**PHỤ LỤC 2
KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ MÔ HÌNH TYT XÃ**

Trên thế giới, cơ sở chăm sóc sức khoẻ ban đầu (CSSKBĐ) là nơi người bệnh tiếp xúc đầu tiên với hệ thống y tế và thực hiện cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cơ bản ở mức độ cộng đồng. Tuỳ theo hệ thống y tế của mỗi quốc gia mà cơ sở CSSKBĐ có thể là trạm y tế, trung tâm y tế, phòng khám bác sĩ gia đình hay các cơ sở y tế tương đương khác có khám chữa bệnh ngoại trú. Tại Việt Nam, cơ sở CSSKBĐ là TYT xã, phường, thị trấn (TYT) - được hình thành từ những năm 1994 trong kháng chiến chống Pháp. Đây là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân nằm trong hệ thống y tế nhà nước, được tổ chức theo từng địa bàn cụm dân cư. Dưới đây là tổng quan về tiêu chí và kinh nghiệm thế giới về mô hình và cách thức tổ chức địa bàn cung cấp dịch vụ của các đơn vị CSSKBĐ. Từ đó đưa ra những bài học có thể áp dụng tại Việt Nam trong việc quy định tổ chức y tế xã, phường, thị trấn – góp phần cung cấp bằng chứng cho hoạt động xây dựng Dự thảo Nghị định bổ sung, sửa đổi hoặc thay thế Nghị định số 117/2014/NĐ-CP quy định về tổ chức y tế xã, phường, thị trấn theo địa giới hành chính.

1. **Nguyên tắc tổ chức địa bàn cung cấp dịch vụ của đơn vị CSSKBĐ**

Địa bàn cung cấp dịch vụ của cơ sở y tế (CSYT) được định nghĩa là một khu vực địa lý xung quanh CSYT, bao gồm người dân sinh sống tại khu vực đó và có sử dụng dịch vụ của CSYT. Các khu vực này có thể phân chia thành các vùng tiếp giáp nhau, nhưng cũng có thể chồng chéo giữa các CSYT [27].



**Hình 1. Địa bàn cung cấp dịch vụ của cơ sở y tế, vùng tiếp giáp và chồng chéo**

Có nhiều yếu tố khác nhau ảnh hưởng đến việc xác định các địa bàn này, quan trọng nhất là theo địa giới hành chính, khả năng tiếp cận của người dân đến CSYT và quy mô dân số trên địa bàn.

### **Địa giới hành chính (politico-administrative)**

Đây thường là yếu tố có ảnh hưởng lớn nhất vì đặt ra một khu vực xác định và ngụ ý rằng bất kỳ tổ chức nào được thành lập trên địa bàn đó sẽ thực hiện cung cấp dịch vụ cho người dân sinh sống trong phạm vi địa bàn. Ở hầu hết các quốc gia, hệ thống y tế thường thiết lập song song với hệ thống tổ chức hành chính; do đó, một CSYT cụ thể sẽ thuộc quyền quản lý nhà nước của cấp độ tổ chức hành chính tương ứng [35].

**Khả năng tiếp cận của người dân tới cơ sở y tế**

*Về địa lý (geographical boundaries),* đây là rào cản tự nhiên đối với sự di chuyển của người dân và do đó cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến việc xác định địa bàn cung ứng dịch vụ của CSYT. Nếu việc tiếp cận của người dân tới CSYT trong chính địa bàn sinh sống của họ bị cản trở bởi các yếu tố địa lý (sông, núi, …) thì họ có thể vượt qua địa giới hành chính để đến CSYT thuộc địa bàn hành chính khác [35].

*Về thời gian (time boundaries),* đây là yếu tố giúp xác định địa bàn cung cấp dịch vụ của CSYT ở những khu vực có điều kiện giao thông khó khăn. Người dân thường có xu hướng đến những CSYT mà họ cần ít thời gian nhất để tiếp cận [35].

**Hình 2. Yếu tố ảnh hưởng đến việc xác định địa bàn cung cấp dịch vụ y tế, theo rào cản địa lý và thời gian tiếp cận**

Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới, nên sử dụng *thời gian di chuyển* thay vì *khoảng cách* để đánh giá khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe - tương ứng với xác định địa bàn cung ứng dịch vụ của CSYT vì phương pháp này có cân nhắc đến các điều kiện của cơ sở hạ tầng giao thông và phương tiện giao thông [34]. Tuy nhiên, chưa có quy định thống nhất về khoảng thời gian nên sử dụng. Ví dụ:

* Nghiên cứu của Rovali và Kiivet (2006) cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú giảm đi khi thời gian để đến bệnh viện cần trên 30 phút [26].
* Nghiên cứu của Hare và Barcus (2007) ước tính rằng những người sống cách bệnh viện hơn 45 phút di chuyển có nhiều khả năng bị thiệt thòi trong sử dụng dịch vụ y tế [21].
* Brabyn và Skelly (2002) cho rằng 60 phút là khoảng thời gian thích hợp vì đây là ngưỡng thời gian mà những người lái xe cứu thương hay nói đến. Nghiên cứu cảnh báo rằng những người cần hơn 60 phút để đến bệnh viện sẽ phải trả các chi phí cao hơn về tài chính và cả cảm xúc [20].
* Tại Hàn Quốc, cơ sở y tế tuyến ban đầu người dân tiếp cận đến là phòng khám đa khoa khu vực, tiếp đến là bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến chăm sóc cao nhất là các bệnh viện chuyên khoa quốc gia. Theo quy định, mỗi phòng khám đa khoa khu vực sẽ phụ trách cung ứng dịch vụ cho địa bàn mà có điểm xa nhất đến phòng khám là không quá 30 phút đi bộ. Các bệnh viện tuyến tỉnh cũng được được phân bố để người dân chỉ mất tối đa 60 phút đi ô tô để đến được bệnh viện [33].

Cần lưu ý là tùy vào điều kiện phát triển của hạ tầng giao thông mà cách thức tính toán thời gian di chuyển cũng khác nhau. Với nghiên cứu ở những nước sử dụng ô tô là chủ yếu thì thời gian lái xe sẽ được sử dụng. Đối với những nơi có hệ thống phương tiện cộng cộng phát triển (chủ yếu là châu Âu, Bắc Mỹ, châu Đại Dương), các nghiên cứu sẽ đưa việc sử dụng phương tiện giao thông công cộng vào tính toán thời gian đi lại. Trong khi đó ở những nước kém phát triển hơn, thời gian di chuyển thường được đo lường bằng thời gian đi bộ hoặc thời gian đi bằng phương tiện công cộng đến CSYT gần nhất. Một trong những hạn chế của việc ước tính khả năng tiếp cận bằng thời gian di chuyển là cần cân nhắc đến tình trạng lưu lượng giao thông, ví dụ như trong giờ cao điểm thì tốc độ di chuyển có thể chậm hơn và thời gian di chuyển lâu hơn nhiều so với các thời điểm khác trong ngày [22].

### **Quy mô dân số**

Theo khuyến nghị của Tổ chức y tế thế giới về mô hình CSSKBĐ, mạng lưới CSYT tuyến xã sẽ là những đơn vị tiếp cận đầu tiên của người dân, thực hiện cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ, khám chữa bệnh ngoại trú và giới thiệu bệnh nhân tới CSYT tiếp nhận chuyển tuyến điều trị đầu tiên của hệ thống y tế. Cụ thể:

*Tại khu vực nông thôn* [35]: Trung tâm Y tế (nông thôn) hoặc Trạm Y tế (TYT) xã là nơi tiếp cận đầu tiên của người dân, thực hiện chăm sóc sức khỏe theo nguyên tắc liên tục - toàn diện - lồng ghép. Thông thường, các CSYT này phục vụ dân số với quy mô từ 1.000 đến 3.000 người. Trung tâm Y tế (nông thôn) và Trạm Y tế xã có chức năng cung cấp các dịch vụ về nâng cao sức khỏe và dự phòng, chăm soc sức khỏe bà mẹ trẻ em, sơ cấp cứu ban đầu và một số vấn đề sức khỏe được ưu tiên. Trong trường hợp địa bàn khó tiếp cận tới những CSYT tiếp nhận chuyển tuyến ban đầu, Trung tâm Y tế (nông thôn) và Trạm Y tế xã có thể cung cấp một số dịch vụ nội trú cơ bản. Số lượng nhân viên tối thiểu được khuyến nghị cho một đơn vị gồm có: 1 bác sĩ (toàn thời gian), 1 y sĩ (toàn thời gian), 1 điều dưỡng (toàn thời gian); và tùy theo nhu cầu thực tế có thể bố trí thêm số lượng kỹ thuật viên xét nghiệm và luân chuyển cán bộ y tế từ bệnh viện huyện xuống làm việc.

*Tại khu vực thành thị* [35]: Trung tâm Y tế (thành thị) là đơn vị có phạm vi phục vụ dân số thông thường từ 5.000 đến 10.000 dân. Giống như tại khu vực nông thôn, Trung tâm Y tế (thành thị) chỉ hoạt động như một cơ sở khám chữa bệnh ngoại trú và thực hiện giới thiệu bệnh nhân tới những CSYT tiếp nhận chuyển tuyến ban đầu. Các trung tâm này cũng có thể trang bị từ 5-20 giường bệnh trong trường hợp bệnh nhân không chuyển tuyến ngay được lên tuyến trên. Các chức năng của Trung tâm Y tế (khu vực thành thị) gồm có: khám chữa bệnh ngoại trú cho một số chuyên khoa nhất định do bác sĩ tăng cường từ bệnh viện huyện thực hiện; sơ cấp cứu ban đầu do điều dưỡng thực hiện; tiếp nhận bệnh nhân nội trú trong một số trường hợp sản phụ khoa, chấn thương, nội khoa; truyền thông giáo dục sức khỏe; chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Số lượng nhân viên tối thiểu được khuyến nghị cho một Trung tâm Y tế (thành thị) gồm có: 1 bác sĩ (toàn thời gian), một số y sĩ (toàn thời gian), các cán bộ tăng cường từ bệnh viến huyện như điều dưỡng (1 điều dưỡng : 4 bệnh nhân), hộ sinh, kỹ thuật viên.

**Tóm lại:** Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới thì việc tổ chức một đơn vị CSSKBĐ chủ yếu dựa trên 3 tiêu chí chính là: địa giới hành chính (để thuận tiện cho việc quản lý nhà nước), khả năng tiếp cận của người dân tới CSYT (về điều kiện địa lý, thời gian tiếp cận) và quy mô dân số trên địa bàn để đảm bảo cơ sở CSSKBĐ đủ khả cung cấp dịch vụ cho những người dân này.

* Đối với khu vực nông thôn, đơn vị CSSKBĐ có thể bao phủ cho số dân từ 1.000 người tới 3.000 người; số lượng nhân lực y tế tối thiểu phải có ít nhất là 3 chức danh, bao gồm: bác sĩ, y sĩ và điều dưỡng – đều là nhân viên cơ hữu.
* Đối với khu vực thành thị, đơn vị CSSKBĐ có thể bao phủ cho dân số là từ 5.000 đến 10.000 người; số lượng nhân lực y tế tối thiểu phải có ít nhất là 5 chức danh, bao gồm: bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và hộ sinh - trong đó bác sĩ và y sĩ là nhân viên cơ hữu, số còn lại là điều động/tăng cường từ cơ sở y tế tuyến trên.

Tuy nhiên, các khuyến nghị này đã được Tổ chức Y tế thế giới ban hành từ những năm 1998 nên cần điều chỉnh để phù hợp với tình hình phát triển dân số như hiện nay cũng như mạng lưới cung ứng dịch vụ tại từng quốc gia.

1. **Mô hình cung ứng dịch vụ và tổ chức địa bàn cung ứng dịch vụ CSSKBĐ tại một số quốc gia**

Phần tổng quan này sẽ tập trung vào một số quốc gia có hệ thống cung ứng dịch vụ y tế theo cấp chuyên môn *(tuyến CSSKBĐ, tuyến 2, tuyến 3 và/hoặc tuyến 4)* như Thái Lan, Ấn Độ, Lào, Campuchia, Indonesia; và một số quốc gia có hệ thống bác sĩ gia đình phát triển như Thổ Nhĩ Kỳ, Brazil.

### **Thái Lan**

Hệ thống y tế công lập Thái Lan được chia làm 04 cấp độ chăm sóc dựa trên chức năng và phạm vi chuyên môn. Trong đó, mạng lưới y tế tuyện huyện *(district)* và xã *(sub-district/tambon)* là tuyến CSSKBĐ nhằm đảm bảo rằng các dịch vụ y tế thực hiện gần với người dân và phù hợp với nhu cầu của địa phương [12, 29].

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**BVĐK vùng**

**BV chuyên khoa/BV trường**

**BVĐK tỉnh**

(600k dân)

**Bệnh viện huyện**

**Đơn vị ký hợp đồng CSSKBĐ**

(30k – 50k dân)

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**CSSKBĐ**

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**BV truyền thông sức khỏe** (3k – 5k dân)

**Hình 3. Hệ thống CSSKBĐ công lập tại Thái Lan**

Tại cấpxã, dịch vụ CSSKBĐ được cung cấp bởi các bệnh viện truyền thông sức khỏe *(Tambon Health Promotion Hospital)*, trước đây gọi là Trung tâm y tế *(Health Centre)* - tương đương với phạm vi chuyên môn của TYT tại Việt Nam. Các bệnh viện truyền thông sức khỏe có chức năng cơ bản là điều trị bệnh thông thường, sơ cấp cứu ban đầu, khám chữa bệnh lưu động, chăm sóc tại nhà, truyền thông giáo dục sức khỏe và cung ứng dịch vụ dự phòng. Tại mỗi xã sẽ thành lập ít nhất một bệnh viện truyền thông sức khỏe, phục vụ dân số từ 3.000 - 5.000 người [12, 17]. Về nhân lực theo quy định, nhân lực ở bệnh viện truyền thông sức khỏe có từ 3-5 người là điều dưỡng và nhân viên y tế công cộng, đều là cán bộ cơ hữu của bệnh viện [17]. Ngoài ra, các bệnh viện này cũng cần có các chức danh khác như bác sĩ, nha sĩ, dược sĩ là cán bộ luân phiên/tăng cường từ cơ sở y tế tuyến trên.

**Bảng 1. Định mức nhân lực tối thiểu tại tuyến cơ sở CSSKBĐ tại Thái Lan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tỷ số trên 1.000 dân** | **Bện viện huyện** | **Bệnh viện truyền thông sức khỏe** |
| Bác sĩ | 0,5 | x | Luân phiên từ bệnh viện huyện |
| Nha sĩ | 0,1 | x |
| Dược sĩ | 0,2 | x |
| Điều dưỡng | 2,5 | x | x |
| Y tế công cộng | 0,5 | x | x |
| Nhân viên y tế khác: Y học cổ truyền, vật lý trị liệu, … |  | x | Tùy thuộc nhu cầu địa phương |
| *Nguồn: Pongpisut Jongudomsuk và các cộng sự. (2015), The Kingdom of Thailand Health System Review, Health Systems in Transition, 5(‎5)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia* |

Tại cấp huyện là tuyến chăm sóc cấp độ 2, bao gồm các bệnh viện huyện *(community/ district hospital)* 2 chức năng tương tự TTYT huyện đa chức năng của Việt Nam. Các bệnh viện này có phạm vi cung ứng dịch vụ khác nhau tùy theo quy mô giường bệnh (30, 60, 90, 120 giường). Trong đó:

* Bệnh viện huyện 10-30 giường thực hiện chức năng như bệnh viện truyền thông sức khỏe ở tuyến xã và bổ sung thêm nhiệm vụ: khám chữa bệnh cấp cứu, điều trị nội trú các bệnh thông thường, thực hiện các thủ thuật đơn giản, phục hồi chức năng và y học cổ truyền. Hầu như không thực hiện phẫu thuật.
* Bệnh viện huyện 60-90 giường: thực hiện chức năng như bệnh viện huyện 10-30 giường và bổ sung thêm nhiệm vụ: thực hiện các loại thủ thuật, phẫu thuật ngoại khoa đơn giản (phẫu thuật ruột thừa, mổ đẻ, ngoại khoa cấp cứu, …), điều trị nhi khoa, sản khoa; điều trị hồi sức tích cực.
* Bệnh viện huyện >120 giường: thực hiện chức năng như bệnh viện huyện 60-90 giường và bổ sung thêm nhiệm vụ: điều trị mắt, tai mũi họng, chỉnh hình, phục hồi chức năng nâng cao, ...

Mỗi huyện có ít nhất một bệnh viện huyện, bao phủ phục vụ trung bình cho khoảng 30.000 - 50.000 dân. Thái Lan đã thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân và mọi người dân khi đi khám chữa bệnh đều được theo dõi trong hệ thống phần mềm quản lý khám chữa bệnh BHYT ở tất cả các cấp. Theo quy định, mọi bệnh nhân không phải các trường hợp cấp cứu đều phải qua tuyến CSSKSK là bệnh viện truyền thông sức khỏe để khám, nếu cần sẽ được chuyển tuyến đến bệnh viện huyện – nơi chịu trách nhiệm ký hợp đồng với cơ quan BHYT (01 bệnh viện huyện chịu trách nhiệm ký hợp đồng khám chữa bệnh BHYT cho nhiều bệnh viện truyền thông giáo dục sức khỏe). Nếu bệnh nhân đó cần được chuyển tuyến tiếp lên bệnh viện ở tuyến chăm sóc cao hơn thì bệnh viện huyện có thể chuyển bệnh nhân đến bất kể bệnh viện tuyến trên nào tùy thuộc vào loại bệnh và phù hợp với chức năng nhiệm vụ của bệnh viện tuyến cao hơn kể cả bệnh viện chuyên khoa tương ứng với tình trạng bệnh tật của người bệnh.

### **Ấn Độ**

Hệ thống y tế công lập tại Ấn Độ được tổ chức theo 03 cấp độ chăm sóc, bao gồm các cơ sở CSSKBĐ (Trung tâm CSSKBĐ và cơ sở nhánh của Trung tâm CSSKBĐ/phân trạm), tuyến chăm sóc cấp độ 2 (TTYT cộng đồng, bệnh viện huyện và cơ sở nhánh của bệnh viện huyện) và tuyến chăm sóc cấp độ 3 (bệnh viện trường). Ngoài ra còn có các đơn vị y tế lưu động có chức năng cung cấp dịch vụ và thuốc tại cộng đồng ở những khu vực vùng sâu vùng xa. Tính đến năm 2019, số lượng CSYT đang hoạt động tại Ấn Độ gồm có 152.794 cơ sở nhánh của trung tâm CSSKBĐ, 20.069 trung tâm CSSKBĐ, 5.685 TTYT cộng đồng, 1.234 cơ sở nhánh của bệnh viện huyện, 756 bệnh viện huyện, 1.415 đơn vị y tế lưu động. Trong số 593 bệnh viện trường ở Ấn Độ, có 244 đơn vị thuộc hệ thống công lập [28].

Với các cơ sở nhánh CSSKBĐ/phân trạm [24, 28], mỗi đơn vị được thành lập dựa trên tiêu chí về quy mô dân số phục vụ. Cụ thể: ở vùng nông thôn là từ 3.000 dân (miền núi) – 5.000 dân (đồng bằng) và ở khu vực thành thị là từ 15.000 – 20.000 dân. Chức năng của các cơ sở này là cung cấp 12 gói dịch vụ về nâng cao sức khỏe, dự phòng và khám chữa bệnh thuộc các lĩnh vực: bệnh truyền nhiễm; sức khỏe sinh sản; sức khỏe bà mẹ và trẻ em; sàng lọc và quản lý các bệnh không lây nhiễm; các dịch vụ cơ bản về nha khoa, tâm thần, nhãn khoa, tai mũi họng, sức khỏe người ca tuổi. Trọng tâm của cơ sở nhánh CSSKBĐ là tập trung vào chăm sóc ngoại trú và hệ thống chuyển tuyến bệnh viện. Năm 2018, tiêu chuẩn về thời gian tiếp cận dịch vụ y tế của bệnh nhân *“không quá 30 phút đi bộ”* được đưa ra nhằm hướng dẫn các địa phương vùng sâu vùng xa quy hoạch vị trí của cơ sở nhánh CSSKBĐ. Về nhân lực, mỗi cơ sở nhánh CSSKBĐ có tối thiểu 2 nhân viên có chuyên môn y tế (bác sĩ/điều dưỡng/hộ sinh) và 1 cán bộ quản lý y tế công cộng

Với trung tâm CSSKBĐ [23, 28], nhiệm vụ của các đơn vị này cũng tương tự như cơ sở nhánh CSSKBĐ là cung cấp 12 gói dịch vụ các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng và khám chữa bệnh cho người dân trên địa bàn. Ngoài việc tiếp nhận trực tiếp người dân đến thăm khám thì đây cũng là đơn vị phụ trách người bệnh chuyển tuyến lên từ 4-6 cơ sở nhánh CSSKBĐ liên kết trực tiếp, đồng thời thực hiện chuyển tuyến bệnh nhân từ trung tâm lên bệnh viện huyện/cơ sở nhánh của bệnh viện huyện. Trung tâm CSSKBĐ không thực hiện điều trị nội trú, tuy nhiên vẫn trang bị cơ sở hạ tầng, giường bệnh để thực hiện đỡ đẻ và theo dõi bệnh nhân trước khi chuyển viện (khi cần). Theo quy định, cứ mỗi 20.000 dân ở khu vực miền núi và 30.000 dân ở khu vực đồng bằng (nông thôn) thì sẽ có một trung tâm CSSKBĐ với quy mô 2-6 giường hoạt động; quy định này ở thành thị là 50.000 dân và trong bán kính 1 km tính từ trung tâm CSSKBĐ phải bao phủ được các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương, người nghèo sống trong các khu ổ chuột hoặc khu vực khác tương tự. Về nhân lực, trung tâm CSSKBĐ cần có tối thiểu 12 nhân viên bao gồm 1 bác sĩ, 2 điều dưỡng/hộ sinh chính, 1 dược, 1 kĩ thuật viên xét nghiệm, 3 điều dưỡng/hộ sinh phụ (1 nam, 2 nữ), 1 hộ lý, 1 kế toán, 1 quản lí dữ liệu, và 1 nhân viên vệ sinh. Với trung tâm CSSKBĐ tại khu vực thành thị và những trung tâm hoạt động 24/7 thì về cơ bản các chức danh không có gì thay đổi, tuy nhiên cần bổ sung thêm bác sĩ và điều dưỡng/hộ sinh để thực hiện chức năng nhiệm vụ của mình hiệu quả hơn.

**Hình 4. Hệ thống CSSKBĐ công lập tại Ấn Độ**

**Bệnh viện trường**

**Bệnh viện huyện**

**Bệnh viện huyện -**

**cơ sở nhánh**

**TTYT**

**cộng đồng**

(80k – 120k dân)

**Trung tâm CSSKBĐ**

(NT: 20k – 30k dân;

TT: 50k dân)

**Cơ sở nhánh**

**CSSKBĐ**

(NT: 3k – 5k dân;

TT: 15k – 20k dân)

**Cơ sở nhánh**

**CSSKBĐ**

(NT: 3k – 5k dân;

TT: 15k – 20k dân)

**Cơ sở nhánh**

**CSSKBĐ**

(NT: 3k – 5k dân;

TT: 15k – 20k dân)

**Đơn vị y tế lưu động**

**Cơ sở nhánh**

**CSSKBĐ**

(NT: 3k – 5k dân;

TT: 15k – 20k dân)

**CSSKBĐ**

### **Lào [10]**

Hệ thống y tế công lập tại Lào được thiết lập song song với hệ thống quản lý hành chính Nhà nước, bao gồm: (i) bệnh viện tuyến trung ương trực thuộc Bộ Y tế, (ii) các đơn vị y tế tuyến tỉnh do Phòng Y tế tỉnh quản lý, (iii) các đơn vị y tế tuyến huyện và TTYT xã *(health centre)* do Phòng Y tế huyện quản lý. Ngoài ra, nhân viên y tế ở cấp thôn bản gồm có tình nguyện viên y tế thôn bản, thành viên của ban y tế cộng đồng và các bà đỡ đẻ.

Các TTYT xã là cấp chăm sóc y tế đầu tiên của hệ thống y tế, cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ cho người dân. Chức năng của các cơ sở này là cung cấp các dịch vụ điều trị bệnh thông thường, tiêm chủng, khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh và thăm khám tại nhà cho bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính hoặc khả năng vận động kém. Tính đến cuối năm 2010, số lượng TTYT xã đang hoạt động tại Lào là 860 đơn vị, bao phủ toàn bộ 143 huyện và phục vụ cho hơn 6,2 triệu người. Mỗi TTYT xã được thành lập để bao phủ phục vụ cho từ 1.000 – 5.000 người. Nhân lực tại đây không yêu cầu cần có bác sĩ mà chỉ cần các chức danh như y sĩ, điều dưỡng và/hoặc hộ sinh

### **Campuchia**

Hệ thống y tế công lập Campuchia được tổ chức thành 03 cấp: trung ương, tỉnh và huyện. Trung tâm Y tế *(health centre)* là đơn vị tiếp cận đầu tiên của người dân, cung cấp các dịch vụ phòng bệnh và chữa bệnh cơ bản trong Gói Hoạt động Tối thiểu *(Minimum Package of Activities)*. Các dịch vụ này bao gồm (i) chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em; tiêm chủng bà mẹ và trẻ em; dinh dưỡng; kế hoạch hóa gia đình; sàng lọc ung thư vú và cổ tử cung, phá thai an toàn; (ii) điều trị và phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm, bao gồm tiêu chảy, bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, lao, phong, sốt rét, sốt xuất huyết, cúm gia cầm; (iii) dự phòng, điều trị các bệnh không lây nhiễm và chấn thương, bao gồm tăng huyết áp, tiểu đường, ung thư vú, ung thư cổ tử cung, sức khỏe răng miệng, sức khỏe tâm thần, các vấn đề về mắt, phẫu thuật đơn giản; (iv) các hoạt động tiếp cận cộng đồng [11]. Nhằm phát triển mạng lưới y tế đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân và đảm bảo công bằng trong phân bổ nguồn lực, Bộ Y tế Campuchia đã đưa ra hướng dẫn xác định vị trí quy hoạch cơ sở y tế và địa bàn cung cấp dịch vụ [18]. Các tiêu chí này được xây dựng dựa trên sự kết hợp của định mức quy mô dân số phục vụ và khả năng tiếp cận địa lý, cụ thể:

**Bảng 2. Địa bàn cung cấp dịch vụ của đơn vị CSSKBĐ tại Campuchia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cơ sở y tế** | **Quy mô dân số** | **Khả năng tiếp cận địa lý** |
| TTYT*(Health Centre)* | Lý tưởng: 10.000 dân (có thể dao động từ 8.000 – 12.000) | Dân số phục vụ nằm trong bán kính 10km tính từ cơ sở y tế hoặc không quá 2 giờ đi bộ tính |
| Phân trạm y tế*(Health post)* | 2.000 – 3.000 dân | Khoảng cách từ xã đến TTYT gần nhất là trên 15km, có rào cản về địa lý (sông, núi, đường đi lại khó khăn) |
| *Nguồn: The Cambodian Ministy of Health (2016), The Third Health Strategic Plan 2016-2020: Quality, Effective and Equitable Health Services.* |

Tại các khu vực đông dân cư như thủ đô, các thành phố trực thuộc trung ương, hay khu vực thành thị: định mức quy mô dân số là tiêu chí ưu tiên trong quy hoạch TTYT do việc tiếp cận về mặt địa lý ở những khu vực này tương đối dễ dàng, sẵn có của các cơ sở y tế tuyến trên và mạng lưới y tế tư nhân. Do đó, việc thành lập 1 TTYT cho mỗi xã là không hợp lý về chi phí hiệu quả. Tiêu chí về quy mô dân số phục vụ tại các khu vực này có thể tăng lên so với hướng dẫn chung, dao động từ 12.000 – 25.0000 dân cho mỗi TTYT. Ngược lại ở những khu vực có mật độ dân số thấp, khả năng cung ứng dịch vụ y tế bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như có sự khác biệt về văn hóa và ngôn ngữ, một số xã nằm rải rác và bị cô lập với dân số ít, giao thông đi lại khó khăn. Trong bối cảnh như vậy, ở các xã vùng sâu vùng xa có ít nhất 2.000 dân, các phân trạm y tế *(Health Post)* nên được thành lập và hoạt động như là đơn vị tiếp cận chăm sóc sức khỏe đầu tiên của người dân.

Cũng theo hướng dẫn của Bộ Y tế Campuchia, đội ngũ nhân lực tại TTYT cần yêu từ 8–11 người; trong đó có ít nhất 1 bác sĩ hoặc y sĩ, 2 điều dưỡng và 1-2 hộ sinh. Đối với phân trạm y tế tại vùng sâu vùng xa, thường có không quá 2 nhân viên y tế, gồm 1 điều dưỡng và 1 hộ sinh [11].

### **Indonesia**

Hệ thống y tế công lập tại Indonesia được chia làm 03 cấp độ chăm sóc, trong đó tập trung vào CSSKBĐ được phân cấp cho tuyến huyện. Các tuyến chăm sóc cấp độ 2 và 3 tại bệnh viện cho bệnh nhân BHYT chỉ được thực hiện khi có giấy giới thiệu từ cơ sở khám chữa bệnh ban đầu; ngược lại, bệnh nhân không sử dụng BHYT có thể tự do lựa chọn khám chữa bệnh tại có sở chăm sóc ban đầu hoặc trực tiếp tới các bệnh viện tuyến trên, và phải tự chi trả toàn bộ chi phí [13].

* *Tuyến chăm sóc ban đầu* là các TTYT công cộng, làm nhiệm vụ cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ, phòng bệnh và truyền thông giáo dục sức khỏe.
* *Tuyến chăm sóc cấp độ 2:* bệnh viện huyện thực hiện chức năng như TTYT công cộng và cung cấp thêm các dịch vụ cấp cứu sản khoa và điều trị nội trú ngắn hạn.
* *Tuyến chăm sóc cấp độ 3:* điều trị các bệnh chuyên khoa.

Trung tâm y tế công cộng *(puskesmas)* đóng vai trò là *“người gác cửa”* của hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Indonesia, cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản cho người dân ở cấp huyện: 1) Truyền thông nâng cao sức khỏe, 2) Kiểm soát bệnh truyền nhiễm, 3) khám chữa bệnh ngoại trú, 4) Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em - kế hoạch hóa gia đình, 5) Dinh dưỡng cộng đồng, 6) Sức khỏe môi trường [13]. Tính đến năm 2021, khoảng 41% trung tâm có cung cấp dịch vụ nội trú thiết yếu cho chăm sóc sản khoa và chăm sóc sơ sinh [32]. Nhằm đảm bảo bao phủ chăm sóc sức khỏe về mặt tiếp cận địa lý, mạng lưới y tế tuyến huyện được mở rộng với nhiều loại hình đơn vị y tế tại tuyến xã, bao gồm: phân trạm y tế cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và hoạt động chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng *(pustus)*, trạm y tế di động tại các khu vực vùng sâu, vùng xa *(pusling)*, trạm y tế tích hợp *(posyandus)*, nhà hộ sinh *(polindes)* và y tế thôn bản (poskesdes) [13].

**Hình 5. Hệ thống CSSKBĐ công lập tại Indonesia**

**TTYT công cộng**

**Huyện**

*30.000 – 50.000 dân*

**Trạm y tế di động**

*Chỉ thành lập tại các khu vực vùng sâu vùng xa*

**Phân trạm y tế**

*Cung cấp KCB ngoại trú và các hoạt động CSSK tại cộng đồng*

**Y tế thôn bản**

*cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em - KHHGĐ, truyền thông sức khỏe, giám sát sức khỏe tại cộng đồng*

**Nhà hộ sinh**

*cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em - KHHGĐ*

**TYT tích hợp**

*cung cấp thông tin và các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em - KHHGĐ, tiêm chủng, dinh dưỡng, vệ sinh môi trường, thuốc thiết yếu*

**Xã**

*3,000 dân*

**Thôn/làng**

*Polindes/Poskesdes: 1-5 thôn*

*Posyandu: 120 hộ gia đình*

Theo quy định, TTYT công cộng sẽ được thành lập ở mỗi huyện hoặc bất kỳ khu vực nào có dân số 30.000 - 50.000 người [13]. Tính trung bình mỗi Trung tâm y tế công cộng sẽ có mạng lưới y tế tuyến dưới gồm 5 polindes/poskesdes và 33 posyandu trên địa bàn [25]. Theo thống kê, số lượng TTYT công cộng đã tăng từ 9.767 đơn vị năm 2016 lên 10.292 đơn vị vào năm 2021 [32].

* Tỷ số đơn vị Trung tâm y tế công cộng trên số lượng huyện vào năm 2021 là 1,4; dao động từ 0,3 (Tây Papua) đến 7,2 (Jakarta) [32]. Tỷ số dưới 1 cho thấy không phải tất cả các huyện đều có thành lập Trung tâm y tế công cộng trên địa bàn.
* Trung bình sự gia tăng số lượng các Trung tâm y tế công cộng đã theo kịp tốc độ gia tăng dân số ở Indonesia. Tỷ số đơn vị Trung tâm y tế công cộng trên 30.000 dân duy trì ổn định ở mức ~1,13 qua các năm; tuy nhiên có sự khác biệt lớn giữa các tỉnh, số liệu năm 2017 dao động từ 0,73 (Banten) đến 5,08 (Tây Papua) [31].

Về khả năng tiếp cận theo thời gian, một nửa dân số cho biết chỉ cần dưới 15 phút để đến TTYT công cộng bằng xe máy (phương tiện di chuyển phổ biến được người dân sử dụng, 87%). Trung bình thời gian tính từ những thôn/làng xa nhất đến TTYT công cộng là khoảng 32 phút; thời gian này ở khu vực nông thôn là 41 phút và ở khu vực thành thị là 23 phút [25].

Về nhân lực tối thiểu tại các TTYT công công, quy định là khác nhau tùy theo chức năng nội/ngoại trú và khu vực thành thị/nông thôn của CSYT. Nhìn chung, các đơn vị có cung cấp dịch vụ nội trú và ở vùng nông thôn/vùng sâu vùng xa cần có định mức nhân lực nhiều hơn so với các cơ sở chỉ cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và ở thành thị [30].

**Bảng 3. Định mức nhân lực tối thiểu tại trung tâm y tế công cộng, Indonesia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chức danh chuyên môn | Thành thị | Nông thôn | Vùng sâu, vùng xa |
| Ngoại trú | Ngoại, Nội trú | Ngoại trú | Ngoại, Nội trú | Ngoại trú | Ngoại, Nội trú |
| Bác sĩ | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Nha sĩ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Điều dưỡng | 5 | 8 | 5 | 8 | 5 | 8 |
| Hộ sinh | 4 | 7 | 4 | 7 | 4 | 7 |
| Y tế công cộng | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| KTV xét nghiệm | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Dinh dưỡng viên | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Dược sĩ | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| *Nguồn: The Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2014), Regulation No. 75/2014* |

### **Brazil** [14, 36]

Từ năm 1994, chính sách quốc gia về *“Sức khỏe Gia đình”* được thực hiện nhằm tăng cường CSSKBĐ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Brazil. Các đội ngũ y tế gia đình *(Family Health Team)* được thành lập, đảm nhận chăm sóc cho từ 2.000 đến 4.000 người dân trên địa bàn. Các đội y tế gia đình khác nhau sẽ xác định các địa bàn cung cấp dịch vụ không chồng chéo nhau. Để cập nhật danh sách đối tượng quản lý, nhân viên y tế cộng đồng trong đội ngũ y tế gia đình sẽ thực hiện thăm khám hàng tháng tại các hộ gia đình. Theo quy định, một đội ngũ y tế gia đình sẽ bao gồm 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng, 1 trợ lý điều dưỡng và 12 nhân viên y tế cộng đồng.

Để đáp ứng với thay đổi trong nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân: năm 2004, các chuyên gia về sức khỏe răng miệng đã được bổ sung vào đội ngũ y tế gia đình; từ năm 2008, dược sĩ, nhà vật lý trị liệu, nhà hoạt động trị liệu, chuyên gia dinh dưỡng, nhà tâm lý học và các bác sĩ chuyên khoa có thể tham gia hỗ trợ đội ngũ y tế gia đình *(thông qua Trung tâm Hỗ trợ Sức khỏe Gia đình - NASF)* trong các hoạt động lâm sàng và y tế công cộng trong CSSKBĐ. Tính đến năm 2019, đã có 43.223 đội ngũ y tế gia đình và 4.487 trung tâm Hỗ trợ Sức khỏe Gia đình hoạt động trên toàn quốc (tăng 36% và 300% so với thời điểm 2010), cung cấp dịch vụ CSSKBĐ cho hơn 127 triệu người (61% dân số).

Cung với các thay đổi trong thành phần nhân lực đội ngũ y tế gia đình, các dịch vụ CSSKBĐ cũng được mở rộng. Đến thời điểm hiện tại, chức năng của đội ngũ y tế gia đình không chỉ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em (ví dụ: chăm sóc trước sinh, tiêm chủng trẻ em) mà còn thực hiện các dịch vụ dự phòng, kiểm soát và quản lý bệnh không lây nhiễm; truyền thông giáo dục sức khỏe (ví dụ: khuyến khích lối sống lành mạnh); cung cấp dịch vụ chăm sóc răng miệng. Trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Brazil, người dân có thể tiếp cận trực tiếp các dịch vụ CSSKBĐ và cấp cứu, nhưng cần có giấy giới thiệu chuyển tuyến để sử dụng các dịch vụ y tế tại bệnh viện và khám chuyên khoa ngoại trú.

### **Thổ Nhĩ Kỳ**

Tại Thổ Nhĩ Kỳ, mô hình y học gia đình bao gồm: trung tâm y học gia đình *(family health centres)* và trung tâm sức khỏe cộng đồng *(community health centres)* được coi là các đơn vị xương sống trong hệ thống CSSKBĐ. Các cơ sở này được thành lập trong chương trình cải cách y tế 2002-2013 trên toàn quốc, thay thế cho trung tâm y tế *(health centres)* và trạm y tế *(health posts)* giai đoạn trước đây [16, 19, 36]. Tính đến cuối năm 2018, có 776 trung tâm sức khỏe cộng đồng và 7.979 trung tâm y học gia đình đang hoạt động; số đội ngũ y tế gia đình *(family medicine unit)* làm việc tại đây là 26.252 đội[15].

Về chức năng, trung tâm y học gia cung cấp các dịch vụ ở cấp độ cá nhân và được thanh toán bởi bảo hiểm y tế quốc gia như dự phòng, chẩn đoán bệnh, điều trị bệnh cấp tính, quản lý bệnh mạn tính, phục hồi chức năng, tư vấn sức khỏe,... [19]. Trong khi đó, trung tâm sức khỏe cộng đồng hướng đến các chăm sóc y tế ở cấp độ cộng đồng, bao gồm các dịch vụ y tế trường học, sức khỏe nghề nghiệp, sức khỏe môi trường, sức khỏe sinh sản, dịch vụ y tế cho trẻ em và thanh thiếu niên, thu thập dữ liệu dịch tễ học và quản lý bệnh truyền nhiễm [16, 19]. Ở các khu vực vùng sâu vùng xa, đội ngũ y tế gia đình cũng cung cấp các dịch vụ y tế lưu động [36]. Ban đầu, mô hình y học gia đình là một hệ thống chuyển tuyến mang tính bắt buộc với các bác sĩ gia đình đóng vai trò là “*người gác cổng”* cho dịch vụ chăm sóc chuyên khoa, và người bệnh phải thực hiện các khoản đồng chi trả khi vượt tuyến. Mô hình này được áp dụng nhằm giảm tình trạng quá tải bệnh nhân và sử dụng dịch vụ y tế không cần thiết tại các cơ sở y tế tuyến trên. Tuy nhiên, quy định chuyển tuyến này đã được loại bỏ do tạo gánh nặng lớn cho các bác sĩ gia đình [36].

Theo quy định, mỗi bác sĩ gia đình phụ trách chăm sóc sức khỏe cho 1.000 – 4.000 dân trên địa bàn cung ứng dịch vụ của trung tâm y học gia đình, tùy theo quy mô dân số mà có thể có một hoặc nhiều bác sĩ gia đình trong cùng một trung tâm y học gia đình. Người dân có thể thay đổi bác sĩ phụ trách họ 6 tháng/lần nếu có mong muốn [19]. Tuy nhiên, việc thay đổi này không được kỳ vọng áp dụng cho các trường hợp người dân chỉ tạm thời chuyển đến một tỉnh/khu vực mới. Thống kê năm 2018, trung bình một bác sĩ gia đình đang phụ trách chăm sóc cho 3.124 người dân [36].

Về nhân lực, mỗi đội y tế gia đình sẽ cần các chức danh bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, và kỹ thuật viên y tế. Trong đó, các bác sĩ được coi là người lãnh đạo, được hỗ trợ bởi các thành viên khác trong nhóm. Các bác sĩ này có thể tham gia đào tạo về y học gia đình bằng cách tham dự các chương trình đào tạo được thiết kế cho những người đã hành nghề y hoặc chuyên về hành nghề y học gia đình trong trường y [36].

**Tóm lại:** Kết quả tổng quan cho thấy:

- Hình thức tổ chức của các đơn vị CSSKBĐ hiện nay là tương đối đa dạng, từ
phạm vi cung ứng dịch vụ, quy mô dân số bao phủ và quy định về đội ngũ nhân lực làm
việc. Điểm chung của các mô hình là hướng đến việc phân bố mạng lưới cơ sở CSSKBĐ
nhằm đảm bảo yêu cầu về *“dễ dàng tiếp cận của người dân”*, và được tổ chức thông
qua các tiêu chí trong xác định địa bàn cung ứng dịch vụ của các ***đơn vị CSSKBĐ bao
gồm địa giới hành chính, khả năng tiếp cận và quy mô dân số***.

- Để đảm bảo khả năng cung ứng các dịch vụ CSSKBĐ, tùy quốc gia ***mà đơn vị
CSSKBĐ có thể đặt ở huyện, hoặc ở xã nhưng đều có các phân trạm/đơn vị nhánh***tùy theo quy mô dân số trên địa bàn cũng như khả năng tiếp cận của người dân. Về nhân
lực, cơ sở CSSKBĐ chính sẽ có đủ các chức danh như bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, nữ hộ
sinh, dược sĩ, kỹ thuật viên… với số lượng dao động từ 5-12 người và bao phủ quy mô
dân số từ 5.000 – 50.000 dân. Một số quốc gia như Ấn Độ còn xem xét tới yếu tố khu
vực địa lý (ví dụ: nông thôn đồng bằng, thành thị và nông thôn miền núi) để phân bổ số
lượng dân cư/đơn vị CSSKBĐ (cụ thể: thành thị là 50.000 dân, nông thôn miền núi là
20.000 dân và nông thôn đồng bằng là 30.000). Hay Campuchia thì xem xét tới khả năng
tiếp cận của người dân thông qua khoảng cách và thời gian tới cơ sở CSSKBĐ cũng như
cân nhắc tới khu vực đông dân cư (Dân số phục vụ nằm trong bán kính 10km tính từ cơ
sở y tế hoặc không quá 2 giờ đi bộ là 15.000-20.000; khu vực đông dân cư là 12.000-
25.000 người)

- ***Các phân trạm/đơn vị nhánh*** bao phủ dân số từ 5.000 người với khu vực đồng
bằng, 3.000 người với khu vực miền núi và từ 15.000-20.000 người với khu vực thành
thị. Nhân lực cho các phân trạm này thì cần từ 2-3 người, trong đó cần phải có ít nhất
01 chức danh chuyên môn là bác sĩ/y sĩ/điều dưỡng/hộ sinh.

- ***Mô hình y tế lưu động*** được thành lập nhằm đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế và
thuốc của người dân tại các khu vực hạn chế về khả năng tiếp cận địa lý***.***

1. **Mô hình tổ chức TYT tại Việt Nam**

Trạm y tế xã, phường, thị trấn (TYT) được xác định là đơn vị sự nghiệp thuộc Trung tâm Y tế huyện theo Thông tư liên tịch số 03/2008/TTLT-BYT-BNV hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng Y tế thuộc Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện [1]. Năm 2014, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 quy định TYT là đơn vị trực thuộc TTYT huyện và nhân lực TYT là viên chức trực thuộc quản lý của TTYT huyện. Điều này giúp cho TYT được quản lý và chỉ đạo hoạt động toàn diện theo ngành dọc [5]. Tiếp sau đó, Bộ Y tế ban hành Thông tư 33/2015/TT-BYT hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYT [2]. Theo Thông tư 33/2015/TT-BYT, TYT vẫn thực hiện chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBĐ cho nhân dân trên địa bàn xã với 09 nhiệm vụ chính:

* Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về: (i) Y tế dự phòng; (ii) Khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh; (iii) Chăm sóc sức khỏe sinh sản; (iv) Cung ứng thuốc thiết yếu; (v) Quản lý sức khỏe cộng đồng; (vi) Truyền thông, giáo dục sức khỏe.
* Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản.
* Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật.
* Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân.
* Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn.
* Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.
* Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.
* Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật.
* Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc TTYT huyện và Chủ tịch ủy ban nhân dân cấp xã giao.

Qua các giai đoạn, nhìn chung không có nhiều sự thay đổi về cách thức tổ chức TYT khi đều theo địa giới hành chính. Biến động nhiều nhất qua các thời kỳ là đơn vị chịu trách nhiệm quản lý trực tiếp TYT (Phòng Y tế huyện/ UBND huyện/TTYT huyện). Kết quả đạt được hiện nay 99,6% các xã, phường, thị trấn có cơ sở TYT (do có địa phương quy định giải thể một số TYT xã, phường và giao TTYT huyện/phòng khám đa khoa thực hiện chức năng, nhiệm vụ của TYT trên cơ sở triển khai Nghị quyết số 19-NQ/TW năm 2017 của Ban chấp hành Trung ương khóa XII); 63/63 địa phương quy định TYT là đơn vị y tế thuộc TTYT huyện [3]. Bên cạnh đó, các địa phương đều đã thực hiện việc phân loại các TYT theo Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2020 (Quyết định 4667/2014/QĐ-BYT thay thế Quyết định 3447/2011/QĐ-BYT) theo 3 vùng phù hợp với điều kiện địa hình, khoảng cách từ TYT đến cơ sở y tế gần nhất (bệnh viện, TTYT hoặc phòng khám đa khoa khu vực) và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân. Trên cơ sở đó, việc thực hiện chức năng, nhiệm vụ được quy định khác nhau và phù hợp theo phân vùng các TYT.

Trong giai đoạn mới hình thành tổ chức y tế xã, phường, thị trấn, việc thành lập TYT theo đơn vị hành chính được xem là phù hợp và thuận lợi trong việc quản lý và đầu tư nguồn lực. Bên cạnh đó, việc chưa có sự chênh lệch quá nhiều về quy mô dân số trên một địa bàn dân cư cũng không tạo thành gánh nặng quá lớn cho TYT trong đáp ứng thực hiện các chức năng nhiệm vụ theo quy định. Tuy nhiên, ghi nhận từ các báo cáo, điều tra về hoạt động của TYT hiện nay đều cho thấy việc tổ chức TYT chỉ căn cứ theo địa giới hành chính đã không còn phù hợp [3, 4].

Đầu tiên phải kể đến việc dân số tăng nhanh nhưng định mức biên chế hầu như không tăng dẫn đến thiếu nhân lực để đảm bảo bao phủ cung ứng dịch vụ CSSKBĐ đến toàn bộ người dân trên địa bàn. Thời điểm triển khai tổng điều tra dân số các năm 1999, 2009, 2019 cũng khá tương đồng với các giai đoạn hình thành TYT (1994-2004, 2005-2008, 2008-nay). Có thể thấy mặc dù quy mô và mật độ dân số của Việt Nam đã tăng lên đáng kể qua các thời kỳ, mô hình tổ chức TYT vẫn giữ nguyên theo địa giới hành chính - tức là mỗi đơn vị hành chính cấp xã chỉ có một TYT làm nhiệm vụ cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ. Số liệu từ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 và Niên giám thống kê 2019 cũng cho thấy quy mô dân số trên một đơn vị hành chính cấp xã biến động tương đối lớn giữa các địa phương và giữa khu vực thành thị và nông thôn. Quy mô dân số trung bình/xã ở khu vực thành thị đồng bằng/trung du là 16.173 người. Với các xã thuộc khu vực nông thôn đồng bằng/trung du có quy mô dân số trung bình là 8.000 người [7, 8]. Thêm vào đó, cơ cấu nhân lực cho mỗi TYT tối đa là 10 đến 13 người (theo Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV) dẫn đến thực trạng có những xã có 10 cán bộ phục vụ quy mô dân số 10.000 người đúng theo quy định, nhưng cũng có những xã chỉ với 10 cán bộ phải bao phủ cung ứng dịch vụ đến hơn 50.000 dân (như trường hợp tại 48 xã, phường của Thành phố Hồ Chí Minh) [9]. Điều này tạo ra thách thức không nhỏ cho hoạt động của các TYT nằm trong khu vực đông dân cư, đặc biệt là trong giai đoạn vừa qua khi dịch COVID-19 diễn biến phức tạp. Khi đó, một TYT có 6 cán bộ phải đảm đương khối lượng công việc như một phòng khám đa khoa thu nhỏ với toàn bộ chuyên môn liên quan tới phòng, chống dịch; cán bộ y tế không còn đủ thời gian và sức lực để thực hiện hiệu quả các nhiệm vụ khác như khám chữa bệnh thông thường hay quản lí bệnh không lây nhiễm [4].

Thứ hai là với những đơn vị hành chính có địa bàn dân cư rộng, địa hình không thuận lợi cho việc di chuyển thì khả năng tiếp cận của người dân đến TYT cũng bị ảnh hưởng. Nghiên cứu của Vương Lan Mai và cộng sự về thực trạng sử dụng và rảo cản trong tiếp cận dịch vụy tế của một số nhóm dân cư chỉ ra người nghèo ở khu vực miền núi, mặc dù đều được cấp thẻ BHYT nhưng vẫn tiếp cận dịch vụ y tế thấp hơn 6 lần so với người giàu ở khu vực đồng bằng. Một trong những lí do là vì phải đi bộ đường núi rất xa từ nhà đến TYT [6]. Ngược lại, địa bàn rộng cũng là rào cản đối với cán bộ y tế trong việc quản lý, nắm địa bàn cũng như triển khai các chương trình y tế.

1. **Kết luận và kiên nghị**

Kết quả tổng quan các mô hình tổ chức đơn vị CSSKB trong khu vực và trên thế
giới cho một số bài học có thể áp dụng cho việc đề xuất phương án tổ chức TYT ở
Việt Nam như sau:

- Về nguyên tắc tổ chức đơn vị CSSKBĐ/TYT: Theo khuyến cáo của Tổ chức
Y tế thế giới, việc tổ chức một đơn vị CSSKBĐ cần dựa trên 03 tiêu chí chính là: địa giới hành chính (để thuận tiện cho việc quản lý nhà nước), khả năng tiếp cận của người dân tới CSYT (về điều kiện địa lý, thời gian tiếp cận) và quy mô dân số trên địa bàn. Việc tổ chức TYT ở Việt Nam đã dựa trên địa giới hành chính cấp xã và phân vùng theo
khả năng tiếp cận (vùng 1, vùng 2, vùng 3) để TYT có thể thực hiện chức năng nhiệm
vụ một cách phù hợp nhưng chưa cân nhắc tới tiêu chí thứ 3 là quy mô dân số. Do vậy
việc tổ chức TYT ở Việt Nam cần phải cân nhắc cả 03 yếu tố là địa giới hành chính,
khả năng tiếp cận và quy mô dân số.

- Khi cân nhắc tới yếu tố quy mô dân số thì các đơn vị CSSKBĐ trên thế giới có
thể bố trí tại huyện hay xã nhưng đều có thêm các phân trạm/đơn vị CSSKBĐ nhánh
bao phủ quy mô dân số từ 3.000 (khu vực nông thôn miền núi), từ 5.000 (khu vực nông
thôn đồng bằng/thành thị), hoặc thành lập đội y tế lưu động ở các khu vực vùng sâu
vùng xa. Nhân lực cho các phân trạm và đơn vị y tế lưu động có thể bao gồm nhiều chức
danh chuyên môn khác nhau, trong đó có ít nhất 01 chức danh chuyên môn về y tế là
bác sĩ/y sĩ/điều dưỡng/hộ sinh. Như vậy việc tổ chức TYT ở Việt Nam có thể là thành
lập thêm các TYT hoặc tách TYT thành các phân trạm đối với các khu vực có quy mô
dân số lớn và bố trí điều kiện hoạt động cho những đơn vị này tùy thuộc vào khả năng
đáp ứng của từng địa phương

#

# **Tài liệu tham khảo**

**Tiếng Việt**

1. Bộ Nội vụ - Bộ Y tế (2008), Thông tư liên tịch 03/2008/TTLT-BYT-BNV ngày 25/4/2008 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Sở Y tế, Phòng Y tế thuộc Uỷ ban nhân dân cấp tỉnh, cấp huyện, chủ biên, Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2015), Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn, chủ biên, Hà Nội.

3. Cổng thông tin điện tử Quốc Hội nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2023), *Giám sát việc thực hiện chính sách pháp luật về y tế cơ sở, y tế dự phòng: Mô hình tổ chức, quản lý thiếu thống nhất*, truy cập ngày-2023, tại trang web <https://quochoi.vn/pages/tim-kiem.aspx?ItemID=74070>.

4. Cổng thông tin điện tử Quốc Hội nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2023), *Thực hiện chính sách, pháp luật về y tế cơ sở: Còn nhiều bất cập*, truy cập ngày-2023, tại trang web <https://quochoi.vn/tintuc/Pages/tin-hoat-dong-giam-sat.aspx?ItemID=72651>.

5. Chính phủ (2014), Nghị định 117/2014/NĐ-CP ngày 08/12/2014 quy định về y tế xã, phường, thị trấn, chủ biên, Hà Nội.

6. Vương Lan Mai, Trần Thị Mai Oanh và Nguyễn Hoàng Long (2013), "Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của một số nhóm dân cư và các rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế*"*, *Tạp chí Y học thực hành*. 7(876), tr. 14-15.

7. Tổng cục Thống kê (2020), *Kết quả toàn bộ Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

8. Tổng cục Thống kê (2020), *Niên giám Thống kê Việt Nam năm 2019*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

9. Trang thông tin Ủy ban nhân dân huyện Bình Chánh (2021), *Xã phường TPHCM quá tải vì dân số bằng nửa tỉnh*, truy cập ngày-2023, tại trang web <https://binhchanh.hochiminhcity.gov.vn/binhchanh/xa-phuong-tphcm-qua-tai-vi-dan-so-bang-nua-tinh>.

**Tiếng Anh**

10. Kongsap Akkhavong và các cộng sự. (2014), *Lao People’s Democratic Republic Health System Review*, Health Systems in Transition, 4(‎1)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.

11. Peter Leslie Annear và các cộng sự. (2015), *The Kingdom of Cambodia Health System Review*, Health Systems in Transition, 5(‎2)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.

12. Pongpisut Jongudomsuk và các cộng sự. (2015), *The Kingdom of Thailand Health System Review*, Health Systems in Transition, 5(‎5)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.

13. Y. Mahendradhata và các cộng sự. (2017), *The Republic of Indonesia Health System Review*, Health Systems in Transition, 7(‎1)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.

14. OECD (2021), *Primary Health Care in Brazil*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris.

15. Republic of Turkey Ministry of Health (2019), Health Statistic Yearbook 2018, chủ biên.

16. Safir Sumer, Joanne Shear và Ahmet Levent Yener (2019), *Building an Improved Primary Health Care System in Turkey though Care Intergration*.

17. V. Tangcharoensathien và các cộng sự. (2018), "Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage*"*, *Lancet*. 391(10126), tr. 1205-1223.

18. The Cambodian Ministy of Health (2016), The Third Health Strategic Plan 2016-2020: Quality, Effective and Equitable Health Services, chủ biên.

19. World Health Organization (2018), *Country case studies on primary health care: Turkey: family practice for quality in universal health coverage*.

20. Lars Brabyn và Chris Skelly (2002), "Modeling population access to New Zealand public hospitals*"*, *International Journal of Health Geographics*. 1(1).

21. Timothy S. Hare và Holly R. Barcus (2007), "Geographical accessibility and Kentucky's heart-related hospital services*"*, *Applied Geography*. 27(3-4), tr. 181-205.

22. Fatih Kara và Istvan Egresi (2013), "Accessibility of Health Care Institutions: A Case Study by Using GIS*"*, *International Journal of Scientific Research*. 3(4), tr. 16-27.

23. Ministry of Health and Family Welfare (2022), Indian Public Health Standards: Health and Wellness Centre - Primary Health Centre, chủ biên.

24. Ministry of Health and Family Welfare (2022), Indian Public Health Standards: Health and Wellness Centre - Sub Health Centre, chủ biên.

25. Vikram Rajan và các cộng sự. (2018), *Is Indonesia Ready to Serve? An Analysis of Indonesia’s Primary Health Care Supply-Side Readiness*, Other Health Study, World Bank.

26. Liis Rooväli và Raul Allan Kiivet (2006), "Geographical variations in hospital use in Estonia*"*, *Health Place*. 12(2), tr. 195-202.

27. Nadine Schuurman (2009), "The effects of Population Density, Physical Distance and Socio-Economic Vulnerability on Access to Primary Health Care in Rural and Remote British Columbia, Canada", *Primary Health Care: People, Practice, Place*, Ashgate.

28. Sakthivel Selvaraj và các cộng sự. (2022), *India: Health System Review*, Health Systems in Transition, 11(‎1)‎, World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.

29. Phudit Tejativaddhana và các cộng sự. (2018), "Developing primary health care in Thailand: Innovation in the use of socio-economic determinants, Sustainable Development Goals and the district health strategy*"*, *Public Administration and Policy: An Asia-Pacific Journal*. 21(1), tr. 36-49.

30. The Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2014), Regulation No. 75/2014, chủ biên.

31. The Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2018), *Indonesia Health Profile 2017*.

32. The Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2022), *Indonesia Health Profile 2021*.

33. WHO Southeast Asian *PDR Korea Country Profile*.

34. World Health Organization (2001), *Background Paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems*, Switzerland.

35. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific (1998), *District health facilities: guidelines for development and operations*.

36. Ece A. Özçelik và các cộng sự. (2021), "A Comparative Case Study: Does the Organization of Primary Health Care in Brazil and Turkey Contribute to Reducing Disparities in Access to Care?*"*, *Health Systems & Reform*. 7(2), tr. e1939931.