

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

BÙI THỊ MINH THÁI

**THỰC TRẠNG NĂNG LỰC PHÁT HIỆN, QUẢN LÝ
ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM
TẠI CÁC TRẠM Y TẾ CỦA THÀNH PHỐ HÀ NỘI VÀ
HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP, 2016 - 2019**

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế

Mã số: 62 72 01 64

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hà Nội, 2020

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS. Hoàng Đức Hạnh**
- 2. PGS. TS. Nguyễn Thị Thi Thơ**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án tiến sĩ cấp Viện tổ chức tại

VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

Vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm 2020

Có thể tham khảo Luận án tại:

1. Thư Viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BKLN:	Bệnh không lây nhiễm
CBYT:	Cán bộ y tế
COPD:	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CSSK:	Chăm sóc sức khỏe
ĐTĐ:	Đái tháo đường
PVS:	Phòng vấn sâu
KHHGD:	Kế hoạch hóa gia đình
TCYTTG:	Tổ chức Y tế thế giới
THA:	Tăng huyết áp
TLN:	Thảo luận nhóm
TTYT:	Trung tâm Y tế
TYT:	Trạm Y tế
TTGDSK:	Truyền thông giáo dục sức khỏe
YTDP:	Y tế dự phòng
YTNC:	Yếu tố nguy cơ
YTT:	Y tế thôn

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) đang có xu hướng ngày càng gia tăng và diễn biến phức tạp. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các định hướng kiểm soát BKLN, tiếp cận theo hướng lồng ghép, lấy dự phòng làm nền tảng, đẩy mạnh phòng, chống yếu tố nguy cơ, tư vấn, quản lý điều trị và nâng cao năng lực hệ thống giám sát. Tại Việt Nam, năm 2016 TCYT TG ước tính tử vong do các BKLN chiếm tới 77% (44% tử vong do BKLN trước 70 tuổi). Trước những tổn thất nặng nề về kinh tế, ảnh hưởng tới an sinh xã hội của các BKLN, ngày 20/3/2015 Chính phủ đã ban hành Quyết định số 376/QĐ- TTg về việc “Phê duyệt chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và một số BKLN khác giai đoạn 2015 - 2025” với chỉ tiêu 50% số người bị tăng huyết áp, đái tháo đường được phát hiện và 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn, 90% các trạm y tế xã/phường có đủ thuốc, thiết bị thiết yếu để thực hiện dự phòng, quản lý điều trị một số BKLN phổ biến.

Hà Nội là thủ đô, trung tâm kinh tế, tập trung đông dân cư, có biến động dân số mạnh. Do đó, các hoạt động liên quan phòng chống BKLN gặp rất nhiều thách thức. Mặc dù đã triển khai các hoạt động, nhưng vẫn còn mang tính chất riêng lẻ, chưa có hệ thống, chưa lồng ghép nên kém bền vững và chưa hiệu quả.

Trước tình hình đó, câu hỏi đặt ra: Thực trạng triển khai hoạt động phát hiện bệnh, quản lý và điều trị BKLN được triển khai như thế nào tại các trạm y tế của thành phố Hà Nội? Những giải pháp nào hiệu quả, phù hợp thực tế nhằm cải thiện chất lượng hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị BKLN tại các TYT xã của thành phố Hà Nội? Để trả lời được những câu hỏi đó, đề tài đã được thực hiện với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã của thành phố Hà Nội, 2016.*
2. *Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm y tế xã huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, 2017 – 2019.*

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài

Đề tài cung cấp bức tranh toàn diện về năng lực của các TYT xã trên địa bàn thành phố Hà Nội trong công tác, phát hiện, quản lý và điều trị BKLN. Bên cạnh đó, đề tài cũng xác định những biện pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động này tại các trạm y tế xã.

Bố cục của luận án

Luận án gồm 156 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục), trong đó: đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 38 trang, phương pháp nghiên cứu 25 trang; kết quả nghiên cứu 40 trang, bàn luận 38 trang, kết luận 3 trang và khuyến nghị 1 trang. Luận án có 46 bảng, 4 hình và 1 sơ đồ, 3 biểu đồ. Luận án đã tham khảo 97 tài liệu (51 tài liệu tiếng Việt và 46 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Một số khái niệm có liên quan và nội dung cơ bản

Các khái niệm liên quan đến nội dung nghiên cứu đã được làm rõ như trạm Y tế xã, Bệnh không lây nhiễm, Điều trị, Quản lý, Quản lý điều trị, Năng lực, Năng lực quản lý điều trị các BKLN, Yếu tố nguy cơ. Đây là cơ sở triển khai nghiên cứu của đề tài.

1.2. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm trên thế giới và Việt Nam

Các BKLN hiện đang là thách thức của toàn cầu và gánh nặng lớn đối với xã hội và hệ thống y tế. BKLN là một nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới với 41 triệu người tử vong mỗi năm, chiếm 71% tỷ lệ chết, trong đó có tới 15 triệu người chết sớm ở độ tuổi từ 30- 69 năm 2019; 85% số ca tử vong sớm xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, BKLN tiếp tục có xu hướng gia tăng. Tỷ lệ tử vong do bệnh này chiếm hơn 69% năm 2013, tăng lên 77% năm 2016. Đặc biệt có đến 44% các trường hợp tử vong do BKLN ở nhóm dưới 70 tuổi. Năm 2015, mới chỉ có 43,1% bệnh nhân tăng huyết áp được phát hiện và 13,6% được quản lý điều trị; 31,1% bệnh nhân đái tháo đường được phát hiện và 28,9% được quản lý điều trị.

Để phòng, chống BKLN, một số nguyên tắc được đưa ra như sau: 1) Phòng chống các BKLN là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân, trong đó các cấp chính quyền trực tiếp chỉ đạo, ngành Y tế là nòng cốt; 2) Kiểm soát nguy cơ, chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả phòng chống các BKLN; 3) Huy động nhiều nguồn lực cho hoạt động, trong đó ngân sách Nhà nước tập trung vào kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng, giám sát, phát hiện bệnh sớm.

1.3. Vai trò của trạm y tế trong phòng, chống bệnh không

Theo Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn". Trong phòng chống BKLN, một số nhiệm vụ chính trạm y tế xã cần thực hiện bao gồm: 1) Truyền thông giáo dục sức khỏe, tư vấn trong kiểm soát yếu tố nguy cơ, nâng cao sức khỏe; 2) sàng lọc/phát hiện BKLN; 3) quản lý và quản lý điều trị một số BKLN (quản lý

điều trị tăng huyết áp, điều trị duy trì đái tháo đường độ 1, 2 chưa có biến chứng...) và 4) thống kê, báo cáo về BKLN.

1.4. Thực trạng năng lực trong phòng chống, quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam

Áp dụng các câu phân trong hệ thống y tế, năng lực của các trạm y tế thực hiện nhiệm vụ quản lý điều trị BKLN được thể hiện qua 3 nội dung:

- Đầu vào để thực hiện quản lý điều trị BKLN gồm: Quản lý hệ thống về Nhân lực, Tài chính, Dược- Trang thiết bị - Công nghệ, và Hệ thống thông tin y tế.
- Quá trình hay việc triển khai các nhiệm vụ: TYT có các nhiệm vụ cụ thể: 1) Sàng lọc/phát hiện sớm; 2) Quản lý đối tượng; 3) Quản lý điều trị BKLN.
- Đầu ra: 1) Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được phát hiện; 2) Tăng tỷ lệ người mắc BKLN được quản lý điều trị; 3) Tăng tỷ lệ điều trị BKLN đạt mục tiêu.

1.4.1. Thực trạng về chính sách, tổ chức

Ngày 20/3/2015, Thủ tướng chính phủ đã Phê duyệt “Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025”, chiến lược nhấn mạnh, đến năm 2025 đảm bảo 50% số người bị tăng huyết áp, đái tháo đường được phát hiện và 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn, 90% các trạm y tế xã/phường có đủ thuốc, thiết bị thiết yếu để thực hiện dự phòng, quản lý điều trị một số BKLN phổ biến....

Để tập trung quản lý điều trị BKLN tại tuyến cơ sở, Nghị quyết Trung ương Đảng số 20/NQ-TW ban hành ngày 25/10/2017 về “Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới” đã đưa ra các chỉ tiêu rất quan trọng: 1) Đến năm 2025: > 90% dân số được quản lý sức khỏe; 95% trạm y tế thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số BKLN; 2) Đến năm 2030: >95% dân số được quản lý sức khỏe; 100% trạm y tế thực hiện dự phòng, quản lý, điều trị một số BKLN.

Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18/10/2018 ban hành quy định về gói dịch vụ cơ bản cho y tế cơ sở đã đề cập đến các thuốc, thiết bị và dịch vụ thiết yếu cho phát hiện, quản lý điều trị BKLN tại tuyến cơ sở.

Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21/6/2018 quyết định về việc ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở.

Để tập trung cho công tác quản lý điều trị BKLN tại tuyến cơ sở, Chính phủ và Bộ Y tế cũng đã ban hành một số văn bản Quyết định số 5904/QĐ - BHYT ngày 20/12/2019 nhằm tăng cường hiệu quả công tác chẩn đoán, điều trị, quản lý BKLN tại TYT xã,

chuẩn hóa, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn về BKLN cho TYT xã. đây là hướng dẫn quản lý điều trị một số BKLN phổ biến đầu tiên dành cho trạm Y tế xã.

1.4.2. Thực trạng nhân lực

Theo báo cáo của Bộ Y tế, tính đến năm 2014, trung bình cả nước ước tính có 7,8 bác sĩ/vạn dân, 78% trạm y tế xã có bác sĩ hoạt động và 95% thôn bản có nhân viên y tế hoạt động. Tuy nhiên thực tế cho thấy việc phân bổ nhân lực chưa đồng đều, tình trạng thiếu nhân lực, nhất là bác sĩ tại tuyến y tế cơ sở vẫn là vấn đề tồn tại, đặc biệt là những khu vực Trung du và miền núi phía Bắc. Bên cạnh đó, chất lượng nhân lực y tế, nhất là tuyến y tế cơ sở trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh còn rất hạn chế.

1.4.3. Thực trạng đáp ứng thuốc (dược), trang thiết bị Y tế

Báo cáo kết quả thực hiện dự án phòng chống THA, đến hết năm 2015, cho biết : thuốc điều trị THA ở tuyến y tế xã, phường chưa đầy đủ. Các nhóm thuốc hạ huyết áp có trong danh mục thuốc được BHYT chi trả ở các cơ sở KCB tuyến tỉnh và tuyến huyện (tức là các bệnh viện hạng đặc biệt đến hạng IV) khá đầy đủ, nhưng hạn chế ở tuyến xã (cơ sở y tế khác).

1.4.4. Thực trạng hệ thống thông tin y tế

Hệ thống thông tin y tế được xây dựng nhằm thu thập, phân tích và cung cấp các thông tin tin cậy, kịp thời nhằm giúp cho việc hoạch định chính sách và quản lý các hoạt động của hệ thống y tế. Tuy nhiên hiện nay chính sách về hệ thống thông tin y tế chưa đầy đủ, khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng số liệu còn hạn chế, phân tích và sử dụng số liệu thống kê còn yếu.

1.4.5. Thực trạng phân bổ kinh phí

Vấn đề đảm bảo kinh phí hiện nay luôn là thách thức đối với hệ thống y tế tại Việt Nam khi nguồn kinh phí chi tiêu cho y tế công còn thấp, sự phân bổ và sử dụng nguồn tài chính y tế còn hạn chế, độ bao phủ bảo hiểm y tế chưa cao và kiểm soát chi phí y tế còn khó khăn. Các số liệu gần đây đều cho thấy tỷ lệ chi công cho tổng chi phí y tế có xu hướng giảm, từ 49,4% năm 2010 xuống 44,1% năm 2012. Tỷ lệ chi ngân sách nhà nước cho y tế chưa đạt 10% tổng chi ngân sách nhà nước do những khó khăn của nền kinh tế vĩ mô. Nguồn chi trả bảo hiểm y tế chỉ đóng góp 15,8% tổng chi y tế năm 2012. Viện trợ quốc tế đã giảm từ 4% năm 2010 xuống 2% năm 2015.

1.5 Giới thiệu địa bàn nghiên cứu

Hà Nội gồm 30 quận, huyện, thị xã (12 quận, 1 thị xã, 17 huyện)/584 trạm y tế với dân số trên 8,5 triệu người. Chọn chủ đích huyện Thạch Thất là huyện ngoại thành can thiệp, huyện Quốc oai là huyện chứng vì hai huyện ngoại thành có đủ các đặc điểm gần tương đồng nhau về điều kiện kinh tế, văn hóa và xã hội.

Chương 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 1

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tài liệu sẵn có: tài liệu điện tử hoặc giấy của Trung ương và của Hà Nội về các văn bản hiện hành liên quan đến chiến lược, hướng dẫn phòng chống BKLN.
- Con người: Lãnh đạo quản lý hoạt động phòng chống BKLN: Sở Y tế, CDC Hà Nội, TTYT, TYT, y tế thôn.
- Trạm y tế: trang thiết bị, thuốc và sổ sách báo cáo.

Địa điểm nghiên cứu: Toàn bộ các Trạm y tế của thành phố Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 12 năm 2018.

2.1.2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.1.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Với nghiên cứu định lượng:

- Cỡ mẫu phát vấn: điều tra qua bộ câu hỏi tự điền gửi đến 584 trạm y tế của Hà Nội.
- Cỡ mẫu điều tra trực tiếp tại các trạm y tế: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ, cỡ mẫu điều tra trực tiếp là 100 TYT xã/phường/thị trấn.

Cách chọn mẫu: Hà Nội chia 2 khu vực nội thành và ngoại thành, tỷ lệ TYT ngoại thành: nội thành = 2 : 1, do đó chọn 66 TYT xã và 34 TYT phường/thị trấn.

Với nghiên cứu định tính: 30 cuộc PVS và 21 cuộc thảo luận nhóm được thực hiện với lãnh đạo và cán bộ thực hiện kiểm soát BKLN tại các tuyến

2.1.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Phát vấn thông qua bộ câu hỏi tự điền gửi TYT. Phỏng vấn kết hợp quan sát sổ sách, báo cáo để xác định các minh chứng cho việc triển khai hoạt động dự phòng, phát hiện, quản lý điều trị BKLN tại TYT.
- Nghiên cứu định tính: thông qua PVS, TLN.

2.1.5. Các biến số nghiên cứu chính: Thực trạng chính sách, nhân lực, thuốc -TTB, tài chính và thống kê, báo cáo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu cho mục tiêu 2

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Lãnh đạo TTYT và Phòng Y tế huyện, Trạm trưởng TYT.
- Người cung cấp dịch vụ y tế: Cán bộ TYT, Y tế thôn; Trạm y tế: TTB, thuốc thiết yếu cho phát hiện, điều trị một số BKLN và các hoạt động triển khai.
- Người sử dụng dịch vụ tại TYT: Bệnh nhân THA được quản lý điều trị tại TYT.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

- Chọn chủ đích huyện Thạch Thất làm huyện can thiệp;
- Chọn chủ đích huyện Quốc Oai làm huyện chứng do có các đặc điểm dân cư, địa lý và văn hóa xã hội tương đồng với huyện Thạch Thất.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2019.

2.2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng có đối chứng. Kết quả đánh giá được so sánh ngang giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước và sau can thiệp.

2.2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu can thiệp: Toàn bộ 23 TYT huyện Thạch Thất để can thiệp. Tương ứng, tại Quốc Oai các hoạt động thường quy, không can thiệp và làm nhóm chứng.

2.2.6. Các hoạt động can thiệp

Dựa trên quy định về chức năng nhiệm vụ của TYT xã và kết quả mục tiêu 1, các nhóm nội dung can thiệp bao gồm: i) tổ chức, quản lý; ii) nâng cao năng lực cho cán bộ iii) rà soát, cung cấp một số TTB và thuốc; iv) cải thiện năng lực cung cấp dịch vụ kỹ thuật; v) cung cấp biểu mẫu và hướng dẫn thống kê báo cáo.

2.2.7. Đánh giá hiệu quả mô hình

Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính để đánh giá trước và sau can thiệp tại nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Do nhiều lý do thực tế, nên cỡ mẫu thực để đánh giá hiệu quả mô hình như sau:

STT	Đối tượng	Nhóm được can thiệp		Nhóm chứng	
		TCT	SCT	TCT	SCT
1	TYT xã (mẫu toàn bộ)	23	23	21	21
2	Cán bộ y tế xã (Toàn bộ cán bộ tham gia PC BKLN)	69	69	58	62
3	Nhân viên y tế thôn (mẫu toàn bộ)	196	194	105	104
4	Bệnh nhân THA được quản lý tại TYT	253	257	252	254

- Cỡ mẫu nghiên cứu định tính: 18 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo y tế huyện, xã và 11 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ trạm y tế, y tế thôn được thực hiện.
- Các tiêu chí đánh giá:
 - Đánh giá về sự sẵn có thuốc, thiết bị dựa theo danh mục thuốc, thiết bị thiết yếu của Bộ Y tế; Đánh giá về kỹ thuật, dịch vụ TYT, YTT cần thực hiện theo thông tư của BYT quy định; Đánh giá triển khai nhiệm vụ: tổng 100 điểm và

phân tương ứng cho các nhiệm vụ. Kết quả hoạt động = tổng điểm cho các nhiệm vụ mà TYT thực hiện.

- Kiến thức/thực hành đạt: Trả lời các ý đúng câu hỏi về kiến thức đạt từ trên 50% tổng số điểm trở lên.

2.4. Phân tích số liệu chung

2.4.1. Với nghiên cứu định lượng

Thu thập và phân tích số liệu:

- Số liệu của các bảng sau khi được làm sạch, sẽ được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0.
- Xác định các tỷ lệ, trị số trung bình và đánh giá kết quả can thiệp như sau: So sánh kết quả trước - sau dựa trên phương pháp kinh điển so sánh 2 tỷ lệ, dùng test χ^2 .
- Đánh giá hiệu quả can thiệp thông qua chỉ số hiệu quả (CSHQ) và chỉ số khác biệt trong khác biệt (difference in difference, viết tắt là DID).

2.4.2. Đối với nghiên cứu định tính

Phân tích thông tin đã mã hóa theo những chủ đề, mô hình và những vấn đề chung.

2.3. Khống chế sai số trong nghiên cứu

Các sai số có thể xảy ra được tính toán và đưa ra các giải pháp hạn chế, khống chế sai số phù hợp.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương (Số IRB-VN01057-29/2017 ngày 15/12/2017) và được sự đồng ý thực hiện của cơ sở tham gia nghiên cứu.

Chương 3. KẾT QUẢ

3.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế của thành phố Hà Nội, 2016.

3.1.1. Thực trạng tổ chức, chính sách

Tổ chức bộ máy hệ thống phòng chống BKLN vẫn còn nằm rải rác, lẻ tẻ chưa có đầu mối thường trực. Bên cạnh đó, nhiều đầu mối tổ chức từng hoạt động riêng lẻ, chưa có sự gắn kết và thống nhất có thể gây khó khăn trong việc chỉ đạo và chèo kéo nhưng cũng có thể bỏ sót hoạt động.

“...Tổ chức chỉ đạo chưa thống nhất: Tuyến thành phố ung thư là bệnh viện ung bướu Hà Nội quản lý, COPD do bệnh viện Lao phổi quản lý. Tại tuyến huyện là khoa YTCC phụ trách, tuyến xã cũng đã có chuyên trách riêng...” - PVS Lãnh đạo TTYT

Ngoài vấn đề về tổ chức, chính sách phòng chống BKLN hiện nay cũng gặp phải những vấn đề nhất định. Đó là thiếu chính sách hỗ trợ về kinh phí, trang thiết bị thiết yếu cũng như chính sách tiền đề cho sự phối hợp giữa các ban ngành trong hoạt động phòng chống BKLN. Thông qua PVS, các đơn vị đã và đang tiếp cận đến những chính sách liên quan phòng chống BKLN, nhưng chính sách được nhận định là vẫn còn tồn tại nhiều bất cập.

“...Khoảng trống trong môi trường chính sách: Thanh quyết toán trong BHYT như thế nào? Cấp phát thuốc ra sao tại tuyến y tế cơ sở, vì muốn quản lý được thì phải khám điều trị được thì sẽ phù hợp hơn...”
- PVS Lãnh đạo TTYT -

3.1.2. Thực trạng nhân lực

Bảng 3.1. Số cán bộ trung bình tại 1 Trạm Y tế tham gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm

Cán bộ TB (thấp nhất-cao nhất)	Theo vùng			Theo khu vực		Chung (n=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Số cán bộ hiện đang công tác						
Tổng số cán bộ tại TYT	7,31 (2-11)	6,43 (1-12)	6,36 (4-8)	7,6 (2-11)	6,43 (1-12)	6,77 (1-12)
Bác sỹ	0,94 (0-4)	0,92 (0-2)	0,8 (0-1)	1 (0-2)	0,9 (0-4)	0,93(0-4)
Y sỹ	2,42(0-7)	2,99(0-8)	3,08(1-7)	2,11(0-7)	3,03(0-8)	2,77(0-8)
Số cán bộ tham gia phòng chống BKLN						
Tổng số cán bộ tham gia	3,85 (0-11)	4,6 (0-11)	4,84 (0-8)	3,49 (0-11)	4,65 (0-11)	4,32 (0-11)
Bác sỹ	0,94 (0-2)	1(0-2)	1(1-1)	1(0-2)	1(0-2)	1(0-2)
Y sỹ	1,93(0-7)	2,44(0-8)	2,77(1-4)	1,48(0-4)	2,52(0-8)	2,29(0-8)

Trên toàn thành phố, mỗi trạm y tế có trung bình gần 7 CBYT/trạm, chủ yếu là y sỹ và điều dưỡng, số bác sĩ ở các TYT khá thấp. Trong đó, có khoảng 4 cán bộ tham gia trong hoạt động phòng chống BKLN, với nhân lực chủ yếu là y sỹ (2,3 cán bộ/trạm).

Nghiên cứu định tính còn cho thấy nhu cầu, mong muốn của cán bộ y tế về việc đào tạo, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế, y tế thôn liên quan đến quản lý BKLN.

“Nên tổ chức đào tạo cho cán bộ y tế hơn về quản lý Bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là quản lý bằng phần mềm. Đào tạo liên tục, thường xuyên cho y tế thôn để củng cố kiến thức,....”
- TLN cán bộ y tế xã-

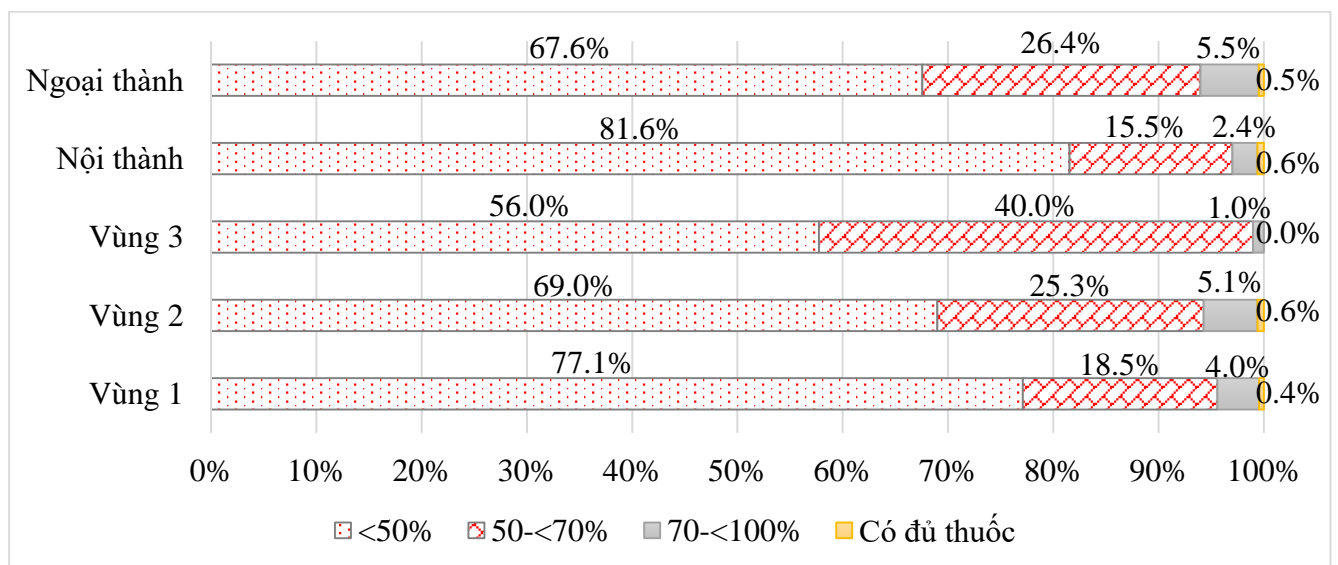
“Mong thành phố tổ chức các hoạt động, các lớp đào tạo cho cán bộ chuyên trách BKLN về việc quản lý và điều trị bệnh này...”
-PVS cán bộ y tế xã-

Bảng 3.2. Số cán bộ y tế thôn/cộng tác viên tham gia phòng chống BKLN

Cán bộ TB (min,max)	Theo vùng			Theo khu vực		Toàn TP (n=584)
	Vùng 1 (n=227)	Vùng 2 (n=332)	Vùng 3 (n=25)	Nội thành (n=168)	Ngoại thành (n=416)	
Số cán bộ hiện đang công tác						
Tổng số cán bộ hiện có	14,6 (0-62)	10,0 (0-40)	10,6 (0-36)	16,4 (0-56)	10 (0-62)	11,9 (0-62)
Y tế thôn xóm	2,5 (0-19)	6,4 (0-22)	7,9 (0-18)	1,4 (0-19)	6,3 (0-22)	5,0 (0-22)
Cộng tác viên	14,27 (0-62)	4,35 (0-34)	4,18 (0-23)	17,95 (0-50)	4,39 (0-62)	8,13 (0-62)
Số cán bộ tham gia phòng, chống BKLN						
Tổng số cán bộ hiện có	3,7 (0-50)	4,6 (0-37)	3,2 (0-13)	3,7 (0-50)	4,4 (0-37)	4,2 (0-50)
Y tế thôn xóm	1,1 (0-16)	4,6 (0-20)	4,9 (0-13)	0,2 (0-16)	4,6 (0-20)	3,1 (0-20)
Cộng tác viên	4,0 (0-50)	1,8 (0-34)	0,4 (0-7)	5,4 (0-50)	1,6 (0-34)	2,5 (0-50)

Theo đánh giá, toàn thành phố, trung bình chỉ có khoảng 4 người tham gia trên tổng số gần 12 YTTX/CTV. Theo khu vực, TYT ngoại thành có trung bình cán bộ y tế thôn/CTV phòng chống BKLN cao hơn dù tổng số CB thấp hơn các TYT nội thành. Theo vùng, các TYT vùng 1 có trung bình số CB Y tế thôn/CTV phòng chống BKLN thấp hơn các vùng còn lại dù trung bình lại có nhiều CB nhất.

3.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

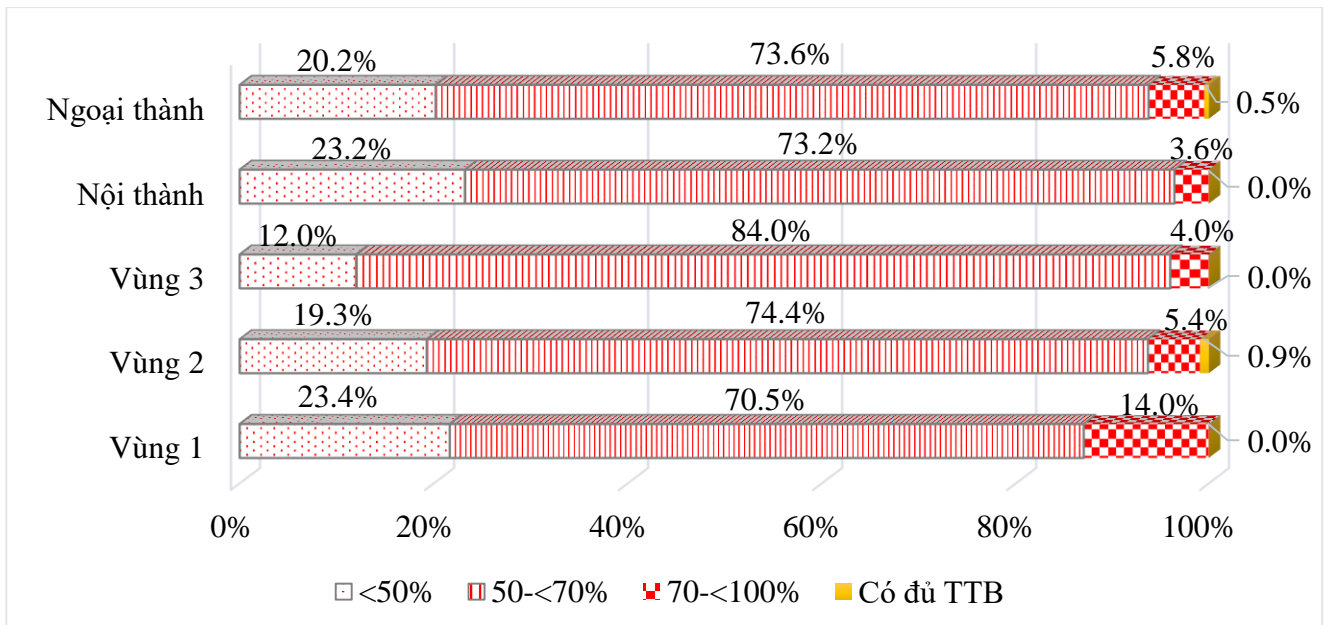
**Biểu đồ 3.1. Tình hình thuốc thiết yếu tại các trạm Y tế theo vùng và theo khu vực**

Phần lớn các TYT chỉ có dưới 50% các loại thuốc thiết yếu. Đánh giá theo khu vực, các TYT ở nội thành lại có tỷ lệ có dưới 50% thuốc thiết yếu và cao hơn ngoại thành (Tỷ lệ 81,6% so với 67,6%). Đánh giá theo vùng cho thấy vùng 1 có 77,1% TYT có dưới 50% thuốc thiết yếu và chỉ có 18,5% TYT có từ 70%-<100% thuốc thiết yếu. Tỷ lệ TYT ở các vùng 2 và 3 có từ 70 -<100% thuốc thiết yếu cao hơn vùng 1, lần lượt đạt 25,3% và 40,0%.

Cán bộ mong muốn được hỗ trợ, cung cấp thêm thuốc và các TTB thiết yếu phục vụ cho quản lý và điều trị BKLN được tốt hơn.

“Rất mong tuyến trên có thêm những giải pháp, hoạt động can thiệp, hỗ trợ để TYT xã có đủ thuốc và trang thiết bị cho cán bộ thực hiện công việc liên quan đến quản lý và điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường và một số bệnh không lây nhiễm khác ở cộng đồng được tốt hơn”

- TLN cán bộ y tế xã-



Biểu đồ 3.2. Tình hình trang thiết bị tại trạm Y tế phân theo vùng và theo khu vực

Theo số liệu chung toàn thành phố, phần lớn các TYT có từ 50 - <70% trang thiết bị. Theo khu vực, có 0,5% TYT ở ngoại thành lại có đủ 100% trang thiết bị, trong khi không TYT nào ở nội thành có đủ trang thiết bị. Đánh giá theo vùng cho thấy, vùng 1 có tỷ lệ TYT có từ 70%-<100% trang thiết bị cao nhất (chiếm 14%), và không có TYT nào có đủ 100% trang thiết bị, trong khi đó tại vùng 2 chỉ có 0,9% TYT có đủ trang thiết bị phục vụ cho hoạt động phòng chống BKLN.

3.1.4. Thực trạng thống kê, báo cáo và giám sát

Theo đánh giá, việc thực hiện thống kê, báo cáo và giám sát BKLN tại các TYT ở thành phố đều ở mức dưới trung bình so với quy định, đặc biệt là tại các TYT xã vùng 3

3.1.5. Tài chính

Bảng 3.7. Tỷ lệ trạm Y tế có trang thiết bị thiết yếu trong phòng chống bệnh không lây nhiễm tại trạm Y tế xã

TT	Năm	Kinh phí trung ương	Kinh phí thành phố	Tổng kinh phí
1	Hoạt động phòng chống bệnh ĐTD			
	2015	220 triệu	1,3 tỷ	1,520 tỷ
	2016	60 triệu	1,5 tỷ	1,560 tỷ
	2017	60 triệu	2 tỷ	2,060 tỷ
2	Hoạt động phòng chống THA			
	2015	80 triệu	2,2 tỷ	2,280 tỷ
	2016	60 triệu	2,5 tỷ	2,560 tỷ
	2017		2,6 tỷ	2,6 tỷ

Quản lý điều trị BKLN chủ yếu dựa vào cơ chế bảo hiểm y tế. Năm 2015, Hà Nội có 5.480.163 người tham gia BHYT, và tính đến năm 2016 là 5.860.941 người, tăng 6,9% so với năm 2015. Đến hết 31/12/2016 hơn 5,8 triệu người tham gia BHYT, đạt 82,4% dân số

3.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ

Bảng 3.10. Điểm trung bình triển khai một số hoạt động liên quan đến phòng, chống và điều trị bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế xã

Các hoạt động	Chia theo vùng			Chia theo khu vực		Chung
	TYT vùng 1	TYT vùng 2	TYT vùng 3	Nội thành	Ngoại thành	
	X (min-max)					
Quản lý, điều phối (điểm tối đa = 24)	9,73 (0,5-22)	9,38 (1-18)	9,25 (5-14)	9,73 (0,5-22)	9,37 (1-18)	9,55 (0,5-22)
Kiểm soát yếu tố nguy cơ (điểm tối đa = 22)	9,63 (1-18)	7,01 (1-16)	6,82 (0-10)	9,63 (1-18)	6,99 (0-16)	8,31 (0-18)
Phát hiện BKLN (điểm tối đa =18)	8,76 (2-16)	8,37 (3-17)	8,43 (4-11)	8,76 (2-16)	8,38 (3-17)	8,57 (2-17)
Quản lý, tư vấn, điều trị (điểm tối đa=22)	7,99 (1-16)	9,87 (0-18)	8,57 (3-13)	7,99 (1-16)	9,69 (0-18)	8,84 (0-18)
Thống kê, báo cáo và giám sát BKLN (điểm tối đa=14)	5,22 (0-13)	5,6 (0-12)	4,5 (1-13)	5,22 (0-13)	5,45 (0-13)	5,34 (0-13)
Tổng số (điểm tối đa=100)	41,32 (8-76)	40,24 (17-69)	37,57 (23-54)	41,32 (8,5-76)	39,87 (17-69)	40,59 (8,5-76)

Nhìn chung, điểm trung bình các nội dung liên quan đến: Quản lý điều phối, kiểm soát yếu tố nguy cơ, phát hiện BKLN, quản lý tư vấn điều trị và thống kê, báo cáo giám sát BKLN đều chưa đạt 50% so với số điểm tối đa ở từng hạng mục.

Bảng 3.11. Số (tỷ lệ) người bệnh được phát hiện, quản lý điều trị trong năm qua tại trạm Y tế xã trên toàn thành phố năm 2016

	Số bệnh nhân ước tính	Số (tỷ lệ) được phát hiện bệnh	Số (tỷ lệ) được quản lý điều trị tại TYT
Chung toàn thành phố			
Tăng huyết áp	921.148	61.842 (6,71%)	1.388 (0,15%)
Đái tháo đường	209.817	4.481 (2,13%)	1.107 (0,53%)

Trong năm 2016, số bệnh nhân ước tính mắc THA của toàn Hà Nội là hơn 921.000 người. Tuy nhiên, trong đó chỉ có 0,43% người được phát hiện; 6,71% được quản lý điều trị (quản lý bằng danh sách); còn tỷ lệ được điều trị tại TYT chỉ đạt 0,15%. Số người ước tính mắc ĐTD là khoảng hơn 209.000 người. Nhưng tỷ lệ người được phát hiện bệnh, được quản lý điều trị bằng danh sách và được quản lý điều trị tại TYT cũng rất khiêm tốn, lần lượt chỉ đạt 0,83%, 2,13% và 0,53%. Chưa thống kê được số liệu liên quan đến bệnh nhân COPD và bệnh nhân Ung thư.

3.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại các trạm Y tế, huyện Thạch Thất, Hà Nội, 2017 – 2019.

3.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế

3.2.1.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế xã

Bảng 3.12 và 3.15. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực cán bộ Y tế trong phát hiện, quản lý, điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất) n=138		Nhóm chứng (Quốc Oai) n=120		p1(*)	p2	p3	p4	HQCT (%)
	Trước (n=69)	Sau (n=69)	Trước (n=58)	Sau (n=62)					
Tỷ lệ đạt kiến thức chung về THA (trả lời được cả 6 tiêu mục)	6 (8,70)	45 (65,22)	6 (10,34)	22 (35,48)	0,001	<0,001	0,752	0,001	406,52
Tỷ lệ đạt kiến thức chung về ĐTD (trả lời được cả 6 tiêu mục trên)	3 (4,35)	43 (62,32)	2 (3,45)	23 (37,10)	<0,001	<0,001	0,795	0,004	357,28

+ So sánh sự khác biệt: p1: nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p2: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p3: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p4: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả cho thấy ở nhóm can thiệp (huyện Thạch Thất), tỷ lệ cán bộ có kiến thức chung đạt về THA vào thời điểm năm 2019 (sau can thiệp) đều cao hơn đáng kể so với năm 2017 (trước can thiệp). Bên cạnh đó, những chỉ số này ở nhóm can thiệp (huyện Thạch Thất) đều cao hơn nhóm chứng (huyện Quốc Oai) vào thời điểm sau can thiệp. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự như với bệnh ĐTD.

Bảng 3.14 và 3.17. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA của cán bộ Y tế

Biến đánh giá	Tăng huyết áp			Đái tháo đường		
	SE	OR (CI 95%)	p	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,52	0,83 (0,24 – 2,82)	0,761	1,19	1,27 (0,20 – 7,93)	0,798
Thời điểm được can thiệp	3,76	6,85 (2,34 – 20,09)	<0,001	12,88	16,57 (3,61 – 75,99)	<0,001
Huyện*Thời điểm can thiệp	3,40	4,64 (1,10 – 19,50)	0,036	2,26	2,26 (0,32 – 16,07)	0,415
Nhóm tuổi từ 31-50	0,12	0,26 (0,11 – 0,64)	0,004	0,37	0,76 (0,29 – 1,98)	0,575
Nhóm tuổi từ 50 trở lên	0,16	0,32 (0,12 – 0,88)	0,026	0,50	0,93 (0,33 – 2,64)	0,888
Dân tộc kinh	0,19	0,28 (0,08 – 1,04)	0,059	0,70	0,93 (0,21 – 4,05)	0,925
Giới tính nam	0,30	0,83 (0,41 – 1,69)	0,611	0,34	0,90 (0,42 – 1,90)	0,778
Đã được đào tạo cho Y tế thôn	0,20	0,95 (0,63 – 1,45)	0,821	0,23	1,0 (0,64 – 1,56)	0,997

Phân tích đa biến cho thấy không có mối liên quan giữa một số yếu tố về dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo cho YTT với kiến thức chung về THA của YTT ($p > 0,05$). Tuy nhiên, phân tích đã tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi từ 31-50 và từ 50 tuổi trở lên với kiến thức về THA của đối tượng này. Còn với ĐTD, không có mối liên quan giữa một số yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo cho cán bộ Y tế thôn với kiến thức chung về bệnh này của CBYT ($p > 0,05$).

3.2.1.2. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của Y tế thôn

Bảng 3.18. và 3.21. Hiệu quả can thiệp về nâng cao năng lực Y tế thôn trong phát hiện, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng

Nội dung	Nhóm can thiệp (Thạch Thất)		Nhóm chứng (Quốc Oai)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước (n=196)	Sau (n=194)	Trước (n=105)	Sau (n=104)					
Tỷ lệ Y tế thôn có kiến thức chung đạt về THA (trả lời đúng cả 4 tiêu mục)	6 (3,06)	95 (48,97)	3 (2,86)	30 (28,85)	<0,001	<0,001	0,884	0,003	591,59
Tỷ lệ Y tế thôn có kiến thức chung đạt về ĐTD (trả lời đúng cả các tiêu mục trên)	120 (61,22)	186 (95,88)	68 (64,76)	91 (87,5)	0,001	<0,001	0,569	0,015	21,50

+ So sánh sự khác biệt: p₁: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₂: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₃: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p₄: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Qua phân tích hiệu quả can thiệp cho thấy năng lực của YTT trong phát hiện quản lý THA và ĐTD đã có sự nâng cao rõ rệt so với trước can thiệp, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.3. và 3.23. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về THA và ĐTD của Y tế thôn

Biến đánh giá	Tăng huyết áp			Đái tháo đường		
	SE	OR (CI 95%)	p	SE	OR (CI 95%)	p
Huyện được can thiệp	0,92	1,08 (0,21 – 5,75)	0,931	0,22	0,74 (0,41 – 1,32)	0,301
Thời điểm có can thiệp	15,57	12,62 (1,12 – 141,73)	0,040	1,49	2,61 (0,86 – 9,97)	0,092
Huyện*Thời điểm can thiệp	1,98	2,20 (0,38 – 12,83)	0,381	2,50	4,17 (1,29 – 13,47)	0,017
Nhóm tuổi từ 31-50	-	-	-	0,30	0,89 (0,46 – 1,73)	0,738
Nhóm tuổi từ 51 trở lên	1,36	1,23 (0,14 – 10,64)	0,848	0,63	1,52 (0,67 – 3,44)	0,314
Dân tộc kinh	0,59	1,25 (0,50 – 3,15)	0,630	0,63	1,70 (0,82 – 3,51)	0,155
Giới tính nam	0,35	0,86 (0,39 – 1,91)	0,706	0,19	0,61 (0,33 – 1,12)	0,111
Đã được đào tạo về Y tế thôn	0,24	0,83 (0,47 – 1,46)	0,514	0,47	1,56 (0,86 – 2,82)	0,144

Phân tích đa biến tại bảng trên cho thấy, không có mối liên quan giữa một số yếu tố về nhóm tuổi, dân tộc, giới tính và tình trạng đã được đào tạo Y tế thôn với kiến thức chung về THA và ĐTD của Y tế thôn ($p > 0,05$).

3.2.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm

Bảng 3.24. Hiệu quả can thiệp đến sự sẵn có thuốc cho phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Có từ 2 nhóm trở lên thuốc điều trị ĐTD	1 (4,35)	8 (34,78)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	0,009	0,334	0,003	-
Có từ 2 nhóm trở lên thuốc điều trị THA	6 (26,09)	20 (86,96)	7 (33,3)	20 (95,24)	<0,001	<0,001	0,862	0,340	47,62

+ So sánh sự khác biệt: p₁: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₂: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₃: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p₄: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Theo kết quả phân tích, ở huyện can thiệp, tỷ lệ TYT xã có sẵn thuốc cho điều trị, phát hiện một số BKLN tại thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp. Trong đó, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị ĐTD trở lên trước can thiệp là 34,78%; cao hơn trước can thiệp (4,35%). Ngoài ra, tỷ lệ TYT xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị THA trở lên ở thời điểm sau can thiệp cũng cao hơn đáng kể so với trước can thiệp (86,96% so với 26,09%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu định tính cũng cho thấy tình trạng cung ứng thuốc cũng đã được cải thiện theo đánh giá của cán bộ y tế tại TYT xã.

“Hiện tại thuốc tại cơ sở đủ để điều trị BKLN tại tuyến cơ sở. ĐTD có 2 nhóm, THA có 4 nhóm nên tỷ lệ đạt mục tiêu tại xã Đồng Trúc - Thạch Thất lên đến hơn 90%”

-TLN Cán bộ Y tế xã-

3.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế.

Bảng 3.27. Hiệu quả can thiệp đến năng lực cung cấp các kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp n=23		Nhóm chứng n=21		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
	Trước	Sau	Trước	Sau				
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT THA	4,78± 0,76	5,39± 0,31	4,95± 0,37	5,07± 0,32	0,108	0,105	0,373	0,345
Số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT ĐTĐ	3,30± 0,42	7,04± 0,39	3,76± 0,60	6,90± 0,28	<0,001	<0,001	>0,05	0,388

+ So sánh sự khác biệt: p₁: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₂: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₃: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p₄: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Tại huyện can thiệp và huyện chứng, số kỹ thuật trung bình mà TYT thực hiện được trong quản lý bệnh THA ở thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên, với bệnh ĐTĐ, số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong quản lý điều trị bệnh này ở huyện can thiệp tại thời điểm sau can thiệp (7,04±0,39) cao hơn gần gấp 2 lần so với trước can thiệp (3,30± 0,42); tương tự ở huyện chứng, điểm trung bình tại thời điểm sau can thiệp (6,90±0,28) cao hơn so với trước can thiệp (3,76±0,60). Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Khi phân tích DID, với số kỹ thuật/dịch vụ trung bình TYT thực hiện được trong QLĐT ĐTĐ: không có tương tác giữa hai biến và trung bình số kỹ thuật/dịch vụ QLĐT THA mà TYT thực hiện được có liên quan chặt chẽ tới thời gian can thiệp (p<0,001).

3.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế

Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc tăng huyết áp được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p1	p2	p3	p4	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc THA tại cộng đồng	0	66491 (97,33)	0	45072 (66,28)	<0,001	<0,001	-	0,004	-
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được phát hiện trong năm	60 (0,21)	2482 (8,93)	1240 (4,86)	2147 (8,18)	<0,001	<0,001	0,0001	0,003	4084,07
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được quản lý	2698 (9,66)	11319 (41,37)	4326 (16,96)	7265 (27,66)	<0,001	<0,001	0,361	0,534	265,17
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT	999 (3,58)	4153 (14,94)	1345 (5,27)	3548 (13,51)	<0,001	<0,001	0,361	0,424	160,96
Số (tỷ lệ) người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu	142 (64,56)	190 (86,36)	32 (50,79)	80 (59,26)	0,052	<0,001	0,049	0,0004	17,13

+ So sánh sự khác biệt: p1: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p2: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p3: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p4: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Một số hoạt động phát hiện, quản lý và điều trị THA tại huyện Thạch Thất đã đạt được hiệu quả có ý nghĩa thống kê so với huyện Quốc Oai (chúng). Cụ thể, ở thời điểm sau can thiệp, số người ≥ 40 tuổi được sàng lọc THA tại cộng đồng của huyện Thạch Thất là 66.491 người (tương ứng 97,33%), cao hơn huyện Quốc Oai (với 45072, tương đương 66,28%); Số người bệnh THA được phát hiện trong năm của Thạch Thất cũng cao hơn Quốc Oai (2.482 so với 2.147 bệnh nhân). Ngoài ra, số người bệnh THA được QLĐT tại TYT đạt mục tiêu của Thạch Thất cũng cao hơn Quốc Oai ($p < 0,05$).

Theo ý kiến đánh giá của các cán bộ y tế tại TYT, các can thiệp cũng đã đem lại những hiệu quả trong phát hiện, quản lý và điều trị THA tại trạm Y tế.

“Trước 2016 chỉ quản lý được 58 bệnh nhân THA, nhưng cuối năm 2019 phát hiện được hơn 400 bệnh nhân THA. Nguyên nhân của sự thay đổi là tăng cường khám sàng lọc tại TYT, thăm hộ gia đình và hiệu quả của việc truyền thông”

-TLN Cán bộ Y tế xã-

Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp đến số lượng bệnh nhân mắc đái tháo đường được phát hiện, quản lý điều trị tại trạm Y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước	Sau	Trước	Sau					
Số người ≥40 tuổi được sàng lọc ĐTD tại cộng đồng	0	66491 (97,33)	0	43775 (66,28)	<0,001	<0,001	-	0,003	-
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được phát hiện	0	444 (17,85)	16 (0,18)	37 (0,4)	0,005	<0,001	0,466	0,002	-
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được quản lý	751 (7,58)	2438 (24,75)	788 (8,72)	1226 (13,17)	<0,001	<0,001	-	0,015	175,49
Số (tỷ lệ) người bệnh ĐTD được QLĐT tại TYT	0	202 (2,05)	0	0	-	<0,001	-	<0,001	-

+ So sánh sự khác biệt: p₁: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₂: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₃: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p₄: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả bảng trên cho thấy, tại thời điểm sau can thiệp, nhóm được can thiệp đã tăng số lượng bệnh nhân mắc ĐTD được phát hiện, quản lý, điều trị tại TYT lên đáng kể so với nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.38. Thực hiện về hướng dẫn uống thuốc của người bệnh tăng huyết áp

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	HQCT (%)
	Trước (n=185)	Sau (n=211)	Trước (n=154)	Sau (n=161)					
Đúng loại thuốc	114 (61,62)	138 (65,40)	81 (52,60)	89 (55,28)	0,633	0,435	0,094	0,047	1,04
Đúng giờ, đều đặn	172 (92,97)	207 (98,1)	139 (90,26)	147 (91,30)	0,749	0,012	0,366	0,002	4,37
Đúng liều	106 (50,24)	147 (79,46)	89 (57,79)	73 (45,34)	0,027	<0,001	0,089	0,009	43,13
Không tự ý bỏ thuốc/ thay thuốc/ giảm liều	14 (7,57)	28 (15,14)	11 (7,14)	5 (3,11)	0,103	<0,001	0,822	0,022	131,18

+ So sánh sự khác biệt: p₁: của nhóm chứng ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₂: nhóm được can thiệp ở thời điểm trước – sau can thiệp; p₃: thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng; p₄: thời điểm sau can thiệp của nhóm can thiệp với nhóm chứng

Kết quả bảng trên cho thấy ở huyện được can thiệp, có hiệu quả về cải thiện việc hướng dẫn uống thuốc đúng giờ, đều đặn của CBYT với người bệnh THA. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$ (thời điểm trước can thiệp là 92,97% và sau can thiệp đã tăng lên là hơn 98%).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm Y tế, Hà Nội, 2016.

4.1.1. Thực trạng về chính sách

Hiện tại Việt Nam đã có một hệ thống văn bản chính sách thuận lợi cho việc triển khai các chương trình y tế liên quan tới phòng chống BKLN. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện tại các cơ sở y tế, chính sách và cách tổ chức quản lý vẫn không thể tránh khỏi những vướng mắc và hạn chế. Đó là tình trạng nhiều đầu mối tổ chức từng hoạt động riêng lẻ, chưa có hệ thống gắn kết và thống nhất. Điều này có thể gây khó khăn rất lớn trong việc ra chỉ đạo, một mặt có thể dẫn đến chồng chéo hoạt động nhưng mặt khác cũng có thể bỏ sót hoạt động. Ngoài ra, như chính sách hiện chưa quy định rõ ràng, cụ thể sự phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể, chính bởi vậy, công tác này thực hiện chưa tốt. Ngoài ra, vấn đề chính sách liên quan đến thanh quyết toán trong BHYT cũng chưa rõ ràng và chưa thực sự thỏa đáng.

Do đó, trong thời gian tới, yêu cầu đặt ra là cần xem xét lại các chính sách liên quan nhằm giúp định hướng rõ ràng hơn cho công tác phòng chống BKLN của cả nước nói chung cũng như ở Hà Nội nói riêng.

4.1.2. Thực trạng nhân lực y tế

Các TYT ở vùng 1 cũng có trung bình số cán bộ phòng chống BKLN thấp hơn các vùng còn lại dù trung bình có nhiều cán bộ nhất. Kết quả trên cho thấy, mặc dù tại Trạm y tế xã, số cán bộ tham gia vào công tác phòng chống BKLN là tương đối cao, tuy nhiên, thực tế lại chỉ ra rằng hầu hết các cán bộ này lại làm theo hình thức kiêm nhiệm hoặc tham gia theo kiểu là khi có hoạt động nào đó triển khai thì mới tham gia (theo kiểu vụ việc), chứ không phải cán bộ chuyên trách riêng về BKLN. Do vậy, có thể có những ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả phòng chống bệnh này tại Hà Nội. Sự tham gia vào cuộc trong hoạt động phòng chống BKLN của cán bộ Y tế thôn còn rất ít, đặc biệt là cộng tác viên khi trung bình chỉ có gần 1/3 số cán bộ là có tham gia.

4.1.3. Tình hình thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao

Kết quả cho thấy, các TYT vẫn còn thiếu khá nhiều thuốc thiết yếu, tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự vào năm 2014, khi tác giả cho biết, cũng chỉ có 7,8% trạm y tế xã có trên 70% danh mục thuốc thiết yếu theo yêu cầu của Bộ Y tế [35]. Cũng giống với thuốc, các trang thiết bị cần có cho công tác phòng chống BKLN tại trạm Y tế xã ở thành phố Hà Nội hiện nay cũng đang thiếu khá trầm trọng. Điều này cho thấy, hiện nay, các TYT xã cần được quan tâm rà soát các TTT còn thiếu hoặc bị hỏng để đầu tư, cung cấp thêm nếu có thể, giúp cho hoạt động phòng chống BKLN được thực hiện tốt hơn.

4.1.4. Thực trạng thống kê báo cáo và giám sát

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm hoạt động thống kê báo cáo và giám sát BKLN tại các trạm y tế xã đều đều thấp dưới mức trung bình. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này. Hiện nay không chỉ Hà Nội mà trên cả nước hệ thống giám sát BKLN chưa có tính hệ thống, đầu mối triển khai các hoạt động giám sát, thống kê báo cáo BKLN còn nằm rải rác ở cả hệ điều trị và hệ y tế dự phòng.

4.1.5. Thực trạng nguồn kinh phí phân bổ cho hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm của Thành phố Hà Nội

Nhiều dịch vụ chưa được bảo hiểm y tế chi trả. Tình hình chung là các TTB, đặc biệt là trang thiết bị xét nghiệm chưa được BHYT chi trả đủ đồng thời ngân sách dành cho hoạt động phòng chống BKLN lại khá hạn hẹp, chính bởi vậy ảnh hưởng rất lớn tới các TYT trong việc vận hành, hoạt động hiệu quả.

Thực tế, khi nguồn ngân sách từ Trung ương cắt giảm và hoạt động phòng chống BKLN đã dần chuyển đổi từ năm 2016 đến nay, hệ thống phòng chống BKLN cũng chưa thống nhất từ Bộ Y tế đến các địa phương.

4.1.6. Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ liên quan đến quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm

Các dịch vụ phòng chống BKLN hiện nay mà TYT xã có khả năng thực được nhìn chung còn khá hạn chế. Số kỹ thuật dịch vụ mà các TYT thực hiện được rất thấp, trung bình chỉ thực hiện được 1/4 (12,47/48 dịch vụ) số kỹ thuật dịch vụ trong phòng chống BKLN. Điều này cho thấy, mặc dù cần phải nâng cao khả năng thực hiện được cả 3 dịch vụ chính trong phòng chống BKLN của tất cả các TYT xã tại Hà Nội, nhưng trong đó cũng đặc biệt lưu tâm đến phòng chống bệnh ung thư.

Ngoài ra, về kết quả thực hiện, thống kê cho thấy, trong năm 2016, số bệnh nhân ước tính mắc THA của toàn Hà Nội là hơn 921.000 người. Tuy nhiên, trong đó, chỉ có 0,43% người được phát hiện; 6,71% được quản lý điều trị (quản lý bằng danh sách); còn tỷ lệ được điều trị tại TYT chỉ đạt 0,15%. Số người ước tính mắc bệnh ĐTD là khoảng hơn 209.000 người. Nhưng tỷ lệ người được phát hiện bệnh, được quản lý điều trị bằng danh sách và được quản lý điều trị tại TYT cũng rất khiêm tốn, lần lượt chỉ đạt 0,83%, 2,13% và 0,53%. Chưa ghi nhận được số liệu liên quan đến bệnh nhân COPD và bệnh nhân Ung thư.

4.2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm Y tế huyện Thạch Thất, Hà Nội, 2017- 2019.

4.2.1. Hiệu quả can thiệp đối với năng lực của cán bộ y tế xã và y tế thôn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, nhóm được can thiệp (huyện Thạch Thất) đã có cải thiện đáng kể về nâng cao năng lực của cán bộ Y tế xã và Y tế thôn trong phát hiện, quản lý, theo dõi điều trị người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường. Ngoài ra, phân tích khác biệt kép (DID) còn cho thấy, sự cải thiện về năng lực của CBYT và Y tế thôn về bệnh THA và ĐTĐ hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng có được can thiệp hay không ($p < 0,05$).

4.2.2. Hiệu quả can thiệp cải thiện sự sẵn có của thuốc cho phát hiện điều trị một số bệnh không lây nhiễm

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những cải thiện đáng mừng về sự sẵn có của thuốc điều trị BKLN. Ở huyện can thiệp (huyện Thạch Thất), tỷ lệ TYT xã có sẵn thuốc cho điều trị, phát hiện một số BKLN tại thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp. Nhận định chúng tôi thu được có nét tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Thọ: tại các TYT xã nhóm can thiệp, trước can thiệp chỉ có 5 TYT (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị THA nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc đáp ứng yêu cầu điều trị THA ở tuyến xã.

4.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực cung cấp kỹ thuật/dịch vụ trong phát hiện, điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm Y tế

Ở cả huyện can thiệp và huyện chứng, số kỹ thuật trung bình mà TYT thực hiện được trong quản lý bệnh THA ở thời điểm sau can thiệp đều cao hơn trước can thiệp, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ngoài ra, điểm trung bình thực hiện các nhiệm vụ trong phát hiện, điều trị một số bệnh không lây nhiễm của các TYT ở thời điểm sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại thời điểm sau can thiệp, điểm trung bình đạt được của huyện can thiệp là $10,96 \pm 0,45$, cao hơn so với huyện chứng ($9,95 \pm 0,52$ điểm).

4.2.4. Hiệu quả can thiệp cải thiện khả năng triển khai hoạt động sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường của các trạm Y tế xã **Về số trạm Y tế triển khai được dịch vụ và số bệnh nhân được sàng lọc, phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường**

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy những cải thiện đáng kể trong công tác phát hiện và quản lý điều trị THA, bệnh đái tháo đường sau khi được can thiệp. Qua đó, cung cấp

thêm những bằng chứng hoặc là một nội dung tham khảo để thực hiện mở rộng ra những địa phương khác, tiến tới đạt mục tiêu đặt ra trong việc phòng chống BKLN.

Tần suất đi kiểm tra lại trong giai đoạn ổn định của bệnh nhân

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm của huyện Thạch Thất (huyện được can thiệp) có tần suất đi kiểm tra lại trong giai đoạn điều trị ổn định ≤ 1 lần/tháng cao hơn huyện Quốc Oai (huyện chứng) (90,87% so với 78,14%) ($p < 0,05$). Đây là một tín hiệu đáng mừng. Tuy nhiên, cũng vì lý do đã nói ở trên, điều trị và theo dõi THA, bệnh ĐTD cần thực hiện trong khoảng thời gian lâu dài, nên vẫn rất cần các chính quyền các cấp, các ban ngành, đoàn thể vào cuộc và ý thức tự giác của mỗi người dân.

Thực hiện uống thuốc theo hướng dẫn của cán bộ y tế

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có hiệu quả về cải thiện việc hướng dẫn uống thuốc đúng giờ, đều đặn của CBYT với người bệnh THA. sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Với THA: thời điểm trước can thiệp là 92,97%; sau can thiệp đã tăng lên là hơn 98%).

Hiệu quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi có nét tương đồng (mặc dù tỷ lệ tăng tỷ lệ uống thuốc theo hướng dẫn ít hơn) với một số nghiên cứu khác. Như nhận định thu được của tác giả Nguyễn Thị Kim Ké và cộng sự. Sử dụng thuốc là một quá trình đòi hỏi sự kiên trì và quyết tâm của người bệnh THA, ĐTD. Điều này không những phụ thuộc vào bản thân người bệnh mà còn phụ thuộc vào chính những người thân và cán bộ Y tế xã, y tế thôn cần thường xuyên nhắc nhở, để cùng người bệnh vượt qua được bệnh tật.

KẾT LUẬN

1. Mô tả thực trạng năng lực phát hiện, quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế, Hà Nội, 2016.

Các trạm y tế xã ở thành phố Hà Nội đã có những năng lực nhất định trong triển khai hoạt động phòng chống BKLN mặc dù còn nhiều hạn chế và không đồng đều. Cụ thể:

Chính sách, tổ chức: còn tồn tại nhiều bất cập trong chính sách và tổ chức hiện hành như quy định về sự phối hợp thực hiện giữa các ban ngành đoàn thể, chính sách liên quan đến thanh quyết toán trong BHYT chưa rõ ràng và chưa thỏa đáng...

Nhân lực: Nhân lực phòng chống BKLN còn thiếu và hạn chế về năng lực. Trạm Y tế xã trung bình có 4/7 cán bộ Y tế và 1/3 số cộng tác viên tham gia phòng chống BKLN.

Thuốc thiết yếu, trang thiết bị và vật tư tiêu hao: phần lớn các trạm Y tế chỉ có dưới 50% các loại thuốc thiết yếu cho quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm.

Thống kê, báo cáo: Việc thực hiện thống kê, báo cáo và giám sát bệnh không lây nhiễm của các trạm Y tế ở mức dưới trung bình so với quy định.

Kinh phí: Kinh phí thực hiện hoạt động chủ yếu từ ngân sách thành phố. Ngân sách từ quận/huyện cho các hoạt động phòng chống BKLN tại tuyến còn hạn chế.

Khả năng cung cấp kỹ thuật dịch vụ: Các trạm y tế có khả năng cung cấp dưới 50% các kỹ thuật/dịch vụ trong phòng chống quản lý BKLN theo quy định. Hiện có khoảng 64,9% TYT thực hiện điều trị THA; 28,8% thực hiện điều trị duy trì người bệnh ĐTD.

2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp nhằm nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế huyện Thạch Thất, Hà Nội, 2017- 2019.

Các biện pháp can thiệp đã có hiệu quả trong cải thiện nâng cao năng lực phát hiện, quản lý và điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã. Cụ thể:

Cải thiện kiến thức của cán bộ y tế xã/y tế thôn: Các biện pháp can thiệp đã tăng tỷ lệ cán bộ y tế xã và y tế thôn có kiến thức đúng về nội dung quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường ($p < 0,05$).

Cải thiện sự sẵn có thiết yếu: Tại huyện can thiệp, tỷ lệ trạm Y tế xã có từ 2 nhóm thuốc điều trị đái tháo đường và có từ 2 nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trở lên tăng và cao hơn huyện chứng. Sự cải thiện sự sẵn có thuốc thiết yếu hầu hết có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$).

Cải thiện công tác phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường: Tỷ lệ trạm y tế xã thực hiện sàng lọc tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường cho người ≥ 40 tuổi, thực hiện quản lý điều trị tăng huyết áp tăng ở hai huyện, số người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường được quản lý điều trị tại trạm y tế xã cũng tăng lên và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự cải thiện hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm Y tế ở huyện can thiệp hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp ($p < 0,05$);

Cải thiện sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân: Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp tại được quản lý điều trị tại trạm y tế thuộc huyện can thiệp có tần suất đi kiểm tra lại hàng tháng trong giai đoạn điều trị ổn định ở huyện can thiệp được cải thiện hơn sau can thiệp và so với huyện chứng (90,87% so với 78,14%) ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

1. Sở Y tế cần cân nhắc nhân rộng các biện pháp can thiệp đã áp dụng trong đề tài ra các trạm y tế khác khu vực ngoại thành, trong đó có sự điều chỉnh linh hoạt cho phù hợp với điều kiện của từng địa bàn.
2. Cần xây dựng và triển khai nghiên cứu các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện hoạt động kiểm soát bệnh không lây nhiễm của các trạm y tế khu vực nội thành nơi có nhiều các cơ sở khám chữa bệnh lớn và người dân có điều kiện kinh tế hơn.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

1. Bùi Thị Minh Thái, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Thi Thơ (2017), “Thực trạng triển khai các hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn ở thành phố Hà Nội, năm 2016”, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 27, số 8 – 2017, tr 126- 136.
2. Bùi Thị Minh Thái, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Thi Thơ (2020), “Hiệu quả can thiệp cải thiện công tác phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm y tế xã ở huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, năm 2018- 2019”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập 30, số 3 – 2020, tr 96- 104.
3. Bùi Thị Minh Thái, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Thi Thơ (2020), “Hiệu quả can thiệp đến kiến thức về quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của cán bộ trạm Y tế xã và Y tế thôn tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội” (*Bài báo có xác nhận đăng bài báo trên Tạp chí Y học dự phòng ngày 6/8/2020 do Phó Tổng biên tập-Ban biên tập Nguyễn Trần Hiền ký và đóng dấu*).