

BỘ Y TẾ
CÂU LẠC BỘ GIÁM ĐỐC
CÁC BỆNH VIỆN KHU VỰC PHÍA NAM

TÀI LIỆU HỘI NGHỊ

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN
CLB GIÁM ĐỐC CÁC BỆNH VIỆN KHU VỰC PHÍA NAM
LẦN THỨ XXII - NĂM 2024

TP. Buôn Ma Thuột, ngày 28-29-30/11/2024

**BỘ Y TẾ
CÂU LẠC BỘ GIÁM ĐỐC
CÁC BỆNH VIỆN KHU VỰC PHÍA NAM**



TÀI LIỆU HỘI NGHỊ

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN
CLB GIÁM ĐỐC CÁC BỆNH VIỆN KHU VỰC PHÍA NAM
LẦN THỨ XXII - NĂM 2024**

Thành phố Buôn Ma Thuột
Ngày 28-29-30 Tháng 11 Năm 2024

CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ

Thứ sáu, ngày 29 tháng 11 năm 2024

THỜI GIAN	NỘI DUNG	PHỤ TRÁCH
PHẦN KHAI MẠC		
08:00 - 08:30	Đón tiếp đại biểu	Ban tổ chức
08:30 - 09:30	Khai mạc hội nghị	
	Giới thiệu Đại biểu, Khách mời	Ban tổ chức
	Phát biểu khai mạc của Chủ nhiệm Câu lạc bộ	TS.BSCKII. Nguyễn Tri Thức Thứ Trưởng Bộ Y tế, Phụ trách quản lý điều hành Bệnh viện Chợ Rẫy Chủ nhiệm Câu Lạc Bộ Giám Đốc các Bệnh viện Khu vực Phía Nam
	Phát biểu chào mừng của Lãnh đạo địa phương	Đại diện Lãnh đạo Tỉnh Đắk Lắk
	Phát biểu chỉ đạo của Lãnh đạo Bộ Y tế	Đ/c Đào Hồng Lan Bộ Trưởng Bộ Y tế
	Phát biểu chào mừng của Nhà tài trợ Kim Cương	Đại diện Nhà tài trợ Kim cương
08:30 - 09:30	Câu Lạc Bộ Giám Đốc các Bệnh viện Khu vực Phía Nam Tặng quà cho: - Quỹ Bảo trợ Bệnh nhân nghèo Tỉnh Đắk Lắk - Quỹ Bảo trợ người tàn tật và trẻ mồ côi Tỉnh Đắk Lắk	TS.BSCKII. Nguyễn Tri Thức Thứ Trưởng Bộ Y tế, Phụ trách quản lý điều hành Bệnh viện Chợ Rẫy Chủ nhiệm Câu Lạc Bộ Giám Đốc các Bệnh viện Khu vực Phía Nam
	Trao thư cảm ơn cho các nhà tài trợ Kim cương và Vàng	
	Giới thiệu Chủ tọa đoàn	Ban tổ chức
PHẦN BÁO CÁO		
PHIÊN 1 BUỔI SÁNG	CHỦ TỌA:	
09:30 - 10:00	Những điểm mới trong luật Khám chữa bệnh năm 2023 và Hội đồng Y Khoa Quốc gia	TS.BS. Hà Anh Đức Cục Trưởng Cục QLKCB BHYT, Tổng Thư ký Câu Lạc Bộ Giám Đốc các Bệnh Viện Việt Nam
10:00 - 10:30	Chụp ảnh lưu niệm & Giải lao	BTC, Đại biểu và Khách mời
10:30 - 11:00	Các bệnh viện cần chuẩn bị gì để triển khai Bệnh án điện tử	TS.BS. Nguyễn Ngô Quang Cục trưởng Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế
11:00 - 11:30	Thảo luận	Chủ tọa
11:30 - 14:00	Ăn trưa	Đại biểu và Khách mời
PHIÊN 2 BUỔI CHIỀU	CHỦ TỌA:	
14:00 - 14:30	Cải thiện chất lượng chăm sóc sử dụng nền tảng EQIS, kết quả sử dụng công cụ AI tại 7 bệnh viện ở Việt Nam <i>Improving the Quality of Care using the EQUIS platform Results from 7 Hospitals in Vietnam</i>	Dr. John Peabody, MD, PhD Professor UCSF and UCLA Peabody Health Philanthropies, USA
14:30 - 15:00	Bệnh viện Đa khoa Vũng Tây Nguyên: Quá trình hình thành và định hướng phát triển	BSCKII. Nguyễn Đăng Giáp Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Vũng Tây Nguyên
15:00 - 15:30	Giải lao	Đại biểu, Khách mời và Ban tổ chức
15:30 - 16:00	Chương trình quản lý, điều trị toàn diện bệnh nhân Viêm khớp tại Bệnh viện Chợ Rẫy: Từ giáo dục sức khỏe đến ứng dụng công nghệ thông tin.	PGS.TS.BS. Nguyễn Đình Khoa Trưởng khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy
16:00 - 17:00	Thảo luận	Chủ tọa
17:00 - 17:20	Tổng kết hội nghị	Chủ tọa
18:30 - 20:00	Ăn tối	Đại biểu và Khách mời

MÃ QR CODE TÀI LIỆU





ĐIỂM MỚI TRONG LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH, HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA VÀ TRỌNG TÂM CÔNG TÁC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH THỜI GIAN TỚI

TS.BS. Hà Anh Đức

Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Tổng Thư ký CLB Giám đốc các Bệnh viện Việt Nam



NỘI DUNG TRÌNH BÀY

01 **LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NĂM 2023**

02 **HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA**

03 **TRỌNG TÂM CÔNG TÁC KBCB THỜI GIAN TỚI**

LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NĂM 2023



QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG LUẬT KBCB

- Thể chế hóa các **chủ trương, đường lối của Đảng, Nhà nước** về tăng cường công tác CSSK nhân dân trong tình hình mới.
- **Lấy người bệnh làm trung tâm** cho mọi hoạt động cung cấp dịch vụ KBCB.
- Thực hiện chính sách **xã hội hóa và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế** với sự tham gia của các hội nghề nghiệp, người hành nghề và người bệnh; **bảo đảm sự công bằng giữa các cơ sở KBCB của Nhà nước và tư nhân.**
- Đổi mới cơ chế để bảo đảm quyền của người bệnh gắn với trách nhiệm của người hành nghề và cơ sở KBCB; quyền của người hành nghề, của cơ sở KBCB gắn với trách nhiệm của người bệnh, thân nhân người bệnh.
- Tập trung đẩy nhanh **cải cách thủ tục hành chính, ứng dụng CNTT.**
- Bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp, tính thống nhất, đồng bộ, khả thi, phù hợp với chuẩn mực của pháp luật quốc tế và bảo đảm bình đẳng giới.



LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH



ĐIỂM MỚI LUẬT KBCB 2023

1. Điểm mới ☆

Nâng cao kỹ năng hành nghề, tăng cường quản lý hoạt động của người hành nghề

2. Điểm mới ☆

Nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân với dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

3. Điểm mới ☆

Đổi mới một số quy định liên quan điều kiện bảo đảm thực hiện hoạt động khám bệnh, chữa bệnh

I. NÂNG CAO KỸ NĂNG HÀNH NGHỀ, TĂNG CƯỜNG QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG CỦA NGƯỜI HÀNH NGHỀ

1. Mở rộng đối tượng hành nghề:

Thay đổi từ việc cấp giấy phép hành nghề theo **văn bằng chuyên môn** sang quy định cấp giấy phép hành nghề theo **chức danh chuyên môn**.

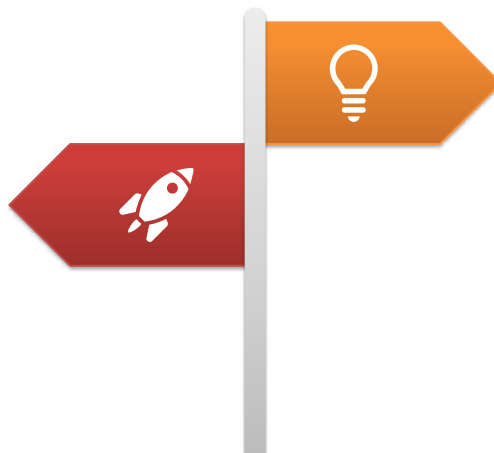
2. Nâng cao, chuẩn hóa kỹ năng của người hành nghề:

- Thay đổi phương thức cấp giấy phép hành nghề từ việc cấp giấy phép xét hồ sơ sang quy định phải **kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề**.
- Quy định giấy phép hành nghề **có giá trị 05 năm** và quy định **cập nhật kiến thức y khoa** là một trong các điều kiện gia hạn giấy phép hành nghề.
- Quy định **người nước ngoài hành nghề** lâu dài tại Việt Nam và khám bệnh, chữa bệnh cho người Việt Nam phải sử dụng tiếng Việt thành thạo trong KBCB, trừ một số trường hợp hợp tác trao đổi chuyên gia, chuyển giao kỹ thuật, đào tạo.
- Quy định áp dụng **kê đơn thuốc điện tử, bệnh án điện tử** và kết nối với **Hệ thống thông tin về quản lý hoạt động KBCB**.

II. NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ CỦA CƠ SỞ KBCB, TĂNG CƯỜNG KHẢ NĂNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ CỦA NGƯỜI DÂN VỚI DỊCH VỤ KBCB

Nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ của cơ sở KBCB

- Bổ sung quy định bắt buộc cơ sở phải tự phải đánh giá chất lượng KBCB.
- Bổ sung quy định cơ sở KBCB phải ứng dụng CNTT nhằm liên thông kết quả KBCB, quản lý hoạt động hành nghề của các tổ chức, cá nhân



Tăng cường tiếp cận dịch vụ KBCB của người dân

- Thay đổi từ 04 tuyến chuyên môn thành **03 cấp chuyên môn**.
- Cho phép phòng khám đa khoa tư nhân tại các vùng có điều kiện KTXH đặc biệt khó khăn được tổ chức giường lưu để theo dõi và điều trị người bệnh nhưng tối đa không quá 72 giờ.
- Phát triển hoạt động khám bệnh, chữa bệnh từ xa

III. ĐỔI MỚI MỘT SỐ QUY ĐỊNH LIÊN QUAN ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM THỰC HIỆN HOẠT ĐỘNG KBCB (1)

1. Quy định cụ thể chính sách của Nhà nước trong đào tạo nguồn nhân lực phục vụ công tác KBCB

- Có chính sách khuyến khích, động viên người học chuyên ngành tâm thần, giải phẫu bệnh, pháp y, pháp y tâm thần, truyền nhiễm và hồi sức cấp cứu.
- Hỗ trợ 100% học phí và hỗ trợ chi phí sinh hoạt trong toàn khóa học đối với người học một trong các chuyên ngành tâm thần, giải phẫu bệnh, pháp y, pháp y tâm thần, truyền nhiễm và hồi sức cấp cứu nếu học tại các cơ sở đào tạo thuộc khối ngành sức khỏe của Nhà nước.
- Hỗ trợ tiền đóng học phí và hỗ trợ chi phí sinh hoạt trong toàn khóa học đối với người học một trong các chuyên ngành tâm thần, giải phẫu bệnh, pháp y, pháp y tâm thần, truyền nhiễm và hồi sức cấp cứu nếu học tại các cơ sở đào tạo thuộc khối ngành sức khỏe của tư nhân.

III. ĐỔI MỚI MỘT SỐ QUY ĐỊNH LIÊN QUAN ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM THỰC HIỆN HOẠT ĐỘNG KBCB (1)

2. Bổ sung một số quy định về tài chính

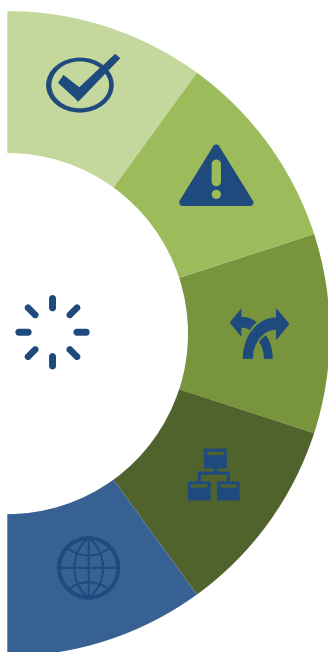
- Bổ sung **quy định cụ thể về tự chủ** đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước, trong đó Luật khẳng định "Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước được Nhà nước bảo đảm kinh phí để thực hiện chức năng, nhiệm vụ do cơ quan nhà nước có thẩm quyền giao".
- Bổ sung **quy định về các hình thức huy động nguồn lực** (Vay vốn đầu tư công trình hạ tầng, thiết bị y tế; Thuê, cho thuê tài sản, dịch vụ lâm sàng, dịch vụ cận lâm sàng, dịch vụ phi y tế, dịch vụ nhà thuốc, quản lý vận hành cơ sở KBCB; Mua trả chậm, trả dần; thuê, mượn thiết bị y tế).
- **Quy định cụ thể các yếu tố hình thành giá dịch vụ KBCB**, đồng thời quy định giá KBCB đối với cơ sở KBCB của Nhà nước bảo đảm được tính đúng, tính đủ theo lộ trình do Chính phủ quy định để bù đắp chi phí thực hiện KBCB và có tích lũy.



HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA



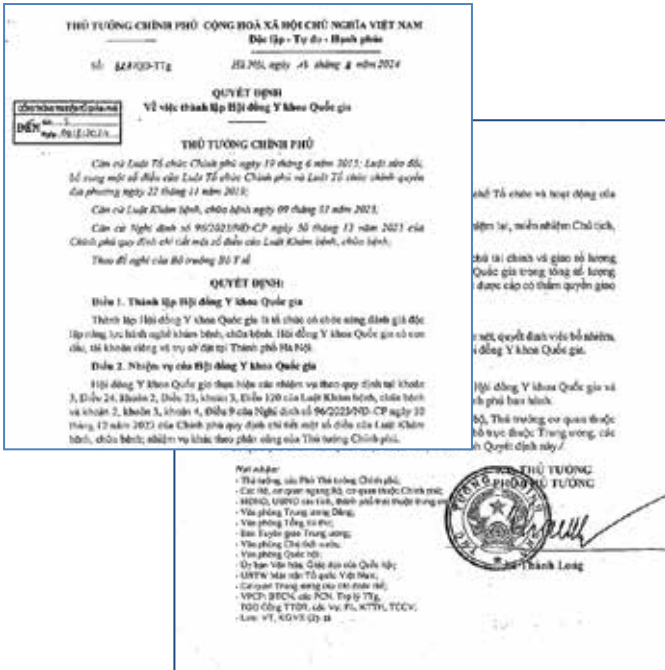
SỰ CẦN THIẾT THÀNH LẬP HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA



- Nâng cao chất lượng chuyên môn của người hành nghề.
- Hoạt động hành nghề và cấp chứng chỉ hành nghề KBCB không qua hình thức thi đã bộc lộ những hạn chế, bất cập cần phải được khắc phục.
- Thực trạng chất lượng đào tạo y khoa còn có sự chưa cân đối, chưa bảo đảm mặt bằng chất lượng, chuẩn năng lực đầu ra giữa các cơ sở đào tạo.
- Mô hình Hội đồng Y khoa là cơ chế hiệu quả, linh hoạt, tiết kiệm để huy động sự tham gia và tận dụng, kết hợp hiệu quả nguồn lực chung.
- Phù hợp với xu hướng hội nhập quốc tế



THÀNH LẬP HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA



Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 827/QĐ-TTg ngày 13/8/2024 về việc thành lập Hội đồng Y khoa Quốc gia

- Hội đồng Y khoa Quốc gia là tổ chức có chức năng **đánh giá độc lập năng lực hành nghề** khám bệnh, chữa bệnh.
- Hội đồng Y khoa Quốc gia có **con dấu, tài khoản riêng** và trụ sở đặt tại Thành phố Hà Nội.



NHIỆM VỤ CỦA HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA



Xây dựng, ban hành **Bộ công cụ đánh giá năng lực hành nghề KBCB**



Tổ chức kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề KBCB



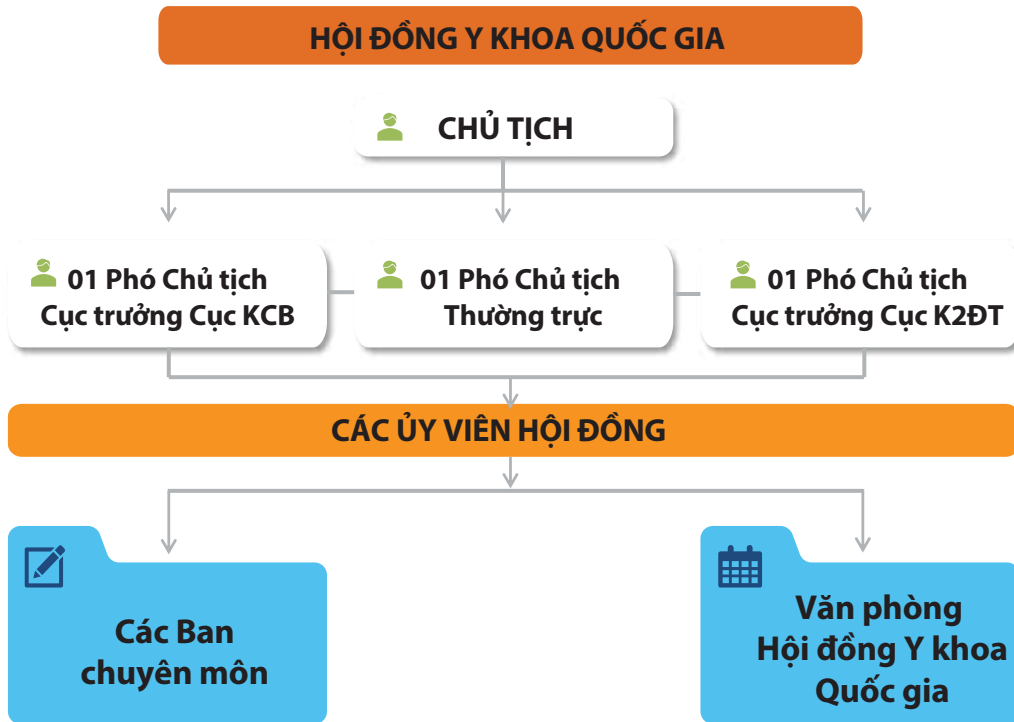
Tiếp nhận, giải quyết hoặc phối hợp giải quyết khiếu nại, tố cáo về kết quả kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề KBCB



Nhiệm vụ khác theo quy định của Thủ tướng Chính phủ



CƠ CẤU TỔ CHỨC HỘI ĐỒNG Y KHOA QUỐC GIA



KIỂM TRA ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC HÀNH NGHỀ KBCB



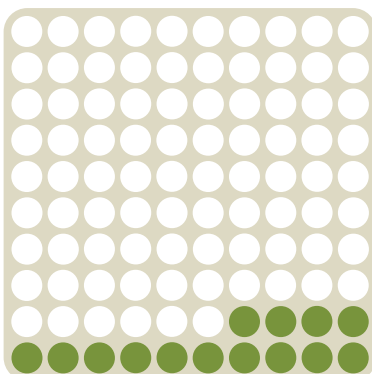
TRỌNG TÂM CÔNG TÁC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH THỜI GIẠN TỚI



I. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC [1]

Thực hiện Nghị quyết số 103/2023/QH15 của Quốc hội về Kế hoạch phát triển KTXH năm 2024

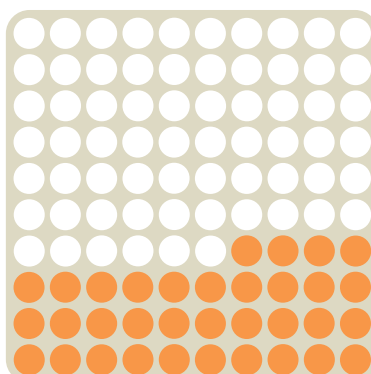
14 BS/10.000 dân



Số bác sĩ
trên 10.000 dân

Ước tính **vượt chỉ tiêu** được
QH giao năm 2024 là 13,5
BS/10.000 dân

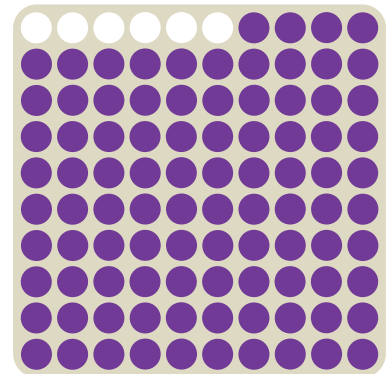
34 GB/10.000 dân



Số giường bệnh
trên 10.000 dân

Ước tính **vượt chỉ tiêu** được
QH giao năm 2024 là 32,5
GB/10.000 dân

94,1%



Tỷ lệ tham gia BHYT

Ước tính **đạt chỉ tiêu** được QH
giao năm 2024 là 94,1%



I. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC [2]



LUẬT

Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023 của Quốc hội

NGHỊ ĐỊNH

Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh

THÔNG TƯ

Thông tư số 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của Luật KBCB
Thông tư số 18/2024/TT-BYT bãi bỏ một số nội dung của Quy chế Bệnh viện
Thông tư số 23/2024/TT-BYT Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh Tiếp tục hoàn thiện, ban hành các **Thông tư hướng dẫn Luật KBCB**

ĐỀ ÁN

Đề án **Bệnh viện vệ tinh**

Đề án **xây dựng Trung tâm xạ trị Proton**

Đề án phát triển **Pháp y, pháp y tâm thần bắt buộc chữa bệnh**

Đề án nâng cao **chăm sóc người bệnh toàn diện** giai đoạn 2024-2030

Đề án **Quy hoạch phát triển, ứng dụng bức xạ và đồng vị phóng xạ Y tế**

Tiếp tục xây dựng các chương trình, kế hoạch về **phòng chống kháng thuốc, nhiễm khuẩn bệnh viện...**



I. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC [3]

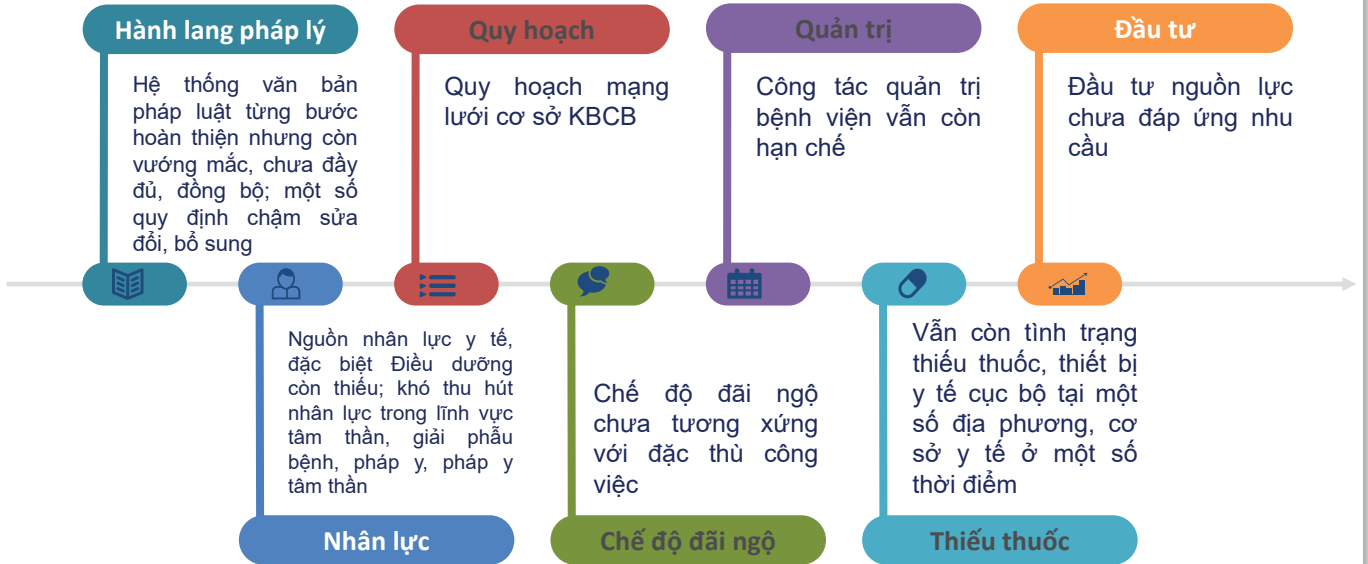
Nâng cao chất lượng quản lý và chuyên môn nghiệp vụ

- Tiếp tục đổi mới phong cách, thái độ phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh; lấy người bệnh làm trung tâm.
- Tăng cường quản lý chất lượng bệnh viện.
- Ứng dụng CNTT, chuyển đổi số y tế (KCB từ xa; Sổ sức khỏe điện tử trên VNeID...)
- Thực hiện thành công các kỹ thuật chuyên sâu, phức tạp (can thiệp tim bào thai; ghép tạng,...)
- Đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn lực.





TỒN TẠI, THÁCH THỨC



NHIỆM VỤ TRỌNG TÂM THỜI GIAN TỚI [1]

Hoàn thiện hành lang pháp lý

- Ban hành các Thông tư, Đề án trong kế hoạch năm 2024; trọng tâm là các Thông tư hướng dẫn Luật KBCB
- Sửa đổi, bổ sung Nghị định 96/2023/NĐ-CP và Thông tư số 32/2023/TT-BYT

Hội đồng Y khoa Quốc gia

- Trình ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Hội đồng Y khoa Quốc gia

Hoạt động chuyên môn

- Công tác quản lý chất lượng bệnh viện
- Công tác ứng dụng CNTT, chuyển đổi số y tế (triển khai Sổ Sức khỏe điện tử toàn quốc, tăng cường KCB từ xa)
- Hoàn thiện xếp cấp bệnh viện

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!

NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG KHÁM, CHỮA BỆNH SỬ DỤNG NỀN TẢNG EQIS VÀ CÔNG NGHỆ AI

Ngày 29/11/2024

GS.TS.BS. John Peabody

Đồng sáng lập Quỹ Peabody Health Philanthropies
Giáo sư trường Đại học California San Francisco
và Los Angeles



Nội dung

- **Chất lượng khám, chữa bệnh chưa đồng đều giữa các khu vực**
- Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng còn gặp nhiều khó khăn để giải quyết trên diện rộng
- Ứng dụng công nghệ AI vào đo lường chất lượng thực hành lâm sàng
- Kết quả triển khai nền tảng EQIS tại 7 bệnh viện Vinmec ở Việt Nam

Nâng cao Chất lượng thực hành lâm sàng là Biện pháp nhanh nhất và đỡ tốn kém nhất giúp cải thiện sức khỏe



Sự Khác biệt trong Chất lượng Khám, Chữa bệnh: Là Một vấn đề toàn cầu



Dẫn chứng trên thế giới và gánh nặng của sự khác biệt trong thực hành lâm sàng:

- Nhiều nghiên cứu cho thấy sự khác biệt đáng kể trong việc đưa ra các quyết định lâm sàng và chất lượng chăm sóc người bệnh giữa các bác sĩ trên toàn thế giới.
- Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tại các nước có thu nhập thấp và trung bình, tỷ lệ tuân thủ các hướng dẫn lâm sàng, đang ở mức thấp, dưới 30% và có sự khác biệt lớn giữa các quốc gia/khu vực.
- Năm 2016 ghi nhận gần 5 triệu ca tử vong do chất lượng chăm sóc sức khỏe thấp tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

Ảnh hưởng tới việc chăm sóc người bệnh:

- Các hướng dẫn, quy trình kỹ thuật chưa hiệu quả trong việc giảm sự khác biệt trong thực hành lâm sàng.

Sự khác biệt theo địa lý và từng cơ sở:

- Chất lượng khám, chữa bệnh hiện đang có sự khác biệt lớn giữa các khu vực, cơ sở y tế và thậm chí là trong cùng một bệnh viện vẫn xảy ra việc các CBYT có các thực hành lâm sàng khác nhau.
- Các chính sách, nguồn lực và giải pháp hiện nay chỉ mới giải quyết một phần không đáng kể vấn đề khác biệt này (Tạp chí BMJ, 2022)

Các thách thức trong đo lường chất lượng thực hành lâm sàng:

- Việc đo lường và giải quyết các khác biệt trong thực hành lâm sàng vẫn còn nhiều thách thức và chưa được triển khai một cách đầy đủ và toàn diện.

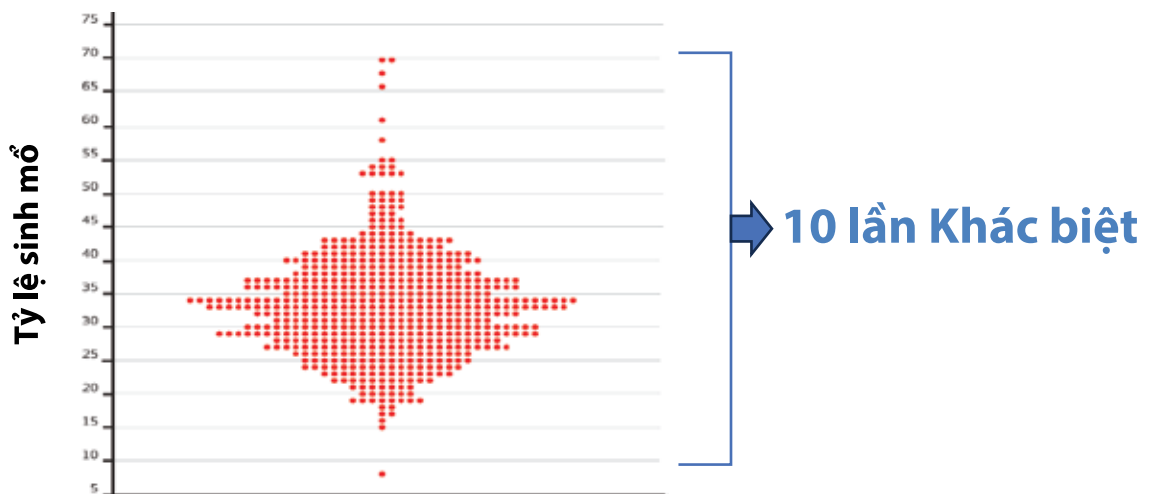
Source: Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1194-e1208.

Source: Auerbach, A. D., & Landefeld, C. S. (2003). How well do physicians adhere to clinical practice guidelines? A framework for improvement. *BMJ Open Quality*, 12(1), 73-80.

Khác biệt trong thực hành lâm sàng xuất hiện trong nhiều hệ thống và nhiều quốc gia



Tỷ lệ Sinh Mổ tại Các Bệnh viện



Số lượng từng bệnh viện với từng tỷ lệ sinh mổ

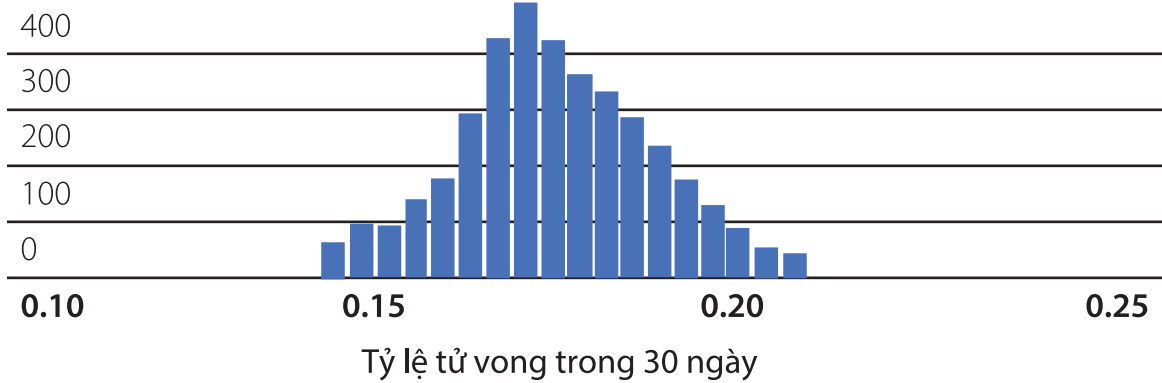
Kozhimannil KB, Law MR, Virnig BA. Cesarean Delivery Rates Vary Tenfold Among US Hospitals; Reducing Variation May Address Quality And Cost Issues. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Mar;32(3):527-35.

Khác biệt trong thực hành lâm sàng Và Những hậu quả ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh



Phân bố Tỷ lệ Tử vong sau 30 ngày theo nguy cơ đối với bệnh nhân nhồi máu cơ tim

Số lượng bệnh viện



Harlan M. Krumholz, Sharon-Lise T. Normand, John A. Spertus, David M. Shahian, and Elizabeth H. Bradley, Measuring Performance For Treating Heart Attacks And Heart Failure: The Case For Outcomes Measurement, Health Aff January 2007 26:175-85; doi:10.1377/hlthaff.26.1.75

Khác biệt trong chất lượng khám, chữa bệnh ở Việt Nam: Kiến thức, Năng lực Chuyên môn và Hiệu quả điều trị



Kiến thức của bác sỹ

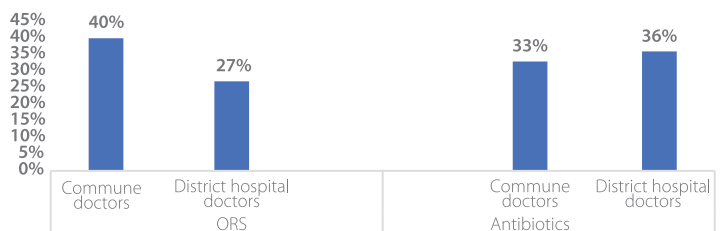
- Các bác sỹ tuyến quận/huyện thường có kiến thức chuyên môn tốt hơn so với các bác sỹ tuyến xã
- Tuy nhiên, Tỷ lệ các BS tuyến huyện có những chỉ định điều trị đúng đối với các ca bệnh đơn giản như ho, cảm cúm hoặc tiêu chảy lại thấp hơn so với các BS tuyến xã

Sự nỗ lực và tận tình của bác sỹ thay đổi trong ngày

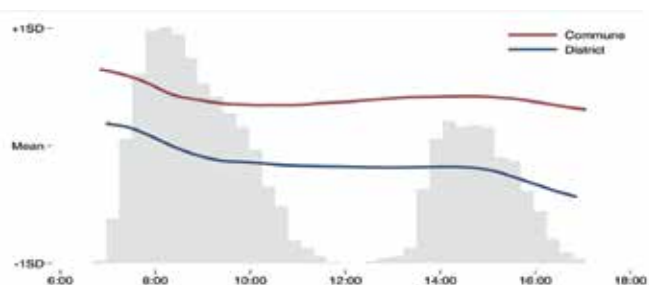
- Mức nỗ lực/tận tình của bác sỹ có sự giảm rõ rệt trong ngày – Những bệnh nhân đến vào buổi tối nhận được ít hơn tới 0.75 độ lệch chuẩn so với những người đến vào đầu giờ sáng.

Source: Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Sự khác biệt trong điều trị tiêu chảy giữa các BS



Chỉ số tận tình của BS theo các thời điểm trong ngày



Khác biệt trong chất lượng khám, chữa bệnh tại Việt Nam: Khám chữa bệnh ngoài giờ tại các Phòng khám tư và Đào tạo

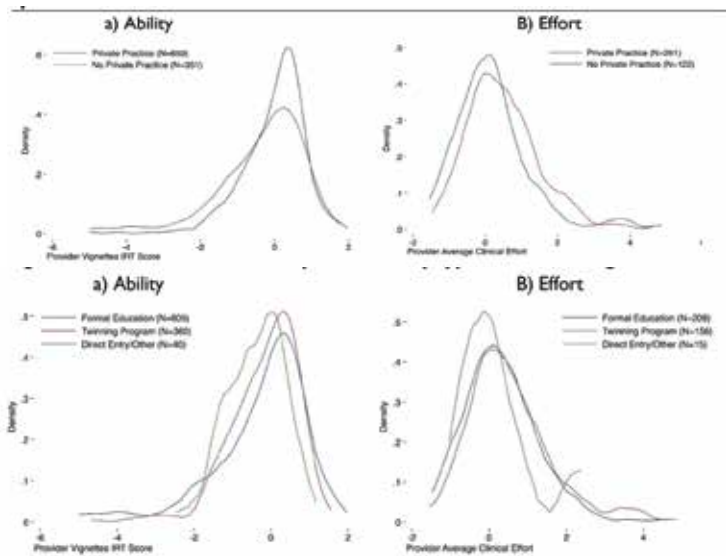


Chất lượng KCB khác biệt tại Phòng khám tư

- Bác sĩ tại các phòng khám tư thường có năng lực cao hơn, giá dịch vụ cao hơn nhưng sự tận tình trong khám chữa bệnh thấp hơn.

Ảnh hưởng của đào tạo đến sự khác biệt là không đáng kể

- Sự khác biệt về năng lực và sự tận tình theo các trình độ đào tạo là không đáng kể sau khi kiểm soát các đặc tính của bác sĩ và cơ sở y tế.



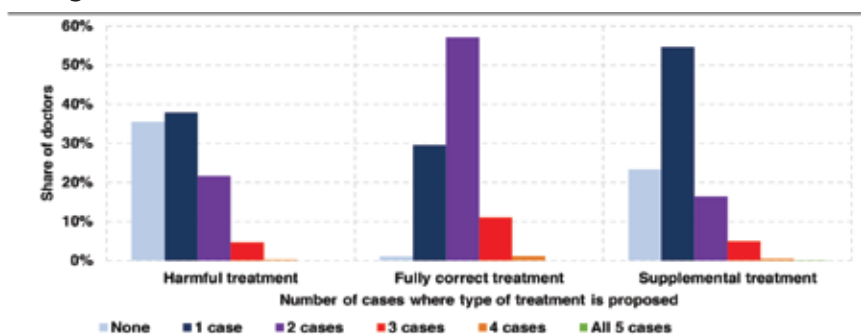
Source: Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Khác biệt trong chất lượng khám, chữa bệnh tại Việt Nam: Khám chữa bệnh ngoài giờ tại các Phòng khám tư và Đào tạo



2/3 BS (trên tổng số hơn 1.000 BS) đã lựa chọn phương án điều trị rủi ro cho người bệnh trong ít nhất một tình huống giả định được cung cấp

- Tỷ lệ kháng sinh được chỉ định cao bởi BS, ngay cả khi không cần thiết: 45% các đơn thuốc tại trạm y tế xã và 39% tại các bệnh viện tuyến quận/huyện đều có ít nhất là 01 loại kháng sinh.
- Trung bình sẽ có ít nhất 3 loại thuốc trong một đơn thuốc và 01 loại kháng sinh
- 46% các trường hợp khám tại các Bệnh viện tuyến quận/huyện sẽ được BS chỉ định ít nhất 01 xét nghiệm cận lâm sàng.



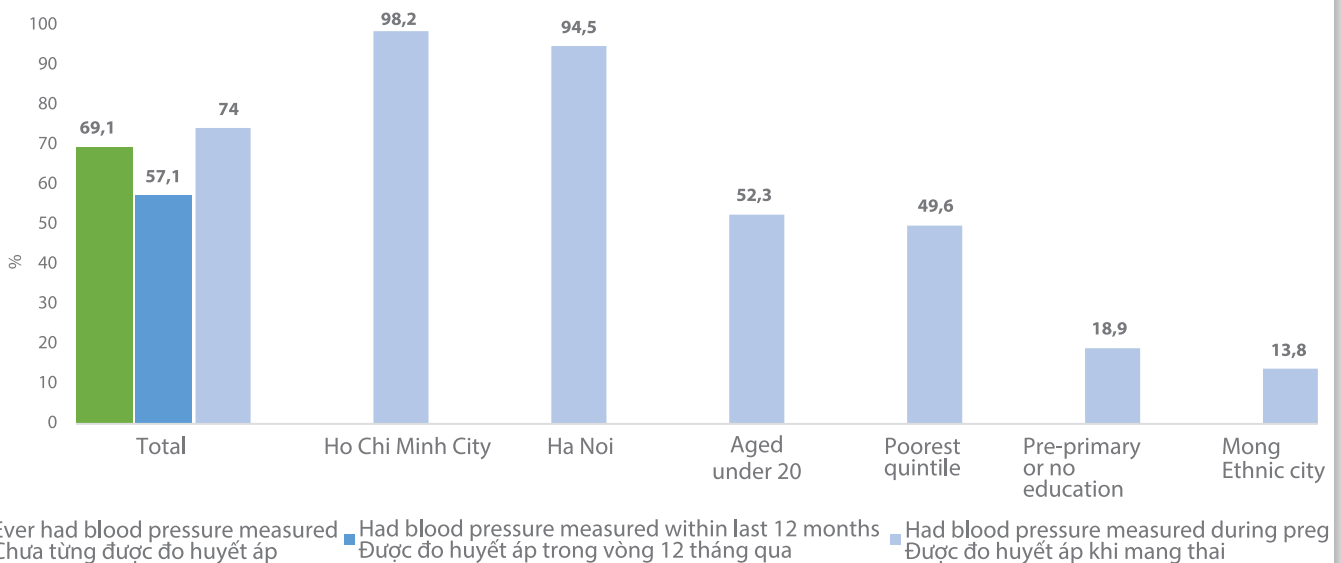
Source: Calculations from the Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Khác biệt trong chất lượng khám, chữa bệnh tại Việt Nam: Đối với Lĩnh vực Tim mạch và Sản khoa



- **Có sự khác biệt đáng kể trong chất lượng khám, chữa bệnh đối với các bệnh không lây nhiễm và Sản khoa tại Việt Nam**
- **Các bệnh không lây nhiễm:**
 - Tại các khu vực nông thôn/miền núi:
 - Năng lực KCB của NVYT còn hạn chế, Chất lượng chăm sóc người bệnh không đồng đều (Demombynes G, Hurt K, 2016 & MOH, 2014)
 - Chỉ có 52.2% bệnh nhân được kê đầy đủ 04 loại thuốc theo khuyến cáo cho hội chứng vành cấp. (VTTM, 2024)
- **Sản khoa:**
 - Tại khu vực thành thị: Việc chăm sóc y tế đang bị lạm dụng và vượt quá khuyến cáo
 - 94.8% PNMT có ít nhất 4 lần khám thai trước sinh và 72.1% khám thai ít nhất 8 lần. Tại Hà Nội, trung bình 01 PNMT có khoảng 10 ± 4 lần khám thai, và 6 lần siêu âm trong suốt thai kỳ dù không có nguy cơ.
 - 43.2% số ca sinh được thực hiện bằng phương pháp mổ lấy thai.
 - Tại khu vực nông thôn/miền núi:
 - 85.1% PNMT có ít nhất 4 lần khám thai trước sinh và 43.9% khám thai hơn 8 lần
 - H'Mông: Chỉ 10.6% PNMT có ít nhất 4 lần khám thai và 1.9% sinh con bằng phương pháp mổ lấy thai. (MICS 2020-21)

Khác biệt trong chất lượng khám, chữa bệnh tại Việt Nam: Việc đo huyết áp cũng không được triển khai đồng nhất



Hình minh họa. Tiền sử về việc đo huyết áp ở phụ nữ, 2021–2022
Nguồn: STEPS 2021, Multiple Indicator Cluster Survey 2021–2022

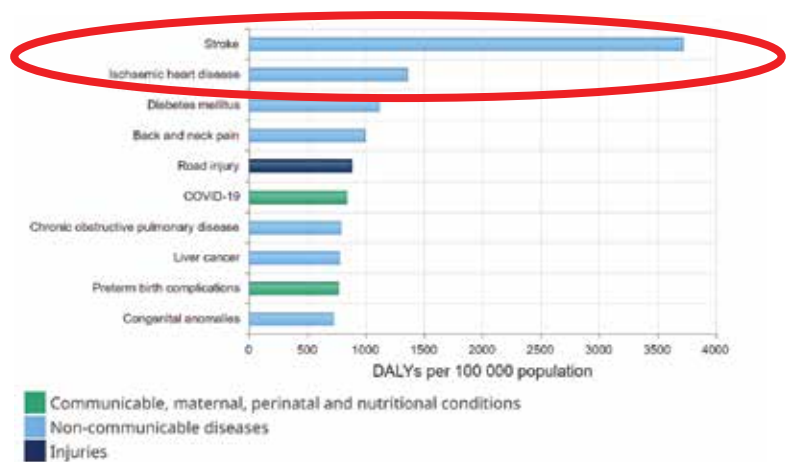
Tăng huyết áp không được chẩn đoán và điều trị: Dẫn đến hậu quả nghiêm trọng



Nếu tất cả những người bị tăng huyết áp ở Việt Nam được điều trị thì số năm sống điều chỉnh theo mức độ bệnh tật (DALYs) có giảm không?

- Quản lý kém các bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân của các biến chứng và tử vong có thể ngăn ngừa được.
- 80% số ca tử vong ở Việt Nam liên quan đến các bệnh không lây nhiễm (BYT 2020)

10 nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam theo tổng số tuổi và năm (2021)



Chất lượng chăm sóc người bệnh thấp, dẫn tới tăng giá thành khám, chữa bệnh in Vietnam



Gánh nặng đối với Quốc gia:

- Tổng Gánh nặng kinh tế do suy tim từ 2018 đến 2021 là 1,068,870 USD, với chi phí hàng năm dao động từ 201,670 USD tới 443,831 USD (DD Tien, 2024)
- Tăng tỷ lệ tái nhập viện và kéo dài thời gian nằm viện
- Mất năng suất lao động và thu nhập do thời gian phục hồi kéo dài

Gánh nặng kinh tế đối với người bệnh và gia đình:

- Chi phí tự chi trả y tế tại Việt Nam chiếm khoảng 39.6% tổng chi tiêu năm 2020, trong khi trung bình thế giới là 16.32% (Cai J 2023)

- Sinh con tại bệnh viện công lập tuyến trên làm tăng chi phí tự chi trả thêm 72.3% so với bệnh viện tuyến quận/huyện (Vu PH, 2023)
- Chỉ 61.1% bệnh nhân mắc bệnh tim mạch hoặc/và nội tiết-chuyển hóa tuân thủ dung thuốc, chủ yếu do hạn chế tài chính (Ly, H.H.V, 2022)

Tăng chi phí điều trị do chất lượng chăm sóc người bệnh kém tại Việt Nam:

- Chất lượng kém dẫn đến chẩn đoán nhầm và nhiều biến chứng hơn, dẫn đến chi phí điều trị cao hơn.
- Bệnh nhân bị biến chứng nhồi máu cơ tim có khả năng tái nhập viện trong vòng 30 ngày (3,5 lần) và 90 ngày cao hơn 4,4 lần.
- Thời gian lưu trú tăng 4,9 và 5,7 ngày với mỗi ca tương ứng với chi phí liên quan là 4.490,9 USD và 4.724,6 USD (MHB, 2021)

Nội dung

- Chất lượng khám, chữa bệnh chưa đồng đều giữa các khu vực
- **Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng chưa được giải quyết triệt để tại Việt Nam**
- Ứng dụng công nghệ AI vào đo lường chất lượng thực hành lâm sàng
- Kết quả triển khai nền tảng EQIS tại 7 bệnh viện Vinmec ở Việt Nam



Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam chưa được giải quyết triệt để



Gia hạn giấy phép hành nghề y khoa:

Phần lớn các quốc gia đều yêu cầu các bác sĩ cần gia hạn giấy phép hành nghề mỗi 1-2 năm.

Việt Nam:

- Giấy phép hành nghề có hiệu lực trong vòng 5 năm và cần gia hạn mỗi 5 năm bắt đầu từ ngày 1/1/2024
- Hội đồng Y khoa Quốc gia sẽ ội đồng Y khoa Quốc gia thực hiện nhiệm vụ kiểm tra đánh giá năng lực hành nghề khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01/01/2027 đối với chức danh bác sỹ; Từ 01/01/2028 đối với y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh; và từ ngày 01/01/2029 đối với các chức danh kỹ thuật y, dinh dưỡng lâm sàng, cấp cứu viên ngoại viện và tâm lý lâm sàng.

(Luật Khám bệnh, Chữa bệnh 2023)

Mục đích:

- Giúp các bác sĩ cập nhật các kỹ thuật và kiến thức y khoa mới nhất.
- Giảm thiểu sự khác biệt trong thực hành lâm sàng và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân.

Điều kiện gia hạn giấy phép hành nghề tại Việt Nam:

(Theo Luật Khám bệnh, Chữa bệnh 2023)



1. Đáp ứng yêu cầu về cập nhật kiến thức y khoa liên tục:

- Tham gia các khóa đào tạo, bồi dưỡng ngắn hạn, hội nghị, hội thảo về y khoa phù hợp với phạm vi hành nghề **tối thiểu 120 giờ tín chỉ CME trong 05 năm liên tục** (Thông tư 32/2023/TT-BYT)
- Tham gia biên soạn giáo trình, tài liệu giảng dạy, tài liệu chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh;
- Thực hiện các nghiên cứu khoa học, giảng dạy về y khoa thuộc phạm vi hành nghề;
- Tự cập nhật kiến thức y khoa và các hình thức khác.

2. Có đủ sức khỏe để hành nghề;

3. Phải thực hiện thủ tục gia hạn ít nhất 60 ngày trước thời điểm giấy phép hành nghề hết hạn, trừ trường hợp khác theo quy định của Chính phủ;

4. Không thuộc một trong các trường hợp bị cấm hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

Poor Quality, Leads to Higher Costs in Vietnam



• Mỹ:

- Điều kiện gia hạn giấy phép hành nghề sẽ khác nhau theo từng tiểu bang với yêu cầu về CME từ 20 đến 100 giờ tín chỉ mỗi 2 năm.
- Gia hạn chứng chỉ hành nghề sẽ thông qua Hội đồng chuyên môn mỗi 5 đến 10 năm.

• Anh: Việc gia hạn sẽ được thực hiện sau mỗi 05 năm thông qua việc đánh giá hàng năm và xem xét quá trình phát triển chuyên môn liên tục

• Úc: Yêu cầu 50 giờ tín chỉ CME hằng năm để được gia hạn giấy phép hành nghề.

• Canada: Hoạt động đào tạo y khoa liên tục thường xuyên và thông qua hội đồng kiểm định mỗi 5 năm để duy trì giấy phép hành nghề.

• Liên minh Châu Âu:

- Bao gồm đánh giá theo kỳ và yêu cầu về CME.
- Tuân thủ các tiêu chuẩn của Hội đồng Kiểm định Châu Âu về đào tạo Y khoa liên tục.

• New Zealand:

- Yêu cầu bắt buộc về các chứng nhận hành nghề hằng năm.
- Yêu cầu về CME và thông qua hội đồng kiểm định là bắt buộc để duy trì giấy phép hành nghề.

Yêu cầu về CME tại các quốc gia



• Châu Phi: Thường yêu cầu bắt buộc về CME

- Ethiopia: 30 tín chỉ, Malawi 35 điểm, Lesotho 12 điểm, Swaziland 10 giờ, Ghana 10 – 20 điểm (mỗi năm);
- Rwanda 60 điểm, Liberia 2 điểm tín chỉ, 20 giờ tương tác (mỗi 2 năm),
- Nigeria 60 CEU giờ tương tác, Tanzania 30 tín chỉ, Uganda 50 tín chỉ (mỗi 3 năm)

• Châu Á:

- Nhật Bản, Singapore và Hàn Quốc có quy trình về cấp lại giấy phép hành nghề bao gồm yêu cầu về CME và đánh giá theo kỳ.
- Ấn Độ 30 giờ đào tạo CME, Indonesia và Maldives 250 tín chỉ và thi vượt qua bài kiểm tra đánh giá năng lực, Armenia, Jordan (mỗi 5 năm)
- Trung Quốc: 25–30 CME/CPD tín chỉ hằng năm (bắt buộc và gắn với giấy phép hành nghề tại một số khu vực)
- Các quốc gia Đông Á: Sri Lanka, Ấn Độ, Myanmar, Bangladesh, Thái Lan và Bhutan: không có yêu cầu về bắt buộc đào tạo CME

Nội dung

- **Chất lượng khám, chữa bệnh chưa đồng đều giữa các khu vực**
- **Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng chưa được giải quyết**
- **Ứng dụng công nghệ AI vào đo lường chất lượng thực hành lâm sàng**
- **Kết quả triển khai nền tảng EQIS tại 7 bệnh viện Vinmec ở Việt Nam**

Các phương pháp trước đây về đo lường chất lượng: **Thông thường có chi phí cao, sai số, không khả thi**



1. Phỏng vấn bệnh nhân khi ra viện

- Kết quả là do bệnh nhân tự đánh giá nên tính chính xác không cao, có nhiều yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến phần đánh giá và phản hồi của bệnh nhân.



2. Kiểm tra/Đánh giá và cấp giấy phép hành nghề

- Các câu hỏi dưới dạng trắc nghiệm và có 1 lựa chọn, không phản ánh được đúng thực tế năng lực của CBYT



3. Quan sát trực tiếp

- Hiệu ứng Hawthorne



4. Biểu đồ y khoa

- Là mức tiêu chuẩn hiện nay, tuy nhiên tính chính xác còn chưa cao và mất thời gian để triển khai



5. Bệnh nhân chuẩn (SP)

- Là Tiêu chuẩn vàng nhưng khá tốn kém và khó để triển khai



6. Phương pháp mô phỏng khác

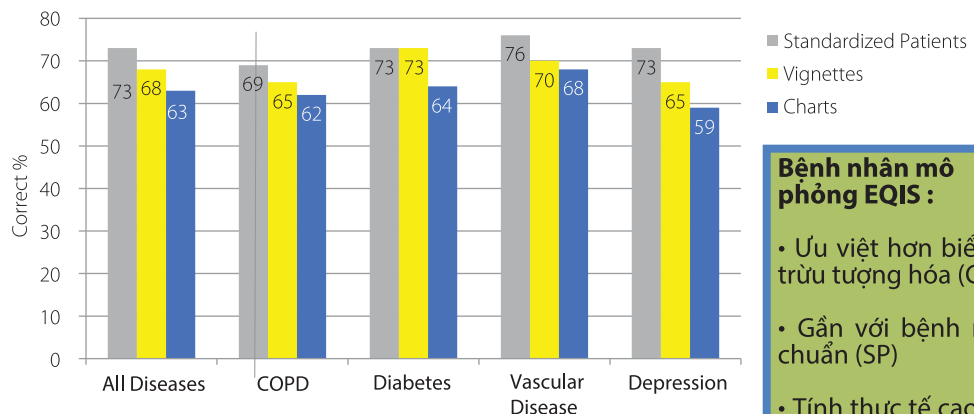
- Đã được kiểm chứng, với các ứng dụng từ công nghệ AI, cần được nhân rộng và sử dụng rộng rãi



EQIS Simulated Patients **Accurately Measures Clinical Practice**



Nhiều bài báo được xuất bản trên các tạp chí JAMA, Annals of Internal Medicine



Bệnh nhân mô phỏng EQIS :

- Ưu việt hơn biểu đồ trừu tượng hóa (CA)
- Gần với bệnh nhân chuẩn (SP)
- Tính thực tế cao hơn và ít tốn kém hơn SP và CA

Sources: Peabody JW, Luck J, Glassman PA, Dresselhaus TR, Lee M. "Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality." Journal of the American Medical Association, 283(13):1715-1722, April 5, 2000.

Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Spell M and Hansen J. "Measuring the Quality of Physician Practice by using Clinical Vignettes: a Prospective Validation Study." Annals of Internal Medicine. Vol. 141(10):771-80, November 2004.

EQIS có thể đo lường sự thay đổi trong thực hành lâm sàng ở quy mô lớn: Thông qua mô phỏng tương tác với bệnh nhân



1 **Ca bệnh EQIS** được xây dựng với các lĩnh vực lâm sàng ưu tiên (ví dụ: Sản khoa và Tim mạch)

2 **Các bệnh án mô phỏng giống với thực tế** được xây dựng trên các nền tảng công nghệ mà học viên có thể truy cập và sử dụng trên **máy tính, điện thoại hoặc máy tính bảng**

3 **Bác sĩ/điều dưỡng/nữ hộ sinh** sẽ tham gia và trả lời các câu hỏi về:

- Tiền sử và bệnh sử
- Khám lâm sàng
- Chỉ định cận lâm sàng
- Chẩn đoán
- Lên kế hoạch điều trị
- Theo dõi sau điều trị

Với EQIS: Mọi người sẽ chăm sóc cho cùng một bệnh nhân



Ca bệnh EQIS :

•Nhiều ca bệnh mô phỏng cùng được xây dựng. Các BS/ĐD sẽ lần lượt tham gia tất cả các ca bệnh một cách ngẫu nhiên. Như vậy, **với cùng 1 ca bệnh sẽ có nhiều BS/ĐD cùng tham gia và trả lời các câu hỏi.** Như vậy thì sẽ đảm bảo được tính **chi phí hiệu quả và dễ dàng nhân rộng.**

- Các lĩnh vực lâm sàng ưu tiên sẽ được lựa chọn để xây dựng ca bệnh mô phỏng
- Ca bệnh mô phỏng được xây dựng dựa trên các **hướng dẫn y khoa chính thức dựa trên bằng chứng.**
- Cơ hội để tất cả mọi người cùng chăm sóc cho cùng 1 bệnh nhân

Nurlan Kadyrov 5-year old Male

A mother comes to the clinic with her 5 year old son, Nurlan. She says that he has had diarrhea and vomiting.

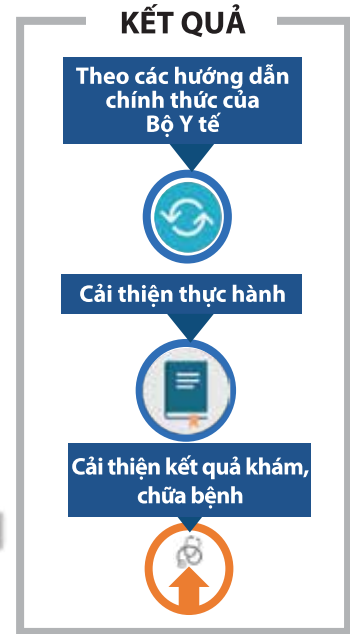
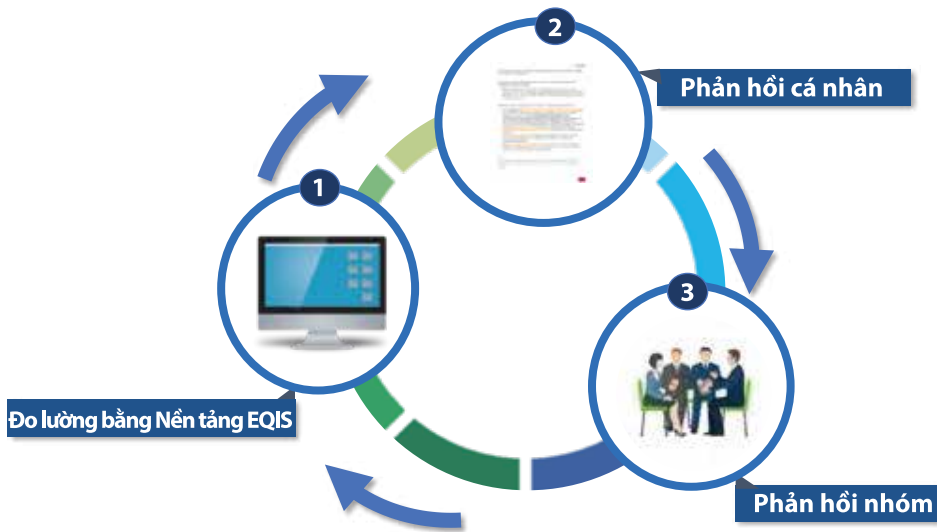
Patient Vitals:

- Nurlan is awake and alert, not in distress but weak-looking minute.
- Temperature is 38.5 degrees
- Blood Pressure is 85/45. The pulse is strong at 150 beats per minute.

Mỗi ca bệnh sẽ cần khoảng 20 phút để hoàn thành

Do đó, bệnh nhân mô phỏng cung cấp một phương pháp mới để đo lường trên quy mô lớn.

EQIS đo lường năng lực thực hành của người tham gia và cung cấp phản hồi mỗi 04 tháng. Các kết quả là hoàn toàn bảo mật



In 2023 PHP, working with VinUni, developed the 3-Part EQIS Software



1. Phát triển ca bệnh

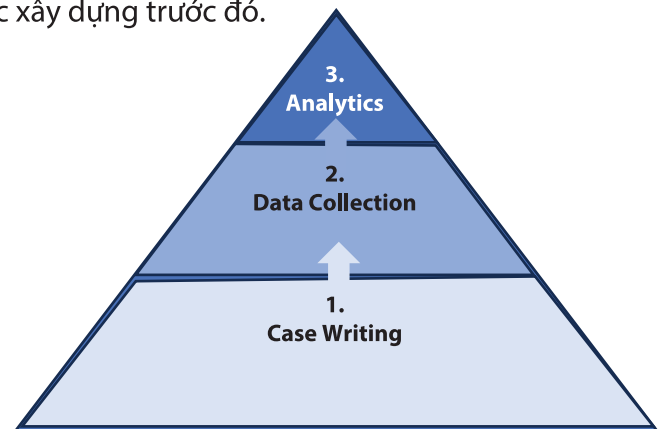
- **BS viết ca bệnh + ứng dụng AI:**
 - Sử dụng các các hướng dẫn lâm sàng chính thức và dữ liệu bệnh nhân để viết các ca bệnh ban đầu.
- **Chuyên gia thẩm định:**
 - Chuyên gia thẩm định và đảm bảo các ca bệnh xây dựng phù hợp với thực tiễn của từng khu vực.

3. Phân tích

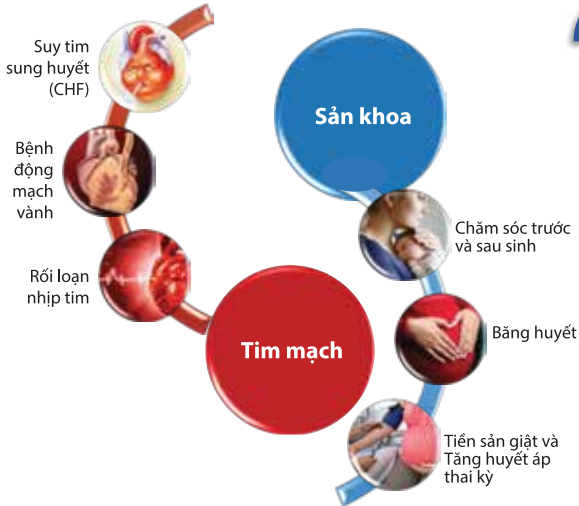
- **Tổng hợp dữ liệu:**
 - Phân tích xu hướng và các đặc điểm.
- **Báo cáo thực hiện:**
 - Theo dõi tiến độ và xác định các vấn đề cần cần thiết.
- **Cải tiến liên tục:**
 - Điều chỉnh các ca bệnh và triển khai đào tạo dựa trên các kết quả phân tích

2. Thu thập dữ liệu

- **Ghi chép theo thời gian thực tế:**
 - Các quyết định và câu trả lời của người tham gia sẽ được ghi nhận theo đúng thời gian thực tế.
- **Hệ thống chấm điểm tự động:**
 - Ngay sau khi trả lời câu hỏi, người tham gia sẽ nhận ngay phản hồi từ hệ thống thông qua các tiêu chí điểm đã được xây dựng trước đó.



Phát triển ca bệnh



Đào tạo người viết ca bệnh

- ✓ **2 buổi đào tạo trực tuyến** về các bước thiết kế ca bệnh
- ✓ **04 buổi họp trực tiếp** để chỉnh sửa ma trận ca bệnh và xây dựng ca bệnh hoàn chỉnh
- ✓ **Emails** trao đổi góp ý và chỉnh sửa ca bệnh hoàn chỉnh: Không đếm được



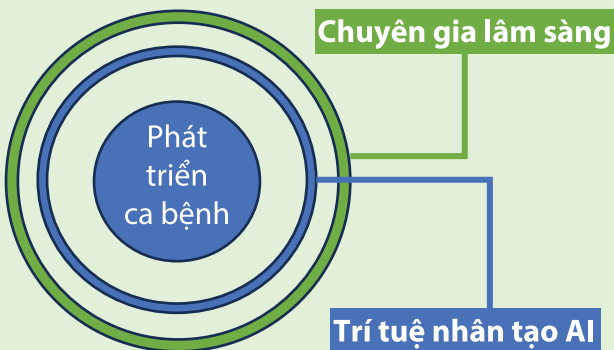
Phát triển ca bệnh

- ✓ **3 chuyên gia** thực hiện tìm kiếm và tổng quan tài liệu, xác định các mục tiêu học tập và xây dựng ma trận ca bệnh
- ✓ **6 ca bệnh/ mảng lâm sàng** được viết dựa trên các mục tiêu đào tạo và tóm tắt ca bệnh trong ma trận.
- ✓ **Đảm bảo tính nhất quán và tích hợp lâm sàng.**

Hai lĩnh vực lâm sàng

18 ca bệnh trong một lĩnh vực lâm sàng

EQIS ứng dụng AI trong phát triển ca bệnh



- **Tăng tính hiệu quả:** AI tự động hóa các bước lặp lại trong việc tạo tình huống lâm sàng, giúp giảm thời gian và công sức cho các chuyên gia, để họ có thể tập trung vào việc điều chỉnh nội dung.
- **Tăng tính nhất quán:** Đảm bảo cấu trúc chuẩn hóa và giảm thiểu lỗi do con người trong các tình huống lâm sàng.
- **Thông tin chi tiết dựa trên dữ liệu:** AI sử dụng các bộ dữ liệu lớn để tạo ra các kịch bản dựa trên bằng chứng, nhằm tạo ra các tình huống thực tế bằng cách phân tích xu hướng dữ liệu bệnh nhân.
- **Phối hợp với chuyên gia trong nước:** AI soạn thảo các tình huống dựa trên hướng dẫn, sau đó các chuyên gia địa phương tùy chỉnh để phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe khu vực.
- **Học liên tục:** AI học từ phản hồi của chuyên gia và cập nhật nội dung với các nghiên cứu y khoa mới nhất, liên tục cải thiện độ chính xác của tình huống

Nội dung

- Chất lượng khám, chữa bệnh chưa đồng đều giữa các khu vực
- Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng chưa được giải quyết
- Ứng dụng công nghệ AI vào đo lường chất lượng thực hành lâm sàng
- **Kết quả triển khai nền tảng EQIS tại 7 bệnh viện Vinmec ở Việt Nam**



Dự án hợp tác giữa PHP và VinUni



36 ca bệnh đã được phát triển thuộc 02 lĩnh vực:

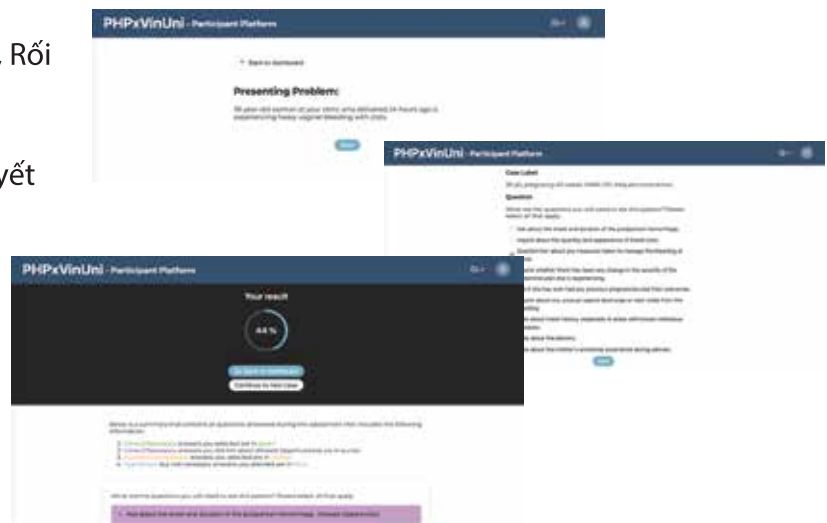
Tim mạch: Suy tim, Bệnh mạch vành, Rối loạn nhịp tim.

Sản phụ khoa: Chăm sóc trước sinh, Băng huyết. Tiền sản giật và Tăng huyết áp thai kỳ.

07 Bệnh viện Vinmec tham gia:

Hoàn thành 2 trên 6 vòng thu thập số liệu:

- Vòng 1 Tháng 6/2024
- Vòng 2 Tháng 9/2024



Tỉ lệ Tham Gia Của 02 Vòng của 07 Bệnh viện Vinmec

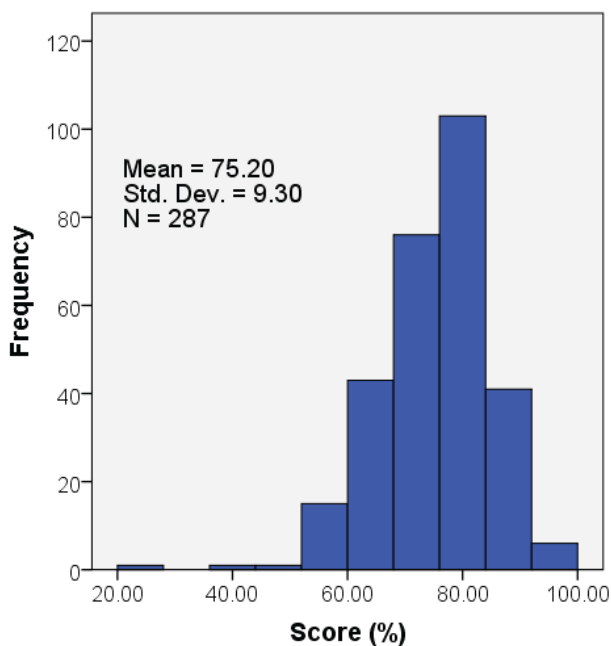


Bệnh viện	Tổng				Tim mạch				Sản phụ khoa			
	n Vòng 1	% Hoàn thành vòng 1	n Vòng 2	% Hoàn thành vòng 2	n Vòng 1	% Hoàn thành vòng 1	n Vòng 2	% Hoàn thành vòng 2	n Vòng 1	% Hoàn thành vòng 1	n Vòng 2	% Hoàn thành vòng 2
VMTC	111	100%	118	100%	24	100%	24	100%	87	100%	94	100%
VMHL	18	100%	20	100%	4	100%	4	100%	14	100%	94	100%
VMHP	29	100%	29	100%	6	100%	6	100%	23	100%	23	100%
VMDN	37	100%	39	100%	7	100%	8	100%	30	100%	31	100%
VMDN	33	100%	38	100%	8	100%	9	100%	25	100%	29	100%
VMCP	48	100%	47	97.9%	19	100%	19	100%	29	100%	28	96.6%
VMPQ	11	100%	12	100%	3	100%	4	100%	8	100%	8	100%
Tổng	287	100%	303	99.7%	71	100%	74	100%	216	100%	229	99.6%

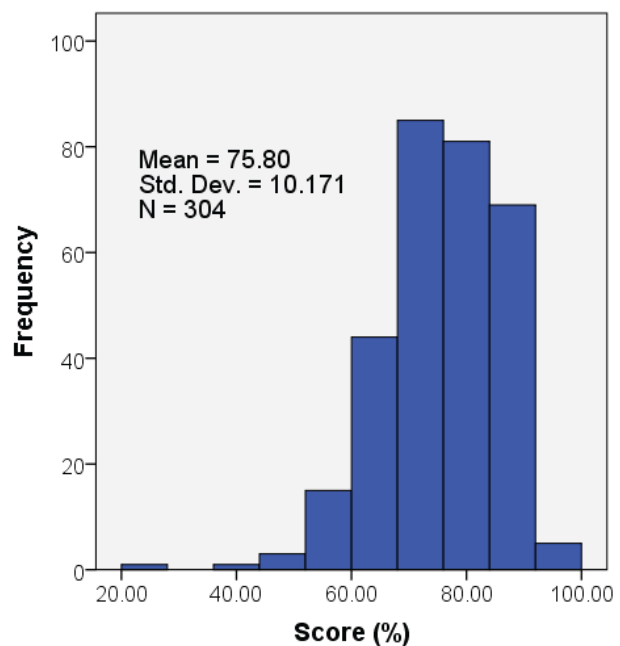
Kết quả – Điểm Trung bình của vòng 1 và vòng 2



VÒNG 1: 06/2024



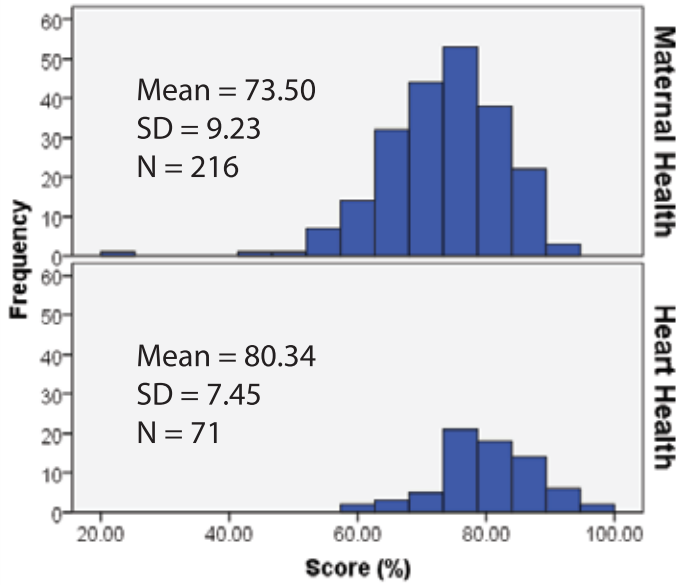
VÒNG 2: 09/2024



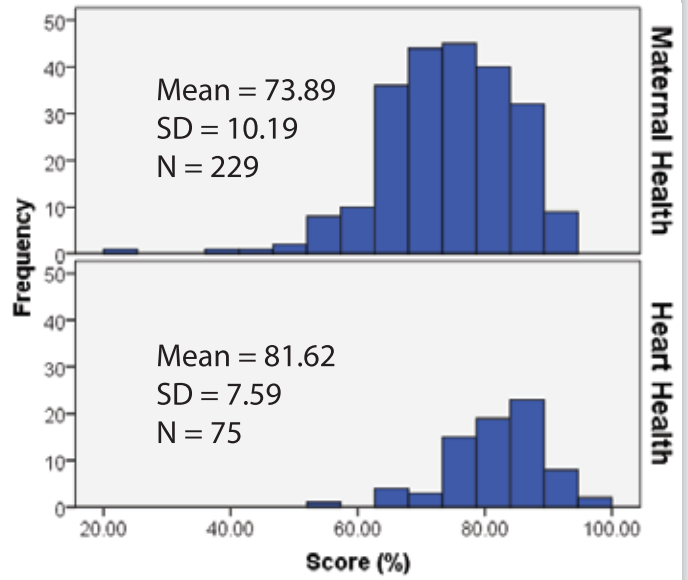
Điểm trung bình của Vòng 1 và 2 đối với Từng Lĩnh vực Lâm sàng



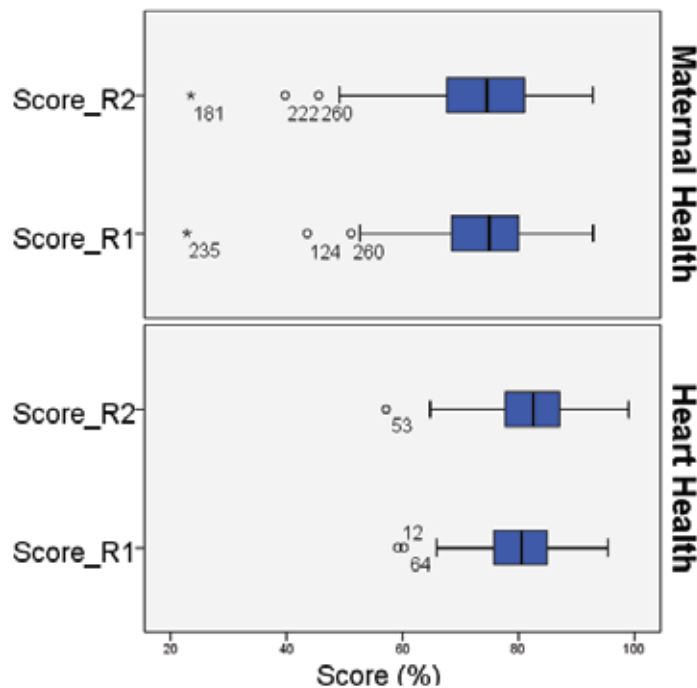
VÒNG 1: 06/2024



VÒNG 2: 09/2024



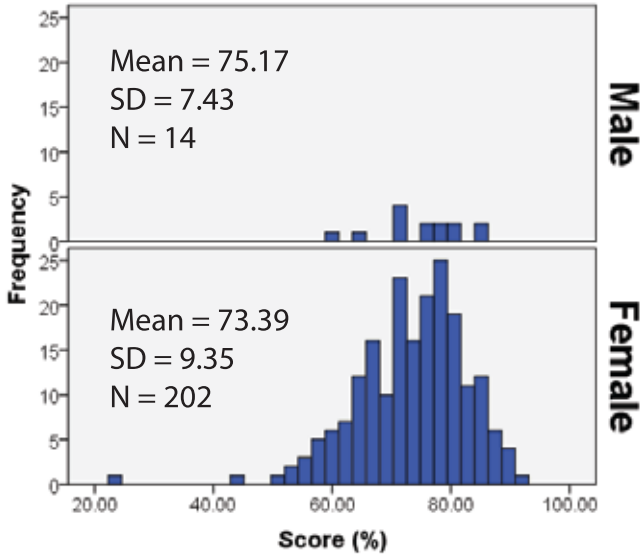
Điểm trung bình của Vòng 1 và 2 đối với Từng Lĩnh vực Lâm sàng



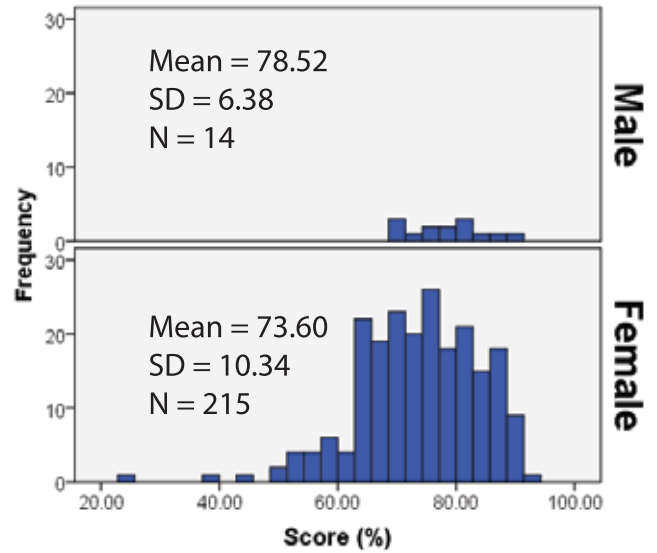
Điểm trung bình theo giới - Sản Khoa



VÒNG 1: 06/2024



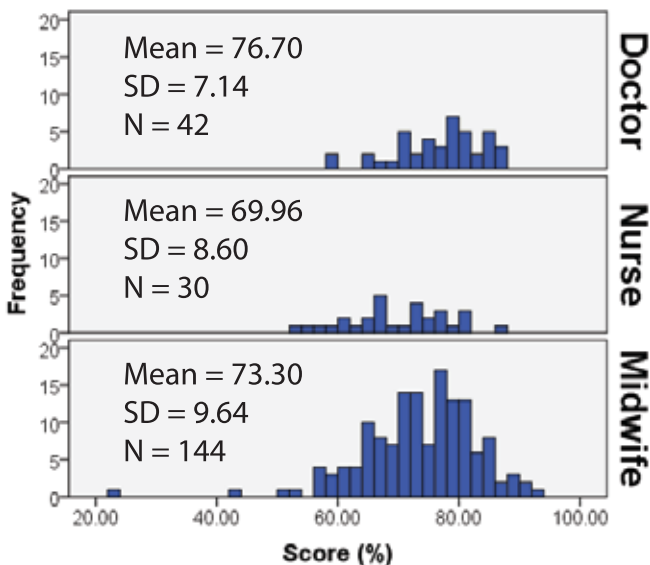
VÒNG 2: 09/2024



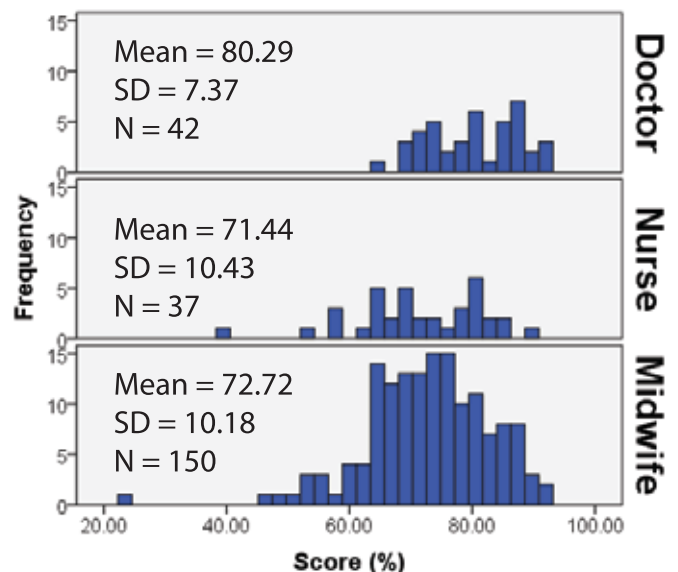
Điểm trung bình theo các nhóm chức danh Sản Khoa



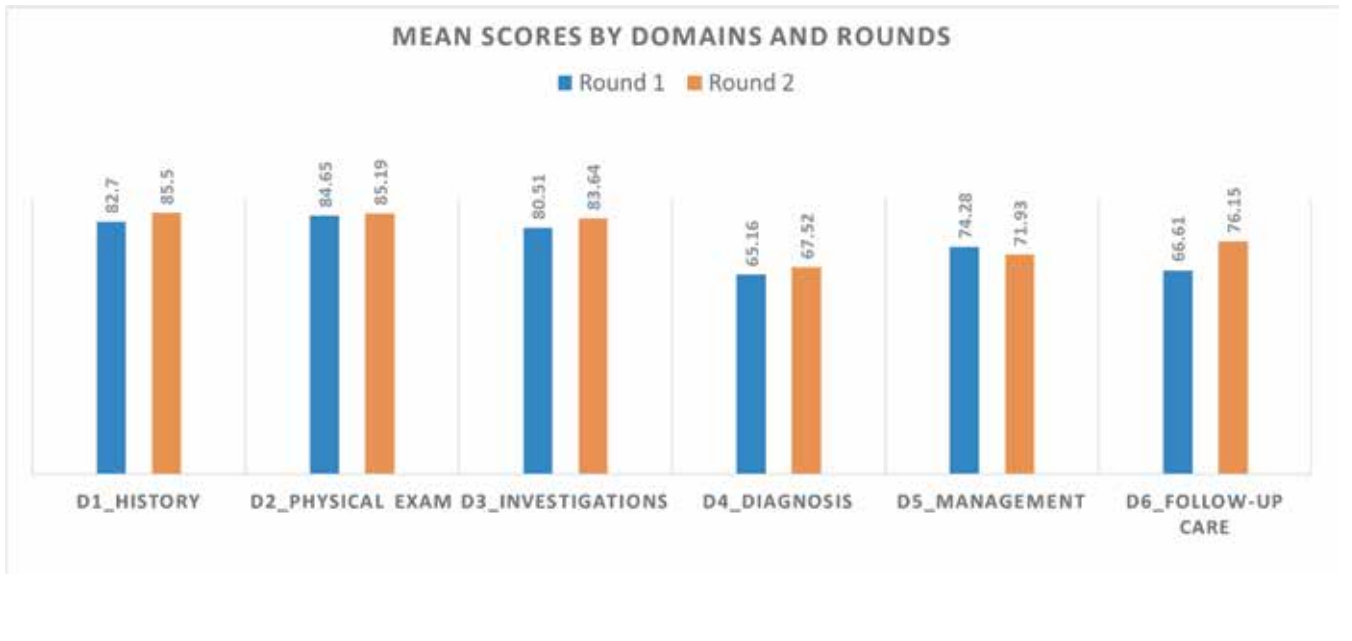
VÒNG 1: 06/2024



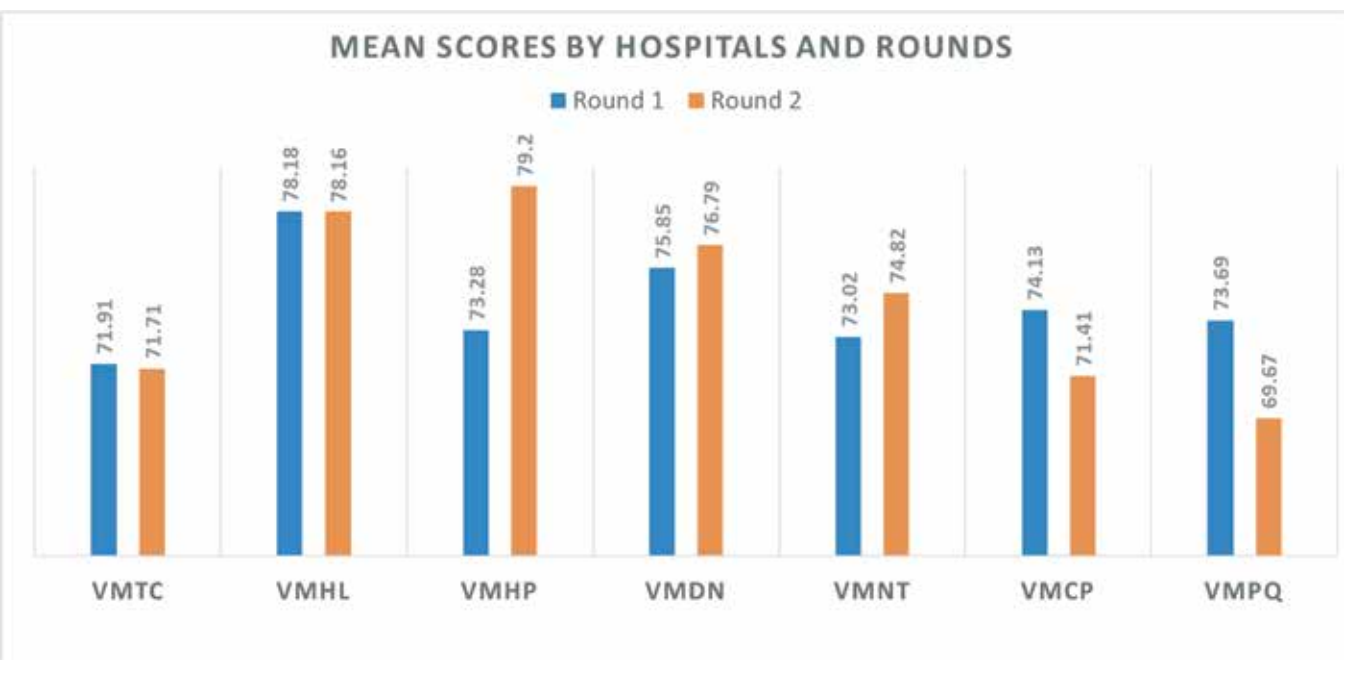
VÒNG 2: 09/2024



Phân bố điểm theo từng nhóm Domain Sản Khoa



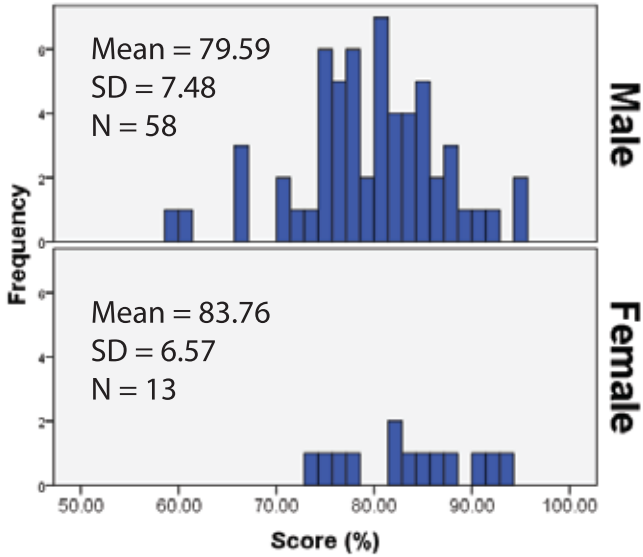
Phân bố điểm theo từng bệnh viện Sản khoa



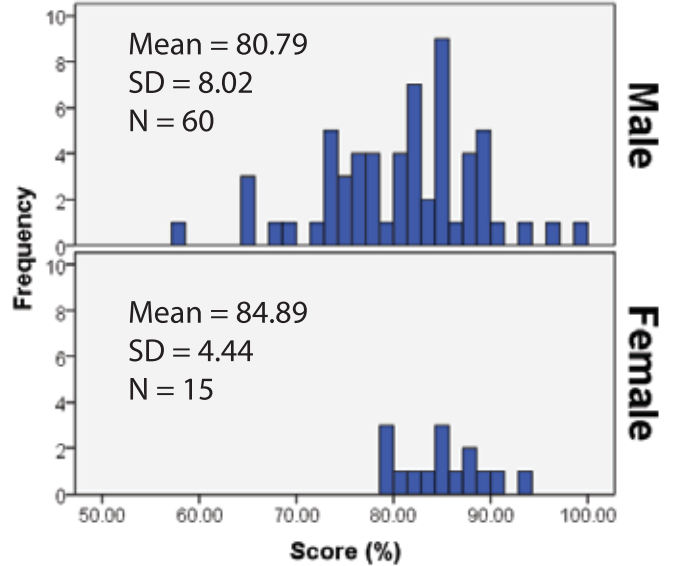
Điểm trung bình theo giới – Tim mạch



VÒNG 1: 06/2024



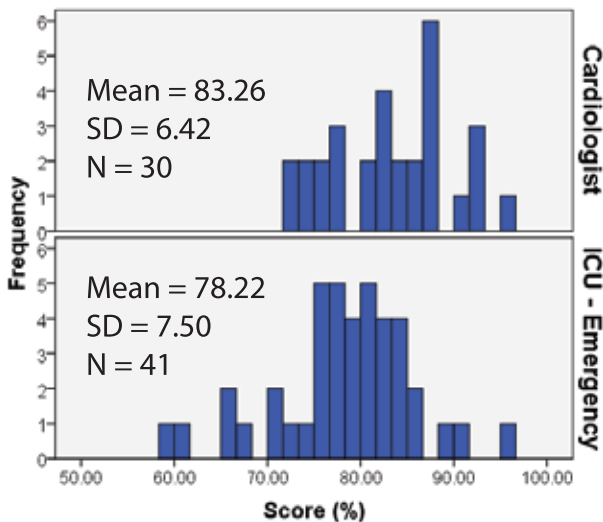
VÒNG 2: 09/2024



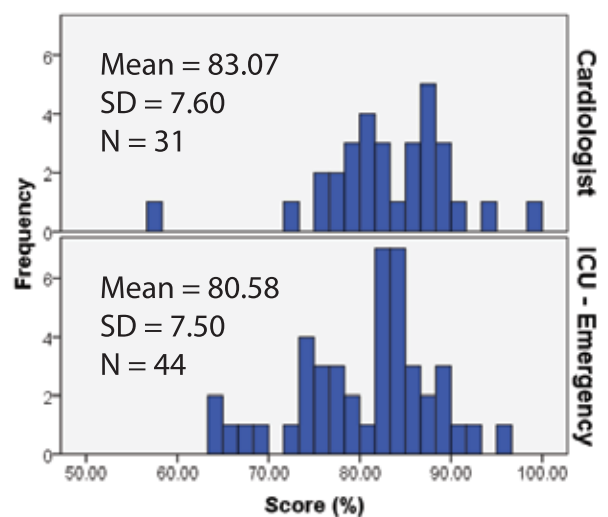
Điểm trung bình theo các nhóm chức danh Tim Mạch



VÒNG 1: 06/2024



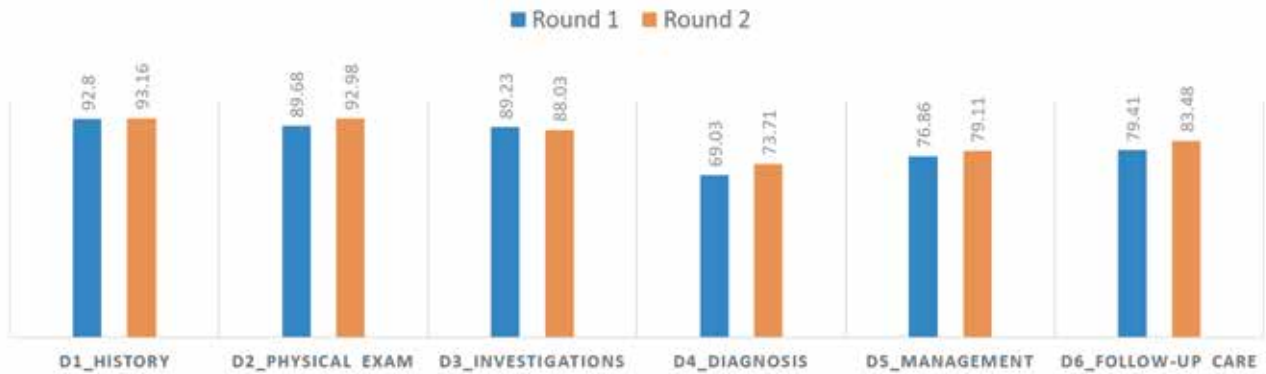
VÒNG 2: 09/2024



Phân bố điểm theo từng Domain Tim mạch



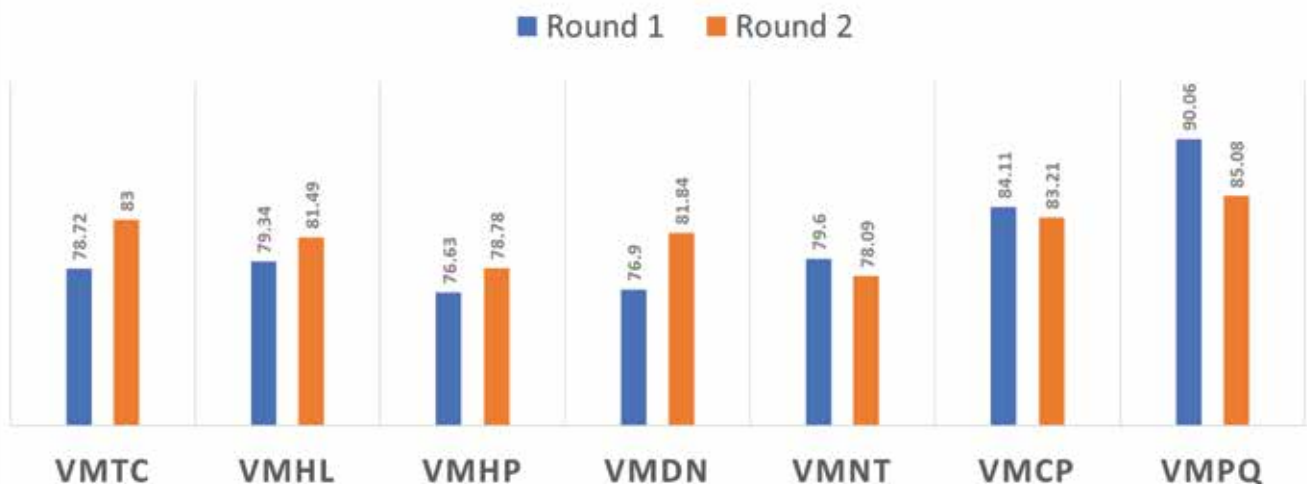
MEAN SCORES BY DOMAINS AND ROUNDS



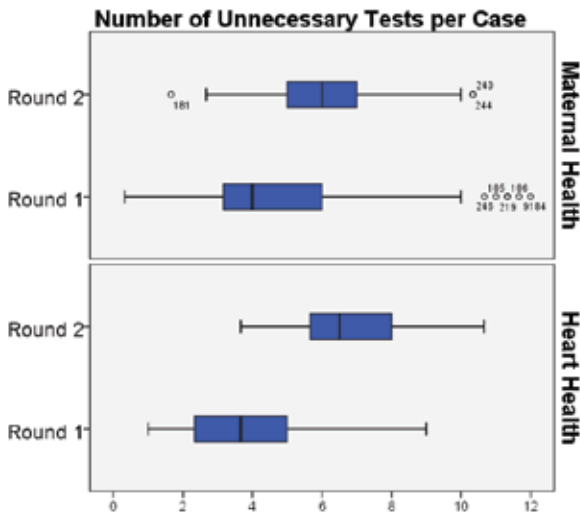
Phân bố điểm theo từng Bệnh viện Tim Mạch



MEAN SCORES BY HOSPITALS AND ROUNDS



Số Xét nghiệm không cần thiết cho một ca bệnh

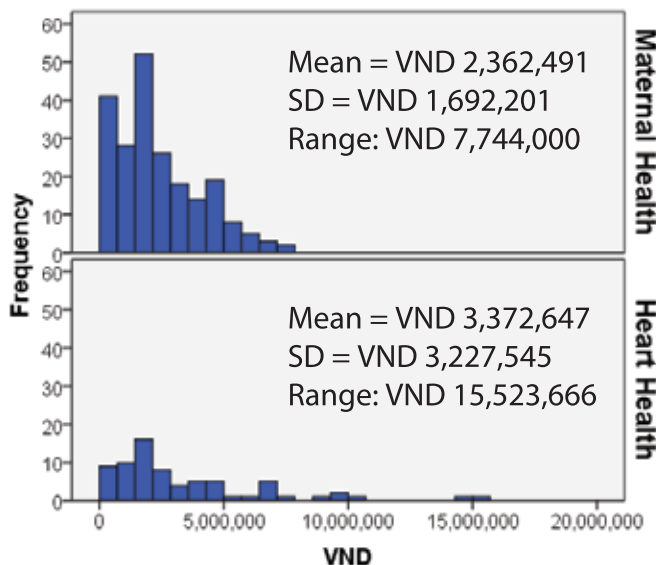


	Vòng 1	Vòng 2
Sản khoa	Mean = 4.72 SD = 2.31	Mean = 6.05 SD = 1.51
Tim mạch	Mean = 3.82 SD = 1.72	Mean = 6.79 SD = 1.53

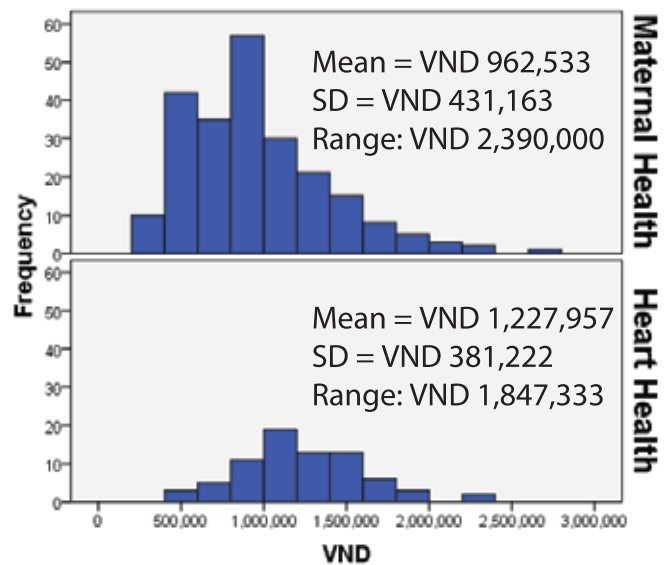
Chi phí cho các xét nghiệm không cần thiết cho một ca bệnh



VÒNG 1: 06/2024



VÒNG 2: 09/2024



Một Ca bệnh Sản khoa – Cho thấy các Cơ hội Cải thiện trong việc chỉ định Lâm sàng, Chẩn đoán và Điều trị người bệnh



Bệnh nhân Hoàì, nữ, 38 tuổi

- Lý do vào viện: đau đầu
- PARA 3003, tiền sử bình thường, 7 ngày trước sinh thường 40 tuần, không biến chứng.
- Huyết áp 165/110mmHg, đau đầu, nhìn rõ, phù hai chân, headache, clear vision, edema on both legs, phản xạ gân xương bình thường, không rung giật.
- Chỉ định: protein niệu Dương tính, tiểu cầu 115G/L, men gan tăng nhẹ, máu ngoại vi bình thường, không HC lưới.
- Chẩn đoán: Tiền sản giật sau sinh có dấu hiệu nặng

Khuyến cáo chính thức dựa trên bằng chứng

Chẩn đoán: Tiền sản giật nặng
26.5%



Chỉ định: Nhập viện vào khoa Sản
79.4%



Điều trị thuốc

- Ức chế men chuyển(ACE)
- Chẹn thụ thể Beta: Labetalol 200 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8h
- Truyền Magnesium sulphate (1g/h x 24h)

5.9%



Các quyết định chăm sóc chưa đúng

100% chỉ định xét nghiệm không cần thiết, mean 5.21 (SD: 2.4), tốn 5,900,000 VND /ca bệnh

58.8% chẩn đoán chưa đúng mức độ của bệnh tiền sản giật

41.2% chỉ định thuốc không cần thiết

Một ca bệnh về Tim mạch – Cho thấy các cơ hội cải thiện trong việc Chỉ định lâm sàng, Chẩn đoán và Điều trị người bệnh



Bệnh nhân Tú, nam, 58 tuổi, đột ngột đau ngực dữ dội

- Lý do vào viện: đau ngực dữ dội lan sang cánh tay trái, kéo dài liên tục 40 phút, severe chest pain radiating to the left arm continuously for 40 minutes, đổ mồ hôi, khó thở.
- Tiền sử tăng huyết áp, mỡ máu cao, hút thuốc.
- Huyết áp: 180/100 mm Hg, Nhịp tim: 115 l/p, SpO2 98%, nghe phổi trong, tiếng tim rõ, không tiếng thổi.
- Chỉ định: Điện tâm đồ: Không ST chênh. Nhịp xoang. Troponin T: 329 ng/L lúc vào viện, sau đó 622 ng/L khi lặp lại
- Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim ST không chênh lên.

Khuyến cáo y học bằng chứng

Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim ST không chênh lên
58.3%



Disposition: Chỉ định vào khoa/đơn vị tim mạch để theo dõi sát và điều trị
41.7%



Điều trị thuốc

Aspirin, P2Y12 Inhibitor, Beta-Blocker, High-Intensity Statin, Chống đông với Heparin, ACEI/ARB

33,3%



Các quyết định chăm sóc chưa đúng

41.7% thiếu mục khám lâm sàng thiết yếu

83.3% chỉ định xét nghiệm không cần thiết, mean 2.83 (SD: 2.2), tốn 3,200,000 VNĐ/ca bệnh

41.7% Chẩn đoán chưa đúng mức độ nặng của bệnh nhồi máu

Kết luận và Khuyến nghị



- Sự khác biệt trong thực hành lâm sàng là vấn đề tồn tại phổ biến không chỉ ở Việt Nam mà còn nhiều nước khác trên thế giới.
- Cần nhắc hợp pháp hóa các quy định để đảm bảo chất lượng đào tạo lâm sàng trong Khối ngành Sức khỏe như một nhiệm vụ quốc gia
- Phát triển các khóa học Đào tạo Y khoa Liên tục (CME/CPD) chất lượng cao và có thể đo lường được năng lực thực hành lâm sàng của các NVYT trước và sau khóa đào tạo
- Việc sử dụng nền tảng EQIS với các ca bệnh mô phỏng cho thấy tính khả thi và hiệu quả trong việc triển khai và đo lường năng lực thực hành lâm sàng của các BS/ ĐD tại các bệnh viện ở Việt Nam với các ưu điểm dưới đây:
 - Người tham gia được cung cấp phản hồi ngay lập tức và được đo lường năng lực thực hành lâm sàng định kỳ.
 - Góp phần Cải thiện chất lượng khám chữa bệnh từ đó giúp giảm chi phí khám và điều trị cho người bệnh

IMPROVING THE QUALITY OF CARE USING THE EQIS TOOL AND AI

November 28-29, 2024

John Peabody MD, PhD, FACP

Co-founder Peabody Health Philanthropies
Professor, University of California, San Francisco
Professor, University of California, Los Angeles



Agenda

- **Quality of Clinical Care Varies Everywhere**
- **Variation of Care is Difficult to Address at Scale**
- **Measuring the Quality of Care Using AI**
- **EQIS Results from 7 Vinmec hospitals in Vietnam**

Improving the Quality of Care is the Fastest,
Least Expensive way to Improve Health



Variation in the Quality of Care: A Global Problem



Global Evidence and the Burden of Practice Variation:

- Worldwide studies reveal substantial differences in clinical decision-making and care quality among all physicians.
- The World Health Organization (WHO) reports that in low- and middle-income countries, adherence to clinical guidelines is often less than 30% and varies widely.
- In 2016, approximately 5 million excess deaths were attributed to the receipt of poor-quality healthcare in LMICs.

Improving Patient Care:

- Clinical Guidelines have not been effective at reducing care variation.

Geographic and Institutional Disparities:

- While the quality of care differs widely between regions, institutions surprisingly it varies even within the same hospital.
- Resource availability, institutional policies, and local medical practices contribute only modestly to these disparities (BMJ, 2022)

Challenges in Measurement:

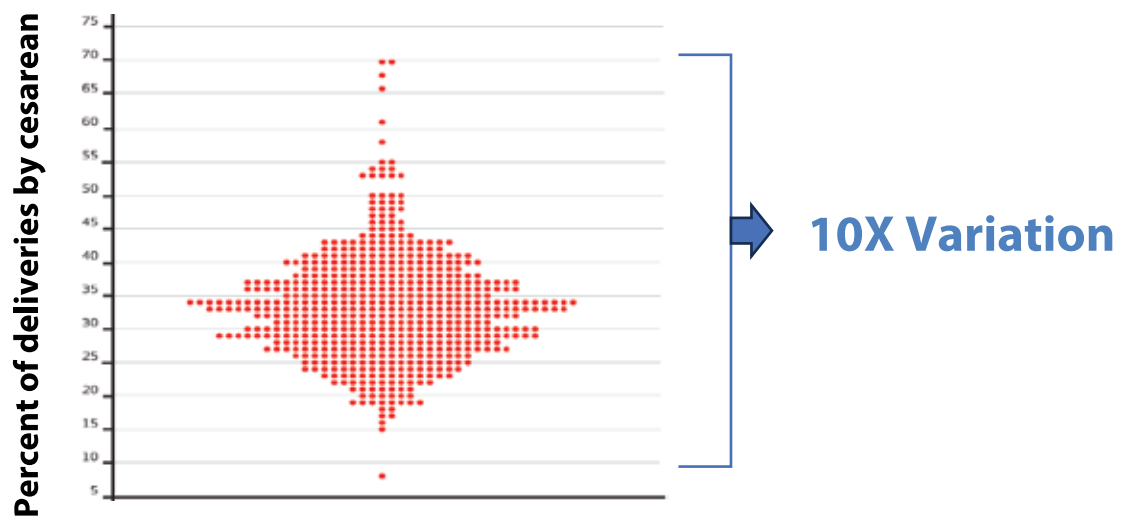
- Measuring clinical practice and addressing variations has been previously difficult and not done nearly enough.

. Source: Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1194-e1208.

Clinical Variation Exists: Across Systems and Countries Alike



Percentage of Deliveries by Cesarean by Hospital



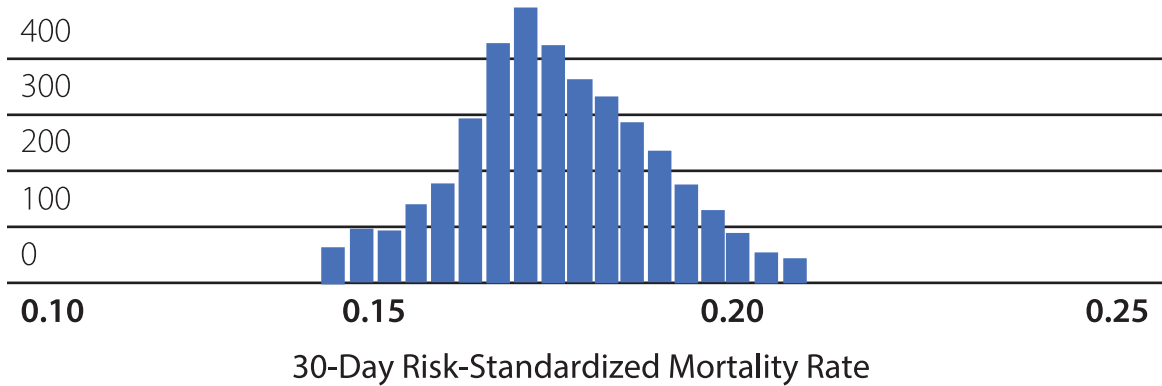
Kozhimannil KB, Law MR, Virnig BA. Cesarean Delivery Rates Vary Tenfold Among US Hospitals; Reducing Variation May Address Quality And Cost Issues. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Mar;32(3):527-35.

Clinical Variation: Has Life and Death Consequences



Distribution of Risk-Standardized 30-Day Mortality Rates for Patients With Heart Attacks

Number of Hospitals



Harlan M. Krumholz, Sharon-Lise T. Normand, John A. Spertus, David M. Shahian, and Elizabeth H. Bradley, Measuring Performance For Treating Heart Attacks And Heart Failure: The Case For Outcomes Measurement, Health Aff January 2007 26:175-85; doi:10.1377/hlthaff.26.1.75

Quality Varies in Vietnam: In Private Practice and Training

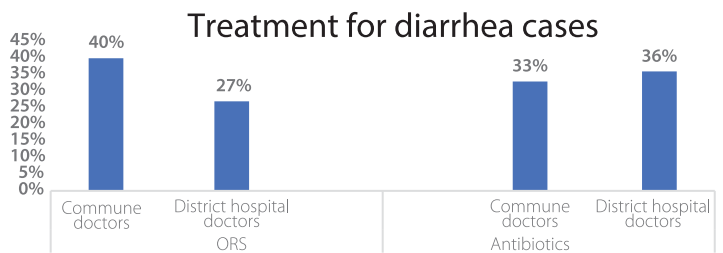


Physician knowledge

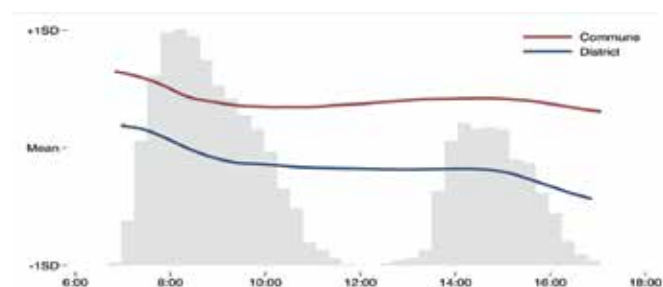
- District hospital doctors on average are more knowledgeable than commune health station doctors
- But** they are less likely to provide correct treatment in simple cases of cough/cold and diarrhea!

Physician effort varies diurnally

- Sharp declines in physician's daily effort—patients who arrive in the evening receive up to 0.75 SD less effort than those who come early in the morning,



Mean effort index by time of day



Source: Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Quality Varies in Vietnam: In Private Practice and Training

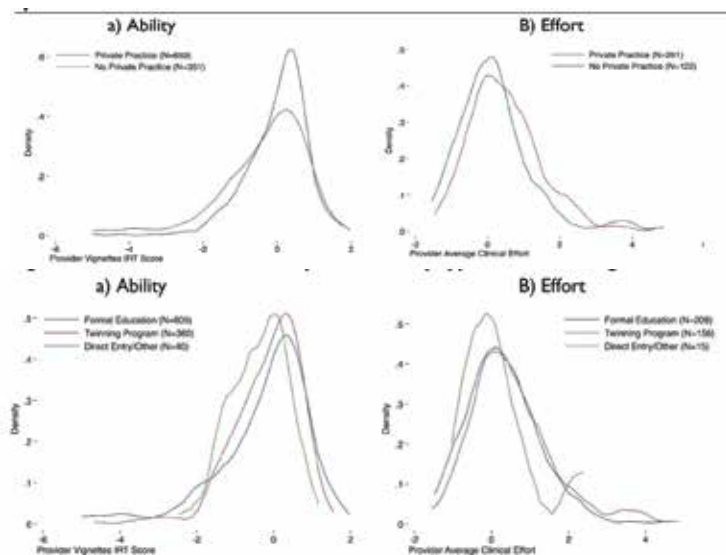


Private Practice Provide Different Care

- Doctors who have a private practice average higher levels of ability, higher costs but lower levels of effort

Training Effects are Minimal

- Differences in ability and effort level by type of medical degree are small after controlling for doctor and facility characteristics.

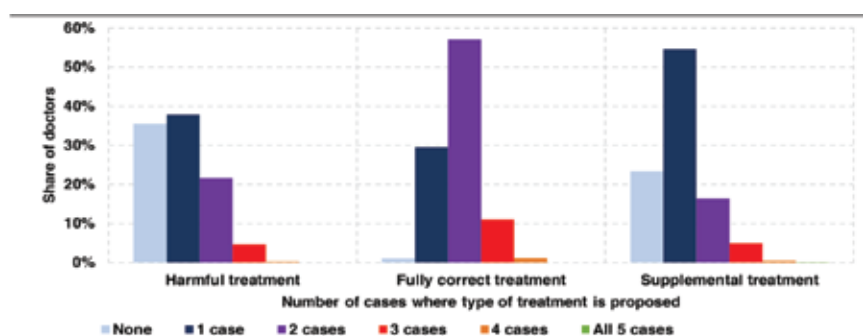


Source: Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Quality Varies in Vietnam: Differences in Treatment Should Worry Everyone



- **2/3 of more than 1,000 doctors provided harmful treatment in at least one vignette test scenario**
- In 45% of visits at commune health stations and 39% of visits at district hospitals, antibiotic use is high when often none are indicated.
- On average, a patient is prescribed 03 different medicines per visit, including at least 01 antibiotic.
- In 46% of patient visits, district hospitals Doctors order at least 01 laboratory test.



Source: Calculations from the Vietnam District and Commune Health Facility Survey (2015).

Quality Varies in Vietnam: Differences in Treatment Should Worry Everyone



• Significant Variation in the Quality of Care in Vietnam Specifically for NCD & Obstetrics

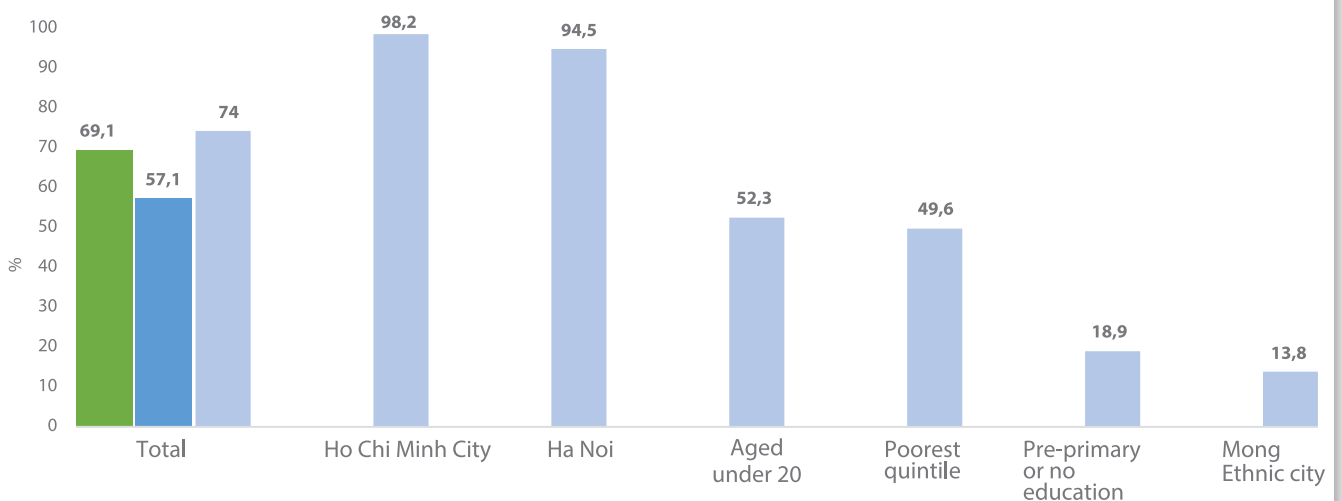
• Non-Communicable Diseases

- In rural areas, underprovision of care:
 - Health workers had inadequate skills and lacked uniformity in care quality (Demombynes G, Hurt K, 2016 & MOH, 2014)
 - Only 52.2% of patients were prescribed all four recommended medications for acute coronary syndrome (VTTM, 2024)

• Non-Communicable Diseases

- In urban areas, overprovision of care:
 - 94.8% had at least 4 ANC visits but 72.1% had at least 8 ANC visits. In Hanoi, an average of 10 ANC \pm 4 visits, and 6 ultrasound examinations for an uncomplicated pregnancy;
 - 43.2% of deliveries are by C-section
- In rural areas, minorities get inadequate care:
 - 85.1% had the minimum 4 ANC visits and 43.9% had more than 8 ANC visits
 - Hmong: Only 10.6% had at least 4 ANC visits and 1.9% had C-sections (MICS 2020-21)

Quality Varies in Vietnam: Taking Everyone's Blood Pressure Should Not Be This Hard



■ Ever had blood pressure measured ■ Had blood pressure measured within last 12 months ■ Had blood pressure measured during pregnancy

Figure. History of blood pressure measurement among women, 2021–2022
 Source: STEPS 2021, Multiple Indicator Cluster Survey 2021–2022

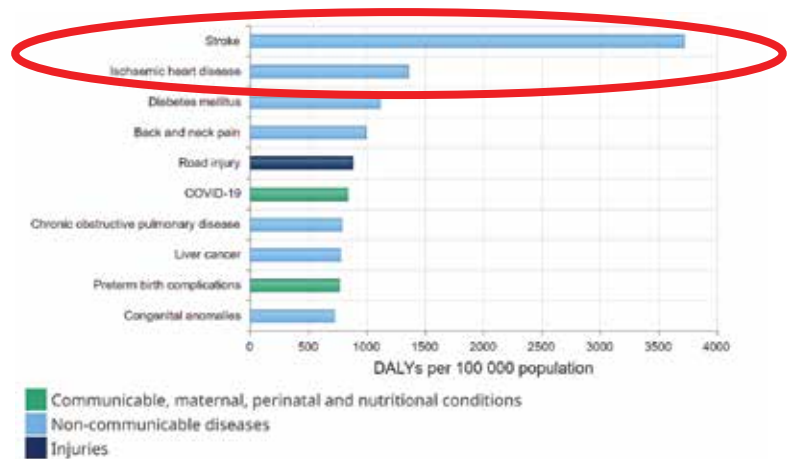
Not Diagnosing and Treating HTN in VN: Leads to Devastating Outcomes



If everyone with hypertension in VN was treated, DALYs would decrease?

- Poor management of NCD is the cause of preventable complications and deaths.
- 80% of total deaths now attributed to NCDs in Vietnam (MOH 2020)

Top 10 causes of DALY in Viet Nam for total aged total years (2021)



Poor Quality, Leads to Higher Costs in Vietnam



• Strain on Nation:

- The cumulative economic burden of heart failure in Vietnam (2018 to 2021) was \$1,068,870, with annual costs ranging from \$201,670 to \$443,831 (DDTien, 2024)
- More hospital readmissions and prolonged stays
- Lost work productivity and income due to extended recovery periods

• Economic Burden on Patients & Families:

- Out of Pocket (OOP) health spending in Vietnam was ~ 39.6% of total expenditure (2020) compared to the world average of 16.32% (Cai J 2023)

• Giving birth at higher-level government

hospitals compared to district hospitals increases OOP expenditures by 72.3% (Vu PH, 2023)

- Only 61.1% of patients with cardiovascular or/and endocrine–metabolic diseases adhere to medication mainly due to financial constraints (Ly, H.H.V, 2022)

• Direct Hospital Costs Rise with Low Quality:

- Poor Quality leads to misdiagnosis and more complications resulting in higher costs.
- Patients with a complicated myocardial infarction were 4.4 times more likely to experience readmission (MHB, 2021)

Agenda

- Quality of Clinical Care Varies Everywhere
- **Variation of Care is Difficult to Address at Scale**
- Measuring the Quality of Care Using AI
- EQIS Results from 7 Vinmec hospitals in Vietnam



Poor Quality, Leads to Higher Costs in Vietnam



Regular Re-licensing:

Most countries mandate doctors re-license every 1-2 years.

Vietnam:

- The professional license for health professionals is valid for 5 years, requiring re-licensing every 5 years, effective from January 1st, 2024)
- The National Medical Council will conduct the assessment of competencies to issue medical practice licenses for doctors from Jan 1st 2027, for nurse and midwife from Jan 1st, 2028, and for medical technician, clinical nutritionist, paramedic, and clinical psychologist from Jan 1st, 2029.

(The 2023 Vietnam's Law on Medical examination and treatment)

Purpose:

- Keeps doctors updated with the latest medical practices and knowledge.
- Aims to reduce variation in clinical care and improve patient outcomes.

Vietnam's Re-licensing Requirements:

(According to the 2023 Vietnam's Law on Medical examination and treatment)



1. Meeting the requirements for continuous medical knowledge updates:

- Participate in CME/CPD training courses/conferences/seminars related to the scope of practice with **at least 120 credit hours over 05 consecutive years** (Circular No. 32/2023/TT-BYT)
- Contribute to the compilation of textbooks, teaching materials, and professional documents on medical examination and treatment;
- Conduct scientific research and teaching in the field of medicine within the scope of practice;
- Self-update medical knowledge and other forms.

2. Being in good health to practice

3. Completing the renewal at least 60 days before the license expiration date

4. Not violating cases in which the practice of medical examination and treatment is prohibited

Poor Quality, Leads to Higher Costs in Vietnam



- **United States:** State-specific re-licensing with CME requirements ranging from 20-100 hours every 2 years.
- **United Kingdom:** Specialty board re-certification every 5-10 years.
- **Australia:** Requires 50 hours of CME annually for re-licensing.
- **Canada:** Regular CME activities and peer reviews every five years to maintain licensure.
- **European Union:**
 - Generally involves periodic revalidation and CME requirements
 - Adhere to the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME) standards.
- **New Zealand:**
 - Annual practicing certificates are mandatory,
 - Regular CME and peer reviews are required to maintain certification.

Poor Quality, Leads to Higher Costs in Vietnam



- **African: Regular CME mandatory requires accruing points**
 - Ethiopia: 30 credits, Malawi 35 points, Lesotho 12 points, Swaziland 10 hours, Ghana 10 – 20 points (every year);
 - Rwanda 60 points, Liberia 2 credit points, 20 contact hrs (every 2 years),
 - Nigeria 60 CEU contact hrs, Tanzania 30 credits, Uganda 50 credits (every 3 years)
- **Asian requires accruing hours :**
 - Japan, Singapore, and South Korea have re-licensing processes that involve CME and periodic evaluations
 - India 30 hours of CME, Indonesia and Maldives 250 credits and pass a competency test, Armenia, Jordan (every 5 years)
 - China: 25–30 CME/CPD credits annually (mandatory and tied to licensure in some regions)
- **BUT**
 - South East Asian Countries: Sri Lanka, India, Myanmar, Bangladesh, Thailand and Bhutan: no mandatory CME

Agenda

- Quality of Clinical Care Varies Everywhere
- Variation of Care is Difficult to Address at Scale
- **Measuring the Quality of Care Using AI**
- EQIS Results from 7 Vinmec hospitals in Vietnam

Options for Measuring Quality: **Expensive, Biased, Logistically Not Feasible... Until Now**



1. Patient Exit Interviews

- Self-reported status; response bias; anchoring bias



2. Formal Testing-Licensing

- Single best answer questions; gaming



3. Direct Observations

- Hawthorne effect



4. Medical Chart Abstraction

- The current standard, inaccurate and time consuming



5. Standardized Patient

- The gold standard but very expensive, hard to reproduce



6. Medical Chart Abstraction

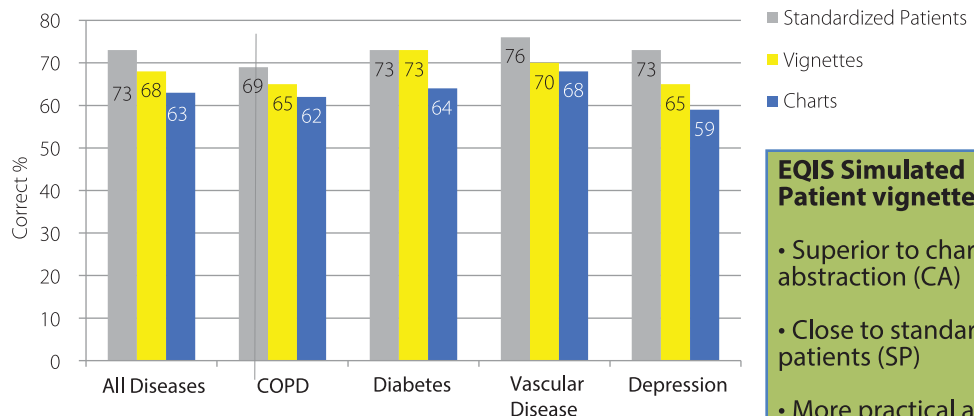
- Validated, AI generated lead to change; need to be used more



EQIS Simulated Patients **Accurately Measures Clinical Practice**



Validation papers published in JAMA and Annals of Internal Medicine



EQIS Simulated Patient vignettes:

- Superior to chart abstraction (CA)
- Close to standard patients (SP)
- More practical and less expensive than both SP and CA



Sources: Peabody JW, Luck J, Glassman PA, Dresselhaus TR, Lee M. "Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality." Journal of the American Medical Association, 283(13):1715-1722, April 5, 2000.

Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Spell M and Hansen J. "Measuring the Quality of Physician Practice by using Clinical Vignettes: a Prospective Validation Study." Annals of Internal Medicine. Vol. 141(10):771-80, November 2004.

EQIS Measures and Determines Change in Clinical Practice at Scale: By Simulating the Patient Encounter



1 **EQIS cases** are built around priority disease areas and conditions (e.g. Obstetrics and Cardiac care).

2 **Virtual patient presents on your computer, tablet or phone** with symptoms in the hospital or clinic.

3 **Physicians or Nurses cares for a patient**, answering questions on:

- Taking a history
- Conducting a physical examination
- Ordering tests
- Making a diagnosis
- Providing treatment

With EQIS: **Everyone Cares for the Same Patient**



EQIS Cases are:

- Simulations are **case mix adjusted** so everyone takes care of the same case and they are **affordable and easily scalable**
- **Patient simulations** target variety of high priority disease areas.
- Rooted in **evidence-based guidelines**.
- Opportunity to have everyone care for the **exact same patients**

Nurlan Kadyrov 5 year old Male

A mother comes to the clinic with her 5 year old son, Nurlan. She says that he has had diarrhea and vomiting.

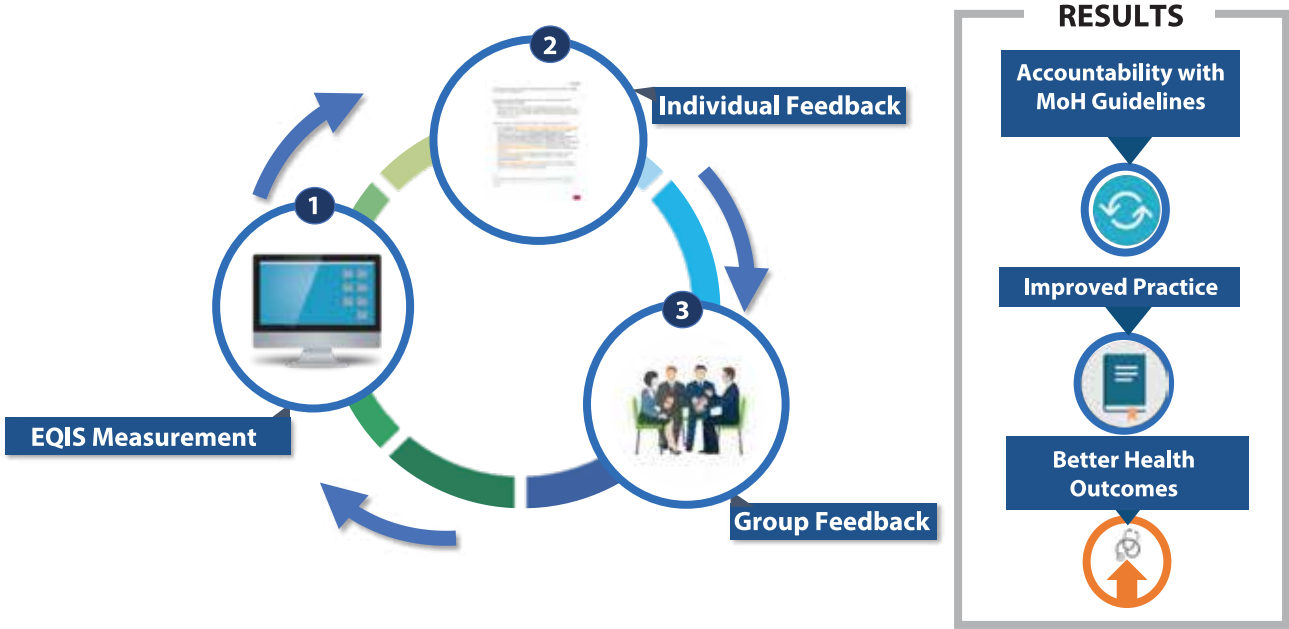
Patient Vitals:

- Nurlan is awake and alert, not in distress but weak-looking minute.
- Temperature is 38.5 degrees
- Blood Pressure is 85/45. The pulse is strong at 150 beats per minute.

Each EQIS takes ~20 minutes.

Thus, simulated patients offer a new way to measure at scale

EQIS Serially Measures Practice & Give Feedback Every Four Months...Confidentially

In 2023 PHP, working with VinUni, developed the 3-Part EQIS Software



1. Case Writing

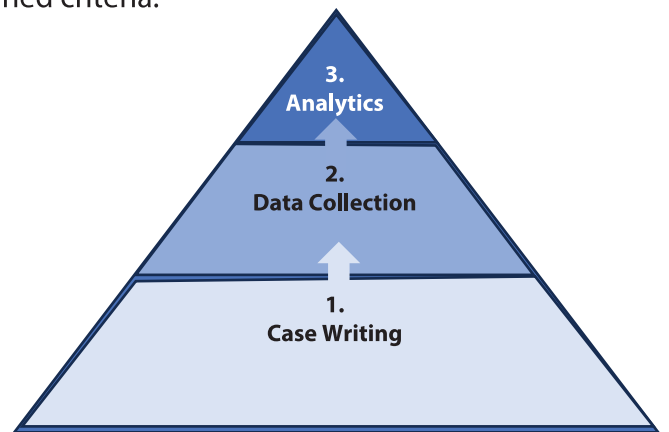
- **Case Writers + AI Development:**
 - Uses clinical guidelines and patient data to create initial cases.
- **Expert Review:**
 - Local experts tailor cases to the local context.

2. Data Collection

- **Real-Time Capture:**
 - Participants' decisions and actions are recorded as they complete cases.
- **Automated Scoring:**
 - Immediate feedback based on predefined criteria.

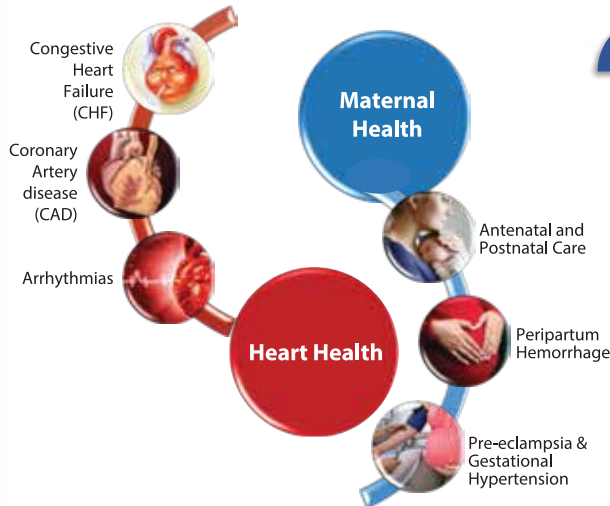
3. Analytics

- **Data Aggregation:**
 - Analyzes trends and patterns.
- **Performance Reports:**
 - Tracks progress and identifies gaps for improvement.
- **Continuous Improvement:**
 - Refines cases and training based on insights.





Case Writing: Development



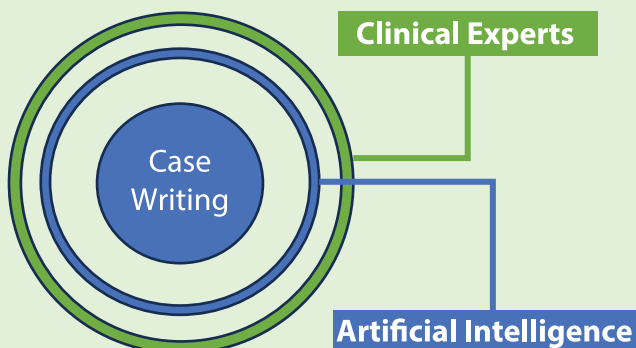
- Training for case writers**
- ✓ **2 online sessions** on case design steps
 - ✓ **4 hybrid meetings** for case matrix revision and completion
 - ✓ **Emails** for commenting, and reviewing full cases: uncountable

- Case Development**
- ✓ **3 experts** conduct literature reviews, identify learning objectives (LOs) and create a matrix
 - ✓ **6 cases/sub-clinical area** were written based on LOs and case details from the Matrix.
 - ✓ **Ensure consistency and clinical integration.**

Two clinical areas

18 cases per clinical area

EQIS Uses AI For Case Writing



- **Enhanced Efficiency:** AI automates routine tasks in clinical case creation, reducing time and effort for experts who can then focus on content refinement.
- **Improved Consistency:** Ensures standardized structure and minimizes human errors across all clinical cases.
- **Data-Driven Insights:** AI uses large datasets to generate evidence-based scenarios, aiming to create realistic cases by analyzing patient data trends.
- **Collaboration with Local Experts:** AI drafts cases based on guidelines, which local experts then customize to fit regional healthcare needs.
- **Continuous Learning:** AI learns from expert feedback and updates content with the latest medical research, continuously improving case accuracy.

Agenda

- Quality of Clinical Care Varies Everywhere
- Variation of Care is Difficult to Address at Scale
- Measuring the Quality of Care Using AI
- **EQIS Results from 7 Vinmec hospitals in Vietnam**



EQIS Uses AI For Case Writing



36 cases were developed

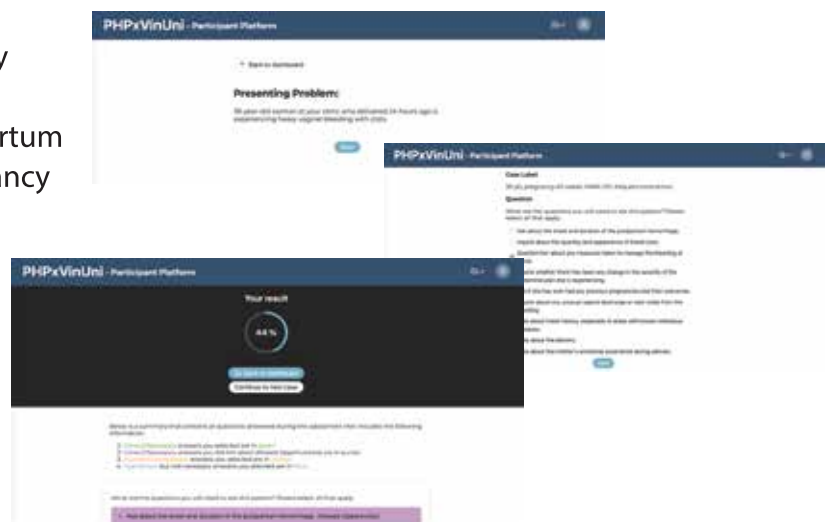
Heart Disease: Heart Failure, Coronary Artery Diseases, Arrhythmias

Maternal Care: Antenatal care, Peripartum Hemorrhage, Hypertension in Pregnancy

7 Vinmec Hospitals enrolled

Completed 2 of 6 Rounds of data collection:

- Round 1 June 2024
- Round 2 September 2024



Participation Rates of 07 Vinmec Hospitals

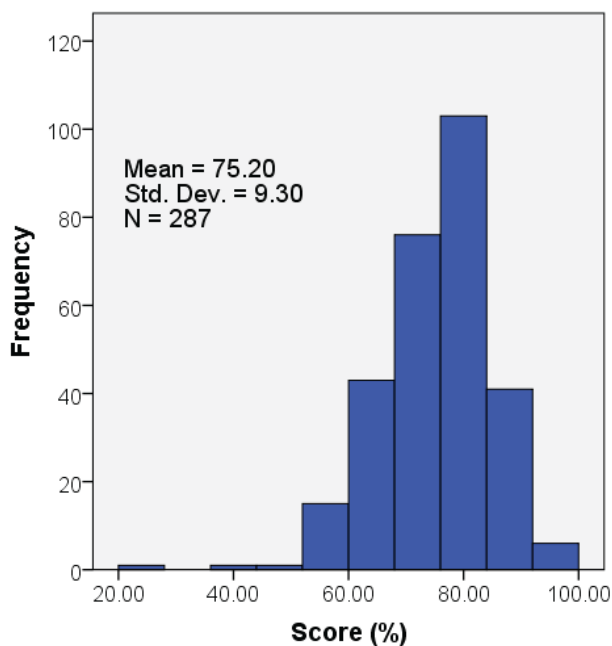


Hospital	Total				Heart Health				Maternal Health			
	n R1	% Complete R1	n R2	% Complete R2	n R1	% Complete R1	n R2	% Complete R2	n R1	% Complete R1	n R2	% Complete R2
VMTC	111	100%	118	100%	24	100%	24	100%	87	100%	94	100%
VMHL	18	100%	20	100%	4	100%	4	100%	14	100%	94	100%
VMHP	29	100%	29	100%	6	100%	6	100%	23	100%	23	100%
VMDN	37	100%	39	100%	7	100%	8	100%	30	100%	31	100%
VMDN	33	100%	38	100%	8	100%	9	100%	25	100%	29	100%
VMCP	48	100%	47	97.9%	19	100%	19	100%	29	100%	28	96.6%
VMPQ	11	100%	12	100%	3	100%	4	100%	8	100%	8	100%
Total	287	100%	303	99.7%	71	100%	74	100%	216	100%	229	99.6%

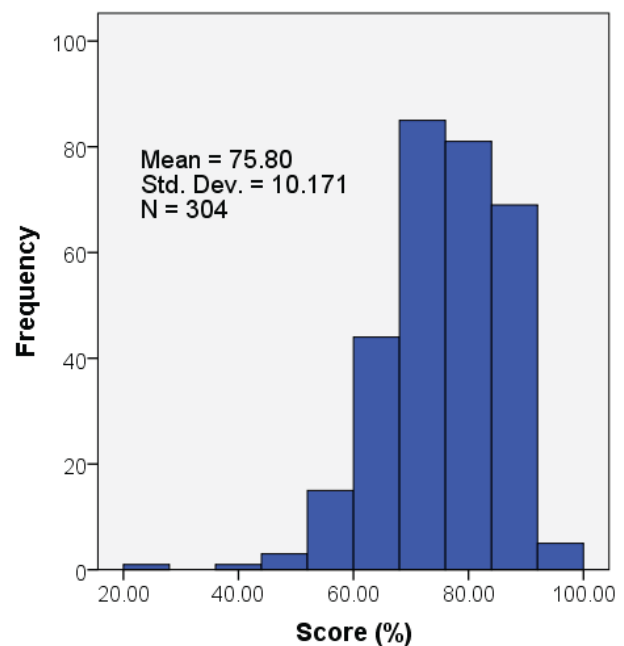
Results – Overall Score of Round 1 and Round 2



ROUND 1: JUNE 2024



ROUND 2: SEPTEMBER 2024

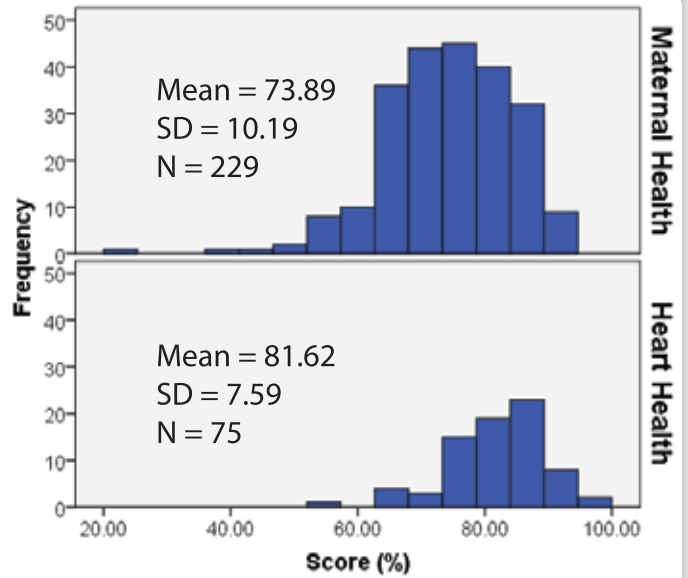
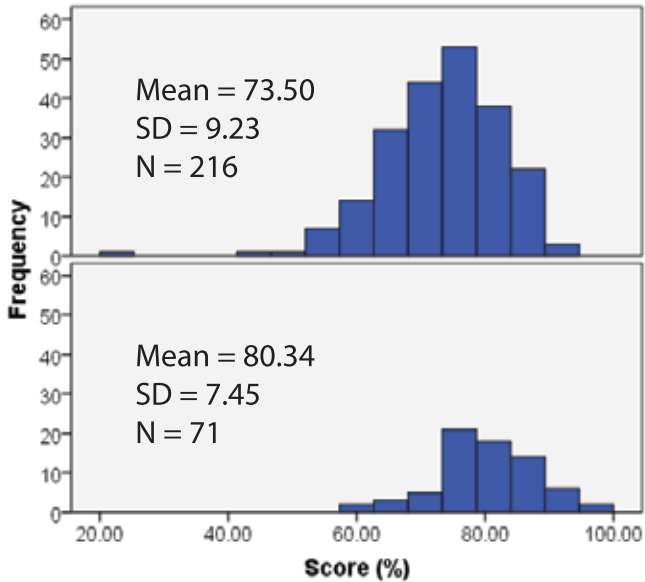


Scores of Maternal Health and Heart Health between Round 1 and 2

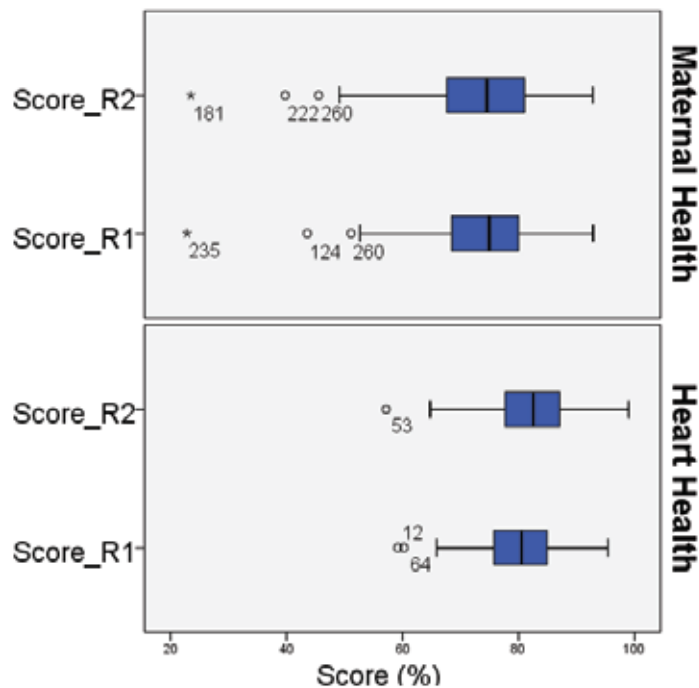


ROUND 1: JUNE 2024

ROUND 2: SEPTEMBER 2024



Score of Maternal Health and Heart Health, between Round 1 and Round 2

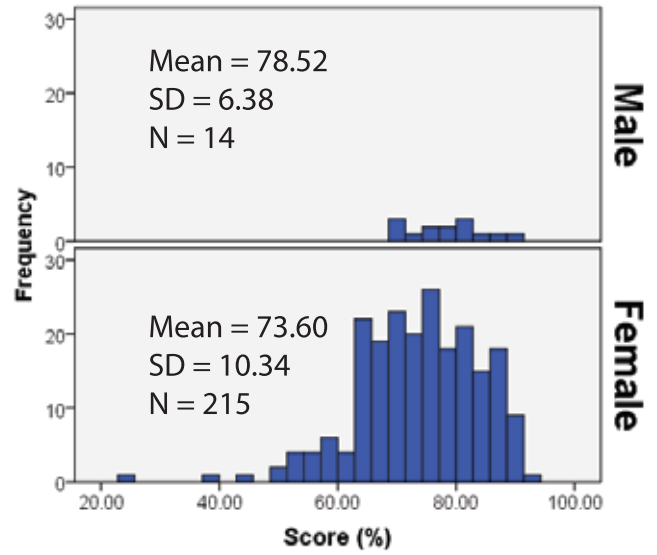
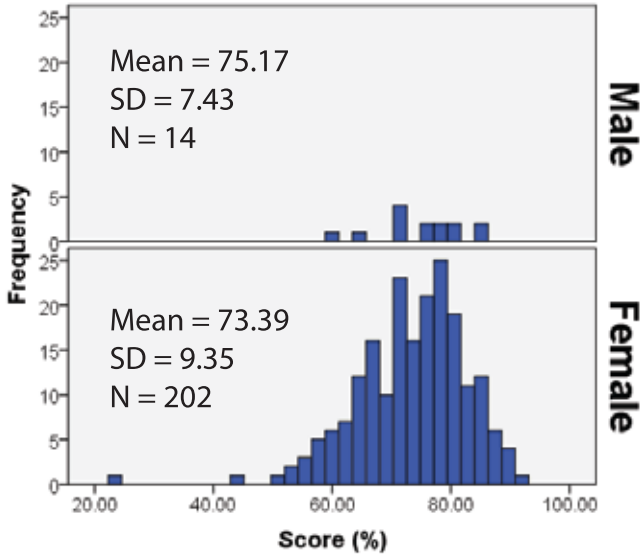


Score of Maternal Health and Heart Health, between Round 1 and Round 2



ROUND 1: JUNE 2024

ROUND 2: SEPTEMBER 2024

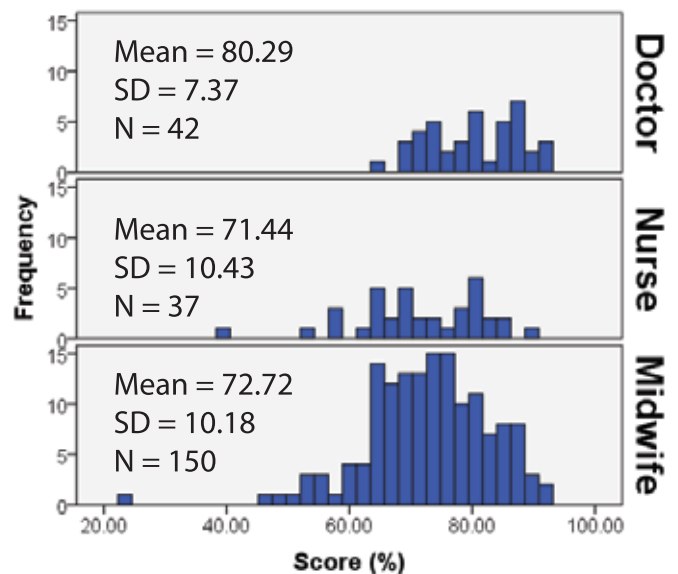
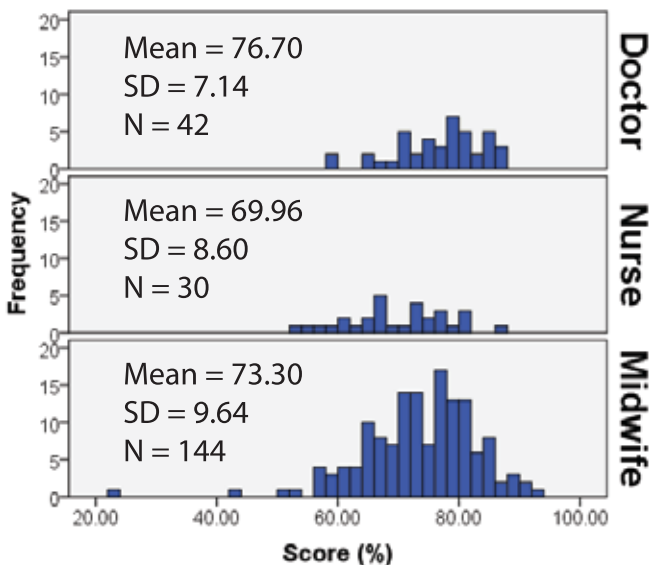


Results By Provider Types – Maternal Health



ROUND 1: JUNE 2024

ROUND 2: SEPTEMBER 2024

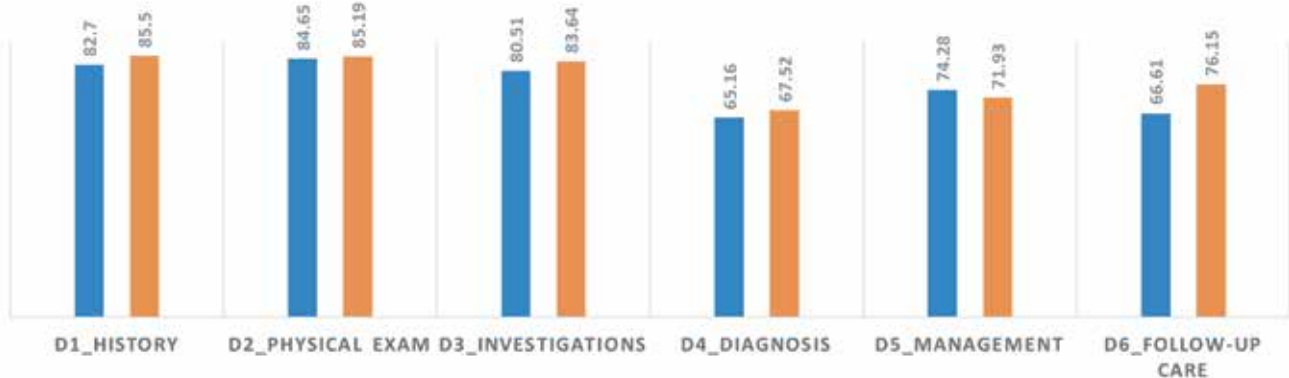


Results By Domain – Maternal Health



MEAN SCORES BY DOMAINS AND ROUNDS

■ Round 1 ■ Round 2

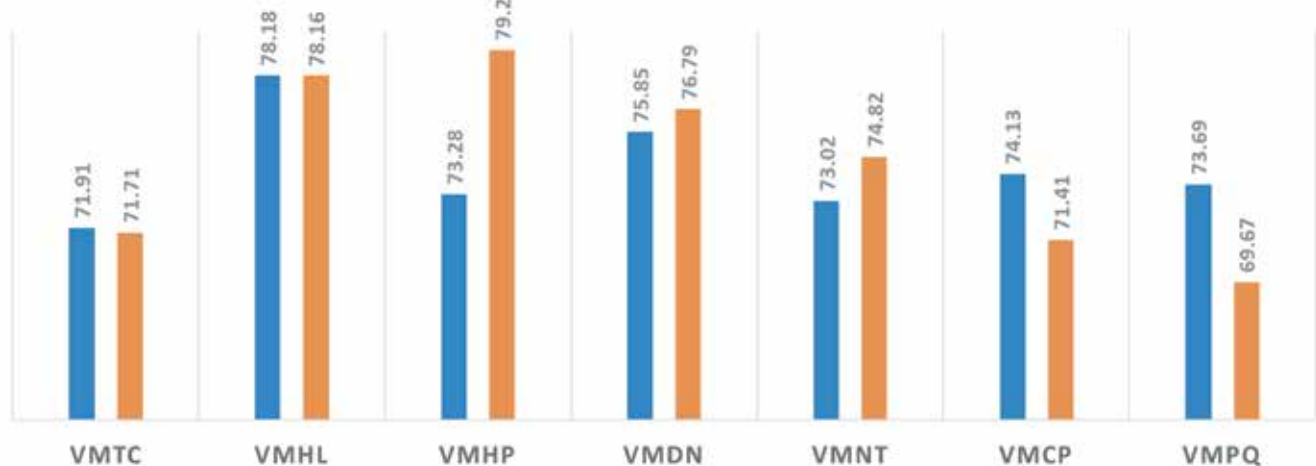


Results By Hospitals – Maternal Health



MEAN SCORES BY HOSPITALS AND ROUNDS

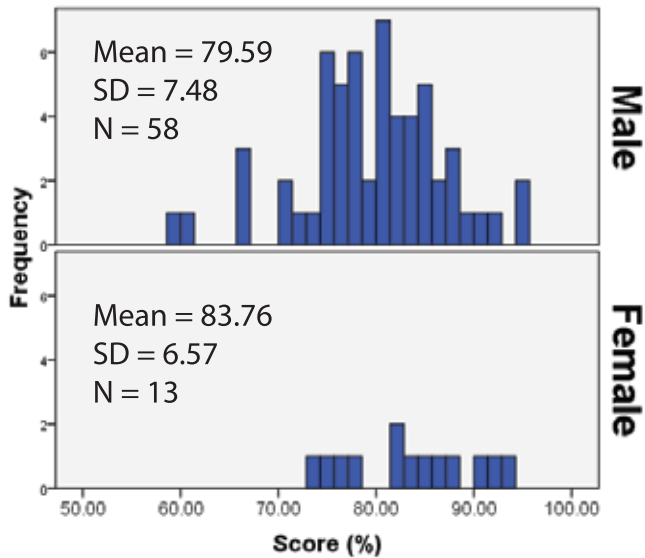
■ Round 1 ■ Round 2



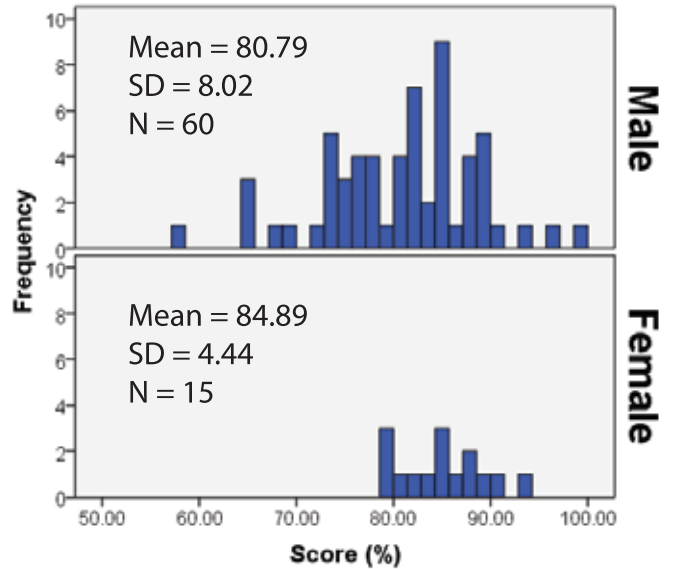
Results By Hospitals – Maternal Health



ROUND 1: JUNE 2024



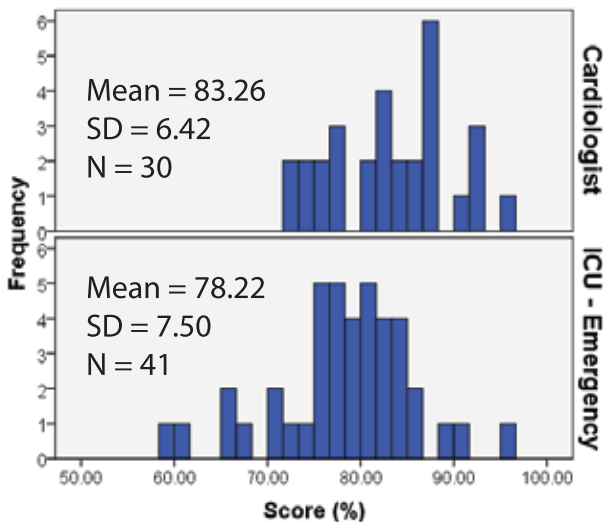
ROUND 2: SEPTEMBER 2024



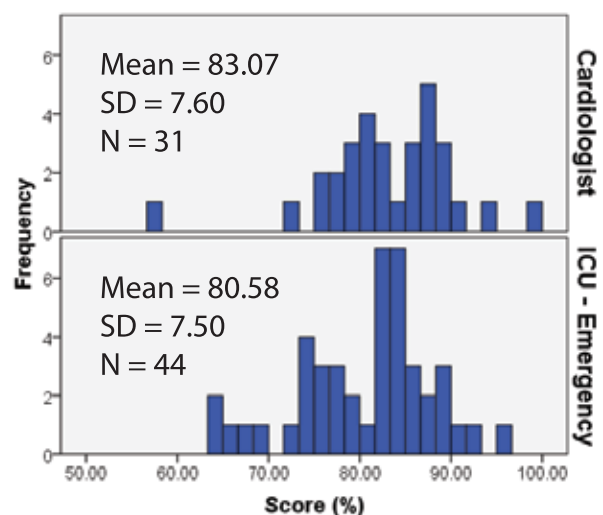
Results By Provider Types – Heart Health



ROUND 1: JUNE 2024



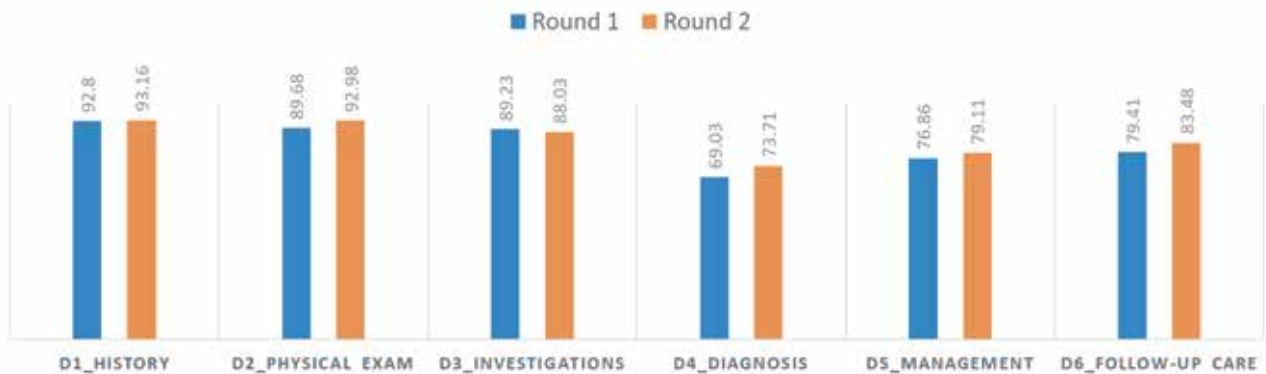
ROUND 2: SEPTEMBER 2024



Results By Domains – Heart Health



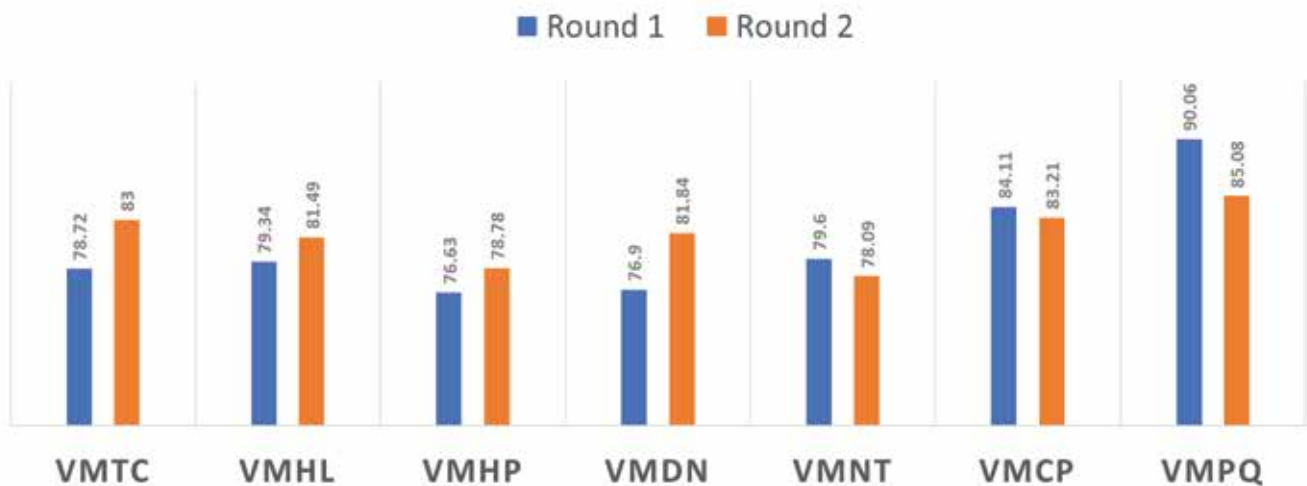
MEAN SCORES BY DOMAINS AND ROUNDS



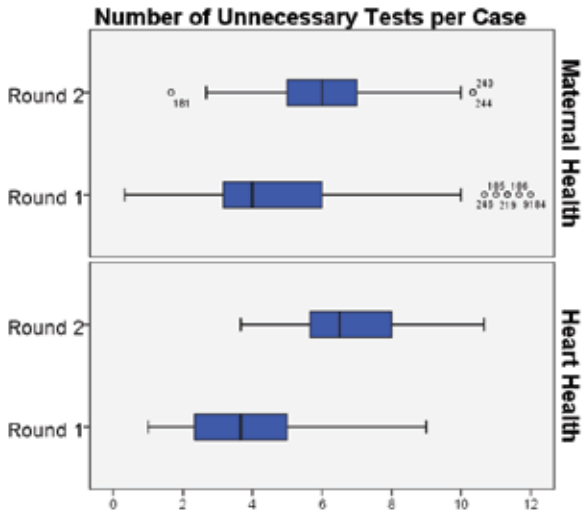
Results By Hospitals – Heart Health



MEAN SCORES BY HOSPITALS AND ROUNDS



Unnecessary Test Care per Case



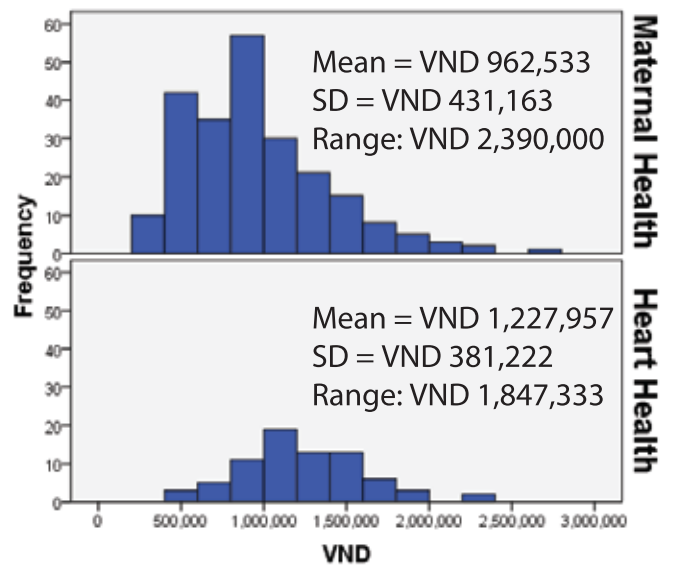
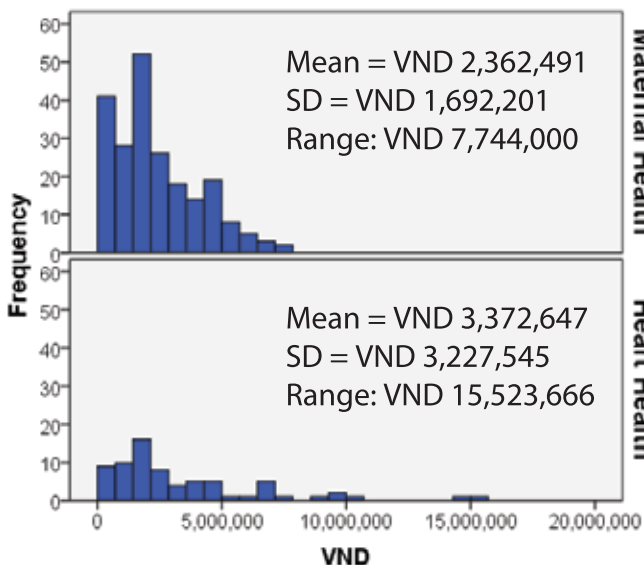
	Round 1	Round 2
Maternal Health	Mean = 4.72 SD = 2.31	Mean = 6.05 SD = 1.51
Heart Health	Mean = 3.82 SD = 1.72	Mean = 6.79 SD = 1.53

Unnecessary Test Care per Case



ROUND 1: JUNE 2024

ROUND 2: SEPTEMBER 2024





A Maternal Case Study - Reveals Workup, Diagnosis, and Treatment Improvement Opportunities

Hoai, 38 years old woman

- Chief Complaint: headache
- PARA 3003, normal history, vaginal delivery at 40 weeks 7 days ago without any complications
- BP 165/110mmHg, headache, clear vision, edema on both legs, reflexes are brisk; no clonus observed
- Work-up: proteinuria positive, platelets 115G/L, LFTs slightly elevated, peripheral smear, no schistocytes.
- Diagnosis is postpartum severe preeclampsia

Evidence-based recommendations

Diagnosis: postpartum severe preeclampsia
26.5%

Disposition: Admission to the obstetric ward
79.4%

Pharmacological Treatment

- Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitors
- Beta-Blockers
- Labetalol 200 mg IV every 8h
- Magnesium sulphate infusion (1g/h x 24h)

5.9%



Incorrect Care Decisions

100% ordered unneeded tests, mean 5.21 (SD: 2.4), cost VND 5,900,000/case

58.8% underestimated severity of preeclampsia

41.2% ordered unneeded medicines

A Heart Case Study - Reveal Workup, Diagnosis, and Treatment Improvement Opportunities



Tu, 58 y/o man with sudden onset severe chest pain

- Chief Complaint: severe chest pain radiating to the left arm continuously for 40 minutes, diaphoresis, and shortness of breath
- Hypertension, Hyperlipidemia, Smoking
- BP: 180/100 mm Hg, HR: 115 bpm, SpO2 98%, lung sounds clear, regular rhythm with no murmurs.
- Work-up: ECG: No ST-segment elevation. Sinus rhythm. Troponin T: 329 ng/L initially, then 622 ng/L on repeat.
- Diagnosis: NSTEMI

Evidence-based recommendations

Diagnosis: NSTEMI
58.3%

Disposition: Admit to the cardiology unit for close monitoring and treatment
41.7%

Pharmacological Treatment

Aspirin, P2Y12 Inhibitor, Beta-Blocker, High-Intensity Statin, Anticoagulation with Heparin, ACEI/ARB

33,3%



Incorrect Care Decisions

41.7% lacked of essential physical examination

83.3% ordered unneeded tests, mean 2.83 (SD: 2.2), cost VN 3,200,000/case

41.7% underestimated severity of NSTEMI

A Heart Case Study - Reveal Workup, Diagnosis, and Treatment Improvement Opportunities



- Clinical variation is a problem in Vietnam as it is in every part of the world.
- Develop high-quality CME/CPD courses based on standardized clinical care guidelines that are measurable and ensure consistency in medical education
- Consider legalizing regulations to ensure the quality of clinical training in the health sciences as a national task
- Use of the case mix adjusted EQIS tool shows both the feasibility of measurement in hospitals and the benefits in Vietnam
 - Gives feedback in real time and measures clinical practice serially
 - Patient care improves, costs go down

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN CLB GIÁM ĐỐC
CÁC BỆNH VIỆN KHU VỰC PHÍA NAM
LẦN THỨ XXII – NĂM 2024**

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN
QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH VÀ
ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN**

BSCKII. Nguyễn Đăng Giáp
Giám Đốc Bệnh viện



PHẦN I
QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH



LỊCH SỬ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN BAN ĐẦU

- **Năm 1924:** BV khởi nguồn là một trạm cứu thương với 5 – 7 giường, dành cho Quân đội Pháp với tên gọi **Ambulance dee Buon Ma Thuot**, do đại úy Pháp quản lý.
- **Năm 1946 – 1975:** BV được nâng cấp, mở rộng với quy mô lên đến 170 giường, được chuyển giao cho chính quyền dân sự và được quản lý bởi y bác sĩ Việt Nam và Pháp.



QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG QUY MÔ BV

- **11/3/1975:** Thành phố Buôn Ma Thuột được giải phóng hoàn toàn, BV được chính quyền cách mạng tiếp quản và chính thức hoạt động trở lại vào ngày 15/3/1975 với tên gọi **Bệnh viện đa khoa Tỉnh Đắk Lắk**.
- **Từ 1985 – 2012:** BV liên tục được đầu tư nâng cấp và mở rộng quy mô từ 300 giường (1985) lên thành 750 giường (2012).
- BV được công nhận đạt tiêu chuẩn BV Hạng 2 (2006) và Hạng 1 (2013) với quy mô 1000 giường bệnh.



QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG QUY MÔ BV



Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk (giai đoạn 1995 – 2018)



QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG QUY MÔ BV

- **Năm 2012**, UBND tỉnh đã đầu tư xây dựng cơ sở mới cho BV, nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.
- **Năm 2018**, BV đổi tên thành **Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên** và chuyển đến cơ sở mới với quy mô 1250 giường trong khuôn viên rộng 12 hecta vào năm 2019 để thực hiện sứ mệnh chăm sóc sức khỏe cho người dân trong vùng Tây Nguyên và hai nước bạn Lào, Campuchia.
- **Năm 2023**, UBND tỉnh tiếp tục phê duyệt nâng cấp khoa Ung Bướu thành Trung tâm Ung Bướu trực thuộc BV với quy mô 400 giường để phù hợp với mô hình bệnh tật tại vùng Tây Nguyên và cả nước, nâng tổng số giường của BV lên hơn 1500 giường (dự kiến cuối năm 2025, Trung tâm Ung Bướu đi vào hoạt động).



QUÁ TRÌNH MỞ RỘNG QUY MÔ BV



Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên (2019 – đến nay)



THÀNH TỰU

Trong quá trình phát triển, tập thể lãnh đạo và nhân viên BV luôn hoàn thành mọi nhiệm vụ được giao, được Bộ Y tế đánh giá là BV xuất sắc toàn diện (2007–2011), nhận Bằng khen và Cờ thi đua của Thủ tướng.

Năm 2012, BV vinh dự nhận **Huân chương Lao động hạng Ba**.





PHẦN II

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN



CHỨC NĂNG VÀ NHIỆM VỤ

- **Khám và điều trị:**

Cấp cứu, khám và chữa bệnh đa khoa, chuyên khoa bao gồm cả bệnh lý nặng và nguy kịch.

- **Phòng bệnh:**

Hợp tác với Trung tâm kiểm soát Bệnh tật, Viện vệ sinh dịch tễ Tây nguyên và các BV tuyến trên trong phòng chống dịch bệnh.

- **Đào tạo:**

Là cơ sở thực hành cho sinh viên khối ngành sức khỏe từ trung cấp đến sau đại học.

Tổ chức đào tạo liên tục, nâng cao năng lực chuyên môn cho các cơ sở y tế trong vùng.



CHỨC NĂNG VÀ NHIỆM VỤ

• Chỉ đạo tuyến:

Tập huấn, giám sát và hỗ trợ cơ sở y tế tuyến dưới phát triển chuyên môn kỹ thuật.

• Nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế:

Triển khai thực hiện các đề tài nghiên cứu khoa học các cấp tại BV.

Hợp tác với các BV, trường trong và ngoài nước thực hiện các dự án nghiên cứu.

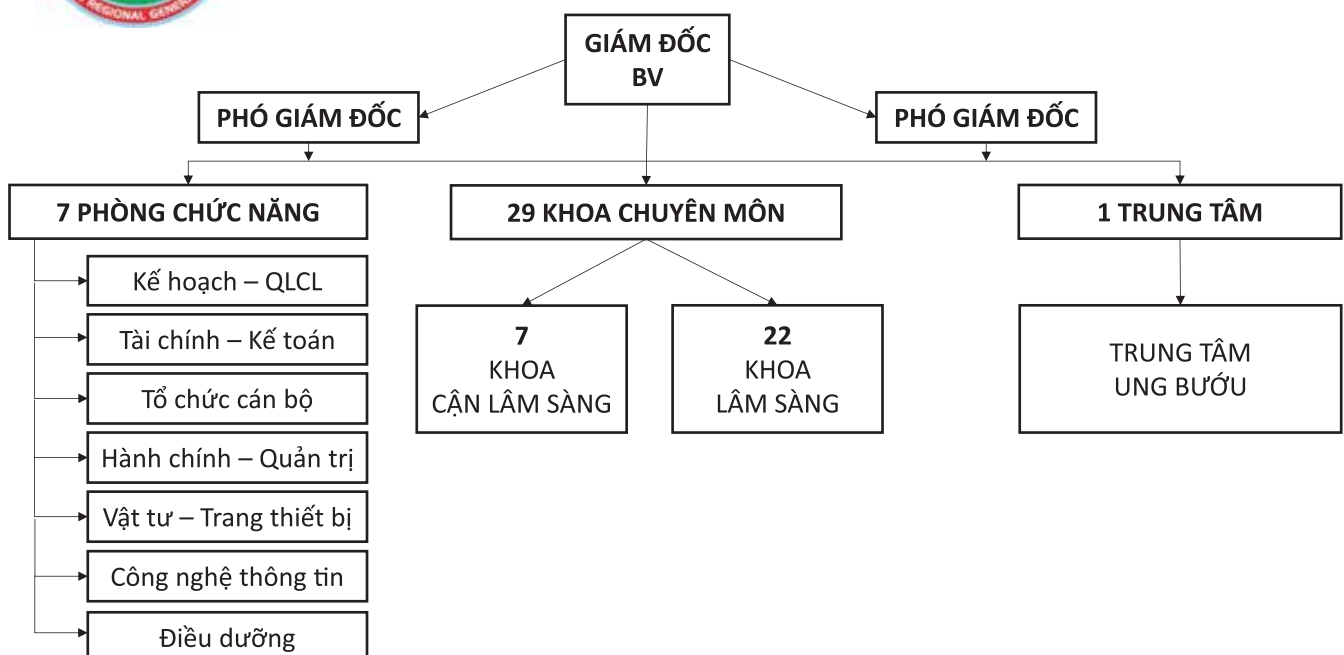
• Quản lý kinh tế trong BV:

Sử dụng hiệu quả ngân sách nhà nước.

Từ năm 2023, BV là đơn vị tự đảm bảo chi thường xuyên giúp BV có thêm nguồn thu nhập từ các dịch vụ y tế.

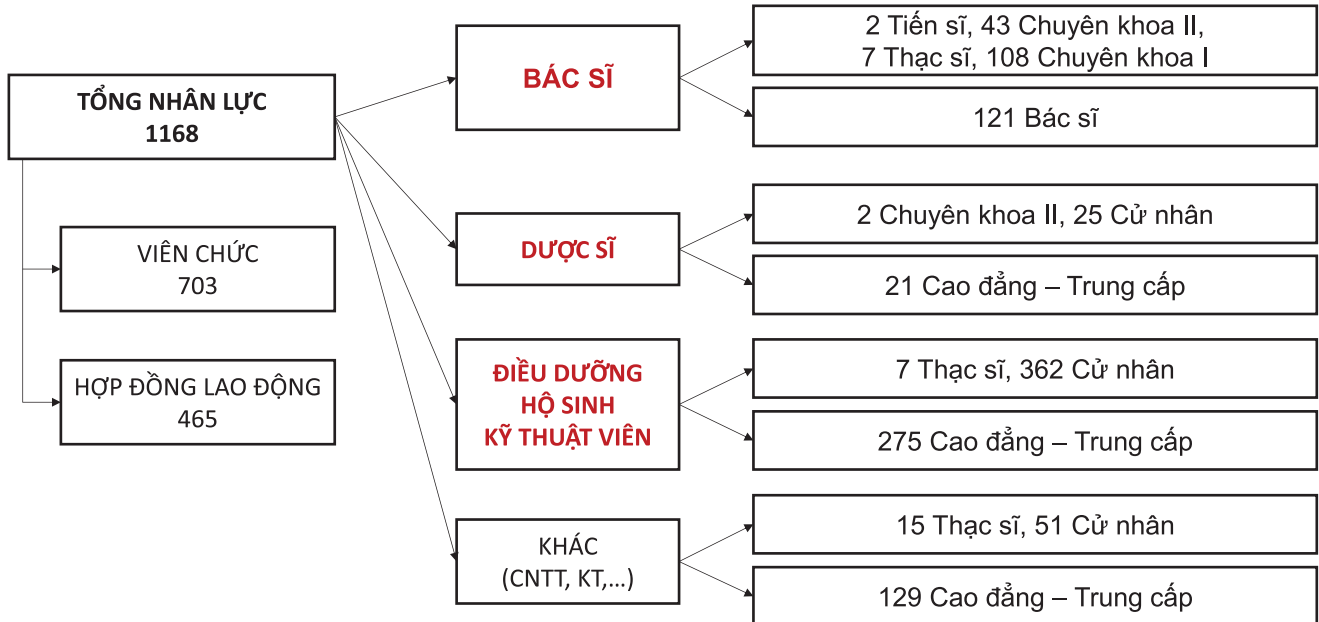


TỔ CHỨC BỘ MÁY

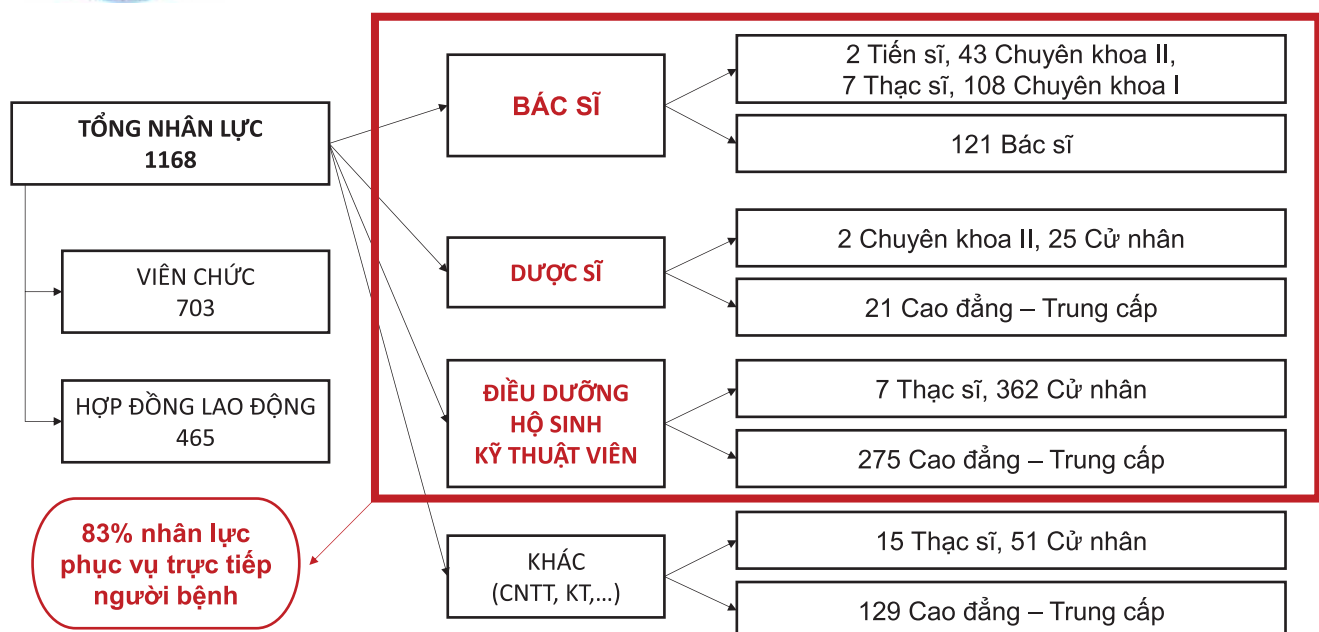




NHÂN LỰC



NHÂN LỰC





CƠ SỞ VẬT CHẤT

BV được bàn giao và chính thức đi vào hoạt động vào năm 2019, trong khuôn viên rộng 12 ha với diện tích sàn sử dụng hơn 70.000 m², bao gồm:

- 2 Tòa nhà 5 tầng
- 4 Tòa nhà 7 tầng
- 2 Tòa nhà 2 tầng
- Các công trình phụ trợ khác



TRANG THIẾT BỊ

BV có đầy đủ trang thiết bị để đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân. Ngoài ra BV còn được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại, chuyên sâu.



HỆ THỐNG NỘI SOI



HỆ THỐNG LỌC MÁU



TRANG THIẾT BỊ

BV có đầy đủ trang thiết bị để đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân. Ngoài ra BV còn được đầu tư nhiều trang thiết bị hiện đại, chuyên sâu.



HỆ THỐNG MRI



HỆ THỐNG DSA



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYỂN

- Hàng năm, cử nhân viên đi học tập, nâng cao trình độ từ Chuyên khoa I đến Tiến sĩ.
- Hợp tác với BV Chợ Rẫy, Trường ĐHY dược TPHCM, ... trong đào tạo liên tục, hỗ trợ chuyên môn và chuyển giao kỹ thuật.
- Thực hiện hướng dẫn thực hành đủ điều kiện cấp GPHN theo Nghị định số 96/2023 của Bộ Y tế.
- Phối hợp tổ chức nhiều Hội nghị, Hội thảo chuyên môn.
- Tổ chức đào tạo liên tục, chuyển giao kỹ thuật cho tuyển dưới theo Đề án 1816 và kế hoạch của Sở Y tế.
- Phối hợp tập huấn nâng cao năng lực cho tuyển dưới trong công tác phòng chống dịch bệnh



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYẾN



HỘI THẢO CẬP NHẬT VỀ TMCT



HỘI THẢO CẬP NHẬT VỀ UNG BƯỚU



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYẾN



HỘI THẢO CẬP NHẬT VỀ TIM MẠCH



HỘI THẢO CẬP NHẬT VỀ SIÊU ÂM



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYẾN



HỘI THẢO KHOA HỌC CHUYÊN NGÀNH UNG BƯỚU LẦN ĐẦU TIÊN TẠI VÙNG TÂY NGUYÊN



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYẾN



HỘI NGHỊ GMHS TOÀN QUỐC

HỘI THẢO CẬP NHẬT VỀ CTCH



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYỂN

- Sở Y tế phê duyệt cho BV thực hiện 22 Đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở có tính ứng dụng cao trong năm 2024.
- Hợp tác với Viện vi sinh vật và công nghệ tham gia vào dự án “Nâng cao năng lực giám sát và thiết lập bản đồ phân bố meliodosis trên người và động vật tại Việt Nam” do Đại học Florida viện trợ.



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYỂN

THUẬN LỢI

- Bộ Y tế, UBND tỉnh đã hỗ trợ, hướng dẫn tháo gỡ trong công tác đấu thầu.

KHÓ KHĂN

- Số lượng công văn hướng dẫn quá nhiều nên đôi lúc BV thực hiện không phải lúc nào cũng kịp thời.
- Ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, BV chưa đầu tư thêm trang thiết bị để phát triển kỹ thuật.
- Trang thiết bị tuy hiện đại nhưng đã cũ, mất nhiều thời gian bảo dưỡng và tốn kém.

GIẢI PHÁP

- “Nghị định 114/2021/NĐ-CP” có hiệu lực từ 30 tháng 10 năm 2024 và sự quan tâm của UBND thì việc phân quyền cho BV trong mua sắm trang thiết bị sẽ thuận lợi hơn.



CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

- Triển khai hiệu quả “văn phòng điện tử” tại BV thông qua hệ thống iDesk.
- Nâng cấp và hoàn thiện hệ thống quản lý BV (HIS) đáp ứng các chuẩn dữ liệu chuyển đổi số, dự kiến 2026 sẽ triển khai đồng bộ Bệnh án điện tử tại BV.
- Bảo mật an toàn thông tin đạt mức 3 theo tiêu chí của Bộ Y tế.
- Ứng dụng thanh toán viện phí không dùng tiền mặt qua POS, QR Code,...
- Triển khai và khuyến khích đăng ký khám bệnh thông qua Kiosk, website, VssID, VNeID, CCCD,....
- Tiếp tục triển khai Đề án 06 của Thủ tướng Chính phủ tại BV.



CÔNG TÁC TÀI CHÍNH

THUẬN LỢI

- BV là đơn vị tự đảm bảo chi thường xuyên (nhóm II).
 - Nguồn thu của BV trong nhiều năm luôn đạt số thu so với kế hoạch và tăng hàng năm
- Đầu tư phát triển kỹ thuật, trích lập các quỹ và ổn định đời sống cho người lao động.

KHÓ KHĂN

- Dự toán của BHXH cho địa phương thấp, không đủ nhu cầu của địa phương.
- Sự chậm trễ của BHYT trong việc thanh toán cho BV sau khi quyết toán.

→ **Ảnh hưởng đến sự phát triển của BV và đời sống của người lao động.**



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN

- Các khoa, phòng duy trì thực hiện tốt quy chế chuyên môn.
- Xây dựng kế hoạch phát triển kỹ thuật phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh.
- Hội chẩn chuyên môn, bình bệnh án nhằm nâng cao chuyên môn, hạn chế sai sót.
- Xây dựng quy trình khám bệnh, chữa bệnh nhằm giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, hướng đến sự hài lòng của người bệnh.
- Đảm bảo quy tắc ứng xử của nhân viên y tế phù hợp với người bệnh.



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN THÂN THIỆN



THÂN THIỆN – TẬN TÂM – TẬN TÌNH TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN TẬP THỂ NHÂN VIÊN KHOA HSCC NHI – SƠ SINH ĐIỀU TRỊ



TẬP THỂ NHÂN VIÊN KHOA HSCC NHI – SƠ SINH ĐIỀU TRỊ VÀ NUÔI DƯỠNG BỆNH NHI 1 TUỔI BỊ BỎ RƠI



CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

- Tập thể lão đạo và người lao động luôn phấn đấu hoàn thành chỉ tiêu kế hoạch của cả năm.
- Một số chỉ tiêu khám bệnh, chữa bệnh năm 2024 và kết quả đã thực hiện trong 9 tháng đầu năm:

CHỈ TIÊU CHUYÊN MÔN	KẾ HOẠCH 2024	KẾT QUẢ THỰC HIỆN
SỐ GIƯỜNG BỆNH	1250	2054 giường (vượt 164,2% Kế hoạch)
SỐ LƯỢT KHÁM BỆNH	364.200	320.000 lượt (đạt 87,9% Kế hoạch)
SỐ NGÀY ĐIỀU TRỊ TRUNG BÌNH	< 6.0	5.6 ngày (thấp hơn Kế hoạch 0,4 ngày)
SỐ LƯỢT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	85.500	72.000 lượt (đạt 84,2% Kế hoạch)
SỐ LƯỢT ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ	18.550	14.000 lượt (đạt 75,5% Kế hoạch)
CÔNG SUẤT SỬ DỤNG GIƯỜNG	> 90%	124.2 % (vượt hơn 38% Kế hoạch)
TỈ LỆ CHUYỂN TUYẾN	< 7.0	5.6% (thấp hơn 20% Kế hoạch)



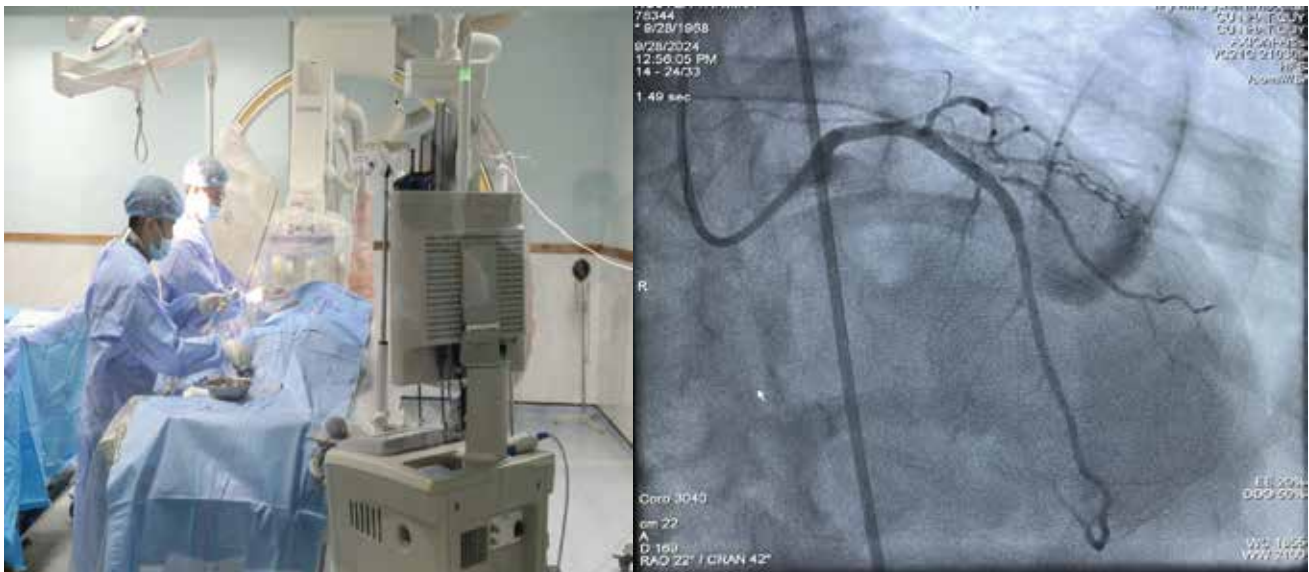
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN

BV luôn chú trọng phát triển dịch vụ kỹ thuật:

- Năm 2023, BV triển khai 11876 DMKT theo phân tuyến và 452 DMKT vượt tuyến.
- 6 tháng đầu năm 2024, BV triển khai thêm 59 DMKT lần đầu tiên được thực hiện tại BV thuộc các lĩnh vực về Ung Bướu, Sản, Nhi, Tim mạch, Hồi sức cấp cứu và Ngoại khoa.



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH CHO NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



CẤY MÁY TẠO NHỊP TIM VĨNH VIỄN



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



ĐẶT STENT GRAFT ĐIỀU TRỊ PHÌNH BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT NỐI ĐỨT LÌA CHI DƯỚI



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT NỐI ĐỨT LÌA CHI TRÊN



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN TRONG HOẠI TỬ CHỖM XƯƠNG ĐÙI



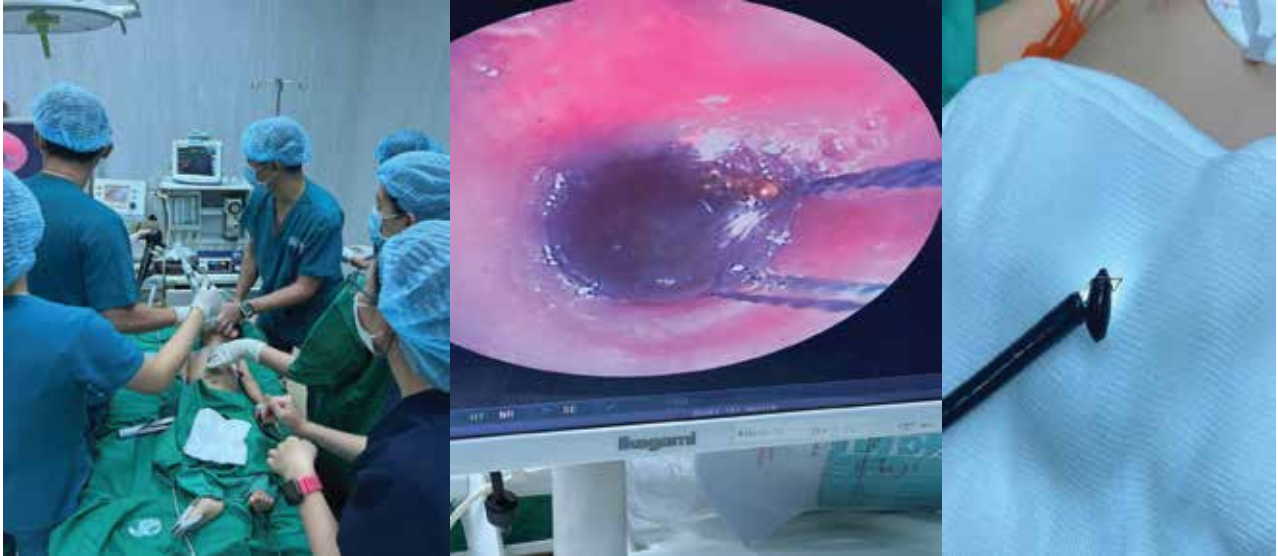
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG ĐINH GAMMA DƯỚI MÀN HÌNH TĂNG SÁNG KHÔNG MỞ Ổ GÃY



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



NỘI SOI GÂY MÊ LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG HÔ HẤP CHO BỆNH NHI



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



NỘI SOI GÂY MÊ LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG HÔ HẤP CHO BỆNH NHI



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG (ERCP) LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT



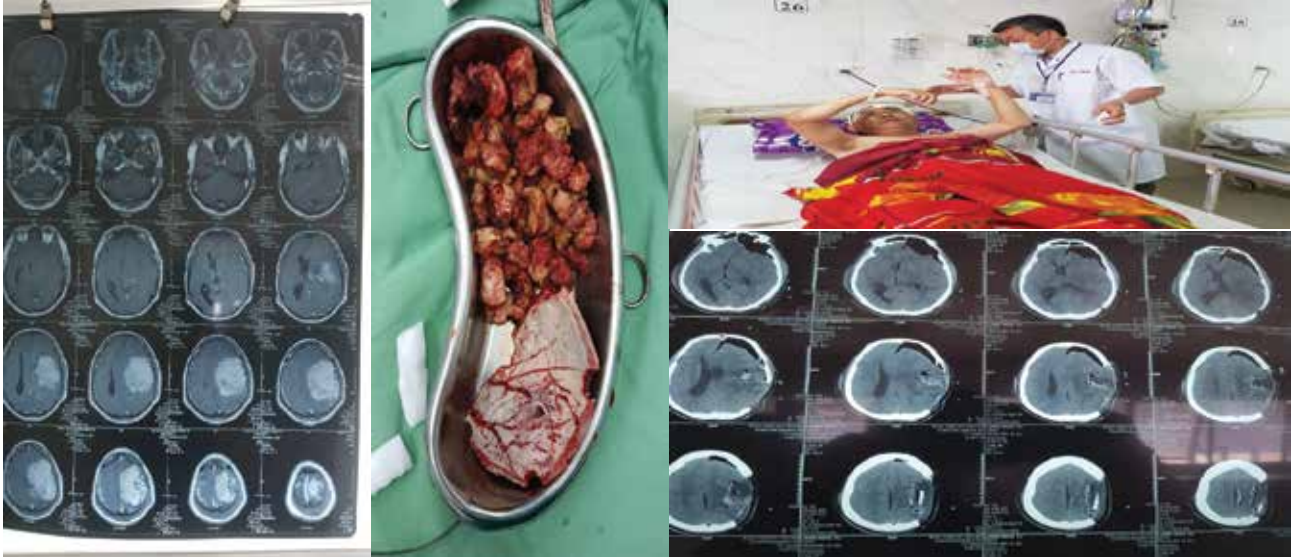
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT CẤP CỨU BẮT VÍT CỘT SỐNG QUA DA DO TAI NẠN SINH HOẠT



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT BỎ KHỐI U SAO BÀO LỚN Ở NÃO



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT CẤP CỨU GÃY TRẬT CỘT SỐNG CỔ DO TẾ NGÃ TRONG HÁI TIÊU



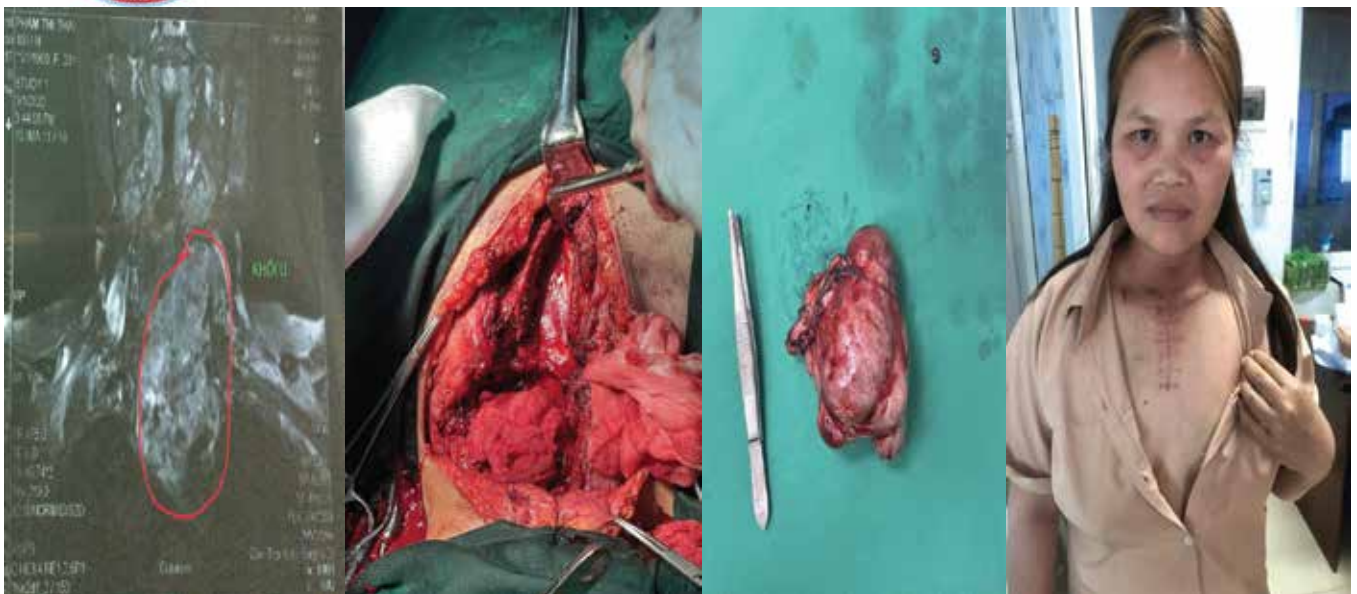
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP KHỔNG LỒ GÂY CHÈN ÉP ĐƯỜNG HÔ HẤP



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT



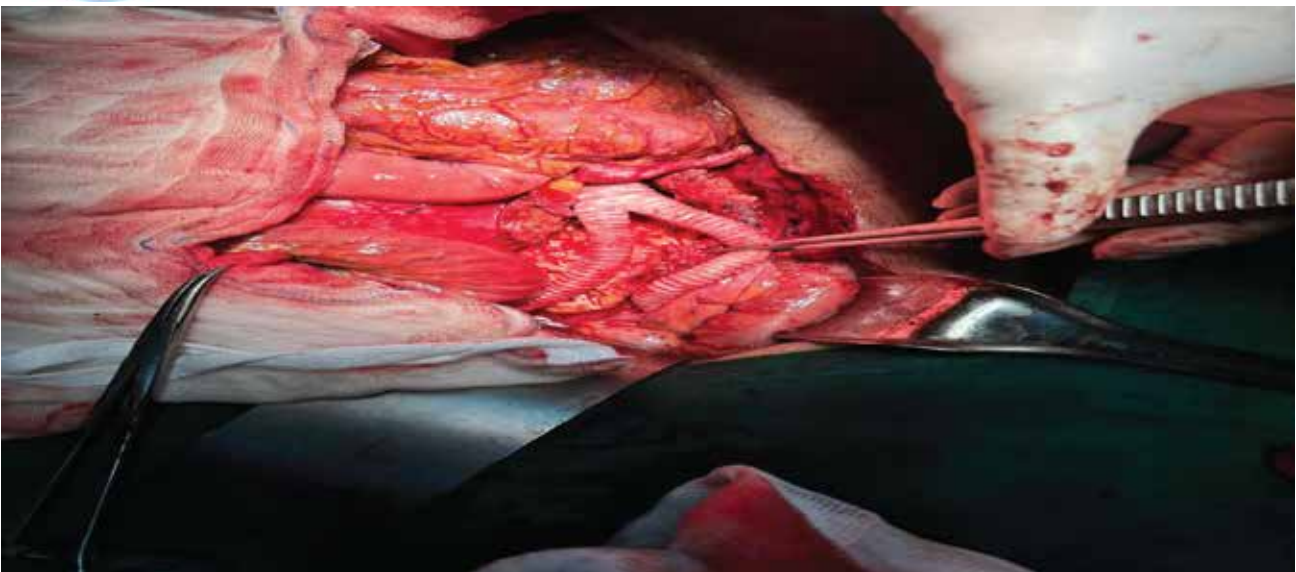
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT VÁ LỖ THÔNG LIÊN NHĨ



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



THAY ĐOẠN ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG BẰNG ỐNG GHEP



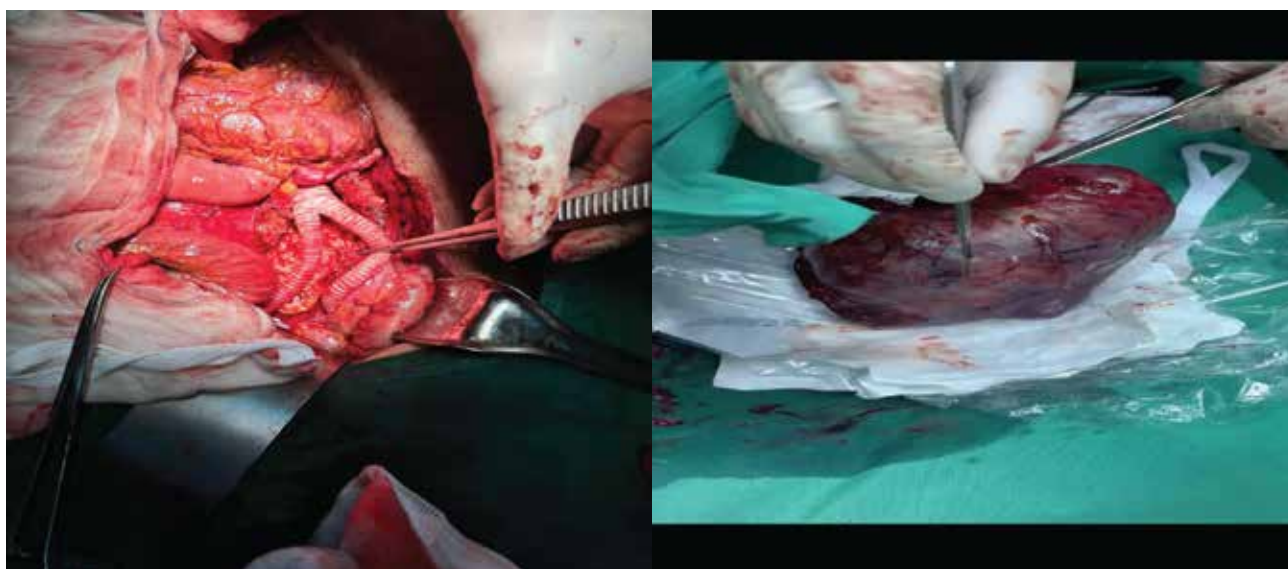
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT CẮT THÙY PHỔI ĐIỂN HÌNH TRONG UNG THƯ PHỔI



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



THAY ĐOẠN ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG BẰNG ỐNG GHEP



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT LẤY U XƯƠNG SỌ VÙNG TRÁN



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT VI PHẪU U TỦY NGANG ĐỐT SỐNG L1 – L2



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN BẨM SINH



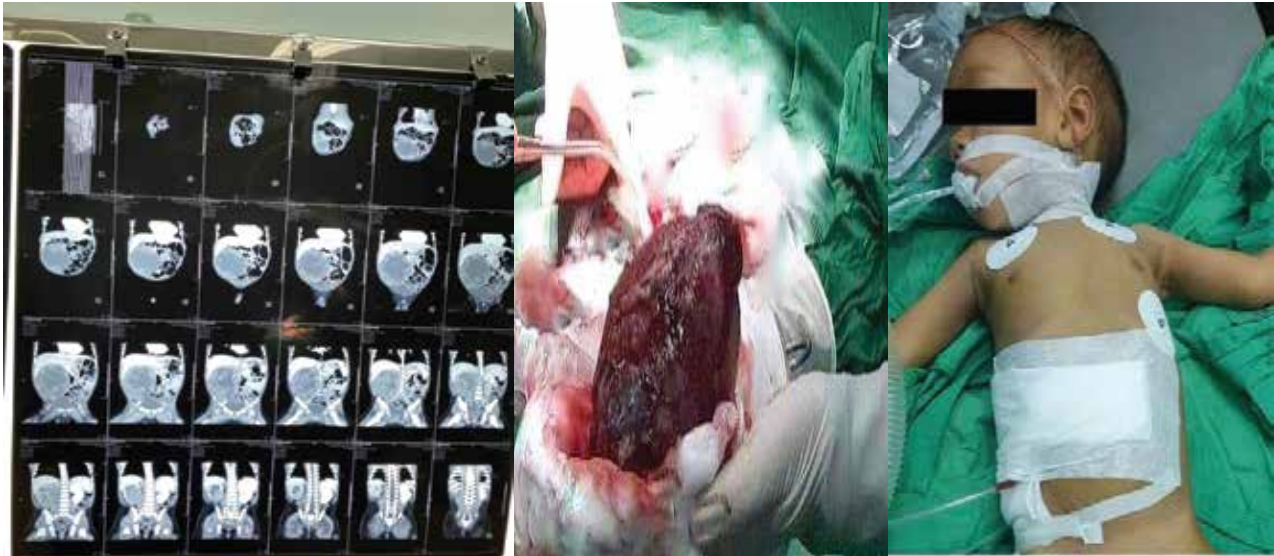
KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN BẨM SINH



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



PHẪU THUẬT CẮT THẬN DO U NGUYÊN BÀO THẬN Ở BỆNH NHI 1 TUỔI



KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN



LỌC MÁU LIÊN TỤC BẰNG ECMO Ở BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG HUYẾT NẶNG



PHẦN III

ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN BỆNH VIỆN GIAI ĐOẠN 2025 – 2030, TẦM NHÌN 2050



CƠ SỞ PHÁP LÝ

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 201 /QĐ-TTg

Hà Nội, ngày 27 tháng 02 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

Phê duyệt Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021 - 2030,
tầm nhìn đến năm 2050

DIỄN TỪ CHÍNH PHỦ

CHÍNH PHỦ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 120 /2020/NĐ-CP

Hà Nội, ngày 07 tháng 10 năm 2020

CÔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ CHÍNH PHỦ
ĐẾN: Gic...
Ngày: 09/10/2020

NGHỊ ĐỊNH

Quy định về thành lập, tổ chức lại, giải thể đơn vị sự nghiệp công lập

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1747/QĐ-TTg

Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2023

DIỄN TỪ CHÍNH PHỦ
Số: 1747/QĐ-TTg

QUYẾT ĐỊNH

Phê duyệt Quy hoạch tỉnh Đắk Lắk thời kỳ 2021 - 2030,
tầm nhìn đến năm 2050

ỦY BAN NHÂN DÂN
TỈNH ĐẮK LẮK

Số: 2940 /QĐ-UBND

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Đắk Lắk, ngày 25 tháng 10 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH

Về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn
và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên



CĂN CỨ CHÍNH TRỊ

- Nghị quyết số 19-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung Ương khóa XII về việc Tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập.
- Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban chấp hành Trung Ương khóa XII về việc Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
- Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban chấp hành Trung Ương khóa XII về Công tác dân số trong tình hình mới.



CĂN CỨ THỰC TIỄN

VỊ TRÍ ĐỊA LÝ, ĐẶC ĐIỂM TỰ NHIÊN VÀ DÂN SỐ

ĐẶC ĐIỂM	TÂY NGUYÊN	ĐẮK LẮK
Vị trí địa lý	giáp với vùng Duyên Hải Nam Trung Bộ giáp với vùng Đông Nam Bộ giáp với nước Lào và Campuchia	Trung tâm của vùng Tây Nguyên
Diện tích	54.641 Km ² (đứng thứ 3 trong 7 vùng)	13.070 Km²
Địa hình	Phần lớn là Cao Nguyên	Phần lớn là Cao Nguyên
Dân số	khoảng 5,9 triệu người	Khoảng 2,2 triệu người
Cơ cấu dân tộc	49 dân tộc	49 dân tộc
Mật độ dân số	108 người/ Km ²	146 người/ Km ²



CĂN CỨ THỰC TIỄN

KINH TẾ XÃ HỘI

ĐẶC ĐIỂM	TÂY NGUYÊN	ĐẮK LẮK
Kinh tế	Trọng điểm sản xuất nông nghiệp. Phát triển du lịch cục bộ ở thành phố Đà Lạt, thành phố Buôn Ma Thuột .	Trọng điểm sản xuất nông nghiệp. Du lịch phát triển cục bộ.
Xã hội	Hạn chế về giáo dục, y tế và hạ tầng giao thông đặc biệt là ở những vùng sâu, vùng xa .	
	Có sự phát triển về y tế và giáo dục ở thành phố Buôn Ma Thuột, nhưng vẫn còn hạn chế ở các vùng khác.	
	Tỉ lệ hộ nghèo dù giảm, nhưng vẫn ở mức cao. Đặc biệt là hộ nghèo đồng bào dân tộc thiểu số .	
	Tỉ lệ tăng dân số tự nhiên và trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm, nhưng vẫn còn cao	
	Tỉ lệ lao động có bằng cấp còn thấp, tỉ lệ thất nghiệp ở thành thị có giảm ở thành phố Buôn Ma Thuột, thành phố Pleiku, thành phố Đà Lạt .	



CĂN CỨ THỰC TIỄN

THỰC TRẠNG MẠNG LƯỚI CƠ SỞ Y TẾ TẠI VÙNG TÂY NGUYÊN

CHƯA CÓ BV TUYẾN TRUNG ƯƠNG (TUYẾN CUỐI)
 NÀO TẠI VÙNG TÂY NGUYÊN.

→ **Khả năng tiếp cận các Trung tâm chuyên khoa của người dân rất thấp, bởi khoảng cách đến các BV tuyến cuối xa.**



KHOẢNG CÁCH ĐẾN BV CHỢ RẪY



KHOẢNG CÁCH ĐẾN BV TW HUẾ



ĐÀO TẠO – CHỈ ĐẠO TUYỂN

CĂN CỨ THỰC TIỄN

- Dự kiến dân số cả nước ở mức 105 và 115 triệu người vào năm 2030 và 2050.
- Việt Nam bắt đầu thời kỳ già hóa dân số vào năm 2036, kéo dài 20 năm đến 2055. Sau đó là thời kỳ cơ cấu dân số siêu già (trên 21% người từ 65 tuổi trở lên).
- 50% Dân số sẽ sống ở khu vực thành thị vào năm 2030 và đến 2069 tỷ lệ này chiếm 64,8%.
→ ***Đặt ra thách thức về việc phát triển Trung tâm chuyên khoa tại Vùng Tây Nguyên phù hợp với quy mô dân số.***



CĂN CỨ THỰC TIỄN

DỰ BÁO MÔ HÌNH BỆNH TẬT (Giai đoạn 2020 – 2040)

- 80% Gánh nặng tử vong thuộc nhóm bệnh không lây nhiễm (trong đó nhóm bệnh tim mạch và ung thư chiếm hơn 50%, lần lượt chiếm 35,2% và 20,2%).
- 10% là do chấn thương và tai nạn thương tích (gần đây có xu hướng giảm nhờ các chính sách pháp luật của Nhà nước). Tuy nhiên, tại vùng Tây Nguyên tỉ lệ tai nạn lao động vẫn ở mức cao một phần liên quan đến nhận thức trong việc an toàn lao động,...
→ ***Nhu cầu thực tiễn cần phát triển các Trung tâm chuyên khoa tại vùng Tây Nguyên.***



CĂN CỨ THỰC TIỄN

Căn cứ theo “Quyết định 201/QĐ-TTg về Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021 – 2030, tầm nhìn đến năm 2050” và “Dự báo dân số, mô hình bệnh tật, nhu cầu giường bệnh giai đoạn 2025 – 2030”.

BV xây dựng mục tiêu phát triển trong giai đoạn 2025 – 2030, cụ thể như sau:

1. Nâng cấp, mở rộng quy mô BV nhằm mục tiêu **đảm nhận chức năng vùng Tây Nguyên**.
2. Giai đoạn 2025 – 2030, phát triển các **Trung tâm Sản – Nhi, Trung tâm Sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, Trung tâm Tim mạch và Trung tâm Chấn thương chỉnh hình** trực thuộc BV.
3. Phát triển lĩnh vực **Hồi sức tích cực**.
4. Phát triển **nhân lực y tế**



MỤC TIÊU

Tầm nhìn đến năm 2050:

1. Tiếp tục hoàn chỉnh và phát triển các trung tâm chuyên sâu về Truyền nhiễm, Lão khoa; Phục hồi chức năng,...
2. Mở rộng quy mô BV đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tăng lên của người dân khi thay đổi về mô hình bệnh tật và gia tăng dân số.



PHẦN VI

KẾ HOẠCH PHÁT TRIỂN BỆNH VIỆN GIAI ĐOẠN 2025 – 2030



NÂNG CẤP BV

NHẪM MỤC TIÊU ĐẢM NHIỆM CHỨC NĂNG VÙNG

Tầm nhìn đến năm 2050:

- Xây dựng kế hoạch phát triển chuyên môn kỹ thuật, trong đó chú trọng đến việc đầu tư trang thiết bị nhằm thực hiện các kỹ thuật chuyên khoa theo phân tuyến hoặc vượt tuyến, đảm bảo đủ điều kiện theo tiêu chuẩn IV của tiêu chuẩn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp theo thông tư 06/2024/TT-BYT.
- Xây dựng chủ trương thu hút nhân lực, đào tạo nhân lực chất lượng cao phù hợp với nhiệm vụ, quy mô giường bệnh và kế hoạch phát triển BV. Bên cạnh đó, việc bổ sung phát triển nguồn nhân lực phải đảm bảo BV đủ điều kiện về nhân lực theo nhóm tiêu chuẩn III của tiêu chuẩn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp theo thông tư 06/2024/TT-BYT.



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM SẢN NHI

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Năm 2024, tổng chỉ tiêu giường bệnh của các khoa Sản – Nhi là 329 giường, tuy nhiên chỉ trong 9 tháng, số giường thực kê lên đến 552 giường bệnh → *Nhu cầu rất cao trong khám bệnh, chữa bệnh lĩnh vực Sản – Nhi.*
- Về nhân lực, các khoa Sản – Nhi hiện tại có 169 người làm việc, trong đó lực lượng Bác sĩ có chuyên môn cao từ Chuyên khoa 1 đến Tiến sĩ đủ năng lực chuyên môn điều trị các bệnh lý nặng, phức tạp về HSCC Nhi, Huyết học, Nội tiết, thần kinh,... cao nếu cơ sở có đầy đủ các trang thiết bị chuyên sâu để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ góp phần vào giảm tỉ lệ chuyển tuyến đến tuyến trên → *Đủ năng lực vận hành Trung tâm Sản Nhi với quy mô trên 400 giường nếu trung tâm đi vào hoạt động.*



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ SƠ SINH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- BV luôn đi đầu trong các công tác thực hiện các chương trình, kế hoạch chẩn đoán sàng lọc trước sinh và sơ sinh.
- Tuy nhiên do khó khăn chung về nhân lực, trang thiết bị khi triển khai sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh tại tuyến tỉnh mà BV đa phần chỉ thực hiện được siêu âm hình thái, đo độ mờ da gáy, còn về các xét nghiệm thì sẽ phối hợp với các đơn vị bên ngoài để gửi mẫu đến đơn vị khác thực hiện.



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ SƠ SINH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Bên cạnh việc cử nhân lực tham gia đào tạo liên tục Sàng lọc trước sinh – Sàng lọc sơ sinh tại BV Từ Dũ để phát triển tại BV. BV cũng xây dựng kế hoạch phát triển các dịch vụ kỹ thuật chuyên sâu về hỗ trợ sinh sản, tầm soát, chẩn đoán và điều trị sớm bệnh, tật trước sinh và sơ sinh nhằm mục tiêu hình thành Trung tâm sàng lọc chẩn đoán trước sinh, sơ sinh cấp vùng tại Tây Nguyên.



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN, SÀNG LỌC TRƯỚC SINH VÀ SƠ SINH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Vùng Tây Nguyên chưa có Trung tâm Sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cấp vùng, nên việc thành lập Trung tâm này sẽ giúp phát hiện, can thiệp sớm các bất thường bẩm sinh ở thai nhi và trẻ sơ sinh tại Đắk Lắk và vùng lân cận, góp phần nâng cao chất lượng dân số Tây Nguyên.
 - Bệnh viện cử nhân lực đào tạo liên tục về Sàng lọc trước sinh – Sàng lọc sơ sinh tại BV Từ Dũ và xây dựng kế hoạch phát triển các dịch vụ chuyên sâu về hỗ trợ sinh sản, tầm soát, chẩn đoán, điều trị sớm nhằm mục tiêu thành lập Trung tâm sàng lọc chẩn đoán trước sinh, sơ sinh cấp vùng tại Tây Nguyên.
- Nhu cầu thực tiễn và cấp thiết trong phát triển Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh gắn với Trung Tâm Sản Nhi theo quy hoạch tại QĐ số 201/QĐ-TTg.**



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM TIM MẠCH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Gánh nặng tử vong của nhóm bệnh tim mạch (bao gồm cả đột quy) luôn ở mức cao, đặc biệt nếu không được điều trị kịp thời.
- Dự báo già hóa dân số → khả năng mắc nhóm bệnh tim mạch cao hơn.



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM TIM MẠCH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Về nhân lực trong lĩnh vực Tim mạch – mạch máu, BV có đội ngũ nhân lực chuyên môn cao, được đào tạo các kỹ thuật chuyên sâu và chuyển giao kỹ thuật trong can thiệp mạch.
- Từ khi thành lập khoa TMCT (2016), BV đã triển khai nhiều kỹ thuật chuyên sâu như **Can thiệp động mạch vành qua da, Cấy máy tạo nhịp tim, Cấy máy khử rung....**
- → Thành lập Trung tâm Tim mạch là cơ sở để phát triển thêm các kỹ thuật mới nhằm can thiệp kịp thời, giảm gánh nặng do bệnh Tim mạch gây ra, đặc biệt là ở vùng Tây Nguyên



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Gánh nặng tử vong ở nhóm bệnh chấn thương và tai nạn thương tích cũng là một vấn đề cần quan tâm, đặc biệt là tại vùng Tây Nguyên, khi phần lớn công việc liên quan đến sản xuất nông nghiệp cùng với việc trình độ dân trí còn hạn chế trong việc tuân thủ an toàn lao động.
- Nhờ vào chính sách pháp luật của Nhà nước về nồng độ và tốc độ cồn đã góp phần giảm tỉ lệ tai nạn giao thông và tỉ lệ chết do tai nạn giao thông, tuy nhiên việc cấp cứu kịp thời cũng là một trong những lí do giúp giảm số người chết và tăng số người bị thương lên.



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ SƠ SINH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Nhiều trường hợp đứt lìa chi, nếu không được xử lí kịp thời có thể làm hoại tử chi, thậm chí đe dọa tính mạng.
- Sau 18 năm thành lập (2006), khoa CTTH hiện tại có đội ngũ chuyên môn cao gồm (1 TS, 5 CK II, 12 CK I) thực hiện được nhiều kỹ thuật chuyên môn cao về CTCH như **Phẫu thuật nội soi thay khớp gối, thay khớp háng, phẫu thuật kết hợp xương xâm lấn tối thiểu, Chuyển vật da che khuyết chi, nối đứt lìa chi,....**



PHÁT TRIỂN TRUNG TÂM CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

TÌNH HÌNH THỰC TIỄN

- Tuy nhiên, việc thiếu trang thiết bị và vật tư có thể ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp phù hợp, an toàn cho người bệnh, đặc biệt là với các bệnh nhân đa chấn thương phức tạp. Do đó vẫn phải chuyển tuyến các trường hợp nặng.

→ Đầu tư trang thiết bị và phát triển Trung tâm Chấn thương chỉnh hình phù hợp với thực tiễn của Vùng Tây Nguyên.



PHÁT TRIỂN LĨNH VỰC HỒI SỨC CHỐNG ĐỘC

- Bên cạnh phát triển các Trung tâm chuyên khoa, lĩnh vực hồi sức chống độc cũng là một lĩnh vực cần quan tâm, đặc biệt là khi BV đảm nhiệm chức năng vùng.
- Hiện tại, các kỹ thuật chuyên sâu về HSTC như ECMO, Lọc máu, điều trị tiêu sợi huyết,... đã được bệnh viện ứng dụng điều trị trong nhiều bệnh lý nặng, có nguy cơ đe dọa tính mạng.
- Tuy nhiên, việc tiếp tục đầu tư trang thiết bị, đào tạo nhân lực và mở rộng quy mô giường bệnh sẽ tăng cường khả năng thu dung người bệnh và điều trị kịp thời từ các cơ sở khác trong vùng Tây Nguyên chuyển đến.



TẦM NHÌN ĐẾN NĂM 2050

- Đánh giá lại các kế hoạch sau 5 năm triển khai.
- Tiếp tục hoàn thiện BV, phát triển các trung tâm chuyên sâu về Lão khoa, Phục hồi Chức năng, Truyền nhiễm...
- Mở rộng quy mô BV phù hợp với quy mô dân số và mô hình bệnh tật.



PHẦN V GIẢI PHÁP THỰC HIỆN



NHÓM GIẢI PHÁP VỀ CƠ CHẾ - CHÍNH SÁCH

- Hoàn thành Quy hoạch chi tiết tổng thể mặt bằng BV và trình UBND tỉnh phê duyệt.
- Xây dựng kế hoạch đầu tư công trung hạn giai đoạn 2026 – 2030 và trình UBND tỉnh phê duyệt.
- Xây dựng và trình đề án phát triển **Trung tâm Sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh vùng Tây Nguyên** và trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.
- Xây dựng và trình đề án phát triển **Trung tâm Sản – Nhi, Trung tâm Tim mạch, Trung tâm Chấn thương chỉnh hình trực thuộc BV** và trình cơ quan có thẩm quyền phê duyệt.



GIẢI PHÁP VỀ CƠ CHẾ - CHÍNH SÁCH

- Xây dựng và trình đề án phát triển lĩnh vực **Hồi sức tích cực và chống động trực thuộc BV.**
- Xây dựng **đề án nhân sự** phù hợp với nhiệm vụ, quy mô và chiến lược phát triển BV giai đoạn 2025 – 2030 và tầm nhìn đến 2050.
- Tiếp tục triển khai mô hình hợp tác viện – trường nhằm **nâng cao chất lượng nguồn nhân lực** cho BV và ngành y tế trong khu vực;
- Xây dựng các chính sách, chế độ khuyến khích nhân viên y tế tham gia học tập, đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn;



NHÓM GIẢI PHÁP VỀ CƠ SỞ HẠ TẦNG

- Năm 2025, **hoàn chỉnh Quy hoạch chi tiết tổng thể mặt bằng BV** dựa trên quy hoạch chi tiết xây dựng tỉ lệ 1/2000 quy hoạch khu đất ngành y tế của UBND tỉnh Đắk Lắk;
- Năm 2025 – 2030, **triển khai thực hiện đề án xây dựng** và đưa vào vận hành các Trung tâm và **mua sắm trang thiết bị y tế** bằng nguồn ngân sách Nhà nước.
- Giai đoạn đến 2050: Tiếp tục lập đề án xây dựng và hoàn thiện các Trung tâm chuyên sâu khác, trình đề án phê duyệt chủ trương để hoàn thành chiến lược phát triển BV phù hợp quy hoạch quốc gia.



NHÓM GIẢI PHÁP VỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC, HỢP TÁC CHUYÊN MÔN

- Tiếp tục duy trì và cử nhân lực đi đào tạo sau đại học; đào tạo chuyên khoa cơ bản; đào tạo chuyên sâu nhằm đảm nhiệm tốt nhiệm vụ điều trị các bệnh lý chuyên sâu bên cạnh ứng dụng kỹ thuật mới phù hợp với định hướng phát triển của BV.
- Tuyển thêm nhân lực để phát triển các khoa Ung Bướu, Tim mạch; tạo điều kiện để nâng cao năng lực chuyên môn cho các khoa phù hợp với định hướng phát triển của BV và quy hoạch quốc gia giai đoạn đến 2030, tầm nhìn đến 2050.
- Phấn đấu đào tạo nâng cao trình độ quản lý, trình độ chuyên môn sau đại học để hướng đến đạt mục tiêu phát triển nguồn nhân lực của Bộ tiêu chí xếp hạng BV hạng đặc biệt.



NHÓM GIẢI PHÁP VỀ TÀI CHÍNH

- **Chủ yếu là Ngân sách từ Trung ương**, trong đó phát triển các trung tâm chuyên khoa thuộc BV vùng là một trong những dự án ưu tiên đầu tư của chính phủ theo “QĐ số 201/QĐ-TTg ngày 27/02/2024 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021 – 2030, tầm nhìn đến 2050”.
- Ngân sách từ Địa phương.
- Ngân sách hoạt động của BV.



KẾT LUẬN



KẾT LUẬN

Sự quan tâm, tạo điều kiện đặc biệt của Đảng và Nhà nước dành cho vùng Tây Nguyên là động lực to lớn để Bệnh viện xây dựng và phát triển các Trung tâm chuyên khoa trực thuộc hướng đến mục tiêu đảm nhiệm chức năng vùng Tây Nguyên, trong giai đoạn 2025 – 2030, tầm nhìn đến 2050 phù hợp với mục tiêu phát triển hệ thống y tế toàn diện của quốc gia.



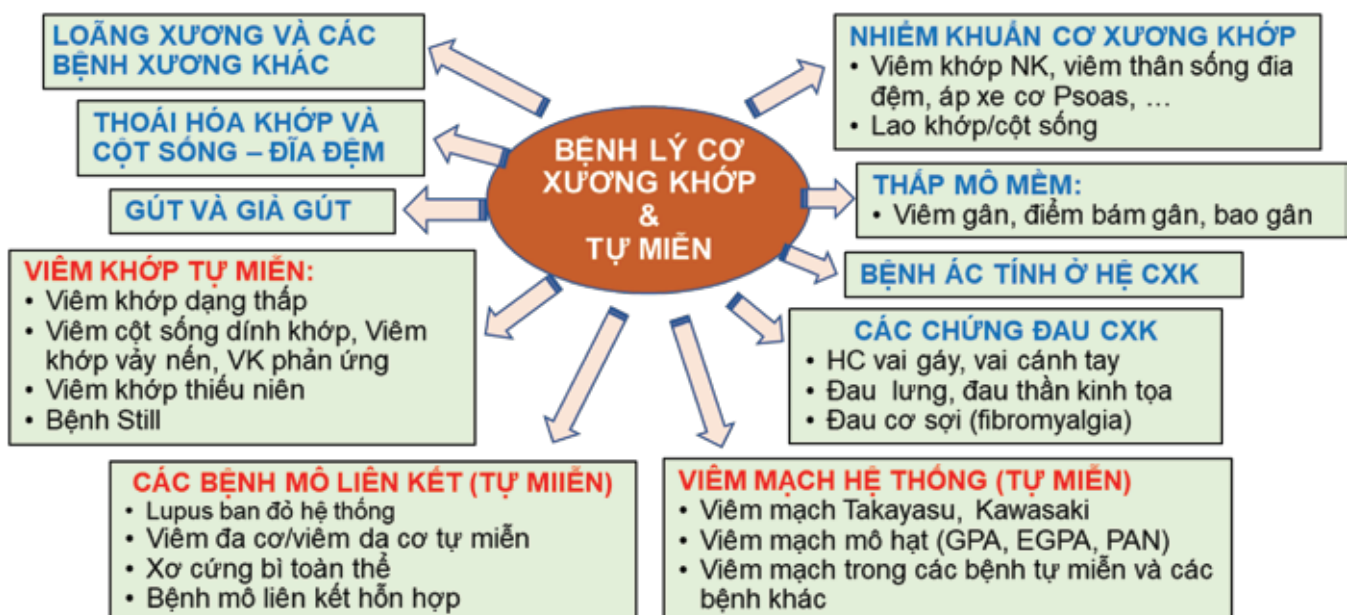
Chương trình quản lý điều trị toàn diện bệnh nhân Viêm khớp tại Bệnh viện Chợ Rẫy: *Từ giáo dục sức khỏe đến ứng dụng công nghệ thông tin*

PGS.TS.BS. Nguyễn Đình Khoa

Trưởng khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy



Các bệnh thấp khớp: Bệnh hệ cơ xương khớp và tự miễn hệ thống





Bệnh lý cơ xương khớp phổ biến, ngày càng gia tăng, gánh nặng bệnh tật lớn



WHO:

- ~1,71 tỷ người mắc bệnh cơ xương khớp trên toàn thế giới
- Ngày càng gia tăng do tăng dân số và lão hóa
- Nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, giảm chất lượng cuộc sống

RMD	Prevalence (UI)	Estimated no. of persons
Low back pain	9.4% (9.0-9.8) ^a	632 million ^a
Other RMDs	8.4% (8.1-8.6) ^a	561 million ^a
Neck pain	4.9% (4.6-5.3) ^b	332 million ^a
Osteoporosis	Not available	~200 million (women) ^a
Osteoarthritis (Hip)	0.85% (0.74-1.02) ^c	~80 million ^a
Osteoarthritis (Knee)	3.8% (3.6-4.1) ^c	251 million ^a
Rheumatoid arthritis	0.24% (0.23-0.25) ^d	~17 million ^a
Gout	0.08% (0.07-0.08) ^d	~6 million ^a

Other RMDs included:

- Ankylosing spondylitis
- Arthralgia
- Behcet's disease
- Carpal tunnel syndrome
- Epicondylitis
- Fibromyalgia
- Myofascial pain syndrome
- Psoriatic arthritis
- Scoliosis
- Seronegative spondyloarthropathies
- Soft tissue rheumatism
- Systemic lupus erythematosus
- Tendinitis
- = many other unclassified RMD conditions

Prevalence data derived from 2010 Global Burden of Disease Study, apart from osteoporosis which was not considered a disease in the study. ^aEstimate from International Osteoporosis Foundation ^bEstimated number

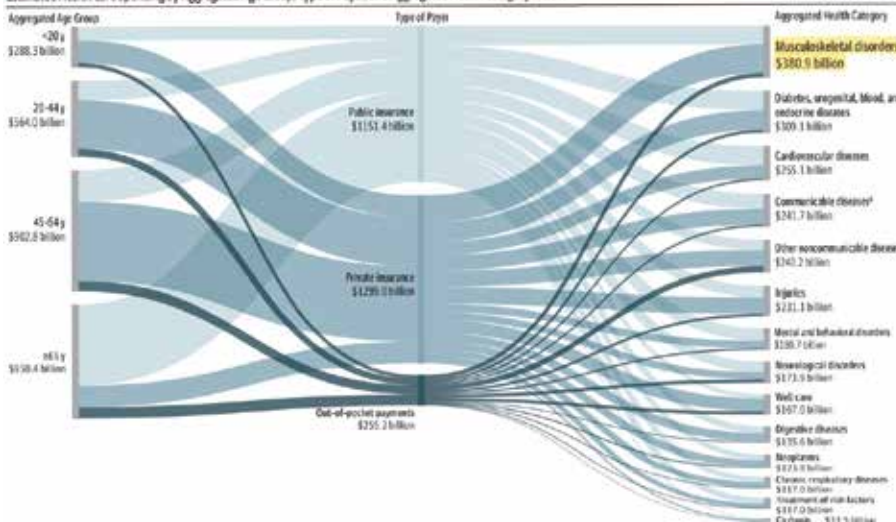
Arthritis Rheumatol. 2021 Apr;73(4):702-714
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>



Bệnh cơ xương khớp có chi phí y tế cao hàng đầu (các nước phát triển)

Ước tính chi phí Y tế ở Hoa Kỳ năm 2016

Estimated Health Care Spending by Aggregated Age Group, Type of Payer, and Aggregated Health Category in 2016



Chi phí theo nhóm bệnh	Tỷ USD
Bệnh lý cơ xương khớp	380.9
ĐTD, bệnh nội tiết, huyết học, sinh dục tiết niệu	309.1
Bệnh tim mạch	255.1
Bệnh truyền nhiễm	241.7
Bệnh không lây nhiễm khác	240.2
Chấn thương	231.1
Rối loạn tâm thần	180.7
Bệnh thần kinh	173.9
Chăm sóc giảm nhẹ	167.0
Bệnh tiêu hóa	135.6
Ung bướu	123.8
Bệnh hô hấp mạn	117.0
Điều trị các yếu tố nguy cơ	117.0
Xơ gan	32.5
TỔNG	2705.6

JAMA. 2020 Mar 3;323(9):863-884.

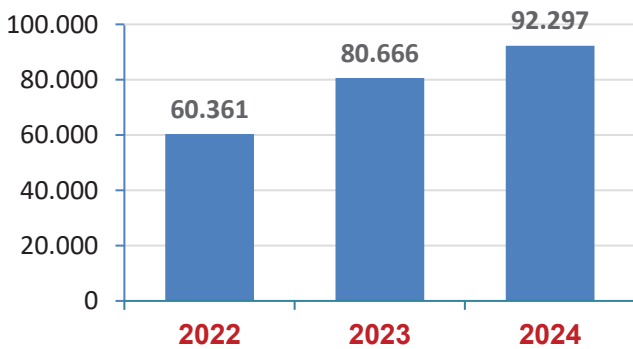


Tình hình bệnh khớp tự miễn tại BVCR

Phòng khám chuyên khoa Khớp

- Số lượt khám Bệnh lý khớp tự miễn chiếm **1/3 tổng lượt khám bệnh cơ xương khớp**
- **6.808** bệnh nhân được khám và điều trị trong năm 2023

Số lượt BN tại các PK Cơ Xương Khớp

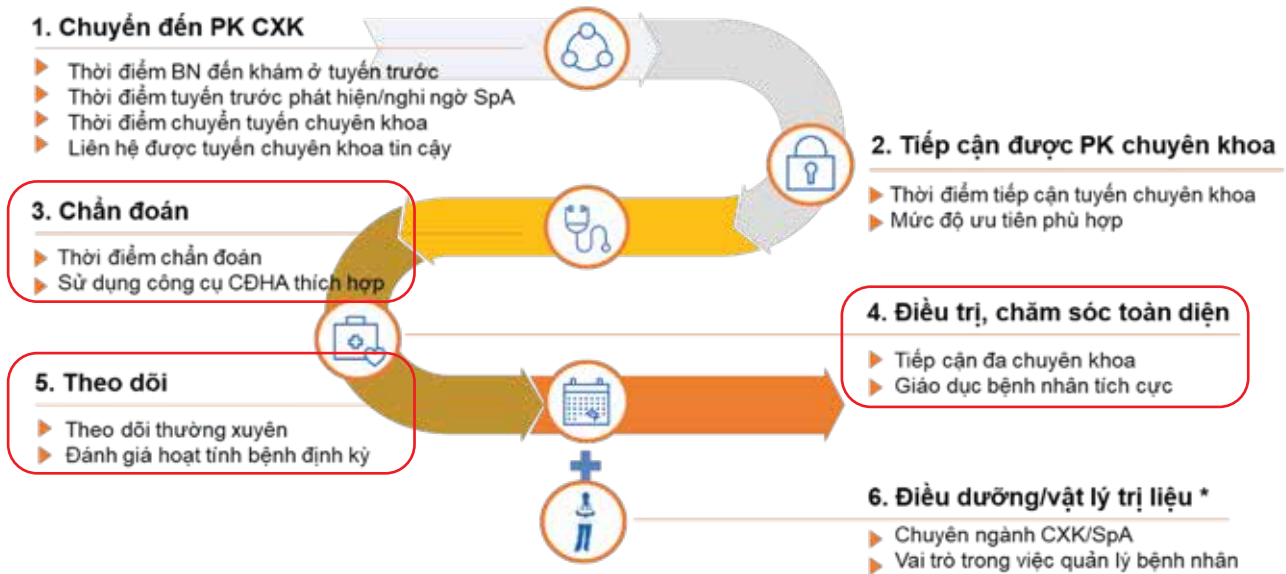


Bệnh lý khớp tự miễn tại phòng khám ngoại trú năm 2023

Loại bệnh	Số lượt khám	Số bệnh nhân
Lupus	25670	3664
VKĐT	8700	2103
Xơ cứng bì	2932	471
VKCS	980	351
Viêm đa cơ/đa cơ	868	214
Viêm mạch hệ thống	5	5
Bệnh khác	30810	
Tổng ngoại trú	69965	



Hành trình của BN viêm khớp tự miễn

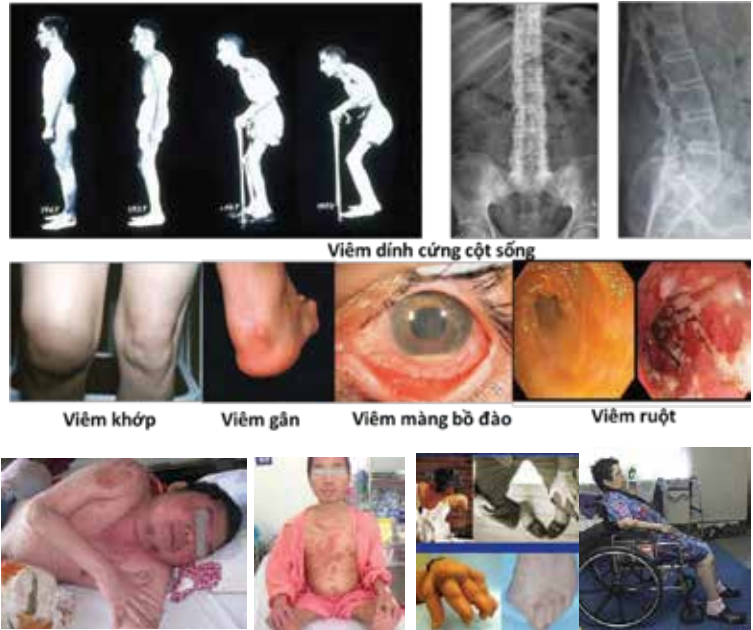


→ **Mong đợi: Người bệnh cần được tiếp cận và can thiệp sớm/đúng thời điểm và tối ưu nhất ở tất cả các giai đoạn trong hành trình**



Quản lý điều trị các bệnh khớp tự miễn: Đặc thù & Thực trạng

- Chẩn đoán thường trễ, bỏ sót → di chứng tàn phế nặng nề
- Có nhiều liệu pháp điều trị mới, tiên tiến; song NB chưa được tiếp cận, điều trị còn nhiều bất cập
- Bệnh mạn tính, chưa được theo dõi định kỳ, hệ thống (không có dữ liệu của cả quá trình điều trị)
- Tổn thương ở nhiều cơ quan, liên quan nhiều chuyên khoa
- Chưa có phối hợp tốt giữa NVYT, giữa các chuyên khoa



→ **Cần 1 chương trình quản lý bệnh nhân toàn diện**



Triển khai chương trình quản lý bệnh nhân viêm khớp tại BVCR

- 2019: Triển khai **Điều trị trong ngày** tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp
- 2022: Xây dựng, triển khai **Chương trình quản lý toàn diện BN Viêm khớp** (Viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, Viêm khớp dạng thấp) tại đơn vị điều trị trong ngày, hiện đang mở rộng ra khu vực phòng khám chuyên khoa
- **Các hoạt động chính:**
 - Xây dựng, cập nhật phác đồ chẩn đoán, tầm soát, điều trị, theo dõi
 - Tập huấn cho BS, ĐD
 - Tổ chức sinh hoạt khoa học, hội thảo, thảo luận liên chuyên khoa
 - Các hoạt động tăng cường tư vấn, giao dục sức khỏe
 - Xây dựng phần mềm quản lý bệnh nhân viêm khớp (Software for management of arthritis patients, SMAP)

Chương trình Quản lý toàn diện bệnh nhân Viêm khớp tại BV Chợ Rẫy Những hoạt động và kết quả bước đầu



Xây dựng và chuẩn hóa các qui trình lâm sàng cho nhóm bệnh lý viêm khớp tự miễn





Xây dựng và chuẩn hóa các quy trình lâm sàng cho nhóm bệnh lý viêm khớp tự miễn

Lưu đồ chẩn đoán

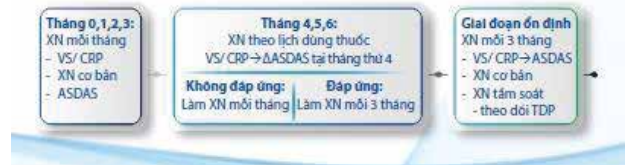


Lưu đồ điều trị

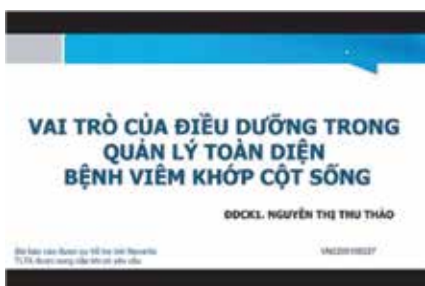


Quy trình sàng lọc, theo dõi, lịch trình xét nghiệm cho BN trước và khi điều trị sinh học

HbsAG	AFR	Nội soi phế quản
Anti HBs	X-quang ngực	AFB dịch rửa phế quản
Anti HbC	IGRA	PCR lao dịch rửa phế quản
Anti HCV	CT ngực	Cấy rửa phế quản
Anti HIV		Siêu âm tim



Tập huấn các quy trình chuyên môn, hành chính cho BS/ĐD trong khoa





Sinh hoạt khoa học, thảo luận, hội chẩn liên chuyên khoa

SHKH liên chuyên khoa Khớp, Mắt, Tiêu hóa, Khoa khám bệnh, CĐHA, ... về bệnh lý khớp tự miễn – tổn thương ngoài khớp và chương trình quản lý BN



Tăng cường tư vấn, giáo dục sức khỏe

Tập huấn kỹ năng tư vấn, giáo dục sức khỏe cho NVYT



Xây dựng tài liệu GDSK, App tự đánh giá (dành cho BN), tổ chức câu lạc bộ bệnh nhân





Xây dựng phần mềm quản lý BN Viêm khớp SMAP (Software for Management of Arthritis Pts)

Các cửa sổ nhập dữ liệu BN, LS, CLS

SMAP

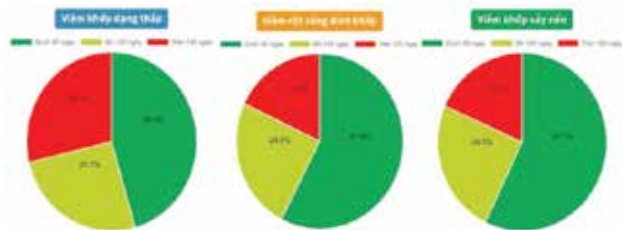
- Quản lý được “quá trình” khám/điều trị của bệnh nhân
- Thiết lập được các thông số “bắt buộc” (bệnh án điện tử)
- Thiết lập được thời gian cần làm xét nghiệm → nhắc nhở
- Thiết lập đánh giá đáp ứng điều trị
- Theo dõi được việc điều trị theo từng Bác sĩ

Dashboard theo dõi hoạt tính bệnh viêm khớp



Số liệu/thông tin từ phần mềm và chương trình quản lý bệnh nhân

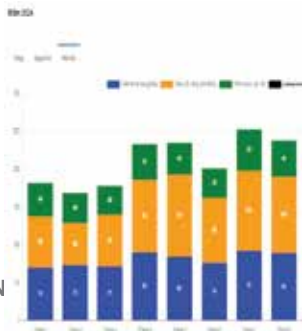
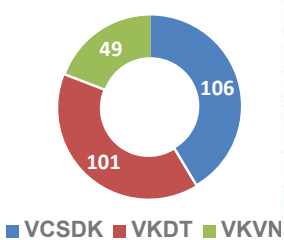
Dữ liệu về chỉ định/tuân thủ chỉ định xét nghiệm



Dữ liệu về kết quả điều trị (tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị)



Số lượng BN ĐTTN



Theo dõi được số lượng BN đang được quản lý (theo bệnh lý) và Số lượng khám trung bình hàng tháng



Chương trình quản lý toàn diện bệnh nhân: *Những khó khăn, thách thức*

- Bệnh nhân đông, quá tải; hạn chế thời gian cho triển khai cho nhiều nhóm bệnh lý khác nhau
- Tiếp cận, liên thông thông tin bệnh nhân giữa các cơ sở y tế
- Bệnh án điện tử vẫn chưa được triển khai phổ biến
- Kết nối, đồng bộ hóa dữ liệu giữa phần mềm quản lý BN (có tính đặc thù chuyên khoa) và hệ thống CNTT chung của BV



Chương trình Quản lý BN: Kết quả & bài học

• Những kết quả chung ban đầu:

- Các qui trình chuyên môn được cập nhật, áp dụng thống nhất
- Tăng tính chuyên nghiệp của NVYT (BS/ĐD); sự phối hợp tốt hơn giữa các NVYT và các chuyên khoa liên quan
- Hoạt động GDSK được đẩy mạnh; sự tham gia chủ động hơn của BN
- Xây dựng và ứng dụng được phần mềm quản lý bệnh nhân SMAP (~nền tảng của 1 bệnh án điện tử) – dữ liệu BN được quản lý hệ thống
- Có triển vọng mở rộng cho các bệnh lý khác, đơn vị khác

• Bài học:

- Cần sự tham gia chủ động và phối hợp tốt của các tất cả các bộ phận; sự chỉ đạo sát sao và hỗ trợ của lãnh đạo BV và LD khoa, vai trò của nhóm chuyên trách và nguồn lực nhất định

Trân trọng cảm ơn

CÁC ĐƠN VỊ TÀI TRỢ

TÀI TRỢ KIM CƯƠNG



TÀI TRỢ VÀNG



TÀI TRỢ BẠC



TÀI TRỢ ĐỒNG

