

using private clinic services. The study results show that private clinic management system in Bac Giang needs to reinforce its supervision and control activities, and well implement the fine regulations to clinics that violate the government regulations.

Key words: private clinic, health care service, client satisfaction.

Tác giả:

(*): Nguyễn Thị Thu Hương, Phó phòng Tổ chức cán bộ, Sở Y tế Bắc Giang. E.mail: huongniem@yahoo.com

(**): Nguyễn Thanh Hương, Tiến sỹ, Trưởng Bộ môn Chính sách Y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng. E.mail: nth@hsph.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Tại Việt nam, từ năm 1989 bên cạnh hệ thống y tế công, hành nghề y tư nhân (HNYTN) chính thức được Nhà nước ta cho phép hoạt động. Để thống nhất quản lý và đưa HNYTN vào kỷ cương, năm 1993, Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân (PLHNYDTN) [10] lần thứ nhất ra đời; Đến năm 2003, Quốc Hội tiếp tục thông qua PLHNYDTN lần thứ 2 [11]. Tiếp sau đó Chính phủ, Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thực hiện Pháp lệnh, tạo ra một hành lang pháp lý ngày càng chặt chẽ tạo điều kiện cho các cơ sở hành nghề y đi vào hoạt động ngày càng chính quy và hiệu quả hơn.

Nhờ có hệ thống HNYTN mà khả năng tiếp cận với các dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) của người dân được dễ dàng, thuận tiện hơn đồng thời cũng giúp giảm gánh nặng, sự quá tải cho các cơ sở y tế công lập. Tuy nhiên, bên cạnh đó, hoạt động của các cơ sở HNYTN vẫn còn nhiều vấn đề thiếu sót cần phải được khắc phục. Tại quận Đống Đa, Hà Nội năm 2006 vẫn có 19,2% cơ sở vừa kê đơn vừa bán thuốc; 27,4% cơ sở để thuốc kém chất lượng, quá hạn sử dụng; 26,7% cơ sở chưa thực hiện đúng về niêm yết giá dịch vụ và 20,5% không có tủ thuốc cấp cứu [7].

Từ năm 1998 tới nay có khá nhiều nghiên cứu đánh giá về việc chấp hành các quy định của Nhà nước của các cơ sở HNYTN, song chủ yếu chỉ tập trung ở các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh... Hai nghiên cứu gần đây của Nguyễn Quốc Trường, tiến hành năm 2005 trên 1100 cơ sở

hành nghề y tại 4 thành phố lớn là Hà Nội, TPHCM, Đà Nẵng và Hải Phòng [8], và của Nguyễn Thị Thúy Ngân thực hiện năm 2006 trên 146 cơ sở tại quận Đống Đa, Hà Nội [7]. Cả hai nghiên cứu đều cho thấy các lỗi vi phạm thường gặp tại các cơ sở HNYTN là hành nghề quá phạm vi cho phép, không thực hiện đúng quy định về niêm yết giá, hộp thuốc chống sốc và tủ thuốc cấp cứu... Riêng nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trường có đánh giá về sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ (SDDV). Kết quả cho thấy có 63% người SDDV đánh giá các dịch vụ của HNYTN là tốt; 30% cho là được chỉ có 1,5% cho rằng không chấp nhận được và 1,8% không biết hoặc không trả lời [8]. Cho đến nay, chúng tôi chưa tham khảo được nghiên cứu nào có sự so sánh việc tuân thủ các qui định về HNYTN giữa các vùng, như nội thành với ngoại thành, nông thôn với thành thị và miền núi với trung du...

Nghiên cứu này nhằm đánh giá việc chấp hành một số quy định của Nhà nước của các cơ sở HNYTN, đồng thời đánh giá sự hài lòng của người SDDV tại các cơ sở này trên địa bàn tỉnh Bắc Giang, trên cơ sở có so sánh tìm hiểu sự khác biệt giữa 3 vùng của tỉnh là miền núi, trung du và đồng bằng/thành phố. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho các nhà quản lý HNYTN tỉnh Bắc Giang có những thông tin tin cậy để đưa ra các giải pháp quản lý HNYTN phù hợp cho từng khu vực của tỉnh.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

2.1. Chọn mẫu nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên toàn bộ 129 cơ sở HNYTN có giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề trên tất cả 10 huyện, thành phố của tỉnh Bắc Giang.

2.2. Với nghiên cứu định lượng:

Chúng tôi tiến hành đánh giá sự chấp hành các quy định của Nhà nước của 129 cơ sở HNYTN thông qua bảng kiểm đánh giá; Phỏng vấn toàn bộ 129 chủ các cơ sở hành nghề thông qua bộ câu hỏi; Mỗi cơ sở chọn 01 người SDDV (hoặc người nhà đi cùng đối với trẻ em) để phỏng vấn tìm hiểu sự hài lòng của khách hàng. Tổng số có 128 người SDDV tham gia nghiên cứu.

- Với nghiên cứu định tính: chúng tôi chọn ngẫu nhiên 04 chủ cơ sở đại diện cho 4 vùng (miền núi, trung du, đồng bằng và thành phố); Chọn chủ đích 05 cán bộ làm công tác quản lý nhà nước về HNYTN để phỏng vấn sâu bao gồm 01 cán bộ Sở y tế và 04 cán bộ phòng y tế đại diện cho 4 vùng để tìm hiểu nguyên nhân của việc vi phạm hay không vi phạm các quy định của Nhà nước.

2.2. Phân tích và xử lý số liệu

Tất cả các số liệu định lượng thu thập được trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, mã hoá và nhập vào máy tính bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 12.0, sử dụng test χ^2 để phân tích sự khác biệt giữa các vùng trong tỉnh.

Các cuộc phỏng vấn sâu được ghi băng và ghi chép, gõ băng và sau đó đọc, phân tích theo chủ đề.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tình hình thực hiện một số quy định của Nhà nước của các cơ sở HNYTN

Kết quả đánh giá cho thấy, có 93% chủ cơ sở có mặt khi đang hoạt động; 75,2% các cơ sở đạt yêu cầu về phòng đón tiếp; 90% các cơ sở không có thuốc quá hạn hoặc kém chất lượng. Nhưng vẫn còn gần 1/3 các cơ sở đã hành nghề quá phạm vi cho phép, trong đó các cơ sở dịch vụ y tế vi phạm chiếm tỷ lệ cao nhất (13,2%); 68,2% các cơ sở vi phạm về hộp thuốc chống sốc.

Có 36,7% các cơ sở vi phạm về quy chế bán thuốc. Khu vực vi phạm cao nhất ở trung du 61,9%. Khu vực ĐB/TP có tỷ lệ vi phạm thấp nhất 18,4%.

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy nguyên nhân của vi phạm là do chủ cơ sở sợ mất khách:

Bảng 1. Tình hình vi phạm quy định bán thuốc tại các cơ sở HNYTN

Kết quả đánh giá	Miền núi (n= 70)		Trung du (n= 21)		ĐB/TP (n= 31)		Chung (n= 129)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không sai phạm	43	61,4	8	38,1	31	81,6	82	63,6
Sai phạm	27	38,6	13	61,9	7	18,4	47	36,7
$\chi^2 = 11,3; p < 0,05$								

“Chúng tôi càng làm tốt vấn đề này thì chúng tôi càng ít bệnh nhân, vì nếu chỉ kê đơn thì lần sau bệnh nhân họ ra thẳng hiệu thuốc họ mua chứ chẳng thèm đến khám chúng tôi nữa...” (Chủ cơ sở ở miền núi).

Chỉ có 66,7% các cơ sở có diện tích và chiều cao phòng khám chuyên khoa đạt yêu cầu quy định. Khu vực ĐB/TP là nơi có tỷ lệ không đạt yêu cầu cao nhất (50%) và khu vực miền núi có tỷ lệ vi phạm thấp nhất (22,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Tình hình thực hiện qui định về diện tích và chiều cao phòng khám chuyên khoa

Kết quả đánh giá	Miền núi (n= 70)		Trung du (n= 21)		ĐB/TP (n= 38)		Chung (n= 129)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Đạt	54	77,1	13	61,9	19	50	86	66,7
Không đạt	16	22,9	8	38,1	19	50	43	33,3
$\chi^2 = 8,4; p < 0,05$								

Hơn một nửa (53,5%) số cơ sở có vi phạm về tủ thuốc cấp cứu. Không có sự khác biệt giữa các vùng trong tỉnh.

Khi được hỏi về lý do không có tủ thuốc cấp cứu, chủ một cơ sở cho rằng: “Chúng tôi không nhận

Bảng 3. Tình hình vi phạm tủ thuốc cấp cứu

Đánh giá	Miền núi (n= 70)		Trung du (n= 21)		ĐB/TP (n= 38)		Chung (n= 129)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không vi phạm	35	50	11	52,4	14	36,8	60	46,5
Vi phạm	35	50	10	27,6	24	63,2	69	53,5
$\chi^2 = 2; p > 0,05$								

bệnh nhân cấp cứu nên không có tử thuốc cấp cứu” (Chủ cơ sở ở miền núi).

Vi phạm về niêm yết giá cao nhất là các cơ sở thuộc các huyện miền núi (70,3%), đứng thứ 2 là các cơ sở thuộc khu vực ĐB/TP (30%). Ít vi phạm nhất là các cơ sở thuộc khu vực trung du (28,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 4. Tình hình thực hiện về niêm yết giá dịch vụ

Chỉ số đánh giá	Miền núi (n = 70)		Trung du (n = 21)		ĐB/TP (n = 38)		Chung (n = 129)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vi phạm	49	70	6	28,6	19	50	74	57,4
Không vi phạm	21	30	15	71,4	19	50	55	42,6
$\chi^2 = 12,5; p < 0,05$								

3.2 . Sự hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ KCB của các cơ sở HNYTN

Kết quả cho thấy, 91,6% người sử dụng dịch vụ hài lòng với các dịch vụ của cơ sở HNYTN, trong đó 100% hài lòng với sự tiếp đón, 97% hài lòng với kỹ thuật dịch vụ, 95% hài lòng với việc đáp ứng nhu cầu dịch vụ và 90% cho rằng giá các dịch vụ là phù hợp; 76% cho rằng lần sau sẽ đến khám tại các cơ sở HNYTN. Khi so sánh với bệnh viện công, kết quả là:

Đại đa số (81,3%) người SDDV hài lòng hơn khi KCB ở cơ sở HNYTN, chỉ có 18% cho rằng việc KCB ở hai nơi là tương tự nhau và 0,8% không trả lời/không biết.

4. Bàn luận

Theo quy định, các cơ sở HNYTN không được vừa kê đơn khám bệnh vừa bán thuốc nếu không có giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề được. Tuy

Bảng 5. So sánh sự hài lòng của người SDDV khi KCB tại các cơ sở HNYTN với các cơ sở công lập

Đánh giá	Miền núi (n = 70)		Trung du (n = 21)		ĐB/TP (n = 37)		Chung (n = 128)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hài lòng hơn	58	82,9	17	82	29	78,4	104	81,3
Tương tự	12	17,1	4	19	7	18,9	23	18
Kém hơn	0	0	0	0	0	0	0	0
Không biết/không trả lời	0	0	0	0	1	2,7	1	0,8

nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn có 36,7% số cơ sở vi phạm, trong đó vi phạm nhiều nhất là các cơ sở thuộc khu vực trung du (61,9%), thấp nhất là các cơ sở thuộc khu vực ĐB/TP (18,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, lý do để các cơ sở ở khu vực ĐB/TP vi phạm thấp hơn là do ở khu vực này nhiều cơ sở đã kết hợp với các nhà thuốc, mặt khác có thể do họ khôn khéo hơn trong việc đối phó với các đoàn kiểm tra, đánh giá như để thuốc trong nhà, ngoài khu vực phòng khám.

Khi được hỏi về lý do của việc vi phạm, nhiều chủ cơ sở đã trả lời rằng: "nếu chỉ kê đơn không thì lần sau họ ra thẳng hiệu thuốc". Cộng với tình hình thực tế hiện nay trên cả nước nói chung và Bắc Giang nói riêng là hầu hết các cơ sở bán thuốc đều không bán theo đơn. Vì vậy chúng tôi thấy rằng để giải quyết tận gốc vấn đề bác sĩ vừa kê đơn vừa bán thuốc phải giải quyết đồng bộ ở cả cơ sở hành nghề y, lẫn cơ sở hành nghề dược. Bên cạnh đó phải tuyên truyền để cho người dân hiểu biết và tạo thành một thói quen, có bệnh đến bác sĩ khám, kê đơn rồi cầm đơn thuốc tới các đại lý/hiệu thuốc, chứ không tự đi mua thuốc và để được tá "kê đơn" bán thuốc như tình trạng phổ biến hiện nay.

Sau 15 năm thực hiện pháp lệnh HN YDTN (tính từ năm 1993) thực trạng bác sĩ "bán thuốc" vẫn còn khá phổ biến, đặc biệt là ở vùng nông thôn, miền núi. Vấn đề đặt ra là có nên cho phép các bác sĩ HNYTN ở những vùng này vừa kê đơn vừa bán thuốc không? Khi chúng tôi đặt câu hỏi về vấn đề này, một số chủ cơ sở cho rằng nếu Nhà nước cho phép và quản lý chặt giá thuốc đầu vào, đầu ra thì họ sẽ làm "tốt hơn các đại lý thuốc" và như vậy vừa thuận tiện, vừa an toàn hơn cho bệnh nhân. Hiện nay trên thế giới, cũng có một số nước như Hàn Quốc, một nước phát triển cho phép tại các phòng khám tư bác sĩ vừa kê đơn, vừa bán thuốc và họ vẫn quản lý rất tốt giá thuốc đầu vào và đầu ra [6]. Đây có thể là một mô hình mà chúng ta cần xem xét và cân nhắc cho những địa bàn nhất định mà ở đó người dân khó tiếp cận được với các cơ sở bán thuốc.

Chỉ có 66,7% các cơ sở có diện tích và chiều cao phòng khám chuyên khoa đạt yêu cầu quy định. Khu vực ĐB/TP là nơi có tỷ lệ không đạt yêu cầu cao nhất (50%), khu vực vi phạm thấp nhất thuộc các huyện miền núi (22,9%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, có sự khác biệt về thực hiện cơ sở vật chất giữa các vùng trong tỉnh là do các cơ sở ở thành phố có xu hướng

thực hiện nhiều loại hình dịch vụ hơn, kê nhiều máy móc trang thiết bị hơn, do đó tỷ lệ đạt là thấp hơn. Kết quả này thấp hơn so với hầu hết tất cả các nghiên cứu trước đó, như nghiên cứu của Lê Văn Bào năm 2002, tỷ lệ đạt là 96,98% [1], của Trần Quang Trung năm 2003 (99,27%) [8], và cũng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Ngân thực hiện năm 2006 ở quận Ba Đình (80,2%) [7]. Nguyên nhân chính là do chuẩn mực đánh giá khác nhau. Cụ thể, nghiên cứu của Lê Văn Bào thực hiện theo Pháp lệnh hành nghề lần thứ nhất, năm 1993 [1]; nghiên cứu của Trần Quang Trung thực hiện theo Pháp lệnh hành nghề lần thứ 2, năm 2003 và điều kiện về cơ sở vật chất thực hiện theo Thông tư hướng dẫn số 21/2000/TT-BYT [2]. Đến nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Ngân thực hiện theo Thông tư số 01/2004/TT-BYT [3]. Nghiên cứu này của chúng tôi được đánh giá theo Thông tư số 07/2007/TT-BYT [4]. Đây là thông tư mới nhất và theo thông tư này các quy định về cơ sở vật chất của các cơ sở HNYTN cụ thể và chặt chẽ hơn các quy định trước đó. Ví dụ, tại thông tư này ngoài quy định về diện tích còn quy định thêm về chiều cao tối thiểu của phòng khám mà các quy định trước đó không có. Thông tư này cũng quy định phòng khám phải có diện tích tối thiểu là 10m²/ghế răng thay vì 10m² cho một phòng khám răng ở các văn bản trước đó.

Về thực hiện tử thuốc cấp cứu, có 53,5% cơ sở vi phạm, không có sự khác biệt giữa các vùng trong địa bàn nghiên cứu. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trường (2005) ở Hà Nội (82,3%); Đà Nẵng (69%); và thành phố Hồ Chí Minh (73%) [8]. Có nhiều lý do dẫn đến việc vi phạm này, nhưng theo chúng tôi lý do chính là do nhận thức không đúng của các chủ cơ sở HNYTN. Một số chủ cơ sở cho rằng họ không cần có tử thuốc cấp cứu vì không nhận bệnh nhân cấp cứu. Theo Pháp lệnh HNYDTN năm 2003 có ghi rõ, một trong những nghĩa vụ của cá nhân, tổ chức HNYTN là: “*cấp cứu người bệnh theo khả năng và phạm vi chuyên môn hành nghề, trường hợp không thuộc phạm vi chuyên môn hành nghề phải tiến hành sơ cứu và hướng dẫn chuyển người bệnh đến cơ sở y tế phù hợp*” [11]. Như vậy các cơ sở HNYTN không được phép “không nhận bệnh nhân cấp cứu” như phát biểu của một số người. Theo chúng tôi, khi tổ chức tập huấn các quy định của Nhà nước về HNYTN phải nhấn mạnh đến nghĩa vụ của các cơ

sở để họ hiểu rõ và thực hiện đúng.

Việc niêm yết giá dịch vụ một phần giúp cho công tác quản lý giá được thuận tiện, một phần là tạo sự thoải mái cho người SDDV. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ có 42,6% các cơ sở niêm yết giá đúng quy định. Dịch vụ y tế được coi là loại dịch vụ đặc biệt, nó liên quan tới sức khỏe và tính mạng của người SDDV, chính vì vậy tâm lý khách hàng thường ngại hỏi giá hoặc mặc cả giá các dịch vụ KCB. Do đó nếu không thực hiện niêm yết giá công khai sẽ rất thiệt thòi cho người SDDV, đặc biệt là người nghèo trong trường hợp chủ cơ sở tự ý nâng giá.

Nghiên cứu cũng cho thấy đa số người SDDV (91,6%) hài lòng với các dịch vụ KCB của các cơ sở HNYTN, trên 4/5 số khách hàng thấy hài lòng hơn so với các bệnh viện công. Lý do hài lòng nhất của người SDDV đối với các cơ sở HNYTN là nhanh, thuận tiện và thái độ phục vụ niềm nở. Khi hỏi về sự lựa chọn của người SDDV dự kiến cho lần KCB sau thì có tới 75,8% những người được hỏi cho rằng sẽ tiếp tục đến khám ở các cơ sở HNYTN. Tỷ lệ này tương tự với kết quả nghiên cứu tại Hà Nội năm 2002 là 75,9% [1]. Kết quả này phần nào cho thấy uy tín các cơ sở HNYTN đối với khách hàng là khá cao. Nếu Nhà nước có những định hướng tốt, có chính sách quản lý giúp cho hệ thống HNYTN phát triển với chất lượng tốt thì vấn đề quá tải bệnh nhân ở các bệnh viện công như hiện nay sẽ phần nào được giải quyết thông qua sự chia sẻ của hệ thống y tế tư nhân.

Chúng tôi đề nghị

Cần tăng cường hơn nữa công tác quản lý HNYTN trên địa bàn tỉnh Bắc Giang. Cụ thể, ở khu vực đồng bằng và thành phố cần tập trung vào thanh, kiểm tra việc thực hiện các quy định về diện tích và chiều cao các phòng khám chuyên khoa; ở khu vực miền núi cần chú ý hơn vào việc thực hiện niêm yết giá tại các cơ sở, còn ở khu vực trung du các cơ quan quản lý cần tập trung kiểm tra việc thực hiện quy định về bán thuốc của các cơ sở HNYTN trên địa bàn.

Đề nghị Bộ Y tế xem xét, nghiên cứu và cho thử nghiệm một số loại hình HNYTN mà ở đó bác sĩ vừa được kê đơn, vừa được bán thuốc tại khu vực miền núi/ vùng sâu, vùng xa.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Văn Bào (2002), Nghiên cứu hoạt động hành nghề y tư nhân ở Hà Nội, đề xuất mô hình quản lý hành nghề y tư nhân ở tuyến xã, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Bộ Y tế (2000), Thông tư số 21/2000/TT-BYT ngày 29/12/2000 hướng dẫn hành nghề y, được tư nhân, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2004,) Thông tư số 01/2004/TT-BYT ngày 06/01/2004 hướng dẫn điều kiện và phạm vi hành nghề y tư nhân, Hà Nội
4. Bộ Y tế (2007), Thông tư số 07/2007/TT-BYT ngày 25/5/2007 về hướng dẫn hành nghề y, y học cổ truyền và trang thiết bị y tế tư nhân, Hà Nội.
5. Chính phủ nước Cộng hoà XHCN Việt Nam (2003), Nghị định số 103/2003/NĐ-CP ngày 12/9/2003 về quy định chi tiết thi hành một số điều của Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân, Hà Nội.
6. Korea International Cooperation Agency (2005), Integrated Hospital Management, Lecture Materials, pp.32.
7. Nguyễn Thị Thúy Ngân (2006), Thực trạng chấp hành pháp lệnh Hành nghề y được tư nhân và một số yếu tố liên quan tại các cơ sở hành nghề y tư nhân quận Đống Đa, Hà Nội năm 2006, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường

Đại học Y tế công cộng.

8. Nguyễn Quốc Trường (2006), Thực trạng hành nghề tư nhân tại một số thành phố lớn và vai trò của tổng hội Y học Việt Nam, Luận án Thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.
9. Trần Quang Trung (2007), Thực trạng chấp hành một số quy định của pháp lệnh hành nghề y được tư nhân năm 2003 tại các quận của thành phố Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành, Số 3: 90-92.
10. Ủy ban thường vụ Quốc hội nước Cộng hoà XHCN Việt Nam (1993), Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân, Hà Nội.
11. Ủy ban thường vụ Quốc hội nước Cộng hoà XHCN Việt Nam (2003), Pháp lệnh hành nghề y, được tư nhân, Hà Nội.

Lời cảm ơn:

Nghiên cứu này đã được hỗ trợ bởi dự án “*Xây dựng chính sách Y tế ở Việt Nam, Ấn Độ và Trung Quốc: Các nhân tố quyết định và các mối liên hệ giữa chúng - HEPVIC*” do Ủy ban châu Âu tài trợ. Các tác giả xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y tế công cộng và Sở Y tế tỉnh Bắc Giang.