

NHÂN LỰC Y TẾ: TÌNH HÌNH, PHÂN TÍCH VÀ CHÍNH SÁCH

Tình hình chung

Ngày 12 tháng 6 năm 2008, Bộ Y tế của chính phủ Việt Nam hiện tại đã có một hội nghị trực tuyến với các đơn vị liên quan, bàn về nhân lực y tế (NLYT). Có thể tóm tắt một số nhận định về tình hình NLYT hiện nay tại Việt Nam như sau, qua các báo trên mạng, cũng như qua các diễn đàn trao đổi:

- NLYT thiếu trầm trọng, mặc dù mật độ bác sĩ cho 10.000 dân (BS/10.000) của Việt Nam là 6,2 trong khi của Phi Luật Tân là 5,8, của Nam Dương là 1,3, của Thái Lan là 3,7 và của Trung Quốc là 10,6.
- sự phân bố các nhân viên y tế (NVYT) không đồng đều giữa các vùng. Đồng bằng sông Cửu Long và Tây Bắc là hai vùng có mật độ NVYT cho 10.000 dân thấp nhất, khoảng 21 – 25.
- sự phân bố không đồng đều giữa các ngành đào tạo. Trong khi mỗi năm ngành Y cần thêm khoảng 6.000 BS thì ngành Dược đào tạo mỗi năm tới 8.000 dược sĩ (DS) đại học, đủ để đáp ứng nhu cầu chung.
- NVYT được cử đi học cao hơn, không chịu trở về địa phương.
- BS mới ra trường không chịu về vùng sâu.
- BS mới ra trường, không nhận được nhiệm sở theo ý, đổi nghề khác.
- lương của NVYT quá thấp, không theo kịp vật giá.
- chênh lệch giữa trình độ BS và chức vụ đảm nhiệm.
- chênh lệch lớn về học lực giữa các đối tượng khác nhau ở đầu vào.
- cơ sở y tế thiếu thốn về hạ tầng cơ sở và trang thiết bị.
- ban giảng huấn thiếu về số lượng lẫn chất lượng.
- phương pháp và nội dung giảng dạy không cập nhật.
- cơ sở đào tạo thiếu thốn về hạ tầng cơ sở và trang thiết bị.
- chi phí đào tạo quá thấp, khoảng 6 triệu đồng VN/sinh viên/ năm
- có nhiều BS làm công việc hành chánh thuần túy.
- không sử dụng được lực lượng tình nguyện, như các nữ tu chẳng hạn.
- không chú trọng đào tạo NVYT trung cấp nhằm xử lý những công đoạn thông thường trong khám chữa bệnh để BS có thời gian giải quyết những vấn đề phức tạp hơn.
- thiếu chính sách giúp BS và NVYT thăng tiến trong nghề nghiệp.
- NVYT, nhất là BS và DS, chuyển từ khu vực công sang khu vực tư.
- BS phải làm thêm ngoài giờ để tăng thu nhập.
- NVYT thiếu hăng hái trong công việc.
- công tác quản lý nhân sự yếu kém, mang tính hình thức.
- công tác hoạch định NLYT còn nhiều điều chưa hợp lý.

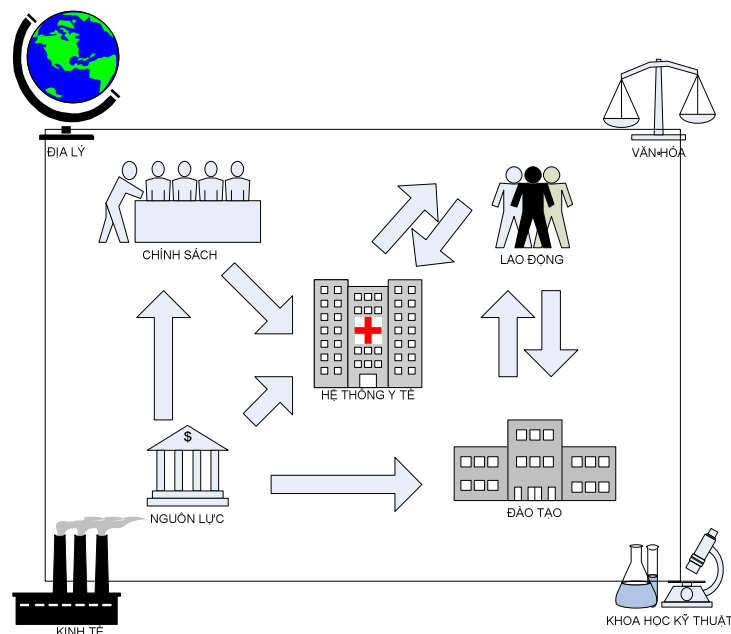
Các nhóm giải pháp, ít hơn, bao gồm:

- tăng chỉ tiêu đào tạo y dược.
- mở thêm các mã ngành.
- mở rộng các hình thức liên kết giữa cơ sở đào tạo và địa phương.
- kiểm tra chéo chất lượng đào tạo của các cơ sở đào tạo.
- cơ chế chuyển nhượng BS và DS như đối với cầu thủ bóng đá.
- đổi mới chương trình giảng dạy.
- nhận vào các thí sinh chỉ thiếu 0,5 điểm so với điểm chuẩn.

- đào tạo y sĩ nhiều hơn để làm những công việc đơn giản trong khám chữa bệnh, thay vì cho họ đi học BS.
- tận dụng những người có ít nhiều kiến thức y được khoa để tư vấn cho bệnh nhân.
- sử dụng những tình nguyện viên.
- tăng cường giáo dục các chứng bệnh thông thường cho dân chúng.
- chuyển giao các công việc thuần hành chánh cho những nhân viên khác được huấn luyện về quản trị, để dư ra số BS hiện đang làm hành chánh sang làm lâm sàng.
- gom các cơ sở y tế trong phạm vi gần thành cơ sở y tế khu vực để tập trung nhân lực.

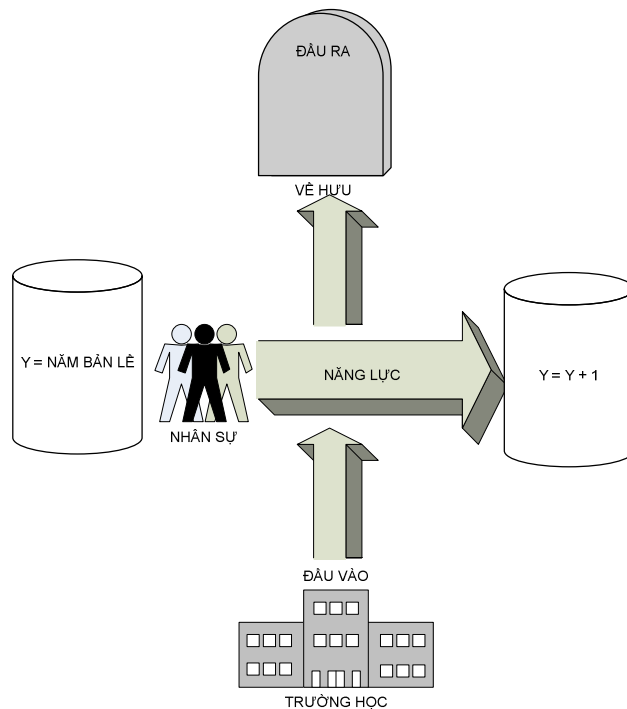
Bài toán NLYT là một bài toán khó, nhất là trong lãnh vực tiên đoán trong tương lai. Tại Hoa Kỳ, tiên đoán về thặng dư bác sĩ trong thập niên 90 được tiếp nối bởi tiên đoán về thiếu hụt bác sĩ trong thời gian tới năm 2020. Điều này chứng tỏ rằng rất khó đánh giá đúng các giả dụ căn bản (basic assumptions).

Nhu cầu về NLYT là một nhu cầu thứ phát (derived demand) từ nhu cầu về chăm sóc sức khỏe, và nhu cầu về chăm sóc sức khỏe lại là nhu cầu thứ phát từ nhu cầu có được sức khỏe tốt. Vì lẽ đó, nhân lực y tế cần được đặt trong một khung cảnh rộng lớn hơn là tỷ số NVYT/dân (thí dụ BS/10.000 dân hoặc BS/100.000 dân), bao gồm địa lý, văn hóa, kinh tế và trình độ khoa học kỹ thuật, cũng như các mối tương quan giữa chính sách, hệ thống y tế, nguồn lực (resources), thị trường lao động và hệ thống đào tạo (Hình 1)



Hình 1: Nhân lực y tế trong các mối tương quan

Bài này dùng mô hình chu kỳ nhân lực - đầu vào, nhân lực, đầu ra (Hình 2) [theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Cục NVYT (Bureau of Health Professionals – BHP) của Hoa Kỳ, có sửa đổi] làm khung cơ bản để bàn luận về mặt cung (supply) NVYT.



Hình 2: Chu kỳ đầu vào-nhân lực-đầu ra

Mặt khác, có thể tiếp cận bài toán thiếu NLYT như một bài toán về cải tiến năng lực (performance improvement) qua 5 câu hỏi cơ bản sau:

- (1) Hiện chúng ta đang ở đâu (Where are we now?) Trả lời câu hỏi tức là tìm hiểu về thực trạng NLYT Việt Nam qua các số liệu và phân tích chất lượng.
- (2) Chúng ta muốn đi về đâu (Where do we want to go?) Câu trả lời là tìm một mục tiêu (target) về nhân lực phải đạt. Mục tiêu là cái mà chúng ta muốn (what we want). Có đạt được mục tiêu này không lại còn tùy thuộc vào khả năng của chúng ta (what we can), cho nên mục tiêu thường được điều chỉnh theo thực tế.
- (3) Chúng ta đi bằng cách nào từ điểm xuất phát A tới điểm đích B (How can we go from A to B?) Đây là xem xét các biện pháp khác nhau để chọn lựa những giải pháp nào khả thi và đem lại hiệu quả nhất.
- (4) Làm thế nào để chúng ta biết chúng ta đi đúng đường hoặc đúng nhịp độ (How can we know that we are going in the right direction or at the right pace?). Cũng như khi lái xe, chúng ta nhìn bản chỉ đường để xem chúng ta có đi đúng hướng không. Đó là những chỉ điểm, định lượng hoặc định tính trong các lãnh vực khác nhau.
- (5) Và dĩ nhiên làm sao thực hiện cải tổ (How, when, where, with whom do we implement the change?) Đây là bàn về lộ trình, nhân sự, vv.

Hình 3 tóm tắt các chỉ điểm (indicators) cơ bản tình hình nhân lực và chi tiêu về sức khỏe của Việt Nam, Phi Luật Tân, Nam Dương, Thái Lan, Trung Quốc và Hoa Kỳ, dựa trên tài liệu của WHO.

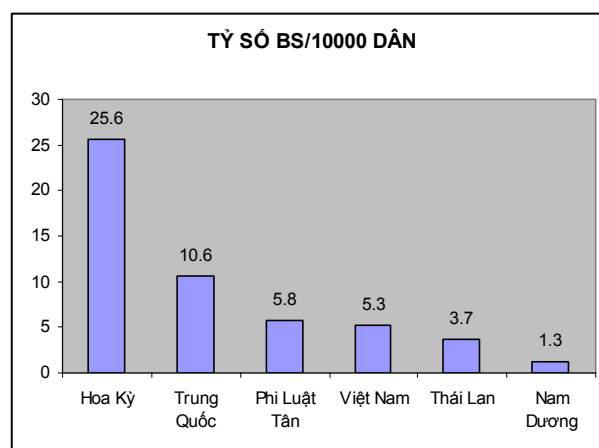
	Việt Nam	Phi	Nam Dương	Thái Lan	Trung Quốc	Hoa Kỳ
Bác sĩ						
Tổng số	42327	44287	29499	22435	1364000	730801
BS/vạn dân	5,3	5,8	1,3	3,7	10,6	25,6
Năm	2001	2000	2003	2000	2001	2000
Y tá						
Tổng số	44539	127595	135705	171605	1358000	2669603
YT/vạn dân	5,6	16,9	6,2	28,2	10,5	93,7
Năm	2001	2000	2003	2000	2001	2000
Hộ sinh						
Tổng số	14662	33963	44254	872	42000	
HS/vạn dân	1,9	4,5	2,0	0,1	0,3	
Năm	2001	2000	2003	2000	2001	
Nha sĩ						
Tổng số		8564	6896	10459	136520	463663
NhS/vạn dân		1,1	0,3	1,7	1,1	16,3
Năm		2000	2003	2000	2001	2000
Được sĩ						
Tổng số	5977	2482	7580	15480	359000	249642
DS/vạn dân	0,8	0,3	0,3	2,5	2,8	8,8
Năm	2001	2000	2003	2000	2001	2000
THE đầu người USD giá hối đoái						
Năm 2001	23	30	21	62	47	4934
Năm 2002	22	29	26	68	54	5324
Năm 2003	26	31	30	76	61	5711
GHE đầu người USD giá hối đoái						
Năm 2001	7	13	7	35	17	2212
Năm 2002	6	12	9	41	19	2387
Năm 2003	7	14	11	47	22	2548
THE như % GDP						
Năm 2001	5,5	3,2	3,1	3,3	5,2	14
Năm 2002	5,1	3,0	3,2	3,4	5,5	14,7
Năm 2003	5,4	3,2	3,1	3,3	5,6	15,2
GGHE như % THE						
Năm 2001	29,2	44,2	35,6	56,3	35,6	44,8
Năm 2002	28,1	40,0	34,5	60,2	35,8	44,8
Năm 2003	28,8	43,7	35,9	61,6	36,2	44,6
PvtTHE như % THE						
Năm 2001	70,8	55,8	64,4	43,7	64,4	55,2
Năm 2002	71,9	60,0	65,5	39,8	64,2	55,2
Năm 2003	72,2	56,3	64,1	38,4	63,8	55,4
GGHE như % GGE						
Năm 2001	6,7	5,9	4,7	10,3	9,5	17,7
Năm 2002	5,1	4,9	5,1	11,8	9,4	18,2
Năm 2003	5,6	5,9	5,1	13,6	9,7	18,5
Ngoại viện như % THE						
Năm 2001	2,8	3,7	2,8	0,1	0,2	0
Năm 2002	3,5	2,8	1,8	0,2	0,1	0
Năm 2003	2,6	3,8	1,4	0,3	0,1	0
SSHE như % GGHE						
Năm 2001	13,7	18,0	8,0	34,4	55,1	32,5
Năm 2002	15,8	22,6	9,9	30,8	54,8	30,5
Năm 2003	16,6	21,8	9,9	32	53,4	28,4

Tiền túi như % PvtHE							
	Năm 2001	83,6	78,6	75,1	75,7	93,1	25,8
	Năm 2002	80,8	78,0	75,3	76,3	90,0	24,9
	Năm 2003	74,2	78,2	74,3	74,8	87,6	24,3
BHYT như % PrvtHE							
	Năm 2001	2,2	10,1	4,1	13,6	1,9	64,1
	Năm 2002	2,3	10,7	5,1	13,4	3,3	65,3
	Năm 2003	3,1	10,5	5,4	14,6	5,8	65,9
Tổng dân số (000) năm 2004		82123	81617	220077	63694	1315409	295410
Tỷ lệ tăng dân số/năm (1994 - 2004)		1,5	2,0	1,3	1,0	0,8	1,0
Tỷ số tùy thuộc/100 năm 2004		56	65	52	45	42	50
Tỷ lệ dân chúng trên 60 năm 2004		7,5	6,0	8,2	10,2	10,8	16,5
Tỷ lệ sinh sản năm 2004		2,3	3,1	2,3	1,9	1,7	2,0
Tuổi thọ khi sinh (nam nữ)		71	68	67	70	72	78
THE = Total Health Expenditure = Tổng chi tiêu cho sức khỏe GGHE = General Government Health Expenditure = Tổng chi tiêu chính phủ cho sức khỏe PvtHE = Private Health Expenditure = Chi tiêu tư nhân cho sức khỏe GDP = Gross Domestic Product = Tổng sản lượng nội địa GGE = General Government Expenditure = Tổng chi tiêu chính phủ SSHE = Social Security Expenditure on Health = Bảo hiểm xã hội dành cho sức khỏe BHYT = Bảo Hiểm Y tế (prepaid plans)							

Hình 3: Các chỉ điểm cơ bản về nhân lực y tế và chi tiêu y tế

Qua khảo sát các chỉ số đó, có thể có một số nhận xét như sau:

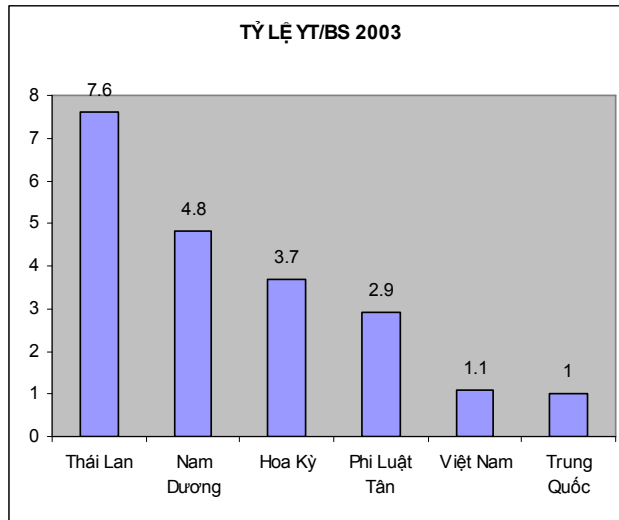
- (1) Tỷ số BS/10000 dân của Việt Nam không phải là quá thấp so với các nước có cùng trình độ phát triển và các đặc điểm dân số tương tự. Như vậy, đâu là tỷ số BS/10000 dân lý tưởng? Làm sao tính được tỷ số lý tưởng đó?



Hình 4: Tỷ số BS/10000 dân

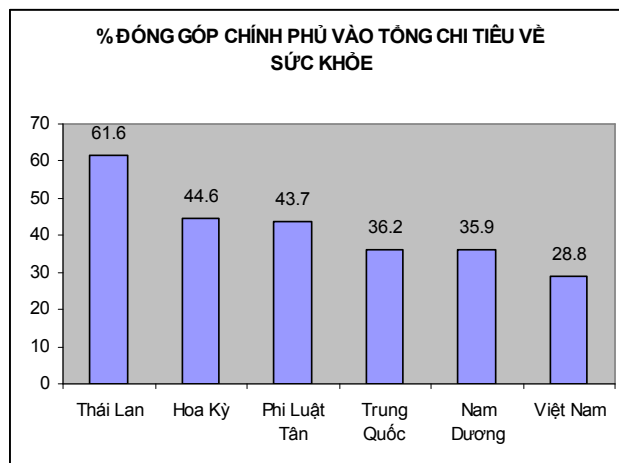
- (2) Tỷ số YT/BS của Việt Nam quá thấp, 1,1 so với 7,6 của Thái Lan. Điều này cho thấy hai nước khác nhau về chính sách phát triển NLYT. Mặt khác, số Y tá của Việt Nam

trong báo cáo của WHO là Y tá trung cấp và sơ cấp, nếu đối chiếu với thống kê năm 2003 của Bộ Y tế Việt Nam, "[Tình hình phân bố cán bộ y tế theo tuyến](#)". Số Y tá đại học trong năm đó của Việt Nam là 472. Toàn bộ Y tá của Hoa Kỳ trong báo cáo trên là RN, nghĩa là registered nurse, học 4 năm đại học. Sự thiếu hụt hệ điều dưỡng đại học tại Việt Nam khiến cho những ai quan tâm đến tình trạng chăm sóc sức khỏe lo ngại về chất lượng điều trị và chăm sóc tại các phòng ban đặc biệt, thí dụ như phòng sản sóc đặc biệt trẻ sơ sinh (NICU – neonatal intensive care unit), phòng sản sóc đặc biệt (ICU – intensive care unit), khu giải phẫu (OR suite – operating rooms suite), phòng hồi sức (recovery room), v.v.



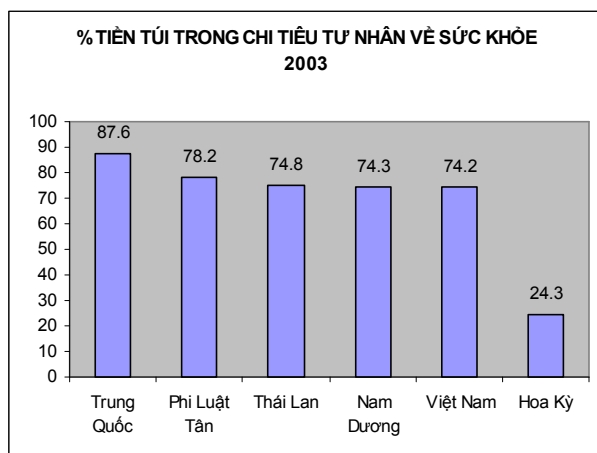
Hình 5: Tỷ số YT/BS

- (3) Tỷ lệ phần trăm đóng góp của chính phủ vào tổng chi tiêu về sức khỏe không phản ánh thể chế chính trị. Việt Nam, một nước xã hội chủ nghĩa, có tỷ lệ đóng góp của chính phủ là 28,8% năm 2003, dưới 1/2 của Thái Lan, một nước quân chủ lập hiến, với tỷ lệ đóng góp là 61,6%.



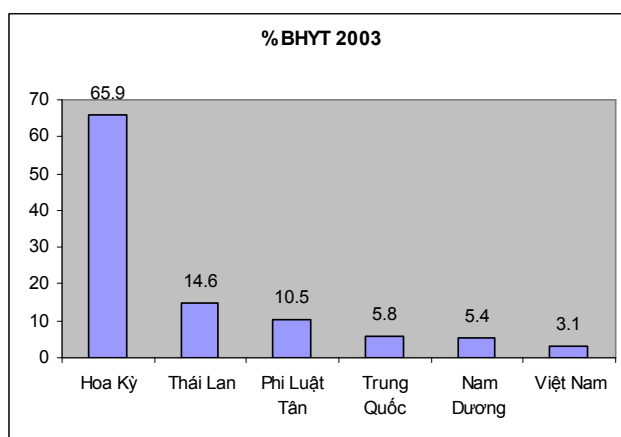
Hình 6: % đóng góp của chính phủ vào tổng chi tiêu cho sức khỏe

- (4) Một đặc điểm chung của các nước đang phát triển là tỷ lệ % tiền túi từ bệnh nhân (OPM – out-of-pocket money) chiếm tỷ trọng rất cao, từ 60% trở lên trong tổng chi tiêu về sức khỏe, hoặc trên 75% trong chi tiêu tư nhân về sức khỏe. Gánh nặng này khiến cho các gia đình nghèo dễ khánh tận khi có người thân bị một cơn bạo bệnh phải nằm bệnh viện, khiến cho mục tiêu công bằng xã hội càng xa vời, khó thực hiện.



Hình 7: % tiền túi trong chi tiêu tư nhân về sức khỏe

- (5) Cùng trong chiều hướng trên, tỷ lệ % dân chúng được bảo hiểm y tế tại các nước đang phát triển rất thấp, khiến cho tiền túi chi cho chi tiêu về sức khỏe chiếm tỷ trọng cao trong thu nhập của người dân.



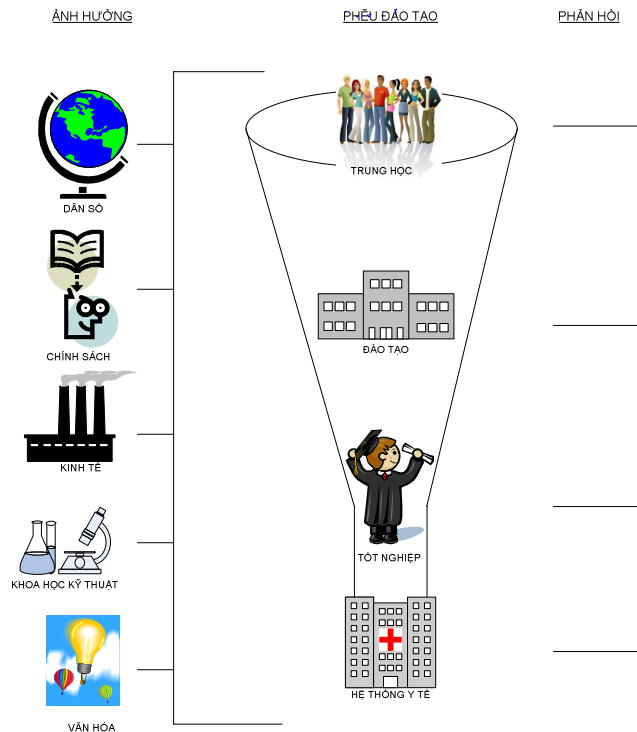
Hình 8: % BHYT

- (6) Số lượng 8000 dược sĩ đại học được đào tạo hàng năm, như đã được nêu trên các báo, có lẽ không đúng vì vào năm 2001, số này chỉ có 5977. Hoa Kỳ có 108 trường Dược, đào tạo khoảng 8000 dược sĩ (PharmD – Doctor of Pharmacy) hàng năm. Có lẽ con số 800 dược sĩ đại học đào tạo hàng năm đúng hơn với Việt Nam.

Đầu vào

Các thách thức về NLYT mà ngành y tế Việt Nam đang phải đương đầu bao gồm số lượng thiếu, phân bố không đồng đều về địa dư cũng như về ngành nghề, và chất lượng kém. Hệ thống đầu vào (entry) có nhiệm vụ tuyển lựa, đào tạo để cho ra đủ số lượng NVYT cần thiết, được phân bố đồng đều về vùng cũng như về ngành, và đủ chất lượng.

Hình 9 mô tả hệ thống đầu vào như một cái phễu (funnel) có ống nối dài (pipeline) từ kho dự trữ thí sinh đủ điều kiện (pool of eligible applicants) qua cơ sở đào tạo ra đến thị trường lao động chăm sóc sức khỏe (healthcare market). Sở dĩ dùng hình tượng cái phễu là vì số học sinh/sinh viên tốt nghiệp chỉ là một phần nhỏ của khối thí sinh thi vào, rơi rớt trong quá trình đào tạo. Và ngay như trong số học sinh/sinh viên tốt nghiệp trong ngành y tế, không phải tất cả đều phục vụ trong ngành, vì có nhiều người sẽ mất ở đầu ra, như sẽ trình bày trong phần đầu ra tiếp theo đây.



Hình 9 - Phễu và đường ống đào tạo

(1) Muốn có đủ NVYT cả về số lượng cũng như về chất lượng thì cần có một khối học sinh trung học đông và giỏi. Ngành y tế cần tiếp cận và hướng nghiệp ngay cho các học sinh này ngay từ lớp 10, làm cho các em làm quen và thích thú với việc chăm sóc sức khỏe. Cần nhớ rằng ngành y tế phải cạnh tranh với các ngành kinh tế khác trong xã hội để có được những học viên có tâm và có tầm. Tại Hoa Kỳ, các trường y tế đều có những buổi nói chuyện tại các trường trung học hoặc những chương trình ngoại trú (externship) cho những học sinh trung học nào có ý định đeo đuổi các ngành chăm sóc sức khỏe. Các tiêu chí thu nhận học viên, minh bạch và công bằng, cần phản ánh sự đa dạng (diversity) trong dân chúng và từng khu vực [Rất tiếc là trong một thời gian dài sau năm 1975, chính sách mặc nhiên (de facto) dựa trên lý lịch chính trị của gia đình đã khiến một bộ phận thí sinh

trong dân chúng không thể thi tuyển được]. Điều đó có nghĩa là sẽ có điểm chuẩn khác nhau cho từng nhóm đối tượng. Cách thức thi tuyển hiện tại, chỉ dựa vào điểm của vài môn cơ sở, không thể hiện đủ cá tính và trình độ của thí sinh. Có thể xem xét quá trình học tập, hoạt động ngoại khóa, bài luận văn và phỏng vấn trực tiếp để có thể chọn được những thí sinh thích hợp với ngành y tế.

- (2) Xây dựng và phát triển các ngành và chuyên ngành sao cho đồng bộ với hướng chăm sóc y sức khỏe cho toàn bộ dân chúng là một bài toán cần được cân nhắc kỹ. Nhìn chung, dựa vào các lời tuyên bố của quan chức y tế thì đào tạo BS được quan tâm nhiều hơn các ngành nghề khác. Cứ như là nếu tăng tỷ số BS/10000 dân lên 10 thì sẽ giải quyết được tình trạng quá tải tại các bệnh viện như hiện nay. Tỷ số YT/BS hiện nay của Việt Nam là 1,1 trong khi cơ cấu bệnh tật hiện nay đòi hỏi một lực lượng trung cấp nhiều hơn là các chuyên viên cao cấp (BS) và một cấu trúc dự phòng bệnh và tăng tiến sức khỏe là chính cùng với một nền quản lý y tế hữu hiệu hơn.
- (3) Các cơ sở đào tạo cần cải cách chương trình đào tạo, theo hướng các nguyên tắc sau đây:
 - dạy dựa trên cơ sở hành nghề (practice-based teaching). Phương pháp này giúp học viên có kinh nghiệm thực tiễn, tránh những điều “tháp ngà” (ivory tower), tiếp xúc với nhiều loại hình NVYT, thấy được những điểm thiếu sót của thực tế hành nghề, để từ đó có thể đề ra hoặc tham gia các hoạt động cải tiến chất lượng liên tục.
 - học dựa trên các tình huống (problem-based learning). Phương pháp này phản ánh thực tế gặp hàng ngày, giúp học viên vận dụng bệnh học và y học thực chứng (evidence-based medicine), bàn luận nhóm, để đi đến một giải pháp khả dĩ chấp nhận được trong tình trạng thực tế đó.
 - chăm sóc dựa trên bệnh nhân (patient-focused care). Nguyên lý này sẽ giúp học viên thấy được những lo âu cũng như những giá trị của bệnh nhân, khác với hướng cổ điển chỉ lấy bệnh tật làm trung tâm (disease-oriented), để từ đó có thể thông cảm với bệnh nhân và tìm ra các giải pháp khả dĩ chấp nhận được bởi bệnh nhân.
 - dạy dựa trên học viên (learner-based teaching). Nguyên lý này giúp thầy giáo tìm hiểu xem học viên có khó khăn gì không, cùng các sở thích và cách học, để từ đó sử dụng những lề lối hướng dẫn tốt nhất cho học viên.
- (4) Các cơ sở đào tạo cũng cần giúp các học viên nắm vững kỹ năng tự học suốt đời, phân tích các thông tin, cũng như các phương pháp cải thiện năng lực (performance improvement) hoặc nâng cao chất lượng (quality improvement) vì không một cơ sở nào đủ khả năng dạy học viên tất cả mọi kiến thức và kỹ năng cần thiết.
- (5) Để thực hiện được sứ mạng đào tạo trên, cần có một ban giảng huấn nhiệt tình và đầy năng lực. Trong ba chức năng của một đại học ngành sức khỏe - nghiên cứu, lâm sàng và giảng dạy - giảng dạy ít được chú trọng nhất, ít nhất là ở Việt Nam. Điều nhận xét này phản ánh ở các bài vở ít ỏi về giáo dục ở hội nghị khoa học và trên báo chí. Các giảng viên cần được trau dồi thêm về phương pháp sư phạm cũng như chuyên ngành, đãi ngộ và vinh danh xứng đáng.
- (6) Xây dựng, sửa chữa và bảo trì các cơ sở, phòng thí nghiệm và các nơi thực tập ngoại vi, cùng với việc mua sắm các vật dụng học tập và thiết lập một hệ thống thông tin là một trong những yêu cầu cơ bản về hạ tầng cơ cấu của bất cứ cơ sở đào tạo nào. Bất cứ một sự khiếm khuyết nào trong lãnh vực này cũng đều giới hạn việc đào tạo, số lượng cũng như chất lượng.
- (7) Tiến hành xây dựng các tiêu chí chất lượng dạy và học, phương pháp luận về đánh giá và tiến hành định kỳ các kiểm định chất lượng ở cả ba công đoạn – vào, đào tạo, ra - cần

được tiến hành ngay để đào tạo những NVYT đủ về số lượng và đạt về chất lượng hầu đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của dân chúng.

- (8) Các cơ sở đào tạo, tùy theo tình trạng là cơ sở công hay tư, đều phải có đủ tài chính để thực hiện những điều trên. Nguồn có thể từ học phí, trợ cấp từ chính phủ hoặc viện trợ ngoại quốc, vốn tư nhân. Một hình thức thường không được các đại học ở Việt Nam áp dụng là kêu gọi sự đóng góp của những cựu sinh viên (alumni) thành đạt. Điều này phản ánh việc các đại học Việt Nam không có theo dõi bước tiến của các sinh viên ra trường; trong trường hợp cá biệt, đôi khi còn gây khó khăn cho các cựu sinh viên hiện đang cư ngụ tại ngoại quốc khi họ cần có việc phải liên lạc với trường cũ tại Việt Nam.

Sử dụng nguồn nhân lực y tế hiện có

Trong ba nhóm giải pháp tác dụng vào đầu vào, nguồn NLYT hiện tại và đầu ra, có lẽ nhóm tác dụng vào nguồn NLYT hiện tại là thiết thực nhất vì:

- kết quả có thể thấy ngay được
- nguồn NLYT hiện tại hiệu quả sẽ khuyến khích đầu vào và làm chậm bước đầu ra
- trách nhiệm của chính phủ đối với xã hội là phải sử dụng nguồn NLYT ít ỏi và quý giá này một cách có hiệu quả nhất trong việc chăm sóc sức khỏe cho dân chúng.

Tỷ lệ NVYT/10,000 dân nói chung và tỷ lệ BS/10,000 dân nói riêng của Việt Nam là không thấp, nếu so với các nước khác trong vùng Đông Nam Á. Thực ra, rất khó xác định trị giá lý tưởng cho tỷ lệ này. Tại Việt Nam, có vẻ các giới chức y tế chú trọng quá mức đến chỉ số này, mà ít quan tâm đến sự khác biệt trong cấu trúc ngành nghề y tế và năng lực của NVYT. Như đã trình bày ở phần trên, tỷ lệ YT/BS của Việt Nam thấp hơn tỷ lệ YT/BS của Thái Lan đến 7 lần, trong khi các chỉ số vĩ mô về sức khỏe dân chúng giữa hai nước gần như tương đương với nhau. Dĩ nhiên, không ai lại nói rằng nền y tế và y khoa của Thái Lan lại kém hơn nền y tế và y khoa của Việt Nam chỉ vì số lượng BS/10,000 của Thái Lan thấp hơn của Việt Nam (3,7 so với 5,3). Do đó, vấn đề năng lực (performance) của NVYT cần được xem xét thêm.

Có nhiều định nghĩa và cách hiểu khác nhau về năng lực. WHO xem năng lực của NVYT gồm có các mặt sau đây:

- hiện diện (availability): bao gồm sự phân phối và có mặt của NVYT
- trình độ (competence): bao gồm kiến thức, kỹ năng và hành vi
- đáp ứng (responsiveness): bệnh nhân được quan tâm đối xử đúng mức
- năng suất (productivity): thực hiện có hiệu quả các dịch vụ hoặc đạt được kết quả cao nhất; giới hạn lãng phí

Có thể thêm vào định nghĩa này:

- chất lượng (quality): tuân thủ các tiêu chuẩn đồng thuận, trong chừng mực thời gian và trình độ khoa học

Một số thí dụ về các tiêu chí (không đầy đủ) phản ánh các mặt khác nhau của năng lực NVYT được trình bày ở hình 9.

Các mặt của năng lực NVYT	Tiêu chí
Hiện diện	<ul style="list-style-type: none"> ○ Thời gian chờ được gặp BS ○ Tỷ lệ NVYT vắng mặt trong ngày
Trình độ	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tỷ lệ tái nhập viện ○ Tỷ lệ chẩn đoán lâm sàng đúng trước mổ
Đáp ứng	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng “xuất sắc” ○ Số trường hợp than phiền
Năng suất	<ul style="list-style-type: none"> ○ Số bệnh nhân khám bình quân một giờ của một BS ○ Số toa thuốc được xử lý trong ngày của một DS
Chất lượng	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tỷ lệ bệnh nhân Đái Đường loại 2 có HbA1C dưới 7 ○ Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ các ca mổ phiên mỗi tháng
Hình 10 – Thí dụ về một vài tiêu chí các mặt khác nhau của năng lực NVYT	

Từ trước tới giờ, thường có quan niệm cho rằng năng lực NVYT yếu là do kiến thức và/hoặc tay nghề yếu. Thực ra, năng lực NVYT, không tùy thuộc hẳn vào các điều vừa kể, mà phụ thuộc phần lớn vào ba yếu tố sau đây:

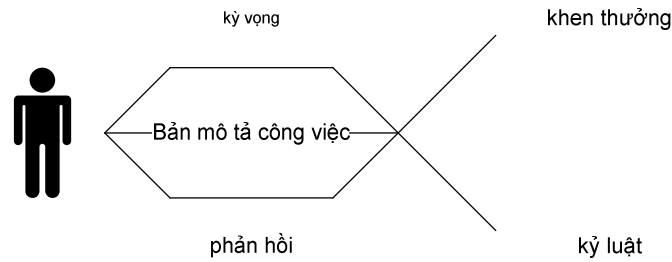
- các đặc điểm của bệnh nhân: thí dụ, khi bệnh nhân có trình độ học vấn khá thì bệnh nhân dễ lĩnh hội những điều NVYT dặn hơn là khi bệnh nhân mù chữ.
- các đặc điểm của chính NVYT: thí dụ, khi NVYT nói cùng ngôn ngữ và có cùng văn hóa với bệnh nhân thì việc giao tiếp sẽ dễ dàng hơn.
- các đặc điểm của hệ thống y tế: thí dụ, một tổ chức y tế khuyến khích NVYT báo cáo những sai lầm xém bị (near misses) mà không sợ bị quy chụp và trừng phạt thì dễ có cơ hội cải thiện an toàn bệnh nhân hơn là một tổ chức y tế khác lúc nào cũng trừng phạt NVYT dù chỉ là một sơ suất nhỏ.

Các biện pháp nhằm nâng cao năng lực NVYT có thể được xếp vào các nhóm sau đây:

Nhóm	Các biện pháp
Liên quan tới công việc	<ul style="list-style-type: none"> ○ bản mô tả chức năng và nhiệm vụ ○ điều lệ hành xử ○ kỹ năng tương tích với công đoạn ○ giám sát
Liên quan tới hệ thống hỗ trợ	<ul style="list-style-type: none"> ○ lương bổng ○ hệ thống thông tin liên lạc ○ cơ sở hạ tầng và trang thiết bị
Liên quan tới môi trường làm việc	<ul style="list-style-type: none"> ○ học tập suốt đời ○ quản lý toán ○ trách nhiệm và nhận trách nhiệm
Hình 11 – Các biện pháp đòn bẩy nhằm nâng cao năng lực NVYT	

Biện pháp 1: bản mô tả chức năng và nhiệm vụ (job description). Chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của NVYT cũng như kỳ vọng của cơ quan đối với NVYT được viết xuống rõ ràng thành văn bản. Bản này được sinh hoạt với NVYT khi tuyển dụng và được xem xét khi lại có

chuyển đổi công tác. Dựa vào bản này mà cấp trên phản hồi (feedback), cũng như dùng để khen thưởng hoặc kỷ luật.



Hình 12 – Khen thưởng, kỷ luật dựa trên bản mô tả công việc

Biện pháp 2: điều lệ hành xử. Mặc dù NVYT ban đầu đến với ngành y tế với một ước muốn được chăm sóc sức khỏe và làm dịu nỗi đau của người bệnh, nhưng với áp lực của công việc và đời sống hàng ngày, NVYT có thể có những biểu hiện tiêu cực. Một bản điều lệ hành xử (codes of conduct) là cần thiết để nhắc nhở NVYT về tính chuyên nghiệp (professionalism) của mình. Hiệu quả tới đâu còn tùy sự thực hiện có nghiêm hay không.

Biện pháp 3: kỹ năng tương tích với công đoạn (tasks). Hiện tượng này thường được thấy than phiền nhiều trên mạng Internet, nghĩa là NVYT được đào tạo một chuyên khoa thì về cơ sở được bố trí làm việc khác. Hoặc một người không có đủ trình độ văn hóa thì được chỉ định làm thủ trưởng. Hiện tượng này không những lãng phí người có đủ khả năng mà người được chỉ định không trùng khả năng của mình cũng không phát huy được sở trường của mình.

Biện pháp 4: giám sát. Ai cũng biết rằng nói thì dễ, làm thì khó. Giám sát là một chức năng không thể thiếu được trong quản lý. Thiết lập và thực hiện giám sát với tính chất hỗ trợ NVYT thường khiến NVYT thực hiện công việc tốt hơn là khi không có giám sát. Giám sát có thể ở quy trình hoặc ở kết quả.

Biện pháp 5: lương bổng. Lương bổng thấp là một kêu ca thường thấy khi NVYT được hỏi ý kiến hay được phỏng vấn. Thực sự rất khó biết đâu là lương bổng hợp lý. Có thể so sánh lương bổng hiện tại của NVYT với lương bổng trước đây (thí dụ một BS ra trường trước năm 1975 lương tháng có thể mua được một chiếc Honda Dame C50), hay so sánh lương bổng của các ngành khác có thời gian đào tạo tương đương (thí dụ KTS, LS). Ngoài số tiền tuyệt đối của lương bổng, cách trả lương như thế nào cũng ảnh hưởng lên năng lực của NVYT. Chẳng hạn như có thể trả 80% lương cố định cho NVYT, và 20% còn lại phụ thuộc vào năng suất. Dĩ nhiên là cơ sở y tế phải có quy trình và các tiêu chí chấm công năng suất sao cho rõ ràng, minh bạch và công bằng, với sự đồng thuận của tất cả NVYT có liên quan.

Biện pháp 6: hệ thống thông tin giao tiếp. Quản lý tăng năng lực/năng suất là phải dựa trên thông tin. Ban lãnh đạo cần quyết định quy trình nào cần được ưu tiên cải tiến, để từ đó thu thập dữ liệu, tổng hợp và phân tích dữ liệu, trình bày dữ liệu và rút ra được những thông tin cần thiết cho hoạt động cải tiến. Cần tránh tình trạng “giàu dữ liệu, nghèo thông tin” (DRIP – data rich, information poor), cũng như chỉ trình bày kết quả giới hạn trong ban lãnh đạo mà không xuống tới cấp nhân viên thường.

Biện pháp 7: cơ sở hạ tầng và trang thiết bị. Xây dựng cơ sở hạ tầng cũng như trang bị thiết bị cho cơ sở y tế cần được tính toán kỹ, dựa trên tổn phí/lợi ích (costs/ benefits), chứ không nên xây và trang bị theo phong trào, rồi bỏ không do không có người biết sử dụng hoặc thiết bị không đồng bộ.

Biện pháp 8: học tập suốt đời (lifetime learning). Ngày nay, với bùng nổ thông tin và cải tiến kỹ thuật liên tục, kiến thức học tại trường không đủ để giúp NVYT làm việc một cách hiệu quả được, do đó cần tổ chức hình thức học tập suốt đời. Có thể cử NVYT đi học ngắn hạn ở tuyến trên, học dựa trên máy điện toán (CBT – computer-based training) hoặc web theo hình thức e-learning, hoặc cử NVYT đi học dài hạn ở tuyến trên hoặc ở ngoại quốc.

Biện pháp 9: quản lý toán. Toán công tác là đơn vị thi hành một nhiệm vụ cụ thể, cho nên biết được điểm mạnh, mặt yếu của từng người trong nhóm để cùng làm việc chung với nhau hoàn thành công tác được giao là một yêu cầu không thể thiếu được để nâng cao năng lực.

Biện pháp 10: trách nhiệm và nhận trách nhiệm. Muốn nhận trách nhiệm (accountability) thì trách nhiệm (responsibilities) phải rõ ràng. Khi cương vị càng cao, thì trách nhiệm mang tính bao quát hơn khi ở cương vị thấp. Tuy nhiên, khi có sai lầm y khoa, thí dụ như mổ nhầm bệnh nhân, thì không nên chỉ quy trách nhiệm cá nhân, mà còn phải xét tới tính hệ thống của sai lầm đó.

Đầu ra

Trong các thảo luận về nhân lực ngành y tế ít thấy bàn tới đầu ra (exit). Thực ra nguồn NLYT là kết quả cân bằng giữa đầu vào và đầu ra. Nếu làm giới hạn được hoặc làm chậm lại đầu ra thì cũng là một cách tăng nguồn NLYT.

Thất thoát ở đầu ra thường do bốn nguyên nhân sau đây:

- di cư (migration)
- bệnh tật/tử vong do bệnh nghề nghiệp (occupational diseases/death)
- chuyển nghề (profession change)
- hưu trí (retirement)

Di cư, hoặc từ nông thôn ra thành thị (trong cùng một nước), hoặc từ nước này (thường là kém phát triển) sang nước khác (thường phát triển hơn), là một trong những nguyên nhân gây tình trạng thiếu hụt nhân viên y tế ở những nơi cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe của người dân. Tại các nước phát triển nói tiếng Anh (Úc Đại Lợi, Anh Cát Lợi, Gia Nã Đại và Hoa Kỳ), các BS đang hành nghề, tốt nghiệp ở nước ngoài chiếm tỷ lệ từ 1/5 đến 1/4 tổng số các BS.

Rất có ít số liệu thống kê xem bao nhiêu NVYT, kể cả BS và DS, đã bỏ nông thôn ra thành thị ở Việt Nam, ngoại trừ các câu chuyện kể trên các diễn đàn, báo chí hoặc ở chỗ quen biết. Tương tự, cũng rất khó biết bao nhiêu BS và NVYT Việt Nam đã di cư ra nước ngoài, ngoài trừ các điểm khái quát sau đây, ít nhất là trong trường hợp ở Hoa Kỳ:

- một số di tản vào năm 1975. Những người này tuổi ít nhất 60 trở lên;
- một số vượt biên sau năm 1975 cho tới 1990;
- một số đi diện chính thức, HO hoặc đoàn tụ gia đình;

- một số ở lại sau khi hết hạn chiếu khán.

Cần tìm hiểu thêm các yếu tố đẩy ra và kéo vào (push/pull factors) tác động lên vấn đề di cư. Có thể kể các yếu tố đẩy ra (push factors) ở Việt Nam trong cả hai tình huống, di dời từ nông thôn ra thành thị và di cư ra nước ngoài:

- lương bổng thấp
- ít cơ hội thăng tiến
- cơ sở vật chất nghèo nàn
- chèn ép, quan liêu
- thành kiến chính trị

Các yếu tố kéo vào (pull factors) của thành thị và của các nước phát triển có thể kể đến như sau:

- lương bổng cao
- cơ hội thăng tiến nhiều
- cơ sở vật chất tốt hơn
- cởi mở hơn
- ít thành kiến chính trị hơn

Bệnh tật cũng như tử vong do bệnh nghề nghiệp ở Việt Nam có lẽ ít hơn so với các nước Phi Châu. Nhưng với nhịp độ khám bệnh 100 bệnh nhân/ngày và tình trạng quá tải ở bệnh viện, cộng thêm với việc phải làm thêm ngoài giờ, vấn đề kiệt sức (burn out) cần phải được quan tâm hơn. Kiệt sức do lao lực là một hiện tượng phổ biến ở Nhật Bản cũng như ở một bộ phận BS ở Hoa Kỳ, gây nên suy nhược thần kinh (neurasthenia), trầm cảm, tự tử, bất hòa trong gia đình, hoặc làm trầm trọng thêm các bệnh thực thể khác. NVYT dễ thờ ơ với công việc, cáu gắt với bệnh nhân, hoặc dễ gây sai sót trong chuyên môn. Các nghiên cứu về tình trạng thiếu ngủ ở các BS thường trú (resident physicians) ở Hoa Kỳ đã chỉ ra rằng đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến sai sót hoặc tử vong trong y khoa. Hội đồng Giáo dục Y khoa Hậu Đại học (COGME – Council on Graduate Medical Education) Hoa Kỳ đã ra các chỉ thị giới hạn tổng số giờ trực liên tiếp đối với các BS thường trú. Các tin tức về một số BS Việt Nam chết ở tuổi còn sung sức hoặc chết đột xuất, càng làm cho kiệt lực đáng là một vấn đề cần được quan tâm bởi toàn ngành y tế cũng như bởi các cấp lãnh đạo.

Một nguy cơ nữa cho NVYT, liên hệ tới nghề nghiệp, là sự bạo hành ngày càng thấy nhiều hơn đối với NVYT, từ lớn tiếng, dọa nạt đến tấn công thể xác. Cải thiện môi trường làm việc, tăng cường nhân viên an ninh, đặt máy quay video, xử lý kiên quyết đối với mọi hành vi bạo hành là những biện pháp cần thiết để bảo vệ NVYT.

Chuyển ra khỏi ngành cũng là một nguyên nhân quan trọng làm giảm nguồn nhân lực y tế. Ở đây cũng bao gồm luôn việc NVYT giảm giờ làm việc do nhiều nguyên nhân (gia đình, sức khỏe) cho tới các hiện tượng vắng mặt (ăn cắp giờ công) và hiện tượng nhân viên ma, nghĩa là có tên trên sổ bộ nhưng không có làm việc. Thực sự rất khó biết con số cụ thể về vấn đề này. Các biện pháp chung có thể kể tới như sau:

- uyển chuyển giờ làm việc
- thêm nhà trẻ tại chỗ làm
- thu nhận NVYT làm bán thời gian

- thay đổi chính sách để tái thu dụng NVYT đã bỏ việc
- thanh tra đột xuất cơ sở y tế để kiểm tra hiện tượng vắng mặt và nhân viên ma
- theo dõi chi tiết giờ làm, ngày nghỉ phép của nhân viên

Về hưu, cũng như các thành phần khác của đầu ra, cũng không được biết một cách chắc chắn, về số lượng, tỷ lệ cũng như phân bố. Các BS ở Việt Nam phần lớn được đào tạo sau năm 1975, nên tuổi về hưu còn nhiều năm nữa. Nhưng nếu lấy tổng số BS (gồm luôn Thạc sĩ và Tiến sĩ) là 50,000 và tỷ lệ về hưu là 1% một năm thì tổng số về hưu hàng năm là 500 BS, một con số mà số lượng đào tạo BS hàng năm của một trường đại học y lớn nhất nước khó bắt kịp. Cho nên cần có chính sách quản lý về hưu một cách chính xác để có thể tuyển dụng số lượng này trở lại vào nguồn nhân lực cùng với các chính sách về lương bổng, thuế, trợ cấp, vv. Một vấn đề nữa liên quan tới về hưu là sự tiếp nối kiến thức trong cơ sở y tế. Một sự chuyển giao trách nhiệm, kiến thức và tay nghề cho lớp NVYT trẻ hơn cần được hoạch định trước, để tránh tình trạng hụt hẫng khi một NVYT có kinh nghiệm về hưu.

Chính sách

Cách phân tích trên, dựa vào mô hình đầu vào, nhân lực hiện tại, đầu ra, mang tính chất kỹ thuật đánh giá năng lực của một hệ thống y tế về nhân lực. Ngoài ra, theo WHO, các chính sách đòn bẩy ảnh hưởng cùng lúc trên nhiều vấn đề liên quan tới các khâu trên là: tài chính, giáo dục, quản lý và khung cảnh chính trị.

Tài chính

Tục ngữ Việt Nam có câu “có thực mới vật được đạo”, rất đúng trong trường hợp bàn về lương bổng NVYT. Mức độ lương bổng quyết định một phần tới mật độ BS/dân, mức phân phối giữa các vùng và năng lực làm việc. Lương bổng chiếm khoảng 65 % tới 80% chi phí y tế tái diễn (recurrent health expenditures). Có ba câu hỏi mà nhà hoạch định chính sách cần phải trả lời:

- (1) mức lương như vậy có đủ để NVYT làm việc nhằm đạt tới các mục tiêu của hệ thống y tế hay không?
- (2) mức lương như vậy có tạo ra được mức dịch vụ tương ứng hay không? Có nghĩa là mức lương có hiệu quả kỹ thuật hay không (hỏi theo kinh tế học)? (Are they operationally or technically efficient?)
- (3) mức lương như vậy, so với các chi phí khác, có thích hợp không? Có nghĩa là mức lương có hiệu quả phân phối hay không (hỏi theo kinh tế học)? (Are they allocatively efficient?)

Để trả lời câu hỏi (1), thử lấy trường hợp Hoa Kỳ làm thí dụ. Hoa Kỳ được xem là nước có mức lương cho BS thuộc loại cao nhất trên thế giới, thu hút nhiều BS đến từ các nước khác sang hành nghề. GDP đầu người ở Hoa Kỳ khoảng USD 45.000 một năm; một BS đa khoa lãnh lương khoảng USD 135.000 đến 160.000 một năm, tức là 3 đến 3,5 lần lợi tức trung bình hàng năm của một người dân Mỹ. Tại Việt Nam, GDP đầu người khoảng USD 700 tới 725 một năm; lương BS mới ra trường khoảng USD 1,500 một năm (dựa trên một bài góp ý trên ykhoanet – 2 triệu đồng/tháng - với hối đổi 1 USD bằng VND 16.000); nghĩa là 2 lần lợi tức bình quân đầu người một năm. Tuy nhiên, các BS tại Hoa Kỳ, đa khoa cũng như chuyên khoa (gấp 5 tới 10 lần), lúc nào cũng than về lương bổng hoặc thu nhập! Hiện tại không đủ dữ liệu để trả lời câu hỏi số (2) và số (3) trong trường hợp của Việt Nam.

Về phương diện vĩ mô, tăng nhân lực y tế đòi hỏi tăng nguồn tài chính. Có thể tính một cách đại khái chi tiêu này hàng năm như sau:

(số NVYT ở mức khởi điểm) X (tỷ lệ tăng) X (1 - tỷ lệ mất) x (lương bổng trung bình/NVYT+trợ cấp trung bình/NVYT)

Có thể có một số cản trở ở mức vĩ mô về nguồn tài chính cho tăng nhân lực y tế (Hình 13)

Các phương án tài chính	Các cản trở khả dĩ	Tiêu chí
Tăng trưởng kinh tế	<ul style="list-style-type: none"> tăng trưởng kinh tế âm hoặc không bền vững 	<ul style="list-style-type: none"> tốc độ tăng trưởng GDP
Tăng nguồn tài trợ nhân lực y tế như một phần của GDP	<ul style="list-style-type: none"> tăng thuế tăng tiền đóng bảo hiểm giảm chi tiêu trong các khu vực kinh tế khác 	<ul style="list-style-type: none"> THE như % của GDP (xem ghi chú ở phần trên)
Viện trợ	<ul style="list-style-type: none"> có thể không bền vững 	<ul style="list-style-type: none"> số 20 tổ chức viện trợ lớn nhất có NLYT như là một trong những ưu tiên trong kế hoạch chiến lược số 20 tổ chức viện trợ lớn nhất có tài liệu chiến lược về NLYT đăng trong vòng 2 năm qua
Thu nhập	<ul style="list-style-type: none"> có thể làm tăng bất bình đẳng trong tài trợ y tế 	<ul style="list-style-type: none"> thu phí như % của THE
Chuyển từ ngành khác sang cho ngành y tế	<ul style="list-style-type: none"> có thể gặp sự đề kháng từ các bộ khác 	<ul style="list-style-type: none"> GGHE như % của GGE (xem ghi chú ở phần trên)
Chuyển từ y tế công cộng sang cho nhân lực y tế	<ul style="list-style-type: none"> có thể không hiệu quả 	<ul style="list-style-type: none"> ngân sách NLYT như % của ngân sách YTCC
Hình 13 – Các yếu tố vĩ mô có thể ảnh hưởng lên NLYT (theo WHO)		

Giáo dục

Xem phần trên

Quản lý

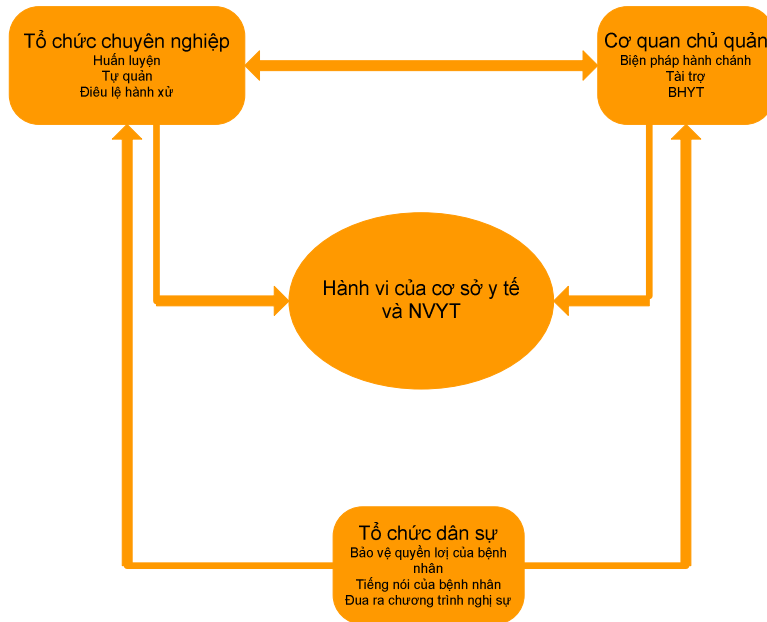
Quản lý ở cấp vi mô đã được đề cập ở trên. Ở cấp vĩ mô có hai câu hỏi nhà hoạch định chính sách cần trả lời về NLYT:

- (1) mức độ phi tập trung hóa (decentralization) các quyết định về NLYT?
- (2) mức độ tương tác giữa khu vực công và khu vực tư (kể cả các tổ chức phi chính phủ)?

Giải đáp cho các câu hỏi trên vượt quá phạm vi của bài viết này.

Chính trị

Bài toán NLYT là một bài toán xã hội, cần nhiều thành phần tham gia góp ý kiến và xây dựng. Trong một xã hội công dân, 3 thành phần sau đây tham gia tác động tới NLYT, gồm cả hành vi của NVYT và cơ sở y tế: các nhóm dân sự, các tổ chức nghề nghiệp và các cơ quan chức năng (Hình 14, theo WHO)



Hình 14 – Các thành phần xã hội ảnh hưởng tới hành vi của cơ sở y tế và NVYT

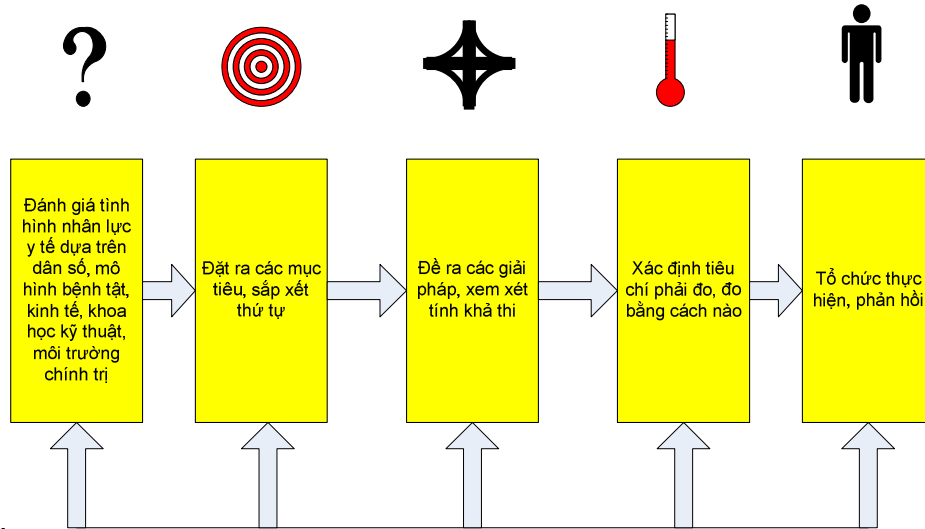
Tại Việt nam, các hội chuyên khoa trong ngành y tế còn nhiều thụ động trong việc ảnh hưởng lên đào tạo NLYT, hành nghề trong chuyên khoa của mình và hành vi của các thành viên. Không thấy có bất cứ một tuyên bố vị thế (position statement) nào của các hội này về các vấn đề nóng hổi hoặc gây bức xúc trong dư luận, chẳng hạn như tình trạng mổ nhầm người, làm phẫu thuật, làm chỗ, làm bên (wrong patient, wrong procedure, wrong site, wrong side) hoặc vệ sinh an toàn thực phẩm, vv.

Tại Việt Nam, các cơ quan chủ quản, chẳng hạn như Bộ Y tế, nắm vai trò chủ đạo trong mọi khâu – tài chính (financing), phân phối dịch vụ (delivery of services) và trả lương (reimbursement/ salaries). Cần có nhiều hoạt động tư vấn hơn nữa cho các hướng lớn như NLYT bằng cách thông tin những số liệu trên website hoặc ấn phẩm, hội nghị, diễn đàn trao đổi rộng rãi.

Việt Nam, từ một xã hội khép kín sang một xã hội cởi mở hơn, đang có một dư luận ảnh hưởng lên hành vi của cơ sở y tế và NVYT qua phản ánh trên báo chí, thưa kiện, chất vấn. Tuy nhiên, tác động chưa được tập trung và lâu dài vì thiếu những tổ chức dân sự bảo vệ quyền lợi cho người bệnh với một chương trình rõ ràng. Ở Hoa Kỳ, có nhiều hội như thế, thí dụ có hội chống hút thuốc lá ở nơi công cộng, hội chống đang lái xe mà say rượu, vv, gây ảnh hưởng lên hành pháp, lập pháp và tư pháp bằng quảng cáo, lobby, mướn luật sư ra tòa, vv.

Lộ trình

Như đã trình bày ở phần tình hình chung, bài toán về nhân lực y tế có thể xem như là một bài toán về cải tiến năng lực. Hình 15 trình bày các bước của lộ trình này cũng như các vòng phản hồi. Về thời gian, có những việc có thể làm tức thời (vài tháng tới một năm), thí dụ như đánh giá tình hình nhân lực; những việc khác trung hạn hơn (2 tới 5 năm) như tăng sĩ số học sinh tại các trường hiện có; hoặc dài hạn hơn (5 tới 10 năm) như xây cất thêm trường đại học mới.



Hình 15 - Lộ trình cải tiến nhân lực y tế

Tham khảo

1. The World Health Report 2006: Working together for health. WHO Press. Geneva, Switzerland. 2006
2. Bossert T, Barnighausen T, Bowser D, Mitchell A, Gedik G: Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health. WHO Press. Geneva, Switzerland. 2007
3. Global Health Workforce Alliance: Scaling Up, Saving Lives. WHO Press. Geneva, Switzerland. 2008
4. The World Health Report 2008: Primary Health Care. Now More Than Ever. WHO Press. Geneva, Switzerland. 2008
5. WHO: A guide to rapid assessment of human resources for health. Geneva, Switzerland. 2004
6. Bureau of Health Professions: Physician Supply and Demand Projections to 2020. HRSA. Washington, DC. 2006
7. Feldstein P: Health Care Economics. 6th ed. Thompson Delmar Learning. Clifton Park, NY 2005
8. <http://www.ykhoanet.com>: Giải pháp nào cho nguồn nhân lực y tế; website ykhoanet
9. <http://www.ctump.edu.vn/>: Hội nghị đào tạo nguồn nhân lực y tế cho ĐBSCL; website của trường Đại Học Y Dược Cần thơ
10. <http://www.who.int/> website của Tổ Chức Y Tế Thế Giới
11. <http://www.moh.gov.vn/> website của Bộ Y Tế Cộng Hoà Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam

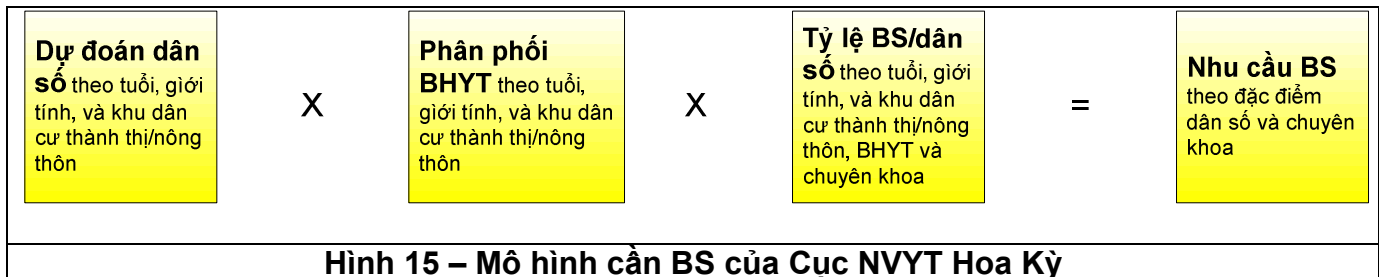
Phụ chú

Để tính thiếu hụt hoặc dư thừa BS (hoặc NVYT theo nghĩa rộng), thường có ba cách:

1. dựa trên sự yêu cầu chăm sóc sức khỏe của dân chúng (needs-based). Hai tác giả Lee và Jones trong thập niên 1930 đã sử dụng tỷ lệ bệnh hiện hành (prevalence), thời gian cần để chẩn đoán và điều trị bệnh, và dân số để tính tỷ lệ BS/đầu người. Nếu tỷ lệ hiện hành thấp hơn tỷ lệ tính toán này thì gọi là thiếu BS, còn nếu cao hơn thì gọi là thừa BS. Cách tính này mang tính máy móc, không phản ánh đầy đủ các yếu tố khác có thể ảnh hưởng tới, như năng suất của BS, mức độ chọn lựa của bệnh nhân, vv.
2. dựa trên sự sử dụng các dịch vụ y tế (utilization-based). Cách tính này được Cục NVYT Hoa Kỳ dùng để tính mặt cầu và được trình bày chi tiết dưới đây.
3. dựa trên sự phán đoán chuyên môn (values-based). Chính phủ hoặc giới chức y tế tự quyết định một trị giá lý tưởng nào đó hoặc so sánh tỷ lệ BS/dân số của quốc gia với các nước trong vùng có cùng điều kiện kinh tế, và từ đó đánh giá là thiếu hụt hoặc dư thừa BS.

Tại Việt Nam, trong các báo cáo tại hội nghị cũng như trên báo chí, không thấy đề cập tới cách tính. Có vẻ như các giới chức y tế Việt Nam chọn tỷ lệ 7 BS/10000 dân như là mục tiêu phải đạt tới trong thời gian cho tới 2015. Tỷ lệ này được đưa từ trên xuống, có lẽ dựa trên sự phán đoán chuyên môn theo một trị giá lý tưởng nào đó, hoặc là kết quả của một sự so sánh với các nước trong vùng, mà cách gọi thông thường trong tiếng Anh là benchmarking.

Mô hình cần BS (Physician Requirements Model – PRM) của Cục NVYT Hoa Kỳ được trình bày trong sơ đồ sau đây:



Năm bản lề để tính tỷ lệ BS/dân số là năm 2000. Với cách tính như trên, mặc dù tỷ lệ BS/100000 dân bình quân của Hoa Kỳ là 253, nhưng khi tính cho nhóm tuổi trên 75 thì tỷ lệ này lại là 781, nghĩa là tăng hơn 3 lần tỷ lệ bình quân. Điều này cho thấy là tỷ lệ bình quân BS/dân số không phản ánh đúng nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của dân chúng, dựa trên các đặc trưng khác của bệnh nhân.

Ngoài ra còn có các yếu tố khác có thể ảnh hưởng tới nhu cầu cần BS:

1. tăng trưởng kinh tế: chăm sóc sức khỏe là một hàng hóa “chuẩn” hoặc “bình thường” (normal), nên khi giàu có hơn thì dân chúng cũng yêu cầu nhiều dịch vụ hơn. Độ giãn của thu nhập (income elasticity) theo Cooper và cộng sự là 0,75; nghĩa là nếu GDP tăng 10% thì nhu cầu cần BS tăng 7,5%.
2. tăng năng suất: nếu NVYT tăng năng suất hơn thì nhu cầu NVYT có thể giảm.
3. tiến bộ kỹ thuật: thật khó tiên đoán là tiến bộ kỹ thuật làm tăng hay giảm nhu cầu cần BS. Thí dụ tiến bộ về nội soi ống tiêu hóa trên (upper GI endoscopy) và điều trị nhiễm trùng H.

pylori làm giảm số lượng mỡ dạ dày-tá tràng, nhưng lại làm tăng số lượng nội soi cho các trường hợp khác về bệnh lý ống tiêu hóa trên.

4. các ngành nghề khác: khi các điều dưỡng gây mê (CRNA – certified registered nurse anesthetist) được quyền gây mê độc lập thì nhu cầu cần BS gây mê giảm. Ngược lại, khi có nhu cầu điều trị các cơn đau mạn tính (chronic pain) cần BS gây mê thì nhu cầu về ngành chuyên khoa này lại tăng.
5. chính sách: các chính sách của chính phủ, nhất là các chính sách về chi trả cho các dịch vụ y tế có thể làm tăng hoặc giảm nhu cầu cần có của một bộ phận hoặc của một chuyên khoa.

Hùynh Tấn Tài