giảm chuyển tuyến các bệnh mạn tính ổn định hoặc bệnh thông thường do các bệnh lý này có xu hướng được theo dõi tại chỗ hoặc hoãn chuyển tuyến nếu chưa thực sự cần thiết, để tránh nguy cơ lây nhiễm và tuân thủ quy định phòng dịch.

Ngoài ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, chính sách bảo hiểm y tế cũng tác động đến xu hướng chuyển tuyến trong giai đoạn này. Từ năm 2021, Việt Nam thực hiện chính sách thông tuyến tỉnh trong khám chữa bệnh bảo hiểm y tế (đối với điều trị nội trú), cho phép người bệnh có thể bảo hiểm y tế được tự đến khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến tỉnh (bao gồm Bệnh viện Nguyễn Trãi) mà vẫn được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế và không cần giấy chuyển tuyến [2]. Điều này góp phần giảm đáng kể các rào cản về thủ tục. Những bệnh viện quận, huyện hoặc tuyến dưới gửi người bệnh lên tuyến cao hơn thường do vượt quá khả năng chuyên môn (ví dụ cần phẫu thuật phức tạp, can thiệp tim mạch, điều trị ung bướu...) hoặc do thiếu trang thiết bị cần thiết. Báo cáo từ các địa phương khác cho thấy nhiều ca bệnh phải chuyển tuyến trên vì bệnh viện tuyến dưới chưa triển khai được các kỹ thuật chuyên sâu, thiếu bác sĩ chuyên khoa hoặc thiết bị hỏng hóc [3]. Điều này cho thấy việc nâng cao năng lực tuyến cơ sở vẫn là yếu tố then chốt để giảm áp lực chuyển tuyến không cần thiết.



Hình 1. Xu hướng mô hình chuyển tuyến tại Bệnh viện Nguyễn Trãi năm 2020, 2021

So sánh với các nghiên cứu trong nước và quốc tế, xu hướng người bệnh bỏ qua tuyến cơ sở để lên thẳng tuyến trên là vấn đề chung của hệ thống y tế. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng, tỉ lệ người bệnh tự ý vượt tuyến ở Việt Nam khá cao. Chẳng hạn, một khảo sát tại miền Trung cho thấy có 15,3% người dân chọn bệnh viện tuyến tỉnh hoặc trung ương làm nơi khám chữa bệnh ban đầu thay vì các trạm y tế hoặc phòng khám tuyến dưới [4]. Việc không có cơ chế “gatekeeper” (bác sĩ gia đình làm người gác cổng) khiến tuyến cơ sở không phát huy vai trò sàng lọc ban đầu [2], dẫn đến nhiều người bệnh chuyển thẳng lên tuyến trên ngay từ đầu. Tình trạng này tương đồng với bối cảnh ở một số nước đang phát triển, ví dụ một nghiên cứu tại Bangladesh ghi nhận 59% người bệnh đến bệnh viện tuyến trung ương là tự chuyển đến, chủ yếu vì họ đánh giá tuyến dưới điều trị chưa đáp ứng, thiếu trang thiết bị hoặc thiếu bác sĩ chuyên khoa [5]. Như vậy, tâm lý chuộng tuyến trên do tin tưởng chất lượng cao hơn và lo ngại về hạn chế của tuyến dưới là hiện tượng phổ biến. Ngược lại, trong các hệ thống y tế có cơ chế chuyển tuyến chặt chẽ như Vương quốc Anh, bác sĩ gia đình đóng vai trò phân luồng người bệnh, đảm bảo chỉ những ca cần thiết mới chuyển lên tuyến trên. Mô hình “gatekeeping” này được chứng minh giúp nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo chuyển tuyến phù hợp hơn [6].

Mặc dù nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào các nhóm bệnh lý chuyển tuyến chính, song cần lưu ý rằng bệnh lý răng - hàm mặt (theo ICD-10, chương K00-K14: Bệnh của môi, khoang miệng và hàm mặt) cũng là một phần không thể bỏ qua trong hệ thống chuyển tuyến. Mặc dù tỉ lệ các ca chuyển tuyến liên quan đến các bệnh lý này có thể không chiếm phần lớn so với các nhóm bệnh lý khác (nhóm bệnh tiêu hóa - nhóm K, chiếm khoảng 0,82% tổng số ca chuyển tuyến), nhưng việc quản lý hiệu quả các trường hợp bệnh lý răng - hàm mặt tại tuyến chăm sóc ban đầu có thể góp phần giảm bớt gánh nặng cho bệnh viện tuyến trên. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh hệ thống y tế đang chuyển đổi hướng đến mô hình chăm sóc ban đầu có vai trò “sàng lọc” người bệnh. Việc tích hợp chăm sóc răng - hàm mặt trong chương trình đào tạo cho bác sĩ gia đình có thể giúp phát hiện sớm các trường hợp cần điều trị chuyên sâu và hạn chế chuyển tuyến trên không cần thiết. Các nghiên cứu tương lai nên xem xét rõ hơn vai trò của các ca bệnh răng - hàm mặt trong hệ thống chuyển tuyến để đưa ra chính sách và giải pháp phù hợp, đảm bảo toàn diện chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

Thực tế Việt Nam đang dần chuyển đổi nhưng vẫn ở mô hình mở, nên việc so sánh cho thấy chúng ta cần cải thiện vai trò của tuyến y tế cơ sở sang tuyến chăm sóc ban đầu. Cụ thể, các tuyến cơ sở hay trạm y tế hiện nay chủ yếu đảm nhiệm việc cung cấp dịch vụ y tế cơ

bản cho cộng đồng; tuy nhiên, do hạn chế về nguồn lực và chuyên môn, tuyến cơ sở vẫn chưa hoạt động hiệu quả. Trong khi đó, tuyến chăm sóc ban đầu không chỉ gồm các trạm y tế mà còn các phòng khám y học gia đình ở các tuyến quận, huyện hay mạng lưới bác sĩ gia đình. Tuyến chăm sóc ban đầu có vai trò chủ đạo trong việc sàng lọc, chăm sóc và quản lý người bệnh, chỉ chuyển người bệnh lên các cơ sở y tế cao hơn khi cần thiết, đồng thời nhận người bệnh từ tuyến trên chuyển về khi tình trạng bệnh ổn hoặc đã được kiểm soát. Việc chuyển đổi từ khái niệm tuyến cơ sở sang tuyến chăm sóc ban đầu với chuyển tuyến hai chiều sẽ giúp đảm bảo người bệnh được tiếp cận dịch vụ y tế một cách liên tục, đúng mức độ phức tạp của ca bệnh, đồng thời tối ưu hóa việc sử dụng nguồn lực y tế trên toàn hệ thống.

Bên cạnh đó, việc đào tạo nguồn nhân lực y tế là một trong những yếu tố then chốt. Các bác sĩ tại tuyến ban đầu được tin nhiệm hơn khái niệm bác sĩ tuyến cơ sở bằng việc được đào tạo liên tục về cả kiến thức, kỹ năng chuyên môn lẫn giao tiếp trong quá trình chăm sóc, quản lý sức khỏe cho cá nhân và gia đình theo mô hình tâm sinh xã hội học, trên cơ sở mối quan hệ tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh. Dựa trên kết quả nghiên cứu về cơ cấu bệnh tật chuyển tuyến của chúng tôi, chương trình đào tạo cần tập trung các kỹ năng và năng lực quản lý hiệu quả hơn đối với nhóm bệnh lý chiếm tỉ lệ chuyển tuyến cao, như là các bệnh lý nhiễm trùng và bệnh mạn tính. Ngoài ra, cần chú trọng đến khả năng đánh giá, sàng lọc ban đầu và quản lý toàn diện người bệnh. Các kỹ năng liên quan đến quản lý bệnh mạn tính tại chỗ và nhận biết dấu hiệu bệnh diễn tiến phức tạp để chuyển tuyến phù hợp cũng rất quan trọng, nhằm giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Ngoài khía cạnh sức khỏe thể chất, người bệnh và gia đình họ cũng cần được chú ý khía cạnh tâm lý và xã hội, từ đó giúp tạo lòng tin, tăng tuân thủ và hiệu quả điều trị. Tại Việt Nam, nghiên cứu mô hình phòng khám thực hành y học gia đình tại một bệnh viện quận ghi nhận hơn 90% người bệnh hài lòng với chất lượng dịch vụ, tiếp tục sử dụng và đồng ý giới thiệu dịch vụ cho người thân, bạn bè [7].

Trên thế giới, mô hình bác sĩ gia đình và cơ chế chuyển tuyến chặt chẽ cho thấy giúp tận dụng tối ưu nguồn lực y tế và cải thiện chất lượng sức khỏe của người dân [6]. Bệnh viện Nguyễn Trãi, nơi vẫn chưa có bác sĩ gia đình, và vẫn đang giữ vai trò tuyến trung gian vì vẫn còn chuyển tuyến trên và chưa thực hiện được chuyển tuyến hai chiều, cần học tập kinh nghiệm quốc tế, hoàn thiện hơn nữa hệ thống chuyển tuyến, đặc biệt là chuyển tuyến hai chiều với các hướng dẫn chuyển tuyến rõ ràng, nhất là hiện nay khi mà cơ chế chuyển bệnh nhân về lại tuyến dưới còn chưa được hiệu quả như mong đợi [4]. Quá trình chuyển tuyến hai chiều cần được đảm bảo tính liên tục trong thông tin, do vậy cần triển khai hồ sơ sức khỏe một cách toàn diện và đồng bộ giữa nội, ngoại

trú và các tuyến. Bệnh viện cũng cần thiết kế các chương trình đào tạo y khoa liên tục theo mô hình bệnh tật và chuyển tuyến như đã phân tích ở trên, đồng thời triển khai, áp dụng khám chữa bệnh từ xa (telehealth, telemedicine) và hội chẩn trực tuyến.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã làm rõ thực trạng mô hình chuyển tuyến tại Bệnh viện Nguyễn Trãi trong 2 năm 2020-2021. Kết quả cho thấy lượng người bệnh chuyển tuyến có biến động đáng kể giữa 2 năm: năm 2021 ghi nhận giảm số lượt chuyển tuyến tổng thể so với năm 2020, kèm theo sự thay đổi trong cơ cấu bệnh tật của nhóm người bệnh được chuyển tuyến. Những phát hiện trên gợi ý rằng, để cải thiện chất lượng chăm sóc và giảm gánh nặng chuyển tuyến không cần thiết, Bệnh viện Nguyễn Trãi cần tăng cường vai trò của chăm sóc ban đầu, phát triển mô hình bác sĩ gia đình; đồng thời việc tiếp tục thực hiện các chính sách thông tuyến linh hoạt nhưng có kiểm soát sẽ giúp tối ưu hóa hệ thống chuyển tuyến hai chiều, đem lại hiệu quả bền vững cho hệ thống y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] van Weel C, Kidd M.R, Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage, CMAJ, 2018, 190 (15), p. E463-E466.
- [2] Oanh T.T.M et al, Viet Nam: a primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic, 2023, Geneva, World Health Organization.
- [3] Sao Mai, Nhiều giải pháp giảm tỉ lệ bệnh nhân chuyển tuyến, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai, 11/3/2020, Available from: <https://dongnaicdc.vn/nhieu-giai-phap-giam-ty-le-benh-nhan-chuyen-tuyen>.
- [4] Hoa N.T et al, Primary care quality in Vietnam: Perceptions and opinions of primary care physicians in commune health centers - a mixed-methods study, PLoS One, 2020, 15 (10), p. e0241311.
- [5] Hasan M.J et al, Patient self-referral patterns in a developing country: characteristics, prevalence, and predictors, BMC Health Serv Res, 2024, 24 (1), p. 651.
- [6] Sripa P et al, Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review, Br J Gen Pract, 2019, 69 (682), p. e294-e303.
- [7] Trần Văn Khanh, Huỳnh Trung Sơn và CS, Mô hình phòng khám thực hành y học gia đình tại Bệnh viện Quận 2, năm 2012-2015, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 532 (1), tr. 266-270.