

MÔ HÌNH Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI CÁC NƯỚC

1. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Hiểu được hình ảnh của người bác sĩ gia đình trong hệ thống y tế một nước.
- Nắm được vài nét khái quát về mô hình y học gia đình tại một số nước trên thế giới

2. NỘI DUNG BÀI GIẢNG

2.1. Đại cương

Theo lẽ thông thường, bác sĩ gia đình là bác sĩ thực hành y khoa theo nguyên lý y học gia đình. Tuy nhiên, trong thực hành, có rất nhiều thuật ngữ khác nhau dùng để miêu tả chuyên môn này. Riêng trong tiếng Anh, chúng ta có thể liệt kê hàng loạt các thuật ngữ như sau: family medicine, general practice, general medicine, hoặc general practitioner, family physician, general internist,... Tại Việt Nam, nếu chúng ta có điều kiện tra cứu thử trên Google dùng từ khóa “bác sĩ gia đình” (Google không phân biệt dấu), kết quả tìm kiếm bao gồm 2 nhóm chính. Nhóm thứ nhất liên quan đến dịch vụ khám bệnh theo yêu cầu, khám bệnh tại nhà. Nhóm thứ hai liên quan đến tư vấn-tham vấn về y khoa, y học thường thức. Điều này cho thấy có một sự không thống nhất trong quan niệm về hình ảnh người bác sĩ gia đình. Vậy, câu hỏi đặt ra: bác sĩ gia đình là gì?; Y học gia đình là gì?; vai trò và nhiệm vụ của bác sĩ gia đình là gì?

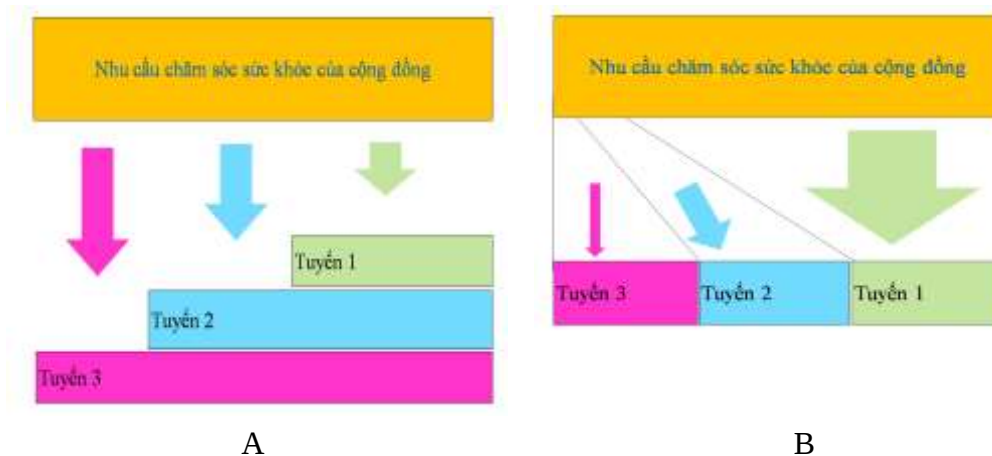
Việc cần làm là xác định cụ thể hình ảnh – vai trò – chức năng của bác sĩ gia đình trong hệ thống y tế của Việt Nam trong bối cảnh hiện nay và tương lai để định hướng phát triển cho lĩnh vực này.

2.2. Bác sĩ gia đình là gì

2.2.1. Tuyến y tế ban đầu

Một trong những điều kiện cần để hệ thống y tế của một nước có thể hoạt động tốt là phải có mạng lưới y tế tuyến ban đầu vững mạnh. Sự phân công – phối hợp hoạt động giữa mạng lưới y tế các tuyến từ thấp đến cao cho phép cung cấp các dịch vụ y tế đa dạng, phù hợp với nhu cầu của người dân. Trong đó, y tế tuyến ban đầu được xem là có ưu thế gần gũi với cộng đồng dân cư, xây dựng tốt mối quan hệ bệnh nhân – nhân viên y tế, thực hiện chức năng điều trị phù hợp với nguyện vọng của cá nhân và cộng đồng xung quanh. Hệ thống y tế tuyến chuyên sâu (các trung tâm y tế của quận huyện, bệnh viện của thành phố - trung ương, bệnh viện chuyên khoa) sẽ đảm trách phần chuyên môn chuyên sâu. Việc phát triển hài hòa y tế các tuyến là định hướng chiến lược phát triển ngành y tế không chỉ của nước ta mà còn là của các nước đang phát triển, đã phát triển trên thế giới.

Tuy nhiên, trong thực tế có nhiều sự ngộ nhận về hệ thống y tế phân cấp và chức năng của y tế tuyến ban đầu. Theo sơ đồ phân cách về mặt chuyên môn, hệ thống y tế được phân thành 3 cấp khác nhau. Trong đó y tế tuyến ban đầu bao gồm các trạm y tế, các phòng mạch tư, phòng khám đa khoa đảm nhiệm việc chăm sóc ban đầu. Tuyến y tế thứ 2 bao gồm các bệnh viện của



Hình 1: mô hình phân tuyến ba cấp theo cách hiểu cũ (A) và mới (B)

quận huyện, các bệnh viện khu vực. Và tuyến y tế thứ 3 là các đơn vị y tế chuyên khoa sâu, các bệnh viện của tỉnh và trung ương, các bệnh viện chuyên khoa. Việc phân cấp này nhằm xác định vai trò chuyên môn của các đơn vị nhằm có định hướng hoạt động phù hợp. Theo cách nghĩ thông thường, các tuyến chuyên khoa sâu có đủ các nguồn lực – điều kiện chuyên môn để thực hiện được phần việc của các tuyến trước, điều này là đúng. Tuy nhiên, việc diễn giải khả năng chuyên môn đã đưa đến ngộ nhận về mặt vai trò các tuyến trong hệ thống y tế như giản đồ 1a. Với mô hình này, tuyến y tế ban đầu đã được đơn giản hóa, xem như hình thức một “bệnh viện qui mô nhỏ” rẽ tiền lồng ghép vào cộng đồng dân cư nhằm thực hiện những phần việc đơn giản. Chính với cách suy nghĩ này, hình ảnh-vai trò của y tế tuyến cơ sở bị méo mó theo cách đánh giá chủ quan của xã hội dựa trên năng lực chuyên môn như: trình độ kém, trang bị kém, chất lượng kém, chỉ thực hiện chức năng dự phòng, không chức năng điều trị.... Quan điểm này là không phù hợp.

Ở đây, chúng ta cần tách biệt rõ sự phân cấp về chuyên môn và sự phân công về vai trò xã hội của các tuyến trong hệ thống y tế. Sự phân cấp 3 tuyến về chuyên môn được khởi xướng lần đầu tiên bởi Lord Dawson, bác sĩ của hoàng gia Anh, trong báo cáo năm 1920 về tương lai của dịch vụ y tế quốc gia (Future Provision of Medical and Allied Services). Ông Lord Dawson đã đề xuất mô hình y tế của nước Anh được phân làm 3 cấp chính.

1. Tuyến một nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe thông thường mà chủ yếu thực hiện bởi các bác sĩ đa khoa tổng quát, bác sĩ gia đình.
2. Tuyến hai nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe phức tạp hơn được thực hiện tại các bệnh viện của vùng.
3. Tuyến ba là tuyến điều trị chuyên sâu – chuyên khoa, nghiên cứu – đào tạo – phát triển kỹ thuật mới được thực hiện bởi các bệnh viện chuyên khoa, các viện-trường đại học.

Qua vài nét giới thiệu về mô hình 3 tuyến, chúng ta có thể dễ dàng nhận thấy rằng mô hình được phân dựa trên khía cạnh chuyên môn từ thấp đến cao. Tuy nhiên, về khía cạnh vai trò xã hội thì mỗi tuyến đều có vai trò riêng biệt, không có sự trùng lặp, mỗi tuyến phụ trách mỗi lĩnh vực chuyên biệt. Do vậy mô hình phân cấp 3 tuyến về chuyên môn phải được hiểu theo khía cạnh khác trong đó cả 3 đều có tầm quan trọng tương đương trong hệ thống (giống như

giản đồ 1b). Điểm khác biệt giữa các tuyến được nhìn nhận ở khía cạnh cung cấp loại dịch vụ chăm sóc y tế khác nhau đáp ứng những nhu cầu khác nhau về y tế. Những việc đơn giản không cần can thiệp phức tạp sẽ do tuyến ban đầu phụ trách. Những việc phức tạp đòi hỏi tính chất chuyên



khoa sâu sẽ được đảm nhiệm bởi hệ thống y tế tuyến sau cùng là các bệnh viện chuyên khoa, viện-trường.

Có thể nói, tuyến y tế ban đầu là một bộ phận không thể thiếu của hệ thống y tế một nước nhằm mục đích cung cấp dịch vụ y tế cho nhu cầu sức khỏe ban đầu. Trong đó, tuyến ban đầu có vai trò thực hiện các công tác dự phòng, chẩn đoán, điều trị những mặt bệnh thường gặp tại cộng đồng một cách toàn diện và có chất lượng. Để thực hiện tốt, tuyến y tế ban đầu cần được trang bị phù hợp (tùy địa phương), có nhân lực trình độ cao, sử dụng các kỹ thuật phù hợp với nhu cầu chuyên môn. Việc triển khai thực hiện mô hình này được chứng minh có hiệu quả cao, có thể tốn kém nhưng mang lại lợi ích hợp lý, và là kiểu mẫu khuyến cáo cho tất cả các quốc gia đã phát triển cũng như đang phát triển.

Theo báo cáo điều tra sức khỏe toàn quốc năm 2001-2002, ước lượng tỷ lệ lượt điều trị ngoại trú gấp hơn 30 lần lượt điều trị ngoại trú¹. Cụ thể với số liệu của thành phố Hồ Chí Minh, trong năm 2008, số lượt điều trị nội trú là 1.067.062 lượt trong khi điều trị ngoại trú của riêng các đơn vị y tế nhà nước đã là 27.281.093 lượt (gấp 26 lần)². Qua đây cho thấy qui mô nhu cầu điều trị ngoại trú trong thực tế. Đây chính là đối tượng phục vụ chính của y tế tuyến cơ sở. Các vấn đề sức khỏe không khu trú trong một chuyên khoa nhất định. Tuy nhiên, phổ bệnh ngoại trú lại rất tập trung ở vài mặt bệnh thường gặp, đa phần là đơn giản.

Tại Việt Nam, vào những năm 1960 – 1980, hệ thống y tế chúng ta được đánh giá rất cao, được xem là một hệ thống y tế điển hình trong số những nước đang phát triển. Trong giai đoạn đó, mặc dù đất nước đang gặp rất nhiều khó khăn do chiến tranh vẫn đang diễn ra kéo dài ở cả 2 miền đất nước, chính phủ vẫn quyết tâm phát triển và củng cố hệ thống y tế tuyến cơ sở (trạm y tế). Các trạm y tế được nhân rộng trong ra các địa phương cho phép cung cấp các dịch vụ y tế miễn phí cho người dân. Chính hệ thống y tế cơ sở này đã giúp giảm nhanh tỷ lệ tử vong trẻ em và các thông số sức khỏe khác.

Trong những năm gần đây, dưới tác dụng của nhiều yếu tố khác nhau, mạng lưới trạm y tế có nhiều suy yếu so với nhiều các mô hình dịch vụ y tế khác. Theo một báo cáo nghiên cứu vào năm 2002, một trạm y tế tại các thành phố lớn khám trung bình 2-3 bệnh nhân/ngày³. Chính sự yếu kém của tuyến y tế ban đầu (trong đó trạm y tế là một trong những mô hình) giải thích phần nào



tình trạng quá tải hiện nay tại các bệnh viện và trung tâm y tế (tuyến 2 và 3 của hệ thống y tế).

2.2.2. Bác sĩ tuyến ban đầu tại các nước phương Tây

Cũng như y học phương Đông, nền y học phương Tây được phát triển từ rất sớm từ thời Hypocrate khoảng 400 năm trước Công nguyên. Đến khoảng cách đây 200 năm, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, nền y khoa cổ truyền của Tây y phát triển thành y học hiện đại. Do vậy, có thể nói Y học hiện đại có liên hệ mật thiết với y học cổ truyền của các nước phương Tây và khác với y học cổ truyền của các nước phương Đông.

Trước đây, người bác sĩ chính là những người thực hành Tây y, phục vụ việc chăm sóc điều trị cho bệnh nhân. Họ hoạt động một cách độc lập tại phòng khám hoặc tại nhà của thân chủ. Các hình thức dịch vụ y tế khác vẫn chưa hình thành vào thời điểm đó.

Sau đó, xã hội phát triển lên qui mô mới, làm nảy sinh những nhu cầu chăm sóc y tế mới như chăm sóc cho những người nghèo, người vô gia cư, những bệnh nan y chưa có thuốc chữa cần tập trung cô lập (bệnh dịch..), thương viện binh.... Nhà thờ đã đứng ra cứu mang người bệnh, lập trạm xá, nhà tế bần để chăm sóc thường trực (nội trú) bệnh nhân. Người bác sĩ được nhà thờ trả tiền để đến làm việc, dần dần sau đó trở thành nhân viên thường trực tại các đơn vị trạm xá này (khoảng cách nay 200 năm). Một khi nhu cầu càng cao, bác sĩ được yêu cầu làm thường trực – trực gác và trở thành nhân viên của các trạm xá này. Các mô hình trạm xá – nhà tế bần phát triển lớn dần về qui mô và trở thành bệnh viện về sau.

Với cuộc cách mạng khoa học công nghệ vào những thập niên đầu của thế kỷ 20, các bệnh viện được trang bị máy móc, thiết bị, các kỹ thuật can thiệp ngày càng hiện đại, đội ngũ nhân viên ngày càng chuyên khoa hóa sâu, thực hiện các phương pháp điều trị ngày càng tinh vi. Từ nay, nền y học chứng kiến xu hướng phân khoa hóa, chuyên sâu hóa rõ nét. Các bác sĩ công tác tại bệnh viện được phát triển sâu về một chuyên môn nhất định và trở thành bác sĩ chuyên khoa. Trong khi đó, các bác sĩ đang công tác độc lập ngoài hệ thống bệnh viện vẫn giữ nguyên tình trạng chuyên môn là đa khoa tổng quát.

Qua các ý trên, chúng ta có thể nói nguồn gốc của y học hiện đại được bắt đầu từ bối cảnh chăm sóc ngoại trú trong đó bác sĩ làm việc trực tiếp với



người bệnh ngay trong bối cảnh cuộc sống của người bệnh nhân. Việc phát triển mô hình điều trị nội trú là sau này nhằm đáp ứng các nhu cầu chuyên biệt.

Hậu quả của việc phân khoa hóa, chuyên sâu hóa của các đồng nghiệp công tác tại bệnh viện đã đưa đến sự ngộ nhận về vai trò của người bác sĩ tổng quát mặc dù họ đang thực hành một cách hiệu quả - tích cực tại tuyến y tế ngoại trú trong hệ thống y tế. Từ đó, người dân có các đánh giá không phù hợp về hình ảnh người bác sĩ tổng quát như những bác sĩ có chuyên môn kém, bác sĩ dành cho người nghèo, bác sĩ hạng hai...

Đứng trước các nhận định không chính xác của xã hội, vào đầu những năm 1960-1970, tại các nước phát triển, hiệp hội bác sĩ tổng quát đã đặt ra câu hỏi: bác sĩ tổng quát có cần thiết cho xã hội, có vai trò như thế nào trong hệ thống y tế? bác sĩ tổng quát có đảm nhận chức năng điều trị hay chỉ giới hạn ở dự phòng? Mối tương quan chuyên môn giữa bác sĩ tổng quát và bác sĩ chuyên khoa như thế nào?...

Kết quả cuối cùng đã công nhận y học tổng quát/y học gia đình là một chuyên ngành lâm sàng tổng quát, được tổ chức đào tạo sau đại học và nhằm phục vụ y tế tuyến ban đầu. Nếu như vai trò và chức trách của bác sĩ tổng quát sau đó được mô tả trong công ước Alma Ata năm 1978 (điểm 6 của công ước về chăm sóc ban đầu). Vai trò và chức trách của bác sĩ gia đình/bác sĩ tổng quát lại được mô tả thông qua định nghĩa của tổ chức WONCA (hiệp hội bác sĩ gia đình/bác sĩ tổng quát) năm 2011.

Việc gắn kết hình ảnh của y học gia đình vào tuyến ban đầu của hệ thống y tế không xuất phát từ chính kiến chủ quan của bất kỳ một nhóm lợi ích nào cả. Lịch sử của sự kết hợp này lại xuất phát từ chính điểm yếu của nền y học hiện nay: “Y học sẽ không thể một mình giải quyết hết tất cả các khía cạnh phức tạp của vấn đề sức khỏe cho cá nhân hoặc cho cộng đồng dân cư liên quan. Điều mấu chốt là việc phối hợp với người bệnh, vận dụng các nguồn lực để tạo ra điều kiện sống tốt cho sức khỏe, tìm kiếm giải pháp phù hợp mà người bệnh mong đợi nhằm giải quyết vấn đề sức khỏe”⁴.

Như chúng ta thấy qua quá trình phát triển lịch sử y học, y học gia đình được phát triển trên nền tảng thực hành lâm sàng. Bác sĩ gia đình có thể cung

cấp dịch vụ điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho cá nhân. Để đạt được hiệu quả cao, y học gia đình cần có sự tham gia, trao đổi, cộng tác của chính cá nhân người bệnh cũng như của chính cộng đồng dân cư xung quanh với nhân viên y tế. Điều này chỉ có thể thực hiện được khi người thực hành y học gia đình có được lòng tin của người bệnh, gần gũi, tiếp xúc thường xuyên và ở tất cả các giai đoạn sức khỏe ngay từ khi chưa mắc bệnh đến khi bệnh đã ổn định cần theo dõi. Chính điều này đặt người thực hành y học gia đình vào tuyến y tế ban đầu, nơi được xem là điểm tiếp xúc đầu tiên của hệ thống y tế với người bệnh, với cộng đồng dân cư.

Tất cả các điểm đặc trưng này đã không thay đổi trong suốt quá trình phát triển của ngành y học gia đình trong suốt thời gian vừa qua. Các điểm này có thể được thấy rõ qua các định nghĩa: Hội nghị Leeuwenhorst – Hà Lan 1974⁵; hội nghị WONCA 1991, báo cáo của Olesen năm 2000⁶ và định nghĩa do WONCA 2002 đề xuất⁷ và sau này là phiên bản 2011⁸. Chính định nghĩa về Y học gia đình được xây dựng bởi nhánh WONCA châu Âu cho phép thấy rõ sự hợp nhất giữa 2 phạm trù: y học gia đình và vị trí tuyến ban đầu của hệ thống y tế quốc gia (xin xem thêm tài liệu dịch về định nghĩa Y học gia đình theo WONCA châu Âu phiên bản 2011).

Nếu như năm 1995 chỉ mới có 56 nước phát triển và áp dụng chương trình đào tạo Y học gia đình, hiệp hội Bác sĩ gia đình thế giới (WONCA) hiện nay đã có gần 100 quốc gia thành viên. Không chỉ ở các nước phát triển mà cả ở các nước đang phát triển, mô hình y học gia đình đã được phát triển rộng rãi và mang nhiều nét đặc thù khác nhau tương ứng với bối cảnh từng nước. Nước ta cũng đang nằm trong chu trình đó.

2.2.3. Sự du nhập mô hình “y học gia đình” vào các nước đang phát triển⁴

Như đã trình bày trong các phần trên, nền y học phương Tây gắn liền với hình ảnh của người “bác sĩ tổng quát” chăm sóc bệnh nhân trong bối cảnh điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, danh từ “bác sĩ gia đình” thì còn rất mới. Lịch sử xuất hiện thuật ngữ này được giải thích bằng 2 giả thuyết khác nhau. Bài giảng này xin giới thiệu 1 giả thuyết.

Đầu thế kỷ 19, các nước châu Âu không ngừng bành trướng lãnh thổ, xâm lược các nước thuộc địa tại châu Á, châu Phi, Nam Mỹ. Trong thời kỳ đó, các bác sĩ phương Tây và các nữ tu sĩ được mời đến chăm sóc cho các thương binh tại trạm xá. Mô hình trạm xá phát triển dần thành mô hình bệnh viện điều trị nội trú và sau này là các bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa. Mặc dù, trong giai đoạn này, người bác sĩ vẫn phụ trách chăm sóc đa khoa, xu hướng phân khoa – chuyên khoa sâu chưa diễn ra, họ vẫn chủ yếu công tác điều trị nội trú.

Về sau, các trường đại học y được thành lập nhằm cung cấp nguồn nhân lực y tế cho địa phương. Tuy nhiên, vào những ngày đầu, nhu cầu nhân lực rất lớn để phủ khắp các tuyến y tế ban đầu, thời gian đào tạo một bác sĩ lại kéo dài – chi phí cao không thể đáp ứng nhanh nhu cầu nhân lực vào thời điểm đó. Do vậy, “giải pháp tình thế - giải pháp tạm thời” của giai đoạn lịch sử đó là tăng cường đào tạo các hệ y sĩ, y tá (điều dưỡng) với thời gian đào tạo ngắn nhằm triển khai nhanh tại tuyến y tế cơ sở, trong khi các bác sĩ tổng quát đều được giữ lại tại các bệnh viện lớn, trong các thành phố lớn (tuyến chuyên sâu). Chính

vì hạn chế về trình độ chuyên môn, chức năng của tuyến y tế ban đầu bị giới hạn lại còn thực hiện việc dự phòng, các chương trình y tế quốc gia, .. nhưng lại không đảm nhận chức năng điều trị. Điều này đưa đến các nhận định không chính xác về vai trò của y tế tuyến cơ sở, tuyến y tế ban đầu như những dịch vụ y tế kém chất lượng, nghèo nàn về chuyên môn, làm chương trình dự phòng, chống dịch của nhà nước... Điều này hoàn toàn không phản ánh đúng tính chất – vai trò – nhiệm vụ vốn có của tuyến y tế ban đầu. Cũng do tính chất lịch sử đặc trưng này, hình ảnh của người bác sĩ đã gắn liền với hình ảnh của bệnh viện điều trị nội trú như một thuộc tính cố hữu.

Về cơ bản, các “giải pháp tình thế - giải pháp tạm thời” đã thể hiện tính hiệu quả trong việc đánh ứng nhanh các nhu cầu chăm sóc y tế của người dân trong bối cảnh xã hội còn nhiều khó khăn, các nguồn lực còn hạn chế. Tuy nhiên, vào thời điểm hiện tại, các giải pháp này không còn phù hợp. Nhu cầu cấp thiết là cần trả lại chính hình ảnh vốn có của y tế ban đầu, đầu tư một cách phù hợp để tuyến y tế cơ sở có thể thực hiện các nhiệm vụ - chức trách vốn có của nó trong hệ thống y tế quốc gia.

Vào đầu những năm 1980, tại các nước phát triển, bác sĩ đa khoa tổng quát theo mô hình mới đã phát triển thành một chuyên khoa sâu, được đào tạo sau đại học. Người bác sĩ tổng quát được trang bị các nguyên lý về y học gia đình, các kỹ năng chuyên biệt nhằm phục vụ tốt nhất công việc chuyên môn trong môi trường chăm sóc ngoại trú. Với sự hỗ trợ của các dự án phát triển, chuyên khoa y học tổng quát theo mô hình mới được du nhập vào các nước đang phát triển. Tại đây, để phân biệt với mô hình y học tổng quát, bác sĩ tổng quát vốn có của địa phương, thuật ngữ “bác sĩ gia đình” được ra đời dành cho chuyên khoa “y học tổng quát” theo mô hình mới hay còn gọi là “y học gia đình”.

Điều này cho thấy bản chất của thuật ngữ “bác sĩ gia đình” có ý nghĩa tương đương với “bác sĩ chuyên khoa tổng quát” của các nước phát triển. Đây là các bác sĩ chuyên khoa y học tổng quát theo mô hình mới với các nguyên lý về y học gia đình, các kỹ năng chuyên biệt. Để cụ thể hơn, chúng tôi xin trích định nghĩa của WONCA: “y học tổng quát/y học gia đình” là lĩnh vực khoa học và hàn lâm, với các đặc trưng về nội dung đào tạo, nghiên cứu, y học chứng cứ và kỹ năng lâm sàng. Đây là một chuyên khoa lâm sàng hướng chăm sóc ban đầu”. Có thể tóm tắt ngắn gọn trong một câu: bác sĩ gia đình là bác sĩ chuyên khoa y học tổng quát.

2.3.Lịch sử phát triển chuyên ngành y học gia đình tại Việt Nam

Có thể nói lịch sử phát triển chuyên ngành Y học gia đình tại Việt Nam được bắt đầu rất sớm từ năm 1995 bằng việc Bộ y tế tiến hành khảo sát đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam. Tiếp theo đó, Bộ y tế đã phát triển dự thảo nhằm kiện toàn mạng lưới chăm sóc tuyến ban đầu trên cơ sở phát triển chuyên ngành y học gia đình củng cố cho trạm y tế.

Năm 1996, với sự ủng hộ của bộ y tế, một đoàn chuyên gia Mỹ của trung tâm bác sĩ gia đình Maine đã đến làm việc với các trường đại học y dược. Trong đó, GS TS Phạm Huy Dũng của trường đại học Y Hà Nội là người tiếp xúc đầu tiên.

Năm 1998, dự án phát triển đào tạo bác sĩ gia đình tại Việt Nam với sự tài trợ bởi quỹ CMB (China Medical Board of New York) được Bộ Y tế phê duyệt. Dự án nhằm mục đích triển khai đào tạo chuyên ngành YHGD tại 3 trường đại học thí điểm. Năm 1999, 2 hội thảo khác nhau được tổ chức dưới sự hỗ trợ của Bộ y tế, trung tâm Y khoa Maine-Mỹ tại trường ĐH Y Hà Nội với chủ đề “Triết lý và khái niệm Y học gia đình” và tại trường ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh với chủ đề “Giới thiệu Y học gia đình”.⁹

Năm 2000, thông qua chương trình học bổng cung cấp bởi các đối tác Mỹ, đã có 4 giảng viên từ 3 trường y được tham gia đào tạo tại Mỹ trong đó 1 người từ đại học Y Hà Nội (BS Phạm Nhật An), 1 người từ đại học Y Thái Nguyên (BS Hạc Văn Vinh) và 2 người từ đại học Y Dược TP HCM (BS Lê Hoàng Ninh và BS Phạm Lê An)⁹.

Tháng 3 năm 2001, Bộ y tế công nhận chương trình đào tạo Y học gia đình hệ chuyên khoa 1. Ngay trong năm đó, cả 3 trường Y thành viên đều đồng loạt tuyển sinh khóa chuyên khoa 1 đầu tiên. Học viên theo học các khóa đầu tiên này đều được hưởng các ưu đãi do trợ cấp của các đối tác của Mỹ.

Đến năm 2002, dưới sự hỗ trợ của trường ĐH Y dược TP HCM, đại học Y Cần Thơ bắt đầu thành lập bộ môn hệ sau đại học.

Năm 2004, trong chuyến công tác của đoàn chuyên gia thuộc ĐH Liège – Bỉ tiếp xúc với lãnh đạo Sở y tế TP HCM, GS Didiet GIET nhận ra nhu cầu về đào tạo và phát triển mô hình bác sĩ gia đình tại Việt Nam. Kết quả của chuyến công tác là dự án WBI – Bỉ nhằm tiến hành các khóa đào tạo ngắn hạn cho các thành viên chủ chốt – còn gọi là nhóm tiên phong G9 – đến từ Sở y tế, các bệnh viện và giảng viên trường ĐH Y Phạm Ngọc Thạch. Nhóm G9 được kỳ vọng sẽ là nòng cốt phát triển chương trình về sau.

Tháng 7 năm 2007, Đại học Y Huế kết hợp với các chuyên gia đối tác của Mỹ (Trung tâm Y học Maine) để triển khai dự án hợp tác đào tạo bác sĩ chuyên khoa I YHGD cho tỉnh Khánh Hòa

Năm 2007: Đại học Y Hải Phòng mở trung tâm Y học gia đình

Tháng 11 năm 2008, đại học Y Dược TP HCM đăng cai tổ chức hội thảo WONCA-ASIA PACIFIC.

Năm 2009, Bệnh viện Bộ nông nghiệp (Hà Nội) tham gia vào mạng lưới hợp tác Y học gia đình thông qua dự án WBI tài trợ bởi chính phủ Bỉ.

Năm 2010: Đại học Y Hà Nội mở mã ngành đào tạo thạc sĩ Y học gia đình.

Tháng 3 năm 2011: thành lập bộ môn YHGD tại trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Tháng 9 năm 2011: hội thảo tại Huế đánh dấu kỷ niệm 10 năm dự án phát triển Y học gia đình tại Việt Nam.

Tính đến thời điểm năm 2013, cả nước đã có 6 trường tham gia đào tạo hệ sau đại học về Y học gia đình (chủ yếu là chuyên khoa cấp I) bao gồm ĐH Y Hà Nội, ĐH Y Thái Nguyên, ĐH Y Hải Phòng, ĐH Y Dược TP HCM, ĐH Y Phạm Ngọc Thạch, ĐH Y Cần Thơ. Đa phần các trường đã mở bộ môn riêng (4 trường).

Đa phần giảng viên được đào tạo tại Mỹ và Philipine theo dự án tài trợ bởi các đối tác của Mỹ. Trong khuôn khổ chương trình hợp tác với Bỉ, đã có 3 bác sĩ theo học dài hạn tại Bỉ.

2.4.Mô hình bác sĩ gia đình/bác sĩ tổng quát tại một số quốc gia

Trong phần này, chúng tôi xin giới thiệu đôi nét khái quát về vài mô hình y học gia đình/y học tổng quát tại một số quốc gia. Các thông tin này chỉ mang tính chất giới thiệu nhằm giúp cho chúng ta có các hình tượng từ đó xây dựng mô hình y học gia đình trong bối cảnh của Việt Nam.

2.4.1. Mô hình của Mỹ

Đây là một trong số ít những nước không có hệ thống bảo hiểm toàn dân. 2 hệ thống bảo hiểm nổi tiếng của chính phủ là Medicare dùng cho người già trên 65 tuổi là Medicaid dùng cho người nghèo có thu nhập dưới ngưỡng. Do vậy, vấn đề chi phí y tế là một trong những rào cản quan trọng để tiếp cận dịch vụ y tế.

Mỗi bác sĩ gia đình quản lý trung bình từ 2000 đến 3000 bệnh nhân. Tuy nhiên các bệnh nhân này không trực thuộc cụ thể một bác sĩ riêng nào. Mỗi bác sĩ khám trung bình từ 20-30 bệnh nhân mỗi ngày, có khám bệnh tại nhà, một số có tham gia điều trị tại bệnh viện cho bệnh nhân riêng. Có nhiều mô hình hoạt động khác nhau như độc lập, theo nhóm hoặc theo nghiệp đoàn; đa khoa tổng quát hoặc nhiều chuyên khoa, hình thức chi trả trước hoặc chi trả sau. Thông thường là chi trả cho mỗi lần khám (khác với hình thức chi trả trọn gói).

Chương trình đào tạo là 3 năm sau đại học, chủ yếu thực hành tại các bệnh viện của vùng. Hơn 90% các trường y có khoa Y học gia đình, trong đó ¼ số khoa được đánh giá rất mạnh trong lĩnh vực nghiên cứu. Người thực hành lâm sàng y học gia đình đều phải tham gia các khóa đào tạo liên tục suốt đời, đều phải qua kỳ kiểm tra mỗi 7 năm

2.4.2. Mô hình của Anh

Tại Anh, cũng như phần lớn các nước châu Âu, hầu như tất cả người dân đều được hưởng bảo hiểm y tế nhà nước (tỷ lệ không đạt 100% dân số vì có một tỷ lệ nhất định những người nước ngoài, người di dân chưa được ghi nhận bởi chính quyền nên không có bảo hiểm y tế).

Mô hình thực hành y học gia đình đa dạng, thường là nhóm nhỏ. Mỗi bác sĩ phụ trách một danh sách từ 1500 đến 2000 bệnh nhân, đây là những bệnh nhân có đăng ký được chăm sóc bởi bác sĩ gia đình cụ thể (mang tính chất ràng buộc). Mỗi ngày, bác sĩ gia đình khám trung bình 30 bệnh nhân, thực hiện nhiều việc khám bệnh tại nhà, không tham gia điều trị tại bệnh viện. Bảo hiểm y tế thanh toán các dịch vụ khám ngoại trú theo hình thức trọn gói khoán theo năm. Mức khoán cho mỗi bệnh nhân được điều chỉnh theo mỗi năm bởi chính phủ. Để có thể đến khám tại tuyến trên, bệnh nhân phải được sự giới thiệu của bác sĩ gia đình (mô hình phân tuyến bắt buộc).

Về đào tạo, bác sĩ gia đình được đào tạo sau đại học với chương trình học 4 năm, trong đó năm cuối thực hành tại phòng khám đa khoa. Sau khi đã ra nghề, bác sĩ thực hành lâm sàng vẫn phải tham gia đào tạo liên tục. Tất cả các trường y đều có khoa y học gia đình và có nhiều hoạt động nghiên cứu trong lĩnh vực này.

2.4.3. Mô hình của Bỉ

Bảo hiểm y tế phủ toàn bộ dân số (một số ít những người di dân không có bảo hiểm do không đăng ký với chính quyền địa phương). Bệnh nhân vẫn tham gia đồng chi trả một phần chi phí điều trị (tuy số tiền bỏ ra không nhiều). Mục đích của việc đồng chi trả nhằm tránh hiện tượng lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế. Đối với bệnh nhân điều trị ngoại trú, có 3 hình thức thanh toán chi phí điều trị khác nhau: chi trả trọn gói theo từng năm cho mỗi người dân, chi trả cho mỗi lần khám với chi phí hoàn trả sau cho BS hoặc chi phí hoàn trả sau cho người bệnh.

Có nhiều mô hình thực hành y học khác nhau: độc lập hoặc theo nhóm; quản lý hoặc không quản lý. Tuy nhiên, phần lớn bác sĩ vẫn thực hành theo hình thức không quản lý. Số bệnh nhân đăng ký quản lý bắt buộc chỉ mới chiếm khoảng 5% dân số. Mỗi bác sĩ gia đình tham gia quản lý khoảng 2000 bệnh nhân (đối với mô hình chi trả trọn gói). Trung bình mỗi ngày, bác sĩ khám khoảng 30 bệnh nhân. Có khoảng 1/3 số lần khám ngoại trú được thực hiện tại nhà. Tuy mô hình có phân tuyến rõ ràng, nhưng số bệnh nhân đăng ký quản lý tại bác sĩ gia đình còn ít, tình trạng điều trị vượt tuyến vẫn thường xuyên xảy ra.

Chương trình đào tạo y học gia đình được giới thiệu trong đại học và sau đại học. Tất cả sinh viên y học gia đình đều qua 3 năm sau đại học trong đó có 1 năm lý thuyết và 2 năm thực hành tại phòng khám đa khoa – phòng mạch tư. Việc đào tạo liên tục là bắt buộc định kỳ theo hình thức tín chỉ, được quản lý bởi nghiệp đoàn y. Tất cả các trường y đều có bộ môn Y học tổng quát-y học gia đình

2.5. Tham khảo thêm

2.5.1. Quá trình áp dụng mô hình y học gia đình tại Thái Lan

Thái Lan là một trong những nước được đánh giá cao về thành tựu y khoa thông qua các chỉ số về sức khỏe trong các thập kỷ gần đây. Vào những năm 90. Với các chính sách của bộ y tế, bảo hiểm y tế đã được triển khai bắt đầu từ các bệnh viện cấp tỉnh-thành phố và sau đó là các bệnh viện của huyện và trạm y tế.

Việc khám điều trị bệnh chủ yếu được đáp ứng bằng hệ thống phòng khám ngoại chẩn tại các bệnh viện. Bên cạnh đó, mạng lưới các phòng khám tư nhân tham gia đáp ứng một phần nhu cầu chăm sóc y tế của người dân. Mạng lưới tư nhân được hình thành ban đầu là các phòng mạch tư, do chính nhân viên y tế nhà nước đứng tên thành lập và hoạt động ngoài giờ hành chính. Dần về sau, các phòng mạch tư được trang bị dần và phát triển thành các phòng khám đa khoa tư nhân. Việc chuyên khoa hóa là một xu hướng chung. Ban đầu các bác sĩ trẻ được bố trí công tác tại các bệnh viện tuyến huyện, đảm nhận công việc bác sĩ đa khoa trước khi đủ điều kiện để theo học chuyên khoa về sau.

Đứng trước tình hình chi phí y tế tăng cao và nhu cầu cải thiện chất lượng chăm sóc y tế, năm 1996, bộ y tế Thái Lan đã triển khai chương trình cải cách bao gồm 3 hướng chính: cải cách tài chính của bảo hiểm y tế, cải cách mạng lưới y tế dựa trên mô hình bác sĩ gia đình và nâng cao quyền của bệnh

nhân. Với việc cải cách mạng lưới y tế, mô hình y học thiên về bệnh viện được chuyển hướng sang mô hình y học gia đình, đảm nhiệm bởi mạng lưới các đơn vị chăm sóc tuyến ban đầu (có thể liên kết với bệnh viện hoặc không). Mỗi đơn vị chăm sóc tuyến ban đầu này thường có khoảng 8 nhân viên, trong đó có ít nhất 2 y tá và 1 bác sĩ (nếu như có thể) phụ trách cho một cộng đồng dân cư khoảng 10.000 dân. Các đơn vị này được nhận một khoản kinh phí hỗ trợ tương ứng với số người dân đăng ký, do vậy bệnh nhân chỉ trả một phần chi phí cho mỗi lần khám bệnh.

Tuy nhiên số bác sĩ chấp nhận công tác tại các tuyến ban đầu theo mô hình này không nhiều, do vậy nhà nước đã có những chính sách khác nhau nhằm củng cố trình độ của các đơn vị y tế tuyến cơ sở. Mô hình y học gia đình tại Thái Lan được xây dựng trên những kinh nghiệm đúc kết từ các chuyến tham quan mô hình y tế các nước, phối hợp với kinh nghiệm thực tiễn và đặc trưng của Thái Lan. Mặc dù chương trình cải cách được triển khai thí điểm từ cuối những năm 90, đến năm 2001 (thời điểm triển khai cải cách), mô hình y học gia đình của Thái Lan vẫn chưa có được sự thống nhất, còn nhiều ý kiến khác nhau.

Để đẩy mạnh phát triển y học gia đình, nguồn nhân lực cũng đã được chú ý phát triển. Giải pháp đầu tiên là nâng cao năng lực điều trị lâm sàng cho các y tá đang công tác tại trạm y tế thông qua các khóa đào tạo ngắn hạn. Việc phát triển bác sĩ gia đình được thực hiện bằng 2 hình thức. Hình thức thứ nhất là các bác sĩ trẻ mới tốt nghiệp sẽ học thêm chương trình sau đại học trong 3 năm (chuyên khoa về bác sĩ gia đình), chính thức hình thành từ năm 2000. Hình thức thứ 2 là mô hình đào tạo dành cho các bác sĩ đã công tác tại địa phương, nó cho phép những bác sĩ đa khoa hoặc đã chuyên khoa đã qua công tác điều trị trong 5 năm được phép lấy bằng về y học gia đình chỉ qua một khóa học ngắn hạn (khoảng 1 tuần lễ). Với cách thức đào tạo này, chỉ trong năm đầu tiên triển khai, đã có 2000 bác sĩ tốt nghiệp chương trình này. Đây cũng chính là lý do giải thích việc các bác sĩ có bằng bác sĩ gia đình ít khi công tác tại tuyến y tế ban đầu (vì đa phần đã là người đang công tác tại các tuyến y tế chuyên sâu, tuyến bệnh viện).

Việc triển khai y học gia đình trên qui mô quốc gia đã gặp nhiều khó khăn. Các phòng khám tư nhân (phòng mạch tư) không muốn tham gia mạng lưới này vì họ vẫn muốn quyền tự chủ trong hoạt động. Các trạm y tế không có đủ nhân lực cần thiết (thường là thiếu bác sĩ) để triển khai thêm hoạt động điều trị (vốn trước đây họ chỉ có đủ nguồn lực cho các hoạt động dự phòng và chương trình cộng đồng). Do vậy, các trạm y tế phải nhờ đến các bác sĩ của các bệnh viện tuyến huyện hỗ trợ hoạt động điều trị. Tuy nhiên, giải pháp này chỉ mang tính chất nhất thời, không thể duy trì lâu dài. Các trạm y tế thường phối hợp với bệnh viện để hình thành mạng lưới. Việc này cũng không dễ dàng. Ban lãnh đạo các bệnh viện lại không ủng hộ việc chuyển hướng y học bệnh viện sang hướng y học gia đình, đây là một trong những lý do gây cản trở cho việc đẩy củng cố chuyên môn tuyến y tế chăm sóc ban đầu.

Một trong những khó khăn cũng phải cần nhấn mạnh là quan niệm của người dân về chất lượng y tế còn giới hạn. Bệnh viện vẫn được xem là nơi cung cấp các dịch vụ sức khỏe có chất lượng, và trạm y tế vẫn bị xem là không có đủ chuyên môn đảm nhận điều trị.

2.5.2. Vài nét về mô hình bác sĩ gia đình tại CuBa

(lược dịch các ý chính theo như báo cáo của W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwer trong báo cáo Studies in Health Services Organisation & Policy, 22, 2003...)

Cuba là một quốc gia có các chỉ số về sức khỏe gần giống với các nước phương Bắc (các nước đã phát triển) trong khi các thông số về nguồn lực và tài chính thì lại giống với các nước phương Nam (các nước đang phát triển). Từ năm 1959, các hoạt động điều trị được ủy thác cho bác sĩ, trên cơ sở ưu tiên bác sĩ chuyên khoa. Với đặc điểm này, tiền thân các đơn vị chăm sóc tuyến ban đầu của Cuba là những phòng khám đa khoa do những bác sĩ chuyên khoa khác nhau đảm trách.

Đến năm 1984, sau hàng loạt các đợt tham quan học tập các mô hình y tế của các nước châu Âu, châu Mỹ, chính quyền Cuba đã thực hiện cải cách quan trọng trong hệ thống y tế mà chủ yếu là cho thực hiện mô hình bác sĩ gia đình tại Cuba. Đặc điểm của mô hình này là một đơn vị chăm sóc ban đầu bao gồm 1 bác sĩ gia đình và 1 y tá phụ trách cho một cộng đồng dân cư từ 500-800 người dân (ghi chú: tỷ lệ nhân viên y tế tại Cuba là: 1BS/172 người dân, 1YTá/128 người dân).

Cách tiếp cận của chăm sóc tuyến đầu cũng thay đổi, từ cách nhìn thiên về sinh học (về bệnh) qua cách nhìn tổng quát hơn sinh học-tâm lý-xã hội, gia đình và cộng đồng (về con người). Chức năng của bác sĩ gia đình bao gồm điều trị, dự phòng, nâng cao sức khỏe. Bên cạnh đó, bác sĩ gia đình còn triển khai nhiều hoạt động chuyên biệt khác (như vắcgia chủ động). Các đơn vị chăm sóc ban đầu này trực thuộc mạng lưới của một phòng khám đa khoa. Nơi đây có thêm các chức năng bổ sung như: đào tạo, hỗ trợ, theo dõi kiểm tra các đơn vị chăm sóc ban đầu này, cũng như cung cấp một số dịch vụ chuyên khoa (khám chuyên khoa cho các bệnh nhân được chuyển đến, xét nghiệm cận lâm sàng). Các bệnh viện thì phụ trách việc điều trị các mặt bệnh nội trú.

Tuy cấu trúc hệ thống y tế có phân tuyến phân cấp cụ thể, nhưng trong thực tế, bệnh nhân có thể đi vượt tuyến, đưa đến hậu quả là các phòng khám đa khoa và bệnh viện đôi khi cung cấp các dịch vụ y tế ban đầu. Trước nay, tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe là miễn phí và thuốc thì được trợ cấp. Từ năm 2010 đến nay, tình hình đã có nhiều thay đổi do việc nhà nước không còn trợ cấp về y tế.

Trong vòng 15 năm, đã có 20.000 bác sĩ gia đình được đào tạo qua chương trình sau đại học 3 năm (bắt buộc đối với tất cả các bác sĩ trẻ mới ra trường trước khi phát triển 1 chuyên khoa sâu khác). Vào giai đoạn đầu, Cuba không có được đội ngũ giảng viên về chuyên ngành bác sĩ gia đình nên việc đào tạo được thực hiện thông qua các chuyên khoa khác (nội khoa, nhi khoa và sản khoa) với chương trình “định hướng chuyên khoa”. Dần dần về sau, các giảng viên được đào tạo chính thức thay thế dần các vị trí giảng dạy này. Chương trình đào tạo mang tính chất thực hành nhiều hơn là lý thuyết. Các bác sĩ trẻ được bố trí làm việc tại một phòng mạch hoặc một phòng khám đa khoa. Giảng viên sẽ giám sát việc khám bệnh của sinh viên. Bên cạnh đó, sinh viên phải tham dự các buổi báo cáo, hội thảo chuyên đề tổ chức tại các phòng khám đa khoa.

Việc phân bố các bác sĩ gia đình giữa các vùng địa lý khác nhau do nhà nước quản lý điều phối thông qua các chính sách khác nhau. Một trong những

giải pháp là việc các trường y trực thuộc trực tiếp bộ y tế, và áp dụng chính sách đào tạo theo nhu cầu địa phương.

3. CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Theo mô hình phân tuyến được đề nghị bởi Lord Dawson, ý nào sau đây là sai:

1. Tuyến ba là tuyến điều trị chuyên sâu – chuyên khoa, giảng dạy được thực hiện bởi các bệnh viện trường đại học.
2. Tuyến hai nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe phức tạp hơn được thực hiện tại các bệnh viện của vùng.
3. Tuyến một đảm trách chủ yếu phần phòng ngừa bệnh, không điều trị. Việc điều trị chủ yếu tập trung tại tuyến hai. (câu chọn)
4. Mô hình dựa trên khía cạnh chuyên môn từ thấp đến cao.

Theo mô hình phân tuyến được đề nghị bởi Lord Dawson, ý nào sau đây là sai:

1. Tuyến một nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe thông thường mà chủ yếu thực hiện bởi các bác sĩ đa khoa tổng quát, bác sĩ gia đình.
2. Tuyến hai nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe phức tạp hơn được thực hiện tại các bệnh viện của vùng.
3. Tuyến ba là tuyến điều trị chuyên sâu – chuyên khoa sâu, bên cạnh đó còn có chức năng giảng dạy phối hợp các bệnh viện trường đại học.
4. Tuyến bốn là tuyến các bệnh viện trung ương được sự điều phối bởi nhà nước. (câu chọn).

Theo mô hình phân tuyến được đề nghị bởi Lord Dawson, ý nào sau đây là CHƯA ĐÚNG:

1. Tuyến một nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe thông thường.
2. Tuyến hai nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe phức tạp vượt quá khả năng của tuyến 1, nhưng không chuyên khoa sâu, không đào tạo.
3. Tuyến ba là tuyến điều trị chuyên sâu – chuyên khoa sâu, bên cạnh đó còn có chức năng giảng dạy phối hợp các bệnh viện trường đại học.
4. Mô hình 3 tuyến là do phân công khối lượng công việc tăng dần trong hệ thống y tế quốc gia. (câu chọn)

Theo mô hình phân tuyến được đề nghị bởi Lord Dawson, ý nào sau đây là CHƯA ĐÚNG:

1. Mô hình dựa trên khía cạnh chuyên môn từ thấp đến cao.
2. Tuyến một nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe thông thường.
3. Tuyến một đảm trách chủ yếu phần phòng ngừa bệnh, không điều trị. Việc điều trị chủ yếu tập trung tại tuyến hai. (câu chọn)
4. Tuyến hai nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe phức tạp vượt quá khả năng.

Theo mô hình phân tuyến được đề nghị bởi Lord Dawson, ý nào sau đây là CHƯA ĐÚNG:

1. Tuyến một nhằm chăm sóc những vấn đề sức khỏe thông thường mà chủ yếu được đảm nhận bởi bác sĩ đa khoa tổng quát, bác sĩ gia đình.
2. Tuyến hai là qui mô các bệnh viện của vùng nhằm chăm sóc các vấn đề sức khỏe phức tạp hơn, cần chuyên khoa sâu hơn.
3. Tuyến ba là các bệnh viện chuyên khoa sâu, là các trung tâm nghiên cứu và đào tạo về y học, phối hợp với các trường để triển khai đào tạo y khoa.
4. Theo Lord Dawson, sự phân tuyến thể hiện quyền phụ trách, tuyến ba phụ trách tuyến hai, tuyến hai phụ trách tuyến một. (câu chọn)

Quan điểm nào về mô hình 3 tuyến sau đây là CHƯA ĐÚNG:

1. Tuyến chuyên khoa sâu có đủ các nguồn lực – điều kiện chuyên môn để thực hiện được phần việc của các tuyến trước, do vậy cũng làm tốt nhiệm vụ của tuyến trước. (câu chọn)
2. Y tế tuyến ban đầu bao gồm các trạm y tế, các phòng mạch tư, phòng khám đa khoa đảm nhiệm việc chăm sóc ban đầu.
3. Tuyến y tế thứ 2, 3 bao gồm các bệnh viện của quận huyện, các bệnh viện khu vực, các bệnh viện của tỉnh và trung ương, các bệnh viện chuyên khoa.
4. Việc phân cấp này nhằm xác định vai trò chuyên môn của các đơn vị nhằm có định hướng hoạt động phù hợp.

Tuyến y tế ban đầu có những đặc điểm sau, tìm 1 câu gần đúng nhất:

1. Trình độ chuyên môn kém
2. Trang bị phù hợp với nhu cầu điều trị ngoại trú (câu chọn)
3. Chất lượng chăm sóc kém
4. Là một bệnh viện qui mô nhỏ để phục vụ nhu cầu tại chỗ

Tuyến y tế ban đầu có những đặc điểm sau, tìm 1 câu gần đúng nhất:

1. Trình độ chuyên môn kém
2. Trang bị đơn giản theo nhu cầu điều trị ngoại trú.
3. Là một bộ phận của hệ thống y tế, nhằm phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. (câu chọn)
4. Chỉ thực hiện chức năng dự phòng, không chức năng điều trị.

Tuyến y tế ban đầu có những đặc điểm sau, tìm 1 câu gần đúng nhất:

1. Chất lượng chăm sóc kém
2. Là một bệnh viện qui mô nhỏ để phục vụ nhu cầu tại chỗ
3. Chỉ có vai trò thực hiện các công tác dự phòng tại cộng đồng.
4. Để thực hiện tốt, tuyến y tế ban đầu cần được trang bị phù hợp (tùy địa phương).

Tuyến y tế ban đầu có những đặc điểm sau, tìm 1 câu CHƯA ĐÚNG:

1. Là một bệnh viện qui mô nhỏ để phục vụ nhu cầu tại chỗ. (câu chọn)

2. Là một bộ phận không thể thiếu của hệ thống y tế, nhằm phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.
3. Để thực hiện tốt, tuyến y tế ban đầu cần được trang bị phù hợp (tùy địa phương).
4. Có nhân lực trình độ cao, sử dụng các kỹ thuật phù hợp với nhu cầu chuyên môn.

Tuyến y tế ban đầu có những đặc điểm sau, tìm 1 câu CHƯA ĐÚNG:

1. Là một bộ phận không thể thiếu của hệ thống y tế, nhằm phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.
2. Chỉ có vai trò thực hiện các công tác dự phòng tại cộng đồng.
3. Để thực hiện tốt, tuyến y tế ban đầu cần được trang bị phù hợp (tùy địa phương).
4. Có nhân lực trình độ cao, sử dụng các kỹ thuật phù hợp với nhu cầu chuyên môn.

Bác sĩ gia đình là: (tìm 1 câu CHƯA ĐÚNG):

1. Bác sĩ đa khoa tổng quát.
2. Là bác sĩ chuyên khoa lâm sàng.
3. Là bác sĩ hệ sau đại học.
4. Là bác sĩ chuyên khoa quản lý hướng chăm sóc ban đầu. (câu chọn)

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục thống kê [General statistics office] (2003). Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia [Vietnam national health survey's report]. Bộ Y tế [Ministre of health] ed. Hà Nội: *Nhà xuất bản y học* p.
2. Site Web: Tình hình bệnh tật tử vong của thành phố [Morbidity and mortality of Hochiminh city]. 2008. (Accessed 22/6, 2010, at <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/data/news/2009/4/6367/tuvong2008.htm>.)
3. Dương Huy Liệu, Nguyễn Hoàng Long, Dương Đức Thiên , et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
4. Dugas Sylvie, Dormael Monique Van (2003). La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. Antwerp, Belgium: ITGPress.352 p.
5. Party Leeuwenhorst Working. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. In: The general practitioner in Europe; 1974; Leeuwenhorst, the Netherlands; 1974.
6. Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P. **General practice--time for a new definition.** *BMJ*. [2000];320:354-7.
7. Europe WONCA. The European definition of general practice. Barcelona; 2002.
8. Europe WONCA. The European definition of general practice, revision 2011. Barcelona; 2011.

9. Phạm Lê An (2012). Y học gia đình. Hồ Chí Minh: *Nhà xuất bản y học*. 849 p.