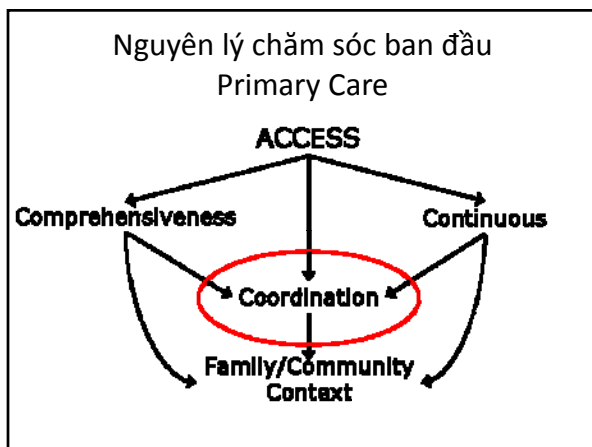
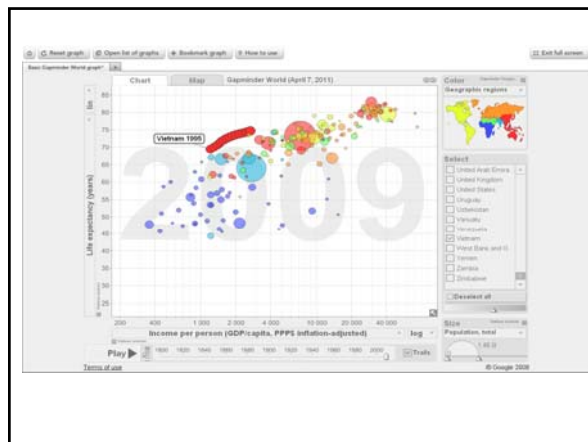


**Xây dựng cầu nối giữa chăm sóc gia đình và Chăm sóc toàn diện: Làm sao để chuẩn bị BSGĐ VN thành người giữ cổng**

PGS.TS. BS Phạm Lê An,  
TRƯỞNG TRUNG TÂM ĐÀO TẠO BSGĐ  
ĐH Y DƯỢC TP HCM



**Universal health care**

- Hệ thống chăm sóc sức khỏe cung cấp chăm sóc sức khỏe và bảo vệ tài chính cho toàn bộ công dân.
  - Có thể được xác nhận bởi 3 dimensions chủ yếu:
    - Ai là người được bao phủ ,
    - Dịch vụ nào được bao phủ,
    - Giá thành bao phủ là bao nhiêu.
- ["2010 World Health Report"](#).

**'Managed care' and 'disease management'**

- Managed care => hệ thống sức khỏe trong đó có lồng ghép cung cấp dịch vụ y tế và tài chính.
- Các đặc trưng thông thường:
  - Giới hạn trong lựa chọn BS;
  - Kiểm soát tiếp cận chăm sóc bậc 2;
  - Lựa chọn đối tác ký hợp đồng; financial incentives;
  - Quản lý chất lượng;
  - Và quản lý sử dụng.
- Disease management là phân mở rộng của managed care sử dụng lối tiếp cận toàn cầu cho chăm sóc bệnh nhân hướng tới kết hợp các nguồn lực trong hệ thống phân bổ dịch vụ sức khỏe xuyên suốt các giai đoạn cuộc đời của bệnh lý.

**BS CHĂM SÓC BAN ĐẦU – NGƯỜI GIỮ CỬA**

- TẠI SAO?
- Bs chăm sóc ban đầu là người giữ cửa để kiểm soát giá và các dịch vụ chăm sóc kết hợp cho bệnh nhân
- AI
- Thường là bs chăm sóc ban đầu:
- a family practitioner
- a general internist.
- a gynecologist.
- a pediatrician
- or family practitioner usually handles routine care

### BS CHĂM SÓC BAN ĐẦU – NGƯỜI GIỮ CỬA

#### VÌ SAO?

- BS chăm sóc ban đầu có thể xử trí 70-80% các vấn đề sức khỏe thông thường theo nhu cầu cá thể.
- Giá thành chăm sóc giảm đi do giá thành khám BS chăm sóc ban đầu ít hơn các CK khác.

#### Thể nào

- Bệnh nhân được kỳ vọng tiếp xúc đầu tiên với các BS cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu của họ trước khi tiếp nhận các dịch vụ khác
- BS chăm sóc ban đầu của bệnh nhân chuyển bệnh chính thức tới các BS chuyên khoa.
- Nếu bệnh nhân quyết định tự đến khám BS chuyên khoa, họ sẽ trả nhiều hơn cho BS chuyên khoa.

### GATE KEEPER – PRIMARY CARE PHYSICIAN

BS chăm sóc ban đầu có vai trò chăm sóc kết hợp

- Điều hoà bệnh nhân tiếp cận khám chuyên khoa + phát hiện sớm các bệnh chứng có thể dự phòng được
- Giữ vai trò như nơi nhận chuyển khám chuyên khoa => cung cấp bệnh sử, bệnh án bệnh nhân
- Cộng tác với bệnh nhân: xác định nhu cầu sức khỏe của bệnh nhân để tham vấn lựa chọn dịch vụ đáp ứng nhu cầu một cách hiệu quả

- Đem lại lợi ích về kinh tế và sức khỏe cho bệnh nhân:
- Giảm tần suất khám BS không cần thiết=> dự phòng các đợt khám chuyên khoa và xét nghiệm không cần thiết
  - Tăng cường giao tiếp trong các BS chuyên khoa=> giúp:
    - Chẩn đoán nhanh,
    - Giảm thiểu gánh nặng ra quyết định xử trí tìm ra con đường tối ưu
    - gia tăng chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

### BẰNG CHỨNG VỀ VAI TRÒ BS CHĂM SÓC BAN ĐẦU LÀ NGƯỜI GIỮ CỬA TỐT

#### GIA TĂNG TỶ LỆ KHÁM Ở VÙNG KHÔNG CÓ NGƯỜI GIỮ CỬA

Table 1. Effects of elimination of Gate-Keeping on outpatient visit rates in SSK members

Departments	Gate-keeping (17.5 months) (n=9932) Visit no (%)	No Gate-keeping (5.5 months) (n=17702) Visit no (%)	Ratio of increase of visit rate (%)
Cardiology	252 (2.6)	913 (5.2)	36.4
Cardiovascular surgery	48 (0.5)	127 (0.7)	45.2
Respiratory Medicine	202 (2.1)	503 (2.8)	33.3
Orthopedics	1230 (12.4)	2697 (15.2)	22.6
Physical Medicine and Rehabilitation	598 (6.0)	1237 (7.0)	18.3
Neurology	352 (3.4)	1152 (6.5)	16.1
Pediatric surgery	73 (0.7)	142 (0.8)	14.2
Gynecology	874 (8.8)	1743 (9.8)	11.4
General surgery	495 (5.0)	960 (5.4)	8.0
Urology	495 (5.0)	899 (5.1)	2.0
Dermatology	1144 (11.5)	1146 (6.4)	-43.8
Brain surgery	482 (4.8)	920 (5.2)	-24.3
Ophthalmology	722 (7.3)	1125 (6.4)	-12.3
Ear, nose and throat	821 (8.3)	1342 (7.6)	-8.3
Infectious diseases	211 (2.1)	351 (1.9)	-7.0
Internal medicine	1170 (11.7)	2076 (11.7)	-0.4
Pediatrics*	340 (3.4)	349	-
TOTAL	9937 (100.00)	17702 (100.0)	

\*This department was not constantly active

Seung et al. The Effects of Elimination of Gate-Keeping on Tertiary Care

Balkan Med J 2011; 26: 49-54

Table 2. Comparison of the pre and post intervention data of the most prevalent diagnoses in SSK patients

Departments	Gate-keeping			No gate-keeping		
	ICD	Diagnosis	%	ICD	Diagnosis	%
Cardiology	I10.01	Essential hypertension	18.9	F41.9	Anxiety disorder, unspecified	20.0
Respiratory Medicine	J44.9	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified	26.9	M79.1	Myalgia	14.3
Orthopedics	Z09.4	Follow-up examination after treatment of fracture	10.2	M25.5	Pain in joint	41.6
Neurology	G40.9	Epilepsy, unspecified	31.5	R42	Dizziness and giddiness	35.8
Gynecology	N97.9	Female infertility, unspecified	22.9	N76.1	Subacute and chronic vaginitis	25.6
Urology	N40.01	Hyperplasia of prostate	22.6	N39.0	Urinary tract infection, site not specified	29.3
Physical Medicine and Rehabilitation	M51.0	Lumbar and other intervertebral disc disorders with myelopathy	22.9	M51.0	Lumbar and other intervertebral disc disorders with myelopathy	15.3
Pediatric surgery	K40.9	Unilateral or unspecified inguinal hernia, without obstruction or gangrene	10.7	R68.0	Other general symptoms and signs	11.9
General surgery	R10.4	Other and unspecified abdominal pain	11.7	R10.4	Other and unspecified abdominal pain	11.7
Cardiovascular surgery	I87.2	Venous insufficiency	32.0	I87.2	Venous insufficiency (chronic) (peripheral)	59.0

Seung et al. The Effects of Elimination of Gate-Keeping on Tertiary Care

Balkan Med J 2011; 26: 49-54

Table 3. Comparison of outpatient payments according to specialties before and after elimination of Gate-keeping in SSK

Departments	Fix payment per visit (TRL) after the intervention	The most frequent diagnosis	ICD code	Gate-keeping (17.5 months)		No Gate-keeping (5.5 months)	
				Number of Payment patient (%) (TRL)	Number of Payment patient (%) (TRL)		
Cardiology	56	Anxiety disorder	F41.9	4 (2.2)	336	183 (20.0)	10248
Respiratory Medicine	49	Myalgia	M79.1	2 (0.9)	98	72 (14.3)	3528
Orthopedics	49	Pain in joint	M25.5	101 (8.4)	4949	1123 (41.6)	55027
Neurology	51	Dizziness and giddiness	R42	10 (1.9)	510	413 (35.8)	21663
Gynecology	61	Subacute and chronic vaginitis	N76.1	41 (4.5)	2501	447 (25.6)	27627
Urology	55	Urinary tract infection	N39.0	64 (13.0)	3430	261 (29.3)	14355
Pediatric surgery	49	Other general symptoms and signs	R68.0	7 (10.4)	343	12 (11.9)	588
Total				229 (6.2)	12367	2511 (31.3)	132076

#### Limitations of this Study

Several limitations of our study should also be considered. First, in our study we investigated the effects of removing the gate-keeping programme on the expenditure and fixed payment for outpatient visits but we did not perform the cost analysis. Second, detailed analysis involved the SSK only and not the other social security institutes. Third, the prescriptions were not evaluated. Fourth, there was no active pediatric outpatient clinic in the hospital in which this study was performed, so the change in the pediatric outpatient visits was not evaluated.

These limitations indicated that elimination of gate-keeping affects SSK, especially costs, but revealed the necessity for research this issue.

#### Conclusion

In conclusion, this study has shown that removal of the gate-keeping has resulted in an increased rate of visits to a tertiary care center (university hospital). Most of these visits can be unnecessary and less expensive in the primary care centers.

Seung et al. The Effects of Elimination of Gate-Keeping on Tertiary Care

Balkan Med J 2011; 26: 49-54

**ABSTRACT** **Background:** Low back pain is a common problem managed by primary care physicians and orthopedic specialists. **Objectives:** To evaluate the outcome of new LBP episodes in patients who chose to visit either an orthopedist or their general practitioner. **Methods:** All patients visiting the orthopedist or physician during the study period were screened for a new complaint of LBP. After the initial visit the patients were interviewed by phone using a structured questionnaire, with a follow-up interview one month later. The study was performed at Galt Health Services primary care and consultation clinics. A random sample of 120 GPs and 17 orthopedists were chosen. Consequently recruited were 160 patients who visited the GP and 75 the orthopedist. The main outcome measures evaluated were perceived complaint severity and degree of disturbance to everyday functioning, problem resolution, and health service utilization. **Results:** Patients who decided to first visit the orthopedist indicated a higher disturbance to everyday functioning (70% vs. 70%, P = 0.01), were invited for further follow-up visits (8% vs. 17%, P = 0.02) and had more complaint (completeness and time taken) (24% vs. 14%, P = 0.007 and 24% vs. 12%, P = 0.006, respectively). Health status after one month showed that patients who chose the GP were more likely to have their problem solved (28 vs. 17%, P = 0.02). **Conclusions:** Superior resolution for a new LBP complaint was significantly higher in patients who decided on the GP, even when controlling for severity of illness and degree of disturbance to everyday functioning. 96128 | 1-01-01

**KEY WORDS:** primary care, orthopedics, low back pain, quality of care 96128 | VOL. 11 • NOVEMBER 2009

**Table 2. Patients with LBP – visit outcomes and health service utilization (one month from the initial interview)**

	First seen by GP (n = 166)		First seen by orthopedist (n = 75)		P value
	n	%	n	%	
<b>Symptom resolution</b>					
Problem solved	60	36%	13	17%	< 0.05
Problem not solved or worse	106	64%	62	83%	
<b>Change in complaint severity between initial and follow-up visits*</b>					
No change	29	28%	27	43%	
Severity increased	8	8%	3	5%	NS
Severity decreased	67	64%	32	52%	
<b>Change in degree of disturbance to everyday functioning between initial and follow-up visits*</b>					
No change	43	41%	29	47%	NS
Functioning ability increased	53	50%	32	51%	
Functioning ability decreased	9	9%	1	2%	

\*Only for patients whose problem was not solved

**ABSTRACT** **Background:** Low back pain is a common problem managed by primary care physicians and orthopedic specialists. **Objectives:** To evaluate the outcome of new LBP episodes in patients who chose to visit either an orthopedist or their general practitioner. **Methods:** All patients visiting the orthopedist or physician during the study period were screened for a new complaint of LBP. After the initial visit the patients were interviewed by phone using a structured questionnaire, with a follow-up interview one month later. The study was performed at Galt Health Services primary care and consultation clinics. A random sample of 120 GPs and 17 orthopedists were chosen. Consequently recruited were 160 patients who visited the GP and 75 the orthopedist. The main outcome measures evaluated were perceived complaint severity and degree of disturbance to everyday functioning, problem resolution, and health service utilization. **Results:** Patients who decided to first visit the orthopedist indicated a higher disturbance to everyday functioning (70% vs. 70%, P = 0.01), were invited for further follow-up visits (8% vs. 17%, P = 0.02) and had more complaint (completeness and time taken) (24% vs. 14%, P = 0.007 and 24% vs. 12%, P = 0.006, respectively). Health status after one month showed that patients who chose the GP were more likely to have their problem solved (28 vs. 17%, P = 0.02). **Conclusions:** Superior resolution for a new LBP complaint was significantly higher in patients who decided on the GP, even when controlling for severity of illness and degree of disturbance to everyday functioning. 96128 | 1-01-01

**KEY WORDS:** primary care, orthopedics, low back pain, quality of care 96128 | VOL. 11 • NOVEMBER 2009

**Table 3. Patients with LBP – visit outcomes and health service utilization (one month from the initial interview)**

	First seen by GP (n = 163)		First seen by orthopedist (n = 75)		P value
	n	%	n	%	
<b>Symptom resolution</b>					
Problem solved	31	30%	8	15%	< 0.05
Problem not solved or worse	72	70%	47	85%	
<b>Change in complaint severity between initial and follow-up visits*</b>					
No change	19	27%	20	43%	
Severity increased	2	3%	2	4%	NS
Severity decreased	50	70%	25	53%	
<b>Change in degree of disturbance to everyday functioning between initial and follow-up visits*</b>					
No change	29	41%	22	47%	NS
Functioning ability increased	38	53%	24	51%	
Functioning ability decreased	4	6%	1	2%	

\*Only for patients whose problem was not solved

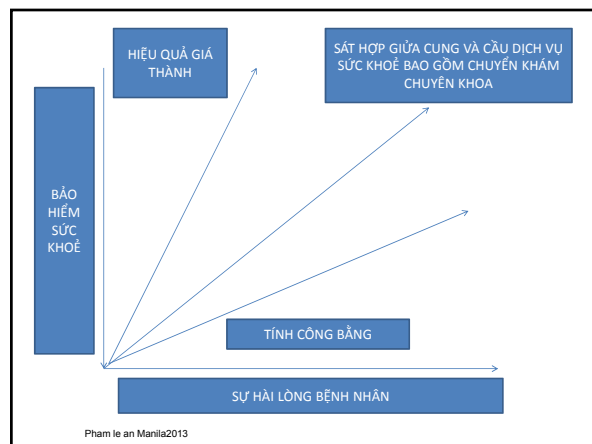
**Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. (PMID:9118591)**

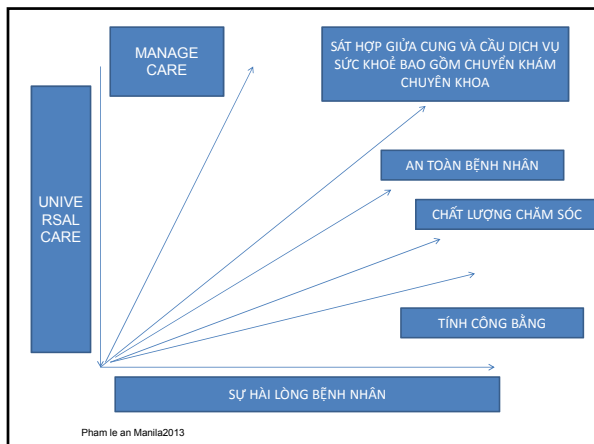
- Franco SM, Mitchell CK, Buzon RM
- Department of Pediatrics, University of Louisville, KY 40292, USA.
- *Clinical Pediatrics* [1997, 36(2):63-68]
- **Type:** Journal Article
- Use of the Emergency Department (ED) for nonurgent conditions results in increased cost and discontinuous health care. This prospective study evaluated a program (KenPAC) that required 24-hour access to a primary care physician (PCP) with ED gatekeeping responsibility. Following established criteria, medical records were reviewed for appropriateness of ED use by an urban indigent pediatric population. Emergency Department visits declined (10% to 7.6% (P = 0.00005) and inappropriate visits dropped (41% to 8%) (P < 0.00001) before KenPAC and after KenPAC, respectively. Parental experience, as judged by age and number of children, played a significant role in ED use. The institution of gatekeeping activity contributed to the reduced overall and inappropriate use of the ED.

**QUAN NGẠI VỀ VAI TRÒ BS CHĂM SÓC BAN ĐẦU TRONG NGƯỜI GIỮ CỬA**

- Cung cấp quá ít dịch vụ.
- Vai trò kiểm soát giá của người giữ cửa sẽ hạn chế tiếp cận chuyên khoa hay các xét nghiệm cao cấp

**BS CHĂM SÓC BAN ĐẦU LÀ NGƯỜI GIỮ CỬA TỐT = KHOA HỌC + NGHỆ THUẬT**





### WE KNOW

- Poorer health outcomes and higher costs can result when care is not adequate or delayed
- Good performance FP doctors are likely to continue to provide quality care in a timely manner

### Why do many Americans choose not to have a primary care physician?

**Barrier to access Primary care physicians**

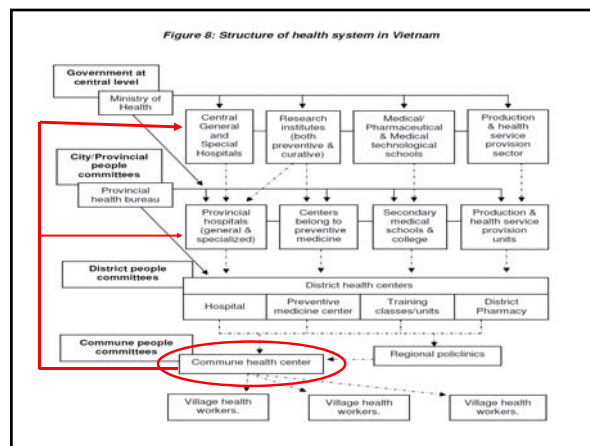
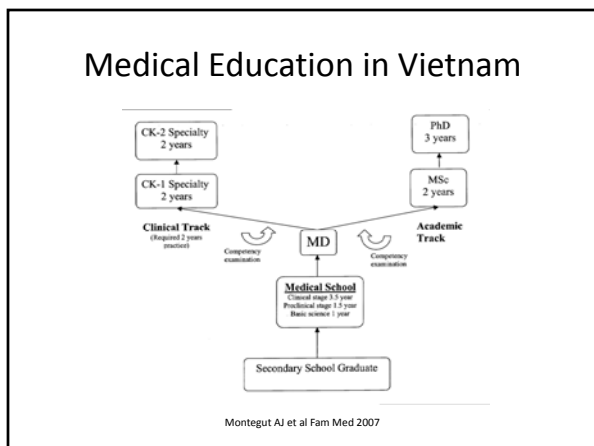
many patient:

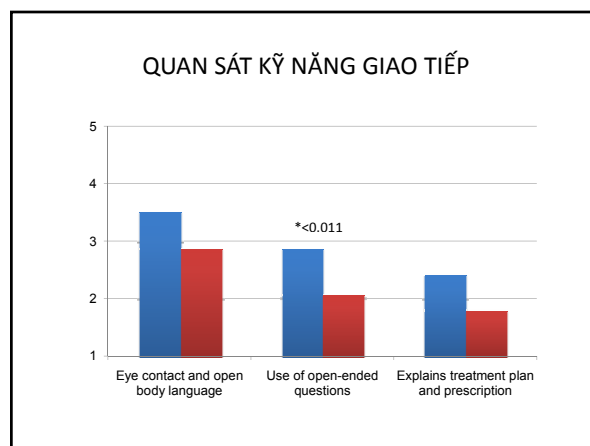
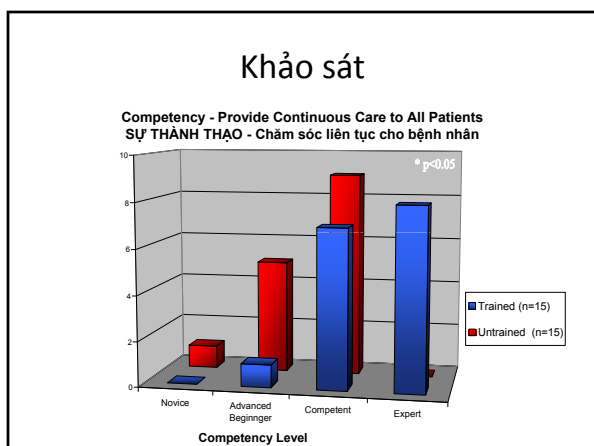
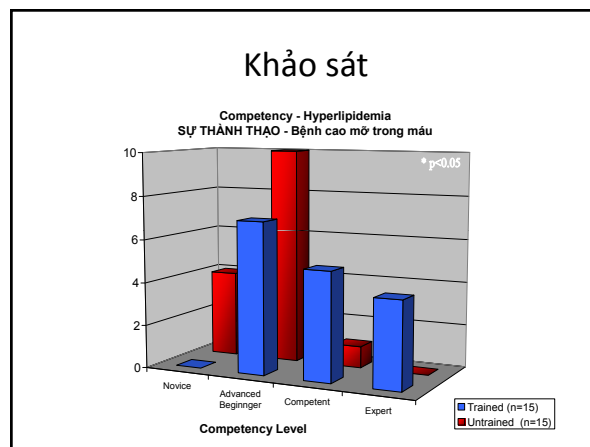
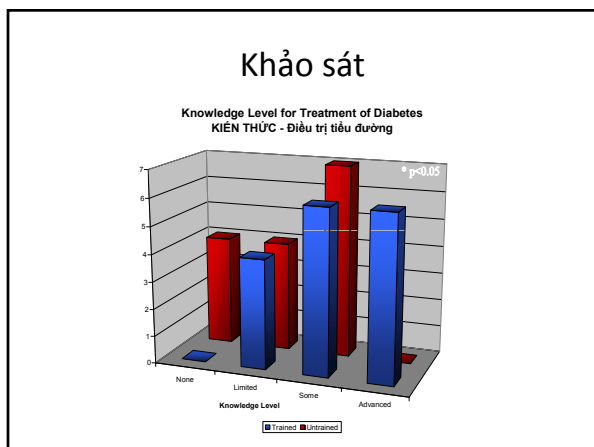
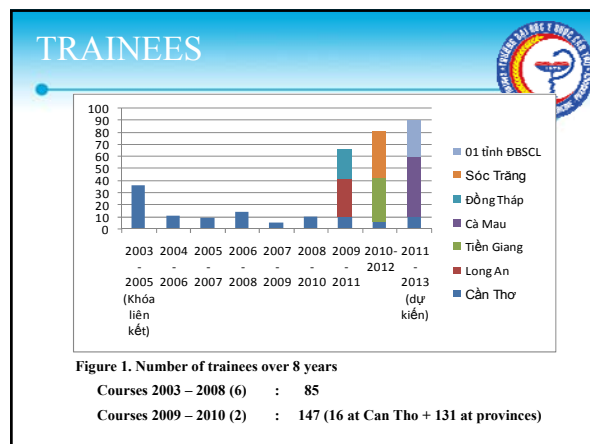
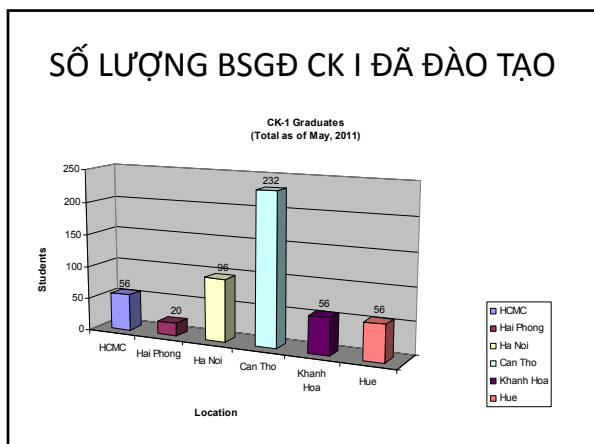
- feel that general practitioners do not have sufficient medical knowledge to properly manage their health problems
- cannot readily access primary health care due to the lack of health insurance, money.

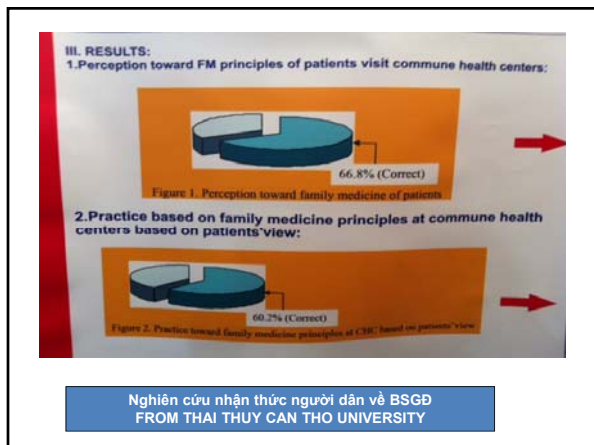
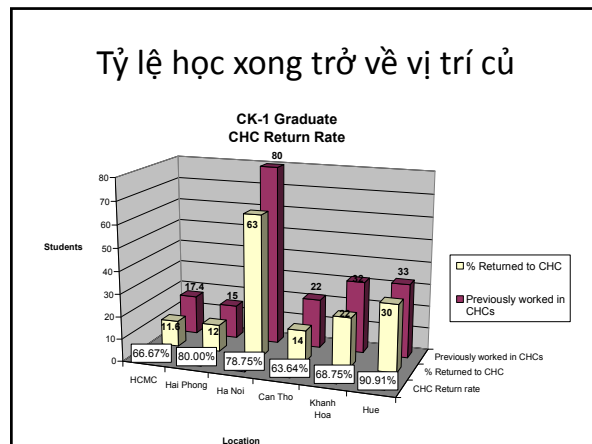
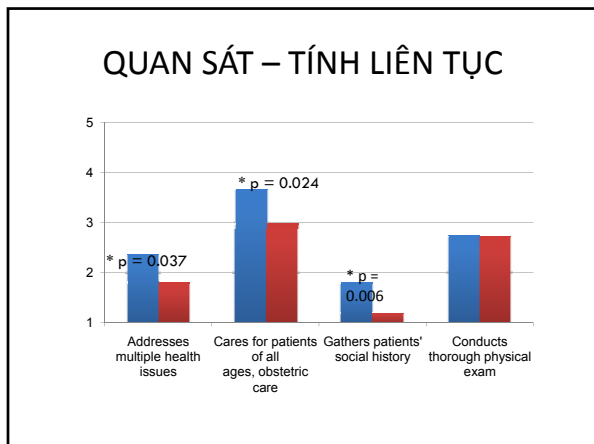
**Explain**

- In the Clinics, clinicians have the option of deferring those who have poor reimbursement histories and, or, do not have health insurance.
- The distribution of primary health physicians is huge variant in communities => Physicians have the tendency to practice in regions where the vast majority of patients are able to afford the costs of doctors' visits.

### FAMILY PHYSICIAN TRAINING IN VIETNAM







### ĐỘ TIN CẬY BỘ CÂU HỎI VỀ SỰ HẢI LÒNG BỆNH NHÂN 28 CÂU TẠI BV ĐH YD TP HCM VIETNAM MẪU: 322 CA

THANG ĐO SỰ HẢI LÒNG BỆNH NHÂN 28 CÂU		SD
TRUNG BÌNH	103.3261	.59323
THẤP	102.1590	
CAO	104.4932	

Cronbach's Alpha	Alpha Based on Standardize d Items	SỐ CÂU
.863	.876	28

BỆNH NHÂN ĐÉN KHẢM VỚI BSGĐ CÓ SỰ HẢI LÒNG NHƯNG CHƯA THẬT CAO VÌ HIỆN TƯỢNG QUÁ TẢI, 36.3% BỆNH NHÂN ĐƯỢC GIẢI THÍCH VỀ TOA THUỐC VÀ, 10.2% BN NHẬN THỨC RẰNG BSGĐ GIÚP HỢP LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ TỐT NHẤT.

FROM PHAM LE AN UMP HCM 2012

**Người giữ cửa tốt là người thực hành tốt UNIVERSAL CARE**

- ### Người giữ cửa tốt là người thực hành tốt UNIVERSAL CARE
- BS chăm sóc ban đầu cung cấp tập trung vào gia tăng
    - COORDINATION OF CARE
    - PREVENTIVE CARE
    - SCREENING CARE

### Làm sao cải thiện chăm sóc bệnh nhân

- Làm thế nào để giảm thiểu
- kỹ thuật mới không sát hợp
- thuốc giá cao
- khả năng xử trí cấp cứu
- tự chuyển bệnh

**Làm sao động viên:**

- tránh các phẫu thuật và nhập viện không cần thiết, loại bỏ sai sót
- An toàn cho bệnh nhân
- giám giá các thủ thuật.

Pham le an Manila2013

### Làm thế nào để cải thiện đào tạo FP

**Làm sao để giảm bớt**

- các kỹ thuật mới không sát hợp
- Các thuốc giá cao
- Tăng cường khả năng xử trí cấp cứu
- Tăng cường huấn luyện ngoại trú

**Làm sao động viên được:**

- Lưu tâm đến an toàn cho bệnh nhân
- chăm sóc dự phòng
- chăm sóc xử trí tốt
- chăm sóc kết hợp tốt
- thực hành y học chứng cứ

Pham le an Manila2013

### Vấn đề và giải pháp cho việc chuẩn bị người giữ cửa tốt cho Vietnam

- Khoảng cách trong các chương trình huấn luyện cấp quốc gia / quốc tế; nông thôn/ thành thị=> thay đổi lớn trong năng lực BSGĐ

- Thiết lập ở cấp quốc gia/quốc tế:
  - FM core learning outcome
  - FM Standard in accreditation

Pham le an Manila2013

### Vấn đề và giải pháp cho việc chuẩn bị người giữ cửa tốt cho Vietnam

- Khoảng cách trong các chương trình huấn luyện cấp quốc gia / quốc tế; nông thôn/ thành thị=> thay đổi lớn trong năng lực BSGĐ

- Phát triển trực IT
- Lồng ghép trong BMDT/EHR khái niệm chăm sóc hướng về mối quan hệ=> theo dõi và preceptor từ xa
- Lồng ghép trong chương trình rural health and global health

Pham le an Manila2013

### Vấn đề và giải pháp cho việc chuẩn bị người giữ cửa tốt cho Vietnam

- Thay đổi nhanh trong kỹ thuật chẩn đoán và điều trị
- Bắt đầu lồng ghép bảo hiểm y tế

- CME + thực hành Y học chứng cứ: Up ToDate
- E learning
- Giảng dạy tính chuyên nghiệp trong y khoa
- Thực hiện nghiên cứu chăm sóc ban đầu

Pham le an Manila2013

### Electronic Medical Record

CHẾ ĐỘ AN CƯƠNG KINH BẮT ĐẦU ĐÂY  
Hệ thống này được lập ra theo kế hoạch "Hiện đại hóa ngành Y" nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, phục vụ nhân dân thành phố.

Pham le an Manila2013

### EHR so với EMR

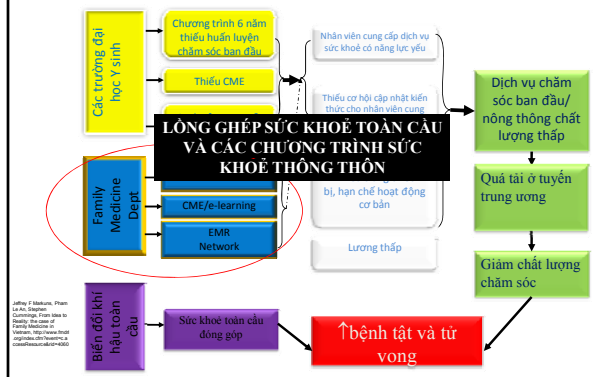
- |  |   |
|--|---|
| <p><b>Electronic Health Record</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liên thông các thông tin về sức khoẻ bệnh nhân</li> <li>• Thông tin từ nhiều nhà cung cấp dịch vụ</li> <li>• Từ nhiều nguồn chăm sóc sức khoẻ</li> </ul> | <p><b>Electronic Medical Record</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bệnh án số hoá các thông tin bệnh nhân từ một chuyên khoa</li> <li>• thành phần của EHR</li> </ul> |
|--|---|

### Phát triển FM in HCMC

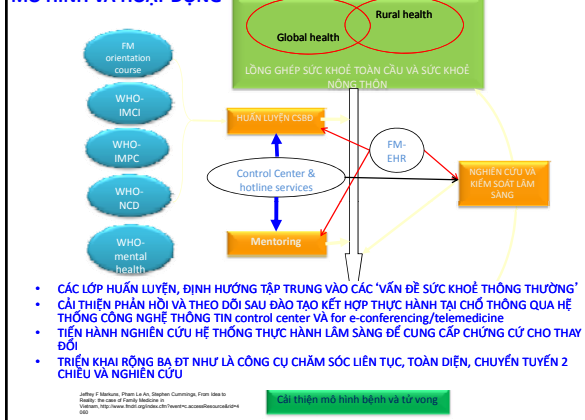
- Phát triển trang Web
- Chương trình định hướng
- Phát triển CME
- Hệ thống chuyển tuyến 2 chiều
- Phát triển BAĐT
- TELE PRECEPTOR



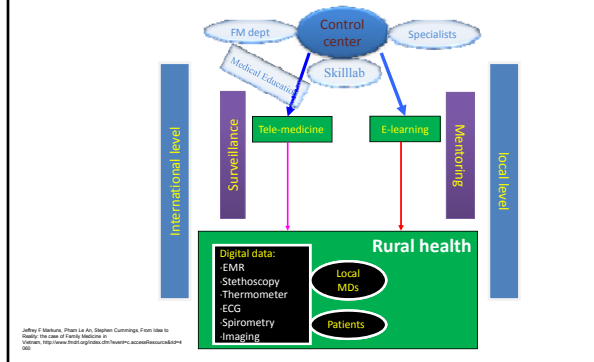
### Phân tích tình huống cho kế hoạch 2012-2020



### MÔ HÌNH VÀ HOẠT ĐỘNG



### Control Center Idea: 2012-2020 UMP HCM city center for FP training



### Chân thành cảm ơn

- GHETS FROM USA
  - CUD from Belgium
  - JEFFS MARKUNS, STEVES CUMMINGS
    - BU & GLOBAL HEALTH DEPT.
  - Nguyen Phuong Hoa
    - Vice Head, Family Medicine Department, Hanoi Medical University
  - Nguyen Minh Tam
    - Head, Department of Family Medicine, Hue College of Medicine
  - NGUYEN NHU VINH
    - Family Medicine Department, University of Medicine and Pharmacy Ho Chi Minh city
- Thai Thuy  
- Head of Family Medicine Department, Can Tho University of Medicine and Pharmacy

