

# Phát triển nguồn nhân lực y tế ở Việt Nam

Phạm Ngọc Nam\*



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

## TÓM TẮT

Bài nghiên cứu này đề cập các vấn đề liên quan đến sức khỏe, y tế, nguồn nhân lực y tế, các đặc điểm nguồn nhân lực y tế; sự cần thiết phải phát triển nguồn nhân lực y tế, phân tích các tiêu chí đánh giá nguồn nhân lực y tế cả về mặt số lượng và chất lượng; vị trí, vai trò của nguồn nhân lực y tế, phát triển nguồn nhân lực y tế đối với thực tiễn trong quá trình thực hiện công nghiệp hóa, hiện đại hóa của Việt Nam trong giai đoạn hiện nay và các thành tựu cũng như hạn chế trong việc phát triển nguồn nhân lực y tế của Việt Nam. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng tham khảo các số liệu thống kê, những công trình khoa học, những bản báo cáo để cập đến ngành y tế, nguồn nhân lực y tế, các nội dung phát triển nguồn nhân lực y tế; đánh giá thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế theo quy mô nguồn nhân lực y tế, phân bổ nguồn nhân lực y tế, giáo dục và đào tạo nguồn nhân lực y tế trong nước và một số nước phát triển trong khu vực châu Á như Ấn Độ, Trung Quốc để từ đó so sánh, tìm ra những điểm chung mà các nước cùng gặp phải trong quá trình phát triển nguồn nhân lực y tế và rút ra những khuyến nghị chính sách để Việt Nam có thể làm tốt hơn trong việc phát triển nguồn nhân lực y tế trong tương lai.

**Từ khóa:** Nguồn nhân lực y tế, Phát triển nguồn nhân lực y tế, Y tế Việt Nam

## GIỚI THIỆU

Hiện nay, tình hình kinh tế - xã hội của nước ta chưa đạt mức ngang bằng với nhiều quốc gia trong khu vực nhưng những chỉ số về sức khỏe và phát triển con người Việt Nam đã và đang vượt nhiều nước có điều kiện kinh tế xã hội cũng như mức đầu tư lớn hơn.

Chương trình Phát triển Liên Hiệp Quốc (UNDP) ghi nhận chỉ số phát triển con người (HDI) của Việt Nam đã không ngừng tăng lên. Theo đó, HDI gồm ba yếu tố cơ bản: thu nhập (GNI/người), tri thức (thông qua chỉ số học vấn) và sức khỏe (thể hiện qua tuổi thọ bình quân kì vọng tính từ thời điểm mới sinh). Ba chỉ số thành phần này đều có tác động đến HDI như nhau, để tăng được HDI thì tất cả chỉ số đều phải có sự tiến bộ. Bản thân ba khía cạnh cũng không hoàn toàn độc lập mà vẫn có tác động qua lại. Điều đáng chú ý, để tuổi thọ bình quân tăng lên đôi chút thì đòi hỏi mọi mặt của y tế đều phải tốt lên. Dựa trên kết quả công bố năm 2017 của UNDP, với chỉ số 0,694, Việt Nam xếp thứ 116 trong tổng số 189 nước được đánh giá về chỉ số HDI, thuộc nhóm trung bình cao và chỉ cần đạt thêm 0,006 điểm nữa là Việt Nam có thể nâng hạng mức lên nhóm phát triển con người cao. Chỉ số HDI qua các năm cho thấy Việt Nam cũng thực hiện tương đối tốt các lĩnh vực y tế và giáo dục. Tuổi thọ kì vọng của Việt Nam là 76,5 năm, đứng thứ hai ở khu vực châu Á và Thái Bình Dương, chỉ sau Hàn Quốc. Số năm đi học trung bình của Việt Nam là 8,2 – cũng

cao hơn mức trung bình của khu vực Đông Á và Thái Bình Dương. Đó là thành quả rất đáng tự hào của Việt Nam, trong đó có sự đóng góp của ngành y tế.

Nghị quyết lần thứ IV Ban Chấp hành Trung ương Đảng (khóa VII) đã xác định: “Sức khỏe là vốn quý của mỗi con người, mỗi gia đình và của toàn xã hội” cũng như “Sự nghiệp chăm sóc sức khỏe là trách nhiệm của cộng đồng và mỗi người dân, là trách nhiệm của các cấp ủy đảng và chính quyền, các đoàn thể nhân dân và tổ chức xã hội trong đó ngành Y tế giữ vai trò nòng cốt”. Chính vì vậy, Chính phủ đã ban hành dự thảo Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011 - 2020, tầm nhìn đến năm 2030. Một số nội dung đã được đưa ra bao gồm mục tiêu tổng quát là: “Bảo đảm mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, mở rộng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỉ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và cải thiện chất lượng dân số”. Từ đó hướng đến mục tiêu cụ thể: “Đẩy mạnh phát triển nguồn nhân lực y tế cả về số lượng và chất lượng, phát triển nhân lực y tế có trình độ cao nhằm đáp ứng tốt nhu cầu của ngành Y tế; tăng cường nhân lực y tế cho khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu, vùng xa và một số chuyên khoa (cận lâm sàng, y tế dự phòng, nhi, truyền thông và tư vấn sức khỏe...). Bảo đảm cân đối giữa đào tạo và sử

Ban Tuyên giáo Đảng ủy Sở Y tế TP HCM, Việt Nam

### Liên hệ

Phạm Ngọc Nam, Ban Tuyên giáo Đảng ủy Sở Y tế TP HCM, Việt Nam

Email: phamngocnam@gmail.com

### Lịch sử

- Ngày nhận: 12-01-2021
- Ngày chấp nhận: 12-5-2021
- Ngày đăng: 19-5-2021

DOI: 10.32508/stdjelm.v5i2.753



### Bản quyền

© ĐHQG TP.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



**Trích dẫn bài báo này:** Nam P N. Phát triển nguồn nhân lực y tế ở Việt Nam. *Sci. Tech. Dev. J. - Eco. Law Manag.*; 5(2):1549-1560.

dụng cán bộ y tế.” (Báo cáo chung tổng quan ngành y tế hàng năm, 2011).

## CƠ SỞ LÝ THUYẾT VỀ NHÂN LỰC Y TẾ VÀ PHÁT TRIỂN NHÂN LỰC Y TẾ

### Khái niệm nguồn nhân lực

Thuật ngữ “nguồn nhân lực” (human resources) lần đầu tiên được đặt ra vào những năm 80 của thế kỷ XX khi mà có sự thay đổi căn bản về phương thức quản lý, sử dụng con người trong nền kinh tế lao động. Wright, McMahan, và McWilliams (1994) cho rằng nguồn nhân lực là nguồn vốn nhân lực dưới sự kiểm soát của công ty, tổ chức trong mối quan hệ việc làm trực tiếp. Hay nói cách khác, nguồn nhân lực bao gồm các hoạt động mang tính tổ chức nhằm quản lý nguồn vốn nhân lực và đảm bảo rằng nguồn vốn này được sử dụng đúng đắn, đáp ứng các mục tiêu chung của tổ chức. Điều này dẫn đến hai khía cạnh quan trọng của nguồn nhân lực.

Đầu tiên, đồng quan điểm với Flamholtz và Lacey (1981), McKelvey (1983), Wright và cộng sự tập trung vào kiến thức, kỹ năng và khả năng vốn có của các cá nhân tạo nên tổ chức. Các tác giả cho rằng điều đầu tiên cần phải nhắc đến khi nói về nguồn nhân lực đó là kỹ năng của họ trong công việc. Cách tiếp cận này nhấn mạnh tầm quan trọng của các cá nhân trong tổ chức, cho rằng họ là nguồn lực quan trọng, hơn cả các thông lệ hay quy trình được sử dụng bởi công ty. Thứ hai, Wright và cộng sự của mình đã tiến một bước xa hơn khi cho rằng ngoài kỹ năng, thì hành vi và ứng xử cũng là một yếu tố quan trọng khác của nguồn nhân lực. Trong mô hình về hệ thống nguồn nhân lực của mình, các tác giả cho rằng có một sự tương quan chặt chẽ giữa hành vi và năng lực, điều này tác động lên hiệu quả công việc của các cá nhân đối với các chiến lược của tổ chức.

Không chỉ vậy, trong nghiên cứu của mình, Wright và cộng sự đã phân biệt giữa nguồn nhân lực của công ty (tức là nguồn vốn nhân lực sẵn có) và thực tiễn quản trị nhân sự (những công cụ nhân sự được sử dụng để quản lý nguồn vốn nhân lực). Khi áp dụng các khái niệm về giá trị, độ hiếm, tính không thể thay thế và tính thay thế, các tác giả cho rằng thực tiễn quản trị nhân sự không thể tạo cơ sở cho lợi thế cạnh tranh bền vững vì bất kỳ hoạt động nhân sự cá nhân nào cũng có thể dễ dàng bị các đối thủ cạnh tranh sao chép. Thay vào đó, họ đề xuất rằng nguồn vốn nhân lực (một lực lượng lao động có tay nghề và động lực làm việc cao) có tiềm năng lớn hơn để tạo thành một nguồn lợi thế cạnh tranh bền vững. Các tác giả nhấn mạnh rằng để tạo thành nguồn lợi thế cạnh tranh, nguồn vốn nhân lực phải có cả kỹ năng cao và sự sẵn sàng (nghĩa là

động lực) để thể hiện hành vi sản xuất. Sự phân biệt kỹ năng/hành vi này xuất hiện như một chủ đề khác nhất quán trong nghiên cứu của Wright và cộng sự.

Trái lại, Lado và Wilson (1994) cho rằng thực tiễn quản trị nguồn nhân lực của công ty lại có thể cung cấp một nguồn lợi thế cạnh tranh bền vững. Xuất phát từ việc tìm hiểu vai trò của các hoạt động quản trị nhân sự trong việc ảnh hưởng đến năng lực của công ty, họ cho rằng các hệ thống quản trị nhân sự có thể là duy nhất, riêng biệt đối với mỗi công ty hay tổ chức, vì vậy mà chúng khó có thể bị sao chép. Do đó, trong khi Wright và cộng sự (1994) lập luận về tính không thể bắt chước của các thực hành mang tính cá nhân, Lado và Wilson lại đề xuất rằng một hệ thống thực hành nhân sự, với tất cả các bổ sung và sự phụ thuộc lẫn nhau giữa các cá thể mới không thể bị bắt chước. Mặc dù có sự đối lập trong nghiên cứu của những tác giả trên, chúng ta lại thấy được sự bổ sung chặt chẽ lẫn nhau giữa vai trò của nguồn nhân lực và quản trị phát triển nguồn nhân lực. Bài viết này sẽ không tách biệt để tìm hiểu liệu rằng nguồn nhân lực hay quản trị nguồn nhân lực (mà cụ thể là ở lĩnh vực y tế) quan trọng hơn là cả hai điều trên đều cần thiết, cùng đáng được quan tâm như nhau và có sự tương tác với nhau. Một nguồn nhân lực chất lượng sẽ là điều kiện đầu tiên cho sự phát triển vững mạnh trong một tổ chức. Tuy nhiên, để có được một sự phát triển bền vững thì ắt hẳn phải cần đến các công cụ quản lý và phát triển nhân lực sao cho hợp lý, để có thể làm cho các thành viên, cá thể hợp thành một thể thống nhất, cống hiến hết mình vì mục tiêu chung mà tổ chức đề ra.

### Khái niệm nguồn nhân lực y tế và phát triển nguồn nhân lực y tế

Theo Tổ chức Y tế thế giới WHO (2016): “Nguồn nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia vào các hành động có mục đích chính là nâng cao sức khỏe”. Tại Việt Nam, các nhóm đối tượng “nhân lực y tế” bao gồm các cán bộ, nhân viên y tế thuộc biên chế và hợp đồng đang làm trong hệ thống y tế, các cơ sở đào tạo và nghiên cứu khoa học y dược và tất cả những người khác đang tham gia vào các hoạt động quản lý và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nhân lực y tế có vai trò quan trọng trong phát triển hệ thống y tế cũng như trong quá trình phát triển kinh tế - xã hội.

Đối với mỗi hệ thống y tế, ngoài những đầu vào như nguồn vốn, thuốc, trang thiết bị và công nghệ, lực lượng nhân viên y tế chính là nguồn lực cốt lõi vì họ là những người ngăn ngừa bệnh tật, thực hiện các phương pháp chữa trị, cũng như tạo ra thuốc và vắc-xin. Nguồn nhân lực y tế giải quyết các vấn đề như lập

kế hoạch, phát triển, thực hiện, quản lý, lưu giữ thông tin và nghiên cứu của ngành y tế. Các quyết định lựa chọn của nhân viên y tế về sử dụng nguồn lực (như chỉ định xét nghiệm, kê đơn thuốc, hoặc quy định về danh mục trang thiết bị ở các tuyến...) sẽ ảnh hưởng lớn đến tính hiệu quả của toàn bộ hệ thống y tế.<sup>1,2</sup>

Việt Nam đang có tốc độ phát triển kinh tế xã hội khá nhanh nhờ việc thực hiện phát triển kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa, thu hút đầu tư nước ngoài. Tuy nhiên, trong một thời gian dài, các nhà kinh tế có khuynh hướng bỏ qua "yếu tố sức khỏe, xem nó không liên quan đến hiệu quả sản xuất và chất lượng của tăng trưởng kinh tế". Theo tóm tắt đánh giá ngành y tế năm 2012 - 2015 ghi nhận hiện nay Việt Nam đang phải đối mặt với gánh nặng của 3 loại bệnh tật chính: các bệnh truyền nhiễm, các bệnh không truyền nhiễm, tai nạn và chấn thương. Những thách thức này đòi hỏi sự phát triển và cải tổ mạnh mẽ của ngành y tế, vì sức khỏe là một khía cạnh đặc biệt của vốn nhân lực, ảnh hưởng trực tiếp đến năng lực sản xuất và hiệu quả kinh tế. Đầu tư, phát triển một hệ thống y tế với nguồn nhân lực y tế chất lượng sẽ giúp đảm bảo sức khỏe cho lực lượng lao động của Việt Nam, là tiền đề để phát triển các khía cạnh quan trọng khác (trí tuệ, kỹ năng, khả năng thích ứng,...) giúp Việt Nam phát triển kinh tế thuận lợi hơn, bảo đảm chắc chắn nhất cho sự phồn vinh, thịnh vượng của một quốc gia.

Nghị quyết Hội nghị Trung ương 6 khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới (Nghị quyết số 20-NQ/TW, ngày 25 tháng 10 năm 2017) xác định mục tiêu tổng quát: Nâng cao sức khỏe cả về thể chất và tinh thần, tầm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam. Xây dựng hệ thống y tế công bằng, chất lượng, hiệu quả và hội nhập quốc tế. Phát triển nền y học khoa học, dân tộc và đại chúng. Bảo đảm mọi người dân đều được quản lý, chăm sóc sức khỏe. Để thực hiện mục tiêu đó, cần xây dựng hệ thống mạng lưới y tế rộng khắp, gần dân; được chỉ đạo thống nhất, xuyên suốt về chuyên môn, nghiệp vụ theo ngành từ Trung ương tới địa phương trong phạm vi cả nước, đồng thời bảo đảm sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp uỷ, chính quyền địa phương. Đồng thời, cần xây dựng đội ngũ cán bộ y tế "Thầy thuốc phải như mẹ hiền", có năng lực chuyên môn vững vàng, tiếp cận trình độ quốc tế. Nâng cao năng lực cạnh tranh trong chuỗi sản xuất, cung ứng dược phẩm, dịch vụ y tế.

Trong phát triển ngành y tế, bên cạnh việc xây dựng khuôn khổ pháp lý thống nhất; xây dựng mạng lưới y tế đồng bộ trong toàn quốc; đầu tư nguồn lực tài chính một cách thỏa đáng để ngành y tế có thể làm tốt việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà nước còn phải xây

dựng, đào tạo đủ và phân bổ hợp lý nguồn nhân lực cho ngành y tế để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của quần chúng nhân dân.

Nguồn nhân lực, đặc biệt là nhân lực y tế luôn có vai trò quan trọng, quyết định đến việc thành công hay thất bại trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Bởi một trong những yếu tố quyết định đến vai trò của Nhà nước đối với quản lý phát triển y tế là đội ngũ nhân lực. Nguồn nhân lực y tế có đủ năng lực, chuyên môn, nghiệp vụ, phẩm chất đạo đức... có vai trò quan trọng dẫn đến thành công hay thất bại trong việc nhà nước thực hiện vai trò chủ đạo của mình đối với công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Các chính sách của nhà nước trong lĩnh vực y tế có đáp ứng được nhu cầu của thực tiễn hay không, việc thực hiện các chính sách ấy có hiệu quả hay không, có phát huy được tác dụng hay không... phụ thuộc vào năng lực, phẩm chất, đạo đức của nguồn nhân lực y tế.

Mặt khác, nhu cầu về thầy thuốc và cán bộ thuộc nhiều chuyên môn khác nhau cũng đang đòi hỏi phải đào tạo bác sĩ, dược sĩ, y tá, hộ lý với số lượng ngày càng nhiều, chất lượng ngày càng cao, cơ cấu hợp lý, nắm bắt các kiến thức y học hiện đại, giỏi thực hành, có ý đức tốt... Trong xây dựng đội ngũ cán bộ y tế nhằm đáp ứng ngày càng tốt hơn cho công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, đòi hỏi Nhà nước phải có chính sách thích hợp, thể hiện ở tất cả các khâu từ tuyển chọn, đào tạo, đãi ngộ và tôn vinh...

Với vai trò quan trọng của nguồn lực y tế, phát triển nhân lực y tế là điều thiết yếu của mỗi quốc gia, nhằm giúp cho mọi người dân đều có thể dễ dàng tiếp cận và tham gia vào các dịch vụ y tế với chi phí phải chăng và thông qua một hệ thống phân phối y tế bền vững.<sup>3</sup> Nó là tổng thể các hình thức, phương pháp, chính sách để nâng cao chất lượng (trí tuệ, thể chất, và phẩm chất), nhằm tạo ra sự thay đổi tích cực về số lượng, chất lượng và cơ cấu nguồn nhân lực.<sup>4</sup>

## **Nội dung phát triển nguồn nhân lực y tế**

### **Phát triển nguồn nhân lực y tế về mặt số lượng**

Các tiêu chí đánh giá về mặt số lượng nguồn nhân lực y tế thường được tính bằng các chỉ tiêu tổng quát như: tổng số cán bộ, nhân viên hoạt động trong lĩnh vực y tế; tổng số bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, nhân viên các chuyên ngành khác phục vụ cho ngành y; và tỉ lệ bác sĩ/10.000 dân, tỉ lệ điều dưỡng/10.000 dân.

Theo đánh giá của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2016,<sup>5</sup> trong tương lai, thế giới sẽ vẫn phải đối mặt với sự thiếu hụt lực lượng y tế đặc biệt ở khu vực Đông Nam Á và Nam Phi. Dự kiến năm 2030 vẫn cần hơn

14 triệu nhân viên y tế nữa mới có thể đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn cầu. Vì vậy, việc phát triển nguồn nhân lực y tế về mặt số lượng trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng là vô cùng cần thiết. Cụ thể ở Việt Nam, theo báo cáo chung của Bộ Y Tế (2009)<sup>6</sup>, tình trạng thiếu cán bộ y tế vẫn còn xảy đối với tuyến y tế cơ sở và vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa. Mặc dù đã có những biến chuyển tiến bộ rõ rệt trong phân bổ nhân lực y tế theo tuyến và vùng địa lý, nhưng vẫn còn nhiều bất cập và chưa hợp lý dẫn đến chênh lệch về số lượng nhân lực y tế giữa khu vực điều trị và dự phòng, giữa các chuyên ngành, giữa trung ương và địa phương, giữa thành thị và nông thôn. Do đó, để có thể đối phó với sự thiếu hụt lực lượng y tế trong tương lai, Việt Nam cần khẩn trương triển khai các biện pháp giáo dục, đào tạo, sử dụng, và phân bổ nguồn nhân lực y tế một cách hiệu quả và hợp lý giữa các tỉnh và vùng miền, giảm thiểu tối đa tình trạng thiếu nhân viên y tế, đặc biệt là ở các vùng sâu, vùng xa.

### **Phát triển nguồn nhân lực y tế về mặt chất lượng**

Cùng với phát triển số lượng, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ cho các nhân viên y tế cũng rất quan trọng. Một nguồn lực y tế đạt chuẩn chất lượng là yếu tố quyết định đến khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân của một hệ thống y tế. Chất lượng nguồn nhân lực y tế là yếu tố tổng hợp của nhiều yếu tố cấu thành như trí lực, trình độ, sự hiểu biết, đạo đức, kỹ năng, thể lực, thẩm mỹ,... của người lao động. Các bộ phận này gắn kết chặt chẽ và có sự tác động qua lại lẫn nhau. Trong các yếu tố trên thì trí lực là yếu tố quan trọng trong việc xem xét đánh giá chất lượng nguồn nhân lực y tế, thể lực là yếu tố cần thiết để con người tiếp thu kiến thức.

Trí lực được đánh giá dựa trên trình độ chuyên môn (trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học...), kỹ năng mềm (kỹ năng giao tiếp, thích nghi, làm việc nhóm,..) và năng lực ngoại ngữ, tin học. Thể lực được đánh giá dựa vào thể trạng và sức khỏe hiện tại, khả năng làm việc và duy trì các sinh hoạt hàng ngày, tình trạng bệnh tật nếu có, và khả năng diễn biến cùng các yếu tố nguy cơ của bệnh. Bộ Y tế Việt Nam đã phân loại sức khỏe thành 5 loại dựa vào chỉ số khối cơ thể là BMI (Body Mass Index) như sau: BMI 18-22 (loại A, rất khỏe), BMI 15-17/ 23-29 (loại B1, khỏe), BMI 12-14/ 30-35 (loại B2, trung bình), BMI 10-11 / > 35 (loại C, yếu), và cuối cùng là loại D, rất yếu.

### **Nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn nhân lực y tế**

Song song với phát triển nhân lực y tế thì việc quản lý và sử dụng nhân lực y tế sao cho hiệu quả cũng rất cần

thiết. Đặc biệt với tình trạng thiếu hụt lực lượng y tế toàn cầu, thì việc nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực y tế hiện có lại càng cần được ưu tiên. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2016,<sup>7</sup> khoảng 20-40% việc sử dụng và chi tiêu y tế thế giới đang bị lãng phí, chủ yếu là do sự thiếu hiệu quả và yếu kém trong việc quản lý và giám sát lực lượng lao động y tế. Việt Nam cũng đã sớm nhận ra vai trò quan trọng của việc nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực y tế. Trong bản báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009, Bộ Y tế<sup>8</sup> đã nêu rõ việc việc sử dụng nhân lực y tế ở nước ta cần phải được chú trọng và nâng cao hiệu quả hơn nữa. Cụ thể, việc nâng cao hiệu quả được thể hiện qua bốn khía cạnh cơ bản, bao gồm: (1) công tác lập quy hoạch, kế hoạch và quản lý nhân lực tại các tuyến từ trung ương đến địa phương; (2) công tác chuẩn hóa việc theo dõi, quản lý nguồn nhân lực; (3) việc đánh giá kết quả công việc của nhân viên được sử dụng như một công cụ quản lý nhân lực hữu hiệu, làm cơ sở cho việc khen thưởng hay xử phạt; và (4) cần có một thông tin đầy đủ, thống nhất, chính xác về nhân lực y tế nói chung, nhất là nhân lực trong khu vực y tế tư nhân, bởi lẽ khu vực này ngày càng phát triển và đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y tế cả nước.

### **PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Bài báo sử dụng phương pháp định tính, thu thập và tổng hợp thông tin chủ yếu qua các báo cáo, các công trình khoa học đã được công bố với dữ liệu đáng tin cậy. Để có được những dữ liệu chính xác, tác giả sử dụng nhiều thông tin từ những nguồn uy tín như của Bộ Y Tế, Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hay các bài báo đăng trên những tạp chí uy tín trên thế giới. Bằng phương pháp thu thập thông tin này, tác giả tin rằng bài viết sẽ có một cái nhìn tổng quan về tình hình phát triển nguồn nhân lực y tế trên thế giới và Việt Nam, từ đó tác giả có thể đưa ra những so sánh, đánh giá cần thiết và đề ra những khuyến nghị chính sách cụ thể cho việc phát triển nguồn nhân lực y tế Việt Nam trong tương lai.

### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ THẢO LUẬN**

#### **Thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế trên thế giới**

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO năm 2016,<sup>7</sup> việc đầu tư vào lực lượng lao động y tế trên toàn thế giới thấp hơn mức thường được giả định, điều này làm suy giảm tính bền vững của lực lượng lao động và hệ thống y tế. Sự thiếu đầu tư dài hạn vào giáo dục và đào tạo nguồn nhân lực y tế ở nhiều quốc gia, sự không phù hợp giữa các chiến lược giáo dục

liên quan đến hệ thống y tế và nhu cầu dân số đã đang dẫn đến tình trạng thiếu nguồn nhân lực y tế trên thế giới trong nhiều năm qua và trong các năm tới. Việc thiếu hụt lực lượng lao động chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu làm cho kế hoạch triển khai phân bổ nhân viên y tế đến các vùng nông thôn, vùng sâu và vùng xa của WHO càng trở nên khó khăn hơn.

Ở một số quốc gia, đặc biệt là ở các khu vực thiếu điều kiện, ngoài việc không chú trọng đầu tư vào giáo dục, sự mất cân đối giữa khả năng cung ứng và nhu cầu thị trường được xác định là do không gian tài khóa, và do sự khác biệt giữa nhu cầu có khả năng chi trả (demand) và nhu cầu cơ bản (needs) của dân số, dẫn đến những thách thức trong việc tiếp cận phổ cập với nhân viên y tế trong các hệ thống y tế và thậm chí tạo ra nghịch lý về tình trạng thất nghiệp của nhân viên y tế cùng tồn tại song song với việc các nhu cầu cơ bản về sức khỏe của con người chưa được đáp ứng.

### **Thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế tại Ấn Độ**

Về quy mô, tổng lực lượng lao động chăm sóc sức khỏe bao gồm bác sĩ (31%), y tá và nữ hộ sinh (30%), dược sĩ (11%), người hành nghề y học cổ xưa Ấn Độ, yoga, chữa bệnh bằng liệu pháp tự nhiên và vi lượng đồng căn (9%) và các nhóm còn lại (9%). Tuy nhiên, thống kê trên dựa vào kết quả nghề nghiệp tự báo cáo của các cá nhân, do đó kết quả dễ bị sai lệch.<sup>9,10</sup> Để giải quyết vấn đề thiếu chính xác trong các báo cáo này, việc điều tra số lượng nhân viên y tế đã được điều chỉnh theo trình độ học vấn dựa trên những tỉ lệ có được từ các ước tính của Tổ chức Khảo sát Mẫu Quốc gia. Các ước tính điều tra cho thấy cứ 10.000 người thì có hơn tám nhân viên y tế, trong đó có 3,8 bác sĩ, và 2,4 y tá và nữ hộ sinh. Có thể thấy khi được điều chỉnh, con số thực tế chỉ rơi vào khoảng một phần tư điểm chuẩn của WHO, tức trung bình cần phải có 25,4 nhân viên y tế trên mỗi 10,000 người.<sup>9,10</sup>

Sự phân bố nguồn lực y tế đã và đang diễn ra không đồng đều trên toàn Ấn Độ. Các bang ở bắc trung bộ, nơi được biết đến là các vùng nghèo nhất về kinh tế và y tế, có lượng nhân viên y tế rất thấp. Số lượng nhân viên y tế trên 10.000 dân ở Ấn Độ dao động từ 23,2 ở Chandigarh đến chỉ còn 2,5 ở Meghalaya. Trong khi đó, số lượng bác sĩ trên 10.000 người ở các bang như Goa (41,6) và Kerala (38, 4) cao gấp gần ba lần so với các bang như Orissa (19,7) và Chhattisgarh (15,8). Số lượng nữ bác sĩ trên 10,000 dân đặc biệt thấp, từ 7,5 ở Chandigarh đến 0,26 ở Bihar. Ngược lại, 70% y tá và nữ hộ sinh là phụ nữ.<sup>10</sup>

Xét đến khía cạnh giáo dục và đào tạo nhân lực y tế thì kể từ khi độc lập vào năm 1947, các trường đào

tạo y ở Ấn Độ đã tăng đáng kể. Vào thời điểm độc lập, Ấn Độ có 19 trường y, trong đó có 1.200 bác sĩ tốt nghiệp hàng năm (Richards, 1985). Ngày nay, theo Hội đồng Y khoa Ấn Độ, Ấn Độ có khoảng 270 trường y với khoảng 28.158 bác sĩ tốt nghiệp hàng năm. Các tổ chức y tế và đào tạo tư nhân đã góp phần đáng kể đến sự gia tăng nhanh chóng này. Tuy nhiên, học phí tại các trường tư nhân (không xét các trường của tôn giáo) rất cao. Có thể nói trợ cấp công là rất lớn, nhưng hiện tượng chảy máu chất xám của những người được nhận trợ cấp cũng ngày một nhiều. Một phần nguyên nhân được cho là sự thất bại của Hội đồng Y khoa Ấn Độ trong việc thiết lập và theo dõi các tiêu chuẩn.<sup>10</sup> Các trường đào tạo y cũng được phân bổ không đồng đều trên khắp Ấn Độ. Cụ thể, các bang có hệ thống y tế kém như Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan và Uttar Pradesh, chiếm 36% dân số của đất nước nhưng chỉ có 15% trường đào tạo y.<sup>10</sup>

### **Thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế tại Trung Quốc**

Theo dữ liệu của Bộ Y Tế Trung Quốc, trong tổng số các bác sĩ, có 57% là nam giới và 43% nữ giới, một sự khác biệt không quá lớn; tuy nhiên số lượng y tá nữ lại áp đảo y tá nam. Khoảng 72% bác sĩ đã học về y học phương Tây, trong khi chỉ có 13% nghiên cứu về y học cổ truyền Trung Quốc. Các khóa học khác bao gồm sức khỏe cộng đồng (5%), nha khoa (3%) và các khóa học còn lại chiếm 7%. Không giống như hầu hết các quốc gia khác, Trung Quốc có nhiều bác sĩ hơn y tá: tỉ lệ bác sĩ - y tá tính trên toàn quốc là 1-4, ở thành thị là 1-3 và ở nông thôn là 1-9. Nhìn chung, cả số lượng và mật độ các bác sĩ, y tá đã tăng đều đặn trong 50 năm qua, ngoại trừ trong thập kỷ của cuộc cách mạng văn hóa năm 1966 - 1976 khi Trung Quốc đóng cửa các trường đại học.

Về sự phân bố, theo nghiên cứu của tác giả Anand và các cộng sự (2008)<sup>11</sup> đã chỉ ra sự bất bình đẳng trong phân bố lực lượng các bác sĩ và y tá giữa các quận, tỉnh và thành thị - nông thôn. Hầu hết các bác sĩ và y tá ở Trung Quốc (70%) chọn làm việc ở các khu vực thành thị, nơi chiếm số lượng dân ít hơn cả trên toàn quốc. Sự phân bố không đồng đều này được cho là liên quan đến sự chênh lệch điều kiện kinh tế giữa các vùng. Sự chênh lệch về số lượng y bác sĩ giữa thành thị - nông thôn chiếm khoảng 1/3 tổng số chênh lệch giữa các vùng trên toàn quốc. Điều này có ý nghĩa rất quan trọng trong việc giải thích sự khác biệt về tình trạng sức khỏe cũng như tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh giữa các tỉnh ở Trung Quốc. Theo đó, những tỉnh, khu vực có kinh tế, giáo dục và y tế kém phát triển sẽ có tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh cao hơn các vùng khác.

Trên phương diện giáo dục và đào tạo nhân lực y tế, một phần ba các bác sĩ Trung Quốc đã được đào tạo từ trình độ đại học trở lên, trong khi đó tỉ lệ y tá được giáo dục từ trình độ đại học trở lên là rất nhỏ, chỉ 2-3%. Hầu hết các bác sĩ Trung Quốc (67,2%) và y tá (97,5%) chỉ được giáo dục đến cấp cao đẳng. Khoảng 6% bác sĩ và 8% y tá chỉ được đào tạo đến trung học hoặc thậm chí thấp hơn. Tỉ lệ bác sĩ ở thành thị có trình độ học vấn đại học trở lên là 43%, cao hơn gấp ba lần so với nông thôn. Và chưa tới 1% số lượng y tá ở nông thôn có trình độ học vấn từ cao đẳng trở lên theo ghi nhận của Anand và cộng sự (2008, <sup>11</sup>). Những dữ liệu trên cho thấy ba khía cạnh trong giáo dục nguồn nhân lực y tế. Thứ nhất, sự mở rộng quy mô giáo dục y tế gần đây làm tăng đáng kể số lượng nhân viên y tế trong tương lai. Thứ hai, các chương trình đào tạo bác sĩ và các nhân viên y tế khác ngày càng đa dạng. Tuy nhiên, sự đa dạng này đặt ra câu hỏi về tiêu chuẩn và chất lượng liệu có phù hợp với điều kiện và nhu cầu về sức khỏe của đất nước hay không? Thứ ba, có sự mất cân đối giữa tốc độ đào tạo và chất lượng của lực lượng y tế trên thị trường.

### **Thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế tại Đông Nam Á**

Tính trên toàn khu vực, hiện Đông Nam Á đang có tỉ lệ y, bác sĩ trung bình 2,7/1.000 dân. Tuy nhiên, ở cấp độ quốc gia, thì tỉ lệ này giảm xuống còn 2,28/1.000 dân ở một số nước như Campuchia, Indonesia, Lào, Myanmar và Việt Nam, mà theo WHO, đây là một sự thiếu hụt lớn. Để đáp ứng đủ tiêu chuẩn của WHO thì ước tính năm quốc gia này cần có khoảng 884.868 nhân viên y tế, nghĩa là hiện nay các nước này còn thiếu khoảng 232.417 người. Đông Nam Á cũng có quy mô nhân lực y tế không đồng đều giữa các nước. Nếu như Singapore và Malaysia là hai nước phải nhập khẩu lực lượng y tế để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân trong nước và từ các nước khác trong Đông Nam Á thì Philippines và Indonesia lại là hai nước xuất khẩu nhân lực y tế chính trong khu vực. Tuy nhiên, nguyên nhân xuất khẩu không phải là do sự dư thừa nguồn lực y tế, mà chủ yếu là do họ không tìm được việc làm ngay tại quê hương mình mặc dù hai nước này vẫn đang phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế.

Tất cả các nước Đông Nam Á hiện đang phải đối mặt với sự phân bố nhân lực y tế không đồng đều, mà các nhân viên y tế chủ yếu lựa chọn làm việc ở khu vực thành thị thay vì ở nông thôn (Kanchanachitra và cộng sự, 2011, <sup>12</sup>). Cụ thể, các y bác sĩ ở Indonesia không muốn làm việc ở vùng sâu vùng xa hoặc các đảo và một số trường hợp vì không muốn trở thành

nhân viên chính quyền địa phương<sup>13</sup>. Ở Thái Lan và Indonesia, có khoảng 60-70% các bác sĩ công làm việc thêm ngoài giờ để kiếm thêm thu nhập.<sup>14</sup> Ở Philippines, để giữ chân các bác sĩ ở khu vực công, họ được phép điều trị cho bệnh nhân tư nhân sau giờ hành chính. Tuy nhiên, những chính sách trên lại càng làm tăng mong muốn được làm việc ở các khu vực thành thị của các y bác sĩ.

Năng lực đào tạo và tuyển dụng thấp có liên quan mật thiết đến tình trạng thiếu lực lượng y tế ở các nước nghèo tài nguyên như ở Lào, Campuchia và Myanmar. Số lượng bác sĩ trên 100.000 dân ở Đông Nam Á dao động giữa các nước. Ở Singapore và Malaysia là tám, Philippines và Việt Nam là bốn, Indonesia và Thái Lan là hai, và ở Lào và Myanmar là ít hơn một<sup>12</sup>. Mặc dù vậy, năng lực đào tạo không phải lúc nào cũng liên quan đến sự sẵn có của các nhân viên y tế. Mặc dù số lượng y tá được đào tạo còn khá thấp so với tổng dân số, nhưng chỉ một nửa số y tá tốt nghiệp ở Indonesia được tuyển dụng. Có rất ít thông tin về những người thất nghiệp này đã đi cư hay đi làm ở những lĩnh vực khác. Tương tự, trong năm 2009, ước tính 400.000 y tá được cấp phép ở Philippines đã không được tuyển dụng trong ngành điều dưỡng<sup>12</sup>.

### **Thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế ở Việt Nam**

#### **Quy mô nguồn nhân lực y tế**

Mật độ một số loại nhân lực y tế trên 1.000 dân của Việt Nam đang có sự tăng đều trong những năm qua, đặc biệt mật độ điều dưỡng; tuy nhiên, mức tăng này không đáng kể (Bảng 1) và tỉ lệ y, bác sĩ/1.000 dân của Việt Nam vẫn còn khá xa để có thể đạt mục tiêu phát triển bền vững (mục tiêu toàn cầu) năm 2030 của WHO là 4,45 y và bác sĩ trên 1.000 dân.<sup>15</sup>

Mặc dù Việt Nam đã và đang ngày một chú trọng vào đầu tư, đào tạo phát triển nguồn nhân lực y tế, số lượng sinh viên theo học các ngành y tế ngày một tăng, nhưng Việt Nam vẫn còn phải đối mặt với sự thiếu hụt lực lượng nhân viên y tế khá nghiêm trọng, đặc biệt là thiếu hụt lực lượng y tá, điều dưỡng viên. Tỉ lệ y tá - bác sĩ của Việt Nam chỉ đạt mức 0,82/1, tỉ lệ điều dưỡng - bác sĩ là 1,4/1. Mặc dù không có tiêu chuẩn quốc tế về tỉ lệ y tá trên bác sĩ, nhưng nếu tỉ lệ này thấp có thể mang đến những khó khăn cho hệ thống y tế, vì y tá có thể thay thế bác sĩ trong một số nghiệp vụ chuyên môn nhất định mà không ảnh hưởng đến chất lượng. Hơn nữa, việc đào tạo bác sĩ là tốn kém hơn và mất nhiều thời gian hơn so với đào tạo y tá, cũng như việc phân bố các bác sĩ làm việc ở nông thôn cũng khó khăn hơn. Vì vậy, ở một quốc gia đang phát triển như Việt Nam, việc tập trung đào tạo ra nhiều

**Bảng 1: Phân bố một số loại nhân lực y tế theo dân số (Nguồn: Bộ Y tế, 2013a)<sup>6</sup>**

Loại nhân lực y tế	2009	2010	2011	2012	2013
Số dân/ 1 bác sĩ	1.518	1.390	1.387	1.363	1.315
Số bác sĩ/ 1.000 dân	0,66	0,72	0,73	0,73	0,76
Số y và bác sĩ/1.000 dân	1,25	1,34	1,34	1,35	1,38
Số điều dưỡng/ 1.000 dân	0,88	0,94	0,99	1,04	1,07
Số dược sĩ đại học / 1.000 dân	0,18	0,18	0,19	0,20	0,21

**Bảng 2: Đánh giá nhu cầu nhân lực y tế theo loại cán bộ chuyên môn tới năm 2020 (Nguồn: Cục quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế<sup>6</sup>)**

Loại nhân lực (người)	Năm (*)	Cần có năm 2020 (**)	Chỉ tiêu năm 2020 (***)	Số cần bổ sung
Bác sĩ	44.104	99.351	8	55.245
Điều dưỡng	141.494	225.345	20	83.851
Dược sĩ đại học	16.875	27.762	2	10.887
Kỹ thuật viên	24.076	89.337	8	65.261
Các nhóm chuyên ngành khác	36.114	134.006	12	97.892

(\*): Số liệu kiểm tra bệnh viện năm 2011 - Cục Quản lý Khám, chữa bệnh – Bộ Y tế.

(\*\*): Dựa trên số ước dân số Việt Nam năm 2020 là 97,5 triệu người, mỗi năm nhân lực y tế bị tiêu hao 5% do nghỉ hưu, chuyển công tác.

(\*\*\*): Số cán bộ trên 10.000 dân

bác sĩ không những khó khăn mà còn làm trầm trọng thêm sự mất cân bằng giữa tỉ lệ y, bác sĩ ở nông thôn và thành thị. Bảng 2 và Bảng 3 trình bày đánh giá nhu cầu số nhân lực y tế cần bổ sung của Việt Nam đến năm 2020. Bảng số liệu cho thấy Việt Nam cần bổ sung lực lượng khám, chữa bệnh ở tất cả các loại và đặc biệt là đối với điều dưỡng.

### Phân bố nguồn nhân lực y tế

Công tác chăm sóc sức khỏe người dân tại Việt Nam cũng không đồng đều giữa các vùng, miền. Mật độ nhân lực y tế cao nhất ở vùng Đồng bằng Sông Hồng, thấp nhất ở Đồng bằng Sông Cửu Long và Tây Nguyên (Bảng 3). Theo kết quả Tổng điều tra Cơ sở kinh tế 2012, cả nước có 112 bệnh viện tuyến Trung ương và Bộ/ngành, chiếm hơn 10% số bệnh viện trên toàn quốc, trong đó gần một nửa số bệnh viện đóng tại Hà Nội; tuyến tỉnh thuộc khối hành chính, sự nghiệp gồm 358 bệnh viện (chiếm 34% tổng số), trung bình mỗi tỉnh khoảng 6 bệnh viện. Tuy nhiên số bệnh viện phân bố không đồng đều giữa các vùng, miền và tập trung chủ yếu ở các thành phố lớn, đông dân.

Trong những năm qua, mặc dù mạng lưới cơ sở tuyến huyện và tuyến xã được mở rộng, sự chênh lệch giữa các vùng miền ngày càng được thu nhỏ, cho thấy chính phủ Việt Nam đã quan tâm và đưa ra nhiều chính sách khuyến khích thúc đẩy lực lượng y tế làm

việc ở nông thôn và vùng sâu, vùng xa<sup>16</sup>; song điều kiện cơ sở vật chất và cán bộ y tế phân bố vẫn còn chưa hợp lý giữa các tuyến, chủ yếu dồn ở tuyến trên, thiếu cán bộ y tế giỏi ở cơ sở. Trong khi đó nhu cầu khám chữa bệnh với chất lượng dịch vụ và kỹ thuật cao của người dân ngày càng tăng, điều này đã khiến cho tình trạng quá tải tại các bệnh viện trung ương và các thành phố lớn ngày càng trầm trọng hơn<sup>17</sup>.

### Giáo dục và đào tạo nguồn nhân lực y tế

Theo báo cáo “Tổng quan quốc gia về nhân lực y tế Việt Nam” của WHO (2016,<sup>7</sup>), những thách thức lớn nhất mà các cơ sở đào tạo y tế của nước ta hiện nay đang gặp phải đó là số sinh viên theo học ngày càng tăng và quá đông trong khi chi phí đào tạo được quy định thấp hơn rất nhiều so với các nước ở Đông Nam Á. Học phí sinh viên phải đóng thường rất thấp so với nhu cầu chất lượng đào tạo mong muốn, dẫn đến chi phí đầu tư cho cơ sở vật chất còn thấp, nhiều cơ sở đào tạo thiếu bệnh viện thực hành cho sinh viên. Có thể dẫn chứng theo ý kiến ông Ngô Minh Xuân - hiệu trưởng trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TPHCM mức thu chỉ 14,3 triệu đồng/sinh viên y/năm đối với sinh viên hộ khẩu TPHCM và sinh viên khác là 28,6 triệu đồng như hiện nay, nhà trường đang rất khó khăn. Trường đang phối hợp 62 bệnh viện và trung tâm y tế trên địa bàn thành phố để người học có đủ

**Bảng 3: Đánh giá nhu cầu nhân lực y tế theo vùng kinh tế xã hội tới năm 2020 ( Nguồn: Cục quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế<sup>6</sup>)**

Các vùng kinh tế	Bác sĩ		Điều dưỡng					Dược sỹ đại học		
	Năm 2011	Cán có năm 2020 (**)	Cán bổ sung	Năm 2011	Cán năm 2020 (**)	Cán bổ sung	Năm 2011	Cán năm 2020 (**)	Cán bổ sung	
	Tổng	BS/10.000 dân								
Đồng bằng sông Hồng	10.696	5,3	22.947	12.251	20.387	45.392	25.005	378	4.589	4.211
Trung du và miền núi phía Bắc	6.722	6,0	12.297	6.575	35.465	37.604	2.139	719	2.843	2.124
Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung	8.982	4,7	21.252	12.270	30.712	48.878	18.166	510	4.445	3.935
Tây Nguyên	1.894	3,6	5.595	3.701	8.266	13.429	5.163	117	1.221	1.104
Đông Nam Bộ	8.724	5,9	17.466	8.742	20.310	36.363	16.503	516	3.534	3.018
Đồng bằng sông Cửu Long	7.084	4,1	18.794	11.708	26.354	43.679	17.325	620	4.123	3.503
Tổng số	44.104		99.351	55.247	141.49	225.345	83.851	16.875	27.762	10.887

môi trường thực hành. Thế nhưng, chi phí mà trường chi trả cho các bệnh viện thậm chí “không đủ để sinh viên rửa tay với xà phòng sát khuẩn” chứ chưa nói là sử dụng những thiết bị, dụng cụ khác.

Việc số lượng sinh viên theo học và tốt nghiệp các ngành y dược gia tăng là hợp lý trong điều kiện Việt Nam vẫn còn đang thiếu hụt nhân lực y tế nghiêm trọng. Tuy nhiên, việc phát triển số lượng chưa đi đôi với phát triển chất lượng. Công tác đào tạo cán bộ y tế chủ yếu vẫn dựa trên năng lực và công tác bảo đảm chất lượng của các trường y dược. Chương trình đào tạo chưa được thực hiện hiệu quả do còn hạn chế trong việc hướng dẫn, theo dõi, giám sát và đánh giá chặt chẽ; chương trình đào tạo chưa hội nhập với thế giới cả về cách tiếp cận, phương pháp và nội dung đào tạo.

Quá trình giảng dạy của Việt Nam còn thiên nhiều về lý thuyết, cách giảng dạy vẫn rất truyền thống, nặng tính hàn lâm, thiếu các cơ sở hay bệnh viện thực hành cho sinh viên, trong khi ngành này đòi hỏi kỹ năng thực hành rất cao. Số lượng giảng viên giỏi năng lực chuyên môn còn thiếu. Ngoài các trường công, các cơ sở đào tạo tư nhân đang phát triển mạnh trong những năm qua, tuy nhiên Việt Nam lại chưa có một hệ thống

kiểm định chất lượng rõ ràng cũng như cơ chế đảm bảo chất lượng cho các trường tư còn yếu<sup>7</sup>.

Bảng 4 cho thấy số cơ sở đào tạo đại học từng ngành và phân theo loại sở hữu. Số cơ sở đào tạo khá hạn chế so với lượng sinh viên tốt nghiệp từng ngành ở Bảng 5. Điều này nói lên năng lực đào tạo nhân lực y tế của Việt Nam còn yếu so với yêu cầu của xã hội và đây cũng là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng chuyên môn của sinh viên sau khi ra trường.

### Các khuyến nghị chính sách đối với phát triển nguồn nhân lực y tế của Việt Nam

Từ những phân tích về thực trạng phát triển nguồn nhân lực y tế của Ấn Độ, Trung Quốc, các nước Đông Nam Á và Việt Nam chúng ta có thể thấy các nước này gặp phải một số vấn đề giống nhau trong quá trình phát triển nguồn nhân lực y tế, như thiếu hụt lực lượng khám, chữa bệnh, phân bố nguồn nhân lực không đồng đều và khả năng giáo dục - đào tạo nguồn nhân lực y tế còn hạn chế. Từ phân tích thực trạng trên, có thể đề xuất một số khuyến nghị chính sách nhằm phát triển nguồn nhân lực y tế của Việt Nam trong thời gian tới.



**Bảng 4: Số lượng cơ sở đào tạo nguồn nhân lực y tế theo vùng**

Loại cơ sở đào tạo	Số lượng theo loại hình thức sở hữu*		Tổng
	Công	Tư	
Y	15	2	17
Răng hàm mặt	7	0	7
Y học cổ truyền	1	0	1
Điều dưỡng	15	8	23
Dược	10	7	17
Kỹ thuật y học	9	1	10
Y tế công cộng	7	1	8

Nguồn: Tổng hợp từ Bộ Giáo dục Đào tạo, 2014

\* Chú thích: Một cơ sở đào tạo có thể đào tạo nhiều ngành

**Bảng 5: Số sinh viên tốt nghiệp đại học Y, Dược khoa trong những năm gần đây (Nguồn: Cục Khoa học công nghệ và đào tạo, 2013<sup>18</sup>)**

Trình độ, chuyên ngành	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Đại học hệ chính quy	2.335	2.490	2.685	2.900	3.530	4.330	5.365	5.980
Bác sĩ đa khoa	1.550	1.580	1.730	1.760	2.090	2.240	2.450	2.550
Bác sĩ Y học cổ truyền	90	90	100	140	110	160	400	510
Bác sĩ Răng-Hàm-Mặt	145	150	160	170	230	240	340	360
Bác sĩ Y học dự phòng							50	260
Dược sỹ	410	530	580	690	800	1.080	1.135	1.140
Cử nhân Điều Dưỡng	140	140	115	140	300	610	990	1.160
Cử nhân kỹ thuật y học	135	130	210	200	200	250	450	568
Cử nhân y tế công cộng	165	190	180	270	260	180	230	383
Liên thông	1.660	1.460	1.820	1.745	2.909	2.150	2.378	3.290
Bác sĩ đa khoa	1.400	1.160	1.430	1.235	1.260	1.240	1.250	1.889
Bác sĩ y học cổ truyền	80	90	100	130	280	330	400	454
Bác sĩ y học dự phòng	180	210	290	380	550	580	728	866
Vừa làm vừa học	300	370	730	1.200	1.570	1.800	1.930	2.689
Cử nhân điều dưỡng	195	250	560	930	1.250	1.470	1.530	2.182
Cử nhân kỹ thuật y học	105	120	170	190	180	180	230	308
Cử nhân y tế công cộng				80	140	150	170	199
Đại học bằng 2						47	148	155
Dược sỹ						48	148	155
Tổng	4.925	4.320	5.235	5.845	7.190	8.327	9.821	12.033

Thứ nhất, để giải quyết tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế, ngoài việc tăng cường tuyển sinh và đào tạo các sinh viên y khoa như các nước đã và đang làm, Việt Nam phải loại bỏ quan điểm cho rằng chỉ bác sĩ chuyên khoa mới được cung cấp các dịch vụ y tế chính. Các nhân viên y tế khác, chẳng hạn như bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng hay các bác sĩ được đào tạo về y học cổ truyền cũng có thể cung cấp các dịch vụ khám sức khỏe cơ bản nếu được đào tạo thích hợp. Hơn nữa, những nhân viên y tế này, có nhiều khả năng làm việc ở vùng nông thôn trong khu vực công hơn là các bác sĩ chuyên khoa. Việt Nam hiện vẫn chưa có loại hình Paramedic (chuyên viên cấp cứu ngoài bệnh viện, trong khi rất khó tuyển bác sĩ về công tác trong lĩnh vực này). Do đó, Việt Nam cần ưu tiên tăng cường mở các khóa tập huấn, đào tạo thêm các kỹ năng chăm sóc sức khỏe cơ bản cho các bác sĩ gia đình, bác sĩ đa khoa, điều dưỡng viên và các bác sĩ y học cổ truyền để họ có thể cung cấp các dịch vụ khám lâm sàng, đặc biệt là ở các tỉnh miền núi, những vùng sâu, vùng xa, nơi thiếu hụt nhân lực y tế hơn cả.

Thứ hai, để giải quyết sự mất cân bằng trong phân bố nguồn lực y tế, Việt Nam cần đưa ra các chính sách khuyến khích cụ thể của tỉnh hoặc nhà nước nhằm tạo động lực cho các y, bác sĩ tình nguyện làm việc ở các trạm y tế nông thôn. Ví dụ, các gói khuyến khích tiền tệ và phi tiền tệ như tăng lương, các suất học bổng sau đại học khi họ kết thúc nhiệm vụ ở các vùng sâu, vùng xa, hay một hệ thống chuyển giao theo lịch trình để các nhân viên y tế chỉ phải làm việc ở khu vực nông thôn trong một thời gian nhất định có thể giúp lực lượng y tế tình nguyện hơn khi phải làm việc ở vùng sâu vùng xa. Đặc biệt, để giải quyết cuộc khủng hoảng về phân bố nguồn lực y tế, thiết nghĩ Bộ Y tế nên tập trung tuyển dụng các sinh viên từ các ngành còn thiếu, mở các lớp đào tạo ngay tại chính quê hương của họ, tạo cơ hội cho họ làm việc ngay tại địa phương ngay sau khi tốt nghiệp.

Thứ ba, phát triển nguồn nhân lực y tế về số lượng phải đi đôi với chất lượng. Có thể nhận thấy chương trình đào tạo nguồn nhân lực y tế còn lạc hậu nhất là bác sĩ đa khoa, chưa chú trọng đào tạo theo năng lực (đầu ra). Các trường, cơ sở đào tạo y, bác sĩ cần được xây thêm, đặc biệt là ở các tỉnh mà các cơ sở này còn ít; các cơ sở hiện có cũng cần phải được tăng cường đầu tư cả về cơ sở vật chất và chất lượng giảng dạy. Việc cung cấp các khóa học chuyên nghiệp để củng cố các kỹ năng lâm sàng của điều dưỡng sẽ cho phép họ cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản đồng thời tăng trình độ chuyên môn của họ. Để tăng cường nghiệp vụ điều dưỡng, môi trường làm việc của họ cần phải được cải thiện. Không chỉ vậy, các điều dưỡng và bác

sĩ cần được trao thêm thẩm quyền và tiếng nói trong quá trình quyết định các vấn đề liên quan đến y tế của địa phương mình và Nhà nước, vì chính họ là những người trực tiếp tiếp xúc và hiểu được tình hình sức khỏe, điều kiện y tế, và những vấn đề còn tồn đọng nơi họ đang làm việc. Giáo dục và đào tạo nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ và điều dưỡng, cần được định hướng theo nhu cầu sức khỏe của người dân, đặc biệt là các khu vực và nhóm người dân ít được quan tâm. Chính phủ, Bộ Giáo dục đào tạo và các tổ chức đào tạo y tế cần có sự tương tác chặt chẽ để hiểu được nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân, từ đó để ra các chương trình giảng dạy phù hợp hơn, tránh tình trạng đào tạo dư thừa ở ngành này và thiếu hụt ở ngành khác.

Ngoài ra, từ những dữ liệu y tế ở phần thực trạng cho thấy, hầu hết các nước đang phát triển cũng như Việt Nam đang gặp khó khăn trong việc tiếp cận thông tin. Các số liệu trong bài nghiên cứu này đều được lấy từ những bài nghiên cứu, báo cáo và các nguồn tin chính thống, tuy nhiên hầu hết các dữ liệu chỉ được cập nhật đến năm 2013-2014. Điều này cho thấy điểm yếu trong lưu trữ dữ liệu trong ngành y tế của Việt Nam. Các thông tin, số liệu còn hạn chế, thiếu chính xác và không được cập nhật thường xuyên. Nói cách khác, các con số không được bổ sung kịp thời phản ánh Việt Nam vẫn chưa áp dụng công nghệ thông tin một cách rộng rãi để thu thập và quản lý thông tin nguồn nhân lực y tế. Dữ liệu về nguồn nhân lực y tế thiếu các chỉ số cần thiết cho nhu cầu lập kế hoạch cũng như hoạch định các chính sách về sử dụng và phát triển nguồn nhân lực y tế. Vì vậy, Việt Nam cần xem xét có một hệ thống thông tin về nguồn nhân lực riêng biệt để cung cấp thông tin toàn diện, đáng tin cậy và cập nhật về tất cả các nhân viên y tế, số lượng, trình độ, phân loại nhân viên y tế, sự dịch chuyển của các y, bác sĩ; năng lực của nhân viên y tế trong các cơ sở y tế công và tư,... Những thông tin này rất cần thiết khi Việt Nam bắt đầu lên kế hoạch một cách hệ thống để giải quyết các lỗ hổng lớn về nguồn nhân lực y tế.

## **KẾT LUẬN**

Trên cơ sở khái quát hóa lý luận và cách tiếp cận khác nhau của nhiều tác giả, bài báo này đã làm rõ các khái niệm có liên quan xuyên suốt để tài bao gồm: nguồn nhân lực, nguồn nhân lực y tế, phát triển nguồn nhân lực y tế, các đặc điểm nguồn nhân lực y tế. Bài viết còn đưa ra các tiêu chí đánh giá nguồn nhân lực y tế cả về mặt số lượng và chất lượng. Từ đó nêu ra các vai trò của nguồn nhân lực y tế trong quá trình thực hiện công nghiệp hóa và phát triển kinh tế, xã hội. Ngoài ra, tác giả còn đề cập đến tình hình phát triển nhân lực y tế một số nước đang phát triển trên thế giới và

Việt Nam để từ đó so sánh, tìm ra những điểm chung mà các nước cùng gặp phải trong quá trình phát triển nguồn nhân lực y tế. Tác giả cũng đưa ra một vài đề xuất để Việt Nam có thể làm tốt hơn trong việc phát triển nguồn nhân lực y tế trong tương lai./.

## XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tác giả xin cam đoan rằng không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong công bố bài báo.

## ĐÓNG GÓP CỦA TÁC GIẢ

Toàn bộ nội dung bài viết do tác giả thực hiện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen L, Evans T, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*. 2004;364(9449):1984–1990. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17482-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5).
2. Girma S, et al. Human resource development for health in Ethiopia: challenges of achieving the millennium development goals. *The Ethiopian Journal of Health Development (EJHD)*. 2007;21(3). Available from: <https://doi.org/10.4314/ejhd.v21i3.10052>.
3. Rao GN. Human resource development. *Community eye health*. 2000;13(35):42.
4. Vũ NT. Nguồn nhân lực y tế tỉnh Đắk Lắk. Luận án Tiến sỹ, Học viện chính trị Quốc gia TP HCM. 2015;.
5. World Health Organization. Human resources for health country profiles: Viet Nam. 2016;.
6. Bộ Y Tế. Niên giám Thống kê y tế. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2013a;.
7. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016;.
8. Bộ Y Tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế “Nhân lực y tế ở Việt Nam”. 2009;.
9. Rao KD. India’s health workforce: size, composition and distribution. *India health beat*. 2009;1(3):1–4.
10. Rao M, et al. Human resources for health in India. *The Lancet*. 2011;377(9765):587–598. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61888-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61888-0).
11. Anand S, et al. China’s human resources for health: quantity, quality, and distribution. *The Lancet*. 2008;372(9651):1774–1781. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61363-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61363-X).
12. Kanchanachitra C, et al. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *The Lancet*. 2011;377(9767):769–781. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62035-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62035-1).
13. Heywood PF, Harahap NP. Human resources for health at the district level in Indonesia: the smoke and mirrors of decentralization. *Human Resources for Health*. 2009;7(1):6. PMID: 19192269. Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-6>.
14. Prakongsai P, et al. Dual practice among public medical doctors in Thailand. Report to the Health Economics and Financing Programme. The Health Economics and Financing Programme. London: The London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2003;.
15. World Health Organization. World Health Statistics 2020. Monitoring Health for the SDGs (Sustainable Development Goals). 2020;.
16. Bộ Y Tế. Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/7/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015 - 2020. Hà Nội. 2015b;.
17. Bộ Y Tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. 2015;.
18. Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo. Số liệu tổng hợp về đào tạo nhân lực của các trường năm 2013. Hà Nội: Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo. 2013;.

# Human resources development in Vietnam's health sector

Pham Ngoc Nam\*



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

## ABSTRACT

This paper addresses issues related to health, health care, human resources in the health sector, characteristics of human resources for health, the need to develop a health workforce, analyzing criteria for evaluating human resources for health in terms of both quantity and quality; the position and role of human resources in the health sector, the development of human resources in the health sector under the process of industrialization, modernization of Vietnam in the current period, achievements and limitations in human resources development in Vietnam's health care sector. In addition, the study also highlights statistics, some works and reports on health, human resources for health, contents of health human resources development; allocation of health human resources, education and training of health human resources in the country and some developed countries such as India, China, and the situation of domestic and international health human resources to draw some recommendations for the development of health human resources in Vietnam afterwards.

**Key words:** Health human resources, Health human resources development, Health in VietNam

---

Health Department of Ho Chi Minh City, Vietnam

## Correspondence

**Pham Ngoc Nam**, Health Department of Ho Chi Minh City, Vietnam

Email: phamnamsyt@gmail.com

## History

- Received: 12-01-2021
- Accepted: 12-5-2021
- Published: 19-5-2021

DOI : 10.32508/stdjelm.v5i2.753



## Copyright

© VNU-HCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



**Cite this article :** Nam P N. **Human resources development in Vietnam's health sector.** *Sci. Tech. Dev. J. - Eco. Law Manag.*; 5(2):1549-1560.