

VAI TRÒ VÀ LỢI ÍCH CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH TRONG HỆ THỐNG Y TẾ

Ths. Bs. Trần Thị Hoa Vi

I. Mục tiêu bài giảng:

1. Hiểu được định nghĩa về Y học gia đình.
2. Phân tích được 3 vai trò lợi ích của Y Học Gia Đình trong hệ thống y tế.

II. Đại cương:

Mỗi quốc gia có nguồn lực chăm sóc sức khỏe và nhu cầu về sức khỏe khác nhau. Tuy nhiên, mục tiêu cơ bản của một hệ thống y tế là đem lại sức khỏe tốt nhất và giảm tối thiểu sự cách biệt trong chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân và từng nhóm đối tượng khác nhau trong cộng đồng.

Theo định nghĩa về sức khỏe của tổ chức y tế thế giới (WHO-1988) thì sức khỏe là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội; không chỉ đơn giản là không có bệnh. Ý tưởng về “sức khỏe cho mọi người” lần đầu tiên được đưa vào tuyên ngôn Alma-Ata vào năm 1978 trong hội nghị quốc tế về chăm sóc sức khỏe ban đầu. Từ đó đến nay, đã có nhiều nghiên cứu lớn chứng minh vai trò, lợi ích của “Chăm sóc sức khỏe ban đầu” trong hệ thống y tế và rất nhiều quốc gia trên thế giới đã thấy được tầm quan trọng cũng như vai trò thiết yếu, tiên phong của “Chăm sóc sức khỏe ban đầu”. Trong đó, Y học gia đình (YHGD) là chuyên ngành đáp ứng tốt nhất mục tiêu “sức khỏe cho mọi người” vì đây là một lĩnh vực khoa học và hàn lâm, với đặc trưng về nội dung đào tạo, nghiên cứu, y học chứng cứ và kỹ năng lâm sàng, là một **CHUYÊN KHOA** lâm sàng **HƯỚNG CHĂM SÓC BAN ĐẦU** (Theo WONCA - the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Viết ngắn gọn là World Organization of Family Doctors - 2002).

III. Phân tích vai trò – lợi ích của YHGD trong hệ thống y tế:

Câu hỏi đầu tiên nên được đặt ra khi phân tích sâu vào vai trò – lợi ích của YHGD là: Chăm sóc ban đầu có tầm quan trọng ra sao?

Câu hỏi này đã được tác giả Barbara Starfield* chứng minh qua rất nhiều nghiên cứu khác nhau. Bà đã đúc kết được 3 vai trò-lợi ích nổi bật của YHGD là: YHGD đem lại kết cục sức khỏe tốt hơn, chi phí thấp hơn và bình đẳng hơn trong chăm sóc sức khỏe.

Ngoài ra, tổ chức Y Tế Thế Giới cũng đã phát hành cuốn sách Primary Health Care - Now More Than Ever - 2008, tổng hợp rất nhiều nghiên cứu

chứng minh vai trò lợi ích của YHGD và đã được dịch ra rất nhiều thứ tiếng trên thế giới.

* Tác giả Barbara Starfield (18/12/1932 – 10/06/2011), xuất thân là một bác sĩ chuyên khoa Nhi tại bệnh viện Johns Hopkins – Mỹ, sau đó Bà đã lấy bằng Thạc sĩ về sức khỏe cộng đồng tại trường Johns Hopkins và tham gia giảng dạy nghiên cứu tại trường. Bà là người có công rất lớn trong việc nghiên cứu, chứng minh vai trò – lợi ích của “Chăm sóc ban đầu”.

1. Kết cục sức khỏe tốt hơn:

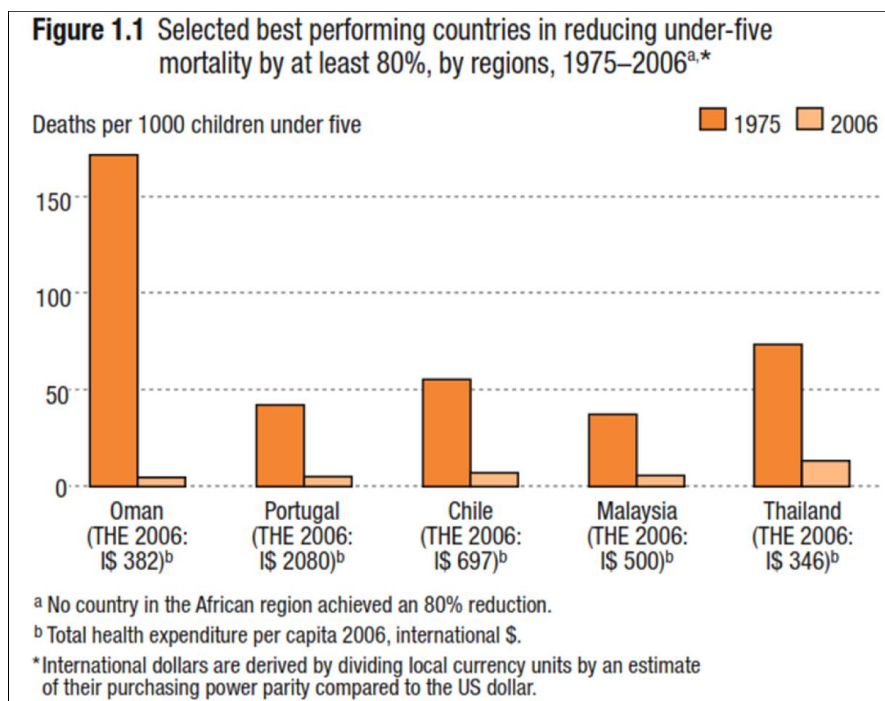
Để chứng minh vai trò của YHGD đem lại kết cục sức khỏe tốt hơn, cần phải chứng minh 2 vấn đề sau:

- a. Những quốc gia có mạng lưới bác sĩ gia đình hoạt động hiệu quả thì có sức khỏe tốt hơn.
- b. Người dân được bác sĩ gia đình chăm sóc thì có sức khỏe tốt hơn.

a. *Kết cục sức khỏe và sự phân bố của mạng lưới bác sĩ gia đình:*

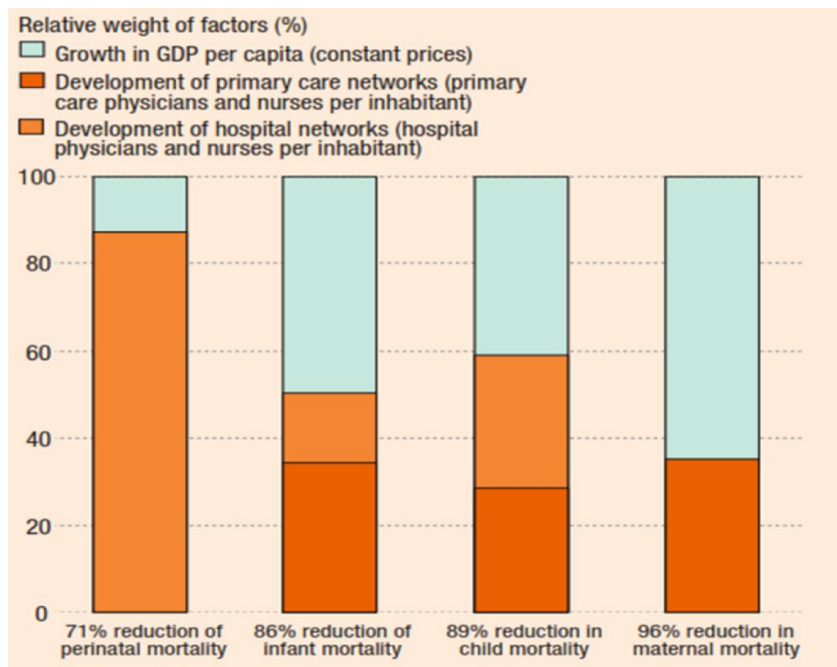
Vào cuối những năm 1970, Vương quốc Hồi giáo Oman có rất ít các chuyên gia y tế. Người dân phải đi ít nhất 4 ngày để đến được bệnh viện, khi đến bệnh viện thì phải chờ đợi hàng trăm bệnh nhân mới tới lượt khám. Điều này đã không còn khi Oman đầu tư phát triển mạng lưới y tế cơ sở rộng khắp trên toàn quốc. Vào năm 2006, Vương quốc này đã có hơn 180 cơ sở y tế quận huyện với hơn 5000 nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe cho hơn 2,2 triệu dân với phạm vi bảo hiểm được mở rộng cho cả người nước ngoài. Kết quả đã có hơn 98% trẻ được tiêm chủng đầy đủ, tuổi thọ trung bình vào cuối những năm 1970 dưới 60 tuổi đã tăng lên trên 74 tuổi vào năm 2006. Thêm vào đó là tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi giảm đến 94% [18],[11].

Tương tự, nhiều quốc gia khác trên thế giới như Bồ Đào Nha, Chi-lê, Malaysia, Thái Lan; sau khi được chú trọng phát triển mạng lưới bác sĩ gia đình rộng khắp trong dân chúng thì tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi ở năm 2006 đã giảm ít nhất 80% so với năm 1975 (biểu đồ).



(Trích từ Primary Health Care - Now More Than Ever – 2008)

Tại Bồ Đào Nha, nhận ra vai trò của YHGD vào năm 1976, thể hiện trong hiến pháp của nước này sau cuộc cách mạng dân chủ, chính phủ đã dùng áp lực chính trị để giảm sự bất bình đẳng y tế lớn trong nước bằng việc tạo ra một hệ thống y tế quốc gia được tài trợ bởi thuế, đồng thời bổ sung chương trình bảo hiểm y tế công cộng và tư nhân. Nhờ nỗ lực này mà từ năm 1960 đến năm 2008, tuổi thọ trung bình đã tăng 9,2 năm, thu nhập bình quân đầu người tăng gấp đôi, đặc biệt là tỉ lệ tử vong chu sinh giảm 71%; tỉ lệ tử vong nữ nhi giảm 86%; tỉ lệ tử vong mẹ giảm đến 96% (biểu đồ).



(Trích từ Primary Health Care - Now More Than Ever – 2008)

Từ 1996 – 2000, tại Indonesia có sự thay đổi trong đầu tư chi phí cho chăm sóc ban đầu và cho bệnh viện, nhà nước chú trọng đầu tư cho mạng lưới bệnh viện và không chú trọng đầu tư cho chăm sóc ban đầu. Kết quả là khi chi phí cho chăm sóc ban đầu càng cao thì tỉ lệ tử vong nhũ nhi càng giảm; ngược lại, chi phí cho bệnh viện càng cao thì tỉ lệ tử vong nhũ nhi càng tăng (biểu đồ) [17].

Primary Care and Infant Mortality Rates, Indonesia, 1996-2000				
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Primary care spending per capita*	10.3	9.6	8.5	8.2
Hospital spending per capita*	4.1	4.4	4.6	5.3
Infant mortality	20% improvement (all provinces) (1990-96)		14% worsening (22 of 26 provinces)	

*constant Indonesian rupiah, in billions

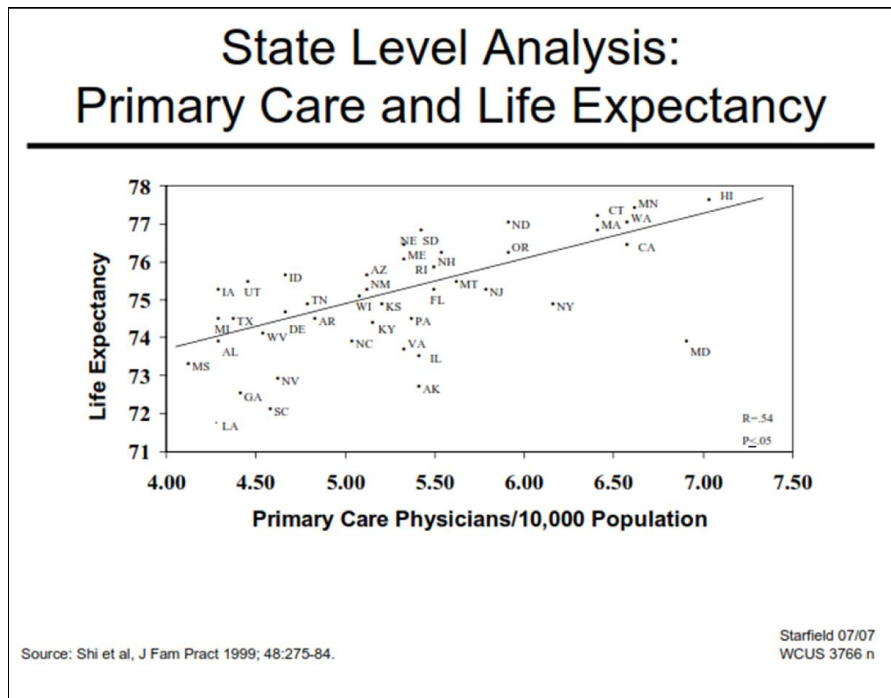
Source: Simms & Rowson, Lancet 2003; 361:1382-5.

Starfield 07/07
WC 3796 n

Nghiên cứu của tác giả Shi và cộng sự về “Mối liên quan giữa chăm sóc ban đầu, sự bất bình đẳng trong thu nhập và tỉ lệ tử vong ở Mỹ từ năm 1985 đến 1995”, một nghiên cứu cắt ngang tại 4 mốc thời gian (1980, 1985, 1990, 1995), kết cục chính là “tử vong do mọi nguyên nhân trên 100.000 dân” ở 50 tiểu bang Mỹ ở 4 mốc thời gian trên và được chuẩn hóa theo tuổi. Kết quả cho thấy, tăng 1 bác sĩ gia đình/10.000 dân giúp làm giảm 35 ca tử vong/100.000 dân; ngược lại tăng 1 bác sĩ chuyên khoa/10.000 dân lại làm tăng 15 ca tử vong/100.000 dân. Và Tăng 1 Bác sĩ chăm sóc ban đầu/10.000 dân làm tăng 0,67 năm sống còn ($t=3,531$; $p<0,001$) [16].

Tại Anh, tác giả Gulliford chứng minh, ở những vùng có phân bố mạng lưới bác sĩ gia đình thì tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong độ tuổi từ 15 đến 64 tuổi thấp hơn. Và khi gia tăng 1 bác sĩ gia đình/10.000 dân giúp làm giảm 6% tỉ lệ tử vong [4].

Tác giả Shi cũng cho thấy: Số lượng bác sĩ gia đình/10.000 dân càng tăng thì tuổi thọ cũng ngày càng tăng (biểu đồ)



Tại Canada, tác giả Roos kết luận bệnh nhân sau khi phẫu thuật, nếu được bác sĩ gia đình chăm sóc sẽ có kết cục sức khỏe tốt hơn. Trường hợp xảy ra biến chứng sẽ được bác sĩ gia đình gửi lên bác sĩ chuyên khoa cũng có kết cục sức khỏe tốt hơn trường hợp bệnh nhân tự đến gặp bác sĩ chuyên khoa [13].

Vào giữa những năm 1980, Tây Ban Nha đã thực hiện một chương trình quốc gia, phát triển các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu. Kết quả được đánh giá sau 10 năm thực hiện, tỷ lệ tử vong liên quan đến tăng huyết áp và đột quỵ giảm nhiều nhất. Đồng thời tỷ lệ tử vong do ung thư phổi cũng giảm đáng kể [19].

Cuối cùng, chúng ta nên nói đến đất nước Cuba và Costa Rica, nơi mà mạng lưới chăm sóc ban đầu hoạt động hiệu quả nhất, làm giảm tỷ lệ tử vong nữ nhi nhiều nhất so với các nước khác ở Châu Mỹ La Tinh. Ở Cuba, tỷ lệ tử vong trẻ nữ nhi đang ngang bằng với Mỹ [9], [12].

Tại Costa Rica, sau khi được đầu tư nghiêm túc mạng lưới bác sĩ gia đình thì vào năm 1985, tuổi thọ trung bình của Costa Rica đã đạt 74 năm, và tỷ lệ tử vong nữ nhi giảm từ 60 trên 1.000 ca sinh sống (năm 1970) xuống còn 19 trên 1.000 ca sinh sống. Những cải tiến trong chăm sóc sức khỏe ban đầu,

ước tính đã giảm tỷ lệ tử vong trẻ nhũ nhi từ 40% đến 75% tùy thuộc vào các nghiên cứu khác nhau [6], [8], [14].

Tóm lại, tác giả Barbara Starfield đã tổng hợp nhiều nghiên cứu và chứng minh được: chăm sóc ban đầu góp phần cải thiện kết cục sức khỏe, giảm tử vong do mọi nguyên nhân, tử vong do bệnh tim mạch, đột quỵ, ung thư, tử vong trẻ em, tỉ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh và gia tăng thời gian sống còn [1].

b. Người dân được bác sĩ gia đình chăm sóc thì có sức khỏe tốt hơn.

Vấn đề thứ hai cần phân tích là khả năng người bệnh được tiếp nhận dịch vụ chăm sóc ban đầu. Ở mỗi quốc gia cũng như mỗi vùng miền khác nhau của một quốc gia, không phải ai cũng được bác sĩ gia đình chăm sóc. Vì vậy ở đây sẽ phân tích kết cục sức khỏe ở người được bác sĩ gia đình chăm sóc và người không được bác sĩ gia đình chăm sóc.

Một cuộc khảo sát trên toàn nước Mỹ của tác giả Franks và cộng sự cho thấy, những người báo cáo được bác sĩ gia đình chăm sóc sức khỏe thì cảm thấy được quan tâm nhiều hơn và có tỉ lệ tử vong sau 5 năm thấp hơn những người được bác sĩ chuyên khoa chăm sóc (sau khi đã kiểm soát những khác biệt ban đầu về tình trạng sức khỏe, đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng bảo hiểm y tế, nhận thức về sức khỏe, chẩn đoán bệnh ban đầu và tình trạng hút thuốc lá). Tác giả chứng minh bác sĩ gia đình giúp làm giảm 19% nguy cơ tử vong và giảm 33% giá thành chăm sóc [3].

Một phân tích về các trường hợp tử vong có thể phòng ngừa được ở trẻ em đã kết luận rằng, ước tính trong 90% trẻ em tử vong trên toàn thế giới thì có tới 63% trường hợp có thể đã được ngăn ngừa bằng cách thực hiện đầy đủ chăm sóc ban đầu. Các biện pháp can thiệp chăm sóc ban đầu bao gồm chăm sóc phối hợp giải quyết những vấn đề rất phổ biến của bệnh tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét, HIV/AIDS, sinh non, uốn ván sơ sinh, và nhiễm trùng sơ sinh [7].

2. Chi phí thấp hơn

Ngoài việc đem lại kết cục sức khỏe tốt hơn, thì sự đầu tư cho mạng lưới bác sĩ gia đình còn góp phần giảm chi phí điều trị, chi phí chăm sóc sức khỏe cho người dân. Những nơi có tỉ lệ bác sĩ gia đình trong dân số cao hơn thì tổng chi phí nhà nước phải bỏ ra trong chăm sóc sức khỏe cho người dân luôn thấp hơn những vùng khác. Ngược lại, những nơi đầu tư vào mạng lưới bác sĩ chuyên khoa nhiều thì chi phí cao hơn mà kết cục sức khỏe lại xấu hơn. Vấn đề này có thể giải thích được là do bác sĩ gia đình làm công tác dự phòng tốt, từ đó ngăn ngừa được các biến chứng của bệnh, giảm tỉ lệ nhập viện vì bệnh diễn tiến nặng, do đó mà tổng chi phí điều trị sẽ thấp hơn.

Trong nghiên cứu của tác giả Whittle và cộng sự năm 1998, tác giả đã chứng minh rằng: Chi phí chăm sóc điều trị những bệnh thường gặp trong dân số, ví dụ như bệnh viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng thì chi phí điều trị bởi bác sĩ chuyên khoa cao hơn bác sĩ gia đình mà kết quả điều trị cuối cùng không có gì khác biệt giữa bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ gia đình. Hay trong nghiên cứu đa quốc gia của tác giả Starfield và Shi năm 2002 cho thấy, những quốc gia có mạng lưới chăm sóc ban đầu kém luôn có tổng chi phí điều trị cao hơn những quốc gia có mạng lưới chăm sóc ban đầu tốt ($r = 0.61$, $p < 0.001$).

Một nghiên cứu khác tại Thái Lan [10] về chi phí điều trị tại tuyến, khảo sát việc kê các xét nghiệm cận lâm sàng đối với bệnh nhân có triệu chứng nhẹ ở dạ dày, so sánh giữa các đơn vị khám bệnh khác nhau:

- Trung tâm sức khỏe cộng đồng (Bác sĩ tổng quát)
- Phòng khám tư (Bác sĩ tổng quát)
- PK tư (Bác sĩ Chuyên khoa)
- Bệnh viện công (Phòng khám ngoại trú)
- BV tư (Phòng khám ngoại trú)

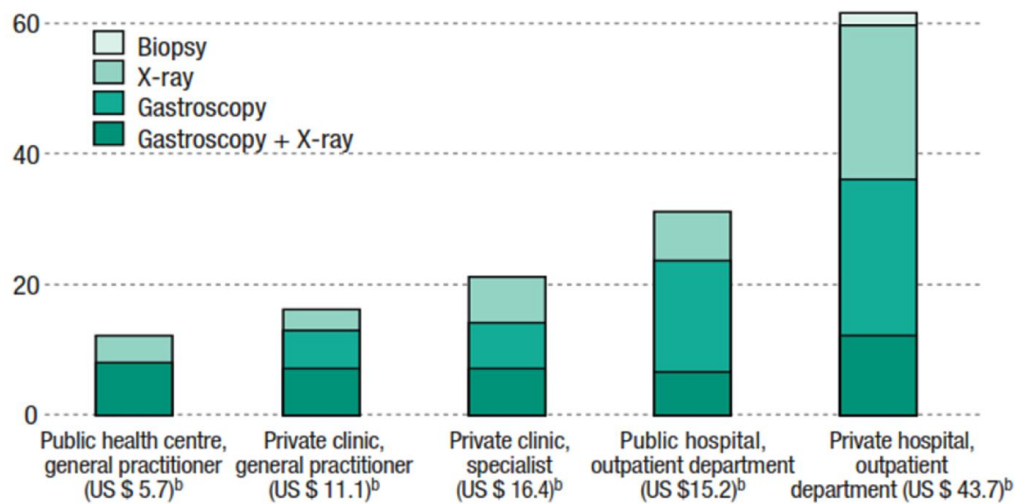
Kết quả cho thấy: Chi phí chênh lệch

- Giữa 2 nhóm Bác sĩ chuyên khoa và Bác sĩ Tổng quát: bác sĩ tổng quát cho ít cận lâm sàng hơn.
- Giữa phòng khám tư và trung tâm sức khỏe cộng đồng: phòng khám tư có khuynh hướng cho cận lâm sàng nhiều hơn.
- Giữa phòng khám bệnh viện (công và tư) và trung tâm sức khỏe cộng đồng: phòng khám bệnh viện cho nhiều cận lâm sàng hơn và lạm dụng cận lâm sàng xâm lấn nhiều hơn (sinh thiết).
- Giữa phòng khám ngoại trú bệnh viện công và bệnh viện tư: bệnh viện tư lạm dụng nhiều cận lâm sàng hơn.

Điều này cho thấy, với một vấn đề sức khỏe đơn giản, bệnh nhân đến gặp một bác sĩ gia đình thì sẽ ít tốn kém hơn nhiều và ít bị nguy cơ phải làm nhiều chỉ định cận lâm sàng không cần thiết (biểu đồ) [10].

Figure 3.4 Inappropriate investigations prescribed for simulated patients presenting with a minor stomach complaint, Thailand^{a,b,162}

Patients for whom inappropriate investigations were prescribed (%)



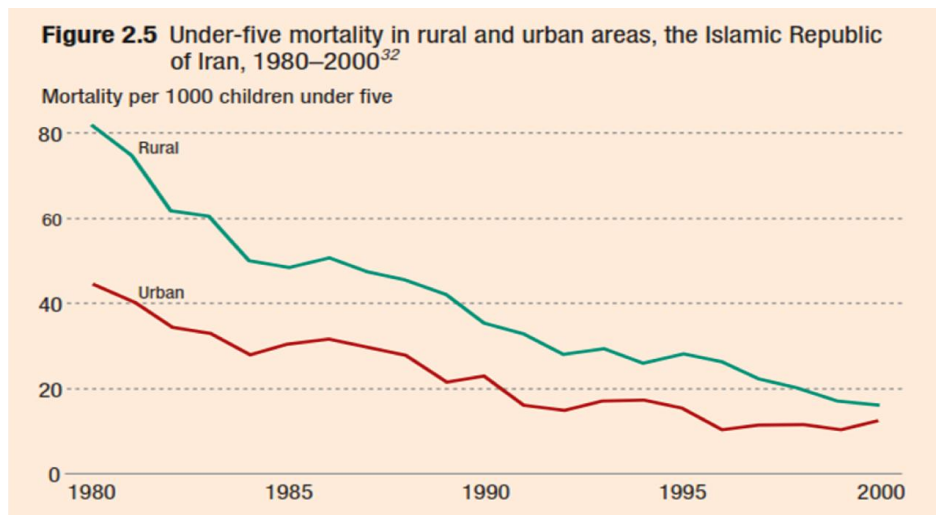
^a Observation made in 2000, before introduction of Thailand's universal coverage scheme.

^b Cost to the patient, including doctor's fees, drugs, laboratory and technical investigations.

3. Bình đẳng hơn trong chăm sóc sức khỏe

Vấn đề bình đẳng trong việc được hưởng các quyền lợi về chăm sóc sức khỏe là một vấn đề lớn, khó giải quyết của mọi quốc gia trên thế giới. Người giàu thì được hưởng các quyền lợi y tế tốt nhất trong khi người nghèo rất khó tiếp cận được các dịch vụ y tế. Tác giả Castro-Leal đã dẫn chứng, tỉ lệ phân phối chi tiêu của chính phủ cho người giàu và người giàu nghèo rất chênh lệch (23% vào nhóm giàu so với 15% vào nhóm thu nhập thấp) [2]. Gwatkin, một chuyên gia quốc tế nhận định “từ quan điểm bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe, hướng đầu tư vào chăm sóc ban đầu là bước đi đúng đắn” [5].

Một thống kê về tỉ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi ở thành thị và nông thôn ở Iran từ năm 1980 đến năm 2000 cho thấy, ở nông thôn luôn có tỉ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi cao hơn thành thị, tuy nhiên khoảng cách ngày càng được thu hẹp nhờ phát triển mạng lưới chăm sóc ban đầu (biểu đồ) [20].



Vào năm 1999, tác giả Shi và cộng sự đã chứng minh, chăm sóc ban đầu và bất bình đẳng trong thu nhập là hai yếu tố ảnh hưởng lớn đến tuổi thọ trung bình, tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, tỷ lệ tử vong đột quỵ và tử vong trẻ em. Ông chứng minh, ở những nơi có sự bất bình đẳng trong thu nhập cao, nếu có nguồn lực chăm sóc ban đầu đầy đủ thì tỉ lệ tử vong sau sinh (so với dân số trung bình) giảm 17%. Ngược lại, cũng ở nơi có sự bất bình đẳng trong thu nhập cao, nhưng nguồn lực chăm sóc ban đầu không đầy đủ thì tỉ lệ tử vong sau sinh tăng 7% [15]. Điều này cho thấy YHGD có thể góp phần làm giảm sự bất bình đẳng trong chăm sóc sức khỏe cho người dân cũng như đem lại kết cục sức khỏe tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Barbara Starkield, Leiyu Shi, and James Macinko (2005), *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health* (Vol. 83), Blackwell Publishing.
- 2 Castro Leal F., J.Dayton, L.Demery, and K.Mehra. (2000), "Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit?". *Bulletin of the World Health Organization*, 78:66-74.
- 3 Franks P., K. Fiscella (1998), "Primary Care Physicians and Specialists as Personal Physicians. Health Care Expenditures and Mortality Experience". *Journal of Family Practice* 47:105-9.
- 4 Gulliford M.C. (2002), "Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association? ". *Journal of Public Health Medicine*, 24:252-4.
- 5 Gwatkin D.R. (2001), "The Need for Equity-Oriented Health Sector Reforms". *International Journal of Epidemiology* 30:720-23.
- 6 Haines M., and R. Avery. (1982), "Differential Infant and Child Mortality in Costa Rica". *Population Studies*, 36:31-43.
- 7 Jones G., R.W. Steketee, R.E. Black, Z.A. Bhutta, and S.S. Morris. (2003), "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?". *Lancet* 362:65-71.
- 8 Klijsing F., and H. Taylor. (1982), "The Decline of Infant Mortality in Costa Rica, 1950-73: Modernization or Technological Diffusion?". *Malaysian Journal of Tropical Geography*, 5:22-9. .

- 9 Pan American Health Organization (PAHO) (2005), "Regional Core Health Data. Washington, D.C. Available at <http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm> (accessed June 8, 2005).
- 10 Pongsupap Y, Van Lerberghe W. (2006), "Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok". *Tropical Medicine and International Health*, 11:81–89.
- 11 *Primary health care performance. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs*, (2006), Department of Primary Health Care.
- 12 Riveron Corteguera, R. (2000), "Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Cuba 1995-1999". *Revista Cubana de Pediatría*, 72:147-64.
- 13 Roos N.P. (1979), "Who Should Do the Surgery? Tonsillectomy- Adenoidectomy in One Canadian Province". *Inquiry* 16:73-83.
- 14 Rosero Bixby L. (1986), "Infant Mortality in Costa Rica: Explaining the Recent Decline". *Studies in Family Planning*, 17:57-65.
- 15 Shi L. (1999), "Experience of Primary Care by Racial and Ethnic Groups in the United States". *Medical Care* 37:1068-77.
- 16 Shi L., J. Macinko, B. Starfield, J. Wulu, J. Regan, and R. Politzer (2003a), " The Relationship between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in the United States, 1980-1995". *Journal of the American Board of Family Practice*, 16:412-22.
- 17 Simms C., Rowson M. (2003), "Reassessment of health effects of the Indonesian economic crisis: donors versus the data". *Lancet* 361: 1382-1385.
- 18 *Sultanate of Oman: second primary health care review mission* (2006), Geneva, World Health Organization.
- 19 Villalbi J.R., A.Guarga, M.I.Pasarin, M.Gil, C.Borrell, M.Ferran, and E. Cirera. (1999), "An Evaluation of the Impact of Primary Care Reform on Health". *Atencion Primaria*, 24:468-74.
- 20 World Health Organization (2008), "Primary Health Care. Now More Than Ever". The World Health Report.