BỘ Y TẾ

**CỤC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS**

**BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**THỰC TRẠNG NHÂN LỰC VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO**

**CHO CÁN BỘ ĐANG CÔNG TÁC TRONG HỆ THỐNG**

**PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS TẠI 10 TỈNH**

Chủ nhiệm đề tài: TS. Phan Thị Thu Hương

Cơ quan chủ trì đề tài: Cục Phòng chống HIV/AIDS

Cơ quan quản lý đề tài: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

**HÀ NỘI, NĂM 2014**

BỘ Y TẾ

**CỤC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS**

**BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**Tên đề tài:**

**THỰC TRẠNG NHÂN LỰC VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO**

**CHO CÁN BỘ ĐANG CÔNG TÁC TRONG HỆ THỐNG**

**PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS TẠI 10 TỈNH**

Chủ nhiệm đề tài: TS. Phan Thị Thu Hương

Cơ quan chủ trì đề tài: Cục Phòng chống HIV/AIDS

Cơ quan quản lý đề tài: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Thời gian thực hiện: Từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014

Tổng kinh phí thực hiện đề tài: 630.000.000 VNĐ

Nguồn kinh phí: Dự án Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hang thế giới tài trợ

Trong đó: kinh phí SNKH: 0 VNĐ

|  |  |
| --- | --- |
| **Thủ trưởng**  **Cơ quan thực hiện đề tài**  (Họ tên, chữ ký và đóng dấu) | **Chủ nhiệm đề tài**  (Họ tên và chữ ký)  **Phan Thị Thu Hương** |
| *…………….., ngày tháng năm 2014*  **CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS** | |

**BÁO CÁO**

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

1. **Tên đề tài:**"Thực trạng nhân lực và nhu cầu đào tạo cho cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tại 10 tỉnh"
2. **Chủ nhiệm đề tài:** TS. Phan Thị Thu Hương – Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế
3. **Cơ quan thực hiện:** Cục Phòng, chống HIV/AIDS
4. **Cơ quan quản lý đề tài:** Cục Phòng, chống HIV/AIDS
5. **Danh sách những người thực hiện chính:**

* TS. Trần Văn Sơn – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
* ThS. Cao Thị Huệ Chi – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
* ThS. Đỗ Hữu Thủy – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
* ThS. Nguyễn Văn Hùng – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
* ThS. Lê Thanh Hồng – Cục Phòng chống HIV/AIDS
* CN. Trần Minh Hoàng – Cục Phòng, chống HIV/AIDS
* BS. Đặng Đình Phúc – Cục Phòng chống HIV/AIDS
* TS. Nguyễn Văn Huy – Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng
* ThS. Nguyễn Hữu Thắng – Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng
* ThS. Ngô Trí Tuấn – Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng

1. **Các đề tài nhánh của đề tài:** không có
2. **Thời gian thực hiện đề tài:**Từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014

**MỤC LỤC**

[DANH MỤC BẢNG 6](#_Toc402696444)

[DANH MỤC BIỂU ĐỒ 7](#_Toc402696445)

[DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT 8](#_Toc402696446)

[ĐẶT VẤN ĐỀ 9](#_Toc402696447)

[CHƯƠNG 1](#_Toc402696448): [TỔNG QUAN TÀI LIỆU 11](#_Toc402696449)

[1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam 11](#_Toc402696450)

[1.2. Thực trạng nhân lực ngành y tế Việt Nam và Y tế dự phòng 12](#_Toc402696451)

[1.2.1. Tình hình chung của nhân lực y tế ở Việt Nam 12](#_Toc402696452)

[1.2.2. Nhân lực y tế dự phòng 14](#_Toc402696453)

[1.3. Thực trạng nhân lực và công tác đào tạo nhân lực PC HIV/AIDS 16](#_Toc402696454)

[1.3.1. Thực trạng nhân lực 16](#_Toc402696455)

[1.3.2. Thực trạng công tác đào tạo 18](#_Toc402696456)

[CHƯƠNG 2](#_Toc402696457): [ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 20](#_Toc402696458)

[2.1. Thiết kế nghiên cứu 20](#_Toc402696459)

[2.2. Thời gian thực hiện 20](#_Toc402696460)

[2.3. Địa điểm, đối tượng và mẫu nghiên cứu 20](#_Toc402696461)

[2.3.1. Nghiên cứu định lượng 20](#_Toc402696462)

[2.3.2. Nghiên cứu định tính 22](#_Toc402696497)

[2.4. Phân tích và xử lý số liệu 23](#_Toc402696529)

[2.4.1. Xử lý số liệu định tính 23](#_Toc402696530)

[2.4.2. Xử lý số liệu định lượng 24](#_Toc402696531)

[2.5. Sai số và cách khắc phục 24](#_Toc402696539)

[2.5.1. Sai số có thể gặp trong quá trình nghiên cứu 24](#_Toc402696540)

[2.5.2. Cách khắc phục sai số 24](#_Toc402696546)

[2.6. Đạo đức nghiên cứu 25](#_Toc402696552)

[CHƯƠNG 3](#_Toc402696558): [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 26](#_Toc402696559)

[3.1. Thực trạng nhân lực của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS địa phương 26](#_Toc402696560)

[3.1.1. Thông tin chung về cán bộ 26](#_Toc402696561)

[3.1.2. Thực trạng nhân lực 27](#_Toc402696562)

[3.2. Nhu cầu đào tạo của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS địa phương 31](#_Toc402696568)

[3.2.1. Thực trạng công tác đào tạo giai đoạn 2008 - 2013 31](#_Toc402696569)

[3.2.2. Nhu cầu đào tạo 33](#_Toc402696571)

[CHƯƠNG 4](#_Toc402696572): [BÀN LUẬN 35](#_Toc402696573)

[4.1. Thực trạng nhân lực 35](#_Toc402696574)

[4.2. Nhu cầu đào tạo 38](#_Toc402696575)

[KẾT LUẬN 42](#_Toc402696576)

[1. Thực trạng nhân lực 42](#_Toc402696577)

[2. Nhu cầu đào tạo 42](#_Toc402696578)

[KHUYẾN NGHỊ 44](#_Toc402696579)

# DANH MỤC BẢNG

[Bảng 3.1. Thông tin chung về cán bộ 26](#_Toc402697008)

[**Bảng 3.2.** Phân bố nhân viên y tế theo tuyến và khoa, phòng công tác 27](#_Toc402697011)

[**Bảng 3.3.** Trình độ chuyên môn, nghiệp vụ 28](#_Toc402697015)

[**Bảng 3.4.** Thâm niên công tác 28](#_Toc402697017)

[**Bảng 3.5:** Vị trí công việc và phân loại nhân viên 29](#_Toc402697018)

[**Bảng 3.6.** Số lần tập huấn từ năm 2008-2013 theo tuyến 31](#_Toc402697025)

[**Bảng 3.7.** Nhu cầu đào tạo ở tuyến tỉnh 33](#_Toc402697028)

[**Bảng 3.8.** Nhu cầu đào tạo ở tuyến huyện 34](#_Toc402697029)

# DANH MỤC BIỂU ĐỒ

[Biểu đồ 3.1. Xu hướng nhân lực dài hạn 5 năm gần đây 30](#_Toc402697371)

[**Biểu đồ 3.2.** Xu hướng nhân lực ngắn hạn 5 năm gần đây 30](#_Toc402697372)

[**Biểu đồ 3.3.** Tình hình tập huấn/ đào tạo 31](#_Toc402697376)

[**Biều đồ 3.4.** Chủ đề tập huấn theo tuyến 31](#_Toc402697377)

[**Biểu đồ 3.5.** Nhận xét chung về đào tạo trước đây 33](#_Toc402697378)

# DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

|  |  |
| --- | --- |
| AIDS | Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người  (Acquired Immune-Deficiency Symptom) |
| ARV | Thuốc điều trị kháng virut HIV |
| BYT | Bộ Y tế |
| CB | Cán bộ |
| CDC | Trung tâm Kiểm soát Bệnh Hoa kỳ |
| ĐH | Đại học |
| HIV | Virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch  (Human Immune-Deficiency Virus) |
| MMT | Liệu pháp điều trị thay thế bằng Methadone |
| OPC | Phòng khám ngoại trú |
| PAC | Trung tâm Phòng, Chống HIV/AIDS tỉnh |
| PC | Phòng chống |
| PVS | Phỏng vấn sâu |
| SĐH | Sau đại học |
| STD/STI | Các nhiễm trùng lây qua đường tình dục |
| SYT | Sở Y tế |
| TLN | Thảo luận nhóm |
| TTYT | Trung tâm y tế |
| VAAC | Cục Phòng, chống HIV/AIDS |
| VCT | Tư vấn và xét nghiệm tự nguyên |
| YHDP | Y học dự phòng |

# ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, công tác phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng kể. Số người nhiễm mới HIV, số người chuyển sang giai đoạn AIDS và số người tử vong do AIDS đã giảm. Về cơ bản, Việt Nam đã kiềm chế được tốc độ gia tăng của đại dịch, khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dưới 0,3%, hoàn thành mục tiêu đề ra trong Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 [1].

Tuy nhiên, công tác phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta vẫn đang phải đương đầu với nhiều thách thức lớn. Dịch HIV/AIDS tuy có dấu hiệu suy giảm nhưng vẫn chưa được khống chế hoàn toàn và vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ có thể gây bùng nổ trở lại. Sự quan tâm của các cấp, các ngành và của một bộ phận dân cư ở một số địa phương vẫn còn ở mức độ thấp. Năng lực của hệ thống phòng chống HIV/AIDS bao gồm năng lực quản lý, tổ chức, điều hành và phân tích chính sách; năng lực chuyên môn, nghiệp vụ của cán bộ chuyên trách phòng, chống HIV/AIDS ở các cấp…) vẫn chưa đáp ứng yêu cầu.

Công tác phòng, chống HIV/AIDS, Việt Nam đã nhận được sự quan tâm, hỗ trợ của nhiều tổ chức quốc tế như ngân hàng thế giới (WB), UNAIDS, USAIDS, PEPFAR, quỹ Toàn cầu…Sự hỗ trợ này đã giúp Việt Nam đảm bảo đủ nguồn lực- điều kiện tiên quyết cho sự thành công và phát triển bền vững của chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Tuy nhiên, suy thoái kinh tế toàn cầu đã và đang gây nhiều khó khăn cho Chính phủ trong việc phân bổ nguồn ngân sách cho các vấn đề xã hội nói chung và y tế nói riêng. Thêm vào đó, các nguồn tài trợ nước ngoài cho chương trình phòng chống HIV/AIDS ngày càng hạn chế kể từ khi Việt Nam trở thành quốc gia có thu nhập trung bình thấp.

Khi các nguồn tài trợ giảm dần thì việc phát huy nội lực là hết sức cần thiết. Nguồn lực tiềm tàng và có khả năng phát triển nhất là nhân lực. Tuy nhiên, khó khăn lớn nhất trong công tác phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta hiện nay là sự thiếu hụt nhân lực y tế cả về chất lượng và số lượng. Hiện tại, chưa có một báo cáo chính xác và đầy đủ về thực trạng nhân lực phòng, chống HIV/AIDS trên cả nước. Một số nghiên cứu và báo cáo gần đây cũng phản ảnh được một số nét chung về thực trạng nguồn nhân lực này. Do lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS mang nhiều yếu tố nghề nghiệp đặc thù và nhiều yếu tố khác nên việc tuyển dụng cán bộ, nhân viên cho công tác phòng chống HIV/AIDS còn gặp nhiều khó khăn. Trong khi đó, một số cán bộ có chuyên môn và có kinh nghiệm lại làm việc ở những lĩnh vực khác hoặc làm công việc khác. Theo một cuộc điều tra nhanh của Cục Phòng, chống HIV/AIDS vào tháng 5 năm 2011, tổng số cán bộ nhà nước tại các trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh chỉ đạt mức 65% so với chỉ tiêu cán bộ nêu trong Thông thư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5/6/2007 của bộ Y tế và bộ Nội vụ. Thêm vào đó là sự bất hợp lý trong cơ cấu cán bộ, chỉ khoảng 25% có trình độ bác sĩ, trong khi số cán bộ có trình độ trung cấp và sơ cấp chiếm 37%. Hơn nữa, một số cán bộ có trình độ không phù hợp với công việc hiện tại dẫn đến chất lượng công việc không cao. Vì vậy, nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ trong hệ thống phòng chống HIV/AIDS là cần thiết.

Đảm bảo đủ số lượng và chất lượng nhân lực là một trong những yếu tố quan trọng hàng đầu để duy trì những kết quả đạt được trong công tác phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam. Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực và nhu cầu đào tạo của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng chống HIV/AIDS hiện nay là cần thiết để thu thập những bằng chứng thực tế cho việc xây dựng kế hoạch phát triển nguồn nhân lực phòng, chống HIV/AIDS trong những năm tới.

**Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Mô tả thực trạng nhân lực của hệ thống phòng chống HIV/AIDS tại 10 tỉnh, thành phố, giai đoạn 2008 - 2013.

2. Xác định nhu cầu đào tạo của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tại 10 tỉnh, thành phố năm 2014.

# CHƯƠNG 1

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

## **1.1. Tình hình dịch HIV/AIDS trên thế giới và Việt Nam**

Theo ước tính của Chương trình phối hợp liên hợp quốc về phòng chống HIV/AIDS và Tổ chức Y tế thế giới, tính đến cuối năm 2010, toàn thế giới có khoảng 34 triệu người đang chung sống với HIV/AIDS và có gần 30 triệu người đã tử vong do các bệnh liên quan đến HIV/AIDS. Chỉ tính trong năm 2010, nhân loại phải “nhận thêm” 2,7 triệu người mới nhiễm HIV dao động từ 2,4 đến 2,9 triệu). Ước tính mỗi ngày có khoảng 7.000 trường hợp nhiễm mới HIV, đa số ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tới nay đại dịch HIV/AIDS vẫn chưa có dấu hiệu thuyên giảm, số người nhiễm HIV và số người tử vong do HIV/AIDS ngày càng cao, tập trung ở các nước đang phát triển, đã và đang ảnh hưởng không nhỏ tới đời sống kinh tế, chính trị văn xã hội của các quốc gia này [2].

Ngày 20/11/2012, Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS đã công bố “Báo cáo toàn cầu về HIV/AIDS năm 2012”, trong đó nêu rõ tình hình dịch và đáp ứng với HIV/AIDS trên phạm vi toàn cầu đến hết năm 2011. Theo Báo cáo này, trong năm 2011, năm thứ 31 của cuộc chiến chống HIV/AIDS nhân loại vẫn phải “nhận” thêm 2,5 triệu người mới nhiễm HIV dao động từ 2,2 triệu – 2,8 triệu) và 1,7 triệu người dao động từ 1,5 triệu – 1,9 triệu) tử vong do các bệnh liên quan đến AIDS. Số người nhiễm HIV/AIDS hiện đang còn sống trên hành tinh này là 34 triệu dao động từ 31,4 triệu – 35,9 triệu). Trong 34 triệu người nhiễm HIV/AIDS đang còn sống có khoảng một nửa (17 triệu người) không biết về tình trạng nhiễm vi rút này của mình. Điều này hạn chế khả năng của họ tiếp cận được các dịch vụ dự phòng và chăm sóc, và do đó làm tăng khả năng lây truyền HIV từ họ ra cộng đồng. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS trên thế giới đến cuối năm 2011 vào khoảng 0,8% số người lớn ở độ tuổi 15-49.

Ở Việt Nam, tính đến hết năm 2012, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 210.703, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 61.669 và 63.372 trường hợp tử vong do AIDS. Theo số liệu thống kê của cục AIDS, tất cả 63 tỉnh/thành phố, 97,53% số huyện và 70,51% số xã báo cáo có các trường hợp nhiễm HIV/AIDS. Dịch HIV/AIDS ở Việt Nam đang có xu hướng tập trung ở độ tuổi trẻ, chủ yếu là nam giới, hình thái lây truyền chủ yếu là nghiện chích ma túy, chiếm từ 50 – 60% các trường hợp nhiễm qua các năm. Tỷ lệ này không có xu hướng giảm mà trái lại đang có xu hướng tăng [3].

Ước tính đến năm 2015 có khoảng 263.317 người nhiễm HIV, chiếm khoảng 0,29% dân số. Dự báo lây nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao vẫn chiếm tỷ lệ lớn trong số người nhiễm HIV ở Việt Nam trong 10 năm tới. Nhu cầu bệnh nhân điều trị ARV ở người lớn đến năm 2015 sẽ là trên 140 ngàn người [4]. Nhu cầu điều trị dự phòng HIV từ mẹ sang con đến năm 2015 là 50.000 người. Dịch vụ dự phòng lây truyền HIV cần mở rộng và nâng cao chất lượng nhằm phát hiện sớm và điều trị dự phòng sớm cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS.

Như vậy, ở Việt Nam, đại dịch HIV/AIDS đã trở thành một thách thức lớn đối với sự phát triển kinh tế xã hội, giá trị văn hóa và truyền thống quốc gia, đặc biệt là sức khỏe và tính mạng của con người.

## **1.2. Thực trạng nhân lực ngành y tế Việt Nam và Y tế dự phòng**

### 1.2.1. Tình hình chung của nhân lực y tế ở Việt Nam

Theo Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020 [4], tính đến cuối năm 2010, tổng số CBYT của nước ta là 344.876 người, trong đó có 62.555 bác sỹ kể cả Ths, TS.), 7.876 dược sỹ kể cả Ths, TS), số còn lại là y sỹ, dược sỹ trung cấp, y tá, dược tá, lương y, xét nghiệm viên, kỹ thuật viên y, kỹ thuật viên dược. Năm 2010 số bác sỹ/10.000 dân là 7,2; số y, bác sỹ/10.000 dân là 13,42. Trung bình một bác sỹ phục vụ 1.390 người dân, một y bác sỹ phục vụ 745 người dân. Số CBYT/10.000 dân đã tăng lên trong những năm qua, từ 29,2 năm 2001 lên 35,1 năm 2010, được xếp vào nhóm những nước có tỷ lệ này cao. Khoảng 80% số thôn bản đã có nhân viên y tế hoạt động, 67,8% số xã có bác sỹ kể cả bác sỹ tăng cường và biên chế chính thức). So với các nước trong khu vực, Việt Nam có số CBYT/10.000 dân thấp hơn Thái Lan, Singapor, Malaixia, Philipin và tương đương với Indonexia. Đến năm 2015, tổng số CBYT là khoảng 385.000 người, trung bình 10.000 dân có khoảng 41 CBYT, trong đó có 8 bác sỹ, 2 dược sỹ đại học. Đến năm 2020, có khoảng 500.000 CBYT, trung bình 10.000 dân có 52 CBYT, trong đó có 10 bác sỹ và 2,5 dược sỹ đại học .

Nghị định 41/2012/NĐ - CP ban hành 8/5/2012 quy định về vị trí việc làm trong các cơ sở công lập, theo đó các cơ sở công lập (trong đó áp dụng cho cả các cơ sở của hệ thống y tế và hệ thống phòng chống HIV/AIDS) cần quản lý nhân lực theo vị trí việc làm. Theo Nghị định này, vị trí việc làm và số lượng biên chế/nhân sự tương ứng dựa vào Chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và phạm vi hoạt động của đơn vị sự nghiệp công lập; và tính chất, đặc điểm, phạm vi, quy mô, mức độ phức tạp của công việc. Các cơ sở công lập có thể tự chủ về cơ cấu và số lượng nhân lực. Ngày 18/12/2012 thông tư số 14/2012/TT-BNV ra đời hướng dẫn thực hiện Nghị định 41/2012/NĐ-CP, tuy nhiên cho đến nay, phần lớn các cơ sở công lập nói chung và cơ sở y tế nói riêng chưa xây dựng được đề án về vị trí việc làm, do chưa nắm được quy trình các bước thực hiện, kỹ năng phân tích vị trí công việc, kỹ năng viết bản mô tả vị trí công việc, kỹ năng đánh giá thực hiện công việc của cán bộ, hay kỹ năng lập kế hoạch chiến lược nhân lực cho đơn vị còn rất hạn chế.

Để đạt được những thành tựu nói trên cũng như các chỉ tiêu đến năm 2015 và 2020, việc đào tạo nhân lực y tế của nước ta đã và sẽ cần có nhiều đổi mới, từng bước phù hợp với xu hướng chung của thế giới mà đại diện là WHO. Từ giữa những năm 80 của thế kỷ trước, với sự hỗ trợ hiệu quả của WHO, các phương pháp dạy và học mới, tích cực đã được thực hiện ở các trường đại học y, dược, các trường cao đẳng và trung học y tế trong cả nước. Các chương trình đào tạo cũng có nhiều đổi mới để đáp ứng nhu cầu phát triển của ngành và nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe ngày càng cao hơn của nhân dân ta. Việt Nam tiếp tục hưởng ứng kêu gọi của WHO ngày 3/1/2011 về đổi mới tiến trình đào tạo và huấn luyện bác sĩ, NVYT với lý do: Thế giới không thể thắng trong cuộc chiến chống bệnh tật thế kỉ 21 nếu những người lính tiên phong trên trận tuyến này chỉ được đào tạo và huấn luyện cho các nhu cầu y tế của thế kỉ 20 [[20](#_ENREF_10)].

Cùng với những đổi mới về phương pháp, chương trình đào tạo, Bộ Y tế đã thực hiện nhiều chính sách, biện pháp nhằm tăng cường nguồn nhân lực y tế cho các khu vực có nhiều khó khăn thông qua hình thức đào tạo theo địa chỉ, thực hiện chế độ cử tuyển hoặc triển khai các dự án đào tạo riêng cho một số khu vực. Hàng nghìn sinh viên đã được tuyển, đã và đang học tại các trường đại học y, dược; không ít trong số sinh viên này là người dân tộc ít người [21], [22]. Đây sẽ là sự bổ sung đáng kể trong những năm tới cho các khu vực khó khăn, hiện đang thiếu NLYT trầm trọng.

Mặc dù ngành Y tế đã có nhiều chính sách, biện pháp và hoạt động nhằm phát triển nguồn nhân lực y tế, nhưng vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu cả về số lượng và chất lượng. Tuy số CBYT hàng năm tăng khá rõ ràng, nhưng vẫn không theo kịp mức tăng dân số; vì vậy, số CBYT/10.000 dân vào năm 2010 vẫn thấp hơn khá nhiều so với gần 15 năm trước 35,1 năm 2010 so với 43,1 năm 1986). Nhân lực y tế nói chung vẫn đang thiếu về số lượng, mặc dù số bác sỹ và dược sỹ đại học tính theo 10.000 dân tăng liên tục từ 1986 đến nay. Một vấn đề đáng quan tâm nữa là nhân lực y tế hiện đang mất cân đối về cơ cấu và phân bố không đều, thiếu nhân lực ở một số chuyên ngành như y tế dự phòng, giải phẫu bệnh, tâm thần, lao…) và ở các vùng khó khăn. Những khu vực kinh tế kém phát triển hơn như miền núi, vùng dân tộc ít người, nông thôn thường thiếu cán bộ y tế hơn các vùng khác, chất lượng nhân lực y tế ở các khu vực này cũng không bằng so với các khu vực kinh tế phát triển hơn, trong khi nhu cầu chăm sóc sức khoẻ ở đây cao hơn. Nhân lực y tế có trình độ cao chủ yếu tập trung ở khu vực thành thị và các trung tâm lớn. Tình trạng dịch chuyển nhân lực y tế từ tuyến dưới lên tuyến trên, về các thành phố lớn là đáng báo động, ảnh hưởng đến việc đảm bảo số lượng nhân lực y tế cần thiết ở nông thôn, miền núi và tuyến cơ sở. Các tỉnh miền núi, Tây Nguyên, một số tỉnh đồng bằng sông Cửu Long thiếu cán bộ kỹ thuật chuyên môn giỏi. Nguồn đào tạo bổ sung thay thế chưa đáp ứng nhu cầu.

### 1.2.2. Nhân lực y tế dự phòng

Y tế dự phòng ở nước ta đã đạt nhiều thành tựu quan trọng, góp phần thay đổi mô hình bệnh tật, bảo vệ hàng chục triệu người khỏi các bệnh dịch nguy hiểm. Tuy nhiên, công tác YTDP vẫn còn có nhiều khó khăn, đặc biệt về nhân lực. Nhân lực YTDP còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, số cán bộ được đào tạo chuyên YTDP còn ít; tuyến Trung ương mới đáp ứng được 77% nhu cầu, tuyến tỉnh đáp ứng được 54% nhu cầu, tuyến huyện đáp ứng 41,6% nhu cầu [15].

Sự mất cân đối về cơ cấu và phân bố không đều NLYT thể hiện rất rõ trong lĩnh vực YTDP. Tỷ lệ nhân lực YTDP trong tổng số NLYT rất thấp, đặc biệt ở các khu vực phát triển, nơi có nhiều bệnh viện lớn. Số cán bộ điều trị nhiều gấp sáu lần cán bộ hệ dự phòng, đây là điều bất hợp lý với phương châm “xây dựng nền y tế hiện đại theo định hướng y học dự phòng” của nước ta. Theo số liệu báo cáo của Bộ y tế năm 2007, ở tuyến tỉnh có 81,8% nhân lực thuộc hệ điều trị, khoảng 13% thuộc hệ dự phòng. Vùng Đông Nam Bộ có tỷ lệ cán bộ điều trị là cao nhất 89,5%) trong khi tỷ lệ cán bộ dự phòng thấp nhất trong cả nước 7,1%). Tỷ lệ cán bộ dự phòng cao nhất là ở các vùng Tây Bắc 28%) và Bắc Trung Bộ 13,3%) [23]. Theo một nghiên cứu gần đây năm 2012), nhân lực YTDP chỉ chiếm 15% tổng nhân lực của ngành y tế trong khi Quốc hội đã phê duyệt mục tiêu là nhân lực YTDP phải chiếm 30% [[2](#_ENREF_12)4].

Nguồn NLYT dự phòng tại tuyến huyện cũng thiếu hụt nghiêm trọng cả về số lượng và trình độ chuyên môn. Số cán bộ y tế dự phòng chỉ bằng 1/2 so với nhu cầu. Một cuộc điều tra 60 TTYT dự phòng quận/huyện đại diện trên cả nước vào năm 2006 cho thấy chỉ có 26,7% số TTYT quận/huyện có đủ tỷ lệ bác sỹ theo định biên. So với định biên, số biên chế trong hệ dự phòng tại các TTYT quận/huyện còn thiếu như sau: 1,7% số huyện thiếu trên 30 người, 10% số huyện thiếu từ 21 – 30 người, 23,3% số huyện thiếu 11 – 20 người, 51,7% số huyện thiếu từ 1- 10 người. Chỉ có 3,3% số huyện có đủ định biên. Nếu mỗi quận/huyện chỉ cần thêm 5 nhân viên y tế thì tất cả 682 quận/huyện và tương đương trong cả nước thiếu 3.410 người, một số lượng rất lớn. Theo quy hoạch của Bộ Y tế thì đến năm 2015 cần bổ sung 15.979 người cho tuyến tỉnh và tuyến huyện [2]. Nghiên cứu này cũng cho thấy trình độ chuyên môn của cán bộ dự phòng còn hạn chế: phần lớn 67,5%) chỉ có trình độ trung cấp, cán bộ trình độ cao đẳng chiếm 2%, bác sỹ chiếm 11,2%, đại học khác 2,6%. Tỷ lệ có bằng/chứng chỉ chuyên khoa y học dự phòng chỉ là 2%. Tình trạng thiếu bác sỹ, thiếu cử nhân y tế công cộng trong khi thừa y sỹ còn phổ biến. Về cơ cấu, 67% nhân lực YTDP tuyến tỉnh thuộc ngành y, 33% ngành khác; điều này dẫn đến sự bất hợp lý về cơ cấu nhân lực giữa các bộ phận. Theo Thông thư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV qui định tỉ lệ về cơ cấu bộ phận là “định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước thì bộ phận chuyên môn ngành y chiếm 80 - 85%, quản lý hành chính chiếm 15 - 20%” [17].

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến sự thiếu hụt nhân lực YTDP. Trước hết, đó là hiện nay y tế dự phòng chưa có được sự quan tâm thích đáng của xã hội, đôi khi còn được coi là lĩnh vực của riêng ngành y tế. Nhiều chính sách, quy hoạch và phát triển kinh tế xã hội chưa chú trọng, đề cập đầy đủ đến những vấn đề liên quan tới công tác YTDP. Tổ chức YTDP tuyến tỉnh/thành phố quận/huyện bị chia tách thành nhiều đầu mối dẫn tới thiếu nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, đầu tư dàn trải… Việc thành lập các Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm, Chi cục DS-KHHGĐ ở các tỉnh, thành phố trong một thời gian ngắn dẫn tới nhu cầu nhân lực tăng đột biến và dịch chuyển cán bộ từ tuyến dưới lên tuyến trên. Nguyên nhân thứ hai là những hạn chế trong đào tạo nhân lực YTDP. Theo Đề án quy hoạch phát triển nhân lực y tế dự phòng giai đoạn 2011 – 2020, chỉ tiêu đào tạo hệ y tế dự phòng hàng năm thấp hơn nhiều so với hệ điều trị, chiếm khoảng 10 - 15% tổng số chỉ tiêu đào tạo ngành y. Đối với loại hình đào tạo cử tuyển hoặc đào tạo theo hợp đồng có địa chỉ, các địa phương thường đăng ký đào tạo hệ điều trị, rất ít đăng ký đào tạo hệ dự phòng. Việc đào tạo kỹ thuật viên y tế dự phòng tại các tỉnh chưa được quan tâm. Nguyên nhân thứ ba liên quan đến các chế độ chính sách đối với cán bộ YTDP. Đó là chế độ chính sách còn nhiều bất cập như chính sách thu hút các nguồn lực, chính sách khuyến khích đầu tư và sự tham gia của các thành phần kinh tế, chính sách đãi ngộ đối với cán bộ làm công tác y tế dự phòng, chưa có chính sách thu hút cán bộ y tế dự phòng làm việc ở vùng sâu, vùng xa; chưa có chính sách ưu tiên đào tạo cán bộ y tế dự phòng [15]. Do những bất cập này mà việc tuyển dụng, duy trì nguồn nhân lực và khuyến khích sinh viên y khoa theo học YTDP gặp nhiều khó khăn.

## **1.3. Thực trạng nhân lực và công tác đào tạo nhân lực phòng, chống HIV/AIDS**

### 1.3.1. Thực trạng nhân lực

Phòng, chống HIV/AIDS là một nội dung lớn của YTDP, do đó nhân lực PC HIV/AIDS có những điểm giống nhân lực của hệ dự phòng, đồng thời có những điểm riêng. Các nghiên cứu về nhân lực PC HIV/AIDS trong những năm gần đây 2005-2012) cho thấy: tương tự như nguồn nhân lực chung của hệ dự phòng, nhân lực PC HIV/AIDS đang thiếu hụt nghiêm trọng cả về số lượng và chất lượng. Trước năm 2005, các hoạt động dự phòng lây nhiễm HIV chủ yếu được thực hiện bởi đội ngũ CBYT kiêm nhiệm, đến từ trung tâm y tế dự phòng tỉnh. Để thực hiện thành công Chiến lược quốc gia phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế có quyết định số 25/2005/QĐ-BYT về viện ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đã quyết định thành lập các Trung tâm PC HIV/AIDS tuyến tỉnh, trực thuộc Sở Y tế và là cơ quan tham mưu cho Sở Y tế triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh. Nguyên nhân của tình trạng thiếu hụt này là do công tác tuyển dụng khó khăn, cán bộ, nhân viên phải làm việc trong trạng thái căng thẳng, khối lượng công việc nhiều nhưng thu nhập thấp, chưa có chế độ đãi ngộ và phụ cấp phù hợp như phụ cấp thâm niên, phụ cấp khu vực.

Theo nghiên cứu của Trần Chí Liêm từ tháng 6/2007 đến tháng 9/2008 tại 14 đơn vị đại diện cho 63 đơn vị PC HIV/AIDS trên toàn quốc cho thấy số cán bộ theo định biên còn thiếu 50%, Việc tuyển dụng nhân viên cho các trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh đã không được dễ dàng, nhiều trung tâm chỉ có 5 hoặc 6 người. Phân bổ cán bộ theo các khoa tại PAC không đồng đều, các khoa chuyên môn như xét nghiệm, giám sát, chăm sóc và điều trị thiếu nhiều cán bộ. Các chuyên gia được đào tạo chuyên sâu như tiến sỹ, thạc sỹ, bác sỹ chuyên ngành về y tế công cộng và y học dự phòng còn rất thiếu, chỉ đạt 8,2%. Số cán bộ có trình độ đại học là 31,3%, cán bộ có trình độ trung cấp trở xuống chiếm tỷ lệ rất cao tới 39,26%. Thời gian trung bình làm công tác PC HIV/AIDS không cao 2,28 năm) [25]. Theo tác giả Nguyễn Thanh Long và cộng sự cho thấy đến hết quý II năm 2008 vẫn còn 6 trong số 63 tỉnh thành chưa thành lập được trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh, 11 tỉnh có trung tâm phòng chống HIV/AIDS chưa đủ nhân lực nên không thành lập đủ 2 phòng và 4 khoa theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Công tác đào tạo chuyên môn đã được triển khai nhưng chưa đáp ứng so với yêu cầu công việc, đặc biệt hoạt động lập kế hoạch, giám sát - đánh giá và can thiệp giảm tác hại và điều trị. 77,0% số người được hỏi có nhu cầu đào tạo nâng cao chuyên môn [26].

Nguyên nhân của những khó khăn trong việc tuyển dụng nhân lực PC HIV/AIDS bao gồm: 1) nhân viên y tế thích làm việc trong các cơ sở khám, chữa bệnh và tại các bệnh viện hơn là chăm sóc dự phòng, 2) nhân viên y tế không thích làm việc trong các lĩnh vực phòng chống HIV vì lương thấp và ít ưu đãi và 3) nhân viên y tế không muốn làm việc với người sử dụng ma túy và gái mại dâm vì sự kỳ thị xã hội cực đoan đối với với các nhóm này. Do những nỗ lực chung của các ban, ngành, đoàn thể trong cả nước, số lượng cán bộ tham gia công tác PC HIV/AIDS đã tăng nhanh qua các năm, trung bình mỗi năm có thêm 1.000 cán bộ tham gia hoạt động PC HIV/AIDS tại địa phương. Tính đến hết năm 2009 cả nước có 19.150 cán bộ tham gia hoạt động PC HIV/AIDS tại địa phương, trong đó 23,7% có trình độ đại học hoặc trên đại học, 56% có trình độ cao đẳng và trung cấp và 20,2% có trình độ phổ thông. Tuy nhiên phần lớn cán bộ tham gia PC HIV/AIDS vẫn là cán bộ kiêm nhiệm, chỉ dành một phần thời gian làm việc cho PC HIV/AIDS. Việc thiếu hụt nhân lực cho công tác PC HIV/AIDS, đặc biệt là nhân lực có chuyên môn về HIV/AIDS sẽ tiếp tục là thách thức lớn cho công tác PC HIV/AIDS, trong khi bệnh nhân HIV/AIDS có nhu cầu điều trị ngày càng tăng cao, đòi hỏi nâng cao chất lượng và mở rộng các dịch vụ PC HIV/AIDS sẽ lớn hơn. Hiện tại tuyến tỉnh chỉ đáp ứng được 50% nhu cầu cán bộ có trình độ đại học, tại tuyến huyện hiện chỉ có 20 huyện có cán bộ chuyên trách PC HIV/AIDS. Cần có nhiều biện pháp, giải pháp khác nhau để đảm bảo tăng nhân lực trước mắt và có kế hoạch bổ sung nhân lực cho những năm tiếp theo [2]. Theo kết quả một cuộc điều tra nhanh của cục PC HIV/AIDS vào tháng 5/2011, tổng số cán bộ nhà nước tại các trung tâm PC HIV/AIDS tỉnh chỉ đạt 65% so với định mức cán bộ nêu trong TT 08. Cơ cấu cán bộ chưa hợp lý: bác sĩ chỉ chiếm 26%, trong khi tỷ lệ cán bộ có trình độ trung cấp trở xuống chiếm đến 37%. Tỷ lệ bác sỹ còn thấp so với quy định của TT 08 là ≥ 30%. Số liệu thống kê nhân lực hệ PC HIV/AIDS của VAAC năm 2012 cho thấy tổng số nhân lực tại 63 trung tâm PC HIV/AIDS là 1.363 người, đạt gần 83,5% so với chỉ tiêu được giao 1.633), tỷ lệ này cao nhất ở miền Trung 87,3%), thấp nhất ở Tây Nguyên 78,3%). Tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học là 40,6%; riêng số bác sỹ chiếm 26,0%. Ở miền Bắc, tỷ lệ cán bộ có trình độ đại học đạt 50%, tỷ lệ bác sỹ đạt 30,3%. Tỷ lệ bác sỹ tại các trung tâm PC HIV/AIDS ở khu vực miền Nam thấp hơn cả xấp xỉ 20%). Những số liệu trên được tính chung cho cả nước và trung bình cho từng vùng Bắc, Trung, Nam và Tây Nguyên) [27].

Theo số liệu thống kê của Cục Phòng chống HIV/AIDS [27], sự phân bố cán bộ giữa các khoa chuyên môn và các phòng chức năng chưa hợp lý. Số cán bộ tại các phòng chức năng chiếm tới 43,7% tổng số cán bộ của trung tâm. Số lượng cán bộ y tế có trình độ trung cấp và dưới trung cấp chiếm tới 52,11%, số cán bộ có trình độ đại học và sau đại học chiếm 42,24%, chỉ đạt 2/3 so với yêu cầu. Cán bộ có trình độ sau đại học chuyên khoa cấp I, chuyên khoa II, thạc sỹ) chỉ đạt 19,71%, phần lớn lại làm công tác lãnh đạo, quản lý. Số cán bộ tốt nghiệp các trường y, dược còn thấp chỉ chiếm gần 2/3 tổng số cán bộ. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo chính quy là 72,3%, gần 10% là cấn bộ học qua các hệ chuyên tu, tại chức.

### 1.3.2. Thực trạng công tác đào tạo

Nguồn nhân lực PC HIV/AIDS không chỉ thiếu về số lượng mà còn có nhiều hạn chế về chất lượng, cụ thể là thiếu kiến thức về HIV/AIDS. Năm 2005, Nguyễn Huy Nga và cộng sự đã đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT tại một số Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang và Quân y Viện 105 - Sơn Tây. Kết quả cho thấy 33,5% NVYT đã không hiểu đúng về khái niệm HIV/AIDS [28]. Một nghiên cứu khác tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2005 đã chỉ ra rằng hầu hết đội ngũ cán bộ PC HIV/AIDS đều là kiêm nhiệm và chưa được đào tạo chuyên sâu về HIV/AIDS [29]. Trong công tác chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, theo Nguyễn Văn Kính và cộng sự [30], khó khăn trở ngại chính của nhân viên điều trị là kiến thức về chuyên môn hạn chế 68%), thời gian làm việc quá quy định 52%), thiếu thông tin pháp luật liên quan đến phòng chống chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS 20%), điều kiện kinh tế và hoàn cảnh gia đình khó khăn 12%). Thu nhập thấp đã được báo cáo là một trong những lý do khiến động lực làm việc thấp. Cuộc đánh giá kiến thức về HIV/AIDS của cán bộ chuyên trách, cán bộ thống kê báo cáo, cán bộ tuyến xã, phường trong tỉnh Phú Yên do Nguyễn Thị Hiệu thực hiện năm 2009 đã cho một số kết quả khả quan hơn so với giai đoạn trước. Trên 85% cán bộ có kiến thức khoa học cơ bản về HIV/AIDS đúng. Từ năm 2006 – 2009 có 92% cán bộ được tham gia tập huấn, 8% còn lại chưa được tập huấn chủ yếu do mới làm trong lĩnh vực HIV/AIDS [31].

Việc đào tạo, nâng cao kiến thức về HIV/AIDS chưa được chú ý thỏa đáng, kể cả tại các trường đại học y, dược. Kết quả nghiên cứu tại 8 trường Đại học Y ở Việt Nam từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2005 đã chỉ rõ: Nhu cầu đào tạo về dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp HIV/AIDS ở cán bộ giảng dạy cũng như sinh viên là rất cao vì trong thực tế thời lượng đào tạo còn thấp, không đồng đều ở các trường, chưa có môn học riêng mà chỉ được lồng ghép trong các môn học khác. Bên cạnh đó, việc đào tạo cho cán bộ giảng dạy còn hạn chế. Tỷ lệ cán bộ giảng dạy được tập huấn lại về HIV/AIDS chỉ đạt 12,28% [32].

# CHƯƠNG 2

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## **2.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng.

**2.2. Thời gian thực hiện:** Từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014

## **2.3. Địa điểm, đối tượng và mẫu nghiên cứu**

### 2.3.1. Nghiên cứu định lượng

2.3.1.1. Lựa chọn địa bàn nghiên cứu

**- Chọn tỉnh:**

+ Chọn 10 tỉnh tham gia vào nghiên cứu định lượng. Cách thức chọn theo kỹ thuật chọn mẫu tầng, mỗi vùng sinh thái chọn chủ đích 02 tỉnh.

+ Danh sách 10 tỉnh được lựa chọn như sau:

|  |  |
| --- | --- |
| **Vùng/ miền** | **Tỉnh được chọn** |
| Tây Bắc | Lai Châu, Điện Biên |
| Đồng bằng Sông Hồng | Nam Định, Ninh Bình |
| Trung Bộ | Hà Tĩnh, Quảng Bình |
| Tây Nam Bộ | An Giang, Long An |
| Đông Nam Bộ | Đồng Nai, Bình Dương |

**- Chọn huyện:** Tại mỗi tỉnh chọn 1 huyện tham gia vào nghiên cứu. Tiêu chí chọn huyên:

+ Huyện được chọn phải có ít nhất một trong 3 cơ sở OPC, VCT, MMT

+ Trong trường hợp tỉnh nào có từ 2 huyện trở lên đáp ứng tiêu chí thì chọn ngẫu nhiên 1 huyện tham gia vào nghiên cứu.

+ Kết quả lựa chọn các huyện như sau:

| **Tên tỉnh** | **Tên huyện** |
| --- | --- |
| Lai Châu | Tp. Lai Châu |
| Điện Biên | Huyện Điện Biên |
| Nam Định | Tp. Nam Định |
| Ninh Bình | Tp. Ninh Bình |
| Hà Tĩnh | Thị xã Hồng Lĩnh |
| Quảng Bình | Tp. Đồng Hới |
| An Giang | Tp. Long Xuyên, |
| Long An | Tp. Tân An |
| Đồng Nai | Tp. Biên Hòa |
| Bình Dương | Tp. Thủ Dầu Một |

2.3.1.2. Thu thập số liệu

**- Tại tuyến tỉnh:** Tại mỗi tỉnh được chọn, tiến hành thu thập số liệu định lượng theo cỡ mẫu và kỹ thuật thu thập số liệu như sau:

+ Thu thập thông tin sẵn có bằng phiếu điều tra tự điền cho 1 đại điện lãnh đạo Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS hoặc lãnh đạo phòng Tổ chức hành chính của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS.

+ Thu thập thông tin bằng phiếu điều tra tự điền cho toàn bộ các cán bộ của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS.

**- Tại tuyến huyện:** Tại mỗi huyện được chọn, tiến hành thu thập số liệu định lượng bằng phiếu điều tra tự điền cho toàn bộ các cán bộ của OPC, VCT, MMT.

### 2.3.2. Nghiên cứu định tính

2.3.2.1. Tuyến Trung ương: Phỏng vấn sâu đại diện lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế.

2.3.1.2. Tuyến tỉnh

- Chọn 6 tỉnh tham gia vào nghiên cứu định tính. Cách thức chọn theo kỹ thuật chọn mẫu tầng, các tỉnh được chọn ngẫu nhiên theo vùng sinh thái.

- Danh sách 6 tỉnh được chọn như sau:

|  |  |
| --- | --- |
| **Vùng/ miền** | **Tỉnh được chọn** |
| Tây Bắc | Lai Châu, Điện Biên |
| Trung Bộ | Hà Tĩnh, Quảng Bình |
| Tây Nam Bộ | An Giang, Long An |

- Thu thập thông tin: Tại mỗi tỉnh được chọn, tiến hành thu thập số liệu định tính theo cỡ mẫu và kỹ thuật thu thập số liệu như sau:

+ Phỏng vấn sâu 1 đại diện lãnh đạo của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS;

+ Phỏng vấn sâu đại diện phụ trách các phòng thuộc Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS: Phòng Kế hoạch tài chính; Phòng Tổ chức hành chính; Khoa Giám sát HIV/AIDS/STI; Khoa Truyền thông, can thiệp và huy động cộng đồng; Khoa Tư vấn, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Khoa Xét nghiệm (5 đại diện/ Trung tâm);

+ Thảo luận nhóm với đại diện của các phòng thuộc Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS: Phòng Kế hoạch tài chính; Phòng Tổ chức hành chính; Khoa Giám sát HIV/AIDS/STI; Khoa Truyền thông, can thiệp và huy động cộng đồng; Khoa Tư vấn, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Khoa Xét nghiệm (10 người/ 1 cuộc thảo luận nhóm; 1 cuộc thảo luận nhóm/ Trung tâm).

2.3.1.3. Tuyến huyện

- Tại mỗi tỉnh chọn 1 huyện tham gia vào nghiên cứu, tiêu chí chọn huyện như sau:

+ Huyện được chọn phải có ít nhất 1 trong 3 cơ sở OPC, VCT, MMT

+ Trong trường hợp tỉnh nào có từ 2 huyện trở lên đáp ứng tiêu chí thì chọn ngẫu nhiên 1 huyện tham gia vào nghiên cứu.

+ Danh sách các huyện được lựa chọn:

| **Tên tỉnh** | **Tên huyện** |
| --- | --- |
| Lai Châu | Tp. Lai Châu |
| Điện Biên | Huyện Điện Biên |
| Hà Tĩnh | Thị xã Hồng Lĩnh |
| Quảng Bình | Tp. Đồng Hới |
| An Giang | Tp. Long Xuyên |
| Long An | Tp. Tân An |

- Thu thập thông tin: Phỏng vấn sâu với đại diện phụ trách các phòng khám OPC, VCT, MMT của các huyện được chọn (dự kiến 3 đại diện/ huyện).

Ngoài ra, nghiên cứu này còn thu thập thông tin qua việc sử dụng một số tài liệu sẵn có sau đây:

- Báo cáo thống kê hàng tháng/quý/năm về hoạt động phòng, chống HIV/AIDS của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm Y tế huyện…

- Các báo cáo nghiên cứu liên quan đến nhân lực của hệ thống phòng chống HIV/AIDS.

## **2.4. Phân tích và xử lý số liệu**

### 2.4.1. Xử lý số liệu định tính

Số liệu định tính được ghi chép lại, phân tích theo phương pháp “Phân tích nội dung” (Content analysis), sau đó trích dẫn nội dung theo phương pháp “Hiện tượng học” (Phenomenology).

2.4.2. Xử lý số liệu định lượng**:** gồm các bước sau

- Làm sạch số liệu lần 1 trước khi nhập liệu.

- Nhập liệu bằng phần mềm EPI INFO.

- Chuyển dạng số liệu sang STATA.

- Làm sạch số liệu lần 2 trong STATA.

- Phân tích số liệu: sử dụng cả thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ %, TB, SD, Khoảng biến thiên, biểu đồ) và thống kê suy luận (test Chi2 và/hoặc test t-student hoặc ANOVA… tuỳ theo loại biến số) để xác định thực trạng nhân lực và nhu cầu đào tạo theo các đặc trưng sau:

+ Thực trạng nhân lực và nhu cầu đào tạo chung.

+ Thực trạng nhân lực và nhu cầu đào tạo theo tuyến (tỉnh và huyện).

## **2.5. Sai số và cách khắc phục**

### 2.5.1. Sai số có thể gặp trong quá trình nghiên cứu

- Sai số trong thiết kế công cụ thu thập số liệu.

- Câu hỏi không rõ rang.

- Sai số nhớ lại.

- Số liệu không trung thực.

- Kỹ năng phỏng vấn chưa tốt.

### 2.5.2. Cách khắc phục sai số

- Kiểm tra tất cả các công cụ thu thập số liệu trước khi tiến hành thu thập số liệu.

- Lựa chọn người phỏng vấn đáp ứng các tiêu chí và phải được đào tạo tốt về kỹ năng phỏng vấn.

- Nhắc đi nhắc lại câu hỏi phỏng vấn.

- Kiểm tra và kiểm tra lại số liệu.

- Nhập số liệu thử và kiểm định tính tin cậy trước khi nhập liệu chính thức.

## **2.6. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu này tuân thủ theo quy trình xét duyệt đạo đức của Cục PC HIV/AIDS, Bộ Y tế.

- ĐTNC được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của ĐTNC.

- Các phiếu hỏi được mã hóa, không để lại thông tin cá nhân, không ai biết các câu trả lời của ĐTNC. Các thông tin trong phiếu trả lời của ĐTNC được đảm bảo bí mật và an toàn.

- Người có quyền tiếp cận các số liệu và thông tin cá nhân của ĐTNC chỉ có chủ nhiệm đề tài.

- Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích quy hoạch phát triển nhân lực và đáp ứng nhu cầu đào tạo nhân lực của các TT PC HIV/AIDS nói riêng và của hệ thống phòng, chống HIV/AIDS trong toàn quốc nói chung.

# CHƯƠNG 3

# KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## **3.1. Thực trạng nhân lực của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS địa phương**

### 3.1.1. Thông tin chung về cán bộ

#### Bảng 3.1. Thông tin chung về cán bộ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **Chung** | **Tuyến tỉnh** | **Tuyến huyện** |
| Tuổi | 284 (34,2) | 210 (33,6) | 74 (34,8) |
| Giới | n = 279 | n = 205 | n = 74 |
| Nam | 116 (42,9%) | 82 (40,0%) | 34 (45,9%) |
| Nữ | 163 (57,1%) | 123 (60,0%) | 40 (54,1%) |
| Dân tộc | n = 277 | n = 206 | n = 71 |
| Kinh | 264 (95,3%) | 198 (96,1%) | 66 (93%) |
| Khác | 13 (4,7%) | 8 (3,9%) | 5 (7%) |
| Trình độ học vấn | n=279 | n=204 | n=75 |
| Sơ cấp | 4 (1,4%) | 3 (1,5%) | 1 (1,3%) |
| Trung cấp | 152 (54,5%) | 102 (50,0%) | 50 (66,7%) |
| Cao đẳng | 12 (4,3%) | 7 (3,4%) | 5 (6,7%) |
| Đại học/tương đương | 91 (32,6%) | 76 (37,3%) | 15 (20,0%) |
| Sau đại học | 20 (7,2%) | 16 (7,8%) | 4 (5,3%) |

Kết quả bảng 3.1 cho thấy:

- Về tuổi của cán bộ: Cán bộ y tế ở tuyến huyện có tuổi trung bình là 34,8 cao hơn nhân viên y tế tuyến tỉnh 34,2; tuổi thấp nhất ở cả tuyến tỉnh và huyện là 21 tuổi, tuổi cao nhất ở tuyến tỉnh và huyện tương ứng với 56 và 53 tuổi.

- Cơ cấu về giới: Ở cả hai tuyến, tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế hơn (tỷ lệ nữ là 54% ở tuyến tỉnh và 60 ở tuyến huyện).

- Về dân tộc: Hầu hết nhân viên y tế là dân tộc Kinh, chiếm trên 95%, một tỷ lệ nhỏ nhân viên y tế thuộc các dân tộc khác như Thái, Mường, Chăm, Hoa.

- Về trình độ học vấn: Số cán bộ trình độ trung cấp chiếm trên 50% ở cả hai tuyến; Số cán bộ trình độ đại học và sau đại học ở tuyến tỉnh là 45,1% cao hơn tuyến huyện là 25,3%.

### 3.1.2. Thực trạng nhân lực

***3.1.2.1. Phân bố nhân lực***

#### Bảng 3.2. Phân bố nhân viên y tế theo tuyến và khoa, phòng công tác

|  |  |
| --- | --- |
| **Đặc điểm** | **Tỷ lệ %** |
| Khoa/phòng tuyến tỉnh  Tổ chức – Hành chính/quản trị  Kế hoạch – Tài Chính  Truyền thông, can thiệp, huy động CĐ  Tư vấn/chăm sóc/điều trị  Theo dõi/giám sát/đánh giá  Xét nghiệm  Khác | n = 210  33 (15,7%)  33 (15,7%)  26 (12,4%)  37 (17,6%)  33 (15,7%)  32 (15,2%)  16 (7,6%) |
| Khoa/phòng tuyến huyện  OPC  VCT  MMT  Khác | n = 76  17 (22,4%)  7 (9,2%)  23 (30,3%)  29 (38,2%) |

Kết quả bảng 3.2 cho thấy:

- Nhân lực tuyến tỉnh: Phân bố cán bộ tương đối đồng đều giữa các khoa, phòng của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS với tỷ lệ giao động từ 15-17%, một số cán bộ được hợp đồng hoặc phân công công tác tại các phòng khám VCT, OPC và MMT của tỉnh.

- Nhân lực tuyến huyện: Hầu hết nhân lực phòng, chống HIV/AIDS tuyến huyên công tác tại các cơ sở dịch vụ như OPC, VCT, MMT (OPC: 22,0%, VCT: 9,2%, MMT: 30,3%), số còn lại là những cán bộ kiêm nhiệm hoặc đang làm các công việc liên quan đến HIV/AIDS tại các khoa phòng của Trung tâm Y tế tuyến huyện như khoa xét nghiệm, dược…

***3.1.2.2. Trình độ chuyên môn, nghiệp vụ***

#### Bảng 3.3. Trình độ chuyên môn, nghiệp vụ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **Chung** | **Tuyến tỉnh** | **Tuyến huyện** |
| Chức danh chuyên môn  Bác sỹ  Y sỹ  Nữ hộ sinh  Điều dưỡng  Kỹ thuật viên  Khác | N=283  46 (16,3%)  70 (24,7%)  8 (2,8%)  27 (9,5%)  16 (5,7%)  116 (41,0%) | N=207  31 (15,0%)  43 (20,8%)  5 (2,4%)  15 (7,2%)  12 (5,8%)  101 (48,8%) | N=76  15 (19,7%)  27 (35,5%)  3 (3,9%)  12 (15,8%)  4 (5,3%)  15 (19,7%) |
| Chuyên môn chính  Đa khoa  Y học dự phòng/YTCC  Khác | N=272  103 (37,9%)  33 (12,1%)  136 (50,0%) | N=201  65 (32,4%)  25 (12,4%)  111 (55,2%) | N=71  38 (53,5%)  8 (11,3%)  25 (35,2%) |

Kết quả bảng 3.3 cho thấy:

- Về chức danh chuyên môn: Cán bộ có chức danh chuyên môn là bác sỹ tính chung cả 2 tuyến chiếm 16,3% (tuyến tỉnh: 15,0%, tuyến huyện: 19,7%); Các chức danh chuyên môn về y tế như y sĩ, điều dưỡng, xét nghiệm và nữ hộ sinh ở tuyến huyện đều cao hơn tuyến tỉnh; Số cán bộ có chức danh chuyên môn không phải y tế ở tuyến tỉnh cao hơn nhiều so với tuyến huyện (tuyến tỉnh là 48,8%, tuyến huyện là 19,7%).

- Chuyên môn chính: Tuyến tỉnh số cán bộ có chuyên môn y tế là đa khoa, y học dự phòng và y tế công công chỉ chiếm 44,8%, chuyên môn khác là 55,2%; trong khi đó tuyến huyện tỷ lệ tương ứng là 64,8% và 35,2%.

***3.1.2.3. Thâm niên công tác***

#### Bảng 3.4. Thâm niên công tác

| **Đặc điểm** | **Chung** | **Tuyến tỉnh** | **Tuyến huyện** |
| --- | --- | --- | --- |
| Số năm công tác chung từ khi ra trường | n=262  10,0 | n=191  10,0 | n=71  10,0 |
| Số năm công tác trong lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS | n=251  5,0 | n=190  5,3 | n=61  3,9 |

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Số năm công tác trung bình trong lĩnh vực y tế là 10 năm thấp nhất là 0,5 năm và nhiều nhất là 33 năm. Số năm công tác trung bình trong lĩnh vực phòng chống HIV/AIDS là 5 năm, thấp nhất là 0,3 năm và cao nhất là 26 năm.

***3.1.2.4. Vị trí công việc và phân loại nhân viên***

#### Bảng 3.5: Vị trí công việc và phân loại nhân viên

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **Chung** | **Tuyến tỉnh** | **Tuyến huyện** |
| Vị trí công việc  Cán bộ quản lý  Cán bộ chuyên môn  Cán bộ hành chính/quản trị  Khác | N=265  36 (13,6%)  141 (53,2%)  59 (22,3%)  29 (10,9%) | N=194  29 (14,9%)  93 (47,9%)  50 (25,8%)  22 (11,3%) | N=71  7 (9,9%)  48 (67,6%)  9 (12,7%)  7(9,9%) |
| Phân loại nhân viên  Viên chức, có biên chế  Nhân viên hợp đồng dài hạn  Nhân viên hợp đồng ngắn hạn  Làm bán thời gian  Không hợp đồng | N=278  219 (78,8%)  33 (11,9%)  19 (6,8%)  3 (1,1%)  4 (1,4%) | N=206  163 (79,1%))  28 (13,3%)  14 (6,8%)  0  1 0,5%) | N=72  56 (77,8%)  5 (6,9%)  5 (6,9%)  3 (4,2%)  3 (4,2%) |

Kết quả bảng 3.5 cho thấy:

- Về vị trí công việc: Nhân viên y tế làm công tác chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai tuyến chiếm trên 50%, sau đó đến Cán bộ hành chính/tài chính/quản trị chiếm khoảng 1/3, rồi đến tiếp đến cán bộ quản lý và các cán bộ khác.

- Về phân loại nhân viên: Nhân viên trong biên chế chiếm đa số, chiếm trên 2/3, sau đó đến hợp đồng dài hạn 11,9%, các nhân viên hợp đồng ngắn hạn và khác chiếm tỷ lệ rất thấp, dưới 10%.

***3.1.2.5. Xu hướng nhân lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS 5 năm gần đây***

#### Biểu đồ 3.1. Xu hướng nhân lực dài hạn 5 năm gần đây

#### Biểu đồ 3.2. Xu hướng nhân lực ngắn hạn 5 năm gần đây

Biểu đồ 3.1 và 3.2 cho thấy xu hướng nhân lực qua 5 năm gần đây nhất ở các khoa/phòng của các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS địa phương. Số lượng và tỷ lệ nhân lực ngắn hạn và dài hạn không đồng đều và không ổn định qua các năm. Xu hướng nhân lực cán bộ trong Phòng Tổ chức-Hành chính/Quản trị và Khoa Theo dõi, Giám sát, Đánh giá có sự tăng giảm rõ rệt qua các năm. Nhân lực ở Khoa Chăm sóc điều trị khá ổn định. Tuy nhiên, trong 2 năm trở lại đây 2011 và 2012, tỷ lệ cán bộ trong Khoa Theo dõi, Giám sát, Đánh giá ổn định.

## **3.2. Nhu cầu đào tạo của cán bộ đang công tác trong hệ thống phòng, chống HIV/AIDS địa phương**

### 3.2.1. Thực trạng công tác đào tạo giai đoạn 2008 - 2013



#### Biểu đồ 3.3. Tình hình tập huấn/ đào tạo

Biểu đồ 3.3 cho thấy: Hầu hết các cán bộ tuyến tỉnh và tuyến huyện đều được tham gia các khóa tập huấn về HIV/AIDS hoặc liên quan. Tuy nhiên, vẫn còn 11,5% số cán bộ tuyến tỉnh và 10,7% số cán bộ chưa từng tham gia các khóa tập huấn về HIV/AIDS.

#### Bảng 3.6. Số lần tập huấn từ năm 2008-2013 theo tuyến

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nội dung** | **Chung** | **Tuyến tỉnh** | **Tuyến huyện** |
| Số lần tập huấn | 4 (1-62) | 5 (1-50) | 2 (1-62) |
| Lần tập huấn gần đây nhất cách đây bao nhiêu năm | n=235  0,5 (0-17) | n=169  0,6 (0-17) | n=66  0,42 (0-3) |

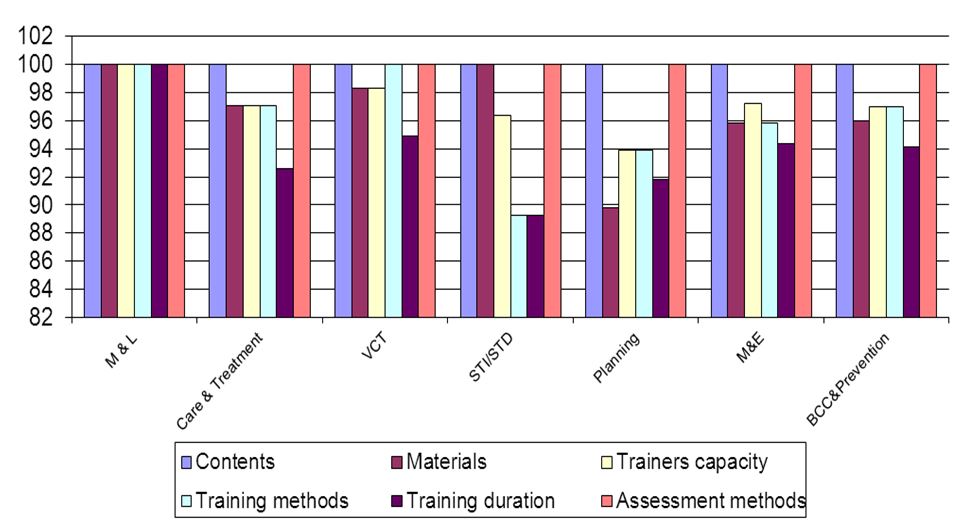
Kết quả bảng 3.6 cho thấy:

- Số lần tập huấn từ năm 2008-2013: Đối với tuyến tỉnh, trung bình mỗi năm cán bộ được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 50 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 10 lần/năm); Đối với tuyến huyện, trung bình khoảng 2,5 năm thì cán bộ mới được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 62 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 12,5 lần/năm);

- Lần tập huấn/đào tạo gần đây nhất của nhân viên y tế chủ yếu là trong năm năm 2013, cá biệt có trường hợp lần tập huấn gần đây nhất cách đây 17 năm.

 Biểu đồ 3.4. Chủ đề tập huấn theo tuyến

Khi xem xét về các chủ đề tập huấn theo tuyến. Nhân viên y tế ở tuyến tỉnh có được tập huấn nhiều hơn so với tuyến huyện ở tất cả các nội dung, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong các nội dung tập huấn về quản lý lãnh đạo, VCT, lập kế hoạch về phòng chống HIV, theo dõi và đánh giá; Các nội dung khác như chăm sóc và điều trị HIV, STD, dự phòng và/hoặc truyền thông thay đổi hành vi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.5. Nhận xét chung về đào tạo trước đây

Cán cán bộ tham gia khảo sát cũng được hỏi về việc đưa ra nhận xét đối với các khóa đào tạo trước đây. Nội dung nhận xét liên quan đến 6 tiêu chí: chủ đề khóa tập huấn, năng lực của giảng viên, thời lượng khóa học, chủ đề đào tạo, phương pháp đào tạo và phương pháp đánh giá học viên. Đối với các lớp đào tạo về lãnh đạo quản lý, toàn bộ cán bộ y tế tham gia đều nhận xét là phù hợp ở cả 6 tiêu chí này. Các lớp đào tạo về các chủ đề khác cũng được cán bộ y tế đánh giá cao với hơn 90% số nhận xét là phù hợp ở các tiêu chí đánh giá.

### 3.2.2. Nhu cầu đào tạo

Bảng 3.7. Nhu cầu đào tạo ở tuyến tỉnh

| **Chủ đề tập huấn** | **Ưu tiên** | **Thời lượng dự kiến (ngày)** |
| --- | --- | --- |
| Quản lý và lãnh đạo | 1  (N=162) | 6,03±5,85 |
| Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS | 2  (N=114) | 5,2±1,97 |
| Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS | 3  (N=77) | 5±1,3 |
| Can thiệp dự phòng và/hoặc truyền thông thay đổi hành vi | 4  (N=61) | 5,9±4,3 |
| STIs | 5  (N=37) | 9,5±5,45 |

Kết quả bảng 3.7 cho thấy:

- Cán bộ tuyến tỉnh mong muốn được đào tạo 5 chủ đề theo mức độ ưu tiên như sau: Ưu tiên 1: Kỹ năng quản lý và lãnh đạo; Ưu tiên 2: Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS; Ưu tiên 3: Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Ưu tiên 4: Can thiệp dự phòng và truyền thông thay đổi hành vi; Ưu tiên 5: STIs.

- Thời gian dự kiến của từng chủ đề đào tạo có khác nhau, nhiều nhất là chủ đề về STIs (9,5±5,45 ngày), ít nhất là chủ đề về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS (5±1,3 ngày).

#### Bảng 3.8. Nhu cầu đào tạo ở tuyến huyện

| **Chủ đề tập huấn** | **Ưu tiên** | **Thời lượng dự kiến (ngày)** |
| --- | --- | --- |
| Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS | 1  (N=71) | 5,41±5,71 |
| Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS | 2  (N=54) | 5,71±1,70 |
| STIs | 3  (N=39) | 2,9±1,17 |
| VCT | 4  (N=29) | 3,17±1,94 |
| Can thiệp dự phòng và/hoặc truyền thông thay đổi hành vi | 5  (N=26) | 5,38±3,21 |

Kết quả bảng 3.8 cho thấy:

- Cán bộ tuyến huyện mong muốn được đào tạo 5 chủ đề theo mức độ ưu tiên như sau: Ưu tiên 1: Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Ưu tiên 2: Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS; Ưu tiên 3: STIs; Ưu tiên 4: VCT; Ưu tiên 5: Can thiệp dự phòng và truyền thông thay đổi hành vi.

- Thời gian dự kiến của từng chủ đề đào tạo có khác nhau, nhiều nhất là chủ đề về Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS (5,71±1,70 ngày), ít nhất là chủ đề về STIs (2,9±1,17 ngày).

# CHƯƠNG 4

# BÀN LUẬN

## **4.1. Thực trạng nhân lực**

Do hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố mới được thành lập từ năm 2006 nên tuổi đời trung bình của cán bộ tương đối trẻ 34,2 tuổi (tuyến tỉnh 33,6 tuổi, tuyến huyện là 34,8 tuổi), tuổi thấp nhất ở cả tuyến tỉnh và huyện là 21 tuổi, tuổi cao nhất ở tuyến tỉnh và huyện tương ứng với 56 và 53 tuổi.

Tương tự như nguồn nhân lực y tế dự phòng nói chung, nguồn nhân lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS còn thiếu về số lượng và yếu về chất lượng. Khi tiến hành phỏng vấn sâu một số cán bộ lãnh đạo cho thấy: Số lượng cán bộ phòng, chống HIV/AIDS tại tuyến tỉnh về cơ bản là đủ về mặt số lượng so với quy định. Tuy nhiên, việc mở rộng các cơ sở dịch vụ như OPC, VCT và MMT thì nhân lực sẽ cần phải bổ sung nhiều hơn. Tình trạng thiếu cán bộ ở huyện phổ biến hơn, mặc dù có phân công cán bộ chuyên trách nhưng đảm nhiệm them rất nhiều các công việc khác, có huyện còn không có cán bộ chuyên trách.

*PAC thiếu nhiều nhân lực ở mảng điều trị methadone, lượng cán bộ hợp đồng giảm nhiều do nguồn viện trợ cắt giảm trong khi sở không có biên chế thêm nên chủ yếu cán bộ trong PAC kiêm nhiệm thêm nhiều việc khác* (PVS, Trưởng phòng, PAC, Điện Biên).

*Ở cấp huyện là thiếu, chỉ có 1 chuyên trách về HIV/AIDS. Ở tuyến xã, có xã còn chưa có chuyên trách, trong khi công việc chủ yếu là ở xã* (PVS, TP MMT và ARV, An Giang).

*Số lượng CB ở tuyến huyện và xã còn thiếu, họ là CB kiêm nhiệm nên rất nhiều việc, bởi họ không chỉ làm riêng cho chương trình PC HIV/AIDS* (TLN, Điện Biên).

Quan điểm của cơ quan quản lý hệ thống phòng, chống HIV/AIDS cũng ủng hộ với các nhận định trên đây.

*Về số lượng cán bộ công tác nhìn chung tại các trung tâm phòng chống HIV/AIDS tuyến tỉnh là đảm bảo. Ở tuyến huyện, do tình hình dịch HIV/AIDS tại cả nước vẫn là dịch tập trung nên tùy thuộc vào số lượng bệnh nhân HIV mà có biên chế phù hợp, thông thường chỉ có 1 người chuyên trách theo dõi.* (PVS Lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS).

Phân bố nhân lực phòng, chống HIV/AIDS tại các tuyến còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt khi mở rộng thêm các cơ sở dịch vụ như OPC, VCT, MMT. Nguyên nhân của sự thiếu hụt cán bộ này do nguồn sinh viên bác sỹ ra trường hàng năm chủ yếu xin làm việc tại các cơ sở điều trị, các bệnh viện. Hơn nữa, do đặc thù công việc trong lĩnh vực HIV/AIDS vất vả, chế độ đãi ngộ thấp nên việc tuyển dụng càng khó khăn. Việc thuyên chuyển công tác của các bộ thường xuyên xả ra, đặc biệt là tuyến huyện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, số cán bộ trình độ trung cấp chiếm trên 50% ở cả hai tuyến; Số cán bộ trình độ đại học và sau đại học ở tuyến tỉnh là 45,1% cao hơn tuyến huyện là 25,3%. Do đó, trong thời gian tới các địa phương cần có kế hoạch cử các cán bộ có trình độ trung cấp y đi học liên thông (chuyên tu) để trở thành bác sỹ và có cam kết làm việc tối thiểu 5 năm trong lĩnh vực HIV/AIDS tại địa phương. Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cũng cho thấy cơ cấu nhân lực ở 2 tuyến là chưa hợp lý, thiếu hoặc rất thiếu cán bộ có trình độ đại học và sau đại học, cán bộ trung cấp quá nhiều. Mặt khác, cán bộ tại tuyến huyện không ổn định, thuyên chuyển nhiều, nhất là sau khi đi học về.

*Thiếu trầm trọng cán bộ có trình độ đại học ở tỉnh An Giang* (TLN, An Giang).

*Cơ cấu cán bộ theo trình độ mất cân đối, CB có trình độ Trung cấp quá nhiều, trong khi đó CB có trình độ ĐH lại thiếu trầm trọng* (PVS, TP, PAC, Điện Biên).

*Thông thường yêu cầu tuyển Bác sĩ hoặc nhân viên y tế có trình độ từ trung cấp đến trên đại học. Tuy nhiên, tình hình hiện tại nhiều nơi thiếu nhân lực còn tuyển cả luật sư, kĩ sư môi trường… Cơ cấu hiện tại thực sự chưa hợp lý do chưa có cơ cấu qui định nhân lực cụ thể cho hệ thống phòng, chống HIV/AIDS. Về góc độ quản lý, đối với tuyến huyện, họ phân công theo cán bộ theo dõi các chương trình dự án y tế. Phân công theo cách 1 người làm nhiều việc, ví dụ 1 người làm về HIV có thể kiêm nhiệm với lao, truyền thông, giám sát dịch bệnh…Người quản lý chủ yếu là người làm bên điều trị kiêm nhiệm. Về góc độ dịch vụ, hiện tại vẫn chưa có khung rõ ràng về cơ cấu số lượng bao nhiêu bác sĩ, điều dưỡng, cử nhân… mà chỉ có các qui định về chức năng, nhiệm vụ, đây là điểm đặt ra nhiều khó khăn thách thức cho hệ thống là làm thế nào để phân bố cơ cấu nhân lực hợp lý* (Đại diện Lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS).

Trình độ chuyên môn, cán bộ trong biên chế hày hợp đồng, thu nhập bình quân hàng tháng … có ảnh hưởng rất lớn đến việc triển khai các hoạt động chuyên môn phòng, chống HIV/AIDS tại các địa phương. Tại tuyến tỉnh, cán bộ trong biên chế và hợp đồng dài hạn nhiều hơn tuyến huyện, trong khi số nhân viên hợp đồng ngắn hạn và khác thì tuyến huyện nhiều hơn tuyến tỉnh. Thông tin thu thập từ phỏng vấn sâu cũng cho thấy nhìn chung cán bộ tuyến tỉnh đáp ứng được yêu cầu công việc, tuy còn một số ít có hạn chế về chuyên môn. Tại cả 2 tuyến, cán bộ đều nhiệt tình, tâm huyết với công việc. Năng lực chuyên môn và quản lý của cán bộ tuyến huyện, xã còn yếu vì nhiều lý do: trình độ trung cấp nhiều, ít được đào tạo, kiêm nhiệm nhiều, thường xuyên bị điều chuyển.

*"Về cơ bản là đảm bảo công việc ở các mảng, chất lượng đồng đều" (*PVS, GĐ PAC, Lai Châu)

*"BS rất là tâm huyết với BN, nắm bắt rõ BN, tư vấn đầy đủ cho BN. Các ê kíp làm việc khá tốt. Tuy nhiên, sau khi đi học về họ lại bị điều chuyển theo các vị trí khác nhau" (PVS, TP MMT. An Giang)*

*"Tuyến huyện tạm được thôi, vì chủ yếu chỉ có trình độ TC y sỹ, y tá) nên chưa nắm tốt các kiến thức và kỹ năng trong PC HIV/AIDS; chưa được tập huấn, đào tạo bài bản"PVS, TP VCT, Hà Tĩnh"*

Theo đại diện Lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS thì *"nhìn chung đa phần là có thể đảm bảo tốt nhiệm vụ, tuy vậy năng lực thường không đều, có những cán bộ năng lực tốt chuyên trách nhiều nhiệm vụ, trong khi một số năng lực của nhiều nhân viên còn hạn chế".*

Với cán bộ mới tốt nghiệp, phần lớn có thể đáp ứng được yêu cầu công việc, có tinh thần trách nhiệm, kiến thức tốt, nhưng còn yếu về kinh nghiệm thực tiễn, thiếu kinh nghiệm thực tế là vấn đề cán bộ mới ra trường cần học hỏi.

*"Chất lượng công việc được cải thiện thể hiện qua hồ sơ bệnh án của BN và chất lượng điều trị"PVS, Phó TK, PAC, Quảng Bình)*

*“Những CB mới tốt nghệp về còn thiếu kinh nghiệm thực tế và chuyên môn về PC HIV/AIDS"*TLN, Lai Châu)

Với cán bộ đang làm việc, phần lớn hoàn thành nhiệm vụ, có kinh nghiệm, chuyên môn còn hạn chế, đặc biệt ở tuyến huyện.

*"Các CB đều nhiệt tình, năng động, có tinh thần làm việc tốt và luôn hòa đồng, giúp đỡ đồng nghiệp"PVS PGĐ PAC, Điện Biên)*

*"Đa phần là CB có kinh nghiệm trong công việc nên hoàn thành tốt các việc được giao, nhưng có khoảng 15% còn yếu về năng lực chuyên mônTLN, Hà Tĩnh)*

Về cán bộ học SĐH, họ có trình độ chuyên môn và quản lý tốt, có tầm nhìn; một số mới học xong, chưa thể có nhận định về chuyên môn của họ vì cần qua thực tế làm việc.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, giữa các vùng, miền không khác biệt nhiều về số lượng CB nhưng khác biệt nhiều về trình độ và năng lực chuyên môn: khu vực đồng bằng có nhiều CB có trình độ cao hơn ĐH, SĐH so với khu vực miền núi.

## **4.2. Nhu cầu đào tạo**

Lĩnh vực HIV/AIDS là một lĩnh vực phức tạp, phối hợp đa ngành. Công tác chăm sóc, điều trị cho BN HIV/AIDS rất vất vả và phải chăm sóc, điều trị suốt đời. Khoa học về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trên thế giới ngày càng phát triển không ngừng nên việc đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ phòng, chống HIV/AIDS ở tất cả các tuyến là rất cần thiết.

Tuy nhiên, trong bối cảnh hiện nay, do nguồn kinh phí viện trợ cắt giảm, do công tác phòng, chống HIV/AIDS của Việt Nam đã đạt được những thành công, bài học kinh nghiệm nhất định. Việc ưu tiên, lựa chọn các chủ đề cần đào tạo là rất quan trọng nhằm tiết kiệm và sử dụng nguồn lực một cách hiệu quả, phù hợp với công tác phòng, chống HIV/AIDS ở nước ta hiện nay.

Kết quả nghiên cứu tại 10 tỉnh cho thấy, hầu hết các cán bộ tuyến tỉnh và tuyến huyện đều được tham gia các khóa tập huấn về HIV/AIDS hoặc liên quan. Số lần tập huấn từ năm 2008-2013: Đối với tuyến tỉnh, trung bình mỗi năm cán bộ được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 50 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 10 lần/năm); Đối với tuyến huyện, trung bình khoảng 2,5 năm thì cán bộ mới được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 62 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 12,5 lần/năm). Lĩnh vực cán bộ thường được mời tham gia tập huấn là chăm sóc và điều trị HIV/AIDS. Tuy nhiên, vẫn còn 11,5% số cán bộ tuyến tỉnh và 10,7% số cán bộ chưa từng tham gia các khóa tập huấn về HIV/AIDS, có một số cán bộ 17 năm chưa được tham gia khóa đào tạo, tập huấn nào về HIV/AIDS. Theo quy định của Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 về việc hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế quy định cán bộ y tế công tác trong lĩnh vực y tế dự phòng có nghĩa vụ tham gia đào tạo liên tục tối thiểu 120 tiết học trong 5 năm liên tiếp, trong đó mỗi năm tối thiểu 12 tiết học. Do đó, trong những năm tới, các địa phương cần lựa chọn đúng đối tượng, thành phần để cử các cán bộ tham gia tập huấn, đào tạo nhằm đảm bảo quyền lợi của cán bộ trong nâng cao trình độ chuyên môn, phục vụ công việc ngày càng tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, nhu cầu đào tạo theo các chủ đề ưu tiên ở tuyến tỉnh và tuyến huyện có khác nhau, phụ thuộc vào tính chất công việc và mức độ, tần suất đã được tham gia các khóa đào tạo trước đó. Đối với tuyến tỉnh: Ưu tiên 1: Kỹ năng quản lý và lãnh đạo; Ưu tiên 2: Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS; Ưu tiên 3: Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Ưu tiên 4: Can thiệp dự phòng và truyền thông thay đổi hành vi; Ưu tiên 5: STIs. Đối với tuyến huyện: Ưu tiên 1: Chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Ưu tiên 2: Lập kế hoạch phòng, chống HIV/AIDS; Ưu tiên 3: STIs; Ưu tiên 4: VCT; Ưu tiên 5: Can thiệp dự phòng và truyền thông thay đổi hành vi. *"Đào tạo cho CB TC y sỹ, ĐD lên ĐH là cần thiết. Về CM, nâng cao nghiệp vụ, lập KH, báo cáo về công tác PC HIV/AIDS"* (PVS PGĐ PAC, Điện Biên). *"CB huyện hiện giờ còn đang cũ cả về kiến thức và cách làm việc nên cần đào tạo về truyền thông, giám sát; công tác điều trị là đương nhiên. Làm mới họ bằng đào tạo nhắc lại hàng năm"* (PVS, PTK PAC, An Giang). *"Cần đào tạo về CSĐT, DP giảm tác hại giúp CB nâng cao khả năng tư vấn, điều trị và quản lý bệnh nhân"* (PVS TP OCP, Long An).

Lý do đào tạo cơ bản là giống nhau giữa các miền nhằm nâng cao năng lực CB ở cả 2 tuyến. Tuy vậy, có sự khác biệt về một số đặc điểm giữa các miền. Hình thức đào tạo chủ yếu vẫn là ngắn hạn, tập trung; có sự khác biệt cầm tay chi việc ở Lai Châu và Điện Biên; học trực tuyến ở các tỉnh miền Trung và miền Nam).

Bên cạnh các chủ đề ưu tiên đào tạo thì học viên tham gia đào tạo rất quan tâm đến chất lượng của giảng viên cũng như địa điểm, thời gian tổ chức khóa đào tạo. Tại tuyến tỉnh sẽ hạn chế được các chi phí đi lại không cần thiết, mặt khác lại rất thuận lợi cho các công việc của cơ quan. Hầu hết các cán bộ được phỏng vấn đều mong muốn địa điểm tổ chức đào tạo, tập huấn tại địa phương để không phải đi lại và không tốn kinh phí (một số ít cán bộ tuyến tỉnh mong muốn được tham dự các khóa đào tạo tổ chức tại Hà Nội). *"Đào tạo theo khóa học ngắn hạn tại tỉnh để hạn chế chi phí đi lại, thuận lợi cho công việc tại Trung tâm"*(PVS GĐ PAC, Lai Châu). *"Đào tạo tại Hà Nội thì tốt vì tiếp thu được KT, thày, cô giảng nhiệt tình, làm việc có hiệu quả"* (PVS TP VTC, Hà Tĩnh). Thời gian đào tạo trung bình từ 3-5 ngày. Về giảng viên, bên cạnh các giảng viên của tuyến tỉnh thì một số chủ đề nên mời giảng viên của tuyến Trung ương. Các khóa đào tạo liên tục cần phải tổ chức hàng năm và cử đúng thành phần tham dự. *"CB làm việc tại huyện nên được đào tạo lại và đào tạo mới để nâng cao và củng cố về chuyên môn do hiện tại các CB này chủ yếu là trung cấp, cao đẳng, do đó hạn chế nhiều về chuyên môn"* (PVS, TP PAC, Điện Biên). *"Ở đâu đào tạo đều tốt, trường ĐH hay trường TC, quan trọng là đội ngũ giảng viên tập huấn"* (PVS GĐ PAC, An Giang).

Cán bộ y tế tham gia các khóa tập huấn/đào tạo có nhận xét rất tích cực, sự hữu ích về chủ đề, tài liệu đầy đủ, phương pháp đào tạo phù hợp, thời lượng khóa học phù hợp, phương pháp lượng giá phù hợp chiếm tỷ lệ rất cao. Các khóa tập huấn của các chương trình/dự án có hiệu quả, thiết thực, phù hợp với thực tế của địa phương. Do vậy, cần tiếp tục duy trì các mô hình giảng dạy cũng như có các chính sách đào tạo, thu hút hơn nữa. Các chương trình đào tạo nên nhấn mạnh vào các chủ đề ưu tiên, bên cạnh đó cũng đề cập đến các kiến thức phổ biến chung và phân loại các chương trình đào tạo theo nhu cầu để đáp ứng thực tế của từng địa phương.

Như vậy, trong những năm tới, trong bối cảnh cắt giảm các nguồn viện trợ cho lĩnh vực phòng, chống HIV/AIDS, các địa phương cần có kế hoạch bố trí ngân sách địa phương để tổ chức các khóa đào tạo chuyên môn cho cán bộ theo các chủ đề ưu tiên phù hợp với vị trí công tác. Cần xem xét cử các cán bộ tham gia các khóa đào tạo tối thiểu 1 lần/năm, tránh tình trạng người được tham gia tập huấn quá nhiều trong 1 năm (12,5 lần/năm), có người 17 năm chưa được cử đi đào tạo. Ưu tiên cử những cán bộ mới, thiếu kinh nghiệm thực tế đi học để nâng cao trình độ chuyên môn.

# KẾT LUẬN

## **1. Thực trạng nhân lực**

- Tuổi trung bình của nhân viên y tế trong khoảng 30-40 tuổi, tỷ lệ nhân viên nữ chiến khoảng 60%. Nhân viên y tế làm công tác chuyên môn chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai tuyến chiếm trên 50%, cán bộ làm chuyên môn của tuyến huyện nhiều hơn tuyến tỉnh trong khi các cán bộ khác như cán bộ quản lý, hành chính/tài chính, quản trị ít hơn tuyến tỉnh.

- Tuyến tỉnh có nhân viên trong biến chế và nhân viên hợp đồng dài hạn nhiều hơn tuyến huyện, trong khi số nhân viên hợp đồng ngắn hạn và khác thì tuyến huyện nhiều hơn tuyến tỉnh.

- Số lượng CB PC HIV/AIDS tại tuyến tỉnh tạm đủ, nhưng thiếu/thiếu trầm trọng tại tuyến huyện chỉ có một chuyên trách), do đó phải kiêm nhiệm nhiều việc. CB tuyến huyện thường không ổn định, hay luân chuyển. Cơ cấu cán bộ không hợp lý ở cả 2 tuyến: thiếu CB ĐH và SĐH, quá nhiều CB trung cấp (đặc biệt tuyến huyện)

- Chất lượng CB: nói chung tạm đủ để hoàn thành công việc hiện nay ở cả 2 tuyến, có trách nhiệm, tâm huyết với công việc. Tuy nhiên, trình độ và năng lực chuyên môn, quản lý còn hạn chế do ít được đào tạo, tỷ lệ trung cấp cao, kiêm nhiệm nhiều, thiếu kinh nghiệm thực tế...

- Giữa các vùng, miền không khác biệt nhiều về số lượng CB nhưng khác biệt nhiều về trình độ và năng lực chuyên môn: khu vực đồng bằng có nhiều CB có trình độ cao hơn ĐH, SĐH khu vực miền núi.

## **2. Nhu cầu đào tạo**

- Tỷ lệ nhân viên đã từng được đào tạo/tập huấn liên quan đến HIV/AIDS rất cao chiếm 88,7%, tuyến tỉnh là 88.5%) và tuyến huyện là 89.3%. Tuy nhiên, vẫn còn 11,5% số cán bộ tuyến tỉnh và 10,7% số cán bộ chưa từng tham gia các khóa tập huấn về HIV/AIDS, có một số cán bộ 17 năm chưa được tham gia khóa đào tạo, tập huấn nào về HIV/AIDS.

- Số lần tập huấn từ năm 2008-2013: Đối với tuyến tỉnh, trung bình mỗi năm cán bộ được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 50 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 10 lần/năm); Đối với tuyến huyện, trung bình khoảng 2,5 năm thì cán bộ mới được tập huấn chuyên môn 1 lần, tuy nhiên có một số cán bộ được tập huấn 62 lần trong 5 năm (trung bình đi tập huấn 12,5 lần/năm). Lĩnh vực cán bộ thường được mời tham gia tập huấn là chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

- Tỷ lệ nhân viên đã từng được tham gia tập huấn ở miền trung chiếm tỷ lệ cao nhất, tuyệt đối, 100% sau đó đến miền Bắc 88,2% và sau đó là miền Nam chiếm 82,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,021). Tỷ lệ nhân viên được đào tạo về VCT ở miền Bắc cao nhất rồi đến miền Nam và miền Trung, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,006.

- Nhân viên y tế tham gia các khóa tập huấn/đào tạo có nhận xét rất tích cực, sự hữu ích về chủ đề, tài liệu đầy đủ, phương pháp đào tạo phù hợp, thời lượng khóa học phù hợp, phương pháp lượng giá phù hợp chiếm tỷ lệ rất cao đều gần 100%.

- Hầu hết các cán bộ mong muốn được tham gia các khóa đào tạo tại địa phương, thời gian mỗi khóa đào tạo khoảng 3-5 ngày.

# KHUYẾN NGHỊ

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu, nhằm bổ sung nguồn nhân lực phòng, chống HIV/AIDS tại các địa phương, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Các địa phương cần có kế hoạch bổ sung nguồn nhân lực cả về số lượng và chất lượng trên cơ sở chỉ tiêu biên chế được giao. Khẩn trương xây dựng và trình cấp có thẩm quyền phê duyệt đề án vị trí việc làm để bổ sung nhân lực phù hợp với tình hình dịch HIV/AIDS của từng địa phương. Đặc biệt nhân lực tại các đơn vị cung cấp dịch vụ như OPC, VCT, MMT khi các nhà tài trợ cắt giảm kinh phí và giảm hỗ trợ nhân sự tại các cơ sở này.

2. Việc tổ chức các khóa đào tạo, tập huấn cần phải dựa trên nhu cầu của các địa phương như: Chủ đề ưu tiên, địa điểm tổ chức, thời gian đào tạo… nhằm đảm bảo sử dụng kinh phí tiết kiệm, hiệu quả.

3. Các địa phương cần cử cán bộ tham gia các khóa tập huấn đúng đối tượng, đúng thành phần, đảm bảo mỗi cán bộ phải được tham gia đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn theo vị trí công tác tối thiểu 1 lần/năm.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Chính phủ 2004, Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 Quyết định số 36/2004/QĐ - TTg ngày 17/3/2004 của Thủ tướng Chính phủ.
2. Bộ Y tế 2010, Đề án Quy hoạch phát triển nhân lực y tế dự phòng giai đoạn 2011 - 2020.
3. Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam – Bộ Y tế 2010), Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2008 và phương hướng năm 2009.
4. Chính phủ 2007, Nghị định số 108/2007/NĐ-CP ngày 26/6/2007 của Thủ tướng Chính phủ quy định chi tiết một số điều Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người HIV/AIDS.
5. Chỉ thị số 54/2005/CT-TW ngày 30/11/2005 của Ban Bí thư Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam về Tăng cường lãnh đạo công tác phòng, chống AIDS trong tình hình mới.
6. Chính phủ 2012, Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25/5/2012 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.
7. Liên hiệp quốc 2011, Tuyên bố Chính trị “Tăng cường mạnh mẽ nỗ lực của chúng ta để xóa bỏ HIV/AIDS” của Đại hội đồng Liên hợp quốc vào tháng 6 năm 2011.
8. Chính phủ 1996, Nghị quyết số 37/CP ngày 20/6/1996 về Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời gian 1996-2000 và chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam
9. Chính phủ 2001, Quyết định số 35/2001/CP-TTg ngày 19/3/2001 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010
10. Đảng Cộng sản Việt nam 2005, Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới.
11. Chính phủ 2006, Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
12. Chính phủ 2006, Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia Y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020.
13. Chính phủ 2013, Quyết định số 2054/QĐ-TTg ngày 7/11/2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt dự án Giáo dục và đào tạo nhân lực y tế phục vụ cải cách hệ thống y tế giai đoạn 2014-2019.
14. Chính phủ 2009,Quyết định số 1107/QĐ-TTg ngày 28/7/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án Tăng cường năng lực hệ thống phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015.
15. Chính phủ 2013, Quy hoạch phát triển hệ thống y tế Việt Nam đến năm 2020 và tầm nhìn 2030.
16. Bộ Y tế 2012, Quyết định số 816/QĐ-BYT ngày 16/3/2012 của bộ trưởng BYT phê duyệt Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012 – 2020.
17. Bộ Y tế - Bộ Nội vụ 2007, Thông tư số 08/2007/TTLT- BYT- BNV ngày 05/6/2007 của bộ trưởng Bộ Y tế và bộ trưởng Bộ Nội vụ Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước.
18. Bộ Y tế 2008, Thông tư số 07/2008/TT-BYT ngày 28 tháng 5 năm 2008 Hướng dẫn công tác đào tạo liên tục đối với cán bộ y tế.
19. Bộ Y tế 2013, Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.
20. Thông tấn xã Việt Nam 2011, “WHO kêu gọi đổi mới đào tạo cán bộ ngành y tế”, Vietnamplus.vn.
21. Bộ Giáo dục – Bộ Y tế2010, Báo cáo Đào tạo theo nhu cầu xã hội năm 2010.
22. Bộ Y tế 2010, Báo cáo thực hiện Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên 2007 – 2018), 2010.
23. Bộ y tế 2007, Báo cáo thống kê y tế năm 2006, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội, trang 141 – 161, 162-183, 247-263.
24. Lê Vũ Anh et al. 2012, Báo cáo “Nghiên cứu thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em”
25. Trần Chí Liêm 2009, “Đánh giá thực trạng và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao băng lực các trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh, thành phố”, Tạp chí Y học dự phòng, tập XIX, số 3 102), 2009.
26. Nguyễn Thanh Long, Phan Thị Thu Hương, Phạm Đức Mạnh, Hoàng Đình Cảnh và cs. 2010, “Đánh giá thực trạng và đề xuất một số giải pháp nhằm nâng cao năng lực trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố”, Tạp chí Y học thực hành, số 742+743, tháng 12/ 2010.
27. Cục phòng, chống HIV/AIDS-Bộ Y tế 2912, Tổng hợp nhân lực hệ PC HIV/AIDS tỉnh/thành phố.
28. Nguyễn Huy Nga, Lê Anh Tuấn 2005, “Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT tại một số bệnh viện trong công tác phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS”, Tạp chí Y học thực hành, số 528+529, tháng 11/2005.
29. Lê Trường Giang 2005, “15 năm đương đầu với đại dịch HIV/AIDS ở Thành phố Hồ Chí Minh: Thực trạng - Giải pháp – Các bài học kinh nghiệm 1990 – 2005”, Tạp chí Y học thực hành, số 528+529, tháng 11/2005.
30. Nguyễn Văn Kính 2007, Khảo sát dự án chăm sóc hỗ trợ và điều trị thuốc kháng virus HIV trên bệnh nhân HIV/AIDS tại quận Bình Thạnh trong 3 năm 2007-2009.
31. Nguyễn Thị Hiệu 2010, “Đánh giá kiến thức về HIV/AIDS của cán bộ chuyên trách, cán bộ thống kê báo cáo tuyến xã, phường trong tỉnh Phú Yên năm 2009”, Tạp chí Y học thực hành, số 742+743, tháng 12/ 2010.
32. Mitchel, Lưu Thị Minh Châu, Nguyễn Lân Việt và cs. 2005, “Đánh giá nhu cầu đào tạo dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp đối với HIV ở các trường đại học Y Việt Nam”, Tạp chí Y học thực hành, số 528+529, tháng 11/2005.
33. Phạm Nguyên Hà 2010, “Đánh giá sự hài lòng trong công việc của các cán bộ quản lý hoạt động phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam”, Báo cáo tại Hội nghị 20 năm phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2010.