

**BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2016**  
**Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam****Báo cáo tóm tắt**

Báo cáo JAHR 2016 là báo cáo thứ 10 do Bộ Y tế (BYT) cùng Nhóm đối tác y tế phối hợp thực hiện hằng năm. Nội dung của báo cáo năm nay nhằm cập nhật tình hình triển khai các nhiệm vụ của Kế hoạch 5 năm 2016 - 2020, kết quả thực hiện các nhiệm vụ của Kế hoạch năm 2016 theo các cấu phần của hệ thống y tế, đồng thời tập trung phân tích sâu chuyên đề về **“Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam”**. Báo cáo được cấu trúc thành 2 phần, bao gồm 8 chương với các nội dung chính sau đây.

**PHẦN MỘT. CẬP NHẬT HỆ THỐNG Y TẾ****Chương I. Quản trị hệ thống y tế và hệ thống thông tin y tế****1. Kết quả thực hiện**

**Đổi mới và hoàn thiện tổ chức y tế:** dự thảo Nghị định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế trong nhiệm kỳ mới. Ban hành và triển khai các Thông tư hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức y tế địa phương (Sở Y tế, Phòng Y tế huyện, TTYT tuyến tỉnh, huyện, và TYT). Triển khai mô hình Trung tâm kiểm soát bệnh tật ở tuyến tỉnh; TTYT huyện hai chức năng (KCB và dự phòng), quản lý hoạt động của TYT.

**Tiếp tục hoàn thiện hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật về y tế:** đã trình Quốc hội thông qua Luật Dược; đang soạn thảo Luật về Máu và tế bào gốc, Luật Dân số,.... Trình Chính phủ ban hành 11 Nghị định, trực tiếp ban hành 18 Thông tư về các lĩnh vực. Tuân thủ các quy định về ban hành văn bản. Chú trọng xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng; thu thập thông tin phản hồi phục vụ cải cách.

**Đẩy mạnh cải cách thủ tục hành chính và ứng dụng CNTT:** áp dụng Hệ thống quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn TCVN 9001:2008, quản lý văn bản trực tuyến. Đơn giản hóa 221/225 thủ tục hành chính (98,2%); cung cấp 100% các thủ tục hành chính công trực tuyến mức 2, với 37 dịch vụ ở mức 4. Kết nối liên thông giám định và thanh toán BHYT trong toàn bộ hệ thống KCB từ 30/6/2016. Chỉ số PAR Index 2015 của Bộ Y tế cải thiện rõ rệt từ 73,55 lên 86,58 điểm; xếp hạng tăng từ hạng 17 lên hạng 8.

**Nhiệm vụ tăng cường công tác kiểm tra, thanh tra:** triển khai thực hiện Đề án nâng cao năng lực thanh tra y tế đến năm 2020, ban hành 04 quy trình thanh tra ATTP. Tích

cực đào tạo, tập huấn nghiệp vụ cho cán bộ thanh tra các địa phương, đơn vị. Tổ chức các đoàn thanh tra, kiểm tra kịp thời phát hiện và xử lý các vi phạm về ATTP, KCB...

**Nhiệm vụ tăng cường hợp tác, chủ động và tích cực hội nhập quốc tế về y tế:** Bộ Y tế đang triển khai 34 chương trình, dự án ODA; trong đó có 17 dự án viện trợ không hoàn lại, với tổng kinh phí tương đương 1,53 tỷ USD. Tích cực hội nhập và chủ động góp phần xây dựng các chính sách toàn cầu và khu vực trong lĩnh vực y tế tại các diễn đàn đa phương như WHO, APEC, ASEAN....

**Nhiệm vụ củng cố và tăng cường hệ thống thông tin y tế:** triển khai Luật Thống kê trong việc thu thập thông tin, dữ liệu hành chính về y tế. Đa dạng các hình thức phổ biến thông tin, số liệu thống kê. BHYT đã ban hành Kế hoạch hành động và Kế hoạch ứng dụng và phát triển CNTT trong ngành Y tế giai đoạn 2016 - 2020.

## **2. Khó khăn, hạn chế**

**Về đổi mới và hoàn thiện tổ chức:** chưa có quy hoạch tổng thể về phát triển hệ thống y tế. Chưa xây dựng chức năng, nhiệm vụ và hoạt động của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh. Chưa có quy định chi tiết về sắp xếp lại tổ chức, cơ sở vật chất, nhân lực, cơ chế hoạt động, tài chính phục vụ đổi mới tổ chức và hoạt động của các CSYT.

**Về hoàn thiện văn bản quy phạm pháp luật:** sự tham gia của các bên liên quan đến thực hiện chính sách còn hạn chế; cơ chế phản hồi đối với các ý kiến góp ý chưa phù hợp và kịp thời; một số chính sách còn gặp khó khăn trong triển khai do chưa đánh giá đầy đủ tác động. Có 7/105 nhiệm vụ được Chính phủ giao từ tháng 1 - 10/2016 đã bị quá hạn.

**Về cải cách hành chính và ứng dụng CNTT:** các cơ sở KCB chưa sử dụng công cụ CNTT hoặc sử dụng nhiều hệ thống trên các nền tảng khác nhau. Chưa có hệ thống tích hợp, lưu trữ và liên thông cơ sở dữ liệu bệnh nhân, bệnh án điện tử giữa các cơ sở KCB. Danh mục dùng chung chưa ổn định, chưa khoa học và thiếu nhất quán khi cập nhật.

**Về công tác thanh tra, kiểm tra:** phạm vi và nhu cầu thanh tra, kiểm tra lớn trong khi số lượng và năng lực cán bộ thanh tra còn hạn chế. Sự tham gia của chính quyền và phối hợp liên ngành trong hoạt động thanh tra tại một số địa phương chưa tốt.

**Về hợp tác quốc tế:** tiến độ một số dự án ODA còn chậm, giải ngân thấp do chưa đồng bộ về các quy định, thủ tục, hướng dẫn thực hiện. Hoạt động của các nhóm công tác chưa thường xuyên, mức độ chia sẻ thông tin và điều phối nguồn lực còn hạn chế.

**Về hệ thống thông tin y tế:** số liệu thống kê chủ yếu vẫn thu thập qua báo cáo định kỳ nên chậm, thiếu chính xác. Xử lý và công bố số liệu vẫn mang tính thủ công. Thông tin còn bị phân mảnh, khó tổng hợp, quản lý và hạn chế về khả năng phân tích và dự báo. Chưa có các quy định về việc thay thế số liệu, báo cáo giấy bằng báo cáo điện tử.

### 3. Một số vấn đề ưu tiên

- Chưa có quy hoạch tổng thể về phát triển hệ thống y tế; chưa có hướng dẫn chi tiết sắp xếp đổi mới tổ chức, hoạt động của các CSYT, gồm cả Trung tâm CDC.
- Vai trò của các bên liên quan trong xây dựng chính sách còn hạn chế; cơ chế phản hồi chưa kịp thời và minh bạch; chưa đánh giá đầy đủ tác động của chính sách.
- Chưa có một nền tảng CNTT và bộ danh mục dùng chung ổn định, khoa học làm cơ sở tích hợp dữ liệu phục vụ quản lý KCB, sử dụng hiệu quả quỹ BHYT.
- Số lượng và năng lực cán bộ thanh tra chuyên ngành chưa đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ; phối hợp liên ngành trong hoạt động thanh tra chưa được chặt chẽ.
- Vương mắc trong quy định, thủ tục hành chính làm ảnh hưởng tiến độ thực hiện một số dự án ODA. Hoạt động của các nhóm công tác chưa hiệu quả.
- Thu thập và xử lý dữ liệu thủ công; dữ liệu phân mảnh, thiếu kết nối. Chưa có quy định về việc sử dụng báo cáo điện tử thay thế báo cáo giấy. Thiếu một bộ chỉ số hoàn chỉnh đánh giá kết quả thực hiện các mục tiêu Kế hoạch 5 năm và SDGs.

### 4. Khuyến nghị

- Bộ Y tế xây dựng kế hoạch tổng thể hệ thống y tế. Sớm ban hành văn bản hướng dẫn về mô hình CDC; quy định về định mức biên chế trong các cơ sở y tế.
- Ban hành và thực hiện cơ chế phản hồi các góp ý chính sách một cách công khai minh bạch; thực hiện đánh giá tác động chính sách đầy đủ, độc lập và khách quan.
- Hoàn thiện danh mục dùng chung bảo đảm khoa học và xây dựng một nền tảng CNTT thống nhất cho Trung tâm tích hợp cơ sở dữ liệu của các cơ sở KCB.
- Đẩy mạnh tuyên truyền, phổ biến giáo dục pháp luật; tăng cường đào tạo nâng cao chất lượng cán bộ thanh tra; tích cực thanh, kiểm tra xử lý nghiêm vi phạm.
- Tăng cường theo dõi, giám sát hoạt động của các dự án hợp tác quốc tế để kịp thời phát hiện, kiến nghị xử lý các vướng mắc nảy sinh. Rà soát lại điều khoản tham chiếu, thúc đẩy cơ chế hợp tác với các nhóm công tác của các đối tác.
- Ban hành kế hoạch cụ thể triển khai thực hiện Luật Thống kê trong lĩnh vực y tế. Xây dựng công thông tin tích hợp dữ liệu điện tử tập trung của Bộ Y tế. Sớm ban hành quy định về sử dụng báo cáo, dữ liệu điện tử thay thế cho báo cáo giấy.

## Chương II. Nguồn lực đầu vào cho CSSK

### 1. Kết quả thực hiện

**Tăng cường chất lượng đào tạo và cải tiến phong cách, thái độ của nhân lực y tế**

*Đổi mới căn bản, toàn diện đào tạo phát triển nguồn nhân lực y tế. Xây dựng mô hình đổi mới đào tạo nhân lực y tế, phân định 2 hệ (nghiên cứu và hành nghề KCB), phù*

hợp với Khung cơ cấu hệ thống giáo dục quốc dân và Khung trình độ quốc gia. Triển khai Dự án HPET nhằm đổi mới đào tạo trước hành nghề với bác sĩ và điều dưỡng.

*Xây dựng các tiêu chuẩn để đảm bảo chất lượng đào tạo nhân lực y tế, tăng cường quản lý chất lượng đào tạo.* Ban hành Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ RHM, đang xây dựng Chuẩn các ngành: YTCC, Dược,... Thẩm định, chuẩn hoá 25 chương trình và tài liệu đào tạo liên tục; tổ chức đào tạo cho giảng viên. Dự thảo Nghị định về tổ chức thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe. Phối hợp với Bộ GD&ĐT quản lý chất lượng đào tạo nhân lực y tế; xây dựng tiêu chí giảng viên, cơ sở thực hành trong và ngoài trường.

*Xây dựng đội ngũ nhân viên y tế có số lượng, cơ cấu hợp lý, đủ trình độ năng lực thi hành nhiệm vụ.* Thực hiện Đề án vị trí việc làm của từng đơn vị. Xây dựng các quy định chuẩn hóa việc bổ nhiệm, thăng hạng cán bộ lãnh đạo, viên chức ngành y tế.

*Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh, tạo sự chuyển biến ban đầu tại các cơ sở KCB.* Tăng cường kiểm tra các bệnh viện; tiến hành đánh giá độc lập kết quả thực hiện tại các đơn vị. Kết quả cho thấy những chuyển biến tích cực về nhiều mặt, từ phía lãnh đạo, nhân viên y tế cũng như bệnh nhân.

### **Đổi mới chính sách giá DVYT, tự chủ tài chính, thực hiện lộ trình BHYT toàn dân**

*Thực hiện lộ trình khung giá dịch vụ y tế mới theo Thông tư 37/2015 qua 3 giai đoạn với 36 bệnh viện tự chủ toàn phần và 441 cơ sở y tế tư ở 32 tỉnh thực hiện tính 5/7 yếu tố (bao gồm lương) vào giá viện phí mới và sẽ mở rộng ra toàn quốc năm 2017. Đẩy mạnh thực hiện tự chủ, tự chịu trách nhiệm của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập.* Trình Chính phủ xem xét ban hành Nghị định mới về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực y tế, trong đó đề xuất mô hình Hội đồng quản lý bệnh viện.

*Thực hiện lộ trình BHYT toàn dân.* Tính đến tháng 12/2016, 81,7% dân số có BHYT, so với mục tiêu Quốc hội giao (76%) và mục tiêu đề ra cho năm 2020 (80%). Thực hiện thông tuyến KCB BHYT ở tuyến huyện, xã. Số lượt KCB ở tuyến huyện tăng 14,8% và ở tuyến xã giảm 12,9%; tăng chi phí bình quân một lượt KCB tại xã và huyện (51,4% và 34,2%). Thực hiện thanh toán BHYT KCB của bệnh nhân lao, HIV/AIDS. Xây dựng dự thảo Nghị định mới hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT và Thông tư về Gói DVYT cơ bản do BHYT thanh toán để ban hành trong năm 2017.

*Nâng cao hiệu quả sử dụng nguồn tài chính y tế.* Ban hành Thông tư 35/2016/TT-BYT về thanh toán dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi BHYT; tiếp tục hoàn thiện chính sách và triển khai thí điểm các phương thức chi trả theo định suất, theo nhóm chẩn đoán (DRG), chuẩn hóa số liệu tại Ninh Bình, tập huấn mã hóa, xây dựng bộ công cụ giám sát.

*Đẩy mạnh xã hội hóa y tế, khuyến khích phát triển hình thức hợp tác công tư.* Tổng kết 10 năm thực hiện chủ trương xã hội hóa DVYT. Có 9 đơn vị ký hợp đồng vay gần

1.944,8 tỷ đồng tự chịu trách nhiệm trả cả gốc lẫn lãi. Triển khai 810 đề án liên doanh, liên kết về TTBYT với tổng số vốn 3.882 tỷ đồng. Dự thảo Thông tư về tổ chức hoạt động và giá dịch vụ KCB theo yêu cầu tại các CSYT công lập.

*Cải thiện hệ thống thông tin về tài chính y tế.* Ban hành chỉ tiêu đầu ra dữ liệu phần mềm quản lý cơ sở KCB và Bộ mã danh mục dùng chung phiên bản 04. Kết nối dữ liệu giữa các cơ sở KCB với Cổng tiếp nhận dữ liệu của BHXH từ 1/7/2016. Xây dựng Hệ thống Tài khoản y tế (TKYT) quốc gia 1998 - 2012; phê duyệt Kế hoạch xây dựng TKYT quốc gia giai đoạn 2015 - 2020; chỉ đạo xây dựng TKYT tuyến tỉnh ở 5 tỉnh thí điểm.

### **Hoàn thiện văn bản pháp luật thực hiện Luật Dược năm 2016**

*Hoàn thiện văn bản.* Trình Chính phủ ban hành Nghị định 54/2017/NĐ-CP hướng dẫn thi hành Luật Dược và Nghị định 65/2017/NĐ-CP về chính sách đặc thù về giống, vốn và công nghệ trong phát triển nuôi trồng, khai thác dược liệu.

*Đảm bảo cung ứng đủ thuốc.* Việt Nam đã sản xuất được hầu hết các dạng bào chế thuốc generic; sản xuất được 10/12 vắc xin trong Chương trình TCMR. Thuốc sản xuất trong nước chiếm 36% về trị giá và 74% về số lượng, bảo đảm gần 50% nhu cầu. Thuốc nhập khẩu có số đăng ký xấp xỉ thuốc trong nước với số lượng hoạt chất gấp đôi. Mạng lưới cung ứng thuốc gồm hơn 40 nghìn cơ sở bán lẻ và hơn 2 nghìn cơ sở bán buôn thuốc. *Quản lý giá thuốc.* Thị trường thuốc cơ bản bình ổn, không xảy ra tình trạng tăng giá đột biến, bất hợp lý ảnh hưởng tới công tác CSSK nhân dân. BYT đã ban hành các thông tư (09/2016/TT-BYT và 10/2016/TT-BYT) để hướng dẫn tăng cường công tác đấu thầu thuốc tại các bệnh viện. *Triển khai các giải pháp quản lý chất lượng thuốc.* Tăng cường kiểm tra và cấp giấy chứng nhận GMP. Đẩy mạnh hợp tác, chuyển giao kỹ thuật để không ngừng cải tiến công nghệ sản xuất và kỹ thuật bào chế. *Tăng cường kiểm soát chất lượng thuốc:* cập nhật công bố danh sách các cơ sở sản xuất thuốc nước ngoài có thuốc vi phạm chất lượng và lấy mẫu kiểm tra chất lượng 100% lô thuốc nhập khẩu từ các công ty này. Kiểm soát chất lượng dược liệu. *Sử dụng thuốc an toàn hợp lý.* Quản lý thuốc kê đơn, xây dựng dự thảo Danh mục thuốc không kê đơn mới. Thực hiện theo dõi ADR. Truyền thông mạnh mẽ về hiểm họa từ kháng kháng sinh. Đảm bảo an toàn vắc xin. Kiểm tra cấp chứng nhận và giám sát hoạt động sản xuất vắc xin của các cơ sở sản xuất trong nước; xử lý, tạm ngừng sử dụng, thu hồi vắc xin vi phạm chất lượng; sản xuất thành công vắc xin phối hợp sởi - rubella và dự kiến đưa vào TCMR từ năm 2017.

### **Đổi mới quản lý TTBYT, đầu tư cơ sở hạ tầng ở tuyến y tế cơ sở**

*Tiếp tục đầu tư cho phát triển cơ sở hạ tầng,* tập trung vào các BV trung ương và tuyến cuối, xây cơ sở mới ở khu vực ngoài nội thành, xây nhà cao tầng... Triển khai Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới Y tế cơ sở trong tình hình mới. *Đưa vào sử dụng hệ thống quản lý chất thải y tế* với khoảng 54,4% các bệnh viện có hệ thống xử lý nước thải; trên 95% bệnh viện thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế nguy hại hằng

ngày. *Tăng cường quản lý trang thiết bị y tế* theo Nghị định số 36/2016/NĐ-CP và xây dựng các Thông tư hướng dẫn thực hiện Nghị định. *Phát triển Đánh giá công nghệ y tế*: đánh giá tình hình đầu tư và sử dụng một số DVKT chẩn đoán hình ảnh chi phí cao. *Tăng cường bảo quản, bảo dưỡng, kiểm chuẩn TTBYT*: đào tạo cán bộ, xây dựng yếu tố tính giá viện phí, ban hành tiêu chuẩn trong lĩnh vực TTBYT.

## **2. Khó khăn, hạn chế**

**Về nhân lực y tế**: chất lượng đào tạo nhân lực chưa đáp ứng nhu cầu. Chưa thực hiện kiểm định chất lượng giáo dục, chưa áp dụng chuẩn đầu ra trong quản lý chất lượng đào tạo. Chế độ, chính sách với CBYT còn bất hợp lý (lượng khởi điểm, phụ cấp thâm niên). Chưa có chính sách bền vững thu hút cán bộ cho các khu vực khó khăn. Phân bổ nhân lực y tế chưa cân đối về số lượng và chất lượng giữa các vùng, các tuyến. Chất lượng nhân lực y tế còn hạn chế, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở hạn chế. Thực hiện quy định chuyển các cơ sở đào tạo cao đẳng, trung cấp Y Dược về Bộ LĐTĐ quản lý gây ra biến động lớn cho cả học viên lẫn các cơ sở đào tạo. Việc phối kết hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo trong công tác chỉ đạo điều hành đào tạo nhân lực y tế theo hướng đặc thù chưa hiệu quả.

**Về tài chính y tế**: không đảm bảo duy trì được mức tăng NSNN cho y tế: cắt giảm ngân sách các chương trình mục tiêu y tế, không có kinh phí bố trí cho Đề án y tế cơ sở. Khó khăn trong việc tiếp tục mở rộng BHYT tới khu vực phi chính thức. Thực hiện mua dịch vụ chiến lược của BHYT còn hạn chế liên quan tới cơ chế hợp đồng, kiểm soát chất lượng, xác định gói quyền lợi và phương pháp chi trả. Chi phí dịch vụ gia tăng do chỉ định dịch vụ không cần thiết từ phía người cung ứng và sử dụng quá mức cần thiết từ phía người có BHYT. Phương thức thanh toán chủ yếu vẫn theo theo phí dịch vụ; việc áp dụng các phương thức chi trả mới còn rất hạn chế. Chưa xác định được mô hình quản trị bệnh viện công phù hợp trong bối cảnh thực hiện tự chủ bệnh viện. Mức chi tiền túi vẫn ổn định ở mức cao.

**Về quản lý thuốc, vắc xin, sinh phẩm**: chưa thiết lập được cơ chế giám sát giá thuốc thường xuyên và hiệu quả. Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn, hợp lý: kê đơn và sử dụng kháng sinh quá mức, bán thuốc không theo đơn diễn ra phổ biến, giám sát ADR chưa chặt chẽ. Quản lý chất lượng thuốc tân dược, thuốc đông y, sinh phẩm và dịch vụ truyền máu chưa đồng bộ

**Về cơ sở hạ tầng và TTBYT**: thiếu kinh phí đầu tư cơ sở hạ tầng cho y tế cơ sở. Quản lý chất thải y tế vẫn còn bất cập: còn các CSYT gây ô nhiễm nghiêm trọng, thiếu kinh phí đầu tư cơ sở hạ tầng, duy trì hoạt động, giám sát tuân thủ. Quản lý TTB còn hạn chế: chưa áp dụng đánh giá công nghệ y tế và hiệu quả chi phí trong đầu tư TTB kỹ thuật cao; danh mục TTB, tiêu chuẩn kỹ thuật chưa cập nhật, thiếu hệ thống thông tin dữ liệu, kiểm soát chất lượng TTBYT chưa chặt.

### 3. Vấn đề ưu tiên

- Chất lượng đào tạo chưa đáp ứng nhu cầu. Năng lực CBYT, đặc biệt ở tuyến cơ sở còn hạn chế. Chế độ đãi ngộ chưa hợp lý, thiếu khuyến khích và tạo động lực.
- Việc gia tăng đầu tư NSNN cho y tế cũng như mở rộng BHYT tới khu vực phi chính thức gặp khó khăn; chi tiêu từ tiền túi của người dân vẫn ở mức cao.
- Hạn chế trong thực hiện mua sắm chiến lược của BHYT và kiểm soát gia tăng chi phí BHYT cũng như triển khai các phương thức thanh toán mới.
- Chưa xác định được mô hình quản trị bệnh viện công phù hợp để kiểm soát việc gia tăng chi phí y tế trong bối cảnh thực hiện tự chủ bệnh viện.
- Chưa thiết lập được cơ chế giám sát giá thuốc thường xuyên và hiệu quả. Sử dụng thuốc chưa bảo đảm an toàn, hợp lý; nhất là với thuốc kháng sinh.
- Thiếu kinh phí đầu tư hạ tầng cho y tế cơ sở. Quản lý đầu tư, vận hành, giám sát xử lý chất thải y tế nhiều bất cập. Quản lý đầu tư, sử dụng TTBYT còn hạn chế.

### 4. Khuyến nghị giải pháp

- Đổi mới nội dung chương trình đào tạo kết hợp với áp dụng kiểm định chất lượng giáo dục y khoa và chuẩn đầu ra trong quản lý chất lượng đào tạo.
- Tăng cường đào tạo liên tục, đào tạo tại chỗ cho cán bộ y tế tuyến cơ sở phù hợp với nhu cầu về mô hình bệnh tật và đặc thù công việc.
- Đổi mới mô hình đào tạo nhân lực y tế theo Khung trình độ quốc gia đi đôi với chế độ đãi ngộ tương xứng cho cán bộ y tế. Nghiên cứu xây dựng các cơ chế tài chính để thu hút và tạo động lực làm việc đối với cán bộ y tế tuyến cơ sở.
- Tăng cường tuyên truyền, đơn giản thủ tục trong đăng ký tham gia BHYT, mở rộng quyền lợi của người có BHYT trên cơ sở tăng giá viện phí theo lộ trình.
- Xây dựng đề án thực hiện mua sắm chiến lược của BHYT; tăng cường ứng dụng CNTT trong quản lý KCB và thanh toán BHYT, kiểm soát lạm dụng chi phí KCB BHYT từ hai phía. Mở rộng triển khai thanh toán theo định suất, DRG.
- Sớm ban hành Nghị định mới về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập trong lĩnh vực y tế; thí điểm và rút kinh nghiệm mô hình Hội đồng quản lý BV.
- Hướng dẫn và triển khai các quy định về đấu thầu, đàm phán giá thuốc và mua thuốc tập trung. Xây dựng các Trung tâm mua sắm và đấu thầu thuốc tập trung.
- Tăng cường tuyên truyền, kết hợp với đẩy mạnh thanh tra, kiểm tra việc kê đơn, bán thuốc theo đơn và sử dụng kháng sinh tại CSYT cũng như trong cộng đồng. Đẩy mạnh hoạt động giám sát và báo cáo ADR và sai sót trong dùng thuốc.

- Tăng đầu tư NSNN cho xây dựng cơ sở hạ tầng ở tuyến y tế cơ sở; đẩy mạnh xã hội hoá trong đầu tư cơ sở vật chất, TTB cho các BV tuyến tỉnh và trung ương.
- Tiếp tục kiểm soát việc xử lý chất thải y tế, nhất là ở các cơ sở gây ô nhiễm; giám sát việc thiết kế và thực hiện xử lý chất thải y tế ở các cơ sở mới xây dựng.
- Thực hiện đánh giá công nghệ y tế trong đầu tư TTBYT kỹ thuật cao đắt tiền, kiểm soát việc sử dụng và giám sát chất lượng và an toàn trong quá trình sử dụng.

### Chương III. Kết quả thực hiện các nhiệm vụ về cung ứng dịch vụ y tế

#### 1. Kết quả thực hiện

##### 1.1. Dịch vụ Y tế dự phòng

**Phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm:** chủ động giám sát, phòng chống các dịch bệnh truyền nhiễm trên diện rộng, đặc biệt với sốt xuất huyết và dịch bệnh do vi rút Zika. Các dịch bệnh được ngăn chặn, phát hiện và khống chế kịp thời, không có dịch bệnh lớn xảy ra. Giảm tỷ lệ mắc và tử vong do các dịch bệnh truyền nhiễm lưu hành so với năm 2015: giảm 27,8% số mắc thương hàn, 11,2% số mắc viêm não vi rút; 16,8% số mắc tay chân miệng; giảm 28% số tử vong do sốt xuất huyết và 80% số tử vong do tay chân miệng.

**Tiêm chủng mở rộng:** tiếp tục duy trì tỷ lệ TCĐĐ cao >90%. Bắt đầu sử dụng vắc xin bại liệt 2 týp (bOPV) theo khuyến cáo của WHO từ 5/2016. Thực hiện chiến dịch bổ sung vắc xin sởi-rubella cho 1,8 triệu đối tượng 16 - 17 tuổi (94,9%), uống vắc xin bại liệt cho 95,3% trẻ < 5 tuổi ở 120 huyện nguy cơ cao ở 19 tỉnh. Thẩm định, cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng cho hơn 96% cơ sở; giám sát, ghi nhận và báo cáo các tai biến sau tiêm chủng. Số mắc sởi giảm 8 lần so với năm 2015.

**Phòng chống HIV, lao và sốt rét:** Mở rộng mạng lưới, nâng cao năng lực cung ứng và tăng tỷ lệ đối tượng tiếp cận với các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS. Cung ứng dịch vụ khắp 63 tỉnh, thành phố với 110 phòng xét nghiệm được khẳng định HIV dương tính (5 cơ sở mới 2016), 385 cơ sở điều trị ARV (111 700 bệnh nhân), 275 cơ sở điều trị methadone (50 800 bệnh nhân). Thí điểm mô hình tư vấn xét nghiệm tại cộng đồng ở 5 tỉnh. Trong 6 tháng 2016, tư vấn xét nghiệm HIV cho 985 000 lượt người (0,9% dương tính). Xét nghiệm HIV cho 618 500 phụ nữ có thai (563 dương tính), điều trị ARV cho 873 người. Dự phòng ARV cho 764 trẻ và dự phòng co-trimoxazol cho 425 trẻ. Triển khai hỗ trợ người nhiễm HIV thông qua BHYT. Thực hiện thanh toán điều trị ARV qua BHYT; 35% các cơ sở thuộc BV/TTYT đã bổ sung phụ lục hợp đồng KCB BHYT cho người nhiễm HIV. Hầu hết các chỉ tiêu phòng chống HIV/AIDS đều đạt mục tiêu năm 2016: tỷ lệ người nhiễm HIV trong cộng đồng (< 0,3%), tỷ lệ người dân ở độ tuổi 15 - 49 hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS (80%) và tỷ lệ người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn được điều trị ARV (80%). Về công tác phòng chống lao và sốt rét: Triển khai

sàng lọc, chẩn đoán lao trên người bệnh HIV/AIDS tại hầu hết các cơ sở điều trị ARV; quản lý bệnh nhân đồng nhiễm HIV và lao, điều trị dự phòng bằng INH. Tổ chức các hoạt động hưởng ứng “Ngày Thế giới phòng chống sốt rét”; đẩy mạnh công tác giám sát, phòng chống sốt rét.

**Phòng chống các BKLN:** tổ chức chiến dịch truyền thông về dự phòng và kiểm soát ĐTD. Thực hiện điều tra, phân tích số liệu, hoàn thành báo cáo điều tra và cơ sở dữ liệu quốc gia về các yếu tố nguy cơ BKLN. Xây dựng bộ tài liệu tập huấn tập huấn dự phòng, quản lý BKLN tại cộng đồng; hoàn thiện dự thảo biểu mẫu thống kê báo cáo BKLN. Cập nhật báo cáo kết quả thực hiện chính sách quốc gia phòng, chống tác hại lạm dụng rượu bia; tiếp tục xây dựng và xin ý kiến dự thảo Luật phòng, chống tác hại rượu bia.

**Các hoạt động y tế dự phòng khác:** tăng cường hoạt động tuyên truyền và đào tạo tập huấn về VSATTP. Thí điểm triển khai thanh tra chuyên ngành ATTP. Đẩy mạnh thanh tra, kiểm tra, giám sát, phòng ngừa; kịp thời cảnh báo các nguy cơ mất ATTP; giải quyết nhanh chóng, hiệu quả các sự cố về ATTP. Kiểm soát ngộ độc thực phẩm, giảm 32,6% số vụ, 20% số người mắc và 91,7% số người tử vong so với năm 2015. Phối hợp giám sát, kiểm soát, theo dõi, đánh giá mức độ an toàn của thủy, hải sản ở các tỉnh miền Trung. Thẩm định đề cương quan trắc môi trường năm 2016 của 4 Viện tuyến trung ương. Khảo sát và triển khai ứng phó với các vấn đề sức khỏe liên quan đến hạn hán, xâm nhập mặn tại các tỉnh trọng điểm và sự cố môi trường biển ở 4 tỉnh miền Trung. Kiểm tra, giám sát việc quản lý chất thải y tế; sử dụng hóa chất diệt khuẩn, diệt côn trùng trong gia dụng và y tế. Đánh giá tác động môi trường y tế của các dự án xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện. Xây dựng quy chuẩn kỹ thuật quốc gia, truyền thông, tập huấn, kiểm tra, giám sát về vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp.

## 1.2. Y tế cơ sở, CSSKBD và các chương trình mục tiêu y tế

**Nâng cao năng lực tuyến y tế cơ sở:** lồng ghép nguyên lý YHBD trong CSSKBD tại các TYT, PKĐKKV. Đến tháng 6/2016 đã thành lập 336 PK BSGĐ tại 8 tỉnh, thành phố; lập được 195 245 hồ sơ sức khỏe; khám sàng lọc 500 919 lượt người, phát hiện 246 049 ca bệnh và chuyển tuyến cho 3600 ca. *Thực hiện luân phiên bác sĩ về công tác tại các TYT:* cử bác sĩ luân phiên từ BV, TTYT huyện về TYT xã và phân công bác sĩ TYT xã về làm việc và trực tại BV huyện để góp phần nâng cao năng lực chuyên môn.

**Phối hợp quân dân y:** phối hợp với Bộ Quốc phòng triển khai công tác dân quân tự vệ, giáo dục quốc phòng an ninh trong ngành y tế; chỉ đạo Ban Quân dân y các tỉnh tổ chức củng cố y tế cơ sở, nâng cao năng lực KCB của các cơ sở quân dân y.

**Phát triển y tế biển đảo:** hoàn thiện chủ trương đầu tư trung hạn (giai đoạn 2016 - 2020). Triển khai hệ thống Telemedicine kết nối với TTYT quân dân y huyện đảo Bạch Long Vĩ. Thành lập và chuẩn bị tổ chức Hội nghị Ban chỉ đạo quốc gia về y tế biển đảo.

### 1.3. Cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng

**Nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ KCB, giảm quá tải cho các BV tuyến trên:** Mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh đến tất cả 63 tỉnh, thành phố với 22 BV hạt nhân và 98 BV vệ tinh. Tăng cường chuyển giao kỹ thuật qua công tác chỉ đạo tuyến và thực hiện nghĩa vụ luân phiên; ứng dụng CNTT trong hỗ trợ đào tạo, tư vấn và chuyển giao. Tổ chức 386 lớp đào tạo, chuyển giao 791 kỹ thuật cho 7051 cán bộ các BV vệ tinh. Tăng tỷ lệ thực hiện các kỹ thuật được chuyển giao và giảm tỷ lệ chuyển tuyến các chuyên khoa được hỗ trợ ở 37,5% số BV vệ tinh; tỷ lệ chuyển tuyến giảm từ 73 - 99% tùy chuyên khoa. Tiếp tục đầu tư cho phát triển cơ sở hạ tầng để nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ KCB. Đẩy nhanh tiến độ đầu tư, mua sắm TTBYT, xây dựng 05 bệnh viện trung ương và tuyến cuối. Trong giai đoạn 2012 - 2016, có 119 BV được xây mới; 1839 khoa, phòng được cải tạo hoặc xây mới với 5129 buồng, bàn khám được tăng thêm. Số giường bệnh và số lượng các dịch vụ cung ứng đều được cải thiện. Số giường bệnh/vạn dân theo kế hoạch đạt 25,0 (chỉ tiêu 24,5); trong đó, ngoài công lập đạt 1,5 giường/10 000 dân. Các chỉ tiêu tổng hợp về cung ứng dịch vụ KCB như số lượt khám bệnh, số người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú, số ngày điều trị nội, ngoại trú, số phẫu thuật, thủ thuật đều tăng hơn so với năm 2015. Cải thiện quy trình KCB. Ở khu vực ngoại trú, quy trình khám bệnh giảm từ 12 - 14 bước xuống còn 4 - 8 bước tùy loại hình; giảm trung bình 48,5 phút trên 1 lượt khám bệnh, tiết kiệm được trung bình 27,2 triệu ngày công lao động/năm cho xã hội. Trong khu vực nội trú, 58% bệnh viện tuyến trung ương và 47% bệnh viện tỉnh trước đây có tình trạng nằm ghép đã giảm được tỷ lệ khoa có nằm ghép.

**Cải thiện chất lượng dịch vụ KCB:** cải tiến quy trình cung ứng dịch vụ KCB. Các bệnh viện tiếp tục cải tạo khu khám bệnh, kéo dài thời gian làm việc, cải tiến quy trình thu viện phí và thanh toán BHYT để nâng cao chất lượng dịch vụ. Điểm trung bình chất lượng bệnh viện theo 83 tiêu chí cuối năm 2015 và đầu năm 2016 là 2,8/5 điểm, cải thiện so với năm 2013 và 2014. Đổi mới thái độ và phong cách phục vụ. Theo đánh giá của Viện CL&CSYT, 71% bệnh nhân nhận xét nhân viên y tế có thái độ cử chỉ thân thiện hơn; trên 61% bệnh nhân ghi nhận sự cải thiện về cơ sở vật chất, tiếp đón, giảm thời gian chờ đợi; 87,7% bệnh nhân hài lòng đối với dịch vụ KCB của bệnh viện. Nâng cao chất lượng dịch vụ xét nghiệm. Tăng cường năng lực của 3 Trung tâm kiểm chuẩn xét nghiệm quốc gia; hỗ trợ kỹ thuật cho 05 BV tỉnh và trung ương đạt chuẩn ISO, hình thành mạng lưới phòng xét nghiệm tham chiếu trên toàn quốc. Tổ chức đào tạo, tập huấn về quản lý chất lượng xét nghiệm cho hơn 2000 cán bộ. Đẩy mạnh hoạt động ngoại kiểm với 3839 phòng xét nghiệm tham gia, gấp đôi năm 2014 và gấp 10 lần năm 2010. Về quản lý hành nghề, đã thực hiện cấp phép hành nghề cho 45 975 cơ sở KCB (94,7%) và chứng chỉ hành nghề cho 309 768 người hành nghề KCB (96,17%). Tăng cả về số lượt (5707) và số cơ sở (11 354) được thanh tra, kiểm tra hành nghề KCB.

**Thiết lập và cải thiện cơ chế chuyên tuyến, thanh toán BHYT:** triển khai việc đăng ký, chuyên tuyến và thông tuyến KCB BHYT giúp bệnh nhân có nhiều lựa chọn hơn trong việc tiếp cận dịch vụ KCB. Xây dựng mô hình kiến trúc tổng thể, ban hành chỉ tiêu đầu ra dữ liệu của phần mềm quản lý cơ sở KCB với Bộ mã danh mục dùng chung nhằm quản lý đầy đủ, chính xác thông tin người bệnh và tạo thuận lợi trong thanh toán chi phí KCB BHYT. Hiện đã có khoảng 99,5% cơ sở KCB trên toàn quốc được kết nối liên thông với hệ thống giám định của BHXH Việt Nam. Phối hợp với cơ quan BHYT Việt Nam giám sát việc sử dụng và thanh toán BHYT, tránh lạm dụng quỹ BHYT.

**Khuyến khích phát triển y tế ngoài công lập:** Bộ Y tế đã thành lập Tổ công tác PPP và đang kiện toàn để thành lập Ban chỉ đạo PPP; dự thảo ban hành Thông tư hướng dẫn thực hiện PPP trong ngành Y tế. Nhiều dự án PPP đã được đầu tư và hoạt động thành công như: BV Đa khoa tỉnh Phú Thọ (500/1300 giường bệnh thực hiện xã hội hoá); BV Đa khoa Đồng Nai (500/1000 giường bệnh xã hội hoá). Qua đó, các bệnh viện đã có thêm hạ tầng, cơ sở vật chất, TTBYT hiện đại, phát triển được các kỹ thuật mới,...

**Phát triển y học chuyên sâu, ứng dụng công nghệ cao trong KCB:** triển khai các kỹ thuật công nghệ y học tiên tiến như ghép tạng, trị liệu tế bào gốc, phẫu thuật nội soi,.... Tính đến tháng 9/2016, cả nước đã thực hiện thành công 1281 ca ghép thận, 54 ca ghép gan và 16 ca ghép tim. Năm 2016, ngành y tế 3 đạt giải thưởng Hồ Chí Minh, 1 giải thưởng Nhà nước về Khoa học và công nghệ cùng với 3 giải thưởng Nhân tài đất Việt.

#### 1.4. Cung ứng dịch vụ Y dược học cổ truyền

Có 57/63 UBND tỉnh, thành phố đã phê duyệt kế hoạch phát triển YDCT tại địa phương; 41 Bệnh viện YHCT đã đăng ký dự án đầu tư giai đoạn trung hạn 2016 - 2020. Mở rộng mạng lưới các cơ sở YDCT với 63 BV YHCT công lập (58 bệnh viện tuyến tỉnh) và 3 BV ngoài công lập; 92,7% số BVĐK có khoa/tổ YHCT (tăng 2,7% so với năm 2015); 84,8% số TYT có tổ chức KCB bằng YHCT (tăng 10,5% so với năm 2015). Tăng tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng YHCT ở các tuyến, đạt 4,1% ở tuyến trung ương, 11,7% ở tuyến tỉnh, 13,4% ở tuyến huyện và 28,5% ở tuyến xã. Từng bước nâng cao chất lượng KCB bằng YHCT, quản lý hành nghề bằng YHCT, kiểm soát chất lượng dược liệu.

#### 1.5. Dịch vụ Dân số - KHHGĐ, CSSK BMTE

**Dịch vụ DS-KHHGĐ:** tiếp tục triển khai các đề án nâng cao chất lượng dân số. Chuẩn bị triển khai Đề án kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh giai đoạn 2016 - 2025. Duy trì hoạt động CSSK NCT dựa vào cộng đồng; xây dựng chương trình hợp tác với WHO về chăm sóc NCT; triển khai xây dựng Đề án chăm sóc NCT giai đoạn 2017 - 2025. Tổ chức thực hiện có hiệu quả các hoạt động truyền thông chuyển đổi hành vi về DS-KHHGĐ. Bảo đảm hậu cần và cung cấp dịch vụ KHHGĐ theo hướng đa dạng hóa các biện pháp tránh thai, mở rộng mô hình cung ứng dịch vụ. Thanh tra, kiểm tra, giám sát phát hiện việc vi phạm về lựa chọn giới tính thai nhi. Tiếp tục hoàn thiện cơ sở dữ liệu

điện tử về DS-KHHGD, duy trì, nâng cấp phần mềm quản lý, cập nhật và hoàn thiện kho dữ liệu. Hầu hết các chỉ tiêu về DS-KHHGD đều đạt và vượt kế hoạch đề ra như tổng tỷ suất sinh (2,09 con/phụ nữ), tỷ suất sinh thô (15,74‰);....

**Dịch vụ CSSKSS, bảo vệ BMTE:** triển khai Kế hoạch hành động dự phòng và kiểm soát ung thư CTC. Chỉ đạo và phối hợp thực hiện các biện pháp phòng chống dịch Zika cho PNCT. Đẩy mạnh các giải pháp hạn chế tai biến sản khoa tại các cơ sở KCB. Điều tra, thẩm định các trường hợp tử vong mẹ năm 2014 - 2015. Đào tạo nâng cao năng lực thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn về CSSKSS, SKBMTE cho cán bộ y tế các tuyến. Hướng dẫn và giám sát tổ chức triển khai dịch vụ hỗ trợ sinh sản và mang thai hộ vì mục đích nhân đạo tại 3 BV trung ương (200 hồ sơ duyệt với 30 trường hợp sinh). Đạt nhiều chỉ tiêu đề ra cho năm 2016: Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi (13,5%); tỷ lệ phụ nữ được khám thai ít nhất 3 lần (> 90%); Tỷ lệ phụ nữ được CBYT đỡ đẻ (98%),....

## 2. Khó khăn, hạn chế

### 2.1. Dịch vụ Y tế dự phòng

**Các dịch bệnh truyền nhiễm** lưu hành như SXH, tay-chân-miệng vẫn có tỷ lệ mắc cao và tiềm ẩn nguy cơ bùng phát thành dịch. Các bệnh mới nổi (Zika, bệnh do MERS-CoV, vi rút cúm H7N9) có nguy cơ xâm nhập và xuất hiện dịch cao.

**Hoạt động TCMR** gặp nhiều khó khăn. Tỷ lệ TCĐĐ tại nhiều địa bàn ở khu vực miền núi phía Bắc chỉ đạt dưới 50%; tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ trong 24 giờ đầu sau sinh chỉ đạt dưới 70%. Tâm lý chờ đợi tiêm vắc-xin dịch vụ dẫn đến trì hoãn các mũi tiêm khác khiến cho trẻ tiêm chủng muộn, tiêm không đủ mũi làm tăng nguy cơ mắc bệnh, xảy ra dịch. *Các bệnh truyền nhiễm trong chương trình TCMR (như sởi, bạch hầu, ho gà, viêm gan B) có nguy cơ quay trở lại* do tích lũy đối tượng cảm nhiễm không được tiêm chủng hoặc tiêm chậm, tiêm không đầy đủ. Trong năm 2016, dịch bệnh ho gà và bạch hầu đã xảy ra tại một số địa phương như Cao Bằng, Bình Phước, Quảng Nam.

**Về phòng chống HIV/AIDS, lao và sốt rét:** mức độ giảm của dịch HIV/AIDS chưa sâu và chưa ổn định, mô hình dịch thay đổi theo hướng phức tạp và khó can thiệp. Tiêm cận và sử dụng các dịch vụ phòng chống HIV/AIDS gặp khó khăn cả về số lượng và chất lượng; chưa bảo đảm tính bền vững do kinh phí bị cắt giảm trong khi chỉ 40% người nhiễm HIV có BHYT. Việc lồng ghép, phối hợp giữa các hoạt động phòng chống HIV/AIDS và lao, CSSKSS chưa tốt làm giảm hiệu quả hoạt động trong bối cảnh nguồn lực hạn chế. Chỉ số về tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 2,96%, chưa đạt mục tiêu đặt ra cho năm 2016 (dưới 2%). Việc kiểm soát kháng thuốc ARV, điều trị lao, sốt rét vẫn còn khó khăn do vấn đề tuân thủ điều trị chưa tốt, hệ thống giám sát chưa hiệu quả.

**Phòng chống BKLN:** đầu tư chưa tương xứng với gánh nặng bệnh tật và nhu cầu CSSK. Năng lực của hệ thống y tế, nhất là ở tuyến y tế cơ sở trong dự phòng, sàng lọc phát hiện sớm, xử trí và quản lý điều trị BKLN còn hạn chế. Thiếu sự gắn kết giữa dự

phòng với điều trị, giữa các tuyến làm hạn chế khả năng chăm sóc liên tục, toàn diện các BKLN. Kiểm soát các yếu tố hành vi nguy cơ sức khoẻ liên quan với các BKLN chưa mang lại hiệu quả cao.

**Các hoạt động YTDP khác:** vi phạm trong sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm vẫn diễn ra phổ biến, nguy cơ mất VSATTP vẫn tiềm ẩn. Năng lực của mạng lưới quản lý VSATTP còn hạn chế; việc phối hợp liên ngành chưa hiệu quả; chế tài xử phạt chưa đủ sức răn đe. Tình hình NĐTP vẫn diễn biến phức tạp, khó kiểm soát, nhất là ở quy mô gia đình và ở các khu công nghiệp, các cơ sở thức ăn đường phố. Nguy cơ ô nhiễm môi trường cao do tác động của quá trình công nghiệp hoá; tác động của biến đổi khí hậu, đặc biệt là hạn hạn, xâm nhập mặn và thiên tai lũ lụt ngày càng nặng nề và diễn biến khó lường trong khi đầu tư còn khiêm tốn. Sự cố môi trường biển ở các tỉnh miền Trung tiếp tục đặt ra những thách thức trong phối hợp giám sát, quản lý và xử lý môi trường. Nhận thức của cộng đồng và sự quan tâm đầu tư của địa phương về vệ sinh môi trường, quản lý chất thải, phòng chống bệnh nghề nghiệp và tai nạn thương tích còn hạn chế.

## 2.2. Y tế cơ sở, CSSKBD

Việc đầu tư bố trí nguồn lực cho Đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở, các chương trình mục tiêu y tế nói chung, công tác quân dân y và phát triển y tế biên đảo nói riêng nhiều còn gặp khó khăn và chưa đáp ứng nhu cầu. Năng lực và chất lượng cung ứng DVYT của tuyến cơ sở vẫn còn hạn chế, nhất là trong quản lý sức khoẻ, phát hiện và xử trí các bệnh và vấn đề sức khoẻ thường gặp, đặc biệt ở miền núi, vùng cao, biên giới, hải đảo. Thiếu các hướng dẫn chuyên môn và cơ chế chính sách hỗ trợ cho hoạt động cung cấp dịch vụ của BSGĐ tại loại hình cơ sở y tế khác nhau.

## 2.3. Khám chữa bệnh, phục hồi chức năng

Tổ chức mạng lưới và cơ chế hoạt động của các CSYT chưa bảo đảm cung cấp dịch vụ toàn diện, liên tục, có chất lượng. Tình trạng quá tải ở các BV tuyến trên, nhất là ở các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối chưa được cải thiện triệt để. Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ chưa đồng bộ, thiếu các chế tài hỗ trợ và khuyến khích cung ứng dịch vụ có chất lượng. Chất lượng dịch vụ KCB vẫn còn nhiều vấn đề cần phải cải thiện cả về cách thức tổ chức cung ứng, thủ tục hành chính, chuyên môn,... Phát triển của mạng lưới y tế tư nhân chưa tương xứng với tiềm năng, việc quản lý chất lượng của y tế tư nhân vẫn còn khó khăn. Năng lực của cán bộ y tế, nhất là ở tuyến cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK NCT trong bối cảnh già hoá dân số nhanh chóng. PHCN chưa được triển khai áp dụng rộng rãi tương xứng với tiềm năng và thể mạnh.

## 2.4. Dịch vụ Y học cổ truyền

Nguồn nguyên liệu YDCT vẫn phụ thuộc chủ yếu vào nhập ngoại. Năng lực kiểm nghiệm còn hạn chế; chất lượng dược liệu và thuốc YHCT chưa được kiểm soát chặt chẽ. Việc triển khai áp dụng YHCT vào trong điều trị còn chậm; tỷ lệ KCB YHCT ở các

CSYT vẫn còn thấp. Quản lý hành nghề YDCT tư nhân còn nhiều bất cập. Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật và các hướng dẫn chuyên môn chưa đồng bộ, chậm được ban hành và chưa thực sự khuyến khích, hỗ trợ phát triển YDCT. Tiến độ triển khai Đề án Đầu tư xây dựng, nâng cấp hệ thống BV YHCT giai đoạn 2014 - 2025 và Quy hoạch tổng thể phát triển được liệu đến năm 2020, định hướng đến năm 2030 còn chậm.

## 2.5. Dịch vụ DS-KHHGD, CSSKSS, SKBMT

Phạm vi triển khai các đề án sàng lọc trước sinh, khi sinh và sau sinh còn hẹp. Nguy cơ mất cân bằng giới tính khi sinh vẫn còn cao. Đầu tư và năng lực của hệ thống y tế trong CSSK NCT chưa tương xứng với nhu cầu. Tỷ lệ tiếp cận với dịch vụ còn thấp, nhu cầu chưa được đáp ứng còn cao ở khu vực miền núi miền núi, vùng cao, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ vị thành niên, người di cư, lao động ở các khu công nghiệp. Cơ sở vật chất, TTB và nhân lực ở các BV tuyến huyện ở nhiều địa phương chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc điều trị, cấp cứu sản khoa và sơ sinh. Tử vong mẹ và tử vong trẻ em vẫn còn ở mức cao và giảm chậm, nhất là ở khu vực miền núi, vùng cao và việc giảm tiếp ngày càng khó khăn hơn... Tỷ lệ SDD trẻ em thể thấp còi còn cao, nhất là ở vùng nông thôn miền núi trong khi tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em đang gia tăng ở khu vực thành thị. Hệ thống thống kê báo cáo số liệu chưa chính xác, kịp thời và đầy đủ nên chưa phục vụ có hiệu quả cho việc lập kế hoạch, xây dựng chính sách và thiết kế các giải pháp can thiệp.

## 3. Vấn đề ưu tiên

### Về y tế dự phòng

- Gánh nặng do các bệnh truyền nhiễm (các bệnh lưu hành, các bệnh trong chương trình TCMR, các bệnh mới nổi) vẫn ở mức cao, có nguy cơ phát sinh dịch.
- Giám sát, kiểm soát các yếu tố nguy cơ BKLN chưa hiệu quả; năng lực của tuyến y tế cơ sở trong phát hiện và quản lý điều trị các BKLN còn hạn chế.
- Tiếp cận, sử dụng dịch vụ phòng chống HIV/AIDS của các nhóm đối tượng nguy cơ cao vẫn còn hạn chế, chưa bền vững, việc lồng ghép hoạt động chưa hiệu quả.
- Vi phạm về VSATTP trong sản xuất, chế biến, kinh doanh thực phẩm vẫn diễn ra phổ biến; nguy cơ NĐTP ở các bếp ăn tập thể, thức ăn đường phố còn cao.
- Tác động của ô nhiễm môi trường và biến đổi khí hậu ngày càng nặng nề trong khi chưa có sự quan tâm đầu tư đúng mức của các bộ, ngành, địa phương.

### Về y tế cơ sở, CSSKBD và các chương trình mục tiêu y tế

- Kinh phí đầu tư cho y tế cơ sở, hoạt động CSSKBD, các chương trình mục tiêu y tế còn rất hạn chế. Năng lực của y tế chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK.
- Thiếu các cơ chế chính sách đồng bộ cả về tài chính, chuyên môn kỹ thuật hỗ trợ cho hoạt động cung ứng dịch vụ của mô hình BSGĐ.

## **Về khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng**

- Tình trạng quá tải ở một số chuyên khoa và ở các bệnh viện tuyến cuối chưa được cải thiện một cách đột phá.
- Năng lực cung ứng dịch vụ KCB ở tuyến dưới còn hạn chế; tổ chức và cơ chế hoạt động chưa khuyến khích và bảo đảm nhu cầu chăm sóc toàn diện, liên tục. Tình trạng không công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở y tế còn phổ biến.
- Việc quản lý, tổ chức cung ứng và kiểm soát chất lượng DVYT vẫn còn nhiều bất cập, chất lượng DVYT có những cải thiện nhưng chưa đáp ứng được kỳ vọng.
- Năng lực cung ứng dịch vụ của mạng lưới y tế tư nhân vẫn còn khiêm tốn và việc kiểm soát chất lượng vẫn còn gặp nhiều khó khăn.

## **Về y dược học cổ truyền**

- Nguồn cung dược liệu trong nước còn hạn chế, quản lý chất lượng dược liệu và hành nghề YHCT chưa chặt, chậm triển khai quy hoạch phát triển dược liệu.
- Việc nghiên cứu áp dụng các phương pháp điều trị YHCT trong KCB còn chậm. Tỷ lệ KCB YHCT tại các cơ sở KCB vẫn còn thấp, chưa tương xứng tiềm năng.

## **Về DS-KHHGD, CSSKSS, SKBMTE**

- Còn khác biệt lớn về sức khỏe, bệnh tật và tiếp cận dịch vụ giữa các vùng miền. Tỷ vong mẹ và tử vong trẻ em ở vùng sâu, vùng xa vẫn ở mức cao và giảm chậm. Nhu cầu chưa được đáp ứng với dịch vụ ở một số nhóm đối tượng vẫn còn cao.
- Nguy cơ mất cân bằng giới tính khi sinh vẫn còn cao; các đề án nâng cao chất lượng dân số chỉ được triển khai ở quy mô nhỏ; tình trạng già hoá dân số diễn ra nhanh chóng chưa được tính đến đầy đủ trong hoạch định chính sách.
- Đầu tư và năng lực của hệ thống y tế trong cung ứng dịch vụ CSSKSS, SKBMTE chăm sóc sức khỏe người cao tuổi chưa tương xứng với nhu cầu.

## **4. Khuyến nghị các giải pháp**

### **Các giải pháp chung**

- Hoàn thiện và thống nhất mô hình tổ chức hệ thống cung ứng DVYT các tuyến theo hướng tăng cường kết nối giữa điều trị với dự phòng và giữa các tuyến y tế.
- Xây dựng bổ sung và hoàn thiện các văn bản quy phạm pháp luật, hướng dẫn chuyên môn trong từng lĩnh vực cung ứng dịch vụ.
- Tăng cường đầu tư cho y tế cơ sở, CSSKBD; đổi mới cơ chế tài chính để bảo đảm quyền lợi của người bệnh và khuyến khích, tạo động lực cho cán bộ y tế.
- Tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho y tế cơ sở trong quản lý sức khỏe, phát hiện và xử lý các vấn đề sức khỏe thường gặp, tập trung vào các BKLN.

## **Về y tế dự phòng**

- Lập kế hoạch chủ động giám sát, dự báo, phát hiện sớm, khống chế kịp thời các dịch bệnh lưu hành; tăng cường giám sát dịch tễ chặt chẽ ở các cửa khẩu quốc tế.
- Đẩy mạnh tuyên truyền, bảo đảm cung ứng đủ vắc xin, tăng cường giám sát việc tổ chức tiêm chủng để duy trì tỷ lệ TCCĐ cao, nâng cao chất lượng và an toàn.
- Tăng cường hoạt động TTGDSK thay đổi hành vi, chủ động thực hiện các biện pháp dự phòng và nâng cao sức khỏe. Đào tạo, huấn luyện và giám sát hỗ trợ kỹ thuật nâng cao năng lực hoạt động dự phòng, kiểm soát các BKLN ở tuyến cơ sở.
- Mở rộng các điểm dịch vụ phòng chống HIV (tư vấn xét nghiệm, điều trị ARV, điều trị methadon) đến tận xã phường; lồng ghép dịch vụ tư vấn với điều trị ARV, điều trị methadone, điều trị lao và các dịch vụ CSSKSS ở tuyến cơ sở.
- Đẩy mạnh các giải pháp thu hút người nhiễm HIV tham gia BHYT; bảo đảm quyền lợi BHYT của người nhiễm HIV. Xây dựng kế hoạch bảo đảm thuốc ARV chất lượng với giá hợp lý; từng bước thực hiện cung ứng thuốc ARV qua BHYT.
- Tăng cường giám sát hỗ trợ việc tuân thủ điều trị ARV, lao và sốt rét; xây dựng kế hoạch dự phòng và giám sát nguy cơ kháng thuốc.
- Tiếp tục triển khai Đề án đầu tư xây dựng hệ thống xử lý chất thải cho các CSYT cùng với tăng cường giám sát thực hiện quản lý và xử lý chất thải y tế.
- Đẩy mạnh phối hợp liên ngành trong quản lý nhà nước về ATTP, thanh tra giám sát, xử phạt nghiêm các vi phạm về VSATTP; xây dựng mô hình và giám sát hoạt động của các cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm sạch.
- Tiếp tục thí điểm, đánh giá nhân rộng mô hình thanh tra chuyên ngành về VSATTP; đào tạo, nâng cao năng lực hệ thống giám sát về VSATTP của ngành Y tế trong chủ động kiểm tra, giám sát, phòng ngừa, cảnh báo nguy cơ ATTP.
- Tổ chức, hướng dẫn thực hiện các văn bản quy phạm pháp luật về bảo vệ môi trường, an toàn vệ sinh lao động, phòng chống tai nạn thương tích; tăng cường phối hợp liên ngành trong giám sát thực thi các quy định về bảo vệ môi trường.

## **Về y tế cơ sở, chăm sóc sức khỏe ban đầu**

- Huy động nguồn lực tăng cường đầu tư cho công tác CSSKBĐ; triển khai thực hiện Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
- Xây dựng cơ chế, tăng cường đào tạo, thu hút nhân lực, đổi mới và nâng cao hiệu quả hoạt động, lồng ghép triển khai các chương trình mục tiêu y tế ở tuyến cơ sở.
- Áp dụng các nguyên lý YHGĐ trong CSSKBĐ tại tuyến cơ sở; hoàn thiện các cơ chế chính sách về tài chính, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật hỗ trợ cho hoạt động của BSGĐ; mở rộng mô hình PKBSGD theo lộ trình phù hợp.

## **Về khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng**

- **Đẩy mạnh các giải pháp giảm quá tải bệnh viện:** tăng tiến độ các dự án trọng điểm xây dựng các CSYT mới; mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh và bệnh viện hạt nhân; tiếp tục thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn, tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho các bệnh viện tuyến dưới, triển khai telemedicine...
- **Ban hành các quy định, hướng dẫn chuyên môn và hoàn thiện hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ KCB các cấp.** Xây dựng và triển khai mô hình đánh giá, chấm điểm độc lập về chất lượng bệnh viện; xây dựng các cơ chế về quản lý và tài chính để khuyến khích các cơ sở cung ứng dịch vụ có chất lượng.
- **Tăng cường công tác quản lý, kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học và hoàn thiện cơ chế bảo đảm việc công nhận kết quả xét nghiệm giữa các cơ sở y tế.**
- **Đẩy mạnh cải cách các thủ tục hành chính trong KCB, thực hiện các quy định về đăng ký và chuyển tuyến KCB BHYT nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho người dân trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ, nhất là với người có BHYT.**
- **Xây dựng các cơ chế tài chính khuyến khích tuyến dưới nâng cao năng lực và chất lượng cung ứng DVYT, giải quyết các vấn đề sức khoẻ thường gặp.**
- **Tăng cường quản lý, cấp phép hành nghề; theo hướng triển khai thi sát hạch cấp chứng chỉ hành nghề, cấp phép hành nghề có thời hạn, gắn với đào tạo liên tục.**
- **Khuyến khích thực hiện PPP trong đầu tư xây dựng các cơ sở sở y tế, đa dạng hoá các loại hình DVYT.**

## **Về y dược học cổ truyền**

- **Đẩy mạnh triển khai Đề án phát triển YHCT.** Thực hiện quy hoạch, tăng cường đầu tư, ưu đãi, hỗ trợ, bảo đảm đầu ra cho các khu nuôi trồng dược liệu tập trung.
- **Ban hành các hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật, phạm vi hành nghề về YHCT, tăng cường áp dụng các phương pháp YHCT trong KCB, mở rộng phạm vi KCB YHCT, tăng tỷ lệ người bệnh được KCB bằng YHCT.**
- **Nâng cao năng lực và đẩy mạnh kiểm nghiệm, giám sát chất lượng thuốc, dược liệu và hoạt động của các cơ sở sản xuất, kinh doanh, điều trị YHCT.**

## **Về dân số, kế hoạch hóa gia đình, SKBMTE**

- **Nghiên cứu xây dựng chiến lược DS-KHHGD mới, chuyển trọng tâm từ KHHGD sang dân số và phát triển để giải quyết toàn diện các vấn đề dân số.**
- **Đẩy mạnh cung ứng dịch vụ DSKHHGD, CSSKSS, SKBMTE ở các vùng khó khăn, tập trung cho các nhóm đối tượng có nhu cầu chưa được đáp ứng.**
- **Đào tạo người đỡ đẻ, kíp hồi sức và phẫu thuật sản khoa cho các BV, hỗ trợ BV huyện vùng khó khăn thực hiện được cấp cứu sản khoa toàn diện.**

- Chủ động kiểm soát và giải quyết các nguyên nhân sâu xa làm mất cân bằng giới tính khi sinh; đẩy mạnh tuyên truyền kết hợp thanh tra, kiểm tra xử lý vi phạm.
- Lòng ghép hoạt động DS-KHHGD CSSKSS, SKBMTE với các dịch vụ YTDP ở tuyến cơ sở; mở rộng phạm vi triển khai các đề án sàng lọc trước và sau sinh.
- Triển khai có hiệu quả Đề án CSSK NCT; mở rộng và đa dạng hóa các dịch vụ CSSK NCT; phối hợp liên ngành trong phòng chống TNTT, đuối nước ở trẻ em.

## PHẦN HAI. HƯỚNG TỚI GIÀ HOÁ KHOẺ MẠNH Ở VIỆT NAM

### Chương IV. Già hóa dân số, thực trạng sức khỏe của NCT Việt Nam

#### 1. Đặc điểm của già hóa dân số ở Việt Nam

**Thực trạng:** trong giai đoạn 1979 - 2015, số NCT ở Việt Nam từ dưới 4 triệu (6,9% dân số) lên 10,35 triệu (11,3% dân số). Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa năm 2012 (NCT chiếm 10,2% dân số) và sẽ trở thành nước có dân số già năm 2038 (20,1% dân số là NCT). Dự báo đến năm 2049, tỷ lệ NCT sẽ chiếm khoảng 25% dân số, tỷ lệ người trong độ tuổi lao động (15 - 59) giảm xuống còn 57%.

**Việt Nam là nước có tốc độ già hoá nhanh bậc nhất thế giới** với quá trình già hoá ở nước ta chỉ diễn ra trong vòng 26 năm (2011 - 2037), nhanh hơn 2,6 lần so với Mỹ (68 năm) và 4,4 lần so với Pháp (115 năm). Điều này tạo ra áp lực cực lớn trong việc đảm bảo an sinh và đáp ứng nhu cầu CSSK đang gia tăng nhanh chóng của NCT.

**Chỉ số già hoá tăng nhanh và tỷ lệ phụ thuộc già bắt đầu có xu hướng tăng:** chỉ số già hóa (số NCT tính trên 100 trẻ < 15 tuổi) của dân số Việt Nam tăng từ 17 năm 1979 lên 47 năm 2015 và dự kiến lên tới 138 vào năm 2049. Tỷ số phụ thuộc già gần đây bắt đầu tăng với 1 NCT cho 9 người lao động năm 2015 và sẽ tăng mạnh lên mức 1 NCT cho 6,2 người lao động năm 2029 và tương ứng với 3,5 người lao động vào năm 2049.

**Già hóa diễn ra nhanh nhất trong nhóm cao tuổi nhất:** già hóa dân số tiến triển ngay trong đối tượng NCT và diễn ra nhanh nhất trong nhóm già nhất. Số người 80 tuổi trở lên tăng từ 0,33 triệu (9% tổng số người cao tuổi) năm 1979 lên 1,95 triệu năm 2015 (18,8%) và dự báo sẽ chiếm khoảng 4,3 triệu (gần 16%) dân số cao tuổi vào năm 2049.

**Xu hướng nữ hoá và sự gia tăng tỷ lệ góa và tình trạng NCT sống một mình:** tỷ số giới tính nghiêng về nữ giới và tăng theo độ tuổi. Năm 2014, số nam trên 100 nữ giảm từ 79 người ở độ tuổi 60 - 69 xuống chỉ còn 52 người ở nhóm 80 tuổi trở lên. Tỷ lệ góa bụa năm 2011 là 36,1% (50,7% ở nữ và 14% ở nam). Tỷ lệ NCT sống một mình hoặc chỉ sống với vợ/chồng ngày càng gia tăng, tăng theo tuổi, cao hơn ở nữ và NCT ở thành thị.

**NCT chủ yếu sống ở nông thôn với tỷ lệ ngày càng cao và tăng theo độ tuổi:** năm 2015, khoảng hai phần ba số NCT sống tại nông thôn. Tuổi càng cao, NCT càng

tập trung ở nông thôn và chênh lệch giới càng lớn. Dự báo đến năm 2049 tỷ lệ NCT ở nông thôn tăng gấp ba và ở thành thị tăng gấp đôi so với hiện nay. Với định nghĩa NCT là từ 65 tuổi trở lên, thì đến gần năm 2049, dân số nông thôn sẽ trở thành dân số siêu già.

**Người cao tuổi tập trung nhiều hơn ở khu vực đồng bằng:** 3 vùng đồng bằng có tỷ lệ NCT lớn, gồm Đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long là những nơi có số người xuất cư lớn hơn số người nhập cư.

## 2. Tình hình sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam

**Tuổi thọ và tuổi thọ khỏe mạnh:** tính từ lúc sinh, tuổi thọ trung bình của người Việt Nam năm 2015 là 73,3 tuổi (70,7 ở nam và 76,1 ở nữ); tuổi thọ khỏe mạnh (HALE) là 63,2 tuổi ở nam và 70,0 tuổi ở nữ. Tính từ tuổi 60, tuổi thọ và tuổi thọ khỏe mạnh của người Việt Nam tương ứng là 19,5 năm và 14,7 năm ở nam; 24,9 năm và 18,4 năm ở nữ.

**Tình trạng sức khỏe theo tự đánh giá:** theo Điều tra NCT Việt Nam năm 2011, có 65,4% NCT tự đánh giá sức khỏe ở mức yếu và rất yếu; 29,8% ở mức bình thường và 4,8% ở mức tốt và rất tốt. Tỷ lệ tự đánh giá sức khỏe không tốt (rất yếu và yếu) cao hơn đáng kể ở nhóm NCT có độ tuổi cao, ở NCT là phụ nữ và NCT sống ở nông thôn.

**Tình hình suy giảm các chức năng:** năm 2009, khoảng 40% nam và 46% nữ NCT gặp khó khăn với ít nhất một trong 4 chức năng nghe, nhìn, vận động, ghi nhớ; trong đó 24% nam và 31% nữ có khó khăn với hai chức năng trở lên. Trong số NCT có khó khăn về các chức năng này, có 10% ở một mình và 20% chỉ sống với một người khác. Hiện nay, BHYT Việt Nam chưa chi trả cho mắt giả, kính thuốc, tay chân giả, máy trợ thính.

### Bảng tổng hợp tình hình suy giảm chức năng ở NCT

	Tổng điều tra Dân số 2009	Điều tra NCT 2011
Suy giảm chức năng nghe (3,3% DALY)	Nam 21%. Nữ 25% 60 - 69 (10,40%); 70 - 79 (25,6%); 80+ (54,5%)	60 - 69 (19,5%); 70 - 79 (37,2%); 80+ (> 50%)
Suy giảm chức năng nhìn (Rối loạn khúc xạ: 1,8% DALY)	Nam 28%. Nữ 34% 60 - 69 (19,45%); 70 - 79 (34,8%); 80+ (54,7%)	60% tự khai nhìn kém; 76,7% khám thị lực kém (70,3% ở nhóm 60 - 74 tuổi và 93% ở nhóm từ 75+)
Suy giảm chức năng vận động	22% nam và 29% nữ	Chung: 71,6%
Suy giảm chức năng ghi nhớ	19% nam và 26% nữ	47,9% cho rằng có trí nhớ kém/ rất kém; (51,1% ở nữ và 42,9% ở nam)
Suy giảm khả năng sinh hoạt cá nhân hằng ngày	Không có đánh giá	37,6% có ít nhất một khó khăn (nữ 39% và nam 35%); hơn 50% ở nhóm tuổi 80+

**Gánh nặng bệnh tật tính theo DALY:** gánh nặng bệnh tật ở NCT chủ yếu gây ra bởi các BKLN; chiếm từ 87 - 89% số DALY mất đi và 86 - 88% số trường hợp tử vong

tùy theo từng nhóm tuổi. Trong đó, bệnh tim mạch (chủ yếu TBMMN và bệnh tim thiếu máu cục bộ) gây gánh nặng bệnh tật lớn nhất ở NCT, với tỷ lệ tăng dần theo tuổi, từ 26% ở nhóm 60 - 69 tuổi, lên tới 38% ở nhóm 80 tuổi trở lên. Đứng hàng thứ hai là bệnh ung thư (đặc biệt phổi/khí quản, gan, da dày, đại tràng với gánh nặng giảm dần khi tuổi tăng). Tiếp theo là các nhóm bệnh khác nhau, như bệnh phổi mạn tính, bệnh tâm thần kinh, bệnh nội tiết, tiết niệu, cơ xương khớp,... Bệnh tim mạch cũng là nhóm gây tử vong lớn nhất ở NCT; chủ yếu liên quan đến TBMMN do xuất huyết và bệnh tim thiếu máu cục bộ. Ung thư vẫn là nguyên nhân đứng thứ hai, chủ yếu là ung thư phổi/khí quản.

**Tình hình ốm đau, bệnh tật:** tại cộng đồng, theo Điều tra NCT năm 2011, đau khớp, chóng mặt và đau đầu là các triệu chứng thường gặp nhất ở NCT, tiếp đến là ho, khó thở, đau ngực. Các bệnh huyết áp (46%), viêm khớp (34%) và phổi là những bệnh phổ biến ở NCT với tỷ lệ mắc tăng theo lứa tuổi. Theo Điều tra y tế hộ gia đình năm 2015, các triệu chứng/bệnh do NCT báo cáo nhiều nhất là THA (30%); bệnh lý cơ xương khớp (10%) và bệnh đường hô hấp (7,6%). Tại các cơ sở y tế, hai nhóm bệnh thường gặp nhất ở NCT là THA và viêm phế quản cấp. Bệnh ĐTD chỉ gặp trong nhóm 10 bệnh hay gặp ở bệnh nhân cao tuổi tại các BV tuyến huyện trở lên. Một số bệnh hay gặp khác là viêm dạ dày tá tràng, bệnh liên quan đến tim mạch, xương khớp. Ở tuyến y tế cơ sở, chỉ riêng 10 bệnh thường gặp nhất đã chiếm tới 84% số lượt KCB của NCT ở tuyến xã; 52% lượt khám ngoại trú và 45% lượt điều trị nội trú của NCT ở tuyến huyện. Các bệnh thường gặp nhất là THA (lần lượt là 49,5%; 15,4% và 12,5%); bệnh truyền nhiễm (22,1%; 16,4%; và 15,4%); bệnh cơ xương khớp (6,1%; 9,4%; và 5,0%).

**Gánh nặng các yếu tố nguy cơ sức khỏe:** trong ba nhóm yếu tố nguy cơ chính đã biết gây nên 58% gánh nặng bệnh tật của NCT Việt Nam theo DALY năm 2015, nhóm yếu tố hành vi có đóng góp lớn nhất (40%), tiếp đến là nhóm các yếu tố về chuyển hóa (33%) và nhóm các yếu tố liên quan đến vệ sinh, môi trường (14%). Trong đó, đóng góp nhiều nhất là chế độ ăn chưa hợp lý (21,7%; gồm có ăn mặn, nhiều chất béo, ít rau quả, ít hải sản), THA tâm thu (20,2%), và phơi nhiễm khói thuốc lá (18,7%; kể cả thụ động).

## Chương V. Chăm sóc y tế nhằm mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam

### 1. Mạng lưới CSSK NCT

Mạng lưới CSSK NCT hiện đang được tổ chức lồng ghép trong hệ thống y tế hiện hành và còn tương đối tách bạch giữa điều trị và dự phòng.

**Tại tuyến trung ương:** Bệnh viện Lão khoa trung ương là BV tuyến cuối duy nhất về CSSK cho NCT và khoa lão hoặc khoa lão ghép được thành lập từ 2016 tại một số BV như YHCT trung ương, Đa khoa trung ương Thái Nguyên,....

**Ở các địa phương,** đến đầu năm 2017, có trên 70 BV các tuyến đã thành lập khoa lão, khoa lão ghép hoặc đơn nguyên lão khoa mặc dù rất ít đơn vị hoạt động theo đúng

ngành khoa dành cho NCT. Ngoài ra, còn có sự tham gia của 36 BV điều dưỡng-PHCN tuyến tỉnh và 15 trung tâm điều dưỡng của các ngành cũng như khoa PHCN của các BVĐK.

**Tuyến y tế cơ sở**, cả nước có 629 BV huyện (chiếm 30,7% tổng số giường bệnh nội trú toàn quốc), 544 PKĐKKV và 11 ngàn TYT xã cùng đội ngũ đông đảo NVYT có vai trò quan trọng trong CSSKBĐ cho người dân trong đó có NCT.

**Hệ thống y tế dự phòng tuyến tỉnh** phối hợp với tuyến huyện và tuyến xã với độ bao phủ rộng tới tận thôn, ấp, bản đã triển khai có hiệu quả một số chương trình phòng chống BKLN cho cả đối tượng NCT. Mô hình tổ chức của hệ YTDP đang được sắp xếp lại để tăng cường tính kết nối nhằm nâng cao hiệu quả quản lý CSSK toàn diện và liên tục.

Ngoài ra, **các bệnh viện, phòng khám tư** cũng tham gia cung cấp DVYT cho cả NCT. Tuy nhiên, vẫn thiếu cơ sở pháp lý cho dịch vụ chuyên chăm sóc y tế tại nhà cho NCT.

## **2. Mô hình cung cấp dịch vụ y tế theo tuyến của NCT hiện nay**

NCT chiếm 25% tổng số lượt sử dụng DVYT nói chung và ở BV tỉnh trở lên nói riêng. Ở tuyến cơ sở, NCT chiếm trên 30% lượt khám sức khỏe (KSK) ở TYT; 35% lượt KCB ngoại trú, 33% lượt KSK và 30% lượt KCB nội trú ở BV huyện. Khoảng 33% lượt KCB nội trú ở CSYT tư và 20 - 30% tổng số bệnh nhân của các BV đa khoa tuyến tỉnh là NCT. Năm 2012 có khoảng 29 triệu lượt tiếp cận DVYT của NCT, gồm cả KCB ngoại trú (77%), KSK (14%) và điều trị nội trú (9%). BV huyện là CSYT được sử dụng nhiều nhất, chiếm 33% số lượt sử dụng dịch vụ của NCT, tiếp theo là TYT (22%) và BV tuyến trên (20%). Khám sức khỏe và điều trị nội trú được sử dụng chủ yếu ở cơ sở y tế công. Y tế tư nhân và khác chủ yếu phục vụ nhu cầu KCB ngoại trú.

## **3. Nhân lực và đào tạo nhân lực cho chăm sóc sức khỏe người cao tuổi**

Nhân lực tại tất cả các tuyến y tế đều cung cấp dịch vụ cho NCT, nhưng kiến thức chuyên môn và hiểu biết nhu cầu của NCT hiện còn rất hạn chế và không đều. Ngoài BV Lão khoa trung ương, đơn vị lão khoa của các BV còn lại, vẫn còn thiếu bác sĩ và hầu hết chưa được đào tạo chuyên ngành lão khoa. Y tế cơ sở là nơi được NCT sử dụng nhiều nhất cũng là nơi có năng lực CSSK NCT yếu nhất, hầu hết chưa được đào tạo về chăm sóc NCT và còn thiếu các kiến thức và kỹ năng về dự phòng và kiểm soát các BKLN ở NCT. Hệ thống YTDP, vốn được xây dựng và đào tạo chủ yếu để phòng, chống bệnh truyền nhiễm, nhân lực chưa kịp đào tạo lại cho phù hợp với yêu cầu mới.

Hiện nay, Lão khoa chưa được lồng ghép đầy đủ trong nội dung của Chương trình đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe; chưa có chương trình khung thống nhất về môn lão khoa cho bác sĩ, điều dưỡng. Một số chương trình đào tạo như bác sĩ YHCT, điều dưỡng có nội dung về CSSK NCT nhưng ít quan tâm đến giao tiếp, tâm lý. Vẫn chưa

có mã cấp IV về lão khoa trong danh mục giáo dục, đào tạo trình độ thạc sĩ, tiến sĩ. BV Lão khoa trung ương đã tích cực xây dựng tài liệu và tổ chức đào tạo liên tục về lão khoa cho bác sĩ các tuyến song cũng chỉ đáp ứng được một phần nhỏ trong nhu cầu đào tạo rất lớn hiện nay.

#### **4. Bảo vệ tài chính y tế cho NCT**

Tỷ lệ NCT có BHYT tăng lên theo từng năm, từ 43,5% năm 2006 lên 75% năm 2014; cao nhất ở người 80 tuổi trở lên (80%) và thấp nhất (72%) ở nhóm từ 60 - 69 tuổi. Đến năm 2015, cả nước đã thực hiện trợ cấp xã hội hằng tháng và cấp thẻ BHYT miễn phí cho 1,5 triệu NCT từ đủ 80 tuổi trở lên không có lương hưu. Theo số liệu điều tra hộ gia đình, năm 2014, vẫn còn 25% người từ 80 tuổi trở lên chưa có BHYT.

BHYT nhằm mục đích giảm cản trở tài chính để sử dụng DVYT và giảm gánh nặng tài chính y tế. Về mặt lý tưởng, mức độ NCT sử dụng DVYT chỉ nên phụ thuộc vào nhu cầu chứ không phải khả năng chi trả. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu về mức độ sử dụng dịch vụ ngoại trú ở NCT gợi ý có thể có rủi ro đảo đực và lựa chọn ngược ở nhóm NCT từ 60 - 69 tuổi. Với dịch vụ nội trú, kết quả nghiên cứu gợi ý rằng có cản trở tài chính ảnh hưởng khả năng sử dụng dịch vụ của NCT không có BHYT.

Mô hình sử dụng DVYT ở các tuyến khác nhau hiện nay vẫn bị ảnh hưởng bởi khả năng chi trả và khả năng tiếp cận dịch vụ, không thuần túy mức độ nặng của bệnh tật. Khả năng chi trả là yếu tố quan trọng cản trở NCT sử dụng DVYT, chiếm đến 43,5% các trường hợp NCT không được KCB, tiếp theo là điều kiện đi lại khó khăn 17,3%. Để được chữa các BKLN, chủ thẻ BHYT vẫn phải lên tuyến huyện, gây khó khăn thực sự với những NCT nghèo, sống ở khu vực khó khăn, vùng sâu, vùng xa với người dân gheo, yếm xã nhưng để khám chữa bệnh thì chủ thẻ bảo hiểm y tế phải lên tuyến huyện.

#### **5. Cung cấp dịch vụ CSSK NCT**

##### **5.1. Kết quả thực hiện**

**Về công tác TT-GDSK**, một số địa phương đã thiết kế các chương trình dành riêng cho NCT trên Đài PTTH, tổ chức sinh hoạt các câu lạc bộ NCT, xây dựng một số trang web tuyên truyền về sức khỏe NCT. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có chiến lược cũng như kế hoạch để hỗ trợ các địa phương thực hiện TT-GDSK nâng cao sức khỏe cho NCT.

**Về dự phòng các bệnh mạn tính không lây**, Việt Nam đã xây dựng nhiều chính sách kiểm soát các yếu tố nguy cơ phòng chống BKLN theo khuyến cáo toàn cầu của WHO. Trong đó, hoạt động chính hướng đến đối tượng NCT chủ yếu vẫn là TT-GDSK. Kiến thức của người dân về phòng, chống BKLN nhờ đó có tăng trong thời gian gần đây.

**Về sàng lọc phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh**. Năm 2016, đã có 792 430 NCT (7,7%) được KSK định kỳ tại TYT xã. Số NCT cô đơn, bị bệnh nặng được khám tại nhà tăng từ khoảng 29,6 nghìn người năm 2015 lên 50 266 người trong 6 tháng đầu

năm 2016. Nhiều TYT xã đã quản lý danh sách NCT tại địa bàn, thậm chí lập sổ theo dõi sức khỏe NCT như 20 xã có dự án của tỉnh Hoà Bình. *Với bệnh THA*: bước đầu xây dựng được mô hình Đơn vị phòng chống THA và Đơn vị điều trị THA ở TTYT và BVĐK tuyến huyện. Khoảng 12% số xã đã tham gia quản lý THA thông qua việc tư vấn, phối hợp cấp thuốc tại TYT xã. Tính đến năm 2015, đã góp phần phát hiện, điều trị, quản lý khoảng hơn 800 000 BN. *Với ĐTD*: y tế tuyến xã tham gia phát hiện người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh, sàng lọc phát hiện tiền ĐTD, người có khả năng mắc bệnh để chuyển tuyến trên chẩn đoán và điều trị kịp thời, quản lý và theo dõi BN đã được điều trị ổn định ở tuyến trên. Bước đầu đã góp phần phát hiện, điều trị, quản lý 250 000 người tiền ĐTD và mắc ĐTD. *Với COPD và HPQ*: các hoạt động chủ yếu tập trung tại tuyến tỉnh; bước đầu triển khai thí điểm quản lý bệnh nhân tại một số huyện. Năm 2015, đã khám sàng lọc cho 32 101 người, phát hiện mới 2506 người mắc HPQ và 900 người mắc COPD. Tính tới năm 2016, có 11 235 người mắc các bệnh phổi mạn tính được quản lý tại 115 phòng khám ở khắp 63 tỉnh, thành phố. *Với Ung thư*: dự án phòng, chống bệnh ung thư đang tập trung nâng cao năng lực với mục tiêu giai đoạn 2016 - 2020 phấn đấu đạt 80% cán bộ y tế hoạt động trong dự án được đào tạo về dự phòng và phát hiện sớm một số bệnh ung thư phổ biến; > 70% tỉnh, thành phố có cơ sở phòng chống ung thư, ung bướu.

**VỀ PHCN:** Bộ Y tế đã có Kế hoạch quốc gia về phát triển PHCN giai đoạn 2014 - 2020; ban hành các hướng dẫn kỹ thuật và nhiều tài liệu chuyên môn về PHCN, trong đó có một số nội dung phù hợp với PHCN cho NCT. Danh mục phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế (43/2013/TT-BYT) có nhiều kỹ thuật có thể sử dụng để PHCN cho NCT tại tuyến xã như kỹ thuật ho có điều khiển, tập thở, vỗ rung dẫn lưu tư thế,... Dự án PHCN dựa vào cộng đồng, trong 6 tháng đầu năm 2016, đã thực hiện PHCN cho 114.198 NCT bị tàn tật, di chứng chấn thương, tai nạn, tai biến, bệnh mạn tính, bệnh nghề nghiệp.....

**VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẼ, CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI:** bắt đầu được quan tâm, đặc biệt với bệnh ung thư. Toàn quốc hiện có 4 khoa chăm sóc giảm nhẹ tại Bệnh viện K, BV Ung bướu Hà Nội, BV Ung thư Đà Nẵng và BV Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh. Tổ chức được một số lớp tập huấn, đào tạo về chăm sóc giảm nhẹ, cuối đời, giảm đau cho cán bộ y tế.

## 5.2. Khó khăn, hạn chế

**Công tác TT-GDSK** cho NCT chưa được thực hiện có hệ thống; còn hạn chế cả về số lượng và nội dung. Cán bộ tham gia chưa được tập huấn thường xuyên để cập nhật kiến thức và kỹ năng. Nguồn lực cho truyền thông thấp và chưa phát huy hiệu quả. Nhiều người dân còn thiếu kiến thức cơ bản về yếu tố nguy cơ và cách phòng, chống BKLN.

**Hoạt động dự phòng** các BKLN thực hiện theo chiều dọc, thiếu sự kết nối. Một số dự án kiểm soát yếu tố nguy cơ chưa được ban hành. Các vấn đề sức khỏe tâm thần quan trọng với NCT như sa sút trí tuệ, Alzheimer và trầm cảm chưa được coi là BKLN.

**Khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc phát hiện bệnh, lập hồ sơ** cho NCT chưa trở thành thường quy do chưa xây dựng được gói dịch vụ với các tiêu chuẩn và hướng dẫn chuyên môn rõ ràng, phù hợp. Việc kê đơn thuốc cấp phát thuốc cho bệnh nhân cao tuổi chưa thuận tiện, việc giám sát hỗ trợ tuân thủ điều trị các BKLN chưa được quan tâm.

**Thiếu kết nối giữa điều trị với dự phòng**, giữa các tuyến y tế và các CSYT ảnh hưởng đến việc chăm sóc liên tục cho NCT. Năng lực cung ứng dịch vụ quản lý BKLN ở tuyến CSSKBĐ còn rất hạn chế cả về kiến thức và kỹ năng, TTB, thuốc thiết yếu. Kinh phí của NSNN cho hoạt động phòng, chống BKLN chưa bảo đảm; cơ chế tài chính hiện chưa khuyến khích việc phát hiện, tư vấn, quản lý BKLN tại tuyến xã. Mô hình PKBSGD còn gặp nhiều khó khăn về cơ chế, chính sách. Hệ thống báo cáo thống kê thu thập thông tin để theo dõi và đánh giá việc thực hiện các chính sách CSSK NCT chưa hoàn thiện.

**Về PHCN:** nhu cầu PHCN ở NCT cao nhưng chưa có văn bản chính sách tập trung cho PHCN của NCT, chưa có định hướng, chỉ đạo phát triển CSSK NCT tại cộng đồng. Danh mục dịch vụ PHCN được BHYT chi trả tại tuyến xã còn hạn chế và để được chi trả, TYT cần phải được ngành y tế địa phương duyệt khả năng cung ứng. Nhân lực và đào tạo nhân lực về PHCN vẫn còn hạn chế. Tiềm năng PHCN dựa vào cộng đồng lớn nhưng thực tế triển khai chưa tương xứng. Hoạt động PHCN dựa vào cộng đồng được hỗ trợ từ Chương trình mục tiêu y tế - dân số nhưng chưa được duyệt định mức.

**Về chăm sóc cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ:** số đơn vị cung cấp dịch vụ còn hạn chế, chưa triển khai được việc cung cấp dịch vụ tại nhà hoặc tại các cơ sở chăm sóc dài hạn. Cán bộ y tế chưa được đào tạo về kỹ năng này và chưa dành đủ thời gian cho tư vấn. Dịch vụ chỉ mới tập trung vào giảm đau, chưa quan tâm đến các dịch vụ hỗ trợ khác.

## **Chương VI. Chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi**

### **1. Nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi**

NCT Việt Nam có nhu cầu cao về chăm sóc dài hạn (CSDH), đặc biệt là ở cộng đồng, do số lượng NCT lớn, gánh nặng do các BKLN mạn tính, khuyết tật và hạn chế khả năng ở NCT cao. Nhu cầu này sẽ ngày càng tăng do NCT tăng nhanh, đặc biệt ở nhóm độ tuổi cao cần chăm sóc nhiều hơn. Năm 2009, có 2% NCT hoàn toàn không thực hiện được và 7% rất khó khăn khi thực hiện ít nhất một trong 4 chức năng (nhìn, nghe, đi lại, ghi nhớ). Dự báo con số này năm 2019 là khoảng 1 triệu người và năm 2049 sẽ tăng lên 2,5 triệu người. Chăm sóc truyền thống của gia đình đối với NCT đang giảm đi do thay đổi về nhân khẩu học trong khi thu nhập của phần lớn hộ gia đình có NCT thấp, không đủ chi trả cho các dịch vụ CSDH tập trung do tư nhân cung cấp. Bên cạnh đó, một số NCT vẫn khỏe mạnh nhưng có nguồn lực tài chính và nguyện vọng sống trong cơ sở CSDH.

## 2. Tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi

### 2.1. Mô hình CSDH tại cộng đồng

Trong mô hình này, nền tảng là gia đình hoặc người nuôi dưỡng nhằm giúp NCT nâng cao tính tự lập, tối đa hóa chất lượng sống trong thời gian dài. Việc chăm sóc NCT của các thành viên gia đình có nhiều thuận lợi, phù hợp với luật pháp, điều kiện kinh tế và truyền thống văn hóa Việt Nam. Tuy nhiên, hình thức này đang gặp nhiều thách thức do gia đình ít người hơn; con cái bận rộn, đi làm ăn xa; thành viên gia đình thiếu kiến thức về chăm sóc trong khi tính chất bệnh tật của NCT ngày càng phức tạp. Mô hình CSDH tại cộng đồng toàn diện là CLB Liên thế hệ Tự giúp nhau (LTH TGN).

*CLB LTH TGN* hoạt động tại thôn, bản; do UBND xã ra quyết định thành lập, và giao cho một Hội, đoàn thể quản lý điều hành với nguồn tài chính chủ yếu là lãi từ Quỹ Tăng thu nhập Quay vòng của CLB. Mô hình này có 8 mảng hoạt động, trong đó có chăm sóc tại nhà, CSSK và hỗ trợ cộng đồng cho NCT bị hạn chế sinh hoạt cá nhân. Dự kiến đến năm 2020 có khoảng 3200 CLB ở ít nhất 45 tỉnh, thành phố với ít nhất 105 000 NCT tham gia. Đến hết năm 2016, đã có 1064 CLB hoạt động tại 18 tỉnh với hơn 55 000 NCT tham gia. Hiện đang thiếu kinh phí để nhân rộng và cần kết nối chặt chẽ hơn với y tế và chính quyền địa phương để bảo đảm về chuyên môn và hỗ trợ tài chính khi cần.

Với hình thức *chăm sóc NCT tại gia đình miễn phí* dựa trên tình nguyện viên (TNV), hiện có mô hình của Hội Chữ Thập đỏ do các TNV là hội viên các đoàn thể, bà con, họ hàng hoặc hàng xóm tự nguyện đến tận nhà 3 - 5 buổi/tuần để giúp đỡ NCT ốm đau, bệnh tật, cô đơn, gặp khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày. Các TNV được tập huấn và hỗ trợ trò chuyện, tâm sự, làm việc nhà, kết nối NCT với chính quyền đoàn thể. Năm 2012, qua 9 năm thực hiện thí điểm và mở rộng, đã có 1223 TNV chăm sóc cho 1094 NCT ở 93 xã, thuộc 24 huyện, ở 12 tỉnh. Mô hình này dễ thực hiện, ít tốn kém và phù hợp với điều kiện Việt Nam nhưng do gặp thách thức về tính bền vững trong tổ chức và tài chính nên đã được lồng ghép vào mô hình CLB LTH TGN. Ngoài ra, có Mô hình Tư vấn và chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng của Tổng cục DS-KHHGD với TNV là NCT khỏe mạnh được tập huấn kiến thức để hỗ trợ NCT, có ưu tiên cho NCT khó khăn và neo đơn. Tính đến năm 2016, hầu hết các xã triển khai mô hình (370 xã tại 32 tỉnh/thành phố) đã thành lập đội tình nguyện viên với 4.492 tình nguyện viên tham gia.

*Mô hình chăm sóc NCT tại nhà trả công* có thể là hoạt động từ thiện của các đoàn thể, kinh doanh vì lợi nhuận hoặc kinh doanh xã hội của tư nhân. Đối tượng phục vụ chủ yếu là gia đình NCT có khả năng tài chính, rất đa dạng về nhu cầu chăm sóc y tế. Điển hình cho nhóm này là Mô hình của CASCD (trước kia là RECAS) do Tổ chức Tổ chức HelpAge International hỗ trợ hay mô hình Trung tâm chăm sóc NCT tại nhà thuộc Liên hiệp Các hội KH-KT Hải Phòng. Tại các thành phố lớn, các doanh nghiệp tư nhân hoạt động chăm sóc y tế cho NCT tại nhà bắt đầu phát triển. Ngoài ra, còn có các công ty giới thiệu người giúp việc chăm sóc NCT không có bằng cấp chuyên môn nhưng được tập

huấn các kỹ năng cơ bản về chăm sóc NCT, hỗ trợ sinh hoạt kết hợp với giúp việc nội trợ. Thách thức lớn nhất với mô hình chăm sóc NCT tại nhà là khả năng duy trì đội ngũ nhân viên, đặc biệt đối với các cơ sở hoạt động kiểu phi lợi nhuận.

*Mô hình cung cấp dịch vụ công tác xã hội (CTXH)* do các công tác viên xã hội ở các cấp được đào tạo chuyên môn thực hiện. Đối tượng phục vụ là NCT thuộc diện bảo trợ xã hội (BTXH) với nội dung chăm sóc tập trung thăm vấn, trị liệu khủng hoảng tâm lý và phục hồi thể chất, tư vấn và hỗ trợ về chính sách trợ giúp xã hội. Đến 9/2015, có 37 tỉnh, thành phố xây dựng và phê duyệt, triển khai Đề án thành lập Trung tâm công tác xã hội. Nhu cầu sử dụng dịch vụ công tác xã hội ở NCT khá cao; tuy nhiên, hiện nay mô hình chưa thống nhất, chưa phân định rõ ràng với trung tâm BTXH, chưa có cơ chế và nguồn kinh phí để cấp dịch vụ công tác xã hội cho tất cả các đối tượng có nhu cầu.

*Lực lượng TTY xã, phường và NVYTĐB* cũng tham gia nhất định vào CSDH cho NCT tại cộng đồng với vai trò được thể hiện rõ trong Đề án CSSK NCT giai đoạn 2017 - 2025. Tuy nhiên, hiện chưa có đánh giá nào về hoạt động CSDH NCT của TYT và NVYTĐB.

## 2.2. Mô hình chăm sóc dài hạn tập trung cho người cao tuổi

Đặc tính chung của mô hình này là chăm sóc nội trú, dài hạn, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc cá nhân và chăm sóc y tế, công lập cũng như ngoài công lập với nhiều tên khác nhau, tạm gọi chung là cơ sở BTXH; một số cơ sở còn nhận chăm sóc cả người khuyết tật. Hầu hết NCT sống tập trung trong các cơ sở BTXH là những người có bệnh tật và khuyết tật nặng. Các cơ sở công lập và từ thiện ưu tiên tiếp nhận đối tượng BTXH. Đối tượng được tiếp nhận vào các cơ sở tư nhân có thu phí cao, chủ yếu là đối tượng có kinh tế khá giả.

Với các cơ sở có từ 10 đối tượng trở lên, ngành LĐTBXH có trách nhiệm cấp giấy phép hoạt động chăm sóc NCT, UBND cấp tỉnh hoặc huyện ra quyết định thành lập. Với cơ sở hoạt động kinh doanh còn cần giấy phép đăng ký kinh doanh của Sở KHĐT cấp. Để xin giấy phép hoạt động, cơ sở BTXH phải đáp ứng các quy định về điều kiện môi trường và cơ sở vật chất (Nghị định số 68/2008/NĐ-CP, Nghị định số 81/2012/NĐ-CP và Thông tư số 07/2009/TT-BLĐTBXH). Tuy nhiên, một số cơ sở BTXH từ thiện vẫn hoạt động dù không có giấy phép hoạt động chăm sóc NCT do chưa đáp ứng được các điều kiện này. Nhân viên phục vụ tại các cơ sở BTXH chủ yếu là người chăm sóc cá nhân; ngoài ra có thể có nhân viên y tế, PHCN, dinh dưỡng tùy từng loại cơ sở. Hiện chưa có quy định về chuyên môn của người chăm sóc mà chỉ quy định phẩm chất, năng lực chung.

Cơ sở BTXH có thể cấp những dịch vụ hỗ trợ sinh hoạt cá nhân hằng ngày và điều dưỡng, cho uống thuốc, tập PHCN theo chỉ định của bác sĩ nhưng không được thực hiện dịch vụ KCB. Cơ sở BTXH công lập còn cung cấp dịch vụ tư vấn, đánh giá sức khỏe tâm thần, trị liệu tâm lý xã hội. Nhà dưỡng lão cao cấp (dạng kinh doanh) thường có thêm các hoạt động CSSKBĐ, vui chơi, giải trí và các trợ giúp khác khi NCT có nhu cầu nhưng mức phí thường rất cao so với khả năng của phần đông NCT.

Hiện nay chưa có thông tin đầy đủ về năng lực và quy mô của tất cả các cơ sở BTXH chăm sóc NCT. Năm 2015, toàn quốc có khoảng 153 cơ sở BTXH chăm sóc NCT; trong đó, 36% là cơ sở công lập, 36% là cơ sở ngoài công lập hoạt động từ thiện, và 27% là doanh nghiệp tư nhân. Vẫn còn 18% cơ sở hoạt động chưa có giấy phép, chủ yếu là tổ chức từ thiện và một số doanh nghiệp. Quy mô của các cơ sở tương đối nhỏ, với 18% có quy mô < 10 NCT, 42% có từ 10 - 49 NCT và 9% có từ 50 NCT trở lên.

Chỉ xét riêng về mặt gặp khó khăn trong sinh hoạt cá nhân hằng ngày (gần 4 triệu người) hoặc có khuyết tật nặng, thì các trung tâm BTXH chỉ đáp ứng tỷ lệ rất nhỏ nhu cầu nuôi dưỡng NCT. Phân bố các cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc NCT không đều cả về số lượng và cơ cấu. Đa phần cơ sở ngoài công lập hoạt động tự phát, chưa có quy hoạch và chưa được quản lý chặt chẽ. Các cơ sở mới chỉ tập trung vào nuôi dưỡng tại cơ sở, chưa kết nối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cộng đồng, chăm sóc ban ngày, ngắn hạn. Cơ sở vật chất của nhiều cơ sở bị xuống cấp, chưa đáp ứng yêu cầu quy định. Việc phối kết hợp giữa hai ngành LĐTĐ và Y tế trong lĩnh vực CSDH vẫn còn rất lỏng lẻo.

### **3. Nhân lực chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi**

Ở Việt Nam, nhận thức của nhiều người về nhân lực CSDH cho NCT còn khá mơ hồ. Vai trò, nhiệm vụ cũng như yêu cầu về kiến thức, kỹ năng chuyên môn chưa được quy định rõ ràng, thống nhất. Nhân lực hiện nay chủ yếu vẫn dựa vào người không chuyên, phần lớn là thành viên gia đình NCT, người nuôi dưỡng hoặc TNV. Thành viên gia đình hầu như không được đào tạo, nhưng vừa phải hỗ trợ cuộc sống hằng ngày, vừa chăm sóc cá nhân, vừa phải thực hiện một số mảng chăm sóc y tế. Do không được đào tạo nên họ khó bảo đảm nhu cầu chăm sóc của NCT, đặc biệt với người mắc bệnh mạn tính, hoặc bị khuyết tật. TNV chăm sóc NCT có được đào tạo, song chưa theo mô hình và tài liệu chuẩn hoá; chủ yếu làm nhiệm vụ chăm sóc tâm lý xã hội, hoặc hỗ trợ cuộc sống hằng ngày, nhưng nhiều lúc cũng được huy động để hỗ trợ sinh hoạt cá nhân hằng ngày.

Lực lượng chăm sóc chuyên nghiệp hoạt động trong các cơ sở CSDH tập trung. Tại các cơ sở công lập, từ thiện, đội ngũ nhân viên còn hạn chế cả về số lượng và năng lực, đa số chưa được đào tạo chính thức về các ngành liên quan chăm sóc NCT nên chưa đáp ứng được yêu cầu chăm sóc NCT. Các cơ sở BTXH ngoài công lập có đội ngũ nhân lực đa dạng và được tuyển lựa theo nhu cầu chăm sóc NCT, gồm cả các nhân viên y tế như điều dưỡng trung cấp, kỹ thuật viên, nhân viên chăm sóc NCT. Vai trò, nhiệm vụ và sự tham gia của cán bộ TYT và NVYTĐ trong CSDH đối với NCT vẫn chưa thực sự rõ ràng, chưa quan tâm đến đào tạo cũng như chưa có đầy đủ các chế tài cho hoạt động.

Cung cấp dịch vụ CSDH cho NCT hiện chưa được coi là nghề chính thức ở Việt Nam; chưa có quy định về trình độ đào tạo, tiêu chuẩn nghiệp vụ, chuẩn năng lực để cấp chứng chỉ hành nghề cung cấp dịch vụ chăm sóc NCT. Số cơ sở đào tạo về CSDH cho NCT hiện còn rất khiêm tốn và chưa theo một chương trình khung thống nhất.

## 4. Tài chính chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi

Hiện nay, nguồn tài chính CSDH cho NCT chủ yếu từ ngân sách hộ gia đình. Khi NCT cần hỗ trợ sinh hoạt cá nhân hằng ngày trong thời gian dài, các gia đình đối mặt với cả gánh nặng tài chính. Nhiều trường hợp, thành viên trong hộ phải nghỉ việc để chăm sóc NCT, ảnh hưởng thu nhập của gia đình. Người thân nuôi dưỡng NCT tại cộng đồng không được hưởng chế độ nuôi dưỡng. Hỗ trợ từ NSNN hoặc tổ chức từ thiện cho việc chăm sóc dài hạn NCT chủ yếu dành cho các đối tượng chính sách, người có công, NCT nghèo, không có người phụng dưỡng hoặc NCT bị khuyết tật đặc biệt nặng.

Trong các cơ sở BTXH công lập, NSNN chi chăm sóc, nuôi dưỡng NCT theo đầu người, tuy nhiên, mức trợ cấp hiện quá thấp so với nhu cầu; việc huy động nguồn lực từ cộng đồng, xã hội cũng còn hạn chế. Do vậy đời sống vật chất, tinh thần của các đối tượng NCT gặp nhiều khó khăn. Với các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội, kinh phí hoạt động theo cơ chế xã hội hóa, NSNN chỉ hỗ trợ xây dựng, trang bị ban đầu trong thời gian triển khai thí điểm và chi chi trả cho một số nhóm dịch vụ chính. Đối với NCT không thuộc diện BTXH, chưa có quy định về cơ chế chi trả và giá dịch vụ.

Các dịch vụ chăm sóc NCT dạng doanh nghiệp đang phát triển nhưng chi phí rất cao so với khả năng chi trả của nhiều gia đình. Trong khi đó, ở Việt Nam hiện nay chưa có bảo hiểm CSDH; chính sách nghỉ ốm của BHXH chưa được áp dụng trong trường hợp người lao động cần nghỉ để chăm sóc NCT ốm.

## Chương VII. Môi trường xã hội đối với sức khỏe của người cao tuổi

### 1. Môi trường xã hội đảm bảo điều kiện vật chất cho người cao tuổi

**Bảo đảm nhu cầu ăn** cho người dân là một nhiệm vụ quan trọng hàng đầu Chính phủ Việt Nam. Từ nhiều năm nay, nước ta đã trở thành nước xuất khẩu gạo lớn trên thế giới, giải quyết được vấn đề lương thực một cách vững chắc cho nhân dân trong đó có NCT. Khi có tình trạng thiếu lương thực xảy ra cục bộ, NCT có thể được nhận hỗ trợ theo 3 hình thức: (i) trợ cấp thường xuyên; (ii) chăm sóc, nuôi dưỡng tại cộng đồng hoặc tại các cơ sở BTXH; (iii) Hỗ trợ đột xuất. Việc chế biến lương thực cũng rất đa dạng và có nhiều loại dưới dạng mềm, phù hợp với tuổi già. Bộ Y tế đã đưa ra khuyến cáo về “Mười lời khuyên dinh dưỡng hợp lý giai đoạn 2015 - 2020” cho người dân, kể cả NCT.

**Đáp ứng nhu cầu mặc:** với sự phát triển của kinh tế xã hội, hiện nay, nhu cầu mặc tối thiểu của đại bộ phận NCT đã được đáp ứng đủ về cơ bản. Trong các trường hợp khẩn cấp, ở vùng nghèo, khó khăn... quần áo luôn là một trong những sản phẩm thiết yếu được hỗ trợ đầu tiên; trong đó, NCT luôn là một đối tượng được ưu tiên. Hằng năm, nhân dịp lễ, Tết, các cụ tròn 100 tuổi hoặc người cao tuổi có công thường được chính quyền tặng vải lụa. Tuy vậy, nhu cầu mặc của NCT không chỉ đơn thuần bảo đảm đầy đủ, ấm áp về mùa đông và thoáng mát về mùa hè mà chất liệu và thiết kế còn phải phù hợp với lứa tuổi, bảo đảm thuận tiện cho NCT trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

**Nhu cầu về nhà ở** là một trong những nhu cầu thiết yếu và là quyền tối thiểu của con người và đã được quy định rõ trong các văn bản pháp luật của Việt Nam như Hiến pháp 2013, Luật Nhà ở (2014). Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2012 - 2020 đã đề ra chỉ tiêu cho năm 2015 là “100% NCT không phải sống trong nhà tạm, dột nát”. Năm 2014, hơn 99,96% hộ gia đình Việt Nam đã có nhà ở. Ngoài ra, còn có một số lượng nhất định NCT được nuôi dưỡng trong các trung tâm BTXH. Như vậy, có thể thấy rằng, NCT Việt Nam được đảm bảo về nhà ở. Tuy nhiên, việc thiết kế, sắp xếp, bố trí các tiện nghi sinh hoạt trong nhà phù hợp với NCT hầu như chưa được quan tâm. Hiện vẫn chưa có quy định tiêu chuẩn thiết kế nhà ở phù hợp với gia đình có NCT. Hầu hết các gia đình chưa có các giải pháp phòng tránh ngã cho NCT trong nhà. Chưa đánh giá được khả năng đáp ứng nhu cầu nhà ở bảo đảm chất lượng và phù hợp với nhu cầu NCT.

**Đáp ứng nhu cầu đi lại.** Việt Nam đã có nhiều văn bản pháp luật quy định việc quan tâm ưu tiên hỗ trợ đáp ứng nhu cầu di chuyển, đi lại của NCT như được giúp đỡ, sắp xếp chỗ ngồi thuận tiện khi tham gia giao thông công cộng, được giảm giá vé, giá dịch vụ khi sử dụng một số dịch vụ theo quy định,... Mặc dù vậy, chỉ có 7,3 - 30,9% NCT nhận được chế độ giảm giá vé tùy loại phương tiện công cộng; chỉ 6,3 - 38% NCT cho biết được ưu tiên sắp xếp chỗ ngồi thuận tiện. Đa số các doanh nghiệp chưa quan tâm tới việc thực hiện chính sách miễn giảm phí cho NCT; việc kiểm tra, giám sát thực thi pháp luật chưa chặt chẽ. Bên cạnh đó, chúng ta chưa có các quy định chi tiết về tiêu chuẩn thiết kế cơ sở hạ tầng, phương tiện giao thông, thiết bị di chuyển, điều kiện ánh sáng,... phù hợp với nhu cầu của NCT, cũng như bảo đảm sự thuận tiện và an toàn cho đi lại của NCT.

## **2. Môi trường xã hội đảm bảo sức khỏe tinh thần cho người cao tuổi**

**Đáp ứng nhu cầu học tập suốt đời.** Nhu cầu này đã được thể chế trong Hiến pháp 2013, Luật Giáo dục (2005) cũng như Luật Người cao tuổi (2009). Hiện nay, khoảng 2 triệu người từ 60 đến 64 tuổi có trình độ học vấn và chuyên môn kỹ thuật; tương đối cao so với mặt bằng chung. Tuy nhiên, năm 2009, vẫn còn khoảng 1/3 số người từ 60 đến 64 tuổi và gần 2/3 số người 65 tuổi trở lên chưa tốt nghiệp tiểu học. Tỷ lệ có trình độ chuyên môn kỹ thuật ở NCT từ 65 tuổi trở lên giảm hẳn. Trình độ học vấn của NCT thấp làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống nói chung và khả năng nhận thức, phân tích, ra quyết định nói riêng của họ, đặc biệt trong lĩnh vực CSSK. Nhà nước luôn tạo điều kiện cho NCT được tham gia học tập xóa nạn mù chữ và nâng cao trình độ trong hệ thống giáo dục quốc dân cũng như qua các câu lạc bộ, các Trung tâm học tập cộng đồng.

**Đáp ứng nhu cầu thông tin.** Hiến pháp 2013 quy định công dân có quyền “tiếp cận thông tin”. Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2012 - 2020 cũng có chỉ tiêu về PTTT dành cho NCT. Các kênh truyền thông đại chúng hiện nay khá đa dạng; đa số NCT sống với gia đình, việc tiếp cận thông tin gắn liền với họ. Năm 2014, 93,9% hộ có sử dụng truyền hình; 85% có sử dụng điện thoại; 25,1% sử dụng máy vi tính. Việt Nam đã có Tạp chí “Người cao tuổi” và có nhiều chương trình, chuyên mục dành riêng

cho NCT trên truyền thông đại chúng. Có trên 80% NCT thường xuyên đọc báo, xem ti - vi, nghe đài. Bên cạnh đó, NCT còn có thể tiếp cận thông tin qua việc sinh hoạt các tổ chức đoàn thể, các câu lạc bộ NCT. Thông qua đó, NCT không chỉ được tiếp cận với các thông tin kinh tế, văn hoá xã hội, giao lưu, vui chơi, giải trí và tiếp cận các kiến thức về dự phòng, chăm sóc sức khoẻ. Tuy vậy, chính sách và việc thực hiện truyền thông chưa quan tâm đến đặc thù của NCT, chưa có sự phân biệt giữa NCT và những người khác.

**Nhu cầu du lịch, thể thao, giải trí** của NCT đã được quy định rõ trong Luật Người cao tuổi (2009) và được hướng dẫn cụ thể trong các văn bản pháp luật liên quan. Về du lịch, NCT thường có nhu cầu tham quan những nơi mong ước mà trước đây chưa được tới hoặc hướng đến du lịch hồi tưởng kỷ niệm, tâm linh. Tuy nhiên, tỷ lệ NCT đi du lịch vẫn còn khá thấp. Năm 2009, những người từ 55 tuổi trở lên chỉ chiếm 7,4% tổng số khách du lịch nội địa trong khi nhóm tuổi này chiếm 12,3% tổng dân số. Tỷ lệ NCT được hưởng thụ chính sách giảm giá vé khi thăm quan, du lịch cũng chỉ mới đạt 32,4%.

Về thể thao, hằng năm có trên 900 cuộc hội thao, giải thể dục thể thao được tổ chức với hơn 1 triệu vận động viên NCT tham gia. Phong trào thể dục dưỡng sinh phát triển mạnh tại cơ sở; đã có 55 tỉnh phổ biến bài tập thái cực quyền. Ước tính 15% - 20% NCT ở khu vực nông thôn và 60% NCT ở khu vực đô thị tham gia thường xuyên các hoạt động thể dục thể thao. Cả nước có trên 58 099 câu lạc bộ với nhiều thể loại phong phú, đa dạng về văn hóa, nghệ thuật, thể dục, thể thao, khiêu vũ, cờ tướng... thu hút gần 2,6 triệu NCT (chiếm gần 30% số NCT trong toàn quốc) tham gia, vừa góp phần nâng cao sức khỏe, thuyên giảm bệnh tật, vừa góp phần bảo tồn, giữ gìn, phát triển bản sắc văn hóa truyền thống của dân tộc. Tuy nhiên, tỷ lệ hưởng thụ chính sách “giảm giá vé khi luyện tập thể thao” mới đạt 12,5%, trong đó ở nông thôn chưa đến 10%.

**Quan hệ gia đình của NCT.** Trong gia đình truyền thống của người Việt, con cháu luôn ghi nhớ công ơn và giữ gìn chữ hiếu với cha mẹ, ông bà, tổ tiên. Quyền và nghĩa vụ phụng dưỡng ông bà, cha mẹ đã được Luật pháp Việt Nam quy định trong Luật Người cao tuổi (2009), Luật Hôn nhân và gia đình (2014).

Theo Điều tra gia đình Việt Nam năm 2006, có 51,5% NCT cho rằng họ nên sống chung với con, cháu. Tuy nhiên, chỉ có 32,6% số hộ gia đình có NCT sống cùng. Bạo lực gia đình đối với NCT có xu hướng giảm rõ rệt nhưng vẫn còn tồn tại với 4042 vụ năm 2011; 2232 vụ năm 2012; 2367 vụ năm 2013 và 1432 vụ năm 2014. Phần lớn các vụ bạo lực gia đình đối với NCT đã được giải quyết kịp thời. Bên cạnh đó, con, cháu còn hạn chế trong việc tâm sự, trao đổi thông tin với ông, bà, cha, mẹ làm ảnh hưởng đến tâm lý tình cảm của NCT. Nguy cơ xung đột giữa NCT với con cháu trong gia đình hiện nay càng đáng quan ngại hơn do sự xuống cấp của văn hóa gia đình, nhận thức xã hội.

**Quan hệ xã hội của NCT.** Truyền thống cũng như pháp luật của Việt Nam đều đề cao việc kính trọng NCT. NCT đã tích cực hội nhập, tham gia các hoạt động của cộng đồng. Đến hết năm 2014, toàn quốc có hơn 8 469 000 hội viên Hội NCT, chiếm khoảng

90% tổng số NCT. Cả nước có 1,24 triệu NCT (13,2%) tham gia công tác Đảng, chính quyền và các tổ chức đoàn thể, đóng góp tích cực cho xây dựng và phát triển cộng đồng.

Tại cộng đồng, từ năm 2010 đến nay trung bình mỗi năm có hơn một triệu NCT được các chính quyền chúc thọ, mừng thọ; hơn 900 ngàn NCT được thăm hỏi khi ốm đau, bệnh tật, tặng quà nhân các ngày lễ, tết cổ truyền của dân tộc. Riêng năm 2015 đã có 22 659 NCT từ 100 tuổi trở lên được Chủ tịch nước gửi thiệp, quà mừng thọ. Khi từ trần NCT được gia đình, chính quyền và các tổ chức đoàn thể, tổ dân phố, thôn, bản tổ chức tang lễ trang trọng, tiết kiệm, phù hợp nếp sống văn hóa, kể cả với NCT cô đơn. Bên cạnh đó, cần có các giải pháp cụ thể, thiết thực để hỗ trợ NCT hoà nhập với cộng đồng, nâng cao vai trò của NCT, tạo điều kiện cho họ được đóng góp sức mình cho xã hội.

**Bảo đảm tự do, tôn giáo, tín ngưỡng.** Hiến pháp của Việt Nam qua các năm đều quy định quyền tự do tôn giáo, tín ngưỡng của công dân nói chung và NCT nói riêng. Phần lớn các gia đình Việt Nam đều thờ cúng tổ tiên, thờ thổ thần hoặc thổ công, thờ ở nhà mồ... Các tôn giáo như Phật giáo, Thiên chúa giáo, Tin Lành, Cao Đài, Hòa Hảo,... đã tồn tại ở Việt Nam từ lâu với sự tham gia của dòng họ, gia đình qua nhiều thế hệ. Ở các Trung tâm chăm sóc NCT thường có không gian cho NCT tiến hành nghi lễ tôn giáo. NCT thường hay đi lễ chùa, tụng kinh trên chùa, tham gia vào các khóa lễ, các ngày lễ chính của chùa, tổ chức hành hương tới các chùa khác,... Tự do tôn giáo đã góp phần thỏa mãn đời sống tinh thần nói chung và đời sống tâm linh nói riêng của NCT. Một khi đời sống tinh thần và tâm linh được ổn định sẽ góp phần cải thiện sức khỏe của NCT. Bởi vậy, chính quyền, các tổ chức đoàn thể xã hội địa phương và gia đình, các cơ sở nuôi dưỡng NCT tạo điều kiện để NCT được thực hiện tín ngưỡng tâm linh đồng thời xử lý nghiêm những kẻ lợi dụng chính sách tự do tôn giáo của Đảng và Nhà nước.

**Hoạt động kinh tế.** Luật Người cao tuổi (2009), Luật Lao động (2012) đã qui định và tạo điều kiện thuận lợi cho NCT được làm việc phù hợp với sức khỏe, nghề nghiệp để phát huy vai trò của bản thân. Một số văn bản đã quy định cụ thể việc kéo dài thời gian công tác đối với một số nhóm đối tượng như cán bộ quản lý cấp cao, giảng viên có trình độ cao,... là tiền đề cho việc xây dựng những chính sách phát huy lao động của NCT, đặc biệt là NCT có trình độ chuyên môn kỹ thuật cao.

Tỷ lệ và số lượng NCT trong lực lượng lao động của cả nước tăng dần qua các năm. Năm 2015, hơn 4,49 triệu NCT có việc làm, chiếm 8,4% tổng số lực lượng lao động chính thức. Ngoài ra, có hơn 95.000 NCT làm chủ trang trại, cơ sở sản xuất kinh doanh dịch vụ; hơn 300 000 NCT làm kinh tế giỏi. Ngoài các hoạt động trực tiếp tạo thu nhập, 27,2% NCT chăm sóc cháu; 17,4% NCT hỗ trợ con, cháu làm việc; 27,5% NCT làm công việc nội trợ và 7,6% NCT tham gia các công tác từ thiện, công tác xã hội.

Việc đáp ứng nhu cầu mong muốn có việc làm và tham gia hoạt động kinh tế-xã hội của NCT ở Việt Nam là một yêu cầu tất yếu của xã hội. Thông qua đó phát huy, lôi cuốn NCT tiếp tục tham gia các hoạt động kinh tế - xã hội, giảm gánh nặng cho bảo hiểm xã

hội, đồng thời cũng cải thiện sức khỏe cho bản thân NCT, góp phần giải quyết các chính sách an sinh xã hội cho NCT, giảm bớt chi phí cho xã hội.

## **Chương VIII. Xác định các vấn đề ưu tiên và khuyến nghị giải pháp hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh**

### **1. Các vấn đề ưu tiên cần giải quyết**

#### **1.1. Ưu tiên về sức khỏe và vấn đề già hoá dân số**

**Thách thức do vấn đề già hoá dân số:** tốc độ già hoá nhanh, tỷ lệ dân số lao động giảm mạnh, thời gian chuẩn bị ngắn; xu hướng nữ hoá, tình trạng góa bụa, sống đơn thân, dự báo dân số siêu già ở nông thôn chưa được xem xét đầy đủ trong các chính sách.

**Các vấn đề sức khỏe ưu tiên:** chưa có các định hướng CSSK phù hợp cho các nhóm đối tượng NCT có tình trạng sức khỏe khác nhau. Các nội dung như CSSK tâm thần, phòng ngừa khuyết tật, phòng té ngã, chưa được quan tâm đúng mức. Các yếu tố nguy cơ về hành vi đóng góp quan trọng vào gánh nặng bệnh tật ở NCT nhưng chưa có giải pháp đầu tư, kiểm soát ngay từ độ tuổi trẻ hơn để giúp thể hệ sau già hóa khỏe mạnh.

#### **1.2. Ưu tiên trong cung ứng dịch vụ y tế để CSSK người cao tuổi**

**Về quản lý nhà nước:** vai trò, trách nhiệm giải trình của các đơn vị tham gia trong Đề án CSSK NCT chưa rõ ràng; đặc biệt là với Cục YTDP. Thiếu sự phối hợp liên ngành trong nhiều hoạt động CSSK cho NCT. Việc phân cấp trách nhiệm cho các địa phương có thể gây khó khăn trong việc thực hiện mục tiêu quốc gia về CSSK NCT

**Về tổ chức cung ứng dịch vụ CSSK NCT:** thiếu sự kết nối chặt chẽ giữa dự phòng và điều trị, giữa các tuyến làm ảnh hưởng đến hiệu quả trong CSSK toàn diện, liên tục cho NCT. Hiệu quả truyền thông phòng chống BKLN ở NCT chưa cao. Chưa xác định gói KSK định kỳ phù hợp và thiếu hướng dẫn chuyên môn về khám sàng lọc, quản lý bệnh, lập hồ sơ quản lý sức khỏe phù hợp cho NCT ở tuyến xã. Chưa có văn bản quy định về chức năng nhiệm vụ của khoa lão ở các bệnh viện và hướng dẫn chuyển tuyến theo dõi liên tục BN mạn tính. Việc mua sắm, bảo đảm sẵn có, kê đơn, thông tin thuốc chưa lưu ý đến nhu cầu đặc biệt của NCT. Việc áp dụng các nguyên lý YHGD và mô hình PKBSGD trong quản lý, CSSK NCT ở tuyến cơ sở vẫn gặp khó khăn. Hoạt động PHCN tại cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời đối với NCT còn rất hạn chế.

**Các nguồn lực đầu vào:** nguồn nhân lực lão khoa còn rất hạn chế; chưa có chuẩn năng lực của cán bộ y tế làm việc với NCT; đào tạo về CSSK cho NCT chưa đáp ứng nhu cầu. Năng lực của cán bộ y tế về kiểm soát BKLN, chăm sóc giảm nhẹ, hướng dẫn PHCN cho NCT tại cộng đồng còn hạn chế. Chưa có giải pháp tài chính bền vững cho KSK định kỳ và khám sàng lọc cho NCT. Vẫn còn tỷ lệ lớn NCT 80 tuổi trở lên chưa có BHYT dù được trợ cấp 100%. BHYT chưa thanh toán cho dịch vụ máy trợ thính, kính thuốc nên những NCT nghèo khó tiếp cận để tăng khả năng sinh hoạt cá nhân hằng ngày. Ngân sách

và chế độ tài chính cho Trạm y tế chưa hợp lý, chưa tạo được động lực và khuyến khích cán bộ y tế quản lý, CSSK cho NCT một cách hiệu quả và chủ động.

### 1.3. Ưu tiên trong chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi

**Quản lý nhà nước về CSDH cho NCT:** một số văn bản liên quan trợ giúp xã hội vẫn chưa tính đến nhu cầu đặc biệt của NCT. Sự kết nối liên ngành trong xây dựng và thực hiện chính sách về chăm sóc dài hạn cho NCT chưa chặt chẽ. Số đối tượng NCT được hưởng trợ giúp xã hội, dịch vụ công tác xã hội còn rất ít so với nhu cầu thực tế của xã hội. Quy định về nghĩa vụ phụng dưỡng NCT chưa tính đến những khó khăn thực tế của những gia đình thu nhập trung bình và thấp, hoặc làm việc theo giờ hành chính.

#### Về tổ chức các mô hình chăm sóc dài hạn

**Với Chăm sóc tại nhà:** nhiều trường hợp nhu cầu chăm sóc NCT vượt khả năng của gia đình. Mô hình CLB LTH TGN có hiệu quả tốt nhưng chưa được nhân rộng do thiếu kinh phí, nhân lực hỗ trợ. Dịch vụ CSSK tại nhà có phạm vi hoạt động rất hẹp, và chưa được triển khai rộng rãi để đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế của NCT bị khuyết tật hoặc bệnh nặng. Chưa có văn bản pháp quy về mô hình chăm sóc xã hội ban ngày cho những NCT vẫn tự chăm sóc được một phần. Chưa có hợp đồng hoặc cam kết chăm sóc NCT chuẩn hóa bằng văn bản nên khó bảo vệ quyền lợi NCT được chăm sóc.

**Chăm sóc tập trung:** chính sách mới cho phép cơ sở BTXH tư nhân đăng ký là dạng kinh doanh xã hội được ưu đãi về đất, thuế, vốn chưa được đưa vào thực tiễn. Chuẩn chăm sóc tại cơ sở BTXH hiện nay chủ yếu liên quan cơ sở hạ tầng, chưa quan tâm đến quá trình chăm sóc, bảo đảm an toàn, tôn trọng, đáp ứng hiệu quả nhu cầu của NCT. Chưa có cơ sở pháp lý về “cơ sở chăm sóc sức khỏe tập trung” trong Đề án CSSK NCT.

**Về nhân lực cho CSDH:** người thân có nghĩa vụ chăm sóc NCT nhưng thường không được đào tạo nên thiếu kiến thức và kỹ năng cần thiết. Chuẩn năng lực chăm sóc NCT vẫn chưa được quy định rõ ràng để xây dựng chương trình đào tạo. Chưa có tiêu chuẩn đạo đức của người chăm sóc cá nhân NCT; thiếu cơ sở pháp lý về TNV hoặc người được trả công chăm sóc NCT: chưa quy định phạm vi công việc và hình thức hợp đồng/cam kết, chưa xác định trách nhiệm và cơ chế giám sát chất lượng chăm sóc.

**Tài chính cho CSDH:** chính sách quy định nhóm NCT là đối tượng BTXH chưa dựa vào nhu cầu thực sự. Hộ gia đình có NCT bị khuyết tật nặng hoặc bị các bệnh cần chăm sóc liên tục thường không đáp ứng được nhu cầu chăm sóc, có nguy cơ rơi vào cảnh nghèo khổ. Chưa có chính sách bảo hiểm CSDH. BHYT chưa thanh toán những loại dịch vụ cần thiết cho NCT như CSYT và PHCN tại nhà hoặc tại nhà dưỡng lão. BHXH chưa cho phép hưởng chế độ nghỉ ốm trong trường hợp phải nghỉ việc để chăm sóc NCT bị ốm. Chính sách đãi ngộ cho lực lượng chăm sóc NCT trình độ sơ cấp hiện còn quá thấp so với yêu cầu công việc. Thiếu kinh phí mở rộng mô hình CLB LTH TGN toàn quốc dù mô hình này đáp ứng nhiều nhu cầu chăm sóc dài hạn cho NCT với chi phí rẻ.

## 1.4. Ưu tiên về xây dựng môi trường thân thiện cho già hóa mạnh khỏe

Kiến thức và thực hành của NCT về chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, luyện tập nhằm dự phòng và kiểm soát bệnh tật, nâng cao sức khoẻ vẫn còn hạn chế. Việc tiếp cận các nguồn thông tin còn khó khăn. Chưa có nội dung và phương thức tuyên truyền phù hợp với từng độ tuổi, sức khoẻ của NCT. Điều kiện vật chất và việc thiết kế, sắp xếp, bố trí tiện nghi trong nhà, thiết kế cơ sở hạ tầng, phương tiện giao thông, thiết bị di chuyển chưa thực sự phù hợp với nhu cầu và bảo đảm thuận tiện, an toàn cho NCT. Thu nhập thấp và độ phủ an sinh thu nhập chưa cao dẫn đến đời sống thấp và có nguy cơ gặp phải chi phí thảm hoạ và nghèo hoá do chi tiêu y tế. Tình trạng sống cô lập, sự căng thẳng giữa các thế hệ trong gia đình tác động tiêu cực tới sức khỏe tinh thần của NCT trong khi mô hình gửi nhà dưỡng lão chưa được xã hội chấp nhận và triển khai rộng rãi. Thiếu cơ chế và giải pháp cụ thể tạo điều kiện cho NCT được tham gia làm việc, hoạt động hoà nhập xã hội phù hợp với khả năng và hoàn cảnh.

## 2. Khuyến nghị các giải pháp

### 2.1. Định hướng giải pháp chung

#### **Các giải pháp chính sách đối với vấn đề già hoá dân số nhanh**

- Tuyên truyền nâng cao nhận thức của toàn xã hội về nhu cầu và quyền của NCT và người chăm sóc NCT. Tính đến vấn đề già hoá dân số vào trong xây dựng chiến lược, kế hoạch, chính sách kinh tế của quốc gia và các địa phương.
- Tìm giải pháp phù hợp để NCT còn khả năng có thể tiếp tục tham gia lao động có việc làm phù hợp với sức khỏe, năng lực, vừa tạo thu nhập, vừa tránh cô đơn.
- NCT có nhu cầu chăm sóc y tế, CSDH vượt khả năng của gia đình, và có những người không có người phụng dưỡng cần được quan tâm đặc biệt, không chỉ tiền trợ cấp hằng tháng, mà cả dịch vụ công tác xã hội, v.v.

#### **Các giải pháp về CSSK, bảo đảm lối sống lành mạnh**

- Tăng cường TT-GDSK nâng cao kiến thức và nhận thức của NCT và các thành viên gia đình về các biện pháp duy trì và nâng cao sức khoẻ NCT thông qua tập luyện thể dục, chế độ ăn hợp lý, bỏ thuốc lá và các can thiệp YTCC khác.
- Xây dựng các mô hình quản lý bệnh mạn tính của NCT tại cộng đồng; bảo đảm chăm sóc liên tục phù hợp với các điều kiện, bối cảnh khác nhau.
- Đẩy mạnh các hoạt động vật lý trị liệu, trị liệu nghề nghiệp hoặc các can thiệp khác để tăng cường chức năng thể chất và duy trì sự độc lập của NCT khi phải đối mặt với các vấn đề về sức khoẻ.
- Đảm bảo cho người chăm sóc, nhân viên xã hội và nhân viên y tế được đào tạo, phối hợp và giám sát đầy đủ để giải quyết các nhu cầu cụ thể của NCT.

## 2.2. Các giải pháp về chăm sóc y tế

### **Về quản lý nhà nước**

- Bộ Y tế chỉ đạo việc thực hiện ưu tiên KCB cho NCT tại các cơ sở KCB công; Triển khai Đề án CSSK NCT giai đoạn 2017 - 2025, Đề án mạng lưới y tế cơ sở.
- Xem xét việc thành lập Ban chỉ đạo điều hành hoạt động CSSK NCT có sự hỗ trợ giám sát của Bộ Y tế, Hội NCT và của các đơn vị chuyên môn lão khoa.
- Thiết lập hệ thống kiểm tra, giám sát, đánh giá, ghi nhận, báo cáo về thực hiện công tác CSSK NCT.

### **Về tổ chức cung ứng dịch vụ**

#### ***Truyền thông-Giáo dục sức khỏe***

- Tăng cường vai trò của Cục YTDP trong điều phối hoạt động TT-GDSK và xây dựng hướng dẫn lồng ghép khám sàng lọc BKLN hiệu quả chi phí.
- Tăng cường phối hợp liên ngành trong hoạt động TT-GDSK về CSSK NCT qua các hình thức và nội dung phù hợp với NCT.

#### ***Khám sức khỏe định kỳ, quản lý sức khỏe người cao tuổi***

- Xây dựng gói dịch vụ KSK thiết yếu cho NCT phù hợp với nhu cầu và dựa trên bằng chứng về hiệu quả chi phí. Thống nhất hướng dẫn về khám sức khỏe định kỳ, khám sàng lọc, lập hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe NCT tại cơ sở. Xây dựng Sổ quản lý sức khỏe NCT phù hợp với mô hình bệnh tật của NCT.
- Cán bộ y tế tuyến huyện cần phối hợp với tuyến xã, cùng tham gia KSK định kỳ, theo dõi tiếp những người bệnh cao tuổi đã phát hiện bệnh cần chẩn đoán tiếp hoặc chỉ định phác đồ điều trị.

#### ***Khám chữa bệnh cho người cao tuổi***

- Tăng cường đào tạo, tập huấn, hỗ trợ kỹ thuật nâng cao năng lực của TYT trong KCB, phát hiện, chẩn đoán, quản lý và điều trị các bệnh mạn tính ở NCT.
- Phát triển Bệnh viện Lão khoa TW theo đề án đã được Bộ Y tế phê duyệt. Xây dựng văn bản quy định chức năng, nhiệm vụ của khoa lão khoa và các yêu cầu, chuẩn năng lực của bác sĩ chuyên khoa lão khoa.
- Xây dựng quy chế và hướng dẫn thực hiện việc thông tin và chuyển tuyến bệnh nhân NCT mắc bệnh mạn tính đã được điều trị ổn định ở bệnh viện về tuyến y tế xã để tiếp tục quản lý điều trị liên tục.

#### ***Các dịch vụ y tế khác cho người cao tuổi***

- Bộ Y tế xây dựng văn bản pháp quy đề hỗ trợ, tạo điều kiện cho dịch vụ CSSK NCT tại nhà có cơ sở pháp lý để phát triển.

- Bổ sung hướng dẫn PHCN tại cộng đồng và tạo điều kiện (trang thiết bị) phù hợp với nhu cầu PHCN cho NCT tại tuyến xã hoặc tại nhà.
- Xây dựng những hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ phù hợp với đối tượng NCT tại cộng đồng với nội dung phục vụ cả NCT, người chăm sóc và người thân.
- Bảo đảm NCT bị đau có thể tiếp cận với những thuốc giảm đau cần thiết, kể cả khi chăm sóc giảm nhẹ tại nhà.

### **Về các nguồn lực đầu vào**

#### ***Tài chính y tế***

- Khắc phục những cản trở đối với NCT từ 80 tuổi trở lên chưa có BHYT. Xem xét chính sách hỗ trợ mua BHYT đối với những người từ 60 - 79 tuổi chưa có BHYT.
- Xây dựng giải pháp tài chính từ BHYT, ngân sách nhà nước hoặc nguồn khác để thực hiện gói KSK định kỳ và khám sàng lọc cho NCT.
- Xem xét phương án hỗ trợ cấp tài chính để khắc phục một số khuyết tật ở NCT như mờ mắt, cấp kính thuốc hoặc cấp máy trợ thính cho NCT nghèo.
- Có cơ chế tài chính phù hợp để khuyến khích và tạo động lực cho TYT trong chủ động nâng cao cung ứng dịch vụ CSSK cho NCT.

#### ***Nhân lực y tế***

- Xây dựng chuẩn năng lực lão khoa làm cơ sở điều chỉnh chương trình đào tạo bác sĩ và điều dưỡng chăm sóc người bệnh cao tuổi.
- Rà soát, cập nhật, chỉnh sửa và bổ sung các chương trình đào tạo ngành y theo chuẩn năng lực, đáp ứng nhu cầu của NCT cả về chuyên môn và giao tiếp, tâm lý.
- Bộ GD&ĐT cấp mã ngành lão khoa cho bậc sau đại học trong hệ thống giáo dục quốc dân. Tăng cường đào tạo đội ngũ chuyên khoa lão khoa ở các địa phương.
- Tiếp tục mở rộng đào tạo liên tục về năng lực và chuyên môn lão khoa cho các CBYT có tham gia vào CSSK cho NCT.
- Thực hiện thủ tục thành lập Hội Lão khoa Việt Nam và Chi hội miền Bắc. Tăng cường vai trò của Hội trong xây dựng hướng dẫn chuyên môn về lão khoa. Xét cấp chứng nhận đào tạo liên tục về lão khoa cho Hội Lão khoa TP Hồ Chí Minh.
- Xây dựng đội ngũ cán bộ CSSK NCT tại bệnh viện làm việc theo nhóm kết hợp bác sĩ, điều dưỡng, PHCN, công tác xã hội y tế và người chăm sóc.

#### ***Quản lý dược***

- Rà soát lại danh mục thuốc được BHYT thanh toán phù hợp với nhu cầu của NCT; bổ sung những chỉ định đặc biệt với nhu cầu sử dụng thuốc đặc biệt ở NCT.

- Xem xét sửa đổi quy định về giám định thuốc BHYT đối với thuốc điều trị bệnh mạn tính, kéo dài nhiều năm. Cân đối giữa nhu cầu giám sát bệnh tật, kinh phí và nhu cầu cho NCT tiếp cận với thuốc cần thiết để quản lý bệnh tật của họ.

## 2.3 Các giải pháp về chăm sóc dài hạn

### **Về quản lý nhà nước**

- Tăng cường vai trò của Ủy ban Quốc gia về NCT, Hội NCT các cấp, và Cục Bảo trợ xã hội trong xây dựng, đánh giá và sửa đổi các chính sách liên quan NCT.
- Triển khai nghiên cứu (đánh giá nhu cầu, khả năng đáp ứng,..) cung cấp bằng chứng cho xây dựng chính sách phù hợp về CSDH cho NCT tại nhà và tập trung.
- Dựa vào kết quả nghiên cứu, đánh giá nhu cầu để xem xét lại nhóm NCT là đối tượng BTXH theo hướng mở rộng thêm đối tượng được hưởng trợ cấp xã hội.
- Xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành LĐTBXH và Y tế trong xây dựng và thực hiện các chính sách liên quan CSDH cho NCT.
- Sửa đổi quy định về đăng ký kinh doanh có điều kiện, bảo đảm nhất quán với quy định của Luật NCT và các văn bản dưới luật, đặc biệt liên quan cấp giấy phép hoạt động chăm sóc NCT.

### **Về tổ chức cung ứng dịch vụ**

#### ***Dịch vụ CSDH tại cộng đồng***

- Xem xét mở rộng phạm vi đối tượng NCT được hưởng dịch vụ công tác xã hội do NSNN chi trả.
- Xây dựng các quy định về chuẩn chăm sóc ở cấp quốc gia và tăng cường giám sát chất lượng chăm sóc, chất lượng cuộc sống và quyền của NCT trong các dịch vụ chăm sóc tại cộng đồng, phù hợp với Việt Nam.
- Huy động kinh phí của xã hội để nhanh mở rộng mô hình CLB LTH TGN sang những địa phương chưa có hoạt động hỗ trợ CSDN cho NCT.
- Nghiên cứu kinh nghiệm quốc tế nhằm sửa đổi chính sách, đáp ứng tốt hơn nhu cầu CSSK NCT khuyết tật, bệnh nặng khó đi lại tới cơ sở y tế. Sửa đổi chính sách hiện nay về phạm vi giấy phép hoạt động KCB, thanh toán BHYT dịch vụ tại nhà, và quản lý chất lượng dịch vụ KCB được cung cấp tại nhà.
- Nghiên cứu kinh nghiệm quốc tế và trong nước về dịch vụ chăm sóc NCT ban ngày trên cơ sở đó xây dựng mô hình phù hợp với Việt Nam.
- Nghiên cứu chính sách hỗ trợ gia đình NCT nghèo, cận nghèo khi việc chăm sóc NCT ảnh hưởng tới khả năng bảo đảm công việc và kiếm thu nhập.

### ***Dịch vụ CSDH tập trung***

- Phổ biến chính sách, tạo điều kiện thuận lợi về đăng ký doanh nghiệp xã hội và hướng chính sách ưu đãi cho các nhà đầu tư muốn thành lập cơ sở BTXH tư nhân.
- Làm rõ khái niệm “Trung tâm dịch vụ CSSK NCT dài hạn” trong Đề án CSSK NCT.
- Sửa đổi chuẩn chăm sóc tại cơ sở BTXH để bổ sung các tiêu chuẩn liên quan quá trình chăm sóc, an toàn, tôn trọng nhân phẩm, tiêu chuẩn về dịch vụ CSSK khi NCT cư trú tại cơ sở BTXH.

### **Về nhân lực**

- Xây dựng chuẩn năng lực cho người chăm sóc xã hội cho NCT (người thân, TNV người chăm sóc chuyên nghiệp), bao gồm cả chăm sóc xã hội và chăm sóc y tế.
- Thu thập, xây dựng mới các tài liệu in ấn, video hướng dẫn người không chuyên cách thực hiện các thao tác chuẩn về kỹ năng chăm sóc NCT theo nhu cầu.
- Xây dựng chương trình khung đào tạo người chăm sóc NCT chuyên nghiệp các trình độ phù hợp với nhu cầu của các hình thức dịch vụ CSDH cho NCT.
- Thúc đẩy sự tham gia, phối hợp liên ngành trong việc nâng cao năng lực chăm sóc NCT của người thân, TNV. Kết nối hoạt động của các CLB với mô hình BSGĐ ở những địa phương phù hợp.
- Bổ sung vào chức năng nhiệm vụ của y tế thôn bản việc chăm sóc NCT tại cộng đồng. Tập huấn về kiến thức và kỹ năng chăm sóc NCT cho đội ngũ này.

### **Về tài chính**

- Nghiên cứu phương án sửa đổi chính sách về trợ cấp xã hội dựa trên nhu cầu do khuyết tật. Đề xuất cấp trợ cấp xã hội đối với NCT có khuyết tật nặng.
- Nghiên cứu phương án triển khai bảo hiểm CSDH trong hoàn cảnh của Việt Nam dựa vào kinh nghiệm của các nước khác như Hàn Quốc.
- Nghiên cứu sửa đổi gói dịch vụ KCB được BHYT chi trả đối với đối tượng là NCT khó đi lại để KCB, PHCN tại cơ sở y tế nhằm mở rộng phạm vi dịch vụ được BHYT thanh toán tại nhà hoặc tại cơ sở BTXH.
- Xem xét sửa đổi chế độ nghỉ ốm của BHXH để bao phủ cả nghi việc chăm sóc NCT nếu số ngày cần nghỉ vượt số ngày được nghỉ phép trong năm.
- Xây dựng cơ chế tài chính cho công tác CSDH: lồng ghép vào chương trình CSSK toàn dân, tạo điều kiện để TYT xã không chỉ chữa trị bệnh tại trạm mà còn có thể đưa cán bộ y tế đến nhà chăm sóc cho NCT tại nhà khi cần.

## 2.4. Các giải pháp về môi trường xã hội dành cho người cao tuổi

Bên cạnh việc giáo dục, đào tạo nâng cao kiến thức chung, cần tăng cường tư vấn, TTGD sức khoẻ cho NCT với thông điệp được thiết kế đặc thù cho NCT, tập trung vào chế độ dinh dưỡng lành mạnh, nghỉ ngơi hợp lý và rèn luyện thân thể phù hợp với từng độ tuổi, tình trạng sức khoẻ, bệnh tật của NCT.

Một mặt, có giải pháp cụ thể tạo điều kiện cho NCT còn khả năng và có nhu cầu tiếp tục làm việc và tham gia các hoạt động xã hội, nhất là những người có trình độ chuyên môn cao. Mặt khác, cần xem xét việc mở rộng đối tượng được trợ cấp xã hội và BHYT cho những NCT từ 75 tuổi trở lên không có thu nhập ổn định.

Ban hành các hướng dẫn quy chuẩn thiết kế, bố trí tiện nghi trong nhà ở cho NCT bảo đảm giữ ấm và an toàn, đặc biệt quan tâm phòng chống ngã. Tính đến nhu cầu của NCT trong thiết kế và xây dựng cơ sở hạ tầng, công trình phúc lợi, xây dựng và vận hành các toà nhà cao tầng, các phương tiện giao thông công cộng.

Kết hợp giữa tuyên truyền vận động với các biện pháp hành chính để bảo đảm xây dựng và duy trì môi trường hòa thuận trong gia đình và cộng đồng nơi cư trú. Tư vấn cho các thành viên trong gia đình cách dung hoà các mối quan hệ với NCT; hướng dẫn người nhà các kiến thức và kỹ năng cơ bản trong CSSK NCT và khuyến khích, hỗ trợ họ tham gia CSSK NCT tại gia đình và cộng đồng.

## NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội  
Website: www.xuatbanyhoc.vn - Email: xuatbanyhoc@fpt.vn  
Số điện thoại: 024.37625934 - Fax: 024.37625923

# BÁO CÁO CHUNG TỔNG QUAN NGÀNH Y TẾ NĂM 2016

## Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam

### Báo cáo tóm tắt

Chịu trách nhiệm xuất bản

**Tổng Giám đốc**

**CHU HÙNG CƯỜNG**

Chịu trách nhiệm nội dung

**Phó Tổng biên tập**

**BSCII. NGUYỄN TIẾN DŨNG**

*Biên tập: BS. Nguyễn Tiến Dũng*

*Sửa bản in: Nguyễn Tiến Dũng*

*Trình bày bìa: Nguyệt Thu*

*Trình bày nội dung: Nguyệt Thu & Công ty Cổ phần In Hưng Việt*

---

In ...00 cuốn, khổ 14,5x20,5cm tại Công ty Cổ phần In Hưng Việt

Địa chỉ: 460 Trần Quý Cáp, Đống Đa, Hà Nội

Số xác nhận đăng ký xuất bản: ....

Quyết định xuất bản số: .../QĐ-XBYH ngày ... tháng .. năm 2017

In xong và nộp lưu chiểu quý ... năm 2017

Mã số sách chuẩn quốc tế - ISBN: ...