

**BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2015**  
**Tăng cường y tế cơ sở hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân**  
**Báo cáo tóm tắt**

Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 (JAHR 2015) là báo cáo thứ 9 do Bộ Y tế cùng Nhóm đối tác y tế phối hợp thực hiện hàng năm. Nội dung của báo cáo năm nay nhằm đánh giá kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2011–2015, phân tích bối cảnh kinh tế xã hội và tình trạng sức khỏe nhân dân làm cơ sở cho việc xây dựng Kế hoạch 5 năm 2016–2020. Báo cáo JAHR 2015 cũng tập trung phân tích sâu chuyên đề về **“Tăng cường y tế cơ sở hướng tới chăm sóc sức khỏe (CSSK) toàn dân”**. Báo cáo được cấu trúc thành 3 phần, bao gồm 6 chương với các nội dung chính sau đây.

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

**Chương I. Bối cảnh kinh tế, xã hội, sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng**

**1. Bối cảnh kinh tế, xã hội tác động tới hệ thống y tế**

**1.1. Thuận lợi**

Kinh tế Việt Nam đã vượt qua nhiều khó khăn, thách thức và đạt được những thành quả đáng khích lệ. Kinh tế vĩ mô dần đi vào ổn định, lạm phát được kiểm soát, tăng trưởng được phục hồi và duy trì ở mức hợp lý; chất lượng tăng trưởng một số lĩnh vực được cải thiện rõ, sức cạnh tranh của nền kinh tế từng bước được nâng lên. Các đột phá chiến lược và tái cơ cấu kinh tế gắn với mô hình tăng trưởng đạt kết quả bước đầu. An sinh xã hội được bảo đảm, phúc lợi xã hội được cải thiện. Công tác đối ngoại và hội nhập quốc tế được đẩy mạnh.

**1.2. Khó khăn, thách thức**

Kinh tế vĩ mô phục hồi chậm, chưa vững chắc, tăng trưởng thấp hơn giai đoạn trước. Sức cạnh tranh của nền kinh tế chưa cao, sức hấp dẫn của môi trường kinh doanh trong nước còn thấp. Chưa có các chiến lược tổng thể chủ động đối phó với tác động bất lợi của quá trình toàn cầu hóa và hội nhập quốc tế, mặt trái của quá trình công nghiệp hóa, đô thị hóa. Chưa kiểm soát hiệu quả tác động của xã hội hóa, thị trường hóa và tư nhân hóa trong lĩnh vực y tế. Cần có các giải pháp đổi mới toàn diện hệ thống tổ chức cung ứng dịch vụ y tế (DVYT) đáp ứng với tình hình mới.

**2. Tình hình sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng**

**2.1. Các chỉ số sức khỏe chung**

**2.1.1. Kết quả đạt được**

Các chỉ số sức khỏe chung như tuổi thọ trung bình, tử vong bà mẹ và trẻ em, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em tiếp tục được cải thiện đáng kể trong 5 năm qua.

**Bảng 1. Một số chỉ số sức khỏe chung giai đoạn 2010-2015**

Chỉ số	2010	2015	Ghi chú
Tuổi thọ trung bình (nam/nữ)	72,9 (70,3-72,9)	73,3 (70,7/76,1)	
Tỷ số tử vong mẹ/100 000 trẻ đẻ sống	69 (2009)	58,3	* Ước 2015

Tỷ suất tử vong trẻ dưới 1 tuổi/1000 trẻ đẻ sống	15,3	14,7	
Tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi/1000 trẻ đẻ sống	23,8	22,1	
Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi (%)			
-Thể nhẹ cân	17,5	14,1	
-Thể thấp còi	29,3	24,2	

### 2.1.2. Khó khăn, thách thức

**Chênh lệch về các chỉ số sức khỏe cơ bản** giữa các vùng, miền, nhóm đối tượng chậm được cải thiện, thậm chí còn tăng (với tỷ lệ SDD trẻ dưới 5 tuổi). Năm 2014, mức chênh lệch giữa khu vực có chỉ số sức khỏe tốt nhất và khu vực có chỉ số sức khỏe xấu nhất là 1,1 lần với tuổi thọ (6,4 năm); 2,9 lần với IMR và 2,7 lần với tỷ lệ SDD trẻ dưới 5 tuổi.

**Mức giảm tử vong trẻ em trong 5 năm qua đã chậm lại đáng kể**, chỉ giảm được 0,2 trường hợp tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi và 0,3 trường hợp tử vong dưới 5 tuổi trên 1000 trẻ đẻ sống mỗi năm. Việt Nam không thể hoàn thành Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ (MDG) về giảm tử vong trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2015.

**Chất lượng một số chỉ số sức khỏe còn thấp**. Năm 2014, tuổi thọ khỏe mạnh (HALE) chỉ đạt 66,0 tuổi; tỷ lệ SDD thể thấp còi cao (24,2%) ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe của trẻ. Tỷ lệ béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi tăng nhanh, năm 2010 là 4,8%, gấp 6 lần năm 2000.

### 2.2. Bệnh tật và tử vong

Cơ cấu gánh nặng bệnh tật đã có sự thay đổi, các bệnh không lây nhiễm (BKNL) gia tăng, trở nên chiếm ưu thế và sẽ tiếp tục tăng trong thời gian tới. Năm 2012, BKNL chiếm 72,9% tổng số tử vong, 66,2% tổng số DALY và 59,7% tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm. Gánh nặng của các BKNL gây ra bởi bốn nhóm bệnh chính là bệnh tim mạch, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường cùng với tai nạn, thương tích và các yếu tố nguy cơ trung gian như tăng huyết áp, béo phì, tăng cholesterol máu.

**Gánh nặng của BKNL tạo nên thách thức to lớn đối với hệ thống y tế** do (i) nhận thức của người dân về BKNL còn hạn chế, tỷ lệ bệnh nhân chưa được chẩn đoán và điều trị còn rất lớn; (ii) BKNL gia tăng gây nên gánh nặng tài chính cho cả các hộ gia đình nghèo; (iii) Đầu tư của Nhà nước cho hoạt động phòng chống BKNL chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật; và (iv) Năng lực cung ứng các dịch vụ dự phòng, kiểm soát BKNL của hệ thống y tế, nhất là tuyến cơ sở, còn hạn chế.

**Gánh nặng do các bệnh lây nhiễm đã giảm rõ rệt nhưng vẫn còn nhiều thách thức**.

Việt Nam vẫn đứng thứ 12 về gánh nặng chung của bệnh lao và đứng thứ 14 về gánh nặng lao kháng thuốc; tình trạng kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét đang có xu hướng tăng. Các bệnh lây nhiễm trở nên khó điều trị hơn, với chi phí điều trị cao hơn. Gánh nặng do HIV vẫn còn nặng nề; gần 50% đối tượng có nhu cầu chưa được tiếp cận với điều trị ARV, khoảng một phần ba bắt đầu điều trị muộn. Các bệnh có thể phòng bằng vắc xin vẫn có nguy cơ xuất hiện trở lại và bùng phát dịch. Việt Nam vẫn là một trong những điểm nóng đối với các bệnh truyền nhiễm mới nổi.

### 2.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

**Về nhân khẩu học**, yếu tố đáng quan tâm nhất là áp lực của vấn đề già hoá dân số đang diễn ra một cách nhanh chóng. Với tỷ lệ người cao tuổi tăng liên tục từ 7,1% năm 1989 lên 8,7% năm 2009 và 10,2% năm 2014, Việt Nam là một trong 10 nước có tỷ lệ già hoá dân số nhanh nhất thế giới trong khi hệ thống y tế dường như chưa sẵn sàng đối phó. Mất cân bằng giới tính khi sinh ở mức báo động, quy mô dân số lớn và vấn đề di cư tự do chưa được kiểm soát tốt cũng tạo ra những thách thức đáng kể đối với hệ thống y tế.

**Thách thức lớn nhất về các yếu tố kinh tế xã hội** là mức chênh lệch lớn về thu nhập bình quân đầu người giữa các khu vực và các nhóm đối tượng. Tỷ lệ hộ nghèo đã giảm mạnh nhưng chưa bền vững, vẫn còn rất cao ở một số địa phương như Lai Châu 35,3%, Điện Biên 33,0%. Tỷ lệ thất nghiệp và thiếu việc làm cao ở đối tượng thanh niên. Vẫn còn 31,9% hộ gia đình ở Đồng bằng sông Cửu Long sống trong nhà ở tạm bợ. Tỷ lệ dân số 15 tuổi trở lên biết đọc, biết viết chỉ đạt 93,3% ở nông thôn và 89,0% ở miền núi phía Bắc. Chỉ có 21,9% lao động đã qua đào tạo, có bằng cấp, chứng chỉ.

**Với yếu tố môi trường tự nhiên**, Việt Nam là một trong 6 quốc gia chịu tác động lớn nhất của biến đổi khí hậu và là 1 trong 5 nước có rủi ro thiên tai cao nhất thế giới. Ô nhiễm môi trường đang ngày càng nghiêm trọng; đặc biệt do tốc độ đô thị hóa diễn ra mạnh mẽ, để lại nhiều tác động tiêu cực đến môi trường tự nhiên. Ô nhiễm thực phẩm do sử dụng các hoá chất cấm trong nuôi trồng, chế biến thực phẩm vẫn là một vấn đề nhức nhối chưa có biện pháp kiểm soát hiệu quả.

**Với các yếu tố hành vi, lối sống, hút thuốc lá** gây ra khoảng 16,9% số ca tử vong và 8,8% DALY ở Việt Nam. Vi phạm hút thuốc lá ở nơi công cộng vẫn diễn ra khá phổ biến; tỷ lệ hút thuốc lá thụ động vẫn còn ở mức cao. *Mức tiêu thụ rượu, bia bình quân đầu người tăng nhanh*, gây ra 5,7% tổng số ca tử vong và 4,7% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY. *Chế độ ăn không hợp lý* do tiêu thụ quá nhiều năng lượng, tiêu thụ nhiều thịt, thực phẩm có nhiều muối, đường, chất béo chuyển hoá gây ra 23% tổng số tử vong và 9,5% tổng số DALY. Vẫn còn 28,7% người trong độ tuổi 25–64 thiếu vận động thể lực; 23% thanh thiếu niên hiếm khi tập thể dục thể thao. Tệ nạn ma tuý, mại dâm và các tội phạm liên quan vẫn diễn biến phức tạp, nhất là ở các tỉnh, thành phố lớn.

## **Chương II. Tình hình thực hiện Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân giai đoạn 2011-2015**

### **1. Nhân lực y tế**

Hầu hết các chỉ số về nhân lực từ 2010–2014 đều đạt mục tiêu đến năm 2015. (Bảng 2)

**Bảng 2. Kết quả thực hiện một số chỉ tiêu cơ bản về nhân lực y tế, 2010–2014**

Chỉ tiêu	2010	2011	2012	2013	2014	Năm 2015 (ước TH/KH)
Số bác sĩ/vạn dân	7,20	7,33	7,46	7,61	7,8	8,0/8,0
Số dược sĩ ĐH/vạn dân	1,76	1,9	1,96	2,12	2,15	2,2/1,8
Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế hoạt động (%)	97,5	96,9	96,6	96,0	95,0	95,9/90
Tỷ lệ TYT xã có bác sĩ hoạt động (%)	70,0	71,9	73,5	75,0	78,0*	78,0/80
Tỷ lệ TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi (%)	95,6	95,3	96,4	96,0	98,0	96,0/>95

\*Bao gồm cả các xã có bác sĩ làm việc từ 3 ngày/tuần trở lên.

#### **1.1. Về xây dựng chính sách**

Giai đoạn 2011–2015, một số chính sách lớn định hướng cho lĩnh vực nhân lực y tế được ban hành hoặc bắt đầu có hiệu lực như Luật Viên chức, Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020.

#### **1.2. Về đào tạo nhân lực y tế**

**Kết quả thực hiện:** Mạng lưới các trường đào tạo nhân lực y tế được mở rộng: năm 2014, cả nước đã có 173 trường, trong đó có 35 trường đào tạo trình độ đại học. Số lượng cán bộ y tế công lập tăng đáng kể từ 344 876 năm 2010 lên 424 237 người năm

2013. Số bác sĩ tăng nhanh, bình quân 6,5%/năm. *Quy định về tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ* của nhân viên y tế thôn, bản; *chuẩn năng lực cơ bản* của điều dưỡng, hộ sinh, bác sĩ đa khoa được ban hành. *Đào tạo sau đại học được tăng cường.*

**Khó khăn, hạn chế:** Chưa thực hiện được đào tạo dựa trên năng lực; kiểm định chương trình và cơ sở đào tạo còn hạn chế do thiếu nhân lực, kinh phí và phần mềm quản lý. Chất lượng nhân lực mới ra trường thấp và chưa đồng đều. Đào tạo trung cấp còn “tràn lan”, vượt quá nhu cầu sử dụng. Thiếu gắn kết giữa đào tạo và sử dụng cán bộ. Nhân lực tuyến y tế cơ sở (YTCS) vẫn thiếu, nhất là bác sĩ, và hạn chế cả về kiến thức và kỹ năng.

### 1.3. Về quản lý, sử dụng nhân lực y tế hiệu quả, công bằng

**Kết quả thực hiện:** Đã cấp phép cho 95% cơ sở và 92% cán bộ y tế ở các bệnh viện (BV) thuộc Bộ Y tế; 25% cơ sở và 67% cán bộ ở các BV thuộc các bộ, ngành và 65% cơ sở cùng 89% cán bộ ở các BV thuộc Sở Y tế cần cấp phép. Nhiều chính sách quan trọng liên quan đến tuyển dụng, sử dụng và đãi ngộ nhân lực y tế được ban hành, bổ sung, hoàn thiện. Đề án 1816 và Dự án bác sĩ tình nguyện đã và đang được triển khai và phát huy hiệu quả. Trung tâm/Viện đào tạo cán bộ quản lý ngành y tế được thành lập.

**Khó khăn, hạn chế:** Chưa có chương trình thực tập chuẩn 18 tháng tại các bệnh viện theo quy định. Thiếu kết nối giữa việc đào tạo liên tục và cấp chứng chỉ hành nghề. Chính sách tuyển dụng, sử dụng và đãi ngộ đối với cán bộ y tế còn bất cập, chưa tạo động lực làm việc cho cán bộ. Việc lập quy hoạch, kế hoạch và quản lý nhân lực còn hạn chế; thiếu thông tin, chưa chuẩn hoá. Năng lực quản lý của cán bộ y tế các cấp còn hạn chế.

## 2. Tài chính y tế

### 2.1. Về huy động nguồn lực tài chính

**Kết quả đạt được:** *Dự toán chi ngân sách Nhà nước (NSNN) cho y tế tăng* (8,2% GDP năm 2014 so với 7,7% năm 2010). *Tổng chi công cho y tế tăng* bình quân 10,2% sau khi đã loại trừ yếu tố lạm phát, cao hơn so với mức tăng chi NSNN. *Bảo hiểm y tế (BHYT) gia tăng* cả về tỷ lệ bao phủ và mức phí bình quân đầu người. *Quy PCTHTL* bắt đầu được sử dụng cho các hoạt động. *Các đề án 47, 930* được cấp kinh phí từ trái phiếu chính phủ để nâng cấp cơ sở y tế. *Nguồn viện trợ* vẫn duy trì ở mức 2% tổng chi y tế.

**Khó khăn, hạn chế:** Tỷ lệ chi công trong tổng chi y tế năm 2014 giảm nhẹ so với năm 2010. Chi NSNN cho y tế khó đạt mức 10% tổng chi NSNN. Đóng góp từ BHYT trong tổng chi cho KCB còn thấp so với tỷ lệ bao phủ BHYT (25% và 65% năm 2011). Tỷ lệ chi tiền túi vẫn cao (48,8%; 2012) và có xu hướng tăng nhẹ. Các sáng kiến huy động thêm nguồn tài chính cho y tế còn hạn chế. Một số đề án phát triển cơ sở hạ tầng và TBYT đã được phê duyệt nhưng chưa được bố trí vốn, hoặc được bố trí vốn trễ.

### 2.2. Về phát triển BHYT toàn dân

**Kết quả thực hiện:** *Hệ thống chính sách, pháp luật về BHYT* được hoàn thiện dần, Luật sửa đổi, bổ sung Luật BHYT được thông qua. *Tỷ lệ bao phủ BHYT tăng* bình quân 4,3%/năm và đạt 75,3% vào năm 2015. *Mức hỗ trợ đóng BHYT* cho các hộ gia đình cận nghèo tăng từ 50% lên 70%. Kinh phí từ NSNN hỗ trợ mua BHYT cho đối tượng chính sách tăng dần, chiếm 20% tổng NSNN cho y tế. *Quyền lợi của người có thẻ BHYT* cũng được tăng lên. *Mức đồng chi trả đã được điều chỉnh giảm* đối với một số nhóm. Năm 2012, số lượt khám bệnh trung bình/người có thẻ BHYT tăng 8,5% so với năm 2010.

**Khó khăn, hạn chế:** *Tiến độ mở rộng bao phủ BHYT chậm lại:* tốc độ gia tăng giảm từ 8,3% (2011) xuống 2,9% (2014). *Tỷ lệ bao phủ BHYT thấp* ở nhóm doanh nghiệp (48%), nhóm tự nguyện (34%) và nhóm cận nghèo (55%). Nhóm tự nguyện có mức phí tham

gia thấp trong khi tần suất sử dụng và chi phí bình quân đầu thê cao. *Khả năng bảo vệ tài chính của BHYT còn hạn chế*, chưa được cải thiện. BHYT chưa phát huy hiệu quả vai trò mua chiến lược. Giám sát sử dụng quỹ BHYT chưa thực sự hiệu quả.

### **2.3. Về sử dụng tài chính y tế hiệu quả**

**Kết quả thực hiện:** Năm 2011, chi cho YTDP chiếm 69,8% tổng chi NSNN và 27,9% tổng chi của toàn xã hội cho y tế. BHYT đã thực hiện thanh toán theo phí dịch vụ có trần, giám định và kiểm soát chặt chẽ chi phí thuốc. Giá thuốc trúng thầu giảm 20-30% so với kế hoạch ở nhiều địa phương. Chính sách tự chủ đã góp phần cải thiện việc cung cấp dịch vụ ở các bệnh viện công. Chuyển dần sang trợ cấp gián tiếp cho người sử dụng thông qua hỗ trợ mua thê BHYT. Thực hiện việc tính đủ giá DVYT theo lộ trình.

**Khó khăn, hạn chế:** Chưa thực hiện ưu tiên phân bổ ngân sách đầu tư thích đáng và cơ chế tài chính phù hợp để tăng cường YTCS. Kinh phí CTMTQG bị cắt giảm đột ngột trong khi chưa kịp triển khai lồng ghép vào các hoạt động chung của hệ thống y tế. Phân bổ NSNN dựa vào kết quả hoạt động chỉ mới được thí điểm ở quy mô nhỏ. Mặt trái của việc thực hiện tự chủ và xã hội hoá chưa được kiểm soát tốt. Mâu thuẫn lợi ích và gia tăng chi phí do chính sách tự chủ tài chính tại bệnh viện chưa được giải quyết. Chưa có cơ chế trọng tài phân xử các bất đồng giữa BHYT và cơ sở y tế. Đòi mới phương thức chi trả còn gặp khó khăn, vướng mắc. Chưa phân tích hiệu quả chi phí trong phân bổ nguồn lực tài chính và lựa chọn dịch vụ/thuốc để thanh toán.

## **3. Dược, vắc xin, sinh phẩm, trang thiết bị y tế và cơ sở hạ tầng**

### **3A. Dược, vắc xin và sinh phẩm y tế**

#### **3A.1. Hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật của ngành dược**

Đã ban hành được 37 văn bản quy phạm pháp luật về dược, trong đó có Chiến lược quốc gia phát triển ngành dược và Quy hoạch tổng thể phát triển dược liệu đến năm 2020 và định hướng đến năm 2030. Luật Dược (sửa đổi) đang được trình lên Quốc hội xem xét.

#### **3A.2. Các nhiệm vụ liên quan tăng khả năng nhân dân tiếp cận với thuốc**

**Kết quả thực hiện:** Hệ thống cung ứng thuốc phủ rộng khắp với khả năng tiếp cận ngày càng thuận tiện. Sản xuất thuốc trong nước, nhất là thuốc thiết yếu được chú trọng. Triển khai Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam”. Đã sản xuất được 10/12 vắc xin, đáp ứng cơ bản nhu cầu của Chương trình TCMR. Danh mục thuốc thiết yếu lần VI và Danh mục thuốc thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT được ban hành. Đầu thầu thuốc theo các quy định mới đã giúp giảm giá thuốc đầu thầu ở nhiều địa phương. Không xảy ra tình trạng tăng giá thuốc đột biến, bất hợp lý.

**Khó khăn, hạn chế:** Định hướng phát triển ngành dược thành một ngành kinh tế-kỹ thuật mũi nhọn khó khả thi. Thuốc nội mới đáp ứng được gần 50% nhu cầu theo giá trị sử dụng, chủ yếu là các thuốc thông thường nên khó cạnh tranh; 90% nguyên liệu và bao bì vẫn phải nhập khẩu. Chưa thực hiện được việc xác định giá thuốc tham khảo của các nước trong khu vực và phổ biến thông tin định kỳ về giá thuốc tham khảo trong nước với các loại thuốc do NSNN và BHYT chi trả. Quản lý giá thuốc gặp khó khăn do chưa có quy định phân công nhiệm vụ giữa các bộ, ngành.

#### **3A.3. Các nhiệm vụ liên quan quản lý chất lượng thuốc**

**Kết quả thực hiện:** Đã triển khai áp dụng các tiêu chuẩn thực hành tốt theo khuyến cáo của WHO. Tất cả các nhà máy sản xuất thuốc hóa dược đã đạt GMP, 100% doanh nghiệp nhập khẩu và lưu thông thuốc quy mô lớn đạt GSP. Các thuốc generic có chứng

minh BA/BE sẽ tăng dần để đạt 40% số hoạt chất vào năm 2020. Việc kiểm tra, giám sát chất lượng được tăng cường; tỷ lệ thuốc không đạt chất lượng giảm dần, chỉ còn khoảng 3% số mẫu thuốc kiểm tra. Ban hành Dược điển Việt IV về chất lượng dược liệu và Thông tư số 09/2010/TT-BYT về quản lý, bảo đảm chất lượng thuốc.

**Khó khăn, hạn chế:** Năng lực sản xuất của các công ty dược trong nước còn hạn chế, nhất là với các thuốc chuyên khoa. Hệ thống phân phối, cung ứng thuốc dần trải làm tăng chi phí và gây khó khăn cho việc giám sát chất lượng thuốc. Hoạt động kiểm nghiệm thuốc ở nhiều tỉnh còn gặp khó khăn về kinh phí, TTB, hoá chất. Sản xuất thuốc từ dược liệu còn hạn chế về quy mô, năng lực sản xuất và bảo đảm chất lượng.

### **3A.4. Các nhiệm vụ liên quan sử dụng thuốc an toàn hợp lý**

**Kết quả thực hiện:** Đã ban hành Danh mục thuốc không kê đơn các thuốc hoá dược; hướng dẫn hoạt động dược lâm sàng tại bệnh viện; hướng dẫn hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) và Thông tư số 26/2013/TT-BYT hướng dẫn truyền máu. Thành lập Trung tâm quốc gia ở hai miền và thiết lập hệ thống quốc gia theo dõi ADR. Việc báo cáo ADR được cải thiện qua các năm.

**Khó khăn, hạn chế:** Hoạt động dược lâm sàng còn rất hạn chế. Cán bộ dược lâm sàng vừa thiếu, vừa yếu lại phải kiêm nhiệm. Tình trạng bán thuốc kê đơn không có đơn thuốc vẫn còn phổ biến. Kháng kháng sinh đang ở mức đáng báo động. Các cơ sở truyền máu phân tán, nhỏ lẻ, manh mún, một số nơi còn thiếu xét nghiệm sàng lọc máu; việc điều tiết máu giữa các trung tâm truyền máu gặp nhiều khó khăn do bất cập trong tổ chức hệ thống, cơ chế điều hành và đặc biệt là cơ chế tài chính.

## **3B. Cơ sở hạ tầng và TTBYT**

### **3B.1. Các nhiệm vụ về tiếp cận cơ sở vật chất có chất lượng**

**Kết quả thực hiện:** Cơ sở hạ tầng được tăng cường nhờ các đề án đầu tư vốn trái phiếu chính phủ và NSNN. Đến cuối năm 2014, 73 bệnh viện tuyến tỉnh, 598 cơ sở y tế tuyến huyện được xây mới, cải tạo, mở rộng, nâng cấp, mua sắm bổ sung trang thiết bị và 100 TYT mới được tăng thêm. Đã thực hiện việc di dời, xây trụ sở mới, xây dựng cơ sở 2, 3 của một số BV lớn. Có 74/84 BV gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng đã được xử lý triệt để. Khoảng 54,4% BV có hệ thống xử lý nước thải; trên 95% BV thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế nguy hại hàng ngày.

**Khó khăn, hạn chế:** Đầu tư cho cơ sở hạ tầng còn dần trải dẫn đến thời gian thực hiện các dự án kéo dài, chậm đưa vào sử dụng. Các cơ sở YTDP tuyến huyện chưa có trụ sở độc lập, thiếu TTB và phương tiện làm việc. Chưa có nguồn kinh phí đầu tư cho các TYT xã theo Quyết định 950/2007/QĐ-TTg. Chưa có đánh giá hiệu quả đầu tư của các Đề án 47, 930. Nguồn vốn để triển khai kế hoạch xử lý các cơ sở ô nhiễm, kinh phí hoạt động thường xuyên và giám sát tuân thủ các tiêu chuẩn xử lý chất thải còn gặp khó khăn.

### **3B.2. Các nhiệm vụ về chất lượng trang thiết bị y tế (TTBYT)**

**Kết quả thực hiện:** Có 48 đơn vị với 621 sản phẩm sản xuất trong nước được cấp giấy chứng nhận đăng ký lưu hành. Đã thực hiện điều tra về thực trạng, nhu cầu đầu tư và sử dụng một số TTBYT và thí điểm ứng dụng đánh giá công nghệ y tế để đánh giá việc đầu tư và sử dụng MRI tại các bệnh viện công. Tổ chức đào tạo kỹ sư điện tử y sinh phục vụ quản lý sử dụng TTBYT. Có 62% BVĐK, 26,1% BV chuyên khoa tuyến tỉnh và 31,9% BVĐK tuyến huyện thành lập tổ bảo dưỡng TTBYT. Đã ban hành 135 tiêu chuẩn ngành và 35 tiêu chuẩn Việt Nam về TTBYT.

**Khó khăn, hạn chế:** Trong nước chỉ sản xuất được các TTB đơn giản và chưa bảo đảm mục tiêu sản xuất được >60% TTB thông thường. Thiếu cơ sở dữ liệu và các chỉ số theo dõi, đánh giá, lập kế hoạch và quản lý TTBYT. Danh mục TTB chưa được cập nhật. Chưa áp dụng tính toán hiệu quả chi phí và đánh giá công nghệ trong đầu tư và sử dụng TTBYT kỹ thuật cao. Còn 5 nhóm thiết bị quan trọng chưa bắt buộc kiểm định. Năng lực kiểm định, kiểm chuẩn chất lượng và độ an toàn của các TTBYT chưa đáp ứng yêu cầu.

#### **4. Cung ứng dịch vụ y tế**

#### **4A. Cung ứng dịch vụ y tế dự phòng và y tế công cộng**

##### **4A.1. Phòng chống các bệnh dịch, bệnh truyền nhiễm**

**Kết quả thực hiện:** Cơ bản khống chế các bệnh dịch, không để dịch lớn xảy ra, không để xâm nhập các dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi. Tình hình mắc và tử vong của một số dịch bệnh lưu hành đều theo xu hướng giảm. Duy trì được kết quả thanh toán bệnh bại liệt và loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh; giảm mạnh tỷ lệ mắc các bệnh trong chương trình TCMR so với trước năm 1984. *Năng lực giám sát dịch bệnh được tăng cường.* Đã đạt được từ 70% trở lên các năng lực cơ bản theo Điều lệ kiểm dịch y tế quốc tế; thiết lập hệ thống giám sát, đáp ứng chống dịch; xây dựng hệ thống phòng xét nghiệm tiên tiến theo vùng, miền. Đã có 23/63 trung tâm YTDP tỉnh, thành phố đạt chuẩn quốc gia. *Công tác phòng chống HIV/AIDS và lao được đẩy mạnh.* Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và phòng chống lao đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 được phê duyệt. Tiếp tục duy trì và mở rộng các hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV miễn phí, dự phòng lây nhiễm, can thiệp giảm hại; triển khai lồng ghép và phân cấp các dịch vụ xuống tuyến huyện và xã. Hoạt động phát hiện lao được cải thiện với trọng tâm là chẩn đoán lao phổi AFB+ bằng kỹ thuật soi đờm trực tiếp, chẩn đoán lao trẻ em; áp dụng điều trị công thức 8 tháng có kiểm soát (DOTS). Tỷ lệ điều trị khỏi luôn đạt trên 90%; tỷ lệ hiện mắc lao các thể đã giảm xuống còn 200/100 000 vào năm 2014.

**Khó khăn, hạn chế:** Một số bệnh truyền nhiễm như sốt xuất huyết, tay chân miệng vẫn lưu hành ở mức cao, gia tăng cục bộ và tiềm ẩn nguy cơ bùng phát dịch. Các bệnh có thể dự phòng bằng vắc xin như sởi, bạch hầu, ho gà, viêm gan B vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại. Dịch HIV vẫn duy trì cao ở các tỉnh miền núi phía Bắc và các tỉnh, thành phố lớn; việc triển khai các hoạt động can thiệp ở các vùng sâu, vùng xa gặp nhiều khó khăn. Tuân thủ điều trị DOTS của bệnh nhân lao đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa còn hạn chế; tình trạng ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc có nguy cơ lan rộng. Bệnh dại vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm gây tử vong hàng đầu. Độ nhạy của hệ thống giám sát và đáp ứng dịch chưa cao, việc thông báo ca bệnh từ các bệnh viện và các cơ sở y tế tư nhân chưa tích cực. Nguồn kinh phí từ các CTMTQG y tế cho phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm bị cắt giảm, ảnh hưởng đến kết quả hoạt động.

##### **4A.2. Triển khai các hoạt động sức khỏe môi trường, VSATTP**

**Kết quả thực hiện:** Năm 2014, tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh và tỷ lệ người dân được sử dụng nước hợp vệ sinh đã đạt 63% và 84,5% so với 55% và 79,7% năm 2011. Xử lý chất thải y tế đã có tiến bộ. Đã có 54/63 tỉnh thành lập Ban chỉ đạo phòng chống tai nạn thương tích tại cộng đồng; 63/63 tỉnh triển khai giám sát, thống kê và báo cáo về tai nạn thương tích; 121 xã, phường đạt tiêu chuẩn cộng đồng an toàn. Đã xây dựng Kế hoạch hành động và thành lập Ban điều hành CTMTQG ứng phó với biến đổi khí hậu của ngành và triển khai một số hoạt động đánh giá tác động của biến đổi khí hậu.

Thành lập Ban Chỉ đạo VSATTP các tuyến. Ban hành 50 quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về ATTP, công bố 35 TCVN về phương pháp thử. Có 34/63 tỉnh đã được công nhận phù hợp ISO17025. Tăng cường kiểm tra, giám sát VSATTP; tỷ lệ cơ sở vi phạm giảm từ 21,2% xuống 19,5%; tỷ lệ mẫu thực phẩm không đạt giảm từ 28,8% xuống 10%; 5 năm qua chỉ có 1 trường hợp tử vong do NĐTP tập thể trên 30 người.

**Khó khăn, hạn chế:** Còn 18 tỉnh có tỷ lệ bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh dưới 50%, trên 10% số hộ gia đình nông thôn không có nhà tiêu. Hệ thống văn bản về bảo vệ môi trường y tế chưa đáp ứng được yêu cầu. Năng lực quản lý chất thải, quan trắc môi trường và kiểm soát ô nhiễm của các CSYT còn hạn chế; hệ thống giám sát môi trường y tế chưa được kiện toàn. Các vụ NĐTP lẻ tẻ chủ yếu xảy ra tại hộ gia đình chưa được kiểm soát hiệu quả. Vi phạm về quảng cáo thực phẩm chức năng khá phổ biến song chưa được quan tâm kiểm tra, xử lý đúng mức. Đề án xây dựng cảnh báo nhanh và phân tích nguy cơ về ATTP đã được phê duyệt nhưng chưa có kinh phí nên triển khai chậm.

#### **4A.3. Tăng cường truyền thông, giảm yếu tố nguy cơ liên quan hành vi, CSSK nhóm có nhu cầu cao**

**Kết quả thực hiện:** Luật Phòng chống tác hại thuốc lá (PCTHTL) đã có hiệu lực. Hoạt động truyền thông GDSK, in cảnh báo hình ảnh trên vỏ bao thuốc, cấm quảng cáo và tài trợ thuốc lá,... được triển khai. Đã ban hành Chính sách quốc gia phòng chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020. Nhiều bộ, ngành đã ban hành quy định cấm uống rượu, bia trong giờ hành chính; một số mô hình phòng chống tác hại rượu, bia đã được triển khai tại cộng đồng. Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011–2020 và tầm nhìn 2030 được phê duyệt. Bộ Y tế đã ban hành “10 lời khuyên dinh dưỡng hợp lý đến năm 2020” và triển khai các sáng kiến về dinh dưỡng hợp lý. Chương trình hành động TTGDSK giai đoạn 2011-2015 được ban hành; mạng lưới truyền thông bao phủ 100% các tỉnh, thành phố và quận, huyện. Công tác y tế trường học (YTTH) được tăng cường. Tỷ lệ cán bộ chuyên trách được tập huấn; tỷ lệ trường học có Ban CSSK học sinh, có phòng y tế, có đủ nước uống, có bếp ăn đạt ATTP; tỷ lệ trường tổ chức khám sức khỏe định kỳ có hồ sơ quản lý sức khỏe cho học sinh đều tăng.

**Khó khăn, hạn chế:** Tỷ lệ người hút thuốc lá giảm chậm; mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân đầu người và tỷ lệ thừa cân, béo phì gia tăng. Thiếu các chính sách và can thiệp liên ngành hiệu quả trong kiểm soát một số yếu tố nguy cơ về hoạt động thể lực, tiêu thụ muối. Thiếu các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức triển khai TTGDSK có hệ thống; phương thức truyền thông tại cộng đồng chưa phù hợp, thiếu linh hoạt và chưa hiệu quả. Điều kiện vệ sinh trường học ở khu vực nông thôn, miền núi chưa đáp ứng yêu cầu; đội ngũ cán bộ làm công tác YTTH còn thiếu, yếu và thường xuyên biến động. Kinh phí dành cho hoạt động thiếu và ngày càng bị cắt giảm.

#### **4A.4. Dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm (BKLN)**

**Kết quả thực hiện:** Phòng chống các BKLN được đưa vào CTMTQG về y tế giai đoạn 2012–2015. Đến hết năm 2014, có 63/63 tỉnh triển khai dự án tăng huyết áp và dự án đái tháo đường, 37/63 tỉnh triển khai dự án ung thư và 25/63 tỉnh triển khai dự án bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Trong 4 năm đã phát hiện và quản lý điều trị cho khoảng 600 000 người tăng huyết áp, 236 000 người tiền đái tháo đường và đái tháo đường, khoảng 10 000 bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Đã có trên 10% số xã thực hiện quản lý tăng huyết áp. Chiến lược quốc gia phòng, chống các BKLN giai đoạn 2015–2025 đã được phê duyệt.



**Khó khăn, hạn chế:** Tỷ lệ phát hiện, điều trị, quản lý các BKLN tại cộng đồng còn thấp; hệ thống cung ứng các dịch vụ y tế chưa đáp ứng yêu cầu. Các dự án triển khai theo chiều dọc, nhiều đầu mối, thiếu sự lồng ghép, chưa tiếp cận toàn diện và thiếu các dịch vụ chăm sóc lâu dài, liên tục. Nhân lực y tế còn thiếu và yếu. Công tác truyền thông, giáo dục chưa hiệu quả. Thông tin giám sát BKLN chưa được chuẩn hóa, không đầy đủ, thiếu cập nhật. Tài chính cho phòng chống BKLN chưa tương xứng gánh nặng bệnh tật. Ngân sách từ CTMTQG cho các hoạt động phòng chống BKLN bị cắt giảm mạnh.

## **4B. Cung ứng dịch vụ KCB, YHCT và PHCN**

### **4B.1. Các nhiệm vụ liên quan củng cố phát triển mạng lưới KCB**

**Kết quả thực hiện:** Tổng số giường bệnh liên tục tăng; đến năm 2014, tỷ lệ giường bệnh trên 10 000 dân theo thực kê là 28,1 và theo kế hoạch là 23,0, đạt chỉ tiêu đề ra. Số lượng các bệnh viện và phòng khám tư nhân tăng nhanh. *YTCS được củng cố* với 99% xã, phường có nhà trạm; 78% TYT có bác sĩ; 96% TYT có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi; 78% thôn, bản, tổ dân phố có nhân viên y tế hoạt động; 80% TYT xã triển khai KCB BHYT; 55% xã đạt Tiêu chí quốc gia mới giai đoạn 2011–2020. *KCB bằng YHCT và PHCN được đẩy mạnh* với 61 BV YHCT và 90% BV đa khoa có khoa YHCT; 73,4% số xã KCB bằng YHCT; 83,9% TYT có vườn thuốc nam; 63 BV/TT Điều dưỡng-PHCN, 100% BV tỉnh và trung ương có khoa PHCN; các BV huyện đều có lồng ghép hoạt động PHCN trong các khoa, hầu hết các xã có cán bộ theo dõi công tác PHCN.

**Khó khăn, hạn chế:** Thiếu hụt năng lực chuyên môn các chuyên khoa ung bướu, tim mạch, nhi,... ở các BV tuyến dưới. Thiếu cân đối và không đồng đều trong phân bố về năng lực chuyên môn giữa các khu vực và các tuyến BV. Thiếu gắn kết giữa các CSYT làm ảnh hưởng đến tính liên tục trong chăm sóc người bệnh. Mạng lưới cung ứng dịch vụ YHCT và PHCN phát triển chưa mạnh, còn hạn chế về năng lực nên chưa phát huy được các ưu thế. Kết quả triển khai chương trình PHCN dựa vào cộng đồng còn hạn chế.

### **4B.2. Các nhiệm vụ liên quan tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ KCB**

**Kết quả thực hiện:** Đã thành lập được 160 PK BSGĐ, khám sàng lọc cho hơn 277 000 đối tượng, khám bệnh cho 491 052 lượt người bệnh, khám cấp cứu 2930 bệnh nhân. Hệ thống CSSK cho người cao tuổi đang được hoàn thiện với 4 BV chuyên CSSK người cao tuổi; 46/63 tỉnh, thành phố có Khoa Lão khoa. Hơn hai triệu người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ; hơn 1,7 triệu người được lập sổ theo dõi sức khỏe. Chăm sóc người cao tuổi dựa vào cộng đồng được triển khai 160 xã của 23 tỉnh với mạng lưới tình nguyện viên được thiết lập. Năm 2012, tỷ lệ KCB của người dân là 39,2%.

**Khó khăn, hạn chế:** Mô hình PK BSGĐ mới được triển khai thí điểm trong thời gian ngắn, đang hoàn thiện dần, chưa được đánh giá đầy đủ. Mô hình CSSK người cao tuổi chưa được triển khai đồng đều và rộng khắp. Tỷ lệ có KCB chênh lệch rõ giữa các vùng miền, thấp nhất là vùng trung du và miền núi phía Bắc và đồng bào dân tộc thiểu số.

### **4B.3. Các nhiệm vụ liên quan nâng cao chất lượng dịch vụ KCB**

**Kết quả thực hiện:** *Hệ thống quản lý chất lượng dần được hình thành:* Ba trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm được thành lập ở Hà Nội và thành phố HCM; 55,4% BV trên toàn quốc thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng. Bộ Tiêu chí đánh giá chất lượng BV đã được áp dụng rộng rãi ở 1233 BV. *Quy trình khám bệnh được cải tiến,* thời gian chờ đợi được rút ngắn trung bình 48,5 phút/lượt khám. *Chuẩn năng lực người hành nghề đang được xây dựng* cho điều dưỡng, nữ hộ sinh và bác sĩ đa khoa. Hệ thống đường

đây nóng được củng cố và phát huy hiệu quả. Đã triển khai 11 lớp tập huấn cho gần 1000 cán bộ về các quy tắc ứng xử của thầy thuốc. *Thực hiện cấp phép* hoạt động cho các cơ sở KCB, cấp chứng chỉ hành nghề cho các cá nhân theo Luật KCB. *Đã xây dựng hướng dẫn cho gần 4000 quy trình kỹ thuật* ở hầu hết các chuyên khoa. Lần đầu tiên các hướng dẫn chuyên môn cho tuyến xã được xây dựng và ban hành.

**Khó khăn, hạn chế:** *Hệ thống quản lý chất lượng DVYT còn hạn chế:* chưa thành lập tổ chức đánh giá độc lập; vẫn còn hơn 44% BV chưa có phòng/tổ quản lý chất lượng. *Chất lượng chuyên môn chưa được đánh giá và quản lý chặt chẽ;* vẫn còn tình trạng không công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở KCB. *Thiếu gắn kết giữa chất lượng và giá dịch vụ,* thiếu cơ chế tài chính và phi tài chính để khuyến khích nâng cao chất lượng dịch vụ. *Chất lượng người hành nghề còn hạn chế* và chưa có cơ chế thúc đẩy việc nâng cao năng lực chuyên môn và phát triển nghề nghiệp liên tục có hiệu quả. *Hệ thống thông tin phản hồi về chất lượng dịch vụ chưa hoàn thiện.*

#### **4B.4. Nhiệm vụ liên quan chống quá tải bệnh viện**

**Kết quả thực hiện:** Năng lực của các BV tuyến tỉnh, huyện được cải thiện nhờ tăng cường chuyên gia kỹ thuật từ các đề án. Đề án BV vệ tinh đã chuyển giao 224 kỹ thuật cho 1701 cán bộ của 46 BV; tỷ lệ chuyên tuyến của các BV vệ tinh đã giảm được 37,5%. Đề án luân phiên cán bộ y tế đã chuyển giao hơn 13 000 lượt kỹ thuật cho tuyến dưới. Nhờ vậy, 58% BV trung ương, 47% BV tuyến tỉnh đã giảm số khoa có năm ghép và 25% BV huyện tăng công suất sử dụng giường bệnh từ 40% lên 60-70%.

**Khó khăn, hạn chế:** Đề án Bệnh viện vệ tinh mới được triển khai ở 37 tỉnh/thành phố. Một số nhóm giải pháp trong Đề án giảm tải vẫn chưa được quan tâm đúng mức.

#### **4B.5. Nhiệm vụ liên quan quản lý bệnh viện**

**Kết quả thực hiện:** Đã thành lập Trung tâm phát triển năng lực quản lý KCB và Viện Đào tạo, bồi dưỡng cán bộ quản lý ngành y tế. Tiêu chí cán bộ quản lý bệnh viện phải qua đào tạo về quản lý đã được đưa vào Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Công tác đào tạo cán bộ quản lý được quan tâm và tăng cường.

**Khó khăn, hạn chế:** Cơ chế quản lý bệnh viện công lập vẫn còn những bất cập cần có giải pháp khắc phục và đổi mới. Cơ chế phối hợp công tư, xã hội hóa cần có bước đi thận trọng tránh những mặt trái ảnh hưởng đến sự công bằng và hiệu quả.

### **4C. Cung ứng dịch vụ dân số-KHHGD và chăm sóc sức khỏe sinh sản**

#### **4C.1. Hoàn thiện hệ thống chính sách, văn bản quy phạm pháp luật**

**Kết quả thực hiện:** Nhiều chính sách, văn bản quy phạm pháp luật về DS-KHHGD, CSSKSS và các chính sách hỗ trợ đã được ban hành. Các chương trình, dự án mục tiêu quốc gia về DS-KHHGD, CSSKSS, CSSK bà mẹ trẻ em vẫn được duy trì.

**Khó khăn, hạn chế:** Một số chỉ tiêu MDG chưa được đưa vào các kế hoạch của ngành y tế. Một số chỉ tiêu khác tính khả thi không cao. Việc xây dựng, ban hành và chỉ đạo phối hợp thực hiện Chiến lược quốc gia và các Kế hoạch hành động về dinh dưỡng chưa kịp thời và hiệu quả. Phụ cấp cho cô đỡ thôn bản từ nguồn ngân sách địa phương, nhất là ở các tỉnh miền núi còn hết sức khó khăn, chỉ mới có 44% được hưởng chế độ phụ cấp.

#### **4C.2. Củng cố mạng lưới, đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, đào tạo chuyên môn để tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ DS-KHHGD và CSSKSS**

**Kết quả thực hiện:** Hầu hết các cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện đã đủ điều kiện thực hiện các dịch vụ KHHGD/SKSS. Khoảng 96% TYT xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi, có khả năng thực hiện kỹ thuật phòng tránh thai. Hầu hết các dịch vụ CSSKSS quan trọng

đều gia tăng vượt bậc về độ bao phủ ở cả tuyến huyện và xã với chất lượng dịch vụ được nâng lên. Các can thiệp hiệu quả trong chăm sóc SKBMTTE được triển khai đồng bộ. Nhiều chương trình và bộ tài liệu đào tạo và đào tạo liên tục được xây dựng và ban hành. Đã đào tạo được 1737 cô đỡ thôn, bản (1575 cô đang hoạt động) và hàng chục nghìn lượt cán bộ y tế các tuyến được đào tạo cập nhật. Nhiều tiến bộ khoa học đang được áp dụng. Tổ chức các cuộc điều tra biến động dân số giữa kỳ hằng năm, điều tra MICS.

**Khó khăn, hạn chế:** Mạng lưới cung cấp dịch vụ còn hạn chế cả về nguồn lực và năng lực. Hệ thống công lập mới chỉ có 0,36 bác sĩ chuyên khoa sản và 0,25 bác sĩ chuyên khoa nhi trên 10 000 dân. Vẫn còn 21,3% BVĐK huyện không có bác sĩ chuyên khoa sản; chỉ có 42,9% bệnh viện có bác sĩ chuyên khoa nhi. Còn gần 2500 thôn bản ở vùng đặc biệt khó khăn chưa có cô đỡ thôn bản hoạt động. Khả năng cung ứng các dịch vụ như mổ đẻ, truyền máu,... tại 225 huyện khó khăn vẫn rất hạn chế. Tỷ lệ cán bộ làm công tác DS-KHHGD và CSSKSS được đào tạo chuyên nghiệp còn thấp. Kinh phí từ các CTMTQG bị cắt giảm nên nhiều câu phần ưu tiên không được thực hiện. Thiếu kinh phí để thực hiện các điều tra, nghiên cứu toàn diện về DS-KHHGD và CSSKSS.

#### **4C.3. Thực hiện tốt Chương trình mục tiêu quốc gia về Dân số-KHHGD**

**Kết quả thực hiện:** Dịch vụ DS-KHHGD được đưa đến gần dân với chất lượng từng bước được nâng cao. Bảo đảm cung cấp đủ các PTTT miễn phí đồng thời với đẩy mạnh tiếp thị xã hội PTTT. Xây dựng 4 Trung tâm sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, thực hiện chuyển giao công nghệ cho tuyến tỉnh, huyện. Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân cho nam, nữ thanh niên ở 1464 xã của 58 tỉnh. Can thiệp giảm tình trạng tảo hôn và kết hôn cận huyết ở đồng bào dân tộc thiểu số tại 192 xã thuộc 25 tỉnh. Công tác truyền thông được đẩy mạnh. Tăng cường thanh tra, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các quy định cấm lựa chọn giới tính thai nhi. Nhiều chỉ tiêu quan trọng đã đạt mục tiêu cho năm 2015, như: quy mô dân số, tốc độ tăng dân số, duy trì mức sinh dưới mức thay thế.

**Khó khăn, hạn chế:** Kinh phí đầu tư cho công tác DS-KHHGD giảm mạnh. Nhu cầu PTTT hiện đại chưa được đáp ứng chiếm tới 35% ở nhóm thanh niên, vị thành niên. Chưa có các quy định và chế tài cụ thể kiểm soát chất lượng các PTTT. Số lượng và cơ cấu sử dụng BPTT chưa bảo đảm duy trì mức sinh thay thế, tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại còn thấp. Cơ sở vật chất của các CSYT chưa đáp ứng được yêu cầu. Nội dung, hình thức truyền thông chưa phù hợp với từng vùng, miền. Mức sinh có dấu hiệu tăng lên, nhất là ở những vùng nghèo nhất. Chương trình tầm soát các dị dạng, bệnh, tật bẩm sinh chưa có khả năng mở rộng. Tình trạng tảo hôn, kết hôn cận huyết thống ở một số dân tộc thiểu số vẫn còn phổ biến. Kết quả tổng điều tra dân số năm 2009 cho thấy có 7,8% dân từ 5 tuổi trở lên (7,1% ở nam và 8,5% ở nữ) có khuyết tật ít nhất 1 trong 4 chức năng nhìn, nghe, vận động và ghi nhớ. Tỷ số giới tính khi sinh ở mức cao, tiếp tục gia tăng và ngày càng lan rộng. Một số chỉ tiêu không đạt mục tiêu như tổng tỷ suất sinh, mức giảm tỷ lệ sinh.

#### **4C.4. Bảo đảm đạt các chỉ tiêu đề ra cho lĩnh vực sức khỏe sinh sản**

**Kết quả thực hiện:** Tỷ suất tử vong trẻ <1 tuổi tiếp tục giảm từ 15,8‰ (2010) xuống còn 14,7‰ (2015). Đạt mục tiêu giảm MMR xuống còn 58,3/100 000 trẻ đẻ sống vào năm 2015. Các chỉ số về chăm sóc trước sinh, trong khi sinh, sau sinh và dinh dưỡng trẻ em đều đạt và vượt mục tiêu đề ra cho năm 2015. Mỗi năm tổ chức khám sàng lọc nhiễm khuẩn sinh sản (NKSS) cho trên 13 triệu lượt phụ nữ tuổi sinh đẻ. Tỷ lệ cần điều trị giảm nhẹ từ 43,4% (2010) xuống còn 41,4% (2014).

**Khó khăn, hạn chế:** Tỷ lệ giảm tử vong mẹ và trẻ em đang chậm lại, không hoàn thành được mục tiêu giảm U5MR còn 19,3% vào năm 2015. Tử vong sơ sinh vẫn chiếm tỷ trọng cao trong tử vong trẻ em. Các can thiệp đơn giản, ít tốn kém, hiệu quả cao như nuôi con bằng sữa mẹ, chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu chưa được quan tâm đúng mức. Tai nạn giao thông, đuối nước, ... có xu hướng gia tăng, vượt quá khả năng can thiệp của riêng ngành y tế. Mục tiêu phổ cập tiếp cận dịch vụ CSSKSS, can thiệp về sức khỏe BMTE cho mọi người dân tại các vùng khó khăn rất khó hoàn thành. Chất lượng khám thai còn hạn chế; chỉ có 56,2% phụ nữ có thai được nhận cả ba dịch vụ đo huyết áp, thử máu, thử nước tiểu. Mức chênh lệch về tử vong bà mẹ, trẻ em giữa các vùng, miền hầu như không thay đổi. Tỷ lệ SDD thấp còi vẫn ở mức rất cao; SDD thể nhẹ cân vẫn phổ biến ở khu vực miền núi trong khi tỷ lệ thừa cân, béo phì đang gia tăng ở khu vực thành thị. Chất lượng khám sàng lọc NKSS còn rất hạn chế và chưa đủ độ tin cậy.

## 5. Thông tin y tế

### 5.1. Các nhiệm vụ liên quan xây dựng cơ sở pháp lý về thông tin y tế và các chỉ tiêu thống kê

**Kết quả thực hiện:** Kế hoạch tổng thể phát triển Hệ thống thông tin y tế giai đoạn 2014–2020 và tầm nhìn đến 2030 được ban hành. Hệ thống chỉ tiêu, sổ sách và báo cáo thống kê đã được sửa đổi với bộ 88 chỉ tiêu cơ bản ngành y tế được ban hành, nhiều chỉ tiêu được phân tổ theo giới, theo vùng, dân tộc và phân cấp theo các tuyến y tế. Bộ từ điển chỉ tiêu thống kê y tế đã được ban hành để chuẩn hóa khái niệm, phương pháp tính, nguồn gốc của số liệu. Hệ thống chỉ số, biểu mẫu báo cáo thông tin trong một số lĩnh vực như YDCT, HIV/AIDS, YTDP cũng được ban hành.

**Khó khăn, hạn chế:** Việc chuẩn hóa đối với các tiêu hệ thống thông tin chưa đồng bộ. Việc thực hiện các quy định vẫn còn yếu, đặc biệt là sự tuân thủ của y tế tư nhân, trong khi chế tài xử lý chưa nghiêm. Thiếu văn bản hướng dẫn chi tiết thực hiện văn bản quy phạm pháp luật mới ban hành trong lĩnh vực thống kê.

### 5.2. Các nhiệm vụ liên quan đáp ứng nhu cầu người sử dụng số liệu

**Kết quả thực hiện:** Nhiều ấn phẩm thống kê y tế được xuất bản hằng năm như niên giám thống kê y tế, báo cáo JAHR. Việc thu thập thông tin y tế được tăng cường từ hệ thống sổ sách, báo cáo định kỳ và từ các cuộc điều tra. Số liệu thống kê y tế đã được sử dụng trong quản lý, lập kế hoạch và hoạch định chính sách ở tuyến trung ương. Chất lượng số liệu cũng từng bước cải thiện. Đã tiến hành điều tra toàn quốc về nhân lực và nhu cầu đào tạo thống kê y tế. Triển khai hệ thống thông tin giám sát ưu tiên của ngành y tế như giám sát BKLN và yếu tố nguy cơ, đo lường gánh nặng bệnh tật. Số liệu tử vong và nguyên nhân tử vong tại cộng đồng đang được tích hợp vào hệ thống thông tin y tế.

**Khó khăn, hạn chế:** Cơ chế công bố thông tin chưa rõ ràng, chưa có đầu mối phổ biến thông tin chính thức. Năng lực phân tích và sử dụng thông tin còn yếu, nhiều số liệu thô chưa được phân tích và sử dụng trong tính toán và dự báo xu hướng gánh nặng bệnh tật. Chất lượng số liệu còn hạn chế, thông tin về BKLN, nguyên nhân tử vong... chưa bảo đảm đầy đủ, kịp thời, chính xác và chưa đáp ứng nhu cầu thông tin của hệ thống y tế.

### 5.3. Các nhiệm vụ liên quan hiện đại hóa hệ thống thông tin y tế và ứng dụng công nghệ thông tin

**Kết quả thực hiện:** Bộ Y tế và các đơn vị trực thuộc, các Sở Y tế và các BV đa khoa tuyến tỉnh đều có mạng LAN và kết nối Internet tốc độ cao, có cổng thông tin điện tử phục vụ quản lý. Trung tâm tích hợp dữ liệu được thành lập đáp ứng yêu cầu cơ bản về

máy chủ cho ứng dụng CNTT. Phần mềm quản lý văn bản và điều hành trên môi trường mạng được áp dụng; 100% công chức, viên chức của Bộ Y tế và các Sở Y tế được cung cấp hộp thư công vụ. Bộ Y tế, một số Sở Y tế đã áp dụng CNTT để cung cấp một số dịch vụ công cộng. Nhiều Vụ, Cục đã xây dựng được cơ sở dữ liệu và phần mềm quản lý chuyên ngành. Triển khai ứng dụng phần mềm tin học quản lý bệnh viện ở 100% BV trung ương, 68% BV tỉnh và 61% BV huyện. Hệ thống trao đổi bệnh án điện tử đang được xây dựng. Đã hình thành một số hệ thống telemedicine kết nối các bệnh viện, hoạt động hiệu quả tại BV Bạch Mai, BV Việt Đức.

**Khó khăn, hạn chế:** Ứng dụng CNTT còn manh mún, nhỏ, rời rạc, chỉ có một vài hệ thống thông tin của một số lĩnh vực theo ngành dọc; các hệ thống đã xây dựng không có khả năng kết nối, trao đổi thông tin làm hạn chế khả năng ứng dụng thu thập, xử lý, phân tích và phổ biến thông tin. Chưa có những nền tảng cần thiết như danh mục chung, kiến trúc và thiết kế tổng thể hệ thống thông tin y tế, cơ sở dữ liệu tích hợp.

## 6. Quản trị hệ thống y tế

### 6.1. Các nhiệm vụ liên quan xây dựng chính sách

**Kết quả thực hiện:** Nhiều chiến lược quan trọng định hướng cho hoạt động ngành y tế giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030 được ban hành. Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế và nhiều quy hoạch chuyên ngành đã được xây dựng. Bộ Y tế đã tích cực xây dựng một số Luật và các văn bản quy phạm pháp luật quan trọng có liên quan và chủ động xây dựng các văn bản hướng dẫn để thi hành Luật. Có 1159 văn bản quy phạm pháp luật về y tế được hệ thống hóa, trong đó 768 văn bản còn hiệu lực.

**Khó khăn, hạn chế:** Chất lượng công tác quy hoạch y tế còn nhiều hạn chế, bất cập. Số lượng quy hoạch nhiều nhưng tính khả thi chưa cao. Quá nhiều cấp tham gia lập quy hoạch với trình tự chưa thống nhất, thiếu chế tài kiểm tra, đánh giá thực hiện. Đề xuất xây dựng chính sách còn mang tính chủ quan, chưa xác định được ưu tiên. Tiến độ xây dựng các Thông tư hướng dẫn và văn bản quy phạm pháp luật còn chậm; năm 2014, chỉ đạt 44% kế hoạch. Thiếu thông tin, bằng chứng khoa học về đánh giá tác động kinh tế-xã hội, phân tích hiệu quả chi phí, đánh giá công nghệ y tế trong xây dựng chính sách. Tổ chức thực hiện chính sách, chiến lược còn hạn chế. Phổ biến văn bản chính sách còn nặng về hình thức, đối tượng được phổ biến còn hẹp nên hiệu quả chưa cao.

### 6.2. Nâng cao vai trò và năng lực quản lý, lập kế hoạch y tế

**Kết quả thực hiện:** Đã thành lập 2 đơn vị đào tạo cán bộ quản lý ngành y tế ở Hà Nội và thành phố HCM. Tổ chức nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực quản lý, lập kế hoạch và ngân sách y tế cho cán bộ y tế tuyến tỉnh và trung ương. Công tác kế hoạch và ngân sách y tế có những đổi mới nhất định. Tài liệu Khung kế hoạch và Hướng dẫn xây dựng Kế hoạch y tế tuyến tỉnh đã được nghiệm thu. Từ 2010, Bộ Y tế đã thực hiện đánh giá chung về kế hoạch 5 năm của ngành y tế bằng bộ công cụ JANS đã được cập nhật, chỉnh sửa và từng bước áp dụng cho đánh giá kế hoạch y tế hằng năm ở một số tỉnh.

**Khó khăn, hạn chế:** Đổi mới về lập kế hoạch và ngân sách y tế còn chưa đủ mạnh. Chưa có sự gắn kết giữa lập kế hoạch và phân bổ ngân sách theo lĩnh vực ưu tiên, lập ngân sách vẫn chủ yếu dựa theo các chỉ số đầu vào về nhân lực, dân số. Thông tin, số liệu y tế phục vụ công tác lập kế hoạch vẫn chưa bảo đảm tính kịp thời, chính xác và tin cậy nên việc xây dựng kế hoạch, quản lý y tế dựa trên bằng chứng còn gặp khó khăn.

### 6.3. Củng cố, hoàn thiện và ổn định bộ máy tổ chức ngành y tế

**Kết quả thực hiện:** Bộ máy tổ chức của Bộ Y tế đã có một số điều chỉnh để đáp ứng nhu cầu quản lý: thành lập mới Cục Công nghệ thông tin và Vụ Truyền thông và Thi đua, khen thưởng; chuyển đổi mô hình tổ chức của một số Vụ, Cục: Y Dược cổ truyền, Khoa học công nghệ và đào tạo,.... Một số quy định liên quan đến tổ chức y tế địa phương đã được ban hành: Nghị định 117/2014/NĐ-CP về y tế xã, phường, thị trấn; Thông tư quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của TTYTDP tuyến tỉnh. Cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính của các đơn vị sự nghiệp công lập được đổi mới theo các Nghị định 43/2005/NĐ-CP, 16/2015/NĐ-CP và 85/2012/NĐ-CP.

**Khó khăn, hạn chế:** Bộ máy tổ chức quản lý hệ thống y tế vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu. Nhân lực và thời gian dành cho xây dựng chính sách, lập kế hoạch, theo dõi, giám sát còn hạn chế. Năng lực tổ chức, điều hành hoạt động y tế của một số địa phương còn yếu. Các cơ sở KCB hiện đang tổ chức, phân tuyến theo địa giới hành chính, không khuyến khích đầu tư phát triển; tạo ra sự mất cân đối, thiếu kết nối, không bảo đảm tính liên tục trong cung ứng dịch vụ. Các cơ sở YTDP bị phân tán làm nhiều đầu mối dẫn đến dàn trải, phân tán nguồn lực, khó lồng ghép, chia sẻ thông tin. Mạng lưới YTCS thiếu ổn định về tổ chức, nhân lực và năng lực cung cấp dịch vụ chưa đáp ứng với sự thay đổi về mô hình bệnh tật, nhu cầu CSSSK. Năng lực của các cơ sở kiểm định TTBYT, kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm, kiểm định thuốc, ATTP chưa đáp ứng được yêu cầu.

### 6.4. Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát; củng cố, phát triển mạng lưới thanh tra ngành và chuyên ngành y tế các tuyến

**Kết quả thực hiện:** Công tác thanh tra y tế có những chuyển biến về quy định pháp lý và tổ chức mạng lưới. Bộ Y tế và các địa phương đã tổ chức được một số đợt thanh tra chuyên đề làm cơ sở để chấn chỉnh công tác quản lý, điều hành hoạt động. Bộ Y tế đã ban hành các tiêu chí, công cụ để tăng cường chất lượng công tác kiểm tra, giám sát các CSYT và đã nỗ lực tăng cường kiểm tra, giám sát chất lượng DVYT, duy trì và đẩy mạnh hoạt động của đường dây nóng ghi nhận ý kiến giám sát, phản ánh của người dân.

**Khó khăn, hạn chế:** Bộ máy tổ chức và nhân lực thanh tra y tế mỏng, mỗi tỉnh chỉ có một vài thanh tra, tuyến huyện không có chức năng thanh tra. Các hoạt động thanh tra, kiểm tra chủ yếu vẫn mang tính chất bị động, sau khi có các sự việc xảy ra. Công tác giám sát hoạt động của ngành y tế chưa được quan tâm một cách đúng mức do thiếu kinh phí, thiếu nhân lực, khối lượng công việc lớn, đối tượng cần kiểm tra, giám sát lớn. Vai trò kiểm tra, giám sát của cấp ủy đảng, chính quyền địa phương, của các tổ chức xã hội, nghề nghiệp đối với hoạt động y tế chưa được quan tâm thích đáng.

### 6.5. Tăng cường sự tham gia các bên liên quan trong quá trình hoạch định, xây dựng và triển khai chính sách y tế

**Kết quả thực hiện:** Bộ Y tế đã tổ chức xin ý kiến rộng rãi đối với các dự thảo các văn bản, chính sách dưới nhiều hình thức khác nhau. Tăng cường vận động chính sách, tuyên truyền, giải thích về chính sách, pháp luật thông qua các hội nghị, hội thảo, họp báo để công bố và giải trình về những thay đổi trong chính sách để tạo sự đồng thuận trong dư luận xã hội. Hoạt động đối thoại với các tổ chức quốc tế, các nhà tài trợ tiếp tục được duy trì qua các tiếp xúc song phương, đa phương, duy trì họp nhóm đối tác y tế đều đặn hàng quý; xây dựng báo cáo tổng quan chung ngành y tế hằng năm từ 2007 đến nay.

**Khó khăn, hạn chế:** Sự tham gia của các bộ, ngành, các tổ chức xã hội trong xây dựng chính sách còn hạn chế, chưa nhận được sự quan tâm của các bộ, ngành, tổ chức xã hội

nghề nghiệp, các ý kiến góp ý có chất lượng còn ít. Giải trình, phản hồi của cơ quan xây dựng chính sách đối với những ý kiến góp ý của người dân, doanh nghiệp còn chưa rõ ràng, cụ thể nên chưa tạo sự đồng thuận cao khi triển khai thực hiện chính sách.

## **6.6. Đẩy mạnh các hoạt động xã hội hóa một cách hợp lý, phát triển y tế tư nhân, đẩy mạnh phối hợp công tư trong y tế**

**Kết quả thực hiện:** Trong thời gian qua, ngành y tế đã huy động được nhiều nguồn lực đầu tư ngoài NSNN thông qua hình thức liên danh, liên kết để đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng, phát triển các kỹ thuật mới, góp phần nâng cao chất lượng KCB, tăng kinh phí hoạt động, tăng thu nhập cho cán bộ. Xã hội hóa y tế bước đầu đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng đa dạng của các tầng lớp nhân dân, nhất là các đối tượng có khả năng chi trả và giúp người dân cũng được hưởng lợi. Y tế tư nhân tiếp tục được tạo điều kiện phát triển trong thời gian qua và ngày càng đóng vai trò quan trọng đáp ứng yêu cầu cấp bách về KCB của nhân dân; tạo sự cạnh tranh lành mạnh nâng cao chất lượng dịch vụ của các CSYT công. Đầu tư theo hình thức đối tác công tư (PPP) được khuyến khích thực hiện theo Nghị định 15/2015/NĐ-CP và Nghị quyết 93/NQ-CP.

**Khó khăn, hạn chế:** Quản lý xã hội hóa còn bất cập, có tình trạng sử dụng quá mức các dịch vụ kỹ thuật được đầu tư từ xã hội hóa do thiếu các cơ chế và hoạt động kiểm tra, giám sát thường xuyên của các cơ quan quản lý. Việc kiểm tra, giám sát hoạt động của y tế tư nhân còn chưa được thực thi đầy đủ do thiếu nguồn nhân lực để thực hiện. Quy định về việc báo cáo, cung cấp thông tin hoạt động của các CSYT tư nhân trong nhiều năm qua vẫn chưa được tuân thủ đầy đủ. Việc triển khai thực hiện hợp tác công-tư vẫn còn gặp khó khăn do đây là lĩnh vực mới, cần có các dự án triển khai thí điểm.

## **6.7. Cải cách thủ tục hành chính**

**Kết quả thực hiện:** Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 436/QĐ-BYT về kế hoạch cải cách hành chính năm 2014 trên 8 lĩnh vực: thể chế, thủ tục hành chính, tổ chức bộ máy,...; tiến hành đơn giản hóa 211/225 thủ tục hành chính; công khai tất cả 362 thủ tục hành chính thuộc phạm vi quản lý; triển khai thực hiện Đề án “Xây dựng phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân đối với DVYT công” tại 5 bệnh viện và 4 tỉnh, thành phố. Sau hơn một năm thực hiện Quyết định 1313/2013/QĐ-BYT, quy trình khám bệnh được chuẩn hóa, giảm từ 12-14 bước xuống còn 4-8 bước.

**Khó khăn, hạn chế:** Một số đơn vị chưa thực sự quan tâm đến việc kiểm soát thủ tục hành chính, dẫn đến triển khai hoạt động còn thụ động, chất lượng chưa cao. Đánh giá tác động thủ tục hành chính trong các dự thảo văn bản quy phạm pháp luật chưa được thực hiện nghiêm túc. Việc công bố công khai thủ tục hành chính vẫn còn chậm trễ. Quy trình KCB tại một số CSYT vẫn còn phức tạp, chưa đáp ứng kỳ vọng của người dân.

## **PHẦN HAI. Tăng cường YTCS hướng tới bao phủ CSSK toàn dân**

**Mục đích** của phần chuyên đề này là khuyến nghị mục tiêu và các giải pháp nhằm đổi mới và nâng cao hiệu quả hoạt động của mạng lưới YTCS, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân, dựa trên việc đánh giá thực trạng; phân tích và lựa chọn mô hình cung ứng dịch vụ tối ưu của mạng lưới YTCS.

### **Chương III. Thực trạng YTCS và CSSKBĐ ở Việt Nam**

“Hệ thống YTCS” được sử dụng trong báo cáo này bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế trên địa bàn huyện, có sự kết nối hữu cơ giữa các CSYT tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên

những nguyên tắc và giá trị của CSSKBD. Khái niệm này tương đương với khái niệm "hệ thống y tế huyện" đang được sử dụng ở nhiều quốc gia.

## **1. Khung chính sách phát triển hệ thống YTCS và CSSKBD ở Việt Nam**

*Củng cố hệ thống YTCS và tăng cường CSSKBD luôn là những ưu tiên trong chính sách phát triển y tế Việt Nam.* Đại hội VI của Đảng (1986) yêu cầu "có biện pháp tích cực và chính sách thích hợp nhanh chóng củng cố mạng lưới y tế, nhất là y tế huyện, quận và cơ sở"; Nghị quyết số 04-NQ/HNTW đã nhấn mạnh củng cố hệ thống YTCS là nhiệm vụ cấp bách. Chính phủ đã ban hành các văn bản quy định về hệ thống tổ chức y tế địa phương; đưa DVYT có chất lượng đến gần dân hơn. Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001–2010 đề ra mục tiêu đến năm 2010 đạt 80% TYT xã có bác sĩ. Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Bí thư Trung ương Đảng đã nhấn mạnh trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền địa phương và các ngành, đoàn thể trong việc củng cố tổ chức, đổi mới phương thức hoạt động, nâng cao chất lượng và hiệu quả của hệ thống YTCS.

Đại hội Đảng lần thứ XI (2011) đề ra nhiệm vụ: Khắc phục tình trạng quá tải ở các bệnh viện, đặc biệt là bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh; hoàn chỉnh mô hình tổ chức và củng cố hệ thống YTCS. Nâng cao năng lực của trạm y tế xã, hoàn thành xây dựng bệnh viện tuyến huyện... Nghị quyết 68/2013/QH13 của Quốc hội xác định đến năm 2020, hoàn thiện việc đầu tư trạm y tế xã ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn. 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 nhiệm vụ củng cố và hoàn thiện mạng lưới YTCS, đổi mới CSSKBD; bảo đảm 100% số xã có trạm y tế...; kết hợp hài hòa các hoạt động giữa các đơn vị y tế trong huyện. Kết luận số 126-TB/TW, ngày 1/4/2013, của Ban Bí thư yêu cầu hoàn thiện chức năng, nhiệm vụ, mô hình tổ chức, cơ chế quản lý YTCS. Bổ sung, điều chỉnh, ban hành các chính sách phù hợp với tình hình và yêu cầu mới, bảo đảm ổn định, phát huy hiệu quả nguồn lực, khuyến khích cán bộ y tế công tác tại tuyến cơ sở.

## **2. Thực trạng tổ chức và hoạt động của hệ thống y tế cơ sở**

### **2.1. Thành tựu và tiến bộ**

*Việt Nam có hệ thống y tế cơ sở phủ rộng toàn quốc* với 99% xã, phường, thị trấn đã có TYT; 78% TYT xã có bác sĩ làm việc; 96% TYT có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; 95,9% thôn, bản trong cả nước có nhân viên y tế hoạt động. Hầu hết các tỉnh đã thành lập TTYT huyện, trong đó 460 Trung tâm thực hiện 1 chức năng (YTDP), 233 Trung tâm thực hiện 2 chức năng YTDP và KCB; 668/693 huyện (62 tỉnh) có Trung tâm DS-KHHGD.

*Cơ sở vật chất và nhân lực và tài chính cho hệ thống YTCS được cải thiện.* Đến năm 2014, có 598 bệnh viện/trung tâm y tế huyện và 103 phòng khám đã khoa khu vực được đầu tư xây mới, hoặc cải tạo, nâng cấp từ các nguồn vốn khác nhau. Nhiều TYT xã được đầu tư nâng cấp và xây dựng mới từ nguồn ngân sách địa phương và viện trợ.

Trong 10 năm (2000–2010) nhân lực y tế tuyến huyện tăng 44%, tuyến xã tăng 11%. Số lượng cán bộ có trình độ chuyên môn cao tại cả 2 tuyến đều đã tăng 40%. Dự án "Thí điểm đưa bác sĩ trẻ về công tác tại vùng khó khăn" (tại 62 huyện nghèo) được thực hiện, cùng các chính sách thu hút nhân lực cho hệ thống YTCS.

Tỷ lệ bao phủ BHYT đạt 75,3%. Nhóm người nghèo, cận nghèo có BHYT chiếm 26% tổng số người tham gia BHYT, được Nhà nước hỗ trợ phí đóng BHYT. Nhiều dự án hỗ



trợ vùng khó khăn, người nghèo đã và đang được triển khai từ các nguồn vốn ODA hoặc của các tổ chức phi chính phủ.

**Cung ứng dịch vụ trong hệ thống YTCS được mở rộng.** Các chương trình YTDP và CTMTQG về y tế được triển khai và đạt những kết quả nhất định: duy trì và kiểm soát tốt các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, không để các vụ dịch bệnh lớn xảy ra; triển khai phòng chống và quản lý các BKLN, bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích, y tế học đường. Chương trình phòng chống một số BKLN bước đầu được triển khai đến tuyến xã. Thực hiện các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, chuẩn hóa quy trình chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh thiết yếu. Chuẩn quốc gia về y tế xã 2001-2010 được thay thế bằng **Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020**.

## **2.2. Khó khăn, thách thức**

**Tổ chức hệ thống YTCS Việt Nam chưa ổn định.** Trong 10 năm, tổ chức y tế tuyến huyện thay đổi 3 lần, đã tạo ra những biến động cả về tổ chức, nhân lực và khả năng cung ứng dịch vụ CSSK của YTCS.

**Năng lực cung ứng dịch vụ hạn chế, chất lượng dịch vụ chưa được kiểm soát.** TYT xã chỉ thực hiện được 52,2% các dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật. Năng lực phòng bệnh, quản lý sức khỏe, CSSK dựa vào cộng đồng còn yếu. Hiệu quả hoạt động của TYT xã thấp, công tác hướng dẫn, theo dõi, kiểm tra còn hạn chế.

**Mất cân đối giữa tuyến trên và tuyến dưới.** BV tuyến trên thường quá tải; từ 54-65% trường hợp có thể điều trị ở tuyến YTCS. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ KCB BHYT tại tuyến xã, huyện là 72%, nhưng tỷ trọng sử dụng quỹ BHYT chỉ là 32%. Nông thôn chiếm 72,6% dân số nhưng chỉ chiếm 41% số bác sỹ và 18% số dược sỹ.

**Thiếu sự kết nối, phối hợp giữa YTDP và điều trị; giữa các tuyến và giữa các CSYT** để đảm bảo cung ứng dịch vụ CSSKBĐ một cách toàn diện, liên tục và hiệu quả. Thiếu cơ chế lồng ghép các chương trình MTYTQG. Thiếu sự kết nối thông tin giữa các tuyến và các CSYT.

**Chính sách tăng cường YTCS và CSSKBĐ chưa được thực hiện đầy đủ.** Trong 10 năm gần đây hầu như không có sự đầu tư đồng bộ nào cho TYT xã. Nguồn đầu tư cho TYT xã chủ yếu là do các địa phương tự sắp xếp hoặc do Bộ Y tế huy động các dự án viện trợ nước ngoài. Các quy định về thu chi và mức chi thường xuyên của TYT xã không còn phù hợp.

**Cơ chế tài chính cho hệ thống YTCS chưa phù hợp.** Tài chính cho CSSKBĐ và các dịch vụ y tế khác bị phân đoạn và có những khoảng trống. Phương thức chi trả không khuyến khích năng suất và hiệu quả (từ nguồn ngân sách cũng như từ BHYT).

**Thuốc và TBYT cho YTCS chưa đáp ứng được nhu cầu.** Nhiều TYT không có đủ thuốc điều trị theo danh mục quy định, thiếu trang thiết bị hoặc trang thiết bị cũ, hỏng, không sử dụng được nên không bảo đảm nhu cầu CSSK.

Trong khi đó, hệ thống y tế đang phải đối mặt với nhiều thách thức, như già hóa dân số, công nghiệp hóa, đô thị hóa, thay đổi mô hình bệnh tật, với sự gia tăng BKLN, diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới.

## **3. Các vấn đề ưu tiên**

- **Năng lực thực hiện các nhiệm vụ CSSKBĐ, cung ứng dịch vụ KCB của các CSYT tuyến xã và tuyến huyện còn nhiều hạn chế.** Nguyên nhân chủ yếu là do cơ sở vật chất, trang thiết bị, định biên và cơ cấu nhân lực và trình độ nhân lực y tế của TYT xã và TTYT huyện chưa được đầu tư một cách đồng bộ, phù hợp với nhu cầu

công việc thực tế và nhu cầu CSSK của nhân dân; kinh phí cho các hoạt động thường xuyên của TYT xã không được bảo đảm.

- **Hiệu quả hoạt động của YTCS thấp**, chưa thực hiện tốt chăm sóc lồng ghép, toàn diện và liên tục. **Nguyên nhân** chính là do tổ chức và chức năng, nhiệm vụ của các CSYT tuyến huyện và xã thiếu ổn định và chưa hợp lý, thiếu sự kết nối và phối hợp giữa các tuyến, giữa KCB với YTDP; chưa vận dụng đầy đủ cách tiếp cận CSSK lồng ghép, lấy con người làm trung tâm; cơ chế tài chính và chi trả cho cung ứng dịch vụ (BHYT) chưa tạo động lực cho việc khuyến khích cung ứng và sử dụng dịch vụ tại tuyến YTCS.
- **Quản lý, chỉ đạo hoạt động của hệ thống YTCS và CSSKBĐ còn nhiều hạn chế**. **Nguyên nhân** chính là do thiếu định hướng chung và các giải pháp mạnh mẽ, nhất quán về tăng cường hệ thống YTCS để đổi mới cung ứng dịch vụ lấy CSSKBĐ làm nền tảng; công tác hướng dẫn chuyên môn, lập kế hoạch và theo dõi đánh giá hoạt động của hệ thống YTCS còn nhiều bất cập; hệ thống thông tin yếu và thiếu sự kết nối giữa các tuyến; vai trò của các cấp chính quyền địa phương chưa được quan tâm đúng mức, sự phối hợp liên ngành trong CSSK ở cơ sở còn yếu và kém hiệu quả.

#### **Chương IV. Xác định mô hình cung ứng dịch vụ của hệ thống YTCS**

Báo cáo đã xác định mô hình cung ứng dịch vụ của hệ thống YTCS là “**Mô hình cung ứng DVYT lấy CSSKBĐ làm nền tảng**”.

##### **1. Các thuộc tính cơ bản của mô hình cung ứng dịch vụ lấy CSSKBĐ làm nền tảng**

- **Cung ứng DVYT lấy con người làm trung tâm**: Đáp ứng đúng nhu cầu và mong đợi của cá nhân, gia đình và cộng đồng, hướng tới hình thành cộng đồng dân cư khỏe mạnh chứ không chỉ chăm sóc, điều trị khi bị bệnh. Người dân phải có được kiến thức và sự hỗ trợ để có thể tham gia và tự CSSK cho bản thân. Gắn CSSK với nâng cao phúc lợi, xóa đói giảm nghèo; xây dựng cộng đồng an toàn.
- **Bảo đảm công bằng trong tiếp cận dịch vụ**: Bảo đảm tính sẵn có, khả năng tiếp cận, giá cả hợp lý và bảo vệ về tài chính trong tiếp cận DVYT ở tuyến cơ sở.
- **Cung ứng dịch vụ toàn diện, ưu tiên phòng chống và kiểm soát BKLN**. Cung cấp các dịch vụ dự phòng, điều trị, PHCN, chăm sóc giảm nhẹ, nâng cao sức khỏe; chú trọng tới cả sự tương tác giữa các yếu tố sinh học, hành vi và tâm lý xã hội; ứng phó tốt với xu hướng gia tăng BKLN và diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới.
- **Chăm sóc lồng ghép, liên tục**. Bảo đảm mọi người dân được nhận các dịch vụ CSSK một cách liên tục ở các tuyến khác nhau và các cấp độ chăm sóc khác nhau theo suốt cả vòng đời. Bảo đảm liên tục về thông tin liên quan đến CSSK, cũng như sự liên tục trong quản lý các vấn đề sức khỏe.
- **Bảo đảm chất lượng dịch vụ**. Bảo đảm các nguồn lực đầu vào cho DVYT, bao gồm nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và thuốc; hướng dẫn các quy trình chuyên môn; quản lý lý chất lượng.
- **Sự tham gia của cộng đồng và phối hợp liên ngành**. Sự tham gia tích cực của gia đình, cộng đồng và chính quyền, các ngành đoàn thể trong việc xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên, các hoạt động nâng cao sức khỏe.
- **Mạng lưới cung ứng DVYT được quản lý, hướng dẫn chuyên môn, giám sát thực hiện tốt**. Có các chính sách và khuôn khổ pháp lý ổn định, một cơ cấu tổ chức ngành

y tế được sắp xếp hợp lý, được hướng dẫn và giám sát về mặt chuyên môn để hoạt động hiệu quả.

## 2. Về mô hình tổ chức của hệ thống YTCS

- **Hệ thống YTCS phải là một hệ thống**, có sự kết nối hữu cơ giữa các CSYT trên địa bàn huyện và với các tuyến trên, để cung ứng dịch vụ mang tính hợp tác giữa tuyến ban đầu với các tuyến trên và sự gắn kết với các ngành khác.
- **Chức năng nhiệm vụ của CSYT tuyến huyện, xã** là phối hợp và chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn của tổ chức y tế các tuyến trên để cung ứng các dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục. Chú trọng hình thức chăm sóc chủ động tại cộng đồng. Bảo đảm đảm bảo nguồn nhân lực y tế được đào tạo có đủ kinh nghiệm và kỹ năng để làm việc ở tuyến ban đầu với cách tiếp cận làm việc theo nhóm.
- **Bảo đảm đủ nguồn tài chính cho hệ thống YTCS** hoạt động với một phương thức chi trả phù hợp để khuyến khích cung ứng hợp lý các dịch vụ CSSKBD, trong đó chú trọng tới các dịch vụ phòng bệnh và nâng cao sức khỏe.

## 3. Các điều kiện để thực hiện mô hình cung ứng DVYT lấy CSSKBD làm nền tảng

**Điều kiện chung** là cần phải vượt qua các thách thức i) *từ góc độ hệ thống*, liên quan đến hệ thống chính sách, phương thức quản trị; ii) *từ góc độ con người*, với xu hướng hoạt động thiên về chuyên khoa hóa, và iii) *từ góc độ tổ chức*, thiếu sự phối hợp giữa các bên liên quan để thực hiện mục tiêu chung nâng cao phúc lợi và sức khỏe của người dân.

Các điều kiện cụ thể, gồm:

- Nâng cao nhận thức và năng lực lãnh đạo, quản lý để thực hiện cách tiếp cận trong cung ứng DVYT theo hướng lấy CSSKBD là nền tảng và lấy con người là trung tâm.
- Tăng cường chức năng quản trị và trách nhiệm giải trình, củng cố hệ thống chính sách theo hướng hỗ trợ thực hiện cung ứng DDVYT lồng ghép và lấy con người là trung tâm.
- Bảo đảm sự cân bằng giữa CSSKBD và chăm sóc chuyên khoa dựa vào bệnh viện; khuyến khích cung ứng các dịch vụ CSBD, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe và chăm sóc dựa vào cộng đồng; chú trọng điều trị ngoại trú, hệ thống chuyển tuyến hiệu quả.
- Cung ứng DVYT dựa trên nhu cầu của người dân ở tất cả các tuyến, thực hiện chăm sóc liên tục, tạo ra sự kết nối hiệu quả giữa ngành y tế với các ngành khác.
- Tạo môi trường cho việc thay đổi mô hình cung ứng DVYT lấy con người là trung tâm, CSSKBD làm nền tảng, bao gồm những sự thay đổi về chính sách, cơ chế tài chính, phân bổ nguồn lực,... dựa trên sự cam kết cao về chính trị, sự vào cuộc của tất cả các bên liên quan cũng như năng lực lãnh đạo, quản lý ở các cấp.

## Chương V. Các vấn đề ưu tiên và khuyến nghị giải pháp

### 1. Sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe

#### 1.1. Các vấn đề sức khỏe ưu tiên

**Sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật do các BKLN**, đặc biệt tăng huyết áp, ung thư, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Hiểu biết về các bệnh này còn hạn chế, đầu tư chưa tương xứng và năng lực đáp ứng của hệ thống y tế còn yếu.

**Các bệnh truyền nhiễm vẫn tiếp tục là một thách thức**, đặc biệt là HIV/AIDS, lao, sốt rét, sốt xuất huyết, chân tay miệng, đại, các bệnh có thể phòng bằng vắc xin và các dịch bệnh mới nổi. Việc kiểm soát các bệnh này ngày càng phức tạp do hệ thống giám sát dịch bệnh yếu, mức kháng thuốc cao, chi phí điều trị tăng, tác động của biến đổi khí hậu, toàn cầu hóa và tính khó dự báo của bệnh mới nổi.

**Sự gia tăng tác động của các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe** như già hoá dân số, biến đổi khí hậu và các vấn đề liên quan đến quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và toàn cầu hoá, gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường, tệ nạn xã hội và các hành vi lối sống bất lợi cho sức khỏe.

**Khoảng cách bất bình đẳng** giữa các vùng miền và các nhóm đối tượng về tình trạng sức khoẻ, gánh nặng bệnh tật và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK chưa được cải thiện.

## 1.2. Định hướng các giải pháp

- Thực hiện chiến lược tiếp cận toàn diện bao gồm quản lý và dự phòng các yếu tố nguy cơ, sàng lọc phát hiện bệnh sớm dựa vào cộng đồng đối với các BKLN với các giải pháp can thiệp phù hợp với bối cảnh của từng địa phương.
- Đổi mới mô hình tổ chức và cung ứng dịch vụ CSSKBĐ ở tuyến cơ sở theo hướng toàn diện, liên tục, tăng cường kết nối giữa điều trị với dự phòng, giữa YTCS với tuyến trên.
- Tiếp tục tăng cường đầu tư đồng bộ và bền vững cho tuyến YTCS, nhất là ở các khu vực khó khăn cả về cơ sở vật chất và nhân lực.
- Tăng cường năng lực hệ thống giám sát phòng chống dịch bệnh, bảo đảm sẵn sàng cả về trang thiết bị và nhân lực chủ động đối phó và khống chế dịch bệnh. Tiếp tục triển khai có hiệu quả công tác TCMR.
- Nâng cao năng lực của ngành y tế và tăng cường phối hợp liên ngành trong việc kiểm soát biến đổi khí hậu, quy hoạch sản xuất công nghiệp, đánh giá và giám sát tác động ô nhiễm môi trường do các hoạt động công nghiệp hoá, đô thị hoá.
- Bắt đầu triển khai các mục tiêu phát triển bền vững, quan tâm các đối tượng bà mẹ, trẻ em và người cao tuổi. Nghiên cứu cơ chế và lộ trình phù hợp lồng ghép các CTMTQG về y tế vào trong các hoạt động CSSKBĐ thường xuyên ở YTCS.

## 2. Nhân lực y tế

### 2.1. Các vấn đề ưu tiên

**Kế hoạch nhân lực y tế chưa dựa trên bằng chứng**, chưa phù hợp để bảo đảm sự cân bằng giữa nhu cầu của hệ thống y tế và đầu ra của các cơ sở đào tạo. Thiếu các thông tin cần thiết để lập kế hoạch và phát triển các chính sách một cách hiệu quả.

**Chất lượng nhân lực y tế còn hạn chế do công tác đào tạo chưa đáp ứng yêu cầu**: Đào tạo dựa trên năng lực và công tác bảo đảm chất lượng đào tạo chưa hiệu quả do còn hạn chế trong việc hướng dẫn, theo dõi, giám sát và đánh giá. Các chương trình đào tạo chưa hội nhập với thế giới, cả về cách tiếp cận, phương pháp và nội dung đào tạo.

**Phân bố nhân lực y tế chưa hợp lý theo các khu vực địa lý; việc tuyển dụng, phân bổ nhân lực vẫn còn nhiều bất cập**: khó thu hút nhân lực có chất lượng; chênh lệch về số lượng và chất lượng nhân lực y tế giữa các khu vực địa lý, giữa điều trị và dự phòng, giữa các chuyên ngành, giữa các tuyến. Nguyên nhân là do chế độ đãi ngộ chưa phù hợp, nhất là với cán bộ YTDP và tuyến cơ sở, đặc biệt ở khu vực nông thôn, miền núi.

## 2.2. Khuyến nghị giải pháp

**Các giải pháp liên quan kế hoạch nhân lực y tế.** Đưa ra các mục tiêu và nhiệm vụ về nhân lực y tế cụ thể, phù hợp vào Kế hoạch 5 năm sắp tới. Bảo đảm thu thập số liệu theo dõi, đánh giá. Xây dựng tiêu chuẩn kỹ năng và năng lực cần thiết cho từng loại nhân viên y tế theo Đề án vị trí việc làm và áp dụng vào nâng cao chất lượng đào tạo.

**Các giải pháp liên quan chất lượng nhân lực y tế.** Hoàn thiện hệ thống chính sách về các tiêu chuẩn, tiêu chí, điều kiện cụ thể trong tuyển sinh, đào tạo nhân lực y tế. Triển khai kiểm định chất lượng các chương trình đào tạo, thực hiện đào tạo dựa trên năng lực và thực hành bệnh viện. Tăng cường kiểm định, giám sát giám sát, đánh giá đào tạo liên tục. Sửa đổi Luật KCB, thực hiện quy định cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn gắn với yêu cầu về đào tạo liên tục. Xây dựng lộ trình tổ chức thi cấp chứng chỉ hành nghề để bảo đảm được năng lực cơ bản của người hành nghề. Đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ thống kê, cán bộ quản lý, lập kế hoạch, thanh tra, kiểm nghiệm dược phẩm,... các cấp

**Các giải pháp giảm chênh lệch địa lý về nhân lực y tế.** Hoàn thiện chính sách và bảo đảm tuân thủ nghiêm túc các quy định tuyển dụng, sử dụng, đãi ngộ với cán bộ y tế. Xây dựng kế hoạch đào tạo liên tục và phát triển nghề nghiệp cho cán bộ y tế, có chính sách khuyến khích và quy định bắt buộc cán bộ YTCS tham gia đào tạo liên tục, chú trọng đào tạo ngay tại nơi làm việc. Các tỉnh thiếu nhân lực cần chủ động xây dựng chính sách, chế độ ưu đãi, ưu tiên tuyển dụng riêng phù hợp với đặc thù.

## 3. Tài chính y tế

### 3.1. Các vấn đề ưu tiên

**Thiếu phối hợp, nhất quán, đồng bộ trong các chính sách tài chính y tế làm giảm hiệu quả của chính sách:** Thiếu thông tin và mục tiêu chiến lược tài chính y tế để định hướng xây dựng, giám sát và đánh giá thực hiện các chính sách tài chính. Một số chính sách và kế hoạch tài chính y tế không đồng bộ, thiếu linh hoạt, chưa được điều chỉnh phù hợp với yêu cầu phát sinh. Một số ưu tiên của hệ thống y tế chưa được phân bổ đủ kinh phí như thống kê y tế, kiểm định, kiểm chuẩn và bảo đảm chất lượng đào tạo,...

**Hiệu quả sử dụng nguồn tài chính còn hạn chế, chưa hiệu quả** do thiếu các cơ chế khuyến khích phù hợp, chậm đổi mới phương thức chi trả chi phí KCB BHYT; việc xây dựng và thực hiện chính sách (hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, xác định gói quyền lợi BHYT,...) chưa dựa trên bằng chứng; thiếu các điều kiện cần thiết để thực hiện chức năng mua sắm chiến lược nhằm bảo đảm hiệu quả các khoản chi từ Quỹ BHYT.

**Mức độ bảo vệ tài chính của BHYT còn thấp** do thiếu hiệu quả trong cung cấp DVYT, dẫn đến người có BHYT phải trả chi phí tiền túi cao. Tỷ lệ chi từ tiền túi của hộ gia đình không giảm, tỷ lệ bị nghèo đói do chi trả DVYT vẫn còn cao. Tỷ lệ dân số được bao phủ BHYT tăng chậm so với mục tiêu, các nhóm đối tượng còn lại khó áp dụng và thực thi việc tuân thủ BHYT bắt buộc. Bao phủ BHYT chưa đủ chiều sâu do phạm vi gói dịch vụ BHYT chưa dựa trên cơ sở đánh giá nhu cầu của người dân.

### 3.2. Khuyến nghị giải pháp

**Các giải pháp về xây dựng chiến lược tài chính y tế.** Xây dựng một Chiến lược tổng thể về tài chính y tế có xác định rõ mục tiêu và các giải pháp đồng bộ để đạt được mục tiêu. Xây dựng kế hoạch hợp lý để sử dụng, giám sát, đánh giá việc sử dụng các nguồn tài chính. Vận động tăng tiếp thu thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá. Tăng cường chính sách tài chính y tế và đầu tư phù hợp để nâng cao chất lượng và giảm chênh lệch về chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến y tế huyện, xã.

**Các giải pháp nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn tài chính y tế, nhất là tài chính công, đặc biệt là với BHYT.** Rà soát, áp dụng các phương pháp đánh giá dựa trên bằng chứng để lựa chọn thuốc, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật do BHYT chi trả, đánh giá công nghệ y tế mới và đánh giá nhu cầu CSSK. Xây dựng và công khai gói quyền lợi BHYT, trong đó có gói dịch vụ CSSKBD; giảm các khoản thu chênh lệch của CSYT. Sử dụng hệ thống thông tin dữ liệu để tăng cường giám sát chi phí KCB BHT và việc thanh toán BHYT; tăng cường hiệu quả thanh tra, kiểm tra, xử phạt. Điều chỉnh phương thức chi trả phù hợp trong giai đoạn quá độ chuyển sang phương thức thanh toán mới. Xây dựng các tiêu chuẩn dịch vụ, đặc biệt đối với thuốc và các dịch vụ đắt tiền. Kiểm soát và hạn chế các tác động không mong muốn của tự chủ BV. Xây dựng bộ chỉ số theo dõi, đánh giá hiệu suất hoạt động của các BV công lập và tăng cường hệ thống quản lý thông tin BV.

**Các giải pháp nâng cao mức bảo vệ tài chính y tế.** Tăng mức trợ cấp mệnh giá BHYT cho người cận nghèo, tăng áp lực chính trị với các địa phương để tăng bao phủ BHYT. Triển khai BHYT theo hộ gia đình có lộ trình. Tăng cường hệ thống cơ sở dữ liệu thông tin, thúc đẩy việc sử dụng mã số cá nhân, đặc biệt mã số cá nhân quốc gia.

#### **4. Dược, vắc xin, sinh phẩm và cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế**

##### **4A. Dược, vắc xin và sinh phẩm**

###### **4A.1. Các vấn đề ưu tiên**

**Cản trở đối với sự sẵn có, khả năng chi trả và khả năng tiếp cận với thuốc thiết yếu (TTY).** Thuốc sản xuất trong nước chưa khai thác hết thế mạnh tiềm năng để đáp ứng nhu cầu CSSK nhân dân. Chênh lệch trong tính sẵn có và khả năng tiếp cận với TTY ở các tuyến y tế, đặc biệt ở vùng xa, vùng sâu. Giá một số loại thuốc còn cao, cản trở việc tiếp cận của người dân.

**Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn, hợp lý:** Sử dụng TTY chưa hợp lý, chưa hiệu quả. Năng lực công tác dược lâm sàng ở các bệnh viện còn hạn chế. Cơ chế quản lý và giám sát sử dụng thuốc còn yếu. Nguy cơ kháng kháng sinh gia tăng do kê đơn, sử dụng thuốc quá mức cần thiết. Các CSYT vẫn thiếu năng lực và cơ chế đề báo cáo và quản lý ADR và sai sót trong dùng thuốc.

**Quản lý chất lượng thuốc tân dược, thuốc YHCT, sinh phẩm và dịch vụ truyền máu chưa đồng bộ:** Nguồn lực cho việc kiểm nghiệm thuốc còn yếu. Kiểm soát nguồn gốc và chất lượng dược liệu chưa tốt. Quy định về chất lượng và an toàn truyền máu và sản phẩm máu còn hạn chế; chưa có hệ thống cảnh giác đối với các sản phẩm, dịch vụ này.

###### **4A.2. Khuyến nghị giải pháp**

**Các giải pháp tăng tính sẵn có và khả năng tiếp cận, sử dụng TTY.** Định hướng xây dựng lộ trình sản xuất thuốc trong nước, ưu tiên đáp ứng nhu cầu CSSK người dân, đặc biệt là với BKLN. Hợp tác thúc đẩy chuyển giao công nghệ phát triển và sản xuất các TTY quan trọng. Tăng cường hệ thống quản lý chất lượng của Cục Quản lý Dược và phổ biến thông tin cho người dân. Khảo sát thường quy chất lượng của một số TTY và phổ biến kết quả. Tiếp tục phong trào “Người Việt Nam ưu tiên sử dụng thuốc Việt Nam”. Thành lập hệ thống mua sắm trung ương và cơ chế đấu thầu thuốc tập trung; xây dựng cơ chế cung cấp TTY ở vùng sâu, vùng xa. Điều tra thường xuyên và công bố kết quả điều tra về giá thuốc và chênh lệch mức giá tối đa, tối thiểu. Xem xét lại cơ chế và thẩm quyền quản lý, kiểm soát giá thuốc trong Luật Dược sửa đổi. Thực thi chính sách quốc gia về thuốc generic.

**Các giải pháp thúc đẩy sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.** Lựa chọn TTY thông qua Hội đồng thuốc và điều trị quốc gia dựa trên bằng chứng. Thể chế hóa việc giám sát sử dụng và chi trả cho thuốc được BHXH thanh toán. Thành lập cơ chế đánh giá công nghệ y tế đối với TTY. Xây dựng chương trình và tài liệu đào tạo dược lâm sàng; đẩy mạnh hoạt động dược lâm sàng tại các BV. Phát triển hệ thống thông tin thuốc và theo dõi ADR, đầu tư nâng cấp 2 trung tâm quốc gia tại Hà Nội và thành phố HCM. Phát triển tài liệu hướng dẫn thực hành tốt kê đơn thuốc. Sửa đổi, bổ sung và tăng cường thực thi các quy định về GPP. Hoàn thiện các quy định về cảnh giác dược, thông tin và quảng cáo thuốc.

**Các giải pháp về tăng cường quản lý chất lượng thuốc.** Tăng cường năng lực của hệ thống thanh tra dược. Xây dựng lộ trình phát triển thể chế, chuẩn bị gia nhập PIC/s. Phát triển danh mục thuốc generic và lộ trình bắt buộc thực hiện các tiêu chuẩn tương đương sinh học, sinh khả dụng; phát triển 3 phòng xét nghiệm mới ở 3 khu vực và 5 trung tâm kiểm nghiệm thuốc vùng. Đầu tư, nâng cấp và hiện đại hóa hai trung tâm đánh giá tương đương sinh học và sinh khả dụng của thuốc ở Hà Nội và thành phố HCM và Viện Kiểm định quốc gia vắc xin và sinh phẩm y tế. Tổ chức lại hệ thống cung cấp dịch vụ truyền máu. Tăng cường thanh tra, kiểm tra, bảo đảm an toàn chất lượng đối với thuốc đông y.

## **4B. Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế**

### **4B.1. Các vấn đề ưu tiên**

**Hạn chế trong lập kế hoạch và kiểm soát đầu tư cơ sở vật chất và TTBYT.** Quy hoạch công trình và TTBYT còn phân tán, chưa cập nhật. Đầu tư của tư nhân chưa được tính đầy đủ trong quy hoạch ngành hoặc chưa tuân thủ đúng quy hoạch.

**Chưa bảo đảm chất lượng, kiểm chuẩn, kiểm định TTB tại CSYT.** Chưa thực hiện các cơ chế kiểm chuẩn, ngoại kiểm tại tất cả các CSYT. Thiếu các tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng và cơ chế để quyết định việc đầu tư, sử dụng các TTB/công nghệ y tế. Chất lượng của TTB sản xuất trong nước chưa đủ đáp ứng nhu cầu nội địa hoặc hỗ trợ xuất khẩu.

### **4B.2. Khuyến nghị giải pháp**

**Xây dựng quy hoạch và cấp kinh phí để đầu tư cơ sở hạ tầng và TTBYT theo kế hoạch dựa trên bằng chứng.** Xây dựng cơ sở dữ liệu theo địa lý về mô hình bệnh tật, khả năng đáp ứng của các CSYT, tình trạng TTBYT liên quan để hỗ trợ lập kế hoạch. Xây dựng quy hoạch cơ sở vật chất và TTB phù hợp với nhu cầu, đặc biệt với sản khoa, nhi khoa, quản lý BKLN. Xem xét chi phí đầu vào và bảo dưỡng cơ sở hạ tầng và TTB, tiềm năng sử dụng so với mô hình bệnh tật nhằm bảo đảm quy hoạch. Sắp xếp cơ chế cấp tài chính phù hợp để thực hiện các kế hoạch đầu tư TTB đã được xây dựng dựa trên bằng chứng, có tính đến đầu tư của y tế tư nhân, quan tâm đến nhu cầu của tuyến huyện và xã, nhất là với huyện nghèo và vùng biển đảo.

**Tăng cường các biện pháp bảo đảm chất lượng, an toàn trong sử dụng TTBYT.** Đầu tư thành lập và nâng cao năng lực mạng lưới các trung tâm kiểm định, kiểm chuẩn. Bổ sung 5 nhóm thiết bị ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân vào danh mục bắt buộc phải kiểm định. Xây dựng các tiêu chuẩn kỹ thuật về cơ sở vật chất, TTBYT cho khu vực biển đảo và khu vực miền núi.

**Đổi mới phương thức đầu tư và tổ chức sản xuất TTBYT trong nước.** Tăng cường liên doanh liên kết với các đối tác nước ngoài trong nghiên cứu, chuyển giao kỹ thuật để sản xuất và nội địa hóa các TTBYT thông thường tại Việt Nam. Xây dựng danh mục TTB và lộ trình cụ thể trong đầu tư sản xuất các TTBYT cho tuyến huyện và xã.

## 5A. Cung ứng dịch vụ YTDP và YTCC

### 5A.1. Các vấn đề ưu tiên

Các BKLN đang gây gánh nặng bệnh tật và tử vong lớn nhất và gia tăng nhanh nhưng chưa được quan tâm đầu tư và kiểm soát hiệu quả. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ, dự phòng bệnh chưa mang lại hiệu quả cao; các hành vi nguy cơ vẫn phổ biến, tỷ lệ phát hiện và quản lý điều trị bệnh còn thấp. Các hoạt động thiếu sự lồng ghép, các DVYT tại tuyến cơ sở chưa đáp ứng được yêu cầu quản lý, chăm sóc các BKLN liên tục và lâu dài. Kinh phí cho hoạt động rất thiếu và bị cắt giảm nhiều qua các năm..

**Một số dịch, bệnh truyền nhiễm tác động lớn đến sức khỏe người dân chưa được kiểm soát hiệu quả.** Các bệnh dịch có vắc xin dự phòng vẫn có nguy cơ bùng phát trở lại. Một số dịch bệnh vẫn lưu hành với tỷ lệ mắc cao. Tử vong do bệnh dại vẫn ở mức cao. HIV/AIDS và viêm gan vi rút vẫn là các vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan ngại. Kiểm soát bệnh lao và sốt rét có nguy cơ không bền vững, đặc biệt là vấn đề kháng thuốc. Các bệnh nguy hiểm mới nổi có nguy cơ xâm nhập, khó kiểm soát.

**Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe liên quan đến môi trường, lối sống chưa được kiểm soát tốt.** Tỷ lệ hộ gia đình chưa có nhà tiêu ở một số khu vực vẫn còn cao. NĐTP vẫn diễn biến phức tạp, đặc biệt là các vụ ngộ độc dưới 30 người. Công tác YTTH vẫn còn hạn chế, chưa được quan tâm đầu tư đúng mức. Biến đổi khí hậu, thiên tai phức tạp và khó dự báo công nghiệp hoá đòi hỏi phải quan tâm các biện pháp bảo vệ môi trường.

### 5A.2. Khuyến nghị giải pháp

**Giải pháp về tăng cường hệ thống.** Tinh giản đầu mối YTDP ở tỉnh, huyện. Phát triển các TTYTDP tỉnh đạt chuẩn quốc gia, thực hiện mô hình TTYT huyện hai chức năng. Củng cố và hoàn thiện mô hình TYT xã phù hợp với tiêu chí quốc gia theo vùng miền, tập trung vào TTGDSK, YTDP, KCB ban đầu, quản lý một số BKLN tại cộng đồng.

**Giải pháp về chuyên môn:** Tăng cường năng lực YTDP và YTCS về kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng BKLN; tăng cường phát hiện sớm và bảo đảm việc quản lý, điều trị, chăm sóc liên tục và lâu dài cho người bệnh tại cộng đồng. Duy trì và tăng cường năng lực hệ thống giám sát bệnh truyền nhiễm. Thực hiện các giải pháp chuyên môn có hiệu quả để kiểm soát các dịch bệnh sốt xuất huyết, tay chân miệng, bệnh lây truyền từ động vật, HIV/AIDS; kiểm soát tình trạng lao và sốt rét kháng thuốc với chính sách đặc thù phòng cho các vùng núi, dân tộc thiểu số. Tăng cường các chức năng của hệ thống quản lý quốc gia về vắc xin và đẩy mạnh công tác TCMR. Xây dựng trường học nâng cao sức khỏe, phát triển các hành vi có lợi cho sức khỏe, kiểm soát bệnh tật học đường.

**Giải pháp về truyền thông:** Tăng cường các hoạt động truyền thông vận động chính sách; truyền thông thay đổi hành vi; xây dựng kế hoạch tổng thể quốc gia về truyền thông; có cơ chế phối hợp hiệu quả giữa ngành y tế và các cơ quan thông tin đại chúng.

**Giải pháp về tài chính:** Ưu tiên đầu tư cho hoạt động phòng chống các BKLN; NSNN tập trung cho giám sát, dự phòng, phát hiện sớm bệnh. Có cơ chế bảo đảm cung cấp các dịch vụ phòng chống, kiểm soát BKLN liên tục tại tuyến y tế cơ sở, nhất là tuyến xã. Bố trí đủ nguồn lực cho các hoạt động phòng, chống dịch bệnh, tiêm chủng, phòng chống HIV/AIDS, sốt xuất huyết, lao, sốt rét, ATTP, sức khỏe trường học.

**Các giải pháp dài hạn:** Nghiên cứu đề xuất các quy định bảo đảm trẻ em được tiêm chủng đầy đủ trước khi đi học. Nghiên cứu thành lập Quỹ nâng cao sức khỏe tài trợ trực tiếp cho các hoạt động phòng chống BKLN và các yếu tố có hại cho sức khỏe. Xem xét xây dựng Luật Phòng bệnh lồng ghép toàn diện các nội dung, lĩnh vực của YTDP.



## **5B. Cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh, YHCT và PHCN**

### **5B.1. Các vấn đề ưu tiên**

**Tổ chức cung ứng dịch vụ KCB chưa đáp ứng nhu cầu CSSK của người dân một cách hiệu quả.** Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB chưa bảo đảm nguyên tắc chăm sóc toàn diện, liên tục. Chế độ an sinh xã hội và CSSK người cao tuổi chưa được quan tâm đầu tư đúng mức đáp ứng nhu cầu tăng nhanh do già hoá dân số.

**Chênh lệch lớn về khả năng cung cấp dịch vụ KCB cơ bản giữa các tuyến, các vùng địa lý:** Năng lực chuyên môn và khả năng cung ứng dịch vụ ở tuyến tỉnh và huyện, nhất là ở miền núi phía Bắc và các địa bàn khó khăn chưa bảo đảm chất lượng, hiệu quả.

**Quản lý chất lượng dịch vụ KCB chưa đáp ứng nhu cầu:** Nhiều cơ chế, quy định, hướng dẫn chưa được ban hành hoặc thực hiện: cơ chế đánh giá chất lượng độc lập, cơ chế cấp chứng chỉ hành nghề có thời hạn gắn với đào tạo liên tục, hướng dẫn chuẩn lâm sàng làm cơ sở đánh giá chất lượng, cơ chế cần thiết thúc đẩy cải tiến chất lượng dịch vụ, cơ chế quản lý, kiểm soát chất lượng, tính an toàn của các dịch vụ YHCT.

**Các bệnh viện tuyến cuối vẫn bị quá tải trong khi bệnh viện tuyến dưới không sử dụng hết công suất.** Tình trạng quá tải ở các BV tuyến cuối chưa được giải quyết triệt để do chưa bảo đảm chất lượng dịch vụ tuyến dưới và thói quen, hành vi sử dụng DVYT.

### **5B.2. Khuyến nghị giải pháp**

**Về tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ.** Tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ KCB phù hợp với mô hình bệnh tật và nhu cầu CSSK, giảm thiểu sự chênh lệch về chuyên môn, kỹ thuật và chất lượng dịch vụ, sự mất cân đối về vùng, miền, tăng cường năng lực cho CSSKBD và YTCS. Xây dựng quy hoạch mạng lưới KCB 2016-2025 và tầm nhìn 2030.

**Nghiên cứu và thiết lập mạng lưới chuyển tuyến tối ưu,** đơn giản hóa thủ tục liên quan đến BHYT, tăng cường liên kết các tuyến, bảo đảm tính liên tục trong chăm sóc.

Các giải pháp nâng cao năng lực cung ứng và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ KCB ở một số nhóm đối tượng, nhóm dịch vụ, một số vùng miền khó khăn. Đầu tư thêm nguồn lực và giám sát, thúc đẩy việc chuyển giao kỹ thuật ở tất cả các tỉnh, thành phố, thực hiện luân phiên cán bộ y tế. Xây dựng chuẩn năng lực KCB ở tuyến xã. Nghiên cứu xây dựng Chiến lược dài hạn CSSK người cao tuổi, tăng cường hệ thống an sinh xã hội, mở rộng và đa dạng hoá các dịch vụ; triển khai và nhân rộng các mô hình tư vấn CSSK người cao tuổi tại cộng đồng, nghiên cứu thử nghiệm các mô hình nhà dưỡng lão theo hình thức xã hội hoá; tăng cường đào tạo nhân lực y tế, huấn luyện, hướng dẫn người nhà tham gia CSSK người cao tuổi tại gia đình, cộng đồng.

**Về quản lý và nâng cao chất lượng.** Hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ KCB các cấp; Xây dựng Đề án thành lập tổ chức chứng nhận chất lượng KCB độc lập; Bổ sung phương pháp và công cụ đo lường, đánh giá chất lượng dịch vụ KCB. Xây dựng cơ chế khuyến khích nâng cao chất lượng KCB. Điều chỉnh Luật KCB với các nội dung về quản lý hành nghề KCB, cấp và cấp lại chứng chỉ hành nghề gắn với đào tạo liên tục. Hoàn thiện hệ thống đánh giá phản hồi của người dân về chất lượng dịch vụ KCB. Hoàn thiện và áp dụng cả 3 phương thức chi trả phù hợp, khuyến khích giảm sử dụng dịch vụ KCB, thúc đẩy việc áp dụng các biện pháp dự phòng bệnh tật, nâng cao sức khỏe. Xây dựng các hướng dẫn lâm sàng quốc gia hoặc các hướng dẫn do cơ sở tự xây dựng bằng văn bản; quy định cụ thể việc chỉ định sử dụng các TTB đắt tiền, kỹ thuật cao. Có chính sách khuyến khích phát triển và tăng cường quản lý, giám sát về chất lượng, tính an toàn và hiệu quả của các dịch vụ YHCT, PHCN tại các cơ sở y tế và trong cộng đồng.

**Về giảm quá tải bệnh viện.** Thực hiện quyết liệt đề án giảm quá tải bệnh viện, mở rộng đề án bệnh viện vệ tinh đến tất cả các tỉnh. Xây dựng cơ chế đánh giá tác động của một số chính sách về quản lý, tài chính, BHYT liên quan đến quá tải bệnh viện.

## **5C. Dịch vụ DS-KHHGD, CSSKSS và CSSK bà mẹ trẻ em**

### **5C.1. Các vấn đề ưu tiên**

**Tử vong mẹ, tử vong sơ sinh vẫn còn ở mức cao,** đặc biệt ở vùng khó khăn, vùng dân tộc thiểu số. Tốc độ giảm tử vong bị chậm lại, cần các can thiệp đặc thù, có trọng điểm.

**Suy dinh dưỡng trẻ em, đặc biệt tỷ lệ thấp còi, còn cao** có liên quan mật thiết với dinh dưỡng của bà mẹ và dinh dưỡng của trẻ em trong giai đoạn sớm và gây ảnh hưởng lớn đến việc cải thiện thể lực và tầm vóc giống nòi Việt Nam.

**Tiếp cận, cung ứng và sử dụng các dịch vụ DS-KHHGD và CSSKBMTE có chất lượng ở một số khu vực và nhóm dân cư còn hạn chế.** Tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc trước, trong sinh ở một số địa phương còn hạn chế; thiếu các dịch vụ sàng lọc và can thiệp có hiệu quả chi phí cao; tỷ lệ phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh được sàng lọc còn rất thấp; nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD và mang thai ngoài ý muốn còn cao; khả năng đáp ứng nhu cầu sàng lọc và điều trị ung thư đường sinh sản rất hạn chế.

**Mất cân bằng giới tính khi sinh vẫn tiếp tục tăng cao** do áp lực xã hội, yếu tố văn hóa và do thiếu kiểm soát hiệu quả đối với các công nghệ lựa chọn giới.

### **5C.2. Khuyến nghị giải pháp**

**Giải pháp chung:** Tăng cường sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp, ngành, địa phương với công tác DS-KHHGD, CSSKSS, SKBMTE. Đầu tư kinh phí thỏa đáng cho các hoạt động này và thực hiện lồng ghép với các hoạt động CSSKBĐ ở tuyến YTCS.

**Thúc đẩy các can thiệp giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.** Tiếp tục hoàn thiện các chính sách trong lĩnh vực DS-KHHGD, CSSKSS và SKBMTE như thu hút bác sĩ sản, nhi về công tác tại các vùng khó khăn, chính sách đối với cô đỡ thôn bản. Khuyến khích các sáng kiến tiếp cận văn hóa phù hợp để hỗ trợ phụ nữ dân tộc thiểu số tiếp cận và sử dụng các DVYT sẵn có và thân thiện để giảm tử vong mẹ và sơ sinh. Đẩy mạnh thẩm định các trường hợp tử vong mẹ và tử vong sơ sinh để tìm nguyên nhân và rút kinh nghiệm cho việc can thiệp. Tập trung thực hiện các can thiệp đã được chứng minh có hiệu quả trong giảm tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tăng cường kiểm tra giám sát việc thực hiện quy trình chuyên môn liên quan, tăng cường phối hợp giữa các chuyên khoa các đơn vị.

**Thực hiện các biện pháp nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng thể thấp còi.** Xây dựng kế hoạch dài hạn, trung hạn tập trung vào giảm tỷ lệ SDD thấp còi. Tiếp tục hoàn thiện các chính sách; tập trung triển khai các can thiệp có hiệu quả và tăng cường huy động sự tham gia của cộng đồng trong việc cải thiện dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em.

**Tăng cường khả năng tiếp cận các dịch vụ dân số, SKSS.** Với các dịch vụ chăm sóc trước và trong sinh có chất lượng: Tăng cường công tác TTGDSK nâng cao hiểu biết và nhận thức về nhu cầu của người dân. Thực hiện chính sách đãi ngộ cho cô đỡ thôn bản. Tiếp tục tập trung thực hiện các can thiệp có hiệu quả. Xem xét lại việc phân công chức năng nhiệm vụ các chức danh chuyên môn về sản và nhi khoa. Thực hiện chính sách hỗ trợ phụ nữ dân tộc thiểu số sinh con tại các cơ sở y tế. **Đẩy mạnh tầm soát các dị dạng, bệnh, tật bẩm sinh:** Tiếp tục triển khai các can thiệp cơ bản có hiệu quả chi phí cao như bổ sung axit folic, tiêm vitamin K,... Hoàn thiện quy trình, quy chuẩn, lựa chọn kỹ thuật; kiện toàn mạng lưới các trung tâm, các đơn nguyên; tăng cường đào tạo tập huấn cho cán bộ y tế và từng bước chuyển giao kỹ thuật sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cho

tuyên tình. Hỗ trợ phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh tiếp cận và thực hiện các dịch vụ sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh. Theo dõi, phát hiện sớm bệnh, tật của trẻ em. Xây dựng chính sách hỗ trợ, tổ chức điều trị và hướng dẫn rèn luyện, PHCN cho trẻ bị tật. Tuyên truyền, giáo dục, tập trung tư vấn trực tiếp cho các nhóm đối tượng có nguy cơ cao. Mở rộng các hoạt động tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân. Triển khai các can thiệp giảm tỷ lệ tảo hôn, kết hôn cận huyết với một số nhóm dân tộc thiểu số và một số mô hình can thiệp giảm các yếu tố nguy cơ giảm tuổi thọ bình quân khoẻ mạnh. *Bảo đảm cung cấp dịch vụ KHHGD, CSSKSS cho các nhóm đối tượng và địa bàn ưu tiên.* Tập trung triển khai các can thiệp để giảm nhu cầu không được đáp ứng trong các nhóm dễ bị tổn thương như vị thành niên, thanh niên chưa kết hôn, người di cư,... Lòng ghép các dịch vụ CSSKSS, phòng chống HIV/AIDS và hệ thống cung cấp PTTT; tổ chức cung ứng dịch vụ phù hợp với mức sinh của từng vùng. Mở rộng và nâng cao chất lượng mạng lưới cung ứng dịch vụ KHHGD; phát triển hướng dẫn kỹ thuật và giám sát việc tuân thủ. Hoàn thiện tiêu chuẩn kỹ thuật và tăng cường quản lý chất lượng PTTT và hàng hóa SKSS/KHHGD. Chuyên dần từ cung cấp miễn phí sang thu phí một phần các PTTT. Khuyến khích và tạo điều kiện cho các tổ chức, cá nhân tham gia cung cấp dịch vụ DS-KHHGD. Thay đổi thông điệp truyền thông về KHHGD thành “mỗi gia đình hãy nên đẻ hai con” để duy trì mức sinh thấp hợp lý, ổn định quy mô và cơ cấu dân số phù hợp.

***Can thiệp hiệu quả để giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh.*** Nâng cao hiệu quả truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi về bình đẳng giới. Tăng cường kiểm tra, giám sát nhằm ngăn chặn và xử lý nghiêm các hành vi lựa chọn giới tính khi sinh. Xây dựng và thực hiện các chính sách hỗ trợ nâng cao vai trò, vị thế của phụ nữ và trẻ em gái.

## **6. Hệ thống thông tin y tế**

### **6.1. Các vấn đề ưu tiên**

***Giám sát, chỉ đạo thực hiện các hoạt động trong Bản kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế chưa hiệu quả.*** Thông tin cốt lõi về tử vong, nguyên nhân tử vong, bệnh mạn tính chưa được thực hiện đồng bộ. Hồ sơ bệnh án chưa phù hợp cho theo dõi sức khỏe liên tục. Thông tin từ hồ sơ bệnh án và số liệu có sẵn trong hệ thống thông tin y tế chưa được sử dụng đầy đủ phục vụ cho nhu cầu lập kế hoạch và xây dựng chính sách. Số liệu của khu vực y tế tư nhân chưa được báo cáo toàn diện và thường xuyên.

***Thực hiện các hoạt động dịch vụ y tế chưa được giám sát đầy đủ.*** Các chỉ số theo dõi và đánh giá hoạt động (KPI) chưa được áp dụng trong đánh giá kết quả làm việc và thực hiện chỉ trả theo kết quả hoạt động để nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn lực và xác định các lĩnh vực cần cải thiện.

### **6.2. Khuyến nghị giải pháp**

***Các giải pháp thực hiện Kế hoạch tổng thể phát triển hệ thống thông tin y tế.*** Tăng cường các tiêu hệ thống thông tin chủ chốt (nguyên nhân tử vong, ghi nhận các bệnh mạn tính); Thẩm định chất lượng và cung cấp cơ chế phản hồi chất lượng số liệu; điều tra hiệu chỉnh số liệu từ báo cáo định kỳ. Định kỳ rà soát đồng bộ hóa công cụ thu thập, hợp lý hóa hồ sơ bệnh án, biểu mẫu báo cáo tại các CSYT. Đẩy mạnh phổ biến thông tin. Tăng cường sự tuân thủ của khu vực tư nhân trong hệ thống thông tin y tế. Xây dựng các nền tảng cần thiết để thiết lập hệ thống thông tin y tế tích hợp của ngành y tế; triển khai sử dụng hiệu quả hệ thống thông CNTT phục vụ công tác thống kê y tế trên toàn quốc.

***Các giải pháp về xây dựng và ứng dụng các chỉ số đánh giá hoạt động.*** Xây dựng đề án hệ thống thông tin y tế giám sát và đánh giá thực hiện kế hoạch 5 năm và hằng năm.

## 7. Quản trị hệ thống y tế

### 7.1. Các vấn đề ưu tiên

**Chất lượng và hiệu lực, hiệu quả của các chính sách, văn bản pháp luật về y tế còn hạn chế.** Chính sách y tế còn chậm được ban hành, có sự chồng chéo, thiếu nhất quán. Năng lực nghiên cứu, xây dựng chính sách còn yếu, sự phối hợp giữa các đơn vị còn hạn chế, thiếu các thông tin, bằng chứng cho xây dựng chính sách. Hiệu lực, hiệu quả của các chính sách chưa cao, do không xác định rõ nguồn lực để thực hiện, thiếu các kế hoạch triển khai và nhận thức của chính quyền một số địa phương chưa đầy đủ.

**Tổ chức hệ thống y tế chưa đáp ứng được yêu cầu của tình hình mới.** Bộ Y tế và Sở Y tế vừa quản lý nhà nước, vừa cung ứng dịch vụ nên chồng chéo về chức năng, quá tải công việc. Mạng lưới CSYT tổ chức theo đơn vị hành chính làm hạn chế tính liên tục trong cung ứng dịch vụ, cản trở sự điều phối, gây tốn kém và hoạt động thiếu hiệu quả.

**Hệ thống và cơ chế thanh tra, kiểm tra, giám sát hoạt động y tế chưa phát huy hiệu quả.** Mạng lưới thanh tra y tế còn thiếu về số lượng và hạn chế về năng lực. Vai trò và năng lực giám sát, phản biện của các tổ chức chính trị, xã hội, nghề nghiệp còn hạn chế. Cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế còn hạn chế, chưa quyết liệt, hiệu quả chưa cao, chưa đáp ứng được với sự thay đổi nhanh chóng về kinh tế, xã hội.

### 7.2. Khuyến nghị giải pháp

**Nâng cao chất lượng xây dựng và hiệu quả thực hiện chính sách y tế.** Nâng cao năng lực và tăng cường phối hợp giữa đơn vị xây dựng chính sách và đơn vị nghiên cứu trong xây dựng chính sách dựa vào bằng chứng. Đưa nội dung xây dựng pháp luật vào các tiêu chí để đánh giá chất lượng hoạt động của các đơn vị thuộc Bộ Y tế. Ưu tiên đầu tư cho công tác xây dựng, tổ chức triển khai theo dõi, đánh giá thực hiện chính sách. Huy động sự tham gia, vào cuộc của chính quyền địa phương trong triển khai thực hiện các chính sách. Các nội dung, chỉ tiêu quan trọng cần đưa vào nghị quyết của các cấp ủy Đảng, kế hoạch phát triển kinh tế- xã hội hằng năm của địa phương.

**Đổi mới phương thức quản lý và tổ chức hoạt động của các CSYT.** Đổi mới trong tổ chức quản lý hệ thống y tế trung ương và địa phương. Thực hiện phân cấp, phân quyền, tăng cường tự chủ, giảm bớt số đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế. Ưu tiên thích đáng nhân lực hoạch định chính sách, quản lý hệ thống y tế. Nâng cao vai trò của Sở Y tế trong tham mưu, tổ chức thực hiện, kiểm tra giám sát hoạt động y tế tại địa phương. Đổi mới về tổ chức mạng lưới cung ứng DVYT để đáp ứng với sự thay đổi mô hình bệnh tật, nhu cầu CSSK trong tình hình mới. Tổ chức các cơ sở KCB theo hạng bệnh viện, khuyến khích các bệnh viện phát triển kỹ thuật, nâng hạng bệnh viện. Sắp xếp thu gọn đầu mối để nâng cao hiệu quả hoạt động của các đơn vị YTDP tỉnh huyện. Đổi mới toàn diện YTCS về mô hình hoạt động, cơ chế tài chính, phạm vi cung ứng dịch vụ, tăng cường quản lý sức khỏe, ưu tiên cho người cao tuổi, người mắc các bệnh mạn tính. Tăng cường giám sát, hỗ trợ và kết nối giữa dự phòng và điều trị, giữa các CSYT các tuyến để bảo đảm chăm sóc toàn diện, liên tục. Tăng cường năng lực và chất lượng hoạt động của lĩnh vực kiểm định, kiểm chuẩn TTB, thuốc, ATTP và theo dõi ADR theo hướng thành lập các trung tâm theo vùng, tránh dàn trải theo hành chính cấp tỉnh.

Phát huy vai trò và nâng cao hiệu quả giám sát hoạt động y tế của các cơ quan thanh tra, kiểm tra và của các tổ chức xã hội nghề nghiệp. Tiếp tục kiện toàn và tăng cường năng lực cho mạng lưới thanh tra y tế, nhất là các thanh tra chuyên ngành. Xây dựng cơ chế tăng cường hoạt động giám sát nhân dân thông qua Mặt trận Tổ quốc, các tổ chức đoàn

thể chính trị- xã hội, các hội nghề nghiệp đối với công tác y tế. Bổ sung các quy định, tăng cường phối hợp giữa Bộ Y tế và các tổ chức xã hội, nghề nghiệp trong quá trình xây dựng, theo dõi, giám sát thực hiện chính sách. Có các quy định về chủ động cung cấp thông tin và xin ý kiến phản biện chính sách, công khai các ý kiến góp ý và phản hồi các ý kiến góp ý cho các dự thảo chính sách y tế.

**Tiếp tục đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế.** Tiếp tục rà soát để loại bỏ các thủ tục không còn phù hợp. Đơn giản hóa thủ tục, quy trình KCB, đẩy mạnh ứng dụng CNTT trong quản lý các thủ tục hành chính trong các cơ sở y tế. Tăng cường công tác thông tin và phát huy sự giám sát của người dân và các đoàn thể, tổ chức chính trị, chính trị xã hội, nghề nghiệp đối với cải cách thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế.

## **Chương VI. Khuyến nghị tăng cường hệ thống YTCS**

### **1. Mục tiêu**

#### **1.1. Mục tiêu chung**

Tạo bước chuyển biến đột phá và toàn diện về quản trị, tổ chức, nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất, TTB và cơ chế hoạt động của hệ thống YTCS, nhằm nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ lấy CSSKBĐ làm nền tảng, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân, góp phần hạn chế tình trạng mất cân đối của hệ thống cung ứng dịch vụ, xu hướng tập trung vào bệnh viện và sự chia cắt, thiếu kết nối giữa các tuyến, giữa YTDP và KCB, nâng cao tính công bằng, hiệu quả, chất lượng và khả năng tiếp cận của cả hệ thống y tế.

#### **1.2. Mục tiêu cụ thể**

- Tăng cường các nguồn lực cho hệ thống YTCS thông qua nâng cao năng lực, động lực của nhân lực y tế ở cơ sở một cách phù hợp, tăng nguồn lực tài chính, khả năng sẵn có về thuốc, TTB và điều kiện cơ sở vật chất cần thiết.
- Nâng cao năng lực và hiệu quả hoạt động của hệ thống YTCS thông qua điều chỉnh chức năng, nhiệm vụ, tổ chức và cơ chế hoạt động của TYT xã, TTYT và bệnh viện huyện; đổi mới cơ chế tài chính và các biện pháp thúc đẩy sự phối hợp giữa các cơ sở và các tuyến y tế, bảo đảm thực hiện cung ứng dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục và lồng ghép.
- Nâng cao năng lực lãnh đạo, quản trị hoạt động của hệ thống YTCS, tăng cường hệ thống thông tin quản lý, đổi mới công tác lập kế hoạch, theo dõi, giám sát, đánh giá gắn với kết quả hoạt động của YTCS.

### **2. Các giải pháp chính**

#### **2.1. Lãnh đạo, quản lý**

- Nâng cao nhận thức và trách nhiệm của các cấp uỷ đảng, chính quyền các cấp về vai trò của hệ thống YTCS - **nền tảng của hệ thống y tế quốc gia**. Tăng cường hệ thống YTCS, thực hiện mô hình cung ứng dịch vụ lấy con người là trung tâm, CSSKBĐ làm nền tảng làm nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu của ngành y tế, cần được thực hiện liên tục, bền vững.
- Bộ Y tế trình Chính phủ Kế hoạch tổng thể tăng cường hệ thống YTCS để đẩy mạnh CSSKBĐ, hướng tới bao phủ CSSK toàn dân.
- Tổ chức thực hiện và tiếp tục rà soát để đổi mới, hoàn thiện các chính sách, quy định, văn bản hiện có liên quan đến tổ chức và hoạt động của hệ thống YTCS.

- Rà soát và điều chỉnh các chính sách công có tác động lớn tới YTCS, nhất là chính sách tự chủ tài chính; Quy định về phối hợp liên ngành trong xây dựng và triển khai chính sách y tế.
- Xây dựng và thực hiện cơ chế, giải pháp phối hợp, lồng ghép giữa các đơn vị y tế, các tuyến y tế, các chương trình y tế và giữa lĩnh vực điều trị và dự phòng.
- Xây dựng và thực hiện các chính sách, cơ chế phát huy vai trò của y tế tư nhân, phối hợp y tế công và tư trong cung ứng dịch vụ CSSKBĐ.
- Tiếp tục củng cố Ban Chỉ đạo CSSK các cấp tại địa phương, phát huy trách nhiệm của các ban, ngành đoàn thể, các tổ chức xã hội, cộng đồng và người dân.
- Xây dựng và chuẩn hóa hệ thống thông tin y tế phục vụ cho quản lý hoạt động của hệ thống YTCS, kết nối thông tin giữa các tuyến, các CSYT, phát hiện nhu cầu CSSK nhân dân ở từng địa phương.
- Dựa vào bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã để xây dựng, hoàn thiện các chỉ báo hỗ trợ cho việc tăng cường giám sát, đánh giá quá trình hoạt động của hệ thống YTCS.

## **2.2. Đổi mới tổ chức và cơ chế hoạt động của hệ thống YTCS**

- Điều chỉnh lại chức năng, nhiệm vụ của YTCS trong bối cảnh chuyển đổi dịch tễ học và thay đổi mô hình bệnh tật; hoạt động như một trung tâm để thực hiện sự kết nối với các CSYT chuyên khoa tuyến trên.
- Lồng ghép mô hình và nguyên lý Y học gia đình vào hoạt động của TYT xã.
- Xác định phạm vi cung ứng dịch vụ của YTCS, trong đó có xem xét đến tính đặc thù phù hợp với các vùng miền khác nhau.
- Quy hoạch hệ thống YTCS phù hợp với vùng miền và sự thay đổi về chức năng nhiệm vụ của YTCS. Hoàn thiện mô hình TTYT huyện thực hiện 2 chức năng YTDP và KCB.
- Nhân rộng mô hình TYT, phòng khám quân dân y ở khu vực biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa. Phát triển hoạt động của y tế trường học, y tế cơ quan, xí nghiệp... theo hướng tăng cường CSSKBĐ.
- Tiếp tục củng cố, mở rộng đội ngũ nhân viên y tế thôn bản, phát triển cô đỡ thôn bản ở các vùng dân tộc thiểu số, vùng còn khó khăn.

## **2.3. Đổi mới cung ứng dịch vụ của hệ thống YTCS**

- Đổi mới hình thức cung ứng DVYT: chú trọng tăng cường quản lý sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ và phục hồi chức năng tại nhà, tại cộng đồng, đặc biệt đối với các BKLN. Tăng cường TTGDSK để thay đổi hành vi của người dân. Áp dụng mô hình quản lý sức khỏe hộ gia đình ở tuyến YTCS.
- Bảo đảm CSSK thường xuyên, liên tục, toàn diện, dựa vào cộng đồng ở tuyến cơ sở, cung ứng các dịch vụ lồng ghép, phối hợp đối với cả 3 nhóm bệnh (lây nhiễm, không lây nhiễm và tai nạn thương tích).
- Nâng cao năng lực phát hiện, sàng lọc, kịp thời chuyển người bệnh lên tuyến trên linh hoạt, hiệu quả, và tiếp nhận, theo dõi, điều trị người bệnh từ tuyến trên.

## **2.4. Phát triển nhân lực phù hợp với yêu cầu của hệ thống YTCS**

- Xây dựng và triển khai kế hoạch đáp ứng nhu cầu nhân lực cho hệ thống YTCS phù hợp với mô hình cung ứng DVYT lấy CSSKBĐ làm nền tảng.
- Đa dạng hóa các loại hình đào tạo nhân lực y tế làm công tác CSSKBĐ, đặc biệt ở khu vực khó khăn, ưu tiên người địa phương.

- Đổi mới chương trình và nội dung đào tạo đội ngũ nhân lực y tế làm công tác CSSKBD theo cách tiếp cận dựa trên năng lực và nhóm làm việc.
- Thực hiện đào tạo liên tục, đào tạo qua thực hành, hướng dẫn chuyên môn, chuyển giao kỹ thuật của các CSYT tuyến trên cho YTCS. Chú trọng thực hiện chương trình đào tạo cho cán bộ y tế trước khi về làm việc tại YTCS.
- Thực hiện quy định trách nhiệm xã hội đối với những cán bộ y tế mới tốt nghiệp sau 18 tháng thực hành về làm việc theo nghĩa vụ tại YTCS. Tiếp tục thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn viên chức y tế về TYT xã và ngược lại. Triển khai hiệu quả các chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế cho YTCS.

## **2.5. Tăng cường đầu tư và đổi mới cơ chế tài chính cho hệ thống YTCS**

- Tài chính công phải là nguồn tài chính chủ yếu cho hệ thống YTCS. Huy động sự hỗ trợ tài chính, kỹ thuật của các tổ chức, cá nhân trong, ngoài nước. Tăng tỷ trọng phân bổ ngân sách một cách phù hợp cho y tế tuyến huyện, xã
- Đổi mới cơ chế tài chính theo hướng tạo động lực cho cán bộ, nhân viên y tế thực hiện CSSKBD; bảo vệ tài chính cho người sử dụng dịch vụ; và đặc biệt là góp phần nâng cao chất lượng, hiệu quả và ứng xử có trách nhiệm của hệ thống y tế.
- Đẩy nhanh lộ trình BHYT toàn dân, hỗ trợ người cận nghèo, người làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp tham gia BHYT.
- Đổi mới phương thức phân bổ NSNN cho YTCS theo hướng dựa trên kết quả hoạt động và kết quả đầu ra. Đổi mới phương thức chi trả BHYT theo định suất.
- Mở rộng hình thức nhà nước đặt hàng và kết hợp công tư trong cung cấp các dịch vụ YTCC.

## **2.6. Tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe**

- Chú trọng thực hiện công tác truyền thông, phổ biến kiến thức để hỗ trợ các cá nhân và cộng đồng tự biết cách chăm sóc và kiểm soát sức khỏe, có lựa chọn đúng trong sử dụng dịch vụ CSSK.
- Tăng cường truyền thông định hướng cộng đồng, từng bước tạo niềm tin cho người dân đối với dịch vụ y tế ở tuyến y tế cơ sở.

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)
<b>Các chỉ số đầu vào và quá trình</b>								
<b>Tài chính y tế, nhân lực và cơ sở hạ tầng</b>								
Tổng chi cho y tế so với GDP	%	Toàn quốc	6,36	6,20	5,97	n/a	n/a	..
Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế trong tổng chi y tế	%	Toàn quốc	46,55	45,23	42,56	n/a	n/a	(>=50%)
Tổng chi y tế bình quân đầu người hằng năm (giá hiện hành)	1000 VND	Toàn quốc	1579	1963	2184	n/a	n/a	..
		ĐBSH	890,4		1162,8	n/a	n/a	..
		TDMNPB	454,8		684,0	n/a	n/a	..
		BTBDHMT	642,0		808,8	n/a	n/a	..
		Tây Nguyên	656,4		789,6	n/a	n/a	..
		ĐNB	939,6		981,6	n/a	n/a	..
		ĐBSCL	741,6		1003,2	n/a	n/a	..
Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế trong tổng chi tiêu y tế	%	Toàn quốc	44,84	45,58	48,83	n/a	n/a	..
Số bác sĩ trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	7,2	7,33	7,46	7,61	7,8*	8,0 (8,0)
Số dược sĩ đại học trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	1,8	1,9	1,96	2,12	2,15	2,2 (1,8)
Số giường bệnh nội trú trên 10 000 dân (không bao gồm TYT xã)	Trên 10 000 dân	Công lập	21,7	22,5	23,5	24,2	23	(23)
		Tư nhân	..	..	1,1	1,1	1,0	..
Tỷ lệ TYT xã/phường có bác sĩ	%	Toàn quốc	70,0	71,9	73,5	75	78,0*	78 (80)
		ĐBSH	75,7	77,5	78,7	82,5	n/a	..
		TDMNPB	61,9	63,5	66,4	67,3	n/a	..
		BTBDHMT	66,2	66,0	68,8	69,0	n/a	..
		Tây Nguyên	57,8	66,5	69,7	75,7	n/a	..
		ĐNB	80,5	85,0	83,4	69,0	n/a	..
		ĐBSCL	80,7	82,2	87,2	75,7	n/a	..
Tỷ lệ TYT xã/phường có hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi	%	Toàn quốc	95,6	95,3	96,4	96,0	98,0*	96 (>95)
		ĐBSH	92,5	95,3	92,2	93,3	n/a	..
		TDMNPB	95,3	89,7	95,1	91,3	n/a	..
		BTBDHMT	96,6	90,5	94,5	96,1	n/a	..
		Tây Nguyên	96,7	99,2	97,0	99,6	n/a	..
		ĐNB	97,5	100,0	99,1	99,2	n/a	..
		ĐBSCL	97,3	99,1	96,7	100,0	n/a	..
Tỷ lệ thôn, bản có nhân viên y tế thôn bản hoạt động (nông thôn)	%	Toàn quốc	97,5	96,9	96,6	91,5	n/a	95,9 (90)
		ĐBSH	98,4	97,9	98	96,1	n/a	..



Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					2015 (KH)
			2010	2011	2012	2013	2014	
		TDMNPB	97,8	96,2	96,3	94,0	n/a	..
		BTBDHMT	98,2	98	97,9	88,9	n/a	..
		Tây Nguyên	97,2	98	98,1	92,1	n/a	..
		ĐNB	99,9	99,9	96,6	100,0	n/a	..
		ĐBSCL	92,4	92,5	90,8	81,9	n/a	..
Tỷ lệ xã đạt Tiêu chí quốc gia về y tế (Tiêu chí mới áp dụng từ năm 2011 nhưng số liệu năm 2011-2012 lẫn lộn tiêu chí cũ và mới)	%	Toàn quốc	80,1 (2001-2010)	76,8	73,4	42 (50)	55*	60 (60) (2011-2020)
		ĐBSH	91,1	89,6	90,3	36,6	n/a	..
		TDMNPB	74,3	61,9	53	29,2	n/a	..
		BTBDHMT	73,8	72,5	68,5	36,8	n/a	..
		Tây Nguyên	64,7	61,1	61,9	37,2	n/a	..
		ĐNB	87,5	90,2	90,7	66,9	n/a	..
		ĐBSCL	86,5	88,6	87,1	43,1	n/a	..
Số cơ sở bán lẻ thuốc trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	5,0	4,6	4,4	4,5	4,7	
<b>Chỉ số đầu ra</b>								
<b>Tiếp cận dịch vụ y tế, dịch vụ an toàn và bảo đảm chất lượng</b>								
Số lượt khám bệnh trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	3980	3988		4555		..
Số lượt điều trị nội trú trên 10 000 dân	Trên 10 000 dân	Toàn quốc	1370	1374		1488		..
Số ngày điều trị trung bình của 1 đợt điều trị nội trú	Số ngày	Toàn quốc	7,35	6,83	6,89	6,92		..
		Trung ương	10,3	9,41	9,51	9,51		..
		Ngành	11	6,55	8,53	8,53		..
		Tỉnh, huyện	7,1	6,61	6,57	6,60		..
Tỷ lệ dân số KCB trong 12 tháng qua	%	Toàn quốc	40,9		39,2		n/a	
<b>Các chỉ số đầu ra</b>								
<b>Độ bao phủ, tác động của can thiệp, các yếu tố và hành vi nguy cơ</b>								
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 3 lần, mỗi kỳ một lần	%	Toàn quốc	79,2	86,7	89,4	84,5	n/a	>90 (80 hoặc 87*)
Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng đủ mũi vắc xin uốn ván	%	Toàn quốc	93,5	94,6	95,5	95,7	82,2 (MICS)	..
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)	%	Toàn quốc	94,6	96,0	95,9	91,4	>90*	>90 (>90 cho 8 vaccines)
		ĐBSH	98,6	98,2	97,7	94,0	n/a	>95
		TDMNPB	94,5	94,5	95,5	90,6	n/a	>90

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					2015 (KH)
			2010	2011	2012	2013	2014	
		BTBDHMT	97,3	95	97,1	90,9	n/a	>95
		Tây Nguyên	93,8	95,4	96,5	81,8	n/a	>90
		ĐNB	94,1	96,8	93,3	93,0	n/a	>90
		ĐBSCL	88,1	94,8	95	91,6	n/a	>90
Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đỡ	%	Toàn quốc	97,1	97,2	97,9	97,8	98	98 (96 hoặc 98*)
Tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh	%	Toàn quốc	87,8	87,2	87,3	87,9	91,2	(85)
Tỷ lệ bao phủ BHYT	%	Toàn quốc	60,3	65,0	66,4	68,5	71,0*	75,3 (70)
Tỷ lệ bệnh nhân nội và ngoại trú có thẻ BHYT hoặc được miễn phí	%	Toàn quốc	66,7	..	72,1		n/a	..
		Nghèo	74,1	..	81,5		n/a	
		Cận nghèo	61,2	..	67,7		n/a	
		Trung bình	60,4	..	66,6		n/a	
		Khá	66,6	..	69,4		n/a	
Tỷ lệ sử dụng BPTT ở phụ nữ 15-49 tuổi	%	Toàn quốc	78	78,2	76,2	77,2	75,7	70,1
<b>Các chỉ số tác động</b>								
<b>Tình trạng sức khỏe</b>								
Tuổi thọ trung bình	Tuổi	Toàn quốc	72,9	73,0	73,0	73,1	73,2	73,3 (74)
		Nam	70,3	70,4	70,4	70,5	70,6	..
		Nữ	75,7	75,8	75,8	75,9	76,0	..
Mức giảm tỷ lệ sinh hằng năm	‰	Toàn quốc	Giảm 0,5	Giảm 0,5	Tăng 0,3	Tăng 0,1	Tăng 0,2	Giảm 1,0 (Giảm 0,1)
Tổng tỷ suất sinh (TFR): Số con bình quân một phụ nữ tuổi sinh đẻ dựa trên tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi	Số con	Toàn quốc	2,00	1,99	2,05	2,10	2,09	2,1 (1,9)
		ĐBSH	2,04	2,06	2,11	2,11	2,30	..
		TDMNPB	2,22	2,21	2,31	2,18	2,56	..
		BTBDHMT	2,21	2,21	2,32	2,37	2,31	..
		Tây Nguyên	2,63	2,58	2,43	2,49	2,30	..
		ĐNB	1,68	1,59	1,57	1,83	1,56	..
		ĐBSCL	1,80	1,80	1,92	1,92	1,84	..
Tỷ số tử vong mẹ (MMR)	Trên 100 000 trẻ đẻ sống	Toàn quốc	..	..	..	..	..	58,3 (58,3)
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi (IMR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	Toàn quốc	15,8	15,5	15,4	15,3	14,9	14,7 (14,8)
		ĐBSH	12,3	12,5	12,3	12,2	11,8	..

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					2015 (KH)
			2010	2011	2012	2013	2014	
		TDMNPB	24,3	23	23,5	23,2	22,4	..
		BTBDHMT	17,1	17,1	17,1	17,0	16,6	..
		Tây Nguyên	26,8	24,3	26,4	26,1	25,9	..
		ĐNB	9,6	9,3	9,2	9,1	8,8	..
		ĐBSCL	12,6	12,2	12	12,0	11,6	..
Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR)	Trên 1000 trẻ đẻ sống	Toàn quốc	23,8	23,3	23,2	23,1	22,4	22,1 (19,3)
Tỷ lệ phát hiện bệnh lao (các thể)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	113,9	114	117	113,9	n/a	
Tỷ lệ phát hiện lao phổi (AFB+)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	52,7 (60,0)	57,7	57,5			..
Tỷ lệ điều trị khỏi lao phổi AFB+ mới (DOTS)	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	90,5	90,8	91,1		90,5	..
Tỷ lệ người hút thuốc lá (trên 18 tuổi)	%	Toàn quốc	47,4	..	..	..	..	..
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh	%	Toàn quốc		55	57	60	63	(68,5%)
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh	%	Toàn quốc		79,7	80,5	82,5	84,5	(78,5%)
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	%	Toàn quốc	51,4	71,4 (63)		67	(74)	(65)
Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn sử dụng nước uống hợp vệ sinh	%	Toàn quốc	75	89,4 (90)		94	(89)	(85)
Tỷ lệ các cơ sở y tế xử lý chất thải rắn y tế theo quy định	%	Toàn quốc	..	..			..	(80)
Tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi có nhu cầu KHHGD chưa được đáp ứng	%	Toàn quốc	..	4,3	..	..	6,1	
Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	146,69	78,08	96,98	74,78	31,7	88,8
Tỷ lệ mắc sốt rét trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	62	51,6	49	39	27	(<15; 2020)
Tỷ lệ hiện mắc phong	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	0,04	0,04	0,03	..	n/a	(0,2)
Tỷ lệ phát hiện mắc phong mới trong năm	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	0,41	0,43	0,34	0,29	n/a	(0,3)
Tỷ lệ tăng dân số	%	Toàn quốc	1,07	1,05	1,08	1,07	1,08	1,07 (0,93)
Dân số	Triệu người	Toàn quốc	86,9	87,86	88,81	89,76	90,73	91,7 (<93,0)
		ĐBSH	19,9	20,1	20,3	20,5	20,7	..
		TDMNPB	11,2	11,3	11,4	11,5	11,7	..
		BTBDHMT	19,0	19,1	19,2	19,4	19,5	..
		Tây Nguyên	5,2	5,3	5,4	5,4	5,5	..
		ĐNB	14,5	14,8	15,1	15,5	15,8	..

Các chỉ số giám sát	Đơn vị	Phân tổ	Năm					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015 (KH)
		ĐBSCL	17,3	17,3	17,4	17,4	17,5	..
		Thành thị	26,5	27,8	28,6	28,9	30,0	..
Tỷ lệ phát hiện nhiễm HIV	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	15,9	16,1	15,9	12,9	..	..
Tỷ lệ hiện nhiễm HIV/AIDS	Trên 100 000 dân	Toàn quốc	211,3	224,4	237,5	242,2	246,9	252,2 (<300,0)
Ngộ độc thực phẩm	Số ca mắc	Toàn quốc	5397	4700	5541	5558	5203	4273
	Số vụ	Toàn quốc	173	148	168	167	194	140
	Số tử vong	Toàn quốc	49	27	34	28	43	20
Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi	%	Toàn quốc	17,5	16,8	16,2	15,3	14,5	14,1 (15)
		ĐBSH	14,6	14,2	11,8	10,9	10,2	..
		TDMNPB	22,1	21,2	20,9	19,5	19,8	..
		BTBDHMT	19,8	17,8	19,5	16,5	17,0	..
		Tây Nguyên	24,7	23,8	25	21,8	22,6	..
		ĐNB	10,7	11,3	11,3	8,0	8,4	..
		ĐBSCL	16,8	15,4	14,8	13,8	13,0	..
Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ dưới 5 tuổi	%	Toàn quốc	29,3	27,5	26,7	25,9	24,9	24,2 (26)
		ĐBSH	25,5	24,8	21,9	20,8	20,3	..
		TDMNPB	33,7	32,4	31,9	30,6	30,7	..
		BTBDHMT	31,4	29,7	31,2	27,7	28,1	..
		Tây Nguyên	35,2	35	36,8	32,9	34,9	..
		ĐNB	19,2	21,5	20,7	16,5	18,3	..
		ĐBSCL	28,2	26,8	26	24,5	24,0	..
Tỷ số giới tính khi sinh	Số trẻ trai/100 trẻ gái	Toàn quốc	111,2	111,9	112,3	113,8	112,2	112,8 (≤113)
		ĐBSH	116,2	122,4	120,9	124,6	118,0	..
		TDMNPB	109,9	110,4	108,2	112,4	116,1	..
		BTBDHMT	114,3	103,3	112,1	112,3	105,5	..
		Tây Nguyên	108,2	104,3	98,4	114,1	108,0	..
		ĐNB	105,9	108,8	111,9	114,2	108,9	..
		ĐBSCL	108,3	114,9	111,5	103,8	114,1	..
<b>Bảo vệ tài chính</b>								
Tỷ lệ hộ gia đình chịu chi phí thảm họa (chi tiêu tiền túi vượt quá 40% khả năng chi trả)	%	Toàn quốc	3,3		2,5		2,3	..