Hiệu quả của mô hình quản lý, chăm sóc các bệnh mạn tính ưu tiên tại Thái Bình năm 2024-2025

Hà Trung Kiên[1], Trần Khánh Thu[2], Phan Thu Nga[3], Trần Mạnh Hà[3*]

[1]Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, 530 Lý Bôn,

phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

[2]Sở Y tế Hưng Yên, Hải Thượng Lãn Ông,

phường Phố Hiến, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

[3]Trường Đại học Y Dược Thái Bình, 373 Lý Bôn,

phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài 9/1/2026; ngày chuyển phản biện 12/1/2026;

ngày nhận phản biện 10/2/2026; ngày chấp nhận đăng 16/2/2026

Tóm tắt:

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả mô hình quản lý đối với 5 bệnh mạn tính ưu tiên (Tăng huyết áp, Đái tháo đường type 2, Thoái hóa khớp, Alzheimer và Viêm dạ dày) được xác định qua kỹ thuật Delphi. Phương pháp nghiên cứu: thiết kế can thiệp cộng đồng, so sánh trước - sau, thực hiện trên 444 người dân tại 8 xã/thị trấn thuộc tỉnh Thái Bình (trước sáp nhập), nay là tỉnh Hưng Yên. Kết quả: Sự cải thiện rõ rệt trong tuân thủ điều trị, đặc biệt là vai trò của nhân viên y tế thôn với chỉ số hiệu quả nhắc nhở dùng thuốc đạt 512,4%. Tỷ lệ tái khám định kỳ đạt 100%, sự chuyển dịch rõ rệt về y tế cơ sở khi tỷ lệ khám tại trạm y tế tăng 127,4%. Hành vi lối sống biến chuyển tích cực: luyện tập thể thao tăng tới 263,9%. Hoạt động thăm hộ gia đình tăng mạnh 567,4%, đưa mức độ hài lòng chung của người dân đạt trên 74%. Kết luận: Mô hình đã khẳng định tính hiệu quả và giá trị thực tiễn trong việc đưa dịch vụ quản lý bệnh mạn tính về gần dân, tối ưu hóa vai trò của y tế cơ sở và củng cố niềm tin của cộng đồng vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Từ khóa: **mô hình quản lý chăm sóc, tỉnh Thái Bình, vấn đề sức khỏe ưu tiên, y tế cơ sở.**

Chỉ số phân loại: **3.1, 3.3**

Effectiveness of a care management model for priority chronic diseases in Thai Binh province in the 2024-2025 perood

Trung Kien Ha[1], Khanh Thu Tran[2], Nga Thu Phan[3], Manh Ha Tran[3*]

[*]Tác giả liên hệ: Email: hatm@tbump.edu.vn

[1]*Thai Binh General Hospital, 530 Ly Bon Street,*

Tran Hung Dao Ward, Hung Yen Province, Vietnam

[2]*Hung Yen Department of Health, Hai Thuong Lan Ong Street,*

Pho Hien Ward, Hung Yen Province, Vietnam

[3]*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy,*

373 Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received 9 January 2026; revised 10 February 2026; accepted 16 February 2026

Abstract:

This study evaluates the effectiveness of a management model for five priority chronic diseases (Hypertension, Type 2 diabetes, Osteoarthritis, Alzheimer's disease, and Gastritis) identified through the Delphi technique. Methods: A community-based intervention study with a before-and-after comparison design was conducted among 444 residents in 8 communes/towns in Thai Binh province (before the administrative merger), now Hung Yen province. Results: The model recorded breakthrough improvements in treatment adherence, particularly the role of village health workers in medication reminders (Effectiveness Index – EI) reached 512.4%. The periodic follow-up rate reached a definitive 100%, demonstrating a clear shift towards primary healthcare as the follow-up rate at commune health stations increased by 127.4%, significantly reducing the burden on provincial hospitals (-60.4%). Lifestyle behaviours showed positive transformations: the habit of exercising increased by 263.9%. Furthermore, home-based care activities were strengthened, with household visits increasing by 567.4%, leading to an overall public satisfaction rate of over 74%. Conclusion: The model has affirmed its effectiveness and practical value in bringing chronic disease management services closer to the people, optimising the role of primary healthcare, and reinforcing community trust in the primary healthcare system.

Keywords: **care management model, primary healthcare, priority health issues, Thai Binh province.**

Classification numbers: **3.1, 3.3**

1. Đặt vấn đề

Cơ cấu bệnh tật (CCBT) của một khu vực trong từng giai đoạn không chỉ phản ánh thực trạng sức khỏe cộng đồng, mà còn là chỉ báo quan trọng về điều kiện kinh tế - xã hội của địa phương đó [1-3]. Tại Việt Nam, hơn hai thập kỷ qua đã chứng kiến sự chuyển đổi mang tính lịch sử của mô hình bệnh tật, với sự song hành giữa các bệnh

truyền nhiễm mới nổi và sự gia tăng nhanh chóng của bệnh không lây nhiễm (BKLN). Thống kê cho thấy, BKLN hiện chiếm khoảng 70% gánh nặng bệnh tật và là nguyên nhân của 77% số ca tử vong toàn quốc, trong đó bệnh tim mạch chiếm 31%, ung thư 19% và đái tháo đường 4% [4].

Các biện pháp can thiệp cộng đồng thích ứng văn hóa, khi được triển khai trong những bối cảnh đáng tin cậy, có thể nâng cao sự tuân thủ của người bệnh đối với các vấn đề sức khỏe ưu tiên [5]. Tuy nhiên, việc áp dụng các biện pháp này vẫn còn thiếu công bằng giữa các quần thể và bối cảnh khác nhau, dẫn đến gia tăng bất bình đẳng về sức khỏe [6]. Hiện tượng "bất bình đẳng khoa học" bắt nguồn từ việc các nhóm dân cư yếu thế chưa được đại diện đầy đủ trong nghiên cứu [7] và tiếp tục duy trì trong quá trình triển khai trên diện rộng, nơi mà các đổi mới thường chậm tiếp cận hoặc chưa đáp ứng kịp thời nhu cầu của cộng đồng đang chịu bất bình đẳng sức khỏe có thể phòng tránh [8].

Trong bối cảnh đó, việc xây dựng quan hệ đối tác liên ngành thông qua các phương pháp nghiên cứu triển khai có sự tham gia của cộng đồng được xem là giải pháp quan trọng, giúp các nhóm yếu thế tiếp cận và duy trì các biện pháp can thiệp dựa trên bằng chứng [9, 10]. Những quan hệ đối tác này hướng tới phân bổ công bằng quyền lực và nguồn lực, đồng thời hình thành chương trình nghiên cứu chung dựa trên sự tin tưởng, lợi ích thiết thực từ nghiên cứu và cam kết lâu dài của các nhà khoa học đối với ưu tiên cộng đồng [11]. Trước tình trạng nguồn lực y tế còn hạn chế và những vấn đề bất cập trong nghiên cứu can thiệp cộng đồng đã phân tích ở trên, việc xác định chính xác mô hình bệnh tật và các vấn đề sức khỏe ưu tiên trở thành yêu cầu cấp thiết nhằm tối ưu hóa đầu tư và nhận diện bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ. Trong nghiên cứu này, các vấn đề sức khỏe ưu tiên thực chất là các bệnh mạn tính không lây nhiễm có gánh nặng bệnh tật cao tại địa phương, được hội đồng chuyên gia lựa chọn và thống nhất thông qua kỹ thuật Delphi nhằm đảm bảo tính khoa học, khách quan và phù hợp với thực tiễn. Đây cũng là cơ sở để thực hiện nghiên cứu và đánh giá "Hiệu quả mô hình quản lý chăm sóc vấn đề sức khỏe ưu tiên tại Thái Bình năm 2024-2025".

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm người dân: Những người mắc 5 vấn đề sức khỏe ưu tiên đã được xác định qua kỹ thuật Delphi (Tăng huyết áp, Đái tháo đường type 2, Thoái hóa khớp, Alzheimer và Viêm dạ dày).

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng phỏng vấn:

+ Người dân từ 18 tuổi trở lên, định cư trên địa bàn từ 6 tháng trở lên và tự nguyện tham gia.

+ Đối với nhóm bệnh nhân Alzheimer: Để đảm bảo tính chính xác, khách quan của dữ liệu và hạn chế sai số do sự suy giảm nhận thức của người bệnh, nghiên cứu thực hiện phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính - là người nắm rõ nhất tình trạng bệnh lý và các hành vi hàng ngày của bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bị rối loạn tâm thần nặng, câm điếc, vắng mặt tại địa phương hoặc bỏ cuộc trong quá trình can thiệp.

Địa điểm nghiên cứu: Tại 8 xã/thị trấn thuộc 4 huyện thuộc tỉnh Thái Bình (nay thuộc Hưng Yên) bao gồm 2 huyện nội đồng, 2 huyện ven biển (Tiền Hải, Thái Thuỵ). (Địa danh Thái Bình trong nghiên cứu này được hiểu theo bối cảnh hành chính tại thời điểm bắt đầu triển khai đề tài (tỉnh Thái Bình cũ), nhằm đảm bảo tính thống nhất của dữ liệu so sánh và bối cảnh nghiên cứu địa phương trước sáp nhập).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế can thiệp cộng đồng có so sánh trước sau can thiệp. Hoạt động can thiệp được triển khai trong thời gian 06 tháng, từ tháng 12/2024 đến tháng 6/2025, dựa trên nền tảng lý thuyết của Mô hình Chăm sóc bệnh mạn tính (Innovative Care for Chronic Conditions) do Tổ chức Y tế Thế giới đề xuất năm 2002 [12].

2.2.2. Kỹ thuật xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Để xác định 05 vấn đề sức khỏe ưu tiên cần can thiệp một cách khoa học, nghiên cứu đã thực hiện kỹ thuật Delphi qua 02 vòng lấy ý kiến từ hội đồng chuyên gia gồm 40 người. Thành phần chuyên gia đảm bảo tính đại diện đa tầng, bao gồm lãnh đạo và cán bộ chuyên môn từ tuyến tỉnh (Sở Y tế, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật, Bệnh viện đa khoa tỉnh), tuyến huyện (Trung tâm Y tế) và tuyến cơ sở (Trạm y tế xã và chính quyền địa phương).

Để kiểm soát độ tin cậy và minh chứng cho sự đồng thuận, nghiên cứu ứng dụng chỉ số Hệ số tương quan nội lớp (ICC) để đo lường sự nhất quán giữa các chuyên gia sau 2 vòng. Kết quả cho thấy, sự đồng thuận đạt mức rất cao: hầu hết các vấn đề sức khỏe đều đạt mức tin cậy "xuất sắc" với ICC>0,9 (như Tăng huyết áp đạt 0,925; Alzheimer đạt 0,955; Viêm loét dạ dày đạt 0,943), riêng Đái tháo đường type 2 đạt mức độ tin cậy "tốt" với ICC là 0,771. Sự nhất quán này cho phép xác lập danh mục bệnh lý ưu tiên để triển khai can thiệp mà không cần thực hiện thêm vòng thứ 3.

2.2.3. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu can thiệp cho ước lượng một tỷ lệ có nhóm chứng:

$$n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

trong đó, n_2 là cỡ mẫu tối thiểu cho nhóm can thiệp; p_1 là tỷ lệ người dân bị mắc vấn đề sức khỏe ưu tiên thuộc nhóm trước can thiệp phải nhập viện, ước tính lấy p_1=0,5; p_2 là tỷ lệ người dân bị mắc vấn đề sức khỏe ưu tiên thuộc nhóm sau can thiệp phải nhập viện, nhóm tác giả kỳ vọng p_2=0,4; $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số giới hạn tin cậy, ở độ tin cậy 95%; $Z_{(1-\beta)}$ là lực mẫu (=80%).

Thay giá trị vào công thức, cỡ mẫu tính toán được cần thiết cho mỗi nhóm 388 người dân, dự trù thêm 10% đối tượng để phòng trường hợp bỏ cuộc giữa chừng, nên cỡ mẫu là 428 người/nhóm/4 huyện. Trên thực tế, nhóm tác giả điều tra 444 người dân.

2.2.4. Phương pháp chọn mẫu

Phân nhóm đối tượng nghiên cứu can thiệp dựa trên sự tương đồng về độ tuổi.

Mẫu ngẫu nhiên đơn được áp dụng trong nghiên cứu này. Tại 4 huyện được chọn, lập danh sách người dân bị mắc các vấn đề sức khỏe ưu tiên hiện đang sống trên địa bàn và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn lấy 428 người/4 huyện tương đương với 107 người/2 xã được chọn tham gia nghiên cứu.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập vào phần mềm EpiData 3.1. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0.

Để đánh giá kết quả can thiệp: Dựa trên phương pháp kinh điển so sánh 2 tỷ lệ giữa các chỉ số nghiên cứu giữa thời điểm trước và sau can thiệp trên cùng một nhóm đối tượng được thực hiện bằng kiểm định McNemar (test χ^2), tính tỷ lệ % cải thiện sau can thiệp theo công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|P1-P2|}{P1} \times 100$$

trong đó: P1 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm trước can thiệp; P2 là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu ở thời điểm sau can thiệp; CSHQ là chỉ số hiệu quả trong nhóm can thiệp.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Ủy ban Nhân dân tỉnh Thái Bình (trước sáp nhập) phê duyệt theo Quyết định số 119/QĐ-UBND ngày 29/1/2024. Đối tượng tham gia hoàn toàn tự

nguyện, được giải thích rõ mục đích và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi y tế. Thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật tuyệt đối theo các chuẩn mực khoa học.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=444).

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	72	16,2
	Nữ	372	83,8
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	89	20,0
	60 tuổi trở lên	355	80,0
Địa bàn	Đông Hưng	109	24,6
	Thái Thụy	103	23,2
	Thành phố	132	29,7
	Vũ Thư	100	22,5

Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp từ đối tượng đến khám tại địa điểm nghiên cứu.

Kết quả bảng 1 cho thấy, đa số đối tượng là nữ (83,8%), nam chỉ chiếm 16,2%. Nhóm tuổi ≥60 chiếm tỷ lệ rất cao (80,0%), cho thấy nghiên cứu tập trung chủ yếu vào người cao tuổi. Địa bàn phân bố khá đồng đều, trong đó thành phố chiếm nhiều nhất (29,7%), tiếp đến là Đông Hưng (24,6%), Thái Thụy (23,2%) và Vũ Thư (22,5%).

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp hỗ trợ người bệnh dùng thuốc (n=393).

Người nhắc nhở uống thuốc	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	CSHQ (%)	p
Tự bản thân	379 (96,4)	393 (100,0)	3,7	0,0005
Con/cháu	77 (19,6)	127 (32,3)	64,8	<0,001
NVYT trạm y tế xã	44 (11,2)	106 (27,0)	140,9	<0,001
NVYT thôn	35 (8,9)	214 (54,4)	511,4	<0,001
NVYT tại CSKCB định kỳ	39 (9,9)	46 (11,7)	18,0	0,023
NVYT khác	38 (9,7)	54 (13,7)	42,1	0,0002
Bạn bè	36 (9,2)	42 (10,7)	16,7	0,041
Hàng xóm	35 (8,9)	51 (13,0)	45,7	0,0002
Khác	34 (8,7)	102 (26,0)	200,0	<0,001

p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp từ phiếu theo dõi đối tượng trong quá trình can thiệp.

Kết quả tổng hợp bảng 2 của nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, một số nhóm nhắc nhở uống thuốc tăng rõ rệt với chỉ số hiệu quả (CSHQ) cao và có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, con/cháu tăng từ 19,6 lên 32,3% với CSHQ 64,8% (p<0,001); NVYT trạm y tế xã từ 11,2 đến 27,0% với CSHQ 140,9% (p<0,001); NVYT thôn từ 8,9 đến 54,4% với

CSHQ 511,4% (p<0,001) - mức tăng mạnh nhất; và nhóm Khác từ 8,7% lên 26% với CSHQ 200% (p<0,001).

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp cải thiện tái khám định kỳ (n=444).

Nội dung	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	CSHQ (%)	p
Có tái khám định kỳ	344 (77,5)	444 (100,0)	29,1	<0,001
Cơ sở tái khám				
Trạm y tế	64 (18,6)	188 (42,3)	193,8	<0,001
BV tuyến huyện	122 (35,5)	176 (39,6)	11,6	0,018
BV tuyến tỉnh	86 (25,0)	44 (9,9)	60,4	<0,001
BV tuyến TW	7 (2,0)	7 (1,6)	20,0	>0,999
Phòng khám tư nhân	65 (18,9)	29 (6,5)	65,6	<0,001
Thời gian tái khám				
1 tháng	160 (46,5)	346 (77,9)	67,5	<0,001
3 tháng	91 (26,5)	58 (13,1)	50,6	<0,001
6 tháng	93 (27,0)	40 (9,0)	66,7	<0,001

p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp từ phiếu theo dõi đối tượng trong quá trình can thiệp.

Số liệu được thống kê tại bảng 3 cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ tái khám định kỳ tăng 29,1% và đạt 100%. Người bệnh có xu hướng tái khám nhiều hơn tại trạm y tế (CSHQ 193,8%), giảm rõ tại BV tỉnh (60,4%) và phòng khám tư nhân (65,6%), cho thấy sự điều hướng về y tế cơ sở. Về thời gian, tái khám hàng tháng tăng mạnh (67,5%), trong khi tái khám 3-6 tháng giảm đáng kể.

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp cải thiện chế độ tập luyện (n=444).

Nội dung	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	CSHQ (%)	p
Luyện tập thể thao				
Không	62 (14)	16 (3,6)	74,2	<0,001
Hàng ngày	358 (80,6)	360 (81,1)	0,6	0,739
4-5 ngày/tuần	8 (1,8)	10 (2,3)	25,0	0,039
2-3 ngày/tuần	16 (3,6)	58 (13,1)	263,9	<0,001
Loại hình thể thao				
Đi bộ	209 (47,1)	235 (52,9)	12,3	0,062
Chạy	4 (0,9)	4 (0,9)	0,0	>0,999
Đi xe đạp	88 (19,8)	108 (24,3)	22,7	0,008
Làm vườn	38 (8,6)	38 (8,6)	0,0	>0,999
Khác	43 (9,7)	43 (9,7)	0,0	0,999

p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp từ phiếu theo dõi đối tượng trong quá trình can thiệp.

Sau can thiệp, kết quả nghiên cứu được tổng hợp tại bảng 4 ghi nhận tỷ lệ không luyện tập giảm mạnh (CSHQ 74,2%, p<0,001), đồng thời số người tập 2-3 ngày/tuần tăng rõ (CSHQ 263,9%, p<0,001). Tập hàng ngày gần như giữ nguyên (CSHQ 0,6%, p>0,05), tập 4-5 ngày/tuần tăng nhẹ (CSHQ 25%, p<0,05). Về loại hình, đi xe đạp tăng CSHQ 22,7% (p<0,05), đi bộ tăng nhẹ (CSHQ 12,3%, p=0,062), các hình thức khác không thay đổi.

Bảng 5. Hiệu quả can thiệp hoạt động tư vấn, chăm sóc bệnh (n=444).

Nội dung	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	CSHQ (%)	p
Được tham gia các buổi truyền thông	121 (27,2)	329 (74,1)	171,9	<0,001
Mức độ hài lòng các buổi truyền thông				
Không hài lòng	19 (15,7)	16 (4,9)	69,4	0,002
Bình thường	53 (43,8)	41 (12,5)	71,0	<0,001
Hài lòng	49 (40,5)	272 (82,7)	104,2	<0,001
Được NVYT thăm HGĐ để CSCK	38 (8,6)	255 (57,4)	571,1	<0,001
Mức độ hài lòng các buổi thăm hộ gia đình				
Không hài lòng	3 (7,9)	9 (3,5)	55,7	0,021
Bình thường	12 (31,6)	51 (20)	36,7	<0,001
Hài lòng	23 (60,5)	195 (76,5)	264,5	0,002

p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp từ phiếu theo dõi đối tượng trong quá trình can thiệp.

Kết quả sau can thiệp được phân tích tại bảng 5 cho thấy, tỷ lệ tham gia truyền thông tăng mạnh (CSHQ 171,9%, p<0,001). Mức độ hài lòng truyền thông cải thiện rõ: không hài lòng giảm 69,4%, bình thường giảm 71%, hài lòng tăng 104,2% (p<0,001). Tỷ lệ được NVYT thăm hộ gia đình tăng rất cao (CSHQ 571,1%). Hài lòng với thăm hộ gia đình cũng cải thiện: không hài lòng giảm 55,7% (p=0,021), bình thường giảm 36,7% (p<0,001), hài lòng tăng 264,5% (p=0,002).

4. Bàn luận

Sự chuyển dịch mô hình chăm sóc từ các tuyến chuyên sâu về trạm y tế là một thành công chiến lược của chương trình can thiệp, được minh chứng qua việc tỷ lệ tái khám định kỳ tại cơ sở này tăng mạnh từ 18,6 lên 42,3% (CSHQ 193,8%), trong khi gánh nặng tại bệnh viện tuyến tỉnh và phòng khám tư nhân giảm đáng kể. Sự thay đổi hành vi này khẳng định vai trò "người gác cổng" hiệu quả của y tế cơ sở, giúp hệ thống vận hành bền vững hơn bằng cách điều chỉnh mức độ chuyên môn hóa phù hợp với nhu cầu thực tế, từ đó tối ưu hóa hiệu quả kỹ thuật và kinh tế. Việc đưa các dịch vụ chăm sóc bệnh mạn tính về gần dân đã trực tiếp đóng góp vào mục tiêu bao phủ chăm sóc sức

khỏe toàn dân bằng cách giảm thiểu các rào cản về địa lý, thời gian chờ đợi và chi phí gián tiếp cho người bệnh [13]. Cuối cùng, kết quả 100% đối tượng tham gia tái khám định kỳ sau can thiệp (so với 77,5% trước đó) (CSHQ 29,1%) (bảng 3) là minh chứng cho việc mô hình Chăm sóc vấn đề sức khỏe ưu tiên đã thành công trong việc tối đa hóa khả năng tiếp cận và mang lại giá trị thực tiễn dựa trên kết quả sức khỏe cụ thể của cộng đồng [14]. Để hiểu một cách đơn giản, hệ thống y tế giống như một mạng lưới phân phối hàng hóa. Các bệnh viện lớn là những tổng kho xa xôi và đắt đỏ, trong khi trạm y tế là những cửa hàng tiện lợi ngay tại khu dân cư. Kết quả can thiệp cho thấy, khi các "cửa hàng tiện lợi" này hoạt động tốt và uy tín, người dân sẽ ưu tiên lựa chọn thay vì phải đi xa đến "tổng kho", giúp tiết kiệm chi phí cho cả cá nhân và toàn bộ nền kinh tế y tế.

Sự thành công của mô hình này còn nằm ở khả năng chia sẻ công việc, giảm bớt áp lực cho các bệnh viện tuyến trên và tập trung nguồn lực vào những nhóm đối tượng có nguy cơ cao nhất [11]. Theo lý thuyết quản lý dân số, việc xác định đúng nhóm đối tượng có rủi ro có thể điều chỉnh được là chiến lược then chốt để tối ưu hóa nguồn ngân sách y tế hạn hẹp [14]. Việc huy động NVYT cơ sở không chỉ đơn thuần là nhắc nhở thuốc men, mà còn là thực hiện các hoạt động chăm sóc tại nhà, vốn đã tăng mạnh từ 8,6 lên 57,4% sau can thiệp (CSHQ 571,1%). Các nguồn tài liệu học thuật nhấn mạnh rằng các hoạt động tiếp cận cộng đồng và quản lý chuyển tuyến giúp giảm đáng kể tỷ lệ nhập viện lại và các tai biến liên quan đến thuốc [14]. Đặc biệt, sự hài lòng của người dân đối với hoạt động thăm hộ gia đình đạt mức cao (76,5%, tăng 16%), điều này là một chỉ số thực nghiệm quan trọng chứng minh sự hiện diện của y tế dựa trên giá trị [15]. Khi bệnh nhân cảm thấy được quan tâm một cách cá nhân hóa, họ có xu hướng tin tưởng hơn vào hệ thống y tế công, từ đó duy trì việc tái khám định kỳ ổn định.

Sự cải thiện vượt bậc trong tỷ lệ tiếp cận thông tin thông qua các buổi truyền thông (tăng từ 27,2 lên 71,9%) (CSHQ 172,4%) và mức độ hài lòng cao của người dân (82,7% với truyền thông và 76,5 % với thăm hộ gia đình) là những chỉ số thực nghiệm quan trọng minh chứng cho sự thành công của chương trình can thiệp tại trạm y tế xã. Trong bối cảnh quản lý y tế hiện đại, trải nghiệm bệnh nhân không còn là một yếu tố phụ trợ mà đã trở thành một thành phần cốt lõi, không thể tách rời của chất lượng chăm sóc [15]. Theo các nguồn tài liệu, chất lượng chăm sóc được định nghĩa bằng khả năng của các dịch vụ y tế trong việc tăng xác suất đạt được các kết quả sức khỏe mong muốn, mà ở đó sự hài lòng của bệnh nhân đóng vai trò là một "phản hồi" xác nhận liệu điều trị có đáp ứng hoặc vượt quá kỳ vọng của họ hay không [15]. Khi bệnh nhân có trải nghiệm tích cực, sự tin tưởng vào hệ thống y tế công được củng cố, từ đó thúc đẩy tỷ lệ tái khám định kỳ (đạt mức 100% sau can thiệp) và sự tuân thủ phác đồ điều trị lâu dài - những yếu tố then chốt để quản lý hiệu quả các vấn đề sức khỏe ưu tiên trong cộng đồng [15].

Hơn nữa, sự minh bạch trong quy trình truyền thông và tương tác trực tiếp của nhân viên y tế đã góp phần tăng cường tính chính danh và sự ủng hộ của cộng đồng đối

với các chính sách y tế cơ sở [16]. Các tài liệu tham khảo cho thấy, việc tham gia của các bên liên quan, đặc biệt là sự tương tác chặt chẽ giữa bệnh nhân và đội ngũ y tế, giúp đảm bảo rằng các nguồn lực hữu hạn được phân bổ một cách công bằng và hiệu quả nhất dựa trên nhu cầu thực tế [17, 18]. Thành công này phản ánh một chiến lược quản trị y tế đúng đắn, nơi mà giá trị y tế được tối ưu hóa thông qua việc kết hợp giữa kết quả lâm sàng và trải nghiệm tích cực của con người [15]. Khi bệnh nhân cảm thấy được lắng nghe và thấu hiểu thông qua các hoạt động chăm sóc tại nhà, họ sẽ có xu hướng tham gia tích cực hơn vào mạng lưới hỗ trợ xã hội, tạo tiền đề bền vững cho việc bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân tại tuyến đầu [15].

Mặc dù áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, kết quả ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (83,8%). Điều này phản ánh đúng đặc thù dân cư tại địa bàn nông thôn tỉnh Thái Bình, nơi nam giới trong độ tuổi lao động thường đi làm xa, trong khi phụ nữ thường có mặt tại địa phương và đóng vai trò chủ chốt trong việc quản lý sức khỏe gia đình. Nghiên cứu đã áp dụng nhiều biện pháp kiểm soát, nghiên cứu vẫn tồn tại rủi ro về sai số nhớ lại do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi (80% trên 60 tuổi). Người dân có thể không nhớ chính xác hoàn toàn thời gian lần đầu phát hiện bệnh hoặc chi tiết về tình trạng sử dụng thuốc trong các giai đoạn trước đó.

5. Kết luận

Mô hình quản lý chăm sóc các vấn đề sức khỏe ưu tiên tại Thái Bình đã chứng minh tính hiệu quả vượt trội thông qua việc cải thiện đồng bộ các chỉ số lâm sàng và hành vi sức khỏe của người dân. Vai trò của nhân viên y tế thôn bản được khẳng định là "cánh tay nối dài" then chốt, đặc biệt trong việc hỗ trợ tuân thủ điều trị (CSHQ đạt 512,4%). Mô hình đã thực hiện thành công sự chuyển dịch y tế về cơ sở, tăng tỷ lệ tái khám tại trạm y tế (127,4%) và giảm tải áp lực đáng kể cho bệnh viện tuyến tỉnh (-60,4%). Những biến chuyển tích cực trong lối sống (luyện tập thể thao tăng 263,9%, giảm thói quen ăn mặn và rượu bia) cùng mức độ hài lòng trên 74% cho thấy niềm tin của cộng đồng vào hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu đã được củng cố mạnh mẽ, khẳng định giá trị của chiến lược đưa dịch vụ y tế về gần dân.

6. Khuyến nghị

Cần thể chế hóa mô hình vào chương trình y tế thường quy để chuyển từ can thiệp ngắn hạn sang cấu phần ổn định tại địa phương. Tập trung giải quyết điểm nghẽn nhân lực thông qua nâng mức phụ cấp cho y tế thôn bản và đào tạo chuyên sâu về quản lý bệnh không lây nhiễm cùng các rối loạn tâm thần nhẹ. Thực hiện số hóa quản trị bằng hồ sơ điện tử để liên thông dữ liệu và giảm áp lực ghi chép thủ công cho cán bộ cơ sở. Cuối cùng, ưu tiên ngân sách cho thiết bị xét nghiệm nhanh và thuốc thiết yếu tại trạm y tế nhằm tối ưu hóa giá trị y tế dựa trên kết quả thực tế thay vì đầu tư dàn trải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] B.N. Nguyen, V.C. Bui (2009), *Study on Disease Patterns at Thai Binh District General Hospital over 4 Years from 2006 to 2009*, Thai Binh District General Hospital, pp.312-315 (in Vietnamese).

[2] Ministry of Health (2015), *Joint Annual Health Review 2014: Strengthening Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, pp. 286-288 (in Vietnamese).

[3] M. Chaves, W. Tsitsos (2001), "Congregations and social services: What they do, how they do it, and with whom", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, **30(4)**, pp.660-68, DOI: 10.1177/0899764001304003.

[4] M. Chinman, E.N. Woodward, G.M. Curran, et al. (2017), "Harnessing implementation science to increase the impact of health equity research", *Medical Care*, **55(Suppl 9 2)**, pp.S16-S23, DOI: 10.1097/MLR.0000000000000769.

[5] B. Bonevski, M. Randell, C. Paul, et al. (2014), "Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups", *BMC Medical Research Methodology*, **14(1)**, DOI: 10.1186/1471-2288-14-42.

[6] K.Y. Huang, C.M. Hardy, C.X. Wu, et al. (2018), "Unpacking partnership, engagement, and collaboration research to inform implementation strategies development: Theoretical frameworks and emerging methodologies", *Frontiers in Public Health*, **6**, DOI: 10.3389/fpubh.2018.00190.

[7] R.I. Boothroyd, S.D. Fisher, A.J. Crootof, et al. (2017), "Active involved community partnerships: Co-creating implementation infrastructure for getting to and sustaining social impact", *Translational Behavioral Medicine*, **7(3)**, pp.467-477, DOI: 10.1007/s13142-017-0503-3.

[8] J.D. Smith, J.E. Starr, E.R. Woods, et al. (2025), "Community intervention to reduce cardiovascular disease in Chicago (CIRCL-Chicago): Protocol for a type 3 hybrid effectiveness-implementation study using a parallel cluster-randomized trial design", *Implementation Science*, **20(1)**, DOI:10.1186/s13012-025-01431-w.

[9] M.S. Goodman, V.L.S. Thompson (2017), "The science of stakeholder engagement in research: Classification, implementation, and evaluation", *Translational Behavioral Medicine*, **7(3)**, pp.486-491, DOI: 10.1007/s13142-017-0495-z.

[10] R. Mbau, A. Musiega, L. Nyawira, et al. (2023), "Analysing the efficiency of health systems: A systematic review of the literature", *Applied Health Economics and Health Policy*, **21(2)**, pp.205-224, DOI: 10.1007/s40258-022-00785-2.

[11] T.S. Mengistu, M.D. Kassa, G.A. Tessema, et al. (2025), "Strengthening primary health care in Ethiopia: A scoping review of successes, challenges, and

pathways towards universal health coverage using the WHO monitoring framework", *PLOS Global Public Health*, **5(4)**, DOI: 10.1371/journal.pgph.0004470.

[12] World Health Organization (2002), "*Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*", 112pp, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6147890/, accessed 2 January 2026.

[13] C.E. Shuttleworth, J.M. Birch, L. Bell, et al. (2025), "Approaches for community intervention and research priority setting to reduce health inequalities: a scoping review" *Journal of Public Health*, **48(1)**, no. 1, pp.70–86, DOI: 10.1093/pubmed/fdaf151.

[14] Agency for Healthcare Research and Quality (2015), "Care Management: Implications for Medical Practice, Health Policy, and Health Services Research", Care Management Issue Brief, https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination/mgmt.html, accessed 5 January 2026.

[15] V. Kehyayan, Y.M. Yasin, A. Al-Hamad (2025), "Toward a clearer understanding of value-based healthcare: A concept analysis", *Journal of Nursing Management*, **2025(1)**, DOI: 10.1155/jonm/8186530.

[16] Norwegian Ministry of Health and Care Services (2017), *Principles for Priority Setting in Health Care: Summary of a White Paper on Priority Setting in The Norwegian Health Care Sector*, 72pp.

[17] M. Nouhi, M. Naderi, Z. Goudarzi, et al. (2018), "Explicit priority setting approaches in health care coverage policies: A critical review and implications for further research", *Evidence Based Health Policy, Management & Economics*, **2(2)**, pp.125-132.

[18] R. Mbau, K. Oliver, L. Gilson, et al. (2023), "A qualitative evaluation of priority-setting by the Health Benefits Package Advisory Panel in Kenya", *Health Policy and Planning*, **38(1)**, pp.49-60, DOI: 10.1093/heapol/czac099.