

hiện ở 19,4% chụp răng sứ - kim loại và 36,4% cầu răng.

Sự sứt mẻ chụp loại C và D xảy ra ở 18,4% chụp răng đơn lẻ, 40% cầu răng. Tỷ lệ cánh dán bong, hở xảy ra ở 44,6% cầu răng.

Có 1 chụp răng phải tháo bỏ do bong chứt.

Có 10 cầu răng phải tháo bỏ, chủ yếu là do bệnh sâu răng và bệnh vùng quanh răng (đều chiếm 30%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sailer I, Gottner J, Känel (2009), Randomized controlled clinical trial of Zirconia-Ceramic and Metal-ceramic posterior fixed dental prostheses: A 3-year follow-up. *Int J Prosthodont* 2009; 22: 553 – 560.

2. Holm C., Tidehag P., Tillberg A., Molin M.(2003), Longevity and quality of FPDs: A retrospective study of

restorations 30, 20, and 10 years after insertion. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 283 – 289.

3. Hämmerle CHF, Ungere MC, Fantoni PC, Brägger U, Lang N. Long-term analysis of biologic and technical aspects of fixed partial dentures with cantilevers. *Int J Prosthodont* 2000;13:409-415.

4. Petra C. Guess, Christian F.J. Stappert (2007), Midterm results of a 5-year prospective clinical investigation of extended ceramic veneers. *Academy of Dental materials*.

5. Palaniappan S., Elsen L., et al (2009), Three-year randomised clinical trial to evaluate the clinical performance, quantitative and qualitative wear patterns of hybrid composites restorations. *Clin Oral Invest* (2010) 14: 441-458.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG MÔ HÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ Ở TỈNH NAM ĐỊNH

LÊ THANH TÙNG

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Chăm sóc và hỗ trợ chăm sóc tại nhà là nhu cầu rất cần của xã hội hiện nay. Tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này vẫn còn nhiều hạn chế. Để có cái nhìn khái quát hơn về vấn đề này ở các cơ sở y tế ban đầu, nghiên cứu khảo sát trên 1000 người dân, người bệnh và 131 lãnh đạo chính quyền, đoàn thể và nhân viên y tế thuộc hai xã của tỉnh Nam Định về thực trạng nhân lực, cơ sở vật chất trang thiết bị và việc thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe tại nhà trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2014. Kết quả chỉ ra rằng chưa có một hệ thống mạng lưới tổ chức cụ thể được chính thức hóa bằng các văn bản của Nhà nước nên hoạt động chăm sóc sức khỏe tại nhà vẫn còn mang tính tự phát. Thực trạng nhân lực vẫn còn thiếu và yếu nhiều so với nhu cầu, mặc dù đã có sự tham gia của các ban, ngành tại địa phương. Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà với nhân lực là các cán bộ trạm y tế và các y tế thôn/xóm được triển khai theo đội/nhóm gồm 3 người với thành phần là trạm trưởng là bác sỹ/y sỹ, một điều dưỡng/nữ hộ sinh và một y tế thôn/xóm quản lý theo cụm dân cư là hoàn toàn hợp lý và phù hợp với việc chăm sóc sức khỏe cho người dân về các mặt: chăm sóc các kỹ thuật cơ bản, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, công tác vệ sinh phòng bệnh, phát hiện bệnh, sơ cứu ban đầu, điều trị bệnh và chăm sóc người bệnh... Bên cạnh việc tăng cường đào tạo cho

nhân lực tham gia chăm sóc sức khỏe tại địa phương mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà nên được áp dụng vào thực tế để đánh giá hiệu quả thực sự của nó.

Từ khóa: mô hình chăm sóc, chăm sóc sức khỏe tại nhà, cán bộ y tế

RESEARCH TO DEVELOP THE HEALTH CARE MODEL AT HOME IN NAM DINH PROVINCE

SUMMARY

Caring and care supporting at home is a necessary demand in society nowadays. However, the researches on this issue are still limited. Objectives: (i) Survey on the state of the organization, management, human resources and facilities to serve the health care at home in Nam Dinh province, (ii) a proposal to build models home health care in line with economic conditions in Nam Dinh province. Methods: The research survey on over 1000 people, the patients and 131 government leaders, unions and health workers in the two communes of Nam Dinh province on the status of personnel, facilities and equipment to implement health care at home from January to June in 2015. Results: the results indicate that there is no specific organizing network which was formalized by the State official text so that health care survive at home is still spontaneous. The model of home health care with workforce is the commune health center staff and medical workers is completely justified and suitable with health care for the people. Conclusion: The model home health care have contributed to improving the state of health care for people.

Keywords: caring models, home health care, medical personnel

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc và hỗ trợ chăm sóc tại nhà là một nội dung quan trọng trong hệ thống y tế hiện nay ở tất cả

Chịu trách nhiệm: Lê Thanh Tùng
Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Email: tungpcnd@ndun.edu.vn
Ngày nhận: 24/11/2016
Ngày phản biện: 13/12/2016
Ngày duyệt bài: 29/12/2016
Ngày xuất bản: 30/1/2017

các quốc gia. Chăm sóc sức khỏe tại nhà giúp giảm chi phí điều trị, hạn chế sự quá tải của bệnh viện và tăng cường sự tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân. Trên thế giới, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà đã được hình thành từ rất lâu và đem lại hiệu quả một cách rất rõ rệt. Tuy nhiên theo báo cáo của Chan và cộng sự (2013) đối tượng chăm sóc chủ yếu tập trung vào đối tượng người cao tuổi. Bên cạnh đó việc áp dụng các mô hình này thường trên quy mô rộng đòi hỏi nguồn lực về kinh tế và nhân lực cũng như sự phối kết hợp giữa nhiều tổ chức xã hội.

Ở Việt Nam đã triển khai một số mô hình chăm sóc ở các tỉnh/thành phố lớn như: (1) Trung tâm nuôi dưỡng người già và trẻ mồ côi ở An Giang; (2) Mô hình chăm sóc sức khỏe miễn phí cho người cao tuổi – Viện Lão Khoa; (3) Mô hình Trung tâm tư vấn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi TP. Hồ Chí Minh; (4) Khu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi Phú Diễn – Hà Nội [4], [5], [6], [7]. Ngoài ra ở một số bệnh viện đã hình thành các dịch vụ khám bệnh tại nhà như bệnh viện Hoàn Mỹ, Trường Giang và Bình Thạnh thành phố Hồ Chí Minh. Các dịch vụ chăm sóc tại nhà đang được một số cơ sở tư nhân ở Hà Nội, Phú Thọ và Quảng Ninh áp dụng với các hình thức điều trị và chăm sóc tại nhà theo nhóm nhỏ có sự tham gia của Bác sĩ và điều dưỡng. Các mô hình này cũng đã đem lại những hiệu quả nhất định. Tuy nhiên, thực tế triển khai và quản lý các mô hình này lại chưa được đánh giá trên cộng đồng.

Nam Định là một tỉnh nằm ở phía nam đồng bằng Bắc Bộ, Việt Nam, thuộc vùng duyên hải Bắc Bộ. Là một tỉnh có nền kinh tế phát triển trung bình, mật độ dân cư đông đúc, mô hình bệnh tật đa dạng với cả các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà chủ yếu là tư nhân với cách thức triển khai đơn lẻ. Trên thực tế, để mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà thực sự đem lại hiệu quả và có thể duy trì hoạt động, mô hình cần gắn với các điều kiện cụ thể của địa phương. Nhằm đưa ra một mô hình thực tế và phù hợp với điều kiện cụ thể tại tỉnh Nam Định, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà ở tỉnh Nam Định” với các mục tiêu cụ thể sau:

Khảo sát về thực trạng về tổ chức, quản lý, nguồn nhân lực và cơ sở vật chất phục vụ cho công tác chăm sóc sức khỏe tại nhà ở tỉnh Nam Định

Đề xuất xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà phù hợp với điều kiện kinh tế tỉnh Nam Định

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Lãnh đạo chính quyền và các tổ chức xã hội các cấp

- Nhân viên y tế cơ sở

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ 1/2014-6/2014

- Thực hiện tại hai xã Kim Thái huyện Vụ Bản và Giao Lạc huyện Giao Thủy.

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

*Chính quyền: Chọn chủ đích Giám đốc/phó giám đốc sở y tế (1), Chủ tịch/phó chủ tịch UBND huyện (2), Bí thư/phó bí thư huyện (2), Chủ tịch/phó chủ tịch UBND xã (2), bí thư/phó bí thư xã (2), trưởng/ phó phòng y tế huyện (2), trưởng/phó giám đốc trung tâm y tế (2), trưởng trạm y tế (2) trong địa bàn nghiên cứu, chuyên viên: Sở Nội vụ, Sở Y tế, Sở Tài chính (3). Tổng cộng có 18 đối tượng nghiên cứu (chọn mẫu toàn thể) được chia thành 3 nhóm để tham gia thảo luận nhóm.

*Tổ chức đoàn thể: Chọn chủ đích Chủ tịch, phó chủ tịch, hội viên: Hội Cựu chiến binh (10), người cao tuổi (10), hội phụ nữ (10), mặt trận tổ quốc (10), đoàn thanh niên (10) các xã trong địa bàn nghiên cứu. Tổng cộng 50 đối tượng nghiên cứu (chọn mẫu toàn thể) được chia thành 5 nhóm để tham gia thảo luận nhóm.

*Nhân viên y tế: Chọn tất cả các nhân viên y tế thuộc trạm y tế, các cộng tác viên y tế thôn bản ở các xã trong địa bàn nghiên cứu. Tổng cộng có 43 đối tượng nghiên cứu (chọn mẫu toàn thể) được chia thành 4 nhóm để tham gia thảo luận nhóm.

Như vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu này là 111 đối tượng nghiên cứu

5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu: sử dụng bảng kiểm quan sát và bộ câu hỏi thảo luận nhóm.

- Phương pháp thu thập số liệu: Quan sát trực tiếp về trang thiết bị và thuốc tại các trạm y tế xã và thảo luận nhóm dựa trên bộ câu hỏi có sẵn.

6. Phân tích số liệu

Số liệu định lượng được thu thập, làm sạch và phân tích dựa trên phần mềm SPSS. Các biến số trong nghiên cứu được phân tích theo số lượng và tỷ lệ.

Số liệu định tính được sao chép, mã hóa và phân tích dựa trên việc nhóm theo chủ đề có sẵn.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng về tổ chức và quản lý CSSK tại nhà

Qua điều tra cho thấy, hiện nay tại các địa phương người dân được chăm sóc sức khỏe theo một cách tập trung tại các cơ sở y tế. Cách tổ chức và quản lý CSSK ở 2 xã có tính đa phương diện, nhiều tổ chức, ban tham gia vào mô hình tổ chức và quản lý này. Như vậy CSSK đã được định hướng theo phương thức có sự tham gia của cộng đồng hay nói cách khác là được xã hội hóa rộng khắp, phù hợp với chính sách của Nhà nước và Bộ Y tế chỉ đạo cho mọi lĩnh vực hoạt động CSSK nói chung. Tuy nhiên, hình thức chăm sóc này vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu thuận tiện và tiện ích trong chăm sóc sức khỏe cho người dân tại các địa phương, đặc biệt là những người có hoàn cảnh khó khăn hoặc khó khăn trong việc di chuyển. Do vậy cần có một dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà có thể đáp ứng được nhu cầu giảm gánh nặng chi phí, thuận tiện và đảm bảo chất lượng cho người dân là rất cần thiết. Để mô hình này có thể thực hiện cần phải có các văn bản pháp lý và chính sách cụ thể phù hợp. Tuy nhiên hiện nay, các văn bản pháp lý quy định về hệ thống tổ

chức, chỉ đạo và quản lý CSSK tại nhà từ trung ương tới cơ sở chưa rõ ràng và chưa được thực hiện triệt để. Điều này không chỉ tồn tại ở hai địa phương này mà còn là vấn đề chung của các cơ sở y tế tuyến đầu.

2. Thực trạng về nhân lực trực tiếp tham gia vào công tác CSSK tại nhà

Bảng 1: Nhân lực trực tiếp cung cấp dịch vụ CSSK tại nhà

Xã/huyện	Cán bộ y tế xã (người)			Y tế thôn, CTV (người)	Tổng
	Bác sĩ	Y sĩ, dược sĩ	Điều dưỡng/ Nữ hộ sinh/KTV		
Kim Thái/Vụ Bản	1	2	4	17	24
Giao Lạc/Giao Thủy	0	4	3	22	29

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ bác sĩ, y sĩ và điều dưỡng rất khác nhau tại các địa phương điều tra. Tổng tỉ lệ chung cho cán bộ trực tiếp thực hiện CSSK tại nhà ở xã Giao Lạc cao hơn. Nhân lực trực tiếp cung cấp dịch vụ CSSK tại nhà tại tuyến xã cho thấy đối chỉ có 01 xã có bác sĩ. Điều này có thể giải thích thông qua nhiều lý do nhưng một trong những lý do quan trọng mà đã được một số công trình nghiên cứu và một số bài báo chỉ ra là dưới tác động của nghị định 172/2004/NĐ [3] kèm theo thông tư số 11/2004/TTLB [3] và sau này là nghị định số 14/2008/NĐ [1] kèm theo thông tư số

03/2008/TTLT [2] nhiều đơn vị y tế huyện, đặc biệt là trung tâm y tế huyện (trước đây) và bệnh viện huyện đã rút bác sĩ của mình (trước đây được cử đi biệt phái tại các trạm y tế xã) về tuyến huyện làm việc do vậy số lượng bác sĩ biệt phái tại tuyến xã đã giảm đi đáng kể (có nơi giảm nhiều) so với trước.

3. Thực trạng về trang thiết bị và thuốc trực tiếp phục vụ cho CSSK tại nhà

Bảng 2: Trang thiết bị và thuốc trực tiếp phục vụ CSSK tại nhà

Tên thuốc và TTB	Mức độ thiếu, đủ dùng theo địa phương (các xã tự đánh giá)	
	Kim Thái/Vụ Bản	Giao Lạc/Giao Thủy
Túi thuốc y tế thôn	++	++
Phương tiện sơ cứu thông thường	+	+
Phương tiện vận chuyển người bệnh	+	+
Tài liệu truyền thông (tờ bướm, báo chí...)	+	+
Đánh giá chung	+	+

Ghi chú: ++: Đủ dùng; +: Thiếu ít;

Theo địa phương tự đánh giá, nhìn chung các phương tiện phục vụ cho CSSK tại nhà đều thiếu, trong đó túi thuốc y tế thôn và tài liệu truyền thông có sự thiếu hụt ít hơn cả. Các địa phương đều không có thiết bị chuyên dụng vận chuyển người bệnh từ nhà đi. Khi cần thiết vận chuyển thì chủ yếu dùng xe máy, xe đạp, hay dùng cáng khiêng: "Khi người nhà có vấn đề thì có phương tiện gì thì vận chuyển bằng phương tiện đó, ví dụ như xe đạp, xe máy, cáng....."(Nam, 59 tuổi). Nếu so sánh với kết quả điều tra y tế quốc gia năm 2002 thì tình trạng trên đây cũng tương tự hoặc có cải thiện được chưa nhiều, mặc dầu đã nhiều năm trôi qua (tỉ lệ chung là $\geq 50\%$ y tế thôn bản có túi thuốc, ở miền núi chỉ có 37% có túi thuốc, 10% có ống nghe hay bơm, kim tiêm, nhiệt kế). Điều này có thể do thiếu chính sách của Nhà Nước và Ngành Y tế đồng thời thiếu đầu tư của các địa phương cho CSSK tại nhà. Sự thiếu thốn trang thiết bị trên đây có thể đã làm cho chất lượng CSSK tại nhà bị tác động.

4. Đề xuất xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà cho tỉnh Nam Định

* Cơ cấu tổ chức:

Mô hình chăm sóc được triển khai theo đội chăm sóc gồm có 03 người trong đó 01 bác sĩ/y sĩ là nhóm trưởng, 01 điều dưỡng/ hộ sinh/kỹ thuật viên là nhân viên của trạm y tế xã, 01 y tế thôn bản/cộng tác viên. Đội trưởng là trưởng trạm y tế, 01 nhân viên là các nhân viên thuộc trạm y tế và 01 nhân viên là các y tá

thôn hoặc cộng tác viên thôn bản. Trừ đội trưởng các nhân viên khác trong đội sẽ khác nhau theo nội dung thực hiện chăm sóc hoặc địa bàn chăm sóc. Bên cạnh đó là sự tham gia của các tổ chức chính quyền và đoàn thể trong địa bàn cần hỗ trợ, phối hợp trong các công tác chăm sóc sức khỏe tại nhà của đội chăm sóc. Bên cạnh đó nên hình thành một nhóm trực chăm sóc tại trạm y tế xã để người dân có thể gọi, liên hệ khi cần và một tổng đài điện thoại để tư vấn cho người dân khi có vấn đề cấp bách. Thành viên trong mô hình chăm sóc chịu sự quản lý trực tiếp của trạm y tế xã, và sự quản lý của các cấp chính quyền địa phương, phối hợp hành động với các ban ngành đoàn thể tại đại phương.

* Phạm vi hoạt động

Đội chăm sóc có chức năng thực hiện các hành động chăm sóc cơ bản và truyền thông giáo dục cho người dân về các hoạt động chăm sóc ban đầu và vệ sinh an toàn thực phẩm. Đội trưởng chăm sóc sẽ khám và kê đơn cho người bệnh, các điều dưỡng viên/hộ sinh/ kỹ thuật viên và các cộng tác viên sẽ thực hiện chăm sóc các kỹ thuật theo đơn bác sĩ đã kê. Các phạm vi hoạt động chuyên môn của mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà tuân thủ theo quy định chuyên môn của Sở y tế. Các lĩnh vực chuyên môn được phép hoạt động trong mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà gồm: chăm sóc các kỹ thuật cơ bản, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, công tác vệ sinh phòng bệnh, phát hiện bệnh, sơ cứu ban đầu, điều trị

bệnh và chăm sóc người bệnh. Nhóm bệnh mà mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà có thể triển khai và áp dụng rộng rãi là nhóm người bệnh mạn tính, phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ. Việc thực hiện chăm sóc phải định kỳ kiểm tra hàng tháng, đánh giá của chính quyền xã và trạm y tế xã về việc thực hiện CSSK tại nhà cho người dân.

* Chế độ chính sách:

Chế độ chính sách cho các cán bộ tham gia trong mô hình được hưởng theo quy định hiện hành. Với quy định và chế tài hiện tại tiền lương hỗ trợ cho cán bộ y tế thôn và cộng tác viên còn rất thấp khoảng 150.000đ/tháng. Do vậy cần xây dựng quy chế và cơ chế để huy động sự đóng góp tài chính đa phương: Ngân sách nhà nước chiếm phần chủ đạo; Bảo hiểm y tế: Sẽ tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân, phát động người dân tham gia bảo hiểm y tế cộng đồng (theo xóm làng, dòng họ, tổ chức, đoàn thể...) hay bảo hiểm y tế tự nguyện để cung cấp kinh phí cho CSSK tại nhà; Thu phí dịch vụ CSSK tại nhà; Huy động sự đóng góp của các tổ chức trong và ngoài nước, kể cả các viện trợ nhân đạo. Giải pháp tài chính trên đây có tính khả thi cao vì phù hợp với chỉ đạo và chính sách của Nhà nước về cung cấp tài chính cho y tế nói chung [4,10].

* Trang thiết bị:

Trang thiết bị cho CSSK tại nhà là trang thiết bị gọn nhẹ, cơ động, phù hợp với người dân về mọi phương diện kể cả giá cả và cách sử dụng cũng như tính thiết yếu do vậy cần đầu tư không lớn. Chú ý đặc biệt tới trang thiết bị cho công tác truyền thông, tư vấn tại nhà và tại cộng đồng, cho sơ cứu ban đầu, cho khám phát hiện sớm và điều trị sớm một số bệnh thông thường ngay tại nhà, đặc biệt cho dự phòng các bệnh và nâng cao sức khỏe như tờ rơi, bông gạc, bộ khám ngũ quan, máy đo huyết áp, máy thử đường huyết, cân và thước dây.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng về tổ chức và quản lý CSSK tại nhà

Chưa có một hệ thống mạng lưới tổ chức cụ thể được chính thức hóa bằng các văn bản của Nhà nước nên hoạt động CSSK tại nhà vẫn còn mang tính tự phát. Chưa có quy định bằng văn bản đối với việc thực hiện các chăm sóc sức khỏe tại nhà

2. Thực trạng về nhân lực trực tiếp tham gia vào công tác CSSK tại nhà

Thực trạng nhân lực thiếu và yếu nhiều so với nhu cầu, chỉ có một bác sỹ tham gia vào mô hình này. Ở một số địa phương các ban, ngành tham gia tích cực công tác truyền thông- giáo dục sức khỏe, song có một số nơi chưa mạnh, chưa phối hợp tốt các lực lượng tại cộng đồng.

3. Thực trạng về trang thiết bị và thuốc trực tiếp phục vụ cho CSSK tại nhà

Các phương tiện phục vụ cho CSSK tại nhà đều thiếu, trong đó túi thuốc y tế thôn và tài liệu truyền thông có sự thiếu hụt ít hơn cả. Các địa phương đều không có thiết bị chuyên dụng vận chuyển người bệnh từ nhà đi

4. Đề xuất xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà

Mô hình chăm sóc sức khỏe tại nhà với nhân lực là các cán bộ trạm y tế và các y tế thôn/xóm được triển khai theo đội/nhóm gồm 3 người với thành phần là trạm trưởng là bác sỹ/y sỹ, một điều dưỡng/nurse hộ sinh và một y tế thôn/xóm quản lý theo cụm dân cư là hoàn toàn hợp lý và phù hợp với việc chăm sóc sức khỏe cho người dân về các mặt: chăm sóc các kỹ thuật cơ bản, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, công tác vệ sinh phòng bệnh, phát hiện bệnh, sơ cứu ban đầu, điều trị bệnh và chăm sóc người bệnh...Việc chăm sóc sức khỏe cho người dân có thể thực hiện trực tiếp tại nhà hoặc có thể thực hiện tư vấn qua điện thoại trong một số trường hợp cấp bách..

KHUYẾN NGHỊ

- Cần có biện pháp quản lý công tác chăm sóc sức khỏe tại nhà một cách phù hợp và có tính chất hệ thống kèm theo các văn bản pháp quy rõ ràng

- Cần tăng cường đào tạo cho các nhân lực tham gia vào công tác chăm sóc sức khỏe nhà về các kiến thức và kỹ năng cơ bản trong chăm sóc người bệnh đặc biệt là người bệnh mạn tính để có thể đáp ứng tốt nhất nhu cầu của nhân dân

- Áp dụng mô hình vào thực tế để đánh giá hiệu quả của nó trong nâng cao chất lượng phục vụ sức khỏe cho người dân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Bộ Nội vụ** (2005) Thông tư liên bộ hướng dẫn tổ chức y tế địa phương, thực hiện Nghị định số 171/2004/NĐ-CP ngày 29-9-2004 của Chính Phủ, số 11/2005/TTLB-BYT-BNV ngày 12-4-2005.

2. **Bộ Y tế - Bộ Nội vụ** (2008) 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, số 03/2008/TTLB-YT-NV ngày 25/4/2008.

3. **Chính phủ** (2008) Nghị định của Chính phủ quy định tổ chức các cơ quan chuyên môn thuộc Ủy ban nhân dân huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, số 14/2008/NĐ-CP ngày 04/02/2008.

4. **Trần Thị Trung Chiến, Trương Việt Dũng** (2005) Nghiên cứu mức tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của nhân dân ba huyện ở Thừa thiên Huế năm 2003, Tạp chí Y học thực hành số 12 (532) 2005, trang 4.