

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ ĐÔNG

**ĐÁNH GIÁ NGUỒN LỰC VÀ HOẠT ĐỘNG
KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN
Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
TỈNH PHÚ THỌ GIAI ĐOẠN 2020 - 2024**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, NĂM 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN THỊ ĐÔNG

**ĐÁNH GIÁ NGUỒN LỰC VÀ HOẠT ĐỘNG
KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN
Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG
TỈNH PHÚ THỌ GIAI ĐOẠN 2020 - 2024**
Chuyên ngành: Y học cổ truyền

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS.TS PHẠM QUỐC BÌNH**
- 2. TS.BS PHÙNG VĂN TÂN**

HÀ NỘI, NĂM 2025

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, cùng với sự nỗ lực của bản thân không thể thiếu sự hỗ trợ, giúp đỡ của Ban Giám đốc Học viện và các thầy cô. Em xin tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến:

Ban Giám đốc Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, phòng đào tạo sau đại học, các thầy cô trong bộ môn đã tạo điều kiện giúp đỡ em hoàn thành nghiên cứu này.

Ban Giám đốc, các phòng chức năng, các khoa lâm sàng, khoa Cận lâm sàng- Bệnh viện Y dược cổ truyền và phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ đã tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu.

Thầy PGS.TS Phạm Quốc Bình và TS.BS Phùng Văn Tân đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ em hoàn thành khóa luận này một cách tốt nhất

Tập thể lớp chuyên khoa II Y học cổ truyền K9, đã giúp đỡ, cùng nhau học tập, chia sẻ kinh nghiệm cho tôi.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng để thực hiện luận văn một cách hoàn chỉnh nhất xong không tránh khỏi thiếu sót. Em rất mong nhận được sự góp ý và hướng dẫn của hội đồng và các thầy cô.

Em xin trân trọng cảm ơn

Hà Nội, ngày 4 tháng 11 năm 2025

Nguyễn Thị Đông

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thị Đông, học viên lớp chuyên khoa II khóa 9 Y Học cổ truyền của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS Phạm Quốc Bình và TS.BS Phùng Văn Tân.

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

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày 04 tháng 11 năm 2025

Học viên

Nguyễn Thị Đông

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1.....	3
TỔNG QUAN	3
1.1. Tình hình phát triển của YHCT trên thế giới và Việt Nam	3
1.1.1. Tình hình phát triển của YHCT trên thế giới.....	3
1.1.2. <i>Tình hình phát triển của YHCT ở Việt Nam</i>	5
1.2. Nghiên cứu mô hình bệnh tật.	15
1.2.1. Khái niệm mô hình bệnh tật.	15
1.2.3. <i>Mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam</i>	16
1.2.4. <i>Phân loại bệnh tật theo ICD-10 [33]</i>	18
1.3. Nguồn lực tại bệnh viện.	19
1.3.1. <i>Nguồn nhân lực y tế</i>	19
1.3.2. <i>Trang thiết bị kỹ thuật</i>	20
1.3.3. <i>Nguồn tài chính bệnh viện</i>	20
1.4. Hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện.	21
1.4.1. <i>Đánh giá hoạt động khám chữa bệnh</i>	21
1.4.2. <i>Đánh giá công tác chuyên môn tại bệnh viện</i>	21
1.4.3. <i>Một số nghiên cứu về mô hình bệnh tật và nguồn lực cho hoạt động khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền</i>	21
1.5. Giới thiệu về Bệnh viện Y dược cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.....	23
CHƯƠNG 2.....	24
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. Đối tượng nghiên cứu:	24
2.1.1. <i>Tiêu chuẩn lựa chọn</i>	24
2.1.2. <i>Tiêu chuẩn loại trừ</i>	24

- Các biểu mẫu báo cáo thống kê hàng năm không phù hợp trong nghiên cứu này:	24
2.2. Địa điểm nghiên cứu	24
2.3. Thời gian nghiên cứu:	24
2.4. Thiết kế nghiên cứu:.....	24
2.5. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu.....	24
2.5.1. Cỡ mẫu:	24
2.5.2. <i>Kỹ thuật chọn mẫu: Trình tự theo các bước như sau:</i>	24
2.6. Các chỉ số nghiên cứu	25
2.6.1. <i>Chỉ số nghiên cứu cho Mục tiêu 1</i>	25
2.6.2. <i>Chỉ số nghiên cứu cho Mục tiêu 2</i>	25
2.7. Phương pháp thu thập thông tin.	26
2.8. Không chế sai số:	27
2.9. Đạo đức nghiên cứu:	27
2.10. Phân tích và xử lý số liệu:.....	27
2.11. Danh mục các biến nghiên cứu:.....	27
2.12. Sơ đồ nghiên cứu.....	30
CHƯƠNG 3.....	31
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	31
3.1. Mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ.....	31
3.1.1. <i>Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở phòng khám khoa khám bệnh.</i>	31
3.1.2. <i>Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở bệnh nhân điều trị nội trú</i>	34
3.2. Nguồn lực trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ từ năm 2020-2024.	38
3.2.1. <i>Nguồn nhân lực bệnh viện</i>	38
3.2.2. <i>Kinh phí của bệnh viện</i>	42
3.2.3. <i>Tình hình sử dụng thuốc và một số CLS của bệnh viện.</i>	46
3.2.4. <i>Tình hình khám và điều trị ở bệnh viện.</i>	47

CHƯƠNG 4.....	54
BÀN LUẬN	54
4.1. Về mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT-PHCN tỉnh Phú Thọ	54
4.1.1. <i>Mô hình bệnh tật theo ICD 10 tại khoa khám bệnh.</i>	54
4.1.2. <i>Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở khu điều trị nội trú</i>	56
4.2. Về nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.....	59
4.2.1. <i>Về nguồn nhân lực của bệnh viện</i>	59
4.2.2. <i>Tình hình kinh phí của bệnh viện</i>	60
4.2.3. <i>Tình hình thuốc và một số trang thiết bị CLS của bệnh viện</i>	61
4.2.4. <i>Về tình hình các hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện.</i>	62
4.2.5. <i>Hoạt động cận lâm sàng</i>	63
KẾT LUẬN	65
1. Về mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.....	65
2. Về nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024. .	66
KHUYẾN NGHỊ	68
1. Mô hình bệnh tật đối với Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.	68
2. Nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.	68
3. Đối với Sở Y tế tỉnh Phú Thọ	69

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

<i>Từ viết tắt</i>	<i>Ý nghĩa</i>
BHYT	Bảo hiểm y tế
BN	Bệnh nhân
BS	Bác sỹ
BV	Bệnh viện
CBYT	Cán bộ y tế
CLS	Cận lâm sàng
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
ĐD	Điều dưỡng
ĐH	Đại học
ĐT	Điều trị
ICD	(International Clasification of Diseases) Bảng phân loại bệnh tật
KCB	Khám chữa bệnh
KST	Ký sinh trùng
SL	Số lượng
LS	Lâm sàng
NN	Nhà nước
NST	Nhiễm sắc thể
VK	Vi khuẩn
WHO	(World Health Organization)
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
YDCT&PHCN	Y dược cổ truyền và phục hồi chức năng
C.T	Citi Scanner

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Mô hình bệnh tật theo ICD 10	31
Bảng 3.2: Mười bệnh thường gặp tại khoa khám bệnh theo mã ICD-10 và YHCT	33
Bảng 3.3: Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở BN điều trị nội trú.....	35
Bảng 3.4: Mười bệnh có số BN điều trị cao nhất trong mỗi năm theo mã ICD-10...	37
Bảng 3.5: Trình độ chung của CBYT tại bệnh viện:.....	39
Bảng 3.6: Trình độ dược sỹ	40
Bảng 3.7: Trình độ bác sỹ của bệnh viện	41
Bảng 3.8: Phân bố CBYT trong các khoa lâm sàng	41
Bảng 3.9 : Các nguồn thu của bệnh viện (đơn vị : 1000 VND).....	43
Bảng 3.10 Các nguồn thu của bệnh viện so với năm 2020	44
Bảng 3.11: Các khoản chi của bệnh viện (đơn vị: 1000 VND).....	45
Bảng 3.12: So sánh tình hình thuốc của các năm với năm 2020.....	46
Bảng 3.13: Hoạt động khám và điều trị chung của BV	48
Bảng 3.14: Các hoạt động khám và điều trị ngoại trú BV	48
Bảng 3.15: Tình hình hoạt động điều trị nội trú BV	50
Bảng 3.16: Tỷ lệ các loại CLS được sử dụng trong bệnh viện so với năm 2020	51
Bảng 3.17: Tình hình sử dụng xét nghiệm CLS thuộc khu vực nội trú và ngoại trú	52

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1: Đồ thị biểu diễn sự thay đổi của 5 nhóm bệnh thường gặp nhất trong 5 năm (2020-2024)	32
Biểu đồ 3.2: Đồ thị biểu diễn 5 nhóm bệnh thường gặp nhất trong 5 năm trên bệnh nhân nội trú.....	36
Biểu đồ 3.3: Sự thay đổi cơ cấu CBYT trong BV.....	39

ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân luôn được Đảng và Chính phủ đặt lên hàng đầu. Đặc biệt trong giai đoạn hiện nay, khi Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển đổi bệnh tật với sự xuất hiện của nhiều căn bệnh mới, khó chữa trị. Đảng và nhà nước luôn quan tâm, phát triển y tế đảm bảo điều kiện tốt nhất chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho nhân dân, trong đó có Nghị quyết 72-/NQ-TW ngày 09/09/2025 của Bộ Chính trị về “Về một số giải pháp đột phá, tăng cường bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân”. [1] và Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới [2].

Cùng với sự phát triển của Y học hiện đại (YHHĐ), Y học cổ truyền (YHCT) đóng vai trò quan trọng trong hệ thống khám chữa bệnh, góp phần vào công tác bảo vệ và CSSK nhân dân. Lịch sử phát triển của YHCT gắn với từng giai đoạn lịch sử nghìn năm dựng nước và giữ nước của ông cha ta. Y học cổ truyền Việt Nam đã trở thành một nền y học chính thống của dân tộc góp phần không nhỏ trong công tác bảo vệ và CSSK nhân dân [3]. Ngày nay hệ thống y tế Việt Nam cũng như hệ thống khám chữa bệnh (KCB) bằng Y học cổ truyền, kết hợp YHCT với YHHĐ đã bao phủ khắp từ Trung ương đến địa phương. Quyết định 2166/QĐ-TTg, ngày 30 tháng 11 năm 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 đã đưa ra mục tiêu: khám chữa bệnh bằng YHCT đến năm 2015 tuyến tỉnh đạt 15%, tuyến huyện đạt 20%, tuyến xã đạt 30%. Đến năm 2020, tuyến tỉnh đạt 20%, tuyến huyện đạt 25%, tuyến xã, phường đạt 40% [4].

Bệnh viện Y Dược cổ truyền & Phục hồi chức năng (YDCT&PHCN) tỉnh Phú Thọ là bệnh viện chuyên khoa hạng II tuyến tỉnh thuộc Sở Y tế Phú Thọ với quy mô 450 giường bệnh, 212 cán bộ viên chức, người lao động đảm

bảo khám chữa bệnh ban đầu cho 60.000 người bệnh có thẻ BHYT và hàng nghìn người bệnh viện phí đến khám và điều trị chuyên khoa trong lĩnh vực Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng. Để có những số liệu khách quan, trung thực trong việc đánh giá tình hình hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện như nhu cầu khám chữa bệnh tại bệnh viện YDCT & PHCN tỉnh Phú Thọ của người dân biến động ra sao qua các năm? Mô hình bệnh tật ở đây có đặc điểm gì? Cần chú ý đến những chứng, bệnh gì? Năng lực của bệnh viện đáp ứng với nhu cầu cũng như xu hướng thay đổi mô hình bệnh tật ra sao? Để giải quyết vấn đề này cần phải dựa trên các bằng chứng từ các nghiên cứu khoa học chính xác, từ đó xây dựng kế hoạch đổi mới và tổ chức quản lý phù hợp với mô hình bệnh tật của địa phương. Cùng với thực tế tại bệnh viện, chúng tôi bước đầu sử dụng những nguồn số liệu báo cáo thống kê hàng năm của bệnh viện YDCT & PHCN tỉnh Phú Thọ từ năm 2020 đến năm 2024 để tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024”** với 2 mục tiêu sau:

- 1. Mô tả mô hình bệnh tật tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024;*
- 2. Đánh giá nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Tình hình phát triển của YHCT trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Tình hình phát triển của YHCT trên thế giới

Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, đời sống, vật chất ngày càng được đầy đủ, sung túc, con người càng quan tâm đến sức khỏe. Trong đó YHCT cho thấy vai trò quan trọng trong khám, điều trị, phòng bệnh và CSSK ban đầu. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả thực sự của các phương pháp điều trị bằng YHCT. Nhiều quốc gia đã đặt ra vấn đề kết hợp YHCT và YHHĐ vào trong hệ thống CSSK nhân dân. Không chỉ các nước Châu á và các nước nghèo mà ngay cả những nước phát triển, YHCT cũng được sử dụng rộng rãi. Theo số liệu năm 2012, gần một nửa dân số ở nhiều nước công nghiệp hiện nay thường xuyên sử dụng một số hình thức Y học cổ truyền và Y học hiện đại (Hoa Kỳ, 42%; Úc, 48%; Pháp, 49%; Canada, 70%); tỷ lệ sử dụng một số hình thức Y học cổ truyền và Y học hiện đại khá cao ở nhiều quốc gia khác, chẳng hạn như Chile (71%), Colombia (40%) và lên tới 80% ở một số quốc gia châu Phi và Việt Nam trong việc kết hợp hai nền y học đó[5].

Trung Quốc là quốc gia với trên 5000 năm lịch sử, người Trung Quốc đã để lại một kho tàng lớn về cơ sở lý luận cũng như các phương pháp điều trị sử dụng thuốc và không sử dụng thuốc theo YHCT cho nhân loại. Không những thế, hiện nay Chính phủ Trung Quốc đã thực hiện thành công những chiến lược phát triển, hiện đại hoá nền YHCT: xây dựng các cơ sở nghiên cứu về YHCT nhằm bảo tồn và phát huy những kinh nghiệm người xưa để lại, vì thế chất lượng KCB bằng YHCT càng ngày càng được nâng cao. Hiện nay, dịch vụ CSSK dựa trên cơ sở YHCT ở Trung Quốc đã đạt hơn 40%, cứ một hiệu thuốc tân dược có 1,1 hiệu thuốc YHCT [5]. Ngành y học cổ truyền (YHCT) Việt Nam hiện vẫn phát triển khiêm tốn cả về số lượng cơ sở khám, chữa bệnh lẫn chất lượng nhân viên y tế. Để YHCT phát triển mạnh mẽ hơn nữa, cùng với

việc nâng cao số lượng và chất lượng nhân lực, cần có chương trình đào tạo tích hợp giữa YHCT và y học hiện đại, nhằm đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân.[6].

Nhật Bản và Hàn Quốc cũng là hai quốc gia có nền YHCT phát triển, YHCT được ứng dụng rộng rãi và phát triển thành mạng lưới về các vùng địa phương, phục vụ hiệu quả cho việc KCB cho nhân dân. Trong khu vực Đông Nam á, các nước như Indonesia, Malaysia, Thái Lan,... cũng là các nước có truyền thống về YHCT. Sau một thời gian lãng quên, vai trò của YHCT đang dần dần được khôi phục và phát triển. Mạng lưới sử dụng YHCT trong cộng đồng có vị trí quan trọng trong hệ thống Y tế quốc gia, tham gia CSSK nhân dân: cứ một hiệu thuốc tân dược có 0,6 hiệu thuốc YHCT (Nhật Bản) hoặc 0,7 (Hàn Quốc)... [7].

Theo WHO, chi phí cho các phương pháp điều trị bằng YHCT ở các quốc gia rất khác nhau. Ở các nước phát triển, chi phí điều trị bằng các phương pháp YHCT thường cao hơn so với phương pháp YHHĐ do đó những người có thu nhập thấp ít có cơ hội tiếp cận với YHCT. Ở Malaysia, theo một điều tra sơ bộ của WHO, chi phí dành cho thuốc YHCT là 500 triệu USD, trong khi chi phí cho thuốc y học hiện đại là 300 triệu USD, tại Canada là 2,4 triệu USD, tại Australia là 80 triệu USD, tại Anh là 2,3 tỷ USD và chi phí đó tại Mỹ lên đến 2,7 tỷ USD trong một năm [5]. Ở các nước chậm phát triển, việc sử dụng YHCT đã mang lại nhiều hiệu quả trong điều trị, tiện lợi và phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh. Tuy nhiên, ở các nước nghèo, chi phí cho các chương trình, các chiến lược phát triển hệ thống YHCT còn thấp, do đó việc sử dụng an toàn các phương pháp điều trị YHCT, bảo tồn và ứng dụng YHCT trong hệ thống CSSK cộng đồng còn hạn chế và chưa thực sự được tổ chức thành mạng lưới rộng rãi [5], [8], [9].

Theo khuyến cáo WHO đã đưa ra chung cho các nước trên thế giới về việc điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng với ba mục tiêu chung:

Một là: Xây dựng cơ sở kiến thức để quản lý tích cực YHCT&YHHĐ thông qua các chính sách quốc gia phù hợp

Hai là: Tăng cường đảm bảo chất lượng, an toàn, sử dụng đúng cách và hiệu quả của Y học cổ truyền và Y học hiện đại bằng cách quản lý sản phẩm, thực hành và người hành nghề

Ba là: Thúc đẩy bảo hiểm y tế toàn dân bằng cách tích hợp các dịch vụ Y học cổ truyền và Y học hiện đại vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tự chăm sóc sức khỏe.

Việc thực hiện khuyến cáo của WHO được tiến hành đến đâu và hiệu quả thế nào phụ thuộc vào điều kiện của từng quốc gia. Tuy nhiên một yêu cầu luôn được đặt ra đối với các nước là phải có những chính sách tổ chức và quản lý phù hợp để thực hiện các mục tiêu đó [8].

1.1.2. Tình hình phát triển của YHCT ở Việt Nam

Nhân dân ta đã có nhiều kinh nghiệm trong việc phòng bệnh, chữa bệnh để bảo vệ sức khỏe và đã có một nền y học cổ truyền không ngừng phát triển qua các giai đoạn lịch sử .

Lịch sử phát triển YHCT Việt Nam kéo dài 4000 năm. Từ thời Vua Hùng dựng nước, nhân dân Việt Nam đã biết dùng thuốc có nguồn gốc thiên nhiên, khoáng vật, thực vật và động vật để phòng và chữa bệnh. Thời kỳ tiền cổ việc tìm kiếm thu hái, chế biến, chữa trị còn mang tính kinh nghiệm, truyền miệng dần được đúc kết thành bài thuốc, phương thuốc quý giá và được lưu truyền từ đời này sang đời khác. Y Dược học cổ truyền Việt Nam có một hệ thống lý luận độc đáo và là một kho tàng kinh nghiệm thực tiễn phong phú. Hệ thống lý luận và thực tiễn đó dựa trên lý luận của triết học cổ đại Đông phương ... vận dụng một cách sáng tạo, biện chứng vào điều kiện tự nhiên, xã hội và con người,

phong tục tập quán, nếp sống của người Việt Nam. Con người muốn có sức khỏe tốt không phải chỉ dùng thuốc đơn thuần mà còn cần một sự tác động toàn diện, tổng hợp của luyện tập dưỡng sinh, khí công, xoa bóp cổ truyền, vệ sinh, nghệ thuật ăn uống, thưởng thức, sinh hoạt và sáng tạo, v.v.

Ngay sau khi Cách mạng Tháng Tám thành công, Nhà nước ta dưới sự lãnh đạo của Đảng và Chủ tịch Hồ Chí Minh đã đề ra chủ trương tăng cường phát triển đông y, kết hợp đông y với tây y, xây dựng nền y học Việt Nam khoa học, dân tộc và đại chúng. Từ đó đến nay Đảng và Nhà nước đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo cũng như hướng dẫn triển khai thực hiện.[10].

Thời kỳ Hồng Bàng và các Vua Hùng, nhân dân ta đã biết ăn trầu để làm ấm người, phòng chống ngã nước (sốt rét), nhuộm răng để làm chắc chân răng, chống sâu răng, viêm lợi; ăn gừng, ăn tỏi để chống rối loạn tiêu hóa, khoai lang, sắn, gừng, riềng, sả, cam, chuối, quýt, nhãn, vải, khế, dứa, lá lốt, lá mơ lông, trầu không, chè...[11].

Vào thời kỳ nhà Lý (1010 - 1224), triều đình đã tổ chức Ty thái y chăm lo việc bảo vệ sức khỏe cho vua quan trong triều; có nhiều thầy thuốc chuyên nghiệp lo việc chữa bệnh cho nhân dân phát triển việc tổ chức trồng thuốc. Năm 1136, lương y Nguyễn Chí Thành, người ở Gia Viễn, Ninh Bình đã chữa bệnh tinh thần cho Lý Thần Tông bằng tâm lý liệu pháp và được phong làm quốc sư

Vào thời nhà Trần (1225-1399), Nho giáo phát triển mạnh, chống mê tín dị đoan làm cho y học phát triển thêm một bước. Ở triều đình Ty lương y đổi thành Viện Thái y. Năm 1362, triều đình đã tổ chức trồng, hái thuốc dùng cho quân đội và nhân dân, đặc biệt là phát thuốc cho dân ở các vùng có dịch thời này đã xuất hiện một số danh y nổi tiếng và một số tác phẩm y học: Phạm Công Bân đã nêu gương y đức hết lòng thương yêu phục vụ người bệnh, không phân biệt giàu nghèo, tự bỏ tiền ra xây dựng nơi chữa bệnh và phát thuốc cho nhân dân, cứu sống được nhiều người.

Tuệ Tĩnh, tên thật là Nguyễn Bá Tĩnh, người xã Cẩm Vũ, huyện Cẩm Giàng, tỉnh Hải Dương ngày nay, đỗ tiến sĩ, không ra làm quan, đi tu, chuyên làm thuốc chữa bệnh cho nhân dân.

Tuệ Tĩnh là một vị "Thánh thuốc nam" chính ông là người đầu tiên đặt nền móng cho ngành thuốc nam về cả hai phương diện thực tiễn và lý thuyết.

Tuệ Tĩnh đã gây dựng phong trào trồng các cây thuốc nam ở các đình, các chùa và vườn nhà để chữa bệnh cho nhân dân, đồng thời để lại truyền thống trồng thuốc nam cho một số làng xã mà cho tới nay vẫn còn phát huy như ở xã Nghĩa Trai, Ngọc Lịch thuộc huyện Văn Lâm, tỉnh Hưng Yên ngày nay.

Tuệ Tĩnh đã đề xướng chủ trương "Nam dược trị Nam nhân", trồng và kiếm thuốc tại chỗ chủ động để phòng và chữa bệnh kịp thời. Ông đã dày công thu thập lại những kinh nghiệm dùng thuốc trong dân gian, kinh nghiệm chữa bệnh của các bậc tiền bối, cộng thêm những kinh nghiệm phòng và chữa bệnh của mình để viết thành sách, điển hình là cuốn "Nam dược thần hiệu" và "Hồng nghĩa giác tư y thư". Muốn giúp dân phòng và chữa được bệnh cho tốt, thì ắt phải tìm các vị thuốc tốt trong muôn loài cây cỏ trên đất nước Việt Nam cho phù hợp với con người Việt Nam.

Tuệ Tĩnh còn phổ biến rộng rãi cho dân kinh nghiệm trồng và sử dụng thuốc nam trong việc phòng, chữa bệnh, hướng dẫn cho dân tự chữa bệnh bằng các phương pháp: xông, cứu, uống thuốc. Đồng thời ông còn tuyên truyền cách vệ sinh, giữ gìn sức khỏe, sinh hoạt điều độ để nâng cao sức khỏe, tránh bệnh tật. Ông đã được người đương thời và người đời sau tôn vinh là bậc đại thiện, đại nho, đại y và dược [12], [13]

Vào thời nhà Hồ (1400- 1406), triều đình mở rộng việc chữa bệnh cho nhân dân, xây dựng các cơ sở chữa bệnh, đẩy mạnh việc sử dụng châm cứu trong chữa bệnh. Danh y thời này là Nguyễn Đại Năng, người xã Hiệp Am, huyện Kim Môn, tỉnh Hải Dương ngày nay, phụ trách Bộ thư quảng tế chuyên tổ chức các cơ sở y tế chữa bệnh cho nhân dân, đã viết quyển châm

cứu tiếp hiệu diễn ca vận dụng 120 huyết chữa trên 100 chứng bệnh thông thường [14].

Dưới triều Hậu Lê, có Lê Hữu Trác hiệu là Hải Thượng Lãn ông (1724 - 1791), là Đại danh y của nước ta ở thế kỷ XVIII, quê ở xã Lưu Xá, huyện Yên Mỹ, thuộc tỉnh Hưng Yên ngày nay. Ông luôn tận trọng, chu đáo, tận tình cứu chữa người bệnh đến cùng. Hải Thượng Lãn ông đã tổng hợp những thành tựu của nền y học phương Đông đến thế kỷ 18, áp dụng sáng tạo vào điều kiện thiên nhiên và bệnh tật ở nước ta, tổng kết hoàn chỉnh lý luận đến các phương pháp chữa bệnh thành bộ sách "Hải Thượng Y tông tâm lĩnh" gồm 28 tập 66 quyển. Bộ sách này được coi là Bách Khoa Toàn Thư của y học cổ truyền Việt Nam. Về đạo đức người thầy thuốc, ông luôn chú ý đến việc giáo dục y đức, tinh thần thương yêu, phục vụ người bệnh đến cùng, tính trung thực... Ở tập Y huấn cách ngôn và các bệnh án thất bại (gọi là âm án) chính ông nghiêm khắc rút kinh nghiệm ra từ bản thân.

Về phòng bệnh, có quyển "Vệ sinh yếu quyết" đã chỉ dẫn cụ thể cách giữ gìn vệ sinh theo hoàn cảnh sinh hoạt của nhân dân ta, từ vệ sinh cá nhân đến vệ sinh hoàn cảnh, với cách tu dưỡng tinh thần và rèn luyện thân thể để tăng cường sức khỏe, tăng tuổi thọ. Ngoài ra ông còn rất chú trọng đến các điều kiện môi trường sống, khí hậu, phong tục, tập quán khác nhau có cách chữa bệnh phù hợp với các điều kiện đó.

Về chữa bệnh, đặc biệt là chứng bệnh ngoại cảm, ông thấy nước ta có khí hậu nóng ẩm rất khác với khí hậu khô lạnh của miền Bắc Trung Quốc, vì vậy mà bệnh cảnh ở hai nơi khác nhau nên cách chữa cũng khác nhau. Vì thế mà ông đã sáng tạo ra cách điều trị riêng trong tập “ngoại cảm thông trị” với 3 phương giải biểu và 6 phương hoá lý các thể bệnh cảm và ôn nhiệt

Về Dược, phát huy truyền thống của Tuệ Tĩnh, ông đã thừa kế “Nam dược thần liệu”, đồng thời bổ sung thêm 300 vị thuốc mới trong tập “Lĩnh nam bản thảo”, gồm 2000 phương thuốc gia truyền kinh nghiệm vào các tập “Bách

gia trân tàng", “ Hành giản trận nhu”. Các bài thuốc ông sáng chế được viết trong tập "Hiệu phỏng tân phương". Ông đã đúc kết được nhiều kinh nghiệm quý báu trong suốt cuộc đời làm nghề y của mình như: quy tắc chẩn đoán bệnh, biện chứng luận trị, cách dùng thuốc chữa bệnh, đặc biệt là đạo đức người thầy thuốc, ông được suy tôn là Đại y tôn Việt Nam.

Dưới triều Nguyễn Huệ Tây Sơn (1789 - 1802), lương y Nguyễn Hoành quê ở Thành Hoá đã biên soạn tập thuốc nam gồm trên 500 vị cỏ cây ở địa phương và 130 vị các loại động, khoáng vật làm thuốc với công dụng phòng và chữa bệnh đơn giản theo kinh nghiệm dân gian.

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

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 y học cổ truyền, nhưng chủ yếu tại các đô thị, còn tuyệt đại đa số nhân dân lao động nghèo, nông dân vẫn tin dùng phương pháp y học cổ truyền dân tộc để chữa bệnh. Nhờ đó mà nền y học cổ truyền Việt Nam vẫn được giữ gìn và tiếp tục phát triển. [11].

Từ khi Cách mạng Tháng tám thành công, dưới chế độ dân chủ nhân dân, Đảng và Nhà nước từ luôn quan tâm đến YHCT, tạo điều kiện cho YHCT phát triển.

Năm 1946 Hội YHCT được thành lập để phát triển y dược dân tộc phục vụ chế độ mới. Vào thời kỳ Nam Bộ kháng chiến, ban nghiên cứu Đông Y Nam Bộ được thành lập phục vụ nhân dân và bộ đội, đã xây dựng “Toa căn bản” trị bệnh thông thường. Tập "Tủ thuốc nhân dân" được soạn để phổ biến và sử dụng thuốc YHCT”. Chi thị của Thủ tướng nêu rõ, y học cổ truyền Việt Nam là tài sản văn hoá quý báu của dân tộc, được hình thành và phát triển gắn với lịch sử

đất nước. Xác định tầm quan trọng của nền y học cổ truyền, Đảng, Nhà nước và Chính phủ đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách nhằm bảo tồn, kế thừa và phát triển, coi đây vừa là trách nhiệm vừa là sứ mệnh để giữ gìn giá trị văn hoá, truyền thống lịch sử, đồng thời đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của nhân dân trong tình hình mới.

Để phát huy hơn nữa vị thế, vai trò của nền y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe nhân dân gắn với phát triển KT-XH, Thủ tướng Chính phủ giao Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tư pháp và các bộ, ngành liên quan rà soát, nghiên cứu, hoàn thiện hệ thống cơ chế, chính sách phù hợp với đặc thù của y học cổ truyền nhằm thúc đẩy phát triển đúng với tiềm năng vốn có; tăng cường kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại; nghiên cứu mở rộng phạm vi sử dụng, thanh toán bảo hiểm y tế đối với các loại thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu, dịch vụ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền; đề xuất xây dựng Luật về y học cổ truyền.

Tiếp tục xây dựng hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và các quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, tập trung vào một số thể mạnh như châm cứu và các phương pháp điều trị không dùng thuốc khác [15].

Tăng cường nghiên cứu khoa học và hiện đại hóa y học cổ truyền là một trong những chiến lược quan trọng để bảo tồn và phát triển những giá trị tinh hoa của y học truyền thống, đồng thời tạo điều kiện để y học cổ truyền phát triển phù hợp với yêu cầu của y học hiện đại. Y học cổ truyền Việt Nam, với bề dày lịch sử hàng nghìn năm và kho tàng kiến thức về thảo dược, phương pháp chữa bệnh độc đáo, đã đóng góp không nhỏ trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân. Tuy nhiên, trong bối cảnh khoa học kỹ thuật ngày càng phát triển, việc hiện đại hóa và nghiên cứu sâu về y học cổ truyền trở thành một đòi hỏi cấp bách.

Bên cạnh đó, việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại là một hướng đi quan trọng để tạo ra các phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh. Trong nhiều trường hợp, y học cổ truyền và y học hiện đại có thể hỗ trợ lẫn nhau. Đây mạnh đào tạo nguồn nhân lực chuyên sâu và chất lượng cao về y học cổ truyền là một yếu tố quan trọng để phát triển và hiện đại hóa y học truyền thống, đồng thời đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của xã hội trong việc chăm sóc sức khỏe.

Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại là một hướng đi quan trọng nhằm tối ưu hóa việc chăm sóc sức khỏe và điều trị bệnh cho người dân. Cả hai hệ thống y học này đều có những ưu điểm riêng, và khi được kết hợp, chúng có thể mang lại hiệu quả vượt trội trong việc chữa trị bệnh. Y học cổ truyền dựa trên nguyên lý âm dương, ngũ hành và sự cân bằng trong cơ thể, sử dụng các phương pháp tự nhiên như thảo dược, châm cứu, dưỡng sinh để điều trị bệnh. Trong khi đó, y học hiện đại dựa trên những tiến bộ khoa học và công nghệ cao để chẩn đoán, điều trị bệnh nhanh chóng và chính xác.[16].

Ngoài các cơ sở y tế Nhà nước ra, 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.

Từ những năm cuối thập kỷ 80 của thế kỷ trước cho đến nay, Việt Nam thực hiện công cuộc đổi mới, xóa bỏ nền kinh tế kế hoạch hóa tập trung bao cấp chuyển sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, do vậy mà thị trường thuốc tân dược ngày càng phong phú với nhiều mẫu mã quảng cáo tiếp thị làm cho xu hướng lạm dụng thuốc tân dược ngày một gia tăng, khiến cho các cơ sở thuốc nam và châm cứu tại các xã, phường bị ảnh hưởng nặng nề, chỉ một số ít trạm y tế xã, phường còn hoạt động YHCT, điều này tạo ra những tác động lớn trong CSSKBD cho nhân dân bằng YHCT.

Báo cáo đánh giá công tác chăm sóc sức khỏe và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân trong thời kỳ đổi mới, đặc biệt là từ sau Đại hội Đảng lần thứ VII đến

nay của Bộ Y tế đã nêu rõ "... Đảm bảo công bằng về chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và giữ được bản chất nhân đạo của ngành y tế trong điều kiện nền kinh tế thị trường là một vấn đề cấp bách, vừa là chính sách lâu dài".

Vấn đề đặt ra là phải chọn ra được phương pháp chữa bệnh hiệu quả mà lại ít tốn kém, YHCT phải chăng là lời giải hợp lý và có tính khả thi nhất?

Theo báo cáo của WHO, thì sau 11 năm (1978 - 1985) thực hiện tuyên ngôn Alma-Ata chỉ mới có 50% số người trên hành tinh được chăm sóc sức khỏe, và trong số đó có 80% được chăm sóc bằng YHCT. Con số 80% này nói lên sự tin cậy lớn của người dân đối với YHCT trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Trước tình hình đó Bộ Y tế đã khẳng định: phát triển sử dụng thuốc nam và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của YHCT tại cơ sở y tế và cộng đồng, vẫn là mục tiêu chiến lược của ngành y tế trong những thập kỷ tới để bảo vệ sức khỏe cho nhân dân tại cộng đồng" [10].

Tuyên truyền các giá trị của Nền Y học cổ truyền Việt Nam, tư tưởng, các tác phẩm giá trị của các đại danh y; tham gia thực hiện tốt phong trào người Việt dùng thuốc Việt; tuyên truyền, nhân rộng các mô hình hay, cách làm tốt trong công tác phát triển y học cổ truyền Việt Nam; đồng thời, quán triệt sâu sắc quan điểm phát triển y học cổ truyền phải gắn liền với phát triển kinh tế, đảm bảo an sinh xã hội

Nghiên cứu, đề xuất xây dựng chính sách đặc thù trong phát triển dược liệu, nhất là các dược liệu đặc hữu, dược liệu có giá trị kinh tế cao, gắn với phát triển kinh tế - xã hội, xóa đói, giảm nghèo, đặc biệt vùng đồng bào dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa.

Đẩy mạnh chuyển đổi số trong lĩnh vực y học cổ truyền, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý điều hành; tiếp tục tổ chức rà soát, cắt giảm, đơn giản hóa thủ tục hành chính tạo điều kiện thuận lợi cho các tổ chức, cá nhân và doanh nghiệp tham gia hoạt động trong lĩnh vực y học cổ truyền.

Nâng cao chất lượng đào tạo nguồn nhân lực, nhất là nguồn nhân lực có trình độ chuyên môn sâu cả về y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, đáp ứng yêu cầu phát triển y học cổ truyền và kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại; đào tạo lương y, lương dược; nghiên cứu xây dựng mã ngành, chương trình đào tạo lương y, lương dược; phấn đấu đảm bảo nguồn nhân lực chất lượng cao từ trung ương đến địa phương[17].

Việt Nam là một quốc gia được đánh giá có tiềm năng phát triển về YHCT. Trải qua hàng ngàn năm lịch sử, ông cha ta đã tích lũy được rất nhiều kinh nghiệm về khám và chữa bệnh bằng YHCT. Trước khi nền YHHĐ thâm nhập vào Việt Nam, YHCT là hệ thống y dược duy nhất, đóng vai trò quan trọng trong sự nghiệp bảo vệ và CSSK nhân dân. Những kinh nghiệm về YHCT được lưu truyền trong dân gian hoặc được truyền từ thế hệ này qua thế hệ khác trong các gia đình làm nghề thuốc. Do đó, sự phát triển của mạng lưới YHCT còn mang tính chất địa phương, cục bộ, chưa được tổ chức có hệ thống. Vì vậy, việc sử dụng YHCT trong CSSK nhân dân còn nhiều hạn chế về hiệu quả cũng như chất lượng KCB. Khi nền YHHĐ thâm nhập vào Việt Nam, sự tiến bộ nhanh chóng và những thành tựu trong việc KCB bằng những phương pháp YHHĐ đã làm cho YHCT có lúc bị gạt ra khỏi vị trí trước đây. Trên thực tế và trong nhiều nghiên cứu đã chứng minh được giá trị của YHCT trong việc khám và chữa bệnh và trong toàn bộ hệ thống CSSK cộng đồng của quốc gia. Vì thế nhu cầu KCB bằng YHCT của người dân càng ngày càng cao hơn. Trước tình hình đó, nền YHCT của Việt Nam đang đứng trước thách thức: nâng cao tổ chức và chất lượng dịch vụ KCB bằng YHCT [6], [18], [19], [20], [21].

Nhiều năm qua, nhận định được vai trò của một nền y học có sự kết hợp giữa YHCT và YHHĐ, Đảng và nhà nước ta đã đề ra nhiều đường lối, chính sách, giải pháp nhằm mục tiêu: Kế thừa, bảo tồn và phát triển y dược học cổ truyền kết hợp với YHHĐ trong CSSK nhân dân. Xây dựng nền y dược Việt Nam hiện đại, khoa học dân tộc và đại chúng. Thực hiện đường lối đó, trong

hơn 20 năm, ngành y tế đã đạt được những thành tựu quan trọng như: đã đưa y dược học cổ truyền vào hệ thống tổ chức y tế từ Trung ương đến địa phương, đến tận tuyến y tế cơ sở; đã đào tạo được đội ngũ cán bộ bác sỹ YHCT có trình độ về cả YHHĐ; tổ chức thu thập, bảo tồn và kế thừa những kinh nghiệm KCB bằng YHCT trong dân gian. Tuy số cơ sở YHCT còn ít trong khi nhu cầu và số lượng BN khám và điều trị ngày một tăng, đặc biệt là ở vùng sâu vùng xa. Chất lượng chẩn đoán và điều trị bằng YHCT càng được nâng cao [22], [23].

Tuy nhiên, việc kết hợp YHCT và YHHĐ còn gặp nhiều khó khăn như: quan điểm và nhận thức của CBYT nhất là một bộ phận cán bộ lãnh đạo, về vấn đề kết hợp hai nền y học còn chưa thống nhất; hệ thống tổ chức YHCT chưa phát triển đồng bộ; đội ngũ cán bộ y BS chuyên khoa về YHCT còn ít, đặc biệt là ở các tỉnh nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa; việc sử dụng BS chuyên khoa còn chưa hợp lý, trình độ chung của bác sỹ chuyên khoa chưa cao; công tác nghiên cứu, ứng dụng YHCT và kết hợp YHCT - YHHĐ còn tiến hành chậm và chưa có hiệu quả; cơ sở vật chất, kinh phí và trang thiết bị kỹ thuật của các bệnh viện YHCT còn quá nghèo nàn dẫn tới chất lượng chẩn đoán và điều trị tại các cơ sở, bệnh viện YHCT chưa cao [24], [25].

Để thực hiện chiến lược phát triển YHCT và kết hợp YHCT - YHHĐ trong CSSK nhân dân, Bộ Y tế đã đề ra các mục tiêu cần đạt được đến năm 2010 như sau: hoàn thiện hệ thống tổ chức quản lý YHCT; về cơ sở KCB: Tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có bệnh viện chuyên khoa YHCT, bệnh viện đa khoa tỉnh, khu vực và bệnh viện, trung tâm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh có khoa YHCT, trạm y tế xã phường, thị trấn có tổ chức KCB bằng YHCT; tỷ lệ BN điều trị bằng YHCT: ở tuyến Trung ương là 10%, tuyến tỉnh là 20%, tuyến huyện là 25% và ở tuyến xã là 40%; 30% chế phẩm thuốc được sản xuất, lưu hành trên thị trường là thuốc YHCT; chỉ tiêu sử dụng thuốc YHCT ở tuyến Trung ương là 10%, ở tuyến tỉnh là 20%, tuyến huyện là 25% và tuyến xã, phường, thị trấn là 40% [23], [25].

Đối với BV chuyên khoa YHCT tuyến tỉnh, một vấn đề được đặt ra là từng bước nâng cao chất lượng KCB. Muốn như vậy, yêu cầu ở mỗi bệnh viện cần phải có cơ cấu tổ chức và quản lý chặt chẽ về nhân lực, trang thiết bị, kinh phí và hoạt động KCB.

1.2. Nghiên cứu mô hình bệnh tật.

1.2.1. Khái niệm mô hình bệnh tật.

Mô hình: Là vật cùng hình dạng nhưng làm thu nhỏ, mô phỏng cấu tạo và hoạt động của một vật khác để trình bày, nghiên cứu; là hình thức diễn đạt hết sức gọn theo một ngôn ngữ nào đó các đặc trưng chủ yếu của một đối tượng, để nghiên cứu đối tượng ấy [26].

Bệnh ở con người: Là trạng thái cơ thể hoặc bộ phận cơ thể hoạt động không bình thường [26].

Tật ở con người: Là trạng thái bất thường, nói chung là không chữa được của một cơ quan trong cơ thể do bẩm sinh mà có hoặc do tai nạn gây nên [26].

Cộng đồng: Là toàn thể những người cùng sống, có những điểm giống nhau, gắn bó thành một khối trong sinh hoạt xã hội, có những đặc trưng về tên gọi, ngôn ngữ, văn hóa ... giống nhau [26].

Mô hình bệnh tật: (Nghiên cứu ở đây là con người và cộng đồng) là phản ánh các đặc trưng chủ yếu về tỷ lệ các loại hình bệnh, tật của con người trong một cộng đồng.

1.2.2. Dựa trên số liệu sẵn có từ sổ sách tại bệnh viện.

Tại bệnh viện, các sổ khám bệnh ngoại trú cho người bệnh, các bệnh án lưu trữ trong năm 2020-2024, báo cáo thống kê bệnh viện hàng năm.

Nghiên cứu mô hình bệnh tật trong bệnh viện chủ yếu dựa vào hồ sơ lưu trữ tại các bệnh viện theo bệnh án mẫu thống nhất toàn ngành y tế. Các kết quả thống kê là hồi cứu, phụ thuộc bệnh sử của bệnh nhân khi ra viện, phụ thuộc người làm công tác thống kê ghi chép, sắp xếp mã số, do đó có một số khác

biệt về chất lượng giữa các bệnh án và cách phân loại bệnh tật giữa các bệnh viện trung ương và địa phương.

Do điều kiện hạn hẹp về cơ sở vật chất, các bệnh viện chỉ có thể tiếp nhận một số lượng bệnh nhân giới hạn, nhiều bệnh chỉ điều trị ngoại trú nên mô hình bệnh tật tại bệnh viện không phản ánh hết thực chất tình hình sức khỏe của nhân dân.

Do ngày càng có nhiều phòng khám và bệnh viện tư, nhiều người ốm không đi khám bệnh mà ra mua thuốc tại các cửa hàng thuốc của địa phương làm cho số người đến viện không phản ánh toàn bộ mô hình bệnh tật thực tế mà chỉ là các trường hợp ốm tương đối nặng, cần sự can thiệp của thầy thuốc.

1.2.3. Mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam.

1.2.3.1. Mô hình bệnh tật trên thế giới.

Trong nhiều năm qua, các nghiên cứu đã chứng minh rằng sức khỏe và mô hình bệnh tật của người dân phản ánh đúng đắn điều kiện kinh tế xã hội và môi trường, nơi họ sinh sống.

Ở Luxembourg, một trong những nước có thu nhập theo bình quân đầu người cao nhất thế giới, thì các bệnh phổ biến là tim mạch, đái đường, hen... (bệnh không lây) [27]. Ngược lại ở Campuchia, các bệnh thường gặp là sốt rét, lao, tiêu chảy, sốt xuất huyết, nhiễm khuẩn hô hấp cấp. Đây là những bệnh còn phổ biến của các nước đang phát triển.

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, mô hình bệnh tật của các nước có trình độ phát triển kinh tế khác nhau thì khác nhau. [28], [29], [30]. Tồn tại dưới 3 hình thức:

- Mô hình bệnh tật ở các nước chậm phát triển: Bệnh nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao, bệnh mạn tính và không nhiễm trùng chiếm tỷ lệ thấp.
- Mô hình bệnh tật ở các nước đang phát triển: Bệnh nhiễm trùng chiếm tỷ lệ thấp, bệnh mạn tính và không nhiễm trùng là chủ yếu.

- Mô hình bệnh tật ở các nước phát triển: Bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh lý người già là chủ yếu. [31].

Nghiên cứu mô hình bệnh tật không có nhiều thay đổi so với những năm trước đó, bằng chứng là 3 bệnh lý ngoại trú có tỷ lệ mắc cao nhất vẫn là tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh viêm phế quản cấp, vì thế chúng ta ghi nhận những nỗ lực không ngừng của cả hệ thống y tế trong việc chống dịch cũng như chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân [32].

1.2.3.2. Mô hình bệnh tật tại Việt Nam.

Hiện nay mô hình bệnh tật tại Việt Nam đan xen giữa nhiễm trùng và không nhiễm trùng, giữa cấp tính và mạn tính. Xu hướng bệnh không nhiễm trùng và mạn tính ngày càng cao. Nguyên nhân là do sự phát triển đô thị hóa làm gia tăng các tai nạn, đặc biệt là tai nạn giao thông. Sự ô nhiễm môi trường làm tăng các bệnh ung thư, ngộ độc do hóa chất bảo vệ thực vật, ngộ độc thực phẩm. Bên cạnh đó, do đời sống người dân ngày càng được cải thiện, tuổi thọ ngày càng cao, số người lớn tuổi ngày càng nhiều dẫn đến tỷ lệ những người bị bệnh xương khớp, tim mạch, béo phì, cao huyết áp, tiểu đường tăng đáng kể [31]. Mặc dù tỷ lệ các bệnh nhiễm khuẩn giảm một cách tương đối nhưng vẫn còn ảnh hưởng lớn đến sức khỏe cộng đồng, nhất là các vùng nghèo, vùng khó khăn. Một số bệnh mới có xu hướng tái phát như Lao, nhiễm HIV, bệnh sốt xuất huyết và viêm não nhật bản B, một số bệnh rối loạn tinh thần hành vi. Các bệnh không lây như tim mạch, ung thư, các chấn thương, tai nạn, ngộ độc có xu hướng gia tăng rõ rệt.

Số liệu về số mắc, số chết và mô hình bệnh tật trong niên giám thống kê y tế Việt Nam được tổng kết y tế địa phương gửi về Bộ y tế. Các số liệu trong báo cáo thống kê BV được tổng hợp trong các báo cáo địa phương. Số liệu báo cáo BV đối với các bệnh nhân nằm viện nội trú khá chi tiết theo cách phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (viết tắt là ICD10). Trong khi đó số liệu về các bệnh nhân ngoại trú thường chỉ thể hiện bằng tổng số trường hợp đến khám và phân

theo khoa, không có phân loại theo ICD-10. Như vậy nếu lấy số liệu trong báo cáo BV để phân tích mô hình bệnh tật của một quốc gia hay của một vùng như hiện nay thực chất là cơ cấu bệnh tật của các trường hợp nhập viện (BV công). Tuy nhiên cho tới nay người ta vẫn sử dụng số liệu này để ước tính tỷ suất mắc bệnh và tỷ suất tử vong tại bệnh viện.

1.2.4. Phân loại bệnh tật theo ICD-10 [33].

Cách phân loại được WHO khuyến khích sử dụng dựa trên toàn thế giới là phân loại theo ICD-10. Ở Bệnh viện Y Dược cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ đã áp dụng hệ thống phân loại này.

Đặc điểm nổi bật của ICD là phân loại theo từng chương bệnh, trong mỗi chương lại chia ra từng nhóm bệnh. Từ mỗi nhóm bệnh chia nhỏ thành tên bệnh và cuối cùng là các bệnh chi tiết theo nguyên nhân hay tính chất đặc thù của bệnh. Như vậy một bệnh theo ICD được mã hóa bởi 3 ký tự chính và ký tự thứ 4 mã hóa tên bệnh chi tiết. Với điều kiện cụ thể của Việt Nam và một số nước đang phát triển WHO chỉ yêu cầu mã hóa đến tên bệnh (3 ký tự: đến dưới nhóm), các chuyên khoa sâu có thể áp dụng hệ thống mã hóa 4 ký tự để phân loại chi tiết đến từng bệnh, phù hợp với từng chuyên khoa. Một số bệnh quan trọng được mã hóa chi tiết đến tên bệnh.

Hệ thống phân loại này giúp chúng ta thống nhất tên nhóm bệnh đến tên bệnh một cách thống nhất trên toàn thế giới. Nó giúp các nhà hoạch định chính sách cũng như các nhà quản lý có cái nhìn bao quát, toàn diện và cụ thể về mô hình bệnh tật để từ đó đưa ra các chiến lược, chính sách, giải pháp thích hợp, đánh giá hiệu quả của các chương trình chăm sóc sức khỏe đã và đang được triển khai. Nó giúp các bác sĩ lâm sàng có được các định nghĩa đầy đủ về từng bệnh khi chẩn đoán.

Phân loại theo ICD giúp người quản lý dễ dàng so sánh, đánh giá mô hình bệnh tật giữa các quốc gia, các vùng miền, các bệnh viện.

Đây là cách phân loại khá chi tiết, đòi hỏi người làm công tác thống kê phải có trình độ nhất định để tránh nhầm lẫn cũng như đòi hỏi các bác sĩ lâm sàng cần có chẩn đoán chính xác, chi tiết. Điều này có thể khắc phục bằng việc nâng cao trình độ cho bác sĩ lâm sàng và đào tạo, tập huấn cho những nhân viên y vụ - người trực tiếp mã hóa bệnh.

1.3. Nguồn lực tại bệnh viện.

1.3.1. Nguồn nhân lực y tế.

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 cán bộ y tế chính thức và không chính thức như tình nguyện viên xã hội, những người chăm sóc sức khỏe gia đình, lương y,...” kể cả những người làm việc trong ngành y tế và những ngành khác (như quân đội, trường học, doanh nghiệp).

Thông tư số 03/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 02 năm 2023 của Bộ Y tế hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập.[34] (Thông tư này hướng dẫn về vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập thuộc các Bộ, ngành và địa phương) như sau:

TT	Nhóm vị trí việc làm	Tỷ lệ (%)
I	Nhóm chức danh nghề nghiệp chuyên ngành y tế và liên quan	
1	Bác sĩ	20 - 22
2	Điều dưỡng, Hộ sinh, Kỹ thuật y	50 - 52
3	Dược, Trang thiết bị y tế	5 - 7

4	Nhóm chức danh nghề nghiệp chuyên môn liên quan khác (công tác xã hội, kỹ sư, tâm lý và chuyên môn khác)	1 - 3
II	Nhóm chức danh nghề nghiệp chuyên môn dùng chung	10 - 15
III	Nhóm hỗ trợ, phục vụ (gồm cả hợp đồng lao động)	5 - 10

1.3.2. Trang thiết bị kỹ thuật.

Đối với trang thiết bị kỹ thuật: máy móc ngày càng hiện đại đòi hỏi kiến thức sử dụng càng cao; cần tăng cường thêm các trang thiết bị hiện đại để nâng cao chất lượng khám và điều trị [35].

1.3.3. Nguồn tài chính bệnh viện.

Nguồn tài chính tại bệnh viện gồm:

Kinh phí hoạt động của BV chủ yếu được cấp từ Ngân sách nhà nước. Ngoài ra còn có các nguồn khác: viện phí, BHYT, các nguồn thu hợp pháp khác...

Từ năm 1997, ngân sách nhà nước cho y tế tăng khoảng 25% - 65% mỗi năm. Điều này giúp cải thiện đáng kể các hoạt động của bệnh viện.

Ngân sách nhà nước cấp cho BV dựa vào định mức ngân sách cấp cho BV theo số giường bệnh, theo tuyến, loại BV chuyên khoa và theo vùng kinh tế xã hội. Ngoài ra, Nhà nước còn phân bổ ngân sách theo các chương trình mục tiêu nếu BV thực hiện.

Sử dụng hiệu quả các nguồn tài chính cho hoạt động của BV thể hiện ở các mặt như: phân bổ hợp lý các khoản chi tiêu; tập trung kinh phí cho các hoạt động chính, các hoạt động trong BV được tiến hành có kế hoạch; sử dụng nguồn tài chính có hiệu quả. Vì nguồn tài chính luôn có hạn, do đó cần đảm bảo chất lượng KCB không ngừng được cải thiện.

Đối với công tác chuyên môn tại BV tuyến tỉnh: theo qui định của bộ y tế số ngày điều trị trung bình là 10 ngày và tỷ lệ CBYT/giường bệnh là 1,2 [8], [18], [36], [37], [38].

1.4. Hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện.

1.4.1. Đánh giá hoạt động khám chữa bệnh.

Hoạt động KCB có thể được đánh giá bằng các chỉ số đầu ra về mặt số lượng như: Số bệnh nhân nội trú hoặc bệnh nhân ngoại trú hàng năm, mức sử dụng giường bệnh nội trú, số lần khám/1 Bác sĩ, số lần phẫu thuật/1 bệnh nhân nội trú, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai, số lần khám trước sinh trung bình cho một sản phụ. Một phương pháp đơn giản thường dùng cho đánh giá tổng quát là số lần đến các cơ sở y tế trung bình hàng năm trên một người dân, rõ ràng là con số này phụ thuộc vào sự phân bố tuổi và giới, cũng như gánh nặng bệnh tật nói chung. [39], [40].

1.4.2. Đánh giá công tác chuyên môn tại bệnh viện.

Theo tiêu chuẩn của Bộ y tế, đánh giá chất lượng quản lý chuyên môn dựa vào các định mức sau:

- Công suất sử dụng giường bệnh
- Ngày điều trị trung bình
- Tỷ lệ CBYT/giường bệnh
- Trang thiết bị y tế theo qui định
- Đội ngũ chuyên môn kỹ thuật có học hàm, học vị, tay nghề giỏi.

1.4.3. Một số nghiên cứu về mô hình bệnh tật và nguồn lực cho hoạt động khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền.

Các nghiên cứu về thực trạng YHCT được tiến hành từ sau năm 2008 tập trung mô tả tình hình sử dụng YHCT của các cán bộ y tế tại các cơ sở y tế và của người dân tại cộng đồng. Cụ thể có những nghiên cứu sau:

Năm 2024, Nguyễn Văn Thức nghiên cứu “Tình hình sử dụng y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh thông thường của người dân thị trấn Hương Canh, huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc ” [41].

Năm 2012, Phạm Phú Vinh nghiên cứu “Thực trạng y học cổ truyền Lạng Sơn và đề xuất một số giải pháp để phát triển y học cổ truyền Lạng Sơn”. Nội dung nghiên cứu một phần về thực trạng cơ cấu tổ chức nguồn nhân lực YHCT và việc nhận thức của người dân với YHCT [42].

Năm 2013, Phạm Việt Hoàng nghiên cứu “Thực trạng Y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh" [43].

Năm 2014, Đào Anh Hoàng “Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng y học cổ truyền tại huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2014" [44]. Năm 2015, Lê Thị Nga “Nghiên cứu thực trạng nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại tuyến y tế xã của huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương năm 2015 [45].

Trần Thị Vân Anh nghiên cứu “Thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tỉnh Điện Biên năm 2014-2015" [46], Hoàng Đức Huy nghiên cứu “Thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại huyện Na Rì, tỉnh Bắc Cạn năm 2015" [47].

Năm 2021, Phạm Quý Hoàng nghiên cứu “Mô tả đặc điểm bệnh tật và thực trạng nguồn nhân lực tại bệnh viện YHCT tỉnh Lào cai năm 2021" [48].

Năm 2022, Nguyễn Lữ Thúy Vi nghiên cứu “Đánh giá mô hình bệnh tật và nguồn nhân lực y học cổ truyền tại khoa YHCT của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2010-2022" [49]; Mai Nam nghiên cứu “Đánh giá nguồn nhân lực và mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Y dược cổ truyền Thanh Hóa"[50]. Đỗ Thị Mai Hương nghiên cứu “Đặc điểm bệnh tật và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền Đồng Nai" [51].

Năm 2023, Tăng Hùng Cường nghiên cứu “Đánh giá thực trạng nhân lực và cơ cấu bệnh tật tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An” [52].

1.5. Giới thiệu về Bệnh viện Y dược cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ

Bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ là bệnh viện chuyên khoa hạng II, đơn vị sự nghiệp công lập, trực thuộc Sở y tế. Bệnh viện được xây dựng thiết kế tinh tế, sang trọng với không gian kang trang, rộng rãi, thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông, cơ sở vật chất kang trang, kang thiết bị hiện đại. Nhiệm vụ chính trị chủ yếu là khám và điều trị nội trú, ngoại trú cho nhân dân trên địa bàn tỉnh Phú Thọ và các tỉnh lân cận.

Về cơ cấu tổ chức gồm: Ban giám đốc, 12 khoa, phòng, trung tâm. Số giường bệnh kế hoạch: 450; Số giường thực kê: 450, lưu lượng người bệnh đến khám hàng ngày từ 350-500 lượt. Tổng số nhân lực tính đến hết 31/12/2024 là 212 viên chức, người lao động, trong đó biên chế: 148, hợp đồng Xã hội hóa: 39, hợp đồng lao động: 18. Bác sĩ CKII: 03; Thạc sĩ Y học cổ truyền: 01; Bác sĩ CKI: 23; Bác sĩ: 37; Điều dưỡng CKI: 02; Cử nhân điều dưỡng: 38; Cao đẳng điều dưỡng: 23; Điều dưỡng trung cấp: 08; Hộ sinh cao đẳng: 02; Y sỹ: 15; Kỹ thuật viên Cử nhân xét nghiệm: 04; Kỹ thuật viên cử nhân hình ảnh y học: 01; Kỹ thuật viên cao đẳng hình ảnh y học: 03; Kỹ thuật viên trung cấp kỹ thuật điện quang: 01; Dược sỹ CK1: 02; Dược sỹ đại học: 07; Dược sỹ cao đẳng: 16; Dược sỹ trung cấp: 02; CKI Y tế công cộng: 01, Thạc sĩ Kinh tế: 01; Thạc sĩ quản trị kinh doanh: 01; Đại học khác: 17; Cao đẳng khác: 02, Trung học khác: 01, khác: 04.[53].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Báo cáo thống kê của bệnh viện Y được cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ trong 5 năm (2020-2024).

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Mẫu báo cáo: các biểu mẫu báo cáo phù hợp và đạt tiêu chuẩn với các tiêu chuẩn Bộ Y tế ban hành (Quyết định số 2360/1997/QĐ-BYT, ngày 14/11/1997 - Bộ Y tế)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các biểu mẫu báo cáo thống kê hàng năm không phù hợp trong nghiên cứu này:
- Các đối tượng đến khám lấy giấy chứng nhận sức khỏe, giám định sức khỏe.
- Các đối tượng là cán bộ khám sức khỏe định kỳ hàng năm.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tại bệnh viện Y được cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

2.3. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025.

2.4. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang các “Báo cáo Thống kê bệnh viện” của Bệnh viện Y được cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024 và báo cáo tổng kết cuối năm.

2.5. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.5.1. Cỡ mẫu:

Lấy toàn bộ số liệu báo cáo thống kê theo mã bệnh của IDC 10, giai đoạn 2020-2024 là 186731 lượt.

2.5.2. Kỹ thuật chọn mẫu: Trình tự theo các bước như sau:

Bước 1: Tổng hợp tất cả các biểu mẫu báo cáo cần thống kê trong nghiên cứu.

Bước 2: Tiến hành thu thập thông tin số liệu báo cáo từ phần mềm HIS giai đoạn 2020 - 2024

Bước 3: Làm sạch số liệu theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.6. Các chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Chỉ số nghiên cứu cho Mục tiêu 1.

* Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở khoa khám bệnh đa khoa.

- Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở khoa khám bệnh đa khoa.
- Năm nhóm bệnh có BN đến khám nhiều nhất tại bệnh viện.
- Mười bệnh thường gặp ở khoa khám bệnh đa khoa.

* Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở bệnh nhân điều trị nội trú

- Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở BN điều trị nội trú
- Năm nhóm bệnh có số BN điều trị nhiều nhất tại BV
- Mười bệnh có số BN điều trị cao nhất mỗi năm

2.6.2. Chỉ số nghiên cứu cho Mục tiêu 2

* Nguồn nhân lực bệnh viện

- Thành phần cán bộ y tế của bệnh viện
- Trình độ cán bộ của bệnh viện
- Phân bố CBYT trong bệnh viện

* Kinh phí của bệnh viện

- Các nguồn thu cho bệnh viện
- Tình hình các khoản chi của bệnh viện so với năm 2020

* Tình hình sử dụng thuốc YHCT và một số CLS của bệnh viện.

- Tình hình sử dụng thuốc YHCT của bệnh viện.
- Một số trang thiết bị CLS của bệnh viện.

* Tình hình khám và điều trị ở bệnh viện.

- Hoạt động khám và điều trị
- + Hoạt động khám và điều trị chung

- + Hoạt động khám bệnh và điều trị ngoại trú:
- + Hoạt động điều trị nội trú:
- Hoạt động cận lâm sàng.
- + Các loại cận lâm sàng được sử dụng trong bệnh viện.
- + Tình hình sử dụng các xét nghiệm CLS

*** Ghi chú (ở nghiên cứu này):**

- Người bệnh điều trị nội trú: bao gồm tất cả người bệnh điều trị nội trú và điều trị ban ngày tại các khoa lâm sàng.
- Người bệnh ngoại trú: Bao gồm tất cả người bệnh đến khám bệnh tại khoa khám bệnh đa khoa có hoặc không có cấp thuốc điều trị ngoại trú và người bệnh điều trị ngoại trú tại khoa lâm sàng.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin.

Chúng tôi sử dụng “Báo cáo thống kê bệnh viện” hàng năm (được ban hành theo Quyết định số 2360/1997/QĐ-BYT, ngày 14/11/1997 - Bộ Y tế) của Bệnh viện Y dược cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ để tiến hành nghiên cứu. Mẫu Báo cáo thống kê có 11 biểu. Chúng tôi sử dụng 4/11 biểu: phân tích mô hình bệnh tật (biểu 11); hoạt động KCB (biểu 2, 3, 6). Trong phân tích mô hình bệnh tật, biểu 11 được sử dụng là bảng phân loại theo ICD-10, gồm 21 chương bệnh và 312 bệnh (*phụ lục*) là cách phân loại thường dùng nhất hiện nay trong thống kê y học[54]

Thông qua phân tích mô hình bệnh tật cho chúng ta đánh giá bước đầu về nhu cầu KCB ở bệnh viện YHCT của người dân. Từ đó, trên cơ sở phân tích, đánh giá nguồn lực và hoạt động KCB sẽ cho chúng ta cái nhìn toàn diện về tổ chức và hoạt động của bệnh viện [3; 5; 6 ;24].

Sau khi thu thập được các thông tin từ các “Báo cáo thống kê bệnh viện”, đã kiểm tra các biểu mẫu phù hợp với các tiêu chuẩn Bộ Y tế ban hành. Những biểu mẫu không đạt yêu cầu báo cáo sẽ không được sử dụng trong nghiên cứu này.

2.8. Không chế sai số:

Những sai số do tử số không chính xác: kiểm tra, đối chiếu các biểu trong báo cáo với hồ sơ bệnh án, hóa đơn đỏ thu chi...để phát hiện những số liệu bất hợp lý.

Những sai số do mẫu số không chính xác: các số liệu người bệnh được lấy theo báo cáo thống kê người bệnh chính thức trong năm.

2.9. Đạo đức nghiên cứu:

Được sự đồng ý của hội đồng thông qua đề cương, Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam.

Được sự đồng ý của Sở y tế, ban giám đốc bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

Không sử dụng số liệu và thông tin của từng cá nhân mà sử dụng số liệu thống kê các hoạt động y tế của bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ theo mẫu do Bộ Y tế đã ban hành.

Nghiên cứu đã sử dụng trung thực các số liệu có trong báo cáo sau khi kiểm tra các sai số.

2.10. Phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê EXCEL theo phương pháp tổng hợp, phân tích định tính, định lượng với các hàm sum, average, min, max; percent.

2.11. Danh mục các biến nghiên cứu:

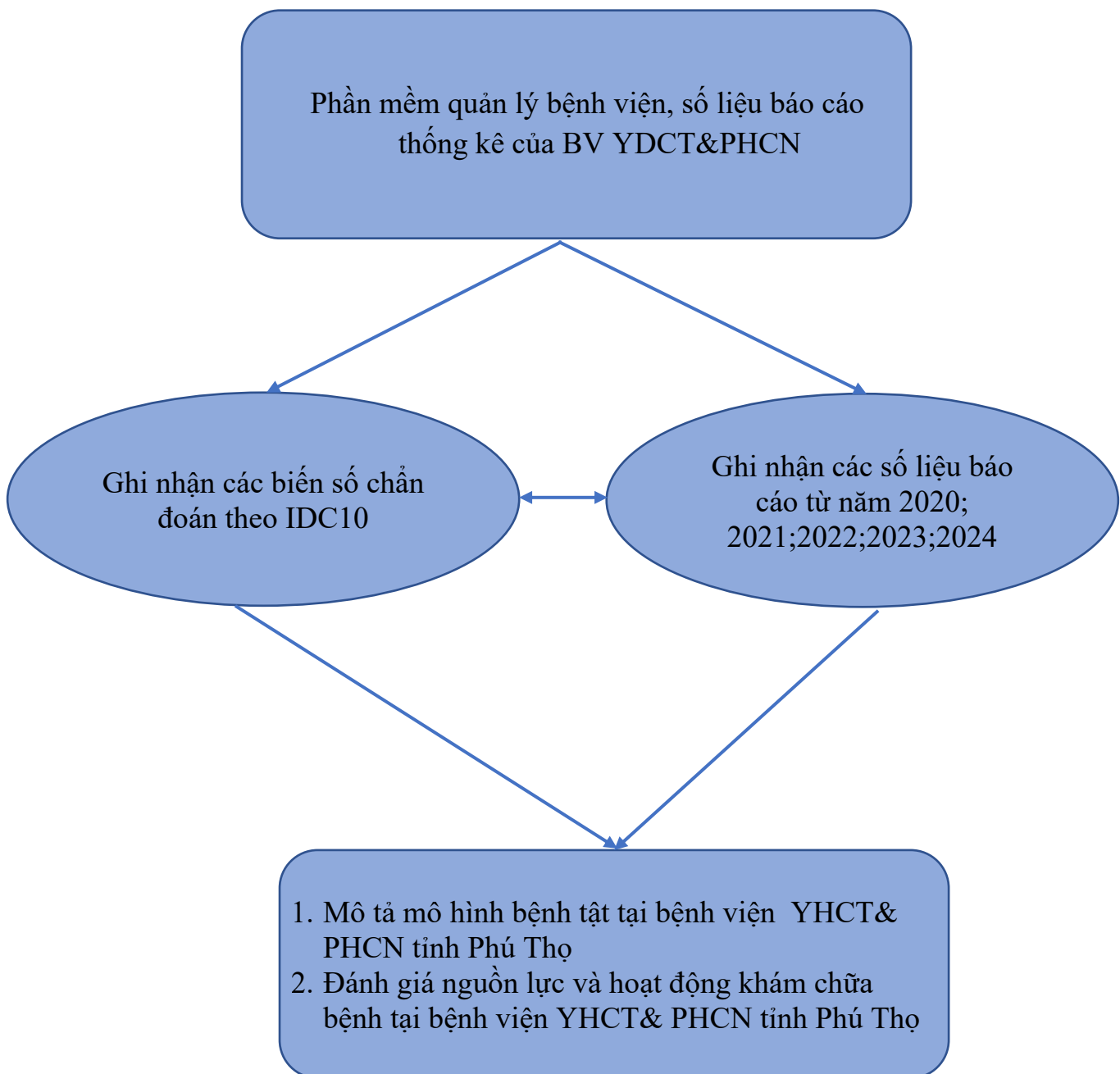
Bảng danh mục các biến nghiên cứu

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
1	Mô hình bệnh tật theo ICD 10	Từ chương I đến chương XXI	Biến định tính (phân loại)
2	Các bệnh thường gặp tại khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng	- Tăng huyết áp vô căn nguyên phát - Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin - Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp - Rối loạn chức năng tiền đình - Khó ở và mệt mỏi - Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin - Đau lưng - Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua và hội chứng liên quan - Các viêm khớp khác - Đau vùng cổ gáy - Đau dây thần kinh tọa - Viêm bao hoạt dịch co thắt khớp vai - Liệt nửa người - Rối loạn chức năng tiền đình - Thoái hóa khớp gối - Liệt Bell - Trĩ	Biến định tính (phân loại)
3	Nguồn lực	- Nguồn nhân lực + Thành phần cán bộ y tế + Trình độ chuyên môn	Biến định tính (phân loại) Biến thứ bậc
		- Phân bố CBYT trong các khoa lâm sàng + Y tá, ĐD/BS	Định tính (phân loại)

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
		+ Số lần khám bệnh + Số BN/BS + Tổng số giường + Số giường/CBYT	Biến định lượng Biến định lượng Biến định lượng Biến định lượng
		- Các nguồn thu cho bệnh viện + Ngân sách + Viện phí + Bảo hiểm	Biến định lượng
		- Các khoản chi của bệnh viện + Lương và phụ cấp cho CBYT + Cho thông tin, hội nghị + Mua sắm + Sửa chữa, bảo dưỡng + Chuyên môn, nghiệp vụ + Các khoản chi khác + Thuốc	Biến định lượng
4	Hoạt động khám và điều trị	* Hoạt động ngoại trú + Tổng số lần khám + Số ngày ĐT ngoại trú + Số ngày ĐT ngoại trú/BN + Tỷ lệ BN khám có BHYT + Tỷ lệ BN khám không có BHYT * Hoạt động nội trú + Tổng số BN nội trú + BN khoa Lão + BN khoa Nội – TH + BN khoa NP-CK + BN khoa PHCN + Số ngày điều trị nội trú + TB số ngày ĐT/ BN + Tổng số giường + Số ngày ĐT/giường bệnh + Hiệu suất sử dụng giường * Hoạt động cận lâm sàng + Xét nghiệm + X- quang + Siêu âm	Biến định lượng

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
		+ Điện tim đồ + Điện não đồ + Citi scanner + Nội soi	

2.12. Sơ đồ nghiên cứu



CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ.

3.1.1. Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở phòng khám khoa khám bệnh.

3.1.1.1. Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở khoa khám bệnh.

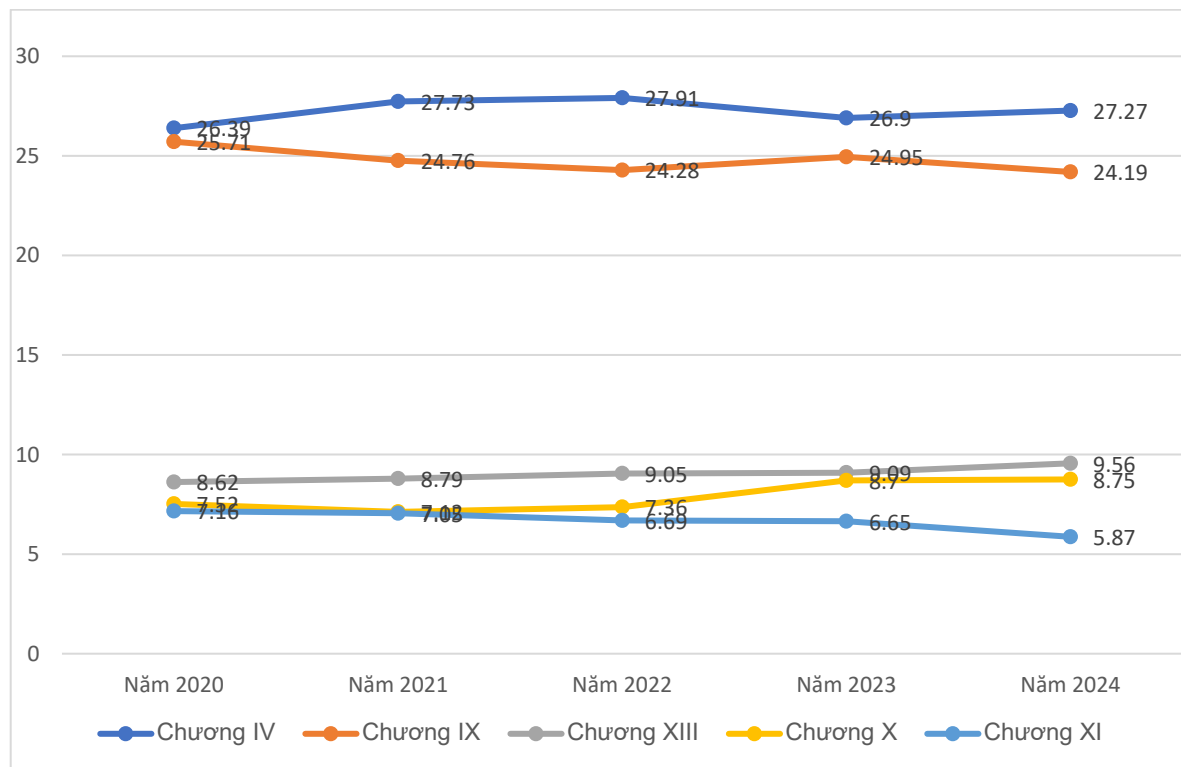
Bảng 3.1. Mô hình bệnh tật theo ICD 10

Năm Chương bệnh	2020		2021		2022		2023		2024		Tổng 5 năm	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
I	182	0,69	185	0,65	215	0,73	225	0,69	209	0,66	807	0,69
II	194	0,73	207	0,73	287	0,97	308	0,95	301	0,96	996	0,85
III	36	0,14	35	0,12	56	0,19	30	0,09	32	0,10	157	0,13
IV	6971	26,39	7854	27,73	8245	27,91	8767	26,90	8579	27,27	31837	27,24
V	87	0,33	118	0,42	95	0,32	125	0,38	127	0,40	425	0,36
VI	1171	4,43	1382	4,88	1058	3,58	793	2,43	1227	3,90	4404	3,77
VII	228	0,86	269	0,95	304	1,03	406	1,25	256	0,81	1207	1,03
VIII	1270	4,81	1167	4,12	1180	3,99	1008	3,09	1504	4,78	4625	3,96
IX	6790	25,71	7013	24,76	7171	24,28	8132	24,95	7611	24,19	29106	24,91
X	1985	7,52	2016	7,12	2175	7,36	2836	8,70	2752	8,75	9012	7,71
XI	1892	7,16	1998	7,05	1976	6,69	2167	6,65	1846	5,87	8033	6,87
XII	571	2,16	525	1,85	668	2,26	412	1,26	541	1,72	2176	1,86
XIII	2278	8,62	2490	8,79	2672	9,05	2961	9,09	3008	9,56	10401	8,90
XIV	482	1,82	526	1,86	641	2,17	760	2,33	799	2,54	2409	2,06
XV	15	0,06	24	0,08	35	0,12	55	0,17	41	0,13	129	0,11
XVI	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01	2	0,01	2	0,00
XVII	0	0,00	4	0,01	3	0,01	9	0,03	5	0,02	16	0,01
XVIII	1525	5,77	1791	6,32	1980	6,70	2549	7,82	1798	5,71	7845	6,71
XIX	551	2,09	524	1,85	572	1,94	590	1,81	561	1,78	2237	1,91
XX	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
XXI	185	0,70	194	0,68	204	0,69	453	1,39	264	0,84	1036	0,89
Tổng	26.413		28.322		29.537		32.588		31.463		116.860	

(Nhóm bệnh cụ thể của từng chương xin tham khảo phụ lục)

Nhận xét: Trong giai đoạn 2020–2024, tổng số ca bệnh ghi nhận là 116.860 trường hợp, có xu hướng tăng dần đến năm 2023 rồi giảm nhẹ năm 2024. Cơ cấu bệnh tật ổn định, tập trung chủ yếu ở Chương IV (27,24%) và Chương IX (24,91%), chiếm hơn một nửa tổng số ca. Một số chương bệnh có xu hướng tăng (Chương X, XIII, XVIII), trong khi một số khác có xu hướng giảm (Chương VI, XI). Các chương bệnh còn lại duy trì tỷ trọng thấp và ít biến động.

3.1.1.2. Năm nhóm bệnh có BN đến khám nhiều nhất tại bệnh viện.



Biểu đồ 3.1: Đồ thị biểu diễn 5 nhóm bệnh đến khám nhiều nhất trong 5 năm (2020-2024)

Chương IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá; Chương IX: Bệnh của hệ tuần hoàn; Chương X: Bệnh của hệ hô hấp; Chương XI: Bệnh của hệ tiêu hoá; Chương XIII: Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy trong giai đoạn 2020–2024, nhóm bệnh thuộc Chương IV – Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá chiếm tỷ lệ cao nhất (27,24%), tiếp đến là Chương IX – Bệnh của hệ tuần hoàn với 24,91%. Ba nhóm bệnh còn lại gồm Chương XIII – Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết(8,90%), Chương X – Bệnh của hệ hô hấp (7,71%) và Chương XI – Bệnh của hệ tiêu hoá (6,87%) có tỷ lệ thấp hơn đáng kể.

3.1.1.3. Mười bệnh thường gặp ở khoa khám bệnh

**Bảng 3.2: Mười bệnh thường gặp tại khoa khám bệnh theo mã ICD-10
(theo thứ tự giảm dần)**

Năm		2020		2021		2022		2023		2024	
Mã bệnh	Tên bệnh	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
I10	Tăng huyết áp vô căn nguyên phát	6023	22,8	7068	25,0	7525	25,5	7707	23,6	7096	22,6
E11-E14	Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin	5591	21,2	6323	22,3	6413	21,7	6953	21,3	6520	20,7
J20-J21	Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	1429	5,4	1792	6,3	1679	5,7	1818	5,6	1739	5,5
H81	Rối loạn chức năng tiền đình	1294	4,9	1108	3,9	1420	4,8	1182	3,6	1350	4,3
R53	Khó ở và mệt mỏi	1178	4,5	1074	3,8	943	3,2	1099	3,4	1059	3,4
E10	Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin	912	3,5	951	3,4	943	3,2	923	2,8	1051	3,3

Năm		2020		2021		2022		2023		2024	
Mã bệnh	Tên bệnh	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
M54	Đau lưng	890	3,4	942	3,3	931	3,2	912	2,8	833	2,6
G45	Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua và hội chứng liên quan	871	3,3	864	3,1	745	2,5	654	2,0	828	2,6
M13	Các viêm khớp khác	623	2,4	743	2,6	701	2,4	634	19,5	679	2,2
M54.2	Đau vùng cổ gáy	498	1,9	501	1,8	627	2,1	594	18,2	633	2,2

Nhận xét: Qua bảng 3.2 cho thấy, trong nhóm mười bệnh thường gặp tại khoa khám bệnh, Tăng huyết áp vô căn nguyên phát (I10) chiếm 22,6% và Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin (E11) chiếm tỷ lệ 20,7%, phản ánh đặc điểm người bệnh đến khám chủ yếu là các bệnh mạn tính, liên quan đến lối sống và căng thẳng thần kinh. Các bệnh viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp (J20;J21) chiếm 5,5%, Rối loạn chức năng tiền đình (H81) chiếm 4,3% và khó ở mệt mỏi (R53) chiếm 3,4%

3.1.2. Phân loại bệnh tật theo ICD 10 ở bệnh nhân điều trị nội trú

3.1.2.1. Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở BN điều trị nội trú

Bảng 3.3: Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở BN điều trị nội trú

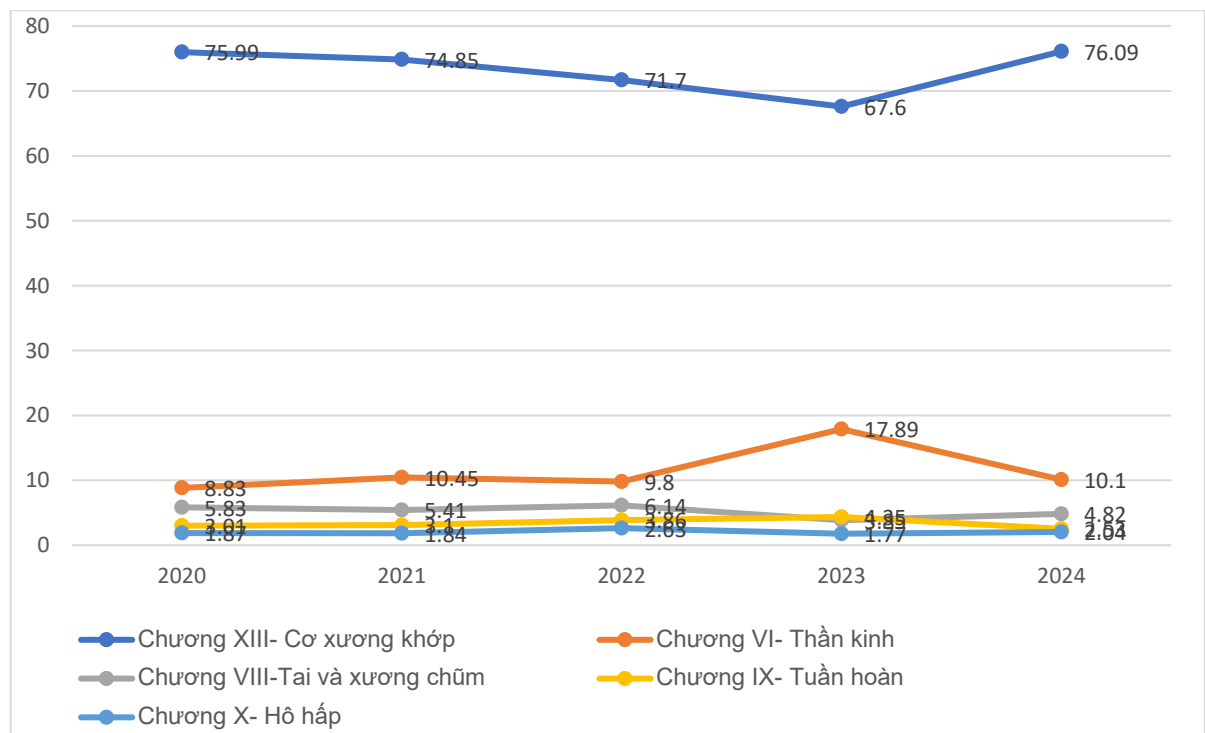
Chương \ Năm	2020		2021		2022		2023		2024		Tổng 5 năm	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
I	29	0,47	32	0,47	43	0,63	26	0,29	18	0,21	148	0,39
II	9	0,15	8	0,12	11	0,16	3	0,03	3	0,03	34	0,09
III	1	0,02	0	0	1	0,01	0	0,00	0	0	2	0,01
IV	11	0,18	9	0,13	12	0,18	12	0,13	10	0,11	54	0,14
V	17	0,27	27	0,4	19	0,28	42	0,46	18	0,21	123	0,32
VI	548	8,83	710	10,45	666	9,8	1641	17,89	885	10,1	4450	11,59
VII	3	0,05	3	0,04	5	0,07	6	0,07	1	0,01	18	0,05
VIII	362	5,83	368	5,41	417	6,14	351	3,85	422	4,82	1920	5
IX	187	3,01	211	3,1	249	3,86	399	4,35	222	2,53	1268	3,35
X	116	1,87	125	1,84	179	2,63	162	1,77	179	2,04	761	1,98
XI	76	1,22	71	1,04	128	1,88	153	1,67	192	2,19	620	1,61
XII	19	0,31	18	0,26	23	0,34	23	0,25	22	0,25	105	0,27
XIII	4716	75,99	5087	74,85	5552	71,7	6202	67,6	6662	76,02	28219	73,47
XIV	17	0,27	21	0,31	26	0,38	20	0,22	20	0,23	104	0,27
XV	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0	0	1	0
XVI	0	0	0	0	0	0	0	0,00	23	0,26	23	0,06
XVII	1	0,02	2	0,03	1	0,01	3	0,03	1	0,01	8	0,02
XVIII	26	0,42	42	0,62	39	0,57	74	0,81	30	0,34	211	0,55
XIX	68	1,1	61	0,9	72	1,06	55	0,60	55	0,63	311	0,81
XX	0	0	1	0,01	0	0	2	0,02	0	0	3	0,01
XXI	0	0	0	0	25	0,37	0	0,00	0	0	25	0,07
Tổng	6206		6796		7468		9175		8763		38408	

Nhận xét: Trong giai đoạn 2020–2024, tổng số bệnh nhân điều trị nội trú là 38408 người. Mô hình bệnh tật nội trú chủ yếu tập trung vào một số chương

bệnh nhất định, phản ánh đặc điểm bệnh tật mạn tính, không lây ngày càng gia tăng tại cơ sở y tế.

Ba chương bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất gồm: Chương XIII chiếm 73,47%, đứng đầu toàn bộ nhóm bệnh, tỷ lệ này tương đối ổn định qua các năm, phản ánh số lượng bệnh nhân nội trú vẫn duy trì ở mức cao. Chương VI đứng thứ hai, chiếm 11,59%, với xu hướng tăng dần qua các năm (từ 8.83 năm 2020 lên 10.1 năm 2024). Chương VIII đứng thứ ba, chiếm 5.00%, Tiếp theo chương IX đứng thứ 4 có xu hướng ổn định qua các năm. Các chương bệnh khác như Chương X (1.98%), Chương XI (1,61%), và Chương VII (0.05%) chiếm tỷ lệ nhỏ hơn nhưng vẫn thể hiện sự ổn định tương đối. Một số nhóm bệnh hiếm gặp (như Chương XV, XVI, XX, XXI) hầu như không đáng kể, chỉ ghi nhận rải rác qua các năm.

3.1.2.2. Năm nhóm bệnh có số BN điều trị nhiều nhất tại BV



Biểu đồ 3.2: Đồ thị biểu diễn 5 nhóm bệnh thường gặp nhất trong 5 năm (2020-2024) trên BN nội trú

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy trong giai đoạn 2020–2024, cơ cấu bệnh nội trú tại đơn vị có sự biến động giữa các nhóm bệnh. Nhóm bệnh thuộc Chương

XIII – cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất từ 75,99- 76,09%, tỷ lệ này tương đối ổn định qua các năm, phản ánh số lượng bệnh nhân nội trú vẫn duy trì ở mức cao, phản ánh đặc thù bệnh lý liên quan đến hệ cơ xương khớp và mô liên kết, thường gặp ở người cao tuổi. Chương VI – Hệ thần kinh dao động nhẹ, tăng từ 8,83% lên 10,1%.

3.1.2.3. Mười bệnh có số BN điều trị cao nhất mỗi năm.

**Bảng 3.4: Mười bệnh có số BN điều trị cao nhất trong mỗi năm theo mã ICD-10
(theo thứ tự giảm dần)**

Năm Mã bệnh, tên bệnh		2020		2021		2022		2023		2024	
Mã bệnh	Tên bệnh	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
M54.3	Đau dây thần kinh tọa	1176	22,04	1287	22,69	1386	24,44	1386	24,44	2147	31,42
M54.2	Đau vùng cổ gáy	1084	20,32	1171	20,64	1205	21,25	1205	21,25	1558	22,80
M54	Đau lưng	921	17,26	1063	18,74	973	17,16	973	17,16	896	13,11
M75.0	Viêm bao hoạt dịch co thắt khớp vai	479	8,98	397	7,00	412	7,27	385	6,16	561	8,21
G81	Liệt nửa người	507	9,5	562	9,91	473	8,34	586	9,38	477	6,98
H81	Rối loạn chức năng tiền đình	481	9,01	428	7,54	415	7,32	503	8,05	421	6,16

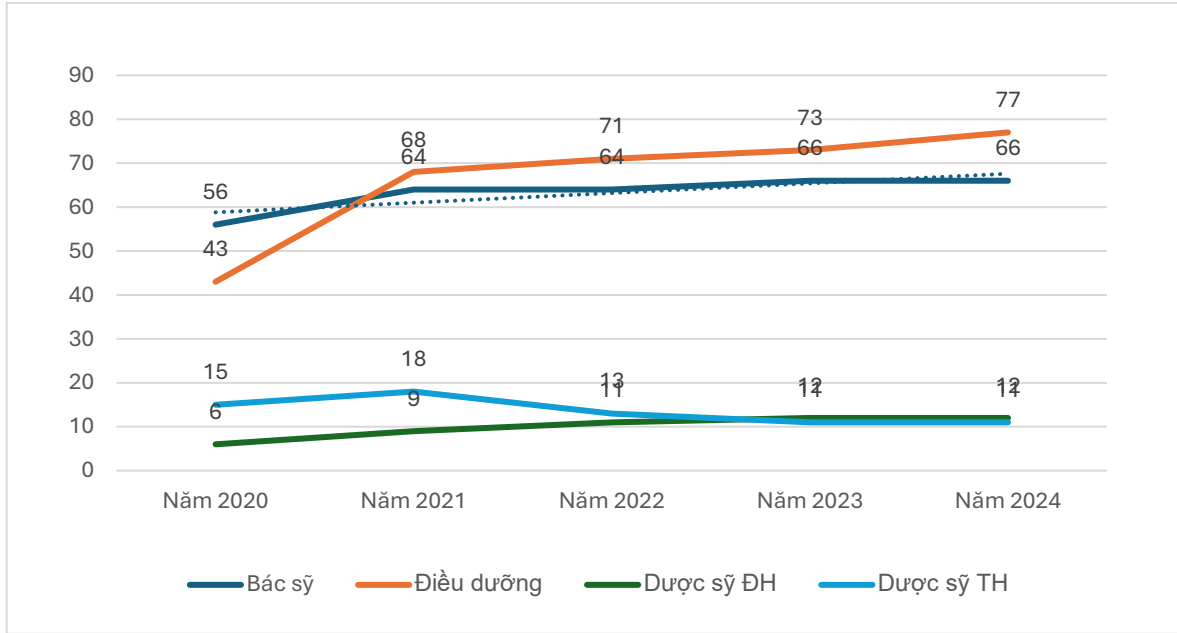
Năm Mã bệnh, tên bệnh		2020		2021		2022		2023		2024	
Mã bệnh	Tên bệnh	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
M13	Các viêm khớp khác	342	6,41	341	6,01	394	6,95	347	5,56	419	6,13
M17	Thoái hóa khớp gối	216	4,05	268	4,72	254	4,48	271	4,34	229	3,35
G51.0	Liệt Bell	81	1,51	102	1,80	91	1,60	120	1,92	68	1,00
K64	Trĩ	47	0,88	54	0,95	67	1,18	49	0,78	58	0,85

Nhận xét: Trong giai đoạn 2020–2024, nhóm bệnh cơ xương khớp và thần kinh vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các bệnh có số bệnh nhân điều trị nội trú nhiều nhất, nổi bật là đau thần kinh tọa (M54.3) chiếm 31,42%, đau vai gáy (M54.2) chiếm 22,80%, đau thắt lưng (M54) chiếm 13,11%, Viêm bao hoạt dịch co thắt khớp vai chiếm 8,21%, liệt nửa người (G81) chiếm 6,98%, rối loạn tiền đình (H81) chiếm 6,16%, phản ánh xu hướng gia tăng bệnh mạn tính không lây và rối loạn chức năng do căng thẳng, lối sống.

3.2. Nguồn lực trong hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ từ năm 2020-2024.

3.2.1. Nguồn nhân lực bệnh viện

3.2.1.1. Thành phần cán bộ y tế của bệnh viện



Biểu đồ 1.3: Sự thay đổi cơ cấu CBYT trong BV

Nhận xét: Giai đoạn 2020–2024, cơ cấu cán bộ y tế của Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ có sự thay đổi theo hướng tích cực. Số lượng bác sĩ tăng từ 56 lên 66 người, cho thấy bệnh viện từng bước củng cố đội ngũ chuyên môn. Nhóm điều dưỡng tăng nhanh từ 43 lên 77 người. Trong khi đó, nhóm dược sĩ đại học tăng nhẹ từ 6 lên 12 người, còn dược sĩ trung học giảm từ 15 xuống 11 người.

3.2.1.2. Trình độ cán bộ của bệnh viện

Bảng 3.5: Trình độ chung của CBYT tại bệnh viện:

Trình độ Năm	Sau ĐH		ĐH		Trung học		Sơ học		Cán bộ khác		Tổng số
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
2020	27	15,4	66	37,7	79	45,1	0	0	3	1,7	175
2021	32	15,6	101	49,3	67	32,7	0	0	5	2,4	205
2022	34	16,6	117	57	49	23,9	0	0	5	2,4	205
2023	31	14,8	121	57,6	53	25,2	0	0	5	2,4	210
2024	34	15,6	121	55,5	56	25,7	0	0	7	3,2	218

Nhận xét: Qua bảng 3.5 cho thấy, đội ngũ cán bộ y tế của bệnh viện có cơ cấu trình độ tương đối đồng đều, trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao từ 37,7 - 57,6%, sau đại học từ 14,8 - 16,6%, trình độ trung học từ 25,9 - 45,1%, cán bộ khác từ 1,7 - 3,2%.

3.2.1.3. Trình độ dược sĩ

Bảng 3.6: Trình độ dược sĩ

Trình độ Năm	Sau ĐH		ĐH		Trung học		Cao đẳng		Cán bộ khác		Tổng số
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
2020	0	0	2	9,5	4	19,0	12	57,1	3	14,3	21
2021	0	0	2	7,4	7	25,9	15	55,6	3	11,1	27
2022	0	0	3	16,7	8	44,4	11	61,1	2	11,1	18
2023	0	0	2	8,7	10	43,5	11	47,8	0	0,0	23
2024	0	0	2	8,7	10	43,5	11	47,8	0	0,0	23

Nhận xét: Qua bảng 3.6 cho thấy, đội ngũ dược sĩ của bệnh viện chủ yếu có trình độ trung cấp năm 2020 chiếm 19,0%, năm 2024 là 43,5%; cao đẳng năm 2020 chiếm 57,1%, năm 2024 là 47,8; Trong khi tỷ lệ dược sĩ đại học năm 2020 chiếm 9,5%, năm 2024 là 8,7%; Cán bộ khác chiếm tỷ lệ khá cao 14,3% (2020)

3.2.1.4. Trình độ bác sĩ

Bảng 3.7: Trình độ bác sĩ của bệnh viện

Trình độ Năm	Sau ĐH		ĐH		Tổng số
	SL	%	SL	%	
2020	24	42,9	32	57,1	56
2021	26	40,7	38	59,3	64
2022	24	37,5	40	62,5	64
2023	22	33,3	44	66,7	66
2024	23	34,8	43	65,2	66

Nhận xét: Qua bảng 3.7 cho thấy, trong giai đoạn 2020–2024, tổng số bác sĩ của bệnh viện có xu hướng tăng dần, từ 56 người năm 2020 lên 66 người năm 2024 (tăng 17,9%). Tuy nhiên, tỷ lệ bác sĩ có trình độ sau đại học lại giảm dần qua các năm, từ 42,9% năm 2020 xuống còn 34,8% năm 2024. Ngược lại, tỷ lệ bác sĩ có trình độ đại học tăng từ 57,1% lên 65,2%.

3.2.1.5. Phân bố CBYT trong bệnh viện

Bảng 3.8: Phân bố CBYT trong các khoa lâm sàng

Chỉ số	Năm				
	2020	2021	2022	2023	2024
Y tá, ĐD/BS	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2
Số lần khám/BS/1ngày	6	7	9	10	10
Số BN/BS	6	7	9	10	10
Tổng số giường	320	320	400	400	450
Số giường/CBYT	2,7	2,0	2,5	2,5	2,7
Số giường/BS	5,7	5,0	6,3	6,2	6,8

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, trong giai đoạn 2020–2024, một số chỉ số hoạt động chuyên môn của bệnh viện có xu hướng tăng rõ rệt, đặc biệt là số lần khám trung bình của một bác sĩ trong ngày và số bệnh nhân trung bình trên một bác sĩ. Cụ thể, số lần khám trung bình tăng từ 6 lần/năm 2020 lên 10 lần/năm 2024, số bệnh nhân trung bình trên bác sĩ cũng tăng tương ứng từ 6 lên 10 người. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng – bác sĩ (Y tá, ĐD/BS) duy trì ở mức thấp, chỉ khoảng 1,2–1,3 trong suốt giai đoạn 5 năm, thấp hơn khuyến cáo của Bộ Y tế (tối thiểu 2,5–3 điều dưỡng/1 bác sĩ đối với bệnh viện tuyến tỉnh).

3.2.2. Kinh phí của bệnh viện

3.2.2.1. Các nguồn thu cho bệnh viện

Bảng 3.9 : Các nguồn thu của bệnh viện (đơn vị : 1000 VND)

Năm		2020	2021	2022	2023	2024
Khoản thu						
Ngân sách NN	Số tiền	15.780.461	12.878.838	13.657.900	14.031.000	13.260.000
	%	26,67	21,84	18,78	15,90	14,25
Viện phí	Số tiền	7.441.817	6.149.266	8.662.788	10.749.398	11.427.680
	%	12,58	10,30	11,44	12,18	11,90
BHYT	Số tiền	35.932.386	40.663.492	50.375.897	63.460.847	68.314.109
	%	60,74	68,12	69,29	71,91	73,45

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, tổng nguồn thu của bệnh viện trong giai đoạn 2020–2024 có xu hướng tăng rõ rệt, trong đó nguồn thu từ Bảo hiểm y tế (BHYT) chiếm tỷ trọng cao nhất và tăng đều qua các năm, từ 35.932.386 nghìn đồng năm 2020 lên 68.314.109 nghìn đồng năm 2024. Nguồn thu viện phí cũng tăng dần, phản ánh sự mở rộng hoạt động chuyên môn và số lượng người bệnh sử dụng dịch vụ. Trong khi đó, nguồn ngân sách nhà nước có xu hướng giảm dần về tỷ trọng, từ 26,67% năm 2020 xuống còn 14,25% năm 2024, cho thấy bệnh viện ngày càng chủ động hơn trong tự chủ tài chính.

Bảng 3.10: Các nguồn thu của bệnh viện so với năm 2020

Năm Khoản thu	2020 (đv:1000đ)	2021		2022		2023		2024	
		Tổng	%	Tổng	%	Tổng	%	Tổng	%
Ngân sách NN	15.780.461	12.878.838	81.61	13.657.900	86.54	14.031.000	88.91	13.260.000	84.02
Viện phí trực tiếp	7.441.817	6.149.266	82.63	8.662.788	116,40	10.749.398	144,44	11.427.680	153.56
BHYT	35.932.386	40.663.492	113.16	50.375.897	140,19	63.460.847	176,61	68.314.109	190,11
Tổng	59154664	59691596	100.90	72696585	122,89	88241245	149,17	93001789	157,21

Nhận xét: Bảng 3.10 cho thấy, tổng nguồn thu chung của bệnh viện giai đoạn 2020 đến năm 2024 có xu hướng tăng đều qua các năm, trong đó tốc độ tăng chủ yếu đến từ nguồn thu viện phí trực tiếp và bảo hiểm y tế (BHYT). So với năm 2020, nguồn thu từ viện phí tăng 1,53 lần, còn nguồn thu từ BHYT tăng gần 1,90 lần vào năm 2024. Ngược lại, tỷ trọng nguồn thu từ ngân sách nhà nước có xu hướng giảm nhẹ, chỉ còn 84,02 % so với năm 2020, cho thấy bệnh viện ngày càng chủ động hơn về tài chính, giảm dần sự phụ thuộc vào ngân sách nhà nước.

3.2.2.2. Tình hình các khoản chi của bệnh viện so với năm 2020

Bảng 3.11: Các khoản chi của bệnh viện (đơn vị: 1000 VND)

Năm Khoản chi	2020	2021		2022		2023		2024	
		Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
Lương và phụ cấp cho CBYT	21.665.975	22.029.916	102	22.892.206	106	27.189.695	125	31.983.192	148
Cho thông tin, hội nghị	215.820	278.254	129	285.612	132%	331.278	153	393.585	182
Mua sắm	5.097.137	3.558.233	70	3.130.895	61	4.321.300	85	2.046.400	40
Sửa chữa, bảo dưỡng	3.061.728	3.888.186	127	4.078.013	133	5.768.020	188	6.268.605	205
Chuyên môn, nghiệp vụ	10.994.720	12.037.789	109	13.996.434	127	14.160.999	129	16.869.641	153
Các khoản chi khác	11.438.910	12.221.147	107	18.614.026	163	17.976.802	157	21.124.081	185
TB tiền chi /1 BN nội trú	4.329	4.433	102,4	5.387	124	5.621	130	6.329	146
TB tiền lương /1CBYT	8.807	8.955	101,7	9.306	105,7	10.790	122,5	12.226	139,2
Tổng chi	52.474.290	54.013.525		62.997.186		69.748.094		78.685.504	

Nhận xét: Qua Bảng 3.11 cho thấy, tổng chi của bệnh viện giai đoạn 2020–2024 tăng đều qua các năm, phản ánh quy mô hoạt động, nhân lực và dịch vụ ngày càng mở rộng. Tổng chi năm 2024 đạt 78.685,5 triệu đồng, tăng khoảng 1,5 lần so với năm 2020. Trong đó, khoản chi lớn nhất là tiền lương và phụ cấp cho cán bộ y tế, tăng từ 21.665,9 triệu đồng năm 2020 lên 31.983,2 triệu đồng năm 2024 (tăng 48%), chiếm tỷ trọng chủ yếu trong tổng chi.

Các khoản chi cho hoạt động chuyên môn, đào tạo, hội nghị, sửa chữa và mua sắm trang thiết bị cũng tăng mạnh, đặc biệt chi mua sắm và bảo dưỡng thiết bị y tế tăng gần gấp 4 lần so với năm 2020. Bên cạnh đó, chi phúc lợi và các khoản chi khác cũng tăng gần 1,8 lần.

3.2.3. Tình hình sử dụng thuốc và một số CLS của bệnh viện.

3.2.3.1. Tình hình sử dụng thuốc của bệnh viện.

Bảng 3.12: So sánh tình hình thuốc của các năm với năm 2020

Chi phí Năm	2020	2021		2022		2023		2024	
		Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
Chi phí thuốc (đv: 1000đ)	8.731.131	9.311.725	106,5	9.710.669	111,22	12.463.616	142,75	13.555.191	155,25
Chi phí thuốc / BN nội trú	2.651.407	4.092.968	154,40	4.458.795	168,18	5.280.358	199,15	5.902.462	222,58
Số chủng loại thuốc	294	329	111,90	341	115,98	461	156,80	387	131,63
Thuốc SX trong nước	6.345.896	6.880.389	108,42	6.621.060	104,37	9.556.282	150,59	10.730.312	169,09
Thuốc SX nước ngoài	2.385.235	2.431.336	101,93	3.089.609	129,53	2.907.334	121,89	2.824.879	118,43

Nhận xét: Giai đoạn 2020–2024, chi phí thuốc của bệnh viện tăng liên tục qua các năm, phản ánh quy mô điều trị và nhu cầu sử dụng thuốc ngày càng cao. Tổng chi phí thuốc tăng từ 8.731 triệu đồng năm 2020 lên 13.555 triệu đồng năm 2024, tương đương tăng 55,25%. Chi phí thuốc bình quân cho một bệnh nhân nội trú tăng mạnh, từ 2,65 triệu đồng năm 2020 lên 5,90 triệu đồng năm 2024 (gấp hơn 2,2 lần). Số chủng loại thuốc sử dụng có xu hướng tăng từ 294 lên 387 loại, phù hợp với yêu cầu đa dạng hóa thuốc điều trị. Đáng chú ý, tỷ trọng thuốc sản xuất trong nước tăng mạnh, từ 6.345 triệu đồng (2020) lên 10.730 triệu đồng (2024), tương đương tăng 69%, trong khi thuốc nhập khẩu tăng chậm hơn (tăng khoảng 18%).

3.2.3.2. Một số trang thiết bị CLS của bệnh viện.

Trong những năm gần đây, bệnh viện từng bước được đầu tư và bổ sung các trang thiết bị cận lâm sàng phục vụ cho công tác khám, chẩn đoán và điều trị. Các thiết bị hiện có cơ bản đáp ứng được nhu cầu chuyên môn của bệnh viện, bao gồm các máy xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thiết bị chuyên ngành phục hồi chức năng. Nhờ đó, chất lượng chẩn đoán và điều trị ngày càng được nâng cao, giúp hỗ trợ tốt hơn cho các khoa lâm sàng.

Tuy nhiên, một số thiết bị đã sử dụng lâu năm nên hiệu quả hoạt động chưa cao, cần được bảo dưỡng, sửa chữa hoặc thay thế định kỳ. Trong thời gian tới, bệnh viện cần tiếp tục được quan tâm đầu tư thêm các thiết bị hiện đại để phục vụ công tác chuyên môn, đáp ứng yêu cầu ngày càng cao trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân.

3.2.4. Tình hình khám và điều trị ở bệnh viện.

3.2.4.1. Hoạt động khám và điều trị

* Hoạt động khám và điều trị chung.

Bảng 3.13: Hoạt động khám và điều trị chung của BV

Số lượng BN		Năm	2020	2021	2022	2023	2024
BN ngoại trú	Số lượng		26413	28322	29537	32588	31463
	%		80,97	80,65	79,82	78,03	78,22
BN nội trú	Số lượng		6206	6796	7468	9175	8763
	%		19,03	19,35	20,18	21,97	21,78
Tổng số BN			32619	35118	37005	41763	40226

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, tổng số lượt người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện giai đoạn 2020–2024 có xu hướng tăng qua các năm. Số lượt khám ngoại trú tăng từ 26413 (2020)- lên 31463 (2024). Bệnh nhân điều trị nội trú cũng tăng dần từ 6206 lượt (2020) lên 8763 lượt (2024).

* Hoạt động khám bệnh và điều trị ngoại trú:

Bảng 3.14: Các hoạt động khám và điều trị ngoại trú BV

Số lượng		Năm	2020	2021	2022	2023	2024
Tổng số BN ngoại trú			26413	28322	29537	32588	31463
Số ngày ĐT ngoại trú			132065	141610	147685	162940	157315
Số ngày ĐT ngoại trú/BN			5	5	5	5	5
Tổng số lần khám			35126	29595	31212	33650	33552
Tỷ lệ BN khám có BHYT			32157	28098	30142	32619	31469
Tỷ lệ BN khám tự túc (%)			6,2	4,7	2,0	3,0	6,2

Nhận xét: Trong giai đoạn 2020–2024, hoạt động khám và điều trị ngoại trú của bệnh viện có xu hướng tăng ổn định qua các năm, phản ánh nhu cầu

khám chữa bệnh ngày càng cao của người dân. Tổng số bệnh nhân ngoại trú tăng từ 26.413 lượt năm 2020 lên 31.463 lượt năm 2024, tương đương tăng khoảng 19%.

Tỷ lệ bệnh nhân khám bằng bảo hiểm y tế (BHYT) luôn chiếm tỷ lệ cao (trên 90%).

* Hoạt động điều trị nội trú:

Bảng 3.15: Tình hình hoạt động điều trị nội trú BV

Số lượng		Năm	2020	2021	2022	2023	2024
Tổng số BN nội trú			6206	6796	7468	9175	8763
Tổng số giường			320	320	400	400	450
BN có BHYT	Số lượng		6162	6752	7420	9149	8747
	%		99,3	99,35	99,4	99,7	99,8
BN khoa Lão	Số lượng		1595	1774	1966	2454	2323
	%		25,7	26,1	26,1	26,6	26,3
BN khoa Nội TH	Số lượng		1601	1707	1892	2226	2086
	%		258	25,1	25,1	24,1	23,6
BN khoa Ngoại – Phụ và CK	Số lượng		1458	1699	1854	2250	2232
	%		23,5	25,0	24,6	24,4	25,3
Khoa PHCN	Số lượng		1552	1631	1819	2307	2185
	%		25,0	24,0	24,2	25,0	24,8
Số ngày điều trị nội trú			66156	79170	94531	125755	121633
TB số ngày ĐT/ BN			10,66	11,6	12,7	13,71	13,88
Số ngày ĐT/giường bệnh			206,74	247,41	236,33	314,39	270,3
Hiệu suất sử dụng giường			72,52	61,97	64,7	86,1	74,1

Nhận xét: Trong giai đoạn 2020–2024, hoạt động điều trị nội trú của bệnh viện có xu hướng tăng dần cả về quy mô và hiệu quả sử dụng giường bệnh. Tổng số bệnh nhân nội trú tăng từ 6206 người năm 2020 lên 8763 người năm 2024, tương ứng tăng khoảng 45%. Cùng với đó, tổng số giường bệnh cũng được bổ sung qua các năm, giúp đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị của người bệnh.

Tỷ lệ bệnh nhân có bảo hiểm y tế (BHYT) chiếm tỷ trọng rất cao (trên 95%). Số ngày điều trị trung bình của bệnh nhân tăng nhẹ qua các năm (từ 10,06 ngày năm 2020 lên 13,88 ngày năm 2024). Hiệu suất sử dụng giường bệnh tăng ổn định từ 72,52% lên 74,1%.

3.2.4.2. Hoạt động cận lâm sàng.

* Các loại cận lâm sàng được sử dụng trong bệnh viện.

Bảng 3.16: Tỷ lệ các loại CLS được sử dụng trong bệnh viện so với năm 2020

Năm Loại CLS	2020	2021		2022		2023		2024	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Huyết học	21834	16071	73,6	19958	91,4	23202	106,3	27580	126,3
Hoá sinh	41713	24978	59,9	31283	75,0	40198	96,4	46435	111,3
VK	23	21	91,3	15	65,2	27	117,4	19	82,6
Chụp XQ	11309	9832	86,9	14731	130,3	16039	141,8	17124	151,4
Siêu âm	17629	14582	82,7	19166	108,7	22537	127,8	22074	125,2
Điện tim	4233	3299	77,9	6931	163,7	8682	205,1	9154	216,3
Điện não	-	-	-	194	-	316	-	271	-
C.T	1176	463	39,4	367	31,2	615	52,3	807	68,6
Nội soi	2615	2024	77,4	2049	78,4	2042	78,1	1949	74,5
Tổng	100532	71270		94694		113658		125413	

Nhận xét: Số liệu tại Bảng 3.16 cho thấy, tổng số lượt cận lâm sàng được thực hiện tại bệnh viện có xu hướng tăng qua các năm, từ 100532 lượt năm 2020 lên 125413 lượt năm 2024, tương ứng tăng khoảng 19%. Trong cơ cấu các loại cận lâm sàng, xét nghiệm huyết học và hóa sinh chiếm tỷ trọng lớn, đồng thời có mức tăng ổn định, lần lượt đạt 126,3% và 111,3% so với năm 2020.

Ngược lại, xét nghiệm vi sinh có xu hướng giảm nhẹ, chỉ đạt 82,6%, cho thấy hoạt động xét nghiệm chuyên sâu này chưa được đẩy mạnh tương xứng. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp X-quang, siêu âm và điện tim đều tăng so với năm 2020; trong đó, điện tim có mức tăng cao nhất (216,3%). Một số kỹ thuật chuyên sâu như chụp cắt lớp vi tính (C.T) và nội soi có sự biến động, tuy nhiên đến năm 2024 vẫn thấp hơn so với năm 2020 (chỉ đạt 68,6% và 74,5%).

* Tình hình sử dụng các xét nghiệm CLS

Bảng 3.17: Tình hình sử dụng xét nghiệm CLS thuộc khu vực nội trú và ngoại trú

Khu vực \ Năm		2020	2021	2022	2023	2024
Nội trú	Tổng số CLS	3103	3465	4895	7759	7855
	%	0,50	0,51	0,65	0,84	0,89
	Số CLS/1 BN	0,50	0,51	0,65	0,84	0,89
Ngoại trú	Tổng số CLS	97429	67804	89798	105898	117557
	%	3,69	2,39	3,04	3,24	3,73
	Số CLS/1 BN	3,69	2,39	3,04	3,24	3,73

Nhận xét: Số liệu tại Bảng 3.17 cho thấy, số lượt xét nghiệm cận lâm sàng (CLS) thực hiện cho bệnh nhân nội trú và ngoại trú đều có xu hướng tăng qua các năm. Tổng số CLS tại khu vực nội trú tăng từ 3103 lượt năm 2020 lên

7855 lượt năm 2024, tương ứng tăng hơn 2,5 lần. Tỷ lệ CLS bình quân trên một bệnh nhân nội trú cũng tăng dần, từ 0,50 lên 0,89, phản ánh xu hướng tăng cường chỉ định xét nghiệm phục vụ chẩn đoán và theo dõi điều trị.

Đối với khu vực ngoại trú, tổng số CLS thực hiện cũng tăng từ 97429 lượt năm 2020 lên 117557 lượt năm 2024 (tăng khoảng 20,7%). Tuy nhiên, tỷ lệ CLS bình quân trên một bệnh nhân ngoại trú dao động nhẹ trong giai đoạn 2020–2023 và tăng trở lại vào năm 2024 (từ 3,69 lên 3,73).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Về mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT-PHCN tỉnh Phú Thọ

4.1.1. Mô hình bệnh tật theo ICD 10 tại khoa khám bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong giai đoạn 2020–2024, tổng số lượt bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ tăng dần qua các năm. Trong đó, hai nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (chương IV) chiếm khoảng 27,2%, bệnh hệ tuần hoàn (chương IX, ICD-10) chiếm trung bình 24,9%. Tiếp đến là bệnh cơ xương khớp và mô liên kết (chương XIII) chiếm 8,9%, bệnh hô hấp (chương X) chiếm 7,7%, và bệnh hệ tiêu hóa (chương XI) chiếm 6,9%. Các bệnh hiếm gặp là các bệnh thuộc nhóm: Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế; Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh; Di tật bẩm sinh, biến dạng bất thường về NST; Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong; Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản; Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và một số rối loạn liên quan tới cơ chế miễn dịch; Rối loạn tâm thần và hành vi.

Như vậy, bệnh của hệ bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa có xu hướng tăng dần và chiếm tỷ lệ khá cao.

Cơ cấu bệnh tật này phản ánh đặc thù mô hình bệnh lý điều trị tại các bệnh viện Y học cổ truyền tuyến tỉnh, trong đó tỷ lệ bệnh mạn tính không lây chiếm ưu thế, còn bệnh cấp tính và truyền nhiễm chiếm tỷ lệ rất thấp. So với các nghiên cứu tại các bệnh viện YHCT tuyến trung ương và khu vực, mô hình bệnh tật tại cơ sở nghiên cứu có xu hướng tương đồng, cho thấy sự thống nhất chung trong định hướng hoạt động của hệ thống bệnh viện YHCT hiện nay.

Kết quả này có nhiều điểm tương đồng so với mô hình bệnh tật chung của nước ta thuộc nhóm mô hình bệnh tật của các nước đang phát triển. So sánh kết quả nghiên cứu của bệnh viện tuyến huyện của Hồ Mỹ Dung (2015) cho thấy: tỷ lệ mắc nhóm bệnh này. Nhóm bệnh không lây chiếm tỷ lệ cao nhất

(51.8%) và nhóm tai nạn, chấn thương, ngộ độc chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,3%). Nhóm bệnh lây nhiễm có xu hướng giảm dần theo độ tuổi, còn nhóm bệnh không lây có xu hướng tăng dần theo độ tuổi. Các bệnh/ chứng bệnh gặp phổ biến nhất là: tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm đường hô hấp trên, viêm đường hô hấp dưới. Phần lớn bệnh nhân được kê đơn điều trị ngoại trú (chiếm 82,6%), tỷ lệ bệnh nhân chuyển viện chiếm 17,4%. Trong số chuyển viện, bệnh hay gặp nhất là bệnh ung bướu (17,1%) và bệnh tim mạch (13,6%)[55]. Cơ cấu bệnh này phù hợp với đặc điểm chuyên môn của bệnh viện Y học cổ truyền, nơi điều trị chủ yếu các bệnh mạn tính, phục hồi chức năng và chăm sóc sức khỏe toàn diện. Theo phân loại Y học cổ truyền tập trung chủ yếu vào các chứng Can khí uất kết, Tỳ vị hư nhược, Thấp nhiệt, và Can dương vượng, phản ánh đặc điểm mô hình bệnh tật mạn tính, liên quan đến rối loạn chức năng tạng phủ do sinh hoạt, ăn uống và căng thẳng tinh thần kéo dài. Các bệnh thuộc nhóm phong thấp tý, đàm ẩm, và khí huyết hư cũng chiếm tỷ lệ đáng kể, phù hợp với nhóm bệnh lý thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Vũ Thị Kim Anh và cộng sự tại Trung tâm y tế Bàu Bàng tỉnh Bình Dương: Chương bệnh về hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 34%, tiếp đến là chương bệnh hệ tuần hoàn là 15,7%, ngoài ra các chương bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa; chương hệ tiêu hóa, hệ cơ xương khớp và mô liên kết đều chiếm trên 6%. Mười bệnh thường gặp nhất bao gồm nhiễm trùng hô hấp trên cấp 15,64%, tăng huyết áp 9,64%, nhiễm trùng hô hấp dưới cấp khác 7,77%, đái tháo đường 7,64%, bệnh dạ dày tá tràng 5,65%, bệnh hô hấp dưới mạn tính 5,62%.[56]. Mô hình bệnh tật tại Trung tâm Y tế huyện mang tính đa dạng, cấp tính, dịch tễ học rõ rệt, thể hiện chức năng chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng, phát hiện sớm và xử lý dịch bệnh trong cộng đồng.

Đáng chú ý, nhóm bệnh hô hấp (chương X) và tiêu hóa (chương XI) cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (khoảng 6–8%), phản ánh ảnh hưởng của ô nhiễm không khí, thói quen ăn uống thiếu khoa học và stress nghề nghiệp, đặc biệt sau đại

dịch COVID-19. Một phần không nhỏ bệnh nhân đến khám với triệu chứng mạn tính như ho kéo dài, viêm dạ dày, rối loạn tiêu hóa chức năng – những nhóm bệnh mà YHCT có nhiều phương pháp điều trị hiệu quả, như châm cứu, xoa bóp, và dùng thuốc nam, thuốc bắc kết hợp YHHĐ.

Số liệu của bệnh viện cũng cho thấy các bệnh thuộc nhóm thần kinh và tâm thần (chương V, VI) chỉ chiếm dưới 5%, thấp hơn so với tỷ lệ trung bình 8–10% tại các bệnh viện YHCT đô thị lớn [39]. Điều này phản ánh đặc điểm vùng trung du, nơi người bệnh thường tìm đến tuyến chuyên khoa tâm thần hoặc bệnh viện đa khoa trước khi chuyển sang điều trị YHCT. Đây cũng là điều kiện để bệnh viện nên mở rộng mô hình bệnh tật khám, điều trị đặc biệt trong các rối loạn như mất ngủ, lo âu, trầm cảm nhẹ, có thể đáp ứng tốt với châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và dược liệu an thần.

Nhìn chung, mô hình bệnh tật tại khoa khám bệnh của Bệnh viện Y Dược cổ truyền & Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ cho thấy sự chuyển dịch rõ nét từ bệnh lây sang bệnh không lây, từ cấp tính sang mạn tính, phù hợp với xu thế dịch tễ học quốc gia. Kết quả này cũng góp phần khẳng định vai trò ngày càng quan trọng của Y học cổ truyền trong quản lý bệnh mạn tính, phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh.

4.1.2. Mô hình bệnh tật theo ICD 10 ở khu điều trị nội trú

Kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện trong giai đoạn 2020–2024 tập trung chủ yếu vào các nhóm bệnh cơ xương khớp giao động từ 67,7- 76,02%, bệnh hệ thần kinh từ 8,83- 11,59%; bệnh hệ tuần hoàn từ 3,01- 4,35%; Trong đó, đau vai gáy, đau thắt lưng, rối loạn giấc ngủ và tăng huyết áp là những bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất qua các năm. Theo YHCT, nguyên nhân gây lên các bệnh trên do phong thấp tý, can thận âm hư, tỳ khí hư và can khí uất kết là những bệnh có số lượng bệnh nhân điều trị nội trú cao nhất. Đây đều là các chứng mạn tính, thường gặp ở người trung niên và cao tuổi, có liên quan đến suy giảm chức năng tạng phủ và

ảnh hưởng của thời tiết nóng ẩm. Bên cạnh đó, các chứng đàm ẩm nội đình và can dương thượng cang cũng xuất hiện với tỷ lệ đáng kể, phản ánh mô hình bệnh tật đặc trưng của Y học cổ truyền trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh và tuần hoàn Đây đều là những bệnh mạn tính, kéo dài, đòi hỏi quá trình điều trị lâu dài kết hợp giữa Y học hiện đại và Y học cổ truyền nhằm kiểm soát triệu chứng, phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Kết quả này phù hợp với tình trạng chung về mô hình bệnh tật ở các bệnh viện thuộc Y học cổ truyền và tương đương với kết quả mô hình bệnh tật nghiên cứu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2017 với kết quả bệnh thường gặp nhất chủ yếu là các nhóm bệnh của của hệ cơ xương khớp và mô liên kết chiếm (27,59%); thứ hai là các bệnh thuộc nhóm bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết. chiếm (26,25%); Rối loạn tâm thần và hành vi chiếm (12,76%); kế tiếp là Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác chiếm (5,90%); sau nữa là các bệnh thuộc hệ Bệnh của hệ tuần hoàn (4,52%). Kết quả này phù hợp với tình trạng chung về mô hình bệnh tật ở các bệnh viện thuộc Y học cổ truyền và tương đương với kết quả mô hình bệnh tật nghiên cứu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2017, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Quý Hoàng (2021) tại Bệnh viện YHCT tỉnh Lào Cai, khi nhóm bệnh tuần hoàn và cơ xương khớp cũng chiếm tỷ lệ cao nhất [48].

Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Lữ Thúy Vi (2022) tại Khoa YHCT Bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận nhóm rối loạn chuyển hóa – nội tiết chiếm 25,7%, và nhóm cơ xương khớp chiếm 20,4% [49].

Còn tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thanh Hóa, theo Mai Nam (2022), hai nhóm bệnh phổ biến nhất là cơ xương khớp và tuần hoàn [50]. Xu hướng tăng dần của các bệnh tuần hoàn, nội tiết, cơ xương khớp cũng phù hợp với báo cáo Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease 2019) của Tổ chức

Y tế Thế giới (WHO), trong đó chỉ ra rằng tại các quốc gia đang phát triển, nhóm bệnh không lây nhiễm (NCDs) như tăng huyết áp, đái tháo đường, thoái hóa khớp và bệnh mạch vành đang chiếm trên 70% tổng gánh nặng bệnh tật.

Nguyên nhân dẫn đến sự gia tăng các bệnh cơ xương khớp và thần kinh có thể liên quan đến sự thay đổi mô hình lao động – sinh hoạt của người dân, đặc biệt là thói quen ít vận động, ngồi lâu, căng thẳng thần kinh, cùng với quá trình già hóa dân số khiến tỷ lệ bệnh mạn tính tăng cao. Bên cạnh đó, hiệu quả điều trị tốt của YHCT đối với các bệnh này cũng khiến người dân có xu hướng lựa chọn điều trị nội trú tại các bệnh viện YHCT nhiều hơn.

So sánh với nghiên cứu của Phạm Quý Hoàng (2021) tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Lào Cai, nhóm bệnh cơ xương khớp cũng chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đến là bệnh thần kinh và tiêu hóa [48]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Mai Hương (2022) tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đồng Nai cho kết quả tương tự [51]. Như vậy, kết quả tại Phú Thọ phù hợp với xu hướng chung của các bệnh viện Y học cổ truyền tuyến tỉnh, nơi điều trị chủ yếu các bệnh mạn tính, phục hồi chức năng và các rối loạn cơ năng.

Về xu hướng biến động, số liệu của bệnh viện cho thấy tỷ lệ bệnh cơ xương khớp và bệnh thần kinh tăng nhẹ qua các năm, phản ánh nhu cầu ngày càng lớn về phục hồi chức năng, đặc biệt ở người cao tuổi và người lao động trong môi trường ít vận động. Xu hướng này phù hợp với nhận định của WHO (2019), rằng các bệnh cơ xương khớp là một trong mười nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn cầu.

Một điểm đáng chú ý là tỷ lệ bệnh trúng phong và rối loạn tiền đình (chóng mặt, huyễn vờng) chiếm khoảng 9–10%, cao hơn so với các bệnh viện Y học cổ truyền ở khu vực đồng bằng như Hưng Yên hay Hải Dương [43], [45]. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm dân cư vùng trung du, nơi tỉ lệ người cao tuổi và bệnh nhân tăng huyết áp cao hơn trung bình cả nước, dẫn đến nhiều trường hợp di chứng liệt, rối loạn thăng bằng, cần phục hồi chức năng kéo dài.

Như vậy, mô hình bệnh tật nội trú của bệnh viện phản ánh đặc thù của cơ sở chuyên khoa Y học cổ truyền – tập trung vào điều trị bệnh mạn tính, hậu quả của các bệnh lý mạch máu, thần kinh và cơ xương khớp. Kết quả này góp phần cung cấp căn cứ cho việc điều chỉnh kế hoạch nhân lực, trang thiết bị và thuốc y học cổ truyền, phù hợp hơn với cơ cấu bệnh hiện nay.

Nhìn chung, mô hình bệnh tật theo ICD-10 ở khu điều trị nội trú phản ánh đúng vai trò của Y học cổ truyền trong điều trị, phục hồi và chăm sóc toàn diện người bệnh, đặc biệt là các bệnh lý mạn tính, chức năng và không lây nhiễm. Kết quả này là cơ sở quan trọng để bệnh viện tiếp tục định hướng phát triển chuyên sâu các khoa cơ xương khớp, thần kinh và tim mạch, đồng thời tăng cường kết hợp điều trị y học hiện đại – y học cổ truyền nhằm nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh trong thời gian tới.

4.2. Về nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.

4.2.1. Về nguồn nhân lực của bệnh viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nguồn nhân lực của bệnh viện trong giai đoạn 2020–2024 có xu hướng tăng nhẹ về số lượng và từng bước được nâng cao về chất lượng chuyên môn. Trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao từ 37,7 - 57,6%, sau đại học từ 14,8 - 16,6%, trình độ trung học từ 25,9 - 45,1%, cán bộ khác từ 1,7 - 3,2%. Đội ngũ cán bộ y tế của bệnh viện có cơ cấu tương đối hợp lý giữa các nhóm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và dược sĩ. Tuy nhiên, tỷ lệ điều dưỡng/bác sĩ vẫn còn thấp (chỉ đạt khoảng 1,2 - 1,3) so với khuyến cáo của Bộ Y tế (tối thiểu 2,5 - 3 điều dưỡng/1 bác sĩ đối với bệnh viện tuyến tỉnh). Điều này phản ánh sự mất cân đối trong cơ cấu nhân lực, có thể ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc toàn diện và công tác điều trị người bệnh.

Trình độ chuyên môn của đội ngũ cán bộ có xu hướng cải thiện, với tỷ lệ bác sĩ sau đại học và cán bộ có trình độ đại học tăng dần qua các năm, cho thấy bệnh viện đã quan tâm hơn đến hoạt động đào tạo, bồi dưỡng nâng cao năng

lực. Tuy nhiên, tỷ lệ cán bộ có trình độ sau đại học vẫn còn thấp so với yêu cầu phát triển chuyên môn sâu và nhiệm vụ tự chủ bệnh viện trong giai đoạn hiện nay.

Đối với đội ngũ dược sĩ, mặc dù tổng số có tăng qua các năm nhưng chủ yếu vẫn ở trình độ trung cấp và cao đẳng, trong khi dược sĩ đại học và sau đại học chiếm tỷ lệ nhỏ. Điều này cho thấy công tác phát triển nhân lực dược lâm sàng – một lĩnh vực quan trọng trong quản lý và sử dụng thuốc an toàn, hợp lý – cần tiếp tục được quan tâm, đặc biệt trong bối cảnh bệnh viện triển khai điều trị kết hợp giữa thuốc YHCT và thuốc YHHĐ.

Nhìn chung, nguồn nhân lực của bệnh viện đã đáp ứng được yêu cầu cơ bản về quy mô hoạt động, song vẫn cần được củng cố về cơ cấu, nâng cao chất lượng, đặc biệt là đào tạo chuyên sâu và phát triển nhân lực trẻ kế cận. Bệnh viện cần có chiến lược đào tạo dài hạn, khuyến khích học tập nâng cao trình độ, đồng thời xây dựng chính sách thu hút và giữ chân nhân lực có trình độ cao, nhằm đảm bảo nguồn lực ổn định, đáp ứng mục tiêu phát triển bệnh viện Y học cổ truyền theo hướng chuyên sâu, hiện đại và hội nhập.

4.2.2. Tình hình kinh phí của bệnh viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng nguồn kinh phí của bệnh viện trong giai đoạn 2020–2024 tăng dần qua các năm, phản ánh sự phát triển về quy mô hoạt động và năng lực tự chủ tài chính của đơn vị. Trong cơ cấu nguồn thu, nguồn thu từ bảo hiểm y tế (BHYT) chiếm tỷ trọng lớn nhất và có xu hướng tăng đều, từ 35,9 tỷ đồng năm 2020 lên hơn 68,3 tỷ đồng năm 2024. Điều này cho thấy số lượng người bệnh có thẻ BHYT đến khám và điều trị tại bệnh viện ngày càng nhiều, đồng thời thể hiện hiệu quả của công tác thanh toán, quản lý và sử dụng quỹ BHYT tại đơn vị.

Nguồn thu viện phí cũng có xu hướng tăng, phản ánh sự mở rộng hoạt động chuyên môn, tăng số lượng kỹ thuật điều trị, cũng như uy tín của bệnh viện trong công tác khám chữa bệnh bằng Y học cổ truyền. Ngược lại, nguồn ngân sách nhà nước cấp có xu hướng giảm dần về tỷ trọng, từ 28,07% năm

2020 xuống còn 14,33% năm 2024, phù hợp với chủ trương tăng cường tự chủ tài chính của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập theo Nghị định số 60/2021/NĐ-CP của Chính phủ.

Cơ cấu nguồn kinh phí như vậy cho thấy bệnh viện đã từng bước chủ động trong việc tạo nguồn thu, giảm dần sự phụ thuộc vào ngân sách, đồng thời nâng cao năng lực quản lý tài chính và điều hành chi phí hiệu quả hơn. Tuy nhiên, sự gia tăng tỷ trọng nguồn thu từ BHYT cũng đồng nghĩa với việc bệnh viện cần quản lý chặt chẽ hoạt động chuyên môn, kiểm soát chi phí hợp lý và đảm bảo tuân thủ quy định về thanh quyết toán bảo hiểm y tế.

Nhìn chung, tình hình kinh phí của bệnh viện trong giai đoạn nghiên cứu thể hiện xu hướng phát triển ổn định, bền vững và phù hợp với định hướng đổi mới cơ chế tài chính y tế hiện nay. Để nâng cao hơn nữa hiệu quả sử dụng kinh phí, bệnh viện cần tiếp tục đa dạng hóa nguồn thu, đẩy mạnh dịch vụ kỹ thuật chất lượng cao, khám chữa bệnh theo yêu cầu, và tăng cường quản lý chi phí nội bộ, góp phần củng cố năng lực tự chủ tài chính, đảm bảo nguồn lực cho hoạt động chuyên môn và đầu tư phát triển lâu dài.

4.2.3. Tình hình thuốc và một số trang thiết bị CLS của bệnh viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong giai đoạn 2020–2024, tình hình cung ứng và sử dụng thuốc tại bệnh viện tương đối ổn định, đáp ứng cơ bản nhu cầu điều trị của người bệnh. Tổng chi phí thuốc tăng từ 8.731 triệu đồng năm 2020 lên 13.555 triệu đồng năm 2024, tương đương tăng 55,25%. Tỷ trọng chi phí thuốc trong tổng chi dao động từ 16,4% đến 20,1%. Bệnh viện duy trì đầy đủ các nhóm thuốc theo danh mục thuốc thiết yếu do Bộ Y tế ban hành. Nguồn cung chủ yếu được đấu thầu tập trung hoặc ký kết với các đơn vị có giấy phép hành nghề hợp pháp, bảo đảm chất lượng, nguồn gốc rõ ràng, tuân thủ đúng quy định.

Về trang thiết bị cận lâm sàng, bệnh viện đã được trang bị các thiết bị cơ bản phục vụ chẩn đoán và theo dõi điều trị như máy xét nghiệm sinh hóa, huyết

học, siêu âm, điện tim, X-quang kỹ thuật số, và một số thiết bị hỗ trợ phục hồi chức năng. Tuy nhiên, một số thiết bị có thời gian sử dụng lâu năm, cần được nâng cấp hoặc thay thế để đảm bảo độ chính xác và an toàn trong khám chữa bệnh. Đặc biệt, việc đầu tư thêm các thiết bị cận lâm sàng hiện đại như máy đo loãng xương, điện châm tự động, từ trường trị liệu, hay máy kéo giãn cột sống sẽ giúp nâng cao hiệu quả điều trị, nhất là trong các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh – nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao tại bệnh viện.

Nhìn chung, bệnh viện đã bảo đảm tương đối tốt công tác cung ứng thuốc và trang thiết bị phục vụ điều trị, song cần tiếp tục chuẩn hóa quy trình quản lý thuốc cổ truyền, đầu tư nâng cấp thiết bị cận lâm sàng, và tăng cường giám sát chất lượng dược liệu, nhằm nâng cao hơn nữa hiệu quả chẩn đoán – điều trị, đáp ứng yêu cầu phát triển bệnh viện YHCT trong giai đoạn mới.

4.2.4. Về tình hình các hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong giai đoạn 2020–2024, hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện có xu hướng tăng đều cả về quy mô và chất lượng chuyên môn. Tổng số lượt người bệnh đến khám và điều trị tăng rõ rệt, từ 32.619 lượt năm 2020 lên 40.226 lượt năm 2024, thể hiện sự tin tưởng của người dân đối với bệnh viện. Trong đó, khám ngoại trú chiếm tỷ trọng chủ yếu (khoảng 78–81%), phản ánh đặc thù của bệnh viện tuyến tỉnh chủ yếu tiếp nhận, điều trị và theo dõi các bệnh mạn tính, rối loạn chức năng cần điều trị lâu dài.

Số lượng bệnh nhân điều trị nội trú cũng tăng qua các năm, đặc biệt giai đoạn 2022–2023, cho thấy năng lực chuyên môn, cơ sở vật chất và trang thiết bị của bệnh viện được củng cố, đáp ứng tốt hơn nhu cầu điều trị nội trú. Tuy nhiên, năm 2024 có giảm nhẹ so với năm trước, nguyên nhân có thể do thay đổi mô hình bệnh tật trong cộng đồng, tác động của chính sách BHYT, hoặc người dân lựa chọn điều trị ngoại trú nhiều hơn. Dù vậy, tổng số bệnh nhân điều trị vẫn ở mức cao, chứng tỏ bệnh viện duy trì ổn định hoạt động và hiệu quả chuyên môn.

Về cơ cấu bệnh tật, nhóm bệnh cơ xương khớp, thần kinh và tiêu hóa vẫn chiếm tỷ lệ cao, phù hợp với định hướng điều trị thế mạnh của YHCT. Việc triển khai kết hợp các phương pháp không dùng thuốc (châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh...) cùng thuốc y học cổ truyền đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Nhìn chung, các hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện trong 5 năm qua cho thấy hiệu quả rõ rệt cả về quy mô, chất lượng và khả năng đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân, đồng thời khẳng định vai trò quan trọng của YHCT trong công tác khám chữa bệnh, phục hồi chức năng và phòng bệnh. Trong thời gian tới, bệnh viện cần tiếp tục đa dạng hóa dịch vụ, tăng cường đào tạo chuyên sâu, đầu tư cơ sở vật chất – trang thiết bị hiện đại, và đẩy mạnh kết hợp YHCT với YHHĐ, hướng tới mục tiêu phát triển bền vững và hội nhập.

4.2.5. Hoạt động cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong giai đoạn 2020–2024, hoạt động cận lâm sàng (CLS) của bệnh viện từng bước được củng cố và mở rộng, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu khám, chẩn đoán và điều trị của người bệnh. Các kỹ thuật CLS chủ yếu bao gồm: xét nghiệm huyết học, sinh hóa, nước tiểu, chẩn đoán hình ảnh (X-quang, siêu âm, điện tim), có xu hướng tăng qua các năm, từ 100532 lượt năm 2020 lên 125413 lượt năm 2024, tương ứng tăng khoảng 24,74%. Trong cơ cấu các loại cận lâm sàng, xét nghiệm huyết học và hóa sinh chiếm tỷ trọng lớn, đồng thời có mức tăng ổn định, lần lượt đạt 126,3% và 111,3% so với năm 2020. và một số kỹ thuật phục hồi chức năng hỗ trợ điều trị. Việc triển khai đồng bộ các hoạt động cận lâm sàng đã góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, theo dõi diễn biến bệnh và đánh giá hiệu quả điều trị, đặc biệt trong bối cảnh bệnh viện ngày càng tiếp nhận nhiều bệnh nhân mạn tính, đa bệnh lý.

Bên cạnh đó, việc ứng dụng các thiết bị hiện đại như X-quang kỹ thuật số, máy siêu âm màu, máy xét nghiệm tự động đã giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán, giảm sai số, và hỗ trợ bác sĩ đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn. Tuy nhiên, một số thiết bị cũ đã qua nhiều năm sử dụng, hiệu suất thấp, cần được nâng cấp hoặc thay thế để đảm bảo độ tin cậy và an toàn trong quá trình sử dụng. Ngoài ra, một số kỹ thuật cận lâm sàng chuyên sâu (như đo loãng xương, điện não đồ, siêu âm Doppler mạch máu...) vẫn chưa được triển khai thường quy, hạn chế khả năng chẩn đoán sớm và toàn diện cho một số nhóm bệnh. Đối với lĩnh vực Y học cổ truyền, hoạt động cận lâm sàng giữ vai trò quan trọng trong việc kết hợp y học hiện đại để hỗ trợ chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị bằng YHCT. Nhờ sự phối hợp này, công tác điều trị trở nên toàn diện hơn, giúp bác sĩ vừa nắm được biểu hiện bệnh lý theo y học hiện đại, vừa xác định được căn nguyên theo học thuyết tạng phủ và khí – huyết – tân dịch.

Nhìn chung, hoạt động cận lâm sàng của bệnh viện trong giai đoạn nghiên cứu đã phát huy tốt vai trò hỗ trợ chuyên môn, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Trong thời gian tới, bệnh viện cần tiếp tục đầu tư nâng cấp thiết bị, đào tạo cán bộ kỹ thuật viên chuyên sâu, chuẩn hóa quy trình thực hành CLS, đồng thời tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và lưu trữ kết quả cận lâm sàng, nhằm nâng cao hiệu quả chuyên môn và tiến tới đạt chuẩn bệnh viện Y học cổ truyền hiện đại.

KẾT LUẬN

1. Về mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.

Mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ trong giai đoạn 2020–2024 phản ánh rõ đặc thù của cơ sở điều trị Y học cổ truyền tuyến tỉnh, tập trung chủ yếu vào các bệnh mạn tính, không lây và rối loạn chức năng.

* Tại khoa khám bệnh

- Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá chiếm tỷ lệ cao nhất 27,24%
- Bệnh của hệ tuần hoàn với 24,91%.
- Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết 8,90%
- Bệnh của hệ tiêu hoá 6,87%

Kết quả này cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tập trung chủ yếu ở hai nhóm bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá và bệnh của hệ tuần hoàn, phản ánh xu hướng phân bố không đồng đều giữa các nhóm bệnh trong giai đoạn nghiên cứu.

* Tại khu điều trị nội trú, các bệnh cơ xương khớp, thần kinh và tuần hoàn vẫn chiếm ưu thế.

- Chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh: Đau dây thần kinh tọa 31.42%
- Đau vùng cổ gáy đứng thứ hai, chiếm 22.80 %
- Đau lưng đứng thứ ba, chiếm 13.11 %,
- Viêm bao hoạt dịch co thắt khớp vai đứng thứ tư: 8.21%
- Các chứng bệnh khác như chiếm tỷ lệ nhỏ hơn nhưng vẫn thể hiện sự ổn định tương đối qua các năm.

Nhìn chung, mô hình bệnh tật của bệnh viện ổn định, phù hợp với xu hướng chuyển dịch bệnh tật chung của xã hội hiện nay, trong đó các bệnh mạn tính không lây, bệnh do rối loạn chuyển hóa và bệnh lý cơ năng ngày càng gia tăng. Các chứng bệnh theo Y học cổ truyền thường gặp nhất là phong thấp tý, can thận âm hư, tỳ khí hư và can khí uất kết, phản ánh tính đặc thù của điều trị lâu dài, phục hồi chức năng và dưỡng sinh. Kết quả này khẳng định vai trò của

Y học cổ truyền trong chăm sóc, điều trị và phục hồi sức khỏe toàn diện, đồng thời là cơ sở quan trọng để định hướng phát triển chuyên môn và đầu tư trang thiết bị, nhân lực phù hợp trong giai đoạn tới.

2. Về nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ giai đoạn 2020-2024.

Trong giai đoạn 2020–2024, nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh của Bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ đã có nhiều chuyển biến tích cực, thể hiện sự phát triển ổn định và bền vững của đơn vị.

Về nhân lực, đội ngũ cán bộ y tế được củng cố cả về số lượng và chất lượng, cơ cấu hợp lý giữa các nhóm chức danh. Trình độ đại học chiếm tỷ lệ cao từ 37,7 - 57,6%, sau đại học từ 14,8 - 16,6%, trình độ trung học từ 25,9 - 45,1%, cán bộ khác từ 1,7 - 3,2%. Phản ánh xu hướng nâng cao chất lượng nguồn nhân lực trong giai đoạn gần đây của bệnh viện, tuy nhiên vẫn cần tiếp tục đào tạo, bồi dưỡng chuyên sâu trong các lĩnh vực phục hồi chức năng, chẩn đoán hình ảnh và dược lâm sàng để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh.

Về cơ sở vật chất và trang thiết bị, bệnh viện đã từng bước đầu tư, nâng cấp nhiều hạng mục, bổ sung các thiết bị hiện đại phục vụ chẩn đoán và điều trị, góp phần nâng cao chất lượng chuyên môn. Một số trang thiết bị chuyên sâu cho lĩnh vực Y học cổ truyền còn hạn chế, cần được quan tâm đầu tư đồng bộ hơn trong thời gian tới.

Về nguồn tài chính, bệnh viện đã chủ động khai thác nhiều nguồn thu hợp pháp, quản lý chi tiêu hợp lý, ưu tiên kinh phí cho hoạt động chuyên môn, đào tạo, và cải thiện điều kiện làm việc cho cán bộ, viên chức. Tuy nhiên, cơ cấu nguồn thu vẫn phụ thuộc nhiều vào quỹ bảo hiểm y tế, do đó cần tiếp tục mở rộng các dịch vụ kỹ thuật, phát triển mô hình xã hội hóa để tăng tính tự chủ tài chính.

Về hoạt động chuyên môn, số lượt khám bệnh, điều trị nội trú và ngoại trú đều tăng qua các năm từ 32619 lượt năm 2020 lên 40226 lượt năm 2024; công suất sử dụng giường bệnh duy trì ở mức cao từ 61,97 - 86,1%.

Nhìn chung, trong 5 năm qua, Bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ đã phát huy tốt vai trò của một bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, không ngừng cải thiện năng lực tổ chức, củng cố nguồn lực, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và phục vụ nhân dân. Kết quả này là nền tảng quan trọng để bệnh viện tiếp tục phát triển theo hướng hiện đại, hội nhập, gắn kết giữa YHCT và YHHĐ, góp phần bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong giai đoạn tới.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa vào kết quả nghiên cứu, mục tiêu của đề tài xin đưa ra một số kiến nghị nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động khám chữa bệnh và sử dụng nguồn lực tại bệnh viện trong thời gian tới.

1. Mô hình bệnh tật đối với Bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

Tập trung mũi nhọn chuyên khoa: Bệnh mãn tính cơ xương khớp, thần kinh, di chứng sau đột quỵ... ngày càng gia tăng, bệnh viện cần đầu tư sâu hơn vào các phác đồ kết hợp Đông - Tây y đặc hiệu cho nhóm bệnh này.

Phát triển các gói dịch vụ mới: Dựa trên mô hình bệnh tật thực tế, xây dựng các gói chăm sóc sức khỏe chủ động hoặc phục hồi chức năng tại nhà cho nhóm bệnh chiếm tỷ trọng cao.

Có kế hoạch dài hạn: Thiết lập hệ thống quản lý dữ liệu bệnh tật để dự báo xu hướng trong các năm tới, từ đó chủ động điều chỉnh cơ cấu giường bệnh giữa các khoa lâm sàng cho phù hợp.

Tiếp tục phát huy thế mạnh của Y học cổ truyền, đồng thời tăng cường ứng dụng kỹ thuật y học hiện đại trong chẩn đoán và điều trị nhằm nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh.

Tăng cường nghiên cứu khoa học, thống kê mô hình bệnh tật định kỳ, làm cơ sở đề xuất chính sách phát triển chuyên môn và đầu tư phù hợp với nhu cầu thực tế của người dân.

2. Nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y Dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

Đào tạo nhân lực chất lượng cao: Tăng cường đào tạo chuyên sâu về Phục hồi chức năng và kỹ thuật cao trong Y học cổ truyền cho đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng để tương xứng với quy mô bệnh viện.

Hiện đại hóa trang thiết bị: Đầu tư thêm các máy móc phục hồi chức năng công nghệ cao (như robot tập đi, hệ thống ô xy cao áp...) để nâng cao hiệu quả điều trị, giảm thời gian nằm viện trung bình.

Cải tiến quy trình dịch vụ: Rút ngắn thời gian chờ đợi tại khoa khám bệnh bằng cách điều phối luồng bệnh nhân hợp lý, đặc biệt là vào các khung giờ cao điểm.

Nâng cao sự hài lòng của người bệnh: Chú trọng vào giao tiếp ứng xử và không gian điều trị (xanh - sạch - đẹp) để tạo lợi thế cạnh tranh với các cơ sở y tế tư nhân.

Quảng bá thương hiệu: Tăng cường truyền thông về thế mạnh của bệnh viện (kết hợp YHCT và PHCN) trên các phương tiện thông tin đại chúng để người dân trong tỉnh và khu vực lân cận biết đến nhiều hơn.

Xây dựng chiến lược phát triển nhân lực dài hạn, trong đó chú trọng đào tạo chuyên sâu, đào tạo kế cận, khuyến khích cán bộ học tập nâng cao trình độ, đồng thời có chính sách thu hút, giữ chân nhân tài.

Nâng cao năng lực quản lý tài chính, đa dạng hóa nguồn thu thông qua các dịch vụ kỹ thuật chất lượng cao, khám chữa bệnh theo yêu cầu và phát triển dịch vụ phục hồi chức năng toàn diện.

3. Đối với Sở Y tế tỉnh Phú Thọ

Tiếp tục quan tâm, chỉ đạo và tạo điều kiện cho bệnh viện YDCT&PHCN tỉnh Phú Thọ trong công tác đào tạo, bồi dưỡng, và nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ y tế, đặc biệt là đào tạo sau đại học và dược lâm sàng.

Xem xét bổ sung biên chế điều dưỡng, kỹ thuật viên và dược sĩ để đảm bảo cơ cấu nhân lực phù hợp với quy mô hoạt động và tiêu chuẩn của bệnh viện tuyến tỉnh.

Hỗ trợ bệnh viện trong việc đầu tư, nâng cấp cơ sở vật chất và trang thiết bị cận lâm sàng hiện đại, phục vụ chẩn đoán, phục hồi chức năng và triển khai các kỹ thuật mới trong điều trị YHCT kết hợp YHHĐ.

Có chính sách thu hút nhân tài, ban hành các chính sách đãi ngộ đặc thù (hỗ trợ phụ cấp thu hút) đối với các bác sĩ chuyên khoa sâu về PHCN và YHCT về công tác tại tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghị quyết 72/NQ-TW ngày 09/09/2025 của Bộ Chính trị về “Về một số giải pháp đột phá, tăng cường bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân”.
2. Nghị quyết 20/NQ-TW năm 2017 của Ban Chấp hành Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao *sức khỏe* nhân dân trong tình hình mới
3. Báo cáo tổng kết hoạt động của Hội Y học cổ truyền tỉnh Phú Thọ trong 5 năm qua (2020 – 2024).
4. Quyết định 2166/QĐ-TTg, ngày 30 tháng 11 năm 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
5. WHO (2023). Herbal remedies and treatments such as acupuncture and homeopathy are widely used in traditional medicine systems. Most are readily available.
6. Dương Tuấn Kè Em, Đoàn Quang Huy, Lưu Minh Châu (2021) *Thực trạng nguồn nhân lực y học cổ truyền tại một số trung tâm y tế huyện thuộc tỉnh Kiên Giang năm 2020*. Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, trang 114-120
7. Bash, PH, (1990), Textbook of International health, Oxford University Press, p370 – 407
8. The WHO Traditional Medicine strategy 2014–2023 set out ambitious goals for its member states regarding research; regulation of T&CM practices
9. WHO – Western Pacific Region (2021), World Health Organization · WHO Western Pacific Region · Global Health Observatory. © 2021 WHO Western..

10. Hội Quân dân Y Việt Nam (2024) đã tổ chức hội thảo “Phát huy tiềm năng và thế mạnh của Y học cổ truyền Việt Nam”.
11. Nguyễn Thị Thủy (2018) *Thực trạng và giải pháp nâng cao hoạt động khám chữa bệnh y học cổ truyền tại một số trạm y tế xã miền núi thái nguyên*. Luận văn tiến sĩ y học, đại học Thái Nguyên- Trường đại học Y Dược
12. Đào Ngọc Phong, Nguyễn Văn Tường, Ngô Văn Toàn và cộng sự (2001), “*Những thay đổi của ngành y tế trong thời kỳ đổi mới ở Việt Nam (1987 – 1998)*”, Chăm sóc sức khỏe nhân dân theo định hướng công bằng và hiệu quả, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.135-154
13. Tuệ Tĩnh toàn tập (2007), Nhà xuất bản y học, tr 9-10
14. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1996), “Châm cứu Việt Nam không ngừng phát triển phục vụ đắc lực sức khỏe hân dân Việt Nam, ngày càng có tiến vang trên thế giới”, Châm cứu sau đại học, Nhà xuất bản y học, tr 17-20
15. Chỉ thị số 25/CT-TTg ngày 15/9/2025 của Thủ tướng Chính phủ: Về đẩy mạnh phát triển nền y học cổ truyền Việt Nam trong giai đoạn mới.
16. Nguyễn Đình Anh (2024). *Giải pháp ngành y tế cần thực hiện để y học cổ truyền vươn lên và đóng góp tích cực hơn trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng*, báo Sức khỏe đời sống ngày 03/11/2024
17. Quyết định số 1280/QĐ-TTg ngày 02 tháng 11 năm 2023 của Thủ tướng về Kế hoạch thực hiện kết luận số 86-kl/tw ngày 10 tháng 7 năm 2024 của ban bí thư về phát triển nền y học cổ truyền việt nam và hội đông y việt nam trong giai đoạn mới
18. Bộ y tế, Quản lý bệnh viện (2014). NXB Y học
19. Hoàng Bảo Châu (1991), *Y học dân tộc trong CSSK*, Thông tin YHCT số 63, tr 5, 6
20. Ngô Văn Thông (2002), *Sự ra đời và phát triển của nền Y Dược học cổ truyền Việt Nam*, Tạp chí Y Dược học số 2, tr 5-6

21. Trần Thuý (2002), *Tiềm năng Đông y Việt Nam*, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học năm 2002, Bộ Y tế - Viện YHCT Việt Nam, tr.29- 31
22. Trần Thuý (2000), *Giới thiệu công tác đào tạo cán bộ YHCT ở Việt Nam*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học năm 2000, Viện YHCT Việt Nam, tr 10 – 17
23. Văn phòng chính phủ, *Chiến lược phát triển Y Dược học cổ truyền giai đoạn đến năm 2010*, Quyết định số 222/2003/QĐ - TTg của Thủ tướng chính phủ về việc phê duyệt Chính sách Quốc gia về Y Dược học cổ truyền đến năm 2010, Hà Nội 11/2003
24. Lê Ngọc Trọng (2000), *Một số suy nghĩ về kết hợp YHCT và YHHĐ trong điều trị*, Tạp chí Y Dược học số 12, tr 3 – 4.
25. Trần Thuý (2000), *Y học cổ truyền trước thềm thế kỷ 21*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học năm 2000, Viện YHCT Việt Nam, tr.8-9.
26. Hiroshi Saito (2000), *Regulation of herbal medicines in Japan*, Pharmacological Research Vol. 41, No 5, p.315-336
27. Danh sách quốc gia theo GDP bình quân đầu người (2021)
<https://vi.wikipedia.org/wiki> .Access date 7/25/2025
28. Bener A. (2019), “*Injury mortality and morbidity among children in the United Arab emirate*”, Eur – Epidemiol, 14 (2), pp.175-178
29. Public Health Division, Department of Human Services (2019), *Victorian Burden of disease study: Morbidity*, Melbourne, Victoria, 2018
30. US department of health and human services (2016), “Summary of Notifiable Diseases – United States 200”, *The New England Journal of Medicine*, 6/2016
31. Nguyễn Thị Phụng và cộng sự (2025). *Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh nhân nội trú tại khoa y học cổ truyền bệnh viện Hữu nghị năm 2022*. Tạp chí nghiên cứu y học trang 300-308

32. Nguyễn Tuyết Nhanh, Võ Huỳnh Trang (2023) *Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại bệnh viện đa khoa Cái nước từ năm 2020 đến năm 2022*. Tạp chí Y học Việt Nam tập 531 - tháng 10 – 2023 trang 206-210
33. Bộ Y tế (2020), *Bảng phân loại quốc tế bệnh tật Việt-Anh lần thứ 10*, NXB Y học
34. Thông tư số 03/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 02 năm 2023 của Bộ Y tế hướng dẫn vị trí việc làm, định mức số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức theo chức danh nghề nghiệp trong đơn vị sự nghiệp y tế công lập
35. Bộ y tế, Tổng cục thống kê, Báo cáo kết quả điều tra Y tế Quốc gia 2021
36. Bộ Y tế (1997), Quy chế bệnh viện, NXB y học
37. Bộ y tế, Niên giám thống kê Y tế 2022
38. Vũ Khắc Lương, *Tổ chức và quản lý bệnh viện*, Bài giảng Tổ chức y tế, Bộ môn y tế công cộng, Trường đại học y Hà Nội, Hà Nội 2002
39. Vũ Văn Hoàn (2016), “*Mô hình bệnh tật, nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông Hà Nội giai đoạn 2010-2014*”
40. WHO (2015), *Hướng dẫn sử dụng bảng phân loại thống kê quốc tế bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe lần thứ 10*, tập 2, Hà Nội, 2015
41. Nguyễn Văn Thúc (2024), *Tình hình sử dụng y học cổ truyền trong điều trị một số bệnh thông thường của người dân thị trấn Hương Canh, huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 8/2023 đến 8/2024*
42. Phạm Phú Vinh (2012), *Thực trạng y học cổ truyền Lạng Sơn và đề xuất một số giải pháp để phát triển y học cổ truyền Lạng Sơn*. Luận văn Thạc sĩ y học, HVYDHCT Việt Nam
43. Phạm Việt Hoàng (2013), *Thực trạng Y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

44. Đào Anh Hoàng (2015), *Nghiên cứu thực trạng nguồn nhân lực và sử dụng y học cổ truyền tại huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2014*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
45. Lê Thị Nga (2015), *Nghiên cứu thực trạng nguồn lực và hoạt động khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại tuyến y tế xã của huyện Nam Sách, tỉnh Hải Dương năm 2015*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
46. Trần Thị Vân Anh (2014), *Thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tỉnh Điện Biên năm 2014-2015*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
47. Hoàng Đức Huy (2015), *Thực trạng sử dụng thuốc y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại huyện Na Rì, tỉnh Bắc Cạn năm 2015*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam.
48. Phạm Quý Hoàng (2021), *Mô tả đặc điểm bệnh tật và thực trạng nguồn nhân lực tại bệnh viện YHCT tỉnh Lào cai năm 2021*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
49. Nguyễn Lữ Thúy Vi (2023), *Đánh giá mô hình bệnh tật và nguồn nhân lực y học cổ truyền tại khoa YHCT của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2010-2022*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
50. Mai Nam (2023), *Đánh giá nguồn nhân lực và mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Y dược cổ truyền Thanh Hóa*. Luận văn BSCKII, HVYDHCT Việt Nam.
51. Đỗ Thị Mai Hương (2023), *Đặc điểm bệnh tật và hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện Y dược cổ truyền Đồng Nai*. Luận văn Thạc sỹ y học, HVYDHCT Việt Nam
52. Tăng Hùng Cường (2023), *Đánh giá thực trạng nhân lực và cơ cấu bệnh tật tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An*. Luận văn BSCKII, HVYDHCT Việt Nam

53. Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2024 bệnh viện YDCT-PHCN tỉnh Phú Thọ
54. Quyết định 2360/1997/QĐ-BYT về biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Ban hành: 14/11/1997
55. Hồ Mỹ Dung (2015) *Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân tại phòng khám đa khoa Xuân Giang, Sóc Sơn, Hà Nội năm 2014*, , Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa, Đại học Y Hà Nội
56. Vũ Thị Kim Anh, Nguyễn Văn Lộc, Phạm Đình Dân và cộng sự (2018) *Mô hình bệnh tật của bệnh nhân ngoại trú tại Trung tâm y tế Bàu Bàng 6 tháng đầu năm 2018*. Tạp chí y học Việt Nam tập 487, tháng 2, năm 2020.

PHỤ LỤC 1

CÁC CHƯƠNG BỆNH THEO PHÂN LOẠI ICD 10:

Chương I	Bệnh nhiễm khuẩn và KST.
Chương II	Khối u.
Chương III	Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và một số rối loạn liên quan tới cơ chế miễn dịch.
Chương IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá.
Chương V	Rối loạn tâm thần và hành vi.
Chương VI	Bệnh của hệ thống thần kinh.
Chương VII	Bệnh của mắt và phần phụ.
Chương VIII	Bệnh của tai và xương chũm.
Chương IX	Bệnh của hệ tuần hoàn.
Chương X	Bệnh của hệ hô hấp.
Chương XI	Bệnh của hệ tiêu hoá.
Chương XII	Bệnh da và mô dưới da.
Chương XIII	Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết.
Chương XIV	Bệnh của hệ sinh dục, tiết niệu
Chương XV	Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản.
Chương XVI	Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ chu sinh.
Chương XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng bất thường về NST.
Chương XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và những biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác.
Chương XIX	Chấn thương, ngộ độc, và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài.
Chương XX	Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong.
Chương XXI	Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khoẻ và tiếp xúc dịch vụ y tế.

PHỤ LỤC 2:
CÁC TÊN BỆNH THEO PHÂN LOẠI ICD 10 (năm...)

STT	Tên bệnh	Mã bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

**PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU VỀ NGUỒN LỰC TẠI BỆNH VIỆN Y
ĐƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH PHÚ THỌ
(Giai đoạn từ 2020 đến 2024)**

1.1 Thành phần cán bộ y tế của bệnh viện

[illegible]

1.3. Trình độ dược sỹ

Trình độ Năm	Sau ĐH		ĐH		Trung học		Sơ học		Cán bộ khác		Tổng số
2020											
2021											
2022											
2023											
2024											

1.4. Trình độ bác sỹ của bệnh viện

Trình độ Năm	Sau ĐH		ĐH		Tổng số
2020					
2021					
2022					
2023					
2024					

1.5. Phân bổ CBYT trong các khoa lâm sàng

Chỉ số	Năm	2020	2021	2022	2023	2024
Y tá, ĐD/BS						
Số lần khám/BS/1ngày						
Số BN/BS						
Tổng số giường						
Số giường/CBYT						
Số giường/BS						

2. Kinh phí của bệnh viện

2.1 Các nguồn thu của bệnh viện

Năm		2020	2021	2022	2023	2024
Khoản thu						
Ngân sách NN	Số tiền					
	%					
Viện phí	Số tiền					
	%					
BHYT	Số tiền					
	%					

3. Tình hình sử dụng thuốc và một số CLS của bệnh viện

3.1 So sánh tình hình thuốc của các năm với năm 2020

Năm Khoản chi	2020	2021		2022		2023		2024	
		Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%	Số tiền	%
Chi phí thuốc									
Chi phí thuốc / BN nội trú									
Số chủng loại thuốc									
Thuốc SX trong nước									
Thuốc SX ngoài nước									
Tổng chi									

4. Tình hình khám và điều trị ở bệnh viện

4.1 Hoạt động khám và điều trị chung của BV

Năm Số lượng BN		2020	2021	2022	2023	2024
BN ngoại trú	Số lượng					
	%					
BN nội trú	Số lượng					
	%					
Tổng số BN						

4.2 Các hoạt động khám và điều trị ngoại trú BV

Năm Số lượng	2020	2021	2022	2023	2024
Tổng số BN ngoại trú					
Số ngày ĐT ngoại trú					
Số ngày ĐT ngoại trú/BN					
Tổng số lần khám					
Tỷ lệ BN khám có BHYT					
Tỷ lệ BN khám tự túc (%)					
Tỷ lệ BN không thu được VP					

4.3 Tình hình hoạt động điều trị nội trú BV

Năm Số lượng	2020	2021	2022	2023	2024
Tổng số BN nội trú					
Tổng số giường					
BN có BHYT	Số lượng				
	%				
BN khoa Lão	Số lượng				
	%				
BN khoa Nội TH	Số lượng				
	%				
BN khoa Ngoại – Phụ và CK	Số lượng				
	%				

Khoa PHCN	Số lượng					
	%					
Số ngày điều trị nội trú						
TB số ngày ĐT/ BN						
Số ngày ĐT/giường bệnh						
Hiệu suất sử dụng giường						

Số lượng

%

Số ngày điều trị nội trú

TB số ngày ĐT/ BN

Số ngày ĐT/giường bệnh

Hiệu suất sử dụng giường

4.4 Tỷ lệ các loại CLS được sử dụng trong bệnh viện so với năm 2020

Năm Loại CLS	2020	2021		2022		2023		2024	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Huyết học									
Hoá sinh									
VK									
Chụp XQ									
Siêu âm									
Điện tim									
Điện não									
C.T									
Nội soi									
Tổng									

2020

2021

2022

2023

2024

Loại CLS

SL

%

SL

%

SL

0/

SL

%

Huyết học

Hoá sinh

VK

Chụp XQ

Siêu âm

Điện tim

Điện não

C.T

Nội soi

TỔNG

4.5 Tình hình sử dụng xét nghiệm CLS thuộc khu vực nội trú và ngoại trú

Năm		2020	2021	2022	2023	2024
Khu vực						
Nội trú	Tổng số CLS					
	%					
	Số CLS/1 BN					
Ngoại trú	Tổng số CLS					
	%					
	Số CLS/1 BN					

PHỤ LỤC 4:
BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
1	Mô hình bệnh tật theo ICD 10	Từ chương I đến chương XXI	Biến định tính (phân loại)
2	Các bệnh thường gặp tại khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng	- Tăng huyết áp vô căn nguyên phát - Bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin - Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp - Rối loạn chức năng tiền đình - Khó ở và mệt mỏi - Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin - Đau lưng - Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua và hội chứng liên quan - Các viêm khớp khác - Đau vùng cổ gáy	Biến định tính (phân loại)
3	Mười bệnh có người bệnh điều trị cao nhất	- Đau dây thần kinh tọa - Đau vùng cổ gáy - Đau lưng - Viêm bao hoạt dịch co thắt khớp vai - Liệt nửa người - Rối loạn chức năng tiền đình - Các viêm khớp khác - Thoái hóa khớp gối - Liệt Bell - Trĩ	Biến định tính (phân loại)

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
4	Nguồn lực	- Nguồn nhân lực + Thành phần cán bộ y tế + Trình độ chuyên môn	Biến định tính (phân loại) Biến thứ bậc
		- Phân bố CBYT trong các khoa lâm sàng + Y tá, ĐD/BS + Số lần khám bệnh + Số BN/BS + Tổng số giường + Số giường/CBYT	Định tính (phân loại) Biến định lượng Biến định lượng Biến định lượng Biến định lượng
		- Các nguồn thu cho bệnh viện + Ngân sách + Vjện phí + Bảo hiểm	Biến định lượng
		- Các khoản chi của bệnh viện + Lương và phụ cấp cho CBYT + Cho thông tin, hội nghị + Mua sắm + Sửa chữa, bảo dưỡng + Chuyên môn, nghiệp vụ + Các khoản chi khác + Thuốc	Biến định lượng
5	Hoạt động khám và điều trị	* Hoạt động ngoại trú + Tổng số lần khám + Số ngày ĐT ngoại trú + Số ngày ĐT ngoại trú/BN + Tỷ lệ BN khám có BHYT + Tỷ lệ BN khám không có BHYT	Biến định lượng

STT	Nhóm biến	Tên biến	Phân loại
		* Hoạt động nội trú + Tổng số BN nội trú + BN khoa Lão + BN khoa Nội – TH + BN khoa NP-CK + BN khoa PHCN + Số ngày điều trị nội trú + TB số ngày ĐT/ BN + Tổng số giường + Số ngày ĐT/giường bệnh + Hiệu suất sử dụng giường * Hoạt động cận lâm sàng + Xét nghiệm + X- quang + Siêu âm + Điện tim đồ + Điện não đồ + Citi scanner + Nội soi	

KẾ HOẠCH NGHIÊN CỨU

HOẠT ĐỘNG	Tháng/ Năm										
	1/25	2/25	3/25	4/25	5/25	6/25	7/25	8/25	9/25	10/25	11/25
Viết đề cương											
Bảo vệ đề cương											
Thu thập số liệu											
Xử lý số liệu											
Viết đề tài											
Bảo vệ đề tài											