

BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2014**Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm****Báo cáo tóm tắt**

Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế 2014 (JAHR 2014) là báo cáo thứ 8 do Bộ Y tế cùng với Nhóm đối tác y tế (Health Partnership Group - HPG) phối hợp thực hiện hàng năm. Ngoài việc cập nhật thực trạng hệ thống y tế, bao gồm đánh giá tiến độ thực hiện các nhiệm vụ đã đề ra trong Kế hoạch 5 năm ngành y tế 2011–2015, kết quả thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ, báo cáo JAHR 2014 còn tập trung phân tích sâu chuyên đề về “*Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*”. Báo cáo được cấu trúc thành 3 phần, bao gồm 8 chương với các nội dung chính sau đây.

PHẦN MỘT: CẬP NHẬT THỰC TRẠNG HỆ THỐNG Y TẾ**I. Tình trạng sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng****1. Tình trạng sức khỏe****1.1. Chỉ số sức khỏe cơ bản**

Những năm gần đây, tình trạng sức khỏe người dân Việt Nam đã được cải thiện đáng kể, cả về tuổi thọ, tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tử vong trẻ em dưới 5 tuổi và tỷ lệ suy dinh dưỡng. Tuy nhiên, sự chênh lệch đáng kể trong các chỉ số này giữa các vùng, miền và giữa các nhóm dân cư, là một vấn đề lớn rất đáng quan tâm hiện nay, đặc biệt là tình trạng sức khỏe kém hơn ở 2 vùng: Tây Nguyên, Trung du và miền núi phía Bắc, là 2 vùng nghèo, khó khăn.

1.2. Gánh nặng bệnh tật

Trong giai đoạn 1990-2010, gánh nặng bệnh tật (tính bằng DALY) do các bệnh truyền nhiễm, các vấn đề sức khỏe của bà mẹ, trẻ chu sinh và rối loạn dinh dưỡng giảm từ 45,6% xuống 20,8%. Trong khi đó, gánh nặng bệnh tật do các bệnh không truyền nhiễm tăng tương ứng từ 42% lên 66% tổng số DALY. Trong nhóm các bệnh truyền nhiễm (gồm cả vấn đề sức khỏe bà mẹ, trẻ chu sinh và rối loạn dinh dưỡng), gánh nặng bệnh tật quan trọng nhất là do HIV, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, lao, biến chứng do sinh non, giun sán. Trong nhóm các BKLN, gánh nặng bệnh tật quan trọng nhất là do ung thư, bệnh tim mạch (chủ yếu do gây tử vong sớm), rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh xương khớp (chủ yếu do gây năm sống tàn tật). Ba nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật quan trọng nhất trong nhóm tai nạn, chấn thương là tai nạn giao thông, đuối nước và ngã.

Đối với nam giới, 4 nguyên nhân quan trọng nhất gây gánh nặng bệnh tật là tai biến mạch máu não do xuất huyết, chấn thương do tai nạn đường bộ, HIV/AIDS và đau vùng lưng dưới. Đối với nữ giới, 4 nguyên nhân quan trọng nhất là trầm cảm, tai biến mạch máu não do xuất huyết, đau vùng lưng dưới và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

1.3. Một số bệnh được đặc biệt quan tâm

Một số chủng cúm như A (H1N1), A (H5N1), một số bệnh mới nổi như vi rút Ebola, MERS-CoV, cúm A (H7N9) và cúm A (H5N6) có tiềm năng gây dịch lớn. Gánh nặng bệnh tật của các bệnh có thể phòng bằng vắc xin vẫn còn đáng kể do chưa có vắc xin trong chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) như rubella, vi rút Rota, phế cầu khuẩn và màng não cầu, hoặc do triển khai TCMR chưa hiệu quả (với sởi). HIV/AIDS và lao là hai bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao. Một số bệnh truyền nhiễm khác có tỷ lệ mắc cao như giun sán, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới và viêm gan (A, B, C) hoặc có tỷ lệ chết/mắc cao như tay-chân-miệng.

Nguyên nhân tử vong chủ yếu ở trẻ em dưới 7 ngày tuổi là biến chứng do sinh non, di tật bẩm sinh, ngạt thở và sang chấn lúc sinh, và ở trẻ em từ 7 ngày đến 5 tuổi là nhiễm khuẩn hô hấp dưới, tiêu chảy và đuối nước. Tai nạn đường bộ và đuối nước là hai nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật chưa giảm đáng kể trong thời gian qua.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

2.1. Các yếu tố về dân số, kinh tế-xã hội

Cơ cấu tuổi giới, đặc biệt già hóa dân số, tác động tới gánh nặng bệnh tật do mô hình bệnh tật và nhu cầu CSSK ở từng nhóm tuổi khác nhau. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ của nhiều BKLN như bệnh tim mạch, đái tháo đường và ung thư, nên tỷ lệ dân số 65 tuổi trở lên càng lớn, gánh nặng bệnh tật do các bệnh này càng lớn. Phụ nữ trong tuổi sinh đẻ (27,0% dân số) và số trẻ em (8,5% dân số) tạo ra nhu cầu rất lớn đối với các dịch vụ phòng bệnh bằng vắc xin, chăm sóc sức khỏe sinh sản và chu sinh.

Sự phát triển kinh tế-xã hội tác động tích cực tới sức khỏe do cải thiện dinh dưỡng, tiếp cận với thông tin và dịch vụ y tế song cũng tạo ra nhiều tác nhân gây ô nhiễm, lối sống không lành mạnh và yếu tố khác có hại cho sức khỏe.

Những sự khác biệt về sức khỏe liên quan phân bố dân cư giữa các vùng/khu vực có mức phát triển kinh tế khác nhau và bất bình đẳng trong khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế (gồm cả YTDP) có chất lượng.

2.2. Các yếu tố môi trường, lối sống, sinh chuyển hoá

Các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất ở Việt Nam là chế độ ăn không hợp lý: thiếu những thành phần có lợi cho sức khỏe như rau quả và thừa những chất có hại cho sức khỏe như thịt chế biến hoặc đồ uống ngọt. Yếu tố quan trọng thứ hai là yếu tố sinh chuyển hoá như tăng huyết áp, tăng cholesterol máu. Tiếp theo là hút thuốc lá, ô nhiễm không khí và sử dụng rượu/ma túy.

3. Các thách thức đối với hệ thống y tế

3.1. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên

- *Các bệnh bệnh truyền nhiễm* bao gồm các bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao như: HIV/AIDS, lao, sốt xuất huyết; các bệnh có khả năng loại trừ như sốt rét, viêm não Nhật Bản, bệnh dại và bệnh phong; các bệnh mới nổi có tiềm năng lây lan rộng, gây dịch lớn như bệnh dịch do vi rút MERS-CoV, Ebola và một số bệnh lây truyền từ động vật sang người như cúm A (H5N1), cúm A (H1N1), cúm A (H7N9), cúm A (H5N6).
- *Các BKLN gây gánh nặng bệnh tật, tử vong cao* như: ung thư, các bệnh tim mạch (tăng huyết áp, tai biến mạch máu não,...), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, các bệnh lý tâm thần, thần kinh (tâm thần phân liệt, động kinh, trầm cảm, các rối loạn do lạm dụng rượu, bia và ma túy) và tai nạn giao thông.
- *Một số nguyên nhân gây gánh nặng bệnh tật cao ở trẻ em* như: viêm phổi, tiêu chảy, viêm não, viêm màng não, tay chân miệng, dị tật bẩm sinh trẻ em, bệnh não do ngạt thở/chấn thương trong khi sinh, đuối nước.

3.2. Khác biệt về sức khỏe và CSSK giữa các vùng, miền và nhóm dân cư

- *Chênh lệch về các chỉ số sức khỏe cơ bản* như tuổi thọ, tỷ suất tử vong trẻ em, bà mẹ, tỷ lệ suy dinh dưỡng.
- *Khác biệt về mô hình bệnh tật, mức phơi nhiễm yếu tố nguy cơ và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế* có chất lượng giữa các vùng địa lý đòi hỏi sự đáp ứng phù hợp của hệ thống y tế.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

- *Già hóa dân số* làm gia tăng nhu cầu CSSK, tăng gánh nặng đối với các hộ gia đình có người cao tuổi và làm tăng gánh nặng chi tiêu cho y tế của toàn xã hội, đặc biệt là chi phí cho điều trị các BKLN mạn tính và chăm sóc cuối đời. Hệ thống CSSK hiện tại chưa theo kịp với sự biến đổi mạnh mẽ này.
- *Gia tăng các yếu tố nguy cơ do tác động của công nghiệp hoá, hiện đại hoá và đô thị hoá* như: ô nhiễm không khí; ô nhiễm nguồn nước và thực phẩm; ô nhiễm do rác thải; bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động; môi trường công việc căng thẳng, nhiều áp lực cùng các vấn đề đặt ra do quá trình di cư và đô thị hoá.
- *Các yếu tố nguy cơ về hành vi, lối sống*, nhất là chế độ ăn không hợp lý (thiếu các thức ăn có lợi và thừa thức ăn có hại cho sức khỏe), hút thuốc lá, lạm dụng rượu, bia, sử dụng ma túy, lối sống ít hoạt động thể lực, cùng với *các yếu tố nguy cơ về sinh chuyển hoá* như tăng huyết áp, tăng cholesterol máu.

3.4. Hệ thống cung ứng dịch vụ còn nhiều hạn chế

- Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế hiện đang phân mảnh, chia cắt giữa các tuyến giữa YTDP và KCB, chưa thực hiện tốt chăm sóc lồng ghép, liên tục và chưa đáp ứng nhu cầu dự phòng BKLN.
- Mạng lưới y tế cơ sở còn yếu và thiếu về nhân lực, phương tiện và động lực để hoạt động nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân, nhất là của người cao tuổi, phụ nữ, trẻ em,...

II. Cập nhật tình hình hệ thống y tế

1. Những nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế năm 2014

1.1. Quản lý nhà nước về y tế

- Trình Quốc hội thông qua Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT và cho ý kiến về dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Dược 2005, Luật phòng, chống tác hại của lạm dụng rượu bia, Luật Dân số,...
- Hoàn thành dự thảo các Nghị định hướng dẫn các Luật ban hành trong năm 2014 và các Thông tư hướng dẫn thực hiện các Nghị định.
- Trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Đề án tăng cường năng lực thanh tra y tế giai đoạn 2014–2020; tập trung thanh tra về chính sách pháp luật về BHYT, xã hội hóa công tác y tế, quản lý nhà nước về lĩnh vực dược, đầu thầu thuốc.
- Tăng cường cải cách hành chính trong lĩnh vực y tế. Thí điểm Đề án đo lường sự hài lòng của người dân với dịch vụ y tế công; triển khai Kế hoạch thực hiện Đề án đẩy mạnh cải cách chế độ công vụ công chức.
- Đẩy mạnh thực hiện Chỉ thị 03/CT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế; Phát huy hiệu quả của Đường dây nóng; triển khai Thông tư số 07 về quy tắc ứng xử của cán bộ công chức, viên chức, người lao động tại các đơn vị sự nghiệp y tế công lập.

1.2. Về nhân lực y tế

- Triển khai Dự án thí điểm bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế-xã hội khó khăn (ưu tiên 62 huyện nghèo); Thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám chữa bệnh.
- Trình Chính phủ ban hành mức lương khởi điểm, lương cơ sở phù hợp với đặc thù của ngành y tế, từng bước tính tiền lương vào giá dịch vụ như tinh thần Nghị định 85 và Nghị quyết 68 của Quốc hội.
- Xây dựng kế hoạch dài hạn về đổi mới toàn diện hệ thống đào tạo nhân lực y tế; hệ thống kiểm định chất lượng đào tạo cũng như kiểm chuẩn chất lượng đầu ra.

1.3. Về tài chính y tế

- Tập trung triển khai Nghị định 85/2012/NĐ-CP của Chính phủ. Xây dựng và ban hành khung giá tính đầy đủ các yếu tố chi phí để áp dụng cho các bệnh viện có khả năng thu, có khả năng tự bảo đảm toàn bộ chi phí hoạt động thường xuyên; sửa đổi, bổ sung các quy định về xã hội hóa, liên doanh, liên kết trong bệnh viện công. Tăng cường tự chủ về tài chính trong các đơn vị sự nghiệp công lập. Từng bước xây dựng và thực hiện lộ trình điều chỉnh giá dịch vụ y tế theo Nghị định 85/2012/NĐ-CP;
- Đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho các cơ sở y tế theo hiệu quả hoạt động và kết quả đầu ra; đổi mới phương thức chi trả dịch vụ y tế. Xây dựng và ban hành cơ chế phân bổ ngân sách cho các cơ sở y tế dự phòng, các lĩnh vực như kiểm nghiệm, kiểm định, dân số/KHHGD, truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Tập trung thực hiện Lộ trình BHYT toàn dân; mở rộng BHYT cả về độ bao phủ, gói dịch vụ và khả năng bảo vệ tài chính cho các đối tượng tham gia BHYT; tiếp tục triển khai Nghị quyết 21-NQ/TW của Bộ Chính trị, Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội.
- Bảo đảm đủ kinh phí để mua, hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người nghèo, người thuộc diện chính sách và bảo trợ xã hội, từng bước chuyển phân ngân sách cấp cho các bệnh viện sang cấp trực tiếp cho người thụ hưởng thông qua việc mua hoặc hỗ trợ mua thẻ BHYT, tăng tỷ lệ bao phủ BHYT để giảm bớt gánh nặng tài chính của người dân khi đi khám, chữa bệnh.

1.4. Về dược và trang thiết bị y tế

- Bảo đảm đủ thuốc, trang thiết bị thiết yếu phục vụ công tác dự phòng và điều trị, triển khai các biện pháp hữu hiệu để bình ổn giá thuốc.
- Tăng cường kiểm tra, giám sát để bảo đảm chất lượng thuốc. Đẩy mạnh triển khai các giải pháp để sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, từng bước giảm việc lạm dụng thuốc trong điều trị ở các cơ sở y tế Nhà nước và tư nhân.
- Thực hiện tốt việc đấu thầu mua thuốc theo quy định góp phần bình ổn giá thuốc. Đẩy mạnh cuộc vận động “Người Việt dùng thuốc Việt”.
- Xây dựng kế hoạch hành động triển khai Chiến lược phát triển ngành dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030; triển khai thực hiện Đề án Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam.

1.5. Về phòng chống dịch bệnh, an toàn thực phẩm

- Tiếp tục tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe, triển khai có hiệu quả các CTMTQG về y tế, không để dịch lớn xảy ra, nếu xảy ra phải có các biện pháp để khống chế kịp thời.

- Tập trung chỉ đạo công tác ATVSTP; TCMR để duy trì tỷ lệ tiêm chủng; xây dựng và triển khai các hoạt động phòng chống và quản lý các BKLN, bệnh nghề nghiệp; phòng chống tai nạn thương tích.
- Tiếp tục triển khai tốt công tác phòng, chống HIV/AIDS, mở rộng điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) và điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadon, thực hiện mục tiêu 3 giảm (giảm nhiễm HIV, giảm tử vong liên quan đến HIV/AIDS, giảm kỳ thị); hướng ứng mục tiêu 90-90-90 của Liên Hợp Quốc về phòng chống HIV/AIDS; triển khai đề án đảm bảo tài chính bền vững cho phòng, chống HIV/AIDS.
- Xây dựng kế hoạch thực hiện Nghị quyết số 05/NQ-CP của Chính phủ và đẩy mạnh việc thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ trong lĩnh vực y tế.

1.6. Về y tế cơ sở

- Hoàn thiện một số văn bản về tổ chức, hoạt động của y tế cơ sở: chức năng, nhiệm vụ của trung tâm y tế huyện, trạm y tế xã; xây dựng Đề án tăng cường năng lực y tế cơ sở trong tình hình mới.
- Cùng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở về tổ chức, cơ sở vật chất, trang thiết bị, đội ngũ cán bộ và cơ chế hoạt động nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ CSSKBĐ, đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân ngay tại cộng đồng, đẩy mạnh thực hiện Đề án bác sĩ gia đình.

1.7. Về khám bệnh, chữa bệnh

- Đẩy mạnh việc thực hiện một số Dự án trọng điểm như: hoàn thành Cơ sở Tân Triều của Bệnh viện K; Bệnh viện Nhi trung ương; Dự án Trung tâm Ung bướu và tim mạch trẻ em, khoa khám bệnh thuộc Bệnh viện Bạch Mai,... Trong năm 2014, khởi công được cơ sở II của 5 bệnh viện tuyến trung ương và tuyến cuối.
- Các địa phương phải tập trung vốn trái phiếu Chính phủ giai đoạn 2012–2015, giai đoạn 2014–2016, ngân sách địa phương và các nguồn vốn hợp pháp khác để hoàn chỉnh, đưa và sử dụng các bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh.
- Tập trung cải tiến khu vực khám bệnh, giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, giảm số lượt khám/bác sĩ/ngày; từng bước giảm tình trạng quá tải, nằm ghép, trong đó tập trung vào triển khai mạnh 15 dự án Bệnh viện vệ tinh của các chuyên khoa: Ung bướu, Tim mạch, Nhi, Sản, Ngoại, chấn thương chỉnh hình.

1.8. Về dân số - kế hoạch hoá gia đình

- Thực hiện linh hoạt các giải pháp nhằm bảo đảm mức sinh thấp, hợp lý và giảm mất cân bằng giới tính khi sinh.
- Đề xuất sửa đổi, bổ sung các chính sách để tận dụng giai đoạn “dân số vàng”, thích ứng với “già hóa dân số”.

2. Tình hình thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011–2015

2.1. Tăng cường năng lực quản lý về y tế

2.1.1. Kết quả thực hiện

Bộ Y tế đã phối hợp với các bộ, ngành liên quan xây dựng, trình Chính phủ và Quốc hội *ban hành nhiều văn bản pháp quy, đề án* quan trọng. Bộ Y tế đã tiến hành *kiện toàn tổ chức các đơn vị* của Bộ Y tế theo Nghị định 63 (2012) và tiếp tục xây dựng thông tư của Bộ Y tế quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế tuyến huyện, và dự thảo Nghị định quy định tổ chức bộ máy và chế độ chính sách đối với cán bộ y tế tuyến xã.

Bộ Y tế đã nghiệm thu và công nhận tài liệu Khung kế hoạch và Hướng dẫn xây dựng Kế hoạch y tế tuyến tỉnh và tiếp tục tổ chức các lớp tập huấn về *nâng cao năng lực quản lý, lập kế hoạch y tế*. Một số địa phương đã bắt đầu xây dựng Kế hoạch y tế tuyến tỉnh theo các khung, biểu mẫu mới tập huấn.

Bộ Y tế đã xây dựng và *triển khai kế hoạch thanh tra y tế*, qua công tác thanh tra, kiểm tra đã kiến nghị khắc phục các sơ hở trong cơ chế chính sách và pháp luật, đề xuất các giải pháp chính sách. Bộ Y tế cũng đã tăng cường công tác kiểm tra để phát hiện những tồn tại trong xã hội hóa, ban hành Chỉ thị số 05/CT- BYT ngày 22/5/2014 về tăng cường *kiểm tra, chấn chỉnh công tác xã hội hóa, khám chữa bệnh theo yêu cầu*.

2.1.2. Khó khăn, hạn chế

Xây dựng văn bản quy phạm pháp luật vẫn chậm so với kế hoạch. Cơ cấu tổ chức bộ máy và chức năng, nhiệm vụ của các cơ sở y tế, đặc biệt ở tuyến y tế cơ sở chưa được chỉnh sửa phù hợp để đáp ứng với sự thay đổi của mô hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc khỏe của người dân. Y tế cơ sở và CSSK ban đầu còn yếu, chưa được quan tâm đúng mức. Thiếu sự gắn kết, phối hợp giữa YTDP và KCB, giữa y tế các tuyến xã, huyện, tỉnh và trung ương. Thiếu động lực đổi mới phương pháp lập kế hoạch. Các hoạt động thanh tra, kiểm tra vẫn chủ yếu được thực hiện sau khi có các sự việc xảy ra, mang tính chất bị động, thiếu lực lượng thanh tra. Vẫn còn nhiều tồn tại trong các quy định quản lý nhà nước về xã hội hóa, cung cấp dịch vụ y tế theo yêu cầu.

2.2. Nhân lực y tế

2.2.1. Kết quả thực hiện

Số lượng nhân lực y tế các loại tăng qua các năm, đạt 7,5 bác sĩ trên một vạn dân và 2,01 được sĩ đại học trên một vạn dân. Số nhân lực ở tuyến huyện và tuyến xã cũng được cải thiện, năm 2013 đạt 76,9% trạm y tế xã có bác sĩ làm việc. Bộ Y tế tiếp tục triển khai các giải pháp cải thiện chất lượng nhân lực.

Số lượng cơ sở đào tạo và quy mô đào tạo của các trường tiếp tục tăng. Các chính sách quản lý và nâng cao chất lượng nhân lực đang được thực hiện như cấp chứng chỉ hành nghề và xây dựng các chuẩn năng lực. Nhằm cải thiện giao tiếp của cán bộ y tế với bệnh nhân, Bộ Y tế đã tổ chức các lớp tập huấn về kỹ năng giao tiếp, ứng xử, nâng cao đạo đức nghề nghiệp.

Một số chính sách đã được ban hành và thực hiện để tăng cường năng lực cho tuyến dưới và phân bổ nhân lực y tế hợp lý giữa các vùng miền và chuyên khoa như Đề án 1816 (chế độ luân phiên có thời hạn) và Đề án Bệnh viện vệ tinh có các hoạt động chuyên giao kỹ thuật; Đề án khuyến khích đào tạo và phát triển nhân lực y tế một số chuyên ngành thiếu nhân lực; Dự án thí điểm đưa bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác miền núi. Nghị định của Chính phủ quy định tổ chức và chế độ chính sách đối với cán bộ y tế xã, phường, thị trấn đã được chuẩn bị và dự định sẽ được ban hành trong năm 2014.

2.2.2. Khó khăn, hạn chế

Mất cân bằng trình độ của nhân lực y tế hiện nay theo vùng, và lĩnh vực chuyên môn. Nhân lực y tế có trình độ cao tập trung chủ yếu ở các thành phố lớn và khu vực kinh tế phát triển. Ở tuyến y tế cơ sở và vùng khó khăn, có tình trạng thiếu nhân lực y tế có trình độ đại học trở lên. Dự án thí điểm đưa bác sĩ tình nguyện về vùng; có tình trạng khó khăn khó giải quyết được bền vững tình trạng thiếu cán bộ y tế vùng khó khăn. Chưa có sự thay đổi đáng kể nào trong cơ chế sử dụng, tuyển dụng nhân lực y tế của các địa phương, chính sách tiền lương và chế độ đãi ngộ chưa đủ hấp dẫn để thu hút nhân lực y tế làm việc ở vùng sâu, vùng xa. Triển khai các Đề án tăng cường năng lực tuyến dưới vẫn còn khó khăn vì chưa xác định được cụ thể các kỹ thuật cần chuyển giao, chưa dựa trên điều kiện cơ sở vật chất sẵn có tại tuyến y tế cơ sở. Môi trường làm việc tại vùng khó khăn không đáp ứng được với yêu cầu công việc.

Quản lý nhân lực y tế chưa đáp ứng nhu cầu của xã hội. Ứng xử của cán bộ y tế vẫn gây phản ứng của xã hội, bệnh nhân trong thời gian qua. Cơ chế quản lý cơ sở y tế và sử dụng cán bộ lãnh đạo, quản lý các cấp góp phần làm giảm số lượng, giảm thời gian nhân lực y tế làm công tác chuyên môn. Số điều dưỡng bình quân/một bác sĩ vẫn rất thấp, mặc dù hằng năm vẫn đào tạo ra nhiều điều dưỡng. Chứng chỉ hành nghề cấp một lần, không thi sát hạch nên chưa có giá trị trong việc bảo đảm một mặt bằng chất lượng cơ bản.

2.3. Tài chính y tế

2.3.1. Kết quả thực hiện

Với bối cảnh kinh tế vĩ mô đang gặp nhiều khó khăn, Chính phủ chủ trương thắt chặt chi tiêu, song NSNN vẫn được bố trí theo các nhiệm vụ chi thường xuyên cho y tế (chi cho KCB, YTDP, cải cách tiền lương, kinh phí thực hiện CTMTQG, chi mua BHYT cho các đối tượng được hỗ trợ theo Luật BHYT). Trong giai đoạn từ 2010-2013, dự toán chi NSNN cho y tế tăng chậm hơn chi NSNN chung, nhưng đến 2014 dự toán chi NSNN cho

y tế tăng nhanh hơn. Tổng giá trị ODA vẫn duy trì ổn định. Tỷ lệ chi cho YTDP và nâng cao sức khỏe tăng lên qua các năm do chi địa phương tăng mạnh, đến năm 2011 chi cho YTDP chiếm 69,8% tổng NSNN chi cho y tế (43,9% nếu so với tổng ngân sách y tế bao gồm cả các khoản BHYT thanh toán và người dân nộp viện phí và 27,9% so với tổng chi y tế toàn xã hội). Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT đã được Quốc hội thông qua ngày 13/6/2014; Bộ Y tế đã ban hành một số thông tư hướng dẫn thực hiện Luật BHYT sửa đổi. Tỷ lệ bao phủ BHYT đạt 68,5% dân số. Quỹ BHYT vẫn cân đối. Bộ Y tế đang tập trung xây dựng các văn bản hướng dẫn thực hiện Nghị định 85 về đổi mới cơ chế hoạt động và tài chính trong ngành y tế.

Trên cơ sở khảo sát đánh giá thực trạng và tham khảo các ý kiến tư vấn trong nước và quốc tế, dự thảo sửa đổi phương thức thanh toán theo định suất đã được xây dựng và phê duyệt. Dự án nghiên cứu thí điểm chi trả theo trường hợp bệnh vẫn đang được triển khai với các hoạt động nâng cao năng lực cán bộ về thanh toán theo trường hợp bệnh, xây dựng quy trình chuyên môn và tiêu chuẩn chất lượng lâm sàng.

2.3.2. Khó khăn, hạn chế

Khó khăn về kinh tế vĩ mô làm giảm tốc độ tăng chi từ NSNN cho y tế. Một số hoạt động quản lý nhà nước về y tế như thanh tra, kiểm tra, thống kê thông tin y tế, hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, can thiệp phòng, chống BKLN tại cộng đồng thiếu kinh phí để thực hiện. Tỷ lệ chi tiền túi của hộ gia đình so với tổng chi y tế tăng lên mức 49%, trong khi chi công cho y tế giảm xuống còn 42,6%, còn khá xa so với mức phần đầu tối thiểu 50% là chi tiêu công. Một số địa phương chưa bố trí đủ chi sự nghiệp y tế theo định mức quy định. Đầu tư cho y tế cơ sở còn hạn chế, chưa có nguồn chắc chắn. Năm 2014, các CTMTQG bị cắt giảm kinh phí, gây khó khăn cho hoạt động các chương trình, dự án, đặc biệt các dự án phòng, chống BKLN. Tiến độ mở rộng BHYT đang bị chậm lại, sử dụng quỹ BHYT còn hạn chế về tính bền vững và hiệu quả, hệ thống quản lý thông tin yếu, có tình trạng lạm dụng quỹ BHYT.

Đổi mới phương thức thanh toán tiến triển chậm, gặp nhiều khó khăn do liên quan trực tiếp tới lợi ích các bệnh, đòi hỏi phải hợp tác, phối hợp và đồng thuận của các bên liên quan mới thực hiện được. Các điều kiện để triển khai mô hình phương thức thanh toán mới rất hạn chế.

Việc ban hành các văn bản hướng dẫn thực hiện Nghị định 85 vướng mắc với việc thực hiện các chính sách khác như xã hội hóa, quản lý giá dịch vụ công ích. Nhiều vấn đề hạn chế hiệu suất sử dụng các nguồn lực tại các đơn vị y tế công lập như kiểm soát lãng phí, hạn chế trong kiểm soát chỉ định thuốc, ... Việc thực hiện tự chủ tài chính của các đơn vị công lập gặp khó khăn do không bảo đảm đủ nguồn cân đối tài chính, đặc biệt đối với chi phí lao động.

2.4. Dược và trang thiết bị y tế

2.4.1. Kết quả thực hiện

Nhiệm vụ bảo đảm cung ứng đủ thuốc thiết yếu được thực hiện tốt. Mức chi tiền thuốc bình quân đầu người đã tăng từ 22 USD năm 2010 lên 31,2 USD năm 2013. Giá trị thuốc sản xuất trong nước năm 2012 chiếm tỷ trọng 46,2% tổng giá trị thuốc sử dụng tại Việt Nam, đáp ứng hai phần ba hoạt chất trong Danh mục thuốc thiết yếu của Việt Nam lần thứ V. Mạng lưới cung ứng thuốc ở khu vực khó khăn đang phát triển. Việt Nam sản xuất được 10/11 vắc xin trong chương trình TCMR. Thuốc đông y và thuốc từ dược liệu được đẩy mạnh sử dụng thông qua ban hành Danh mục thuốc đông y thiết yếu, phê duyệt và triển khai quy hoạch tổng thể phát triển dược liệu, xây dựng các vùng nuôi, trồng dược liệu theo tiêu chuẩn thực hành tốt và tăng cường quản lý nguồn gốc và chất lượng dược liệu.

Thị trường thuốc cơ bản bình ổn, chỉ số giá thuốc tăng chậm hơn chỉ số giá tiêu dùng chung, mức giá thuốc ở Việt Nam thấp hơn thuốc ở Thái Lan và Trung Quốc. Việc triển khai các văn bản quy phạm pháp luật về quản lý giá thuốc và đấu thầu thuốc đã bước đầu phát huy tác dụng.

Bộ Y tế đã và đang tích cực triển khai thực hiện chủ trương quản lý toàn diện chất lượng thuốc thông qua việc triển khai áp dụng các nguyên tắc Thực hành tốt (GP's) và tăng cường năng lực kiểm nghiệm thuốc. Để tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, Bộ y tế đã củng cố hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện, thực hiện kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc, củng cố hệ thống theo dõi, giám sát phản ứng có hại của thuốc và xây dựng cơ sở dữ liệu tra cứu thông tin thuốc.

Bộ Y tế phối hợp với Bộ Tài chính kiểm tra và nghiên cứu đề xuất giải pháp hỗ trợ chính sách thuế đối với đơn vị sản xuất trang thiết bị y tế trong nước. Hiện nay, có khoảng 600 chủng loại được Bộ Y tế thẩm định và cấp phép lưu hành trong nước. Mạng lưới KCB các tuyến tiếp tục được củng cố và hoàn thiện trong các Đề án 47, Đề án 930 xây mới, nâng cấp nhiều bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, khu vực, huyện và một số bệnh viện chuyên khoa.

2.4.2. Khó khăn, hạn chế

Nhiều thuốc thiết yếu vẫn chưa có trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán, trong đó có các loại thuốc của CTMTQG như thuốc điều trị HIV và thuốc điều trị lao. Ngoài ra, một số trạm y tế xã có tình trạng cấp thuốc chậm, thiếu và cơ cấu thuốc không đáp ứng nhu cầu điều trị.

Việc quản lý giá thuốc tại các đơn vị bán lẻ thuốc không thuộc cơ sở y tế còn gặp khó khăn do chưa có cơ chế hữu hiệu đánh giá tính hợp lý của giá thuốc. Dù kiểm soát được giá thuốc tại cơ sở y tế thông qua đấu thầu thuốc, nhưng chưa có biện pháp khuyến khích bác sĩ quan tâm đến chi phí hiệu quả khi chỉ định thuốc. Chưa đạt được sự đồng thuận về tổ chức và phân công trách nhiệm đơn vị đầu mối trong quản lý nhà nước giá thuốc.

Sử dụng thuốc an toàn hợp lý vẫn còn khó khăn trong sử dụng thông tin về các mặt hàng thuốc bị đình chỉ lưu hành, chưa giám sát tình hình sử dụng thuốc an toàn hợp lý, thiếu dược sĩ đại học tại các địa phương khó khăn. Thiếu các quy định về phát triển mô hình phân phối thuốc có khả năng bảo đảm chất lượng thuốc. Quản lý chất lượng thuốc đông y gặp khó khăn do khó giám sát nguồn gốc và chất lượng đông dược và dược liệu, nhiều cơ sở sản xuất là hộ cá thể, thiếu trang thiết bị hiện đại.

Việc cắt giảm kinh phí từ trái phiếu Chính phủ dẫn đến sự chậm tiến độ nâng cấp bệnh viện huyện; một số dự án phải tạm dừng để đầu tư sau năm 2015 hoặc chuyển đổi hình thức đầu tư, dẫn đến hạn chế trong cung ứng dịch vụ.

2.5. Thông tin y tế

2.5.1. Kết quả thực hiện

Trong hai năm gần đây, một loạt các văn bản quy phạm pháp luật được Chính phủ và Bộ Y tế ban hành, đặc biệt về củng cố chế độ báo cáo thống kê tổng hợp đối với hệ thống công lập và ngoài công lập và ứng dụng công nghệ thông tin ngành y tế. Ngoài ra, Chính phủ đã ban hành quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực thống kê trong khi Bộ Y tế đã chỉ thị về tăng cường công tác thông tin thống kê y tế và ban hành Bản kế hoạch phát triển Hệ thống thông tin đến năm 2020 tầm nhìn 2030. Ngành y tế tiếp tục cải tiến và đa dạng hóa hình thức phổ biến thông tin dưới nhiều hình thức khác nhau, với nhiều hình thức phổ biến đa dạng. Tài liệu đào tạo giảng viên về thông tin y tế cơ bản đang được chuẩn hóa. Các địa phương đã sử dụng tiền ngân sách và hỗ trợ từ một số nhà tài trợ để triển khai đào tạo cho cán bộ thống kê tuyến dưới về thông tin thống kê cơ bản. Ngành y tế đang xây dựng cơ sở dữ liệu người hành nghề trên toàn quốc.

2.5.2. Khó khăn, hạn chế

Thông tin phục vụ theo dõi, đánh giá, nghiên cứu hiện nay chưa đáp ứng nhu cầu. Thiếu các quy định liên quan nhiệm vụ phổ biến thông tin và cơ sở dữ liệu, thông tin cung cấp chưa kịp thời, chưa đầy đủ, thiếu thông tin từ các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế thuộc các bộ ngành khác. Các cuộc điều tra do Chính phủ phân công cho ngành y tế chưa được tiến hành do kinh phí của ngành còn hạn chế. Thiếu cơ sở dữ liệu thông tin thống kê, cơ sở dữ liệu quốc gia về y tế.

Chưa quy định vị trí, chức danh, định mức thống kê đối với các đơn vị trong ngành y tế. Trình độ của cán bộ thống kê và cán bộ kế hoạch về tổng hợp báo cáo, sử dụng, phân tích số liệu và công tác dự báo thống kê còn yếu.

Tại tuyến y tế cơ sở, chủ yếu xử lý và tổng hợp số liệu thủ công, việc ứng dụng công nghệ thông tin còn hạn chế. Chưa có phần mềm tổng hợp số liệu trực tuyến áp dụng từ trạm y tế xã báo cáo lên tuyến trên. Việc mã hóa cơ sở y tế và các chuẩn đối với lĩnh vực chuyên môn cần hoàn thiện tạo điều kiện triển khai ứng dụng công nghệ thông tin thống nhất, đồng bộ.

2.6. Cung ứng dịch vụ y tế

2.6.1. Kết quả thực hiện

Các hoạt động YTDP và CSSKBD được thực hiện ở quy mô rộng. Gần đây, ngành y tế tập trung củng cố mạng lưới y tế tại vùng biển, đảo. Các hoạt động DS-KHHGD đã thực hiện hiệu quả, đạt mức sinh thay thế ở nhiều địa phương, làm chậm lại gia tăng dân số, và thực hiện an toàn sinh đẻ nhằm giảm tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh. Số cơ sở y tế cung cấp dịch vụ và tỷ lệ bệnh nhân sử dụng dịch vụ YHCT đã tăng đáng kể. Bộ Y tế đã cập nhật bổ sung nhiều quy trình kỹ thuật mới, mở rộng số kỹ thuật có thể thực hiện tại tuyến y tế cơ sở, được BHYT thanh toán, đang triển khai một số mô hình quản lý bệnh mạn tính, hướng dẫn thí điểm mô hình bác sĩ gia đình và mô hình CSSK người cao tuổi.

Nhiều văn bản chính sách hướng dẫn việc quản lý chất lượng các dịch vụ y tế và giảm quá tải bệnh viện đã được xây dựng và triển khai như hướng dẫn quản lý chất lượng xét nghiệm, dịch vụ KCB tại bệnh viện và tại trạm y tế xã, phường, Đề án giảm quá tải bệnh viện, Đề án bệnh viện vệ tinh, Bác sĩ gia đình, và Đề án 1816. Đến tháng 5/2014, về cơ bản không có tình trạng quá tải bệnh viện tuyến tỉnh, huyện, chỉ còn một số bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế vẫn có bệnh nhân nằm ghép. Công cụ giám sát chất lượng được xây dựng và triển khai thí điểm. Các trường và trung tâm đào tạo về quản lý bệnh viện được thành lập và hàng nghìn cán bộ quản lý bệnh viện đã được đào tạo.

2.6.2. Khó khăn, hạn chế

Kiểm soát một số bệnh truyền nhiễm chưa đạt mục tiêu mong muốn, như đẩy lùi bệnh lao, chặn đứng đại dịch HIV/AIDS. Công tác vệ sinh an toàn thực phẩm chưa bền vững và công tác y tế học đường thiếu kinh phí và nhân lực để triển khai hiệu quả. Tỷ lệ bệnh nhân được khám bệnh bằng YHCT chưa cao, một phần do vướng mắc trong các quy định. Về DS-KHHGD vẫn có vùng nghèo có mức sinh cao, CSSKSS chưa đạt các chỉ tiêu, tỷ số giới tính khi sinh vẫn chưa được kiểm soát.

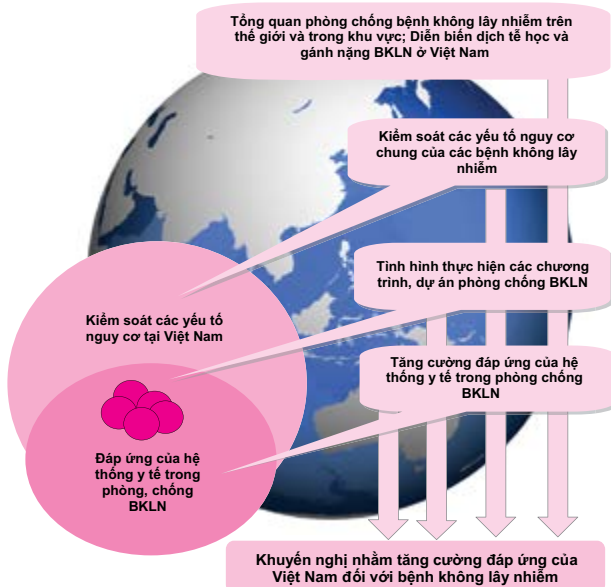
Chất lượng dịch vụ y tế vẫn chưa đạt yêu cầu. Tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến cuối (chủ yếu bệnh viện trung ương) chưa được giải quyết vì người bệnh chưa tin tưởng vào chất lượng điều trị tuyến dưới. Còn nhiều bất cập trong chính sách bệnh viện công cung cấp dịch vụ theo yêu cầu và trong các bệnh viện liên doanh liên kết giữa bệnh viện công và bệnh viện tư nhân vì lạm dụng thuốc, xét nghiệm và dịch vụ kỹ thuật cao. Thiếu sự lồng ghép giữa chương trình YTDP và KCB. Cung ứng dịch vụ KCB mất cân đối giữa các tuyến, thiếu kết nối và chăm sóc liên tục. Năng lực thực hiện tại các cơ sở y tế tuyến huyện và xã còn hạn chế, đặc biệt đối với quản lý bệnh mạn tính. Bộ Y tế chưa thành lập được Tổ chức chứng nhận chất lượng độc lập, chưa có cơ quan độc lập chịu trách nhiệm kiểm định chất lượng KCB. Quy chế bệnh viện chưa được cập nhật từ năm 1997 đến nay và nhiều dịch vụ kỹ thuật chưa có hướng dẫn chuyên môn chính thức của Bộ Y tế. Chưa đáp ứng được nhu cầu đào tạo về quản lý bệnh viện, quản lý chất lượng.

2.7. Tình hình thực hiện Mục tiêu Thiên niên kỷ trong lĩnh vực y tế

Việt Nam đã đạt hoặc có khả năng đạt hầu hết các MDG, nhưng vẫn còn một số mục tiêu cần nỗ lực mới đạt được. Đến hết năm 2013, các MDG đã đạt bao gồm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do sốt rét và tỷ lệ tiếp cận với nước sạch, hố xí hợp vệ sinh. Một số mục tiêu có khả năng đạt nếu tiếp tục tiến độ hiện nay như tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi, tăng tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS cần điều trị được tiếp cận với thuốc kháng vi rút và tỷ lệ hiện mắc bệnh lao. Một số chỉ số có xu hướng cải thiện như tăng khả năng tiếp cận toàn diện với chăm sóc sức khỏe sinh sản (thể hiện ở các chỉ số về tỷ lệ khám thai, tỷ lệ phụ nữ sinh con có cán bộ y tế đỡ đẻ, tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai và tỷ suất sinh vị thành niên) và tăng tỷ lệ phụ nữ bán dâm sử dụng bao cao su khi quan hệ với khách. Đáng lo ngại là một số mục tiêu khó đạt vào năm 2015 hoặc chỉ số theo xu hướng không tích cực như mục tiêu giảm tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi và tỷ số tử vong mẹ. Một số mục tiêu cũng đáng cần quan tâm như mục tiêu tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su ở người nghiện chích ma túy và gần đây sự suy giảm trong tỷ lệ điều trị ARV đối với trẻ em có nhu cầu.

PHẦN HAI: TĂNG CƯỜNG KIỂM SOÁT, PHÒNG CHỐNG CÁC BKLN

Khung phân tích chuyên đề BKLN trong báo cáo JAHR 2014



III. Tổng quan về phòng, chống BKLN trên thế giới và Việt Nam

1. Phòng chống BKLN trên thế giới và ở khu vực Tây Thái Bình Dương

1.1. Gánh nặng bệnh tật của BKLN

Các BKLN đang là một thách thức mang tính toàn cầu, tạo ra gánh nặng rất lớn đối với xã hội và hệ thống y tế, cả ở các nước có thu nhập cao lẫn các nước thu nhập thấp và trung bình. BKLN chiếm 65,5% trong tổng số 52,7 triệu ca tử vong năm 2010 trên toàn cầu, tăng 30% so với năm 1990, chủ yếu do tăng trưởng dân số và già hóa dân số. Năm trong 10 nguyên nhân tử vong chung và ba trong số 10 nguyên nhân tử vong sớm trên toàn cầu là do BKLN. Dự báo tỷ lệ tử vong do BKLN sẽ tăng 15% trong khoảng thời gian từ 2010–2020 tương ứng với khoảng 44 triệu ca tử vong; tăng cao nhất (khoảng 20%) ở khu vực châu Phi, Đông Nam Á, Đông Âu.

Gánh nặng tử vong và tàn tật do các BKLN cũng tăng lên đáng kể trong thời gian gần đây ở hầu hết các khu vực trên thế giới. BKLN chiếm tới 54% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu vào năm 2010 và 55,1% tổng gánh nặng bệnh tật năm 2012. Ở hầu hết các quốc gia (trừ các nước ở khu vực Tiểu Sahara), các BKLN gây ra ít nhất 50% trong tổng số năm sống khỏe mạnh bị mất. Tỷ trọng DALY gây ra do các BKLN ở các nước thu nhập thấp và trung bình cũng sẽ tăng từ 33% năm 2002 lên khoảng 45% vào năm 2030.

Gánh nặng chi phí cho các BKLN là rất lớn và tiếp tục tăng lên ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và tạo gánh nặng lớn lên kinh tế vĩ mô. Các BKLN có thể cản trở việc đạt các mục tiêu thiên niên kỷ và đồng thời tác động tới phát triển kinh tế xã hội. Các BKLN là vấn đề của sự phát triển ở các quốc gia chứ không phải chỉ đơn thuần là vấn đề của y tế.

Bốn nhóm BKLN chính cùng có chung bốn nhóm yếu tố nguy cơ về hành vi, đó là hút thuốc lá, sử dụng rượu bia ở mức có hại, chế độ ăn không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực. Các yếu tố nguy cơ này có thể phòng tránh được thông qua các chiến lược can thiệp có hiệu quả (best buy).

1.2. Một số chính sách toàn cầu và khu vực về phòng chống BKLN

Các tổ chức quốc tế (như Liên Hợp Quốc, WHO,...) đã ban hành nhiều văn bản chính sách để ứng phó với mức độ ảnh hưởng ngày càng tăng của các BKLN ở quy mô toàn cầu. Các chính sách đều nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và thúc đẩy lối sống lành mạnh. Trong đó, có hai văn bản quan trọng là Kế hoạch hành động toàn cầu về phòng, chống BKLN năm 2013 và Kế hoạch hành động về sức khỏe tâm thần 2013-2020. WHO khu vực Tây Thái Bình Dương cũng đã xây dựng một số văn bản chiến lược quan trọng liên quan đến BKLN và bệnh tâm thần, trong đó có Chiến lược về sức khỏe tâm thần trong khu vực từ năm 2002 và Kế hoạch hành động phòng, chống BKLN của khu vực cho giai đoạn 2014–2020.

Một số nguyên tắc chung trong các chiến lược phòng chống BKLN toàn cầu và khu vực là: hành động quốc gia và đoàn kết quốc tế, hành động đa ngành, trên cơ sở cách tiếp cận nhân quyền với các chiến lược dựa trên bằng chứng và gắn với bao phủ CSSK toàn dân.

Để đạt được các mục tiêu phòng chống BKLN, WHO khuyến nghị các nước thành viên lựa chọn các chính sách và can thiệp hiệu quả-chỉ phí nhằm hỗ trợ các quốc gia thực hiện một cách phù hợp tùy thuộc vào bối cảnh. Trong đó, có thể chia thành các nhóm giải pháp về: (i) tăng cường ưu tiên và năng lực cho công tác phòng, chống và kiểm soát BKLN; (ii) giám sát và nghiên cứu; (iii) kiểm soát các yếu tố nguy cơ; và (iv) củng cố hệ thống y tế ứng phó với BKLN và bệnh tâm thần.

2. Gánh nặng bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam

2.1. Gánh nặng bệnh tật

BKLN đang có xu hướng gia tăng nhanh ở Việt Nam. Tỷ trọng những người tử vong do BKLN trong tổng số tử vong đã tăng từ 56% năm 1990 lên 72% năm 2010. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần-thần kinh 2%.

BKLN gây ra 56,1% tổng số năm sống mất đi (YLL) năm 2010, trong đó ở nam giới là 35,1% và nữ giới là 20,9%. Ung thư là BKLN có số năm sống mất đi nhiều nhất (chiếm

19,2%), tiếp theo là tai biến mạch máu não do xuất huyết (10,3%). Khoảng 25,5% tổng số YLL là do những BKLN hiện đang có chương trình mục tiêu can thiệp, còn lại 30,6% chưa có chương trình can thiệp trực tiếp.

Tính chung, BKLN chiếm 66,3% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY năm 2010. Ung thư và tai biến mạch máu não do xuất huyết vẫn là hai bệnh có gánh nặng bệnh tật cao nhất tính theo DALY (chiếm lần lượt 11% và 5,8%). Đáng lưu ý là các BKLN ở Việt Nam hiện có chương trình can thiệp chỉ chiếm 19,6% tổng gánh nặng bệnh tật năm 2010, đa phần gánh nặng bệnh tật do BKLN chưa có chương trình can thiệp.

2.2. Gánh nặng của các yếu tố nguy cơ

Hút thuốc lá

Xu hướng hút thuốc lá ở Việt Nam bắt đầu giảm, nhưng tỷ lệ hút vẫn còn cao. Năm 2010, tỷ lệ hiện hút thuốc lá (gồm cả thuốc lá) trong số những người từ 15 tuổi trở lên là 47,4% ở nam giới và 1,4% ở nữ giới. Việt Nam vẫn nằm trong nhóm 15 nước có số người hút thuốc lá nhiều nhất trên thế giới với khoảng 15,3 triệu người trưởng thành đang hút thuốc lá. Đặc biệt, tỷ lệ hút thuốc lá của thanh thiếu niên Việt Nam vẫn ở mức cao và độ tuổi bắt đầu hút thuốc lá ngày càng trẻ.

Năm 2010, ước tính hút thuốc lá gây ra 16,9% tổng số ca tử vong tương đương 74 710 ca tử vong và 8,8% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY, chủ yếu là do các BKLN (97% tổng tử vong và 94% tổng số DALY liên quan hút thuốc lá là do BKLN).

Sử dụng rượu, bia quá mức

Mức tiêu thụ rượu, bia bình quân đầu người tăng nhanh. Mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân một người 15 tuổi trở lên một năm tăng từ 3,8 lít cồn nguyên chất giai đoạn 2003–2005 đến 6,6 lít cồn nguyên chất giai đoạn 2008–2010 (12,1 lít/năm ở nam và 0,2 lít ở nữ). Mức bia được tiêu thụ bình quân đầu người năm 2013 ước tính là 35,6 lít. Việt Nam là nước có mức tiêu thụ rượu, bia đứng thứ nhất ở ASEAN và thứ 3 tại Châu Á. Bình quân, người Việt Nam chi gần 3 tỷ USD/năm (khoảng 1,8% GDP) cho tiêu thụ bia.

Ước tính có tới 4,4% người dân Việt Nam phải gánh chịu bệnh tật do hậu quả của rượu, bia mang lại. Năm 2010, ước tính có 8,7% nam và 0,9% nữ tuổi từ 15 trở lên có các rối loạn liên quan đến sử dụng rượu; trong đó lệ thuộc rượu chiếm tỷ lệ 5,9% ở nam và 0,1% nữ từ 15 tuổi trở lên. Sử dụng rượu, bia gây ra 5,7% tổng số ca tử vong và 4,7% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY của Việt Nam năm 2010. Khoảng 3/4 gánh nặng bệnh tật liên quan rượu, bia là do BKLN.

Chế độ dinh dưỡng không hợp lý

Mặc dù đã có những cải tiến về dinh dưỡng, vẫn có một số mô hình đáng lo ngại liên quan đến chế độ ăn uống, đặc biệt là liên quan đến BKLN như: số lượng muối tiêu thụ bình quân đầu người hàng ngày lên tới 18-22g, cao hơn mức khuyến cáo 3-4 lần; tỷ

lệ những người ăn ít hơn 5 khẩu phần rau quả mỗi ngày là khá cao, 77,1% ở thành thị và 83,7% ở nông thôn trong khi tiêu thụ thịt ở mức cao và tiêu thụ thủy sản thấp hơn so với mức khuyến cáo.

Sự mất cân bằng trong chế độ ăn uống đặc biệt nổi bật trong một số nhóm dân số và khu vực. Đặc biệt việc tiêu thụ quá nhiều năng lượng ở trẻ em, sử dụng quá nhiều chất béo chuyển hoá và chất béo bão hoà ở học sinh và người dân thành thị, và một số nhóm nhân viên văn phòng, trong khi tiêu thụ các loại rau và trái cây thấp hơn mức khuyến cáo. Các loại thực phẩm được người dân lựa chọn đang có xu hướng ngày càng kém lành mạnh với việc tiêu thụ quá nhiều mì ăn liền và đồ uống có bổ sung đường. Gánh nặng bệnh tật do chế độ ăn năm 2010 ước tính là 23% tổng số tử vong và 9,5% tổng số DALY.

Ít hoạt động thể lực

Tỷ lệ người luyện tập thể dục thể thao thường xuyên đang tăng lên, tuy nhiên đến năm 2013 mới chỉ đạt 27,2%. Tỷ lệ hoạt động thể lực ở mức độ “đủ” giảm dần theo tuổi và ở nữ cao hơn nam. Một điều tra cho thấy có đến 34% người dân không tham gia bất kỳ hoạt động thể thao nào với các nguyên nhân chủ yếu là không có thời gian (84%), ngại đậy sớm, ngại vận động (9%) và thiếu phương tiện và địa điểm tập luyện (2%).

Ít hoạt động thể lực gây ra 2,8% tổng số tử vong (12 648 ca tử vong) và 1,5% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY theo ước tính tại Việt Nam năm 2010. Đặc biệt, gánh nặng bệnh tật liên quan ít hoạt động thể dục hoàn toàn do BKLN, trong đó chủ yếu là các bệnh tim mạch, ung thư đại tràng và đái tháo đường là các vấn đề sức khỏe chính liên quan đến tình trạng ít vận động.

Các yếu tố nguy cơ sinh chuyển hoá

Tăng huyết áp gây ra 91 560 ca tử vong năm 2010, chiếm 20,8% tổng số tử vong và 7,2% tổng số DALY, chủ yếu do tai biến mạch máu não và bệnh tim thiếu máu cục bộ. Cũng trong năm 2010, hàm lượng cholesterol toàn phần trong máu cao gây ra 1,4% ca tử vong và 0,7% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY; tăng đường huyết lúc đói và đái tháo đường gây 6,3% tổng số tử vong và 3% tổng số DALY; thừa cân, béo phì gây ra khoảng 1% tổng số ca tử vong và 0,9% gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY.

2.3. Gánh nặng về kinh tế do BKLN và các yếu tố nguy cơ

BKLN còn gây gánh nặng rất lớn về kinh tế thông qua các chi phí trực tiếp liên quan đến việc điều trị bệnh và chi phí gián tiếp do việc mất năng suất lao động hay thu nhập mất đi do việc bán tài sản để điều trị làm ảnh hưởng không chỉ đến ngành y tế mà còn đến sự phát triển kinh tế-xã hội.

Tổng các chi phí y tế và mất năng suất lao động liên quan tới 3 căn bệnh do thuốc lá tại Việt Nam năm 2005 ít nhất là 1160 tỷ đồng (khoảng 77,5 triệu USD). Gánh nặng kinh tế do hút thuốc lá gây ra trong 5 nhóm bệnh liên quan đến hút thuốc lá (ung thư phổi, tai biến mạch máu não, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư

đường hô hấp và tiêu hóa trên) ở Việt Nam năm 2011 là 23 139,3 tỷ đồng (0,91% tổng GDP; 5,07% chi cho y tế).

IV. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung của các BKLN

1. Kết quả thực hiện

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ là một trong ba nhóm giải pháp chính được WHO khuyến cáo để phòng chống BKLN toàn cầu, trong đó 4 yếu tố nguy cơ được đặc biệt quan tâm là hút thuốc lá, sử dụng rượu, bia ở mức có hại, chế độ dinh dưỡng không lành mạnh và lối sống ít vận động. Ở Việt Nam, có nhiều can thiệp liên quan các yếu tố này ở những mức hiệu quả khác nhau.

1.1. Chính sách phòng chống tác hại của thuốc lá

Hệ thống chính sách về phòng chống tác hại của thuốc lá (PCTHTL) tương đối đầy đủ, bao gồm cả Luật PCTHTL và Chiến lược quốc gia phòng, chống tác hại của thuốc lá đến năm 2020 cùng các văn bản hướng dẫn thực hiện. Chính sách PCTHTL đã bao gồm bốn can thiệp tối ưu theo khuyến cáo của WHO là: (i) tăng thuế thuốc lá, áp dụng thuế tiêu thụ đặc biệt với thuốc lá; (ii) cấm toàn diện việc quảng cáo, khuyến mại và tài trợ thuốc lá; (iii) cảnh báo tác hại của thuốc lá; và (iv) bảo vệ người dân trước khói thuốc. Các chính sách khác: cấm mua bán thuốc lá ở người dưới 18 tuổi; thành lập quỹ phòng chống tác hại của thuốc lá; xây dựng hướng dẫn về cai nghiện thuốc lá.

1.2. Chính sách phòng chống tác hại của sử dụng rượu, bia

Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 đã được ban hành và Luật phòng chống tác hại của lạm dụng rượu, bia đang được soạn thảo. Chính sách kiểm soát tác hại của sử dụng rượu, bia đã đề cập đến ba can thiệp tối ưu theo khuyến cáo của WHO: (i) tăng thuế rượu, bia; (ii) hạn chế tiếp cận với bán lẻ rượu, bia; và (iii) cấm quảng cáo các sản phẩm rượu, bia. Chính sách khác: quy hoạch sản xuất rượu, bia; kiểm soát nhập khẩu sản phẩm rượu, bia; xây dựng tiêu chuẩn rượu, bia; quy định về xử phạt vi phạm; đẩy mạnh tuyên truyền; hướng dẫn điều trị cai nghiện rượu, bia.

1.3. Chính sách khuyến khích dinh dưỡng hợp lý

Đã xây dựng Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011–2020 và tầm nhìn 2030, trong đó đề cập một số mục tiêu liên quan đến dinh dưỡng lành mạnh phòng chống BKLN như kiểm soát tình trạng thừa cân, béo phì và nồng độ cholesterol trong máu. Bộ Y tế đã ban hành và thực hiện tuyên truyền về “Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý”, thành lập khoa dinh dưỡng lâm sàng tại các bệnh viện, tiến hành đào tạo nhân lực về dinh dưỡng. Bộ Giáo dục và Đào tạo đưa nội dung giáo dục dinh dưỡng sức khỏe vào chương trình chăm sóc giáo dục trẻ em ở nhà trẻ mẫu giáo. Một số thành phố lớn đã xây dựng đề

án sản xuất và tiêu thụ rau an toàn. Bộ Tài chính đang đưa ra đề xuất đánh thuế tiêu thụ đặc biệt lên nước ngọt có ga không cồn.

1.4. Chính sách về tăng cường hoạt động thể lực

Đã xây dựng một số chính sách, hoạt động liên quan đến khuyến khích hoạt động thể lực như phát động cuộc vận động “Toàn dân rèn luyện thân thể theo gương Bác Hồ vĩ đại” trên phạm vi toàn quốc; xây dựng đề án 614 nâng cao tầm vóc người Việt Nam. Nhiều bộ, ngành, địa phương đã xây dựng các kế hoạch, đề án khuyến khích rèn luyện thể lực, luyện tập thể dục thể thao quần chúng trong ngành giáo dục, đối tượng thanh niên, công đoàn. Các chương trình tuyên truyền, giáo dục sức khỏe trên O2TV đã có các thông điệp quan trọng về khuyến khích hoạt động thể lực, nâng cao sức khỏe. Một số khu đô thị mới được quy hoạch bảo đảm tuân thủ tỷ lệ xây xanh, công viên, khu giải trí, tập luyện thể dục thể thao. Nhiều cơ sở tập thể dục thể thao tư nhân đã được thành lập.

2. Khó khăn, hạn chế

2.1. Các chính sách vẫn thiếu, chưa hoàn chỉnh hoặc còn bất cập

Chưa có các chính sách, chiến lược ở tầm quốc gia về khuyến khích chế độ dinh dưỡng lành mạnh và tăng cường hoạt động thể lực, đặc biệt là cho mục tiêu kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung BKLN. Các chính sách hiện có vẫn mang đặc thù của bộ điều phối như chính sách về dinh dưỡng vẫn đang chú trọng nhiều hơn cho phòng chống suy dinh dưỡng; chính sách về hoạt động thể lực vẫn chú trọng nhiều hơn cho thể dục, thể thao.

Chưa có Luật kiểm soát tác hại của lạm dụng rượu, bia mà chỉ mới có Chiến lược kiểm soát tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020 với phạm vi điều chỉnh hạn chế hơn. Chưa có các quy định giới hạn thời gian và địa điểm bán rượu, bia; chưa có chính sách cấm bán rượu, bia cho người say, ...

Chính sách về PCTHTL vẫn còn một số điểm bất cập như mức thuế còn thấp dẫn đến giá thuốc lá bán lẻ thấp nên chính sách thuế chưa phát huy hiệu quả tích cực trong giảm tỷ lệ hút thuốc. Các quy định về xử phạt vi phạm trong PCTHTL vẫn khó thực thi.

Việc phối hợp giữa các bộ, ngành trong vận động xây dựng chính sách như tăng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu, bia, thuốc lá; xây dựng quy hoạch sản xuất, kinh doanh thuốc lá, rượu, bia; quy hoạch giao thông, trường học và các khu đô thị phục vụ mục tiêu phòng chống BKLN, vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

2.2. Phối hợp triển khai thực hiện các chính sách chưa đạt hiệu quả cao

Hoạt động của các bộ, ngành, đoàn thể, địa phương chủ yếu chỉ mới dừng ở mức xây dựng kế hoạch, tổ chức tuyên truyền, chưa quan tâm đến công tác theo dõi, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện cũng như lồng ghép, phối hợp hành động giữa các đơn vị. Nguyên nhân của tình trạng này là do chưa có một đầu mối tổ chức thống nhất có đủ năng lực và thẩm quyền điều phối các hoạt động liên ngành trong lồng ghép các hoạt động dự phòng,

kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung của BKLN. Bên cạnh đó, chưa có cơ chế huy động sự tham gia tích cực và sự phối hợp chặt chẽ giữa các bộ, ngành, địa phương, các đoàn thể, tổ chức quần chúng trong dự phòng và kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN.

Vi phạm các quy định về kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung của các BKLN vẫn còn diễn ra khá phổ biến như: vi phạm về quảng cáo thuốc lá tại các điểm bán lẻ; vi phạm về hút thuốc tại cơ quan, các địa điểm công cộng cấm hút thuốc; vi phạm về bán thuốc lá và rượu, bia cho người dưới 18 tuổi, thả nổi chất lượng rượu thủ công, sử dụng rượu, bia trong giờ làm việc, ... Nguyên nhân của vấn đề này là do nhận thức về tác hại của các yếu tố nguy cơ, hiểu biết về các chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ cũng như ý thức tuân thủ các quy định của người dân vẫn còn hạn chế trong khi đó, việc phối hợp trong kiểm tra, giám sát, xử phạt các hành vi vi phạm vẫn chưa được thực hiện nghiêm.

Chưa có một hệ thống lồng ghép giám sát các yếu tố nguy cơ chung của các bệnh BKLN: thiếu một đơn vị đầu mối giám sát, chưa có một hệ thống báo cáo định kỳ với bộ chỉ số giám sát đầy đủ, thiếu kinh phí để thực hiện các cuộc điều tra, khảo sát định kỳ. Mặc dù vậy, kết quả một số cuộc điều tra, khảo sát ở các quy mô khác nhau cho thấy tỷ lệ thực hành các kiểm soát các yếu tố nguy cơ còn hạn chế (xem thêm chương III và IV).

3. Các vấn đề ưu tiên

- Chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN vẫn chưa hoàn chỉnh và còn nhiều điểm bất cập;
- Thiếu một đầu mối và một cơ chế hiệu quả trong huy động và phối hợp liên ngành triển khai các chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN;
- Thiếu một hệ thống theo dõi, giám sát, đánh giá đầy đủ về các yếu tố nguy cơ và kết quả thực hiện phòng chống các yếu tố nguy cơ BKLN;
- Nhận thức và thực hành của người dân trong kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN vẫn còn hạn chế.

V. Tình hình thực hiện các chương trình, dự án phòng chống bệnh không lây nhiễm

1. Kết quả thực hiện

Có bốn dự án phòng chống BKLN, bao gồm bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, cùng với Dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần cộng đồng và trẻ em đang được triển khai trong chương trình mục tiêu quốc gia đến năm 2015. Trong những năm qua, các dự án này đã đạt được một số kết quả chính:

- Địa bàn triển khai dự án ngày càng được mở rộng cả ở 3 cấp tỉnh, huyện và xã;
- Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe được triển khai ngày càng rộng rãi với nhiều hình thức đa dạng và phong phú;

- Tổ chức tập huấn, đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn, nghiệp vụ cho một đội ngũ đáng kể cán bộ y tế các tuyến;
- Tổ chức sàng lọc thụ động cho các đối tượng nguy cơ tại cộng đồng ở các quy mô khác nhau;
- Xây dựng và củng cố mạng lưới sàng lọc, chẩn đoán, quản lý điều trị bệnh ở các tuyến.

2. Khó khăn, hạn chế

- Thiếu một mô hình, một đầu mối và cơ chế phối hợp, lồng ghép hoạt động của các dự án. Các dự án được triển khai theo ngành dọc, thiếu sự gắn kết, chưa huy động được sự tham gia của các bộ, ngành, tổ chức khác ngoài ngành y tế. Chưa có một hệ thống giám sát chặt chẽ với hoạt động phòng chống các BKLN.
- Quy mô (địa bàn triển khai và mức độ bao phủ dân số) của các dự án vẫn còn hẹp và chậm được mở rộng. Dự án phòng chống BPTNMT và hen phế quản mới chỉ triển khai ở 25 tỉnh, thành phố. Ghi nhận ung thư mới được tiến hành ở 9 tỉnh, mới bao phủ được 20% dân số. Các dự án khác đã bao phủ 63 tỉnh thành phố song tỷ lệ các huyện xã tham gia vẫn còn hạn chế. Phân bố mạng lưới chưa hợp lý, chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn.
- Năng lực triển khai dự án vẫn còn hạn chế do thiếu hụt nhân lực ở tất cả các tuyến, nhất là ở tuyến y tế cơ sở. Hoạt động tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán, quản lý điều trị chủ yếu mới chỉ triển khai đến tuyến tỉnh. Các đơn vị chuyên môn hoặc có tổ chức chưa hoàn chỉnh (với các khoa ung bướu) hoặc còn thiếu các trang thiết bị cần thiết (với các đơn vị quản lý điều trị BPTNMT và hen phế quản).
- Hầu hết các dự án vẫn quan tâm nhiều hơn đến công tác điều trị, chưa coi trọng đúng mức công tác dự phòng. Việc sàng lọc theo hình thức thụ động tốn kém, không hiệu quả và khó thực hiện ở quy mô lớn trong khi sàng lọc chủ động và sàng lọc cơ hội thông qua khám chữa bệnh thường xuyên chưa được triển khai. Các hoạt động tư vấn, khám sàng lọc vẫn chưa được BHYT thanh toán.
- Thiếu nguồn kinh phí ổn định, bền vững cho việc triển khai các dự án. Đặc biệt, những năm gần đây, kinh phí cho triển khai các dự án bị cắt giảm mạnh, khiến cho các dự án phải cắt giảm hoạt động, giảm quy mô triển khai hoặc hoạt động cầm chừng. Có khả năng từ năm tới không còn kinh phí từ NSNN cho việc triển khai các dự án này.
- Việc tiếp cận thuốc điều trị còn gặp khó khăn do nhiều dự án đã ngừng việc cung cấp thuốc trong khi BHYT chưa thanh toán tiền thuốc cho các bệnh có dự án (tăng huyết áp, BPTNMT), việc lựa chọn danh mục thuốc ở tuyến cơ sở chưa hợp lý hoặc quy định cấp thuốc chưa phù hợp do bệnh chưa được đưa vào danh mục bệnh mạn tính

(ví dụ với dự án phòng chống tăng huyết áp), thuốc không sẵn có thường xuyên do khó đầu thầu (thuốc điều trị tâm thần).

- Thiếu nguồn kinh phí ổn định, bền vững cho việc triển khai các dự án. Đặc biệt, những năm gần đây, kinh phí cho triển khai các dự án bị cắt giảm mạnh, khiến cho các dự án phải cắt giảm hoạt động, giảm quy mô triển khai hoặc hoạt động cầm chừng. Các dự án có nguy cơ bị cắt toàn bộ kinh phí từ NSNN từ năm tới.
- Vấn đề sức khoẻ tâm thần chưa được quan tâm lồng ghép trong phòng chống các BKLN. Chưa có Luật về sức khoẻ tâm thần.
- Nội dung tư vấn, truyền thông còn nghèo nàn, kém hấp dẫn, chưa cụ thể khó thực hiện.

3. Các vấn đề ưu tiên

- Kinh phí triển khai bị giảm mạnh, thậm chí có nguy cơ bị cắt, dẫn đến chương trình dọc bị loại bỏ trong khi chưa kịp lồng ghép các hoạt động đó vào hoạt động thường xuyên của hệ thống y tế.
- Chưa xác định được mô hình cho việc tổ chức, chi đạo triển khai các hoạt động phòng chống các BKLN trong thời gian tới theo hướng lồng ghép các dự án, ưu tiên cho dự phòng và huy động sự tham gia liên ngành.
- Năng lực triển khai các hoạt động vẫn còn hạn chế, nhất là ở tuyến cơ sở. Kinh phí thực hiện mô hình sàng lọc trong cộng đồng bị cắt, nhưng điều kiện thực hiện khám sàng lọc BKLN trong hoạt động thường xuyên tại các cơ sở y tế chưa bảo đảm cả về nhân lực, như trang thiết bị, chiến lược truyền thông.
- Một số quy định của BHYT chưa phù hợp với nhu cầu đặc biệt của khám và điều trị bệnh mạn tính, ví dụ như các hoạt động tư vấn, khám sàng lọc các BKLN chưa được đưa vào danh mục dịch vụ được BHYT thanh toán, một số loại thuốc thiết yếu điều trị các BKLN chưa có trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán, và một số loại thuốc cơ bản để quản lý BKLN chưa có tại tuyến y tế cơ sở theo danh mục thuốc thiết yếu.

VI. Tăng cường hệ thống y tế trong phòng chống BKLN

1. Quản lý, điều hành

1.1. Kết quả thực hiện

Việt Nam đã xây dựng, ban hành và triển khai, thực hiện các chính sách và chương trình y tế phòng chống BKLN nói chung; các dự án cụ thể đối với 5 nhóm bệnh tăng huyết áp, ung thư, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và dự án bảo vệ sức khoẻ tâm thần cộng đồng.

1.2. Khó khăn, hạn chế

Phòng chống BKLN vẫn chưa có được mức độ ưu tiên và cam kết chính trị tương xứng với gánh nặng bệnh tật do BKLN và chưa trở thành một ưu tiên cao trong kế hoạch phát triển kinh tế xã hội của Đảng và Nhà nước. Chưa có chiến lược quốc gia phòng chống BKLN mang tính toàn diện, dài hạn, yêu cầu sự tham gia của toàn chính phủ, toàn xã hội. Tổ chức bộ máy chỉ đạo phòng chống BKLN chưa bảo đảm sự tham gia, hành động đa ngành và chưa bảo đảm sự lồng ghép giữa các chương trình phòng chống BKLN và lồng ghép với việc thực hiện các nhiệm vụ CSSK khác.

Do chưa có một kế hoạch chiến lược phòng chống và kiểm soát BKLN toàn diện nên các chính sách kiểm soát yếu tố nguy cơ chưa được xây dựng đầy đủ. Các chương trình phòng chống BKLN mới chỉ bao phủ 5 nhóm BKLN, gánh nặng bệnh tật của 5 nhóm bệnh này mới chỉ chiếm gần 1/3 tổng gánh nặng bệnh tật của các BKLN ở Việt Nam.

Tổ chức chỉ đạo, quản lý phòng, chống BKLN hiện nay chưa phù hợp với nguyên tắc tiếp cận toàn chính phủ, toàn xã hội và đa ngành. Các chương trình, dự án phòng chống BKLN hoạt động riêng rẽ, thiếu sự lồng ghép giữa các chương trình cũng như thiếu lồng ghép trong hoạt động của hệ thống y tế nói chung.

Đầu tư cho hoạt động nghiên cứu phòng chống BKLN chưa tương xứng với gánh nặng của các BKLN. Thiếu các nghiên cứu về BKLN để đáp ứng được nhu cầu xây dựng, lựa chọn chính sách phòng chống BKLN dựa trên bằng chứng.

2. Nhân lực

2.1. Kết quả thực hiện

Đội ngũ nhân lực y tế, trong đó có nhân lực trong lĩnh vực BKLN, liên tục phát triển về số lượng và không còn tình trạng thiếu trầm trọng, ngoại trừ đối với chuyên khoa tâm thần.

Nhân lực trong lĩnh vực các BKLN được hưởng các chế độ, chính sách đãi ngộ chung cho nhân lực của ngành y tế và cho một số lĩnh vực đặc biệt. Riêng nhân lực y tế thuộc chuyên khoa tâm thần được xếp vào nhóm ưu tiên cao nhất.

Chương trình đào tạo cấp bằng bác sĩ, điều dưỡng hiện nay đã bao gồm các nội dung quan trọng liên quan đến BKLN. Chương trình khung giáo dục đại học cho ngành điều dưỡng, bên cạnh các môn Điều dưỡng cơ sở chung, còn có các môn học quan trọng liên quan nhiều đến chăm sóc người bị BKLN. Nhiều chương trình đào tạo sau đại học tại các trường đại học, viện, bệnh viện, cung cấp kiến thức, kỹ năng chuyên sâu hơn về BKLN. Công tác đào tạo liên tục đã được triển khai trong tất cả các dự án, chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống các BKLN.

2.2. Khó khăn, hạn chế

Nhân lực y tế công tác trong lĩnh vực BKLN được đánh giá là còn yếu, thiếu và không đồng bộ. Năng lực của đội ngũ cán bộ y tế ở tuyến xã không đáp ứng được nhiệm vụ quản lý các BKLN, bệnh mạn tính. Sử dụng nhân lực y tế trong phòng chống và quản lý BKLN còn lãng phí, không có sự lồng ghép nhiệm vụ của nhân lực ở các tuyến và giữa các cơ sở trong một tuyến, đặc biệt là tuyến dưới. Các chế độ chính sách ưu tiên cho cán bộ y tế nói chung và cho các khu vực, lĩnh vực khó khăn đã được ban hành, nhưng vẫn bất cập.

Chưa có cơ chế bảo đảm mặt bằng chung về chất lượng của các chương trình đào tạo đại học, đào tạo theo địa chỉ và đào tạo sau đại học khối ngành khoa học sức khỏe dẫn đến chất lượng nhân lực mới ra trường chưa đồng đều. Hiệu quả đào tạo trong các dự án, chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống BKLN không cao. Đào tạo liên tục cho các tuyến dưới được tổ chức riêng rẽ cho từng loại bệnh, chưa có sự lồng ghép trong đào tạo. Hoạt động đào tạo của một số trung tâm đào tạo trong bệnh viện dàn trải, chưa có định hướng rõ ràng.

3. Tài chính y tế cho phòng chống BKLN

3.1. Kết quả thực hiện

Chính phủ đã bố trí kinh phí đầu tư xây mới, nâng cấp, mở rộng các bệnh viện chuyên khoa ung bướu, tim mạch từ NSNN, trái phiếu chính phủ và xã hội hóa. NSNN vẫn là nguồn tài chính bảo đảm các hoạt động đào tạo năng lực, khám sàng lọc, xây dựng mô hình quản lý BKLN, truyền thông và theo dõi đánh giá. BHYT là nguồn quan trọng cho KCB cho các BKLN, bao gồm cả các dịch vụ kỹ thuật cao như can thiệp tim mạch, điều trị ung thư bằng thuốc phóng xạ. Ngoài ra, kinh phí cho phòng chống BKLN còn được huy động từ nguồn xã hội hóa, vốn vay, viện trợ, và tiền chi trả giá dịch vụ y tế của người bệnh.

3.2. Khó khăn, hạn chế

Tài chính cho phòng chống BKLN sử dụng từ nhiều nguồn, thiếu lồng ghép. Nhiều hoạt động phòng chống BKLN không được chi trả từ quỹ BHYT, do y tế dự phòng và khám sàng lọc chẩn đoán sớm không nằm trong phạm vi quyền lợi BHYT; hạn chế năng lực của y tế cơ sở và sự hạn chế trong danh mục thuốc được BHYT chi trả ở y tế cơ sở.

Nguồn NSNN cho các dự án phòng chống BKLN bị cắt giảm, trong khi gánh nặng BKLN tăng lên. Mặc dù nguồn tài chính còn hạn hẹp cho phòng chống BKLN song chưa được phân bổ, sử dụng để đạt hiệu quả cao nhất, do sự tách biệt nguồn tài chính cho y tế dự phòng và điều trị, phân bổ cho y tế dự phòng chưa cân xứng, chủ yếu cho điều trị ở tuyến trên, chưa ưu tiên phân bổ tài chính cho các can thiệp có hiệu quả (best buy).

Phương thức chi trả không khuyến khích chẩn đoán phát hiện sớm và điều trị BKLN ở giai đoạn đầu, không khuyến khích nhân viên y tế. Cơ chế tài chính hiện hành và thiết kế hệ thống cung ứng dịch vụ y tế chưa bảo vệ được người dân trước chi phí y tế thảm họa do BKLN.

4. Thuốc và trang thiết bị y tế

4.1. Kết quả thực hiện

Danh mục thuốc thiết yếu và danh mục thuốc được BHYT chi trả đã bao phủ hầu hết các thuốc điều trị BKLN. Kiểm soát giá thuốc đã thực hiện hiệu quả qua đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập. Danh mục trang thiết bị y tế tại các tuyến bao gồm nhiều trang thiết bị cần thiết để chẩn đoán và điều trị BKLN. Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số BKLN.

4.2. Khó khăn, hạn chế

Chưa có chính sách ưu tiên sử dụng và bảo đảm sự sẵn có của thuốc generic, thuốc thiết yếu. Danh mục thuốc thiết yếu cho BKLN tại tuyến xã chưa đầy đủ, đặc biệt là thuốc điều trị đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, điều trị giảm nhẹ cho người bệnh ung thư. Tiếp cận thuốc điều trị BKLN còn có khó khăn do thuốc chưa sẵn có trong mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế, đặc biệt ở y tế xã phường, do chính sách chi trả từ quỹ BHYT cho một số thuốc trước đây được thanh toán từ nguồn NSNN, do bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp chưa có trong danh mục bệnh mạn tính của Bộ Y tế, do nhà thầu không tham gia đấu thầu thuốc thiết yếu có giá thấp và do sự phối hợp điều trị giữa các tuyến điều trị. Danh mục trang thiết bị tiêu chuẩn của TYT xã, phường có bác sĩ thiếu một số thiết bị đơn giản, cần thiết cho việc thực hiện các can thiệp thiết yếu phòng chống BKLN.

5. Thông tin và giám sát phòng chống BKLN

5.1. Kết quả thực hiện

Hệ thống thông tin thống kê y tế của Việt Nam, với các tiểu hệ thống thông tin y tế từ các bệnh viện đã bắt đầu thu thập dữ liệu về BKLN từ bệnh viện. Mô hình ghi nhận ung thư cũng dựa trên số liệu báo cáo từ bệnh viện. Việt Nam đã thực hiện được một điều tra quốc gia theo phương pháp STEPwise.

5.2. Khó khăn, hạn chế

Thiếu thông tin cập nhật, có hệ thống, dựa trên cộng đồng về xu hướng diễn biến các yếu tố nguy cơ (bao gồm nhóm nguy cơ từ hành vi, lối sống và nguy cơ trung gian), về tình hình mắc bệnh, tử vong. Bộ chỉ số giám sát đánh giá hoạt động phòng chống BKLN chưa được cập nhật để thống nhất với khung theo dõi toàn cầu của WHO (global monitoring framework); các dữ liệu, chỉ số về BKLN được thống kê ở nhiều nguồn khác nhau, không đầy đủ. Số liệu thống kê về các yếu tố nguy cơ chưa được lồng ghép vào hệ thống thống kê y tế. Hệ thống đăng ký hộ tịch chưa ghi nhận tốt nguyên nhân tử vong ở cộng đồng. Chất lượng ghi nhận ung thư còn hạn chế.

6. Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế trong phòng chống BKLN

6.1. Kết quả thực hiện

Mạng lưới các cơ sở chẩn đoán và điều trị ung thư, tim mạch, nội tiết, lao và bệnh phổi, bảo vệ sức khỏe tâm thần tiếp tục phát triển, thực hiện các giải pháp nâng cao năng lực cho y tế cơ sở. Các hoạt động tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống BKLN đã được triển khai với các hình thức phong phú.

6.2. Khó khăn, hạn chế

Mạng lưới cung ứng dịch vụ bị phân mảnh, thiếu sự lồng ghép giữa dự phòng và điều trị, giữa y tế cơ sở, đặc biệt là y tế xã, phường với các cơ sở y tế tuyến trên, ít chia sẻ thông tin về người bệnh giữa các cơ sở y tế, chưa thực hiện được chăm sóc liên tục, chưa đảm bảo được cách tiếp cận lấy người dân làm trung tâm trong phòng chống BKLN.

Chưa xác định được gói dịch vụ thiết yếu, hiệu quả và khả thi về tư vấn, dự phòng, phát hiện sớm, điều trị, chăm sóc trong phòng chống BKLN cho y tế cơ sở và chưa có sự phân định trách nhiệm thực hiện gói dịch vụ trên cho y tế xã, phường và y tế huyện.

Y tế cơ sở chưa đủ năng lực cung cấp các dịch vụ thiết yếu phòng chống BKLN, do hạn chế về năng lực chuyên môn, thuốc, trang thiết bị và nguồn tài chính. Chăm sóc giảm nhẹ chưa được thực hiện ở y tế cơ sở và trong cộng đồng.

Nguồn lực vốn hạn chế của ngành y tế ở một số tỉnh, thành phố có nguy cơ tiếp tục bị phân tán do xu hướng tiếp tục xây dựng mới các bệnh viện chuyên khoa điều trị các BKLN, như bệnh viện tâm thần, bệnh viện ung thư, bệnh viện lao và bệnh phổi.

VII. Khuyến nghị

1. Định hướng hệ thống y tế để đáp ứng với tình hình bệnh tật, yếu tố nguy cơ hiện nay của Việt Nam

1.1. Xây dựng chiến lược phù hợp đối với các nhóm bệnh ưu tiên

- Đối với bệnh truyền nhiễm: can thiệp vắc xin, giám sát dịch bệnh, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, khám sàng lọc, phát hiện và điều trị bệnh sớm để tránh lây lan, xử lý các yếu tố môi trường;
- Đối với tai nạn, thương tích thực hiện các can thiệp để người tham gia giao thông tuân thủ Luật giao thông, đội mũ bảo hiểm, không lái xe khi say rượu. Tăng cường hiệu quả của dịch vụ cấp cứu đường bộ;
- Đối với BKLN, tập trung vào phòng chống các yếu tố nguy cơ và khám sàng lọc để phát hiện sớm và quản lý bệnh hiệu quả.

1.2. Giảm sự khác biệt giữa các vùng miền

- Xây dựng chiến lược phù hợp để giảm sự khác biệt đối với các chỉ số sức khỏe cơ bản bao gồm tuổi thọ, tử vong trẻ em, tử vong mẹ, suy dinh dưỡng trẻ em. Trong chiến lược, bảo đảm ưu tiên trong phân bổ ngân sách, xây dựng can thiệp hiệu quả chi phí phù hợp với vùng khó khăn, và theo dõi, giám sát chặt chẽ trong các báo cáo lên lãnh đạo cao cấp để bảo đảm trách nhiệm giải trình.

1.3. Giảm tác hại của các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe

- Xây dựng cơ sở bằng chứng về tác hại của các yếu tố, vận động các bộ, ngành tăng cường đầu tư thực hiện các can thiệp giảm yếu tố nguy cơ;
- Tăng cường giám sát tình hình các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe (như hút thuốc lá, sử dụng rượu/bia, chế độ ăn, hoạt động thể lực, ô nhiễm môi trường, thiên tai). Giám sát tác động của các can thiệp tới các yếu tố nguy cơ;
- Xây dựng, điều chỉnh và thực hiện các kế hoạch đối phó với các yếu tố nguy cơ dựa trên thông tin giám sát, đánh giá tác động của các hoạt động;
- Tăng cường tuyên truyền tăng ý thức và kiến thức của người dân đối với các yếu tố nguy cơ và các đối phó. Thực hiện các can thiệp để tạo điều kiện thuận lợi cho người dân thực hiện hành vi có lợi cho sức khỏe;
- Xây dựng và ban hành những chính sách đảm bảo các đơn vị sản xuất quan tâm nhiều hơn nữa tới môi trường lao động, sức khỏe của người lao động.

2. Thực hiện nhiệm vụ Kế hoạch 5 năm và Mục tiêu Thiên niên kỷ về y tế

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

- Cải thiện năng lực và nâng cao chất lượng chiến lược, chính sách, quy hoạch y tế;
- Nâng cao vai trò và năng lực quản lý, lập kế hoạch y tế;
- Củng cố, hoàn thiện và ổn định bộ máy tổ chức ngành y tế từ trung ương đến địa phương;
- Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát;
- Tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định chính sách, xây dựng và triển khai kế hoạch y tế;
- Đẩy mạnh các hoạt động xã hội hóa một cách hợp lý; Khuyến khích các thành phần kinh tế đầu tư phát triển các dịch vụ y tế.

2.2. Nhân lực y tế

- Xây dựng đội ngũ nhân lực y tế đủ về số lượng và bảo đảm về chất lượng, cân đối về cơ cấu và phân bổ hợp lý, đáp ứng nhiệm vụ bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân;

- Tiếp tục các nỗ lực, chiến lược trong sử dụng nguồn nhân lực y tế;
- Tiếp tục cải thiện chất lượng đào tạo tại các cơ sở đào tạo nhân lực y tế;
- Tiếp tục cải thiện công tác quản lý đào tạo liên tục nhân lực y tế.

2.3. Tài chính y tế

- Tăng chi NSNN cho y tế, tăng tỷ lệ chi công cho y tế, giảm tỷ lệ chi tiền túi cho y tế;
- Ưu tiên phân bổ NSNN cho y tế dự phòng, y tế cơ sở, CSSKBĐ, thực hiện chính sách xã hội về y tế;
- Phát triển BHYT toàn dân bền vững;
- Tiếp tục đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập;
- Đổi mới phương thức chi trả dịch vụ khám chữa bệnh.

2.4. Dược và trang thiết bị y tế

- Bảo đảm đủ thuốc thiết yếu phục vụ công tác điều trị;
- Kiểm soát chặt chẽ giá thuốc;
- Tăng cường quản lý chất lượng thuốc và sử dụng thuốc an toàn hợp lý;
- Đẩy mạnh phát triển thuốc đông y và thuốc từ dược liệu;
- Tăng cường sản xuất trang thiết bị y tế trong nước;
- Tăng cường cơ sở vật chất của các đơn vị sự nghiệp y tế;

2.5. Thông tin y tế

- Hoàn thiện chính sách, kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin;
- Hoàn thiện hệ thống chi số, sổ sách ghi chép và báo cáo thống kê y tế cho khu vực y tế nhà nước và tư nhân;
- Tăng cường khả năng đáp ứng nhu cầu sử dụng thông tin, số liệu;
- Áp dụng công nghệ thông tin trong thông tin y tế.

2.6. Cung ứng dịch vụ

- Kiện toàn và củng cố mạng lưới y tế cơ sở;
- Đẩy mạnh các hoạt động YTDP, triển khai hiệu quả các dự án của chương trình mục tiêu quốc gia về y tế;

- Hoàn thiện hệ thống chính sách, củng cố mạng lưới và thực hiện tốt các hoạt động dân số-KHHGD và chăm sóc sức khỏe sinh sản;
- Nâng cao chất lượng dịch vụ KCB;
- Chống quá tải bệnh viện;
- Nâng cao năng lực quản lý bệnh viện;
- Tăng cường kiểm soát chất lượng dịch vụ YHCT.

2.7. Thực hiện Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ

Nỗ lực triển khai thực hiện 6 nhóm giải pháp trong Nghị quyết số 05/NQ-CP của Chính phủ về việc đẩy mạnh thực hiện các Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ của Liên Hợp Quốc trong lĩnh vực y tế, bao gồm:

- Nâng cao nhận thức, tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng, chính quyền các cấp về thực hiện các Mục tiêu thiên niên kỷ trong lĩnh vực y tế;
- Tăng cường huy động các nguồn tài chính;
- Tăng cường hợp tác quốc tế;
- Phối hợp liên ngành trong thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ về y tế;
- Triển khai tốt các giải pháp chuyên môn kỹ thuật;
- Củng cố, nâng cao năng lực hệ thống y tế, đặc biệt là y tế cơ sở, y tế miền núi, vùng sâu, vùng xa trong thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ về y tế.

3. Tăng cường kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung BKLN

3.1. Hoàn thiện hệ thống pháp luật

- Nâng cao năng lực vận động xây dựng chính sách;
- Từng bước hoàn thiện các chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung của các BKLN.

3.2. Tăng cường tổ chức, chỉ đạo, điều phối hoạt động

- **Đối với cơ quan chỉ đạo:** Xây dựng một mô hình tổ chức thống nhất quản lý hoạt động kiểm soát các yếu tố nguy cơ trong khuôn khổ một đầu mỗi tổ chức, chỉ đạo phòng chống BKLN có đủ năng lực, đủ thẩm quyền huy động liên ngành và sự tham gia của toàn xã hội.
- **Đối với cơ quan điều phối:** Xây dựng mô hình tổ chức phù hợp và nâng cao năng lực của cơ quan điều phối trong chỉ đạo, điều phối các hoạt động dự phòng, kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

3.3. Theo dõi, giám sát và đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Thiết lập hệ thống giám sát có hiệu quả về các yếu tố nguy cơ và các hoạt động kiểm soát các yếu tố nguy cơ chung của các BKLN;
- Tăng cường hoạt động kiểm tra, đánh giá kết quả hoạt động kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

3.4. Kiểm tra thi hành các quy định kiểm soát yếu tố nguy cơ

- Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe, phổ biến pháp luật (ví dụ các quy định về chống tác hại của thuốc lá);
- Tăng cường phối hợp liên ngành trong kiểm tra, xử phạt nghiêm các vi phạm nhằm nâng cao nhận thức và thực hành của người dân về kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

4. Thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm

4.1. Lồng ghép vào hệ thống y tế

- Tăng cường và lồng ghép các hoạt động truyền thông, giáo dục phòng chống các BKLN với các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe khác;
- Lồng ghép các dịch vụ quản lý, điều trị BKLN vào hệ thống cung ứng dịch vụ, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở;
- Bổ sung một số dịch vụ liên quan tới phòng chống BKLN vào danh mục các dịch vụ KCB được BHYT chi trả, như dịch vụ tư vấn, một số dịch vụ sàng lọc, phát hiện sớm BKLN;
- Đào tạo, phát triển nhân lực phòng chống BKLN. Tăng cường và mở rộng các hình thức đào tạo tăng kiến thức về phòng chống BKLN cho bác sĩ đa khoa, điều dưỡng, kỹ thuật viên và dược sĩ ở các tuyến, đặc biệt tuyến y tế cơ sở. Đào tạo chuyên ngành tim mạch, ung bướu, nội tiết chuyên hóa, bệnh phổi, tâm thần.

4.2. Dự án phòng chống tăng huyết áp

- Thí điểm mô hình ghép khám sàng lọc tăng huyết áp trong quá trình khám chữa bệnh thông thường đối với đối tượng từ 40 tuổi trở lên;
- Tổ chức điều trị tăng huyết áp tại các tuyến cơ sở, chủ yếu là các trạm y tế xã, dựa vào Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế 2010 đối với người không có biến chứng. Xây dựng quy chuẩn về phát hiện, quản lý, điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế, lồng ghép vào tiêu chí quốc gia về y tế xã;
- Nhấn mạnh quản lý tăng huyết áp bằng thay đổi lối sống, cụ thể là giảm cân nếu thừa cân, béo phì; bỏ hút thuốc; ăn nhiều hoa quả, rau, sản phẩm từ sữa, ít chất béo,

đặc biệt ít chất béo bão hòa; giảm tiêu thụ muối; tăng tiêu thụ kali, hoạt động thể lực thường xuyên; hạn chế lượng rượu bia được tiêu thụ;

- Xem xét điều chỉnh danh mục thuốc điều trị tăng huyết áp trong danh mục thuốc được BHYT thanh toán tại tuyến xã. Lựa chọn thuốc dựa trên bằng chứng về hiệu quả và an toàn, cùng với các quy định liên quan đến thời gian cấp thuốc định kỳ phù hợp với việc điều trị bệnh mạn tính.

4.3. Dự án phòng chống ung thư

- Tăng cường năng lực ghi nhận và quản lý ung thư, đánh giá hiệu quả của kế hoạch hoạt động phòng chống ung thư. Đẩy mạnh nghiên cứu dịch tễ trong phòng chống ung thư và hoàn thiện hệ thống dữ liệu quốc gia về ung thư;
- Tiếp tục đầu tư xây dựng các cơ sở chẩn đoán, điều trị ung bướu ở tuyến trung ương và tuyến tỉnh; Nâng cao chuyên môn nghiệp vụ thông qua Đề án Bệnh viện vệ tinh, chuyển giao kỹ thuật;
- Thực hiện khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư trên diện rộng đối với một số loại ung thư có thể phát hiện sớm (ví dụ ung thư vú, cổ tử cung). Xây dựng hướng dẫn, đào tạo nhân lực và xem xét các điều kiện cần thiết để đưa khám sàng lọc ung thư vào nhóm dịch vụ được BHYT thanh toán;
- Nhấn mạnh các hoạt động dự phòng ung thư như bỏ hút thuốc, tiêu thụ rượu, bia ở mức hợp lý, hạn chế dùng chất đốt để nấu ăn trong nhà, giảm cân, thực hiện chế độ ăn nhiều rau quả, chất xơ, canxi và ít thịt bò, thịt chế biến, đồ uống ngọt, muối, và khi làm việc trong điều kiện độc hại, phải tuân thủ các quy định bảo hộ lao động;
- Thành lập và đưa vào hoạt động các đơn vị điều trị đau và chăm sóc giảm nhẹ tại các cơ sở phòng chống ung thư hiện có. Xây dựng mô hình chăm sóc người bệnh ung thư giai đoạn cuối tại cơ sở.

4.4. Dự án phòng chống đái tháo đường

- Nhấn mạnh các hoạt động dự phòng đái tháo đường như bỏ hút thuốc, tiêu thụ ít rượu, bia, giảm cân, thực hiện chế độ ăn nhiều ngũ cốc nguyên hạt, ít thịt bò, ít thịt chế biến, ít đồ uống ngọt;
- Chuyển đổi hoạt động sàng lọc bệnh đái tháo đường sang mô hình sàng lọc chủ động và sàng lọc cơ hội lồng ghép trong quá trình khám chữa bệnh thông thường. Thực hiện sàng lọc tại các trạm y tế có đủ năng lực tiến hành xét nghiệm glucose máu;
- Hoàn thiện mạng lưới phòng chống đái tháo đường bao gồm các cơ sở điều trị và các cơ sở phòng chống đái tháo đường tại cộng đồng;
- Xây dựng và mở rộng các phòng tư vấn dinh dưỡng cho người đái tháo đường, tại phòng khám của các bệnh viện và trạm y tế xã.

4.5. Dự án phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản

- Tăng cường các hoạt động dự phòng và quản lý điều trị bệnh tại tuyến huyện, xã. Nhấn mạnh các hoạt động dự phòng bệnh như bỏ hút thuốc, hạn chế sử dụng chất đốt để nấu ăn, sử dụng phương tiện bảo hộ lao động nếu làm việc trong điều kiện tiếp xúc với hạt trôi nổi (particulates);
- Bổ sung, điều chỉnh danh mục thuốc điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản được quỹ BHYT chi trả trong điều trị ngoại trú cho tất cả các tuyến;
- Trang bị cho tuyến y tế cơ sở máy đo chức năng hô hấp đạt chuẩn và dụng cụ filter lọc khuẩn để giúp chẩn đoán chính xác và quản lý theo dõi bệnh nhân được tốt. Trang bị thêm máy thở không xâm nhập, máy thở xâm nhập cho tuyến tỉnh và một số bệnh viện đa khoa khu vực để điều trị bệnh nhân bị suy hô hấp.

4.6. Dự án bảo vệ sức khỏe tâm thần

- Xây dựng Chiến lược quốc gia về sức khỏe tâm thần giai đoạn 2015–2020. Bộ Y tế đề xuất Chính phủ và Quốc hội về việc xây dựng dự án Luật Sức khỏe tâm thần. Trong đó nhấn mạnh vào tăng cường yếu tố bảo vệ và giảm yếu tố nguy cơ trong cộng đồng, trường học, hộ gia đình, nơi làm việc;
- Thiết lập Ban chỉ đạo quốc gia về sức khỏe tâm thần để tăng cường lãnh đạo, quản lý, hợp tác liên ngành hiệu quả về sức khỏe tâm thần;
- Xây dựng, chuẩn hóa các tài liệu đào tạo, giáo trình đào tạo về chăm sóc sức khỏe tâm thần và chăm sóc xã hội. Hoàn thiện các quy trình chuyên môn, kỹ thuật trong khám sàng lọc, chẩn đoán, điều trị rối loạn tâm thần;
- Rà soát cơ chế tài chính hiện hành, bảo đảm nguồn tài chính bền vững cho CSSK tâm thần từ nguồn BHYT và NSNN;
- Cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần và chăm sóc xã hội toàn diện, lồng ghép và dựa vào cộng đồng. Đặc biệt, CSSK tâm thần cho trẻ em, phụ nữ, người nghèo, sau thiên tai, thảm họa;
- Xây dựng, hoàn thiện chính sách nhằm dịch chuyển các công tác chăm sóc, điều trị đối với một số bệnh lý tâm thần từ các cơ sở điều trị dài ngày chuyên khoa tâm thần sang các cơ sở y tế không chuyên khoa và chăm sóc tại cộng đồng;
- Phát triển mạng lưới nhân viên công tác xã hội (social workers), tâm lý lâm sàng đáp ứng nhu cầu CSSK tâm thần và chăm sóc xã hội.
- Thực hiện nghiên cứu, điều tra dịch tễ học về các rối loạn tâm thần ở Việt Nam. Tăng cường hệ thống thông tin, bằng chứng và nghiên cứu về sức khỏe tâm thần. Xây dựng và triển khai khung theo dõi, đánh giá thực hiện chiến lược.

5. Tăng cường hệ thống y tế trong dự phòng và kiểm soát BKLN

5.1. Quản lý, điều hành

- Hoàn thiện mô hình tổ chức chỉ đạo phòng chống BKLN có sự tham gia của đại diện các bộ, ngành, tổ chức xã hội để cùng cố phối hợp liên ngành, và phân bổ kinh phí và giao trách nhiệm cho một số cán bộ chuyên trách chỉ đạo, điều hành hoạt động phòng, chống BKLN;
- Lồng ghép các hoạt động phòng, chống BKLN vào các hoạt động của tuyến y tế cơ sở. Trong giai đoạn đầu, song song với việc lồng ghép một phần hoạt động giữa các chương trình dọc, cần triển khai thực hiện kế hoạch chiến lược nâng cao năng lực của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế lấy CSSKBĐ làm nền tảng;
- Những hoạt động có thể lồng ghép giữa các chương trình phòng chống BKLN trong giai đoạn đầu là các hoạt động truyền thông, đào tạo liên tục nâng cao năng lực, sàng lọc phát hiện sớm.

5.2. Nhân lực

- Sử dụng hợp lý nhân lực y tế trong phòng chống BKLN, trong đó, tuyến y tế cơ sở thực hiện tốt CSSKBĐ trong phòng chống và quản lý BKLN, các tuyến trên có nhiệm vụ trong hỗ trợ chuyên môn, đào tạo, theo dõi giám sát và điều trị chuyên sâu. Tăng cường đãi ngộ, khuyến khích nhân lực công tác ở y tế cơ sở;
- Tăng cường hoạt động đào tạo liên tục có lồng ghép giữa các CTMTQG, các dự án và các cơ quan, phù hợp với nhu cầu của từng tuyến CSSK, có giám sát chất lượng đào tạo, xác định mục tiêu đầu ra. Ưu tiên đào tạo nhân lực y tế cơ sở, phối hợp đào tạo với hỗ trợ, giám sát chuyên môn sau đào tạo;
- Xây dựng chính sách, chế độ hỗ trợ để khuyến khích cán bộ y tế cơ sở tham gia đào tạo liên tục, tăng cường đào tạo và hỗ trợ liên tục tại nơi làm việc cho cán bộ y tế xã. Thực hiện giải pháp bắt buộc tham gia đào tạo liên tục như cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn, việc cấp và cấp lại chứng chỉ đòi hỏi thi kiểm tra trình độ tay nghề chuyên môn và tham gia các chương trình đào tạo liên tục;
- Tổ chức hỗ trợ phát triển nghề nghiệp cho các nhân viên y tế trong lĩnh vực BKLN ngay tại nơi làm việc, như trong hoạt động chuyển giao công nghệ và bệnh viện vệ tinh.

5.3. Tài chính

- Tăng kinh phí cho hoạt động phòng chống BKLN từ NSNN, BHYT và Quỹ phòng chống tác hại của thuốc lá;
- Sửa đổi Thông tư liên tịch 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14/8/2009 hướng dẫn thực hiện BHYT để điều chỉnh mức phân bổ quỹ KCB BHYT phù hợp với nhu cầu chăm sóc điều trị các BKLN tại y tế xã, phường;

- Tăng cường ưu tiên trong phân bổ kinh phí cho lĩnh vực dự phòng/nâng cao sức khỏe, CSSKBD, giám sát BKLN;
- Sửa đổi Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn để tăng mức độ bao phủ BHYT đối với các dịch vụ đáp ứng nhu cầu phòng chống BKLN. Xác định gói dịch vụ cơ bản phòng chống BKLN dựa trên bằng chứng về chi phí hiệu quả.

5.4. Thuốc và trang thiết bị y tế

- Xây dựng, chuẩn hóa danh mục thuốc điều trị BKLN để sửa đổi Danh mục thuốc được quỹ BHYT chi trả, bổ sung các thuốc điều trị BKLN vào danh mục để thực hiện được các can thiệp thiết yếu phòng, chống BKLN ở y tế cơ sở có tham khảo khuyến cáo của WHO;
- Rà soát lại quy định đấu thầu thuốc, có cơ chế ưu tiên đối với thuốc đặc thù, giá thành thấp để tạo thuận lợi cho đấu thầu hoặc chỉ định thầu;
- Cập nhật danh mục bệnh mạn tính, bổ sung một số BKLN vào danh mục bệnh mạn tính để thuận lợi cho việc kê đơn cấp thuốc cho người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;
- Sửa đổi, bổ sung danh mục trang thiết bị tiêu chuẩn tại trạm y tế xã phường có bác sĩ để đáp ứng việc thực hiện các can thiệp thiết yếu phòng chống BKLN ở y tế cơ sở có tham khảo khuyến cáo của WHO;
- Bổ sung chính sách về việc tiếp cận, ưu tiên sử dụng thuốc gốc, thuốc thiết yếu trong Luật Dược.

5.5. Thông tin và giám sát phòng chống BKLN

- Củng cố hoàn thiện hệ thống theo dõi, giám sát phòng chống BKLN và các yếu tố nguy cơ: (i) cập nhật bộ chỉ số theo dõi, giám sát phòng chống BKLN và các yếu tố nguy cơ cho phù hợp, trên cơ sở khung theo dõi toàn cầu của WHO, (ii) củng cố hệ thống báo cáo thống kê bệnh viện, đặc biệt về tình hình mắc BKLN, phân theo tuổi, giới, và (iii) đào tạo cán bộ và có chính sách đãi ngộ thích hợp để nâng cao chất lượng ghi nhận ung thư;
- Nghiên cứu triển khai giám sát tử vong tại cộng đồng dựa trên thống kê tử vong tại trạm y tế xã (Củng cố lại số A6/YTCS, biểu mẫu, hướng dẫn và quy trình báo cáo tử vong, tăng cường năng lực cán bộ thống kê và chất lượng ghi chép tại TYT xã) trong khi chưa hoàn thiện được hệ thống ghi nhận nguyên nhân tử vong tại cộng đồng;
- Triển khai điều tra các yếu tố nguy cơ của BKLN theo phương pháp STEPwise vào năm 2015.

5.6. Cung ứng dịch vụ y tế

- Xây dựng quy chế về quản lý, cập nhật, trao đổi và lưu trữ thông tin sức khỏe của người mắc BKLN trong mạng lưới KCB và giữa các cơ sở KCB để góp phần thực hiện yêu cầu chăm sóc liên tục BKLN;
- Bảo đảm các điều kiện (nhân lực, thuốc, trang thiết bị, tài chính) để cung cấp các dịch vụ thiết yếu phòng chống BKLN, bao gồm cả chăm sóc giảm nhẹ;
- Tăng cường năng lực của các bệnh viện đa khoa và lồng ghép hoạt động phòng chống BKLN trong bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, thay vì xây dựng thêm các bệnh viện chuyên khoa mới;
- Xây dựng và thực hiện Dự án Đổi mới cung ứng dịch vụ y tế tuyến cơ sở (từ huyện trở xuống) theo hướng lấy CSSKBĐ làm nền tảng, thực hiện phối hợp, lồng ghép YTDP, nâng cao sức khỏe, KCB, phục hồi chức năng, bảo đảm sự kết nối và hỗ trợ giữa các tuyến y tế;
- Xây dựng gói các dịch vụ thiết yếu phòng chống BKLN, trong đó có dịch vụ thiết yếu chăm sóc sức khỏe tâm thần cho y tế xã, phường và y tế huyện cho giai đoạn 2015-2020, có tham khảo khuyến cáo của WHO.

Phụ lục: Các chỉ số giám sát và đánh giá

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Năm					
		2009	2010	2011	2012	2013	2015
Các chỉ số đầu vào và quá trình (Tài chính y tế, nhân lực y tế và cơ sở hạ tầng y tế)							
Tổng chi cho y tế so với GDP	%	6,6	6,36	6,20	5,97		..
Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong tổng chi y tế	%	42,2	46,55	45,23	42,56		≥ 50%
Tổng chi y tế bình quân đầu người hằng năm (giá hiện hành)	1000 VND	1,263	1,579	1,963	2,184		..
Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế trong tổng chi tiêu y tế	%	50,5	44,84	45,58	48,83		..
Số bác sĩ trên 10 000 dân	Bác sĩ	6,59	7,2	7,33	7,46	7,5	8,0
Số dược sĩ đại học trên 10 000 dân	Dược sĩ	1,77	1,8	1,9	1,96	2,01	1,8
Số giường bệnh nội trú công lập trên 10 000 dân (không bao gồm TYT xã)	Giường bệnh	20,8	21,7	22,5	23,5	24,2	23
Số giường bệnh nội trú tư nhân trên 10 000 dân	Giường bệnh	0,68	..	..	1,1	1,1	..
Tỷ lệ trạm y tế xã/phường có bác sĩ	%	67,7	70,0	71,9	73,5	76,9	80
Tỷ lệ trạm y tế xã/phường có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi	%	95,7	95,6	95,3	96,4	97,3	>95
Tỷ lệ thôn, bản nông thôn có nhân viên y tế hoạt động	%	96,6	97,5	96,9	96,6	91,5	90
Tỷ lệ xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế (Số liệu năm 2011-2012 lần lộn tiêu chí cũ và mới)	%	65,4 (2001-2010)	80,1 (2001-2010)	76,8	73,4	42	60 (2011-2020)
Số cơ sở bán lẻ thuốc trên 10 000 dân	Số cơ sở	4,9	5	4,6	4,4	4,5	

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Năm					
		2009	2010	2011	2012	2013	2015
Chỉ số đầu ra (Tiếp cận dịch vụ; dịch vụ an toàn có chất lượng)							
Số lượt khám bệnh trên 10 000 dân	Lượt	3770	3980	3988	..	..	..
Số lượt người bệnh điều trị nội trú trên 10 000 dân	Lượt	1330	1370	1374	..	..	..
Số ngày điều trị trung bình của 1 đợt điều trị nội trú	Số ngày	6,9	7,35	6,83	6,89	..	..
Tỷ lệ dân số KCB trong 12 tháng qua	%		40,9	..	39,2	..	
Chỉ số đầu ra (Độ bao phủ, tác động của can thiệp, yếu tố và hành vi nguy cơ)							
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 1 lần mỗi 3 tháng	%	..	79,2	86,7	89,4	84,5	80 (87*)
Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng đủ mũi vắc xin uốn ván	%	93,7	93,5	94,6	95,5	95,7	..
Tỷ lệ trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm chủng đầy đủ (7 loại vắc xin năm 2010 và 8 loại vắc xin từ 2011-2013)	%	96,3	94,6	96,0	95,9	91,4	>90
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đỡ	%	94,4	97,1	97,2	97,9	97,8	96 (98*)
Tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh	%	89,2	87,8	87,2	87,3	87,9	85
Tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15-49 áp dụng biện pháp tránh thai	%	..	78	78,2	76,2	77,2	70,1
Tỷ lệ người dân có BHYT	%	58,2	60,3	65,0	66,4	68,5	70
Tỷ lệ bệnh nhân nội trú, ngoại trú có BHYT hoặc thẻ miễn phí	%		66,7	..	72,1		..

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Năm					
		2009	2010	2011	2012	2013	2015
Chỉ số tác động (Tình trạng sức khỏe)							
Tuổi thọ trung bình: Toàn quốc (nam/nữ)	Tuổi	72,8 (70,2/75,6)	72,9 (70,3/75,7)	73,0 (70,4/75,8)	73,0 (70,4/75,8)	73,1 (70,5/75,9)	74
Mức giảm tỷ lệ sinh hàng năm		Tăng 0,9	Giảm 0,5	Giảm 0,5	Tăng 0,3	Tăng 0,1	Giảm 0,1
Tổng tỷ suất sinh (TFR): Số con bình quân một phụ nữ tuổi sinh đẻ dựa trên tỷ suất sinh đặc trung theo tuổi	Số con	2,03	2	1,99	2,05	2,10	1,86
Tỷ số tử vong mẹ (MMR)	Trên 100.000 trẻ đẻ sống	69	..	..	..	..	58,3
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	16,0	15,8	15,5	15,4	15,3	14,8
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	24,1	23,8	23,3	23,2	23,1	19,3
Tỷ lệ phát hiện bệnh lao (các thể)	Trên 100 000 dân	114,1	113,9	114	113,9	..	..
Tỷ lệ phát hiện lao phổi (AFB+)	Trên 100 000 dân	52,2 (59,6)	52,7 (60,0)	57,7	57,5	..	..
Tỷ lệ điều trị khỏi lao phổi AFB+ mới (DOTS)	Trên 100 000 dân	90,6	90,5	90,8	91,1	..	..
Tỷ lệ người hút thuốc lá (trên 18 tuổi)	%	..	47,4				..
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh	%	48	51,4	71,4 (63%)	..	67	65
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nước hợp vệ sinh	%	79	75	89,4 (90%)	..	94	85
Tỷ lệ các cơ sở KCB xử lý chất thải y tế theo quy định	%	74	..	..	..	..	80
Tỷ lệ phụ nữ từ 15-49 tuổi có nhu cầu KHHGD chưa được đáp ứng	%	..	..	4,3	..		

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Năm					
		2009	2010	2011	2012	2013	2015
Số trường hợp SXH trong năm trên 100 000 dân	Trên 100 000 dân	12,2	14,8	16,1	..	..	..
Tỷ lệ phát hiện mắc sốt rét trong năm	Trên 100 000 dân	70,8	62	51,6	49	..	<15 (2020)
Tỷ lệ mắc bệnh phong	Trên 100 000 dân	0,04	0,04	0,04	0,03	..	0,2
Tỷ lệ phát hiện mắc bệnh phong trong năm	Trên 100 000 dân	0,41	0,41	0,43	0,34	..	0,3
Tỷ lệ tăng trưởng dân số	%	1,06	1,05	1,04	1,06	1,05	0,93
Dân số	Triệu người	86,02	86,9	87,84	88,77	89,71	<93,0
Tỷ lệ phát hiện bệnh HIV trong năm	Trên 100 000 dân	16,1	15,9	16,1	15,9	..	..
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng	Trên 100 000 dân	187	211,3	224,4	237,5	242,2	<300,0
Ngộ độc thực phẩm	Số mắc	5212	5397	4700	5541	5558	..
	Số vụ	152	173	148	168	167	..
	Số tử vong	35	49	27	34	28	..
Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thiếu cân ở trẻ em dưới 5 tuổi (cân nặng theo tuổi)	%	18,9	17,5	16,8	16,2	15,3	15
Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi (chiều cao theo tuổi)	%	31,9	29,3	27,5	26,7	25,9	26
Tỷ số giới tính khi sinh	Số trẻ trai/100 trẻ gái	111	111,2	111,9	112,3	113,8	≤ 113
Bảo vệ tài chính							
Tỷ lệ dân số chịu mức chi phí y tế "thảm họa" (tổng số chi phí tiền túi cho y tế bằng hoặc cao hơn 40% khả năng chi trả của hộ gia đình)	%	5,5 (2008)	3,9		4,2		

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Website: www.xuatbanyhoc.vn * Email: xuatbanyhoc@fpt.vn
Số điện thoại: 04.37625934 * Fax: 04.37625923

BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2014

Tăng cường dự phòng và kiểm soát
bệnh không lây nhiễm

Báo cáo tóm tắt

Chịu trách nhiệm xuất bản

**TỔNG GIÁM ĐỐC
CHU HÙNG CƯỜNG**

Chịu trách nhiệm nội dung

**PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG**

Biên tập: **ThS. Lê Thị Kim Trang**

Sửa bản in: **Kim Trang**

Trình bày bìa: **Nguyệt Thu**

Trình bày ruột: **Công ty Cổ phần In Hưng Việt**

In 300 cuốn, khổ 14,5x20,5cm tại Công ty Cổ phần In Hưng Việt

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 539-2015/CXBIPH/12-27/YH

Số xuất bản: 89/QĐ-XBYH ngày 17 tháng 3 năm 2015

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2015.