

**BÁO CÁO CHUNG
TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2013****Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân****Báo cáo tóm tắt**

Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế 2013 (JAHR 2013) là báo cáo hằng năm lần thứ bảy do Bộ Y tế cùng Nhóm đối tác y tế (Health Partnership Group - HPG) phối hợp thực hiện, nhằm hỗ trợ cho việc lập kế hoạch năm 2014 của Bộ Y tế, đồng thời làm cơ sở cho việc lựa chọn các vấn đề trọng tâm trong hợp tác và đối thoại giữa ngành y tế Việt Nam và các đối tác nước ngoài. Nội dung chính của JAHR 2013 là: (i) cập nhật thực trạng hệ thống y tế, bao gồm đánh giá tiến độ thực hiện các nhiệm vụ, các chỉ tiêu của Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011–2015, tiến độ thực hiện các Mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ; (ii) phân tích chuyên sâu về chủ đề “Hướng tới bao phủ CSSK nhân dân”. Dưới đây là tóm tắt những kết quả chính của Báo cáo JAHR 2013.

PHẦN MỘT: CẬP NHẬT THỰC TRẠNG HỆ THỐNG Y TẾ**Chương I. Thực trạng hệ thống y tế****1. Một số nhiệm vụ trọng tâm của ngành Y tế năm 2013**

Nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế năm 2013 đã được Bộ trưởng Bộ Y tế trình bày tại Hội nghị tổng kết công tác y tế năm 2012, triển khai nhiệm vụ năm 2013, bao gồm: Nâng cao năng lực quản lý nhà nước về y tế; tập trung thực hiện Đề án giảm quá tải bệnh viện, Đề án 1816, Bệnh viện vệ tinh, Bác sĩ gia đình; Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh; Khẩn trương triển khai Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân; Thực hiện các chế độ chính sách đối với cán bộ, viên chức ngành y tế; Chủ động giám sát dịch tễ để phát hiện, phòng chống sớm, không để các dịch bệnh lớn xảy ra, đặc biệt là các bệnh dịch mới phát sinh; Triển khai thực hiện hiệu quả các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế, DS-KHHGD, HIV/AIDS, an toàn thực phẩm; Đẩy mạnh hoạt động quản lý môi trường y tế; Phối hợp thực hiện nghiêm các cơ chế, chính sách kiểm soát an toàn thực phẩm; Tập trung giảm sinh ở vùng có mức sinh cao, duy trì mức sinh thấp hợp lý; Giảm tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh; Mở rộng sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh, tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân; Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính của các bệnh viện công, gắn với nâng cao chất lượng dịch vụ; Bảo đảm đủ thuốc thiết yếu phục vụ công tác điều trị; Kiểm soát việc đầu thầu, sử dụng thuốc; giá thuốc, chất lượng thuốc chữa bệnh; Nâng cao hiệu quả công tác thông tin, giáo dục, truyền thông thay đổi hành vi về CSSK; Cải cách hành chính trong quy trình cấp phép chứng chỉ hành nghề y dược, cấp phép đăng ký lưu hành thuốc; Đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý.

2. Tình hình thực hiện các nhiệm vụ trọng tâm Kế hoạch 5 năm 2011-2015

2.1. Tăng cường năng lực quản lý về y tế

Kết quả, tiến bộ

Bộ Y tế đã xây dựng và trình các cấp có thẩm quyền ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật mới, đặc biệt là Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn đến năm 2020; đang trong quá trình sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế và Luật Dược và tích cực xây dựng 24 đề án mới trình Chính phủ. Cơ cấu lại tổ chức Bộ Y tế theo Nghị định 63/2012/NĐ-CP: thành lập mới, chuyển đổi, điều chỉnh lại một số vụ, cục; bổ nhiệm hai Thứ trưởng mới. Bộ Y tế đang xây dựng Nghị định mới về tổ chức mạng lưới y tế cơ sở thay thế Quyết định 58/QĐ-TTg và xây dựng Thông tư quy định chức năng nhiệm vụ của TTYT huyện. Đổi mới toàn diện công tác lập kế hoạch y tế: đánh giá công tác lập kế hoạch, đổi mới công tác thống kê y tế do EC và WHO tài trợ; xây dựng khung kế hoạch y tế tuyến tính hàng năm và bộ công cụ đánh giá kế hoạch y tế theo mô hình JANS (EC, Rockefeller hỗ trợ). Đã hướng dẫn xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế, tập huấn nghiệp vụ thanh tra chuyên ngành y tế tại trung ương và địa phương. Công bố dự thảo các văn bản quy phạm pháp luật về y tế trên cổng thông tin điện tử của Bộ, tổ chức hội nghị, hội thảo lấy ý kiến các bên liên quan. Xây dựng các văn bản hướng dẫn xã hội hoá trong y tế, thúc đẩy sự tham gia của y tế tư nhân và nâng cao vai trò của các tổ chức xã hội nghề nghiệp trong quản lý y tế.

Khó khăn, hạn chế

Hệ thống văn bản pháp quy vẫn chưa đồng bộ, năng lực xây dựng chính sách chưa đáp ứng kịp yêu cầu. Tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ của y tế cơ sở còn bất cập. Hiệu quả lập kế hoạch dựa trên bằng chứng còn hạn chế do thiếu thông tin có độ tin cậy. Các địa phương chưa chủ động trong đổi mới lập kế hoạch và dự toán ngân sách. Bộ máy thanh tra y tế còn mỏng, thiếu cơ chế hỗ trợ hoạt động có hiệu quả, chủ yếu xử lý các vụ việc đã xảy ra. Công tác kiểm tra, giám sát việc thực hiện kế hoạch chưa mang tính hỗ trợ. Vai trò tham gia của xã hội trong xây dựng chính sách và quản lý về y tế vẫn còn mờ nhạt, ít hiệu quả. Còn nhiều rào cản trong thu hút đầu tư phát triển khu vực ngoài công lập, khuyến khích kết hợp giữa công và tư; chính sách tự chủ và xã hội hoá y tế còn nhiều tác động không mong muốn.

2.2. Nhân lực y tế

Kết quả, tiến bộ

Các chương trình đào tạo đều được xây dựng, cập nhật dựa trên chương trình khung của Bộ Giáo dục và Đào tạo. Đội ngũ nhân lực y tế tiếp tục phát triển cả về số lượng, chất lượng và cơ cấu. Số bác sĩ và dược sĩ đại học/10 000 dân lần lượt là 7,46 và 1,92 (năm 2011). 100% số xã và 96,6% số thôn bản thuộc xã, thị trấn có nhân viên y tế hoạt động; 76,0% số xã có bác sĩ hoạt động; 93,4% TTYT xã có y sĩ sản nhi hoặc hộ sinh. Tiếp tục thực hiện đề án đào tạo cử tuyển và đào tạo theo địa chỉ. Có chính sách khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế các chuyên ngành lao, phong, tâm thần, pháp y, giải phẫu bệnh. Triển khai các đề án hỗ trợ phát triển nhân lực tuyến y tế cơ sở tại các vùng khó khăn: đề án luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở KCB; đề án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại 62 huyện nghèo; đề án phát triển mô hình bác sĩ gia đình; đề án phát triển y tế biên đảo. Bộ Y tế đã ban hành quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản và đang trong quá trình dự thảo Nghị định mới về tổ chức, chức năng nhiệm vụ của TTYT và xây dựng biểu mẫu thống kê về nguồn nhân lực phục vụ lập kế hoạch nhân lực y tế.

Khó khăn, hạn chế

Chất lượng đào tạo tăng chưa tương xứng với yêu cầu. Chương trình đào tạo chậm được đổi mới, còn nặng về lý thuyết, ít thời gian cho thực hành kỹ năng; chưa xây dựng được hệ thống kiểm định chất lượng đào tạo và kiểm chuẩn chất lượng đầu ra; cơ sở vật chất tại các trường còn hạn chế. Tình trạng thiếu nhân lực y tế nói chung và bác sĩ nói riêng ở tuyến y tế cơ sở vẫn còn phổ biến do khó tuyển dụng bởi thu nhập thấp, ưu đãi chưa thỏa đáng, điều kiện sống và làm việc khó khăn. Chất lượng nhân lực y tế tuyến cơ sở vẫn còn hạn chế. Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán, điều trị, xử lý dịch còn thấp; năng lực thực hành của bác sĩ mới ra trường rất yếu trong khi đào tạo liên tục chưa được quan tâm. Công tác lập kế hoạch, quản lý nguồn nhân lực còn yếu, thiếu kết nối giữa đào tạo và sử dụng.

2.3. Tài chính y tế

Kết quả, tiến bộ

Chi NSNN cho y tế tăng bình quân 34,2%/năm trong giai đoạn 2008–2013, cao hơn tốc độ tăng tổng chi thường xuyên NSNN (20%). Năm 2012, chi cho y tế chiếm 8,28% tổng chi thường xuyên NSNN; cấp 1,7 nghìn tỷ đồng NSNN cho các Chương trình mục tiêu quốc gia y tế. Đã giải ngân được 21 454 tỷ đồng vốn trái phiếu chính phủ cho các đề án nâng cấp cơ sở y tế. Bộ Y tế đang quản lý 52 dự án ODA với tổng giá trị khoảng 1,5 tỷ USD. Phát triển BHYT thuận lợi hơn với sự ra đời của Nghị quyết số 21 của Bộ Chính trị; Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân và việc rà soát sửa đổi, bổ sung Luật BHYT. Năm 2012, BHYT đã bao phủ 66,8% dân số; trong đó, trên 60% được NSNN hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần kinh phí. Chi cho y tế dự phòng (YTDP) chiếm 31,32% chi NSNN cho y tế (năm 2009). NSNN cấp cho vùng sâu, vùng xa được áp dụng hệ số ưu tiên từ 1,7-2,4 lần so với vùng đô thị, cao nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Triển khai Nghị định 85/2012 về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập. Điều chỉnh giá dịch vụ y tế theo Thông tư 04/2012 ở 62/63 tỉnh, thành phố và 35 bệnh viện trung ương. Áp dụng thanh toán theo định suất tại 42% số cơ sở y tế ở 58/63 tỉnh, thành phố. Thí điểm thanh toán theo trường hợp bệnh được mở rộng với 26 nhóm bệnh thường gặp ở tuyến huyện và tỉnh. Chi trả dựa trên kết quả được thí điểm tại 24 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Nghệ An.

Khó khăn, hạn chế

Tốc độ tăng chi NSNN cho y tế trong ba năm gần đây sụt giảm rõ rệt do những khó khăn kinh tế vĩ mô và chính sách thắt chặt tài khóa theo Nghị quyết 11/2011 của Chính phủ. Thiếu các quy định pháp lý bảo đảm việc tuân thủ quy định tham gia BHYT bắt buộc; tỷ lệ bao phủ BHYT của nhóm cận nghèo, nhóm BHYT tự nguyện, nhóm lao động trong các doanh nghiệp còn rất thấp. Năng lực quản lý của cơ quan BHXH chưa đáp ứng yêu cầu; việc quản lý, sử dụng quỹ BHYT chưa bảo đảm tính bền vững và hiệu quả. Phương thức thanh toán dịch vụ y tế chưa phù hợp; chưa có chiến lược và lộ trình cụ thể, nhất quán để đổi mới. Hiệu suất sử dụng các nguồn tài chính bị hạn chế, chưa đánh giá được hiệu quả đầu tư từ các dự án được NSNN hỗ trợ. Năng lực kỹ thuật, tính đáp ứng của hệ thống thông tin dữ liệu còn hạn chế.

2.4. Dược và trang thiết bị y tế

Kết quả, tiến bộ

Đã duy trì được việc bảo đảm đủ thuốc và từng bước chủ động nguồn thuốc, vắc-xin. Năm 2012 thuốc nội đáp ứng được 234/314 hoạt chất trong danh mục thuốc thiết yếu với đầy đủ 29 nhóm tác dụng dược lý theo khuyến cáo của WHO; đã sản xuất được 10/10 loại vắc-xin, đáp ứng được trên 80% nhu cầu. Triển khai quy chế đấu thầu mới quan tâm nhiều hơn

đến chính sách thuốc generic, thí điểm quản lý giá thuốc theo thang số bán buôn toàn chặng với 12 loại hoạt chất tại 9 cơ sở từ 01/04/2013. Chỉ số tăng giá thuốc trong năm 2012 là 5,27%, thấp hơn chỉ số tăng giá tiêu dùng (6,8%). Giá 10 mặt hàng trúng thầu năm 2013 giảm 5,6-34,64% so với năm 2012. Áp dụng các tiêu chuẩn GPs: 100% cơ sở sản xuất tân dược đạt tiêu chuẩn GMP; 100% cơ sở kiểm nghiệm thuốc đạt GLP; 39% nhà thuốc đạt GPP. Đã ban hành Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc giai đoạn 2012–2020. Thúc đẩy sản xuất và tăng cường giám sát chất lượng thuốc đông y và thuốc sản xuất từ dược liệu với 872 cơ sở bán buôn bán lẻ đã được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh. Phối hợp với Bộ Tài chính đề xuất giải pháp hỗ trợ chính sách thuế; hoàn thiện Thông tư quy định việc cấp giấy phép lưu hành và giấy chứng nhận lưu hành tự do (CFS) đối với sản phẩm trang thiết bị y tế sản xuất trong nước. Đã quan tâm đầu tư xây mới, cải tạo, nâng cấp nhiều cơ sở y tế các tuyến và đạt được nhiều tiến bộ trong xử lý chất thải y tế độc hại ở các tuyến.

Khó khăn, hạn chế

Thuốc nội vẫn chiếm tỷ trọng thấp về giá trị (chỉ 47%), khó đạt kế hoạch đề ra (60%); chưa chủ động được nguồn thuốc ARV. Tiếp cận thuốc ở vùng sâu, vùng xa, vùng biên đảo vẫn còn khó khăn. Chưa kiểm soát được giá thuốc. Quy định đấu thầu mua thuốc vẫn còn bất cập do chưa cân bằng giữa yếu tố giá cả và chất lượng. Chưa xây dựng được mô hình đấu thầu thuốc tập trung quốc gia. Chênh lệch giá thuốc biệt dược so với giá quốc tế vẫn còn cao, giá trúng thầu cùng một loại thuốc ở các bệnh viện rất khác nhau. Hệ thống giám sát chất lượng thuốc còn mỏng. Việc tuân thủ các quy chế, quy định của nhân viên y tế chưa cao. Các giải pháp tăng cường sử dụng thuốc hợp lý chưa được triển khai đồng bộ và đánh giá thường xuyên, kết quả chuyển biến chậm. Tình trạng bán thuốc không theo đơn còn diễn ra phổ biến, tỷ lệ sử dụng kháng sinh còn cao. Quản lý nguồn gốc và chất lượng thuốc đông y và thuốc từ dược liệu còn gặp nhiều khó khăn. Chậm triển khai đánh giá thực trạng, nhu cầu và xây dựng danh mục TTB y tế cho các tuyến. Các giải pháp ưu tiên, khuyến khích sản xuất, sử dụng TTB sản xuất trong nước chưa hiệu quả. Chưa triển khai đánh giá công nghệ y tế.

2.5. Thông tin y tế

Kết quả, tiến bộ

Bộ Y tế đã thành lập Cục Công nghệ thông tin, Phòng Thống kê y tế trực thuộc Vụ Kế hoạch - Tài chính, Trung tâm Tích hợp dữ liệu, Trung tâm ứng dụng công nghệ thông tin y tế; ban hành Chỉ thị 07/CT-BYT về tăng cường công tác thông tin thống kê y tế, giao Vụ Kế hoạch - Tài chính là đầu mối duy nhất ban hành biểu mẫu báo cáo tại các tuyến. Đang xây dựng bản kiến trúc và quy hoạch tổng thể về hệ thống thông tin y tế và tiến hành rà soát, cập nhật, hoàn thiện hệ thống chỉ số y tế cơ bản ở các tuyến, góp phần giảm quá tải về số lượng biểu mẫu tuyến y tế cơ sở. Đã biên soạn được một số sản phẩm thống kê quan trọng như Niên giám thống kê, Báo cáo tổng quan ngành y tế, Báo cáo thực hiện Mục tiêu Thiên niên kỷ ngành y tế, Tài khoản y tế quốc gia, ... Cải tiến và đa dạng hóa hình thức phổ biến thông tin, thực hiện việc cung cấp số liệu và phổ biến thông tin trên các trang web của WHO và một số tổ chức quốc tế khác. Đang xây dựng và chuẩn hóa tài liệu đào tạo cho cán bộ làm công tác thông tin thống kê. Hoàn thiện trang web của Bộ Y tế và của các đơn vị quản lý nhà nước về y tế; xây dựng và thử nghiệm hệ thống đăng ký cấp chứng chỉ hành nghề y qua mạng.

Khó khăn, hạn chế

Kế hoạch phát triển Hệ thống thông tin y tế đến năm 2020 tầm nhìn 2030 vẫn chưa được hoàn thiện. Thiếu quy định về phổ biến số liệu. Thông tin y tế chưa được cung cấp kịp thời và đầy đủ, thiếu thông tin từ các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế thuộc các bộ ngành khác. Các nguồn số liệu khác nhau thường cho kết quả khác nhau. Một số cuộc điều tra, phân tích

sâu chưa thực hiện được do thiếu kinh phí. Hầu hết các chỉ số thống kê đều dựa trên báo cáo định kỳ nên số liệu còn thiếu chính xác, không sẵn có. Nhân lực thông tin thống kê ở tất cả các tuyến còn thiếu, yếu và không ổn định. Cơ sở dữ liệu của các tuyến còn nghèo nàn, chưa có sự kết nối và đồng nhất số liệu từ các nguồn khác nhau. Chưa quy định được danh mục chỉ số dùng chung trong ngành y tế, các phần mềm quản lý KCB chưa liên thông với cơ quan BHXH.

2.6. Cung ứng dịch vụ y tế dự phòng

Kết quả, tiến bộ

Hầu hết các địa phương đã ổn định tổ chức. Ở tuyến tỉnh đã có 63 trung tâm YTDP tỉnh, 63 Chi cục DS-KHHGD, 62 trung tâm phòng chống HIV/AIDS, 20 Chi cục ATVSTP và các trung tâm chuyên khoa Nội tiết, Lao, phòng chống bệnh xã hội. Trung tâm y tế huyện với 15% cán bộ có trình độ đại học trở lên, trên 80% cán bộ được đào tạo chuyên môn về YTDP được giao quản lý hoạt động của TYT xã (55/63 tỉnh, thành phố). 74,1% số TYT xã đạt chuẩn quốc gia cũ hoặc tiêu chí quốc gia mới về y tế xã. Đang tập trung củng cố mạng lưới y tế vùng biên, đảo.

Cơ bản kiểm soát tốt bệnh dịch, không để xảy ra dịch lớn. Duy trì tỷ lệ tiêm chủng cao và bảo vệ các thành quả của TCMR như thanh toán bại liệt, loại trừ uốn ván sơ sinh, sởi. Đạt kế hoạch tất cả các chỉ tiêu về phòng chống lao và hầu hết các các chỉ tiêu về phòng chống HIV/AIDS. Chương trình phòng chống lao bao phủ 100% lãnh thổ, giảm tỷ lệ mắc còn 225/100 000 dân (2011); chữa khỏi cho 92% số bệnh nhân lao mới được phát hiện hằng năm. Giảm dần số trường hợp mắc và chết do HIV/AIDS hằng năm từ 2008.

Các chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm được mở rộng cả về phạm vi bao phủ, đối tượng được sàng lọc, quản lý điều trị. Chương trình phòng chống tăng huyết áp đã hoàn thành vượt mức kế hoạch truyền thông; quản lý điều trị cho 58,3% số bệnh nhân được phát hiện (chỉ tiêu là 50%). Xây dựng mạng lưới tổ chức chương trình phòng chống đái tháo đường, triển khai sàng lọc 1 443 438 đối tượng (1,6% dân số) ở 18,5% tổng số xã trên toàn quốc. Triển khai có hiệu quả việc kiểm soát các bệnh gây mù có thể phòng chữa được theo Kế hoạch quốc gia phòng chống mù lòa giai đoạn 2009-2013. Thành lập Ban quản lý dự án phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản tại 10 tỉnh phía Bắc, khám sàng lọc cho 48 395 người và phát hiện 3575 bệnh nhân.

Đã ban hành 50 quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về ATTP, 35 TCVN về phương pháp thử và xây dựng hệ thống chứng nhận hợp quy cho 2 đơn vị có chức năng kiểm nghiệm VSATTP. Giảm số vụ ngộ độc tập thể và số ca ngộ độc so với các năm trước.

Đạt và vượt kế hoạch các chỉ tiêu sức khỏe bà mẹ và chăm sóc thai sản năm 2012 như sàng lọc trước sinh và sơ sinh, số người mới sử dụng các BPTT, quản lý và chăm sóc thai sản. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi ước tính là 16,2%, giảm 0,6% so với năm 2011, vượt chỉ tiêu Quốc hội giao. Bộ Y tế đang hoàn thiện và trình phê duyệt 5 gói can thiệp y tế tối thiểu về sức khỏe bà mẹ, trẻ em.

Khó khăn, hạn chế

Mô hình tổ chức YTDP còn thiếu sự gắn kết YTDP với điều trị và chưa bảo đảm tính liên tục và toàn diện trong CSSK. Đầu tư cả về kinh phí và cơ sở vật chất cho các cơ sở YTDP còn hạn chế, chưa tương xứng nhu cầu. Hệ thống thông tin y tế còn nghèo nàn, chưa đồng bộ và chưa được sử dụng hiệu quả trong lập kế hoạch. Việc quản lý các chương trình mục tiêu quốc gia còn theo ngành dọc, thiếu sự phối kết hợp trong quản lý, chỉ đạo, thực hiện và phối hợp liên ngành. Phòng chống dịch bệnh chỉ đạt 88% các chỉ tiêu; một số bệnh như

lao, sốt xuất huyết, tay chân miệng chưa được kiểm soát tốt. Chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm chưa đạt được phần lớn các chỉ tiêu kế hoạch về xây dựng mạng lưới tổ chức, đào tạo nhân lực, sàng lọc phát hiện, quản lý đối tượng tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ). Kết quả chương trình VSAPTP chưa bền vững, đặc biệt là kiểm soát các chỉ tiêu an toàn thực phẩm và tình trạng ngộ độc thực phẩm. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai chung giảm từ 78,2% năm 2011 xuống còn 76,2% năm 2012, tỷ suất sinh thô tăng tương ứng từ 16,6‰ lên 16,9‰ năm 2012, không đạt mục tiêu giảm tỷ lệ sinh 0,1‰. Tỷ lệ tăng dân số và quy mô dân số cao so với mục tiêu, tỷ số giới tính khi sinh tiếp tục tăng. Một số chỉ tiêu DS-KHHGD và CSSKSS vẫn chưa được kiểm soát tốt ở một số khu vực, địa phương như giảm tỷ lệ sinh, cung cấp các biện pháp tránh thai ở miền núi, biên giới, hải đảo.

2.7. Cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh

Kết quả, tiến bộ

Đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013-2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Bộ Y tế cũng đã phê duyệt Đề án bệnh viện vệ tinh và Đề án Bác sĩ gia đình. Năm 2012, cả nước đã tăng thêm 14 269 giường bệnh kế hoạch đạt tỷ lệ 22,4 giường trên 10 000, tăng 1,4 giường so với năm 2011. Số lượt khám bệnh và điều trị nội trú tăng lần lượt 6,8 và 6,0%; số ngày điều trị trung bình giảm nhẹ từ 7,1 xuống 7,0. Công suất sử dụng giường bệnh chung các tuyến giảm từ 100,5% xuống còn 99,4%.

Tiếp tục thực hiện quy hoạch mạng lưới bệnh viện theo Quyết định 30/2008/QĐ-TTg và đang hoàn thiện quy hoạch phát triển ngành y tế. Triển khai các đề án nâng cấp cơ sở vật chất, TTB, chủ yếu ở tuyến y tế cơ sở. Gắn đầu tư nâng cấp các TYT xã đạt tiêu chí quốc gia với Chương trình mục tiêu quốc gia Xây dựng nông thôn mới. Thực hiện các biện pháp tăng cường năng lực cán bộ y tế, quy định chức năng nhiệm vụ của y tế thôn bản. Năm 2012 đã cấp phép cho 5 bệnh viện tư nhân mới, cấp 45 415 chứng chỉ hành nghề và cấp giấy phép hoạt động cho 3000 đơn vị (16% kế hoạch đến năm 2015).

Triển khai Chỉ thị số 05/CT-BYT về nâng cao chất lượng dịch vụ KCB; ban hành các thông tư hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ KCB, hướng dẫn quản lý chất lượng xét nghiệm và triển khai đào tạo đội ngũ giảng viên về quản lý chất lượng xét nghiệm.

Bộ Y tế đã ban hành nhiều tiêu chuẩn chuyên môn trong lĩnh vực KCB; đang xây dựng quy định về quy trình KCB và quy định chuyển tuyến; cập nhật bổ sung hơn 1000 quy trình kỹ thuật trong KCB, đang nghiệm thu 2000 quy trình kỹ thuật mới. Xây dựng và thí điểm hàng trăm quy trình hướng dẫn KCB ở tuyến xã trong năm 2013.

Khó khăn, hạn chế

Số giường bệnh tăng chưa theo kịp sự gia tăng về số lượt khám và điều trị nên tình trạng quá tải vẫn chưa được cải thiện đáng kể. Công suất sử dụng giường bệnh tuyến trung ương còn cao, đặc biệt ở chuyên khoa ung bướu, nhi, tim mạch, phụ sản, nội tiết. Văn bản quy định về điều chỉnh phân tuyến, chuyển tuyến kỹ thuật chưa được ban hành. Cơ chế KCB theo yêu cầu chưa được hướng dẫn cụ thể. Quy định về chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế tuyến huyện còn nhiều bất cập. Điều kiện bảo đảm hoạt động ở tuyến dưới (nhân lực, TTB, cơ sở hạ tầng) còn gặp khó khăn.

Chất lượng dịch vụ chưa đáp ứng yêu cầu. Các văn bản quy phạm pháp luật, công cụ chính sách về chất lượng dịch vụ y tế chưa hoàn thiện; quy chế bệnh viện từ năm 1997 chưa được sửa chữa, bổ sung. Chưa triển khai việc kiểm định chất lượng KCB.

Nhiều dịch vụ kỹ thuật và hướng dẫn chuyên môn còn thiếu và chưa được cập nhật thường xuyên, thiếu cơ chế tham gia của hội chuyên ngành. Thiếu các tiêu chí đánh giá chất lượng, hiệu quả. Hoạt động kiểm tra giám sát còn hạn chế, thiếu hệ thống giám sát mang tính chất dự phòng. Thiếu thông tin thường quy cho các chỉ số theo dõi, đánh giá.

Hệ thống quản lý và cấp chứng chỉ hành nghề chưa hoàn thiện: còn thiếu một số văn bản liên quan đến định chỉ một phần hoặc toàn bộ, thu hồi chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động; tiến độ cấp phép, cấp chứng chỉ hành nghề còn chậm.

3. Tình hình thực hiện các chỉ tiêu của Kế hoạch 5 năm 2011–2015

Kế hoạch 5 năm của ngành y tế đặt ra 19 chỉ tiêu được chia thành 3 nhóm chính.

Bốn trong số 6 chỉ tiêu thuộc nhóm đầu vào đều đạt và vượt mức kế hoạch năm 2012. Cụ thể là số bác sĩ đạt 7,46/10 000 dân (KH: 7,4); số được sĩ đại học năm 2011 là 1,92/10 000 dân (KH: 1,4); tỷ lệ xã có bác sĩ là 76,0% (KH: 74%); số giường bệnh trên 10 000 dân (không kể TYT xã) đạt 24,3 (KH: 21,5). Vẫn còn 2 chỉ tiêu chưa đạt là tỷ lệ xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi 93,4% (KH: >95%) và tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế hoạt động tính chung chỉ đạt 81,2% (KH: 90%).

Hai trong ba chỉ tiêu hoạt động đã vượt kế hoạch đề ra là tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ 7 loại vắc-xin năm 2010 và 8 loại vắc-xin năm 2011-2012 và tỷ lệ dân số tham gia BHYT (66,8% so với kế hoạch 66,0%). Riêng chỉ tiêu tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã chưa đánh giá được do từ năm 2011 mới bắt đầu áp dụng Bộ tiêu chí mới với yêu cầu cao hơn nên chưa có đủ thông tin để đánh giá.

Trong 10 chỉ tiêu đầu ra có 2 chỉ tiêu đạt kế hoạch 2012, là: tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng 0,24% (KH: <0,3%); tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi 16,2% (KH: 16,6%). Có 7 chỉ tiêu chưa đạt kế hoạch gồm tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi 15,4/1000 trẻ đẻ sống (KH: 15,3) và dưới 5 tuổi 23,2‰ (KH: 23,0); tuổi thọ trung bình năm 2012 là 73 tuổi (KH: 73,4); tỷ số giới tính khi sinh là 112,3 (KH: 112); tỷ lệ sinh tăng 0,3‰ (KH: giảm 0,1‰); tốc độ tăng dân số 1,06% (KH: 0,99%); quy mô dân số 88,77 triệu (KH: 88,67 triệu). Còn thiếu số liệu để đánh giá tiến độ giảm tỷ số tử vong mẹ, ước tính năm 2009 ở mức 69/100 000 trẻ đẻ sống (KH 2012: 66). (Phụ lục 1).

4. Tình hình thực hiện các Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ về y tế

Việt Nam đã có tiến bộ đáng kể trong việc thực hiện các mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ (MDGs) liên quan đến sức khỏe song một số mục tiêu vẫn cần tiếp tục nỗ lực.

MDG 1: Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi năm 2012 (16,2%) đã giảm được 60% so với năm 1990 (41%), vượt mục tiêu đề ra cho năm 2015 (giảm 50% so với năm 1990). Tuy nhiên, tại một số vùng như Tây Nguyên, tỷ lệ SDD còn ở mức 25,0% cuối năm 2012 so với mục tiêu của vùng là 23,5% vào năm 2015.

MDG 4: Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi trên 1000 trẻ đẻ sống đã giảm từ 44,4 năm 1990 xuống còn 15,4 năm 2012; có khả năng giảm thêm 0,6‰ để đạt mục tiêu đúng hạn cho năm 2015. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm từ 58‰ năm 1990 xuống 23,2‰ vào năm 2012. Nếu vẫn giữ nguyên mức độ giảm (0,4‰/năm) trong những năm gần đây, Việt Nam sẽ khó giảm được thêm 3,9‰ để đạt được mục tiêu đề ra cho năm 2015. Để đạt mục tiêu đòi hỏi nỗ lực lớn, tập trung vào các vùng có tỷ suất tử vong trẻ em cao và các nguyên nhân gây tử vong trẻ em như tai nạn, tử vong chu sinh và sơ sinh.

Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm phòng sởi đã tăng từ 55% năm 1990 lên 95,6% năm 2008 và duy trì tỷ lệ trên 95% đến năm 2012, đạt chỉ tiêu kế hoạch. Tuy nhiên, theo số liệu của báo cáo MICS 2011, tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm phòng sởi mới chỉ đạt 84%, đồng nghĩa với việc Việt Nam chưa đạt được chỉ tiêu này. Cần tăng cường các hoạt động ghi chép việc tiêm chủng rõ ràng và tăng hiểu biết của người mẹ về tiêm chủng.

MDG 5: Tỷ số tử vong mẹ đã giảm đáng kể, từ 233/100 000 trẻ đẻ sống năm 1990 xuống còn 80 năm 2005 và 69 năm 2009. Với mức giảm như trong những năm gần đây, rất khó đạt được mục tiêu, trừ khi có nỗ lực và đột phá. Tỷ lệ phụ nữ được khám thai 3 lần trở lên tăng đều từ 84,6% năm 2005 lên 87,7% năm 2009. Từ năm 2010, tỷ lệ này được thay thế bằng tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai trên 3 lần trong 3 thời kỳ, ước đạt cho năm 2012 là 89,4%. Tỷ lệ các ca sinh được hỗ trợ của cán bộ y tế duy trì trên 97% từ năm 2010 đến nay. Tuy nhiên, theo số liệu Điều tra MICS, tỷ lệ này chỉ đạt 92,9%. Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ chỉ mới đạt 76,2% năm 2012 và phải rất nỗ lực mới có thể đạt được chỉ tiêu 82% vào năm 2015. Năm 2011, vẫn còn 4,3% phụ nữ có nhu cầu KHHGD chưa được đáp ứng.

MDG 6A: Việt Nam vẫn duy trì tỷ lệ nhiễm HIV thấp dưới 0,3% dân số và không tăng đến năm 2012. Năm 2011, tỷ lệ nhiễm trong nhóm người tiêm chích giảm còn 13,4%. Nếu giữ được thành quả hiện tại, chỉ tiêu 80% các đối tượng sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục nguy cơ cao gần đây nhất có thể đạt được.

MDG 6B: Chương trình điều trị ARV bắt đầu từ 2000, mở rộng toàn quốc từ 2005 và đến năm 2012 đã đáp ứng được nhu cầu của 68,3% bệnh nhân người lớn và 81,3% bệnh nhi. Việc duy trì kết quả này là một thách thức thật sự khi nguồn tài trợ bị cắt giảm.

MDG 6C: Năm 2012, tỷ lệ mắc sốt rét đã giảm xuống còn 49/100 000 dân và tỷ lệ tử vong do sốt rét còn 0,01/100 000 dân, giảm lần lượt 49% và 68% so với năm 2000.

MDG 6D: Bộ Y tế ước tính, năm 2011 Việt Nam đã giảm được 62% tỷ lệ hiện mắc và tử vong do bệnh lao so với năm 1990 và giảm được 40% tỷ lệ hiện mắc và 38% tỷ lệ tử vong so với năm 2000. Tuy nhiên theo LHQ, đến năm 2011 Việt Nam chỉ mới giảm được 20% tỷ lệ hiện mắc và 28% tỷ lệ tử vong do lao so với năm 1990 và cần nỗ lực mới có thể đạt được mục tiêu giảm 50% tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh lao vào năm 2015.

MDG 7: Theo báo cáo JMP, Việt Nam đã đạt MDG 7 cả về lĩnh vực nước sạch và vệ sinh vào năm 2011. Tuy nhiên, vẫn còn 19,5 triệu người chưa được sử dụng hố xí hợp vệ sinh và 7,1 triệu người chưa sử dụng nguồn nước uống hợp vệ sinh.

Thiếu các nguồn số liệu thống kê đồng bộ, các dữ liệu và bằng chứng đáng tin cậy gây khó khăn cho việc đánh giá kết quả thực hiện các MDGs. Nhìn chung, bên cạnh những thành công đã đạt được vẫn còn những thách thức về đảm bảo cộng đồng trong CSSK. Ở cấp quốc gia, 4 mục tiêu cần được ưu tiên hiện nay là: i) khả năng tiếp cận với dịch vụ điều trị HIV; ii) tử vong bà mẹ và trẻ em dưới 5 tuổi tại khu vực miền núi và vùng dân tộc thiểu số; iii) nhu cầu KHHGD chưa được đáp ứng của nhóm phụ nữ di cư, người độc thân, thanh thiếu niên tại các vùng núi, đói nghèo; iv) phát hiện và điều trị khỏi bệnh lao; và iv) khả năng tiếp cận với điều kiện vệ sinh tốt hơn tại vùng núi/nông thôn.

PHẦN HAI: BAO PHỦ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TOÀN DÂN

Chương II. Khung lý thuyết và các khái niệm liên quan

1. Quan niệm về “bao phủ CSSK toàn dân”

Báo cáo đã phân tích các văn bản và tài liệu nghiên cứu gần đây liên quan đến bao phủ CSSK toàn dân, trong đó đặc biệt lưu ý quan niệm của LHQ, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Ngân hàng thế giới (WB): "*Bao phủ CSSK toàn dân có nghĩa là tất cả mọi người dân đều được tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản về nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, phục hồi chức năng và các loại thuốc thiết yếu, an toàn, bảo đảm chất lượng, với mức giá có thể chi trả được, bảo đảm người sử dụng dịch vụ, đặc biệt là người nghèo và các đối tượng thiệt thòi, không phải đối mặt với khó khăn về tài chính.*"

Thực hiện bao phủ CSSK toàn dân là một quá trình cần có *sự tăng tiến* về nhiều mặt: sự sẵn có các dịch vụ y tế; các điều kiện để cung cấp dịch vụ có chất lượng và hiệu quả; tỷ lệ dân số được bao phủ; mức độ bảo vệ tài chính khi sử dụng dịch vụ y tế. Mục tiêu của bao phủ CSSK toàn dân không chỉ là đạt được một gói dịch vụ tối thiểu cố định. Đây là một quá trình hoàn thiện liên tục và không có điểm “hoàn thành”.

2. Những yêu cầu cơ bản nhằm mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân

Để thực hiện *bao phủ CSSK toàn dân*, cần có một hệ thống y tế “nhạy bén, có tính đáp ứng cao, cung cấp dịch vụ CSSKBD một cách toàn diện, bao phủ toàn bộ các khu vực địa lý, kể cả vùng xa và nông thôn, quan tâm đặc biệt tới khả năng tiếp cận của những nhóm dân cư có nhu cầu lớn nhất, với nguồn nhân lực y tế có kỹ năng phù hợp, được đào tạo tốt và có tâm lòng nhân ái, có năng lực thực hiện các giải pháp y tế công cộng (YTCC), bảo vệ sức khỏe, giải quyết các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe thông qua các chính sách liên ngành, bao gồm việc nâng cao hiểu biết của người dân về sức khỏe”.

Trước hết cần nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKBD, bao phủ toàn bộ các khu vực địa lý, đặc biệt quan tâm tới các nhóm dân cư yếu thế. Đầu tư phát triển mạng lưới CSSKBD để mọi người dân dễ dàng tiếp cận được các dịch vụ y tế không tốn kém là một yếu tố cơ bản tiến tới bao phủ CSSK toàn dân.

Thuốc, dịch vụ, vật tư y tế cần được lựa chọn đáp ứng yêu cầu điều trị, bảo đảm hiệu quả chi phí, với mức chi phí phù hợp với khả năng của NSNN, quỹ BHYT và khả năng chi trả/cùng chi trả của người dân.

Hệ thống y tế làm tốt bao phủ CSSK toàn dân phải *khống chế được sự gia tăng chi phí* bằng các chương trình YTDP có hiệu quả, chẩn đoán sớm và giải quyết bệnh tật tại gia đình và cộng đồng; có chính sách kiểm soát được giá cả và mức phí, điều chỉnh được xu hướng của người cung ứng dịch vụ, khuyến khích sử dụng thuốc gốc, sử dụng hợp lý công nghệ y tế đắt tiền, hạn chế chi định quá mức các dịch vụ y tế.

Bao phủ CSSK toàn dân không thể đạt được nếu chỉ có sự cố gắng của riêng ngành y tế mà đòi hỏi quyết tâm, cam kết chính trị của Chính phủ và sự tham gia của toàn xã hội.;

3. Lựa chọn cơ chế tài chính y tế cho mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân

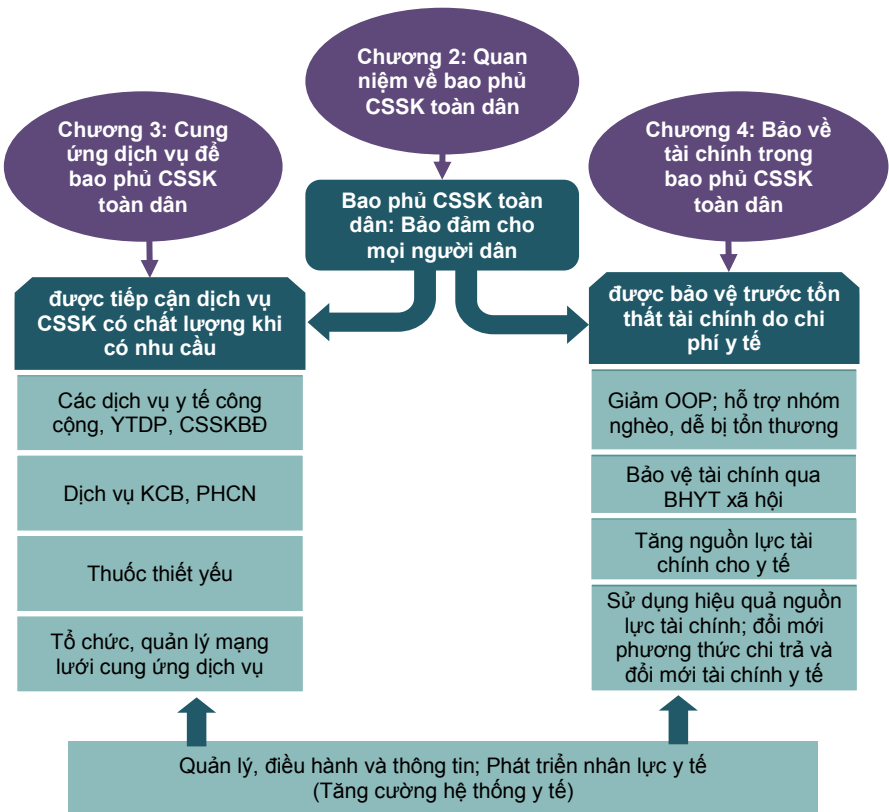
Cơ chế tài chính y tế trong bao phủ toàn dân cần đạt được 4 mục tiêu i) Bảo đảm công bằng; ii) Bảo vệ về tài chính; iii) Hiệu quả chi phí; iv) Bao phủ được toàn bộ khu vực lao động phi chính thức.

Có hai cơ chế tài chính phù hợp với bao phủ CSSK toàn dân, đó là dựa trên thuế và dựa trên BHYT xã hội. Các nước phát triển đều dùng NSNN để trang trải chi phí y tế cho người không có khả năng đóng góp. Hầu hết các nước đang phát triển thực hiện thành công bao phủ CSSK toàn dân cũng sử dụng ngân NSNN, thay vì áp dụng BHYT xã hội, để bao phủ khu vực phi chính thức.

Để sử dụng nguồn lực tài chính có hiệu quả, cần làm tốt việc *mua sắm chiến lược*, nâng cao hiệu suất của hệ thống y tế thông qua: i) Lựa chọn dịch vụ đáp ứng nhu cầu và mong muốn của người dân dựa trên bằng chứng về tính an toàn, chi phí - hiệu quả và phù hợp với ưu tiên của hệ thống y tế quốc gia; ii) Lựa chọn phương thức chi trả nhằm khuyến khích sử dụng nguồn lực tài chính có hiệu quả nhất; iii) Lựa chọn nhà cung ứng dịch vụ trên cơ sở chất lượng và hiệu suất của nhà cung ứng.

4. Khung phân tích được sử dụng trong báo cáo

Hình 1: Khung phân tích sử dụng trong báo cáo



Khung phân tích về bao phủ CSSK toàn dân trong báo cáo này được cấu trúc dựa trên quan niệm về các mục tiêu cơ bản của bao phủ CSSK toàn dân, đó là: *Bảo đảm cho mọi*

người dân (toàn dân, chứ không chỉ một phần dân số): i) Được tiếp cận dịch vụ CSSK có chất lượng khi có nhu cầu và ii) Được bảo vệ trước tổn thất tài chính do chi phí y tế.

Trong khi phân tích thực trạng và khuyến nghị các giải pháp, báo cáo sẽ chú trọng vận dụng quan niệm cho rằng để thực hiện mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân phải có một hệ thống y tế hoạt động tốt, để tiếp cận, với vai trò trung tâm của nhà nước.

Chương III. Bao phủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe

1. Khái niệm và định hướng chính sách

1.1. Khái niệm

Bao phủ CSSK toàn dân là bảo đảm cho tất cả mọi người dân khi cần đều có thể sử dụng các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị và phục hồi chức năng có chất lượng và hiệu quả mà không gặp phải khó khăn tài chính. Để thực hiện bao phủ CSSK, nhiều nước đã ưu tiên phát triển các dịch vụ CSSK cơ bản nhằm tập trung nguồn lực hạn hẹp vào các dịch vụ y tế có thể mang lại hiệu quả đầu tư cao nhất.

Dịch vụ CSSK cơ bản (còn gọi là gói dịch vụ CSSK *thiết yếu*, hay *tối thiểu*, hay *gói lợi ích*) là những dịch vụ thiết yếu được xác định dựa trên những định hướng ưu tiên trong hệ thống y tế của một quốc gia cũng như tính sẵn có của nguồn lực. Dịch vụ CSSK thiết yếu cần bao gồm cả các dịch vụ YTCC và dịch vụ lâm sàng. Với các dịch vụ YTCC, cần chú trọng tới những dịch vụ thúc đẩy sự thay đổi hành vi con người cũng như kiểm soát rủi ro về môi trường và các dịch vụ phòng bệnh. Với dịch vụ lâm sàng, thông thường là các dịch vụ KCB ban đầu hoặc các dịch vụ được xác định riêng cho từng tuyến dựa vào năng lực chẩn đoán và điều trị của cơ sở y tế từng tuyến.

Cung ứng dịch vụ CSSK cơ bản thường gắn chặt với các khái niệm YTDP, YTCC và CSSKBD với mục tiêu chung là nâng cao sức khỏe và chất lượng sống, giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh của cộng đồng. Đầu tư cho YTDP, YTCC, CSSKBD là chiến lược cải thiện sức khỏe cộng đồng hiệu quả với chi phí thấp, và là con đường tối ưu để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân.

1.2. Định hướng chính sách

Đại hội đồng LHQ đã chỉ rõ, để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân hiệu quả và bền vững, cần có một hệ thống y tế *“nhạy bén, có tính đáp ứng cao, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu một cách toàn diện...”*.

Theo WHO, để bao phủ CSSK toàn dân, cần phải xác định các dịch vụ y tế cơ bản, nhằm khẳng định nội dung ưu tiên về CSSK của quốc gia trong điều kiện nguồn lực còn hạn hẹp. Cần hợp nhất các dịch vụ y tế cơ bản và cung cấp các dịch vụ đó một cách toàn diện và tích hợp, lồng ghép, dựa trên CSSKBD.

Nghị quyết số 15-NQ/TW của Ban Chấp hành Trung ương khoá XI về một số vấn đề về chính sách xã hội giai đoạn 2012 - 2020 nêu rõ mục tiêu *“Bảo đảm y tế tối thiểu”*, trong đó có một số nội dung liên quan đến các dịch vụ y tế cơ bản như: cải thiện dịch vụ CSSK nhân dân ở tuyến cơ sở, ưu tiên các huyện nghèo, xã nghèo, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số; nâng cao chất lượng công tác CSSK bà mẹ và trẻ em; đến năm 2020, trên 90% trẻ dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ; dưới 10% trẻ dưới 5 tuổi bị SDD thể nhẹ cân; đẩy mạnh thực hiện Chương trình phòng, chống lao quốc gia...

Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030 nêu rõ quan điểm "*bảo đảm mọi người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm người dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ CSSK cơ bản có chất lượng*".

2. Bao phủ dịch vụ YTDP, CSSKBĐ và DS-KHHGD

2.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Mạng lưới YTDP tuyến tỉnh ở hầu hết các địa phương đã được ổn định về tổ chức; tất cả các tỉnh đều có trung tâm YTDP tỉnh. Tại tuyến huyện hầu hết các tỉnh đã thành lập các TTYT huyện thực hiện chức năng YTDP và quản lý TYT xã. Năm 2013, Đề án phát triển y tế biển, đảo đến năm 2020 đã được Chính phủ phê duyệt với mục tiêu tăng cường năng lực cho mạng lưới y tế, phát triển nguồn nhân lực y tế cả về số lượng và chất lượng và phù hợp với đặc thù hoạt động bảo vệ, CSSK ở khu vực biên đảo. Các chương trình mục tiêu quốc gia hiện vẫn đang tiếp tục được đầu tư tài chính từ nguồn NSNN.

Phòng chống các bệnh truyền nhiễm: Kiểm soát tốt các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, không để các vụ dịch lớn xảy ra; duy trì tỷ lệ tiêm chủng cao trên 90% và bảo vệ thành quả của chương trình tiêm chủng mở rộng. Chương trình phòng chống lao bao phủ toàn quốc, giảm tỷ lệ mới mắc lao (1,7%/năm với lao phổi AFB (+) và 0,8%/năm với các thể lao khác); điều trị khỏi cho trên 90% bệnh nhân lao mới và trên 80% bệnh nhân tái phát bằng chiến lược DOTS. Mở rộng bao phủ các hoạt động truyền thông, tư vấn, xét nghiệm sàng lọc, dự phòng, can thiệp giảm thiểu tác hại và điều trị ARV.

Phòng chống bệnh không lây nhiễm: Đã xây dựng và từng bước mở rộng mạng lưới tổ chức chương trình phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường; thực hiện khám sàng lọc, phát hiện và quản lý điều trị cho trên 41 000 bệnh nhân tăng huyết áp; sàng lọc đái tháo đường cho 1,6% dân số. Chương trình phòng chống bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn bắt đầu được triển khai ở một số tỉnh, thành phố.

Chương trình mục tiêu quốc gia VSATTP: Giảm số vụ ngộ độc thực phẩm tập thể và số ca ngộ độc so với các năm trước. Thành lập Ban chỉ đạo liên ngành về VSATTP ở tất cả các tỉnh, thành phố. Đã có 25 phòng kiểm nghiệm VSATTP đạt chuẩn ISO/IEC 17025:2005; xây dựng được 50 quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về VSATTP; xây dựng hệ thống chứng nhận hợp quy cho 2 đơn vị có chức năng kiểm nghiệm VSATTP.

Công tác quản lý môi trường y tế, sức khỏe lao động: Triển khai Đề án tổng thể xử lý chất thải y tế giai đoạn 2011–2015, định hướng đến năm 2020; đã xử lý triệt để 58,3% số cơ sở gây ô nhiễm nghiêm trọng. Thực hiện truyền thông phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân, chương trình mục tiêu Quốc gia Nước sạch và VSMT nông thôn; chương trình Quốc gia về an toàn vệ sinh lao động; triển khai dự án phòng chống bệnh nghề nghiệp; hướng dẫn cấp phép vận chuyển hàng hóa nguy hiểm là hóa chất diệt côn trùng, diệt khuẩn dùng trong lĩnh vực gia dụng và y tế.

Công tác DS-KHHGD và CSSKSS, dinh dưỡng: cung cấp dịch vụ bao phủ hầu hết các địa phương toàn quốc. Đạt và vượt chỉ tiêu kế hoạch năm 2012 về sàng lọc trước sinh và sơ sinh, số người mới sử dụng các biện pháp tránh thai, tỷ lệ quản lý thai, số lần khám thai trung bình, tỷ số phá thai. Gần 90% phụ nữ sinh con được khám thai ≥ 3 lần trong 3 thời kỳ; trên

90% được cán bộ y tế hỗ trợ khi sinh và được chăm sóc tại nhà sau sinh. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm còn 16,3%.

Các can thiệp nâng cao sức khỏe khác: Luật phòng chống tác hại thuốc lá đã được Quốc hội phê duyệt và có hiệu lực, Bộ Y tế đang biên soạn các văn bản quy định dưới Luật và đang trong quá trình hoàn thiện Luật phòng chống lạm dụng rượu bia.

Khó khăn, hạn chế

Thiếu sự gắn kết và lồng ghép giữa các chương trình y tế, giữa các đơn vị YTDP với nhau và với các đơn vị KCB và giữa các tuyến y tế với nhau. Mô hình tổ chức các đơn vị chuyên môn thuộc hệ YTDP, mạng lưới y tế cơ sở và tuyến CSSKBĐ bị phân tán, gây khó khăn trong quản lý, chỉ đạo và thực hiện cung ứng các dịch vụ.

Năng lực của hệ thống YTDP và tuyến y tế cơ sở còn hạn chế trong khi các điều kiện hỗ trợ còn gặp nhiều khó khăn cả trong chính sách đầu tư lẫn cơ chế tài chính, kinh phí hoạt động, cơ sở vật chất, trang thiết bị, công tác đào tạo, chính sách thu hút, đãi ngộ. Chưa có chính sách khuyến khích sự tham gia đầu tư của tư nhân trong lĩnh vực YTDP.

Hệ thống thông tin giám sát, kiểm soát bệnh dịch chưa thống nhất toàn quốc và chưa được được tin học hóa. Chưa có được hệ thống cơ sở dữ liệu dịch tễ học và hệ thống quản lý, xử lý thông tin giúp theo dõi, kiểm soát bệnh tật và các yếu tố nguy cơ.

Đầu tư cho hoạt động phòng chống các bệnh không lây nhiễm chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật, chưa thống nhất trong quản lý các yếu tố nguy cơ, các hoạt động chưa dựa trên tính hiệu quả chi phí. Bệnh tay chân miệng và sốt xuất huyết vẫn chưa được kiểm soát hiệu quả, gánh nặng bệnh lao vẫn còn cao. Vẫn còn sự khác biệt lớn giữa các vùng miền về các chỉ số sức khỏe bà mẹ trẻ em, DS-KHHGD như tử vong mẹ, sinh con ở tuổi vị thành niên sinh, sử dụng các BPTT và nhu cầu KHHGD không được đáp ứng, phụ nữ sinh con được cán bộ y tế hỗ trợ và sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh.

2.2. Các vấn đề ưu tiên

- Công tác dự phòng chưa được quản lý thống nhất, chưa được đầu tư tương xứng với gánh nặng bệnh tật và các yếu tố nguy cơ trên cơ sở tính hiệu quả chi phí.
- Mô hình tổ chức quản lý, cung ứng dịch vụ YTDP còn nhiều bất cập, thiếu sự lồng ghép, gắn kết.
- Năng lực cung ứng dịch vụ YTDP và CSSK ban đầu còn hạn chế do thiếu đầu tư và thiếu cơ chế khuyến khích hợp lý.
- Can thiệp cải thiện môi trường, hạn chế các yếu tố nguy cơ và nâng cao sức khỏe chưa được quan tâm đúng mức.
- Nhu cầu sức khỏe sinh sản và KHHGD chưa được đáp ứng ở một số nhóm dân cư, trong khi hoạt động tiếp cận cộng đồng chưa được thực hiện đầy đủ.

3. Bao phủ dịch vụ KCB, phục hồi chức năng

3.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Mạng lưới tổ chức KCB ngày càng được mở rộng. Đến hết năm 2012, cả nước có 1180 bệnh viện với 25,04 giường bệnh/10 000 dân (24,3 giường công lập). Có 35 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến trung ương; 382 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa tuyến tỉnh tập trung ở tỉnh lỵ. Hầu hết các huyện (561) đều có bệnh viện đa khoa thực hiện cung ứng dịch vụ KCB ban đầu. Có 150 bệnh viện tư nhân được cấp phép hoạt động với 9611 giường bệnh. Ngoài ra 78,8% các TYT xã đã triển khai KCB BHYT.

Dịch vụ KCB tại bệnh viện gia tăng đáng kể. Năm 2012 đã có gần 132 triệu lượt khám tại bệnh viện, tăng 6,8% so với năm 2011, trong đó tăng nhiều nhất là khối bệnh viện tư nhân (19,1%). Tình hình quá tải tại các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh được cải thiện một phần, tỷ lệ sử dụng giường bệnh giảm nhẹ.

Khả năng cung ứng dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở được cải thiện. Từ các đề án 225 và 47, đã có 145 bệnh viện huyện, 46 phòng khám đa khoa khu vực hoàn thành và đưa vào sử dụng. Tại tuyến huyện, sau 10 năm, số bệnh viện đa khoa tăng 17%, số giường bệnh tăng 64%. 76,8% số trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia y tế xã năm 2011.

Tình hình sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở đặc biệt là bệnh viện đa khoa huyện tăng rõ rệt. Tỷ lệ người sử dụng dịch vụ KCB ngoại trú tăng từ 11,9% (2004) lên 17,6% (2010), KCB nội trú tăng tương ứng từ 35,4% lên 38,2%. Số lượt người bệnh nội trú tăng 1,5 lần và số lượt người bệnh ngoại trú tăng 3 lần sau 10 năm. Năm 2012, với số giường bệnh chỉ chiếm 30,5% nhưng tổng số khám bệnh chiếm 45%.

Mô hình bác sĩ gia đình (BSGD) được quan tâm với trên 500 bác sĩ chuyên khoa cấp I đã được đào tạo. Đề án phát triển BSGĐ được phê duyệt nhằm tăng cường năng lực quản lý, cung cấp dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục cho các cá nhân và hộ gia đình. Từ năm 2013 đến năm 2015, thí điểm thành lập 80 phòng khám BSGĐ tại Hà Nội, TP Hồ Chí Minh và một số địa phương. Chăm sóc liên tục đã có kết quả đáng khích lệ trong một số chương trình mục tiêu quốc gia về y tế (chương trình phòng chống lao, phòng chống HIV, v.v...).

Mạng lưới bệnh viện điều dưỡng - phục hồi chức năng đã được hình thành tại hầu hết các tỉnh, thành phố. Chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được phát triển rộng khắp tại 51 tỉnh, thành phố với 337 quận, huyện và 4604 xã, phường; tính đến năm 2010, đã điều tra, phát hiện, quản lý sức khỏe cho hơn 170 000 người khuyết tật, tiến hành phục hồi chức năng cho 23,2% người có nhu cầu và 44,7% người khuyết tật.

Cung ứng dịch vụ KCB bằng YHCT được mở rộng theo Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển y, được cổ truyền Việt Nam đến năm 2020. Cả nước hiện có 58 bệnh viện YHCT; 100% bệnh viện đa khoa tỉnh và 90% bệnh viện huyện có khoa hoặc tổ YHCT, 85% số TYT xã có hoạt động KCB bằng y dược học cổ truyền. Ngoài ra còn có 3 bệnh viện và hơn 10 000 phòng chẩn trị y dược học cổ truyền tư nhân. Tỷ lệ KCB bằng YHCT chiếm 8,8% ở tuyến tỉnh, 9,1% ở tuyến huyện và 24,6% ở tuyến xã.

Khó khăn, hạn chế

Khả năng cung ứng dịch vụ chưa theo kịp sự thay đổi mô hình bệnh tật với sự tăng nhanh các bệnh không lây nhiễm, nhất là ở tuyến cơ sở. Tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến cuối cải thiện chậm, công suất sử dụng giường bệnh của các bệnh viện trung ương vẫn ở mức cao. *Năng lực của y tế tuyến dưới còn hạn chế:* nhiều bệnh viện ở tuyến huyện chưa có đủ khả năng thực hiện các kỹ thuật theo phân tuyến, chủ yếu do thiếu cán bộ có trình độ chuyên môn tương ứng. Mô hình tổ chức và cơ chế quản lý ở tuyến huyện thay đổi liên tục trong giai đoạn 1999–2008 tạo ra sự mất ổn định về tổ chức, xáo trộn về nhân lực và năng lực cung cấp dịch vụ. Quy định về chức năng nhiệm vụ của các đơn vị y tế tuyến huyện hiện vẫn còn nhiều bất cập, gây cản trở trong việc thực thi các nhiệm vụ chuyên môn. Quản lý y tế tư nhân chưa chặt chẽ, tình trạng người nước ngoài hành nghề không phép tại một số phòng khám đã được phát hiện, những mặt trái trong cơ chế tự chủ, liên doanh liên kết giữa bệnh viện công và tư nhân chưa được kiểm soát tốt. Năng lực cung ứng dịch vụ PHCN và YHCT còn hạn chế. *Chất lượng dịch vụ chưa đáp ứng yêu cầu:* hầu hết các bệnh viện chưa có hệ thống quản lý chất lượng, chỉ 9% bệnh viện có kế hoạch chất lượng và 5% có kế hoạch cải

tiền chất lượng. Các công cụ chính sách và hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật còn thiếu và chưa được cập nhật thường xuyên. Việc cấp chứng chỉ hành nghề một lần và không sát hạch tay nghề, không gắn với đào tạo liên tục ảnh hưởng đến chất lượng nhân lực chuyên môn. *Tình liên tục trong chăm sóc bị ảnh hưởng* do sự thiếu gắn kết giữa điều trị và dự phòng và tác động của tự chủ tài chính dẫn đến bệnh viện có xu hướng giữ người bệnh để điều trị. Vấn đề chuyên tuyến gặp nhiều khó khăn do các quy định về phân tuyến chưa rõ ràng, việc chuyển bệnh nhân trở lại tuyến dưới rất hạn chế do thiếu sự kết nối, phản hồi thông tin.

3.2. Các vấn đề ưu tiên

- Cung ứng dịch vụ chưa đáp ứng được nhu cầu: tình trạng quá tải các bệnh viện tuyến cuối chưa cải thiện đáng kể trong khi năng lực của y tế cơ sở còn hạn chế.
- Chất lượng dịch vụ KCB còn nhiều hạn chế: thiếu hệ thống công cụ chính sách và quy chuẩn chuyên môn; tuân thủ và giám sát tuân thủ còn yếu.
- Chăm sóc liên tục chưa được quan tâm đúng mức do hệ thống chuyển tuyến và sự phối hợp giữa các tuyến còn nhiều bất cập và do tác động của cơ chế tự chủ.
- Quản lý y tế tư nhân còn lỏng, chưa phát huy được vai trò của y tế tư nhân trong giảm quá tải và tăng cường bao phủ dịch vụ. Liên kết với tư nhân trong bệnh viện công chưa được kiểm soát tốt, dễ phát sinh lạm dụng kỹ thuật, xét nghiệm.

4. Tiếp cận thuốc thiết yếu để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân

4.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Danh mục thuốc thiết yếu đã được Bộ Y tế ban hành lần đầu năm 1985 và được cập nhật vào các năm 1989, 1995, 1999 và 2005. Năm 2008, Bộ Y tế đã ban hành Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng trong các cơ sở KCB làm cơ sở thanh toán cho bệnh nhân BHYT.

Mạng lưới cung ứng thuốc, nhất là thuốc thiết yếu có độ bao phủ rộng khắp, dễ tiếp cận với tỷ lệ sẵn có thuốc thiết yếu tương đối cao ở các cơ sở y tế cũng như trong cộng đồng. Trung bình 2000 dân có một điểm bán lẻ thuốc cả công và tư, trong đó 39% nhà thuốc đạt tiêu chuẩn GPP. Tỷ lệ thuốc thiết yếu sẵn có ở các nhà thuốc tư là 55,3%, ở nhà thuốc bệnh viện là 56,4% và ở các cơ sở y tế công là 55,9%; 70% hộ gia đình có sẵn thuốc. Thuốc cho các chương trình y tế quốc gia được bảo đảm từ nguồn NSNN (thuốc cho chương trình phòng chống lao, tâm thần,...) hoặc từ nguồn hỗ trợ của các tổ chức quốc tế (ARV, methadone,...). Nhà nước đã có những chính sách và giải pháp hỗ trợ tiếp cận thuốc cho các đối tượng khó khăn và bảo đảm thuốc cho các chương trình y tế.

Nhà nước đã có nhiều chính sách để tăng cường kiểm soát giá thuốc, theo hướng lồng ghép các giải pháp và tăng cường tính minh bạch trong các khâu đăng ký, kinh doanh, cung ứng và đấu thầu thuốc, như: đấu thầu công khai thuốc cung ứng cho các bệnh viện, kê khai giá thuốc, quản lý thẳng số bán buôn toàn chặng,... nhằm tăng khả năng tiếp cận, giảm gánh nặng chi tiêu của người dân cho thuốc. Năm 2012 giá thuốc tăng 5,27% trong khi giá hàng tiêu dùng tăng 6,81%. Giá thuốc generic ở Việt Nam không cao hơn nhiều so với mức trung bình trên thế giới.

Khó khăn, hạn chế

Danh mục thuốc thiết yếu đã lạc hậu nhưng chưa được cập nhật, điều chỉnh. Chính sách thuốc generic chưa được quan tâm đúng mức. Tiếp cận thuốc cho các địa bàn biên giới, hải đảo, vùng sâu vùng xa và các đối tượng dễ tổn thương (thuốc cho trẻ em, thuốc ARV, methadone,...) vẫn còn khó khăn. Quản lý giá thuốc còn nhiều bất cập, chưa hiệu quả. Đầu

thầu phân tán dẫn đến giá thuốc trúng thầu rất khác nhau giữa các đơn vị, địa phương; giá thuốc đến tay người sử dụng nhất là thuốc biệt dược vẫn còn cao (gấp 12,1 lần giá tham khảo quốc tế). Giá thuốc cao cùng với việc thuốc chiếm tỷ trọng lớn (42%) trong chi tiêu cho y tế là những yếu tố quan trọng làm tăng chi tiêu tiền túi của hộ gia đình cho y tế. Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn hợp lý, với tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao, tỷ lệ kê đơn thuốc thiết yếu, thuốc generic, thuốc sản xuất trong nước thấp cũng góp phần làm tăng chi phí cho thuốc, gián tiếp cản trở người dân tiếp cận với thuốc. Thuốc sản xuất trong nước chỉ đáp ứng chưa đầy 50% giá trị thuốc sử dụng; 90% nguyên liệu vẫn phải nhập ngoại nên chưa chủ động được hoàn toàn nguồn thuốc và giá cả.

4.2. Các vấn đề ưu tiên

- *Tiếp cận thuốc ở các địa bàn khó khăn và của các đối tượng dễ tổn thương còn hạn chế* do mạng lưới phân phối chưa hợp lý và nguy cơ khó tiếp cận thuốc của người nhiễm HIV, bệnh nhân ung thư.
- *Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn hợp lý* do quản lý kê đơn và sử dụng thuốc chưa chặt chẽ, mua bán thuốc không theo đơn còn phổ biến.
- *Giá thuốc chưa được kiểm soát tốt, chi phí thuốc cao tạo gánh nặng cho người sử dụng* do chưa có cơ chế quản lý thuốc hiệu quả; bất cập trong lựa chọn, đấu thầu thuốc và chưa quan tâm việc kê đơn sử dụng thuốc generic, thuốc thiết yếu.

Chương IV. Bảo vệ tài chính để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân

1. Giảm chi phí từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế

Đánh giá thực trạng

Tỷ trọng chi phí từ tiền túi của hộ gia đình trong tổng chi y tế ở Việt Nam tương đối cao so với các nước trong khu vực và trên thế giới và cao hơn nhiều so với mức 30-40% theo khuyến cáo của WHO. Chi phí từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế tương đương 8,3-11,0% khả năng chi trả và 4,6-6,0% tổng chi tiêu của hộ gia đình; mặc dù đã có xu hướng giảm trong những năm gần đây song vẫn đang ở mức cao.

Tỷ lệ các hộ gia đình Việt Nam phải chịu “chi phí y tế thảm họa” và “nghèo hóa do chi phí y tế” tương đối cao so với các nước trong khu vực. Trong giai đoạn 2002 đến 2010, có từ 3,9-5,7% số hộ, tương ứng với trên dưới 1 triệu hộ gia đình phải chịu mức “chi phí y tế thảm họa” và 2,5-4,1% số hộ, tương ứng với khoảng 600 000 hộ gia đình phải chịu mức “nghèo hóa do chi phí y tế”. Các hộ gia đình không có thẻ BHYT, hộ gia đình thuộc khu vực nông thôn và các hộ gia đình nghèo có mức chi phí từ tiền túi thấp hơn nhưng có tỷ lệ chịu “chi phí y tế thảm họa” và “nghèo hóa do chi phí y tế” cao hơn.

Tỷ trọng chi phí từ tiền túi của hộ gia đình trong tổng chi cho y tế, tỷ lệ hộ gia đình chịu “chi phí y tế thảm họa” và “nghèo hóa do chi phí y tế” năm 2010 có xu hướng giảm so với các năm trước đó. Tỷ trọng chi phí từ nguồn BHYT và số lượng sử dụng dịch vụ có xu hướng tăng theo thời gian. Đây là những tác động tích cực của hàng loạt các chính sách xã hội và y tế gần đây, đặc biệt là chính sách KCB cho người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi, trợ cấp chi phí KCB cho các đối tượng xã hội và gần đây nhất là Luật BHYT.

Khó khăn, hạn chế

Hơn 30% dân số, chủ yếu là nhóm cận nghèo, người dân nông thôn chưa có thẻ BHYT. Tỷ lệ tự mua thuốc và sử dụng dịch vụ y tế tư (phần lớn không được BHYT chi trả), sử dụng dịch vụ y tế vượt tuyến vẫn còn cao. Người có thẻ BHYT hộ nghèo ít sử dụng dịch vụ y tế

hơn so với các đối tượng có BHYT khác. Quy định đồng chi trả vẫn là gánh nặng với các hộ gia đình có thu nhập thấp. Các khoản chi phí trực tiếp không cho điều trị và chi phí không chính thức vẫn chiếm tỷ trọng lớn.

2. Bảo vệ tài chính cho một số nhóm đối tượng khó khăn và đối tượng cần ưu tiên

2.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Nhiều văn bản đã được ban hành để điều chỉnh và mở rộng quyền lợi và phạm vi bao phủ KCB cho người nghèo, cận nghèo, người dân tộc thiểu số (tại các vùng khó khăn), trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi, người khuyết tật, người di cư... Đó là Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg, Nghị định 63/2005/NĐ-CP, Luật BHYT (2008), Luật Người cao tuổi (2009), Quyết định 797/QĐ-TTg (2012), Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg...

Việc cấp kinh phí hoạt động thường xuyên cho các cơ sở KCB được từng bước chuyển đổi sang cấp trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng thông qua BHYT. NSNN cho Quỹ KCB cho người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi tăng dần qua các năm cả về định mức lẫn tổng kinh phí và số chi cho KCB. 100% người nghèo đã được bao phủ BHYT. Mức tuổi bắt đầu được hưởng trợ cấp người cao tuổi giảm từ 90 xuống còn 80 tuổi. Khoảng 50,4% hộ gia đình có người khuyết tật trên cả nước đã được thụ hưởng các chính sách hỗ trợ về y tế; trong đó gần 40% được kiểm tra sức khỏe miễn phí và 45,4% có thẻ BHYT.

Khó khăn, hạn chế

Tỷ lệ tham gia BHYT của người cận nghèo mới đạt hơn 25%, đa phần tham gia BHYT theo cá nhân chứ không theo hộ gia đình. Mức phí BHYT của người cận nghèo vẫn khá cao (30% mệnh giá thẻ) đồng thời với việc cùng chi trả tới 20% và không có trần giới hạn khi KCB làm hạn chế phần nào giá trị bảo vệ tài chính của BHYT. Tần suất sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người nghèo, cận nghèo còn thấp dẫn đến tỷ lệ sử dụng quỹ BHYT chỉ khoảng 75%, thậm chí ở một số nơi chỉ khoảng 40-60%. Triển khai cấp thẻ BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi và người trên 80 tuổi còn còn chậm. Năm 2011 có khoảng 19,7% trẻ dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT, nhất là ở nhóm trẻ người dân tộc thiểu số và trẻ có hộ khẩu tạm trú. Việc triển khai các chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở khu vực nông thôn còn gặp nhiều khó khăn. Khoảng 50% người khuyết tật gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế do chi phí điều trị cao, khoảng cách địa lý xa, thiếu phương tiện đi lại, cơ chế quan liêu, thiếu các dịch vụ phù hợp và phân biệt đối xử. Người di cư thường phải chi trả nhiều hơn cho các dịch vụ y tế do không có BHYT.

2.2. Các vấn đề ưu tiên

- Bao phủ BHYT cho người cận nghèo, người cao tuổi, người khuyết tật và người di cư còn thấp. Triển khai phát thẻ BHYT cho người dân tộc thiểu số ở vùng khó khăn, người trên 85 tuổi và trẻ dưới 6 tuổi còn chậm. Tần suất sử dụng dịch vụ KCB BHYT của các đối tượng khó khăn, đặc biệt ở miền núi, vùng sâu còn thấp.
- Thiếu sự phối hợp chặt chẽ giữa các ban, ngành, các cấp trong thực hiện chính sách bảo vệ tài chính cho người nghèo và các nhóm đối tượng khó khăn. Các chi phí trực tiếp ngoài điều trị (đi lại, ăn ở...) chưa được triển khai hỗ trợ.
- Việc giám sát, đánh giá kết quả và tác động của chính sách hỗ trợ các nhóm đối tượng khó khăn chưa được thực hiện một cách hệ thống. Thiếu thông tin, dữ liệu liên quan đến thực hiện các chính sách bảo vệ tài chính cho những nhóm này.

3. Phát triển bảo hiểm y tế toàn dân

3.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Việt Nam đã ban hành và thực hiện có kết quả nhiều chính sách liên quan đến BHYT, đặc biệt là Luật BHYT (2008). Chính phủ đã phê duyệt đề án thực hiện lộ trình BHYT toàn dân, với mục tiêu năm 2015 có 70% dân số tham gia BHYT. Nhà nước đã hỗ trợ toàn bộ kinh phí mua thẻ BHYT cho trên 27 triệu đối tượng chính sách xã hội (người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi,...); liên tục mở rộng đối tượng, tăng mức hỗ trợ đóng phí BHYT cho người cận nghèo và học sinh sinh viên. Mở rộng phạm vi bao phủ BHYT với các dịch vụ KCB, phục hồi chức năng ở các tuyến y tế.

Năm 2012, ước khoảng 59,31 triệu người tham gia BHYT, chiếm 66,8% dân số. Ở một số tỉnh miền núi có đông người nghèo, người dân tộc thiểu số, tỷ lệ này đạt trên 75%. Tần suất sử dụng thẻ BHYT để KCB năm 2011 là 2,02 lượt/người; cứ 100 người có 15,6 lượt điều trị nội trú trong năm.

Quỹ BHYT trở thành một nguồn tài chính quan trọng cho CSSK. Năm 2012, quỹ BHYT đã chi khoảng 33 419 tỷ đồng (1,7 tỷ USD) cho KCB. Nhờ nguồn quỹ này, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế tiếp tục được củng cố và nâng cấp, danh mục thuốc, dịch vụ kỹ thuật ngày càng được mở rộng, đáp ứng tốt hơn nhu cầu CSSK của người dân.

Khó khăn, hạn chế

Tỷ lệ bao phủ trong khu vực lao động chính thức thấp do thiếu giải pháp bảo đảm tính tuân thủ, mức hỗ trợ từ NSNN chưa phù hợp với khả năng đóng góp của người dân. Bao phủ BHYT đang được thực hiện theo từng cá nhân mà không theo hộ gia đình. Vẫn còn gần 30 triệu dân chưa có BHYT, chỉ khoảng 25% người cận nghèo có BHYT.

Quỹ BHYT chưa được sử dụng thật sự có hiệu quả do chưa có các quy định cụ thể, các giải pháp cơ bản nhằm bảo đảm an toàn, hiệu quả, chất lượng trong lựa chọn thuốc, các dịch vụ y tế và vật tư y tế. Hoạt động đánh giá công nghệ y tế chưa được triển khai nên việc lựa chọn thuốc, các dịch vụ kỹ thuật và vật tư y tế chưa dựa trên bằng chứng về hiệu quả chi phí, trong khi phương thức thanh toán chủ yếu dựa trên số dịch vụ.

Người có BHYT vẫn có nguy cơ phải chi trả tiền túi vượt quá khả năng chi trả do cùng chi trả không trần giới hạn, tự chi trả cho nhiều thuốc, dịch vụ ngoài danh mục, cho các chi phí khá tốn kém ngoài điều trị. Trong khi đó, giá thuốc và vật tư y tế chưa được quản lý tốt; việc lựa chọn, chỉ định thuốc và dịch vụ y tế chưa hợp lý và phương thức thanh toán theo dịch vụ làm tăng chi phí điều trị dẫn đến nguy cơ vỡ quỹ và làm giảm khả năng chia sẻ rủi ro của quỹ BHYT.

3.2. Các vấn đề ưu tiên

- Khó khăn, thách thức trong mở rộng diện bao phủ dân số do mức độ tuân thủ đóng BHYT của các doanh nghiệp chưa tốt, tỷ lệ tham gia BHYT thấp của người cận nghèo và ở khu vực không chính thức có thu nhập trung bình trở lên.
- Chưa bảo đảm tính bền vững và hiệu quả chi phí trong sử dụng quỹ BHYT do khó khăn trong lựa chọn thuốc và dịch vụ BHYT; chưa triển khai đánh giá công nghệ y tế và phân tích hiệu quả chi phí; quản lý giá thuốc chưa tốt.
- Khả năng bảo vệ tài chính của BHYT còn hạn chế do sử dụng dịch vụ y tế chưa hợp lý, phương thức chi trả chưa phù hợp; đồng chi trả, chi phí ngoài điều trị còn cao; quỹ BHYT chưa bền vững, khả năng chia sẻ rủi ro thấp.

4. Huy động nguồn lực tài chính để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân

4.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả tiên bộ

Chi y tế bình quân đầu người tại Việt Nam năm 2011 là 95 USD, gần chạm mức tối thiểu để bảo đảm chăm sóc y tế cơ bản như ước tính của WHO. Tỷ lệ chi NSNN cho y tế so với tổng chi thường xuyên NSNN tăng liên tục từ năm 2008 và đạt mức 8,3% năm 2012. Chi NSNN cho y tế chiếm 1,97% GDP năm 2011 và dự báo tăng thêm khoảng 0,4% vào năm 2015.

Với định hướng BHYT toàn dân, mục tiêu bao phủ CSSK toàn dân của Việt Nam được thực hiện bằng phương thức tài chính thông qua BHYT với nguồn tài trợ từ NSNN. Hiện tại, NSNN đang hỗ trợ một phần hoặc toàn bộ mệnh giá cho 60% tổng số người có thẻ BHYT, tương ứng với 45% nguồn thu BHYT.

Nguồn viện trợ cho y tế chiếm tỷ trọng không lớn (khoảng 2,3% tổng chi y tế năm 2009), song có ý nghĩa quan trọng nhằm hỗ trợ chi phí gián tiếp cho người nghèo khi đi KCB theo BHYT, hỗ trợ người cận nghèo tham gia BHYT, hỗ trợ kỹ thuật đổi mới phương thức chi trả dịch vụ y tế...

Về các sáng kiến tăng huy động nguồn lực tài chính cho y tế, Việt Nam chỉ mới huy động nguồn thu từ xổ số kiến thiết cho y tế tại tất cả các địa phương. Năm 2011, cả nước huy động được 2154 tỷ đồng, chiếm 7,1% tổng chi thường xuyên từ NSNN cho y tế. Sắp tới, kinh phí từ Quỹ Phòng chống tác hại thuốc lá theo Luật phòng chống tác hại thuốc lá cũng sẽ là một nguồn bổ sung cho tài chính y tế nói chung.

Khó khăn, hạn chế

Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình vẫn ở mức trên 50% tổng chi y tế, chi NSNN cho y tế mới chiếm 26% tổng chi toàn xã hội cho y tế (2010). Khả năng tăng chi từ NSNN cho y tế trong bối cảnh hiện nay bị ảnh hưởng do khó khăn về kinh tế vĩ mô và chính sách thắt chặt tài khóa theo Nghị quyết 11/2011 của Chính phủ. Mức tăng chi NSNN cho y tế ước tính đến năm 2015 khó bảo đảm được mức bao phủ BHYT cho 70% dân số theo lộ trình. Nguồn thu từ BHYT chưa tương xứng với tỷ lệ bao phủ dân số, trong khi đó hiệu quả của việc thu phí vẫn còn thấp, tình trạng nợ đọng phí BHYT chưa được giải quyết triệt để; việc mở rộng phạm vi bao phủ cho các đối tượng còn lại gặp khó khăn; giải pháp tăng mức thu phí BHYT vào thời điểm hiện tại không khả thi. Các nguồn viện trợ quốc tế ngày càng thu hẹp trong khi hiệu quả sử dụng nguồn vốn còn hạn chế, tốc độ giải ngân chậm (đạt khoảng 51%). Các sáng kiến tăng huy động tài chính chỉ mới ở mức độ hạn chế và chưa phát huy được hiệu quả.

4.2. Các vấn đề ưu tiên

- Khả năng tăng chi từ NSNN cho y tế bị ảnh hưởng do khó khăn về kinh tế vĩ mô, tốc độ gia tăng chi có xu hướng giảm đi, tỷ lệ chi cho y tế so với tổng chi NSNN vẫn chưa được 10% và có xu hướng giảm đi.
- Nguồn kinh phí huy động từ BHYT cho CSSK vẫn ở mức thấp so với tỷ lệ bao phủ dân số. Kết quả thu phí BHYT còn hạn chế ở một số nhóm đối tượng. Việc mở rộng độ bao phủ BHYT cho các nhóm đối tượng còn lại gặp nhiều khó khăn.
- Nguồn viện trợ y tế chiếm tỷ trọng không lớn và có thể sẽ bị giảm dần, hiệu quả sử dụng nguồn viện trợ còn hạn chế, tốc độ giải ngân chậm.
- Việc thực hiện các sáng kiến huy động thêm nguồn tài chính y tế còn hạn chế.

5. Tăng hiệu suất sử dụng nguồn lực hiện có

5.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

So sánh mức chi y tế bình quân đầu người của khoảng 95 USD/người (năm 2011) với các chỉ số kết quả về sức khỏe thì hiệu suất sử dụng nguồn lực của hệ thống y tế Việt Nam nói chung tương đối khả quan. Việt Nam ưu tiên phân bổ nguồn lực cho các lĩnh vực mang lại hiệu suất cao trong CSSK bao gồm YTDP, y tế cơ sở, CSSKBĐ, CSSK bà mẹ trẻ em, hỗ trợ người nghèo... Chi cho y tế dự phòng chiếm 31,32% tổng chi NSNN cho y tế năm 2009. NSNN được ưu tiên phân bổ cho vùng sâu, vùng xa với định mức cao hơn 1,7-2,4 lần vùng đô thị, cao nhất ở khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.

Khó khăn, hạn chế

Chi cho thuốc chiếm tỷ trọng lớn: 42% tổng chi y tế và 70% tổng giá trị thanh toán BHYT. Thực trạng sử dụng thuốc nhiều bất cập, đặc biệt là sử dụng kháng sinh, tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh tính chung là 49,2% và ở tuyến huyện xã là 60%. Chi định và sử dụng dịch vụ y tế không cần thiết, đến từ cả phía bệnh nhân và từ phía thầy thuốc, làm chi phí KCB không ngừng gia tăng (19,4% đối với KCB ngoại trú và 13,3% đối với KCB nội trú trong giai đoạn 2006-2011). Thanh toán theo phí dịch vụ hiện vẫn là phương thức phổ biến, áp dụng tại 64,5% các cơ sở KCB BHYT, gây khó khăn cho việc kiểm soát chi phí. Tồn tại sự mất cân đối trong cung ứng dịch vụ trên toàn hệ thống y tế cũng là một yếu tố hạn chế hiệu suất sử dụng nguồn lực. Lựa chọn dịch vụ, thuốc trong thanh toán chi phí KCB nói chung và KCB BHYT nói riêng chưa dựa trên bằng chứng về hiệu quả chi phí.

5.2. Các vấn đề ưu tiên

- Tình trạng lãng phí nguồn lực trong hoạt động y tế chưa được nghiên cứu, đánh giá đầy đủ.
- Việc sử dụng bằng chứng về chi phí – hiệu quả trong phân bổ nguồn lực tài chính cũng như lựa chọn dịch vụ/thuốc để thanh toán còn rất hạn chế.
- Hiệu suất sử dụng nguồn lực y tế còn hạn chế do thiếu phương thức thanh toán phù hợp, thiếu các biện pháp minh bạch hóa và kiểm soát giá thuốc, giá dịch vụ y tế trên hệ thống thanh toán BHYT, tỷ lệ nhập viện không cần thiết khá cao (20%).

6. Đổi mới phương thức chi trả dịch vụ để thực hiện bao phủ CSSK toàn dân

6.1. Đánh giá thực trạng

Kết quả, tiến bộ

Phân bổ kinh phí NSNN theo mục chi đầu vào được áp dụng trong một thời gian dài và hiện đang được áp dụng cho các Chương trình mục tiêu quốc gia y tế và cho các mục chi như chi lương, một phần chi vận hành và khấu hao, bảo dưỡng TTB trong các cơ sở y tế công lập. Phương thức này giúp cho các đơn vị chưa có khả năng tự chủ hoàn toàn về tài chính có được nguồn lực tương đối ổn định để thực hiện cung ứng dịch vụ CSSK.

Từ khi có chính sách thu một phần viện phí năm 1994, chi trả phí theo dịch vụ là phương thức kết hợp, được áp dụng song song với phân bổ kinh phí theo mục NSNN, và dần trở thành phương thức chi trả chính trong hệ thống KCB.

Thanh toán theo định suất mới được áp dụng thí điểm từ năm 2005 và đến năm 2010 được Luật BHYT quy định là một trong 3 phương thức thanh toán chi phí KCB giữa

BHYT với cơ sở y tế. Năm 2011, cả nước có 59/63 tỉnh, thành phố thực hiện thanh toán theo định suất với tổng số 786/1951 cơ sở áp dụng (đạt 40,2%), trong đó có 175 cơ sở nhận định suất ngoại trú và 611 cơ sở nhận định suất nội, ngoại trú. Theo lộ trình đến năm 2015, 100% cơ sở KCB đăng ký ban đầu áp dụng thanh toán theo định suất.

Chi trả theo trường hợp bệnh được định hướng trong Luật BHYT và Nghị định 85. Các bệnh viện tuyến huyện đang chi trả theo định suất sẽ chuyển sang chi trả theo trường hợp bệnh cho dịch vụ nội trú. Chi trả theo trường hợp bệnh mới được triển khai thí điểm từ năm 2010 cho một số nhóm bệnh ở 2 Bệnh viện (Thanh Nhàn và Ba Vì) và dự kiến đến năm 2015, sẽ thực hiện cho hơn 20 nhóm bệnh, tại hơn 30 bệnh viện, thuộc 9 tỉnh.

Chi trả dựa trên kết quả là một phương thức chi trả tiềm năng thúc đẩy tập trung vào chất lượng dịch vụ và giảm chi phí. Phương thức này hiện chỉ mới ở giai đoạn thí điểm tại 2 huyện với 24 xã của Nghệ An trong Dự án Hỗ trợ Y tế Bắc trung bộ.

Chính sách phụ cấp ưu đãi, thu hút đối với cán bộ y tế công tác ở các khu vực khó khăn, các lĩnh vực ưu tiên đã góp phần khuyến khích tăng hiệu suất làm việc của cán bộ.

Cơ quan BHYT đang dần trở thành người mua dịch vụ chủ yếu, có vai trò tích cực hơn trong kiểm soát chi phí và chất lượng dịch vụ.

Khó khăn, hạn chế

Chưa có sự đồng thuận về vai trò, trách nhiệm của các bên liên quan, nguồn lực, lộ trình thực hiện đổi mới đồng bộ phương thức chi trả. Chi trả phí theo dịch vụ đơn lẻ vẫn đang là phương thức chủ yếu, tạo nên rào cản tài chính, cản trở người dân tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK cơ bản, tăng nguy cơ người sử dụng phải đối mặt với chi phí thảm họa và bẫy nghèo đói. Phương này cũng thiếu khuyến khích cần thiết cho mô hình chăm sóc đồng bộ, liên tục. Các phương thức chi trả khác như khoán định suất và chi trả trọn gói theo trường hợp bệnh, chi trả theo kết quả hoạt động đang được từng bước triển khai và vẫn còn thiếu những điều kiện, cơ chế hỗ trợ đồng bộ. Đồng chi trả và chi trả không chính thức vẫn là gánh nặng tài chính đối với người thu nhập thấp. Mặt trái của cơ chế tự chủ và chính sách liên doanh liên kết chưa được kiểm soát tốt dẫn tới lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật cao, gia tăng chi phí, tạo nên rào cản tiếp cận đối với người có thu nhập thấp.

6.2. Các vấn đề ưu tiên

- Phương thức chi trả cho cung ứng dịch vụ y tế hiện nay ở Việt Nam chưa có tác động tích cực như một nút điều khiển hệ thống y tế, do còn thiếu những điều kiện tiên quyết và chịu nhiều lực cản.
- Việc nghiên cứu, áp dụng các phương thức chi trả mới còn gặp nhiều khó khăn.
- Việc áp dụng chi trả theo định suất hiện nay thiếu một thiết kế tổng thể và các cơ chế phù hợp để quản lý và cải thiện chất lượng.

PHẦN BA: KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường năng lực quản lý của ngành y tế

- Khuyến nghị Bộ Y tế tiến hành tổng kết 30 năm đổi mới và đề xuất các định hướng giải pháp lớn tiếp tục đổi mới và phát triển hệ thống y tế Việt Nam.
- Xác định Bao phủ CSSK toàn dân là một ưu tiên trong định hướng chính sách phát triển y tế ở Việt Nam, Bộ Y tế làm đầu mối xây dựng và trình phê duyệt các Nghị quyết/đề án về tăng cường y tế cơ sở.
- Tổng kết, đánh giá đề điều chỉnh mô hình tổ chức của y tế địa phương; củng cố y tế cơ sở bảo đảm khả năng cung ứng các dịch vụ CSSK cơ bản có chất lượng.
- Xây dựng cơ chế phối hợp giữa KCB và YTDP, thiết lập cơ chế chuyển tuyến, phối hợp y tế công-tư. Thống nhất quản lý và lồng ghép trong CSSKBĐ.
- Đào tạo nâng cao năng lực cán bộ xây dựng và hoạch định chính sách y tế.
- Khuyến khích đổi mới lập kế hoạch và lập dự toán ngân sách tại các địa phương.
- Tăng cường kiểm tra, giám sát theo dõi thực hiện các chính sách y tế ở các tuyến.
- Thúc đẩy đối thoại chính sách giữa các bên liên quan và người dân.
- Sớm xây dựng và ban hành Thông tư về xã hội hóa trong lĩnh vực y tế.

2. Nhân lực y tế

- Xây dựng kế hoạch dài hạn về đổi mới toàn diện hệ thống đào tạo nhân lực y tế. Rà soát, chuẩn hoá và đổi mới chương trình và nâng cao chất lượng đào tạo, tăng cường đào tạo liên tục.
- Đánh giá hiệu quả và điều chỉnh các chính sách thu hút, sử dụng, đãi ngộ hợp lý để tăng cường và nâng cao chất lượng nhân lực y tế cho các khu vực, lĩnh vực khó khăn, quan tâm YTDP và CSSKBĐ.
- Tăng cường các hoạt động quản lý phát triển nguồn nhân lực. Củng cố hệ thống thông tin liên quan đến đào tạo, sử dụng nhân lực y tế cả công lập và tư nhân.

3. Hệ thống thông tin y tế

- Hoàn thiện kiến trúc và kế hoạch tổng thể phát triển Hệ thống thông tin y tế.
- Ban hành danh mục chỉ số, chế độ và phần mềm báo cáo cho từng tuyến y tế.
- Xây dựng hệ thống theo dõi các vấn đề ưu tiên trong lĩnh vực y tế; thu thập thông tin về nguyên nhân tử vong, đánh giá gánh nặng bệnh tật.
- Xây dựng thông tư phổ biến thông tin y tế, phổ biến rộng rãi sản phẩm thông tin dưới nhiều hình thức khác nhau.
- Ứng dụng công nghệ thông tin trong y tế, triển khai áp dụng mã ICD 10 và mã dịch vụ ICD 9 tại các cơ sở KCB.
- Xây dựng quy định biểu mẫu thống kê, báo cáo của các cơ sở y tế tư nhân.

4. Dược và trang thiết bị y tế

- *Tăng khả năng tiếp cận thuốc của nhân dân:* chỉnh sửa Luật Dược và Chính sách quốc gia về thuốc đến năm 2020; xây dựng các Đề án Quy hoạch phát triển sản xuất, lưu thông phân phối thuốc và Chiến lược phát triển ngành dược đến năm 2020; mở rộng các điểm cung ứng thuốc, tăng tỷ lệ thuốc sẵn có tại TYT, xây dựng cơ chế hỗ trợ bảo đảm đủ thuốc thiết yếu ở các địa bàn khó khăn; nâng cao năng lực sản xuất của các

doanh nghiệp được và trang thiết bị y tế trong nước; tìm kiếm nguồn thuốc hỗ trợ từ quốc tế.

- *Thúc đẩy sử dụng thuốc an toàn hợp lý*: thúc đẩy vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị; thực hiện nghiêm quy chế kê đơn, bán thuốc theo đơn; chấn chỉnh tình trạng chi hoa hồng cho bác sĩ; kiểm soát quảng cáo thuốc; xây dựng các phác đồ điều trị chuẩn; xây dựng hệ thống giám sát kháng kháng sinh.
- *Kiểm soát tốt giá thuốc, giảm dần tỷ trọng chi phí cho thuốc trong chi tiêu y tế*: kiến nghị quy định cụ thể chức năng các Bộ, ngành trong quản lý giá thuốc; chỉnh sửa các bất cập trong quy định về đấu thầu thuốc; tăng tiền vốn cho thuốc thiết yếu ở TYT xã; tăng cường khả năng sản xuất thuốc generic trong nước.
- *Với lĩnh vực trang thiết bị và công trình y tế*: đánh giá nhu cầu và cập nhật danh mục trang thiết bị y tế thiết yếu cho các cơ sở y tế; xây dựng cơ sở dữ liệu về trang thiết bị y tế; hình thành đơn vị “Đánh giá công nghệ y tế”; ưu tiên mua sắm, sử dụng trang thiết bị y tế sản xuất trong nước. Đẩy nhanh tiến độ giải ngân các đề án hỗ trợ phát triển cơ sở hạ tầng các bệnh viện tuyến tỉnh, huyện.

5. Bao phủ dịch vụ YTDP, DS-KHHGD

- *Tăng cường đầu tư cải thiện và nâng cao năng lực cho các đơn vị YTDP và y tế cơ sở*. Đánh giá năng lực và hiệu quả quản lý cung ứng dịch vụ phòng bệnh và CSSKBĐ; đổi mới tổ chức YTDP theo hướng tập trung, thu gọn đầu mối. Đánh giá hiệu quả của các chính sách đầu tư cho YTDP và y tế tuyến huyện, xã; đổi mới phương thức dự trù và phân bổ NSNN cho TYT xã. Ưu tiên và đẩy mạnh tiến độ đầu tư cho tuyến y tế cơ sở; tăng cường dịch vụ ở tuyến xã.
- *Tổ chức tốt hoạt động kiểm soát bệnh, dịch*, tiến tới quản lý thống nhất các nguy cơ bệnh tật: nâng cao vai trò của các cấp, các ngành, tăng cường phối hợp, gắn kết giữa các cơ sở y tế, xác định các dịch vụ CSSK cơ bản bảo đảm hiệu quả chi phí cho từng tuyến, ưu tiên đầu tư cho các bệnh không lây; xây dựng chính sách đào tạo và sử dụng có hiệu quả các nhân viên y tế cho khu vực vùng sâu, vùng xa; hoàn thiện hệ thống thông tin kiểm soát dịch bệnh thống nhất.
- *Củng cố công tác DS-KHHGD và CSSKSS*: mở rộng tiếp cận phổ cập với các dịch vụ SKSS để giảm nhu cầu chưa được đáp ứng, thông qua việc tăng cường sáu cấu phần tổng thể của hệ thống y tế; đánh giá lại mô hình tổ chức cung ứng dịch vụ, phân công chức năng nhiệm vụ hợp lý, tăng cường vai trò tham gia của các ban ngành.

6. Bao phủ dịch vụ KCB

- *Tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ KCB của y tế cơ sở*: thí điểm và đánh giá mô hình gắn kết TYT xã với TTYT huyện; nâng cao năng lực cho y tế xã, đặc biệt trong quản lý bệnh không lây và thực hiện các chương trình mục tiêu y tế, xây dựng cơ chế đãi ngộ phù hợp cho nhân viên y tế xã và cơ chế thu hút thầy thuốc tư nhân, lương y tham gia cung ứng dịch vụ KCB ở tuyến y tế cơ sở
- *Đẩy mạnh các hoạt động giảm quá tải bệnh viện*: ban hành hướng dẫn phân tuyến kỹ thuật, chuyển tuyến, phản hồi thông tin; triển khai các đề án giảm quá tải bệnh viện, tăng cường điều trị ngoại trú, kiểm soát nhập viện nội trú.
- *Nâng cao chất lượng dịch vụ KCB ở tất cả các tuyến*: xây dựng tiêu chí, tiêu chuẩn, công cụ và cơ chế đánh giá chất lượng KCB; bổ sung các quy định và hướng dẫn nâng cao chất lượng dịch vụ; tăng cường thanh tra, kiểm tra việc tuân thủ các quy định về KCB; xây dựng hướng dẫn về KCB theo yêu cầu.

- *Chăm sóc liên tục và chuyển tuyến*: mở rộng phạm vi quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng; hoàn thiện và ban hành thông tư hướng dẫn chuyển tuyến; hoàn thiện và ban hành thông tư hướng dẫn phân tuyến kỹ thuật.
- *Hoàn thiện các văn bản quy phạm pháp luật để thực hiện Luật Khám bệnh, chữa bệnh*: Kiến nghị điều chỉnh có sát hạch tay nghề khi cấp chứng chỉ hành nghề, cấp chứng chỉ có thời hạn và gắn với đào tạo liên tục; biên soạn các hướng dẫn chuyên môn; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý KCB.

7. Tài chính y tế

Giảm chi tiêu tiền túi hộ gia đình cho y tế

- Cần có biện pháp đồng bộ hơn để giảm tỷ trọng chi phí từ tiền túi của hộ gia đình trong tổng chi cho y tế xuống còn dưới 30%-40% theo khuyến cáo của WHO.
- Tiếp tục thực hiện các chính sách hiện có về mở rộng bao phủ BHYT cho khoảng 90% hộ gia đình; đổi mới và áp dụng các phương thức chi trả tiền bộ; tăng cường chất lượng dịch vụ y tế.
- Cần có các nghiên cứu chuyên sâu về chi phí từ tiền túi của hộ gia đình.

Bảo vệ tài chính cho một số nhóm đối tượng khó khăn và đối tượng cần ưu tiên

- Sửa đổi một số điều của Luật BHYT theo hướng NSNN tăng dần mức đóng phí cho người dân ở vùng đặc biệt khó khăn; mở rộng diện hỗ trợ tài chính cho người cao tuổi dưới 80 tuổi; bổ quy định cùng chi trả đối với một số đối tượng.
- Ủy ban nhân dân các tỉnh tăng cường chỉ đạo phát triển BHYT gắn với chỉ đạo thực hiện kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội của địa phương.
- Tăng cường phối hợp liên ngành và kiểm tra, giám sát việc triển khai chính sách hỗ trợ cho đối tượng khó khăn.
- Trong dài hạn, cần có chính sách đầu tư hoàn toàn từ NSNN để mua thẻ BHYT với quy định chi trả phù hợp cho người nghèo và các nhóm đối tượng khó khăn.

Phát triển BHYT

- *Mở rộng diện bao phủ BHYT*: tập trung ở các đối tượng trong khu vực chính thức ở các doanh nghiệp tư nhân, khu vực không chính thức có thu nhập từ trung bình trở lên và nhóm người cận nghèo. Tăng mức hỗ trợ từ NSNN, giao quyền thanh tra cho cơ quan BHXH, đưa chỉ tiêu dân số tham gia BHYT vào Nghị quyết phát triển kinh tế xã hội hằng năm.
- *Bảo đảm tính bền vững và hiệu quả trong sử dụng quỹ BHYT*: áp dụng đánh giá công nghệ, phân tích hiệu quả chi phí trong lựa chọn, mua sắm, sử dụng thuốc và dịch vụ y tế. Lựa chọn thuốc an toàn, hiệu quả và phù hợp với khả năng đóng góp tài chính của người dân. Tăng cường tính hiệu quả trong mua sắm thuốc.
- *Cải thiện chức năng bảo vệ tài chính của BHYT xã hội*: sửa đổi quy định về đồng chi trả; bảo đảm cân bằng giữa mức phí BHYT bình quân cân bằng với chi phí KCB bình quân thực tế đầu người, giảm các chi phí không hiệu quả; cải cách phương thức chi trả, sửa đổi chính sách tự chủ và xã hội hoá.

Tăng huy động nguồn lực cho bao phủ CSSK toàn dân

- *Tăng chi NSNN cho y tế* cao hơn mức tăng chi ngân sách, bảo đảm mức chi cho y tế đạt 10% trên tổng chi NSNN, nghiên cứu để xác định nhu cầu huy động bổ sung NSNN dành cho y tế.

- *Tăng huy động tài chính từ nguồn BHYT*: hoàn chỉnh các văn bản pháp lý và tăng cường kiểm tra, giám sát để bảo đảm thực hiện các quy định đóng góp BHYT, mở rộng diện bao phủ; chuyển dần sang hỗ trợ trực tiếp cho người tham gia BHYT, có lộ trình tính đúng tính đủ giá dịch vụ y tế để nâng cao chất lượng BHYT.
- *Áp dụng các sáng kiến tăng huy động nguồn tài chính*: nghiên cứu áp dụng chính sách thuế thuốc lá, rượu, bia để tăng nguồn thu cho CSSK.

Tăng hiệu quả sử dụng nguồn lực sẵn có

- Nghiên cứu làm rõ nguyên nhân tình trạng lãng phí nguồn lực trong ngành y tế hiện nay làm cơ sở đề xuất các giải pháp khắc phục.
- Sử dụng phân tích hiệu quả chi phí trong lựa chọn dịch vụ. Đánh giá và ứng dụng kết quả đánh giá công nghệ y tế.
- Tăng cường hiệu quả các biện pháp kiểm soát giá thuốc và dịch vụ y tế, minh bạch hoá giá thuốc và dịch vụ y tế, sử dụng thuốc hiệu quả.

Đổi mới phương thức chi trả

- *Xây dựng chương trình tổng thể về đổi mới phương thức chi trả dịch vụ KCB*, bảo đảm cho phương thức chi trả thực sự trở thành nút điều khiển hệ thống y tế, thúc đẩy tiến trình áp dụng một hệ thống phương thức chi trả lồng ghép hài hoà các phương thức chi trả mới.
- *Điều chỉnh thiết kế định suất* tính đến cơ cấu dân số và gánh nặng bệnh tật; kết cấu nhóm dịch vụ cơ bản về CSSKBĐ; điều chỉnh định mức chi trả; thúc đẩy năng lực nghiên cứu đánh giá công nghệ y tế.
- *Đổi mới đồng bộ phương thức chi trả, tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ và cơ chế tài chính liên quan*, gắn kết giữa dự phòng và điều trị; tăng nguồn lực tài chính và vai trò của BHYT; hạn chế tác động của tự chủ tài chính và xã hội hoá.

Phụ lục 1: Tình hình thực hiện các chỉ tiêu y tế trong Kế hoạch 5 năm 2011–2015

	Chỉ số	Năm 2010	Năm 2011	Năm 2012	Mục tiêu 2015
Các chỉ tiêu đầu vào					
1.	Số bác sĩ/vạn dân	7,20	7,33	7,46 (7,4)	8
2.	Số dược sĩ đại học/vạn dân	1,8	1,9	..(1,4)	1,8
3.	Tỷ lệ thôn, bản có nhân viên y tế hoạt động (%)	78,8	82,9	81,2 (87)	90
4.	Tỷ lệ xã có bác sĩ (%)	70,0	71,9	76,0 (74)	80
5.	Tỷ lệ xã có y sĩ sản nhi, hộ sinh (%)	95,6	95,3	93,4 (>95)	>95
6.	Giường bệnh viện công lập/vạn dân (không kể TYT xã)*	21,7	22,5	24,3(21,5)	23,0
Các chỉ tiêu hoạt động					
7.	Tỷ lệ trẻ em < 1 tuổi tiêm đầy đủ (%) (7 loại vắc-xin năm 2010 và 8 loại năm 2011–2015)	94,6	96,0	95,9 (>90)	>90
8.	Tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế (báo cáo không tách được số xã áp dụng chuẩn cũ và số xã áp dụng tiêu chí mới nên có sự pha trộn trong số liệu 2011, 2012)	80,1 (chuẩn cũ)	76,8	74,1 (45)	60
9.	Tỷ lệ dân số tham gia BHYT (%)	60,3	65,0	66,8 (66)	70
Các chỉ tiêu đầu ra					
10.	Tuổi thọ trung bình (tuổi)	72,9	73,0	73,0 (73,4)	74,0
11.	Tỷ số tử vong mẹ (/100 000)	69 (2009) (66)	58,3
12.	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (‰)	15,8	15,5	15,4 (15,3)	14,8
13.	Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (‰)	23,8	23,3	23,2 (23,0)	19,3
14.	Quy mô dân số (triệu người)	86,9	87,8	88,77 (88,67)	<92
15.	Mức giảm tỷ lệ sinh (‰)	0,5	0,5	-0,30 (0,10)	0,10
16.	Tốc độ tăng dân số (%)	1,05	1,04	1,06 (0,99)	0,93
17.	Tỷ số giới tính khi sinh (trai/100 gái)	111,2	111,9	112,3 (112)	<113
18.	Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi (%)	17,5	16,8	16,2 (16,6)	15,0
19.	Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng (%)	0,21	0,22	0,24 (<0,3)	<0,3

Phụ lục 2: Tình hình thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Mục tiêu	Chỉ tiêu y tế	Số liệu và năm cơ sở	Năm 2012	Mục tiêu 2015
Mục tiêu 1: Xoá đói giảm nghèo				
Chỉ tiêu 1C: Giảm ½ số người đói ăn trong giai đoạn 1990-2015	1.1 Tỷ lệ SDD ở trẻ dưới 5 tuổi	41% (1990)	16,2%	20,5% Đã đạt được
Mục tiêu 4: Giảm tỷ lệ tử vong trẻ				
Chỉ tiêu 4A: Giảm 2/3 tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi trong giai đoạn 1990-2015	4.1 Tỷ suất tử vong dưới 5 tuổi	58 (1990)	23,2	19,3 Khó đạt được
	4.2 Tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi	44,4 (1990)	15,4	14,8 Có thể đạt được
	4.4 & 4.5 Tỷ lệ tiêm chủng sởi ở trẻ <1 tuổi	55%	96,4% (2011)	>90% Đã đạt được
Mục tiêu 5: Cải thiện sức khỏe bà mẹ				
Chỉ tiêu 5.A: Giảm 3/4 tỷ số tử vong mẹ giai đoạn 1990-2015	5.1 Tỷ số tử vong mẹ	233/100 000 (1990)	69/100 000 (2009)	58,3/100 000 Rất khó mới đạt đc
	5.2 Tỷ lệ sinh được cán bộ y tế hỗ trợ	86% (2001)	97,9%	96-98% (Có thể đạt được)
Chỉ tiêu 5.B: Đạt khả năng tiếp cận toàn diện với chăm sóc sức khỏe sinh sản tới năm 2015	5.3 Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai	73,9% (2001)	76,2%	82% (Nỗ lực mới có thể đạt được)
	5.5 Bao phủ chăm sóc trước sinh (≥ 3 lần)	87,9% (2004)	89,4%	
Mục tiêu 6: Phòng chống HIV/AIDS, sốt rét và một số bệnh				
Chỉ tiêu 6.A: Chặn đứng vào năm 2015 và giảm sự lây nhiễm HIV/AIDS	6.1 Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm dân số trên 15 tuổi tập trung vào nhóm có nguy cơ cao	N/A	15-49 tuổi: <0,45% (2011)	N/A
	6.2 Tỷ lệ dùng bao cao su trong lần quan hệ tình dục nguy cơ cao gần đây nhất	51,9% (PWID) 77,7% (FSWs) 66,5% (MSM) (2009)	80,2% PWID) 89,7%(FSWs) 71,5% (MSM) (2011)	≥ 80% (có thể đạt được)
Chỉ tiêu 6.B: Tới 2010 mọi đối tượng cần đều được điều trị HIV/AIDS	6.4 Tỷ lệ người nhiễm HIV giai đoạn nặng được tiếp cận với thuốc kháng virus	5% (EPP, 2005)	53% (2011) 68,3% đối với người lớn và 81,3% trẻ em	70% (Khó đạt được)
Chỉ tiêu 6C: Đến năm 2015, chặn đứng và bắt đầu giảm số bệnh nhân mắc sốt rét	6.6 Số ca mới mắc và tử vong do sốt rét	Mới mắc: 0,96/1000 Tử vong: 0,031/100 000 (2000)	Mới mắc 0,49/1000 Tử vong: 0,01/100 000	Đã đạt được
Chỉ tiêu 6D: Không chế bệnh Lao	6.7 Tỷ lệ hiện mắc lao (TB)	375/100 000 (2000)	225/100 000 (2011)	187/100 000 (BYT) Có thể đạt được
		403/100 000 (1990)	323/100 000 (2011)	201/100 000 (LHQ) Khó đạt được
Mục tiêu 7: Bảo đảm môi trường bền vững (trọng tâm vào nước sạch và điều kiện vệ sinh)				
Chỉ tiêu 7C: Giảm 1/2 số người không được tiếp cận bền vững với nước uống sạch và điều kiện vệ sinh cơ bản	7.1 Tỷ lệ dân số sử dụng hố xí hợp vệ sinh	37% (1990)	78% (2011)	68,5% (Đã đạt được)
	7.2 Tỷ lệ dân số sử dụng nguồn nước uống hợp vệ sinh	57% (1990)	92% (2011)	78,5% (Đã đạt được)